

КП № 108 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ФАЛОИДНО ГЪБНО ОТРАВЯНЕ

Минимален болничен престой – 7 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Токсично въздействие на други отровни вещества, съдържащи се в изядени хранителни продукти

Не включва:

- алергична реакция към храна, като:
- анафилактичен шок, дължащ се на патологична реакция към храна (Т78.0)
 - дерматит (L23.6, L25.4, L27.2)
 - гастроентерит (неинфекциозен) (K52.—)
- бактериално хранително отравяне (A05.—)
- токсично въздействие на замърсители на храна, като:
- афлатоксин и други микотоксини (Т64)
 - цианиди (Т65.0)
 - циановодород (Т57.3)
 - живак (Т56.1)

Т62.0 В изядени гъби

Включва: изядени гъби с дълъг латентен период (фалويدно гъбно отравяне)

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ ПО МКБ-9 КМ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

ДИАГНОСТИЧЕН УЛТРАЗВУК (ЕХОГРАФИЯ)

Включва: ехография
ултразвукова ангиография
ултрасонография

Изключва:
терапевтичен ултразвук- 00.01 –00.09

****88.76 ДИАГНОСТИЧЕН УЛТРАЗВУК НА КОРЕМ И РЕТРОПЕРИТОНЕУМ**

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 (55700 [1943], 55729-01 [1945])

ДРУГИ НЕОПЕРАТИВНИ СЪРДЕЧНИ И СЪДОВИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Изключва:
ЕКГ на плод - 75.32

****89.52 ЕЛЕКТРОКАРДИОГРАМА**
ЕКГ БДУ
ЕКГ (с 12 и повече отвеждания)

Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]

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

ЦИРКУЛАТОРНО МОНИТОРИРАНЕ

Изключва:
електрокардиографско мониториране при операция - не кодирай!
Изключва:
непрекъснато интраартериално кръвно-газово мониториране – 89.60

****89.65 ИЗМЕРВАНЕ НА АРТЕРИАЛНИ КРЪВНИ ГАЗОВЕ**

****89.66 ИЗМЕРВАНЕ НА ГАЗОВЕ НА СМЕСЕНА ВЕНОЗНА КРЪВ**
АКР

****90.59 ИЗСЛЕДВАНЕ НА КРЪВ**

Включва задължително следните изследвания:

Биохимични – трансаминази, ЛДХ, сер. билирубин, общ белтък, урея, креатинин;

Хематологични – ПКК, левкоцити, диференциално броене, РУЕ;

Хемокоагулационни изследвания – протромбиново време, фибриноген, Д-димери, време на кървене и съсирване

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

НЕОПЕРАТИВНА ПРОМИВКА НА ХРАНОСМИЛАТЕЛЕН ТРАКТ, ПОЧИСТВАНЕ И ЛОКАЛНА ИНСТИЛАЦИЯ

***96.33 СТОМАШНА ПРОМИВКА**

Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система

14200-00 Стомашна промивка

***96.37 РЕКТАЛНА КЛИЗМА (ИНФУЗИЯ)**

92077-00 Друга ректална промивка

ТРАНСФУЗИЯ НА КРЪВ И КРЪВНИ КОМПОНЕНТИ

***99.04 ТРАНСФУЗИЯ НА ЕРИТРОЦИТНА МАСА**

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-02 Приложение на опаковани клетки

Трансфузия на:

- еритроцити

***99.05 ТРАНСФУЗИЯ НА ТРОМБОЦИТИ**

трансфузия на тромбоцитна маса

13706-03 Приложение на тромбоцити

Трансфузия на:

- тромбоцити

***99.06 ТРАНСФУЗИЯ НА ФАКТОРИ НА СЪСИРВАНЕ**

92061-00 Приложение на кръвосъсирващи фактори

Трансфузия на:

- антихемофилен фактор
- коагулационни фактори НКД
- криопреципитати
- фактор VIII

***99.07 ТРАНСФУЗИЯ НА ДРУГ СЕРУМ**

трансфузия на плазма

Изключва:

инжекция (трансфузия) на:

гамавенин - 99.16

гама-глобулин - 99.14

92062-00 Приложение на друг серум

Трансфузия на плазма

Трансфузия на албумин

***99.08 ТРАНСФУЗИЯ НА КРЪВОЗАМЕСТИТЕЛ**

трансфузия на декстран

92063-00 Приложение на кръвен експандер

ИНЖЕКЦИЯ ИЛИ ИНFUЗИЯ НА ЛЕЧЕБНО ИЛИ ПРОФИЛАКТИЧНО 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

***99.16 ИНЖЕКЦИЯ НА АНТИДОТ**

Приложение на антидот, вкл. всички разрешени за употреба антидоти в РБългария

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

96199-04 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антидот

***99.18 ИНЖЕКЦИЯ ИЛИ ИНFUЗИЯ НА ЕЛЕКТРОЛИТИ**

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

ИНЖЕКЦИЯ ИЛИ ИНFUЗИЯ НА ДРУГО ЛЕЧЕБНО ИЛИ ПРОФИЛАКТИЧНО 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

***99.21 ИНЖЕКЦИЯ НА АНТИБИОТИК**

Изключва:

инжекция или инфузия на антибиотици от клас оксазолидинони – 00.14

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противoinфекциозен агент

***99.23 ИНЖЕКЦИЯ НА СТЕРОИД**

инжекция на кортизон

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

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

включва интравенозна хепатопротекция, церебропротекция

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

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

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

ЛЕЧЕБНА АФЕРЕЗА ИЛИ ДРУГА ИНЖЕКЦИЯ, ПРИЛАГАНЕ ИЛИ ИНFUЗИЯ НА ДРУГО ЛЕЧЕБНО ИЛИ ПРОФИЛАКТИЧНО ВЕЩЕСТВО

***99.71 ЛЕЧЕБНА ПЛАЗМАФЕРЕЗА**

Изключва:

екстракорпорална имуноадсорбция (ЕСI) – 99.76

Афереза

13750-00 Терапевтична плазмафереза

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични и пет основни терапевтични процедури, посочени в блок **Кодове на основни процедури по МКБ-9 КМ**.

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 в клиника/отделение по токсикология минимум II ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт по „Клинична токсикология“; или в клиника/отделение по анестезиология и интензивно лечение минимум II ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт по „Анестезия и интензивно лечение“. Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

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 токсикология или ОАИЛ/КАИЛ
2. Клинична лаборатория*
3. Образна диагностика - рентгенов апарат за скопия и графия
4. ЕКГ – апарат
5. Структура за диализно лечение - съгласно изискванията на медицински стандарт “Клинична токсикология”

Съгласно медицински стандарт по „Клинична токсикология“: Когато в дадено ЛЗБП няма структура по токсикология, обслужването на болните с остри отравяния може да започне в спешното отделение на болничното заведение, с последващо насочване за хоспитализация в ОАИЛ/КАИЛ, т.е. хоспитализирането на болния с остро отравяне може да се осъществява на територията на отделения/клиники по анестезиология и интензивно лечение при задължителна консултация с клиничен токсиколог. Привеждането към най-близката клиника/отделение по токсикология се осъществява по решение на специалиста по клинична токсикология.

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 клинична токсикология.

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

ЛЗ изпълнител на болнична помощ може да осигури дейността на съответното структурно звено чрез договор с друго лечебно заведение, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

2. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

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

- лекар със специалност по клинична токсикология/токсикология
или
лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение - минимум четирима;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

Блок 2. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекар със специалност по клинична токсикология/токсикология
или
лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение - минимум четирима;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

1. Диагностика и лечение на пациенти със съмнение за фалоидно гъбно отравяне при:
 - 1.1. анамнестични данни за консумация на диворастващи гъби;
 - 1.2. гастроентероколитен синдром;
 - 1.3. хепатотоксичен синдром (остър токсичен хепатит, остра чернодробна недостатъчност - кома);
 - 1.4. полиорганна недостатъчност;
 - 1.5. екзотоксичен шок.

- **Анамнестични данни за консумация на диворастящи гъби** – фалоедно гъбно отравяне. Консумация на диворастящи гъби, дълъг латентен период – 8 - 36-72 часа.

- **Гастроентероколитен синдром**

- **Хепатотоксичен синдром** (остър токсичен хепатит, остра чернодробна недостатъчност – кома)

- **Полиорганна недостатъчност**

- **Екзотоксичен шок**

Клинични симптоми

- *гастроинтестинален синдром* – упорито повръщане с холериформена диария 3-4 денонощия, тежка дехидратация, хиповолемичен шок;

- *общотоксичен синдром* – адинамия, мускулни крампи, болки в корема и мускулни групи, колапс, хемоконцентрация; *хепатотоксичен синдром* – токсичен хепатит, чернодробна недостатъчност, хепатаргия, хепатална кома; хеморагична диатеза и увреждане на протромбинопоезата; *ренален синдром* – увеличаваща се олигурия, албуминурия, азотни тела, хиперкалиемия; *церебротоксичен синдром* – нарушения на съзнанието, булбарна парализа; *дисметаболитен синдром*; полиорганна недостатъчност; *репарационен синдром* – продължителен.

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.

При липса на токсиколог на територията на ЛЗБП задължително следва да се осигури консултация до 24-тия час от хоспитализацията с посочения специалист. Клиничната пътека няма да се счита за завършена, ако не е извършена консултация с клиничен токсиколог.

