



Република Македонија
Влада на Република Македонија

ПРОЕКТ

**ЗА РЕФОРМИ ВО БОЛНИЧКАТА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА
(ДСГ) ДИЈАГНОСТИЧКО СРОДНИ ГРУПИ**

ПРИРАЧНИК

(Упатство за ДСГ)

НЕРВЕН СИСТЕМ

0604 УДАР**1. Тековен**

Ударот е неспецифична ставка. Пред да го назначите кодот, обидете се да добиете посспецифична дијагноза (на пример *субарханоидално крварење* (I60), *интрацеребрално крварење* (I61), *церебрален инфаркт* (I63)).

Секвели (задоцнети ефекти)

Вообичаената примена на секвелите е каде дефицитот се појавува како резултат на состојба и често се појавува подоцна од почетната состојба (на пример сколиоза по рахитис). Ударот менува, дефицитите се брз резултат на ударот. Поради таа причина треба да се применува следниот стандард:

ПРИМЕР 1:

Пациент страда од церебрален инфаркт на 1.01.2000 година и 7.01.2000 година е префрлен во институција за рехабилитација заради продолжување со рехабилитацијата.

За првата епизода (1.01-7.01) се назначува кодот I63.- (*церебрален инфаркт*) плус кодовите за дефицитите.

Пациентот е пренесен на рехабилитација по претходен прием поради церебрален инфаркт. Пациентот страда од хемипареза и афазија.

Втора епизода:

Кодови:	Z50.-	(<i>рехабилитација</i>)
	I63.-	(<i>церебрален инфаркт</i>)
	G81.-	(<i>хемипареза</i>) и
	R47.-	(<i>афазија</i>)

Иако пациентот добива континуирано лекување, без разлика на времето кое поминало од ударот, назначете го кодот од категориите I60-I64 (*цереброваскуларни болести*) заедно со кодовите на дефицитите кои ги има (на пример хемиплегија).

Кодовите за I69.- *Секвели од цереброваскуларни болести* треба да се користат само кога периодот на лекување е завршен, но сеуште се манифестираат резидуални дефицити и ги задоволуваат критериумите за дополнителна дијагноза.

ПРИМЕР 2:

Пациент примен за хемиколектомија. Движењето му е ограничено подади резидуална хемипареза од претходен удар. Не се врши дополнително лекување на резидуалната хемипареза за време на епизодата на медицинска нега.

Назначете го кодот за дополнителна дијагноза за хемипареза и I69 – Секвели од цереброваскуларни болести, забележувајќи дека не се лекува ниту ударот, ниту пак хемипарезата.

2. Тежина

Neurosciences CCGG направи листа на кодови на дополнителни дијагнози кои даваат некои назначувања за тежината на ударот. Интересно е да се забележи дека тоа не се секогаш дефицитите, како што е хемиплегијата, која покажува дека ударот е 'тежок'. Оваа табела овде е дадена информативно, бидејќи состојбите кои се наведени ќе се кодираат рутински за време на процесот на апстракција. Сепак, **треба да се забележи дека во случај на удар, дисфагијата, уринарната инконтиненција и фекалната инконтиненција треба да се кодираат само ако се задоволени одредени критериуми.**

УДАР – ДОПОЛНИТЕЛНИ ДИЈАГНОЗИ	
ДОПОЛНИТЕЛНА ДИЈАГНОЗА	КОДОВИ ОД МКБ-10-АМ
Инфекција на уринарен тракт, место неозначено	N39.0
Аспирациски пневмонит	J69.0
Пневмонија	J12.0, J12.1, J12.2, J12.8, J12.9, J13, J14, J15.0, J15.1, J15.2, J15.3, J15.4, J15.5, J15.6, J15.7, J15.8, J15.9, J16.0, J16.8, J17.0, J17.1, J17.2, J17.3, J17.8, J18.0, J18.1, J18.2, J18.8, J18.9
Декубитус [притисочен] и улкус на долен екстремитет	L89.-, L97.-
Пулмонарна емболија и венска тромбоза	I.26.0, I26.9, I80.2
Дисфагија – се кодира само кога бара хранење со назогастрична туба или кога бара лекување и по 7 дена по ударот	R13
Уринарна инконтиненција – се назначува само кога инконтиненцијата е присутна при отпуштањето или опстојува барем 7 дена	R32, N39.3, N39.4

