

**КП № 98 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ОСТРО
ПРОТИЧАЩИ ЧРЕВНИ ИНФЕКЦИОЗНИ БОЛЕСТИ С
ДИАРИЧЕН СИНДРОМ**

Минимален болничен престой – 3 дни

А. При лица над 18 години

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Тиф и паратиф

- A01.0** Кореман тиф
Инфекция, предизвикана от *Salmonella typhi*
- A01.1** Паратиф А
- A01.2** Паратиф В
- A01.3** Паратиф С
- A01.4** Паратиф, неуточнен
Инфекция, предизвикана от *Salmonella paratyphi* БДУ

Други салмонелозни инфекции

Включва: инфекция (или хранително отравяне), предизвикана от *Salmonella* от всеки серотип, различен от *S. typhi* и *S. paratyphi*

- A02.0** Салмонелозен ентерит
Салмонелоза

Шигелоза

- A03.0** Шигелоза, предизвикана от *Shigella dysenteriae*
Шигелоза група А [дизентерия Shiga-Kruse]
- A03.1** Шигелоза, предизвикана от *Shigella flexneri*
Шигелоза група В
- A03.2** Шигелоза, предизвикана от *Shigella boydii*
Шигелоза група С
- A03.3** Шигелоза, предизвикана от *Shigella sonnei*
Шигелоза група D

Други бактериални чревни инфекции

Не включва: бактериални хранителни отравяния (A05.—)
туберкулозен ентерит (A18.3)

- A04.0** Ентеропатогенна инфекция, предизвикана от *Escherichia coli*
- A04.1** Ентеротоксигенна инфекция, предизвикана от *Escherichia coli*
- A04.2** Ентероинвазивна инфекция, предизвикана от *Escherichia coli*
- A04.3** Ентерохеморагична инфекция, предизвикана от *Escherichia coli*
- A04.4** Други чревни инфекции, предизвикани от *Escherichia coli*
Ентерит, предизвикан от *Escherichia coli* БДУ
- A04.5** Ентерит, предизвикан от *Campylobacter*
- A04.6** Ентерит, предизвикан от *Yersinia enterocolitica*

Не включва: екстраинтестинална иерсиниоза (A28.2)

- A04.7** Ентероколит, предизвикан от *Clostridium difficile*
- A04.8** Други уточнени бактериални чревни инфекции
- A04.9** Бактериална чревна инфекция, неуточнена
Бактериален ентерит БДУ

Други бактериални хранителни отравяния

Не включва: инфекция, предизвикана от *Escherichia coli* (A04.0—A04.4)
листериоза (A32.—)
салмонелозно хранително отравяне и инфекция (A02.—)
токсично действие на отровни хранителни продукти (T61—T62)

- A05.0** Стафилококово хранително отравяне
- A05.1** Ботулизъм

- Класическо хранително отравяне, предизвикано от *Clostridium botulinum*
- A05.2** Хранително отравяне, предизвикано от *Clostridium perfringens* [*Clostridium welchii*]
Некротичен ентерит
Pig-bel
- A05.3** Хранително отравяне, предизвикано от *Vibrio parahaemolyticus*
- A05.4** Хранително отравяне, предизвикано от *Bacillus cereus*
- A05.8** Други уточнени бактериални хранителни отравяния
- A05.9** Бактериално хранително отравяне, неуточнено

Вирусни и други уточнени чревни инфекции

Не включва: грип с включване на стомашно-чревния тракт (J10.8, J11.8)

- A08.0** Ротавирусен ентерит
- A08.1** Остра гастроентеропатия, предизвикана от Norwalk вирус
Small round structured virus enteritis
- A08.2** Аденовирусен ентерит
- A08.3** Други вирусни ентерити
- A08.4** Вирусна чревна инфекция, неуточнена
Вирусен(-на):
- ентерит БДУ
 - гастроентерит БДУ
 - гастроентеропатия БДУ

Бруцелоза

Включва: треска:

- малтийска
- средиземноморска
- ундулираща

- A23.0** Бруцелоза, предизвикана от *Brucella melitensis*
- A23.1** Бруцелоза, предизвикана от *Brucella abortus*
- A23.2** Бруцелоза, предизвикана от *Brucella suis*
- A23.3** Бруцелоза, предизвикана от *Brucella canis*
- A23.8** Други форми на бруцелоза

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ ПО МКБ-9 КМ/АКМП

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

****89.29** ИЗСЛЕДВАНЕ НА УРИНА - ОБЩО

****90.52** МИКРОСКОПСКО ИЗСЛЕДВАНЕ НА КРЪВ – КУЛТУРА

****90.53** МИКРОБИОЛОГИЧНО ИЗСЛЕДВАНЕ НА КРЪВ - КУЛТУРА И ЧУВСТВИТЕЛНОСТ

Включва: Методи за изолация на причинителя

МИКРОБИОЛОГИЧНО ИЗСЛЕДВАНЕ НА ПРОБА ОТ ДОЛНИЯ ХРАНОСМИЛАТЕЛЕН ТРАКТ И ИЗПРАЖНЕНИЯ

****90.93** МИКРОБИОЛОГИЧНО ИЗСЛЕДВАНЕ НА ПРОБА ОТ ДОЛНИЯ ХРАНОСМИЛАТЕЛЕН ТРАКТ И ИЗПРАЖНЕНИЯ - КУЛТУРА И ЧУВСТВИТЕЛНОСТ

Включва: Методи за изолация на бактериална чревна флора във фекална проба

****90.59** ИЗСЛЕДВАНЕ НА КРЪВ

Включва задължително:ПКК

Ионограма и АКР се изследват при III ст. дехидратация

****90.99** МИКРОБИОЛОГИЧНО ИЗСЛЕДВАНЕ НА ПРОБА ОТ ДОЛНИЯ ХРАНОСМИЛАТЕЛЕН ТРАКТ И ИЗПРАЖНЕНИЯ – ДРУГО ИЗСЛЕДВАНЕ

Включва: Методи за изолация на вирус и/или вирусен антиген във фекална проба

****91.62** СЕРОЛОГИЧНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

ИНЖЕКЦИЯ ИЛИ ИНFUЗИЯ НА ЛЕЧЕБНО ИЛИ ПРОФИЛАКТИЧНО ВЕЩЕСТВО

***99.14** ИНЖЕКЦИЯ НА ГАМА-ГЛОБУЛИН

инжекция на имунен серум

Прилагане на кръв и кръвни продукти

- 13706-05 Приложение на гама глобулин
Инжектиране или трансфузия на:
- гама глобулин
 - имуноглобулин
 - Intragam

