

КП № 157 РАДИКАЛНА ПРОСТАТЕКТОМИЯ

1. Минимален болничен престой – 4 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Друга затворена простатектомия	
	<i>Включва:</i> цистоскопия супрапубична пробивна цистотомия уретроскопия
37209-01	Лапароскопска радикална простатектомия Лапароскопска тотална простатектомия <i>Включва:</i> ексцизия на: • семенни мехурчета • семепровод <i>Кодирай също когато е направена:</i> • тазова лимфна дисекция(90282-02[811])
Отворена простатектомия	
	<i>Включва:</i> супрапубична цистотомия
37200-03	Супрапубична простатектомия Трансвезикална простатектомия
37200-04	Ретропубична простатектомия
37209-00	Радикална простатектомия Тотална простатектомия <i>Включва:</i> ексцизия на: • семенни мехурчета • семепровод <i>Кодирай също когато е направена:</i> • тазова лимфна дисекция(90282-02[811]) <i>Не включва:</i> лапароскопска тотална простатектомия (37209-01[1166])
37200-05	Друга отворена простатектомия Перинеална простатектомия
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури от различни блокове, посочени в Приложение № 21, насочени към основната диагноза.

Основна процедура 92191-00 и 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на Covid 19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

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

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение III ниво на компетентност от обхвата на медицинската специалност „Урология“, съгласно медицински стандарт „Урология“.

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

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

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по урология
2. Операционен блок/зали
3. Клинична лаборатория II или III ниво на компетентност
4. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
5. Отделение/лаборатория по клинична патология
6. ОАИЛ/КАИЛ

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 урология.

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

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

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Вирусологична лаборатория
2. Апаратура за КАТ или МРТ, с осигурено обслужване на болницата 24 часа в денонощието, включително и при спешни състояния
3. Нуклеарно-медицинско звено
4. Микробиологична лаборатория, вкл. за изследване на анаероби и хламидии - на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Степели (клипсери)	НЗОК не заплаща посочените изделия
Хемостатични средства – рекомбинантен фактор на съсирване и/или хемостатична пудра	НЗОК не заплаща посочените изделия
Консумативи за лапароскопска и роботасистирана хирургия	НЗОК не заплаща посочените изделия

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

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

- шест лекари, от които четирима с придобита специалност по урология, един от които със стаж над 10 (десет) години по специалността;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по клинична патология;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение

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

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

а). ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Диагностика и оперативно лечение при болни със заболявания на простатната жлеза, при наличие на някои от следните симптоми:

- профузна хематурия, неовладяна по консервативен път;
- изразена вторична анемия;
- хемотампонада на пикочния мехур;
- ОБН в резултат на обструктивна уростаза.

Оперативно лечение на болни с хистологично доказан карцином на простатната жлеза и определени индикации за оперативно лечение, при липса на противопоказания от страна на общия статус.

б) Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

При подготовка на болния в лечебното заведение:

1. Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 24 часа от хоспитализацията на пациента.

2. Образни изследвания се извършват до 48 часа от началото на хоспитализацията на пациента.

Контролни клинично-лабораторни и/или образни изследвания се извършват до края на болничния престой на пациента.

Хирургичната манипулация по повод карцином на простатната жлеза е радикална простатектомия. Радикалната простатектомия цели премахване на простатната жлеза заедно с капсулата, прилежащите семенни мехурчета и части от дуктус деференс и регионалните лимфни възли.

Може да се наложи резекция на части от ректума.

С цел профилактика на стриктури на уретрата е препоръчително след ендоеуретрални манипулации и катетеризации на пикочния мехур да се използва емулсия, съдържаща *lidocaine* и *dexamethasone*.

Препоръчително е при ендоеуретрални манипулации и катетеризации на пикочния мехур да се използва стерилен лидокаинов гел с хлорхексидин.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

След задължително хистологично изследване и патоморфологична диагноза, с определяне на степен на малигненост (стадий на тумора по TNM-класификация).

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ

Медицински критерии за дехоспитализация:

Дехоспитализацията при пациентите, страдащи от онкологично заболяване на простатата, се извършва при следните условия:

- липса на фебрилитет през последните 24 часа;
- липса на значими субективни оплаквания;

- осигурен уринен дренаж;
- липса на патологични процеси в областта на коремния разрез и/или областта на операцията.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

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.

ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти *“Анестезия и интензивно лечение”* и *“Хирургия”*.

