

1. Минимален болничен престой – 2 дни

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Паралитичен илеус и непроходимост на червана без херния

Не включва: вродена стриктура или стеноза на червата (Q41—Q42)
 исхемична стриктура на червата (K55.1)
 мекониум илеус (E84.1)
 непроходимост на червата при новородено, класифицирана в рубриката P76.—
 непроходимост на дванадесетопръстника (K31.5)
 следоперативна непроходимост на червата (K91.3)
 стеноза на ануса или ректума (K62.4)
 с херния (K40—K46)

K56.0 Паралитичен илеус

Парализа на:

- червата
- колона
- тънкото черво

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

K56.4 Друг вид запушване на червата

Ентеролит

Запушване:

- на колон
- от фекалии

K56.5 Чревни сраствания (бридове) с непроходимост

Перитонеални сраствания (бридове) с чревна непроходимост

K56.6 Друга и неуточнена чревна непроходимост

Ентеростеноза

Обструктивен илеус БДУ

Запушване

Стеноза

Стриктура

} на колона или червата

Перитонит

Не включва:

перитонит:

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

K65.0 Остър перитонит

Включва състояния при лечение с перитонеална диализа

K85 Остър панкреатит

Абсцес на задстомашната жлеза
Некроза на задстомашната жлеза:
• остра
• инфекциозна
Панкреатит:
• хеморагичен
• гноен

K86.2 Киста на задстомашната жлеза

K86.3 Псевдокиста на задстомашната жлеза

K86.8 Други уточнени болести на задстомашната жлеза

Атрофия
Камъни
Цироза
Фиброза

} на задстомашната жлеза

На задстомашната жлеза:

- инфантилизъм
- некроза:
 - БДУ
 - асептична
 - мастна

Травма на далака

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

Травма на черния дроб или на жлъчния мехур

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

Травма на панкреаса

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

Травма на тънко черво

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

Травма на дебело черво

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

Травма на право черво

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

Травма на няколко интраабдоминални органа

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

Травма на други интраабдоминални органи

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

2.2.ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Лапароскопия	
30390-00	Лапароскопия Диагностична [експлоративна] лапароскопия
Компютърна томография на корем	
	<i>Включва:</i> регион от диафрагмата до криста илиака <i>Не включва:</i> компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966]) при сканиране на: • гръден кош (56301-01, 56307-01 [1957]) • и • мозък (57001-01, 57007-01 [1957]) • таз (56801-00, 56807-00 [1961]) • таз (56501-00, 56507-00 [1963])
56401-00	Компютърна томография на корем
Рентгенография на корем или перитонеум	
58900-00	Рентгенография на корем <i>Включва:</i> жлъчен тракт долна гастроинтестинална област ретроперитонеум стомах <i>Не включва:</i> тази на уринарния тракт (58700-00 [1980])
1943 Ултразвук на корем или таз	
55036-00	Ултразвук на корем <i>Не включва:</i> коремна стена (55812-00 [1950]) при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01[1945],)
1923 Хематологични изследвания	
91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-05	Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване
91910-07	Скорост на утаяване на еритроцитите-по преценка на лекуващия лекар
91910-09	Изследване на протромбиново време
91910-11	Изследване на фибриноген
91913-01	Изследване на тромбоцити
91910-49	Други хематологични изследвания-по преценка на лекуващия лекар
1924 Биохимични изследвания	
91910-03	Кръвно-захарен профил-по преценка на лекуващия лекар
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-15	Клинично-химични изследвания за билирубин – общ
91910-16	Клинично-химични изследвания за билирубин – директен
91910-18	Клинично-химични изследвания за албумин

91910-45	Клинично-химични изследвания за глобулин-по преценка на лекуващия лекар
91904-13	Протеинограма (електрофореза на серумни белтъци) -по преценка на лекуващия лекар
91910-19	Клинично-химични изследвания за С-реактивен протеин-по преценка на лекуващия лекар
91910-26	Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27	Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91904-00	Изследване на Лактатдехидрогеназа (LDH)
91910-31	Клинично-химични изследвания за алфа-амилаза
91910-34	Клинично-химични изследвания за Калций
91910-41	Клинично-химични изследвания за йонограма
91904-19	Други биохимични изследвания-по преценка на лекуващия лекар
1858	Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи
13311-00	Измерване на газове на смесена венозна кръв-по преценка на лекуващия лекар
1926	Микробиологични изследвания
91937-01	Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура-по преценка на лекуващия лекар
91931-02	Микробиологично/микроскопско изследване на перитонеална и/или ретроперитонеална проба за култура и чувствителност-по преценка на лекуващия лекар
	<i>Включва:</i> антибиограма

