

КП № 197 КОНСЕРВАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ОСТРИ КОРЕМНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

Минимален болничен престой – 2 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Паралитичен илеус и непроходимост на червана без херния

Не включва: вродена стриктура или стеноза на червата (Q41—Q42)
ишемична стриктура на червата (K55.1)
мекониум илеус (E84.1)
непроходимост на червата при новородено, класифицирана в рубриката R76.—
непроходимост на дванадесетопръстника (K31.5)
следоперативна непроходимост на червата (K91.3)
стеноза на ануса или ректума (K62.4)
с херния (K40—K46)

K56.0 Паралитичен илеус

Парализа на:

- червата
- колона
- тънкото черво

Не включва: илеус, предизвикан от жлъчни камъни (K56.3)
илеус БДУ (K56.7)
обструктивен илеус БДУ (K56.6)

K56.4 Друг вид запушване на червата

Ентеролит

Запушване:

- на колон
- от фекалии

K56.5 Чревни сраствания (бридове) с непроходимост

Перитонеални сраствания (бридове) с чревна непроходимост

K56.6 Друга и неуточнена чревна непроходимост

Ентеростеноза

Обструктивен илеус БДУ

Запушване

Стеноза } на колона или червата
Стриктура }

Перитонит

Не включва:

перитонит:

- асептичен (T81.6)
- доброкачествен пароксизмален (E85.0)
- химичен (T81.6)
- предизвикан от талк или друго чуждо вещество (T81.6)
- неонатален (P78.0—P78.1)
- тазов при жени (N73.3—N73.5)
- периодичен семеен (E85.0)
- послеродов (O85)
- със или след:
 - аборт, извънматочна или гроздовидна бременност (O00—O07, O08.0)
 - апендицит (K35.—)
- в съчетание с дивертикули на червата (K57.—)

K65.0 Остър перитонит

Включва състояния при лечение с перитонеална диализа

K85 Остър панкреатит

Абсцес на задстомашната жлеза
Некроза на задстомашната жлеза:

- остра
 - инфекциозна
- Панкреатит:
- хеморагичен
 - гноен

K86.2 Киста на задстомашната жлеза

K86.3 Псевдокиста на задстомашната жлеза

K86.8 Други уточнени болести на задстомашната жлеза

Атрофия
Камъни
Цироза
Фиброза

} на задстомашната жлеза

На задстомашната жлеза:

- инфантилизъм
- некроза:
 - БДУ
 - асептична
 - мастна

Травма на далака

S36.00 Травма на далака – без открита рана в корема

Травма на черния дроб или на жлъчния мехур

S36.10 Травма на черния дроб или на жлъчния мехур – без открита рана в корема
Жлъчен канал

Травма на панкреаса

S36.20 Травма на панкреаса – без открита рана в корема

Травма на тънко черво

S36.40 Травма на тънко черво– без открита рана в корема

Травма на дебело черво

S36.50 Травма на дебело черво– без открита рана в корема

Травма на право черво

S36.60 Травма на право черво– без открита рана в корема

Травма на няколко интраабдоминални органа

S36.70 Травма на няколко интраабдоминални органа– без открита рана в корема

Травма на други интраабдоминални органи

S36.80 Травма на други интраабдоминални органи – без открита рана в корема

Перитонеум

Ретроперитонеум

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ В КОРЕМНАТА ОБЛАСТ

**54.21 ЛАПАРОСКОПИЯ

Перитонеоскопия

Изключва:

лапароскопска холецистектомия - 51.23

такава при деструкция на фалопиевите тръби - 66.21-66.29

Лапароскопия

30390-00 Лапароскопия
Диагностична [експлоративна] лапароскопия

ДИАГНОСТИЧЕН УЛТРАЗВУК (ЕХОГРАФИЯ)

Включва: ехография

ултразвукова ангиография

ултрасонография

Изключва:

терапевтичен ултразвук - 00.01 - 00.09

**88.74 ДИАГНОСТИЧЕН УЛТРАЗВУК НА ХРАНОСМИЛАТЕЛНА СИСТЕМА

Ултразвук на корем или таз

55036-00 Ултразвук на корем
Включва: сканиране на уринарен тракт
Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

МЕКОТЪКАННО РЕНТГЕНОВО ИЗСЛЕДВАНЕ НА КОРЕМ

Изключва:

ангиография - 88.40-88.68

**88.01 КАТ НА КОРЕМ

КАТ сканиране на корем и ретроперитонеално пространство

Компютърна томография на корем

Включва: регион от диафрагмата до криста илиака
Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
• гръден кош (56301-01, 56307-01 [1957])
• и
• мозък (57001-01, 57007-01 [1957])
• таз (56801-00, 56807-00 [1961])
• таз (56501-00, 56507-00 [1963])

56401-00 Компютърна томография на корем

ДРУГО РЕНТГЕНОВО ИЗСЛЕДВАНЕ НА КОРЕМ

**88.19 РЕНТГЕНОВО ИЗСЛЕДВАНЕ НА КОРЕМ

Рентгенография на корем

Рентгенография на корем или перитонеум

58900-00 Рентгенография на корем
Включва: жлъчен тракт
долна гастроинтестинална област
ретроперитонеум
стомах
Не включва: тази на уринарния тракт (58700-00 [1980])

**90.59 ИЗСЛЕДВАНЕ НА КРЪВ

Включва:

Биохимични – креатинин, кр. захар, йонограма с Са, АСАТ, АПАТ, билирубин /общ и директен/, LDH, алфа амилаза,
протеинограма/албумин, глобулин; CRP /количествено изследване/;

Хематологични - ПКК със СУЕ и левкограма,

Хемокоагулационни изследвания – фибриноген, протромбиново време, тромбоцити;

АКР;

Хемокултура;

*****91.13 МИКРОБИОЛОГИЧНО ИЗСЛЕДВАНЕ НА ПЕРИТОНЕАЛЕН ДИАЛИЗЕН РАЗТВОР – КУЛТУРА И ЧУСТВИТЕЛНОСТ**
Включва и антибиограма

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

ДРУГИ ОПЕРАЦИИ НА ЖЛЪЧНИТЕ ПЪТИЩА И СФИНКТЕРА НА ODD

***51.85 ЕНДОСКОПСКА СФИНКТЕРОТОМИЯ И ПАПИЛОТОМИЯ**
сфинктеротомия и папилотомия с процедури, класирани в 51.10-51.11, 52.13

Инцизия на жлъчен мехур, жлъчни пътища или сфинктер на Оди

30485-00 Ендоскопска сфинктеротомия
Включва: такава чрез ендоскопска ретроградна холангиопанкреатография [ERCP]
Кодирай също когато е направена:
• поставяне на стент (30491-00 [958])
• подмяна на стент (30451-02 [960])

***51.86 ЕНДОСКОПСКО ПОСТАВЯНЕ НА НАЗО-БИЛИАРНА ДРЕНАЖНА ТРЪБА (СОНДА)**
поставяне на назо-билиарна тръба с процедури, класирани в 51.10-51.11, 52.13

Стентирание на жлъчни пътища

30491-00 Ендоскопско стентирание на други части на жлъчни пътища
Включва: дилатация
поставяне на назобилиарна сонда
такова чрез ендоскопска ретроградна холангиопанкреатография [ERCP]
Не включва: такава при замяна (30451-02 [960])

***51.87 ЕНДОСКОПСКО ПОСТАВЯНЕ НА СТЕНТ (ТРЪБА) В ЖЛЪЧЕН ПРОТОК**
ендопротеза на жлъчен проток
поставяне на стент в жлъчен проток с процедури, класирани в 51.10-51.11, 52.13

Изключва:
назо-билиарна дренажна тръба - 51.86
смяна на стент (тръба) - 97.05

Стентирание на жлъчни пътища

30491-00 Ендоскопско стентирание на други части на жлъчни пътища
Включва: дилатация
поставяне на назобилиарна сонда
такова чрез ендоскопска ретроградна холангиопанкреатография [ERCP]
Не включва: такава при замяна (30451-02 [960])

***51.88 ЕНДОСКОПСКО ОТСТРАНЯВАНЕ НА КАМЪК (КАМЪНИ) ОТ ЖЛЪЧЕН ТРАКТ**
отстраняване на камък (камъни) от жлъчен тракт с процедури, класирани в 51.10-51.11, 52.13
лапароскопско отстраняване на камък (камъни) от жлъчен тракт

