

КП № 51 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ИСХЕМИЧЕН МОЗЪЧЕН ИНСУЛТ С ТРОМБОЛИЗА

Минимален болничен престой – 5 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Мозъчен инфаркт

Включва: оклузия и стеноза на церебрални и прецеребрални артерии, предизвикващи мозъчен инфаркт

Не включва: последици от мозъчен инфаркт (I69.3)

- I63.0 Мозъчен инфаркт, причинен от тромбоза на прецеребрални артерии
- I63.1 Мозъчен инфаркт, причинен от емболия на прецеребрални артерии
- I63.2 Мозъчен инфаркт, причинен от неуточнена оклузия или стеноза на прецеребрални артерии
- I63.3 Мозъчен инфаркт, причинен от тромбоза на церебрални артерии
- I63.4 Мозъчен инфаркт, причинен от емболия на церебрални артерии
- I63.5 Мозъчен инфаркт, причинен от неуточнена оклузия или стеноза на церебрални артерии
- I63.6 Мозъчен инфаркт, причинен от тромбоза на мозъчна вена — непиеогенна
- I63.8 Друг мозъчен инфаркт

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ НА ГРЪБНАЧНИЯ МОЗЪК И ГРЪБНАЧНОМОЗЪЧНИЯ КАНАЛ

****03.31 СПИНАЛНА ПУНКЦИЯ**

Изключва:

лумбална пункция за вкарване на контраст (миелография) - 87.21

Лумбална пункция

39000-00 Лумбална пункция
Спинална пункция

МЕКОТЪКАННО РЕНТГЕНОВО ИЗСЛЕДВАНЕ НА ЛИЦЕ, ГЛАВА И ШИЯ

ангиография - 88.40-88.68

****87.03 КАТ НА ГЛАВА**

КАТ - скениране на глава

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

ДРУГО РЕНТГЕНОВО ИЗСЛЕДВАНЕ НА ГРЪДЕН КОШ
****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])

Включва:
артериална пункция за инжектиране на контрастния материал
радиография на артерии (чрез флуороскопия)
ретроградна артериография

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

ДИАГНОСТИЧЕН УЛТРАЗВУК (ЕХОГРАФИЯ)

Включва: ехография
ултразвукова ангиография
ултрасонография
****88.71 ДИАГНОСТИЧЕН УЛТРАЗВУК НА ГЛАВА И ШИЯ.**
трансфонтанелна енцефалография
доплер сонография
ултрасонография на каротидни съдове

Изключва:
око - 95.13

Ултразвук на глава или шия

55028-00 Ултразвук на глава

Ехоенцефалография

Не включва: фетална цефалометрия (55700-01 [1943])
такава за орбитално съдържание (55030-00 [1940])

55032-00 Ултразвук на шия

Не включва: дуплекс скан на каротидни съдове (виж блокове [1944] и [1946])

****88.72 ДИАГНОСТИЧЕН УЛТРАЗВУК НА СЪРЦЕ**
ехокардиография

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

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])

****89.14 ЕЛЕКТРОЕНЦЕФАЛОГРАМА**

Изключва:

такава с полисомнография - 89.17

Електроенцефалография [ЕЕГ]

11000-00 Електроенцефалография

****90.09 ИЗСЛЕДВАНЕ НА ЛИКВОР**

Общо изследване - белтък, клетки, ксантохромия, захар, електролити
Микробиологично изследване – при необходимост

****90.59 ИЗСЛЕДВАНЕ НА КРЪВ**

ПКК (минимум седем показателя) и биохимия (кръвна захар, урея, креатинин, електролити)

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

ДРУГИ ОПЕРАЦИИ НА ЛАРИНКСА И ТРАХЕЯТА

***31.1 ВРЕМЕННА ТРАХЕОСТОМИЯ**

трахеостомия за подпомагане на дишането

Трахеостомия

41881-00 Отворена трахеостомия, временна
Трахеостомия БДУ

Включва: отделяне на тироиден истмус
отделяне на подезични мускули

НЕОПЕРАТИВНА ИНТУБАЦИЯ НА ХРАНОСМИЛАТЕЛНИЯ И РЕСПИРАТОРЕН ТРАКТ

***96.04 ПОСТАВЯНЕ НА ЕНДОТРАХЕАЛНА ТРЪБА**

Манипулации на дихателни пътища

Забележка: Кодовете, отнасящи се само до грижа и поддържане на проходимост на дихателните пътища, включват вливане или аспирация на солеви разтвори