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

Документиране на предоперативни дни - в ИЗ.

Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти *“Хирургия”*).

Документиране на следоперативните дни - в ИЗ.

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.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Карциномът на простатната жлеза заема първо място от злокачествените тумори на пикочо-половата система при мъжете. С напредване на възрастта се увеличава и честотата на проявата на заболяването при мъжете.

Факторите, водещи до развитието на карцинома на простатната жлеза, не са напълно изяснени. Доказано е влиянието на половите хормони както върху възникването, така и върху развитието на вече съществуващ карцином.

Клинично карциномът на простатната жлеза се проявява със симптоми, свързани с обструкция на долните пикочни пътища - затруднено уриниране, непълно изпразване на мехура, изтъняване на струята, често уриниране, особено нощем. Наличието на болка в областта на перинеума и опашната кост не е характерен симптом и появата ѝ е белег за напредване на процеса. В по-късните етапи може да се проявят симптоми, свързани с наличието на метастази (най - често в костите).

Диагнозата на заболяването се поставя след провеждане на редица изследвания, включващи ректално туширане, изследване на туморни маркери, образни техники и биопсия на простатната жлеза.

Изборът на метод за лечение на карцинома на простатната жлеза е в зависимост от резултатите от проведените изследвания и наличието на придружаващи заболявания.

Радикалната простатектомия е оперативен метод, целящ радикално отстраняване на локализирания карцином на простатната жлеза.

Повече информация за Вашето заболяване и лечението му ще получите от лекуващия Ви лекар.

КП № 158 ОПЕРАТИВНИ ИНТЕРВЕНЦИИ ПРИ ИНФЕКЦИИ НА МЕКИТЕ И КОСТНИ ТЪКАНИ

1. Минимален болничен престой – 2 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Ексцизионни процедури върху сухожилие на други мускулно-скелетни точки	
30107-00	Ексцизия на ганглион, неклассифицирана другаде Ексцизия лезия на сухожилна обвивка БДУ Ганглионектомия БДУ
47969-00	Теносиновектомия, неклассифицирана другаде Теносиновектомия БДУ
Ексцизионни процедури на други мускулно-скелетни точки	
31350-00	Ексцизия на лезия на меки тъкани, неклассифицирана другаде Ексцизия на мекотъканна лезия БДУ <i>Включва:</i> дезмоиден тумор фиброматоза неврофиброматоза неврофиброза <i>Не включва:</i> киста на Baker (30114-00 [1505]) ексцизия на мускул, кост или хрущял обхванати в кожна лезия (31340-00 [1566]) резекция на мекотъканна лезия, засягащи или обхващащи: • дълги кости на: • долен крайник (50212-01 [1562], 50215-03, 50215-04, 50215-05 [1575]) • горен крайник (50212-00 [1562], 50215-00, 50215-01, 50215-02 [1575]) • таз (50221-00 [1485]) • сакрум (50221-01 [1384]) • скапула (50221-03 [1400]) • раменна става (50221-03 [1400]) • гръбнак БДУ (50221-02 [1384])
Други ексцизионни процедури на коляно или крак	
30114-00	Ексцизия киста на Бейкър
Ексцизионни процедури на други мускулно-скелетни точки	
90575-00	Ексцизия на мека тъкан, неклассифицирана другаде
Ампутация на китка, ръка или пръст	
46465-00	Ампутация на пръст на ръка <i>Не включва:</i> ампутация на върха на пръст (според азбучния Индекс за извършени специфични процедури, например Остектомия; Ексцизия, меки тъкани)
Ампутация на китка, ръка или пръст	
46465-00	Ампутация на пръст на ръка <i>Не включва:</i> ампутация на върха на пръст (според азбучния Индекс за извършени специфични процедури, например Остектомия; Ексцизия, меки тъкани)
Ампутация на китка, ръка или пръст	
44325-00	Среднокарпална ампутация
Ампутация на китка, ръка или пръст	

