

„КП № 89.3 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА СИСТЕМНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА СЪЕДИНИТЕЛНАТА ТЪКАН ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ - С УСЛОЖНЕНИЯ

Минимален болничен престой – 4 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Възлест полиартериит и наследствени състояния

M30.0 Възлест полиартериит

M30.1 Полиартериит с увреждане на белия дроб [Churg-Strauss]

Алергичен грануломатозен ангиит

Кръстосан полиангиит-синдром

Други некротизиращи васкулопатии

M31.1 Тромботична микроангиопатия

Тромботична тромбоцитопенична пурпура

M31.3 Грануломатоза на Wegener

Некротизираща респираторна грануломатоза

M31.4 Синдром на аортната дъга [Takayasu]

M31.8 Други уточнени некротизиращи васкулопатии

Хипокомплементемичен васкулит

Дисеминиран lupus erythematoses

Не включва: lupus erythematoses (дискоиден) (БДУ) (L93.0)

M32.1† Дисеминиран lupus erythematoses с увреждане на други органи или системи

Дисеминиран lupus erythematoses с увреждане на:

- белия дроб (J99.1*)
- бъбреците (N08.5* , N16.4*)

Болест на Libman-Sacks (I39.—*)

Перикардит при дисеминиран lupus erythematoses (I32.8*)

M32.8 Други форми на дисеминиран lupus erythematoses

M33.1 Други дерматомиозити

M34.8 Други форми на системна склероза

Системна склероза с:

- увреждане на белия дроб† (J99.1*)
- миопатия† (G73.7*)

Диагнозите със знак звездичка (*), не могат да се използват като самостоятелни диагнози (самостоятелен код), а изискват основна диагноза (основен код), обозначена със знак кръстче (†), която винаги стои на първо място.

Диагноза с МКБ код 32.8 „Други форми на дисеминиран lupus erythematoses“ в тази КП включва мозъчна форма и трансверзален миелит.

Диагноза с МКБ код 33.1 „Други дерматомиозити“ в тази КП включва засягане на белите дробове или сърцето.

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ НА КОЖА И ПОДКОЖНА ТЪКАН И МУСКУЛ****86.11 БИОПСИЯ НА КОЖА И ПОДКОЖНА ТЪКАН****Биопсия на кожа и подкожна тъкан**

30071-00 Биопсия на кожа и подкожна тъкан

ДРУГО РЕНТГЕНОВО ИЗСЛЕДВАНЕ НА ГРЪДЕН КОШ**Изключва:**

ангиокардиография - 88.50-88.58

ангиография - 88.40-88.68

****87.41 КАТ НА ГРЪДЕН КОШ**

КАТ скениране на гръдния кош

електронна субтракция на гръдния кош

фотоелектричен отговор на гръдния кош

томография с използване на компютър, на рентгенови-лъчи и камера на гръдния кош

Компютърна томография на гръден кош

Компютърна томография на гръден кош

Включва: кост

гръдна стена

бял дроб

медиастинум

плевра

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

при сканиране на:

• корем (56301-01, 56307-01 [1957])

• и таз (56801-00, 56807-00 [1961])

• мозък (57001, 57007 [1957])

56301-00 Компютърна томография на гръден кош

56307-00 Компютърна томография на гръден кош с интравенозна контрастна материя

****87.44 РУТИННО ГРЪДНО РЕНТГЕНОВО ИЗСЛЕДВАНЕ, ТАКА ОПИСАНО**

рентгеново изследване на гръден кош БДУ

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош

Включва: бронх
диафрагма
сърце
бял дроб
медиастинум

Не включва: такава на:

- ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
- гръдна кост (58521-00 [1972])
- гръден вход (58509-00 [1974])
- трахея (58509-00 [1974])

**** 88.26 ДРУГО СКЕЛЕТНО РЕНТГЕНОВО ИЗСЛЕДВАНЕ НА ТАЗ И ТАЗОБЕДРЕНА СТАВА**

Рентгенография на таз

57712-00 Рентгенография на тазобедрена става

Не включва: контрастна артрография (59751-00 [1985])

такава на фемурна шийка (57518-00 [1983])

57715-00 Рентгенография на таз

АРТЕРИОГРАФИЯ С ИЗПОЛЗВАНЕ НА КОНТРАСТЕН МАТЕРИАЛ

Включва: ангиография на артерии

артериална пункция за инжектиране на контрастния материал

радиография на артерии (чрез флуороскопия)

ретроградна артериография

Забележка: Четирицифрената класификация означава мястото на изследване, а не мястото на инжекция.