22007-00 Ендотрахеална интубация, единичен лумен
Ендотрахеална интубация БДУ

Не включва: 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

***96.07 ПОСТАВЯНЕ НА ДРУГА (НАЗО-) ГАСТРАЛНА СОНДА**

интубация за декомпресия

Изключва:

такова за ентэрална инфузия на хранителна субстанция - 96.6

Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система

92036-00 Поставяне на назогастрална сонда
Сондиране за декомпресия

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

ДРУГА МЕХАНИЧНА ВЕНТИЛАЦИЯ

***96.70 ПРОДЪЛЖИТЕЛНА МЕХАНИЧНА ВЕНТИЛАЦИЯ С НЕУТОЧНЕНА ПРОДЪЛЖИТЕЛНОСТ**
механична вентилация БДУ

Вентилаторно подпомагане

Vi-ниво с позитивно въздушно налягане [ViPAP] [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 (ETT)
• 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

ИНЖЕКЦИЯ ИЛИ ИНFUЗИЯ НА ЛЕЧЕБНО ИЛИ ПРОФИЛАКТИЧНО ВЕЩЕСТВО

***99.10 ИНЖЕКЦИЯ ИЛИ ИНFUЗИЯ НА ТРОМБОЛИТИЧНО ВЕЩЕСТВО**

тъканен плазминогенен активатор

Изключва:

аспирин – не кодирай

глюкопротеинов IIB/IIIA тромбоцитен инхибитор – 99.20

хепарин – 99.19

самостоятелна съдова перкутанна транслуминална коронарна ангиопластика или коронарна атеректомия със споменаване на
тромболитично вещество – 36.02

варфарин – не кодирай

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

96199-01 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, тромболитичен агент
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])

***99.15 ПАРЕНТЕРАЛНА ИНФУЗИЯ НА КОНЦЕНТРИРАНИ ХРАНИТЕЛНИ СУБСТАНЦИИ**

хипералиментация

тотално парентерално хранене

периферно парентерално хранене

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

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])

***99.18 ИНЖЕКЦИЯ ИЛИ ИНФУЗИЯ НА ЕЛЕКТРОЛИТИ**

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

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])

***99.19 ИНЖЕКЦИЯ НА АНТИКОАГУЛАНТИ**

Изключва:

инфузия на *drotrecogin alfa* (активиран) – 00.11

***99.29 ИНЖЕКЦИЯ ИЛИ ИНФУЗИЯ НА ДРУГО ЛЕЧЕБНО ИЛИ ПРОФИЛАКТИЧНО ВЕЩЕСТВО**

Дейностите по тези два кода са в следващите 3

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

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])

96197-09 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])

ИНЖЕКЦИЯ ИЛИ ИНFUЗИЯ НА ДРУГО ЛЕЧЕБНО ИЛИ ПРОФИЛАКТИЧНО ВЕЩЕСТВО

***99.21 ИНЖЕКЦИЯ НА АНТИБИОТИК**

Изключва:

инжекция или инфузия на антибиотици от клас оксазолидинони – 00.14

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

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])

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

Процедура ****87.03 КАТ 56001-00 Компютърна томография на мозък** или **56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя** (или ****88.91 МРТ на глава 90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък**) е задължителна диагностична процедура – провежда се двукратно. Първата се провежда до третия час от началото на инсулта. Втората се провежда след 24 час от началото на инсулта след приключване на инфузията с тромболитик.

Процедура с код ****90.59 изследване на кръв – ПКК и биохимия**, се изследват до третия час от хоспитализацията.

Процедура ***99.10 - инжекция или инфузия на тъканен плазминогенен активатор, 96199-01 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, тромболитичен агент**, е задължителна терапевтична процедура.

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 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 „Неонатология“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Неонатология“ (само за новородени до 28 ден), 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.

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. Неврологична клиника/отделение или Детска неврологична клиника/отделение
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 и за ликворологично изследване, хемостазаеология и КГА)*

*- 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.

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.

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

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

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

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

- 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.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

- Диагностика и лечение на исхемичен мозъчен инсулт – остър стадий.
- Тромболитично лечение на исхемичен мозъчен инсулт – остър стадий (до втория - третия час от възникване на инсулта).

Болните с исхемичен мозъчен инсулт се хоспитализират до втория - третия час от възникване на инсулта 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 тромболитично лечение, корекция на нарушените витални функции, профилактика на усложненията и лечение на придружаващите ОРМК соматични заболявания.