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Инцизия на жлъчен мехур, жлъчни пътища или сфинктер на Оди	
30485-00	Ендоскопска сфинктеротомия <i>Включва:</i> такава чрез ендоскопска ретроградна холангиопанкреатография [ERCP] <i>Кодирай също когато е направена:</i> • поставяне на стент (30491-00 [958]) • подмяна на стент (30451-02 [960])
Стентирание на жлъчни пътища	
30491-00	Ендоскопско стентирание на други части на жлъчни пътища <i>Включва:</i> дилатация поставяне на назобилиарна сонда такова чрез ендоскопска ретроградна холангиопанкреатография [ERCP] <i>Не включва:</i> такова при замяна (30451-02 [960])
Инцизия на жлъчен мехур, жлъчни пътища или сфинктер на Оди	
30485-01	Ендоскопска сфинктеротомия с екстракция на камък от общия жлъчен канал <i>Включва:</i> такава чрез ендоскопска ретроградна холангиопанкреатография [ERCP] <i>Кодирай също когато е направена:</i> • поставяне на стент (30491-00 [958]) • подмяна на стент (30451-02 [960])

Ендоскопско и перкутанно отстраняване на камък	
30450-00	Екстракция на камък от жлъчни пътища чрез образни техники Перкутанна екстракция на жлъчен камък Включва: чрез: • трансхепатална тръба • трансйеюнална тръба • Т-образна тръба
Други процедури за приложение, поставяне или премахване върху жлъчен мехур или жлъчни пътища	
90348-00	Перкутанна аспирация на жлъчен мехур
Инцизионни процедури на панкреас	
30375-14	Инцизия и дренаж на панкреас
30375-27	Марсупиализация на панкреатична киста
Стентирание на жлъчни пътища	
30492-00	Перкутанно стентирание на жлъчни пътища Включва: дилатация Не включва: такава при замяна (30492-01 [960])
90337-00	Друго стентирание на жлъчни пътища Хепатохоledохостомия Не включва: такава при замяна (30451-00 [960]) такава с отваряне на общия жлъчен проход (30454-00 [963])
Процедури за приложение, поставяне или премахване върху панкреас	
30491-02	Ендоскопско стентирание на панкреасен канал Включва: дилатация поставяне на назопанкреатична тръба тази чрез ендоскопска ретроградна холангиопанкреатография [ERCP]
Процедури за приложение, поставяне или премахване върху панкреас	
90349-00	Ендоскопско премахване на камъни от панкреаса
Стентирание на жлъчни пътища	
30492-00	Перкутанно стентирание на жлъчни пътища Включва: дилатация Не включва: такава при замяна (30492-01 [960])
30491-00	Ендоскопско стентирание на други части на жлъчни пътища Включва: дилатация поставяне на назобилиарна сонда такова чрез ендоскопска ретроградна холангиопанкреатография [ERCP] Не включва: такова при замяна (30451-02 [960])
Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система	
92036-00	Поставяне на назогастрална сонда Сондиране за декомпресия Не включва: Sengstaken тръба (13506-00 [1899])
Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система	
92096-00	Промивка на холецистостомия или друга жлъчна тръба

Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система	
92074-00	Промивка на панкреасна тръба
Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система	
92075-00	Гастроинтестинално вливане, изключващо хранене през стомашна сонда
Приложение на фармакотерапия	
96202-07	Ентерално приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
Прилагане на кръв и кръвни продукти	
13706-02	Приложение на опаковани клетки Трансфузия на: • еритроцити • опаковани клетки • червени кръвни клетки
Приложение на фармакотерапия	
96199-08	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит <i>Виж допълнителни знаци</i> Прилагане на фармакологичен агент чрез: • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <i>Кодирай също когато е направена:</i> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])
Приложение на фармакотерапия	
96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинокциозен агент <i>Виж допълнителни знаци</i> Прилагане на фармакологичен агент чрез: • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <i>Кодирай също когато е направена:</i> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])
Приложение на фармакотерапия	
96197-02	Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинокциозен агент <i>Виж допълнителни знаци</i>
96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинокциозен агент <i>Виж допълнителни знаци</i> Прилагане на фармакологичен агент чрез: • инфузионен порт • Port-A-Cath

- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

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

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

Приложение на фармакотерапия

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

Виж допълнителни знаци

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

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

Кодирай също когато е направена:

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

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

Приложение на фармакотерапия

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

Виж допълнителни знаци

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

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

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

Кодирай също когато е направена:

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

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

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент

Виж допълнителни знаци

Кодирай също когато е направена:

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

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са извършени три основни терапевтични процедури и три основни диагностични процедури от различни блокове, посочени в таблица Кодове на основни процедури и насочени към основната диагноза.

Диагностична процедура „Изследване на кръв“ включва следните кодове: **91910-04, 91910-05, 91910-09, 91910-11, 91913-01, 91910-12, 91910-13, 91910-15, 91910-16, 91910-18, 91910-34, 91910-41, 91910-26, 91910-27, 91904-00, 91910-31. Кодове 91904-13, 91910-19, 13311-00; 91931-02; 91937-01 – се изпълняват по преценка на лекуващия лекар.**

Диагностични процедури с кодове: 13311-00 измерване газове на смесена венозна кръв; 91904-00 изследване на LDH; 91904-13 електрофореза на серумни белтъци; 91904-19 други биохимични изследвания; 91910-03 кръвно-захарен профил; 91910-05 диференциално броене на левкоцити, 91910-09 протромбиново време; 91910-11 фибриноген; 91910-34 калций; 91910-45 глобулин; 91910-49 други хематологични изследвания; 91937-01 хемокултура за лица под 18 години - **се изпълняват по преценка на лекуващия лекар**

Извършването на процедура – „Ендоскопска сфинктеротомия“ (30485-00 Ендоскопска сфинктеротомия) е показано само при наличие на инклавирани в ампула фатери конкременти в първите 24 - 48 часа от началото на заболяването.

При диагноза K65.0 „Остър перитонит – при лечение с перитонеална диализа“ клиничната пътека включва състояния при лечение на перитонеална диализа и се счита за завършена, ако са извършени три основни диагностични процедури - (91931-02), (изследвания, включени в блокове 1923, 1924, 1858 и 1926 – с изключение на тези по преценка на лекуващия лекар) и (55036-00) и една основна терапевтична процедура –или (96199-02; 96197-02), посочени в блок Кодове на основни процедури.

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

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:

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

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

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

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

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

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

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

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Лаборатория по клинична патология
2. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

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.

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

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

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

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

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

За спешни състояния лечението може да се извършват и от хирург без специалност детска хирургия.

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

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

или

лекар със специалност по детска нефрология

или

лекар със специалност по детски болести/неонатология;

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

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

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

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

5А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

Диагностика и лечение при пациенти с:

1. всички форми на остър панкреатит при лица до 18 години;
2. остър панкреатит - некротична форма;
3. киста на задстомашната жлеза (с усложнения) и други болести на задстомашната жлеза, посочени в код K86.8;
4. паралитичен илеус;

5. чревна непроходимост;
6. травми на далак, черен дроб, панкреас, тънко и/или дебело черво - за консервативно лечение;
7. остър перитонит при лечение с перитонеална диализа.

5Б. ДИАГНОСТИЧНО- ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

1. Клинични симптоми:

- силна коремна болка;
- горно-диспептичен синдром.

1.1. Клинични симптоми при чревна непроходимост:

- спиране на дефекацията и отделянето на газове;
- подуване на корема;
- невъзможност за приемане на течности и храна;
- повръщане и/или гадене, хълцане;
- коремна болка;
- вяла до липсваща перисталтика или патологична перисталтика;
- стомашно или чревно плискане;
- чести позиви за дефекация, но с неефективно изхождане и чувство за недоизхождане

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

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

2.1. Основен параметър – входящ тест за поставяне на диагноза „Илеус“:

образно изследване с данни за непроходимост на гастро-интестиналния тракт (обзорна рентгенография на корем, КТ на корем, абдоминална ехография, др.)

