

КП № 9 ОСТРИ И ХРОНИЧНИ ВИРУСНИ, БАКТЕРИАЛНИ, СПИРОХЕТНИ, МИКОТИЧНИ И ПАРАЗИТНИ МЕНИНГИТИ, МЕНИНГОЕНЦЕФАЛИТИ И МИЕЛИТИ ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

Минимален болничен престой – 5 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Туберкулоза на нервната система

A17.0† Туберкулозен менингит (G01*)

Туберкулоза на мозъчните обвивки (на главния мозък)(на гръбначния мозък)
Туберкулозен лептоменингит

A17.8† Туберкулоза на нервната система с друга локализация

Туберкулоза на главния мозък (G07*)
Туберкулоза на гръбначния мозък (G07*)
Туберкулозен(-на):

- абсцес на главния мозък (G07*)
- менингоенцефалит (G05.0*)
- миелит (G05.0*)
- полиневропатия (G63.0*)

Менингококова инфекция

A39.0† Менингококов менингит (G01*)

A39.1† Синдром на Weterhouse-Friderichsen (E35.1*)

Менингококов хеморагичен адrenalит
Менингококов адrenalен синдром

Ранен сифилис

A51.4 Други форми на вторичен сифилис

Вторичен(-на)(-но) сифилитичен(-на)(-но):

- възпаление на женските тазови органи† (N74.2*)
- иридоциклит† (H22.0*)
- лимфаденопатия
- менингит† (G01*)
- миозит† (M63.0*)
- офталмопатия, НКД† (H58.8*)
- периостит† (M90.1*)

Късен сифилис

A52.1 Невросифилис със симптоми

Артропатия на Charcot (M14.6*)

Късен(-на) сифилитичен(-на):

- неврит на слуховия нерв† (H94.0*)
- енцефалит† (G05.0*)
- менингит† (G01*)
- атрофия на зрителния нерв† (H48.0*)
- полиневропатия† (G63.0*)
- ретробулбарен неврит† (H48.1*)
- Сифилитичен паркинсонизъм† (G22*)

A52.2 Асимптоматичен неврoсифилис

A52.3 Невросифилис

Гума (сифилитична)
Сифилис (късен)
Сифилома } на централната нервна система БДУ

A69.2 Лаймска болест
Хроничен мигриращ еритем, предизвикан от *Borrelia burgdorferi*

Остър полиомиелит

A80.0 Остър паралитичен полиомиелит, свързан с ваксина

Атипични вирусни инфекции на централната нервна система

Включва: ригион болести на централната нервна система

A81.1 Подостър склерозиращ паненцефалит
Енцефалит с включвания на Dawson-ови телца
Склерозиращ левкоенцефалит на Van Bogaert

A81.2 Прогресираща многоогнищна левкоенцефалопатия
Многоогнищна левкоенцефалопатия БДУ

A81.8 Други атипични вирусни инфекции на централната нервна система
Куру

A81.9 Атипична вирусна инфекция на централната нервна система, неуточнена
Prion болест на централната нервна система НКД

Вирусен енцефалит, предаван от кърлежи

Включва: кърлежов вирусен менингоенцефалит

A84.0 Далечноизточен кърлежов енцефалит [руски пролетно-летен енцефалит]

A84.1 Централноевропейски кърлежов енцефалит

A84.8 Други кърлежови вирусни енцефалити
Болест на Louping
Болест, предизвикана от Powassan-вирус

A84.9 Кърлежов вирусен енцефалит, неуточнен

Други вирусни енцефалити, неклассифицирани другаде

Включва: уточнен вирусен:

- енцефаломиеелит, НКД
- менингоенцефалит, НКД

Не включва: доброкачествен миалгичен енцефаломиеелит (G93.3)
енцефалит, предизвикан от:

- херпес-вирус [herpes simplex] (B00.4)
 - морбили-вирус (B05.0)
 - вирус на епидемичния паротит (B26.2)
 - полиомиелитен вирус (A80.—)
 - зостер-вирус (B02.0)
- лимфоцитарен хориоменингит (A87.2)

A85.2 Вирусен енцефалит, предаван от членестоноги, неуточнен

A85.8 Други уточнени вирусни енцефалити
Летаргичен енцефалит
Болест на Economo-Cruchet

A86 Вирусен енцефалит, неуточнен
Вирусен:
• енцефаломиеелит БДУ
• менингоенцефалит БДУ

Вирусен менингит

Не включва: менингит, предизвикан от:

- херпес-вирус [herpes simplex] (B00.3)
- морбили-вирус (B05.1)
- вирус на епидемичния паротит (B26.1)
- полиомиелитен вирус (A80.—)
- зостер-вирус (B02.1)

A87.0† Ентеровирусен менингит (G02.0*)

Коксакивирусен менингит
Еховирусен менингит

A87.1† Аденовирусен менингит (G02.0*)

A87.2 Лимфоцитарен хориоменингит

Лимфоцитарен менингоенцефалит

A87.8 Друг вирусен менингит

Херпес-вирусни [herpes simplex] инфекции

Не включва: аногенитална херпес-вирусна инфекция (A60.—)
вродена херпес-вирусна инфекция (P35.2)
гама-херпес-вирусна мононуклеоза (B27.0)
херпангина (B08.5)

V00.3† Херпес-вирусен менингит (G02.0*)

V00.4† Херпес-вирусен енцефалит (G05.1*)

Херпес-вирусен менингоенцефалит
Маймунска болест В

Херпес зостер [herpes zoster]

Включва: херпес зостер
zona

B02.1† Херпес зостер с менингит (G02.0*)

B02.2† Херпес зостер с други усложнения на нервната система

Постхерпесен(-на):

- ганглионит на лицевия нерв (G53.0*)
- полиневропатия (G63.0*)
- невралгия на троичния нерв (G53.0*)

Брусница

Включва: morbilli

Не включва: подостър склерозиращ паненцефалит (A81.1)

B05.0† Брусница, усложнена с енцефалит (G05.1*)

Постморбилозен енцефалит

B05.1† Брусница, усложнена с менингит (G02.0*)

Постморбилозен менингит

Епидемичен паротит

Включва: паротит:

- епидемичен
- инфекциозен

B26.1† Паротитен менингит (G02.0*)

B26.2† Паротитен енцефалит (G05.1*)

Кандидоза

Включва: кандидоза
монилиаза

Не включва: неонатална кандидоза (P37.5)

V37.5† Кандидозен менингит (G02.1*)

Кокцидиоидомикоза

V38.4† Кокцидиоидомикозен менингит (G 02.1*)

Криптококоза

- V45.1 Церебрална криптококоза**
Криптококов менингит (G02.1*)
Менингоцеребрална криптококоза