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.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

МОЗЪЧНО-СТВОЛОВИ РЕФЛЕКСИ												
Фронтно - орбикуларен	5											
Вертикален окулоцефален или окуловестибуларен	4											
Зенична реакция на светлина	3											
Хоризонтален окулоцефален или окуловестибуларен	2											
Окулокардиален	1											
Няма отговор	0											
ОБЩ СБОР:												

Оценката на тежестта на състоянието по скалата на GLASGOW – LIEGE 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;
- ехокардиография;
- МРТ – по показания.

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

Тромболитична терапия при остро настъпили Ишемични мозъчни инсулти (ИМИ) с тъканен плазминогенен активатор

Тромболитичната терапия при острия ИМИ трябва да започне в рамките на четири часа и половина след началото на симптоматиката. Терапията с **тъканен плазминогенен активатор** трябва да се провежда в отделение за интензивно лечение на неврологични заболявания от подготвени специалисти в областта на съдовите заболявания на мозъка.

**ПРОТОКОЛ
ЗА
ТРОМБОЛИТИЧНА ТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРО НАСТЪПИЛИ ИСХЕМИЧНИ МОЗЪЧНИ ИНСУЛТИ (ИМИ)
С ТЪКАНЕН ПЛАЗМИНОГЕНЕН АКТИВАТОР**

Име:

ЕГН

ИЗ №:

Телесно тегло:

Час на ИМИ

NIHSS:.....

Glasgow-Liege Coma Scale:.....

RR:.....

Приложен КТ на главен мозък	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕ
--------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

КРИТЕРИИ за ТРОМБОЛИЗА ПРИ ОСТЪР ИСХЕМИЧЕН ИНСУЛТ с тъканен плазминогенен активатор

ПОКАЗАНИЯ	ДА	НЕ
1. Исхемичен мозъчен инсулт до четири часа и половина след началото на симптоматиката.		
2. Неврологичен дефицит по скалата за оценка на мозъчните инсулти NIHSS до 22 точки		
3. Нормален КТ на главен мозък или белези на ранна исхемия, но с хиподензна зона, не по-голяма от 1/3 от мозъчната хемисфера.		
4. Възраст над 18 години		
5. Пациентът и близките му трябва да бъдат информирани за потенциалния риск и полза от лечението и да подпишат информирано съгласие		
Пациентът отговаря ли ЕДНОВРЕМЕННО на т. 1, 2, 3, 4 и 5		

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ	ДА	НЕ
1. Пациенти, при които симптоматиката е повече от четири часа и половина		
2. Неврологичните белези не трябва да бъдат преходни или малки и изолирани – болни само с дистална моторна слабост, изолирана афазия, дизартрия, атаксия, хемипареза, епилептичен припадък с постиктална пареза – както и болни с оценка по NIHSS над 22 точки.		
3. Интракраниален кръвоизлив с различна локализация.		

4. Повишен риск от кървене: <ul style="list-style-type: none"> • при систолично RR над 185 и диастолично над 110 мм Hg; • анамнеза за предишна интракраниална хеморагия; • известна хеморагична диатеза; • пациенти на антикоагулантно лечение с INR \geq 1.5; • протромбиново време под 60% • прием на хепарин и удължено aPT; • тромбоцити под 100 000; • прекарана травма на мозъка или ИМИ през последните 3 месеца, интракраниална неоплазия, АВ-малформация, аневризма; • хеморагична ретинопатия, например при диабет; • неконтролирана тежка хипертония; • варикоза на хранопровода; • документирана язва на стомаха през последните три месеца; • тежко неопластично и чернодробно заболяване, включително цироза или активен хепатит; • големи операции или тежки травми през последните 14 дни. • кръвоизливи от гастроинтестиналния или уринарния тракт през последните 21 дни • данни за активно кървене или остра травма (фрактура) • пункция на артериален съд през последните 7 дни 		
5. Тежка черепно-мозъчна травма (фрактура или контузия на мозъка през последните три месеца)		
6. Кръвна захар под 2,7 ммол/л		
7. При деца, бременни и кърмещи		
8. Гърчове – постиктална резидуална неврологична симптоматика		
9. Миокарден инфаркт през последните 3 месеца		
10. Бактериален ендокардит, перикардит, остър панкреатит		
Пациентът има ли поне ЕДНО от горните противопоказания.		
Пациентът има ли ВСИЧКИ показания и НИТО ЕДНО противопоказание	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕ

ЗА ЗАПОЧВАНЕ НА ТРОМБОЛИТИЧНА ТЕРАПИЯ ОТГОВОРЪТ НА ГОРНИЯ ВЪПРОС ТРЯБВА ДА БЪДЕ 'ДА'!

