

КП № 239 ОПЕРАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ НА ДЕЦА ДО 1 ГОДИНА С ВРОДЕНИ АНОМАЛИИ В ОБЛАСТТА НА ТОРАКАЛНАТА И АБДОМИНАЛНАТА ОБЛАСТ

1. Минимален болничен престой – 7 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Други процедури за възстановяване на трахея	
43900-00	Затваряне на трахеоезофагеална фистула Разделяне на трахеоезофагеална фистула (без атрезия) <i>Не включва:</i> за езофагеална атрезия(43852-00 [539]) с възстановяване на езофагеална атрезия(43843-01, 43843-02 [866])
43852-00	Затваряне на трахеоезофагеална фистула чрез торакотомия Разделяне на трахеоезофагеална фистула без анастомоза <i>Забележка:</i> Изпълнена за езофагеална атрезия <i>Не включва:</i> с възстановяване на езофагеална атрезия (43843-01, 43843-02 [866])
41879-03	Затваряне на друга фистула на трахея
Други процедури за възстановяване на трахея	
41879-04	Възстановяване на трахея, цервикален достъп Цервикална трахеопластика <i>Кодирай също когато е направена:</i> • трахеостомия (41880-00, 41881 [536])
38453-08	Възстановяване на трахея с интраторакален достъп Ендоторакална трахеопластика <i>Включва:</i> ексцизия на трахея <i>Кодирай също когато е направен:</i> • кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642]) <i>Не включва:</i> такава при ендотрахеални: • лезии (виж блок [537]) • стриктури (виж блок [538])
Други процедури на бронх	
38456-04	Други процедури на бронх, интраторакален достъп
Частична резекция на бял дроб	
38440-00	Клиновидна резекция на бял дроб Ексцизия на белодробна лезия БДУ Пликация на емфизематозни мехури
Частична резекция на бял дроб	
38438-00	Сегментна резекция на бял дроб Частична лобектомия } Сегментектомия } на бял дроб
Лобектомия на бял дроб	
38438-01	Лобектомия на бял дроб Пневмонектомия:

- довършване, след предишно отстраняване на части от белия дроб
- частична

Пневмонектомия

38438-02 Пневмонектомия
Тотална пневмонектомия

Пневмонектомия

38441-01 Радикална пневмонектомия
Тотална радикална пневмонектомия
Включва: дисекция на:

- медиастинални лимфни възли
- торакални структури

резекция на:

- гръдна стена
- диафрагма
- перикард

Частична резекция на бял дроб

38440-00 Клиновидна резекция на бял дроб
Ексцизия на белодробна лезия БДУ
Пликация на емфизематозни мехури

Други процедури на бронх

38456-04 Други процедури на бронх, интраторакален достъп

Деструктивни процедури на гръдна стена, медиастиnum или диафрагма

38656-01 Реоперация на торакотомно или стернотомно място
 ▽ 0039 Контрол на постоперативна интраторакална хеморагия
 Постоперативни реоперации на:

- стернотомно }
- торакотомно } място

Процедури за изследване на гръдна стена, медиастиnum или диафрагма

38436-00 Торакоскопия
Включва: биопсия

Инцизионни процедури на гръдна стена, медиастиnum или диафрагма

30320-00 Изследване на медиастиnum чрез медиастиномия
Включва: биопсия
Не включва: такава с тимектомия (38446-04 [128])

Ексцизионни процедури на гръдна стена, медиастиnum или диафрагма

38446-02 Премахване лезия на медиастиnum чрез торакотомия

Други ексцизионни процедури на бял дроб или плевра

38421-01 Белодробна декортация

Ексцизия на съдова аномалия

Включва: ангиом
хемангиом
лимфангиом

Не включва: ексцизия на артериовенозна малформация (45039-00, 45042-00, 45045-00 [1693])

45030-00 Ексцизия на съдова аномалия на кожа и подкожна тъкан или мукозна повърхност, малка

	<i>Не включва:</i> такава, включваща меки тъкани (45033-02, 45033-05, 45033-06, 45036-00 [748])
45033-00	Ексцизия на съдова аномалия на кожа и подкожна тъкан или мукозна повърхност, голяма <i>Не включва:</i> такава, включваща меки тъкани (45033-02, 45033-05, 45036-00 [748])
45033-01	Ексцизия на съдова аномалия на паротидна жлеза
45033-02	Ексцизия на съдова аномалия на основата на устата
45033-03	Ексцизия на съдова аномалия на езика
45033-04	Ексцизия на съдова аномалия на лицеви мускули или нерв
45036-00	Ексцизия на съдова аномалия на шия <i>Не включва:</i> на кожа на врата (45030-00, 45033-00 [748])
45033-05	Ексцизия на съдова аномалия на гърда <i>Не включва:</i> на кожа на гърда (45030-00, 45033-00 [748])
45033-06	Ексцизия на съдова аномалия на друго място <i>Включва:</i> обхващащи: • кости • мускули • нерви

Ексцизионни процедури на лимфен възел на други места

	<i>Не включва:</i> хистеректомия с ексцизия на тазови лимфни възли (35664-00 [1268], 35664-01 [1269])
37607-00	Радикална ексцизия на ретроперитонеални лимфни възли Радикална дисекция на ретроперитонеални лимфни възли <i>Не включва:</i> при: • ексцизия на ретроперитонеална невро-ендокринна лезия (30323-00 [989]) • хистеректомия (35661-00 [1268]) • радикална нефректомия (виж блок [1053])
37610-00	Радикална ексцизия на ретроперитонеални лимфни възли, последваща Радикална дисекция на ретроперитонеални лимфни възли След предишна ретроперитонеална: • химиотерапия • дисекция • облъчване <i>Не включва:</i> при: • ексцизия на ретроперитонеална невро-ендокринна лезия (30323-00 [989]) • хистеректомия (35661-00 [1268]) • радикална нефректомия (виж блок [1053])

Ексцизионни процедури на лимфен възел на други места

	<i>Не включва:</i> хистеректомия с ексцизия на тазови лимфни възли (35664-00 [1268], 35664-01 [1269])
90282-02	Радикална ексцизия на лимфен възел на друго място Цялостно изчистване на всички възли на друго място Резекция на ингвинални лимфни възли в дълбочина до мускул и фасция <i>Не включва:</i> при стадиране на малигнизирание: • гинекологично (35723 [810]) • лимфом (30384-00 [985]) • БДУ (35726-01 [985]) това на тазови лимфни възли при: • гинекологична неоплазма (35551 [810]) • хистеректомия (35664-00, 35670-00 [1268], 35664-01 [1269]) • радикална простатектомия и реконструкция на мехурна шиика (37211-00 [1167])

Ексцизионни процедури на лимфни възли в слабините	
30330-00	Ексцизия на ингвинални лимфни възли Радикална ексцизия на лимфни възли в слабините Цялостно изчистване на всички слабинни възли Резекция на ингвинални лимфни възли в дълбочина до мускули и фасция
Други възстановителни процедури на хранопровод	
30293-00	Езофагостомия Екстериоризация на езофагеален джоб Външна фистулизация на хранопровод
Резекция на хранопровод, при деца	
43906-00	<i>Не включва:</i> тази със заместване на хранопровод (43903-00 [866]) Частична резекция на хранопровод с анастомоза, при деца
Резекция на хранопровод, при деца	
43906-01	<i>Не включва:</i> тази със заместване на хранопровод (43903-00 [866]) Тотална резекция на хранопровод с анастомоза, при деца
Резекция на хранопровод, при деца	
43906-00	<i>Не включва:</i> тази със заместване на хранопровод (43903-00 [866]) Частична резекция на хранопровод с анастомоза, при деца
Езофагектомия чрез абдоминална и цервикална мобилизация	
30541-00	<i>Включва:</i> предно или задно медиастинално поставяне <i>Не включва:</i> чрез мобилизация, абдоминална и: • торакална (30545, 30550 [858]) • трансторакална (30535-00, 30536 [860]) Транс-хиатална езофагектомия чрез коремна и цервикална мобилизация, с езофагогастрална анастомоза
Езофагектомия чрез абдоминална и гръдна мобилизация	
30545-01	<i>Не включва:</i> чрез мобилизация, абдоминална и: • цервикална (30541 [859]) • трансторакална (30535-00, 30536 [860]) Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с гръдна анастомоза с използване на реконструкция по Roux-en-Y
Езофагектомия чрез абдоминална и цервикална мобилизация	
30541-01	<i>Включва:</i> предно или задно медиастинално поставяне <i>Не включва:</i> чрез мобилизация, абдоминална и: • торакална (30545, 30550 [858]) • трансторакална (30535-00, 30536 [860]) Транс-хиатална езофагектомия чрез коремна и цервикална мобилизация, с езофагоjejunalна анастомоза
Езофагектомия чрез абдоминална и гръдна мобилизация	
30545-00	<i>Не включва:</i> чрез мобилизация, абдоминална и: • цервикална (30541 [859]) • трансторакална (30535-00, 30536 [860]) Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с гръдна анастомоза, дебелочревна интерпозиция и анастомоза

