

Перечень заболеваний, не входящих в перечень по кодам МКБ-10 для лечения в круглосуточном стационаре.

В случае, если заболевание не входит в перечень заболеваний по кодам МКБ - 10 для лечения в круглосуточном стационаре госпитализации подлежат:

1	Дети до 18 лет, беременные, родильницы, лица старше 65 лет;
2	Лица, которым проведена дополнительная оценка состояния по критериям в соответствии с профилем заболевания и по результатам которой имеется необходимость круглосуточного врачебного наблюдения:
2.1	при болезнях нервной системы:
	G50.0 Невралгия тройничного нерва;
	G54.0 Поражения плечевого сплетения;
	G54.2 Поражения шейных корешков, не классифицированные в других рубриках;
	G54.4 Поражения поясничных корешков, не классифицированные в других рубриках.
	При наличии болевого синдрома с признаками радикулопатии, спондилоартроза, дегенеративно-дистрофических изменений, протрузии и грыжи межпозвоночных дисков позвоночника, подтвержденных рентгенологически и магнитно-резонансной томографией, оценивается интенсивность боли по шкале оценки системе ВАШ (визуальная аналоговая шкала).
	Пациента просят отметить на неградуированной линии длиной 10 см точку, которая соответствует степени выраженности боли. Левая граница линии соответствует определению "боли нет", правая - "худшая боль, какую можно себе представить".
	Дополнительно осуществляются мероприятия по купированию болевого синдрома и через 30 минут проводится повторная оценка интенсивности боли.
	При динамической оценке изменения интенсивности боли более чем на 13 мм, специалист приемного отделения стационара рекомендует обратиться в организацию ПМСП по месту прикрепления и передает актив в поликлинику по месту жительства пациента.
	В случае отсутствия положительного эффекта пациент госпитализируется в круглосуточный стационар с указанием проведенных мероприятий и причиной госпитализации в информационной системе.
2.2.	2) при болезнях эндокринной системы:
	E05.0 Тиреотоксикоз с диффузным зобом;
	E05.2 Тиреотоксикоз с токсическим многоузловым зобом.
	Для оценки степени увеличения щитовидной железы, гормонального статуса, наличия симптомов тиреотоксикоза и признаков тиреотоксического криза проводится: УЗИ щитовидной железы (диффузное увеличение объема щитовидной железы, гипозоногенность ткани, усиление ее кровотока), электрокардиография (учащение сердечных сокращений; высокие, заостренные зубцы Р и Т; мерцание предсердий; экстрасистолия; депрессия сегмента ST, отрицательный зубец Т; признаки гипертрофии левого желудочка), анализ крови на гормон щитовидной железы (Т3 свободный, Т4 свободный, ТТГ).
	При наличии показаний, пациент госпитализируется в круглосуточный стационар.
	E10.5 Инсулинзависимый сахарный диабет с нарушениями периферического кровообращения;
	E11.5 Инсулиннезависимый сахарный диабет с нарушениями периферического кровообращения.
	Оценивается состояние пациента на наличие осложнения: нарушение периферического кровоснабжения в виде упорных болей при ходьбе и в ночное время, перемежающаяся хромота, отсутствие пульсации на сосудах нижних конечностей, незаживающие выраженные трофические изменения от язв до гангрены.
	Проводятся лабораторные и инструментальные исследования:
	общий анализ крови и коагулограмма (тенденция к тромбообразованию);
	глюкоза крови (гипергликемия);
	холестерин крови (гиперхолестеринемия);
	УЗДГ артерий нижних конечностей (замедление скорости кровотока).
	E10.6 Инсулинзависимый сахарный диабет с другими уточненными осложнениями.
	Оценивается состояние на наличие осложнений, требующих интенсивной терапии и постоянного врачебного наблюдения: неврологические осложнения в виде диабетической нейропатии, поражения глаз, поражения почек.
	Учитываются признаки высокого риска: микротромбоз сосудов глаз, преходящая слепота, тромбирование сосудов почек, почечная недостаточность, устойчивые к медикаментозному лечению.