Фекална инконтиненција - се назначува само кога инконтиненцијата е присутна при отпуштањето или опстојува барем 7 дена	R15
Ретенција на урина	R33
Афазија	R47.0
Септикемија	A40.0, A40.1, A40.2, A40.3, A40.8, A40.9, A41.1, A41.2, A41.3, A41.4, A41.50, A41.51, A41.52, A41.58, A41.8 A41.9
Други бактериски болести (на пример гангрена)	A30.0, A30.1, A30.2, A30.3, A30.4, A30.5, A30.8, A30.9, A31.0, A31.1 A31.8, A31.9, A32.0, A32..1, A32.7, A32.8, A32.9, A33, A34, A35, A36.0, A36.1, A36.2, A36.3, A36.8, A36.9, A37.0, A37.1, A37.8, A37.9, A38, A39.0, A39.1, A39.2, A39.3, A39.4, A39.5, A39.8, A40.0, A40.1, A40.2, A40.3, A40.8, A40.9, A41.1, A41.2, A41.3, A41.4, A41.50, A41.51, A41.52, A41.58, A41.8 A41.9, A42.0, A42.1, A42.2, A42.7, A42.8, A42.9, A43.0, A43.1, A43.8, A43.9, A44.0, A44.1, A44.8, A44.9, A46, A48.0, A48.1, A48.2, A48.3, A48.4, A48.8, A49.0, A49.1, A49.2, A49.3, A49.8, A49.9, B96.88, R02

3. Стар CVA

Грижата за стар CVA треба да се преземе кога се кодира оваа несоодветна или погрешно насочувачка дијагностичка изјава која може да значи или:

1. Пациентот има историја на удар без сега присутни невролошки дефицити, или
2. Историја на удар до сеуште присутни невролошки дефицити.

Кај (2) невролошкиот дефицит се кодира и како I69.– *Секвели од церебровасуларна болест* онаму каде дефицитите ги задоволуваат критериумите за дополнителна дијагноза (види АСК 0002, *Дополнителни дијагнози*).

Не го назначувајте кодот I69.- сам, на него секогаш треба да му претходи код кој ја покажува манифестацијата на задоцнетиот ефект (на пример хемипареца, афазија).

0605 ПРОДОЛЖУВАЊЕ НА УДАР

Кодирајте продолжување на удар како друг церебрален инфаркт или удар (I60-I64 *Цереброваскуларни болести*) ако не е дадена специфичноста.

0606 АФАЗИЈА/ДИСФАЗИЈА

Афазијата не треба да се назначува како главна дијагноза во епизода на акутна нега. 'Дисфазијата' треба да се разјасни со лекарот-клиничар бидејќи оваа терминологија е неприфатлива.

0612 ХИРУРГИЈА НА БАЗАТА НА ЧЕРЕПОТ

Хируршкото решавање на лезиите (како што се вратен гломус, менингиом, фибросарком, фиброзна дисплазија) која ја вклучува базата на черепот (базата на предната, средната и задната фоса) често бара вештина на повеќе неврохирурзи или повеќе хирурзи од разни специјалности кои заедно работат за време на операцијата.

Овие процедури опфаќаат и краниотомија, ретракција на мозокот и/или мозочната обвивка; овие процедури обично не се вршат во фази бидејќи е потребно дефинитивно да се затвори дурата, субкутаните ткива и кожата.

0625 КВАДРИПЛЕГИЈА И ПАРАПЛЕГИЈА, НЕТРАУМАТСКИ

За кодирање на трауматската квадриплегија/параплегија види АСК 1915 *Повреди на 'рбет ('рбетен мозок)*.

Дефиниција**Параплегија**

Параплегија

„Параплегија претставува намалување или губење на моторните и/или сензорните функции во торакалниот, лумбалниот или сакралниот невролошки сегмент поради оштетување на неврални елементи во 'рбетниот мозок. Параплегијата не ги зафаќа рацете, но, во зависност од нивото, може да го зафати трупот, нозете или карличните органи. Овој поим коректно се употребува за да се опишат повреди кауда еквина и конус медуларис, но не треба да се користи во однос на лезии на лумбосакралниот плексус или повреди на периферните нерви надвор од невралниот канал“

(Miller-Keane (1997), *Encyclopedia and Dictionary of Medicine, Nursing and Allied Health* (sixth ed.), W.B. Saunders, Philadelphia.)

Квадриплегија

Квадриплегија

„Квадриплегија претставува парализа на сите четири екстремитета. Моторните и/или сензорните функции во вратните 'рбетни сегменти се намалени или изгубени поради оштетувања на тој дел од 'рбетниот мозок, што предизвикува намалување на функционалноста на рацете како и на нозете, трупот и карличните органи. Овој поим не вклучува заболувања поради лезии на брахијалниот плексус или повреди на периферните нерви надвор од 'рбетниот канал.“

(Miller-Keane (1997), Encyclopedia and Dictionary of Medicine, Nursing and Allied Health (sixth ed.), W.B. Saunders, Philadelphia.)