Изключва:

артериография с използване на:

радиоизотопи и радионуклеиди – 92.01-92.19

ултразвук – 88.71-88.79

флуоресцентна ангиография на око – 95.12

****88.41 АРТЕРИОГРАФИЯ НА МОЗЪЧНИ АРТЕРИИ**

ангиография на:

базиларни артерии

каротис (интерна)

постериорна церебрална циркулация

вертебрална артерия

Друга ангиография

59970-02 Мозъчна ангиография

**88.42 АОРТОГРАФИЯ

артериография на аорта и аортна дъга

59903-03 Аортография

**88.45 АРТЕРИОГРАФИЯ НА БЪБРЕЧНИ АРТЕРИИ

Артериография

59970-03 Периферна артериография

ДИАГНОСТИЧЕН УЛТРАЗВУК (ЕХОГРАФИЯ)

Включва: ехография

ултразвукова ангиография

ултрасонография

Изключва:

терапевтичен ултразвук- 00.01–00.09

**88.72 ДИАГНОСТИЧЕН УЛТРАЗВУК НА СЪРЦЕ

ехокардиография (вкл. 2 D ЕхоКГ и Доплер)

интраваскуларен ултразвук на сърце

Ултразвук на сърце

Ехокардиография

Включва: такъв изпълнен:

- използвайки:
 - мапиране с цветен поток
 - Доплер техники (продължителна вълна) (пулсираща вълна)
 - механично секторно сканиране
 - трансдюсер с фазово излъчване
- с видео запис

55113-00 М-режим и двуизмерен ултразвук на сърце в реално време

**88.74 ДИАГНОСТИЧЕН УЛТРАЗВУК НА ХРАНОСМИЛАТЕЛНА СИСТЕМА

Ултразвук на корем или таз

55036-00 Ултразвук на корем

Включва: сканиране на уринарен тракт

Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])

ПРИ СЪСТОЯНИЯ, СВЪРЗАНИ С БРЕМЕННОСТ

ДРУГО ДИАГНОСТИЧНО ОБРАЗНО ИЗОБРАЖЕНИЕ

****88.91 МАГНИТНО РЕЗОНАНСНО ИЗОБРАЖЕНИЕ НА МОЗЪК И МОЗЪЧЕН СТВОЛ**

Изключва:

интраоперативно магнитно резонансно изображение – 88.96

магнитно резонансно изображение в реално време – 88.96

Магнитно резонансен образ

90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък

Не включва: функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])

****88.92 МАГНИТНО РЕЗОНАНСНО ИЗОБРАЖЕНИЕ НА ГРЪДЕН КОШ И МИОКАРД**

за преценка на хилусна и медиастинална лимфна аденопатия

90901-04 Магнитно резонансна томография на гръден кош

Включва: сърце

****89.29 ДРУГИ НЕОПЕРАТИВНИ ИЗМЕРВАНИЯ НА ПИКОЧО-ПОЛОВАТА СИСТЕМА**

биопроба (посявка) на урина

бъбречен клирънс

химично изследване на урина

1926 Микробиологични изследвания

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

Включва: урокултура

антибиограма

1932 Изследвания на урината

91920-01 Изследване на уринен седимент

91920-11 Измерване на бъбречен клирънс в урината

91920-12 Химично изследване на урина

pH

Белтък

Билирубин

Уробилиноген

Глюкоза

Кетони

Относително тегло

Нитрити

Левкоцити

Кръв

****90.59 ИЗСЛЕДВАНЕ НА КРЪВ**

Включва задължително извършване на целия комплекс от медико-диагностични изследвания:

хематологични изследвания /минимум/: хемоглобин, СУЕ, левкоцити, левкограма, фибриноген;

имунологични изследвания /минимум/: РФ/Waaler Ross, ANA;

****90.59 ИЗСЛЕДВАНЕ НА КРЪВ**

Включва задължително извършване на целия комплекс от медико-диагностични изследвания:

биохимични изследвания /минимум/: кр. захар, урея, креатинин, ALAT, ASAT, КК;

1924 Биохимични изследвания

| | |
|----------|--|
| 91910-03 | Кръвно-захарен профил |
| 91910-12 | Клинично-химични изследвания за глюкоза |
| 91910-13 | Клинично-химични изследвания за креатинин |
| 91910-14 | Клинично-химични изследвания за урея |
| 91910-26 | Клинично-химични изследвания за АСАТ |
| 91910-27 | Клинично-химични изследвания за АЛАТ |
| 91910-28 | Клинично-химични изследвания за Креатинкиназа (КК) |