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:

- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
 - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
 - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
 - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
 - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
 - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
 - перфузия (виж блок [1886])
 - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок [741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

ИНЖЕКЦИЯ ИЛИ ИНФУЗИЯ НА ДРУГО ЛЕЧЕБНО ИЛИ ПРОФИЛАКТИЧНО ВЕЩЕСТВО

*99.21 ИНЖЕКЦИЯ НА АНТИБИОТИК

Изключва:

инжекция или инфузия на антибиотици от клас оксазолидинони– 00.14

- 96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинокциозен агент

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

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

Кодирай също когато е направена:

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

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

*99.29 ИНЖЕКЦИЯ ИЛИ ИНФУЗИЯ НА ЛЕЧЕБНО ВЕЩЕСТВО

Изключва:

имунизация - 99.31-99.59

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

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

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

Кодирай също когато е направена:

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

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

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

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

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени минимум три основни диагностични процедури, от които задължително ****90.59** и ****90.93** и една основна терапевтична процедура, посочени в блок **Кодове на основни процедури по МКБ-9 КМ/АКМП**.

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

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

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.

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

Клиничната пътека се изпълнява в обхвата на медицинската специалност "Инфекциозни болести", осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Инфекциозни болести", от обхвата на медицинската специалност "Инфекциозни болести", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Инфекциозни болести" - за лечението на болни със следните кодове на болести по МКБ-10: A01.0; A01.1; A01.2; A01.3; A01.4; A05.1; A05.2; A23.0; A23.1; A23.2; A23.3 и A23.8. Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочения медицински стандарт.

1. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по инфекциозни болести
2. Клинична лаборатория
3. Образна диагностика - рентгенов апарат за графия

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

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. КАТ или МРТ – на територията на населеното място с осигурен достъп за болницата 24 часа в денонощието
2. Клинична патология – на територията на областта
3. Микробиологична лаборатория- на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

- един лекар със специалност по инфекциозни болести;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и лечение на пациенти с чревни инфекциозни заболявания при:

- клинични и параклинични данни за дехидратация II и III степен;
- влошаване на състоянието при проведено амбулаторното лечение или при установен етиологичен причинител;
- клинични и епидемиологични данни за инфекциозна диария при невъзможност за доказване на етиологичния агент;
- хемоколит при установен етиологичен причинител;

- наличие на проблемни хронични заболявания и състояния при установен етиологичен причинител (диабет, ССН, ХБН, кахексия, хронични хепатопатии, хеморагии, неоплазми, колагенози, дебилност, вродени или придобити имунодефицитни състояния).

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Вземане на биологичен материал за фекална проба се извършва до 24 часа от началото на хоспитализацията. Вземане на биологичен материал за всички останали изследвания се извършва до края на болничния престой. Контролни медико-диагностични изследвания се извършват до края на болничния престой.

Клинични критерии за I, II и III степен на дехидратация

При I-ва степен (дефицит на течност до 5% от наличното тегло) общото състояние е незначително увредено, болните имат жажда, устната лигавица е суховата, кожата е с леко намален тургур и еластичност – хоспитализират се само пациенти с тежки придружаващи заболявания

При II-ра степен (дефицит на течности от 5 до 10% от тегло) – кожата е бледа или бледосива, с намален тургур и еластичност. Лицето е с изострени черти, подкръжени очи, фонтанелата е под нивото на черепните кости, езикът е сух, гласът е дрезгав и слаб. Болните са с крампи на прасците, възбудени, неспокойни, но по-често сънливи, унесени, с тахикардия, хипотония, лошо напълнен периферен пулс и олигурия.

При III-та степен (дефицит на течности над 10% от теглото) болните са с фиксиран поглед в прострация или ступор. Кожата е суха, студена и мраморирана с рязко намален тургур и еластичност, корнеите са сухи, гласът – афоничен, пулсът е мек, филиформен, едва доловим, а артериалното налягане е с ниски стойности до невъзможност да бъде измерено. Болните са с хипотермия и анурия - картина на хиповолемичен шок.

Индикации за провеждане на лечение в интензивна структура на инфекциозно отделение/клиника:

- шок;
- остра бъбречна недостатъчност;
- некомпенсирана метаболитна ацидоза при $BE < -10$, $pH < 7.2$;
- температура $36^{\circ}C < t > 39^{\circ}C$;
- серумен натрий - под 120 или над 150 mmol/l;
- серумен калий - под 3 или над 6 mmol/l;
- симптоми от страна на ЦНС;
- чревна пареза или парализа;
- дисеминирана интравазална коагулопатия;
- данни за извънчревна локализация на болестния процес - сепсис, септичен артрит, менингит, мезаденит;
- придружаващи тежки заболявания.

ПРИНЦИПИ ЗА ТЕРАПИЯ НА ОСТРИ ИНФЕКЦИОЗНИ ДИАРИИ

Лечението на пациенти с остри инфекциозни диарии започва веднага след хоспитализацията. Патогенетичната, рехидратираща терапия започва незабавно, а етиологичната – след вземане на материали за микробиологично изследване.

