

КП № 52 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ПАРЕНХИМЕН МОЗЪЧЕН КРЪВОИЗЛИВ

КП № 52.2 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ПАРЕНХИМЕН МОЗЪЧЕН КРЪВОИЗЛИВ ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

1. Минимален болничен престой – 7 дни
2. При насочване за оперативно лечение – 2 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Вътремозъчен кръвоизлив

Не включва: последици от вътремозъчен кръвоизлив (I69.1)

- | | |
|-------|---|
| I61.0 | Вътремозъчен кръвоизлив в хемисфера, субкортикален
Дълбок вътремозъчен кръвоизлив |
| I61.1 | Вътремозъчен кръвоизлив в хемисфера, кортикален
Кръвоизлив в мозъчен дял
Повърхностен вътремозъчен кръвоизлив |
| I61.2 | Вътремозъчен кръвоизлив в хемисфера, неуточнен |
| I61.3 | Вътремозъчен кръвоизлив в мозъчния ствол |
| I61.4 | Вътремозъчен кръвоизлив в малкия мозък |
| I61.5 | Вътремозъчен кръвоизлив в мозъчно стомахче |
| I61.6 | Вътремозъчен кръвоизлив с множествена локализация |
| I61.8 | Друг вътремозъчен кръвоизлив |

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Лумбална пункция

39000-00 Лумбална пункция
Спинална пункция

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ

Не включва: компютърна томография:

- при спирална ангиография (57350 [1966])

при сканиране на:

- гръден кош (57001, 57007 [1957])
 - и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
- лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
- средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
- орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
- питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

Друга ангиография

59970-02 Мозъчна ангиография

Магнитно резонансен образ	
90901-00	Магнитно резонансна томография на мозък <i>Не включва:</i> функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])
1934 Други лабораторни изследвания	
92182-07	Общо изследване на ликвор Изследване на ликвор за белтък, клетки, ксантохромия, захар и електролити
1926 Микробиологични изследвания	
при необходимост:	
92182-01	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура при необходимост:
92182-02	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура и чувствителност <i>Включва:</i> изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на причинител
1923 Хематологични изследвания	
91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
1924 Биохимична изследвания	
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14	Клинично-химични изследвания за урея
91910-41	Клинично-химични изследвания за йонограма
1934 Други лабораторни изследвания	
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2
2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Трахеостомия	
41881-00	Отворена трахеостомия, временна Трахеостомия БДУ <i>Включва:</i> отделяне на тироиден истмус отделяне на подезични мускули
Манипулации на дихателни пътища	
<i>Забележка:</i> Кодовете, отнасящи се само до грижа и поддържане на проходимост на дихателните пътища, включват вливане или аспирация на солеви разтвор	
22007-00	Ендотрахеална интубация, единичен лумен Ендотрахеална интубация БДУ <i>Не включва:</i> само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22007-01 [568]) такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода

22008-00 Ендотрахеална интубация, двоен лумен

Не включва: само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22008-01 [568]) такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода

Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система

92036-00 Поставяне на назогастрална сонда

Сондиране за декомпресия

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

Вентилаторно подпомагане

Ві-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане] [контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия

Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба – трахеостомия

Променлива задължителна вентилация [IMV]

Инвазивна вентилация

Механична вентилация

Налягане с позитивен експираторен край

Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]

Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]

Включва: ендотрахеална:

- интубация

- асистирано дишане

механична вентилация с:

- ендотрахеална тръба (ЕТТ)

- назална

- орална

- трахеостомия

отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв метод

Кодирай също когато е направена:

- трахеостомия:

- перкутанна (41880-00 [536])

- постоянна (41881-01 [536])

- временна (41881-00 [536])

Не включва: продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568]) дишане с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570]) вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570]) неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])

13882-00 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≤ 24 часа

13882-01 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа

13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

Прилагане на кръв и кръвни продукти

92062-00 Приложение на друг серум

Трансфузия на:

- албумин

- плазма (прясно замразена) (FFP)

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:

- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])

- фармакологичен агент за:

- анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])

- имунизация (виж блокове [1881] до [1884])

	• локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация) • поведение при ектопична бременност (виж блок [1256]) • поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552]) • перфузия (виж блок [1886]) • ваксинация (виж блокове [1881] до [1883]) • хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок [741])
	<i>Забележка:</i> Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия
96199-07	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество Прилагане на фармакологичен агент чрез: • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <i>Кодирай също когато е направена:</i> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])
96199-08	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит Прилагане на фармакологичен агент чрез: • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <i>Кодирай също когато е направена:</i> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])
96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоифекциозен агент Прилагане на фармакологичен агент чрез: • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <i>Кодирай също когато е направена:</i> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент Прилагане на фармакологичен агент чрез: • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <i>Кодирай също когато е направена:</i> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])

	• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва:	хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
	Кодирай също когато е направена:
	• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

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

Процедура 56001-00 Компютърна томография на мозък или 56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя (или 90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък), е задължителна диагностична процедура, която се провежда в първите 24 часа (по изключение до 72 час) от хоспитализацията.

