

КП № 108 ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ХИПОФИЗАТА И НАДБЪБРЕКА ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

Минимален болничен престой - 3 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

A18.7† Туберкулоза на надбъбреците (E35.1*)
Болест на Addison с туберкулозна етиология

A39.1 Синдром на Waterhouse-Friderichsen

Злокачествено новообразование на надбъбречната жлеза

C74.0 Кора (кортекс) на надбъбречната жлеза

C74.1 Медула на надбъбречната жлеза

C74.9 Надбъбречна жлеза, неуточнена част

Злокачествено новообразование на други ендокринни жлези и сродни структури

Не включва: надбъбречна жлеза (C74.—)
ендокринна част на панкреаса (C25.4)
яйчник (C56)
тестис (C62.—)
тимус (C37)
щитовидна жлеза (C73)

C75.1 Хипофиза

C75.2 Краниофарингеален канал

C75.3 Епифизна (пинеална) жлеза

C75.4 Каротидни телца

C75.5 Аортно телце и други параганглии

C75.8 Лезия на повече от една ендокринна жлеза, друга

Забележка: Ако локализациите на множествените лезии са известни, те трябва да бъдат кодирани поотделно.

Доброкачествено новообразование на други и неуточнени ендокринни жлези

Не включва: ендокринна част на панкреаса (D13.7)
яйчник (D27)
тестис (D29.2)
тимус (D15.0)

D35.0 Надбъбречна жлеза

D35.2 Хипофиза

D35.3 Краниофарингеален канал

D35.4 Епифизна (пинеална) жлеза

D35.5 Каротидно телце

D35.6 Аортно телце и други параганглии

D35.7 Други уточнени ендокринни жлези

D35.8 Лезия на повече от една ендокринна жлеза

Новообразование с неопределен или неизвестен характер на ендокринните жлези

Не включва: ендокринна част на панкреаса (D37.7)
яйчник (D39.1)
тестис (D40.1)
тимус (D38.4)

D44.1 Надбъбречна жлеза

- D44.3 Хипофиза
- D44.4 Краниофарингеален канал
- D44.5 Епифизна (пинеална) жлеза
- D44.6 Каротидно телце
- D44.7 Аортно телце и други параганглии
- D44.8 Лезия на повече от една ендокринна жлеза
Множествена ендокринна аденоматоза

Хиперфункция на хипофизата

Не включва:

- синдром на Cushing (E24.—)
- синдром на Nelson (E24.1)
- хиперсекреция на:
 - АСТН, несвързана със синдром на Cushing (E27.0)
 - хипофизарен АСТН (E24.0)
 - тироид-стимулиращ хормон TSH (E05.8)

E22.0 Акромегалия и хипофизарен гигантизъм

Артропатия, свързана с акромегалия† (M14.5*)

Хиперсекреция на растежен хормон

Не включва: конституционален:

- гигантизъм (E34.4)
- висок ръст (E34.4)

хиперсекреция на рилизинг-хормон на растежния хормон (GHRH) (E16.8)

E22.1 Хиперпролактинемия

При необходимост от идентифициране на лекарственото средство, предизвикало хиперпролактинемия, се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

E22.2 Синдром на неадекватна секреция на антидиуретичен хормон

E22.8 Други хиперфункции на хипофизата

Преждевременен пубертет с централен произход

Хипофункция и други разстройства на хипофизата

Включва:

изброените състояния, предизвикани от заболявания на хипофизата и хипоталамуса

E23.0 Хипопитуитаризъм

Фертилен евнухоиден синдром

Хипогонадотропен хипогонадизъм

Идиопатичен дефицит на растежния хормон

Изолиран дефицит от:

- гонадотропен хормон
- растежен хормон
- други хормони на хипофизата

Синдром на Kallmann

Нанизъм на Lorain-Levi

Некроза на хипофизната жлеза (след раждане)

Панхипопитуитаризъм

Хипофизарни:

- кахексия
- недостатъчност БДУ
- нанизъм

Синдром на Sheehan

Болест на Simmonds

E23.1 Медикаментозен хипопитуитаризъм

E23.2 Безвкусен диабет

Не включва: нефрогенен безвкусен диабет (N25.1)

E23.3 Хипоталамична дисфункция, неклассифицирана другаде

Не включва: синдром на Prader-Willi (Q87.1)

синдром на Russell-Silver (Q87.1)