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 |
| 91910-07 | Скорост на утаяване на еритроцитите |
| 91910-11 | Изследване на фибриноген |

1930 Имунологични изследвания

| | |
|----------|--|
| 91923-07 | Изследване на ревматоиден фактор |
| 91924-01 | Определяне на антинуклеарни антитела в серум |

ЕНМГ на око - 95.25

такава с полисомнография - 89.17

ЕНМГ на уретрален сфинктер - 89.23

Невромускулна електродиагностика

ЕМГ [електромиография]:

- на ≥ 1 мускул(и)
- използвайки кръгови иглени електроди

Изследване на невромускулна проводимост

11012-00 Електромиография (ЕМГ)

е включва: мускули на тазово дъно и анален сфинктер (11833-01 [1859])

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

ДРУГИ ОПЕРАЦИИ НА СТАВНИ СТРУКТУРИ

* 81.92 ИНЖЕКТИРАНЕ НА ЛЕЧЕБНО ВЕЩЕСТВО В СТАВА ИЛИ ЛИГАМЕНТ

Приложение на агент в други мускулно-скелетни точки точки

50124-01 Приложение на агент в става или друга синовиална кухина, неklasифицирано другаде

Прилагане на агент в става или друга синовиална кухина за локален ефект БДУ

Инжектиране:

- в bursa на:
 - кортикостероид
 - локален анестетик

ДРУГИ ОПЕРАЦИИ НА МУСКУЛ, СУХОЖИЛИЕ, ФАСЦИЯ И БУРСА

Изключва:

неоперативни:

манипулации 93.25-93.29

разтягане - 93.27-93.29

* 83.96 ИНЖЕКЦИЯ НА ЛЕЧЕБНО ВЕЩЕСТВО В БУРСА

50124-01 Приложение на агент в става или друга синовиална кухина, неklasифицирано другаде

Прилагане на агент в става или друга синовиална кухина за локален ефект БДУ

Инжектиране:

- в bursa на:

- кортикостероид
- локален анестетик

* 83.97 ИНЖЕКЦИЯ НА ЛЕЧЕБНО ВЕЩЕСТВО В СУХОЖИЛИЕ

50124-01 Приложение на агент в става или друга синовиална кухина, неклассифицирано другаде

Прилагане на агент в става или друга синовиална кухина за локален ефект БДУ

Инжектиране:

- в bursa на:
- кортикостероид
- локален анестетик

ИНЖЕКЦИЯ ИЛИ ИНFUЗИЯ НА ЛЕЧЕБНО ВЕЩЕСТВО

Включва:

подкожна инжекция или инфузия с местно или общо действие

интрамускулна инжекция или инфузия с местно или общо действие

интравенозна инжекция или инфузия с местно или общо действие

*99.19 ИНЖЕКЦИЯ НА АНТИКОАГУЛАНТИ

Изключва:

инфузия на *drotrecogin alfa* (активисан) – 00.11

Приложение на фармакотерапия

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

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

*99.23 ИНЖЕКЦИЯ НА СТЕРОИД

инжекция на кортизон

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент, стероид

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

96201-03 Интракавитарно приложение на фармакологичен агент, стероид

*99.25 ИНЖЕКЦИЯ ИЛИ ИНFUЗИЯ НА ПРОТИВОРАКОВА ХИМИОТЕРАПЕВТИЧНА СУБСТАНЦИЯ

инжекция или инфузия на антинеопластичен агент

цитостатик

96199-00 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент

96197-00 Мускулно приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент

96201-00 Интракавитарно приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент

99.29 ИНЖЕКЦИЯ ИЛИ ИНFUЗИЯ НА ЛЕЧЕБНО ИЛИ ПРОФИЛАКТИЧНО ВЕЩЕСТВО

96199-09 Интравенозно 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 е извършена една основна терапевтична процедура и две диагностични процедури, едната от които задължително е **90.59 Изследване на кръв (задължително извършване на целия комплекс от медико-диагностични изследвания: хематологични изследвания /минимум/: хемоглобин, СУЕ, левкоцити, левкограма, фибриноген; имунологични изследвания /минимум/: РФ/Waaler Ross/, ANA).

Всички медико-диагностични изследвания, включени в блок основни диагностични процедури, се осъществяват от ЛЗ за БМП по време на хоспитализацията.

