

КП № 59 БЕЛОДРОБЕН ТРОМБОЕМБОЛИЗЪМ БЕЗ ФИБРИНОЛИТИК

Минимален болничен престой – 4 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Белодробен емболизъм

Включва: белодробен(-на) (артериален)(венозен):

- инфаркт
- тромбоемболизъм
- тромбоза

I26.0 Белодробна емболия със споменаване на остро белодробно сърце
Остро белодробно сърце БДУ

I26.9 Белодробна емболия без споменаване на остро белодробно сърце
Белодробен емболизъм БДУ

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ ПО МКБ-9 КМ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

****87.42 ДРУГА ТОМОГРАФИЯ НА ГРЪДЕН КОШ**
сърдечна томография

Томография

60100-00 Томография

Не включва: компютърна томография (виж блокове [1952] до [1966])

такава с:

- холецистография (58924-00 [1976])
- венозна пиелография (58706-00 [1978])

****87.44 РУТИННО ГРЪДНО РЕНТГЕНОВО ИЗСЛЕДВАНЕ, ТАКА ОПИСАНО**
рентгеново изследване на гръден кош БДУ

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош

Включва: бронх
диафрагма
сърце
бял дроб
медиастинум

Не включва: 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

Включва: такъв изпълнен:

- използвайки:
 - мапиране с цветен поток
 - Доплер техники (продължителна вълна) (пулсираща вълна)
 - механично секторно сканиране
 - трансдюсер с фазово излъчване
- с видео запис

55113-00 М-режим и двуизмерен ултразвук на сърце в реално време

55118-00 Двуизмерен трансезофагеален ултразвук на сърце в реално време

****88.77 УЛТРАЗВУК НА ПЕРИФЕРНА СЪДОВА СИСТЕМА**

Дуплекс ултразвук на други съдове

Включва: В-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ

90911-00 Дуплекс ултразвук на съдове на други места

Дуплекс ултразвук на съдове БДУ

Не включва: при мапиране на байпас кондуит (55294 [1948])

Ултразвук на други места

90908-00 Ултразвук на друго място

****89.52 ЕЛЕКТРОКАРДИОГРАМА**

ЕКГ (с 12 и повече отвеждания)

Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]

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

ДРУГИ НЕОПЕРАТИВНИ СЪРДЕЧНИ И СЪДОВИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

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

Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13842-00 Интраартериална канюлизация за кръвно-газов анализ

****90.59 ИЗСЛЕДВАНЕ НА КРЪВ**

Включва задължително извършване на целия комплекс от медико-диагностични изследвания:

Хематологични изследвания – СУЕ, хемоглобин, хематокрит, еритроцити, левкоцити, тромбоцити, аРТТ;

Биохимични изследвания – чернодробни ензими, креатинин, кръвна захар, фибриноген;

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])

ДРУГО РАДИОИЗОТОПНО СКЕНИРАНЕ

****92.15 БЕЛОДРОБНО СКЕНИРАНЕ**

Изследване на белодробна перфузия или вентилация

Включва: планарен образ
компютър томография с единична фотонна емисия [SPECT]

61328-00 Изследване на белодробна перфузия

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

ДРУГА МЕХАНИЧНА ВЕНТИЛАЦИЯ

Включва: ендотрахеално респираторно асистиране
интермитираща мандаторна вентилация (IMV)
позитивно крайно експираторно налягане (PEEP)
вентилация с подпомагащо налягане (PSV)
такива през трахеостома
отвикване на интубиран (ендотрахеално) пациент
такава при трахеостомия

Исключва:

същото с маска - 93.90-93.99
същото с назална канюла - 93.90-93.99
същото с назален въздуховод - 93.90-93.99
вентилация с продължително отрицателно налягане (CNP) (железен бял дроб) (кюрас) - 93.99
продължително позитивно налягане в дихателните пътища (CPAP) - 93.90
дишане с интермитиращо позитивно налягане (IPPB) - 93.91

кодирай също всяка свързана:
поставяне на ендотрахеална тръба - 96.04
трахеостомия - 31.1-31.29

***96.70 ПРОДЪЛЖИТЕЛНА МЕХАНИЧНА ВЕНТИЛАЦИЯ С НЕУТОЧНЕНА ПРОДЪЛЖИТЕЛНОСТ**
механична вентилация БДУ

Вентилаторно подпомагане

Ві-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане] [контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия
Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба – трахеостомия