Езофагектомия чрез абдоминална и гръдна мобилизация

Не включва: чрез мобилизация, абдоминална и:

- цервикална (30541 [859])
- трансторакална (30535-00, 30536 [860])

30545-00 Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с гръдна анастомоза, дебелочревна интерпозиция и анастомоза

Реконструктивни процедури на хранопровод

Кодирай също когато е направена:

- микрохирургична анастомоза на кръвоносни съдове (виж панел [1695])
- възстановяване на нерв (39300-00, 39306-00, 39315-00, 39318-00 [83])

Не включва: резекция и изграждане на хранопровод с използване на черво, педиатрични (43903-00 [866])

30554-00 Езофагостомия с реконструкция чрез свободно йеюнално ламбо

30554-01 Езофагостомия с реконструкция чрез друго свободно ламбо

Езофагектомия с реконструкция със свободно ламбо от :

- дебело черво
- радиална предмишница [RFFF]

90954-00 Друга реконструкция на хранопровод

Кодирай също когато е направено:

- ламбо (виж блокове [1671] до [1674])

Езофагектомия чрез абдоминална и гръдна мобилизация

Не включва: чрез мобилизация, абдоминална и:

- цервикална (30541 [859])
- трансторакална (30535-00, 30536 [860])

30545-00 Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с гръдна анастомоза, дебелочревна интерпозиция и анастомоза

Езофагектомия чрез абдоминална и гръдна мобилизация

Не включва: чрез мобилизация, абдоминална и:

- цервикална (30541 [859])
- трансторакална (30535-00, 30536 [860])

30545-00 Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с гръдна анастомоза, дебелочревна интерпозиция и анастомоза

30545-01 Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с гръдна анастомоза с използване на реконструкция по Roux-en-Y

30550-00 Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с цервикална анастомоза, дебелочревна интерпозиция и анастомоза

30550-01 Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с цервикална анастомоза с използване реконструкция по Roux-en-Y

Езофагектомия чрез абдоминална и цервикална мобилизация

Включва: предно или задно медиастинално поставяне

Не включва: чрез мобилизация, абдоминална и:

- торакална (30545, 30550 [858])
- трансторакална (30535-00, 30536 [860])

30541-00 Транс-хиатална езофагектомия чрез коремна и цервикална мобилизация, с езофагогастрална анастомоза

30541-01 Транс-хиатална езофагектомия чрез коремна и цервикална мобилизация, с езофагойеюнална анастомоза

Езофагектомия чрез абдоминална и трансторакална мобилизация	
<i>Не включва:</i> чрез мобилизация, абдоминална и: • цервикална (30541 [859]) • торакална(30545, 30550 [858])	
30535-00	Езофагектомия чрез коремна и трансторакална мобилизация с гръдна езофагогастрална анастомоза
30536-00	Езофагектомия чрез коремна и трансторакална мобилизация, с цервикална езофагогастрална анастомоза
30536-01	Езофагектомия чрез коремна и трансторакална мобилизация с цервикална езофагостомия
Езофагектомия чрез абдоминална и гръдна мобилизация	
<i>Не включва:</i> чрез мобилизация, абдоминална и: • цервикална (30541 [859]) • трансторакална (30535-00, 30536 [860])	
30545-00	Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с гръдна анастомоза, дебелочревна интерпозиция и анастомоза
30545-01	Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с гръдна анастомоза с използване на реконструкция по Roux-en-Y
30550-00	Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с цервикална анастомоза, дебелочревна интерпозиция и анастомоза
30550-01	Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с цервикална анастомоза с използване реконструкция по Roux-en-Y
Езофагектомия чрез абдоминална и цервикална мобилизация	
<i>Включва:</i> предно или задно медиастинално поставяне <i>Не включва:</i> чрез мобилизация, абдоминална и: • торакална (30545, 30550 [858]) • трансторакална (30535-00, 30536 [860])	
30541-00	Транс-хиатална езофагектомия чрез коремна и цервикална мобилизация, с езофагогастрална анастомоза
30541-01	Транс-хиатална езофагектомия чрез коремна и цервикална мобилизация, с езофагойеюнална анастомоза
Езофагектомия чрез абдоминална и трансторакална мобилизация	
<i>Не включва:</i> чрез мобилизация, абдоминална и: • цервикална (30541 [859]) • торакална(30545, 30550 [858])	
30535-00	Езофагектомия чрез коремна и трансторакална мобилизация с гръдна езофагогастрална анастомоза
30536-00	Езофагектомия чрез коремна и трансторакална мобилизация, с цервикална езофагогастрална анастомоза
30536-01	Езофагектомия чрез коремна и трансторакална мобилизация с цервикална езофагостомия
Езофагектомия чрез абдоминална и гръдна мобилизация	
<i>Не включва:</i> чрез мобилизация, абдоминална и: • цервикална (30541 [859]) • трансторакална (30535-00, 30536 [860])	
30545-00	Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с гръдна анастомоза, дебелочревна интерпозиция и анастомоза
30545-01	Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с гръдна анастомоза с

	използване на реконструкция по Roux-en-Y
30550-00	Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с цервикална анастомоза, дебелочревна интерпозиция и анастомоза
30550-01	Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с цервикална анастомоза с използване реконструкция по Roux-en-Y
Езофагектомия чрез абдоминална и цервикална мобилизация	
	<i>Включва:</i> предно или задно медиастинално поставяне <i>Не включва:</i> чрез мобилизация, абдоминална и: • торакална (30545, 30550 [858]) • трансторакална (30535-00, 30536 [860])
30541-00	Транс-хиатална езофагектомия чрез коремна и цервикална мобилизация, с езофагогастрална анастомоза
30541-01	Транс-хиатална езофагектомия чрез коремна и цервикална мобилизация, с езофагојеюнална анастомоза
Езофагектомия чрез абдоминална и трансторакална мобилизация	
	<i>Не включва:</i> чрез мобилизация, абдоминална и: • цервикална (30541 [859]) • торакална (30545, 30550 [858])
30535-00	Езофагектомия чрез коремна и трансторакална мобилизация с гръдна езофагогастрална анастомоза
30536-00	Езофагектомия чрез коремна и трансторакална мобилизация, с цервикална езофагогастрална анастомоза
30536-01	Езофагектомия чрез коремна и трансторакална мобилизация с цервикална езофагостомия
Езофагектомия чрез абдоминална и гръдна мобилизация	
	<i>Не включва:</i> чрез мобилизация, абдоминална и: • цервикална (30541 [859]) • трансторакална (30535-00, 30536 [860])
30545-00	Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с гръдна анастомоза, дебелочревна интерпозиция и анастомоза
30545-01	Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с гръдна анастомоза с използване на реконструкция по Roux-en-Y
30550-00	Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с цервикална анастомоза, дебелочревна интерпозиция и анастомоза
30550-01	Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с цервикална анастомоза с използване реконструкция по Roux-en-Y
Езофагектомия чрез абдоминална и цервикална мобилизация	
	<i>Включва:</i> предно или задно медиастинално поставяне <i>Не включва:</i> чрез мобилизация, абдоминална и: • торакална (30545, 30550 [858]) • трансторакална (30535-00, 30536 [860])
30541-00	Транс-хиатална езофагектомия чрез коремна и цервикална мобилизация, с езофагогастрална анастомоза
30541-01	Транс-хиатална езофагектомия чрез коремна и цервикална мобилизация, с езофагојеюнална анастомоза
Езофагектомия чрез абдоминална и трансторакална мобилизация	
	<i>Не включва:</i> чрез мобилизация, абдоминална и: • цервикална (30541 [859])

	• торакална(30545, 30550 [858])
30535-00	Езофагектомия чрез коремна и трансторакална мобилизация с гръдна езофагогастрална анастомоза
30536-00	Езофагектомия чрез коремна и трансторакална мобилизация, с цервикална езофагогастрална анастомоза
30536-01	Езофагектомия чрез коремна и трансторакална мобилизация с цервикална езофагостомия
Езофагектомия чрез абдоминална и гръдна мобилизация	
	<i>Не включва:</i> чрез мобилизация, абдоминална и: • цервикална (30541 [859]) • трансторакална (30535-00, 30536 [860])
30545-00	Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с гръдна анастомоза, дебелочревна интерпозиция и анастомоза
30545-01	Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с гръдна анастомоза с използване на реконструкция по Roux-en-Y
30550-00	Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с цервикална анастомоза, дебелочревна интерпозиция и анастомоза
30550-01	Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с цервикална анастомоза с използване реконструкция по Roux-en-Y
Езофагектомия чрез абдоминална и цервикална мобилизация	
	<i>Включва:</i> предно или задно медиастинално поставяне <i>Не включва:</i> чрез мобилизация, абдоминална и: • торакална (30545, 30550 [858]) • трансторакална (30535-00, 30536 [860])
30541-00	Транс-хиатална езофагектомия чрез коремна и цервикална мобилизация, с езофагогастрална анастомоза
30541-01	Транс-хиатална езофагектомия чрез коремна и цервикална мобилизация, с езофагойеюнална анастомоза
Езофагектомия чрез абдоминална и трансторакална мобилизация	
	<i>Не включва:</i> чрез мобилизация, абдоминална и: • цервикална (30541 [859]) • торакална(30545, 30550 [858])
30535-00	Езофагектомия чрез коремна и трансторакална мобилизация с гръдна езофагогастрална анастомоза
30536-00	Езофагектомия чрез коремна и трансторакална мобилизация, с цервикална езофагогастрална анастомоза
30536-01	Езофагектомия чрез коремна и трансторакална мобилизация с цервикална езофагостомия
Езофагектомия чрез абдоминална и гръдна мобилизация	
	<i>Не включва:</i> чрез мобилизация, абдоминална и: • цервикална (30541 [859]) • трансторакална (30535-00, 30536 [860])
30545-00	Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с гръдна анастомоза, дебелочревна интерпозиция и анастомоза
30545-01	Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с гръдна анастомоза с използване на реконструкция по Roux-en-Y
30550-00	Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с цервикална анастомоза, дебелочревна интерпозиция и анастомоза
30550-01	Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с цервикална анастомоза с