Токсоплазмоза

Включва: инфекция, предизвикана от *Toxoplasma gondii*

Не включва: вродена токсоплазмоза (P37.1)

V58.2† Токсоплазмозен менингоенцефалит (G05.2*)

Цистицеркоза

Включва: цистицеркоза, предизвикана от личинковата форма на свинската тения *Taenia solium*

V69.0 Цистицеркоза на централната нервна система

Бактериален менингит, неклассифициран другаде

Включва: арахноидит
лептоменингит
менингит
пахименингит } бактериален

Не включва: бактериален:

- менингоенцефалит (G04.2)
- менингомиелит (G04.2)

G00.0 Хемофилен менингит
Менингит, предизвикан от *Haemophilus influenzae*

G00.1 Пневмококов менингит

G00.2 Стрептококов менингит

G00.3 Стафилококов менингит

G00.8 Менингит, предизвикан от други бактерии
Менингит от:

- бацила на Friedlander
- *Escherichia coli*
- *Klebsiella*

G00.9 Бактериален менингит, неуточнен
Менингит:

- гноен БДУ
- пиогенен БДУ
- супуративен БДУ

G01* Менингит при бактериални болести, класифицирани другаде
Менингит (при):

- антракс (A22.8†)
- гонококов (A54.8†)
- лептоспироза (A27.—†)
- листериоза (A32.1†)
- Лаймска болест (A69.2†)
- менингококов (A39.0†)
- невросифилис (A52.1†)

- салмонелоза (A02.2†)
- сифилис:
 - вроден (A50.4†)
 - вторичен (A51.4†)
- туберкулоза (A17.0†)
- тифоидна треска (A01.0†)

Не включва: менингоенцефалит и менингомиелит при бактериални болести, класифицирани другаде (G05.0*)

Менингит при други инфекциозни и паразитни болести, класифицирани другаде

Не включва: менингоенцефалит и менингомиелит при инфекциозни и паразитни болести, класифицирани другаде (G05.1—G05.2*)

G02.0* Менингит при вирусни болести, класифицирани другаде

Менингит (предизвикан от):

- аденовирусен (A87.1†)
- ентеровирусен (A87.0†)
- herpes simplex (B00.3†)
- инфекциозна моноклеоза (B27.—†)
- морбили (B05.1†)
- епидемичен паротит (B26.1†)
- рубеола (B06.0†)
- варицела (B01.0†)
- herpes zoster (B02.1†)

G02.1* Менингит при микози

Менингит (при):

- кандидозен (B37.5†)
- кокцидиомикоза (B38.4†)
- криптококов (B45.1†)

G02.8* Менингит при други уточнени инфекциозни и паразитни болести, класифицирани другаде

Менингит при:

- африканска трипанозома (B56.—†)
- болест на Chagas (B57.4†)

Менингит, дължащ се на други и неуточнени причини

Включва: арахноидит
 лептоменингит
 менингит
 пахименингит

} вследствие на други
 и неуточнени причини

Не включва: менингоенцефалит (G04.—)
 менингомиелит (G04.—)

G03.0 Непиогенен менингит

Небактериален менингит

Енцефалит, миелит и енцефаломиелит

Включва: остър възходящ миелит
 менингоенцефалит
 менингомиелит

Не включва: доброкачествен миалгичен енцефалит (G93.3)

енцефалопатия:

- БДУ (G93.4)
- алкохолна (G31.2)
- токсична (G92)

множествена склероза (G35)

миелит:

- остър трансверзален (G37.3)
- подостър некротизиращ (G37.4)

G04.2 Бактериален менингоенцефалит и менингомиелит, неклассифицирани другаде

G04.8 Други енцефалити, миелити и енцефаломиелити
Постинфекциозен енцефалит и енцефаломиелит БДУ

Енцефалит, миелит и енцефаломиелит при болести, класифицирани другаде

Включва: менингоенцефалит и менингомиелит при болести, класифицирани другаде

G05.0* Енцефалит, миелит и енцефаломиелит при бактериални болести, класифицирани другаде

Енцефалит, миелит или енцефаломиелит (при):

- листериоза (A32.1†)
- менингококов (A39.8†)
- сифилис:
 - вроден (A50.4†)
 - късен (A52.1†)
- туберкулозен (A17.8†)

G05.1* Енцефалит, миелит и енцефаломиелит при вирусни болести, класифицирани другаде

Енцефалит, миелит или енцефаломиелит (при):

- аденовирусни (A85.1†)
- цитомегаловирусни (B25.8†)
- ентеровирусни (A85.0†)
- herpes simplex (B00.4†)
- грип (J10.8†, J11.8†)
- морбили (B05.0†)
- епидемичен паротит (B26.2†)
- след варицела (B01.1†)
- рубеола (B06.0†)
- herpes zoster (B02.0†)

G05.2* Енцефалит, миелит и енцефаломиелит при други инфекциозни и паразитни болести, класифицирани другаде

Енцефалит, миелит или енцефаломиелит при:

- африканска трипанозомоза (B56.—†)
- болест на Chagas (хронична форма) (B57.4†)
- менингит, предизвикан от свободно живеещи амеби (naegleria) (B60.2†)
- токсоплазмоза (B58.2†)
- Еозинофилен менингоенцефалит (B83.2†)

Увреждания на черепномозъчни нерви при болести, класифицирани другаде

G53.0* Невралгия след herpes zoster (B02.2†)

Постхерпетично(-а):

- възпаление на ganglion geniculi
- невралгия на троичния нерв

Полиневропатии при болести, класифицирани другаде

G63.0* Полиневропатия при инфекциозни и паразитни болести, класифицирани другаде

Полиневропатия при:

- дифтерия (A36.8†)
- инфекциозна мононуклеоза (B27.—†)
- проказа (A30.—†)
- Лаймска болест (A69.2†)
- епидемичен паротит (B26.8†)
- herpes zoster (B02.2†)
- късен сифилис (A52.1†)
- вроден сифилис (A50.4†)
- туберкулоза (A17.8†)

G93.4 **Енцефалопатия, остра вирусна**

Не включва: енцефалопатия:

- алкохолна (G31.2)
- токсична (G92)

Грип, предизвикан от идентифициран вирус на грипа

Не включва: предизвикани от *Haemophilus influenzae* [*H. influenzae*]:

- инфекция БДУ (A49.2)
- менингит (G00.0)
- пневмония (J14)

J10.8 **Грип с други прояви, идентифициран грипен вирус**

Енцефалопатия, причинена от грип

Грипен:

- гастроентерит
- миокардит (остър)