Променлива задължителна вентилация [IMV]

Инвазивна вентилация

Механична вентилация

Налягане с позитивен експираторен край

Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]

Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]

Включва: ендотрахеална:

- интубация
- асистирано дишане

механична вентилация с:

- ендотрахеална тръба (ETT)
- назална
- орална
- трахеостомия

отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв метод

Кодирай също когато е направена:

- трахеостомия:
- перкутанна (41880-00 [536])
- постоянна (41881-01 [536])
- временна (41881-00 [536])

Не включва: продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568])
дишане с променливо позитивно налягане [IPPB] (виж блок [570])
вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])

13882-00 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≤ 24 часа

***96.71 ПРОДЪЛЖИТЕЛНА МЕХАНИЧНА ВЕНТИЛАЦИЯ ПОД 96 ПОСЛЕДОВАТЕЛНИ ЧАСА**
механична вентилация БДУ

13882-01 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа

***96.72 ПРОДЪЛЖИТЕЛНА МЕХАНИЧНА ВЕНТИЛАЦИЯ ЗА 96 ИЛИ ПОВЕЧЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛНИ ЧАСА**

13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

ИНЖЕКЦИЯ ИЛИ ИНFUЗИЯ НА ЛЕЧЕБНО ИЛИ ПРОФИЛАКТИЧНО ВЕЩЕСТВО

***99.19 ИНЖЕКЦИЯ НА АНТИКОАГУЛАНТИ**

Приложение на фармакотерапия

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

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

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

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

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

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

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

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени минимум четири основни диагностични процедури, от които задължително: ****87.44** (58500-00); ****88.72** (55113-00 или 55118-00); ****89.65** (13842-00), и две основни терапевтични процедури, 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 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 - I-во ниво, съгласно медицински стандарт „Кардиология”; минимум II ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Педиатрия”, I ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Вътрешни болести” и I ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Пневмология и фтизиатрия”.

Изискванията за ниво на компетентност на всички задължителни звена са в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Кардиология”, „Педиатрия”, „Вътрешни болести” и „Пневмология и фтизиатрия”.

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 пневмология и фтизиатрия или Клиника/отделение по вътрешни болести или Клиника/отделение по детски болести
2. КАИЛ/ОАИЛ или Легла за интензивно лечение към съответните клиники/отделения
3. Клинична лаборатория, с възможност за изследване на КГА и коагулация
4. Образна диагностика
5. Звено за неинвазивна диагностика – ехокардиограф
6. Кабинет по доплерова сонография на периферни съдове

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. КАТ/МРТ с осигурен 24-часов достъп, вкл. в условията на спешност
2. Радиоизотопна лаборатория/Нуклеарно-медицинска лаборатория или звено
3. Микробиологична лаборатория

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

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

- двама лекари със специалност по вътрешни болести, от които един със специалност по кардиология/ревмокардиология или един лекар със специалност по пневмология и фтизиатрия;

- лекар/и със специалност по анестезиология и интензивно лечение

- 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:

- четирима със специалност по детски болести и поне един лекар със специалност по детска кардиология/детска ревмокардиология или лекар със специалност по детска пневмология и фтизиатрия;

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

- 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/детска кардиология/детска ревмокардиология.

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

За договориране на клиничната пътека, е необходимо лечебното заведение да разполага на територията си с **лекар, с опит и квалификация в областта на доплеровата сонография и съответната апаратура.**

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

1.1. Спешна хоспитализация в интензивно отделение /клиника при:

- болни с масивна форма на белодробен тромбоемболизъм, протичаща със синдромите на ОДН и остро белодробно сърце.

1.2. Спешна хоспитализация в кардиологично /пулмологично /вътрешно отделение /клиника при:

- болни с немасивна и субмасивна форми на БТЕ – с или без белодробен инфаркт;

- рецидивиращ БТЕ с данни за нов рецидив.

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.

