

КП № 164 ОПЕРАТИВНИ ПРОЦЕДУРИ ВЪРХУ АПЕНДИКС

Минимален болничен престой – 1 ден

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ ПО МКБ-9КМ

АПЕНДЕКТОМИЯ <i>Изключва:</i> инцидентна апендектомия (при друга операция) - 47.11, 47.19 *47.01 ЛАПАРОСКОПСКА АПЕНДЕКТОМИЯ	
Апенсицектомия	
30572-00	Лапароскопска апендектомия
*47.09 АПЕНДЕКТОМИЯ	
Апенсицектомия	
30571-00	Апендектомия

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум по една диагностична процедура от три различни групи (рубрики) кодове по **МКБ 9 КМ**, посочени в Приложение № 24.

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

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

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

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

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

Фишът се прикрепва към ИЗ.

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

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

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

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение минимум I ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт по „Хирургия“. Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочения медицински стандарт.

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

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

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по хирургия или Клиника/отделение по детска хирургия
2. Операционен блок/зали
3. Клинична лаборатория*
4. Образна диагностика - рентгенов апарат за скопия и графия

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

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

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

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Лаборатория (отделение) по клинична патология – допуска се договор на територията на областта
2. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Лапароскопски консумативи	НЗОК не заплаща посочените изделия
---------------------------	------------------------------------

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

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

- в структура по хирургия от първо ниво на компетентност - трима лекари, от които двама с придобита медицинска специалност по хирургия;
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика;

- лекар със специалност по клинична лаборатория.

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

- лекар със специалност по детска хирургия или хирургия;
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;

Всички планови операции до 10 годишна възраст се извършват от хирург с придобита специалност по детска хирургия.

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

- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

ЗАБЕЛЕЖКА:

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

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

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

1.1. СПЕШНИ:

- остър апендицит (катарален, флегмонозен, гангренозен);
- периапендикуларен инфилтрат;
- периапендикуларен абсцес;
- апендикуларен перитонит със сепсис.

1.2. ПЛАНОВИ:

- хроничен апендицит - оперативно лечение при строги индикации;
- при деца – хронични абдоминални болки без изяснена генеза.

2. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

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

При подготовка на болния в лечебното заведение:

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

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

Острият апендицит е заболяване на всички възрасти от двата пола, независимо че най-често засегнатата възраст е между 5-30 години.

Типичното развитие на заболяването протича за 6 до 24 часа, когато трябва да се очаква перфорация при прогресивно развитие на болестта. Перфорацията е много по-честа у деца и в гериатрична възраст (до 75%), развива се по-бързо, тенденцията за

отграничаването на излива е слаба. Необходимо е повишено внимание и по-ранна операция.

При типична клинична картина се появяват продроми: отпадналост, нарушен апетит, неразположение, при задоволително общо състояние. Следват диспептични оплаквания (гадене, повръщане), фебрилитет, болка. Началото на болковите оплаквания е различно: остро и бързо или забавено, протрахирано.

При малки деца: отпадналост и вялост, неспокойствие, отказ от храна, горен и долен диспептичен синдром (повръщане, диария), фебрилитет, ексикация.

На практика противопоказания за операцията няма.

Апендиксът задължително се изпраща за хистологично изследване.

Особени форми:

Атипично разположение. Свързано е с промени в клиничната картина, симулиращи заболяване на съседен орган, поставящи диференциално-диагностични проблеми:

а) ретроцекално разположение на апендикса (около 16%) - слабо или липсващо перитонеално дразнене; намалена интензивност на болката и симптомите за перитонеално дразнене; дразнене на уретера и симулиране на бъбречна колика;

б) малкотазово разположение - симулира гинекологични заболявания у жени, предизвиква дразнене на аднексите, сателитен аднексит; проблеми в репродуктивните способности; развитие на Дугласов абсцес при перфорация;

При деца може да симулира диаричен синдром, дизурични смущения, ограниченият абсцес може да се представи като малкотазов тумор.

в) субхепатално или друго разположение на апендикса - при незавършена ротация на колона (малпротация) – предимно при деца в ранна възраст (15 %)

Остър апендицит у новородени и деца до тригодишна възраст - хирург със специалност по обща и детска хирургия – с препоръчителен характер.