} идентифициран
грипен вирус

Грип, неидентифициран вирус

Включва: грип } без споменаване за идентифициране на вируса

Не включва: предизвикани от *Haemophilus influenzae* [*H. influenzae*]:

- инфекция БДУ (A49.2)
- менингит (G00.0)
- пневмония (J14)

J11.8 **Грип с други прояви, неидентифициран вирус**

Енцефалопатия, причинена от грип

Грипен:

- гастроентерит
- миокардит (остър)

} неуточнени
или вирусът не е
идентифициран

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ ПО МКБ-9 КМ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ НА ГРЪБНАЧНИЯ МОЗЪК И ГРЪБНАЧНОМОЗЪЧНИЯ КАНАЛ

****03.31 СПИНАЛНА ПУНКЦИЯ**

лумбална пункция за отстраняване на контраст

Изключва:

лумбална пункция за вкарване на контраст (миелография) - 87.21

МЕКОТЪКАННО РЕНТГЕНОВО ИЗСЛЕДВАНЕ НА ЛИЦЕ, ГЛАВА И ШИЯ

Изключва:

ангиография - 88.40-88.68

****87.03 КАТ НА ГЛАВА**

КАТ - скениране на глава

ЦИРКУЛАТОРНО МОНИТОРИРАНЕ

Изключва:

електрокардиографско мониториране при операция - не кодирай!

**** 89.61 МОНИТОРИРАНЕ НА СИСТЕМНО АРТЕРИАЛНО НАЛЯГАНЕ**

МИКРОСКОПСКО ИЗСЛЕДВАНЕ НА ПРОБА ОТ НЕРВНАТА СИСТЕМА И ЛИКВОР

****90.01** МИКРОСКОПСКО ИЗСЛЕДВАНЕ НА ПРОБА ОТ НЕРВНАТА СИСТЕМА И ЛИКВОР – БАКТЕРИАЛНА НАМАЗКА

****90.02** МИКРОСКОПСКО ИЗСЛЕДВАНЕ НА ПРОБА ОТ НЕРВНАТА СИСТЕМА И ЛИКВОР – КУЛТУРА

****90.03** МИКРОСКОПСКО ИЗСЛЕДВАНЕ НА ПРОБА ОТ НЕРВНАТА СИСТЕМА И ЛИКВОР - КУЛТУРА И ЧУВСТВИТЕЛНОСТ

****90.04** МИКРОСКОПСКО ИЗСЛЕДВАНЕ НА ПРОБА ОТ НЕРВНАТА СИСТЕМА И ЛИКВОР - ПАРАЗИТОЛОГИЯ

****90.05** МИКРОСКОПСКО ИЗСЛЕДВАНЕ НА ПРОБА ОТ НЕРВНАТА СИСТЕМА И ЛИКВОР - ТОКСИКОЛОГИЯ

****90.09** МИКРОСКОПСКО ИЗСЛЕДВАНЕ НА ПРОБА ОТ НЕРВНАТА СИСТЕМА И ЛИКВОР - ДРУГО МИКРОСКОПСКО ИЗСЛЕДВАНЕ

Определяне на специфични IgG антитела срещу *Borrelia burgdorferi* в ликвора

Определяна на общи IgG в ликвора

МИКРОСКОПСКО ИЗСЛЕДВАНЕ НА ПРОБА ОТ УХО, НОС, ГЪРЛО И ЛАРИНКС

****90.31** МИКРОСКОПСКО ИЗСЛЕДВАНЕ НА ПРОБА ОТ УХО, НОС, ГЪРЛО И ЛАРИНКС - БАКТЕРИАЛНА НАМАЗКА

****90.32** МИКРОСКОПСКО ИЗСЛЕДВАНЕ НА ПРОБА ОТ УХО, НОС, ГЪРЛО И ЛАРИНКС - КУЛТУРА

- **90.33 МИКРОСКОПСКО ИЗСЛЕДВАНЕ НА ПРОБА ОТ УХО, НОС, ГЪРЛО И ЛАРИНКС - КУЛТУРА И ЧУВСТВИТЕЛНОСТ
- **90.34 МИКРОСКОПСКО ИЗСЛЕДВАНЕ НА ПРОБА ОТ УХО, НОС, ГЪРЛО И ЛАРИНКС - ПАРАЗИТОЛОГИЯ
- **90.35 МИКРОСКОПСКО ИЗСЛЕДВАНЕ НА ПРОБА ОТ УХО, НОС, ГЪРЛО И ЛАРИНКС - ТОКСИКОЛОГИЯ
- **90.39 МИКРОСКОПСКО ИЗСЛЕДВАНЕ НА ПРОБА ОТ УХО, НОС, ГЪРЛО И ЛАРИНКС - ДРУГО МИКРОСКОПСКО ИЗСЛЕДВАНЕ

МИКРОСКОПСКО ИЗСЛЕДВАНЕ НА КРЪВ

- **90.51 МИКРОСКОПСКО ИЗСЛЕДВАНЕ НА КРЪВ - БАКТЕРИАЛНА НАМАЗКА
- **90.52 МИКРОСКОПСКО ИЗСЛЕДВАНЕ НА КРЪВ - КУЛТУРА
- **90.53 МИКРОСКОПСКО ИЗСЛЕДВАНЕ НА КРЪВ - КУЛТУРА И ЧУВСТВИТЕЛНОСТ
- **90.54 МИКРОСКОПСКО ИЗСЛЕДВАНЕ НА КРЪВ - ПАРАЗИТОЛОГИЯ
- **90.55 МИКРОСКОПСКО ИЗСЛЕДВАНЕ НА КРЪВ - ТОКСИКОЛОГИЯ

****90.59 ИЗСЛЕДВАНЕ НА КРЪВ**

Включва задължително следните изследвания:

- биохимични;
- хематологични;
- хемокоагулационни изследвания
- АКР

****91.62 СЕРОЛОГИЧНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ**

Включително:

- Определяне на специфични IgG антитела срещу Borrelia burgdorferi в серума и/или
- Определяна на общи IgG в серума