Класификација

Почетна (акутна) фаза на параплегијата/квадриплегијата

'Акутната' фаза на нетрауматската параплегија/квадриплегија опфаќа:

Прием по прв пат, како резултат на нетрауматска медицинска состојба како што е вкрстен миелитис или инфаркт на 'рбетниот мозок. Тоа може да опфати некои медицински и хируршки состојби кои биле подобрени, но се влошиле и го бараат истиот степен на лекување за прв прием во епизодата на болеста, како кај пациенти кои се кои се примаат по прв пат по траума.

Ако пациент се јави со состојба која предизвикува лезија на 'рбетниот мозок (на пример миелитис), назначете ги следните кодови:

1. Состојбата (миелитис) како главна дијагноза.
2. Код од G82.- *Параплегија и тетраплегија* со петти знак 1 (неозначена, акутна), 3 (целосна, акутна) или 5 (нецелосна, акутна).

Следна (хронична) фаза на параплегија/квадриплегија

Седната фаза на параплегијата/тетраплегијата/квадриплегијата опфаќа:

Пациент со параплегија/квадриплегија примен во болница/установа (вклучувајќи и за рехабилитација) по периодот во болница за лекување на акутната (почетна) фаза.

Пациент со параплегија/квадриплегија примен со главна дијагноза – состојби како што се инфекција на уринарниот тракт, фрактура на фемур итн., каде параплегијата/квадриплегијата ги задоволува условите на дефиницијата за дополнителна дијагноза.

Во погорните случаи се назначува кодот G82.- *Параплегија и тетраплегија* и другите состојби. Секвенционирањето на овие дијагнози треба да се води од дефиницијата за главна дијагноза. Веднаш по кодот G82.- *Параплегија и тетраплегија*, се назначуваат дополнителните кодови кои го отсликуваат основниот причинител за параплегијата/квадриплегијата (нетрауматска). Тие можат да бидат:

1. Претходна состојба која повеќе не постои (на пример вирусна инфекција, компликации од медицинска/хируршка нега, бенигна неоплазма на 'рбетот)
2. Хронична состојба (на пример мултиплекс склероза, дегенеративна болест на 'рбетот).

Кај (1) се назначува кодот за секвела, онаму каде што е можно (види и АСК 0008 *Секвели*). Онаму каде МКБ-10-АМ не дава код за секвела,

назначете го соодветниот код од категориите Z85-Z87 заради личната анамнеза на малигна или друга состојба.

Кај (2) се назначува кодот за хроничната состојба.

Ако етиологијата на повредата на 'рбетниот мозок не е утврдена во досието, тогаш треба да се направи консултација со лекарот-клиничар.

0627 МИТОХОНДРИСКИ НАРУШУВАЊА

Митохондриските нарушувања се со променливи карактеристики. Променливоста е резултат на фактот дека различните органски системи може да содржат различни количества заболени митохондрии и само оние ткива со висок процент заболени митохондрии ќе имаат функционални ограничувања. Митохондриските нарушувања кај различни луѓе може да се манифестираат на различни начини, на пример со болести на мозокот (енцефалопатии), болести на нервите (невропатии), мускулни болести (митохондриски миопатии), срцеви болести (кардиомиопатии), ендокринолошки, ренални, или болести на коскената срж или со комбинација од овие или други. Неодамна беше откриено дека повообичаени болести како што се дијабетесот и исхемичната болест на срцето, во некои случаи, имаат митохондриска основа. Исто така болестите на стареењето, како што се Паркинсоновата болест и Алцхајмеровата болест може делумно да бидат резултат на затајување на митохондриите.

Некои од митохондриските нарушувања за кои има посебни кодови во МКБ-10-АМ се:

Синдром на митохондриска енцефалопатија, млечна киселинска ацидоза и епизоди слични на оние на удар (МЕЛАС)

Синдромот на митохондриска енцефалопатија, млечна киселинска ацидоза и епизоди слични на оние на удар (МЕЛАС) е синдром кој обично погодува млади луѓе иако возраста може да варира. Првичните симптоми можат да бидат долготрајна глувост поради атрофија на нервите или тешки мигрени. Типично се презентира со ненадејни и тешки епизоди слични на удар, често со акцент на задниот мозок. Дијагнозата треба да се потврди или со наоѓање на типичните митохондриски абнормалности во биопсијата на мускул или со демонстрирање на карактеристичната митохондриска мутација на ДНК. Се назначува: G71.3 *Митохондриска миопатија, некласифицирана на друго место.*