използване реконструкция по Roux-en-Y

Езофагектомия чрез абдоминална и цервикална мобилизация

Включва: предно или задно медиастинално поставяне

Не включва: чрез мобилизация, абдоминална и:

- торакална (30545, 30550 [858])
- трансторакална (30535-00, 30536 [860])

30541-00 Транс-хиатална езофагектомия чрез коремна и цервикална мобилизация, с езофагогастрална анастомоза

30541-01 Транс-хиатална езофагектомия чрез коремна и цервикална мобилизация, с езофагојеюнална анастомоза

Езофагектомия чрез абдоминална и трансторакална мобилизация

Не включва: чрез мобилизация, абдоминална и:

- цервикална (30541 [859])
- торакална(30545, 30550 [858])

30535-00 Езофагектомия чрез коремна и трансторакална мобилизация с гръдна езофагогастрална анастомоза

30536-00 Езофагектомия чрез коремна и трансторакална мобилизация, с цервикална езофагогастрална анастомоза

30536-01 Езофагектомия чрез коремна и трансторакална мобилизация с цервикална езофагостомия

Езофагектомия чрез абдоминална и гръдна мобилизация

Не включва: чрез мобилизация, абдоминална и:

- цервикална (30541 [859])
- трансторакална (30535-00, 30536 [860])

30545-00 Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с гръдна анастомоза, дебелочревна интерпозиция и анастомоза

30545-01 Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с гръдна анастомоза с използване на реконструкция по Roux-en-Y

30550-00 Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с цервикална анастомоза, дебелочревна интерпозиция и анастомоза

30550-01 Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с цервикална анастомоза с използване реконструкция по Roux-en-Y

Езофагектомия чрез абдоминална и цервикална мобилизация

Включва: предно или задно медиастинално поставяне

Не включва: чрез мобилизация, абдоминална и:

- торакална (30545, 30550 [858])
- трансторакална (30535-00, 30536 [860])

30541-00 Транс-хиатална езофагектомия чрез коремна и цервикална мобилизация, с езофагогастрална анастомоза

30541-01 Транс-хиатална езофагектомия чрез коремна и цервикална мобилизация, с езофагојеюнална анастомоза

Езофагектомия чрез абдоминална и трансторакална мобилизация

Не включва: чрез мобилизация, абдоминална и:

- цервикална (30541 [859])
- торакална(30545, 30550 [858])

30535-00 Езофагектомия чрез коремна и трансторакална мобилизация с гръдна езофагогастрална анастомоза

30536-00 Езофагектомия чрез коремна и трансторакална мобилизация, с цервикална

30536-01	езофагогастрална анастомоза Езофагектомия чрез коремна и трансторакална мобилизация с цервикална езофагостомия
Езофагектомия чрез абдоминална и гръдна мобилизация	
	<i>Не включва:</i> чрез мобилизация, абдоминална и: • цервикална (30541 [859]) • трансторакална (30535-00, 30536 [860])
30545-00	Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с гръдна анастомоза, дебелочревна интерпозиция и анастомоза
30545-01	Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с гръдна анастомоза с използване на реконструкция по Roux-en-Y
30550-00	Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с цервикална анастомоза, дебелочревна интерпозиция и анастомоза
30550-01	Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с цервикална анастомоза с използване реконструкция по Roux-en-Y
Езофагектомия чрез абдоминална и цервикална мобилизация	
	<i>Включва:</i> предно или задно медиастинално поставяне <i>Не включва:</i> чрез мобилизация, абдоминална и: • торакална (30545, 30550 [858]) • трансторакална (30535-00, 30536 [860])
30541-00	Транс-хиатална езофагектомия чрез коремна и цервикална мобилизация, с езофагогастрална анастомоза
30541-01	Транс-хиатална езофагектомия чрез коремна и цервикална мобилизация, с езофагойеюнална анастомоза
Езофагектомия чрез абдоминална и трансторакална мобилизация	
	<i>Не включва:</i> чрез мобилизация, абдоминална и: • цервикална (30541 [859]) • торакална (30545, 30550 [858])
30535-00	Езофагектомия чрез коремна и трансторакална мобилизация с гръдна езофагогастрална анастомоза
30536-00	Езофагектомия чрез коремна и трансторакална мобилизация, с цервикална езофагогастрална анастомоза
30536-01	Езофагектомия чрез коремна и трансторакална мобилизация с цервикална езофагостомия
Езофаго-гастрална миотомия	
	<i>Не включва:</i> това при • затваряне на диафрагмален хиатус (30532-05 [863], 30532-01 [864], 30532-03 [865]) • фундопластика (30533-04 [863], 30533-00 [864], 30533-02 [865]) • фундопластика и затваряне на диафрагмален хиатус (30533-05 [863], 30533-01 [864], 30533-03 [865])
30532-00	Езофаго-гастрална миотомия, лапароскопски достъп
30532-02	Езофаго-гастрална миотомия, коремен достъп
30532-04	Езофаго-гастрална миотомия, гръден достъп
Гастростомия или гастроентеростомия	
	<i>Не включва:</i> стомашен байпас при болестно напълняване (30512-00 [889])
30375-07	Гастростомия

Гастростомия или гастроентеростомия	
30515-00	Гастроентеростомия <i>Не включва:</i> стомашен байпас при болестно напълняване (30512-00 [889]) <i>Включва:</i> гастродуоденостомия <i>Не включва:</i> такава с: - панкреатикодуоденектомия (30584-00 [978]) - селективна [стволова] ваготомия (30496-02 [884])
Други възстановителни процедури на стомах	
90342-02	Шев на лацерация на стомах Гастрорафия Надшиване на Mallory-Weiss лацерации
Резекция на тънко черво	
30566-00	Резекция на тънко черво с анастомоза Ексцизия на Мекелов дивертикул с резекция на тънко черво с анастомоза
Стоми на тънки черва	
30515-02	Ентеро-ентеростомия Roux-en-Y реконструкция <i>Не включва:</i> дуоденодуоденостомия (43807-00 [897]) дуоденойеюностомия (43807-00 [897]) такава с частична гастректомия (30503-02 [876], 30497-02 [877], 30503-05 [878])
43807-00	Дуодено-дуоденостомия Дуоденойеюностомия при неонатална атрезия или стеноза
Възстановяване на тънки черва	
43810-00	<i>Включва:</i> скосяване на тънки черва Възстановяване на тънки черва с единична анастомоза
43810-01	Възстановяване на тънки черва с множество анастомози
Тотална проктоколектомия	
32051-00	Тотална проктоколектомия с илео-анална анастомоза Проктоколектомия с възстановяване на пассажа <i>Включва:</i> формиране на илеален резервоар
Стоми на тънки черва	
30515-01	Ентероколостомия Илео-коло анастомоза
Колектомия	
32003-00	Ограничена ексцизия на дебело черво с анастомоза Цецеколия } Локална ексцизия на колон } с анастомоза Сигмоидоколектомия } Сигмоидектомия } <i>Включва:</i> резекция на флексура лиеналис
Колектомия	
32003-00	Ограничена ексцизия на дебело черво с анастомоза Цецеколия } Локална ексцизия на колон } с анастомоза