1) Патогенетичната терапия е задължителна, а в много случаи и животоспасяваща. При състояние на хиповолемичен шок е с неотложна спешност.

2) Симптоматична терапия - лекарствени средства, регулиращи равновесието на чревната микрофлора (пробиотици); антидиарийни антисекреторни средства; спазмолитици и антипиретици.

3) Диетична терапия – сухар, обикновени бисквити, солети, ориз, печени ябълки. При овладяване на диарийния синдром преминаване към обичайното хранене.

4) Етиологична терапия.

Оптималната антибиотична терапия е съобразена с антибиограмата на изолирания етиологичен агент. Това изисква технологично време 48-72ч. (изчакване резултатите от копрокултурата и антибиограма на изолата), а и преобладаващата част от бактериалните ентероколити остават етиологично неразшифровани. Ето защо по преценка се започва с емпирична антибактериална терапия.

Началната емпирична терапия се базира на клинично-епидемиологичните данни, презумцията за най-вероятния етиологичен агент, актуалните данни за неговата антибактериална чувствителност и конкретния болен.

Антибактериалната терапия започва след вземане на копрокултура (уро-/хемокултура). Според особеностите на заболяването при конкретния болен може да включва един или повече антибактериални препарата, прилагани перорално, парентерално или комбинирано. Продължителността зависи от клиничното повлияване и най-често е 5-7 дни.

При пациентите с хранителни интоксикации (стафилококови, салмонелни) вирусни гастроентерити, антибиотична терапия не е необходима, освен в случаите описани по-долу.

Антибактериална терапия Кореман тиф и Паратиф А и В

Диагнозата се подозира при висока и продължителна температура (повече от 6-8 дни), увредено общо състояние, замъглено съзнание, хепатоспленомегалия, относителна брадикардия, обрив. При паратиф А има по-често остро начало, често с катар на горни дихателни пътища (КГДП) и диарийен синдром. Паратиф В може да протече като хранителна токсикоинфекция, сепсис или септикопиемия.

Антибактериална терапия.

Продължителност на антибактериалната терапия - 10-14 дни (6 дни след нормализиране на температурата).

Антибактериална терапия при салмонелен гастроентерит

Диагнозата се подозира при анамнестични данни за консумация на яйца, риба, месни пастети, месни и по-рядко млечни хранителни продукти, остро начало на заболяването с токсикоинфекциозен синдром (ТИС) и обилни течни зелени изпражнения с примеси от слуз и по-рядко кръв.

Антибиотично лечение при стомашно-чревните форми по принцип не се прилага, освен при:

- старческа възраст и имунокомпрометирани;
- пациенти с тежко клинично протичане на заболяването;
- пациенти с предполагаема генерализация на процеса;
- болни с тежки придружаващи заболявания.

При започване на антибактериална терапия, след преценка на нейната необходимост при възрастни се прилагат хинолони, аминокликозиди, TSM или цефалоспоринови II генерация.

Антибактериалната терапия е задължителна при генерализираните и висцералните клинични форми, където се прилагат цефалоспоринови III генерация и други стратегически антибиотици. При най-тежките клинични варианти или обременен преморбиден фон те могат да бъдат антибиотици на първи избор.

Продължителност на антибиотичния курс – според клиничното повлияване.

Антибактериална терапия при шигелоза

Диагнозата се подозира при наличие на колитен, хемоколитен и токсинфекциозен синдром.

Шигелите са много неустойчиви на външни условия, загиват бързо в депонирани изпражнения, в консервант на Тиге остават жизнеспособни 10-15 часа. За да се избегнат фалшиво отрицателните копрокултури при пациенти с шигелоза, фекалната проба се взема веднага след дефекация или от ректума на пациента и се транспортира спешно до съответната микробиологична лаборатория.

Антибактериална терапия: използват се перорални химиотерапевтици.

Антибактериална терапия при колиентерити

Колиентеритите са заболявания, които се срещат предимно при кърмачета (недоносени, хипотрофични, новородени). Рядко боледуват по-големи деца и възрастни. Заболяването най-често се предизвиква от ентеро-патогенни E Coli.

Ентеротоксигенните E.coli предизвикват холероподобна диария при деца и възрастни (диария на пътуващите).

Ентероинвазивните E.coli предизвикват заболявания, клинично неразличими от шигелоза.

Ентерохеморагичните E.coli предизвикват спорадични и епидемични хемоколити, хеморагичнонекротичен колит и хемолитикоуремичен синдром.

Могат да се развият генерализирани форми (сепсис, септикопиемия, менингити, менингоенцефалити) и екстраинтестинални възпалителни процеси.

Етиологичното лечение е съобразено с антибиограмата на изолата и клиничната форма. Използват се същите антибиотици и химиотерапевтици, посочени при салмонелози и шигелози в съответните възрасти.

Антибактериално лечение при кампилобактериоза

Диагнозата се предполага при данни за консумация на сурово мляко или месо с недостатъчна термична обработка или контакт с животни (особено ако те са с диария), съчетани с ТИС и ентероколит. Диарийният синдром е представен с многократни изхождания на течни зелени изпражнения, с примеси от слюз, слюз и кръв, а понякога и гной.

Антибактериална терапия:

Средство на избор при възрастни са макролидите.

Алтернативни препарати са флуорохинолони и тетрациклини (при лица над 7 години).

Антибактериално лечение при йерсиниози

Диагнозата се подозира при данни за контакт с кучета, свине, консумация на непастеризирани млека, месни храни без достатъчна термична обработка и клиничната картина на ентерит и екзантем. Заболяването протича с разнообразни органични поражения – мезентериален лимфаденит, артрити, абсцеси, холецистит, менингит. Обичайна е хепато- и спленомегалията. Често по кожата се проявява обрив (точковиден, макулопапулозен, хеморагичен), предимно около ставите.

