

# КП № 53 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА СУБАРАХНОИДЕН КРЪВОИЗЛИВ

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

## КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

### Субарахноидален кръвоизлив

**Включва:** руптура на мозъчна аневризма

**Не включва:** последици от субарахноидален кръвоизлив (I69.0)

- I60.0** Субарахноидален кръвоизлив от сифона и бифуркацията на каротидната артерия
- I60.1** Субарахноидален кръвоизлив от средната мозъчна артерия
- I60.2** Субарахноидален кръвоизлив от предната свързваща артерия
- I60.3** Субарахноидален кръвоизлив от задната свързваща артерия
- I60.4** Субарахноидален кръвоизлив от базиларната артерия
- I60.5** Субарахноидален кръвоизлив от вертебралната артерия
- I60.6** Субарахноидален кръвоизлив от други интракраниални артерии  
Множествено засягане на интракраниални артерии
- I60.7** Субарахноидален кръвоизлив от интракраниална артерия, неуточнен  
Руптура на (вродена) гроздовидна аневризма БДУ  
Субарахноидален кръвоизлив от:
- мозъчна
  - свързваща артерия БДУ
- I60.8** Друг субарахноидален кръвоизлив  
Менингеален кръвоизлив  
Руптура на мозъчен артериовенозен дефект

## КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

### ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

#### **ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ НА ГРЪБНАЧНИЯ МОЗЪК И ГРЪБНАЧНОМОЗЪЧНИЯ КАНАЛ**

**\*\*03.31 СПИНАЛНА ПУНКЦИЯ**

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

#### **АРТЕРИОГРАФИЯ С ИЗПОЛЗВАНЕ НА КОНТРАСТЕН МАТЕРИАЛ**

##### **Включва:**

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

##### **Изключва:**

артериография с използване на:  
радиоизотопи и радионуклиди - 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

### **Магнитно резонансна ангиография**

*Включва:* контрастно вещество

90902-00 Магнитно резонансна ангиография на глава и шия

#### **ДИАГНОСТИЧЕН УЛТРАЗВУК (ЕХОГРАФИЯ)**

##### **Включва:** ехография

ултразвукова ангиография  
ултрасонография

#### **\*\*88.71 ДИАГНОСТИЧЕН УЛТРАЗВУК НА ГЛАВА И ШИЯ**

трансфонтанелна енцефалография  
Доплер сонография

##### **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])

#### **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])

#### **\*\*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:*

такава за ентрална 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

**\*99.15 ПАРЕНТЕРАЛНА ИНFUЗИЯ НА КОНЦЕНТРИРАНИ ХРАНИТЕЛНИ СУБСТАНЦИИ**

**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

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 ИНFUЗИЯ НА ЕЛЕКТРОЛИТИ**

*Изключва:*

инфузия на drotrecogin alfa (активиран) – 00.11

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])

**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])*

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

- 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])

**\*99.75 ПРИЛАГАНЕ НА НЕВРОПРОТЕКТИВНО ВЕЩЕСТВО**

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

**Изискване:** Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични процедури (КТ и/или ликворно изследване; КТ-съдова програма/МРТ-съдова програма или конвенционална мозъчна ангиография), и две основни терапевтични процедури, посочени в блок **Кодове на основни процедури**.

Процедура **\*\*87.03 КАТ на глава, 56001-00 Компютърна томография на мозък и/или \*\*90.09 ликворно изследване, (или \*\*88.91 МРТ на глава, 90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък)** е задължителна диагностична процедура и се провежда в първите 24 часа от хоспитализацията.

Процедура с код **\*\*88.41 ангиография, 59970-02 Мозъчна ангиография, или \*\*88.91 магнитно-резонансна ангиография, 90902-00 Магнитно резонансна ангиография на глава и шия/ \*\*87.03 КТ ангиография, 56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя** се прави задължително при САК от 1- 3 степен.

Процедура с код **\*\*88.41 ангиографско изследване**, 59970-02 Мозъчна ангиография, не се прави само при САК 4-5 степен по скалата на Hunt & Hess, когато има документирана консултация от неврохирург, че болният няма да бъде опериран.

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 болестни“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести“, от обхвата на медицинската специалност „Детска неврология“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност съгласно медицински стандарт „Нервни болести“.

### **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.

<b>Задължително звено/медицинска апаратура</b>
1. Неврологична клиника/отделение или Клиника/отделение по детска неврология или Неонатологична клиника/отделение от II и III ниво – само за новородени до 28 ден
2. Профилирана неврологична клиника/отделение за интензивно лечение или легла за интензивно лечение на неврологични заболявания към общоневрологична клиника/отделение от II ниво или ОАИЛ/КАИЛ
3. Клинична лаборатория II ниво (с възможност и за ликворологично изследване, хемостазаология и КГА)*
4. Кабинет (апарат) за доплерова сонография

\*- 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 обезпечава 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.

<b>Задължително звено/медицинска апаратура</b>
1. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
2. Апарат за КТ- /МРТ- ангиографско изследване
3. Лаборатория (отделение) по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

### **3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.**

#### **Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:**

лекар със специалност по нервни болести - за структури II ниво на компетентност  
двама лекари с придобита специалност;

- 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

**Блок 2. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст от 28-ия ден до 18 год възраст:**

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

лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение

или

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

**Блок 3. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст до 28-ия ден от раждането (съгласно медицински стандарт по “Неонатология”):**

- лекар със специалност по неонатология.