	Сигмоидоколектомия } Сигмоидектомия } <i>Включва:</i> резекция на флексура лиеналис
32051-00	Тотална проктоколектомия с илео-анална анастомоза Проктоколектомия с възстановяване на пасажа <i>Включва:</i> формиране на илеален резервоар
32051-01	Тотална проктоколектомия с илео-анална анастомоза и формиране на временна илеостома Възстановяваща проктоколектомия с формиране на временна илеостома <i>Включва:</i> формиране на илеален резервоар
Други стоми на дебело черво	
30375-28	Временна колостомия Бримкова колостомия <i>Не включва:</i> такава с ректосигмоидектомия (32030-00 [934])
Стоми на тънки черва	
30375-29	Временна илеостомия Бримкова (loop) илеостомия <i>Не включва:</i> такава с: • колектомия, тотална (32009-00 [913]) • проктоколектомия, тотална (32015-00, 32051-01 [936])
Други възстановителни процедури на тънки черва	
30375-24	Шев на тънки черва
Други възстановителни процедури на тънки черва	
90340-00	Затваряне фистула на тънки черва <i>Включва:</i> фистула на дуоденум <i>Не включва:</i> ентерокутанна фистула на тънко черво (30382 [901])
Други възстановителни процедури на тънки черва	
30375-24	Шев на тънки черва
Друго възстановяване на дебело черво	
30375-25	Шев при разкъсване на дебело черво
Ректосигмоидектомия или проктектомия	
43993-01	Окончателна чревна резекция и възстановяваща анастомоза Duhamel ретроректална възстановяваща процедура Soave ендоректална възстановяваща процедура <i>Включва:</i> затваряне на съществуваща стома формиране на стома (нефункционираща) (обръщане) (протективна) (временна) множествени гефрир биопсии <i>Забележка:</i> Изпълнена при болест на Hirschsprung [дебелочревна аганглиоза] [вроден мегаколон]. Има много описани оперативни техники – най-чести са Duhamel and Soave процедури. Процедурата на Duhamel (и модификации) е ретроректално възстановяване със страна-страна анастомоза. Анастомозата оформя ректален купол, съставен от аганглионна предна- и нормално ганглионизирана задна стена. Процедурата на Soave (и модификации) включва резекция на аганглионното черво, с изключение на най-дисталния ректум, където се отстранява само мукозата. Мукозата на ректума се изважда през ануса и ганглионизираното черво се притегля през оставения ръкав от ректална

	мускулатура до точката точно над ануса (назъбена линия) където се зашива на място. В някои случаи на тотална дебелочревна аганглиоза, чревната резекция може да достигне до илеума и до включи илео-анално възстановяваща процедура със страна-страна анастомоза. Тази процедура може да бъде изпълнена на един етап. Тя може да бъде и процедура на втори етап, където процедура на първи етап е колостомия (понякога назовавана „колостомия на нива“). <i>Не включва:</i> възстановяваща проктоколектомия с илеален резервоар (32051 [936])
Ректосигмоидектомия или проктэктомия	
32039-00	Абдоминоперинеална проктэктомия Абдомино перинеална резекция на ректум <i>Включва:</i> изграждане на стома <i>Не включва:</i> тази с тотална колектомия (32015-00 [936])
Анопластика или аноректопластика	
32123-00	Анопластика Корекция на анална стеноза (стриктура) Възстановяване на анус БДУ Възстановяване на неперфорирал анус [Cutback процедура]
43963-00	Аноректопластика чрез перинеален достъп Транспозиция на анус Задно-сагитална аноректопластика [PSARP] чрез перинеален достъп
43966-00	Аноректопластика чрез лапаротомия Задно-сагитална аноректопластика [PSARP] чрез лапаротомия
Ректосигмоидектомия или проктэктомия	
32112-00	Перинеална ректосигмоидектомия
Предна резекция на ректум	
	<i>Включва:</i> закрита стома J-оформен джоб (резервоар) Тотална мезоректална ексцизия (TME)
32024-00	Висока предна резекция на ректум <i>Забележка:</i> Анастомозата се извършва на > 10 cm от аналния ръб
32025-00	Ниска предна резекция на ректум <i>Забележка:</i> Анастомозата се извършва на > 6 cm до □ 10 cm от аналния ръб
32026-00	Ултра ниска предна резекция на ректума Проктосигмоидектомия с коло-анална анастомоза с ушивател <i>Забележка:</i> Анастомозата се извършва на □ 6 cm от аналния ръб <i>Не включва:</i> ръчно защита анастомоза (32028-00 [935])
32028-00	Ултра ниска предна резекция на ректума с ръчен шев на колоанална анастомоза Коло-ендо-анална обшивна анастомоза Проктосигмоидектомия с ръчно изпълнена коло-анална анастомоза <i>Забележка:</i> Анастомозата се извършва на □ 6 cm от аналния ръб
92208-00	Предна резекция на ректум, неуточнено ниво
Предна резекция на ректум	
	<i>Включва:</i> закрита стома J-оформен джоб (резервоар) Тотална мезоректална ексцизия (TME)
92208-00	Предна резекция на ректум, неуточнено ниво

Ректосигмоидектомия или проктэктомия	
32039-00	Абдоминоперинеална проктэктомия Абдомино перинеална резекция на ректум <i>Включва:</i> изграждане на стома <i>Не включва:</i> тази с тотална колектомия (32015-00 [936])
Ректосигмоидектомия или проктэктомия	
43993-01	Окончателна чревна резекция и възстановяваща анастомоза Duhamel ретроректална възстановяваща процедура Soave ендоректална възстановяваща процедура <i>Включва:</i> затваряне на съществуваща стома формиране на стома (нефункционираща) (обръщане) (протективна) (временна) множествени гефрир биопсии <i>Забележка:</i> Изпълнена при болест на Hirschsprung [дебелочревна аганглиоза] [вроден мегаколон]. Има много описани оперативни техники – най-чести са Duhamel and Soave процедури. Процедурата на Duhamel (и модификации) е ретроректално възстановяване със страна-страна анстомоза. Анастомозата оформя ректален купол, съставен от аганглионна предна- и нормално ганглионизирана задна стена. Процедурата на Soave (и моди-фи-ка-ции) включва резекция на аганглионното черво, с изключение на най-дисталния ректум, където се отстранява само мукозата. Мукозата на ректума се изважда през ануса и ганглионизираното черво се притегля през оставения ръкав от ректална мускулатура до точката точно над ануса (назъбена линия) където се зашива на място. В някои случаи на тотална дебелочревна аганглиоза, чревната резекция може да достигне до илеума и до включи илео-анално възстановяваща процедура със страна-страна анастомоза. Тази процедура може да бъде изпълнена на един етап. Тя може да бъде и процедура на втори етап, където процедура на първи етап е колостомия (понякога назовавана „колостомия на нива“).
Ректосигмоидектомия или проктэктомия	
32047-00	Перинеална проктэктомия <i>Не включва:</i> тази с абдоминална резекция (32039-00 [934])
Други възстановителни процедури на ректум или анус	
90313-00	Друго възстановяване на ректум
Анопластика или аноректопластика	
32123-00	Анопластика Корекция на анална стеноза (стриктура) Възстановяване на анус БДУ Възстановяване на неперфорирал анус [Cutback процедура]
43963-00	Аноректопластика чрез перинеален достъп Транспозиция на анус Задно-сагитална аноректопластика [PSARP] чрез перинеален достъп
43966-00	Аноректопластика чрез лапаротомия Задно-сагитална аноректопластика [PSARP] чрез лапаротомия
Възстановяване на клоакална екстрофия	
43882-00	Първично възстановяване на клоакална екстрофия [кореман дефект] <i>Включва:</i> формиране на стома <i>Кодирай също когато е направена:</i> • възстановяване на неперфорирал анус (32123-00 [938]) <i>Не включва:</i> първично възстановяване на мехурна екстрофия (37050-00 [1106])
43882-01	Вторично възстановяване на клоакална екстрофия <i>Не включва:</i> вторично възстановяване на мехурна екстрофия (37842 [1106])

43969-00	Тотално възстановяване на персистираща клоака чрез перинеален достъп <i>Не включва:</i> с чревна вагинопластика (43969-01 [939])
43969-01	Тотално възстановяване на персистираща клоака чрез лапаротомия <i>Включва:</i> чревна вагинопластика
Ексцизионни процедури на черен дроб	
30415-00	Сегментна резекция на черен дроб
Ексцизионни процедури на черен дроб	
30414-00	Ексцизия на чернодробна лезия Резекция на вродени ченодробни кисти Субсегментна чернодробна резекция <i>Не включва:</i> хидатидни кисти (30434-00, 30436-00, 30438-00 [955])
Ексцизионни процедури на черен дроб	
30418-00	Лобектомия на черен дроб <i>Не включва:</i> разширена лобектомия на черен дроб (30421-00 [953])
Стома на жлъчен мехур или жлъчни пътища	
30460-03	Холедоходуоденостомия
30460-04	Холедохойеюностомия
30460-05	Холедохоентеростомия <i>Не включва:</i> тази с панкреатикодуоденектомия (30584-00 [978])
Стома на жлъчен мехур или жлъчни пътища	
30460-07	Хепатикоентеростомия
43978-00	Портоентеростомия Kasai процедура <i>Забележка:</i> Изпълнена при билиарна атрезия
Стома на жлъчен мехур или жлъчни пътища	
30460-06	Холедохопанкреатостомия
Друго възстановяване на сфинктер на Оди, жлъчен мехур или жлъчни пътища	
30472-01	Възстановяване на общ жлъчен канал <i>Забележка:</i> Изпълнено при фистула <i>Не включва:</i> такова чрез дилатация: • ендоскопска (30452-00 [971]) • перкутанна (30495-00 [971]) такова за стриктура: • ендоскопско (30452-00 [971]) • перкутанно (30495-00 [971])
Друго възстановяване на сфинктер на Оди, жлъчен мехур или жлъчни пътища	
90321-00	Друго възстановяване на билиарен тракт
Панкреатектомия	
30583-00	Дистална панкреатектомия
30593-01	Панкреатектомия със спленектомия
30584-00	Панкреатикодуоденектомия с формиране на стома <i>Включва:</i> холедохоентеростомия гастрейеюностомия