Следните диагностични процедури: изследване на кръв, АКР, ЕКГ - се извършват в първите 30 до 60 минути от постъпването за лечение, и в динамика за отчитане степента на чернодробното увреждане през 6 – 12 часа.

Лечение:

Фалоедно гъбно отравяне – стомашно-чревно почистване (стомашни промивки с карбо медициналис и очистителни клизми), инфузионно лечение, парентерално хранене – при нужда, частично обменно кръвопреливане, хемотрансфузия, фактори на съсирване, белтъчни продукти; диализно лечение – хемоперфузия, плазмафереза, хемодиализа; антидотни комплекси – силимарин, пеницилин, адеметионин, хепамерц, кортикостероиди, антиоксиданти; барокамера - при необходимост, дихателна реанимация, церебропротективни, седативни и симптоматични средства, витаминотерапия, пробиотици и други.

Критерии за лечение на тежко и крайно тежко отравяне в реанимация (интензивно отделение):

Изразен интоксикационен синдром:

- нарушено съзнание;
- дихателна недостатъчност;
- сърдечно - съдова недостатъчност;
- дисметаболитен синдром.

Наличието на един или повече от изброените синдроми налага обсъждане за лечение в реанимация (интензивно отделение).

Интензивното лечение се провежда съвместно от анестезиолог – интензивен терапевт и клиничен токсиколог. След овладяване на животозастрашаващите състояния в интензивно отделение, пациентът се превежда в Клиника по токсикология за продължаване на лечебния процес.

Контролни изследвания на отклоненията в жизнените параметри и биологични показатели задължително се извършват в рамките на болничния престой, преди дехоспитализацията на пациента.

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.

Основава се на следните критерии: консумация на диворастящи гъби и типичната клинична картина с двата синдрома, оформящи двата клинични стадия на отравянето (гастроинтестинален и хепатален), лабораторните изследвания - биохимия, коагулограма, АКР в динамика, като клинично - лабораторна констелация, отразяваща остро черnodробно увреждане.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация: медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

- подобряване показателите за увреждане на черния дроб;
- клинично подобрене на уврежданията от страна на други органи и системи;
- клинично подобрене, допускащо довършване на лечението в дома.

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 Наредба № 39.

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 „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)

Фалоидното гъбно отравяне е едно от най-тежките остри отравяния. Настъпва след консумация на диворастящи гъби от групата на фалоидните (зелена, бяла и жълта мухоморка), които по външни ботанически белези приличат на ядливите ливадна и полска печурка. Фалоидните гъби съдържат високотоксични вещества, чиято токсичност се доближава до токсичността на ботулиновия токсин. Токсините не променят действието си от висока температура или друг вид кулинарна обработка и запазват и в изсушено състояние токсичността си години наред. Най-страшното при това отравяне е дългият латентен период от 8-12-24 часа, по време на който болният, консумирал гъбите (макар и парченце от гъба или сос от ястие), няма никакви оплаквания. Признаците на отравяне започват внезапно, дори много от пациентите не се сещат за гъбната консумация, появява се неспирно повръщане и диария, болки в дясното подребрие и целия корем, силна отпадналост, безсилие. Лабораторните изследвания показват тежко увреждане на черния дроб, който е основният орган, атакуван от гъбните отровни вещества. Към повърнатите материи и изпражненията се прибавят кръв, слюз, отливки от чревна лигавица, болният става унесен. За кратко затихват гастроентероколитните оплаквания и след 1-2 дни започват отново със зловонна миризма на сварен черен дроб. Общото състояние се влошава, дори и по време на адекватно лечение, появява се кървене от местата на инжекциите, носа, стомаха и червата и с напредващото увреждане на чернодробните функции може да настъпи неблагоприятен изход.

Изследванията, които насочват към тази диагноза, са по отношение функционалното състояние на черния дроб, чиято действаща тъкан е увредена достатъчно, за да не се произведат фактори на съсирване, белтъци, ензими и т.н. Получава се увреждане и на други органи - сърце, бъбреци, панкреас, мозък и т.н.

Лечението е комплексно и такова, каквото се провежда в целия свят - диализно лечение, инфузии на водно-солеви и други разтвори, заместители на кръвни продукти и фактори на съсирване, белтъчни продукти интравенозно, антидотни лекарства (пеницилин интравенозно, карзил или легалон, трансметил и др.). Инжектират се високи дози кортикостероиди, калциеви препарати, вит. С до 2-3 г. и др. След преодоляване на острата фаза би могло да се провежда и барокамера.

При преживяемост от отравянето се назначава лечебно-диетичен режим и проследяване на първия и втория месец от токсиколог. В междинното време личният лекар наблюдава пациента.

При нужда може да се наложи второ постъпване на пациента за лечение на хронифициращото чернодробно увреждане след острата фаза на фалоидното гъбно отравяне. Загубата на трудоспособност е най-малко 6 месеца.