44328-02	Дизартикулация през китката
Ампутация на глезен или стъпало	
44338-00	Ампутация на пръст на крак
Ампутация на глезен или стъпало	
44364-00	Метатарзална ампутация
Ексцизионни процедури на други мускулно-скелетни точки	
44376-00	Реампутация на ампутирен чукан Ревизия на ампутационен чукан <i>Не включва:</i> дебридман на ампутационен чукан (30023 [1566]) ревизия на ампутирен чукан на ръка (46483-00 [1471])
Ексцизионни процедури на други мускулно-скелетни точки	
30023-00 ▽ 1203	Ексцизионен дебридман на мека тъкан Ексцизионен дебридман на меки тъкани при: • инфекция • исхемия, некротични или гангренозни тъкани • язва • рана <i>Не включва:</i> ексцизионен дебридман на: • изгаряне (30017-01, 30020-00 [1627]) • ложе на открита фрактура (90580-00 [1566]) • кожа и подкожни тъкани (90665-00 [1628]) • меки тъкани, ангажиращи кост или хрущял (30023-01 [1566])
Дебридман при изгаряне	
▽ 1203, 1911	Дебридман на есхар Есхаректомия Ексцизия на: • изгаряне • есхар Премахване на есхар <i>Включва:</i> превръзка на изгаряне на същото място <i>Не включва:</i> това с присаждане на същото място (виж блокове [1640], [1641], [1643], [1644] и [1648])
30017-01	Ексцизионен дебридман при изгаряне, < 10% телесна повърхност е изрязана или обработена
Друг дебридман на кожа и подкожна тъкан	
▽ 1203	<i>Не включва:</i> такава: • чрез личинки дебридман терапия (MDT) (96210-00 [1604]) • от изгаряне (30017-01, 30020-00, 90686-00 [1627])
90686-01	Неексцизионен дебридман на кожа и подкожна тъкан Неексцизионен дебридман на: • инфекция • язва • рана Отстраняване на девитализирана тъкан, некроза и есхари чрез методи като: • четкане • иригация (под налягане)

- триене
 - миене
- Аспирационна вакумираща превръзка

Ексцизионни процедури на други мускулно-скелетни точки

- 31340-00 Ексцизия на мускул, кост или хрущял, ангажирани с кожна лезия
Кодирай първо:
 • ексцизия на кожна лезия (31205, 31230, 31235 [1620])

Ексцизия на лезия (и) на кожа и подкожна тъкан

▽ 0020

Включва: бенигнена/малигнена:

- киста
- тумор

Не включва: ексцизия (на):

- чрез лазер (14100-00, 14106-00 [744], 30190-00, 30195-02, 30195-03 [1612], 90662-00 [1617])
- белег (45519-00 [1656], 45506, 45512, 45515-00, 45518-00 [1657])
- синус (30099-00 [1630])
- язва (31205-01 [1630])
- хемокirurgия на Moh (31000-00 [1626])

- 31235-02 Ексцизия на лезия(и) на кожа и подкожна тъкан на ръка
 Ексцизия на лезия(и) на кожа и подкожна тъкан на китка

- 31235-03 Ексцизия на лезия(и) на кожа и подкожна тъкан на крак
 Ексцизия на лезия(и) на кожа и подкожна тъкан на:
 • прасец на крак
 • ханш
 • коляно
 • бедро

- 31235-04 Ексцизия на лезия (и) на кожа и подкожна тъкан на стъпало
 Ексцизия на лезия(и) на кожа и подкожна тъкан на:
 • глезен
 • пръст

- 31205-00 Ексцизия на лезия(и) на кожа и подкожна тъкан на друго място

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури от различни блокове, посочени в Приложение № 21, насочени към основната диагноза.

Задължително е микробиологично изследване на оперативен материал и/или ранев ексудат. Микроскопско изследване на проба от друго място, друго микроскопско изследване (91936-07 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от раневи секрет и/или гной).

Процедури: "Ексцизионно почистване (дебридмен) на рана, инфекция или изгаряне" (30023-00-Ексцизионен дебридман на мека тъкан; 30017-01-Ексцизионен дебридман при изгаряне, < 10% телесна повърхност е изрязана или обработен) и "Дебридмен без изрязване на рана, инфекция или изгаряне" (90686-01- Неексцизионен дебридман на кожа и подкожна тъкан) **не могат да се използват самостоятелно за завършване на пътеката.**

При отчитане на КП № 158 при лица до 14-годишна възраст, при които се осъществява обща анестезия, както и при деца до 18 - годишна възраст с придружаващи заболявания, свързани с умствена ретардация, при които се налага обща анестезия, клиничната пътека може да се счита за завършена и със самостоятелното отчитане на кодове:

- „ексцизионно почистване /дебриден/ на рана, инфекция или изгаряне“ (30023-00 Ексцизионен дебриден на мека тъкан; 30017-01 Ексцизионен дебриден при изгаряне, < 10% телесна повърхност е изрязана или обработена)

- „дебриден без изрязване на рана, инфекция или изгаряне“ (90686-01 Неексцизионен дебриден на кожа и подкожна тъкан).

