



КАТЕДРА „ОБЩЕСТВЕНОЗДРАВНИ НАУКИ”

ЛЕКЦИЯ №10

**ЗА ДИСТАНЦИОННА САМОПОДГОТОВКА ПО УЧЕБНА ДИСЦИПЛИНА
„ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНИ СИСТЕМИ”
ЗА СТУДЕНТИ ОТ СПЕЦИАЛНОСТ „УПРАВЛЕНИЕ НА ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ”
ОБРАЗОВАТЕЛНО – КВАЛИФИКАЦИОННА СТЕПЕН
„МАГИСТЪР”
ЗАДОЧНО ОБУЧЕНИЕ**

тема: КЛИНИЧНИ ПЪТЕКИ

Разработил:

Доц. д-р П. Стефанова, дм

Гр. Плевен, 2020

Клиничната пътека е документ, който описва процеса на оказване на точно определен вид здравна грижа. Този документ представя утвърдените на местно ниво виждания за най-добрите медицински практики и цели, основани на доказателства и отразяващи, насочен към пациента, мултидисциплинарен и многофакторен подход.

Клиничната пътека съгласува очакваните грижи и лечение, осигурени от мултидисциплинарен екип от специалисти за пациент с определено състояние или група от сходни състояния в общоприета времева рамка за постигане на определени резултати.

Приложена по отношение на даден пациент, клиничната пътека играе ролята на медицинска документация или става част от нея.

Тя е методология за съвместно вземане на решения и организиране на здравни грижи за ясно определена група от пациенти в точно определен отрязък от време.

Същностни черти на всяка клинична пътека са:

1. Категорично определяне на целите и ключовите стъпки, оказване на здравни грижи въз основа на доказателствата, добрата практика и очакванията на пациента.

2. Съгласуване на задълженията, последователността на действията и подпомагане на връзката между членовете на мултидисциплинарния екип, пациентите и техните роднини.

3. Отразяване, наблюдение и оценка на отклоненията и резултатите.

4. Установяване на съответните ресурси.

Една пътека е добре направена и правилно използвана, ако при по-малко от 20% от пациентите са докладвани отклонения. Ако при повече от 20% от пациентите има такива, това би означавало, че клиничната пътека се нуждае от редактиране.

Трябва да е налице постоянен процес на усъвършенстване на клиничната пътека. За целта е необходимо мониториране, регулярно отчитане и изпробване на схеми за подобряване на грижите.

Постоянното мониториране се изисква с цел определяне на тяхното въздействие върху резултата за пациента, както и върху финансовата стабилност на финансиращия орган. По този начин се установява и нуждата от промени в клиничната практика.

Основните недостатъци на методиката за разработване на клиничните пътеки са:

1) Фиксирани цени на клиничните пътеки

От 2001 година цените на клиничните пътеки се договарят като фиксирани, точното изпълнение на клиничните пътеки, липсата на показатели за оценка и заплащането от НЗОК за болнична дейност независимо от предоставеното качество, не може да мотивира изпълнителите към осигуряване на по-добро качество. От друга страна фиксираните цени не могат да имат регулираща или санкционираща функция при неосигуряване на качество, поради неизвършване на дейности, липса на високотехнологична апаратура, липса на квалификация или неизпълнение на договорености.

2) Резултати от лечението

Не са включени критерии за оценка на медицинските и социални резултати от диагностиката и лечението на пациенти по много от клиничните пътеки или не са посочени целите на лечението при хоспитализация. Резултатите от лечението, качеството на предоставените услуги не са обвързани със заплащането, при което всички болници получават едно и също заплащане по клинични пътеки, независимо от резултата на проведеното лечение.

3) Тежест на състоянието при хоспитализация

Резултатите от лечението на са обвързани също и с тежестта на състоянието при хоспитализация.

Клиничните пътеки предоставиха, като възможност остойносттаване за среден случай на тежест. От Националния рамков договор от 2001 година до момента се ползват общи за всички специалности и класове заболявания критерии за тежест, които са рамкови и не включват измерими и подлежащи на точна оценка критерии. В момента реалната хоспитализация на групите пациенти с високостепенна тежест на състоянието в по-голямата си част се концентрира в специализирани и университетски болници, а с по-нискостепенна тежест - в общински болници и отчасти в МБАЛ.