Клиничната пътека не може да бъде завършена само с една от следните терапевтични процедури: 81.92, 83.96 или 83.97.

1. Договор за изпълнение на КП № 89.3 могат да сключат лечебни заведения за болнична помощ, през които по КП 89.1 през 2019 г. са преминали не по-малко от 110 ЗОЛ.

2. По КП № 89.3 НЗОК заплаща на лечебното заведение не повече от 15% от общия брой преминали ЗОЛ по КП 89.1 в същото ЛЗ.

3. НЗОК заплаща за лечението на едно ЗОЛ по КП № 89.3 не повече от един път за една календарна година. При необходимост от повторна хоспитализация по същата КП, НЗОК заплаща на лечебното заведение по цената, определена за КП № 89.1.

НЗОК не заплаща за лечение на едно и също ЗОЛ по КП № 89.3 и по КП № 89.1 в рамките на един отчетен период.

Код 91934-06 “Микроскопско изследване на проба от скелетно мускулната система и ставна течност за хистология” по тази КП и за тази възрастова група включва:

- друго микроскопско изследване на проба от скелетно мускулната система и ставна течност - микроскопско изследване на: кост, лигамент, бурса, мускул, хрущял, синовиална мембрана, фасция, сухожилие, кожа ставна течност;

Кодове 96199-09 “Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент” и **96200-09** “Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент” включват и-приложение на антикоагуланти.

Код 96199-03 “Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент” включва приложение на стероид (кортизон)

Код 96197-03 “Мускулно приложение на фармакологичен агент” включва приложение на стероид (кортизон).

Код 90.59 „Изследване на кръв“ включва задължително извършване на следните медико-диагностични изследвания: **хематологични изследвания:** хемоглобин, СУЕ, левкоцити, левкограма, фибриноген; **имунологични изследвания:** РФ /Waalser Ross/, ANA; **биохимични изследвания:** кр. захар, урея, креатинин, ALAT, ASAT, КК.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ. Рентгеновите филми или друг носител при образни изследвания се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

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.

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

Клиничната пътека се изпълнява от обхвата на медицинската специалност "Ревматология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Ревматология".

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицинските стандарти „Ревматология“.

1. 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 ревматология |
| 2. Клинична лаборатория * |
| 3. Отделение по образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия; КТ или МРТ; ехограф, подходящ за изследване на стави |
| 4. Апарат за ЕКГ |

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 ревматология.

2. 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.

| |
|---|
| <i>Задължително звено/медицинска апаратура</i> |
| 1. Отделение/лаборатория по клинична патология |
| 2. Апарат за двойноенергийна рентгенова абсорбциометрия (ДХА) |
| 3. Микробиологична лаборатория – на територията на областта |
| 4. Клиника/отделение по физикална и рехабилитационна медицина - второ ниво на компетентност |
| 5. Имунологична лаборатория - трето ниво на компетентност |

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

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

- шестима лекари, от които четирима лекари с придобита специалност по ревматология, единият от които със сертификат за ехографско изследване на опорно-двигателен апарат;
- лекар със специалност клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.;

4. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

- 4.1. Имунологична лаборатория – допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

4.2. Радиоизотопна лаборатория или нуклеарно-медицинско звено – допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

1.1. Диагностика и лечение на пациенти с доказани системни автоимунни заболявания и наличие на:

- тежка психоза, епилептичен гърч, мозъчно-съдов инцидент;
- транзверзален миелит или оптикомиелит;
- тежък интоксикационно-фебрилен синдром;
- васкулит с некрози;
- бързопрогресиращ полимиозит;
- остро възникнал нефрозен синдром или рязко повишение на креатинина;
- белодробни прояви, изхождащи от болестта (пулмонит, белодробна съдова болест, плеврален излив);
- прогресиращ автоимунен кардит (перикарден излив, миокардит с прогресираща СН, рефрактерен на ГКС лечение, ендокардит с увреждане на клапи);
- васкулитен обрив, съчетан с коремна болка;
- новоустановена артериална хипертония;
- цитопения (левкоцити под 2500, тромбоцити под 90 000);
- васкулитен синдром и рецидивираща хематурия и/или протеинурия;
- васкулитни исхмични прояви от страна на горните крайници, долните крайници, коремните и мозъчните кръвоносни съдове;
- бързо прогресиращ модифициран Rodnan skin score или еритродермия;
- бързо прогресиращ синдром на Raynaud с тежки исхемични прояви или некрози.

