

КП № 75.1
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ДЕКОМПЕНСИРАНИ ЧЕРНОДРОБНИ
ЗАБОЛЯВАНИЯ (ЦИРОЗА) ЗА ЛИЦА НАД 18 ГОДИШНА ВЪЗРАСТ
1. Минимален болничен престой – 3 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

I81 Тромбоза на порталната вена

Портална (венозна) обструкция

Не включва: флебит на порталната вена (K75.1)

Емболия и тромбоза на други вени

Не включва:

венозна емболия и тромбоза:

- мозъчна (I63.6, I67.6)
- коронарна (I21—I25)
- интракраниална и интраспинална, септична или БДУ (G08)
- интракраниална, непиогенна (I67.6)
- интраспинална, непиогенна (G95.1)
- долни крайници (I80.—)
- мезентериална (K55.0)
- портална (I81)
- белодробна (I26.—)
- усложняваща:
 - аборт, извънматочна или гроздовидна бременност (O00—O07, O08.8)
 - бременност, раждане и послеродов период (O22.—, O87.—)

I82.0 Синдром на Budd-Chiari

Алкохолна болест на черния дроб

K70.3 Алкохолна цироза на черния дроб

K70.4 Алкохолна чернодробна недостатъчност

Токсично увреждане на черния дроб

Включва:

лекарствена:

- идиосинкратична (непредсказуема) болест на черния дроб
- токсична (предсказуема) болест на черния дроб

При необходимост от идентифициране на токсичния агент се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

Не включва:

алкохолна болест на черния дроб (K70.—)
синдром на Budd-Chiari (I82.0)

K71.7 Токсично увреждане на черния дроб с фиброза и цироза на черния дроб

Чернодробна недостатъчност, неклассифицирана другаде

Включва:

чернодробна:

- кома БДУ
- енцефалопатия БДУ

хепатит:

- остър
- фулминантен
- злокачествен

}

НКД, с чернодробна недостатъчност

некроза на черния дроб (клетъчна) с чернодробна недостатъчност
жълта чернодробна атрофия или дистрофия

Не включва:

алкохолна чернодробна недостатъчност (K70.4)

чернодробна недостатъчност, усложняваща:

- аборт, извънматочна или гроздовидна бременност (O00—O07, O08.8)
- бременност, раждане и последродов период (O26.6) жълтеница на плода и новороденото (P55—P59)
- вирусен хепатит (B15—B19)
- с токсично чернодробно увреждане (K71.1)

K72.0 Остра или подостра чернодробна недостатъчност

K72.1 Хронична чернодробна недостатъчност

Фиброза и цироза на черния дроб

Не включва:

- алкохолна фиброза на черния дроб (K70.2)
- кардиачна склероза на черния дроб (K76.1)
- цироза (на черния дроб):
 - алкохолна (K70.3)
 - вродена (P78.8)
- с токсично увреждане на черния дроб (K71.7)

K74.3 Първична билиарна цироза

Хроничен негноен деструктивен холангит

K74.4 Вторична билиарна цироза

K74.5 Билиарна цироза, неуточнена

K74.6 Друга и неуточнена цироза на черния дроб

Цироза (на черния дроб):

- БДУ
- криптогенна
- макронодуларна
- микронодуларна
- смесен тип
- портална
- постнекротична

K75.1 Флебит на вена порте

Пилефлебит

Не включва:

пилефлебичен чернодробен абсцес (K75.0)

Други болести на черния дроб

Не включва:

- алкохолна болест на черния дроб (K70.—)
- амилоидна дегенерация на черния дроб (E85.—)
- кистозна болест на черния дроб (вродена) (Q44.6)
- тромбоза на чернодробната вена (I82.0)
- хепатомегалия БДУ (R16.0)
- тромбоза на вена порте (I81)
- токсично увреждане на черния дроб (K71.—)

K76.6 Портална хипертония

K76.7 Хепаторенален синдром

Не включва:

съпровождат раждане (O90.4)

Z94.4 Наличие на трансплантиран черен дроб

R18 Асцит

Този код се отчита само като втори код и придружава кода на основната диагноза

2.2 и 2.3 КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Езофагоскопия

30473-03 Езофагоскопия
Гъвкава езофагоскопия

Не включва: такава с:

- биопсия (30473-04 [861])
- изваждане на чуждо тяло (30478-10 [852])

Панендоскопия

Включва: двойна балонна ендоскопия

30473-00 Панендоскопия до дуоденума

Дуоденоскопия

Гастроскопия

Езофагогастродуоденоскопия [EGD]

30473-02 Панендоскопия през изкуствена стома

Гастроскопия през изкуствена стома

Езофагогастродуоденоскопия [EGD] през изкуствена стома

Не включва: дуоденоскопия през изкуствена стома (32095-00 [891])

ендоскопски оглед на тънко черво през изкуствена стома (32095-00 [891])

Включва: двойна балонна ендоскопия

30473-05 Панендоскопия до илеума

Илеоскопия

Йеюноскопия

Панендоскопия с ексцизия

Дуоденоскопия }

Гастроскопия } с ексцизия

Езофагогастродуоденоскопия [EGD] }

Включва: двойно балонна ентероскопия

30473-01 Панендоскопия до дванадесетопръстника с биопсия

Фиброоптична колоноскопия

32090-00	Колоноскопия през артифициална стома Фиброоптична колоноскопия до цекума Дълга колоноскопия <i>Включва:</i> оглед на илеума <i>Не включва:</i> такава с: • биопсия (32084-01 [911]) • полипектомия (32087-00 [911])
32084-00	Фиброоптична колоноскопия до флексура хепатика Гъвкава сигмодоскопия Къса колоноскопия <i>Не включва:</i> тази след флексура хепатика (32090 [905] и [911], 32093-00 [911]) такава с: • биопсия (32084-01 [911]) • полипектомия (32087-00 [911])

Процедури за приложение, поставяне или премахване върху корем, перитонеум или оментум

30406-00 Абдоминална парацентеза

Рентгенография на стомашно-чревен тракт

58909-00 *Не включва:* безконтрастна радиогрaфия на корем (58900-00 [1977])

Контрастно изследване на фаринкс, хранопровод, стомах или дуоденум

Бариева каша за фаринкс, хранопровод, стомах или дуоденум

Включва: предварителен общ план

Не включва: контрастна каша за хранопровод, стомах или дуоденум и последваща до колон (58912-00 [1975])

58921-00 *Не включва:* безконтрастна радиогрaфия на корем (58900-00 [1977])

Друга контрастна клизма

Включва: изследване с въздушен контраст

предварителен общ план

Компютърна томография на корем

Включва: регион от диафрагмата до криста илиака

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])

при сканиране на:

- гръден кош (56301-01, 56307-01 [1957])
- и
- мозък (57001-01, 57007-01 [1957])
- таз (56801-00, 56807-00 [1961])
- таз (56501-00, 56507-00 [1963])

56401-00 Компютърна томография на корем

Друг ултразвук

30668-00 Ендоскопски ултразвук

30669-00 Ултразвук, съвместно с ендоскопия

Еластография

Ултразвук на корем или таз	
55036-00	Ултразвук на корем <i>Не включва:</i> коремна стена (55812-00 [1950]) при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])
Дуплекс ултразвук на интраторакални или интраабдоминални съдове	
55276-00	<i>Включва:</i> В-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ <i>Не включва:</i> такава с мапиране на кондуит (55294 [1948]) Дуплекс ултразвук на интра-абдоминални, аорта и илиачни артерии и/или вена кава инфериор и илиачни вени <i>Не включва:</i> при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])
55278-00	Дуплекс ултразвук на ренални и/или висцерални съдове <i>Включва:</i> дуплекс ултразвук на: • аорта • илиачни съдове • вена кава инфериор <i>Не включва:</i> при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])
Магнитно резонансен образ	
90901-05	Магнитно резонансна томография на корем
90913-02	Магнитно резонансна томография – холангиография
1932 Изследвания на урината	
91920-01	Изследване на уринен седимент
91920-03	Изследване за албумин в урината Микроалбуминурия – по преценка на лекуващия лекар
91920-05	Изследване за уробилиноген в урината
91920-06	Изследване на pH на урина
91920-07	Изследване за кетотела в урината
91920-08	Изследване на захар в уринна проба
91920-10	Изследване на относително тегло на урина– по преценка на лекуващия лекар
91920-17	Изследване за нитрити в урината– по преценка на лекуващия лекар
Друга електрокардиография [ЕКГ]	
11700-00	Друга електрокардиография [ЕКГ]

