

КП № 42 ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНО ЛЕЧЕНИЕ И СВЪРЗАНИ С НЕГО ДИАГНОСТИЧНИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ПРИ ВРОДЕНИ СЪРДЕЧНИ МАЛФОРМАЦИИ

Минимален болничен престой – 1 ден

Минимален болничен престой при деца – 2 дни

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ ПО МКБ-9 КМ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ НА СЪРЦЕТО И ПЕРИКАРДА

**37.21 ДЕСНОСТРАННА СЪРДЕЧНА КАТЕТЕРИЗАЦИЯ

сърдечна катетеризация БДУ

Изключва:

при левостранна катетеризация – 37.23

Сърдечна катетеризация

Включва: измерване на сърдечен дебит
контраст разширителни криви
стрес тест с физическо натоварване
флуороскопия
оксиметрия
детекция на шънт

Не включва: при коронарна ангиография (38218 [668])

38200-00 Дясна сърдечна катетеризация

**37.22 ЛЕВОСТРАННА СЪРДЕЧНА КАТЕТЕРИЗАЦИЯ

Изключва:

при десностранина катетеризация – 37.23

38203-00 Лява сърдечна катетеризация

**37.23 КОМБИНИРАНА ДЕСНО- И ЛЕВОСТРАННА СЪРДЕЧНА КАТЕТЕРИЗАЦИЯ

38206-00 Дясна и лява сърдечна катетеризация

**37.26 КАРДИАЛНА ЕЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧНА СТИМУЛАЦИЯ И ИЗСЛЕДВАНЕ НА ПРОВЕЖДАНЕТО

електрофизиологични изследвания (EPS)
програмирана електрическа стимулация

Изключва:

запис от снопа на His – 37.29

Електрофизиологични изследвания [EPS]

38212-00 Сърдечно електрофизиологично изследване, ≥ 4 катетъра

Тест с антиаритмични медикаменти
Комплексно изследване на камерна тахикардия
Индукция на камерна тахикардия
Интраоперативно сърдечно мапиране

Не включва: при поставяне на пейсмейкър генератор (38353-00 [650])

38209-00 Сърдечно електрофизиологично изследване, ≤ 3 катетъра

Изследване на:
• атриовентрикуларна проводимост
• функция на синусов възел
• синкоп
Обикновено изследване на камерна тахикардия

Не включва: при поставяне на пейсмейкър генератор (38353-00 [650])

АРТЕРИОГРАФИЯ С ИЗПОЛЗВАНЕ НА КОНТРАСТЕН МАТЕРИАЛ

Включва: ангиография на артерии

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

****88.42 АОРТОГРАФИЯ**

артериография на аорта и аортна дъга

Друга ангиография**59903-03 Аортография**

Не включва: тази с дигитална субтракционна ангиография (виж блокове [1992], [1994] и [1997])

****88.43 АРТЕРИОГРАФИЯ НА БЕЛОДРОБНИ АРТЕРИИ****Артериография****59970-04 Друга артериография**

Не включва: такава с магнитен резонанс (90902 [1991])

такава на:

- аорта (59903-03 [1990])
- мозъчен съд (59970-02 [1990])
- коронарна артерия (38218 [668])
- периферна артерия (59970-03 [1989])

****88.44 АРТЕРИОГРАФИЯ НА ДРУГИ ВЪТРЕТОРАКАЛНИ СЪДОВЕ****Изключва:**

ангиокардиография - 88.50-88.58
артериография на коронарните артерии - 88.55-88.57

59970-03 Периферна артериография****88.45 АРТЕРИОГРАФИЯ НА БЪБРЕЧНИ АРТЕРИИ****59970-03 Периферна артериография******88.47 АРТЕРИОГРАФИЯ НА ДРУГИ ВЪТРЕКОРЕМНИ АРТЕРИИ****59970-03 Периферна артериография******88.48 АРТЕРИОГРАФИЯ НА ФЕМОРАЛНАТА И ДРУГИ АРТЕРИИ НА ДОЛЕН КРАЙНИК****59970-03 Периферна артериография****АНГИОКАРДИОГРАФИЯ С ИЗПОЛЗВАНЕ НА КОНТРАСТЕН МАТЕРИАЛ**