1.2. Първоначална диагностика, стадиране и определяне на терапевтичен подход при болни с данни за системно заболяване;

1.3. Диагностично уточняване, рестадиране и корекция на терапевтичен подход при болни със системно заболяване с недостатъчен терапевтичен ефект от провежданото извънболнично лечение;

1.4. Провеждане на пулс-терапия с цитостатици, кортикостероиди, интравенозен гама-глобулин и други биологични средства по определена терапевтична схема.

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

2. ДИАГНОСТИЧНО-ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

ДИАГНОСТИЧНО-ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания при спешни индикации се взема до 6 час от постъпването.

Медикаментозното лечение започва до 6 час от началото на хоспитализацията.

В случай на необходимост рентгенография същата се извършва до 24 час от началото на хоспитализацията.

Контролни клиничко-лабораторни изследвания на патологично променени показатели се извършват задължително до края на хоспитализацията.

Медикаментозното лечение включва следните лекарствени групи:

- нестероидни противовъзпалителни средства (НСПВС);
- бавнодействащи (болестопроменящи) противоревматични лекарствени средства;
 - за перорално приложение;
 - за парентерално приложение.
- кортикостероиди:
 - за перорално приложение;
 - за парентерално приложение;
- имunosупресори:
 - за перорално приложение;
 - за парентерално приложение;
- антибактериални, антивирусни и антимикотични средства;
- средства за локално приложение
 - кортикостероиди с удължено действие;
 - перкутанни средства
- симптоматични – диуретици, кардиотоници, съдоразширяващи, антихипертензивни, антихистаминови, антикоагуланти, антиагреганти.
- лечебна плазмафереза – при съответни индикации.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти, могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

Съгласно международно приетите диагностични таблици за съответната нозология и съобразно клиничната картина, рентгенографските промени, лабораторните и инструментални изследвания.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ

МЕДИЦИНСКИ КРИТЕРИИ ЗА ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

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:

1. поставена окончателна диагноза;
2. овладяване на фебрилитета;
3. подобрене в общото състояние и на показателите за клинична или биологична активност на заболяването;
4. приключване на пулстерапия.

ДОВЪРШВАНЕ НА ЛЕЧЕБНИЯ ПРОЦЕС И ПРОСЛЕДЯВАНЕ

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза включена в Наредбата за диспансеризация, пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложенния алгоритъм в наредбата.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

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

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯ КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

СИСТЕМЕН ЛУПУС ЕРИТЕМАТОДУС

Системният лупус еритематозус (СЛЕ) е хронично аутоимунно заболяване, което може да засегне различни органи и системи. Причините не са известни. Предполага се участие на голям брой наследствени рискови фактори, в съчетание с някои фактори на околната среда като: вирусни инфекции, някои медикаменти, слънчево облъчване.

СЛЕ е рядка болест, която засяга предимно момичета и млади жени във възрастта от 15-45 години, като съотношението жени/мъже е 9:1. Изявата на заболяването е необичайна под 5 години и много рядка във възрастта преди пубертета.

Началото на заболяването при повечето от случаите е постепенно, бавно, с неспецифични оплаквания от умора, отпадналост, непостоянна температура, отслабване на телло, липса на апетит. По-късно се развиват специфични симптоми във връзка със засягане на един или повече органи. Измененията по кожата са чести и включват разнообразни обриви, като т.нар. "пеперудообразен обрив" по лицето, смятан за специфичен при СЛЕ, се установява в 30 - 50% от децата. Характерно за обривите при СЛЕ е тяхната фоточувствителност. Язвите по лигавицата на устата и носа също са чести в началото на заболяването. Понякога се явява косопад, зачервяване и побледняване на ръцете при студ (синдром на Рейно). При повечето от децата се развива артрит в различни стави, който е преходен, недеформиращ. Понякога децата имат оплаквания от болки в гърдите, усиляващи се при дишане и болки зад гръдната кост. Състоянието се обуславя от възпаление на плеврата и перикарда.

Засягане на бъбреците се наблюдава при почти всички деца със СЛЕ и варира от леко възпаление до значителни увреждания на органите. Въпреки липсата на оплаквания в началото на заболяването се установяват патологични отклонения в урината и в изследванията, отразяващи бъбречната функция. При деца с по-тежко бъбречно увреждане се открива кръв в урината и отоци в областта на клепачите, в ходилата и долни крайници.

