

КП № 223 ОПЕРАТИВНИ ПРОЦЕДУРИ ПРИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ГРЪДНИЯ КОШ

Минимален болничен престой – 3 дни

ОСНОВНИ КОДОВЕ НА ПРОЦЕДУРИ ПО МКБ-9 КМ/АКМП

*34.4 ЕКСЦИЗИЯ ИЛИ ДЕСТРУКЦИЯ НА ЛЕЗИЯ НА ГРЪДНА СТЕНА

ексцизия на лезия на гръдна стена БДУ (с ексцизия на ребра)

Изключва:

биопсия на гръдна стена - 34.23

резекция на ребро, неидентично с гръдна процедура - 77.91

ексцизия при лезия на:

гърда - 85.20 – 85.25

хрущял - 80.89

кожа - 86.2-86.3

фистулектомия - 34.73

ДРУГИ ОПЕРАЦИИ НА ТОРАКС

*34.99 ДРУГИ ОПЕРАЦИИ НА ТОРАКС

Изключва:

отстраняване на:

медиастинален дрен - 97.42

конци на шевове - 97.43

торакотомна тръба - 97.41

Други процедури на гръдна стена, медиастинум или диафрагма

90175-00 Други процедури на гръдна стена

38456-03 Други процедури на гръдна стена, медиастинум или диафрагма с интраторакален достъп

Имплантация на диафрагмален пейсмейкър

ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА ГРЪДНА СТЕНА

*34.74 ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА ДЕФОРМАЦИИ НА ГРЪДНИЯ КОШ

възстановяване (с имплант) на:

пектус каринатум

пектус екскаватум

Корекция на пектус каринатум или екскаватум

38457-00 Възстановяване на пектус каринатум

Радикална корекция на пектус каринатум

*34.79 ДРУГО ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА ГРЪДНА СТЕНА

възстановяване на гръдна стена БДУ

Други възстановителни процедури на гръдна стена, медиастинум или диафрагма

90176-00 Възстановяване на гръдна стена

Затваряне на торакостомия

Шев на лацерация на гръдна стена

Не включва: торакопластика (38427-00, 38430 [565])

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.

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

Клиничната пътека се изпълнява в обхвата на медицинската специалност "Гръдна хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Гръдна хирургия"; от обхвата на медицинската специалност "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"; 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"; от обхвата на медицинската специалност "Ортопедия и травматология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Ортопедия и травматология". Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

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

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

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по гръдна хирургия и/или Клиника по детска хирургия или Клиника/отделение по хирургия или Клиника/отделение по ортопедия и травматология
2. Операционен блок/зали
3. Клиника/отделение за интензивно лечение
4. Клинична лаборатория
5. Звено за образна диагностика; рентгенов апарат, ехографски апарат

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. КТ/МРТ
2. Лаборатория (отделение) по клинична патология
3. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

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

- лекар със специалност по гръдна хирургия – един
- или
- лекари със специалност по ортопедия и травматология – четири;
- или
- лекари със специалност по хирургия – шест
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;

- лекар със специалност по образна диагностика.

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

- лекар със специалност по гръдна хирургия – един
- или
- лекари със специалност по ортопедия и травматология – минимум четири;
- или
- лекари със специалност по детска хирургия – минимум пет
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по детски болести;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Забележка: 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

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

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и лечение за пациенти с:

- травми;
- възпалителни заболявания на стернума и ребрата (туберкулоза, остеомиелит, Титце с-м, периостит и др.);
- паразитни заболявания на стернума и ребрата (ехинокок и др.);
- вродени заболявания на гръдната стена, стернума и ребрата;
- гръбначни изкривявания, водещи до деформация на гръдния кош (сколиоза, кифоза и др.);
- травматични увреди на гръдната стена - пектус каринатум.

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.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Необходими предоперативни изследвания - биологичен материал за лабораторни изследвания се взема до 12 час от постъпването. Образно изследване се извършва до 12 час от постъпването. Контролни изследвания се извършват до края на болничния престой.

На хоспитализация в ортопедо-травматологична клиника/отделение подлежат пациенти с:

- пектус екскаватум;
- комбинирани деформации на гръдния кош;
- синдром на Поланд;
- синдром на Марфан;
- аплазия/хипоплазия на стернума;
- стернум сциzum;
- аплазия/хипоплазия на ребрата;
- синостоza на ребра;
- допълнителни шийни ребра (скаленус антикус с-м);
- тортиколис;
- синдром на Клипел-Файл;
- гръбначни изкривявания, водещи до деформация на гръдния кош (сколиоза, кифоза и др.);

- тумори и тумороподобни заболявания на стернума и ребрата;
- мекотъканни новообразувания на гръдната стена (фибром, липом и др.)
- възпалителни заболявания на на стернума и ребрата (туберкулоза, остеомиелит, с-м на Титце и др.);
- ехинокок и други паразитни заболявания на стернума и ребрата;
- посттравматична деформация на гръдната стена;
- ятрогенни деформации на гръдната стена.

Оперативното лечение на болните се извършва след включване в оперативната програма и задълбочено обсъждане по време на колегиуми, проведени в съответната клиника. При необходимост се консултират с различни специалисти за уточняване на необходимата предоперативна подготовка или следоперативна терапия (напр. химиотерапия при туморни заболявания или туберкулоза).