Синдром на миоклонална епилепсија со нејасни црвени влакна (MERRF)

Синдромот на миоклонална епилепсија со црвени влакна (MERRF) е состојба која се карактеризира со миоклонална епилепсија, често заедно со други појави, вклучувајќи и глувост поради атрофија на нервите, церебрална атаксија и настани на генерализирана епилепсија. Дијагнозата треба да се потврди со утврдување на карактеристичните абнормалности во биопсијата на мускул (нејасни црвени влакна) или со утврдување на патогномонска митохондриска мутација на ДНК. Се

назначува G40.4- *Друга генерализирана епилепсија и епилептични синдроми.*

Хронична прогресивна надворешна офталмоплегија

Хроничната прогресивна надворешна офталмоплегија е состојба која се карактеризира со прогресивна слабост на екстраокуларните мускули. Тие можат да бидат поврзани со слабост на екстремитетите, а во некои случаи и со состојби на централниот нервен систем, ретинални и срцеви состојби. Дијагнозата треба да биде потврдена со карактеристични абнормалности на мускулна биопсија или со наоѓање на дијагностичка митохондриска мутација на ДНК. Се назначува G31.8 *Други означени дегенеративни болести на нервениот систем.*

Kearns-Sayre синдром или окулокраниосоматичен синдром

Kearns-Sayre синдром или окулокраниосоматичен синдром е митохондриска болест која се јавува во детството, се карактеризира со хронична прогресивна надворешна офталмоплегија, срцев блок, ретинитис пигментоза и дегенерација на CNS. Се назначува H49.8 *Други паралитички страбизам*

Митохондриска миопатија

Некои пациенти со прогресивна слабост на екстремитетите или замор поврзан со митохондриско затајување немаат и екстраокуларно вклучување. Овие случаи треба да се класифицираат како митохондриска миопатија и дијагнозата зависи од хистолошките ненормалности на карактеристичната мускулна биопсија или со утврдување на дијагностички митохондриски мутации на ДНК. Се назначува G71.3 *Митохондриска миопатија, неklasифицирана на друго место.*

На дијагнозите на 'митохондриските нарушувања', 'митохондриската болест' или 'митохондриската цитопатија' треба да им се назначи E88.8 *Други означени метабилични нарушувања* каде нема дополнителни информации за точната природа на состојбата.

0629 СТЕРЕОТАКТИЧКА РАДИОХИРУРГИЈА, РАДИОТЕРАПИЈА И ЛОКАЛИЗАЦИЈА

Стереотактичката радиохирургија (SRS) и стереотактичката радиотерапија (SRT) се процедури за лекување на мозочни лезии (генерално тумори) и за нив се потребни вештините на неврохирурзи и радиотерапевти.

Видови мозочни тумори и лезии кои се лекуваат со SRS и SRT.

Бенигни Малигни

Артериовенски малформации Глиоми
Менингиоми Метастази (во ретки случаи)

Интракранијалната стереотактичка локализација (40803-00 [1] *Интракранијална стереотактичка локализација*) го овозможува

определувањето на прецизната позиција за брахиотерапија, радиотерапија или интракранијална хирургија и секогаш се врши пред стереотактичката радиотерапија или стереотактичката радиохирургија. Интракранијалната стереотактичка локализација опфаќа повеќе процедурални компоненти, од кои главната е поставување рамка на главата. Дијагностичките процедури на снимање (КТ, МР, ангиографија, миелографија, вентрикулографија) се извршуваат заедно со компјутерски помогнатото определување координати, локализација и таргетирање.

Треба да се забележи дека овие процедурални компоненти на интракранијалната стереотактичка локализација се опфатени со кодот за интракранијална стереотактичка локализација и не се кодираат одделно.

Диференцијата помеѓу двата термини, стереотактичка радиотерапија и стереотактичка радиохирургија, општо се базира на видот на рамката која се користи и на големината на лезијата која се лекува.