Изключва:
перкутанна екстракция на камъни от общия жлъчен проток - 51.96

Инцизия на жлъчен мехур, жлъчни пътища или сфинктер на Оди

30485-01 Ендоскопска сфинктеротомия с екстракция на камък от общия жлъчен канал
Включва: такава чрез ендоскопска ретроградна холангиопанкреатография [ERCP]
Кодирай също когато е направена:
• поставяне на стент (30491-00 [958])
• подмяна на стент (30451-02 [960])

ДРУГИ ОПЕРАЦИИ НА ЖЛЪЧНИЯ ТРАКТ

***51.96 ПЕРКУТАННА ЕКСТРАКЦИЯ НА КАМЪНИ ОТ ОБЩИЯ ЖЛЪЧЕН ПРОТОК**

Ендоскопско и перкутанно отстраняване на камък

30450-00 Екстракция на камък от жлъчни пътища чрез образни техники
Перкутанна екстракция на жлъчен камък

Включва: чрез:

- трансхепатална тръба
- трансйеюнална тръба
- Т-образна тръба

***51.98 ДРУГИ ПЕРКУТАННИ ПРОЦЕДУРИ ВЪРХУ ЖЛЪЧНИЯ ТРАКТ**

перкутанна жлъчна ендоскопия през съществуващ Т-дрен или по друг път за:

- дилатация на стриктура на жлъчен проток
- експлорация (постоперативна)
- отстраняване на камъни, освен от общия жлъчен проток
- перкутанен трансхепатален жлъчен дренаж

Изключва:

перкутанна аспирация на жлъчния мехур - 51.01
перкутанна биопсия и/или взимане на проба с четка или промивка - 51.12
перкутанно отстраняване на камъни от общия жлъчен проток - 51.96

Други процедури за приложение, поставяне или премахване върху жлъчен мехур или жлъчни пътища

90348-00 Перкутанна аспирация на жлъчен мехур

ОПЕРАЦИИ НА ПАНКРЕАС

***52.01 ДРЕНАЖ НА ПАНКРЕАСНА КИСТА С КАТЕТЪР**

Инцизионни порцедури на панкреас

30375-14 Инцизия и дренаж на панкреас

30375-27 Марсупиализация на панкреатична киста

ДРУГИ ОПЕРАЦИИ НА ПАНКРЕАС

***52.92 КАНЮЛИРАНЕ НА ПАНКРЕАСНИЯ ПРОТОК**

Изключва:
такава с ендоскопски достъп - 52.93

Стентирание на жлъчни пътища

30492-00 Перкутанно стентирание на жлъчни пътища

Включва: дилатация

Не включва: такава при замяна (30492-01 [960])

90337-00 Друго стентирание на жлъчни пътища

Хепатохоледохостомия

Не включва: такава при замяна (30451-00 [960])

такава с отваряне на общия жлъчен проход (30454-00 [963])

***52.93 ЕНДОСКОПСКО ПОСТАВЯНЕ НА СТЕНТ (ТРЪБА) В ПАНКРЕАСНИЯ ПРОТОК**

поставяне на канюла, или стент в панкреасния проток чрез процедури, класирани в 51.10-51.11, 52.13

Изключва:

ендоскопско поставяне на назо-панкреасна дренажна тръба - 52.97
смяна на стент (тръба) - 97.05

Процедури за приложение, поставяне или премахване върху панкреас

30491-02 Ендоскопско стентирание на панкреасен канал

Включва: дилатация

поставяне на назопанкреатична тръба

тази чрез ендоскопска ретроградна холангиопанкреатография [ERCP]

***52.94 ЕНДОСКОПСКО ОТСТРАНЯВАНЕ НА КАМЪК (КАМЪНИ) ОТ ПАНКРЕАСНИЯ ПРОТОК**

отстраняване на камъни от панкреасния проток чрез процедури, класирани в 51.10-51.11, 52.13

Процедури за приложение, поставяне или премахване върху панкреас

90349-00 Ендоскопско премахване на камъни от панкреаса

***52.97 ЕНДОСКОПСКО ПОСТАВЯНЕ НА НАЗО-ПАНКРЕАСНА ДРЕНАЖНА ТРЪБА**

поставяне на назо-панкреасна дренажна тръба чрез процедури, класирани в 51.10-51.11, 52.13