панкреатикойеюностомия
съхранение на пилора

Анастомоза на панкреас

Забележка: Изпълнена при:

- панкреатична киста
- панкреатит

Не включва: холецистопанкреатостомия (30460-02 [969])

холедохопанкреатостомия (30460-06 [969])

30586-00 Анастомоза на панкреас към дуоденум

30586-01 Анастомоза на панкреас към стомах

30587-00 Анастомоза на панкреас чрез Roux-en-Y примка към йеюнум

Не включва: такава с панкреатикодуоденектомия (30584-00 [978])

30589-00 Панкреатикойеюностомия

Не включва: такава с:

- анастомоза до Roux-en-Y бримка на йеюнум (30587-00 [980])
- панкреатикодуоденектомия (30584-00 [978])

Възстановяване на диафрагмална херния

Възстановяване на :

- хиатус херния
- езофагеален хиатус

Не включва: възстановяване на диафрагмална херния с фундопластика (30527-01, 30527-03, 30527-05 [886])

30601-00 Лечение на диафрагмална херния, кореман достъп

30600-00 Възстановяване на травматична диафрагмална херния

43837-02 Възстановяване на диафрагмална херния с използване на телесно ламбо или поставяне на протезен патч

Включва:

абдоминален	}
торакален	}
торако-абдоминален	} достъп

Забележка: Изпълнено за възстановяване на вродена диафрагмална херния

Възстановяване на диафрагмална херния

Възстановяване на :

- хиатус херния
- езофагеален хиатус

Не включва: възстановяване на диафрагмална херния с фундопластика (30527-01, 30527-03, 30527-05 [886])

30601-01 Възстановяване на диафрагмална херния, торакален подход

Торако-абдоминално възстановяване на диафрагмална херния

30600-00 Възстановяване на травматична диафрагмална херния

43837-02 Възстановяване на диафрагмална херния с използване на телесно ламбо или поставяне на протезен патч

Включва:

абдоминален	}
торакален	}
торако-абдоминален	} достъп

Забележка: Изпълнено за възстановяване на вродена диафрагмална херния

Процедури при гастросхиза

Кодирай също когато е направено:

- възстановяване на тънко или дебело черво (43810 [900])

43867-00 Създаване на протезна торбичка при гастросхиза

Създаване на:

	• силиконов джоб за гастросхиза • silo за гастросхиза
43867-01	Втори етап на процедура за гастросхиза с отстраняване на протеза и затвяряне
43864-00	Първично възстановяване на гастросхиза, включващо кожа
43864-01	Първично възстановяване на гастросхиза, включващо кожа, мускули и фасции <i>Не включва:</i> тази със създаване на протезен джоб (43867-00 [1003])
Други ексцизионни процедури на корем, перитонеум или оментум	
	<i>Не включва:</i> хистеректомия с ретроперитонеална дисекция (35667-00 [1268])
90327-00	Ексцизия на вродена интраабдоминална лезия <i>Включва:</i> ретроперитонеален тумор тератом <i>Не включва:</i> ексцизия на бронхогенна киста, чрез торакотомия (43912-00 [545]) ретроперитонеална невро-ендокринна лезия (30321-00, 30323-00 [989])
Други процедури на корем, перитонеум или оментум	
90331-00	Други процедури на корем, перитонеум или оментум
Реконструктивни процедури на влагалище	
35565-00	Вагинална реконструкция <i>Забележка:</i> Изпълнена за: • вродена липса • атрезия • урогенитален синус

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура (с изключение на 38436-00 и 30320-00) и минимум три диагностични процедури от различни блокове, посочени в Приложение № 21, насочени към основната диагноза.

Една от трите диагностични процедури задължително е образно изследване.

Процедура с код – цервикална езофагостомия (30293-00) се отчита само в комбинация с код (30375-07 или 43906-00).

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 "Детска хирургия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия".

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 детска хирургия
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория
5. Образна диагностика - рентгенов апарат за скопия и графия
6. Лаборатория (отделение) по клинична патология

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. Имунологична лаборатория
2. Медико-диагностична лаборатория с възможност за изследване на туморни маркери
3. КАТ и/или МРТ с осигурен 24-часов достъп, включително в условия на спешност
4. Микробиологична лаборатория

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

Необходими специалисти за лечение:

- пет лекари със специалност по детска хирургия в съответната/то специализирана/но клиника/отделение по детска хирургия и допълнителна квалификация съгласно стандарт по „Хирургия“,

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

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:

1.1. Диагностика и оперативно лечение на деца до 1 година със животозастрашаващи състояния като усложнение на вродени аномалии:

- кръвоизлив;
- перфорация на кух коремен орган;
- руптура на паренхимен орган, травми на хранопровод, стомах и дуоденум;
- медиастинит;
- неонатален перитонит;
- илеусни състояния;
- вродено прекъсване (атрезия) по хода на целия на гастроинтестинален тракт;
- липса или нарушено развитие на паренхимен вътрегърден и/или вътрекоремнен орган - аплазия, агенезия, хипоплазия;
- вродена липса на диафрагма или диафрагмална херния;
- дефекти в развитието на предна коремна стена;
- синдроми на притискане на жизненоважни органи от обемни процеси – тумори, кисти и т.н.;

1.2. Оперативно лечение в неспешен порядък на деца до 1 година:

- вродени аномалии на гастроинтестинален тракт (ГИТ);
- туморни образувания;
- други вродени заболявания, неизискващи спешна оперативна намеса.

5Б. ДИАГНОСТИЧНО- ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

При подготовка на болния в лечебното заведение:

1. Вземане на кръв 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.

I. АНОМАЛИИ НА ПРЕДНАТА КОРЕМНА СТЕНА

Вродените дефекти на предната коремна стена са резултат от смущение в ембриогенезата и се наричат целозомии. За практиката от най-голямо значение са двете форми на средната целозомия.

Омфалоцеле (exomphalos)

Това е пълната форма на средната целозомия, която се среща 1 на 5 000 раждания, по-често у момчета. Представлява дефект на предната стена в областта на пъпа, лежащ в основата на амниотичен сак, в който пролабират коремни органи.

Лечението е хирургично. Извършва се репониране на органите, намиращи се извън коремната кухина и едно- или многоетапни пластики на дефекта със собствени тъкани, а при нужда и с изкуствени материали.

Персистиращ жлъчъчен проток (ductusomphaloentericuspersistens)

Аномалията се среща 1 на 15 000 раждания. Протокът не облитерира, а сформира патологична комуникация между илеума и предната коремна стена в очертанията на пъпа.

Лечението е хирургично. Лапаротомия, резекция и термино-терминална тънкочревна анастомоза.

II. ВРОДЕНИ АНОМАЛИИ НА БЕЛИТЕ ДРОБОВЕ

Вродените аномалии на белите дробове включват широк спектър малформации, които възникват поради нарушена диференциация на ембрионалния белодробен зачатък. Разнообразните пороци на развитието се разделят на три основни групи: *бронхопулмонални, васкуларни и комбинирани*.

Бронхо-пулмоналните включват аномалии на трахеята и големите бронхи (трахеомалация, стеноза на трахеята, трахеален бронх, стеноза на бронха, бронхогенни кисти) и аномалии на белите дробове (агенезия и хипоплазия, вродена поликистоза, вроден лобарен емфизем). **Васкуларните** включват различни съдови малформации предимно на пулмоналната артерия или артерио-венозни шънтове. **Комбинираните аномалии** съчетават патологична васкуларизация и паренхимни пороци (белодробна секвестрация и вено-лобарния синдром).

Аномалии на трахеята и големите бронхи

Трахеомалация, трахеобронхомалация. Представлява дефект в структурата на хрущяла и на трахеалната мембрана, която хлътва при експириум и obtурира лумена – т.н. експираторна стеноза. При леките форми с нарастването и съзряването на структурите на трахеалната стена настъпва оздравяване към 12 –ия месец.

При тежките форми още след раждането детето е с прогресираща дихателна недостатъчност. Физикално се установява експираторен задух, цианоза и суха лаеща кашлица. Новороденото трябва да се интубира и вентилира механично. Правят се различни пластични операции на трахеята. Много разпространен метод е аортоексията.

Трахеален бронх, стеноза и атрезия на бронха са изключително редки и често се откриват случайно.

Бронхогенни кисти. Бронхогенните кисти се дължат на аномална сепарация на първичното черво и трахео-бронхиалното дърво. Приблизително две трети се локализируют в медиастинума (паратрахеално и перибронхиално), а една трета са интрапаренхимно. Кистите в медиастинума са сферични и унилокуларни. Когато не са инфектирани, съдържат слуз и са тапицирани с кубичен и цилиндричен епител. Интрапаренхимните кисти са солитарни или множествени. Локализируют се предимно в долния десен лоб.