Стереотактичка радиохирургија:

- голема доза на рендгенски зраци
- се користи за помали тумори, генерално помал од 3см во дијаметар
- интракранијалната стереотактичка локализација вклучува прстен за глава зашрафен за черепот

Назначете ги кодовите: 15600-00 [1789] *Лекување со стереотактичко зрачење, една доза*

40803-00 [1] *Интракранијална стереотактичка локализација*

Стереотактичка радиотерапија:

- фракционирано лекување (со користење на гама нож или LINAC)
- се користи за поголеми тумори или кога се блиску до критична структура како што е мозочното стебло, оптичката хијазма или оптичките нерви
- интракранијалната стереотактичка локализација вклучува прстен за глава фиксиран за окулзен раб

Назначете ги кодовите: 15600-01 [1789] *Лекување со стереотактичко зрачење, фракционирано*

40803-00 [1] *Интракранијална стереотактичка локализација*

Интракранијалната стереотактичка локализација може да се направи и пред интракранијална хирургија за отстранување, аспирација или биопсија на мозочен тумор или лезија. Други примери за интракранијални стереотактички хируршки процедури се всадување на електроди за епилепсија, вметнување на Рикамов резервоар и подврзување на аневризми. Во овие случаи, интракранијалната стереотактичка локализација ќе биде назначена како дополнителен код на интракранијалната хирургија.

ПРИМЕР 1:

Стереотактички водена биопсија на мозок

39703-00 [12] *Биопсија на мозок преку дупчени отвори*
 40803-00 [1] *Интракранијална стереотактичка локализација*

'Рбетната стереотактичка локализација (90011-05 [29] *'Рбетна стереотактичка локализација*) сега се применува кај хирургијата на 'рбет, како што е стереотактички водената биопсија, аспирација или отстранување на 'рбетна лезија. Како и кај интракранијалните процедури, 'рбетната стереотактичка локализација и претходи на 'рбетната хирургија и вклучува и дијагностички процедури со снимање (КТ, МР, миелографија) заедно со компјутерски помогнато определување на координати, локализација и таргетирање. Иако се дизајнирани стереотактички рамки за 'рбет, тие сепак ретко се користат.

90011-05 [29] *'Рбетна стереотактичка локализација* треба да се назначи по кодот на 'рбетната процедура на која се однесува,

ПРИМЕР 2:

Стереотактички водено отстранување на 'рбетен менингиом

30312-00 [12] *Отстранување на 'рбетна интрадурална лезија*
 40803-00 [1] *Интракранијална стереотактичка локализација*

0630 ОПЕРАЦИЈА НА КВАДРИПЛЕГИЧНА РАКА

Овие процедури се вршат само во посебни единици на пробна основа. Тие вклучуваат користење на активни миотомии за реконструкција на подлактицата. Најчестиот начин на реконструкција е со пренос на делтоидниот трицепс мускул, вклучувајќи и користење на Дракнов графт. Може да се изврши и всадување на моторизирани нервни стимулатори. Назначете ги кодовите за секоја поединечна процедура, а следните кодови се општ водич:

47966-00 [1573] *Трансфер на мускул, неklasифициран на друго место*

90012-00 [67] *Имплантација на периферен невростимулатор*

0631 БЕНИГЕН НАПАД НА ТРЕСЕЊЕ

Бенигните напади на тресење се многу позната невролошка состојба која се сретнува кај млади деца и најдобро се објаснува како нарушување на движењето. Нападот е неепилептично нарушување без ненадејни напади или конвулзии и може да се јавува и по неколку пати на ден, но се проретчува со растењето на детето. Етиологијата е непозната и се решаваат спонтано без никакви резидуални ефекти. Неа електроенцефалографски (ЕЕГ) промени за време на нападот и обично не се препишува терапија. Бенигните напади на тресење се кодираат со G25.8 *Други означени екстрапирамидални нарушувања и нарушувања на движењето.*

0632 СТЕРЕОТАКТИЧКА БРАХИТЕРАПИЈА

Интракранијалните лезии или тумори можат да се уништат со стереотактичка брахитерапија. Како и кај стереотактичката радиохирургија или радиотерапија, стереотактичката локализација (види АСК 0629 *Стереотактичка радиохирургија, радиотерапија и локализација*) и претходи на процедурата на брахиотерапија.

Назначете го соодветниот код за стереотактичка брахитерапија заедно со кодот за стереотактичка локализација, во зависност од дозата.

90764-00 [1791] *Брахитерапија, интракранијална, нискодозажна или*
 90764-01 [1791] *Брахитерапија, интракранијална, вискодозажна со*
 40803-00 [1] *Интракранијална стереотактичка локализација*

За стереотактичката брахитерапија е неопходен пристап до мозокот. Тој може да биде преку дупчени отвори или постоен краниотомиски флап кој е оставен по претходна операција за делумна ресекција или биопсија на тумор. Ако за стереотактичката брахитерапија се потребни дупчени отвори, назначете 39012-00 [7] *Дупчени отвори*, како дополнителен код.