E23.6 Други болести на хипофизата

Абсцес на хипофизата

Адипозогенитална дистрофия

E23.7 Болест на хипофизата, неуточнена

Синдром на Cushing

E24.0 Синдром на Cushing с хипофизарен произход

Хиперсекреция на хипофизарен АСТН

Хиперадренокортицизъм с хипофизарен произход

E24.1 Синдром на Nelson

E24.2 Медикаментозно предизвикан синдром на Cushing

E24.3 Ектопичен АСТН синдром

E24.8 Други състояния с Cushing синдром

Адреногенитални разстройства

Включва: адреногенитални синдроми, вирилизация или феминизация, придобити или обусловени от хиперплазия на надбъбреците, която възниква вследствие на вродени ензимни дефекти в синтеза на хормоните

женски:

- адренален псевдохермафродитизъм
- хетеросексуален преждевременен псевдопубертет

мъжки:

- изосексуален преждевременен псевдопубертет
 - преждевременна макрогенитосомия
 - преждеременно полово узряване с хиперплазия на надбъбреците
- вирилизация (при жени)

E25.0 Вродени адреногенитални разстройства, свързани с ензимен дефицит

Вродена надбъбречна хиперплазия

Дефицит на 21-хидроксилаза

Вродена надбъбречна хиперплазия със загуба на соли

E25.8 Други адреногенитални разстройства

Хипералдостеронизъм

E26.0 Първичен хипералдостеронизъм

Синдром на Conn

Първичен алдостеронизъм, дължащ се на надбъбречна хиперплазия (двустранна)

E26.1 Вторичен хипералдостеронизъм

E26.8 Други форми на хипералдостеронизъм

Включва и синдром на Bartter

Други разстройства на надбъбречните жлези

E27.0 Други видове хиперсекреция на кората на надбъбреците

Хиперсекреция на АСТН, несвързана с болестта на Cushing

Преждеременно аденоархе

Не включва: синдром на Cushing (E24.—)

E27.1 Първична недостатъчност на кората на надбъбреците

Болест на Addison

Автоимунен адреналит

E27.2 Адисонова криза

E27.3 Медикаментозно обусловена адrenокортикална недостатъчност

E27.4 Други видове и неуточнена адrenокортикална недостатъчност

Адренални:

- кръвоизлив
- инфаркт

Недостатъчност на надбъбречната кора БДУ

Хипоалдостеронизъм

Не включва: адренолевкодистрофия [Addison-Schilder] (E71.3)

Синдром на Waterhouse-Friderichsen (A39.1)

E27.5 Адреномедуларна хиперфункция

Адреномедуларна хиперплазия

Катехоламинаова хиперсекреция

E27.8 Други уточнени нарушения на надбъбреците

Дисфункция на яйчниците

Не включва: изолиран гонадотропен дефицит (E23.0)

недостатъчност на яйчниците след медицински процедури (E89.4)

E28.0 Хиперестрогения

E28.1 Хиперандрогения

Хиперсекреция на овариални андрогени

E28.2 Синдром на поликистоза на яйчниците

Склерокистозен овариален синдром

Синдром на Stein-Leventhal

E28.8 Овариални дисфункции

Овариална хиперфункция БДУ

Дисфункция на тестисите

Не включва: синдром на андрогенна резистентност (E34.5)

азооспермия или олигоспермия БДУ (N46)

изолиран гонадотропен дефицит (E23.0)

синдром на Klinefelter (Q98.0—Q98.2, Q98.4)

хипофункция на тестисите след медицински процедури (E89.5)

тестикуларна феминизация (синдром) (E34.5)

E29.0 Тестикуларна хиперфункция

Хиперсекреция на тестикуларни хормони

E29.1 Тестикуларна хипофункция

Дефект в биосинтезата на тестикуларния андроген БДУ

5-α-редуктазен дефицит (с мъжки псевдохермафродитизъм)

Тестикуларен хипогонадизъм БДУ

Полигландуларна дисфункция

Не включва: атаксия-телеангиектазия [Louis-Bar] (G11.3)

миотонична дистрофия [Steinert] (G71.1)

псевдохипопаратиреоидизъм (E20.1)

E31.0 Автоимунна полигландуларна недостатъчност

Синдром на Schmidt

E31.1 Полигландуларна хиперфункция

Не включва: множествена ендокринна аденоматоза (D44.8)

E31.8 Друга полигландуларна дисфункция

Други ендокринни разстройства

Не включва: псевдохипопаратиреоидизъм (E20.1)

E34.0 Карциноиден синдром

Забележка: При необходимост от идентифициране на функционална активност, свързана с карциноиден тумор, може да се използва допълнителен код.