Изключва:

дренаж на панкреасна киста с катетър - 52.01
смяна на стент (тръба) - 97.05

Стентирание на жлъчни пътища

30492-00 Перкутанно стентирание на жлъчни пътища

Включва: дилатация

Не включва: такава при замяна (30492-01 [960])

30491-00 Ендоскопско стентирание на други части на жлъчни пътища

Включва: дилатация

поставяне на назобилиарна сонда

такова чрез ендоскопска ретроградна холангиопанкреатография [ERCP]

Не включва: такава при замяна (30451-02 [960])

***52.98 ЕНДОСКОПСКА ДИЛАТАЦИЯ НА ПАНКРЕАСНИЯ ПРОТОК**
дилатация на протока на Wirsung с процедури, класирани в 51.10-51.11, 52.13

Процедури за приложение, поставяне или премахване върху панкреас

30491-02 Ендоскопско стентирание на панкреасен канал

Включва: дилатация

поставяне на назопанкреатична тръба

тази чрез ендоскопска ретроградна холангиопанкреатография [ERCP]

НЕОПЕРАТИВНА ИНТУБАЦИЯ НА ХРАНОСМИЛАТЕЛНИЯ И РЕСПИРАТОРЕН ТРАКТ

***96.07 ПОСТАВЯНЕ НА ДРУГА (НАЗО-) ГАСТРАЛНА СОНДА**

Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система

92036-00 Поставяне на назогастрална сонда

Сондиране за декомпресия

Не включва: Sengstaken тръба (13506-00 [1899])

***96.08 ПОСТАВЯНЕ НА (НАЗО-) ИНТЕСТИНАЛНА СОНДА**

Сонда на Miller-Abbott (за декомпресия)

Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система

92036-00 Поставяне на назогастрална сонда

Сондиране за декомпресия

Не включва: Sengstaken тръба (13506-00 [1899])

НЕОПЕРАТИВНА ПРОМИВКА, ПОЧИСТВАНЕ И ЛОКАЛНА ИНСТИЛАЦИЯ НА ДРУГИ ХРАНОСМИЛАТЕЛНИ И ПИКОЧНО-ПОЛОВИ ОРГАНИ

***96.41 ПРОМИВКА НА ХОЛЕЦИСТОСТОМА И ДРУГ БИЛИАРЕН ТРЪБЕН ДРЕН**

Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система

92096-00 Промивка на холецистостомия или друга жлъчна тръба

***96.42 ПРОМИВКА НА ПАНКРЕАТИЧЕН ТРЪБЕН ДРЕН**

Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система

92074-00 Промивка на панкреасна тръба

***96.43 ИНСТИЛАЦИЯ В ХРАНОСМИЛАТЕЛНИЯ ТРАКТ, ОСВЕН ВЪВЕЖДАНЕ НА ХРАНА В СТОМАХА**

Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система

92075-00 Гастроинтестинално вливане, изключващо хранене през стомашна сонда

***96.6 ЕНТЕРАЛНА ИНФУЗИЯ НА КОНЦЕНТРИРАНИ ХРАНИТЕЛНИ СУБСТАНЦИИ**

Приложение на фармакотерапия

96202-07 Ентерално приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

ТРАНСФУЗИЯ НА КРЪВ И КРЪВНИ КОМПОНЕНТИ***99.04 ТРАНСФУЗИЯ НА ЕРИТРОЦИТНА МАСА И ДРУГИ КРЪВНИ ПРОДУКТИ**

използвай допълнителен код за такава, извършена през катетър или венесекция - 38.92-38.94

Прилагане на кръв и кръвни продукти

- 13706-02 Приложение на опаковани клетки
Трансфузия на:
- еритроцити
 - опаковани клетки
 - червени кръвни клетки

99.18 ИНЖЕКЦИЯ ИЛИ ИНFUЗИЯ НА ЕЛЕКТРОЛИТИ*Приложение на фармакотерапия**

- 96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

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])

ИНЖЕКЦИЯ НА АНТИБИОТИК***99.21 ИНЖЕКЦИЯ НА АНТИБИОТИК**

Изключва:

инжекция или инфузия на антибиотици от клас оксазолидинони - 00.14

Приложение на фармакотерапия

- 96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоифекциозен 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])