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

1923 Хематологични изследвания	
91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-05	Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване
91910-09	Изследване на протромбиново време
91910-10	Изследване на активирано парциално тромбoplastиново време (APTT)
91910-11	Изследване на фибриноген
1924 Биохимична изследвания	

91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-15	Клинично-химични изследвания за билирубин – общ
91910-16	Клинично-химични изследвания за билирубин – директен
91910-17	Клинично-химични изследвания за общ белтък
91910-26	Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27	Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-29	Клинично-химични изследвания за ГГТ
91910-30	Клинично-химични изследвания за алкална фосфатаза (АФ)
91910-18	Клинично-химични изследвания за албумин
91910-20	Клинично-химични изследвания за холестерол-по преценка на лекуващия лекар
91904-00	Изследване на Лактатдехидрогеназа (LDH) -по преценка на лекуващия лекар

Морфологични изследвания

91930-07	Патоморфологично изследване на проба от черен дроб и/или жлъчен път и/или панкреас
91938-00	Цитологично изследване на асцитна течност
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Други инцизионни процедури на вени

13757-00	Терапевтична венесекция
----------	-------------------------

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-02	Приложение на опаковани клетки Трансфузия на: • еритроцити • опаковани клетки • червени кръвни клетки
13706-03	Приложение на тромбоцити Трансфузия на: • тромбоцити
92061-00	Приложение на кръвосъсирващи фактори Трансфузия на: • антихемофилен фактор • коагулационни фактори НКД • криопреципитати • фактор VIII

- 92062-00 Приложение на друг серум
Трансфузия на:
• албумин
• плазма (прясно замразена) (FFP)
- 92063-00 Приложение на кръвен експандер
Разреждане на кръвта
Трансфузия на:
• кръвозаместители
- 92064-00 Приложение на друг кръвен продукт
Трансфузия на:
• кръвни заместители
• гранулоцити

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:

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

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

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

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

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

Кодирай също когато е направена:

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

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

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

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

Кодирай също когато е направена:

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

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

96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент, противoinфекциозен агент

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

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

Кодирай също когато е направена:

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

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

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

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени:

Четири основни диагностични процедури:

- Първата 55036-00 или 55276-00 или 55278-00;
- Втората включва задължително извършване на целия комплекс от медикодиагностични изследвания, посочени в блок 1932 „Изследвания на урината“ с изключение на тези, които се осъществяват по преценка на лекуващия лекар;
- Третата - 11700-00 - ЕКГ;
- Четвъртата включва задължително извършване на целия комплекс от медикодиагностични изследвания, посочени в блок 1923 „Хематологични изследвания“ и блок 1924 „Биохимични изследвания“ като 91910-20 и 91904-00 не са задължителни и една терапевтична процедура.

- Процедура 91938-00 се извършва задължително като пета процедура при коремна пункция 30406-00 при наличие на асцит.

1. Терапевтичните процедури: 96197-02, 96199-02 и 96199-09 или 96200-09 или 96197-09 се кодират само при минимум тридневен курс на лечение, като в ИЗ се посочва вида, дозата и курса на лечение.

2. Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени ендоскопски протокол и/или снимка от друго изобразяващо изследване – за основните процедури, с които се отчита пътеката.

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

Когато се използват кодовете от блок 1923 и 1924, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от двата блока (91910-20 и 91904-00 не са задължителни) и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Когато се използват кодовете от блок 1932, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от блока, с изключение на тези, които се осъществяват по преценка на лекуващия лекар и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

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

Клиничната пътека се изпълнява в обхвата на медицинската специалност "Гастроентерология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Гастронтерология". Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

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, разположени на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по гастроентерология или Клиника/отделение по вътрешни болести
2. Анестезиологичен екип
3. Клинична лаборатория
4. Образна диагностика
5. Видеоендоскопска апаратура за горна и долна ендоскопия (Ендоскопска апаратура за горна и долна ендоскопия – за лица под 18 години)
6. УЗ апарат среден клас, с възможност за Доплер ехографии