0633 СТЕРЕОТАКТИЧКА НЕВРОХИРУРГИЈА**Интракранијална стереотактичка неврохирургија**

Интракранијалната стереотактичка неврохирургија е термин кој се користи за процедури како што е стереотактичка палидотомија (која моментално не се изведува), стереотактичка таламотомија и стереотактичка цингулотомија. Овие процедури се користат за лекување на симптомите на паркинсонова болест (види го подолниот пример).

Симптоми на паркинсонова болест

Хиперкинетички

тремор

ригидност

дискинезија предизвикана со лекови

Хипокинетички

брадикинезија

бавно чекорење

нестабилност

L-допа (levodopa) долго време беше препишуван за лекување на симптомите на паркинсоновата болест. Сепак, кај некој пациенти, иако почетниот одговор на лекот беше добар и симптомите се контролираа, ефектите на L-допа постепено се намалуваа и симптомите како што е хиперкинезијата повторно се појавуваа. Стереотактичката неврохирургија создава или стимулира лезија во мозокот (обично 4-5мм долга и 3-4мм широка) со користење стимулирачки електроди, електрокаутеризација, радиофреквенција или криохирургија. Под услов операцијата да е успешна, стереотактичката неврохирургија му овозможува на пациентот повторно да ги толерира лековите и да си го подобри квалитетот на животот во однос на паркинсоновата болест.

Стереотактичката неврохирургија опфаќа интракранијална стереотактичка локализација која и претходи на стереотактичката неврохируршка процедура и вклучува примена на стереотактичка рамка за глава, дијагностички процедури како што се МР, КТ, ангиографија, вентрикулографија, компјутерски помогнато определување на координати, локализација и таргетирање. Потоа се врши стереотактичката неврохируршка структура (палидотомија, таламотомија или цингулотомија), обично под локална анестезија, за да ми се овозможи на пациентот да одговара на барањата за движења, со што ќе го води хирургот во локализирањето на целта.

Треба да се забележи дека процедуралните компоненти на интракранијалната стереотактичка локализација и стереотактичката неврохирургија (палидотомија, таламотомија или цингулотомија) се опфатени со кодот за стереотактичка неврохирургија и не се кодираат одделно.

ПРИМЕР 1:

Стереотактичка палидотомија за лекување на паркинсонова болест.

40801-00 [1] *Функционална интракранијална стереотактичка процедура*

Стереотактичка ’рбетна хирургија

Стереотактичката ’рбетна хирургија, како што е стереотактичката перкутана кордотомија, се користи за лекување на упорна болка. Како и кај стереотактичката неврохирургија, стереотактичката ’рбетна хирургија опфаќа ’рбетна стереотактичка локализација проследена со стереотактичка ’рбетна хируршка процедура (создавање или стимулирање на лезија во ’рбетниот мозок).

Треба да се забележи дека ’рбетната стереотактичка локализација не се кодира одвоено од стереотактичката ’рбетна хирургија – таа е опфатена со кодот за стереотактичката процедура.

ПРИМЕР 2:

Стереотактичка перкутана кордотомија за упорна болка

39121-00 [58] *Функционална ’рбетна стереотактичка процедура*

0634 ДРЕН, ШАНТ И ВЕНТРИКУЛОСТОМИЈА ЗА ЦЕРЕБРОСПИНАЛНА ТЕЧНОСТ

Надворешен вентрикуларен дрен

Надворешен вентрикуларен дрен се вметнува во комората на мозокот за да се испушти привремениот вишок на цереброспинална течност и со тоа да се намали интракранијалниот притисок. Дренажната цевка се поврзува на надворешна ќеса. Оваа процедура може да се извршува и во заедничка соба. Се назначува кодот 39015-00 [3] *Вметнување на*

надворешен вентрикуларен дрен. Кодот за отстранување е 90001-00 [4]
Отстранување на надворешен вентрикуларен дрен.

Надворешен вентрикуларен дрен често се вметнува за време на интракранијална операција и може да се задржи и по операцијата, за да се ослободи притисокот или церебралниот едем. Во овие случаи не треба да се кодира вметнувањето на дренот.

Дренажна цевка може да се вметне и во лумбалниот 'рбетен канал за да се дренира цереброспиналната течност во надворешна ќеса. Пристапот е со лумбална пункција; пристапот не треба да се кодира. Се назначува кодот 40018-00 [41] *Вметнување на лумбален дрен за цереброспинална течност.* Кодот за отстранување е 90008-00 [4] *Отстранување на лумбален дрен за цереброспинална течност.*

Шантови за цереброспинална течност

Шант за цереброспинална течност се вметнуваат за да се пренасочи вишокот цереброспинална течност, како кај хидроцефалусот, од коморите на мозокот до екстракранијална празнина, како што е перитоналната празнина, од каде може да биде повторно апсорбирана.