Оперативното лечение на вродените и придобити деформации на гръдния кош, условно може да се раздели на следните процедури:

При предна гръдна стена се прилагат различни оперативни техники в зависимост от големината, формата и степента на деформацията. Общото при тези техники е, че се извършват остеотомии на ребрата (нормална или клиновидна), остеотомии на стернума (надлъжни, напречни или комбинирани), отпрепарирание на париеталната плевра от стернума и ребрата и премахване на всички сраствания в тази област. Освобождаване на диафрагмата от процесус ксифоидеус. Финалната част от оперативните процедури се състои от фиксиране на така направените коригиращи остеотомии с метални имплантати, костни трансплантати или комбинирание на метални имплантати и костни трансплантати.

При деформации, касаещи задна или задно-страничната гръдна стена, се прилагат оперативни техники, които се състоят от парциална или тотална резекция на едно до 6-7 ребра, в зависимост от необходимостта за получаване на най-добра корекция. Медиалния край на реброто/ребрата внимателно се дезартикулират от косто-трансверзалната и косто-вертебралната стави. Резецират се също така и процеси трансверзи, процеси спинози, и ако се налага - част от дъгата на прилежащия прешлен. Латералната част на ребрата се фиксира към гръбначния стълб или към прилежащите отгоре и отдолу ребра.

При възпалителни (специфични и неспецифични) заболявания се пристъпва към секвестректомия, парциална резекция или тотална остеотомия на заболялата кост.

При допълнително шийно ребро, брахиален радикулит и деформация на м. стерноклейдомастоидеус се извършва процедурата миотомия, която е сериозна оперативна интервенция, тъй като зоната, в която се работи се характеризира с изключително сложна анатомия. Структурите, които трябва да бъдат протектирани по време на оперативната процедура, са: н. аксесориус и а. субклавия при биполарна миотомия на м.стерноклейдомастоидеус; н. френикус и а. субклавия при миотомия на м. скаленус anteriор; пл. брахиалис, в. югуларис интерна и а. каротис комунис при резекция на допълнително шийно ребро.

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

Здравни грижи.

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

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

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Постоперативно и след хистологично изследване (ако е необходимо); по преценка при определени нозологии.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

- добре зарастваща оперативна рана;
- липса на фебрилитет през последните 24 часа;
- липса на значими субективни оплаквания.

Коректно попълнен фиш "Клинико-рентгенологичен минимум".

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.

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 *“Ортопедия и травматология”*. Документ №2 се прикрепя към лист *“История на заболяването”*.

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни в ИЗ.

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

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”*, бл.МЗ – НЗОК №7;

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

5. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника/попечителя) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

6. КЪМ ИЗ НА ПАЦИЕНТА СЕ ПРИЛАГА “Фиш за клинично-рентгенологичен минимум при изписване” .

Към ИЗ № ОТ

ФИШ ЗА КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕН МИНИМУМ

Дата:

ОТ ОБЩИЯ СТАТУС В ДЕНЯ НА ИЗПИСВАНЕТО

Походка: ☐ самостоятелна ☐ с едно помощно средство
☐ с две помощни средства ☐ невъзможна

Имобилизация:

☐ не ☐ с гипс ☐ с ортеза

Тромбоемболична профилактика:

☐ да ☐ не

СЪСТОЯНИЕ НА ОПЕРАТИВНАТА РАНА

Зараствнала:

☐ per primam ☐ вторично

Хематом: ☐ да ☐ не

Наличие на оток на крайника:

☐ не ☐ в дисталния край ☐ в проксималния край

☐ на целия крайник

Оперативен шев:

☐ свален ☐ не ☐ частично

АМБУЛАТОРНО ПРОСЛЕДЯВАНЕ

☐ да ☐ не

ДРУГИ ДАННИ

Кръвна картина	Хемостазелогия	Рентгенографии
Хб Хт Ер. Левко	Вр. Кървене Вр. Съсирване Протромбиново време Фибриноген	Репозиция на счупването Вид остеосинтеза

Лекуващ лекар:

.....

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Заболяванията на гръдния кош са разнообразни и различни по тежест.

Най-често се срещат т.нар. *хлътнали (обущарски)* и *изпъкнали (птичи)* гърди. Те се появяват в ранната детска възраст и се засилват в пубертета. Някои от тези деформации са силно изразени и могат да доведат освен до изразен статичен и козметичен дефект до тежки изменения в белия дроб и сърцето. Това изисква оперативна корекция в детско-юношеската възраст. Операциите за тази корекция спадат към големите интервенции. При съвременната оперативна техника и анестезия резултатите са много добри, а компликациите са редки, макар че понякога могат да бъдат сериозни.

Оперативното лечение на болните със заболявания на гръдния кош се извършва след задълбочено обсъждане с пациентите или родителите. При необходимост се провеждат консултации с различни специалисти за уточняване на необходимата предоперативна подготовка или следоперативна терапия.

При оперативното лечение на деформациите на предна гръдна стена се прилагат различни оперативни техники в зависимост от големината, формата и степента на деформацията. Общото при тези техники е, че се извършва коригираща процедура, включваща мобилизиране на ребрата и гръдната кост и довеждането им до нормална позиция. Финалната част от оперативните процедури се състои от фиксиране на така направената корекция чрез поставяне на метални имплантати, костни трансплантати или комбиниране на метални имплантати и костни трансплантати.

При деформации, засягащи задна или задно-страничната гръдна стена се прилагат оперативни техники, които се състоят от парциално или тотално отстраняване на едно или няколко ребра или тяхното пластично моделиране (торакопластика), в зависимост от необходимостта за получаване на най-добра корекция.

При възпалителни (специфични и неспецифични) заболявания се извършва частично отстраняване на заболялата кост.

При допълнително шийно ребро, брахиален радикулит и деформация на м. стерноклейдомастоидеус се извършва процедурата миотомия или отстраняване на притикащото допълнително ребро, което цели осигуряване на повече пространство за важните съдове и нерви, намиращи се областта.

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