***99.22 ИНЖЕКЦИЯ НА ДРУГИ АНТИ-ИНФЕКЦИОЗНИ МЕДИКАМЕНТИ**

Включва:

Интраперитонеална инстилация на антибиотик

Приложение на фармакотерапия

- 96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоифекциозен агент

Виж допълнителни знаци

- 96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоифекциозен 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])

*99.23 ИНЖЕКЦИЯ НА СТЕРОИД

инжекция на кортизон

Приложение на фармакотерапия

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

Виж допълнителни знаци

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид

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 ДРУГО ЛЕЧЕБНО ИЛИ ПРОФИЛАКТИЧНО ВЕЩЕСТВО

Приложение на фармакотерапия

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

Виж допълнителни знаци

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

Виж допълнителни знаци

Кодирай също когато е направена:

- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са извършени три основни терапевтични процедури и три основни диагностични процедури, посочени в блок **Кодове на основни процедури по МКБ-9 КМ/** три основни терапевтични процедури и минимум по една диагностична процедура от три различни блока по АКМП, насочени към основната диагноза.

Извършването на процедура **51.85** – „Ендоскопска сфинктеротомия” (30485-00 Ендоскопска сфинктеротомия) е показано само при наличие на инклавиран в ампула фатери конкремент в първите 24 - 48 часа от началото на заболяването.

При диагноза K65.0 „Остър перитонит – при лечение с перитонеална диализа” клиничната пътека включва състояния при лечение на перитонеална диализа и се счита за завършена, ако са извършени три основни диагностични процедури - **91.13** (91913-10), **90.59** и **88.74** (55036-00) и една основна терапевтична процедура – **99.21** или **99.22** (96199-02; 96197-02 по АКМП), посочени в блок **Кодове на основни процедури по МКБ-9 КМ/ АКМП.**

Пациентите на лечение с перитонеална диализа и остър перитонит, се отчитат само при доказана основна диагноза N18.0 „Терминален стадий на бъбречна болест” или N18.8 „Други прояви на хронична бъбречна недостатъчност” или N18.9 „Хронична бъбречна недостатъчност, неуточнена” или N19 „Бъбречна недостатъчност, неуточнена”.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ. Рентгеновите филми или друг носител при образни изследвания се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

Проведените процедури задължително се отразяват в „История на заболяването“ (ИЗ).

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

Клиничната пътека се изпълнява:

- за лица над 18 години: от обхвата на медицинската специалност "Хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия"; от обхвата на медицинската специалност "Нефрология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Нефрология" (само за МКБ код K65.0); дейности най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Диализно лечение" (само за МКБ код K65.0);

- за лица под 18 години: от обхвата на медицинската специалност "Детска хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия"; от обхвата на медицинската специалност "Детски болести", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия" (само за МКБ код K65.0); от обхвата на медицинската специалност "Детска нефрология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия" (само за МКБ код K65.0).

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 хирургия или Клиника/отделение по детска хирургия
<u>Само за диагноза K65.0:</u> Клиника/отделение по нефрология или детска нефрология или клиника/отделение по хемодиализа или клиника/отделение по детски болести
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ/разкрити легла за интензивно лечение
4. Клинична лаборатория*
5. Образна диагностика
6. Кабинет по ендоскопска диагностика

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по хирургия.

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. Лаборатория по клинична патология
2. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

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

- четирима лекари с придобита медицинска специалност по хирургия.

За осъществяване на диагностичните дейности лечебното заведение, в което има структура по хирургия от второ ниво на компетентност, трябва да разполага и с един лекар с придобита квалификация за извършване на ехография, както и един лекар с придобита квалификация за извършване на горна и долна ендоскопия;

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Блок 2. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- Двама лекари със специалност по детска хирургия или лекар със специалност по детска хирургия и лекар със специалност хирургия;

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по детски болести/неонатология;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Блок 3. Необходими специалисти за лечение на пациенти с диагноза K65.0:

- лекари със специалност по нефрология - минимум двама, от които поне един с призната специалност по нефрология

или

лекар със специалност по детска нефрология

или

лекар със специалност по детски болести/неонатология;

- лекар/и със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

При доказано онкологично заболяване пациентът задължително се насочва към Клинична онкологична комисия или Клинична хематологична комисия (съгласно медицински стандарти „Медицинска онкология“ и „Клинична хематология“), осигурена от лечебното заведение чрез договор.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

Диагностика и лечение при пациенти с:

1. всички форми на остър панкреатит при лица до 18 години;
2. остър панкреатит - некротична форма;
3. киста на задстомашната жлеза (с усложнения) и други болести на задстомашната жлеза, посочени в код K86.8;
4. паралитичен илеус;
5. чревна непроходимост;
6. травми на далак, черен дроб, панкреас, тънко и/или дебело черво - за консервативно лечение;
7. остър перитонит при лечение с перитонеална диализа.