МИКРОСКОПСКО ИЗСЛЕДВАНЕ НА ПРОБА ОТ ДОЛНИЯ ХРАНОСМИЛАТЕЛЕН ТРАКТ И ИЗПРАЖНЕНИЯ

- **90.91 МИКРОСКОПСКО ИЗСЛЕДВАНЕ НА ПРОБА ОТ ДОЛНИЯ ХРАНОСМИЛАТЕЛЕН ТРАКТ И ИЗПРАЖНЕНИЯ - БАКТЕРИАЛНА НАМАЗКА
- **90.92 МИКРОСКОПСКО ИЗСЛЕДВАНЕ НА ПРОБА ОТ ДОЛНИЯ ХРАНОСМИЛАТЕЛЕН ТРАКТ И ИЗПРАЖНЕНИЯ - КУЛТУРА
- **90.93 МИКРОСКОПСКО ИЗСЛЕДВАНЕ НА ПРОБА ОТ ДОЛНИЯ ХРАНОСМИЛАТЕЛЕН ТРАКТ И ИЗПРАЖНЕНИЯ - КУЛТУРА И ЧУВСТВИТЕЛНОСТ
- **90.94 МИКРОСКОПСКО ИЗСЛЕДВАНЕ НА ПРОБА ОТ ДОЛНИЯ ХРАНОСМИЛАТЕЛЕН ТРАКТ И ИЗПРАЖНЕНИЯ - ПАРАЗИТОЛОГИЯ
- **90.95 МИКРОСКОПСКО ИЗСЛЕДВАНЕ НА ПРОБА ОТ ДОЛНИЯ ХРАНОСМИЛАТЕЛЕН ТРАКТ И ИЗПРАЖНЕНИЯ - ТОКСИКОЛОГИЯ
- **90.99 МИКРОСКОПСКО ИЗСЛЕДВАНЕ НА ПРОБА ОТ ДОЛНИЯ ХРАНОСМИЛАТЕЛЕН ТРАКТ И ИЗПРАЖНЕНИЯ - ДРУГО МИКРОСКОПСКО ИЗСЛЕДВАНЕ

МИКРОСКОПСКО ИЗСЛЕДВАНЕ НА УРИНА

- **91.31 МИКРОСКОПСКО ИЗСЛЕДВАНЕ НА УРИНА - БАКТЕРИАЛНА НАМАЗКА
- **91.32 МИКРОСКОПСКО ИЗСЛЕДВАНЕ НА УРИНА - КУЛТУРА
- **91.33 МИКРОСКОПСКО ИЗСЛЕДВАНЕ НА УРИНА - КУЛТУРА И ЧУВСТВИТЕЛНОСТ
- **91.34 МИКРОСКОПСКО ИЗСЛЕДВАНЕ НА УРИНА - ПАРАЗИТОЛОГИЯ
- **91.35 МИКРОСКОПСКО ИЗСЛЕДВАНЕ НА УРИНА - ТОКСИКОЛОГИЯ
- **91.39 МИКРОСКОПСКО ИЗСЛЕДВАНЕ НА УРИНА – ДРУГО МИКРОСКОПСКО ИЗСЛЕДВАНЕ.

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

ДРУГА МЕХАНИЧНА ВЕНТИЛАЦИЯ

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

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

***96.71 ПРОДЪЛЖИТЕЛНА МЕХАНИЧНА ВЕНТИЛАЦИЯ ПОД 96 ПОСЛЕДОВАТЕЛНИ ЧАСА**

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

ИНЖЕКЦИЯ ИЛИ ИНFUЗИЯ НА ЛЕЧЕБНО ИЛИ ПРОФИЛАКТИЧНО ВЕЩЕСТВО

Включва:

- подкожна инжекция или инфузия с местно или общо действие
- интрамускулна инжекция или инфузия с местно или общо действие
- интравенозна инжекция или инфузия с местно или общо действие

***99.15 ПАРЕНТЕРАЛНА ИНFUЗИЯ НА КОНЦЕНТРИРАНИ ХРАНИТЕЛНИ СУБСТАНЦИИ**
противоодемни средства (манитол и/или глюкоза)

ИНЖЕКЦИЯ ИЛИ ИНFUЗИЯ НА ЛЕЧЕБНО ИЛИ ПРОФИЛАКТИЧНО ВЕЩЕСТВО

Включва:

- подкожна инжекция или инфузия с местно или общо действие
- интрамускулна инжекция или инфузия с местно или общо действие
- интравенозна инжекция или инфузия с местно или общо действие

***99.21 ИНЖЕКЦИЯ НА АНТИБИОТИК**

***99.23 ИНЖЕКЦИЯ НА СТЕРОИД**
инжекция на кортизон

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

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични (едната от които е **03.31) и две основни терапевтични процедури, (от които задължително едната е *99.15), посочени в блок **Кодове на основни процедури по МКБ-9 КМ.**

Забележка: За диагнози с код В26.1 „Паротитен менингит“, В26.2 „Паротитен енцефалит“, код J10.8 „Грип с други прояви, идентифициран вирус /енцефалопатия, причинена от грип/“ и код J11.8 „Грип с други прояви, неидентифициран вирус /енцефалопатия, причинена от грип/“, при клинично-сериологично потвърждение, извършването на процедура с код **03.31 (лумбална пункция) не е задължително. В тези случаи клиничната пътека се отчита с три основни диагностични и две основни терапевтични процедури (от които задължително едната е *99.15), посочени в блок **Кодове на основни процедури по МКБ-9 КМ.**

Отчитането на случаите се извършва след вземане на биологичен материал за етиологично изследване.

Резултатите от микробиологичните/вирусологични/сериологични изследвания, получени след дехоспитализацията задължително се прикрепват към ИЗ и стават неразделна негова част, като подлежат на контрол.

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 Документ №1.

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

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 със структури на извънболничната или болничната помощ, разположени на територията му и имащи договор с НЗОК.

Задължително звено	Апаратура и оборудване
1. Инфекциозна клиника/отделение или Клиника/отделение по неврология, с възможност за изолация	Съгласно Наредба №18 от 20.06.2005 на МЗ Съгласно медицински стандарт "Нервни болести"
2. ОАИЛ/КАИЛ/САИЛ, отделение за интензивно лечение на неврологични заболявания с възможност за изолация при неясни болни до изясняване	Съгласно медицински стандарт "Анестезия и интензивно лечение" и съгласно медицински стандарт "Нервни болести"
3. Клинична лаборатория, с възможност и за ликворологично изследване	Съгласно медицински стандарт "Клинична лаборатория"
4. Отделение/сектор по образна диагностика – включително за КТ/МРТ	Съгласно медицински стандарт "Образна диагностика"
5. Микробиологична лаборатория	Съгласно медицински стандарт "Клинична микробиология"

Забележка: за специализирани болници по инфекциозни и паразитни болести се допуска по изключение договор за сектор по образна диагностика за КТ/МРТ, неналичен на територията на лечебното заведение.

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

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

Задължително звено	Апаратура и оборудване
1. Вирусологична лаборатория	Съгласно медицински стандарт "Вирусология"
2. Паразитологична лаборатория	Съгласно медицински стандарт "Паразитология"

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекар със специалност по инфекциозни болести
или
- лекар със специалност по нервни болести;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност клинична микробиология.