Включва: артериална пункция и поставяне на артериален катетър за инжектиране на контрастно вещество
кимоангиокардиография
селективна ангиокардиография

кодирай също едновременно сърдечна катетеризация – 37.21-37.23

Изключва:

ангиография на белодробни съдове – 88.43, 88.62

****88.51 АНГИОКАРДИОГРАФИЯ НА ПРАЗНИТЕ ВЕНИ**

кавография на долна празна вена
флебография на празна вена (горна) (долна)

Друга ангиография**59718-00 Флебография**

Венография

Не включва: такава с нуклеарна медицинска техника (61465-00 [2005])

****88.52 АНГИОКАРДИОГРАФИЯ НА СТРУКТУРИТЕ НА ДЯСНОТО СЪРЦЕ**

ангиокардиография на:
пулмонална клапа
дясно предсърдие
дясна камера (изливен тракт)

Изключва:

такава, съчетана с левосърдечна ангиокардиография – 88.54

Процедури за изследване на камера

- 59903-01 Дясна вентрикулография
Ангиокардиография на:
- пулмонална клапа
 - десни:
 - предсърдие
 - камера (изходящ тракт)

****88.53 АНГИОКАРДИОГРАФИЯ НА СТРУКТУРИТЕ НА ЛЯВОТО СЪРЦЕ**

ангиокардиография на:

- аортна клапа
- ляво предсърдие
- лява камера (изливен тракт)

Изключва:

такава, съчетана с дясносърдечна ангиокардиография – 88.54

- 59903-00 Лява вентрикулография
Ангиокардиография на:
- аортна клапа
 - леви:
 - предсърдие
 - камера (изходящ тракт)

****88.54 СЪЧЕТАНА АНГИОКАРДИОГРАФИЯ, ДЯСНО- И ЛЯВОСЪРДЕЧНА**

- 59903-02 Лява и дясна вентрикулография

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

ОБРАЗУВАНЕ НА СЕПТАЛНИ ДЕФЕКТИ НА СЪРЦЕТО

***35.41 УГОЛЕМЯВАНЕ НА СЪЩЕСТВУВАЩ ПРЕДСЪРДЕН СЕПТАЛЕН ДЕФЕКТ**

процедура на Рашкинд
септостомия (предсърдна) (с балон)

Други възстановителни процедури на септум

- 38270-00 Перкутанна предсърдна септостомия
Предсърдна септостомия, трансвенозен метод чрез:
- балон
 - по остър път
- Включва: сърдечна катетеризация

ДРУГИ ОПЕРАЦИИ НА КЛАПИ И СЕПТУМ НА СЪРЦЕТО

***35.96 ПЕРКУТАННА ВАЛВУЛОПЛАСТИКА**
перкутанна балонна валвулопластика

Възстановяване на аортна клапа

- 38270-01 Перкутанна балонна аортна валвулопластика
Включва: сърдечна катетеризация
Кодирай също когато е направен:
- клапа анулопластика (38475, 38477 [622], [627] и [633])

Възстановяване или подмяна на пулмонална клапа

- 38270-03 Перкутанна балонна пулмонална валвулопластика
Включва: сърдечна катетеризация

Възстановяване на митрална клапа

- 38270-02 Перкутанна балонна митрална валвулопластика
Включва: сърдечна катетеризация
Кодирай също когато е направена:

• клапна анулопластика (38475, 38477 [627] и [633])

ИМПЛАНТАЦИЯ НА ПОДПОМАГАЩА СЪРЦЕТО СИСТЕМА

***37.61 ИМПЛАНТАЦИЯ НА ПУЛСИРАЩ БАЛОН**

Процедури за приложение, поставяне или премахване върху аорта

38362-00 Перкутанно поставяне на интрааортна балонна помпа

ДРУГИ ХИРУРГИЧЕСКИ ОКЛУЗИИ НА СЪДОВЕ

***38.85 ДРУГИ ТОРАКАЛНИ СЪДОВЕ – ОКЛУЗИЯ**

иномината

горна празна вена

пулмонална (артерия) (вена)