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.

1. Клинични симптоми:

- силна коремна болка;
- горно-диспептичен синдром.

2. Основен параметър – входящ тест за поставяне на диагноза „Панкреатит“:

- три - четирикратно повишение на алфа-амилазата в урината.

3. Допълнителни параметри:

- при остър панкреатит (едемна форма) - абдоминална ехография или КТ;
- при остър панкреатит (некротична форма) - абдоминална ехография и/или задължително извършване на КТ (за диференциална диагноза);
- клинично - лабораторни изследвания - включва целия панел под с код 90.59.

4. Диагностично - лечебният алгоритъм при некротична форма на панкреатит, включва следните критерии (минимално 2):

- сигнификантно повишение на CRP и LDH, проследени най - малко двукратно през първите 3 дни от хоспитализацията;
- образна верификация на тежестта на заболяването посредством абдоминална ехография и/или компютърна томография;
- персистиращ фебрилен синдром повече от 3 дни;
- данни за органна недостатъчност, обусловена от основното заболяване.

Остър панкреатит – При около 80 % от болните с остър панкреатит се наблюдава леката форма на болестта – остър интерстициален (оточен) панкреатит (ОИП). Острият интерстициален панкреатит, наречен още “self-limiting disease”, търпи обратно спонтанно развитие в рамките на 3-5 дни. Болните с ОИП не се нуждаят от интензивно лечение и не подлежат на оперативна интервенция. При останалите 20 % от болните е налице тежката форма на болестта – некротичен панкреатит (НП). В хода на НП се разграничават две фази – 1) *ранна (вазо-токсична) фаза* – до края на втората седмица на болестта, характеризираща се с освобождаването на множество медиатори на възпалението и развитието на SIRS и MODS; и 2) *късна (септична) фаза* – след 14 ден от началото на болестта, при която е налице развитието на локални и системни септични усложнения и освобождаването на един нов медиатор – ендотоксин. Честотата на инфектиране на панкреасната и парапанкреасна некроза е в пряка зависимост от срока и големината на некрозата. Инфектираната панкреасна некроза (IPN) и свързаните с нея Sepsis и MODS са основната причина за смъртността при болните с НП (до 50 %). Множество контролирани рандомизирани студии доказаха ефективността на употребата на антибиотици за снижаване честотата на септичните усложнения. Профилактичната употреба на широкоспектърни антибиотици намалява честотата на инфектиране при СТ-доказан некротичен панкреатит. На оперативно лечение подлежат само болните с некротичен панкреатит, при които има клинични и/или микробиологични белези за инфектиране на некрозата и болните, при които липсва положителен ефект от провежданото консервативно лечение. Болните със стерилна панкреасна некроза продължават да бъдат лекувани консервативно. При около 40 % от болните причина за болестта е холелитиазата. Временната или персистираща обструкция на ampulla Vateri от жлъчни камъни е един от патогенетичните механизми за развитие на остър панкреатит. Етиологичното доказване генезата на билиарния панкреатит е от изключително значение, тъй като ранната ERCP с папилосфинктеротомия и екстракция на камъните води до излекуване на болестта. При всички болни с билиарен панкреатит, с цел премахване риска от рецидив на болестта, е задължително извършването на холецистектомия (за предпочитане лапароскопска).