3. Допълнителни параметри:

- при остър панкреатит (едемна форма) - абдоминална ехография или КТ;
- при остър панкреатит (некротична форма) - абдоминална ехография и/или задължително извършване на КТ (за диференциална диагноза);
 - клиничко-лабораторни изследвания - включват целия панел за изследване на кръв (изследванията, включени в блокове 1923, 1924, 1858 и 1926 – с изключение на тези по преценка на лекуващия лекар), включително и при чревна непроходимост.

4. Диагностично-лечебният алгоритъм при чревна непроходимост включва следните критерии:

- 4.1. клиничен преглед с ректално туше;
- 4.2. образно изследване с данни за хидро-аерични нива или непроходимост;
- 4.3. лабораторни изследвания за оценка на водно-електролитния баланс, йонограма, кръвна картина;
- 4.4. терапевтичен план:
 - поставяне на назо-гастрична сонда за евакуация на стомашното съдържимо;
 - стимулация на пасажа чрез клизма, медикаментозно, др.;
 - вливания на водно-солеви разтвори или глюкозно-солеви разтвори или електролити;
 - при спастични болки е уместно приложение на спазмолитици.

Чревна непроходимост

Чревна непроходимост може да се причини от обструкция по хода на гастро-интестиналния тракт или пареза на мускулите на чревната стена.

Най-честата причина за чревна непроходимост при възрастни са чревни стеснения след предходна оперативна интервенция или обтурация от малигнен процес. Други причини могат да бъдат херния на коремната стена, възпалителни заболявания на червата, Crohn, дивертикулит, волвулус, запушване от фекалии и др.

При деца, освен изброените, причина за чревна непроходимост може да бъде инвагинация, вродени малформации и др.

Поради възпрепятстване на пассажа се получава задръжка на чревното съдържимо и газове, невъзможност за приемане на течности и храна, дехидратация, диселектролитемия, интоксикация. Тези промени прогресират, като водят до влошаване на общото състояние и функциите на повечето жизнено важни органи и системи.

Ранната диагностика, идентифициране на причината и адекватно лечение могат да доведат до възстановяване на пассажа.

Консервативното лечение се прилага при липса на заклещване на черво или данни за нарушение на кръвоснабдяването. Лечението започва с Диета „0“. Поставя се назогастрична сонда (НГС) – при чревна непроходимост през НГС се евакуира застойно съдържимо до мизерере. Това отбременява напрежението в ГИТ и предотвратява повръщането. Вливат се електролити за възстановяване на водно-солевия баланс. Функцията на чревния тракт се подпомага чрез прилагането на медикаменти по преценка и клизми.

Оперативно лечение е показано при липса на ефект от консервативното лечение с прогресия на оплакванията и симптомите. При инкарцерация и исхемия на чревни участъци е показано оперативно лечение по спешност.

Паралитичен илеус

Клинично се представя с прояви на чревна непроходимост, но при него няма механична обструкция. При паралитичен илеус различни причини водят до нарушена мускулна контракция, което нарушава координираната работа на стомашно-чревния тракт. Консервативното лечение обикновено дава добър резултат. Включва поставяне на назогастрична сонда, вливания на водно- и/или глюкозно-солеви разтвори, стимулация на чревната моторика чрез клизми, газова тръба, медикаментозно или др. При липса на ефект от консервативната терапия се прилага оперативно лечение след обсъждане.

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

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

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

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

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

Остър перитонит при лечение с перитонеална диализа

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

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

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

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

Окончателната диагноза се поставя на база данните от клиничните, лабораторните и инструменталните методи, както и от проведените диагностични и терапевтични ендоскопски методи.

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

При субилеус /илеус - след образно изследване (обзорна рентгенография на корем, КТ на корем, абдоминална ехография, др.)

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ

Медицински критерии за дехоспитализация:

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

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

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

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

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

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

ОСТЪР ПАНКРЕАТИТ

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

ХРОНИЧЕН ПАНКРЕАТИТ

Хроничният панкреатит (цироза на панкреаса) представлява хронично (продължително) възпаление на панкреаса, което води до функционална недостатъчност (екзокринна и ендокринна) на жлезата. При хроничния панкреатит се наблюдават и някои специфични морфологични промени, изразяващи се във фиброзиране на отделни участъци

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

ОСТЪР ПЕРИТОНИТ ВСЛЕДСТВИЕ НА ЛЕЧЕНИЕ С ПЕРИТОНЕАЛНА ДИАЛИЗА

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