Засягането на централната нервна система е рядко. Протича с главоболие, гърчове и невропсихични прояви, като нарушена концентрация и памет, емоционална лабилност, депресия и психози.

В отделни случаи СЛЕ протича с анемия, дължаща се на разпад на еритроцитите (хемолитична) и/или с намаление на тромбоцитния брой, протичащо с прояви на кървене от кожата, стомашно – чревния тракт и други органи.

При СЛЕ се откриват разнообразни имунологични отклонения и феномени, които подпомагат поставянето на диагнозата и проследяване на болните деца. Касае се за аутоантитела, насочени най-често към клетъчното ядро (антинуклеарни антитела) и неговите компоненти (анти – ДНК антитела, насочени към генетичния материал на клетката, анти-3gp антитела, антифосфолипидни антитела и други). Изследването на комп-лементните протеини (С3 и С4) отразява активността на заболяването, особено при бъбречно засягане.

Глюкокортикостероидите (метилпреднизолон, преднизон или преднизолон) са основно лечение при СЛЕ. Те намаляват възпалителната и имунологична активност на заболяването. Дозата, начинът на приложението им (през устата или венозно) и продължителността на лечението, зависят от тежестта на заболяването и степента на органно засягане. Имуносупресивните медикаменти (циклофосфамид, имуран) също потискат патологичния имуноен отговор и се включват при по-тежки форми на лупус или недостатъчен ефект от глюкокортикостероидите. Нестероидни антиревматични средства (фелоран, индометацин и други) се използват при ставно – мускулни болки (артрит) за кратък период от време.

Лечението е продължително и изисква периодични прегледи и изследвания, които се определят от лекуващия педиатър-ревматолог.

Прогнозата на заболяването е значително подобрена с ранното включване на глюкокортикостероиди и имunosупресори и умелия контрол на лечението.

СКЛЕРОДЕРМИЯ

Какво представлява болестта?

В превод от гръцки език "склеродерма" означава твърда кожа, защото кожата се променя в твърда и лъскава. Болестта има различни форми при които отличителен белег е втвърдената кожа.

При локализираната склеродермия заболяването е ограничено, като променените участъци имат формата на петна (морфея) или са линеарни (линеарна склеродерма). Последната се придружава от промени в тъканите в дълбочина и това причинява деформации. В началото на заболяването кожните промени са оградени от червено-виолетов ръб. Има загуба на подкожна мастна тъкан, което причинява хлътване. При линеарната форма се наблюдава забавен растеж на подлежащите мускули и тъкани.

При системната склеродерма (системна склероза) заболяването е дифузно и поражда не само кожата, но и вътрешните органи. Това води до оплаквания, включващи затруднения в дишането, високо кръвно налягане, болки в сърдечната област.

Каква е честотата?

Това е рядко заболяване. Изследванията показват, че честотата не надвишава повече от 3 нови случая на 100 000 население за година. Локализираната склеродерма е обичайната форма на заболяването при деца, предимно момичета. Само 10 % от децата имат клиничните прояви на системна склероза.

Какво причинява болестта?

Това е възпалително заболяване, но причината за този особен вид възпаление все още не е установена. Болестта е автоимунна, което означава че имунната система на пациента реагира срещу кожните структури и/или вътрешните органи (при системна склероза). Възпалителният процес води до появата на оток и повишена температура. По-късно се разраства фиброзна тъкан (през периода на възстановяване).

Предава ли се болестта по наследство?

Няма доказателства за генетично предразположение към болестта. Проучванията в тази област продължават, особено при деца. При възрастни има съчетание с други автоимунни заболявания в семейството.

Можем ли да се предпазим от заболяването?

Няма профилактика на това заболяване.

Заразно ли е то?

Не. Някои инфекции могат да бъдат провокиращ фактор за отключване на болестта, но самото заболяване не е инфекциозно и болелите не трябва да се изолират от околните.

ЛОКАЛИЗИРАНА СКЛЕРОДЕРМА

Как се диагностицира болестта?

Често в ранните стадии около участъка на втвърдена кожа има пурпурно-виолетов ръб. Това е в резултат на възпалителния процес. Постепенно засегнатият участък кожа придобива кафяв, а по-късно по-бял оттенък. Диагнозата се поставя от опитен лекар и се потвърждава чрез кожна биопсия. Линеарната склеродерма засяга лентовидно горните или долни крайници. При процеса се обхващат в дълбочина подкожната тъкан, мускулите и подлежащите кости, което води до изоставане в растежа и развитието на крайника. Понякога линеарната склеродерма засяга лицето и скалпа. Кръвните тестове обикновено са нормални по отношение на показателите за възпаление. При тази форма на заболяването няма значително засягане на вътрешни органи.