Шантот се состои од катетер, чиј заден крај е поставен во дилатираната странична комора преку дупчен отвор. Дупчениот отвор е пристап и не треба да се кодира. Катетерот потоа, субкутано се води до дисталното место каде се прицврстува. Во шантот се става вентил за регулирање на притисокот и обезбедување на еднонасочен проток.

Назначете ги кодовите:	40003-00 [5]	<i>Вметнување на вентрикуло-атријален шант или</i>
	40003-01 [5]	<i>Вметнување на вентрикулоплеурален шант или</i>
	40003-02 [5]	<i>Вметнување на вентрикулоперитонален шант или</i>
	40003-03 [5]	<i>Вметнување на вентрикуларен шант до друго екстракранијално место</i>

во зависност од дестинацијата на шантот.

Алтернативно, шант за цереброспинална течност може да се вметне во цистерна магна, исто така за пренесување на течност до екстракранијалната празнина. Се назначува 40003-04 [5] *Вметнување на цистернален шант* за цистернален шант кој ја води течноста до било кое екстракранијално место.

Шант за цереброспинална течност може да се вметне ендоскопски. Освен кодот за вметнување на шантот, се назначува и 40903-00 [1] *Невроендоскопија.*

Шантот за цереброспинална течност може да бара ревизија на проксималното или дисталното место за да се олесни опструкцијата или да се поправи функционирањето.

За ревизија на **проксимално** место:

Назначете ги кодовите: 40009-00 [24] *Ревизија на вентрикуларен шант или*
40009-01 [24] *Ревизија на цистернален шант*

За ревизија на **дистално** место:

Назначете ги кодовите: 90330-00 [1001] *Ревизија на шант за цереброспинална течност на перитонално место или*
90174-00 [557] *Ревизија на шант за цереброспинална течност на плеурално место или*
90174-00 [557] *Ревизија на шант за цереброспинална течност на атријално место*

За отстранувањето на шантот за цереброспинална течност од интракранијално и од дистално место се назначува еден код, било кој од следните:

40009-03 [5] *Отстранување на вентрикуларен шант и/или*
40009-04 [5] *Отстранување на цистернален шант*

Повремено, шантот за цереброспинална течност се вметнува во лумбалниот субарханоиден простор, скоро секогаш одведувајќи ја течноста до перитоналната празнина. Се назначува кодот 40006-00 [42] *Вметнување на 'рбетен шант.*

За ревизија на **'рбетен шант**:

Назначете го кодот: 40009-02 [56] *Ревизија на 'рбетен шант (за ревизија на проксимално место) или*
90330-00 [1001] *Ревизија на шант за цереброспинална течност на перитонално место (за ревизија на дистално перитонално место)*

За отстранување на 'рбетен шант за цереброспинална течност се назначува кодот 40009-05 [42] *Отстранување на 'рбетен шант.*

Вентрикулостомија

Вентрикулоцистерностомијата и третата вентрикулостомија се процедури кои се извршуваат за лекување на хидроцефалус. И двете процедури овозможуваат цереброспиналната течност да премине

интракранијална пречка со дренирање на течноста од комората до друго интракранијално место.

Вентрикулоцистерностомијата (торкилдсенова процедура) вклучува двострани оципитални дупчени отвори кои овозможуваат поставување катетери без вентили кои одат од секоја странична комора до цистерна магна, обично отворени со пристап преку задната фоса. Се назначува кодот 40000-00 [19] *Вентрикулоцистерностомија*.

Третата вентрикулостомија вклучува правење отвор во предниот ѕид на третата комора за да се овозможи поминување на цереброспиналната течност во ’рбетниот мозок каде може да се апсорбира. Се назначува кодот 40012-00 [19] *Ендоскопска трета вентрикулостомија* или 400012-01 [19] *Трета вентрикулостомија*.

0635 АПНЕА ПРИ СПИЕЊЕ И ПОВРЗАНИ НАРУШУВАЊА

’Рчење

Дефиниција

’Рчењето е предизвикано од турбулентен проток на воздухот во горните дишни патишта кога структурите како што се увулата и мекото непце вибрираат од турбулентниот проток на воздухот. ’Рчењето може да се појави во отсуство на опструкција, но скоро секогаш е присутно кај случаите на синдромот на опструктивна апнеа при спиење (OSAS).