Хроничен панкреатит – лечението на хроничния панкреатит има две основни цели – борба с болката и субституиране на екзокринната панкреасна недостатъчност. Болни с хроничен панкреатит постъпват в хирургична клиника или отделение при наличието на болков пристъп. Консервативното лечение тогава е насочено единствено към облекчаване на болката. За тази цел се използват спазмолитици, панкреасни ензими, ненаркотични и наркотични аналгетици. Към оперативно лечение се пристъпва тогава, когато са изчерпани възможностите на консервативното, както и за лечение на усложненията (остър панкреатит, инфекция, кисти, панкреасна калкулоза, увреждания на панкреасния канал). Двете основни групи операции са дренажни и резекционни. Дренажните операции (Puestow, Partington-Rochelle) са индицирани при диаметър на панкреасния канал > 7 мм, докато резекционните (Kausch-Whipple, Traverso-Longmire, Beger, Frey) - при диаметър на панкреасния канал < 7мм. Болни с неразширен панкреасен канал и локални промени в опашката на панкреаса са показани за лява резекция.

Псевдокисти и кисти на панкреаса – лечебната тактика зависи от това дали кистата е истинска или се касае за псевдокиста и дали е паразитарна или непаразитарна. Използват се външни и вътрешни дренажни и резекционни техники, като към дренажните техники се включват и ендоскопски, лапароскопски и интервенционални радиологични такива.

Остър перитонит при лечение с перитонеална диализа

Перитонитът е често и сериозно усложнение при болни, лекувани с перитонеална диализа (както постоянна амбулаторна перитонеална диализа, така и апаратна перитонеална диализа). Той може да доведе до загуба на катетъра, адхезии, връщане към лечение с хемодиализа. Перитонитът е най-честата причина за прекратяване на лечението с перитонеална диализа, а в някои случаи може да доведе и до смърт. Всички епизоди на перитонит при перитонеална диализа са потенциално опасни, въпреки че тежестта зависи от причинителя, продължителността на инфекцията, коморбидността. Характерните симптоми на перитонит при перитонеална диализа са помътняване на перитониалния диализат, коремни болки с различен интензитет, фебрилитет, гадене. Най-чести причинители са Грам – позитивни коки от нормалната кожна флора на пациента. Най-честите Грам – негативни микроорганизми са *Escherichia coli* и *Pseudomonas aeruginosa*. Тежкия перитонит при перитонеална диализа може да бъде и полимикробен. Диагнозата се поставя въз основа на клинични данни, лабораторни и микробиологични изследвания. Антибиотичното лечение трябва да започне незабавно след вземане на материал от перитонеален диализат за микробиологично изследване. Антибиотиците се прилагат интраперитонеално, интравенозно.

При остър перитонит при лечение с перитонеална диализа се извършва задължително два пъти микробиологично изследване на перитониален диализен разтвор – при хоспитализацията и след лечението. При остър перитонит при лечение с перитонеална диализа **курсът на антибиотичното лечение в болнични условия е минимум 7 дни.**

При диагноза неспецифичен мезентериален лимфаденит се определят следните критерии за диагноза – **възраст до 18 години, ехографски данни за мезентериален лимфаденит, ПКК и биохимия (промени CRP).**

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 база данните от клиничните, лабораторните и инструменталните методи, както и от проведените диагностични и терапевтични ендоскопски методи.

Диагнозата при панкреатити се потвърждава, ако алфа-амилазата е повишена повече от 3-4-кратно от нормата при хоспитализацията.

При субилеус /илеус - след обзорна рентгенография на корем.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ

Медицински критерии за дехоспитализация:

- сигурни клинични и/или инструментални признаци за стихване на възпалителния процес;
- липса на коремна болка;
- нормален чревен пасаж;
- липса на фебрилитет в последните 48 часа;
- липса на сериозни субективни оплаквания или обективно регистрирани от лекаря отклонения.

При некротичен панкреатит е задължително изследването в динамика на CRP и LDH (най - малко две стойности) и абдоминална ехография или КАТ.

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. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредбата.