Кодовете от блокове 1923 и 1924, се изследват в **първите 6 часа от хоспитализацията**.

Когато се използват кодовете от блокове 1923 и 1924 се извършват и кодират кодовете от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Когато се налага използване на кодовете от блокове 1926 и 1934 се извършват и кодират необходимите кодове от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

В случаите на изписване с изпълнени условия по АПр № 99, когато пациента се насочва за спешно хирургично лечение на кръвоизлив в друго лечебно заведение, престоят може да бъде до 12 часа.

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

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Нервни болести“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност (в условията на спешност най-малко на първо ниво на компетентност), съгласно медицински стандарт „Нервни болести“, от обхвата на медицинската специалност „Детска неврология“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност съгласно медицински стандарт „Нервни болести“.

Съгласно медицински стандарт „Нервни болести“, **отделение/клиника от I ниво** на компетентност може да осъществява диагностично-лечебни дейности по отношение на пациенти с мозъчен инсулт в случай, че отговаря на всички изисквания за отделение/клиника по нервни болести от II ниво, с изключение на изискванията за персонал при осигуряване на непрекъснато 24-часово изпълнение на лечебната дейност.

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

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

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по неврология или Клиника/отделение по детска неврология или Клиника/отделение по неонатология от II и III ниво – само за новородени до 28 ден
2. Клиника/отделение по неврология с легла за интензивно лечение и възможност за дихателна реанимация или ОАИЛ/КАИЛ
3. Клинична лаборатория II ниво (с възможност за ликворологично изследване, хемостазеология и КГА)*
4. Образна диагностика – КТ или МРТ в режим на непрекъснатост.

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

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

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

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
2. Лаборатория/отделение по клинична патология
3. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

Б.НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст от 28-ия ден до 18 годишна възраст:

- лекар със специалност по нервни болести - за структури II ниво на компетентност двама с придобита специалност по нервни болести, съгласно медицински стандарт „Нервни болести“; (за структури I ниво – минимум двама лекари с придобита специалност по нервни болести);

или

- лекар със специалност по детска неврология или лекар със специалност по педиатрия и опит в детската неврология;

- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение.

или

лекар с призната специалност по нервни болести и над 3-годишен стаж по интензивно лечение, когато към клиниката или отделението са обособени легла за интензивно лечение на неврологични заболявания

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

- лекар със специалност по неонатология.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

4.1. Трансфонтанелна ехография – лекар със специалност по неонатология или детска неврология (съгласно медицински стандарт по “Неонатология”).

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

- Консервативно лечение на мозъчен кръвоизлив – остър стадий.
- Диагностика на пациенти с клинични и/или данни от образни изследвания за мозъчен кръвоизлив – остър стадий и оценка на терапевтичните алтернативи.

Болните със спонтанен интракраниален кръвоизлив се хоспитализират за своевременно установяване вида на остро разстройство на мозъчното кръвообращение (ОРМК), за определяне на топичната и етиологичната диагноза чрез извършване на редица специализирани изследвания. Това е необходима предпоставка за провеждане на адекватно специфично лечение, корекция на нарушените витални функции, профилактика на усложненията и лечение на придружаващите ОРМК соматични заболявания.

Б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Диагностични методи за доуточняване на диагнозата, когато пациента е в стационар:

- ЕКГ;
- очни дъна – по клинични показания;
- рентгенография на бял дроб и сърце – по клинични показания;
- лумбална пункция - по показания;
- ангиография на мозъчни артерии (магнитно-резонансна, КТ- или конвенционална) – по показания;
- RR, пулс, анамнеза за артериална хипертония, сърдечно заболяване, захарен диабет.

Особености в протичането на болестта

Диагностичният процес в болничното заведение включва установяване на:

- ☐ вида на остро разстройство на мозъчното кръвообращение (ОРМК);
- ☐ локализацията – топична диагноза;
- ☐ етиологията – етиологична диагноза;
- ☐ тежестта на мозъчния инсулт;
- ☐ придружаващите заболявания (сърдечно-съдови и други соматични);
- ☐ оценката на рисковите фактори.

СТЕПЕНИ НА ТЕЖЕСТ:

Критерии за паренхимен мозъчен кръвоизлив (ПМК) - лека степен:

1. Оценка по скалата на Глазгоу - Лиеж - 20 – 17 точки;
2. Липса на тежки соматични заболявания;
3. Лек неврологичен дефицит – парези на крайниците.