Етиологичното лечение се провежда с: тетрациклини, аминоглюкозиди и макролиди.

Алтернативни антибиотици: цефалоспорици II и III генерация, флуорохинолони и TMS.

Псевдомембранозен (Clostridium difficile) колит

Заболяването протича с ТИС, диария, левкоцитоза и хипоалбуминемия. *C. difficile* може да колонизира стомашночревния тракт само, ако ендогенната чревна флора е увредена. Най-често причина за чревна дисбактериоза са: антибиотично лечение (Ampicillin и други пеницилинови деривати, линкозамини, цефалоспорини III генерация, по-рядко аминогликозиди, макролиди, хинолони, котримоксазол), антинеопластични средства, други чревни патогени, обширни чревни операции, уремия.

Диагнозата се подозира при пациенти с диария и антибиотична терапия в момента или в предходните 30 дни, особено ако е ползвана комбинация от широкоспектърни антибиотици независимо от начина на приложение.

Етиологично лечение. Изключително важно е възстановяването на нормалната чревна флора.

Вирусни гастроентерити

Диагнозата се подозира при взрив от гастроентерити (с бактериологично отрицателни резултати), придружени от КГДП.

Етиологично лечение няма. Основна е патогенетичната терапия и диетичен режим (без лактозни млека).

Стафилококово хранително отравяне

Диагнозата се подозира при остър гастрит или гастроентерит (в 50%), с подчертана склонност към колапс при субфебрилитет. Настъпва най-често след консумиране на храни, богати на захар, сол и белтъци.

Лечение – патогенетично, симптоматично и диетично.

Хранително отравяне от *Bacillus cereus*

Възниква най-често след консумация на студен ориз в китайските ресторанти. Лечение – патогенетично, симптоматично и диетично.

Хранително отравяне от *Clostridium perfringens*

Протича с картината на остър ентерит, хеморагично-некротичен ентерит с много силни коремни болки и нерядко шоково състояние.

Етиологично лечение: средство на избор Penicillin.

Алтернативни препарати – химиотерапевтици.

Ботулизъм

Епидемиология – консумация на консервирани храни и продукти. Офталмоплегичен синдром, булбарна симптоматика, диарийен синдром и др.

Серотерапия и профилактични мерки

- пълна и точна анамнеза за реактивността на пациента спрямо серуми и алергични прояви;

- проверка за поносимост към конкретния серум, който ще се прилага;

- 0,1 мл серум разреден в 100 мл физиологичен разтвор - интрадермално инжектиране; след 30 мин се отчита реакция.

При липса на реакция:

Серумът се инжектира на няколко пъти - 0,5мл, след 30 мин - 1,0 мл, след 30 мин - 2,5 мл, след това цялото дозирано количество.

При наличие на реакция:

Провежда се метода на десенсибилизация по **метода на Безредка**.

Хранителни токсикоинфекции предизвикани от *Aerobacter aerogenes*, *Proteus*, *Vibrio parahaemolyticus*, *Vibrio vulnificaus*

Трудно се диференцират по клинични данни. Лечение – патогенетично, симптоматично и диетично.

Антибактериална терапия при Бруцелоза

При епидемиологични данни за контакт с животни. Наблюдава се продължително неясно фебрилно състояние, хепатоспленомегалия, нормоцитоза и ускорено СУЕ.

- тетрациклини;
- хинолони.

Здравни грижи.

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.

Окончателната диагноза се поставя на базата на клиничко-епидемиологична, микробиологична, вирусологична и серологична диагностика.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

Индикации за дехоспитализация при хранителни интоксикации и вирусни гастроентерити:

- овладян диарийен синдром;
- трайна липса на фебрилитет (поне 2 дни);
- положителна динамика в клиничко-лабораторни показатели;
- наличие на обективни данни за клинично подобрене;
- след документирано взет биологичен материал.

При остра инфекциозна диария с бактериален причинител, пациентът се дехоспитализира клинично здрав и след назначаване на необходимите контролни микробиологични изследвания, съгласно инструкциите на МЗ за борба със заразните болести. Случаят може да се отчете и преди получаване на резултатите.

Резултатите от контролните бактериологични изследвания, получени след дехоспитализацията задължително се прикрепват към ИЗ и стават неразделна негова част, като подлежат на контрол.

При наличие на активен диарийен синдром с дехидратация II-III степен и различен етиологичен причинител: салмонела, шигела, кампилобактер, клостридиум, когато той може да бъде установен, се допуска повторна хоспитализация в рамките на един отчетен период, но не по-вече от 1% от общия брой за същото лечебно заведение и за същия отчетен период.

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.

**КП № 98 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ОСТРО
ПРОТИЧАЩИ ЧРЕВНИ ИНФЕКЦИОЗНИ БОЛЕСТИ С
ДИАРИЧЕН СИНДРОМ**

Минимален болничен престой – 3 дни
Минимален болничен престой при шок – 2 дни

Б. При лица под 18 години

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Тиф и паратиф

- A01.0** **Коремен тиф**
Инфекция, предизвикана от *Salmonella typhi*
- A01.1** **Паратиф А**
- A01.2** **Паратиф В**
- A01.3** **Паратиф С**
- A01.4** **Паратиф, неуточнен**
Инфекция, предизвикана от *Salmonella paratyphi* БДУ

Други салмонелозни инфекции

Включва: инфекция (или хранително отравяне), предизвикана от *Salmonella* от всеки серотип, различен от *S. typhi* и *S. paratyphi*

- A02.0** **Салмонелозен ентерит**
Салмонелоза

Шигелоза

- A03.0** **Шигелоза, предизвикана от *Shigella dysenteriae***
Шигелоза група А [дизентерия Shiga-Kruse]
- A03.1** **Шигелоза, предизвикана от *Shigella flexneri***
Шигелоза група В
- A03.2** **Шигелоза, предизвикана от *Shigella boydii***
Шигелоза група С
- A03.3** **Шигелоза, предизвикана от *Shigella sonnei***
Шигелоза група D