Забележка:

При наличие на усложнения или прогноза за неблагоприятен изход от заболяването следва да се осигури консултация с лекар-специалист по инфекциозни болести (за неврологични структури) или с лекар-специалист по нервни болести (за структури по инфекциозни болести).

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

Индикации за хоспитализация: при комбинация от три или повече симптоми:

- тежък токсо-инфекциозен синдром;
- синдром на менингоградикулерно дразнене;
- ликворен синдром;
- количествени нарушения в съзнанието;
- огнищна неврологична симптоматика;
- гърчова симптоматика, предшествана от тоksiинфекциозен синдром;
- наличие на хеморагично-некротичен обрив по кожата;
- шоково състояние.

Индикации за хоспитализация при туберкулозен менингит: при комбинация от три или повече симптоми:

- наличие на интоксикационен синдром с характеристика на туберкулозно заболяване;
- характерни прояви за туберкулозно заболяване в бронхо-белодробната система;
- наличие на хиперергична (отрицателна) туберкулинова чувствителност, изследване с 5 туберкулинови единици (ТЕ) български PPD туберкулин;
- клинични прояви на повишено вътречерепно налягане;
- наличие на базална симптоматика на ЦНС;
- синдром на менингоградикулерно дразнене;
- ликворен синдром;
- периодична или постоянна загуба на съзнание.

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 се извършва до 12 часа след началото на хоспитализацията. Спинална пункция се извършва до 12 часа от началото на хоспитализацията.

Бактериални менингити (БМ) и бактериални менингоенцефалити (БМЕ) са винаги спешен диагностично-терапевтичен проблем, който не търпи отлагане по отношение на лекарска намеса.

Понастоящем диагнозите бактериален менингит и менингоенцефалит се поставят по стандартна методика и по възможно най-бързия начин в хода на заболяването.

Основни принципи на антибактериално лечение на БМ и БМЕ:

1. Антибактериалната терапия трябва да започне максимално рано, веднага след поставяне на диагнозата.
2. Антибактериалната терапия започва непосредствено след направена лумбална

пункция и се базира на качествено изследване на ликвора - бактериоскопия, латекс-аглутинация и посевка за културелно изолиране на причинителя. Преди започване на лечението задължително се взема кръв за хемокултура.

Ако извършването на лумбалната пункция се забави поради провеждане на КАТ, антибактериалната терапия започва веднага след вземане на хемокултурата.

3. Най-правилно е антибактериалната терапия да се провежда съобразно данните от антибиограмата на изолирания причинител. За това е необходимо изчакване на резултатите от антибиограмата около 48 до 72 часа, през което време задължително се започва с т. нар. стартова терапия и след получаване на резултатите от микробиологичното изследване терапевтичното поведение се преоценява.

4. Стартовата (емпирична) терапия се започва след внимателна оценка от страна на лекуващия лекар и се съобразява с клинично-епидемиологичните данни, вероятния причинител на гнойния менингит във връзка с възрастовия фактор и здравния статус на пациента.

5. Изключително важно значение при определяне на най-подходящия антибиотик за стартова терапия е познаването на кръвно-ликворната проницаемост на най-използваните антимикробни средства. В това отношение фармакологията разделя антибиотиците на четири основни групи:

Фармакокинетиката разделя антибиотичните средства на четири групи:

I група	С добра кръвно-ликворна проходимост с или без наличие на възпалени менинги: хлорамфеникол, рифампицини, цефалоспорици – трета ген., сулфонамиди.
II група	С добра кръвно-ликворна проходимост, но при наличие на възпалителен процес на менингите: амикацин, гентамицин, пеницилин, ампицилин, ванкомицин.
III група	Минимална ликворна проходимост при наличие на възпалителен процес на менингите: стрептомицин, еритромицин, кетоконазол.
IV група	Липсваща кръвно-ликворна проходимост независимо от възпалителен процес на менингите: линкомицин, клиндамицин, антимикотични полиенови антибиотици (амфотерицин В)

6. При лечение на гнойните менингити антибиотичните средства се прилагат само парентерално, основно – венозно с цел постигане на бърза и достатъчно висока ликворна концентрация. Оптималното лечение изисква антибиотика да притежава бактерициден ефект.

7. Продължителността на антибиотичната терапия при бактериалните менингити се съобразява с доказания причинител, контролното ликворно изследване и трябва да бъде достатъчно дълга – минимум 7 – 10 дни, а при някои от тях (ентеробактериални, гъбични – до 20 – 30 дни).

8. При лечението на бактериалните менингити е необходимо да се съобразяваме с постоянно нарастващата през последните години резистентност на най-често срещаните причинители.

Терапията се модулира след получаване на резултатите от микробиологичните изследвания – изолиран етиологичен агент от ликвор, хемокултура, гърлен секрет, носен секрет и антибиограма.

Принципно се смята, че кръвно-ликворната проходимост на даден антибиотик може значително да се повиши, ако той се приложи в значително по-високи дози от обичайните за него. Затова при лечението на бактериални менингити се прилагат максимални дози през цялото време на лечението без да се намаляват.

Преди установяване на причинителя на бактериалния менингит се започва лечение в зависимост от възрастта на болния, предиспозирация фактор и най-вероятните при тези

условия бактерии. При деца след периода на новороденото, се започва с цефалоспорин трето поколение – цефотаксим или цефтриаксон. При възрастни лица, които са били здрави до този момент: цефалоспорин III-то поколение (цефтриаксон или цефотаксим) и пеницилин. Когато се касае за нозокомиален менингит (напр. след ЧМТ или неврохирургична операция) се препоръчва комбинацията: цефалоспорин III-то поколение + ванкомицин в комбинация с аминогликозид (гентамицин, амикацин). Когато се касае за пациенти със снижен имунитет (напр. онкологично болни) към горната тройна комбинация е желателно да се прибави и ампицилин, с оглед много вероятната при тях инфекция с листерия моноцитогенес. При менингоенцефалити с отогенен произход, след проникващи ЧМТ и др., когато се подозира развитие на мозъчен абсцес, е желателна комбинацията: цефалоспорин III-то поколение + аминогликозиди + метронидазол.

9. След 48 часа при бактериалния менингит се извършва контролна лумбална пункция за контрол на ефекта от лечението. При повторно изолиране на причинителя да мисли за резистентност или смесена флора!

10. При суспекция или доказване на *Haemophilus influenzae* или *Neisseria meningitidis* като причинители на гнойни менингити лекарят трябва да даде съвети за антимикробна химиопрофилактика на контактните.

Контактни на болен с менингококов менингит – рифампицин 10 мг/кг 2 дни.

При противопоказания или непоносимост – ципрофлосацин 500-700 мг еднократно.