Причините за това са няколко:

а) реална невъзможност на някои болници да осигурят болнични високотехнологични процедури - липса на съвременна апаратура или квалифициран персонал;

б) освободеният достъп на пациенти до болнична помощ;

в) предпочитания на пациентите;

Получава се преразпределение на пациенти по болници по признака тежест на състоянието. Като резултат от това преразпределение и независимо от огромните разлики в разходите и фиксираните цени на клиничните пътеки, всички болници получават едно и също заплащане. Това от своя страна води до диспропорции в покриването на разходи и заплащането на персонала по клинични пътеки, както и демотивация на лечебното заведение за хоспитализация на тежки случаи.

Клиничните пътеки са регламентирани като приложение към сключваните ежегодно НРД.

Включеният в КП минимален престой има задължителен характер. Размерите на този престой за всяка клинична пътека са определени на базата на експертни становища на консултанти на НЗОК, а не са разработени на основание на медико-статистически анализи.

4) Здравни грижи

В клиничните пътеки здравните грижи са посочени само по параметрите - вид и обем, но не са разработени ясни и точни критерии за тяхната оценка, ролята и ангажиментите на медицинските сестри, както и тяхната квалификация.

Програмата за разработване на клиничните пътеки от националните консултанти, научните дружества, водещите специалисти не е финансово обезпечена, представлява интелектуален труд, свързан с време, квалификация, медицина, основана на доказателства, което често води до намалени отговорности, формализъм, неспазване на срокове и други.

През 2000-2001 година в България НЗОК започва с помощта на чужд консултант разработването на клинични пътеки. В Националният рамков договор за 2001 година за първи път са договорени 30 клинични пътеки, които обхващат 159 диагнози. В следващите години броят на клиничните пътеки и покритите от тях диагнози, постоянно нараства за да достигне през 2007 година 298 пътеки, покриващи над 7700 диагнози (2017 г. – 267 КП). Клиничната пътека става основен момент в договорните отношения между НЗОК и болниците още от самото начало.

За съжаление на клиничните пътеки се гледа основно като на средство за финансиране на болничната дейност, особено след 2005 година, когато ръководството на МЗ прехвърля финансирането на стационарното лечение изцяло върху НЗОК - цел, залегнала от самото начало в основите на здравната промяна у нас, което силно деформира болничното лечение, като възникват някои трудности свързани с тях:

- * изкривяват медицинската статистика и правят трудни анализите и основаващите се на тях управленски решения;

- * клиничната пътека се превръща в начин за увеличаване разходите на НЗОК и за затвърждаване на убеждението, че парите в болницата са функция на подаден отчет, а не на свършена работа;

* клиничните пътеки фаворизират определени медицински дейности за сметка на други, в резултат на което диагностично–лечебния процес се развива далеч от правилата на медицинската целесъобразност. Това довежда до финансово задушаване на редица болнични дейности, които нямат „пазарна стойност“;

* липсва механизъм за обвързване на цената на клиничните пътеки с наличния финансов ресурс;

В края на ХХ и началото на ХХІ век клиничните пътеки навлизат в осигуряването и управлението на здравните грижи като важен инструмент и подход за повишаване на качеството, намаляване на разходите и увеличаване на удовлетвореността на пациентите.

Тяхното разпространение нараства, но все още остават неизяснени редица въпроси, свързани с размера на ползата от приложението им и пътищата за постигането и.

**ДОГОВОР № РД-НС-01-1-2 от 27 декември 2018 г.
за изменение и допълнение на Националния рамков договор за
медицинските дейности между Националната
здравноосигурителна каса и Българския лекарски съюз за 2018
г. (обн., ДВ, бр. 28 от 2018 г.; изм. и доп., бр. 34 от 2018 г.)**

- „Чл. 331а. (1) Националната здравноосигурителна каса и БЛС договарят за периода 1.01 – 31.12.2019 г. закупуването на следните обеми за дейностите по КП, посочени по приложение № 9 към чл. 1 от наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО, по цени, както следва:

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
	Клинични пътеки	2 202 361	
001	Стационарни грижи при бременност с повишен риск	32 948	400
002	Пренатална инвазивна диагностика на бременността и интензивни грижи при бременност с реализиран риск	6 917	800
003	Оперативни процедури за задържане на бременност	404	150
004	Преждевременно прекъсване на бременността		
004.1	Преждевременно прекъсване на бременността: при прекъсване на бременността до 13 гест. с. вкл.	6 980	170
004.2	Преждевременно прекъсване на бременността: при прекъсване на бременността над 13 гест. с.	1 190	280
005	Раждане	49 008	750
006	Грижи за здраво новородено дете	33 394	220
007	Диагностика и лечение на новородени с тегло над 2500 грама, първа степен на тежест	15 948	800
008	Диагностика и лечение на новородени с тегло над 2500 грама, втора степен на тежест	5 134	1 200
009	Диагностика и лечение на новородени с тегло от 1500 до 2499 грама, първа степен на тежест	3 214	900
010	Диагностика и лечение на новородени с тегло от 1500 до 2499 грама, втора степен на тежест	3 326	1 300
011	Диагностика и лечение на новородени с тегло под 1499 грама	927	3 600
012	Диагностика и лечение на дете с вродени аномалии	2 714	1 200
013	Диагностика и интензивно лечение на новородени с дихателна недостатъчност, първа степен на тежест	1 119	2 000
014	Диагностика и интензивно лечение на новородени с дихателна недостатъчност, втора степен на тежест	773	3 200
015	Диагностика и интензивно лечение на новородени с приложение на сърфактант		
015.1	Диагностика и интензивно лечение на новородени с еднократно приложение на сърфактант	242	3 300
015.2	Диагностика и интензивно лечение на новородени с многократно приложение на сърфактант	1 111	5 900

„Чл. 332а. Националната здравноосигурителна каса през 2019 г. закупува договорените с БЛС за периода 1.01. – 31.12.2019 г. обеми за дейностите по КПр по приложение № 8 към чл. 1 на наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО по цени, както следва:

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
	Клинични процедури	252 249	
01	Диализно лечение при остри състояния	9 140	144
02	Интензивно лечение на новородени деца с асистирано дишане	1 176	100
03	Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи с механична вентилация и/или парентерално хранене	155 322	426
04	Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи без механична вентилация и/или парентерално хранене	85 611	155
05	Дейности по осигуряване на лечение за новородени деца с вродени сърдечни малформации, претърпели сърдечна оперативна интервенция до навършване на 1-годишна възраст	1 000	500

Чл. 333а. Националната здравноосигурителна каса през 2019 г. закупува договорените с БЛС за периода 1.01. – 31.12.2019 г. обеми за дейностите по АПр по приложение № 7 към чл. 1 на наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО по цени, както следва:

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
	Амбулаторни процедури	1 318 432	
01	Хронична хемодиализа	612 761	144
02	Перитонеална диализа с апарат	17 181	130
03	Перитонеална диализа без апарат	31 952	93
04	Осигуряване на постоянен достъп за провеждане на диализно лечение и химиотерапия	864	182
05	Определяне на план за лечение на болни със злокачествени заболявания	116 798	50
06	Системно лекарствено лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания	104 324	150
07	Амбулаторно наблюдение/диспансеризация при злокачествени заболявания и при вродени хематологични заболявания	123 145	130
08	Проследяване на терапевтичния отговор при пациенти на домашно лечение с прицелна перорална противотуморна терапия и перорална химиотерапия	2 965	250
09	Амбулаторно наблюдение/диспансеризация при муковисцидоза	1	45
10	Наблюдение при пациенти с невромускулни заболявания на неинвазивна вентилация	1	160
11	Консервативно лечение на продължителна бъбречна колика	3 836	91
12	Бъбречно-каменна болест: уролитиаза – екстракорпорална литотрипсия	8 034	266