E34.1 Други състояния на хиперсекреция на чревни хормони

E34.2 Ектопична хормонална секреция, некласифицирана другаде

E34.3 Нанизъм, некласифициран другаде

Нанизъм:

- БДУ
- конституционален
- тип Laron
- психосоциален

Не включва: прогерия (E34.8)

синдром на Russel-Silver (Q87.1)

къси крайници с имунодефицит (D82.2)

нанизъм:

- ахондропластичен (Q77.4)
- хипохондропластичен (Q77.4)
- при специфични дисморфични синдроми — код на синдрома (виж Албучния указател)
- алиментарен (E45)
- хипофизен (E23.0)
- ренален (N25.0)

E34.5 Синдром на андрогенна резистентност

Мъжки псевдохермафродитизъм с андрогенна резистентност

Разстройство на периферния хормонален рецептор

Синдром на Reifstein

Тестикуларна феминизация (синдром)

E34.8 Други уточнени ендокринни разстройства

Дисфункция на пинеалната жлеза

Прогерия

Разстройства на ендокринните жлези при болести, класифицирани другаде

E35.1* Разстройства на надбъбреците при болести, класифицирани другаде

Адисонова болест с туберкуозна етиология (A18.7†)

Синдром на Waterhouse-Friderichsen (менингококов) (A39.1†)

Ендокринни и метаболитни разстройства, възникнали след медицински процедури, некласифицирани другаде

E89.3 Следпроцедурен хипопитуитаризъм

Хипопитуитаризъм след облъчване

Хипертрихоза

Включва: свръхокосмяване

Не включва: вродена хипертрихоза (Q84.2)
персистиращо лануго (Q84.2)

L68.0 Хирзутизъм

Нарушения, които са резултат от увредена функция на бъбречните тубули

Не включва: метаболитни нарушения, класифицирани в E70—E90

N25.1 Бъбречен инсипиден диабет

Синдром на Turner

Не включва: синдром на Noonan (Q87.1)

Q96.0 Кариотип 45,X

Q96.1 Кариотип 46,X iso (Xq)

Q96.2 Кариотип 46,X със структурно абнормална полова хромозома, различна от iso (Xq)

Q96.3 Мозаицизъм, 45,X/46, XX или XY

Q96.4 Мозаицизъм, 45,X/друга клетъчна линия (линии) с абнормална полова хромозома

Q96.8 Други варианти на синдрома на Turner

Други хромозомни аберации, неклассифицирани другаде

Q99.1 46,XX с истински хермафродитизъм

46,XX с ивицести гонади

46,XY с ивицести гонади

Чиста гонадна дисгенезия

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ ПО МКБ-9 КМ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

МЕКОТЪКАННО РЕНТГЕНОВО ИЗСЛЕДВАНЕ НА ЛИЦЕ, ГЛАВА И ШИЯ

Изключва:

ангиография - 88.40-88.68

****87.03 КАТ НА ГЛАВА**

КАТ - скениране на глава

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ

Не включва: компютърна томография:

- при спирална ангиография (57350 [1966])
- при сканиране на:
 - гръден кош (57001, 57007 [1957])
 - и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
- лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
- средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
- орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
- питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

ДРУГО РЕНТГЕНОВО ИЗСЛЕДВАНЕ НА ЛИЦЕ, ГЛАВА И ШИЯ

Изключва:

ангиография - 88.40-88.68

****87.17 ДРУГО РЕНТГЕНОВО ИЗСЛЕДВАНЕ НА ЧЕРЕП**

латерална проекция на череп

сагитална проекция на череп

тангенциална проекция на череп

Рентгенография на глава или шия

Не включва: на шиен гръбнак (58100-00 [1968])

57901-00 Рентгенография на череп

Включва: калвариум

Не включва: цефалометрия (57902-00, 57930-00, 57933-00 [1967])

такава на:

- мастоидна кост (57906-00 [1967])
- околоносен синус (57903-00 [1967])
- петрозна темпорална кост (57909-00 [1967])

РЕНТГЕНОВО ИЗСЛЕДВАНЕ НА ПИКОЧНАТА СИСТЕМА**Изключва:**

ангиография на бъбречните съдове - 88.45-88.65

****87.71 КАТ НА БЪБРЕК**

КАТ скениране на бъбрек

Компютърна томография на корем и таз

Включва: кост
бъбрек, уретер и мехур
меки тъкани

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
тази при сканиране на гръден кош (56801-00, 56807-00 [1961])