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

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

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Лаборатория (отделение) по клинична патология
2. Микробиологична лаборатория- на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Консумативи за екстракорпорална депурация

НЗОК не заплаща посоченото изделие

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

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

- лекари със специалност по гастроентерология – минимум двама;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика.
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

От работещите в структурата лекари-специалисти минимум един с квалификация по „Абдоминална Доплерова ехография – второ ниво“ и минимум един с квалификация по „Интервенционална гастроинтестинална ендоскопия – второ ниво“. Сертификат, издаден от отдел „Следдипломна квалификация“ към Медицински университет или ВМА.

При анамнеза от страна на пациента за алергия и предстояща процедура в условия на анестезия, се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

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

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Спешна диагностика и лечение (независимо от срока на предходното лечение) при пациенти със:

- остро настъпила чернодробна недостатъчност;
- изразена чернодробна/портална енцефалопатия/кома;
- клиничко-лабораторни и обективни данни за прогресивна жълтеница;
- всички пациенти с оточно-асцитен синдром (аназарка) или съмнение за рефрактерен асцит, хепаторенален синдром или спонтанен бактериален перитонит - рязко намаляване или спиране на диурезата при болен с асцит;

- олигурия/анурия;
- чернодробно заболяване/цироза с нестабилна хемодинамика, електролитни нарушения, дехидратация, фебрилитет;
- чернодробно заболяване/цироза с бързо настъпили коагулационни нарушения;
- бързо нарастване на серумните аминотрансферази (2 пъти увеличение над референтната граница);
- необходимост от спешни реанимационни мероприятия, корекция на метаболитни и водно-електролитни нарушения, жизненоважни функции, тежък анемичен синдром.

Диагностика и лечение при пациенти със:

- чернодробна цироза и жълтеница или друго нарушение в чернодробните функции, с документирано нарастване на серумните аминотрансферази; цироза клас В и С по Child класификацията;

- всички пациенти с първа поява на асцит;
- чернодробна цироза и асцит, при които не се постига компенсация от проведена амбулаторна терапия, труден за лечение асцит - нарастване на телото, коремната обиколка и/или дихателния дискомфорт;

- чернодробна цироза и съмнение или белези за чернодробна/портална енцефалопатия;
- новооткрита декомпенсация на чернодробната цироза;
- цироза с усложнения;
- цироза с първичен рак на черния дроб, при който основното лечение е това на чернодробната цироза;

- клинични и лабораторни данни и/или промени в черния дроб при изобразителните изследвания, съмнителни за хронично чернодробно заболяване;

- чернодробно заболяване и жълтеница, нарастване на серумните аминотрансферази или други нарушения в чернодробните функции;

- чернодробно заболяване, при което не се постига задоволителен терапевтичен ефект при амбулаторно проведена терапия;

- декомпенсирана чернодробна цироза включва цироза клас В и С по Child-Pugh класификацията и усложнената цироза - цироза с изразена жълтеница, асцит, енцефалопатия, кръвоизлив от варици на хранопровода, хепаторенален синдром (понастоящем или в миналото).

Класификация на пациентите с чернодробна цироза по Child-Pugh се прилага задължително при определяне на степен на тежест на състоянието към момента на хоспитализация, която се отчита, съгласно „Част III. Данни, попълвани при постъпване на пациент в лечебното заведение Блок “Постъпил в лечебното заведение““ от Направление Бл.МЗ-НЗОК №7.

Степен А, степен В и степен С от класификация на пациентите с чернодробна цироза по Child-Pugh, отговарят съответно на II, III и IV степен на тежест на състоянието при пациенти над 3 години от Направление Бл.МЗ-НЗОК №7.