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

Ехокардиография при хемодинамично стабилни болни 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.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ НА ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА Е СЪОБРАЗНО ПРИЕТ КОНСЕНСУС НА БЪЛГАРСКОТО ДРУЖЕСТВО ПО БЕЛОДРОБНИ БОЛЕСТИ И БЪЛГАРСКОТО НАЦИОНАЛНО ДРУЖЕСТВО ПО КАРДИОЛОГИЯ

Немасивна и субмасивна-и рецидивиращи форми на БТЕ

Антикоагулантна терапия с хепарин, начален болус 80 U/kg, (5000 – 10 000 U), с последваща инфузия на 18 U/kg/час, контрол на аПТТ след 6 часа. Дозата се коригира така, че да се постигне удължаване на аПТТ 1.5 – 2.5 пъти. След седмия ден се оставя само кумаринов препарат. Тези стойности се поддържат в хода на системната антикоагулация, която продължава 6-9 и повече месеца, ако се касае за рецидив или не могат да се отстранят предразполагащите фактори, довели до емболизма.

Алтернатива на венозния хепарин са фракционирани хепарини (със съответната регистрация в ИАП) – двукратно дневно, с предимството, че не се изисква лабораторен контрол или подкожен хепарин, който обаче налага лабораторен контрол. Показани са при не-масивна БТЕ.

При рецидиви, дължащи се на периферна дълбока венозна тромбоза, се прилагат механични средства, имплантирани във вена кава, както и в случаите на противопоказания за антикоагулантно лечение.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА 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 и проведените лабораторни и инструментални изследвания **при задължително изпълнение на някои от следните критерии:**

- остро развитие на диспнея/тахипнея, плеврална болка и артериална хипоксемия, със или без кръвохрачене или синкоп, в съчетание с ехокардиографски данни за деснокамерна дисфункция при документирани рискови фактори за БТЕ;

- липса на друго състояние (задължително условие), което да обясни клиничните прояви и промените в КГА, ЕКГ или ехокардиографските данни за деснокамерна дисфункция;

- при липса на ехокардиографски данни за деснокамерна дисфункция (немасивна форма на БТЕ) или за ДВТ от сонографията – перфузионната сцинтиграфия на белите дробове с висока вероятност за БТЕ е основание за диагнозата.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- установяване на топичната и етиологичната диагноза;
- стабилизиране на общото състояние;
- овладяна клинична симптоматика и при възможност уточнена причина;
- оптимизирана терапия.

Забележка: 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 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 (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Белодробният тромбемболизъм е остро запушване на част от артериите на белия дроб с тромб или ембол, който най-често изхожда от тромбоза (запушване) на дълбоките вени на долни крайници. Белодробният тромбемболизъм е сериозно заболяване, което причинява увреждане на участъка от белия дроб с нарушено кръвоснабдяване (белодробен инфаркт), недостатъчно ниво на кислорода в кръвта и увреди на други органи и системи поради намаление на кислородната доставка в тях. Ако белодробната тромбемболия засегне големи съдове на белия дроб, съществува реална опасност за Вашия живот.

Постъпването в болнично заведение при всички форми на белодробна емболия по спешност е наложително. Там най-вероятно ще Ви приложат лекарства чрез венозна канюла, ще Ви вземат кръв за изследване, вкл. артериална, ще Ви се направи рентгенов преглед и ЕКГ, ще се наложи кислородотерапия, вероятно ще последват допълнителни лечебни и диагностични действия. Болестта изисква прилагане на противосъсирващи препарати в постоянни вливания, спазване на постелен режим и осигуряване на дефекация без усилия. Ако сте имали в миналото кръвоизливи от храносмилателната ситема, уведомете лекуващия Ви лекар незабавно.

В някои случаи се прилага фибринолитична терапия – венозно лекарство, което „разтваря“ наличните тромби и намалява шанса за нови епизоди на белодробен тромбемболизъм. Приложението му е свързано с повишен риск от кървене, има строги противопоказания и налага чест лабораторен контрол на показателите на кръвосъсирването.

При тежка дихателна недостатъчност може да се наложи интубация (поставяне на тръба в трахеята) и изкуствена вентилация за няколко дни. Често се налага антибиотично лечение.

След изписването Вие ще продължите да бъдете лекувани от домашния лекар, кардиолог, пулмолог и при необходимост - съдов хирург. Прилагането на антикоагуланти е обичайно при такова заболяване, то е продължително - от 9 месеца до години наред и изисква контрол на протромбиновото време или индекс. Винаги, когато включвате нови медикаменти по повод други заболявания, съобщавайте на лекарите за приема им, поради възможни лекарствени взаимодействия. Системният и добре дозиран антикоагулант ще Ви предпази от нови пристъпи на белодробен тромбемболизъм.

По-подробна информация за Вашето заболяване ще получите от лекуващия си екип.