Субклавия

ПАК

Затваряне на персистиращ дуктус артериозус

Включва: клипсиране }
отделяне } отворен дуктус артериозус
лигиране }

38700-00 Перкутанно затваряне на перистиращ дуктус артериозус

Включва: с протеза или устройство

Затваряне на сърдечен колатерален съд

38700-02 Перкутанно затваряне на сърдечен колатерален съд

Транскатетърна емболизация на кръвоносни съдове

Включва: прилагане на:
• балон
• спирали
• етанол
• желатинова гъба
• лепило
• пластмасови частици
катетеризация

35321-04 Транскатетърна емболизация на кръвоносни съдове, гръден кош

ДРУГО ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА СЪДОВЕ

***39.50 АНГИОПЛАСТИКА ИЛИ АТЕРЕКТОМИЯ НА НЕКОРОНАРЕН СЪД**

перкутанна транслуминална ангиопластика (РТА) на некоронарен съд:

артерии на главата и шията:

базиларна

каротидна

вертебрална

съдове на долен крайник

мезентериална артерия

ренална артерия

съдове на горен крайник

Изключва:

такава за корекция на аневризма – 39.71-39.79

Транслуменна балонна ангиопластика

Не включва: периферна лазерна ангиопластика (виж блок [758])
такава на коронарни артерии (виж блокове [670] и [671]):
• с атеректомия (виж блок [669])

35303-06 Перкутанна транслуменна балонна ангиопластика

Корекция } стеноза на артериовенозна фистула

Ревизия } чрез перкутанна транслуменна балонна ангиопластика

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени

две основни диагностични и една основна терапевтична процедури, посочени в блок **Кодове на основни процедури по МКБ-9 КМ**.

Цената на контрастната материя е включена в цената на клиничната пътека.

Забележка: 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 III-то ниво съгласно медицински стандарт „Кардиология”. Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Кардиология”.

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 имащо договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по кардиология или Клиника/отделение по детска кардиология
2. Отделение за инвазивна кардиология, отговарящо на изискванията за помещения за работа с йонизиращи лъчения, с ангиографска (процедурна) зала с поддържане на 24-часова непрекъсната дейност (разположение)
3. КАИЛ/ОАИЛ или Отделение за интензивно кардиологично лечение Или Детска сърдечна реанимация
4. Клинична лаборатория с II или III ниво на компетентност, извършваща КГА, хемостазиология

5. Образна диагностика
6. Отделение за неинвазивна диагностика – (ехокардиография с възможност за неотложно 24-часово извършване, велоергометрия, холтер мониториране)

По отношение на ангиографските лаборатории не следва да се изисква договор с НЗОК като самостоятелна структура.

Съгласно медицинския стандарт по „Кардиология“ задължителните звена по т. 1, 2, 3 и 6 от табл. 1 осъществяват дейностите, характерни за отделенията, без да е необходимо да създават такива отделни структури.

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. Клиника/отделение по кардиохирургия – когато не е на територията на населеното място да има задължително достъп за 90 минути или Отделение по сърдечна хирургия на ВСМ
2. КАТ/МРТ с осигурен 24-часов достъп, вкл. в условията на спешност
3. Лаборатория (отделение) по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

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

- в клиника/отделение по кардиология – **четирима** лекари със специалност по кардиология/ревмокардиология (общо за всички кардиологични структури).