Контактни на болен с хемофилусен менингит - рифампицин 20 мг/кг 4 дни.

2.1. Антибиотична терапия на менингококов гноен менингит (МГМ) – лечението се провежда само в инфекциозна болница.

1. Микробиологичните изследвания показват, че все още повечето от вариантите на *Найсерия менингитидис* са чувствителни на пеницилин G. Поради това антибиотик от първа група за менингококовата инфекция продължава да е бензилпеницилина. Той се прилага при всички форми на менингококова инфекция: менингококовия назофарингит, менингококови пневмонии, менингококов сепсис, менингококови менингити, менингококови артрити, ендокардити и др. Единични са случаите на пеницилинова резистентност главно за серотипове Y, и W – 235, изолирани в някои страни в Африка и Южна Америка. Съвременното антибиотично лечение на менингококовия менингит се провежда с бензилпеницилин – 500 000 – 800 000 Е/кг/т при деца от 20 до 40 мил. Е дневно при възрастни, приложен венозно от 4 до 6 – кратни апликации. Лечението продължава 7 – 10 дни, според клиничното протичане и резултатите от ликворното изследване. Повечето автори приемат пеницилиновата монотерапия в посочените дози и продължителност за оптимална, като стартова и следваща терапия при МГМ. Напоследък не се приема провеждането на втори противорецидивен курс с ко - тримоксазол или хлорамфеникол перорално.

2. В редки случаи на установяване на пеницилино-резистентен щам се прилагат цефалоспоринови III генерация: цефтриаксон натрий 80 – 100 мг/кг/т за деца и 2-3 гр. дневно при възрастни на 12 часови интервали; цефотаксим – 200 мг/кг/т за 24 часа при деца и 6 до 8 гр. дневно за възрастни.

3. Може да се прилагат хлорамфеникол венозно в доза 100 мг/кг/т при деца и 3 – 4 гр. дневно при възрастни през 12 часови интервали, но у нас този препарат липсва в аптечната мрежа.

4. Антибиотичното лечение на МГМ е задължително съчетано с патогенетична терапия за овладяване на мозъчния едем и метаболитните нарушения.

2.2. Лечение на пневмококов гноен менингит (ПГМ)

Класическото лечение на пневмококовите инфекции на ЦНС е с пеницилин в

гореспоменатите дози и ампицилин 400 мг/кг/т и 12 – 16 гр. дневно за възрастни. Приложението им днес е свързано с проблема за резистентност на Стрептококус пневмоние към пеницилин и др. бета-лактамини антибиотици. Предполага се, че около 25% от инвазивните пневмококови инфекции са резистентни на пеницилин и около 9% - резистентни на цефотаксим. Най-приемлива е стартовата терапия с пеницилин и ампицилин в горепосочените дози и преоценка на терапията след контрол на лумбална пункция след 48 часа от началото на лечението. Може да се приложи цефотаксим 200 мг/кг/т или цефтриаксон натрий 100 – 150 мг/кг/т. Алтернатива е приложението на ванкомицин 50 – 60 мг./кг/т за 24 часа на четири приема.

Терапевтичен проблем представлява менингитът, причинен от стрептококи група В в периода на новороденото, поради високата им резистентност. При тях се препоръчва комбинацията пеницилин и ампицилин в дози 400 мг/кг/т/24ч за по - продължителен срок около 14 дни или цефалоспорицини трета генерация или ванкомицин в посочените дози.

2.3. Лечение на стафилококов гноен менингит (СГМ)

Антибиотичната терапия включва широкоспектърен антибиотик с добра проникваемост на кръвно-ликворната бариера като ванкомицин в доза 60 мг/кг/т. Необходимо е лечението да продължи 14 до 20 дни. Приложение има и тейкопланин 10мг/кг/т. Стафилококовите гнойни менингити и менингоенцефалити често оформят мозъчни абсцеси и са една от формите на генерализираната стафилококова инфекция.

2.4. Лечение на хемофилусен гноен менингит (ХГМ)

Поради полирезистентност на причинителя това е една от най-трудните за лечение невроинфекции. Антибиотик от първи ред са цефалоспорицини III ген.: цефтриаксон натрий 100 – 150 мг./кг.т. за деца и 4 гр. дневно за възрастни; цефуросим 200 мг./кг.т. за деца и 6 до 8 гр. дневно за възрастни; цефотаксим 200 мг/кг.т. за деца и 8 – 12 гр. дневно за възрастни.

При менингити, причинени от по-редки патогени – листерия моноцитогенес, най-ефективна е комбинацията ампицилин и пеницилин или меропенем - като монотерапия.

Лечението на гнойните менингити и менингоенцефалити е труден за моделиране терапевтичен процес и винаги изисква спешност и съобразяване с тежестта на заболяването и клинично-епидемичните обстоятелства.

2.5. Лечение на туберкулозен менингит

В началото на лечебния курс се започва тройна комбинация от туберкулостатици, като средства на първи избор са: изониазид + рифампицин + пиразинамид. Всички те се дават в еднократна доза за 24 часа.

Туберкулостатик	Доза при възрастни
Isoniacid	10 mg/kg/24 h, max. 600 mg/24 h
Rifampicin	10 mg/kg/24 h max 600 mg/24 h
Pyrazinamid	35 mg/kg/24 h max 2500 mg/24 h

Тази тройна комбинация се приема в продължение на два месеца, след което се продължава с Isoniacid + Rifampicin в продължение на 8 месеца.

Периодично се правят контролни ликворни изследвания. Преждевременното спиране на лечението крие опасност за рецидив на менингита.

За лечение на туберкулозния менингит се използват и други туберкулостатици като средства на втори избор: стрептомицин 20 mg/kg/24 h, етамбутол 25 mg/kg/24 h. При тежко протичащи туберкулозни менингити един от гореспоменатите два медикамента би могъл да се прибави към започнатата тройна комбинация на медикаменти от първи ред, или да се използват вместо някои от медикаментите от първи ред, към който е установена резистентност на туберкулозния микобактерий.

За профилактика на евентуално развитие на витамин B6 недоимъчна полиневропатия след продължителна употреба на римицид, към терапевтичната схема се прибавя и вит. B6 (25-50 мг/24 ч. пер ос). При включване в туберкулостатичната терапия на етамбутол с оглед на профилактиката на възможни зрителни нарушения, се прибавя и вит. А.