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

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

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение от обхвата на медицинската специалност „Хирургия“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност (в условията на спешност най-малко на първо ниво на компетентност), съгласно медицински стандарт „Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия“, в обхвата на медицинската специалност „ортопедия и травматология“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност съгласно медицински стандарт „Ортопедия и травматология“, в обхвата на медицинската специалност „Детска хирургия“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност (в условията на спешност най-малко на първо ниво на компетентност) съгласно медицински стандарт „Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия“.

При дейности, извършвани в условия на спешност, се допуска отделение/клиника по хирургия/детска хирургия/ортопедия и травматология от I ниво на компетентност да осъществява диагностично-лечебни дейности по тази КП в случай, че отговаря на всички изисквания за отделение/клиника от II ниво, с изключение на изискванията за брой персонал. В тези случаи дейностите по интензивно лечение следва да отговарят на първо ниво съгласно медицински стандарт „Анестезия и интензивно лечение“. Договор при тези условия ЛЗБП може да сключи само в случай, че на територията на населеното място няма друго лечебно заведение, сключило договор по тази КП.

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочения медицински стандарт.

4А. 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 обща хирургия или клиника/отделение по ортопедия и травматология или клиника/отделение по детска хирургия
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория*
5. Образна 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, респ. по ортопедия и травматология.

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 (отделение) по клинична патология
2. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

4Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

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

- четирима лекари с придобита медицинска специалност по хирургия
или

в клиника/отделение по ортопедия и травматология – трима лекари с придобита медицинска специалност по ортопедия и травматология;

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

- 2 лекари със специалност по детска хирургия или 1 по детска хирургия и 1 по обща хирургия

или

- в клиника/отделение по ортопедия и травматология – трима лекари със специалност по ортопедия и травматология;

Всички операции на деца до 9 годишна възраст се извършват от хирург с придобита специалност по детска хирургия.

За спешни интервенции операциите могат да се извършват и от хирург без специалност детска хирургия.

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по детски болести;
- 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.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Оперативно лечение на пациенти с:

- Абсцес;
- Ограничен в една анатомична област пиогенен флегмон;
- Карбункул;
- Фурункул в областта на глава и шия;

- Фурунгулоза (над 5 фурункула) или рецидивиращи фурункули;
- Единични фурункули - само при диабетици и болни с имуносупресия (кодирано в „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7) придружаващо заболяване, мотивиращо хоспитализацията);
- Гангрена.

5Б. ДИАГНОСТИЧНО- ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

При подготовка на болния в лечебното заведение:

1. Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 48 часа от хоспитализацията на пациента.
2. Образни изследвания се извършват до 48 часа от началото на хоспитализацията на пациента.

Препоръчителните оперативни техники са следните:

Оперативното лечение е в спешен порядък в рамките на 24 ч. от хоспитализацията и включва инцизии в нужния обем и дълбочина за радикално разкриване и дрениране на гнойното огнище и дебридиране на некротичния материал. При болни в тежко общо състояние оперативното лечение може да се извърши след стабилизиране общото състояние, удостоверено в история на заболяване.

Медикаментозното лечение в пред- и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

Поставянето на окончателната диагноза при всичките заболявания е постоперативно и след хистологично изследване, по преценка. Интраоперативно се установява степента на засягане и разпространение на инфектния процес, защото често пъти при външен оглед и включително рентгенографии не може със сигурност да се установи широчината и дълбочината на заангажираните в инфектния процес тъкани и степента на тяхната жизнеспособност.

Взема се материал за микробиологично изследване

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ

Медицински критерии за дехоспитализация:

- липса на фебрилитет над 37,5 градуса през последните 24 часа;
- липса на значими субективни оплаквания,
- стабилизираност на кръвната захар на диабетика;
- стабилна имобилизация на засегнатият крайник, при необходимост;
- размер на тъканните дефекти, позволяващи лечение извън лечебни заведения за активно лечение;
- липса на клинични данни за активен възпалителен процес
- липса на клинични данни за пропация на процеса

8. 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. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти *“Анестезия и интензивно лечение”* и **“Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия”**.

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни в *“История на заболяването”* (ИЗ).

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти **“Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия”**).

3.3. Документиране на следоперативните дни в *“История на заболяването”* (ИЗ).