Какво е лечението на локализираната склеродерма?

То е по посока на ограничаване на възпалителния процес, затова трябва да започне рано. Лечението има много малко влияние върху вече отложената фиброзна тъкан. Ако възпалителния процес бъде спрял, организмът има възможността да реабсорбира част от фиброзната тъкан и така да се стигне до известно омекотяване на засегнатата кожа. Лекарската преценка е важна при избора на лечение, тъй като то може да варира от локално (с различни кремове) до включване на кортикостероиди и метотрексат. При линеарната склеродерма е необходимо по-агресивно лечение, тъй като тъканото засягане в дълбочина е по-изразено. Ако не се проведе лечение, резултатът е скъсяване с умаляване на засегнатия крайник. Под твърдата кожа не се развива достатъчно подкожна мастна и мускулна тъкан. Втвърдената кожа около ставите води до тяхното деформиране и сковаване. За диагнозата най-често се използва термографията като тест, който измерва топлината на кожата. Противовъзпалителното лечение включва най-често кортикостероиди или метотрексат. Те трябва да бъдат предписани от ревматолог или дерматолог (детски ревматолог или детски дерматолог). Резултатът от лечението при локализираната склеродерма е все още в процес на проучване.

Физиотерапията е много важна част от лечението на линеарната склеродерма -раздвижване на ставите, покрити с променена кожа, дълбок масаж, физиопроцедури. Важно е да бъдат използвани слънцезащитни кремове в областта на лезиите.

СИСТЕМНА СКЛЕРОДЕРМА

Как се диагностицира системната склеродерма? Какви са главните симптоми?

Ранните симптоми са промяна в цвета на пръстите на ръцете и краката при вариране на околната температура (Рейно феномен), изтръпване и улцерации по върха на пръстите. Кожата се втвърдява и става по-лъскава. По-късно измененията могат да обхванат цялото тяло. Засягат се и вътрешни органи, което определя дългосрочната прогноза на болестта. Оценката на състоянието се извършва чрез кръвни или други функционални тестове.

При децата рано се засяга хранопровода, което е причина за смущения в гълтането. Може да се засегне и целия стомашно-чревен тракт. От поражението на белите дробове сърцето и бъбреците зависи изхода на болестта.

Какво е лечението на системната форма на склеродермия?

За съжаление няма лечение, което може да спре напълно прогресирането на това заболяване. Използват се кортикостероиди, метотрексат или Д-пенициламин. При Рейно феномен е важно да се поддържа добро кръвообращение чрез затопляне. Понякога се налага използването на лекарства разширяващи кръвоносните съдове. Когато има засягане на бял дроб или бъбреци се използва циклофосфамид. Изборът на подходяща схема на лечение трябва да се извърши от специалист ревматолог (детски ревматолог) често в екип с други специалисти. Под проучване са нови терапевтични схеми. Наложително е използването на физиотерапия, особено когато е затруднено движението в ставите или има затруднения в дишането.

Необходимост от периодични прегледи?

Те са необходими за да се установи дали заболяването прогресира, както и да се назначи съответното лечение. Контролира се функцията на бял дроб, сърце, бъбреци, чревен тракт, както и наличието на евентуални странични ефекти на лечението.

Какво е дългосрочното развитие на болестта?

Морфеята обикновено оставя само козметични кожни дефекти. Линеарната склеродерма причинява сериозни козметични проблеми във връзка със загубата на мускулатура и засягането на костта.

Системната склероза е застрашаващо живота състояние. Продължителността на живота се определя от степента на засягане на вътрешните органи. При някои пациенти заболяването може да се постави под контрол за продължително време.

Възможно ли е пълно възстановяване?

Възстановяване е възможно при някои пациенти с локализирана склеродерма. При системна склероза това е по-малко вероятно. Целта е значително подобрение и стабилизиране на състоянието.