- в клиника/отделение по инвазивна кардиология – **двама** кардиолози (или лекари със специалност по вътрешни болести), притежаващи удостоверение за работа с източници на йонизиращи лъчения и допълнителна професионална квалификация за извършване на високоспециализирана дейност “Инвазивна кардиология”, удостоверена със съответно свидетелство за придобиването ѝ, по реда чл. 2, ал. 2 от Наредба № 34 от 29.12.2006 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването и минимум 100 инвазивни лечебни процедури годишно като самостоятелен оператор;

- в отделение за кардиологично интензивно лечение - задължително поддържане на 24 часова готовност за прием и лечение на пациенти – минимум 6 лекари със специалност по кардиология/ревмокардиология. По изключение се допуска 50% от лекарите да са започнали специализацията си по кардиология;

- лекар/и със специалност по анестезиология и интензивно лечение;

- лекар/и със специалност по образна диагностика;

- лекар/и със специалност по клинична лаборатория;

За извършване на ехокардиография на експертно ниво: лекар със специалност по кардиология/ревмокардиология, притежаващ сертификат за експертно ниво по ехокардиография, издаден по реда на чл. 2, ал. 3 от Наредба № 34 от 29.12.2006 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването.

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

- в клиника/отделение по детска кардиология – четирима лекари със специалност по детска кардиология/детска ревмокардиология, двама лекари, притежаващи допълнителна професионална квалификация за извършване на високоспециализирана дейност по “Инвазивна кардиология” или “Инвазивна детска кардиология”, удостоверена със съответно свидетелство за придобиването ѝ по реда на чл. 2, ал.2 от Наредба № 34 от 29.12.2006 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването, един със сертификат за базово ниво по ехокардиография;

- лекар/и със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар/и със специалност по образна диагностика;
- лекар/и със специалност по клинична лаборатория;

Забележка: Специалистите със сертификат по инвазивна кардиология/инвазивна детска кардиология да осигуряват 24-часов непрекъснат режим на работа (**разположение**) на ангиографската зала /катетеризационна лаборатория.

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

- за клиника/отделение по инвазивна кардиология – препоръчително време за провеждане на инвазивна диагностична процедура - 40 минути, а за интервенционална (инвазивна терапевтична) процедура – 80 минути.

- С оглед на потенциалните възможности за възникване на усложнения трябва да се осигурят непрекъснати 24-часови връзки със сърдечна и/или съдова хирургия, 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**.

- Звеното по инвазивна кардиология трябва да е осигурено с бърз и лесен достъп до структура по кардиохирургия (а когато тя не е разположена на територията на същото лечебно заведение - гарантиран по договор достъп на пациента до нея, **задължително – 90 минути**).

При невъзможност да осигури посочения достъп, лечебното заведение може да извършва дейности по инвазивна кардиология само по спешност.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

1.1. СПЕШНИ:

- клинични и параклинични данни за настъпващ белодробен оток/кардиогенен шок;
- клинични и параклинични данни за кардиална форма на белодробен тромбемболизъм;
- остра сърдечна недостатъчност (за имплантиране на устройство, подпомагащо сърдечната функция);
- при новородени с изолирана ТГА – за извършване на балонна атриосептостомия по Рашкинд.

1.2. ПЛАНОВИ:

- вродени сърдечни малформации;
- придобити сърдечни пороци (ревматични и дегенеративни).

2. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ В ПОСОЧЕНИТЕ ВАРИАЦИИ И ВЪЗМОЖНОСТИ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ

БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Извършването на интервенционална процедура при деца най-често се осъществява под обща анестезия и нерядко на апаратна вентилация. Това налага участието и на анестезиолог. Децата, които са интубирани, се оставят за наблюдение 24 часа в детска реанимация.

Интервенционалното лечение на вродени сърдечни малформации включва балонна ангиопластика, затваряне на персистиращ дуктус артериозус и други аномални съдови комуникации.

Балонната ангиопластика, известна също като перкутанна транслуменна ангиопластика (РТА), е процедура за реканализация на запушен или разширяване на стеснен съд. След локална анестезия, през водещ катетър по водач се въвежда балонен катетър в съответния съд и се позиционира на мястото на стеснението. След това балонът се раздува, при което се разтяга външния еластичен слой на артерията. Крайният резултат е възстановяване на кръвотока в стеснения съд. Процедурата се извършва под рентгенов контрол. Визуализирането на лумена на съдовете се осъществява чрез инжектиране на контрастна материя.