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

**4.1. Ангиография (КТ- или МРТ- )** – допуска се договор с друго ЛЗ за осигуряване на дейността.

**4.2. За доплерова сонография (невросонология)** – лекар със специалност по нервни болести и допълнителна квалификация за извършване на доплерова сонография, удостоверена чрез сертификат.

**4.3. За трансфонтанелна ехография** – лекар със специалност по неонатология или детска неврология (съгласно медицински стандарт “Неонатология”).

**II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ**

**1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:**

- Клинични данни за САК в първите часове или дни.
- Диагностика на пациенти с клинични и/или данни от образни изследвания за субарахноидален кръвоизлив в първите часове или дни и оценка на терапевтичните алтернативи

Болните със САК се хоспитализират за своевременно установяване вида на остро разстройство на мозъчното кръвообращение (ОПМК), за определяне на топичната и етиологичната диагноза чрез извършване на редица специализирани изследвания, включително ангиографско изследване на мозъчните съдове. Това е необходима предпоставка за провеждане на адекватно специфично лечение, своевременно оперативно лечение, корекция на нарушените витални функции, профилактика на усложненията и лечение на придружаващите ОПМК 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.

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

- ЕКГ;
- очни дъна – по клинични показания;
- рентгенография на бял дроб и сърце – по клинични показания;
- след негативен КТ- задължителна е лумбалната пункция;
- доплерова сонография (ДС);
- ангиография на мозъчни артерии и КТ- /МРТ- съдови програми – при I-III степен по Хънт и Хес – задължителна консултация с неврохирург;
- RR, пулс, анамнеза за артериална хипертония, сърдечно заболяване, захарен диабет.

### **Особености в протичането на болестта**

Диагностичният процес в болничното заведение включва установяване на:

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

### **СТЕПЕНИ НА ТЕЖЕСТ:**

#### **• субарахноиден кръвоизлив (САК):**

- лек (1-2 степен по скалата на Хънт и Хес);
- умерено тежък (3 степен по скалата на Хънт и Хес);
- тежък (4-5 степен по скалата на Хънт и Хес).

**Оценката на тежестта на състоянието на пациента задължително се отразява в документ “История на заболяването”.**

### **СПЕЦИФИЧНО ЛЕЧЕНИЕ НА СУБАРАХНОИДЕН КРЪВОИЗЛИВ (САК)**

Включва комбинирани оперативни и консервативни терапевтични подходи, които са насочени към преодоляване на основните причини за лошата прогноза:

- рецидив на САК;
- развитие на вазоспазъм;
- хидроцефалия.

При коматозно болните се провежда интензивно лечение.

**Консервативното лечение (специфично)** включва съответен режим и медикаменти за предпазване от рецидив и развитие на вазоспазъм.

Поведението, което се използва за **профилактиката на рецидив на САК** е следното:

- пълен физичен и психичен покой чрез строг постелен режим в продължение на две седмици и аналгоседация;

- редовна дефекация, осигурявана с подходящ хранителен режим, слабителни средства и очистителни клизми;
- системен контрол на артериалното налягане;
- при неоперирани болни с дългогодишна хипертония систолното налягане да не надвишава 150 mm Hg;
- при наличие на епилептични гърчове и след операция се използват съответно подходящи антиконвулсанти;
- при извършване на болезнени манипулации (лумбална пункция, поставяне на централен венозен катетър и др.) - допълнително обезболяване, за да се избегнат транзиторни покачвания на артериалното налягане;
- подходящо е да се включат и някои медикаменти с укрепващо действие върху съдовия пермеабилитет, като витамин С.

**Профилактика и лечение на исхемично - хипоксичните изменения**, които се развиват в хода на САК:

- хиперводемична хемодилуция с хемодекс, водно-солеви разтвори и др., за да се поддържа хематокрит между 0,33 и 0,38;
- поддържане в норма на кръвната захар, електролитите и кислородната сатурация над 95%;
- да се следи централното венозно налягане (ЦВН) да не надвишава 120 mm H<sub>2</sub>O поради опасност от белодробен оток, сърдечна декомпенсация и мозъчен оток;
- прилагане на калциеви антагонисти - Nimodipine флакони от 50 ml (10 mg), в непрекъснатата венозна инфузия чрез перфузор 1-2 mg/h, или перорален прием на таблетки от 30 mg (обща дневна доза 240–300 mg) – само при АН>120 mm/80 mm Hg;

Ранното извършване на ангиография и оперативно лечение (клипсиране на аневризмата възможно най-рано) при болни в първа, втора и трета степен от скалата на Hunt & Hess елиминира източника на кръвене, а в комбинация с калциеви антагонисти (нимодипин), адекватна хемодилуция и артериална хипертензия се намалява и рискът от късен исхемичен дефицит. Това е единственият правилен подход в острия стадий на САК.

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

#### **Здравни грижи**

**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 едно или повече от следните условия:

- установена топичната диагноза - чрез КТ или МРТ;
- стационаране на огнищната неврологична и общомозъчна симптоматика;
- липса на остър възпалителен процес.

Болни, при които е извършена ангиография и е установена мозъчна аневризма или друга мозъчно-съдова малформация, след консултация с неврохирург се превеждат в неврохирургична клиника за оперативно лечение. Болните, при които не е установена аневризма или друга мозъчно-съдова малформация при ангиография, или болни, които са отказали ангиографско изследване, при стабилизиране на състоянието им се изписват.

##### **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 заложените 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”.**

**ДОКУМЕНТ № 4**

#### **ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)**

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

Сред социално значимите широко разпространени заболявания в нашата съвременност мозъчно-съдовите нарушения заемат основно място. Тяхното първостепенно медико-социално значение е резултат както от високата 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 коментирате информацията с общопрактикуващия 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.