Заболяването е рядко. Реактивността е слаба, деструктивните промени са чести и бързи. Анамнезата е от родителите. Болката често е по-слаба, около пъпа, трудно се локализира, мускулната защита е слаба, а при плач - може да бъде симулирана. По-бурна обща реакция - гадене, повръщане, фебрилитет до 39 °C, по-често диария; често уриниране с по-честа хематурия, левкоцитоза до 20-30 000; сериозна прогноза.

Остър апендицит при бременни жени. Клиничната картина е завоалирана и трябва да се отдиференцира бременността като причина за гадене, повръщане, запек и болка. Атипично разположение на апендикса, изместен от бременната матка. Риск от аборт; необходимост от хормонална защита при апендектомия по спешност.

Остър апендицит в гериатрична възраст. Заболяването е рядко, с неясни диспептични смущения, възрастово обусловен запек. Болката е тъпа, неясна, не се отграничава добре, дефансът е слабо изразен. Температурата е слабо изразена. Левкоцитозата е слабо изразена. Перфорацията е по-честа и по-ранна. Диференциална диагноза с карцином на слепото черво или левия колон.

Усложнени форми:

- апендикуларен инфилтрат; при тенденция за коликуация - операция по спешност; при деца – периапендикуларният инфилтрат е абсолютна индикация за спешно оперативно лечение;

- апендикуларен абсцес;

- перфорация на остър апендицит;

- при деца – некроза или перфорация от чуждо тяло, паразити;

- перитонит от апендикуларен произход.

При необходимост, се прилагат локални хемотатици.

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

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Постоперативно и след задължително хистологично изследване.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- възстановен пасаж;
- добре зарастваща оперативна рана;
- липса на фебрилитет през последните 24 часа.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза включена в Наредбата за диспансеризация, пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 40 от 2004 (обн. ДВ бр. 97/9.12.2011г.)

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в *“История на заболяването”* (ИЗ) и в част II на *“Направление за хоспитализация”*, 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 *“Хирургия”*.

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

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

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

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

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

- *“История на заболяването”*;

- част III на *“Направление за хоспитализация”*, бл.МЗ – НЗОК №7;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

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

ДОКУМЕНТ №2 И ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯТ КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)**Какво представлява апендиксът?**

Апендиксът представлява остатъчен (рудиментарен) орган, силно развит у тревопасните животни. Той закъснява у човека поради изменения тип хранене с прием на месо.

Къде се намира апендиксът?

Апендиксът се намира на границата и прехода на тънкото в дебелото черво. Той е израстък с дължина между 3 и 10- 12 см., средно 6-7 см. и дебелина 5-7 мм. Разполага се в дясната долна четвърт на корема, но положението му може да бъде атипично във връзка с отклонение в ембрионалното развитие на човека или сраствания.

Причини за възпаление на апендикса.

Те не са добре изяснени. Основателно се допуска влияние на чужди тела (втвърдени фекални материи – стерколити), разположени трайно в апендикса, както и улеснено възпаление у децата поради богатата лимфна мрежа около органа.

Хипотезите не изясняват защо макар и рядко апендиксът се възпалява у новородени или у хора в пределна възраст, а други нямат оплаквания през целия си живот.

Защо боли апендиксът?

Апендиксът е покрит от перитонеум (тъкан, която обвива цялата коремна кухина и всички органи разположени в нея). Перитонеумът е изключително богат на рецептори (нервни окончания, които възприемат и предават болкови импулси). Възпалението на апендикса предизвиква дразнене на тези рецептори - първоначално на разположените на неговата собствена обвивка, а след това драздва перитонеума по предната коремна стена. Това дразнене формира клиничните симптоми на заболяването.

Как се развива острият апендицит?

Възпалителният процес първоначално е слабо изразен, но при прогресивно развитие той става по-тежък, включва малките съдове на стената на апендикса и може да завърши с гангрена (некроза) на стената и спукване. Тогава се развива перитонит - тежко усложнение, свързано с образуването на гной в коремната кухина. По принцип тежестта на оплакванията на пациента не съответстват точно на степента на възпаление. Възпалителният процес може да бъде овладян със защитните сили на организма, възпалението да спре в най-леката степен и да претърпи обратно развитие.