✓ **ДА СЕ ВНИМАВА:**

- Много добра оценка между очаквана полза и последващ риск.
- При възрастни пациенти, при които рискът от кървене е по-висок – оптимална преценка полза – риск.
- Пациенти с дългогодишна неконтролирана артериална хипертония, предсърдно мъждене или левкоенцефалопатия имат повишен риск от кървене или смъртен изход.

✓ **ДОЗИРОВКА И НАЧИН НА ПРИЛОЖЕНИЕ:**

- Препоръчителна доза 0.9 mg на килограм тегло (максимално 90 mg). 10% от това количество се поставя болусно в началото (над 1 минута), след което в рамките на 60 минути интравенозно се аплицират останалите 90%.
- *Тъканният плазминогенен активатор* се разтваря със 0.9% физиологичен разтвор. **Тромболитикът** трябва да се аплицира i.v. с перфузор.

- ✓ **Alteplase** – приготвеният разтвор може да се съхранява в хладилник до 24 часа или до 8 часа при температура до 25 градуса. Лиофилизираният продукт трябва да се предпазва от светлина.

Изчислена обща доза тъканен плазминогенен активатор за пациента:.....mg

Изчислена болус доза тъканен плазминогенен активатор за пациента:.....mg

ПОВЕДЕНИЕ

1. Приложение на tPA
2. Необходими са 2 периферни венозни пътя, поставяне на мониторен контрол и определяне на кръвна група
3. Артериалното налягане да се поддържа в стойности не по-високи от 150/90
4. Не се извършва лумбална пункция по време и 48 часа след лечението с tPA. Поставянето на назогастрална сонда, уринарен катетър или ендотрахеална интубация, при необходимост, трябва да се извършат преди началото на инфузията или да бъдат отложени след 24 часа.

Време на стартиране на болус - инфузията:.....

Приложен медикамент болусно:.....мг

Време на стартиране на поддържаща доза:.....

Приложен медикамент общо:.....мг

Време	Неврологична оценка (вкл. NIHSS)	Витални белези				Зеници
		RR	Пулс	t°C	Дишане	
Начало						
15 мин						
30 мин						
45 мин						
60 мин						
1 ч 15 м						
1 ч 30 м						
1 ч 45 м						
2 час						
2 ч 30 м						
3 час						
3 ч 30 м						
4 час						
4 ч 30 м						
5 час						
5 ч 30 м						
6 час						
7 час						
8 час						
9 час						
10 час						
11 час						
12 час						
13 час						
14 час						
15 час						
16 час						
17 час						
18 час						
19 час						
20 час						
21 час						
22 час						
23 час						
24 час						
	Приложен ТРАНСКРАНИАЛЕН ДОПЛЕР (не задължително) На 0, на 60 мин., на 24 час <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ					
	Приложен КТ НА ГЛАВЕН МОЗЪК Контролен на 24 час <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ					
1 д 4 ч						
1 д 8 ч						

1 д 12 ч						
1 д 16 ч						
1 д 20 ч						
48 час						

В цената на клинична пътека № 2 “Исхемичен мозъчен инсулт с тромболиза” е разчетено лечение с тъканен плазминогенен активатор. НЗОК осигурява лечението на пациенти по алгоритъма на клиничната пътека с посочения медикамент и заплаща приложението му в рамките на договорената цена на клиничната пътека.

КРЪВНОТО НАЛЯГАНЕ НАДВИШИЛО ЛИ Е 150/90 ПРЕЗ МОНИТОРИРАНИЯ ПЕРИОД

ДА НЕ

ПОДЪРЖАНЕ НА АДЕКВАТНО КРЪВНО НАЛЯГАНЕ:

- Увеличаване честотата на измерване на RR при систолично ≥ 180 mm Hg или диастолично налягане ≥ 105 mm Hg
- При диастолично налягане над 105 mm Hg или систолично налягане над 180 mm Hg се прилага венозно Glyceryl trinitrate.