Поради тоа, ’рчењето **не може да се смета** дека е резултат на синдромот на опструктивна апнеа при спиење, освен ако тоа не го документирал лекарот-клиничар.

Класификација

Се назначува R06.5 *Дишење на уста* ако нема документирана OSAS. Ако OSAS се документирана со ’рчењето, се назначува кодот G47.32 *Синдром на опструктивна апнеа при спиење*.

Синдром на опструктивна апнеа при спиење (G47.32)

Дефиниција

Синдромот на опструктивна апнеа-хипопнеа при спиење (OSAHS) се карактеризира со повторливи епизоди на делумна или целосна опструкција на горните дишни патишта за време на спиење. Се манифестира како намалување на протокот на воздух (апнеа) и покрај напорите за вдишување. Овие настани, често се прекинуваат со будење. Дневните симптоми, од кои најчест е честата поспаност, се смета дека се поврзани со нарушувањето на сонот (повторливо будење) а и со повторлива хипоксемија. Треба да се забележи дека не сите пациенти со OSAS доживуваат дневна поспаност.

Најчестата основна причина за OSAS е таа дека пациентот е роден со тесен орофаринкс. Тој проблем се продлабочува со стареењето на ткивата кои губат еластичност, со добивањето на тежина, кога жените доаѓаат во периодот на менопаузата и со употребата на алкохол и

други седативни лекови кои го зголемуваат опуштањето на мускулите на горните дишни патишта.

Други фактори се:

- Обесност
- Краниофацијални абнормалности – мандибуларен недостаток – вродени заболувања како што се трисомија 21, синдром на кршлив х, Прадер-Вили синдром, Пјер-Робин синдром
- Интрафарингијални анатомски абнормалности – стеснување на фарингалниот лумен, на пример, хипертрофија на крајниците, непотребна мукоза на фаринксот, тумори, фарингеален едем
- Други нарушувања како што е хипотироидизам, Марфанов синдром, акромегалија, невромускулни состојби (на пример булбарна парализа) кои влијаат на протокот на горните дишни патишта.

Треба да се забележи дека синдромот опструктивна апнеа при спиење вклучува документирање како синдромот на опструктивна апнеа при спиење (OSA) и синдромот на опструктивна апнеа-хипопнеа при спиење (OSAHS).

Синдром на централна апнеа при спиење (G47.31)

Дефиниција

Синдромот на централна апнеа при спиење (CSAS) се карактеризира со повторливи епизоди на апнеа за време на спиење, без опструкција на горните дишни патишта, што обично резултира со намалена заситеност со кислород, повторливи будења и дневни симптоми.

Врз основа на етиологијата постојат три вида (CSAS):

- CSAS поради невролошки абнормалности
- CSAS во асоцијација со затајување на срцето
- Идиопатска

Треба да се забележи дека синдромот на централна апнеа при спиење вклучува документирање како централна апнеа при спиење (CSA) и синдромот на централна апнеа-хипопнеа при спиење (CSAHS).

Класификација

Се назначува соодветниот код за OSAS/CSAS како главна дијагноза со дополнителна дијагноза за основната причина, ако е наведена.

Треба да се забележи дека може да бидат присутни една или две форми на апнеа при спиење поврзани со нарушувања на дишењето. На пример OSAS може да биде проследена со синдром на апнеа при спиење. Во тие случаи се назначуваат соодветните кодови за различни состојби, применувајќи го АСК 0001 Главна дијагноза, за соодветно да се секвенционираат.

Синдром на хипервентилација при спиење (G47.33)

Централната карактеристика на синдромот на хипервентилација при спиење (SHVC) е абнормално зголемување на артерискиот јаглерод диоксид (PaCO_2) за време на спиењето што резултира со тешка хипоксемија.

Хипоксемијата води кон клинички секвени како што се еритроцитоза, пулмонарна хипертензија, кор пулмонале или респираторна слабост.

Синдром на отпор на горните дишни патишта

Овој синдром е исклучен од МКБ-10-АМ поради неодамнешниот совет од извештајот на Американската асоцијација за нарушувања на спиењето, Европското респираторно друштво, Австралиската асоцијација за спиење и Американското торакално друштво кои открија дека нема доволно докази во литературата кои ќе го поддржат 'синдромот на отпор на горните дишни патишта' како одделен синдром со единствена патофизиологија.

Испитувања

Вообичаено испитување на апнеата при спиење е полисомнографијата која општо се врши за време на ноќ. Полисомнографијата опфаќа електроенцефалографија, електро-окулографија, електромиографија, оксиметрија, бележење на назалниот и оралниот проток на воздух и торакални и абдоминални движења.

