

КП № 165 ХИРУРГИЧНИ ИНТЕРВЕНЦИИ ЗА ЗАТВАРЯНЕ НА СТОМА

Минимален болничен престой – 3 дни

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ ПО МКБ-9КМ

РЕВИЗИЯ НА ЧРЕВНА СТОМА	
*46.41 РЕВИЗИЯ НА СТОМА НА ТЪНКО ЧЕРВО	
<i>Изключва:</i> ексцизия на излишна мукоза - 45.41	
Ревизия на стома и илеостомен резервоар	
30563-00	Ревизия на стома на тънки черва Премоделиране на тънкочревна стома
*46.42 ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА ПЕРИКОЛОСТОМНА ХЕРНИЯ	
Възстановяване на парастомална херния	
30563-02	Възстановяване на парастомална херния
*46.43 ДРУГА РЕВИЗИЯ НА СТОМА НА ДЕБЕЛО ЧЕРВО	
<i>Изключва:</i> ексцизия на излишна мукоза - 45.41	
Ревизионни процедури на дебело черво	
30563-01	Ревизия стома на дебело черво Премоделиране стома на дебело черво
ЗАТВАРЯНЕ НА ЧРЕВНА СТОМА	
кодирай също всяка едновременна резекция - 45.34, 45.49, 45.61, 45.8	
*46.51 ЗАТВАРЯНЕ НА СТОМА НА ТЪНКО ЧЕРВО	
Затваряне стома на тънки черва	
30562-04	Затваряне стома на тънки черва
*46.52 ЗАТВАРЯНЕ НА СТОМА НА ДЕБЕЛО ЧЕРВО	
затваряне или премахване на: цеколостома колостома сигмоидостома	
Друго възстановяване на дебело черво	
30562-05	Затваряне на друга стома на дебело черво
ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА РЕКТУМ	
<i>Изключва:</i> възстановяване на: прясно акушерско разкъсване - 75.62 вагинално ректоцеле - 70.50, 70.52	
*48.74 РЕКТО-РЕКТОСТОМИЯ	
Други възстановителни процедури на ректум или анус	
90313-00	Друго възстановяване на ректум

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, като задължително едната е от рубрика „Образна диагностика”, свързана с топичната диагностика. Клиничната пътека не може да бъде отчетена само с код **46.41** - ревизия на стома на тънко черво.

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 II ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт по „Хирургия”. Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочения медицински стандарт

Забележка: Лечебни заведения със структури по хирургия от I ниво на компетентност могат да изпълняват клиничната пътека само в условия на спешност. Отчитането на дейността в тези случаи става с код *46.41 „Ревизия на стома на тънко черво “ или *46.42 „Възстановяване на периколостомна херния“.

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. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория*
5. 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
2. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Кръгови ушиватели	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Линеарни ушиватели	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Лапароскопски консумативи	НЗОК не заплаща посочените изделия
Сонди за йеюнално хранене	НЗОК не заплаща посочените изделия
Мешове и протезни материали	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:

- 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.

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

- лекар със специалност по детска хирургия или хирургия;

Всички планови операции до 8 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.

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- 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.

Всички заболявания завършили на първи етап със: йеюностома; цъкостома; трансверзостома; сигмостома; ректостомия и налагащи втори етап на реституция на чревния тракт са показани за оперативно лечение.

- възстановяване континуитета на чревния тракт;
- **при деца** като заключителен етап от многоетапно хирургично лечение при вродени аномалии.

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.

Оформянето на стомата на предната коремна стена се прилага при изключване временно на чревния пасаж. При различни видове чревна непроходимост, перитонити, за протекции на сутури или анастомози, субтотална колектомия, операциите на Хартман, Микулич, Блек, Търмбъл, Бебкок, при увредени пациенти, при които оперативната интервенция не може да завърши на един етап поради висок оперативен риск.

Стомите биват: тънкочревни (йеюностома, илеостома) или дебелочревни (цъкостома, трансверзостома, сигмостома, ректостома). Стомите се делят на едностволови и двустволови.

Едностволови стоми - на коремната стена се извежда само проксималната част. При едностволовите стоми се извежда проксималната част, а при двустволовите проксималната и дисталната част на червото.