УСЛОЖНЕНИЯ	ПОВЕДЕНИЕ ПРИ УСЛОЖНЕНИЕ
При развитие на тежко главоболие, остра хипертонична реакция, гадене, повръщане, влошаване на съзнанието и неврологичния статус.	Прекратете инфузията Направете спешен КТ Изследвайте ПТВ, аРТТ, тромбоцити и фибриноген.
При КТ данни за кръвоизлив	Прекратете инфузията, ако не е спряна. Симптоматично лечение и субституираща терапия: - 6-8 единици криопреципитат, съдържащ фибриноген и фактор VIII; - 6-8 единици тромбоцити, и/или прясно замразена плазма. Неврохирургична и хематологична консултация (по преценка).
Нежелани и странични ефекти Най-честият от тях е кървене с последващо намаляване на хематокрита и хемоглобина. Кръвоизливите при терапия с <i>тромболитик</i> се разделят основно на два вида 1. Повърхностни (убождане с игла и др.) 2. Вътрешни (стомах и др.) 3. Повторна тромбоемболия Кръвозагуба в гастроинтестиналната, урогениталната или ретроперитонеалната област. Много по-често се наблюдават екхимози, кървене от носа или от зъбите	Симптоматично лечение и субституираща терапия.

Подпис на лекуващия лекар:

Фишът за лечение с тъканен плазминогенен активатор става неразделна част от ИЗ на пациента.

Флаконите, употребени при лечението трябва да се съхраняват в клиниката или в отделението 1 година, и подлежат на контрол при провеждане на одит от страна на НЗОК.

Върху флакона се записва името на пациента и № на ИЗ, а в ИЗ серийният номер на флакона(ите).

Копие от фиша се представя в РЗОК заедно с отчетните документи.

Време: :
00-24 ч.

ФИШ

КП №
(изписва се номера и името на клиничната пътека)

Име:

ЕГН

ИЗ №:

ЛЕЧЕНИЕ С тъканен плазминогенен активатор фабричен № на флакона	
Индикации	Контраиндикации

National Institute of Health Stroke Scale - NIHSS

Време: :
00-24 ч.

Инструкции за изследвателя

Прилагайте отделните пунктове от скалата за оценка на болните с мозъчни инсулти в изброения ред. След всеки последователен тест записвайте резултата за всяка категория на скалата. Не се връщайте обратно и не поправяйте резултата. Следвайте указанията, предоставени за техниката на всяко изследване. Резултатът трябва да отразява това, което пациента може, а не онова, което клиницистът мисли, че болният може. Клиницистът трябва да записва резултатите докато провежда изследването и да работи бързо. С изключение на посочените места, болният не трябва да бъде упражняван, сугестиран и трениран (напр. повтаряне на изискването болният да направи дадено специално усилие).

Ако даден въпрос остане неизследван, е необходимо да се напише детайлно обяснение за това във формуляра. Всички непопълнени пунктове трябва да бъдат прегледани от медицинския монитор и дискутирани с изследвателя по телефона.

Изчисление на резултата

При изчисление на общия резултат, изключете от точка 7-ма (Атаксия на крайниците) кодовете за засегнати крайници (дясна и/или лява ръка и крак 0 = Не, 1 = Да). За точка 5, 6, 7 и 10, също изключете резултата от 9 точки.

Инструкции	Дефиниция на скалата	Резултат
1а. Ниво на съзнание (количествени нарушения на съзнанието): Изследователят трябва да избере един отговор, дори ако цялостната оценка е проблематична, поради причини като поставена ендотрахеална тръба, езикова бариера, оротрахеална травма / превръзки. 3 точки се дават само ако в отговор на болезнена стимулация, болният не прави никакво движение (с изключение на рефлексна поза).	0 = буден, адекватно реагиращ. 1 = сомнолентен, но се събужда при минимални стимули за да изпълни команди, да отговори или да реагира. 2 = не е буден, за изпълнение на команда са необходими неколкостепенни стимулации; или болният е в сопор и изисква силни или болезнени стимули, за да направи някакви движения (не стереотипни). 3 = реагира само с рефлексни моторни или автономни отговори, или е напълно нереагиращ, отпуснат (вял) и в състояние на арефлексия (кома).	
1б. Въпроси при нарушение на съзнанието: На болния/та се задава въпрос за това, кой е текущия месец и каква е неговата/нейната възраст. Отговорът трябва да бъде точен – не се дава частичен кредит за приблизителен отговор. Болните с афазия и сопор, които не разбират въпросите, ще получат 2 точки. Болните, които не могат да говорят, поради ендотрахеална интубация, оротрахеална травма, тежка дизартрия от някаква причина, езикова бариера или друг проблем, произтичащ от афазия, ще получат оценка 1. Важно е да бъде оценен само първоначалният отговор, а изследователят да не “помага” на пациента чрез вербални или невербални начини.	0 = правилно отговаря и на двата въпроса 1 = правилно отговаря на един въпрос 2 = неправилно отговаря и на двата въпроса	