ПОЛИМИОЗИТ /ДЕРМАТОМИОЗИТ

Възпалителните заболявания на мускулите са хетерогенна група болестни състояния, характеризирани се с проксимална мускулна слабост и негнойно възпаление на скелетната мускулатура. Основните прояви на болестта са мускулната слабост ангажираща симетрично раменния и тазовия пояс. Нарушени са обичайните движения на горните и долни крайници. Слабостта в шийната мускулатура затруднява вдигането на главата от възглавницата, засягането мускулатурата на мекото небце и гълтача затруднява преглъщането. Кожни прояви се наблюдават при болни с дерматомиозит, с оток и лилаво-червеникав обрив по клепачите на очите и откритите части на тялото. Понякога може да има болки по ставите, задух и затруднено дишане при засягане на междуребрена мускулатура. Сърдечните симптоми са сравнително рядко (ритъмни и проводни нарушения). При тази болест бъбреците не се засягат много.

Вашата хоспитализация има за цел да Ви бъдат направени клинични, лабораторни и инструментални изследвания, да се определи стадият и активността на болестта и да се определи адекватно лечение. За целта може да се наложи провеждане на някои инвазивни процедури или рентгенови изследвания, кожно-мускулна биопсия, електро-миография, компютърна томография и др.

Комплексното лечение на полимиозит /дерматомиозита включва кортикостероиди, имunosупресори, антималярици. Изборът на конкретен медикамент или комбинация от медикаменти е от компетенцията на Вашия лекар. При изява на нежелани лекарствени реакции или други смущаващи Ви обстоятелства, уведомете лекуващия лекар. Гаранция за успешно лечение е доверието Ви в лекуващия екип и стриктното изпълнение на дадените назначения.

При всички случаи от Вас ще се иска активно съдействие при вземане на всяко решение по отношение на лечебните процедури.

Ако по време на лечението пожелаете да прекратите същото, можете да направите това по всяко време, без да сте длъжни да давате обяснения. Необходимо е обаче да изразите това свое желание писмено като с това си действие освобождавате лекуващия екип от отговорност за вашето здраве.

СИСТЕМЕН ВАСКУЛИТ

Системните васкулити са група заболявания, чиято главна патологична проява е възпаление на съдовата стена. Това довежда до стеснение на съда и нарушено хранене на съответната тъкан или орган и последваща некроза (смърт на клетките и тъканите). Васкулитът може да бъде самостоятелно заболяване или вторична проява на друга основна болест. Причините за болестта в повечето случаи са неизвестни, но се наблюдават при някои вирусни инфекции, аутоимунни заболявания, злокачествени заболявания, могат да се предизвикат от някои медикаменти, храни, напитки, консерванти, серуми, ваксини, ухапвания от насекоми и др.

Васкулитите се делят на първични и вторични, а също така и в зависимост от големината на поразения кръвоносен съд на такива, засягащи малки, средни и големи кръвоносни съдове.

Болестта може да се прояви по различни начини в зависимост от степента и локализацията на съдовото засягане. Според остротата на протичане се различават по-бавно прогресиращи и ограничени форми, както и с бърза еволюция и многосистемно засягане. Обикновено заболяването започва с някои неспецифични симптоми като повишена температура, отпадналост, загуба на тегло и др. Наред с това се манифестират и прояви, подсказващи многосистемно засягане - кожен обрив, периферна невропатия, асиметричен артрит. Паралелно може да се появят и симптоми от вътрешните органи: бърбери, стомашно-чревен тракт, сърце и др.

Вашата хоспитализация има за цел да Ви бъдат направени клинични, лабораторни и инструментални изследвания; да се определи стадия и активността на Вашето заболяване и да се назначи подходящо лечение. За целта може да се наложи провеждането на някои инвазивни процедури и рентгенови изследвания, кожно – мускулна биопсия, ангиография, ядрено-магнитен резонанс, компютърна томография и др.

Комплексното лечение на системните васкулити включва: кортикостероиди, имуно-супресори (циклофосфамид), имуномодулиращи, други медикаменти. Провежда се в някои случаи лечение с моноклонални антитела, плазмафереза, лимфофереза, криоплазмафереза. Изборът на конкретните медикаменти и тяхната комбинация е от компетенцията на Вашия лекар. При изява на нежелани лекарствени реакции или други смущения, уведомете лекуващия Ви лекар. Гаранция за успешното лечение е доверието Ви в лекуващия екип и стриктното изпълнение на дадените назначения.

При всички случаи от Вас ще се иска активно съдействие при вземане на всяко решение по отношение на лечебните процедури.

Ако по време на лечението пожелаете да прекратите същото, можете да направите това по всяко време, без да сте длъжни да давате обяснения. Необходимо е обаче да изразите това свое желание писмено като с това си действие освобождавате лекуващия екип от отговорността за по-нататъшното Ви здравословно състояние.“