	Проводятся лабораторные и инструментальные исследования:
	общий анализ крови и коагулограмма (тенденция к тромбообразованию);
	глюкоза крови (гипергликемия);
	биохимический анализ крови на содержание холестерина, креатинина, остаточного азота, показатели которых превышают нормы;
	общий анализ мочи (низкий удельный вес);
	скорость клубочковой фильтрации (снижение СКФ мочи менее 29-15 мл/мин.);
	офтальмоскопия (изменения на глазном дне: расширение, извитость вен, микроаневризмы; диабетическая катаракта, блефарит, кератопатия диабетическая ретинопатия, поражение роговицы, трофические язвы, вторичная глаукома).
	В случае наличия признаков осложнений и рисков пациент госпитализируется в круглосуточный стационар с указанием проведенных мероприятий и причиной госпитализации в информационной системе.
2.3.	при болезнях системы кровообращения при заболеваниях:
	I 20.8 Другие формы стенокардии.

	Оценивается состояние на наличие риска осложнений, требующих интенсивной терапии и постоянного врачебного наблюдения: гемодинамическая нестабильность или кардиогенный шок, рецидивирующая или продолжающаяся боль в грудной клетке, устойчивая к медикаментозному лечению; жизнеугрожаемые аритмии или остановка сердца, повторные динамические изменения сегмента ST или зубца T, особенно с преходящей элевацией сегмента ST.
	Проводятся лабораторные и инструментальные исследования:
	высокочувствительный тропонин при поступлении и через 1-3 часа повторно, или через 0-1 часов при наличии соответствующих анализаторов;
	при отсутствии стандартный тропонин T с повторным определением через 6-9 часов при необходимости (все методы в количественном измерении);
	общий анализ крови (гемоглобин, гематокрит, тромбоциты и др.);
	глюкоза крови.
	электрокардиография: признаки коронарной болезни сердца (в том числе, перенесенный инфаркт миокарда), смещение сегмента ST при ишемии миокарда или признаки поражения перикарда; гипертрофия левого желудочка, блокада ножки пучка Гиса, синдром преждевременного возбуждения желудочков, аритмии или нарушения проводимости;
	эхокардиография (при наличии): пороки клапанов, гипертрофическая кардиомиопатия, сниженная функция желудочков, нарушение локальной сократимости;
	суточное мониторирование ЭКГ (при наличии): критерии ишемии миокарда депрессия сегмента ST > 2 мм и ее длительность.
	Учитываются сопутствующие состояния, провоцирующие ишемию миокарда или усугубляющие ее течение:
	повышающие потребление кислорода: артериальная гипертензия, гипертиреоз, аортальные пороки сердца;
	снижающие поступление кислорода: анемия; пневмония, бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких, легочная гипертензия, гиперкоагуляция, врожденные и приобретенные пороки сердца.
	I 11.9 Гипертензивная (гипертоническая) болезнь с преимущественным поражением сердца без (застойной) сердечной недостаточности.
	Определяются основания для госпитализации:
	гипертонический криз, не купирующийся на догоспитальном этапе, в том числе в приемном отделении;
	гипертонический криз с выраженными проявлениями гипертонической энцефалопатии;
	Проводятся инструментальные исследования и оценивается:
	электрокардиография: отклонение электрической оси сердца влево, признаки гипертрофии левого желудочка, блокада ножки пучка Гиса, синдром преждевременного возбуждения желудочков, аритмии или нарушения проводимости;
	эхокардиографию (при наличии): пороки клапанов, сниженная функция желудочков, гипертрофия миокарда;
	суточное мониторирование артериального давления (при наличии).
	I 67.8 Другие уточненные поражения сосудов мозга.
	Определяются основания для госпитализации:
	прогрессирующее течение (нарастание симптомов недостаточности каротидной или вертебрально-базилярной системы):
	когнитивные расстройства;
	нарушения двигательных функций;
	транзиторная ишемическая атака, риск развития инсульта.
	В случае наличия признаков расстройств и рисков пациент госпитализируется в круглосуточный стационар с указанием проведенных мероприятий и причиной госпитализации в информационной системе.
2.4.	при болезнях органов пищеварения:
	K25.3 Язва желудка острая без кровотечения и прободения;
	K26.3 Язва двенадцатиперстной кишки острая без кровотечения и прободения.