13	Инструментална диагностика и лечение на заболявания на щитовидната жлеза	3 489	154
14	Диагностика и определяне на терапевтично поведение на заболявания на хипофизата и надбъбрека	1 655	210
15	Диагностика и определяне на терапевтично поведение на костни метаболитни заболявания и нарушения на калциево-фосфорната обмяна	135	150
16	Лечение на тежкопротичащи форми на псориазис	1 854	32
17	Диагностика и лечение на еритродермии	1 973	26
18	Оперативни процедури в областта на ушите, носа и гърлото и лицево-челюстната област с малък обем и сложност	8 300	250
19	Оперативно отстраняване на катаракта	46 716	380
20	Хирургично лечение на глаукома	1 710	390
21	Оперативни интервенции върху окото и придатъците му със среден обем и сложност	19 252	150
22	Малки оперативни процедури на раменен пояс и горен крайник	12 398	193
23	Малки оперативни процедури на таза и долния крайник	1 663	256
24	Малки артроскопски процедури в областта на скелетно-мускулната система	2	144
25	Диагностична и терапевтична пункция и/или биопсия	169	58
26	Амбулаторни хирургични процедури	43 532	90
27	Специфични изследвания при хематологични заболявания	5 111	250
28	Паравертебрални блокади и блокади на отделни нерви	2	25
29	Поетапна вертикализация и обучение в ходене	2 739	100
30	Напасване на протеза на горен или долен крайник	1	24
31	Амбулаторно наблюдение на лица с кохлеарно-имплантна система	48	50

32	Амбулаторно наблюдение на лица с постоянен електрокардиостимулатор	2 528	50
33	Парентерална инфузия на лекарствени продукти по терапевтична схема	1 743	12
34	Ендоскопска диагностика на заболявания, засягащи стомашно-чревния тракт	1 325	120
35	Сцинтиграфски изследвания	11 212	70
36	Позитронно-емисионна томография с компютърна томография (ПЕТ/КТ) (PET/CT)	16 809	1 600
37	Еднофотонна емисионна компютърна томография с компютърна томография – SPECT/CT на хибриден скенер	7 967	350
38	Определяне на план на лечение и проследяване на терапевтичния отговор при пациенти, получаващи скъпоструващи лекарствени продукти по реда на чл. 78, ал. 2 от ЗЗО	86 206	22
39	Амбулаторно лечение и контрол на гноен хидраденит	107	150
40	Амбулаторно лечение и контрол на идиопатична белодробна фиброза	1	90
41	Амбулаторно лечение и контрол при туберозна склероза	2	90
42	Амбулаторно наблюдение/диспансеризация на пациенти с възпалителни полиартропатии и спондилопатии	14 221	90
43	Генетично профилиране на онкологични заболявания	3 700	400

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Ревматични болести на митралната клапа

Включва: състояния, класифицирани в рубриките I05.0 и I05.2—I05.9, уточнени или не уточнени като ревматични

Не включва: състояния, уточнени като неревматични (I34.—)

- I05.0 Митрална стеноза**
(Ревматична) митрална (клапна) обструкция
- I05.1 Ревматична митрална инсуфициенция**
Ревматична митрална:
• недостатъчност
• регургитация
- I05.2 Митрална стеноза и инсуфициенция**
Митрална стеноза и недостатъчност или регургитация

Ревматични болести на аортната клапа

Не включва: случаи, не уточнени като ревматични (I35.—)

- I06.0 Ревматична аортна стеноза**
Ревматична аортна (клапна) обструкция
- I06.1 Ревматична аортна инсуфициенция**
Ревматична аортна:
• недостатъчност
• регургитация
- I06.2 Ревматична аортна стеноза и инсуфициенция**
Ревматична аортна стеноза и инсуфициенция или регургитация

Болести на няколко клапи

Включва: случаи, уточнени или не уточнени като ревматични

Не включва: ендокардит без уточняване на клапата (I38)
ревматични болести на ендокарда без уточняване на клапата (I09.1)

- I08.0 Съчетано засягане на митралната и аортната клапи**
Съчетано засягане на митралната и аортната клапи, уточнено или не уточнено като ревматично

Други ревматични болести на сърцето

- I09.9 Ревматична болест на сърцето, неуточнена**
Ревматични:
• кардит
• сърдечна недостатъчност
Не включва: ревматоиден кардит (M05.3)

Хипертонична болест на сърцето

Включва: всяко състояние от рубриките I50.—, I51.4—I51.9, дължащо се на хипертония

- I11.0 Хипертонично сърце със (застойна) сърдечна недостатъчност**
Декомпенсирано хипертонично сърце

Съчетание на хипертонично сърце с хипертоничен бъбрек

Включва: всяко състояние от рубриката I11.— в съчетание с всяко състояние от рубриката I12.—

- болест:
• сърдечно-бъбречна
• сърдечно-съдова бъбречна
- I13.0 Съчетание на хипертонично сърце с хипертоничен бъбрек и със (застойна) сърдечна недостатъчност**
- I13.2 Съчетание на хипертонично сърце с хипертоничен бъбрек с наличие както на (застойна) сърдечна недостатъчност, така и на бъбречна недостатъчност**

Хронична исхемична болест на сърцето

Кодовете **150.0, 150.1, 197.0 и 197.1** се вписват като основна диагноза и дефинират причината за включване на болния в тази клинична пътека. Останалите кодове на диагнози в клиничната пътека се използват като втори задължителен код за определяне причината (когато тя е известна), довела до хронична сърдечна недостатъчност.