Други бактериални чревни инфекции

Не включва: бактериални хранителни отравяния (A05.—)
 туберкулозен ентерит (A18.3)

- A04.0** **Ентеропатогенна инфекция, предизвикана от *Escherichia coli***
- A04.1** **Ентеротоксигенна инфекция, предизвикана от *Escherichia coli***
- A04.2** **Ентероинвазивна инфекция, предизвикана от *Escherichia coli***
- A04.3** **Ентерохеморагична инфекция, предизвикана от *Escherichia coli***
- A04.4** **Други чревни инфекции, предизвикани от *Escherichia coli***
Ентерит, предизвикан от *Escherichia coli* БДУ
- A04.5** **Ентерит, предизвикан от *Campylobacter***
- A04.6** **Ентерит, предизвикан от *Yersinia enterocolitica***
Не включва: екстраинтестинална иерсиниоза (A28.2)
- A04.7** **Ентероколит, предизвикан от *Clostridium difficile***
- A04.8** **Други уточнени бактериални чревни инфекции**
- A04.9** **Бактериална чревна инфекция, неуточнена**
Бактериален ентерит БДУ

Други бактериални хранителни отравяния

Не включва: инфекция, предизвикана от *Escherichia coli* (A04.0—A04.4)
 листериоза (A32.—)
 салмонелозно хранително отравяне и инфекция (A02.—)
 токсично действие на отровни хранителни продукти (T61—T62)

- A05.0** **Стафилококово хранително отравяне**

- A05.1 Ботулизъм**
Класическо хранително отравяне, предизвикано от *Clostridium botulinum*
- A05.2 Хранително отравяне, предизвикано от *Clostridium perfringens* [*Clostridium welchii*]**
Некротичен ентерит
Pig-bel
- A05.3 Хранително отравяне, предизвикано от *Vibrio parahaemolyticus***
- A05.4 Хранително отравяне, предизвикано от *Bacillus cereus***
- A05.8 Други уточнени бактериални хранителни отравяния**
- A05.9 Бактериално хранително отравяне, неуточнено**

Вирусни и други уточнени чревни инфекции

Не включва: грип с включване на стомашно-чревния тракт (J10.8, J11.8)

- A08.0 Ротавирусен ентерит**
- A08.1 Остра гастроентеропатия, предизвикана от Norwalk вирус**
Small round structured virus enteritis
- A08.2 Аденовирусен ентерит**
- A08.3 Други вирусни ентерити**
- A08.4 Вирусна чревна инфекция, неуточнена**
Вирусен(-на):
- ентерит БДУ
 - гастроентерит БДУ
 - гастроентеропатия БДУ

Бруцелоза

Включва:

- треска:
- малтийска
- средиземноморска
- ундулираща

- A23.0 Бруцелоза, предизвикана от *Brucella melitensis***
- A23.1 Бруцелоза, предизвикана от *Brucella abortus***
- A23.2 Бруцелоза, предизвикана от *Brucella suis***
- A23.3 Бруцелоза, предизвикана от *Brucella canis***
- A23.8 Други форми на бруцелоза**

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ ПО МКБ-9 КМ/АКМП

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

****89.29 ИЗСЛЕДВАНЕ НА УРИНА - ОБЩО**

****90.52 МИКРОСКОПСКО ИЗСЛЕДВАНЕ НА КРЪВ – КУЛТУРА**

****90.53 МИКРОБИОЛОГИЧНО ИЗСЛЕДВАНЕ НА КРЪВ - КУЛТУРА И ЧУВСТВИТЕЛНОСТ**

Включва: Методи за изолация на причинителя

МИКРОБИОЛОГИЧНО ИЗСЛЕДВАНЕ НА ПРОБА ОТ ДОЛНИЯ ХРАНОСМИЛАТЕЛЕН ТРАКТ И ИЗПРАЖНЕНИЯ

****90.93 МИКРОБИОЛОГИЧНО ИЗСЛЕДВАНЕ НА ПРОБА ОТ ДОЛНИЯ ХРАНОСМИЛАТЕЛЕН ТРАКТ И ИЗПРАЖНЕНИЯ - КУЛТУРА И ЧУВСТВИТЕЛНОСТ**

Включва: Методи за изолация на бактериална чревна флора във фекална проба

****90.59 ИЗСЛЕДВАНЕ НА КРЪВ**

Включва задължително: ПКК

Йонограма и АКР се изследват при III ст. дехидратация

****90.99 МИКРОБИОЛОГИЧНО ИЗСЛЕДВАНЕ НА ПРОБА ОТ ДОЛНИЯ ХРАНОСМИЛАТЕЛЕН ТРАКТ И ИЗПРАЖНЕНИЯ – ДРУГО**

ИЗСЛЕДВАНЕ

Включва: Методи за изолация на вирус и/или вирусен антиген във фекална проба

****91.62 СЕРОЛОГИЧНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ**

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

ИНЖЕКЦИЯ ИЛИ ИНFUЗИЯ НА ЛЕЧЕБНО ИЛИ ПРОФИЛАКТИЧНО ВЕЩЕСТВО

***99.14 ИНЖЕКЦИЯ НА ГАМА-ГЛОБУЛИН**

инжекция на имунен серум

Прилагане на кръв и кръвни продукти

- 13706-05 Приложение на гама глобулин
Инжектиране или трансфузия на:
- гама глобулин
 - имуноглобулин
 - Intragam

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:

- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
 - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
 - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
 - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
 - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
 - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
 - перфузия (виж блок [1886])
 - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок [741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

ИНЖЕКЦИЯ ИЛИ ИНFUЗИЯ НА ДРУГО ЛЕЧЕБНО ИЛИ ПРОФИЛАКТИЧНО ВЕЩЕСТВО

***99.21 ИНЖЕКЦИЯ НА АНТИБИОТИК**

Изключва:

инжекция или инфузия на антибиотици от клас оксазолидинони– 00.14

- 96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинокциозен агент

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

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

Кодирай също когато е направена:

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

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

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

Изключва:

имунизация - 99.31-99.59

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

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

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

Кодирай също когато е направена:

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

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

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

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

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени минимум три основни диагностични процедури, от които задължително: ****90.59** и ****90.93** и една основна терапевтична процедура, посочени в блок **Кодове на основни процедури по МКБ-9 КМ/АКМП**.