По своето клинично протичане се делят на неусложнени и усложнени. Неусложнените бронхогенни кисти протичат безсимптомно и често се откриват случайно на рентгеновото изследване като кръгли сенки. Усложнение на кистата настъпва при бактериална инфекция. Кистата нараства и предизвиква симптоми на компресия от страна на дихателните пътища и хранопровода. Усложненията биват белодробни (пневмония) и плевро-белодробни (емпием, пневмоторакс, пиопневмоноракс).

Аномалии на белите дробове

Агенезия. Представлява пълна липса на бронхо-пулмонален комплекс едностранно. Отначало протича безсимптомно. На рентгенография се установява хомогенно засенчване в съответната гръдна половина. Прогнозата зависи от състоянието на единствения бял дроб.

Аплазия. Рудиментарно развитие на бронхо-пулмоналния комплекс

обхващащо един или няколко сегмента. Вследствие функционалното натоварване претърпява кистоподобна трансформация.

Хипоплазия. Дължи се на липса на диференциация на трахео-бронхиалното дърво в долните лобове. Клинично се проявява с упорити рецидивиращи бронхопневмонии. Може да е представена като участък с вродени цилиндрични бронхиектазии.

Вродена кистична аденоматозна малформация. Характеризира се с множество кисти в белодробния паренхим с абнормна пролиферация на бронхиални структури. Разграничават се три хистологични типа в зависимост от размера на кистите. Диагностицира се още пренатално. При новородените и кърмачетата малформацията се представя с респираторен дистрес с тахипнея, тираж и цианоза. Вродената поликистоза най-често засяга един лоб. На рентгенография се визуализират тънкостенни кисти с различна големина и хидроаерични нива. Оперативното лечение е торакотомия с резекция на съответните сегменти или лоб.

Вроден лобарен емфизем. Дължи се на аномалия на хрущялните пръстени на лобарния бронх, намалена еластичност на стената му, аномалия на мукозата. Засяга се предимно горния ляв лоб. Патоморфологически се представя с дилатация на алвеолите и деструкция на алвеоларната стена. Развива се вентилен механизъм, в резултатът на което се влошава газовата обмяна и намалява виталния капацитет.

Демонстрира се в новороденска възраст с прогресираща дихателна недостатъчност. Рядко се проявява в по-късна възраст.

Рентгеновият образ е характерен – силно повишена прозрачност на съответния лоб с частично херниране на медиастинума и ателектаза на долния лоб. Лечението е хирургично – лобектомия.

Леченето на тази група аномалии е изцяло хирургично. След стабилизиране на пациента се извършва торакотомия и белодробна резекция във вид и обем в зависимост от разпространеността и вида на малформацията.

III. ТРАХЕО-ЕЗОФАГЕАЛНА ФИСТУЛА

Среща се рядко и се локализира в шийната част на хранопровода, по-рядко в торакалната. Възможни са три основни варианта: фистула с тесен и диагонален ход (И-фистула), фистула с тесен и хоризонтален ход (Н-фистула) и фистула с широка комуникация между хранопровода и трахеята (трахео-езофагеална фисура).

Изисква оперативно лечение. Шийните фистули се оперират с шиен достъп, лигатура на фистулата и пластика на хранопровода. Останалите изискват торакотомия и лигатура на фистулата.

IV. АТРЕЗИЯ НА ХРАНОПРОВОДА

Атрезията на хранопровода се среща в съотношение 1 : 3500 – 4200 раждания, като засяга почти еднакво и двата пола.

Етиопатогенеза. Аномалията възниква между 3 и 6-та гестационна седмица, когато започва отделянето на хранопровода от трахео-бронхиалното дърво.

Класификация. Различават се четири основни типа. Най-често се среща I тип (92 %), при който има сяло завършващ проксимален сегмент и хипопластичен дистален сегмент, свързан с трахеята – т.н. дистална трахео-езофагеална фистула. След него е тип IV (6 %), или безфистулна форма, при който често двата сегмента отстоят на голямо разстояние (long gap). Другите два типа са казуистика.

В зависимост от типа на аномалията лечението е едно- или многоетапно. Първата оперативна намеса се извършва в първите дни след раждането. В зависимост от разстоянието между сегментите се извършва директна анастомоза между двата сегмента. При невъзможност за такава се правят временни гастростома и езофагостома.

Възможно е прилагането на многоетапни оперативни интервенции за удължаване на сегментите, както и езофаго-езофаго анастомоза с репозиция на кардията в гръдния кош или интраторакална гостроезофагоанастомоза.

Радикалното оперативно лечение се осъществява след 10 м възраст. Извършва се гостроезофагопластика или колоезофагогастропластика.

V. ВРОДЕНА ИЛИ ПРИДОБИТА СТРИКТУРА НА ХРАНОПРОВОДА

Вродена стеноза на хранопровода. Среща се рядко и се локализира в горната или долна трета на хранопровода. Свързва се с нарушение в ембрионалното развитие при сепарирането на хранопровода от бронхо-пулмоналната система. Клинична картина. В кърмаческа възраст симптоматиката е оскъдна поради течния характер на храната. Първите признаци се появяват след 1 – 2 годишна възраст - дисфагични оплаквания, изоставане във физическото развитие, чести бронхопневмонии поради аспирация. Диагноза. Рентгено-контрастното изследване дава данни за локализацията и големината на стенозата. Характерна е нормалната гастро-езофагеална преходна зона с остър ъгъл на Хис. За да се изключи стриктура на базата на рефлукс-езофагит трябва да се проведе 24-часово pH изследване на хранопровода - при вродените стенози рефлуксният индекс е нормален. Ехокардиографията може да установи наличието на аномален съдов пръстен, притискащ хранопровода отвън. Лечение. Директно бужиране през устата или балонна дилатация. При хипотрофични деца се извършва гастростомия за осъществяване на пълноценно хранене и ретроградно бужиране по конец. При неуспех от дилатациите се прибегва до оперативно лечение – резекция на стенотичния участък и термино-терминална анастомоза.

VI. ВРОДЕНИ ДИАФРАГМАЛНИ ХЕРНИИ

Вродените заболявания на диафрагмата възникват по време на ембрионалното развитие, когато тя се оформя като преграда между гръдната и коремна кухина. Разделят се на лъжливи (без херниален сак) и истински диафрагмални хернии (хернираните органи са обвити с перитонеум). Релаксацията на диафрагмата е вариант на тази патология.

По своята локализация се делят на предни (пара- и ретростернални), средни (хиатални) и задни (херния на Боудале). Казуистика представляват централните диафрагмални хернии (дефект на *centrum tendineum*) и аплазията на диафрагмата.

Парастернални хернии (херния на Morgagni)

Диагностицират се случайно. За херниални отвори служат дясно разположената цепка на *Laurey* и левия стерно-костален отвор на *Morgagni*. Те могат да бъдат едностранни или двустранни. Хернира се предимно дебело черво. Оплакванията са нетипични. Диагнозата се поставя при рентгеновото изследване. Лечението е хирургично – репониране на коремните органи и пластика на херниалния отвор..

Ретростерналните хернии често са съчетани с *ectopia cordis abdominalis*.

Лечението е оперативно. Извършва се до 72 часа от раждането. Ларатомия, репониране на хернираните органи, пластика на диафрагмата със собствени тъкани или синтетични материали. Коригиране на съпътстващите аномалии.

VII. ВРОДЕНИ ХИАТАЛНИ ХЕРНИИ

Хиатална херния означава преходно или трайно навлизане в гръдната клетка на кардията и стомаха през патологично променения хиатален отвор. Тя има херниален сак, съставен от париеталния перитонеум и париеталната плевра. Хиаталната херния е свързана тясно със симптомокомплекса на рефлуксната болест.

Лечението е оперативно. Ларатомия, релозиция на хранопровода, пластика на хиатуса, антирефлуксна пластика.

VIII. ХИПЕРТРОФИЧНА ПИЛОРНА СТЕНОЗА

Вродената хипертрофична пилорна стеноза е най-разпространената аномалия на храносмилателния тракт. Среща се при едно на 500 живородени деца и засяга предимно момчетата в съотношение 4:1. Представлява хипертрофия на пилорната мускулатура, стесняване и удължаване на пилорния канал, което води до нарушена евакуация на стомашното съдържимо.

Лечението е оперативно. Лапаротомия и пилоромия.

IX. АТРЕЗИЯ И СТЕНОЗА НА ДУОДЕНУМА

Вродената непроходимост на дванадесетопръстника представлява аномалия в развитието на дуоденалната дъга, което се формира към 5 – 8 седмица от ембрионалното развитие. Доказана е генетична предиспозиция - често има съчетание със синдрома на Down. Срещат се 1 : 6500 раждания, еднакво при двата пола.

Атрезия на дуоденума. Различават се три основни типа:

- Мембранозен тип – луменът е прекъснат от диафрагма, която се състои от мукоза и субмукоза. Мускулния слой е интактен.

- Кордонен тип – двата сляпо завършващи края на дуоденума са съединени от фиброзна връв по ръба на интактния мезентериум.

- Пълен тип – има пълно прекъсване на чревния лумен и V-образен дефект на подлежащия мезентериум. Този тип често се съчетава с аномалии на билиарния тракт.