<p>1в. Команди при нарушение на съзнанието: Болният/а трябва (да бъде помолен) да отвори и затвори очите, а след това да стисне и отпусне непаретичната ръка. Възможно е заместване с друга едно-стъпкова команда ако ръцете не могат да се използват. Кредит се дава при несъмнен опит за изпълнение, който поради слабост не може да бъде завършен. Ако болният не реагира на командата, задачата може да му бъде демонстрирана (с пантомима, жестове) и съответно да се оцени резултата (напр. не изпълнява, изпълнява една или две команди). Болните с травми, ампутации или други физически недъзи трябва да получат подходящи едно-стъпкови команди. Оценява се само първият опит.</p>	<p>0 = изпълнява правилно и двете команди</p> <p>1 = изпълнява правилно само една команда</p> <p>2 = не изпълнява правилно и двете команди</p>	
<p>2. Очни движения/ погледни парези: Изследват се само хоризонталните погледни движения. Ще се точкуват волевите или рефлекторните (окулоцефални) очни движения, без провеждане на калоричен тест. Пациентът получава 1 точка ако има конюгирано отклонение на очите, което може да бъде преодоляно чрез волева или рефлекторна активност. Ако болният има изолирана периферна лезия на III, IV или VI ЧМН, получава също 1 точка. Погледът може да се тества при всички болни с афазия. Болните с очни травми, превръзки, предшестваща слепота или други нарушения на зрителната активност, или зрителните полета, трябва да се изследват чрез рефлексни движения, или по избор на тест от изследователя. Ако установите очен контакт с пациента и след това се движите около него (от страна на страна), ще успеете да изясните наличието на парциална погледна пареза в някои случаи.</p>	<p>0 = няма погледни парези; нормални очни движения</p> <p>1 = частична погледна пареза. Този резултат се дава при абнормен поглед с едното или двете очи, но при липса на спрегнато отклонение или тотална погледна парализа</p> <p>2 = спрегнато отклонение или тотална погледна парализа, които не могат да бъдат преодоляни чрез окулоцефалните рефлексни похвати</p>	
<p>3. Зрителни нарушения /зрителни полета: Зрителните полета (горни и долни квадранти) се изследват чрез конфронтационен тест, съответно броене на пръсти или зрителна заплаха. Болният трябва да бъде окуражаван (да изпълни задачата), но ако гледа към страната на движещите се пръсти адекватно, това може да бъде оценено като нормален отговор. Ако има едностранна слепота или енуклеация, зрителните полета се тестват с другото око. 1 точка се дава само ако има ясна асиметрия, включително квадрантанопсия. При слепота, независимо по каква причина, се дават 3 точки. В тази част теста се извършва двустранно симултанно зрително</p>	<p>0 = без зрителни нарушения</p> <p>1 = частична хемианопсия, (квадрантанопсия)</p> <p>2 = пълна хемианопсия</p> <p>3 = билатерална хемианопсия (слепота, вкл. корова слепота)</p>	