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), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯ КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)**ОСТЪР ПАНКРЕАТИТ**

Острият панкреатит е внезапно настъпило заболяване, което се изразява в остро възпаление на панкреаса и околните тъкани от активираните ензими на жлезата и много често засяга целия организъм. Най-честите причини за острия панкреатит са злоупотребата с алкохол и жлъчнокаменната болест. В зависимост от промените в панкреаса и тежестта на болестта се различават две форми – *лек (интерстициален)* и *тежък (некротичен)* панкреатит. Първата форма на болестта не представлява особен лечебен проблем и обикновено в рамките на 7-10 дни се стига до излекуване, без трайни последици за организма. Операция при нея се налага, когато причина за болестта е жлъчнокаменната болест. Тогава се препоръчва оперативното отстраняване на жлъчния мехур с цел премахване риска от рецидив на панкреатита. Тежкият (некротичен) панкреатит е животозастрашаващо заболяване. То изисква задължително болнично лечение, най-често в отделение за интензивно лечение. Болните са подложени на високоспециализирано и сложно лечение, като цялостната терапевтична стратегия за всеки болен се изработва от екип от лекари от различни специалности. Когато независимо от провежданото лечение се появят някои специфични симптоми, говорещи за липса на ефект от консервативното лечение или за инфектиране на некрозата, се пристъпва към оперативно лечение. Операцията има за цел да отстрани мъртвите тъкани от и около панкреаса. Това е сложна операция, която е от компетенцията на високоспециализирани в панкреасната хирургия хирурзи. Не винаги е достатъчна само една оперативна намеса и много често се стига до 2, 3, 4 и повече повторни операции. Преболедувалите от некротичен панкреатит се нуждаят от дълъг възстановителен период, през който са подложени на строг диетичен и хигиенен режим. Нерядко усложнение на острия панкреатит е захарната болест.

ХРОНИЧЕН ПАНКРЕАТИТ

Хроничният панкреатит (цироза на панкреаса) представлява хронично (продължително) възпаление на панкреаса, което води до функционална недостатъчност (екзокринна и ендокринна) на жлезата. При хроничния панкреатит се наблюдават и някои специфични морфологични промени, изразяващи се във фиброзиране на отделни участъци или на целия панкреас, уголемяване най-често на главата на панкреаса, образуване на кистозни формации, образуване на камъни и много рядко - злокачествено израждане. Основната причина за появата на хроничен панкреатит е злоупотребата с алкохол в комбинация с тютюнопушене. Основните клинични симптоми на болестта са болката и проявите на функционална недостатъчност на панкреаса - диария, загуба на тегло, захарен диабет. Диагнозата хроничен панкреатит се поставя от лекари-гастроентеролози след извършването на множество лабораторни и инструментални изследвания. Целта на лечението при болните с хроничен панкреатит е борбата с болката и корекция на панкреасната недостатъчност. В началото лечението винаги е консервативно – отказ от алкохол, диета, прием на панкреасни ензими, обезболяващи средства. Към оперативно лечение се пристъпва след изчерпване възможностите на консервативното или за лечение на усложненията на хроничния панкреатит. При операцията могат да бъдат премахнати различно големи участъци от панкреаса и осъществени нови връзки между панкреаса и някои от органите на стомашно-чревния тракт (стомах, тънко черво, жлъчни пътища). При съмнение за злокачествено израждане се прави експресно хистологично изследване и съобразно резултата от него се взема окончателно решение за вида и обема на оперативната намеса. След операции на панкреаса би могло да се стигне до трайна функционална недостатъчност на панкреаса, което да доведе до необходимостта от заместващо лечение с панкреасни ензими и/или инсулин.

ОСТЪР ПЕРИТОНИТ ВСЛЕДСТВИЕ НА ЛЕЧЕНИЕ С ПЕРИТОНЕАЛНА ДИАЛИЗА

Перитонитът е възпаление на мембраната на коремната кухина. Той е най-честото усложнение на лечението с перитонеална диализа. Болните лекувани с перитонеална диализа имат средно един епизод на перитонит на 1,5 - 2 години. Обикновено причината е замърсяване на връзката между перитонеалния катетър и торбата с перитонеалния диализат. Най-честите причинители са бактерии, които се откриват нормално по кожата на пациента. Перитонитът може да доведе до необходимост от смяна на перитонеалния катетър и дори до невъзможност да се продължи лечението с перитонеална диализа. Основните белези на перитонит при перитонеална диализа са помътняване на перитонеалния разтвор и коремна болка с различна сила. Може да има също гадене, повръщане и висока температура. Лечението на перитонита при перитонеална диализа трябва да започне незабавно. То се извършва според резултатите от изследването за бактерии в перитонеалния разтвор. Прилагат се антибиотици в торбите с перитонеален разтвор или венозно. Лечението трябва да бъде с достатъчна продължителност за ликвидиране на инфекцията.