Класификация на пациентите с чернодробна цироза по Child-Pugh

Child-Pugh класификация	А	В	С
Билирубин mmol/l (mg/dl)	Под 34 (2.0)	35-51 (2.0-3.0)	Над 51(3,0)
Албумин g/l (g/dl)	Над 35(3,5)	35-28(3,5-2,8)	Под 28(2,8)
Протромбинов индекс или Протромбиново време или INR	Над 70% от 1 –4 сек под 1.6	70-40% 4-6 сек 1.6 – 2.0	Под 40 % над 6 сек над 2.0
Асцит	Липсва	Лесно се контролира	Трудно се поддава на контрол
Енцефалопатия	Липсва	дискретна	Изразена
Брой точки	1	2	3

Клас А – общ сбор – 5-6 точки;

Клас В – общ сбор – 7-9 точки;

Клас С – общ сбор – 10-15 точки

Модифициран скор на Child-Pugh за холестатични чернодробни болести (ПБЦ)

Child-Pugh класификация	А	В	С
Билирубин mmol/l	17-67	68-169	Над 170
Албумин g/l	Над 35	35-28	Под 28
Протромбинов индекс %	Над 70%	70-40 %	Под 40 %
Асцит	Липсва	Лесно се контролира	Трудно се поддава на контрол
Енцефалопатия	Липсва	дискретна	Изразена
Брой точки	1	2	3

б) Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема в първите 24 часа от хоспитализацията. Ехография на коремни органи и ретроперитонеум се извършва до 48 час от постъпването. В случаи на спешност горна ендоскопия или контрастна рентгенография се извършват до 24 часа от постъпването. В случаи извън спешност горна ендоскопия или контрастна рентгенография се извършват до 3 ден от началото на хоспитализацията при минимален болничен престой. При необходимост от провеждане на КТ или МРТ се извършват до края на болничния престой. Контролни клинично-лабораторни изследвания на патологично променените показатели се извършват по преценка до края на хоспитализацията.

Диагнозата е комплексна и включва:

Анамнеза и физикално изследване.

Лабораторни изследвания, съобразени с посочените в блок Основни процедури:

- хематологични показатели - хемоглобин, еритроцити, левкоцити, тромбоцити, Hct и изчислени съотношения, с диференциално броене на клетки;

- биохимични изследвания – АСАТ, АЛАТ, ГГТ, АФ, общ белтък, албумин, общ и директен билирубин; кръвна захар, креатинин, урея, електролити (K, Na, Cl), газов анализ – при показания и други, например протеинограма, имуноглобулини, автоантитела, Ca, P, АКР, α-фетопротеин, ЛДХ, амилаза, липиди;

- хемостаза (фибриноген, протромбиново време/индекс/INR, АПТТ/ пТПВ/ККВ), фибриноген, други – по индикации;

- урина – общо изследване; при показания - определяне на натриурезата или белтък в 24-часова урина.

Изследване на асцитна течност:

- биохимично – общ белтък, албумин, захар, ЛДХ, холестерол, амилаза;
- брой левкоцити/общ брой клетки, брой сегментоядрени левкоцити (PMN), еритроцити;
- цитологично изследване;
- при показания - оцветяване по Gram или Zeel-Nielsen, микробиологично – аеробна и/или анаеробна култура, гъби.

Урокултура, хемокултура и други микробиологични и паразитологични изследвания- при клинични данни за инфекция.

Креатининов клирънс, осмоларитет на урината или плазмата.

Инструментални изследвания:

- ехография на коремни органи, по възможност и показания - с доплерово изследване;
- езофагогастроскопия или контрастна рентгенография на хранопровода и стомаха (алтернативен метод) или други отдели на ГИТ.

Други инструментални изследвания:

- КТ на коремни органи, мозък, ЕЕГ, МРТ – при индикации.

Други допълнителни инструментални и функционални изследвания - при показания.

Етиологична диагноза – Hbs Ag, Anti HCV, anti HDV и други вирусни маркери, автоантитела, серумно желязо, ЖСК, феритин, церулоплазмин, куприурия, алфа1глобулин, порфирины и други.

Консултации – при индикации.

Провеждане на етиологично и базисно лечение на хроничното чернодробно заболяване (по индикации) – противовирусни средства, кортикостероиди, имunosупресори, D-penicillamin, UDCA, хепатопротектори, витамини, глюкозни разтвори, кръвопускане и други.

Провеждане на лечение на усложненията на чернодробната цироза, ентeрално хранене, корекция на клинични и биохимични отклонения, общи реанимационни мероприятия (според консенсусните решения на БНДГЕ).