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ ПО **МКБ-9 КМ**

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
**87.44 РУТИННО ГРЪДНО РЕНТГЕНОВО ИЗСЛЕДВАНЕ рентгеново изследване на гръден кош БДУ	
Друга рентгенография на гръден кош	
58500-00	Рентгенография на гръден кош Включва: бронх диафрагма сърце бял дроб медиастинум <i>Не включва:</i> такава на: • ребра (58521-01, 58524-00 [1972]) • гръдна кост (58521-00 [1972]) • гръден вход (58509-00 [1974]) • трахея (58509-00 [1974])
**88.72 ДИАГНОСТИЧЕН УЛТРАЗВУК НА СЪРЦЕ ехокардиография (трансторакална и/или трансезофагеална) интраваскуларен ултразвук на сърце	
Ултразвук на сърце	
	Ехокардиография <i>Включва:</i> такъв изпълнен: • използвайки: • мапиране с цветен поток • Доплер техники (продължителна вълна) (пулсираща вълна) • механично секторно сканиране • трансдосер с фазово излъчване • с видео запис
55113-00	M-режим и двуизмерен ултразвук на сърце в реално време
55118-00	Двуизмерен трансезофагеален ултразвук на сърце в реално време
**89.52 ЕЛЕКТРОКАРДИОГРАМА	
Друга електрокардиография [ЕКГ]	
11700-00	Друга електрокардиография [ЕКГ] <i>Не включва:</i> тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода
**90.59 ИЗСЛЕДВАНЕ НА КРЪВ Включва задължително следния медико-диагностичен пакет: Електролити Пълна кръвна картина Чернодробни ензими Желязо и ЖСК(при необходимост) Креатинин	
и/или	
**90.59 ИЗСЛЕДВАНЕ НА КРЪВ BNP/pro-BNP	
1923 Хематологични изследвания	
91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
1924 Биохимична изследвания	
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-26	Клинично-химични изследвания за АСАТ

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени четири основни диагностични процедури (**90.59, ** 89.52 (11700-00), **88.72 (55113-00 и 55118-00), **87.44 (58500-00)) и една основна терапевтична процедура, посочени в блок **Кодове на основни процедури по МКБ-9 КМ**. Когато се налага използване на кодовете от блокове 1923 – Хематологични изследвания, 1924 – Биохимични изследвания и 1934- Други лабораторни изследвания, се извършват и кодират необходимите кодове от блока, като всички кодове на изследвания от блока се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП, като същевременно се изпълнява изискването, изписано под код 90.59 Включва задължително следния медико-диагностичен пакет: Електролити; Пълна кръвна картина; Чернодробни ензими; Желязо и ЖСК (при необходимост); Креатинин и/или BNP/pro-BNP.

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 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 от обхвата на медицинската специалност "Кардиология", осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Кардиология", от обхвата на медицинската специалност "Вътрешни болести", осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Вътрешни болести", от обхвата на медицинската специалност "Педиатрия", осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия".

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, разположени на територията му и имащи договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по кардиология или Клиника/отделение по детска кардиология или Клиника/отделение по вътрешни болести или Клиника/отделение по детски болести
2. Легла за интензивно лечение в клиника/отделение по кардиология, вътрешни болести или педиатрия
3. Клинична лаборатория
4. Образна диагностика
5. Звено за неинвазивна диагностика – ехокардиограф, холтер за мониториране на сърдечен ритъм и АН

2. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

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

-минимален брой лекари – двама лекари със специалност по вътрешни болести или един лекар по вътрешни болести и един със специалност по кардиология/ревмокардиология;

- лекар със специалност по клинична лаборатория;

- лекар със специалност по образна диагностика.

За извършване на ехокардиография на базово ниво: лекар със специалност по кардиология/ревмокардиология.