Неспецифично лечение на бактериалните менингити и менингоенцефалити

Лечение на мозъчния оток и развилата се интракраниална хипертензия:

Започва веднага след като се постави абоката и се вземе хемокултурата

Кортикостероиди - дексаметазон (средство на избор!) - 0,15 мг/кг 4кратно за 24 часа в продължение на 2-4 дни, (при деца с туберкулозен менингит - 0,1 мг/кг на 2 приема за 24 ч.). Дексаметазонът трябва да се постави 30 минути преди или най-късно заедно с първата доза антибиотик! Така се постига оптимално потискане на имунния отговор в субарахноидното пространство.

Диуретици

Манитол - 1 гр./кг/24 ч., приложен в бързи болусни инфузии (15-20 мин.) на 4 – 6 часови интервали в постепенно намаляващи дози до 5 дни. При липса на ефект от манитола (диуреза <1 мл/кг/час) или при тежък мозъчен оток се добавя **Furosemide** 1-2 ампули венозно.

При необходимост от продължаване на осмотерапията се преминава на орален 60% разтвор на **глицерол**.

Най-доброто лечение на мозъчния оток е провеждането на **ИБВ с умерена хипервентилация и лека хипероксия**.

Антиконвулсивно лечение при епилептични припадъци: диазепам, валпроева киселина, фенобарбитал, оксакарбазепин и др.

За профилактика на развитие на флеботромбоза и белодробна емболия – **нискомолекулни хепарини**.

Инфузии на **водносолеви, левулозни, глюкозни и аминокиселинни разтвори**, съобразно ВЕБ и възможностите или не за пълноценно ентэрално, през сонда или пер ос, хранене.

За имуномодулация при необходимост, е уместно провеждане на две инфузии през ден с човешки имуноглобулин за венозно приложение - 5 гр.

2.6. Лечение на острите вирусни менингити, менингоенцефалити и миелити

Херпес симплекс менингоенцефалит и миелит:

Като средство на избор, с което се снижава неколкократно леталитета на това заболяване (от 80% на 20-30%), се използва **ацикловир**. Той се включва незабавно при съмнение за това заболяване в доза 10 мг/кг /8 часа (дневна доза 30 мг/кг) в продължение на 14 дни като интравенозна инфузия в 100 мл физиологичен р-р.

Херпес зостер менингоенцефалит и миелит:

Лечението се провежда както при Херпес симплекс менингоенцефалит и миелит - в високи дози.

Ebstein Bar менингоенцефалит и миелит:

При тежко протичащи клинични форми на заболяването може да се приложи същата схема на лечение с ацикловир.

При всички останали гореспоменати остри вирусни менингити и менингоенцефалити за съжаление на този етап не съществува етиологично лечение.

2.7. Подостри и хронични вирусни енцефалити:

При подострия склерозиращ паненцефалит би могло да се приложи лечение с инозин 50-100 мг/кг/24 ч.

Неспецифичното лечение на остри, подостри и хронични менингоенцефалити и миелити е както при острите бактериални менингити.

2.8. Лечение на остри и хронични спирохетни менингити, менингоенцефалити и енцефаломиелити.

Остър лимфоцитарен менингоенцефалит и миелит в стадий II на невроборелиоза:

Лечението се провежда с **цефтриаксон 2 гр.** за 24 ч. еднократно интравенозно в продължение на 14 дни или с **цефотаксим 3 x 2 гр.** интравенозно – също за 14 дни, или **пеницилин 4 x 5 000 000 МЕ** за 14 дни.

Хроничен енцефалит или енцефаломиелит в стадий III на невроборелиоза:

Провежда се същата схема на лечение както при острия.

Асимптомен менингит при неврулес:

Средство на избор е пеницилин, приложен в доза 4 x 6 000 000 интравенозно в продължение на 14 дни.

2.9. Лечение на подостри и хронични микотични менингити и менингоенцефалити

Криптококус неоформанс менингоенцефалит:

За лечение се използва комбинацията: **амфотерицин В + флуцитозин.** **Амфотерицин В** се назначава след тест-доза за поносимост от 0,2 мг/кг/24 ч. в 500 мл 5% глюкоза в инфузия за 4-6 часа, като в следващите дни дозата се увеличава с 0,2 мг/кг до 1 мг/кг/24 ч. до обща курсова доза 1500-2000 мг. Флуцитозин се приема пер ос в дневна доза от 150 мг/кг в 3 или 4 дневни приема в продължение на 14-20 дни.

Кандидозен менингоенцефалит:

Прилага се комбинация **амфотерицин В + флуцитозин** както при криптококов менингит, когато се касае за имунокомпетентни болни. При имунокомпрометирани болни се прилага **флуконазол** в начална доза 400 мг дневно в продължение на 8 дни.

При **аспергилоза** се използва комбинацията **амфотерицин В + флуцитозин**, както при криптококовия менингоенцефалит.

2.10. Лечение на подостри и хронични паразитни менингоенцефалити

Цистицеркозен менингоенцефалит:

За лечението се използва **празиквантел** в дневна доза 50 мг/кг/24 ч. в продължение на 15-30 дни.

Токсоплазмен менингоенцефалит:

Лечението се провежда с **Spyramycin 3 g** дневно и комбинацията **пириметамин и сулфадиазин** съответно 25 мг и 2-4 мг дневна доза. Средната продължителност на курса на

лечение е 3-4 седмици.

СКАЛА ЗА ОЦЕНКА НА КОМИ ПО GLASGOW - LIEGE

СИМПТОМИ	ОЦЕНКА	ДЕН И ЧАС НА ИЗСЛЕДВАНЕТО									
ОТВАРЯНЕ НА ОЧИ											
Спонтанно	4										
На повикване	3										
На болка	2										
Няма отговор	1										
СЛОВЕСЕН ОТГОВОР											
Ориентиран	5										
Объркан	4										
Неадекватен	3										
Неразбираем	2										
Няма отговор	1										
МОТОРЕН ОТГОВОР											
Подчинява се	6										
Локализира	5										
Отдръпва (оттегля) Абнормна флексия	4										
	3										
Абнормна екстензия	2										
Няма отговор	1										
МОЗЪЧНО-СТВОЛОВИ РЕФЛЕКСИ											
Фронтно - орбикуларен	5										
Вертикален окулоцефален или окуловестибуларен	4										
Зенична реакция на светлина	3										
Хоризонтален окулоцефален или окуловестибуларен	2										
Окулокардиален	1										
Няма отговор	0										
ОБЩ СБОР:											

Интерпретация на общия сбор:

- критичен прогностичен праг -7-8 точки.

Забележка: Оценката на тежестта на състоянието по скалата на GLASGOW – LIEGE задължително се отразява в “История на заболяването” на пациента.

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

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Базира се на клинични, клинико-лабораторни (вкл. ликворологични), вирусологични, микробиологични показатели и от невроизобразяващите изследвания.