Портална хипертензия - варици на хранопровода, варици на стомаха и хипертензивна гастропатия.

1. При индикации - **първична профилактика** на кръвоизлива от варици на хранопровода – с цел да се предпази или отложи първият епизод на кървене.

Терапия с неселективен бета-блокeр до постигане на β-блокада.

2. В случаи на контраиндикация или непонасяне на неселективен бета-блокeр, ендоскопското връзково лигиране на вариците на хранопровода е метод на избор.

Вторичната профилактика цели да предотврати повторното кървене от варици на хранопровода.

Тя включва:

1. Първи избор е ендоскопско връзково лигиране на вариците на хранопровода. За постигане на успешно унищожаване на вариците болните трябва да бъдат ендоскопирани на всеки 3 месеца в началото и на 6 месечни интервали в последствие.

В случай на рецидив трябва да се лекуват до пълното им изчезване.

2. Ендоскопско склерозизиране на вариците.

- до ендоскопско склерозизиране на вариците на хранопровода се прибегва когато ЕВЛ не може да се осъществи;

- видът на склерозиращото вещество може да се различава в различните центрове;

- интервалите за лечение не се различават от тези при лигирането на вариците.

3. Неселективен β-блокeр с или без ендоскопско лечение на вариците на хранопровода.

- прилага се както комбинация от неселективен β-блокeр и ендоскопско лечение на вариците, така и само β – блокeр;

- когато се прилага само неселективен β – блокер се препоръчва контрол на HVPG (чернодробен градиент на венозно налягане) с поддържане на неговото ниво под 12 mm Hg.

Лечение на неусложнен асцит - асцит без белези за инфекция на асцитната течност или наличие на хепаторенален синдром.

Включва:

I. Базисна терапия.

Постелен режим – най-добър ефект при болни с нарушена бъбречна функция или лош отговор на диуретичното лечение. Намаление на приема на готварска сол – 3 г/дневно. Намаление на приема на течности – 500 - 1000 мл/дневно. Подобряване на чернодробните функции.

II. Диуретична терапия - стъпаловидно – започва се с ниска доза, която при липса на ефект се повишава през няколко дни, а при необходимост се включва и втори диуретик.

Цел: намаление на телесното тегло с 1000 г дневно, при наличие на периферни отоци – до 2000 дневно.

- калий-съхраняващ диуретик – средство на първи избор; - бримков диуретик. Задължителен контрол на натрий и калий!

Поведение при липса на отговор на терапията:

- търсене на фактори, намаляващи действието на диуретиците;
- терапевтична парацентеза с вливане на 20% Human albumin;
- корекция на електролитен дисбаланс – хипокалиемия, хиперкалиемия, хипонатриемия.

Рефрактерен асцит (асцитът, който не се повлиява или не може да бъде ефективно контролиран, или рецидивира скоро или често след интензивна лекарствена терапия).

Стандартна терапия – парацентеза по показания с едновременно приложение на интравенозен 20% Human albumin в доза 1-2 г/кг тегло.

Спонтанен бактериален перитонит (СБП) е инфекция на перитонеалната кухина (на асцита) при болни с цироза и асцит при липса на явен източник на инфекция, като абдоминален абсцес или чревна перфорация. Диагностични критерии:

- левкоцити > 500/ml асцитна течност, PMN > 250/ ml асцитна течност или 250/mm³; положителен резултат при оцветяване по Грам или положителна култура от асцитна течност;
- симптоми, съмнителни за СБП и ниско количество белтък в асцитната течност (<10g/l);

Лечение:

Незабавно се започва емпирична парентерална антибиотична терапия.

При пациенти с т. нар. некомплицирани СБП/нормален серумен креатинин и липса на всеки от следните критерии: 1. стомашно-чревен кръвоизлив; 2. енцефалопатия –II- IV стадий; 3. илеус; 4. септичен шок (може да се започне директно перорална терапия).

Хепаторенален синдром (ХРС) - бързо прогресираща функционална бъбречна недостатъчност или по-продължително влошаване на бъбречната функция.

Поведение при болни с ХРС: проследяват се кръвно налягане и пулс с монитор; сол под 4.0; приема на течности до 1 литър за 24 часа. Корекция на калиемия, АКР.