За деца до 5 годишна възраст клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени минимум три основни диагностични процедури, като задължителни са ****90.59**; ****90.93** и ****90.99** (за ротавируси) и една основна терапевтична процедура, посочени в блок **Кодове на основни процедури по МКБ-9 КМ/АКМП**.

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

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

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.

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

Клиничната пътека се изпълнява в обхвата на медицинската специалност "Инфекциозни болести", осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Инфекциозни болести", от обхвата на медицинската специалност "Неонатология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Неонатология", от обхвата на медицинската специалност "Инфекциозни болести", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Инфекциозни болести" - за лечението на болни със следните кодове на болести по МКБ-10: A01.0; A01.1; A01.2; A01.3; A01.4; A05.1; A05.2; A23.0; A23.1; A23.2; A23.3 и A23.8. Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

1. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по инфекциозни болести или Неонатологична клиника/отделение - за новородени до 28-ия ден след раждането
2. Клинична лаборатория
3. Образна диагностика - рентгенов апарат за графия

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

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. КАТ или МРТ – на територията на населеното място с осигурен достъп за болницата 24 часа в денонощието
2. Клинична патология – на територията на областта
3. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

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

- един лекар със специалност по инфекциозни болести;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

При необходимост се провежда консултация с лекар със специалност по детски болести, която се отразява в ИЗ.

Блок 2. Необходими специалисти за възрастта до 28-ия ден от раждането (съгласно медицински стандарт по "Неонатология"):

- лекар със специалност по неонатология при задължително документирана консултация от специалист по инфекциозни болести;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и лечение на пациенти с чревни инфекциозни заболявания

при:

- клинични и параклинични данни за дехидратация II и III степен;
- влошаване на състоянието при проведено амбулаторното лечение или при установен етиологичен причинител;
- клинични и епидемиологични данни за инфекциозна диария при невъзможност за доказване на етиологичния агент;
- хемоколит при установен етиологичен причинител;
- наличие на проблемни хронични заболявания и състояния при установен етиологичен причинител (диабет, ССН, ХБН, кахексия, хронични хепатопатии, хеморагии, неоплазми, колагенози, дебилност, вродени или придобити имунодефицитни състояния).

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Вземане на биологичен материал за фекална проба се извършва до 24 час от началото на хоспитализацията. Вземане на биологичен материал за всички останали изследвания се извършва до края на болничния престой. Контролни медико-диагностични изследвания се извършват до края на болничния престой.

Клинични критерии за I, II и III степен на дехидратация

При I-ва степен (дефицит на течност до 5% от наличното тегло) общото състояние е незначително увредено, болните имат жажда, устната лигавица е суховата, кожата е с леко намален тургур и еластичност – хоспитализират се само пациенти с тежки придружаващи заболявания

При II-ра степен (дефицит на течности от 5 до 10% от тегло) – кожата е бледа или бледосива, с намален тургур и еластичност. Лицето е с изострени черти, подкръжени очи, фонтанелата е под нивото на черепните кости, езикът е сух, гласът е дрезгав и слаб. Болните са с крампи на прасците, възбудени, неспокойни, но по-често сънливи, унесени, с тахикардия, хипотония, лошо напълнен периферен пулс и олигурия.

При III-та степен (дефицит на течности над 10% от теглото) болните са с фиксиран поглед в прострация или супор. Кожата е суха, студена и мраморирана с рязко намален тургур и еластичност, корнеите са сухи, гласът – афоничен, пулсът е мек, филиформен, едва доловим, а артериалното налягане е с ниски стойности до невъзможност да бъде измерено. Болните са с хипотермия и анурия - картина на хиповолемичен шок.

Индикации за провеждане на лечение в интензивна структура на инфекциозно отделение/клиника:

- шок;
- остра бъбречна недостатъчност;
- некомпенсирана метаболитна ацидоза при $BE < -10$, $pH < 7.2$;
- температура $36^{\circ}C < t > 39^{\circ}C$;
- серумен натрий - под 120 или над 150 mmol/l;
- серумен калий - под 3 или над 6 mmol/l;

- симптоми от страна на ЦНС;
- чревна пареза или парализа;
- дисеминирана интравазална коагулопатия;
- данни за извънчревна локализация на болестния процес - сепсис, септичен артрит, менингит, мезаденит;
- придружаващи тежки заболявания.

ПРИНЦИПИ ЗА ТЕРАПИЯ НА ОСТРИ ИНФЕКЦИОЗНИ ДИАРИИ

Лечението на пациенти с остри инфекциозни диарии започва веднага след хоспитализацията. Патогенетичната, рехидратираща терапия започва незабавно, а етиологичната – след вземане на материали за микробиологично изследване.

1) Патогенетичната терапия е задължителна, а в много случаи и животоспасяваща. При състояние на хиповолемичен шок е с неотложна спешност.

2) Симптоматична терапия - лекарствени средства, регулиращи равновесието на чревната микрофлора (пробиотици); антидиарийни антисекреторни средства; спазмолитици и антипиретици.

3) Диетична терапия - при кърмачета на естествено хранене - запазва се същото. При деца на изкуствено хранене се въвеждат диетични храни за специални медицински цели. При по-големи деца – преминаване към обичайното хранене за възрастта.