След балонна ангиопластика част от пациентите могат да получат повторно стеснение на същото място - рестеноза. За намаляване на риска от рестеноза, непосредствено след балонната ангиопластика или като първична процедура, на мястото на стеснения сегмент на артерията се имплантира **стент**. Той се въвежда върху балонен катетър и се притиска плътно към стената на артерията чрез раздуване на балона. Процедурата се извършва под рентгенов контрол.

Балонна ангиопластика при клапна пулмонална и аортна стеноза

Интервенцията се извършва пункционно от феморалната вена или артерия, като при предварително интракардиално изследване е измерена степента на клапното стеснение и диаметъра на съответния клапен пръстен. След като се сондира стенотичната клапа, през нея се въвежда специален дълъг водач и по него под рентгенов контрол се въвежда съответният по размер балонен катетър. Той се раздува с необходимото налягане с цел отстраняване на срастването на платната на стенотичната клапа.

Затваряне на други аномални съдови комуникации

Тези интервенции се извършват също след диагностично инвазивно изследване при същите условия, но контролът на манипулацията е двоен – флуороскопски и ехографски чрез трансезофагеална ехокардиография. След сондиране на съществуващата комуникация през специален интродюсер се поставя затварящото или емболизиращо устройство, което се монтира така, че да затвори аномалната комуникация.

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.

Поставя се на базата на клиничната картина, проведените параклинични, инструментални неинвазивни и инвазивни изследвания.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- след проведените изследвания и/или проведените интервенционално или хирургично лечение е настъпило овладяване на основните патологични симптоми и клинична стабилизация;

- свалена превръзка, без кръвене или други усложнения от пункционното място;
- стабилна хемодинамика.

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

Катетеризационният протокол от извършеното изследване се подписва от специалист по кардиология/ревмокардиология или детска кардиология/ревмокардиология, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по "Инвазивна детска кардиология" или "Инвазивна кардиология"; остава неразделна част от ИЗ и подлежи на проверка от контролните органи на НЗОК. Дигиталният носител на извършеното ангиографско изследване се съхранява в лечебното заведение и подлежи на контрол.

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 Наредба № 40 от 2004 (обн. ДВ бр. 97/9.12.2011г.)

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 /РМ):

☐ 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”* - 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”* - 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)

Вродените сърдечни малформации (ВСМ) се срещат в около 1% при новородените деца. В около ¼ от случаите децата са с цианоза (посиняване) на кожата, поради смесване на артериална с венозна кръв. Цианотичните ВСМ представляват разнообразна група от сложни кардиопатии. Ако детето Ви е родено с цианотичен порок то трябва да бъде настанено в специализирана детска клиника (отделение), където с помощта на съвременни изследвания ще се уточни точния вид на малформацията и ще се определи плана за по-нататъшно поведение. В първите дни от живота е важно да се прецени как детето ще се адаптира и ще понесе сложната вродена аномалия и дали ще се наложи още в тази възраст извършване на сложни изследвания или дори операция.

При отглеждане на дете с цианотична ВСМ у дома, могат да настъпят остри състояния изискващи спешно приемане в болница. Такова състояние е хипоксемичната криза. Тя се дължи на остро намаление на притока на кислород към мозъка, вследствие физически усилия, неспокойствие, съпътстващо заболяване. Децата стават с много интензивно син цвят на кожата, неспокойни, дишат шумно и учестено и не могат да бъдат успокоени по обичайния начин.

Ако такова състояние настъпи при Вашето дете, то по спешност трябва да бъде настанено в интензивно отделение. Там то ще бъде без майка си. Ще му бъдат дадени лекарства за успокоение, ще се направят специални кръвни изследвания, ще се постави система за вливане на необходимите лекарства. След овладяване на остро нарушението ще се направят необходимите изследвания за уточняване на причината за възникването му. Вие трябва да контактувате с лекуващия лекар, който подробно ще Ви обясни вида на заболяване на Вашето дете и плана за поведение и лечение.