Спират се нефротоксични медикаменти, вкл. Gentamicini sulfas и НСПВС; при хиперкалиемия - калий-съхраняващи диуретици. Спират се бримковите диуретици при липса на ефект от максимална дозировка.

Хемодиализа се прилага само при болни с уремия или при заплашващи живота критични състояния, като остър белодробен оток.

Медикаментозна терапия

- вазоконстрикторни медикаменти + Human albumin в доза 1 грам/ кг през I-ия ден, след което по 20 - 40 грама дневно;
- инфузията с хуман - албумин се прекратява при нарастване на централното венозно налягане над 18 cm H₂O. Вазоконстрикторният медикамент и хуман - албуминът се прилагат до излизане от ХРС - спадането на серумен креатинин под 133 микромола на литър или максимум за 15 дни;
- при болни с I-ви тип ХРС може да се опита комбинирано приложение на соматостатин и аналози. Тази терапия може да се комбинира с прилагане на 20- 40 грама Хуман - албумин дневно.

Чернодробната енцефалопатия е нарушение във функцията на централната нервна система в резултат от остра или хронична чернодробна недостатъчност. Характеризира се с широк спектър от нервни-психични прояви – от леки промени в съзнанието до дълбока кома, които са потенциално обратими.

Поведение при пациенти с клинично изявена чернодробна цироза (стадий 1 до 4). Активното търсене и лечение на всички преципитиращи фактори, които могат да доведат до развитието на чернодробна енцефалопатия – азотемия, седатива, транквилизатори, аналгетици; гастроинтестинален

кръвоизлив, повишен внос на белтъци, метаболитна алкалоза, инфекция, констипация, тромбоза на порталната вена, оперативни интервенции при циротици, шънтове - спонтанни и оперативни.

Лечение на чернодробната енцефалопатия

Остра енцефалопатия

Диета - ограничение на приема на белтък - 0,5г/кг/ден; пълно изключване на белтъчния внос за 1-3 дни при стомашно-чревен кръвоизлив. Калориен внос – чрез глюкозни вливания постепенно покачване на белтъчния внос, за да се определи поносимостта - цел: 1-1,5 г/кг/дневно. Използват се растителни и млечни белтъци. Храненето се извършва перорално, при невъзможност през назо-гастрална сонда.

Намаляване на продукцията на амоняк от червата - високи почистващи клизми; лаксативи (перорално или чрез сонда – MgSO₄), иригация с течности перорално; намаляване на NH₃-продуциращата чревна флора - лактулоза (средство на първи избор) - пер ос или през сонда 100 мл, след което 3x10 - 50 мл или – първа доза 45 мл, след което същата доза на час до поява на изхождане, след това 3x10-50мл; клизма (при кома) - 300 мл в 1 л вода и задържане на разтвора поне 1 час; цел: 2 - 3 кашави изхождания дневно.

Нерезорбируеми антибиотици.

Други терапевтични възможности – бензодиазепинов антагонист (при пациенти с ЧЕ, причинена от бензодиазепини); разклонени аминокиселини (доза до 40 g/d) – при липса на ефект от горните мероприятия и при лоша поносимост към алиментарен внос на белтък; L- Ornithine-L-Aspartate (доза 20 – 40g/d i.v.) – при пациенти без бъбречна недостатъчност и липса на ефект от горните мерки в III-IV стадий ЧЕ.

Рекурентна и хронична чернодробна енцефалопатия

Избягване и превенция на преципитиращите фактори. Хранене – белтъчен внос до 1 - 1,5 г/кг/дневно за сметка на растителни и млечни белтъци. Лактулоза – цел 2-3 кашави изхождания дневно.

Антибиотици – само при болни, при които липсва ефект от лактулозата. Необходимо е строго бъбречно, неврологично и отологично мониториране.

L -Ornithine-L-Aspartate (18g/дн p.o) – при липса на ефект от горните мерки, трябва да се следи бъбречната функция.

При всички болни с чернодробна цироза, без данни за явна енцефалопатия, е необходимо извършването на стандартните психометрични тестове. Изследването трябва да се повтаря на всеки 6 месеца.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

След лабораторни, ехографски и/или други образни изследвания.