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

- в клиника/отделение по детска кардиология – минимум двама лекари със специалност по детска кардиология/детска ревмокардиология;

или

в детска клиника/отделение – трима лекари, от които двама със специалност по детски болести;

- лекар със специалност по клинична лаборатория;

- лекар със специалност по образна диагностика.

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

Осигуряване на 24-часова връзка и достъп до медицинска структура, осъществяваща дейност в обхвата на медицинската специалност "Анестезиология и интензивно лечение" е най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Анестезия и интензивно лечение".

Осигуряване на 24-часова връзка и достъп до медицински структури, осъществяващи дейност в обхвата на медицинските специалности "Кардиология", "Кардиохирургия" и "Съдова хирургия" е на трето ниво на компетентност, съгласно приложимите медицински стандарти, с цел осъществяване на максимално ефективно и непрекъснато лечение на пациентите.

При липса на такива звена в болницата, последната задължително осигурява предварително достъпа на пациентите си до такива звена на други лечебни заведения чрез договор, който поддържа актуален.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Диагностика и консервативно лечение без прилагане на механична вентилация при пациенти с:

- **остра сърдечна недостатъчност II и III клас по Killip;**
- **хронична сърдечна недостатъчност III и IV функционален клас по NYHA, нелекувана до момента или неповлияваща се от прилаганата в амбулаторни условия терапия;**
- **остра или изострена хронична сърдечна недостатъчност в детска възраст.**

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.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема до 12 часот началото на хоспитализацията. ЕКГ се извършва до 2 часот началото на хоспитализацията, а при болни със съмнение за остър коронарен синдром до 10 тата минута от началото на хоспитализацията.

Ехокардиография се извършва в рамките на болничния престой, а при хемодинамично нестабилни болни - с хипотония, остра сърдечна недостатъчност (хиподебитна или застойна), неврологична симптоматика (общомозъчна или огнищна) - до 12 часа от началото на хоспитализацията).

Контролни ЕКГ се извършват при необходимост по време на престоя (след коронарна интервенция, при рецидив на гръдна болка, хемодинамична нестабилност, ритъмни и проводни нарушения) и при изписването.

Класификация на остра СН по Killip

I. Клас - Няма белези на сърдечна недостатъчност.

II. Клас – Наличие на Т3/Т4 галоп и/или влажни хрипове в белите дробове, ангажиращи под $\frac{1}{2}$ от белия дроб и/или рентгенови данни за белодробна венозна хипертония (кардиална астма).

III. Клас -Белодробен едем – наличие на влажни хрипове, ангажиращи над $\frac{1}{2}$ от белия дроб и/или рентгенови данни за белодробна венозна хипертония.

IV. Клас – Кардиогенен шок.

Класификация на хронична СН по NYHA:

I - Функционален клас - без симптоми при продължителни физически усилия.

II - Функционален клас - задух,и/или умора и/или палпитации при обичайни физически усилия.

III - Функционален клас - задух и/или умора и/или палпитации при леки физически усилия, но липсват в покой.

IV - Функционален клас – оплакванията са в покой и данни за застойна СН.

Диагностични критерии за хронична СН (по Фрамингам):

Диагнозата се поставя при 2 големи, или 1 голям и 2 малки критерия.

Големи (с голяма чувствителност и специфичност):

- пароксизмален нощен задух;
- разширени шийни вени;
- кардиомегалия;
- влажни хрипове в белодробните основи;
- Т3галоп;
- ЦВН над 16см H₂O стълб;
- хепатоюгуларен рефлукс;
- загуба на повече от 4,5 кг за 5 дни при лечение с диуретик;
- тахидиспнея над 60/мин при кърмачета и деца под 3 години.

Малки (с голяма чувствителност и малка специфичност):

- отоци по глезените;
- нощна кашлица;
- хепатомегалия;
- задух при усилие;
- плеврален излив;
- тахикардия над 120/мин;
- намален с повече от 1/3 витален капацитет;
- задържане или стационариране на тегловната крива при деца под 3 години.

Класификация на степен на СН по ROSS - оценка при кърмачета и малки деца

Клас	Интерпретация
I	Асимптоматични
II	Умерено изразенатахипнея или изпотяване при хранене на кърмачета Диспнеяпри усилие на по-големидеца
III	Изразенатахипнея и изпотяване при хранене при кърмачета Удължено време за хранене и задръжка на тегловенприраст При по-големитедецаизразенадиспнея при усилие.
IV	Симптоми включващитахипнея ,пъшкане и умора в покой.