Стеноза на дуоденума. Тя може да бъде причинена от вътрешна или външна обструкция:

- Вътрешна обструкция – пръстеновидно стеснение или мукозна мембрана с отвор в центъра.

- Външна обструкция – най-често срещаните форми на дуоденална стеноза са: пръстеновиден панкреас (*Pancreas anulare*), хиперфиксационни бридове и синдром на Ladd (аномалии в чревната ротация), по-рядко съдови аномалии (предуоденална *venaportae*, синдром на Wilkie). Най-често са инфрапапиларните стенози.

Лечението е оперативно след поставяне на диагнозата. Лапаротомия, дуодено-дуодено анастомоза или други обходни анастомози.

X. АТРЕЗИЯ НА ТЪНКО ЧЕРВО

Среща се приблизително 1:6000 раждания. Възниква по време на късното развитие на плода и вероятно се дължи на интраутеринна тромбоза на мезентериалните съдове, с последваща некроза и резорбция на съответния тънкочревен участък, при което се образуват различни по вид дефекти.

Лечението е оперативно. Лапаротомия, резекция на атретичните участъци, тейпъринг на проксималния сегмент с тънкочревна анастомоза. При усложнени форми с перфорация и перитонит, може да се наложи многоетапно лечение с междинно извеждане на илеостома.

XI. МЕКОНИАЛЕН ИЛЕУС

Мекониалният илеус е една от проявите на синдрома на кистичната фиброза, който е генетично обусловена екзокринопатия. При него освен панкреатична недостатъчност има засягане и на останалите слюзни жлези. Кистичната фиброза се представя основно с белодробна форма (муковисцидоза) или с чревна форма (мекониален илеус).

Лечението е многоетапно оперативно. На първи етап се извежда естествен илячен двустолов анус. Възстановяването на пасажа се извършва в зависимост от състоянието на детето от 3- 6 месеца след първата оперативна намеса.

XII. MORBUS HIRSCHSPRUNG (MEGACOLON CONGENITUM)

През 1886 година датският педиатър Harold Hirschsprung описва симптомите на болест, която назовава “вродена дилатация на колона”. През 1948 година е доказана липсата на ганглиевни клетки в *plexus myentericus*. През същата година Swenson извършва първата етиопатогенетично обоснована операция с резекция едновременно на дилатирания и спастичния сегмент. Приема се, че различни патогенни фактори нарушават миграцията на невробластите от първичната нервна тръба към дебелото черво (т.н. кранио-каудална миграция), поради което в дисталните сегменти на колона не се установяват невроганглии – т.н. аганглиоза. Това обуславя траен спазъм на този участък с последваща дилатация на надлежащия сегмент, което клинично се демонстрира с картината на дебелочревен илеус. Болестта е генетично предопределена. Среща се на 1 : 5 - 6000 живородени, по-често при момчетата – средно 3,5 : 1. Често се асоциира с други аномалии - Down синдром, атрезия на тънко черво. **Класификация.** В зависимост от локализацията на аганглионерния сегмент се различават следните форми:

а) ниска форма - разположена в ректума;

б) ректосигмоидна форма - 85% от всички форми;

в) дълга форма - от ануса до *flexura colilienalis*;

г) субтотална форма - от ануса до *flexura coli hepatica*;

д) тотална - целият колон

Клинична картина. Водещ симптом е забавеното спонтанно отделяне на мекониум в първите дни след раждане. По тежест на клиничната изява различаваме три форми на заболяването: 1. Остра. 2. Подостра. 3. Хронична.

Лечението е многоетапно оперативно. При установяване на суспектни рентгенови данни за заболяването се извършват ректална биопсия и/или лапаротомия с множествени биопсии и извеждане на противоестествен дебелочревен двустволов анус.

Радикалното оперативно лечение- ректосигмоидектомия, се извършва след установяване на заболяването и неговата диагностика след 3 мес. Възраст в зависимост от използваната оперативна методика.

XIII. АНОРЕКТАЛНИ МАЛФОРМАЦИИ (ATRESIA/AGENESIA ANORECTALIS)

Срещат се средно 1 на 6000 новородени, по-често при момчета. Дължи се на нарушено оформяне и разделяне на sinus urogenitalis и sinus anorectalis от първичната клоака. Има голяма честота на различни съчетани аномалии, особено при високите форми. Общоприетата класификация от Уингспред (1984) разграничава високи, интермедиерни и ниски форми. Височината се определя по нивото на атретичния участък на ректума спрямо пубо-ректалната бримка. В 80 % атретичното черво завършва с фистула, чиято локализация и ширина определя тежестта на илеусните прояви. Най-често срещаната аномалия при момчетата е ректоуретралната фистула, следвано от перинеалната (кожна) фистула, докато високата ректовезикална е в 10 %. При момчетата ректостевибуларната фистула е най-честа, следвана от перинеалната и клоака в 10 %.

Изискват сложно и комплексно многоетапно оперативно лечение.

При момченцата в зависимост от типа се извършват многократни дилатации на фистулата или лапаротомия и извеждане на дебелочревен двустволов противоестествен анус. Радикалното оперативно лечение се прави между 5-7 месечна възраст. На трети етап се ликвидира противоестествения анус и се възстановява пасажа.

При момченцата се извършва лапаротомия и извеждане на дебелочревен двустволов противоестествен анус. Радикалното оперативно лечение се прави между 5-7 месечна възраст. На трети етап се ликвидира противоестествения анус и се възстановява пасажа.

XIV. ВРОДЕНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ЕКСТРАХЕПАТАЛНАТА ЖЛЪЧНА СИСТЕМА

Среща се средно 1 : 12 000 раждания с лек превес на момчетата. Не са открити генетични фактори и рядко имат съпровождащи аномалии.

Класификация:

I тип: Атрезия на ductuscholedochus (10 %);

II тип: Атрезия на ductihepatici (2 %);

III тип: Атрезия adportam hepatis (88 %).

Кисти на холедоха

Идиопатична кистична дилатация на ductuscholedochus. Вродената киста на холедоха (още мегахоледох) се среща рядко. Представява етап от процеса на "инфантилната обструктивна холангиопатия". Патоанатомично се различават три вида - дилатиран ductuscholedochus; киста на дуктуса, разположена странично и комуникираща с него; Синдром на Caroli – кистозна дилатация на интрахепаталните жлъчни пътища. Заболяването засяга предимно момчетата във възрастта между 3 и 12 години. Клинично се проявява с интермитиращ иктер от механичен тип, палпиращо се туморовидно образование в дясното подребрие, фебрилитет и коликообразни болки. **Диференциална диагноза** се прави с жлъчнокаменна болест, холецистит и холангит, тумори в portahepatis. **Лечението** е оперативно. Метод на избор е кистектомията с последваща хепатико-йеюностомия тип Y-Roux. Място в хирургическото лечение има и холедохо-дуоденоанастомозата.

XV. СОЛИДНИ ЗЛОКАЧЕСТВЕНИ ТУМОРИ В ДЕТСКАТА ВЪЗРАСТ

Въведение. В целия свят ежегодно заболяват от злокачествени солидни тумори 15 на 100 000 деца, което заема съществен дял в структурата на детската смъртност.

Злокачествените заболявания при децата имат следните особености:

- Най-чести са ембрионалните тумори и тези с мезенхимна компонента (саркоми), докато типичните за възрастните тумори от епителен произход (карциноми) са казуистика.

- Най-честа локализация на солидните злокачествени тумори е ретроперитонеалното пространство, медиастинума и централната нервна система.

- Детският организъм се намира в процес на непрекъснато развиване и растеж, поради което тези тумори нарастват и метастазират с много по-бързи темпове, отколкото при възрастния индивид.

- Тези биологични и хистоморфологични особености обаче са предпоставка за по-голямата чувствителност и податливост на детските неоплазми на химиотерапия и лъчелечение.

Невробластомът е най-честият ембрионален тумор, заемащ около 10 % от всички неоплазми при децата. Приблизително половината от случаите са до 2 годишна възраст. Произхожда от различни отдели на симпатиковата нервна система – от надбъбрек или паравертебралните ганглии в ретроперитонеума (70 %), в задния медиастинум (15 %), шия (3 %) и други. Метастазира най-често в костите.

Нефробластом (тумор на Wilms)

Той е вторият по честота ембрионален тумор (7 – 8 %). Най-висока е заболяемостта до 3 годишна възраст понякога съчетан с вродени аномалии на уrogenиталната система.

Туморът обхваща бъбрека и инфилтрира съседни тъкани. Хистологически е съставен от бластемни клетки с различна диференциация. Различават се следните варианти:

- Неблагоприятен (със саркоматозни елементи) – 10 %; Благоприятен, в който влизат поддаващия се на химиотерапия. Нефробластом и доброкачествения мезобластния нефром.

Метастазира предимно в белия дроб. Основен диференциално-диагностичен метод е венозната урография. Тя показва изместване и деформация на бъбречните чашки. При големи размери настъпва бъбречна афункция. При венокавографията се търси дали има прорастване на туморната маса в магистралните съдове.

Лечението включва нефректомия, химиотерапия и лъчелечение. При тумори с големи размери се провежда предоперативна химиотерапия.