Критерии за паренхимен мозъчен кръвоизлив (ПМК) - умерена и тежка степен:

1. Оценка по скалата на Глазгоу - Лиеж ≤ 16 точки;
2. Наличие на тежки соматични заболявания;
3. Тежък неврологичен дефицит.

СКАЛА ЗА ОЦЕНКА НА КОМИ ПО GLASGOW - LIEGE

СИМПТОМИ	ОЦЕНКА	ДЕН И ЧАС НА ИЗСЛЕДВАНЕТО									
ОТВАРЯНЕ НА ОЧИ											
Спонтанно	4										
На повикване	3										
На болка	2										
Няма отговор	1										
СЛОВЕСЕН ОТГОВОР											
Ориентиран	5										
Объркан	4										
Неадекватен	3										
Неразбираем	2										
Няма отговор	1										
МОТОРЕН ОТГОВОР											
Подчинява се	6										
Локализира	5										
Отдръпва (оттегля)	4										
Абнормна флексия	3										
Абнормна екстензия	2										
Няма отговор	1										
МОЗЪЧНО-СТВОЛОВИ РЕФЛЕКСИ											
Фронтно - орбикуларен	5										
Вертикален											
окулоцефален или	4										
окуловестибуларен	3										
Зенична реакция на светлина	2										
Хоризонтален	1										
окулоцефален или	0										
окуловестибуларен											
Окулокардиален											
Няма отговор											
ОБЩ СБОР:											

Оценката на тежестта на състоянието по скалата на GLASGOW – LIEGE, наличието на тежки соматични заболявания и неврологичен дефицит, задължително се отразява в “История на заболяването” на пациента и се регистрира при приемане, по време на болничния престой и при изписване.

Диагностични методи, чието приложение се изисква за уточняване на особеностите в протичане на болестта:

- ☐ ангиография (магнитно-резонансна, КТ- или конвенционална) – по преценка;
- ☐ ехокардиография – по преценка.

Относителни контраиндикации – при болен с дълготрайни тежки соматични заболявания в терминално състояние и развил се мозъчен инсулт.

СПЕЦИФИЧНО ЛЕЧЕНИЕ НА ПАРЕНХИМНИЯ МОЗЪЧЕН КРЪВОИЗЛИВ (ПМК)

Включва комбинирани, консервативни и оперативни терапевтични подходи, насочени за лечение преди всичко на основното заболяване, довело до развитие на мозъчен кръвоизлив, лечение на мозъчния оток и интракраниалната хипертензия.

Специфично медикаментозно лечение:

- ☐ за артериалната хипертония се прилага антихипертензивна терапия; не трябва да се снижава систолното артериално налягане с повече от 30% в първите 24 часа след мозъчно съдовия инцидент;
- ☐ противооточно лечение (при умерени и тежки ПМК) – манитол 1-2 g/kg/24 часа, разделен на 4-6 бързи интравенозни болусни инфузии и/или фуросемид 20-40 mg венозно;
- ☐ кръвоспиращи медикаменти, като витамин К и др., се прилагат само при наличие на кръвни заболявания, коагулопатии и тежки чернодробни заболявания.

Индикациите за оперативно отстраняване на хематома са в зависимост от неговите локализация и големина и от общото състояние на болния. При лобарните хематоми и особено при тези в недоминантната голямомозъчна хемисфера и малкомозъчните хематоми може да се обсъжда оперативната им евакуация, особено при случаите когато започнатото консервативно лечение не дава благоприятни резултати и състоянието на болния продължава да се влошава.

При обсъждане на възможността за оперативно лечение е необходимо да се подхожда строго индивидуално поради следните причини:

- ☐ ако общото състояние на болния е нестабилно и са налице тежки соматични заболявания, хирургичното лечение не е най-подходящия терапевтичен метод;
- ☐ ако болният е с траен тежък неврологичен дефицит – евакуацията на хематома с нищо не би допринесла за подобреното състояние на болния;
- ☐ при възрастни болни с деменция - оперативното лечение няма да подобри цялостния неврологичен дефицит;
- ☐ при болни с мозъчна амилоидна (конгофилна) ангиопатия - оперативното лечение на интрацеребралния хематом може да доведе до вторично продължително кървене;
- ☐ при ПМК и вторично развитие на хидроцефалия може да се обсъжда извършването и на вентрикулен дренаж.