	Определяются основания для госпитализации:
	интенсивная боль, сопровождаемая диспепсией, не купируемая спазмолитиками на догоспитальном этапе и в приемном отделении;
	язвенная болезнь, ассоциированная с <i>Helicobacter pylori</i> , не поддающаяся эрадикации на догоспитальном этапе;
	язвенная болезнь желудка при отягощенном семейном анамнезе с целью исключения малигнизации;
	язвенная болезнь с синдромом взаимного отягощения (сопутствующие заболевания).
	K74.3 Первичный билиарный цирроз,
	K74.4 Вторичный билиарный цирроз.
	Выявляются основания для госпитализации:
	активность процесса, подтвержденная патологическими изменениями в крови как повышение показателей АлТ, АсТ, более чем в 10 раз, критическое снижение свертываемости крови (протромбиновое время более 100 сек, МНО более 6,5).
	Оценивается риск возникновения осложнений, требующих интенсивной терапии и постоянного врачебного наблюдения:
	развитие комы: наличие патологических рефлексов: Бабинского, Жуковского, Гордона и Хоботковского;
	проведение фиброгастродуоденоскопии (подозрение на кровотечение из расширенных вен пищевода);
	электроэнцефалография (появление медленных дельта-волн, замедление альфа-ритма).

	В случае наличия признаков осложнений пациент госпитализируется в круглосуточный стационар с указанием проведенных мероприятий и причиной госпитализации в информационной системе.
2.5.	при болезнях костно-мышечной системы:
	M05.8 Другие серопозитивные ревматоидные артриты.
	Выявляются основания для госпитализации:
	некупируемый болевой синдром,
	нарушение подвижности суставов и затруднение самообслуживания.
	Активность процесса, подтвержденная патологическими изменениями:
	крови (ускорение СОЭ, СРБ повышение, лейкоцитоз);
	рентгенологические изменения: деформация суставов, склероз субхондральной зоны.
	M42.1 Остеохондроз позвоночника у взрослых;
	M51.1 Поражения межпозвоночных дисков поясничного и других отделов с радикулопатией.
	Выявляются основания для госпитализации: протрузии и грыжи межпозвоночных дисков различных отделов позвоночника, радикулопатии, спондилеза, спондилоартроза, дегенеративно-дистрофические изменения на рентгенографии и МРТ позвоночника и оценивается риск развития осложнений:
	неврологические симптомы: снижение силы мышц конечностей до 2-3 баллов, признаки атрофии мышц;
	параличи, ведущие к ишемии и инфаркту спинного мозга.
	В случае наличия рисков пациент госпитализируется в круглосуточный стационар с указанием проведенных мероприятий и причиной госпитализации в информационной системе.
2.6.	болезни органов дыхания:
	J18.0 Бронхопневмония неуточненная;
	J18.8 Другая пневмония, возбудитель не уточнен;
	Оценивается тяжесть состояния: выраженный инфекционно-токсический синдром (одышка, гипотония, гипертермия). Выявляются признаки высокого риска и развитие осложнений: инфекционно-токсический шок, плеврит, абсцедирование.
	J44.8 Другая уточненная хроническая обструктивная легочная болезнь.
	Оценивается тяжесть состояния: значительное нарастание тяжести симптомов, внезапное развитие одышки в покое, появление новых симптомов - цианоз, периферические отёки, и обострение, не купируемое проводимой терапией. Выявляются признаки высокого риска и развития осложнений: тромбоэмболия, пневмоторакс, фибрилляция предсердий.
	При наличии признаков высокого риска развития осложнений, пациент госпитализируется в круглосуточный стационар.
	J45.0 Астма с преобладанием аллергического компонента;
	J45.8 Смешанная астма.
	Оценивается состояние: экспираторная одышка, частота дыхательных движений составляет более 30 в 1 мин.
	Выявляются признаки высокого риска и развития осложнений: тяжелый приступ бронхиальной астмы, наличие дыхательной недостаточности.
	Проводятся функциональные методы исследования:
	пикфлоуметрия;
	спирометрия.
	При тяжелом приступе бронхиальной астмы объем форсированного выдоха за первую секунду при спирометрии, или пиковая скорость выдоха при пикфлоуметрии менее 80% от должных значений при пикфлоуметрии, вариабельность показателей объема форсированного выдоха за первую секунду при спирометрии или пиковая скорость выдоха >30% при пикфлоуметрии.
	Пациенту назначаются бронхорасширяющие препараты, согласно клиническому протоколу лечения, при этом:
	нет быстрого эффекта;
	эффект сохраняется менее 3-х часов.