4. 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.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

АБСЦЕС

Абсцесът представлява наличие на ограничена гнойна колекция, причинена от бактериална инфекция в тъкани, органи или затворени пространства.

Явява се като резултат от защитната реакция на организма.

Причинителите могат да навлязат в тъканите по следните пътища:

1. Директно – чрез травма с контаминиран предмет.
2. По съседство - от инфектиран участък.
3. По лимфен или кръвен път от отдалечено място.

Най-честите причинители са пиогенни бактерии като *Staphylococcus aureus*, причиняващ абсцеси в подкожието.

Абсцесите в зависимост от локализацията си могат да бъдат в перинеалното пространство, параректални, крайници, аксиларна област, шия, и др. локализация.

Клиничната картина се владее от следните признаци:

- хиперемия
- оток

- повишена локална температура
- болезненост

Лечение

Основен постулат е евакуирането на гнойната колекция и некротичните тъкани.

Основните техники при оперативната интервенция са инцизии, ексцизии и дренажи. Възможно е малки абсцесни кухини да се пунктират и след евакуацията на гнойното съдържимо да се постигне оздравяване, но основен лечебен метод е инцизията, направена на правилното място с оглед избягване задръжката на гнойни и некротични материи.

ФЛЕГМОН

Флегмонът е остър неотграничен по разпространение процес, развиващ се в различни анатомични области.

Причинители най-често са стафилококите и стрептококите, но могат да бъдат и микроорганизми, които проникват през наранена кожа, по хематогенен път или чрез подкожна апликация на химични вещества /бензин, масло/. Често се среща и при хора с наркомании.

Флегмонът обикновено е самостоятелно заболяване, но често се явява като усложнение на различни гнойни процеси /абсцес, фурункул, карбункул и др./

Общите симптоми варират от висока температура и дискомфорт до явления на интоксикация. Процесът може да протече и с липса на повишена температура, със слаба болезненост, с умерена до липсваща хиперемия, но с явления на интоксикация и тежко септично състояние. Тази клинична картина се наблюдава често при болни с нарушена имунна защита, с придружаващи заболявания като диабет, колагенози, пациенти на кортикостероидна терапия и др. Слабата изява на характерните признаци на възпалението ни дава информация за тежък инфектен процес, изискващ спешна намеса.

Изборът на лечебно поведение е в зависимост от тежестта и разпространението на флегмона. При по леките случаи е възможна консервативна антибактериална терапия, насочена към евентуалния причинител. Необходим е ежедневен контрол върху засегнатия участък.

ФУРУНКУЛ

Фурункулът е дълбока инфекция на косменият фоликул, която обхваща и околната подкожна тъкан.

Най-честият причинител е *Staph. aureus*. Среща се често при здрави, млади хора. Предилекционни места са врата, лицето, гърдите, гърба и глутеусите. Особено болезнени са фурункулите в носа, ухото и на клепача, които са и опасни с оглед неправилното им манипулиране – изстискване и др.

Предразполагащи фактори са лошата лична хигиена, натрупването на много хора на едно място и възможните контакти между хора с вирулентни щамове. Често се явяват на места, свързани с механично триене и изпотяване /напр. подмишична област/. Фоликулитите са по-чести при болни с диабет, кортикостероидна терапия, наследствен или придобит дефект във функцията на клетките от белият кръвен ред.

Лечение

Лечението на фурункулите е оперативно и медикаментозно. Изстискването и грубата манипулация върху засегнатата област е грешка, която може да доведе до пропагиране на процеса в дълбочина, както и до появата на метастатични огнища.

КАРБУНКУЛ

Карбункулът представлява засягане на множество космени фоликули с прилежащите им мастни жлези от гнойно-некротичен процес, водещ до нарушение целостта на тъканите.

Формират се взаимно свързани абсцеси с образуване на обща и обширна некроза на кожата и подкожието.

Най-честият причинител е *Staph. aureus*, а по-рядко са стрептококи.

Предразполагащи фактори са наличният диабет, напредналата възраст и затлъстяването.

Предилекционни места са тила, горната част на гърба или задната част на бедрото.

Назначават се антибиотична терапия, насочена срещу най-честият причинител. Болният се подготвя и се извършва оперативна интервенция под локална или обща анестезия. Широкото разкриване на засегнатите структури и адекватният дренаж подобряват състоянието на пациента и спомагат за бързото му излекуване.