Неспецифично лечение на ОРМК:

- ☐ профилактика и лечение на дълбоки венозни тромбози – нискомолекулни хепарини;
- ☐ корекция на артериалното налягане;
- ☐ корекция на сърдечните аритмии и сърдечната недостатъчност;
- ☐ противооточно лечение – манитол – 1-2 г/кг/24 ч., на 4-6 часа в бързи болусни инфузии и/или фуросемид 20 - 40 мг венозно;
- ☐ аналгетици (metamizole sodium);
- ☐ седация – бензодиазепини производни (диазепам);
- ☐ хидратация с левулозни и водно-солеви разтвори;
- ☐ кислородолечение при SaO₂ <90%;
- ☐ инсулин при кръвна захар >12mmol/l;
- ☐ антипиретици (при фебрилитет);
- ☐ антибиотик при инфекция.

Антиепилептично лечение (при необходимост) – според вида на евентуални гърчове и данните от ЕЕГ.

Антиеметично (при необходимост) – метоклопрамид (1 до 3 ампули венозно).

При остра хидроцефалия – консултация с неврохирург за евентуално поставяне на вентрикуло-перитонеален или вентрикуло-атриален шънт.

Поддържане на нормален флуиден статус.

Реанимационни мерки при усложнения:

- ☐ ендотрахеална интубация;
- ☐ поставяне на централен венозен катетър и следене на ЦВН;
- ☐ поставяне на назогастрална сонда за хранене;
- ☐ провеждане на апаратна вентилация;
- ☐ извършване на трахеостомия;
- ☐ определяне на кръвна група и кръвопреливане.

Диагностиката и лечението на новородени деца с исхемични и хеморагични поражения на ЦНС се провежда в неонатологична клиника/отделение II и III ниво (съобразно Медицински стандарт “Неонатология”).

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя на базата на анамнезата, клиничното протичане на заболяването и извършените специализирани изследвания.

Преценката за степента на тежест при паренхимните мозъчни кръвоизливи се прави на база скалата на Глазгоу-Лиеш, наличието или липсата на придружаващи тежки соматични заболявания и според тежестта на неврологичния дефицит.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (стационариране на огнищната неврологична и общомозъчна симптоматика) и едно или повече от следните условия:

- установяване на топичната диагноза - чрез КТ или МРТ;
- липса на остър възпалителен процес;
- оценена необходимост и възможност за последващо неврохирургично лечение.

Пациентите се насочват да продължат лечение (посочено в епикризата) и рехабилитация (двигателна и говорна) в домашни условия, балнеосанаториални заведения или хосписи под контрола на ОПЛ и специалиста невролог.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

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

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в “История на заболяването”.

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

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

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Мозъчно-съдовите заболявания включват различни исхемични и хеморагични нарушения, които се развиват в артериалната и венозната част на мозъчното кръвообращение: транзиторни исхемични атаки; асимптомни исхемични нарушения на мозъчното кръвообращение; мозъчни кръвоизливи (в мозъчното вещество) и/или в субарахноидното пространство (между мозъчните обвивки).

Сред социално значимите широко разпространени заболявания в нашата съвременност мозъчно-съдовите нарушения заемат основно място. Тяхното първостепенно медико-социално значение е резултат както от високата заболяемост и леталитет, така и от тежката инвалидизация на част от преживелите мозъчен инсулт болни.

Рисковите фактори, които довеждат до мозъчни инсулти, са: артериалната хипертония; генерализираната атеросклероза; диабетът; сърдечните пороци; сърдечните аритмии; кръвните заболявания и др. Важно значение имат и рисковите фактори по отношение начина на живот и хранене – наднормено тегло, тютюнопушене, злоупотреба с алкохол и медикаменти, стресови състояния и др.

Острите разстройства на мозъчното кръвообращение възникват остро с главоболие, гадене, повръщане с парализа на ръка и крак и др. Това състояние изисква незабавен преглед от Вашия общопрактикуващ лекар или от лекар – специалист, и е необходимо незабавно да постъпите в болница за диагностично уточняване и съответно лечение.

Отказът Ви от постъпване в болнично заведение крие риск от неточност в диагнозата и вземане на погрешно решение за лечение. Преди хоспитализацията ще получите копие от формуляра за информация на пациента. Можете да задавате въпросите си и да коментирате информацията с Вашия общопрактикуващ лекар, с невролога от извънболничната помощ или с лекаря от приемния кабинет.

Трябва да сте сигурен, че разбирате смисъла на предоставената Ви информация и сте осмислили необходимостта от извършване на съответните диагностични и лечебни процедури. Ще получите допълнителна информация преди извършване на всяко изследване, както и преди оперативното лечение. Ако сте съгласен трябва да подпишете, че разбирате съдържанието на документа и сте съгласен да бъдете приет в болницата, за да бъдат извършени съответните процедури. Ако Вашето състояние е такова, че не позволява да вземете сам решение (при нарушено съзнание), в тези случаи информираното съгласие ще бъде подписано от членове на Вашето семейство.