Възстановяването на стомите се осъществява след определен период от време. Профилактичните стоми се възстановяват след изписването на пациента от един до три месеца, а временните колостоми при неопластични заболявания се възстановяват от 6 месеца до една година след изписването на пациента. Ректалните стоми при свличащия тип операции се възстановяват от 20-тия до 30-тия ден след операцията. Тънкочревните стоми се затварят винаги интраабдоминално, а дебелочревните - екстраабдоминално или интраабдоминално.

Фасциалният дефект се възстановява със собствени тъкани или платна.

При необходимост, се прилагат локални хемостатици.

Медикаментозно 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 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.

Окончателната диагноза се поставя на базата на предхождащите оперативни интервенции и проведените диагностични изследвания.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

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

- в случаите на лека супурация на оперативната рана (без фебрилитет, без дехисценция на раната и без значим раневи секрет), лечението може да продължи с превръзки в амбулаторни условия.

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)

При злокачествени новообразувания на тънкото, дебелото и правото черво, при усложнени, заклещени абдоминални хернии, при тънкочревна и дебелочревна непроходимост, при хронично обострено възпалително заболяване на тънкото черво, язвен ентероколит, псевдополипоза на дебелото черво, съдова недостатъчност на тънките и дебелите черва, при травматични увреди на тънкото, дебелото, правото черво и възпалителни, язвени и неопластични заболявания усложнени с перитонит по спешност се налага да бъде прекъснат чревният пасаж с извеждане на стома.

Стомата представлява частично или пълно прекъсване на тънкочревния или дебелочревния пасаж чрез извеждане на червото на коремната стена. Изтичащото чревно съдържимо се събира в специални найлонови торбички, залепващи се за кожата около стомата. В зависимост от това какъв сегмент е изведен стомата може да бъде тънкочревна или дебелочревна, а според това дали е изведен единият край на червото или двата тя бива едностволова и двустволова. Освен по спешност с оглед предпазване изпускането на шевове при болни оперирани по повод възпалителни или злокачествени новообразувания на дебелото черво, се налага също извеждане на отбременяваща стома.

Как се лекуват болните с чревна стома?

При всички пациенти с изведена тънкочревна или дебелочревна стома след отзвучаване на усложненията при посочените заболявания се налага хирургично възстановяване на чревния тракт.

Кога трябва да се отстрани колостомата?

Възстановяването на стомите се осъществява след определен период от време. Профилактичните стоми се възстановяват след изписването на пациента от един до три месеца, а временните колостоми при неопластични заболявания се възстановяват от шест месеца до една година след изписването на пациента. Ректалните стоми при свличащия тип операции се възстановяват от 20-ия до 30-ия ден след операцията.

Защо трябва да постъпите в болница?

Постъпването в болница е задължително, тъй като отстраняването на стомата се извършва оперативно, след което се възстановява нормалният тънкочревен или дебелочревен пасаж и се избягват хигиенните и социалните неудобства.

След извършване на контролен преглед от хирург се получава цялостна информация за здравното състояние и се изработва план за лечение и поведение. В зависимост от това се налагат допълнително лабораторни изследвания, рентгенови и ехографски изследвания, консултации с кардиолог, анестезиолог и други специалисти при необходимост. Задължително се уточнява рентгенологично проходимостта на чревния тракт.

Какво ви предстои преди и след постъпване в хирургична клиника/ отделение?

След насочване от личния лекар за преглед от хирург с оглед предстоящата операция задължително се извършва рентгеново изследване на проходимостта на чревния тракт под стомата. Провеждат се задължителните предоперативни лабораторни изследвания на кръв и урина, рентгеноскопия на сърце и бял дроб, ЕКГ, предоперативна консултация с кардиолог и анестезиолог, а при необходимост и с друг специалист - ендокринолог, алерголог, гинеколог, уролог и др.

След постъпването в хирургичната клиника/отделение се извършва механично почистване с клизми на чревния тракт под стомата. Преди операцията се поставя тънка сонда, преминаваща през едната ноздра в стомаха, която предпазва от повръщане в периода след операцията до възстановяване на чревния пасаж. Налага се поставянето на уретрален катетър достигащ до пикочния мехур, което позволява урината да се отделя безпрепятствено по време на хирургическата намеса и в ранния следоперативен период.