Прогнозата е добра. При 75 % от децата се постига дефинитивно оздравяване.

Рабдомиосарком

Заема 5 % от всички неоплазми у децата. Най-засегната е предучилищната възраст.

Произхожда от ембрионалния мезенхим и/или напречнонабраздената мускулатура. Различават се три варианта:

- Ембрионален тип (65 %), в който се включва ботрионидния тип, локализиран в пикочен мехур, вагина, простата, жлъчни пътища, назоепифарингс;

- Адултен тип (20 %), който е с алвеоларен характер и се локализира в крайниците, перинеума и дълбоката мускулатура;

- Други варианти (15 %) с мезенхимен и смесеноклетъчен характер.

Туморът метастазира рано в белите дробове, черния дроб и костите. Лечението е комплексно. Прогнозата е различна за отделните хистологични варианти.

Герминативно-клетъчни тумори

Съставляват 2 % от всички неоплазми. Възникват от всяка част на репродуктивния тракт от първичната герминативна клетка. Те могат също така да бъдат локализирани в екстрагонадални области – сакрококцигеална, интракраниална, медиастинална, ретроперитонеална.

Хистологично се различават следните видове:

- Недиференциран (гермином, семином);

- Тумори с ембрионална диференциация (тератом);

- Тумори с екстраембрионална диференциация (хорионкарцином, ендодермален синусов тумор – т.н. йолк сак тумор);

- Смесени тумори.

Най-често срещани са тератомите, локализирани в сакро-кокцигеалната област, по-рядко в ретроперитонеалното пространство и медиастинума. След тях са туморите на овариума и тестисите.

Те могат да бъдат диагностицирани пренатално при ехографското проследяване на плода.

Рядко срещани злокачествени тумори

Хепатобластом. Представлява ембрионален тумор, който засяга деца в ранна възраст. Развива се предимно в десния чернодробен дял.

Хистологически се различават три варианта: фетален, ембрионален и анапластичен (алвеоларен).

Туморът се опипва случайно в дясното подребрие. Общото състояние е добро, само при напреднал процес се наблюдава консумативен синдром.

Плевропулмонален бластом (ППБ). Плевропулмоналният бластом е интраторакален, високомалигнен ембрионален тумор от мезенхимен произход, характерен за детската възраст до 15 години. За разлика от пулмобластома при възрастните той няма малигнена епителеална компонента и ангажира не само белия дроб, но и медиастинума и плеврата.

Хистологическата класификация на ППБ очертава три типа: *мултикистичен* (новообразуване с гладки очертания), *солиден* (новообразуване с разнообразна повърхност, формирано от некрози и хеморагии) и *интермедиерен* (новообразуване, съдържащо солидни и кистични участъци).

Хирургичното лечение е в обем от екстирпация до пулмонектомия. Следоперативно се прилага продължителна химиотерапия. Прогнозата е лоша.

XVI. УСЛОЖНЕНИЯ НА ВРОДЕНИТЕ АНОМАЛИИ

Симптомокомплексът “остър медиастинит” и “остър хирургичен корем” (ОХК) включва широк диапазон от възпалителни или ятрогенни усложнения на вродените заболявания в кърмаческата възраст. Те са и най-честата причина за спешно оперативно лечение.

Деструктивни белодробни заболявания Възпалителните процеси в белия дроб при децата до 1 годишна възраст имат тенденция към бързо прогресиращи паренхимни и плеврални усложнения, при които се налага хирургично лечение. Плевро-белодробните усложнения се развиват на базата на усложнена подлежаща вродена патология. Белодробният абсцес е деструктивна лезия на паренхимата, която в кърмаческата възраст се развива като усложнение на вродена белодробна патология. Характерно е образуването на множество кухини (псевдоксти) с гнойна колекция в тях. Лечението е медикаментозно и хирургично.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

Постоперативно при неонкологичните заболявания. При онкологичните случаи 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:

- възстановяване на пасажа и нормалните функции на дихателна, отделителна и сърдечно-съдова система;
- добре зарастваща оперативна рана;
- липса на фебрилитет през последните 24 часа;
- липса на значими субективни оплаквания.

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 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 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.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА РОДИТЕЛЯ (НАСТОЙНИКА/ ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Вродените аномалии представляват хетерогенна група заболявания, възникнали по време на бременността на базата на генетични фактори и/или събития, случили се по време на самата бременност. Те включват нарушения в развитието на кухи и паренхимни органи, на гръдна и коремна стена, на органи на пикочополовата система, както и наличие на тумори, произхождащи от различни “незрели” ембрионални, както и от завършили ембрионалното си развитие, нормални тъкани.

Повече от заболяванията изискват спешна оперативна намеса в първите 24ч. Друга част изискват оперативно лечение в т.нар. отложена спешност (срочно).

Съществува възможност за пренатална диагностика на голяма част от вродените малформации на ГИТ, коремната и гръдна стена, както и на кухите и паренхимни органи.

Смисълът на оперативното лечение на вродените малформации на ГИТ е възстановяване на целостта на храносмилателната система и възобновяване на жизненоважните и функции. Това се осъществява едновременно – с една оперативна намеса, или дву- и многоетапно с няколко последователни хирургични интервенции в продължение на 6 месеца до 1-2 годишна възраст.

В случаите на вродени тумори и такива диагностицирани в първата една година от живота, често се налага и друг вид терапия – лъчетерапия, химиотерапия и т.н.

Лъчевата терапия използва рентгенови лъчи или други лъчи с висока енергия, за да убие онкологични клетки и така да премахне тумора. Радиацията може да дойде от апарати извън тялото (външна лъчетерапия) или от радиоактивни материали, поставени в тялото посредством специални пластмасови тръбички (вътрешна лъчетерапия). Лъчевата терапия може да се използва самостоятелно или в комбинация с химиотерапия.

Химиотерапията използва специални лекарства (химиотерапевтици) за убиването на онкологични клетки. Химиотерапевтиците могат да бъдат хапчета или разтвори, които се вкарват в тялото посредством игли, поставени във вената. Химиотерапията се нарича “системно лечение” защото лекарството, постъпвайки в кръвообращението, преминава през цялото тяло и може да убива онкологични клетки и извън мястото на първичния тумор. Ако туморът е засегнал черният дроб, химиотерапевтика може да бъде въведен директно в артерията, която отива в него.

Ако е премахнат целият видим тумор по време на операцията, лекарят може да даде химиотерапия на пациента, за да убие клетките, останали невидими след операцията. Химиотерапията, която се прилага на пациент, при който след операцията не се намират онкологични клетки, се нарича “допълнителна химиотерапия”.

Биологичното лечение се стреми да подпомогне организма сам да се пребори с карцинома. Използват се вещества, образувани от тялото или специално синтезирани в лаборатории, които директно атакуват или с помощта на естествените сили на организма премахват онкологични клетки. Биологичното лечение понякога се нарича “**Имунотерапия**”. То може да се съчетава с другите видове терапия.

При увреди на тънките и дебели черва в следствие на вродени аномалии - илеуси и перитонити, лечението се извършва в спешен порядък и видът на операцията зависи от характера на увредата.

Съдовата недостатъчност на червата се изразява в запушване от ембол или тромб на даден участък от дебелите или тънките черва, предизвикващ по-късно некроза. Лечение е оперативно, като се изрязва нежизненият участък на поразените черва и се възстановява чревният пасаж.

Какво Ви предстои преди и след постъпване в хирургично отделение/клиника?

След прегледа на наличните изследвания хирургът може да назначи някои допълнителни. Той ще Ви запознае с възможностите на хирургичното лечение, каква операция е необходима, очаквания резултат, усложнения и изход, вероятна прогноза.

Провеждат се задължително предоперативни консултации с кардиолог и анестезиолог, а при необходимост с друг специалист - алерголог (при данни за алергия), ендокринолог (напр. при захарен диабет) и др. Ако е необходима предоперативна подготовка, тя се провежда в дома или след постъпване в хирургично или специализирано отделение по преценка на хирурга, съгласувано с мнението на консултантите.

При изяснена и хистологично потвърдена чрез биопсия диагноза ще се проведат предоперативните консултации и подготовката за оперативното лечение.

Час преди операцията се поставя тънка сонда, преминаваща през едната ноздра и достигаща до стомаха, която предпазва от повръщане в периода след операцията до възстановяване на чревната перисталтика. Налага се поставянето на уретрален катетър, достигащ до пикочния мехур, което позволява урината безпрепятствено да се отделя по време на цялата хирургична намеса, без да се преразтяга мехурът.

При травматичните увреди на тънките и дебелия черва всички посочени по-горе изследвания и манипулации се извършват по спешност, а към оперативна интервенция се пристъпва незабавно.

Целта на операцията е да се възстанови целостта на увреденото черво или да се отстрани тежко увреден сегмент от него, като се предотврати възможността за по-нататъшно изтичане на чревно съдържимо в коремната кухина. Последното може да наложи създаване на противоестествен анус.

Лекарят е задължен да Ви обясни характера на операцията и защо е избрана процедурата. Това се предопределя както от характера на заболяването, така и от общото състояние.