4) Етиологична терапия

Оптималната антибиотична терапия е съобразена с антибиограмата на изолирания етиологичен агент. Това изисква технологично време 48-72ч. (изчакване резултатите от копрокултурата и антибиограма на изолата), а и преобладаващата част от бактериалните ентероколити остават етиологично неразшифровани. Ето защо по преценка се започва с емпирична антибактериална терапия.

Началната емпирична терапия се базира на клинично-епидемиологичните данни, презумцията за най-вероятния етиологичен агент, актуалните данни за неговата антибактериална чувствителност и конкретния болен.

Антибактериалната терапия започва след вземане на копрокултура (уро-/хемокултура). Според особеностите на заболяването при конкретния болен може да включва един или повече антибактериални препарата, прилагани перорално, парентерално или комбинирани. Продължителността зависи от клиничното повлияване и най-често е 5-7 дни.

При пациентите с хранителни интоксикации (стафилококови, салмонелни) вирусни гастроентерити, антибиотичната терапия не е необходима, освен в случаите описани по-долу.

Антибактериална терапия Кореман тиф и Паратиф А и В

Диагнозата се подозира при висока и продължителна температура (повече от 6-8 дни), увредено общо състояние, замъглено съзнание, хепатоспленомегалия, относителна брадикардия, обрив. При паратиф А има по-често остро начало, често с катар на горни дихателни пътища (КГДП) и диарийен синдром. Паратиф В може да протече като хранителна токсикоинфекция, сепсис или септикемия.

Антибактериална терапия:

Продължителност на антибактериалната терапия - 10-14 дни (6 дни след нормализиране на температурата).

Антибактериална терапия при салмонелен гастроентерит

Диагнозата се подозира при анамнестични данни за консумация на яйца, риба, месни пастети, месни и по-рядко млечни хранителни продукти, остро начало на заболяването с токсикоинфекциозен синдром (ТИС) и обилни течни зелени изпражнения с примеси от слуз и по-рядко кръв.

Антибиотично лечение при стомашно-чревните форми по принцип не се прилага, освен при:

- имунокомпрометирани пациенти;
- пациенти с тежко клинично протичане на заболяването;
- пациенти с предполагаема генерализация на процеса;
- болни с тежки придружаващи заболявания.

При започване на антибактериална терапия, след преценка на нейната необходимост при възрастни се прилагат хинолони, аминогликозиди, TSM или цефалоспоринови II генерация.

Антибактериалната терапия е задължителна при генерализираните и висцералните клинични форми, където се прилагат цефалоспоринови III генерация и други стратегически антибиотици. При най-тежките клинични варианти или обременен преморбиден фон те могат да бъдат антибиотици на първи избор.

Продължителност на антибиотичния курс – според клиничното повлияване.

Антибактериална терапия при шигелоза

Диагнозата се подозира при наличие на колитен, хемоколитен и токсинфекциозен синдром.

Шигелите са много неустойчиви на външни условия, загиват бързо в депонирани изпражнения, в консервант на Тиге остават жизнеспособни 10-15 часа. За да се избегнат фалшиво отрицателните копрокултури при пациенти с шигелоза, фекалната проба се взема веднага след дефекацията или от ректума на пациента и се транспортира спешно до съответната микробиологична лаборатория.

Антибактериалната терапия: използват се перорални химиотерапевтици.

Антибактериална терапия при колиентерити

Колиентеритите са заболявания, които се срещат предимно при кърмачета (недоносени, хипотрофични, новородени). Рядко боледуват по-големи деца и възрастни. Заболяването най-често се предизвиква от ентеро-патогенни E Coli.

Ентеротоксигенните E.coli предизвикват холероподобна диария при деца и възрастни (диария на пътуващите).

Ентероинвазивните E.coli предизвикват заболявания, клинично неразличими от шигелоза.

Ентерохеморагичните E.coli предизвикват спорадични и епидемични хемоколити, хеморагичнонекротичен колит и хемолитикоуремичен синдром.

Могат да се развият генерализирани форми (сепсис, септикопиемия, менингити, менингоенцефалити) и екстраинтестинални възпалителни процеси.

Етиологичното лечение е съобразено с антибиограмата на изолата и клиничната форма.

Използват се същите антибиотици и химиотерапевтици, посочени при салмонелози и шигелози в съответните възрасти.

Антибактериално лечение при кампилобактериоза

Диагнозата се предполага при данни за консумация на сурово мляко или месо с недостатъчна термична обработка или контакт с животни (особено ако те са с диария), съчетани с ТИС и ентероколит. Диарийният синдром е представен с многократни изхождания на течни зелени изпражнения, с примеси от слюз, слюз и кръв, а понякога и гной.

Антибактериална терапия:

Средство на избор при възрастни са макролидите.

Алтернативни препарати са флуорохинолони и тетрациклини (при лица над 7 години).

Антибактериално лечение при йерсиниози

Диагнозата се подозира при данни за контакт с кучета, свине, консумация на непастеризирани млека, месни храни без достатъчна термична обработка и клиничната картина на ентерит и екзантем. Заболяването протича с разнообразни органични поражения – мезентериален лимфаденит, артрити, абсцеси, холецистит, менингит. Обичайна е хепато- и спленомегалията. Често по кожата се проявява обрив (точковиден, макулопапулозен, хеморагичен), предимно около ставите.

Етиологичното лечение се провежда с: тетрациклини, аминоглюкозиди и макролиди.

Алтернативни антибиотици: цефалоспорини II и III генерация, флуорохинолони и TMS.

Псевдомембранозен (Clostridium difficile) колит

Заболяването протича с ТИС, диария, левкоцитоза и хипоалбуминемия. C.difficileae може да колонизира стомашночревния тракт само, ако ендогенната чревна флора е увредена. Най-често причина за чревна дисбактериоза са: антибиотично лечение (полусинтетични и други пеницилинови деривати, линкозамини, цефалоспорини III генерация, по-рядко аминогликозиди, макролиди, хинолони, котримоксазол), антинеопластични средства, други чревни патогени, обширни чревни операции, уремия.