Алгоритъм за медикаментозно лечение

Основни групи медикаменти:

- Диуретици.
- АСЕ инхибитори.
- АТ2 блокери (сартани).
- Бета-блокери.
- Дигиталис.
- Антиаритмици (при ФИ под 40% - антиаритмици III клас).
- Антикоагуланти.
- Катехоламини.
- Извънбъбречни методи за почистване на кръвта – хемодиализа с ултрафилтрация и/или спонтанна артериовенозна хемофилтрация.
- Корекция на анемия – железни препарати, кръвопреливане, еритропоетинови препарати.

Продължителността на парентералната терапия следва да бъде съобразена със тежестта на състоянието на болния, наложило хоспитализация.

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.

На базата на клиничната картина, инструменталните (ехокардиография, ЕКГ, Rö) и лабораторни изследвания.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

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

- Подобряване на функционалния клас и/или владяване на симптоматиката;
- оптимизирана терапия

Обективното състояние на пациента при изписването се отразява в приложения "Фиш за дехоспитализация", който става неразделна част от История на заболяването.

Протоколът от извършеното ехокардиографско изследване се подписва от специалист по кардиология/ревмокардиология (детска кардиология/детска ревмокардиология) с квалификация в областта на ехокардиографията, притежаващ свидетелство за професионална квалификация по ехокардиография; остава неразделна част от ИЗ и подлежи на проверка от контролните органи на НЗОК.

Довършване на лечебния процес и проследяване

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

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

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

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

ФИШ ЗА ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Дишане: чисто ВД

друго (опиши)

Ритъм: синусов

друг (опиши)

СЧ: /мин

АН: /

Локален съдов/оперативен статус (при сърдечна катететеризация /PM):

нормален

друго (опиши)

Дадена епикриза на пациента:

Дата на изписване:

Назначена дата за контролен преглед:

III. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

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

2.ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *“История на заболяването”*.

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

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

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

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

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Сърдечната недостатъчност (слабост) е състояние на невъзможност сърцето Ви да изпомпва необходимото количество кръв към органите във Вашето тяло. В резултат на това най-често се явяват задух, лесна умора, нощна кашлица, отоци по крайниците, сърцебиене, болки в гърдите при усилия и др. За кърмачетата са характерни следните симптоми: учестено дишане (тахипнея), изпотяване при хранене, ненаддаване на тегло. В по-тежките случаи се появява пъшкане в покой. За по-големите деца е характерно затруднено дишане (диспнея) при усилие.

Когато тези симптоми се развиват внезапно и бързо, може да съществува реална опасност за Вашия живот. Постъпването в болнично заведение по спешност е наложително в случаите на: гръдна болка, неповлияла се от нитроглицерин, на остро настъпило сърцебиене или невъзможност да лежите в леглото поради внезапно появил се задух.

Болнично лечение ще се наложи и в случаите, в които въпреки прилагането на нужните лекарства и спазването на съветите на Вашите лекари, състоянието Ви не се подобрява. Там най-вероятно ще Ви приложат лекаства чрез венозна канюла, ще Ви вземат кръв за изследване, ще Ви се направи рентгенов преглед, вероятно ще последват и допълнителни лечебни и диагностични действия. Всичко това е необходимо за правилната диагноза и лечение, чиято цел е запазване на Вашия живот и здраве.

Най-честите причини за развитието и прогресирането на сърдечната недостатъчност са нелекуването на артериалната хипертония (високото кръвно налягане), исхемичната болест ("гръдната жаба"), сърдечният инфаркт и сърдечните пороци, а при деца - вродени сърдечни малформации или миокардно заболяване.

След изписването Вие ще продължите да бъдете лекувани от домашния лекар и кардиолог, но много важно за Вас ще е и ограничаването на употребата на сол, спирането на тютюнопушенето, злоупотребата с алкохол, снижаването на телесното тегло, кръвния холестерол и захар, ако са били завишени.

Заболяването Ви е хронично и ще изисква системно непрекъснато лечение с лекарства и спазване на препоръчвания от лекарите Ви режим на живот. Само по този начин може да намалите оплакванията и удължите живота си.