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 (клинични/параклинични) и изпълнение на едно или повече от следните условия:

- осигуряване на коректна диагноза и лечение,
- документирано подобряване на променените параметри и усложнения при хронично чернодробно заболяване, които е възможно да бъдат повлияни до края на болничния престой;
- благоприятно развитие на клиничната симптоматика: портална хипертония; асцит; енцефалопатия; хепаторенален синдром; иктер.

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

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

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

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

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

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

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Заболяванията на черния дроб, жлъчните пътища и панкреаса протичат с разнообразни оплаквания: гадене, повръщане, болка или дискомфорт в различни части на корема, жълтеница и др. Вашият личен лекар съвместно със специалиста гастроентеролог ще преценят дали вашите оплаквания са сериозни. Ако е необходимо ще Ви насочат за уточняване на заболяването и лечение в гастроентерологично отделение или клиника.

Когато изследванията, необходими за изясняване на естеството на Вашето заболяване изискват специална подготовка, наблюдение след провеждането им или се комбинират с лечебни процедури (“малки операции” без отваряне на корема), Вашият лекар ще Ви предложи прием в гастроентерологично отделение. Ако той прецени, че общото Ви състояние е увредено или заболяването Ви протича тежко, също ще Ви насочи към болница.

В гастроентерологичното отделение в зависимост от Вашите оплаквания ще бъде проведен комплекс от диагностични процедури:

- вземане на кръв за лабораторни изследвания;
- рентгеново/скениращо изследване на съответния болен орган с или без използването на контрастно вещество, включително вкарано във вена;
- оглед на органите в корема с ехограф;
- оглед на повърхностната обвивка на храносмилателната тръба с огъваема тръба с оптика (ендоскоп) през устата; вземане на малко парче за изследване под микроскоп;
- рентгенова снимка на жлъчните и панкреасните канали с оцветяване с контрастно вещество (въведено през отвора на дванадесетопръстника, където се излива жлъчката и панкреасния секрет) чрез ендоскоп – наречена ендоскопска ретроградна холангио-панкреатография (ЕРХП);
- оглед на коремната кухина чрез тръба, наречена лапароскоп;
- вземане на малко парче от черния дроб за изследване под микроскоп чрез специална игла въведена през кожата;
- вземане на секрет или група клетки от определено място на черния дроб, задстомашната жлеза или другаде с много тънка специална игла под ехографски контрол;
- други изследвания според преценката на Вашия лекар.

Лечението на Вашето заболяване може да бъде извършено с лекарства приети през устата, вкарани през вената или в мускул

В някои случаи лечението се извършва под ехографски контрол,

- дрениране на течни, некротични или инфектирани колекции с игла;
- разрушаване на тумор чрез игла вкарана през кожата и подаване на импулси от специални апарати или чрез вкарване на алкохол, или други лечебни вещества.

В други случаи лечението се извършва по ендоскопски път по време на ЕРХП – разрязване на гладкия мускул на отвора на дванадесетопръстника, където се изливат жлъчката и панкреасният секрет (сфинктеротомия), изваждане на камъни от жлъчните или панкреасни канали (ендоскопска екстракция) със/без предварителното им раздробяване с кошничка, подобно на лешник от лешникотрошачка (механична литотрипсия); разширяване на стеснени участъци с балони (балонна дилатация) и поставяне на протези (ендоскопско протезиране) или дрениране на жлъчка/панкреасен сок чрез поставяне на тънки пластмасови тръбички в жлъчните или панкреасните канали през носа (назо-билиарен или назо-панкреасен дренаж); спиране на кръвене (ендоскопска хемостаза).

При някои кисти на задстомашната жлеза в близост до стената на стомаха се извършва дрениране чрез игла през ендоскопа или специално поставена тръбичка (протеза).

След проведеното лечение може да бъдете насочен за проследяване от Вашия общопрактикуващ лекар или специалиста гастроентеролог, но може да Ви бъде предложено оперативно или друго лечение.

В зависимост от необходимите за Вас изследвания и/или лечебни процедури ще Ви бъде предоставена обширна информация, а за част от тях ще Ви бъде поискано писмено съгласие.