56501-00 Компютърна томография на корем и таз

56507-00 Компютърна томография на корем и таз с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на корем и таз без, след това с венозен контраст**МЕКОТЪКАННО РЕНТГЕНОВО ИЗСЛЕДВАНЕ НА КОРЕМ****Изключва:**

ангиография - 88.40-88.68

****88.01 КАТ НА КОРЕМ**

КАТ скениране на корем

Изключва:

КАТ скениране на бъбреци - 87.71

Компютърна томография на корем

Включва: регион от диафрагмата до криста илиака

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
• гръден кош (56301-01, 56307-01 [1957])
• и
• мозък (57001-01, 57007-01 [1957])
• таз (56801-00, 56807-00 [1961])
• таз (56501-00, 56507-00 [1963])

56401-00 Компютърна томография на корем

СКЕЛЕТНО РЕНТГЕНОВО ИЗСЛЕДВАНЕ НА КРАЙНИЦИ И ТАЗ**Изключва:**

контрастна рентгенография на става - 88.32

****88.23 СКЕЛЕТНО РЕНТГЕНОВО ИЗСЛЕДВАНЕ НА КИТКА И ДЛАН****Рентгенография на горен крайник**

57512-03 Рентгенография на длан, пръсти и китка

ДИАГНОСТИЧЕН УЛТРАЗВУК (ЕХОГРАФИЯ)****88.71 ДИАГНОСТИЧЕН УЛТРАЗВУК НА ГЛАВА И ШИЯ****Изключва:**

око - 95.13

Ултразвук на глава или шия55028-00 Ултразвук на глава
Ехоенцефалография

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

55032-00 Ултразвук на шия

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

****88.76 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])

ДРУГО ДИАГНОСТИЧНО ОБРАЗНО ИЗОБРАЖЕНИЕ

****88.91 МАГНИТНО РЕЗОНАНСНО ИЗОБРАЖЕНИЕ НА МОЗЪК И МОЗЪЧЕН СТВОЛ**

Магнитно резонансен образ

90901-00 Ядрено магнитен резонансен образ на мозък

Не включва: функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])

****88.97 МАГНИТНО РЕЗОНАНСНО ИЗОБРАЖЕНИЕ НА ДРУГИ И НЕОПРЕДЕЛЕНИ МЕСТА**

Корем

90901-08 Ядрено магнитен резонанс на друго място

Включва: кръвоснабдяване на костен мозък

****89.29 ИЗСЛЕДВАНЕ НА УРИНА**

Включва някои от следните изследвания:

Бъбречен клирънс;

Химично изследване на урина - 24 ч. диуреза за креатинин, калий, калций, фосфор, белтък, кортизол, уринен осмоларитет;

Функционални проби (празна проба, с жадуване, с NaCl, с Адиуретин СД).

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

92204-00 Неинвазивни диагностични тестове, измервания или изследвания, неклассифицирани другаде

ДРУГИ НЕОПЕРАТИВНИ СЪРДЕЧНИ И СЪДОВИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Изключва:

ЕКГ на плод - 75.32

****89.50 СЪРДЕЧНО МОНИТОРИРАНЕ**

Мониторинг на сърдечна честота и АН (тип Холтер)

Амбулаторна непрекъсната електрокардиография [ЕКГ]

Включва: интерпретация и доклад за записите
анализ, базиран на микропроцесор

Не включва: такава с < 12 часа – пропусни кода

11708-00 Амбулаторен непрекъснат електрокардиографски запис

МИКРОСКОПСКО ИЗСЛЕДВАНЕ НА ПРОБА ОТ ЕНДОКРИННА ЖЛЕЗА, НЕКЛАСИФИЦИРАНО ДРУГАДЕ

****90.19 МИКРОСКОПСКО ИЗСЛЕДВАНЕ НА ПРОБА ОТ ЕНДОКРИННА ЖЛЕЗА**

Цитологично изследване

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

92204-00 Неинвазивни диагностични тестове, измервания или изследвания, некласифицирани другаде

ИЗСЛЕДВАНЕ НА КРЪВ

****90.59 - ИЗСЛЕДВАНЕ НА КРЪВ.**

Включва някои от следните изследвания:

Хематологични - ПКК;

Електролити - Na, Cl, K, Ca и P;

Плазмен осмолалитет;

АКР;

Някои от следните хормонални изследвания: хипофизни, щитовидни хормони, паращитовиден хормон, серумен и уринен кортизол (прекурсори и метаболити), катехоламини, ренин, алдостерон, полови хормони, калцитонин, паратхормон, остеокалцин, пирилинкс Д.

Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13839-00 Вземане на кръв за диагностични цели

Включва: чрез артериална пункция

Не включва: проба от адренална вена (13839-02 [1858])

стимуляционен тест с адренокортикотропен хормон (30097-00 [1858])

вземане на кръв за преливане (13709-00 [1891])

хемафереза:

- донорска (13755-00 [1892])

- терапевтична (13750 [1892])

интра-артериално канюлиране за кръвно-газов анализ (13842-00 [1858])

проба от синус петрозум [венозен] (13839-01 [1858])

тези при новородени (13312-00 [1858])

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

РЕСПИРАТОРНА ТЕРАПИЯ

Изключва:

поставяне на въздуховод - 96.01-96.05

друга продължителна механична вентилация - 96.70-96.72

***93.94 РЕСПИРАТОРНА МЕДИКАЦИЯ ПРИЛОЖЕНА ЧРЕЗ АЕРОЗОЛНО УСТРОЙСТВО**

аерозолна терапия

АДХ интраназално

Други терапевтични интервенции на дихателна система

92043-00 Респираторен медикамент, прилаган чрез небулайзер

Овлажняваща терапия

ИНЖЕКЦИЯ ИЛИ ИНFUЗИЯ НА ЛЕЧЕБНО ИЛИ ПРОФИЛАКТИЧНО ВЕЩЕСТВО

***99.17 ИНЖЕКЦИЯ С ИНСУЛИН**

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

96200-06 Подкожно приложение на фармакологичен агент, инсулин

96199-06 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, инсулин

***99.18 ИНЖЕКЦИЯ ИЛИ ИНФУЗИЯ НА ЕЛЕКТРОЛИТИ**

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

ИНЖЕКЦИЯ ИЛИ ИНФУЗИЯ НА ДРУГО ЛЕЧЕБНО ИЛИ ПРОФИЛАКТИЧНО ВЕЩЕСТВО

***99.23 ИНЖЕКЦИЯ НА СТЕРОИД**

инжекция на кортизон

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид
Кортикостероиди

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид
Кортикостероиди

***99.24 ИНЖЕКЦИЯ НА ДРУГ ХОРМОН**

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

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

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

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

Изискване: При кодове №№ **C75.(0-8)**, **D35.(0-8)**, **D44.(0-8)**, **E22.0**, **E24.0**, **E26.0**, **E27.5**, **E34.0** и **E34.2** клиничната пътека се счита за завършена, ако са проведени три основни диагностични процедури - образно изследване:

При кодове **C75.(0-8)** – ЯМР на хипофиза

При кодове **D35.(0-8)** – КТ или ЯМР

При кодове **D44.(0-8)** – КТ или ЯМР

При код **E22.0** – рутинно рентгеново изследване или КТ или ЯМР.

При код **E24.0** – ЯМР

При код **E26.0** - КТ или ЯМР

При код **E27.5** - КТ или ЯМР

При код **E34.0** - КТ или ЯМР

При код **E34.2** - КТ или ЯМР

****90.59**(13839-00) и ****89.29**(92204-00) и една терапевтична процедура, посочени в блок **Кодове на основни процедури по МКБ-9 КМ**.

КТ и ЯМР изследване, направено извън лечебното заведение за болнична медицинска

помощ до 3 месеца преди датата на постъпване, да се счита за актуално образно изследване за завършване на клиничната пътека.

В случаите, при които има извършено образно изследване КТ или ЯМР с давност до 1 година от настоящата хоспитализация, вместо тези изследвания може да се осъществи ****88.71** (55028-00, 55032-00)- диагностичен ултразвук на глава и шия. Датата на предишното изследване - КТ или ЯМР (с давност до 1 г.) се доказва със съответната медицинска документация (или копие от нея), която се прикрепва към ИЗ. Тези случаи вместо с кодовете на КТ или ЯМР (или рутинно рентгеново изследване при E22.0) се отчитат с код ****88.71**(55028-00, 55032-00)- диагностичен ултразвук на глава и шия.

При необходимост пациентът се насочва към хирургична клиника за радикално оперативно лечение или към клиника/отделение по лъчелечение.

В останалите случаи клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични, от които задължително ****89.29**(92204-00) и ****90.59**(13839-00) и една основна терапевтична процедура, посочени в блок **Кодове на основни процедури по МКБ-9 КМ**.

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 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.

Проведените процедури задължително се отразяват в “История на заболяването” (ИЗ).

I. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение III-то ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт по „Ендокринология и болести на обмяната”. Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Ендокринология и болести на обмяната”.