Диагнозата се подозира при пациенти с диария и антибиотична терапия в момента или в предходните 30 дни, особено ако е ползвана комбинация от широкоспектърни антибиотици независимо от начина на приложение.

Етиологично лечение. Изключително важно е възстановяване на нормалната чревна флора.

Вирусни гастроентерити

Диагнозата се подозира при взрив от гастроентерити (с бактериологично отрицателни резултати), придружени от КГДП.

Етиологично лечение няма. Основна е патогенетичната терапия и диетичен режим (без лактозни млека).

Стафилококово хранително отравяне

Диагнозата се подозира при остър гастрит или гастроентерит (в 50%), с подчертана склонност към колапс при субфебрилитет. Настъпва най-често след консумиране на храни, богати на захар, сол и белтъци.

Лечение – патогенетично, симптоматично и диетично.

Хранително отравяне от Bacillus cereus

Възниква най-често след консумация на студен ориз в китайските ресторанти. Лечение – патогенетично, симптоматично и диетично.

Хранително отравяне от Clostridium perfringens

Протича с картината на остър ентерит, хеморагично-некротичен ентерит с много силни коремни болки и нередко шоково състояние.

Етиологично лечение: средство на избор Penicillin.

Алтернативни препарати - химиотерапевтици.

Ботулизъм

Епидемиология – консумация на консервирани храни и продукти. Офталмо-плегичен синдром, булбарна симптоматика, диарийен синдром и др.

Серотерапия и профилактични мерки

- пълна и точна анамнеза за реактивността на пациента спрямо серуми и алергични прояви;

- проверка за поносимост към конкретния серум, който ще се прилага;

- 0,1 мл серум разреден в 100 мл физиологичен разтвор - интрадермално инжектиране; след 30 мин се отчита реакция.

При липса на реакция:

Серумът се инжектира на няколко пъти - 0,5мл, след 30 мин - 1,0 мл, след 30 мин - 2,5 мл, след това цялото дозирано количество.

При наличие на реакция:

Провежда се метода на десенсибилизация по **метода на Безредка**.

Хранителни токсикоинфекции предизвикани от *Aerobacter aerogenes*, *Proteus*, *Vibrio parahaemolyticus*, *Vibrio vulnificaus*

Трудно се диференцират по клинични данни. Лечение – патогенетично, симптоматично и диетично.

Антибактериална терапия при Бруцелоза

При епидемиологични данни за контакт с животни. Наблюдава се продължително неясно фебрилно състояние, хепатоспленомегалия, нормоцитоза и ускорено СУЕ.

- тетрациклини;

- хинолони.

Здравни грижи.

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.

Окончателната диагноза се поставя на базата на клинично-епидемиологична, микробиологична, вирусологична и серологична диагностика.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

Индикации за дехоспитализация при хранителни интоксикации и вирусни гастроентерити:

- овладян диаричен синдром;

- трайна липса на фебрилитет (поне 2 дни);

- положителна динамика в клинично-лабораторни показатели;

- наличие на обективни данни за клинично подобрене;

- след документирано взет биологичен материал.

При остра инфекциозна диария с бактериален причинител, пациентът се дехоспитализира клинично здрав и след назначаване на необходимите контролни микробиологични изследвания, съгласно инструкциите на МЗ за борба със заразните болести. Случаят може да се отчете и преди получаване на резултатите.

Резултатите от контролните бактериологични изследвания, получени след дехоспитализацията задължително се прикрепват към ИЗ и стават неразделна негова част, като подлежат на контрол.

При наличие на активен диаричен синдром с дехидратация II-III степен и различен етиологичен причинител: салмонела, шигела, кампилобактер, клостридиум, когато той може да бъде установен, се допуска повторна хоспитализация в рамките на един отчетен период, но не по-вече от 1% от общия брой за същото лечебно заведение и за същия отчетен период.

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/лечение по амбулаторни процедури“* - бл.МЗ-НЗОК №7.

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *“История на заболяването”*.

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *“История на заболяването”*;
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“* - бл.МЗ-НЗОК №7;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника/попечителя), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника/попечителя) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

От Вашия личен лекар и проведената консултация със специалист вече Ви е известно, че имате остро, най-вероятно инфекциозно възпаление на стомашно-чревния тракт.

Тези заболявания могат да бъдат предизвикани от бактерии, вируси и паразити. Възникват най-често след консумация на инфектирана храна, при контакт с болни хора или животни, или клинично здрави носители.

При острите инфекциозни диарии организмът губи големи количества течности и соли с повръщане, диария и от високата температура. Това смущава функционирането на бъбреците, сърцето, кръвоносните съдове и нервната система. Възможно е бързата и тежката загуба на течности и соли да доведе до шок и фатален изход, ако не се предприеме спешно лечение. Освен това, Вие можете да заразите други лица. Ето защо настаняването Ви в специализирано инфекциозно отделение е **абсолютно наложително**. В отделението ще се провежда необходимото лечение за Вашето заболяване.

За пълнота, моля, прочетете процедурите, които ще бъдат извършени във Ваш интерес.

Ще Ви се направят необходимите кръвни, микробиологични или вирусологични изследвания.

Лечението ще включва венозни вливания на медикаменти и стриктно спазване на диета.

Екип от специалисти ще следят Вашето здравословно състояние през целия престой в отделението. Във всеки момент може да се откажете от болничното лечение, но това може да има фатални последици. Необходимо е да изразите писмено желанието си да напуснете отделението и с това освобождавате лекуващия екип от отговорността за Вашето здраве.

Вашите близки могат да посещават клиниката в посочените за това дни и часове и да получат подробна информация за Вашето състояние.