За поставяне диагнозата Лаймска невроборелиоза освен определяне на специфичните антитела срещу *Borrelia burgdorferi* в серума, е необходимо и доказване на интратекална

синтеза на специфични антитела (коефициент >1):

Лабораторен критерий за диагнозата лаймска невроборелиоза:

Специфични IgG в ликвора : Специфични IgG в серума >1 – говори за интратекална синтеза

Общи IgG в ликвора Общи IgG в серума

При суспекция или доказване на *Haemophilus influenzae* или *Neisseria meningitidis* като причинители на гнойни менингити, лекарят трябва да даде съвети за антимикробна химиопрофилактика на контактните, като това трябва да стане възможно най-бързо след диагностицирането.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- трайна липса на фебрилитет поне 3 дни;
- липса на менингоградикулерен синдром;
- преминаване на изявената симптоматика и степенно обратно развитие;
- нормализиране на ликвора.

Индикации за дехоспитализация при туберкулозен менингит при болни над 18 г.:

- овладяване и отзвучаване на мозъчния оток;
- овладяване на базалната симптоматика от ЦНС;
- овладяване на синдрома на повишено вътречерепно налягане;
- овладяване на синдрома на менингоградикулерно дразнене;
- овладяване на ликворен синдром;
- контролна КТ на глава.

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.

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”* и Документ №1, който е неразделна част от ИЗ.

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”*.

ДОКУМЕНТ № 1 И ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯТ КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

От Вашия личен лекар и проведените консултации със специалист вече ви е известно, че имате сериозно заболяване на централна нервна система (ЦНС).

Това е остро възпалително заболяване, причинено от вируси или бактерии, засягащи централната нервна система, обикновено с тежко протичане и изискващо задължително лечение в болнично заведение. Възпалението засяга обвивката на мозъка (менингит), мозъчната тъкан (енцефалит) или двете едновременно (менингоенцефалит). За да се постави диагнозата, е необходимо да се направят поредица от изследвания, включително анализ на течността, в която се намира мозъка (ликворът). Тази манипулация, наречена лумбална пункция, е практически безопасна, когато се извършва от опитни специалисти.

При забавяне на лечението са възможни усложнения и прогресиране на заболяването до фатален изход. Поради това влизането Ви в специализирано инфекциозно отделение е абсолютно наложително. В отделението ще се провежда адекватно антибиотично и друг вид лечение за Вашето заболяване.

За пълнота Ви молим да прочетете описаните процедури, които предстоят да бъдат извършени във Ваш интерес:

- престоят Ви в отделението ще продължи не по-малко от 15 дни, като при наличие на усложнения ще се наложи да бъде удължен;

- ще Ви се направят необходимите кръвни, микробиологични или вирусологични изследвания, рентгеново изследване на бял дроб, ЕКГ, ако е необходимо - и скенер на главен мозък; за част от изследванията ще бъдете допълнително информирани и ще бъде искано Вашето съгласие за извършването им;

- лечението ще се извърши предимно по венозен път с необходимите лекарствени средства;

- екип от специалисти ще следят Вашето здравословно състояние през целия престой от деня на приемането до изписването Ви; във всеки момент от болничния престой имате право да се откажете от предложеното лечение, но това може да се окаже фатално за Вашето здраве;

- Вашите близки ще могат да посещават клиниката в указаните за това дни и часове, които са съобразени с моментната епидемиологична ситуация и с факта, че се намирате в инфекциозно отделение; по време на посещението на Вашите близки, лекуващият екип ще им даде подробна информация за Вашето състояние;

- при всички случаи от Вас ще се иска активно съдействие при взимане на всяко едно решение по отношение лечебните и диагностични процедури;

- ако по време на лечението пожелаете да го прекратите, е необходимо да изразите това свое желание писмено, като с това си действие освобождавате лекуващия Ви екип от отговорността за по-нататъшното Ви здравословно състояние.

ТУБЕРКУЛОЗЕН МЕНИНГИТ ПРИ ВЪЗРАСТНИ

От Вашия личен лекар и проведените консултации със специалист вече ви е известно, че имате сериозно заболяване на централна нервна система (ЦНС).

Вие имате туберкулозно заболяване на централната нервна система (ЦНС). Заболяването е много тежко, има хронично протичане и изисква продължително лечение до една година. Във връзка с диагностични и терапевтични процедури е наложително провеждането на лумбални пункции, венозни вливания, многократно изследване на кръв и кръвни продукти, както и консултация с различни специалисти при необходимост. Оздравителният процес зависи не само от лечението, а и от продължителността на контакта с туберкулозно болен, общото състояние на организма, наличието на имунен дефицит, ранно поставяне на диагнозата и своевременното транспортиране до болницата.

Вашето лечение ще се провежда от високо квалифицирани специалисти непрекъснато до настъпване на оздравяването. Лечебният процес и хигиенно диетичният режим са много прецизни и съобразени както със заболяването, така и с възрастта Ви.

За всички лечебно-диагностични процедури ще бъдете своевременно информирани от лекуващия Ви лекар. По Ваше желание можете да прекъснете лечението във всеки етап от провеждането му, като предварително уведомите за това лекуващия лекар. Предвид продължителността на лечението молим за Вашето търпение и разбиране.

РЕГИСТРИРАНЕ НА ПРОЦЕДУРИ ПО КЛИНИЧНА ПЪТЕКА № 9 „ОСТРИ И ХРОНИЧНИ ВИРУСНИ, БАКТЕРИАЛНИ, СПИРОХЕТНИ, МИКОТИЧНИ И ПАРАЗИТНИ МЕНИНГИТИ, МЕНИНГОЕНЦЕФАЛИТИ И МИЕЛИТИ ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ”

ДОКУМЕНТ №1

Извършените процедури, се вписват от изпълнителя им и се отразяват в Документ №1 в деня на извършване.

Задължителното им вписване подлежи на непосредствен и последващ контрол от експерти на РЗОК/НЗОК.

При неизвършването им съгласно заложените алгоритъм на КП, лечебното заведение изпълнител на болнична помощ подлежи на налагане на санкции, включително удържане в следващия отчетен период на средствата, платени за клиничната пътека.

I.	II.								
Ден за провеждане на процедури	1 ден	2 ден	3 ден						Изписване
Дата									
ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ									
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ									
КОНСУЛТАЦИИ С ДРУГИ СПЕЦИАЛИСТИ									

ДАТА НА ИЗПИСВАНЕ НА ПАЦИЕНТА	ПОДПИС НА ЗАВЕЖДАЩ КЛИНИКА/ОТДЕЛЕНИЕ	ПОДПИС НА ЛЕКУВАЩИЯ ЛЕКАР
-------------------------------	--------------------------------------	---------------------------