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 ендокринология или Клиника по хипоталамо-хипофизарни, надбъбречни и гонадни заболявания
2. Клинична лаборатория II или III ниво, вкл. извършване на хормонални изследвания
3. Структура по Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
4. Ехографски апарат с възможност за изследване на щитовидната жлеза

Забележка*: В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, определено с настоящия стандарт, 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 ендокринология и болести на обмяната.

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. КТ/МРТ
2. Лаборатория/отделение по клинична патология
3. Лаборатория по имунология
4. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

- четирима лекари с призната специалност по ендокринология, поне двама – с квалификация за ехография на щитовидна жлеза;
- лекар със специалност клинична лаборатория.

Забележка: При доказано онкологично заболяване пациентът задължително се насочва към Клинична онкологична комисия или Клинична хематологична комисия (съгласно медицински стандарти „Медицинска онкология“ и „Клинична хематология“), осигурена от лечебното заведение чрез договор.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

1.1 СПЕШНИ:

- Адисонова криза;
- ВНХ солгубеща форма – криза;
- състояния след оперативна намеса в областта на хипофизата (краниофарингеом, аденом на хипофизата или други туморни формации) - за субституираща терапия;
- липса на хипофизарни структури, водеща до тежко нарушение на хормоналния баланс в организма и състояния, застрашаващи живота на пациента - за субституираща терапия;
- пациенти с високи стойности на АН и съмнение за феохромоцитом или syndrome Cushing и първичен алдостеронизъм и други форми на минерало-кортикоидна хипертония.

1.2 ПЛАНОВИ:

Хоспитализират се пациенти, чието лечение не може да се осъществи в извънболничната помощ или проведеното лечение до момента на хоспитализацията дава незадоволителен ефект и липсва подобрение в здравословното състояние. Към история на заболяването се прикрепва медицинската документация, в която е отразено лечението в извънболничната помощ и резултатите от него.

- болни със съмнение за тумор на хипофизата – за диагностично уточняване и определяне на терапевтично поведение;
- болни със съмнение за тумор на надбъбречните жлези – за диагностично уточняване и определяне на терапевтично поведение;
- болни с частичен или пълен хипопитуитаризъм - за диагностично уточняване и определяне на терапевтично поведение;
- болни с надбъбречна недостатъчност - за диагностично уточняване и определяне на терапевтично поведение;
- болни със съмнение за безвкусен диабет - за диагностично уточняване и определяне на терапевтично поведение;
- болни със съмнение за синдром на Cushing - за диагностично уточняване и определяне на терапевтично поведение;
- болни със съмнение за акромегалия и гигантизъм - за диагностично уточняване и определяне на терапевтично поведение;
- болни със съмнение за пролактином/хиперпролактинемия - за диагностично уточняване и определяне на терапевтично поведение;
- пациенти с нисък ръст до 18 годишна възраст, изоставаща костна възраст повече от 2 години от календарната – за диагностично уточняване и терапевтично поведение;
- пациенти с ВНХ за предоперативна подготовка;
- пациенти с интерсексуални гениталии до 18 годишна възраст /ранен непълен пубертет/хирзутизъм при момичета/нарушения в менструалния цикъл - за диагностично уточняване и определяне на терапевтично поведение;
- пациенти с частична и късна форма на ВНХ - за диагностично уточняване и започване на лечение;
- болни с тумори на хипофизата и надбъбречните жлези за предоперативна подготовка;
- болни, оперирани по повод тумори на хипофизата или надбъбреци за периодичен контрол и преценка на хормонзаместващото лечение;
- болни със съмнение за тумор на гонадите – за диагностично уточняване и определяне на терапевтично поведение и/или предоперативна подготовка;

- болни с хипогонадизъм - за изясняване на вида му (хипер- или хипогонадотропен) за назначаване и контрол на съответното лечение;
- пациенти с нисък ръст или изоставаща костна възраст – за диагностично уточняване и терапевтично поведение;
- интерсексуални състояния, пациентки с хирзутизъм, жени с нарушения в менструалния цикъл - за диагностично уточняване и определяне на терапевтично поведение;
- пациенти с гонадна недостатъчност в резултат на оперативна интервенция или облъчване – за определяне степента на нарушение и назначаване на заместващо лечение;
- пациентки с поликистозни яйчници за определяне степента на хормоналните нарушения, назначаване и контролиране на съответното лечение;
- мъже с разстройство на сперматогенезата и пациентки със стерилитет - за изясняване на причината и провеждане на съответно хормонално и/или антихормонално лечение;
- пациенти с хромозомна аномалия или съмнение за такава - за определяне степента на гонадните нарушения и назначаване и контрол на съответно лечение.