БАЛОННА АТРИОСЕПТОСТОМИЯ (БАСС)

БАСС е интервенционална процедура, която се прилага по спешност при новородени в критично състояние и с несъвместими с живота ВСМ - при липса на връзка между двете предсърдия. Същността на манипулацията е създаване на такава връзка.

Новороденото се интубира и диша с помощта на апарат. През вена на крачето се въвежда специален балонен катетър, който след позициониране в лявото предсърдие се раздува и при издърпването му през предсърдната преграда последната се разкъсва. Рисковете от тази манипулация са минимални. На мястото на убождането може да се получи подутина или кръвене, което в редки случаи може да наложи кръвопреливане. Може да настъпи запушване на съда, което да изисква лечение с медикаменти или операция. При работа с катетрите в сърцето могат да настъпят ритмично-проводни нарушения, които да застрашат живота на новороденото. Изключително рядко е възможно да се получи пробив на сърдечната кухина, което да налага спешна операция.

Информация за резултатите от изследването и възможните усложнения ще получите от лекаря от екипа, извършил интервенцията.

БАЛОННА ВАЛВУЛОПЛАСТИКА

Балонната валвулопластика е метод на лечение, при който премахването на клапната стеноза се извършва с помощта на специален балонен катетер. Интервенцията се извършва с пункция на вена или артерия на крака. Пациента е под обща анестезия, а ако е дете под 1 год. възраст - и с апаратна вентилация. През стеснената клапа на сърцето се поставя водач и по него в сърцето се въвежда балонен катетър, който се раздува с цел премахване на клапното стеснение, причинено от расналите клапни платна.

Непосредствените резултати са много добри при над 90% от децата. Основно предимство на този метод на лечение е избягването на сърдечната операция, свързаните с нея торакотомия и използване на машина сърце-бял дроб и възможните усложнения от това, както и козметичния дефект от белега от операцията.

При отдалеченото проследяване може да се наблюдава развитие на рестеноза, която може да бъде лекувана чрез нова ангиопластика или операция.

Рисковете са малки и те се наблюдават предимно при новородени и кърмачета. На мястото на убождането може да се получи подутина или кървене, което в редки случаи да налага кръвопреливане. Може да настъпи запушване на съда, което да изисква лечение с медикаменти или операция. При работата с балонен катетър в сърцето могат да настъпят ритъмно-проводни нарушения, които да застрашават живота. Възможно е да настъпи пробив на сърдечна кухина, което да налага спешна операция.

Информация за резултатите от изследването и възможните усложнения ще получите от лекаря от екипа, извършил изследването.

ЕМБОЛИЗАЦИЯ НА АБНОРМНИ СЪДОВИ КОМУНИКАЦИИ

Запушването (емболизация) на абнормни съдове се извършва при пациенти с аортнопулмонални колатерали при комплексни кардиопатии, като предоперативна подготовка за окончателна корекция. При перисистиращ артериален канал и артериовенозни малформации това може да е дефинитивно лечение, като основното предимство е избягването на първична или повторна операция и свързаните с нея евентуално използване на машина сърце - бял дроб, възможни усложнения, както и козметичен дефект от белега на операцията.

Интервенцията се извършва под обща анестезия. След пълно интракардиално изследване през катетър се въвежда подходящ ембол в абнормния съд. При непълно запушване може да се наложи поставянето на втори ембол.

Рисковете от процедурата са малки, редки и сходни с тези от сърдечната катетеризация. Ако по време на манипулацията ембола се размести, трябва да се извади с въвеждащия катетър. В случай, че не може да се „прибере“ обратно в катетъра ще се наложи оперативното му отстраняване, като в същото време дефекта се затвори. Емболът ще остане инкорпориран в съда. Материята, която е използвана за изработката му, е същата която се използва в сърдечната хирургия за затваряне на тези комуникации.