Много по-често заболяването се развива прогресивно за 6-24 часа. Неправилна е представата, че със започването на болката спукването на апендикса е предстоящо.

По правило съществува междинен интервал от часове, през които пациентът може да бъде транспортиран до лекар или болнично заведение. Трябва да се подчертае, че възпалението на апендикса се развива по-бързо и по- бързо води до усложнения в ранната детска възраст (вкл. у новородени), както и в старческа възраст (над 75 години). Тези групи пациенти трябва да получат спешна лекарска помощ.

Какви усложнения дава острият апендицит? Какви особености има при него?

В своето развитие острият апендицит преминава от по-лека в по-тежка степен на възпаление, което завършва с гангрена и спукване, последвано от перитонит.

При добри защитни сили на организма възпалението може да се отграничи в десен долен квадрант на корема под формата на тежък инфилтрат или формиране на абсцес (гнойник).

Острият апендицит може да протече атипично, ако органът е разположен атипично - зад слепото черво, ниско в малкия таз, високо под черния дроб и др. Особено протича острия апендицит у новородени деца и деца в ранна детска възраст, у старци и у бременни жени.

Защо е необходим навременен преглед?

Сигурното поставяне на диагнозата и предотвратяването на усложнения изискват навременен консултативен преглед с хирург. Разбира се първоначално трябва да потърсите мнението и диагноза на ОЛП, дори при съмнение за остър апендицит. Той трябва да Ви насочи към хирург в извънболнична помощ или в болнично заведение. При насочващи симптоми хирургът ще проведе допълнителни лабораторни инструментални изследвания както и консултации с други тесни специалисти, за да подкрепи или отхвърли точната диагноза.

Симптомите на острия апендицит са: гадене и повърщане, повишена температура, болка в корема. Болката може да започне остро внезапно или бавно и протрахирано. Рядко е коликообразна. Най-често е постоянна, усилваща се и постепенно локализираща се в десния долен квадрант на корема.

Общото състояние е задоволително. Пациентът предпочита легналото положение с ограничена подвижност. Възможна е ирадиация към десния крак, но слабата болезненост, свързана с движенията на десния крак, не трябва да се третира винаги като проява на остър апендицит.

При прегледа хирургът изследва Вашия корем и на базата на определени признаци, резултатите от изследването на левкоцитите и урината, изследването на аксиларната и ректалната температура, допълнителните изследвания и консултации поставя окончателната диагноза остър апендицит.

Необходимост от спешна операция.

Диагнозата остър апендицит изисква спешна операция в рамките до два - три часа след постъпването - време, което трябва да бъде използвано за предоперативна подготовка на пациента и подготовка на операционната зала.

При операцията се прави разрез на коремната стена в десния долен квадрант на корема. Така се достига до апендикуларния израстък, който се превързва в основата. Следва завързване на хранещата апендикс артерия. След това апендиксът се отстранява, а неговия чукан се покрива с един - два шева.

Операцията може да бъде разширена при развитие на усложнения на острия апендицит. При установяването им се налага извършването на по-голям разрез и допълнителни оперативни манипулации.

Навременната операция отстранява окончателно заболяването и спасява Вашия живот (живота на Вашето дете).

При развитие на усложнения е възможно да останат рискови моменти в следоперативния период. Съществува риск и за Вашия живот вариращ в 0,6% от оперираните при гангренозен апендицит до 3-5% при болни с перитонит. Развитието на усложнени форми може да бъде причина след хирургическата намеса да се появи загняване на раната, сраствания с риск от преплитане на червата, остатъчен перитонит и др.

Своевременното търсене на лекарска и особено на хирургическа помощ и консултация е необходимо за успешното Ви излекуване и за снижаване на риска от следоперативни проблеми.

Лекарят е задължен да Ви обясни характерът на операцията и защо е избрана процедурата, която е удобна или неудобна за Вас. Това се предопределя както от характерът на заболяването така и от Вашето общо състояние.