

**КП № 128 НЕОПЕРАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ НА СТЕНОЗИ И
СТРИКТУРИ НА ХРАНОПРОВОДА**
Минимален болничен престой – 2 дни

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ ПО МКБ-9КМ

ДРУГО ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА ХРАНОПРОВОДА

***42.81 ПОСТАВЯНЕ НА ПОСТОЯННА ТРЪБА В ХРАНОПРОВОДА**

Други процедури за приложение, поставяне или премахване върху хранопровод

30490-00 Ендоскопско поставяне на езофагеална протеза

Ендоскопско поставяне на езофагеален стент:

- разширяващ се
- неразширяващ се

Включва: дилатация на хранопровод

***42.85 ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ ПРИ ЕЗОФАГЕАЛНА СТРИКТУРА**

Дилатация на хранопровод

Забележка: Направена при стриктура

41828-00 Неендоскопска дилатация на хранопровод

ДРУГИ ОПЕРАЦИИ НА ХРАНОПРОВОДА

***42.92 ДИЛАТАЦИЯ НА ХРАНОПРОВОД**

дилатация на сфинктера на кардиата

Възстановяване на хранопровода чрез въвеждане на дилататор/буж/

Изключва:

интубация на хранопровод - 96.03, 96.06-96.08

41819-00 Друга ендоскопска дилатация на хранопровод

Не включва: чрез лазер (30479-00 [856])

с поставяне на протеза (30490-00 [853])

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум по една диагностична процедура от две 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 клиника/отделение минимум II ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Ушно-носно-гърлени болести; минимум II-ро ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Хирургия-детска хирургия”.

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие посочените 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 УНГ с ендоскопски кабинет или Клиника/отделение по детска хирургия
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория *
5. Образна диагностика

***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 УНГ болести/детска хирургия.

Задължително е изискването ендоскопският кабинет да бъде оборудван с: ригиден езофагоскоп за деца и за възрастни; да са налични поне два пълни набора от хранопроводни бужове от № 10 до № 30 по Шариер; апарат за обща анестезия и централна/водна/електрическа/ аспирационна система.

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. Апаратура за КАТ или МРТ, с осигурено обслужване на болницата 24 часа в денонощието, включително и при спешни състояния
2. Вирусологична лаборатория
3. Отделение/лаборатория по клинична патология
4. 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:

- двама лекари със специалност по "УНГ болести", от които един с допълнителна квалификация за ендоскопия на хранопровод и бял дроб;

- лекар 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:

- двама лекари със специалност по "УНГ болести", от които един с допълнителна квалификация за ендоскопия на хранопровод и бял дроб;

или

- лекар със специалност по детска хирургия
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по детски болести.

Забележка: Консултацията с лекар със специалност по детски болести се извършва и отразява в ИЗ задължително.

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:

- Нарушена проходимост на хранопровода.

2.2. ПЛАНОВИ:

- Анамнестични и клинични данни за затруднен пасаж през хранопровода - вродено заболяване или от корозивен характер;
- Стеноза на хранопровода в резултат на оперативно лечение;
- Затруднено хранене при анамнестични данни за стриктура на хранопровода и попаднало чуждо тяло в стриктурата;
- Подкожен шиен емфизем.

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.

1. Оториноларингологичен преглед се извършва в момента на хоспитализацията на пациента.

2. В случай, че ЛЗ назначава медико-диагностични изследвания, биологичният материал (кръв) за медико-диагностични изследвания се взема до края на първия ден от хоспитализацията на пациента.

3. Рентгенография на сърце и бял дроб; рентгенография на хипофаринкс и хранопровод се извършва до 24 часа от началото на хоспитализацията на пациента, ако състоянието на пациента позволява и няма прояви на тежка диспнея.

4. ЕКГ се извършва до 24 часа от началото на хоспитализацията на пациента.

Лечението се заключава в дилатация на стриктурата на хранопровода по методите на консервативното лечение – чрез бужиране под контрола на ригиден езофагоскоп, под обща или местна анестезия. Попадналото чуждо тяло в стриктурата се отстранява с помощта на ригиден езофагоскоп и се провежда при необходимост бужиране (дилатация) на стриктурата.

Не съществуват противопоказания за извършване на манипулацията при оправдано съмнение за чуждо тяло.

Медикаментозното лечение по време на манипулацията и реанимационните мероприятия се извършват по указание на анестезиолог-интезивен терапевт и лекуващият

лекар, а в следоперативният период при необходимост се провежда антибиотично и симптоматично лечение.

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, след приключване на езофагоскопията.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- възстановяване на нарушените функции на хранопровода – при екстракция на чуждото тяло в стриктурата на хранопровода;
- постигане на оптимален за пациента номер на езофагеалния буж.

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 епикриза.

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 ИЗ.

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти по 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”*, бл.МЗ – НЗОК №7;

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

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

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

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Стенозата (стеснение) е нарушена функция на хранопровода в резултат на причини от вроден характер, следоперационни усложнения, или образуване на фиброзна тъкан вследствие на изгаряна на хранопровода с корозивни вещества.

Консервативното лечение на тези стеснения се нарича дилатация и се постига с метода, наречен бужирание, при който се използват специални силиконови бужове с дебелина от №8 до № 30 по Шариер. Целта е постигане на максимален за пациент номер на дилататора (бужа), като дилататор № 30 по никакъв начин не е задължителна крайна цел. В зависимост от характера на самата стеноза/стриктура, бужирането се прави всеки ден под местна анестезия или периодично под обща анестезия. При някои болни се налага и провеждането на т.нар. “бужирание без край”, за което е необходимо да има налична гастростома.

Бужирането е съпроводено и с известни рискове, тъй като в тези случаи стената на хранопровода не е здрава, а увредена и са възможни някои компликации – най-често пробив на по-слабите места на хранопровода, което налага и намесата на гръден или коремен хирург. След бужирание може да има преходни болки в гърлото, които не са от съществено значение.

Консервативното лечение на хранопровода (бужирането), не гарантира 100% излекуване, както е и при другите заболявания. При условие, че стените на хранопровода са силно увредени, не се подават на бужирание или когато УНГ специалистът – ендоскопист счита, че опасността за пациента от пробив на хранопровода е твърде висока, то тогава това лечение се прекратява и пациентът се насочва към клиника по гръдна или коремна хирургия за оперативно лечение.

По време на тези манипулации може да се наложат реанимационни мероприятия и преливане на кръв, за което пациентът трябва да даде съгласието си.