<p>стимулиране. При наличие на екстинция болният получава 1 точка и резултатите се използват за отговор при изследване № 11.</p>		
<p>4. Лицева пареза, лезия на VII ЧМН: Помолете пациента да покаже зъбите, да повдигне веждите и затвори очите, или използвайте пантомима за да окуражите болния за целта. При слабо реагиращи или трудно контактни болни, отчетете симетричността на гримасата в отговор на болезнени стимули. Ако има някаква физическа бариера, която пречи на огледа на лицето (лицева травма / превръзки, ендотрахеална тръба, лейкопласт и др.), трябва да я премахнете доколкото е възможно.</p>	<p>0 = нормални симетрични движения</p> <p>1 = лека пареза (изгладена назолабиална гънка, асиметрия при показване на зъбите и усмихване)</p> <p>2 = частична парализа (тотална или почти тотална парализа на мускулатурата на долната част на лицето)</p> <p>3 = тежка (тотална) парализа на едната или двете страни (липса на мускулно движение в долната и горната част на лицето)</p>	
<p>5. и 6. Двигателна дейност – ръка и крак: 5а. Лява ръка 5б. Дясна ръка Всеки крайник се изследва последователно, започвайки с непаретична ръка, ако е ясно коя е. Крайникът се поставя в съответната позиция: екстензия на ръцете (дланите надолу) при 90 градуса в изправено положение и при 45 градуса в легнало положение, а краката при 30 градуса (винаги в легнало положение). Отклонението се точкува ако ръката пада преди 10-та секунда, а кракът преди 5-та секунда. Пациентите с афазия се окуражават да задържат крайниците чрез интонация на гласа и пантомима, но без използване на болезнена стимулация. Оценка 9 може да се даде само в случаите с ампутация или ставна неподвижност (анкилоза, контрактура) в раменната и тазобедрената става.</p>	<p>0 = няма отпускане (пронация), задържа крайника на 90° (или 45°) за 10 секунди или повече.</p> <p>1 = пронация, задържа крайника на 90° (или 45°), но се отпуска преди 10-та секунда, без да пада на леглото.</p> <p>2 = има известна съпротива срещу гравитацията, болният не може да достигне или задържи крайника на 90° (или съответно 45°), пронира и отпуска до леглото, но оказва някаква съпротива срещу гравитацията.</p> <p>3 = няма съпротива срещу гравитацията, крайникът пада.</p> <p>4 = няма (невъзможно е) движение</p> <p>9 = ампутация, ставна контрактура, обяснение:</p>	<p>Л..... Д.....</p>
<p>6а. Ляв крак 6б. Десен крак</p>	<p>0 = няма пронация, задържа крайника на 30° за цели 5 сек. или повече.</p> <p>1 = отпускане, крайника започва да пада от края на 5-та секунда, без да падне на леглото.</p> <p>2 = има известна съпротива срещу гравитацията, кракът пада на леглото за 5 секунди, но оказва известна съпротива срещу гравитацията.</p> <p>3 = няма съпротива срещу гравитация, кракът пада веднага.</p> <p>4 = няма (невъзможно е) движение</p> <p>9 = ампутация, ставна анкилоза</p>	<p>Л..... Д.....</p>
<p>7. Атаксия на крайниците: Целта на изследването е да се разкрият данни за едностранна церебеларна лезия. Изследването се прави с отворени очи. В случай на зрителен дефект, осигурете изследването в интактното зрително поле.</p>	<p>0 = липса на атаксия</p> <p>1 = атаксия само в един крайник</p> <p>2 = атаксия в два крайника</p> <p>При наличие, атаксията е в:</p>	

<p>Носопоказалечната и коляно-стъпалната проби се извършват двустранно, като атаксията се оценява извън пропорцията, съответстваща на мускулна слабост (при пареза). Атаксия липсва при болни, които не разбират командата и са парализирани. Оценка "9" може да се даде в случаи с ампутация и ставна контрактура (неподвижност) или някаква фрактура. В случай на слепота, тествайте докосването на носа от изпънато положение на ръката.</p>	<p>дясната ръка – да = 1, не = 0 9 = ампутация, ставна контрактура</p> <p>в лявата ръка - да = 1, не = 0 9 = ампутация, ставна контрактура</p> <p>в десния крак - да = 1, не = 0 9 = ампутация, ставна контрактура</p> <p>в левия крак - да = 1, не = 0 9 = ампутация, ставна контрактура</p>	
<p>8. Сетивност: Изследва се сетивният усет или гримасите при убождания с игла. При болни с количествени нарушения на съзнанието, сопор или афазия, се оценява отдръпването след болкови стимули (защитната реакция). Като абнормна се тества само сетивната увреда в резултат на инсулта, а изследователят трябва да изследва толкова зони (лицето, ръцете - а не дланите, тялото, краката) колкото е необходимо за определяне на нарушение по "хеми" тип. Резултат 2 "тежка или тотална сетивна увреда" се дава само при случаи, когато може ясно да се демонстрира тежка или пълна загуба на сетивност. Ето защо пациентите със сопор или афазия най-вероятно ще получат оценка 1 или 0. Болните със стволков инсулт, които имат билатерална сетивна увреда трябва да получат оценка от 2 точки. Ако болният не реагира и е квадриплегичен – резултатът му ще бъде 2 точки. Пациентите в кома (при тест 1а = 3 т.) също произволно получават 2 точки при това изследване.</p>	<p>0 = нормални сетивни функции, липса на сетивни увреди</p> <p>1 = лека до умерена сензорна увреда; пациентът усеща по-слабо или по-тъпо убожданията на засегнатата страна (хемихипестезия, хипалгезия); или има загуба на повърхностна болка при убождане, но болният съзнава, че е докосван.</p> <p>2 = тежка или тотална сетивна увреда; болният не усеща, че е докосван по лицето, ръката или крака.</p>	
<p>9. Най-добро езиково представяне: (афазия) От предшестващите секции на изследването ще получите достатъчно информация относно възможностите на болния за езиково разбиране. Пациентът трябва да опише какво се случва на представената му картина, да назове предметите от приложения лист, както и да прочете изреченията от приложения списък. Отговорът трябва да е пълен. Болният трябва да назове всички предмети от листа за назоваване и да прочете всички фрази от двата отделни листа за четене. Разбирането се оценява въз основа на дадените тук отговори, както и от всички команди от предшестващото неврологично изследване. Ако някакво нарушение на зрението затруднява изпълнението на тестовете, помолете болния да идентифицира предмети, поставени в</p>	<p>0 = няма афазия, нормални езикови способности</p> <p>1 = лека до умерена афазия; определена загуба на възможността за говорене (плавността на говора) и разбирането (схващане на езика), без значимо ограничение на идеаторната експресия или формата на експресия. Намалените речеви способности и/или разбиране, правят разговора по предоставения материал (листовете с картинки) труден или невъзможен. Например, изследователят може да идентифицира дадена картина или наименован обект от отговорите на пациента, при разговор по предоставения материал.</p> <p>2 = тежка афазия; цялата комуникация е накъсана (фрагменти-рана експресия); съществува голяма необходимост от</p>	