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.

Вземане на биологичен материал за медико-диагностични изследвания, извън случаите на спешност се извършва до 48 час след началото на хоспитализацията. Образни изследвания – рентгенологични и ехографски се извършват до 72 часа от постъпването. Контролни клинично – лабораторни и образни изследвания се извършват до края на болничния престой.

Лечение на панхипопитуитаризъм

Съответна хормонална субституция – растежен хормон, тиреоидни хормони и гонадотропини/полови стероиди, при необходимост и глюкокортикоиди.

Лечение на ВНХ сол-губеща форма – криза и Адисонова криза

Венозно вливане на солеви разтвори и кортикостероиди, минералкортикоиди.

Лечение на безвкусен диабет

Заместителна терапия с АДХ

Лечение на надбъбречна недостатъчност

Глюкокортикоиди

Минералкортикоиди

Лечение на хипертонични кризи при феохромоцитом

Алфа-блокери

Централни алфа 2 агонисти

Натриев нитропрусид

Лечение на АХ при първичен алдостеронизъм и други минералокортикоидни хипертонии

Антагонисти на алдостерона

Калий-задържащи диуретици

Лечение на АХ при ендокринни заболявания

Лечение на основното заболяване

АСЕ инхибитори

AT2 рецепторни антагонисти

Калциеви антагонисти

Диуретици

Бета-блокери

Алфа-блокери

Централни алфа 2 агонисти

Агонисти на имидазолиновите рецептори

Тумори на хипофиза и надбъбреци

След диагностичното уточняване болните се насочват своевременно за хирургично лечение като при необходимост се започва хормонално лечение. След период от 1 до 3 месеца от операцията, болните се хоспитализират в ендокринологична клиника за оценка на състоянието и евентуално започване на хормонозаместващо лечение.

Поликистозни яйчници

Според конкретния случай се извършва със:

- противозачатъчни средства;
- антиандрогени и противозачатъчни средства;
- гонадотропини;
- други стимулатори на овулацията;

В много случаи успоредно с горните или самостоятелно се назначават сенсibiliзиращи към инсулина средства.

Стерилитет у мъжа

След диагностично уточняване и отстраняване на причината (медикаменти, радиационна нокса, химически и други въздействия) се прибегва до консервативно лечение на възпалението, медикаментозно, вкл. хормонално стимулиране на сперматогенезата и/или се насочва за оперативно лечение.

Тумори на гонадите

След диагностично уточняване се насочват за хирургично лечение, след което по преценка се приемат в ендокринологична клиника за определяне на хормонозаместващото лечение.

Гонадна дисгенезия

След поставяне на диагнозата се назначава и контролира хормонозаместващото лечение с периферни полови хормони и/или РХ, както и симптоматично лечение (антихипертензивно и др.)

Синдроми на нечувствителност към андрогените и други форми на псевдохермафродитизъм

Уточнява се диагнозата и полът, насочва се за оперативна корекция, след което се приема в ендокринологична клиника за определяне и контролиране на хормонозаместващото лечение и ефекта от него.

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.

Съобразно с клиничната находка, резултатите от лабораторните, инструментални изследвания и цитологичното изследване (когато такова е показано).

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- диагностично уточняване;
- корекция на жизнените показатели;
- стабилизиране на клиничното състояние;
- определяне на терапевтичното поведение и хигиенно-диетичния режим.

Довършване на лечебния процес и проследяване

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

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

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

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 ПРИКРЕПЯ КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Хипофизата е един от основните ендокринни органи при човека. Тя произвежда хормони - химични съединения с регулаторна функция - които оказват влияние върху основни функции на организма. Хормоните на хипофизата могат да се разделят на такива, произвеждани от предния дял и такива, произвеждани от задния дял на жлезата.

Аденохипофизни хормони (преден дял на хипофизата):

Соматотропния хормон играе централна роля в растежа на организма, поради което е известен и като растежен хормон. Той е белтък, изграден от 190 аминокиселини и има относителна молекулна маса 21500 далтона. Основното действие на соматотропния хормон в периода на растежа се изразява в удължаване на скелета и увеличаване размера на мускулите. Освен това той стимулира синтеза на белтък във всички клетки, намалява използването на въглехидратите и мастите от тъканите и засилва мобилизирането им за енергийните нужди на организма. Намалената секреция на соматотропен хормон в детска възраст води до изоставане в растежа, а увеличената секреция води до гигантизм. Увеличеното производство на хормона при възрастни води до развитие на гигантизм.