	кортикостероиды:
	нет улучшения в течение 2-6 часов после применения;
	наблюдается дальнейшее ухудшение, нарастание дыхательной и легочно-сердечной недостаточности, "немое легкое".
	В случае отсутствия положительного эффекта пациент госпитализируется в круглосуточный стационар с указанием проведенных мероприятий и причиной госпитализации в информационной системе.
2.7.	при болезнях мочеполовой системы:
	N10 Острый тубулоинтерстициальный нефрит;
	N11.1 Хронический обструктивный пиелонефрит;
	N11.8 Другие хронические тубулоинтерстициальные нефриты.
	Выявляются основания для госпитализации:
	некупируемая лихорадка на фоне приема антибиотиков выше 40 °С и подтвержденные лабораторно-инструментальные обследования в амбулаторных условиях:
	прогрессирующее снижение скорости клубочковой фильтрации менее 29-15 мл/мин,
	УЗИ - уменьшение размеров почек,
	общий анализ крови (лейкоцитурия), общий анализ мочи (пиурия, протеинурия).
	Оценивается риск развития осложнений: абсцедирование, почечная недостаточность.
	N70.1 Хронический сальпингит и оофорит.
	Выявляются основания для госпитализации:
	симптомы интоксикации: повышение температуры тела, повышение СОЭ, интенсивные боли;
	УЗИ (трансвагинально): наличие спаек и выпота в малом тазу; при гидро- или пиосальпинксе – опухолевидное изменение трубы.

	Оценивается риск развития осложнений: пельвиоперитонит, разрыв яичника, апоплексия яичника.
	В случае отсутствия положительного эффекта и наличия признаков осложнений пациент госпитализируется в круглосуточный стационар с указанием проведенных мероприятий и причиной госпитализации в информационной системе.
	S06.0 Сотрясение головного мозга.
	При обращении пациента с подозрением на черепно-мозговую травму, осуществляется дифференциальная диагностика между сотрясением и ушибом головного мозга.
	При наличии симптомов ушиба головного мозга:
	потеря сознания: от нескольких минут и более;
	общее расстройство сознания: заторможенность, сонливость, неяркая амнезия, спутанность сознания;
	головная боль, возникающая из-за отека мозга, нарушения оттока ликвора, головокружение;
	тошнота и рвота, судороги;
	нарушение нормального уровня артериального давления: повышение от 140/80 мм рт. ст. до или более 180/100 мм рт. ст. при учащении сердцебиения до 120 или замедление до 45 ударов в минуту;
	гипертермия: от незначительного повышения температуры до 40—41°C;
	неврологические симптомы,
	возникающие из-за разрушения мозговых клеток, нарушения ликворного тока и отравления продуктами распада клеток: спонтанные движения глаз, мышечные спазмы, парез конечностей, утрата речи;
	менингеальные признаки разной степени выраженности.
	Для подтверждения проводится компьютерная томография головного мозга (наличие структурных изменений головного мозга и/или переломов костей черепа). В случае отсутствия возможности проведения компьютерной томографии, пациент госпитализируется в стационар для наблюдения в сроки от 3-х до 5-ти суток.
	Для исключения периода компенсированного травматического сдавления головного мозга (светлый промежуток) пациент наблюдается в условиях приемного покоя в течении суток.
	В случае подтверждения диагноза ушиба головного мозга пациент госпитализируется в круглосуточный стационар с указанием проведенных мероприятий и причиной госпитализации в информационной системе.
	При диагнозе сотрясения головного мозга пациенту рекомендуется покой, постельный режим не менее 5 дней и наблюдение в амбулаторных условиях.
	J30.4 Аллергический ринит неуточненный, J45.0 Астма с преобладанием аллергического компонента, D69.0 Аллергическая пурпура L50.0 Аллергическая крапивница, T78.4 Аллергия неуточненная.
	Пациенты, с указанными кодами заболеваний, требующими проведения провокационного дозируемого теста под контролем врача-аллерголога, также подлежат госпитализации в круглосуточный стационар с отделением реанимации и интенсивной терапии.
	В случае несовпадения перечня обследований по вышеуказанным нозологиям согласно перечня годов МКБ - 10, необходимо ориентироваться на утвержденные клинические протоколы диагностики и лечения.