<p>ръката му, както и да повтори или произведе реч. Интубираните болни трябва да бъдат помолени да пишат. Болните в кома (1а = 3 т.) получават арбитражно 3 точки при това изследване. Изследователят трябва да избере резултат при болни в сопор или при нежелание за сътрудничество, но резултат от 3 точки трябва да се използва само ако болният е ням и не изпълнява нито една едно-стъпкова команда.</p>	<p>намеса, запитване и отгатване от страна на слушащия. Размерът на обменената информация е значително ограничен; слушащият понася тежестта на комуникацията. От отговорите на болния не може да се идентифицират предоставените предмети и картини.</p> <p>3 = мутизъм, глобална афазия; няма използвани артикулационна реч или слухово разбиране.</p>	
<p>10. Дизартрия: Ако се смята, че болният е нормален, характерът на речта му трябва да се оцени чрез покана да прочете и повтори думите от приложения лист. Ако пациентът има тежка афазия, то яснотата на артикулацията му може да бъде точкувана при спонтанна реч. Оценка от "9" точки се дава само ако болният е интубиран или има друга физическа бариера за произвеждане на реч. Не казвайте на пациента/ката с каква цел го изследвате.</p>	<p>0 = нормална артикулация</p> <p>1 = лека до умерена дизартрия; болният не изговаря добре поне някои думи или, в най-лошия случай, може да бъде разбран със затруднение.</p> <p>2 = тежка дизартрия; речта на пациента е променена до неразбираемост, при липса или извън някаква степен на афазия; или болният е с мутизъм/анартрия.</p>	
<p>11. Екстинция и невнимание (едностранно игнориране, неглект): От предишните изследвания може да се получи достатъчно информация за наличие на синдром на игнориране. Ако болният има тежко зрително нарушение, което възпрепятства двустранната зрителна симултанна стимулация, а сетивните стимули от кожата се възприемат нормално, резултатът от теста е нормален. Ако болният има афазия, но обръща еднакво внимание на стимули от двете страни, резултатът от теста е нормален. Наличието на зрително-пространствено игнориране или анозогнозия също е доказателство на абнормност. Тъй като абнормното нарушение се оценява само ако го има, тази точка от скалата винаги може да се изследва.</p>	<p>0 = без абнормности</p> <p>1 = зрително, тактилно, слухово, пространствено или персонално (соматично) невнимание; или екстинция при билатерални симултанни стимули за една от сензорните модалности.</p> <p>2 = изразено хеми-невнимание или хеми-игнориране за повече от една сензорна модалност. Не разпознава собствената си ръка или се ориентира само по отношение на едната страна на пространството.</p>	

Здравни грижи за пациент с исхемичен мозъчен инсулт – остър стадий.

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.

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

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравето състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични и/или медико-диагностични) и и едно или повече от следните условия:

- установяване на топичната диагноза – чрез КТ;
- проведена тромболиза;
- стационариране на огнищната неврологична и общомозъчна симптоматика;
- липса на остър възпалителен процес;

След изписване от болницата болните с ИМИ се насочват да продължат лечение (посочено в епикриза) и рехабилитация (двигателна и говорна) в домашни условия, балнеосанаториални заведения или хосписи под контрола на ОПЛ и специалиста невролог.

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 епикриза.

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 заложения 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 – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

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

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 заболеваемост 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 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.