Адренотропния хормон е белтък изграден от 39 аминокиселини. Физиологичното му действие се свежда до активиране на синтеза и секрецията на надбъбречните кортикоидни хормони и по-специално на гlikокортикоидите и андрогенните. При липса на адренотропен хормон се развива атрофия на слоевете на надбъбречната жлеза.

Пролактинът е белтъчен хормон изграден от 138 аминокиселини. Предизвиква млечна секреция у жената след раждането. При мъжете функцията му не е напълно изяснена.

Фоликулостимулиращия хормон е гликопротеин. Стимулира овогенезата (развитието на яйцеклетката) в яйчниците при жената и сперматогенезата в мъжките тестиси. Под действието му Граафовия фоликул узрява и започва производство на естрогени.

Лутеинизиращия хормон е гликопротеин подтиква разпукването на Граафовия фоликул в яйчника и стимулира тестостероновата секреция в тестисите.

Тиреотропният хормон също е гликопротеин. Блокирането му води до атрофия на щитовидната жлеза и намалена продукция на тиреоидни хормони. Той регулира, от една страна включването на йод в състава на щитовидните хормони, а, от друга – попадането на тироксина в кръвта.

Неврохипофизни хормони (заден дял на хипофизата):

- антидиуретичен хормон - има две основни действия – регулира обратната резорбция на вода в крайните и събирателни бъбречни каналчета и свива кръвоносните съдове. Отделянето му зависи от осмотичното налягане на кръвната плазма и от промени в обема на извънклетъчната среда. Информацията за тези параметри постъпва посредством осморецептори и обемни рецептори. При липса антидиуретичен хормон, водата, която достига крайните бъбречни каналчета не може да се реабсорбира като по такъв начин се отделя много урина и организма губи вода (полиурия) до 12-17 литра на 24 ч. Това нарушение е известно като безвкусен (воден) диабет.

- окситоцин - повишава възбудимостта на маточната мускулатура в края на бременността, като подобрява ритмичните контракции и улеснява раждането. Секрецията на окситоцин се стимулира от разширяването на канала на маточната шийка в хода на раждането, от дразненето на гръдното зърно по време на сукане и дразненето на клитора и външните гениталии на жената. Синтетичния окситоцин се използва в акушеро-гинекологичната практика като мощно средство за успешно завършване на раждането при слаба родова дейност на матката, което е свързано с опасност както за плода, така и за майката.

От надбъбречната жлеза са изолирани повече от 30 активни вещества, от които дефинитивни хормони са само няколко. Най-голямо физиологично значение имат:

- алдостерон – минералкортикоид;
- кортизол и кортикостерон – гlikокортикоиди;
- дехидроепиандростерон и естрадиол – полови хормони.

Алдостеронът, като най-важен представител на минералкортикоидите, както и другите хормони от тази група регулират електролитния метаболизъм в организма. Основната му функция се изразява в регулиране на натриевата и калиевата хомеостаза в организма. Той стимулира обратна резорбция на натрия в крайните и събирателните и каналчета на нефроните в бъбреците, в изходните каналчета на слюнчените и потните жлези и в стомашната лигавица. Едновременно с това увеличава секрецията на калий в урината потта и слюнката. По този начин се поддържа оптималното количество вода в организма, съответно се поддържа ударния обем на сърцето и артериалното налягане, както и алкално-киселинното равновесие.

Гликокортикоидите кортизол и кортикостерон са тясно свързани с регулацията на въглехидратната, мастната, белтъчната и водната обмяна. Под влияние на кортизола се наблюдава засилена гликогенеза и гликонеогенеза в черния дроб, потискане на използването на глюкоза в тъканите и улеснената и резорбция в храносмилателния тракт. Той намалява белтъчния резерв в клетките, увеличава нивото на аминокиселините в кръвната плазма – катаболизира тъканните белтъци. Кортизолът предизвиква разграждане на мастите (липолиза) увеличава свободните мастни киселини в кръвната плазма и повишава използването им като енергиен източник.

Надбъбречните полови хормони са свързани с гениталната сфера. Те имат отношение към маскулинизацията (андрогени) и феминизацията (естрогени) на индивида (развитието на мъжки, съответно женски полови белези). Както у мъжа така и у жената се произвеждат и двата надбъбречни полови хормона, само че секрецията на този вид, който е свързан с оформянето на противоположния пол, е незначителна.