

КП № 166 ХИРУРГИЧНИ ИНТЕРВЕНЦИИ НА АНУСА И ПЕРИАНАЛНОТО ПРОСТРАНСТВО

Минимален болничен престой – до 1 ден

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ ПО МКБ-9КМ

ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА РЕКТУМ

Изключва:

възстановяване на:

прясно акушерско разкъсване - 75.62

вагинално ректоцеле - 70.50, 70.52

*48.73 ЗАТВАРЯНЕ НА ДРУГА РЕКТАЛНА ФИСТУЛА

Изключва:

фистулектомия:

периректална - 48.93

ректоуретрална - 58.43

ректовагинална - 70.73

ректовезикална - 57.83

ректовезиковагинална - 57.83

Друго възстановяване на дебело черво

90340-01 Затваряне фистула на дебело черво

Включва: ректум

Не включва: ентерокутанна фистула на дебело черво (30382 [917])
възстановяване на ректална фистула с фибринов уплътнител (90344-00 [929])

ИНЦИЗИЯ ИЛИ ЕКСЦИЗИЯ НА ПЕРИРЕКТАЛНА ТЪКАН ИЛИ ЛЕЗИЯ

Включва: пелвиректална тъкан

ректовагинален септум

*48.82 ЕКСЦИЗИЯ НА ПЕРИРЕКТАЛНА ТЪКАН

Изключва:

периректална биопсия - 48.26

периректофистулектомия - 48.93

ректална фистулектомия - 48.73

Ексцизия на лезия или тъкан на ректум или анус

90341-00 Друга ексцизия на ректална лезия

Ексцизия на периректална лезия или тъкан

Не включва: ендоскопска ректална полипектомия (32078-00, 32081-00 [910], 32087-00, 32093-00 [911])

ексцизия:

- перианална субмукозна (32099-00 [933])

- трансфинктерна (32108-00 [933])

ДРУГИ ОПЕРАЦИИ НА РЕКТУМ И ПЕРИРЕКТАЛНАТА ТЪКАН

*48.91 ИНЦИЗИЯ НА РЕКТАЛНА СТРИКТУРА

Инцизионни процедури на ректум или анус

32114-00 Перианално освобождаване на ректална стриктура

Дилатация на ректална стриктура

ИНЦИЗИЯ ИЛИ ЕКСЦИЗИЯ НА ПЕРИАНАЛНА ТЪКАН

*49.01 ИНЦИЗИЯ НА ПЕРИАНАЛЕН АБСЦЕС

Инцизионни процедури на ректум или анус

32174-01 Дренаж на перианален абсцес

*49.02 ДРУГА ИНЦИЗИЯ НА ПЕРИАНАЛНА ТЪКАН

изрязване на перианална тъкан

Изключва:

анална фистулотомия - 49.11

Инцизионни процедури на ректум или анус

32174-01 Дренаж на перианален абцес

***49.03 ЕКСЦИЗИЯ НА ПЕРИАНАЛНИ КОЖНИ ВИСУЛКИ**

Ексцизия на лезия или тъкан на ректум или анус

32142-00 Ексцизия на анален кожен израстък

Не включва: такава с:

- колоноскопия (32087-00, 32093-00 [911])
- хемороедектомия (32138-00 [941])
- сигмодоскопия:
- гъвкава (32087-00 [911])
- ригидна (32078-00, 32081-00 [910])

ИНЦИЗИЯ ИЛИ ЕКСЦИЗИЯ НА АНАЛНА ФИСТУЛА

Изключва:

затваряне на анална фистула - 49.73

***49.11 АНАЛНА ФИСТУЛОТОМИЯ**

Инцизионни процедури на ректум или анус

90338-00 Инцизия на ректум или анус

Анална сфинктеротомия (задна) (латерална)

Аноректална миотомия

Декомресия на неперфориран анус

Фистулотомия

Инцизия на анална фисура/фистула

Проктотомия

Кодирай също когато е направена:

- дилатация на анус (32153-00 [940])
- ексцизия на анални:
- полип (32142-01 [933])
- кожни израстъци (32142-00 [933])

***49.12 АНАЛНА ФИСТУЛЕКТОМИЯ**

Ексцизия на лезия или тъкан на ректум или анус

90315-01 Ексцизия на друга лезия или тъкан на анус

Аноректална миектомия

Деструкция на лезия или тъкан на анус

Ексцизия на анални:

- фисура
- фистула

Не включва: ексцизия на анална фистула, включваща сфинктерния механизъм (32159-00, 32162-00 [937])

ЛОКАЛНА ЕКСЦИЗИЯ ИЛИ ДЕСТРУКЦИЯ НА ДРУГИ ЛЕЗИИ ИЛИ ТЪКАНИ НА АНУС

анална криптотомия

каутеризация на лезии на ануса

Изключва:

биопсия на анус - 49.23

спиране на (следоперативна) хеморагия от ануса - 49.95

хемороедектомия - 49.46

***49.39 ДРУГА ЛОКАЛНА ЕКСЦИЗИЯ ИЛИ ДЕСТРУКЦИЯ НА ЛЕЗИЯ ИЛИ ТЪКАН НА АНУС**

Ексцизия на лезия или тъкан на ректум или анус

90315-01 Ексцизия на друга лезия или тъкан на анус

Аноректална миектомия

Деструкция на лезия или тъкан на анус

Ексцизия на анални:

- фисура

- фистула

Не включва: ексцизия на анална фистула, включваща сфинктерния механизъм (32159-00, 32162-00 [937])

ПРОЦЕДУРИ ПРИ ХЕМОРОИДИ

***49.42 ИНЖЕКЦИЯ В ХЕМОРОИДИ И РЕКТАЛНИ ВАРИЦИ**

Процедури при хемороиди

32132-00 Склеротерапия на хемороиди
Инжектиране на хемороиди

***49.43 КАУТЕРИЗАЦИЯ НА ХЕМОРОИДИ**

клампиране и каутеризиране на хемороиди

Процедури при хемороиди

32135-01 Деструкция на хемороиди
Включва: каутеризация
криотерапия
инфрачервена терапия
Не включва: лазерна хемороедектомия (32138-01 [941])

***49.44 ДЕСТРУКЦИЯ НА ХЕМОРОИДИ С КРИОТЕРАПИЯ**

Процедури при хемороиди

32135-01 Деструкция на хемороиди
Включва: каутеризация
криотерапия
инфрачервена терапия
Не включва: лазерна хемороедектомия (32138-01 [941])

***49.45 ЛИГИРАНЕ НА ХЕМОРОИДИ**

Процедури при хемороиди

32135-00 Лигиране на хемороиди с гумен пръстен
▽ 0942

Кодирай също когато е направена:

- криохирургия (32135-01 [941])
- инфрачервена терапия (32135-01 [941])
- склеротерапия (32132-00 [941])

***49.46 ЕКСЦИЗИЯ НА ХЕМОРОИДИ**

хемороедектомия БДУ

Процедури при хемороиди

32138-00 Хемороедектомия
Ексцизия на външни тромбозирани хемороиди
Включва: ексцизия на анални кожни израстъци
Не включва: хемороедектомия:
• лазер (32138-01 [941])
• обшиване (32138-02 [941])

***49.47 ЕВАКУАЦИЯ НА ТРОМБОЗИРАЛИ ХЕМОРОИДИ**

Процедури при хемороиди

32138-00 Хемороедектомия
Ексцизия на външни тромбозирани хемороиди
Включва: ексцизия на анални кожни израстъци
Не включва: хемороедектомия:

- лазер (32138-01 [941])
- обшиване (32138-02 [941])

РАЗРЯЗВАНЕ НА АНАЛНИЯ СФИНКТЕР

***49.51 ЛЯВА ЛАТЕРАЛНА АНАЛНА СФИНКТЕРОТОМИЯ**

Инцизионни процедури на ректум или анус

90338-00 Инцизия на ректум или анус
 Анална сфинктеротомия (задна) (латерална)
 Аноректална миотомия
 Декомресия на неперфориран анус
 Фистулотомия
 Инцизия на анална фисура/фистула
 Проктотомия
Кодирай също когато е направена:

- дилатация на анус (32153-00 [940])
- ексцизия на анални:
- полип (32142-01 [933])
- кожни израстъци (32142-00 [933])

***49.52 ПОСТЕРИОРНА АНАЛНА СФИНКТЕРОТОМИЯ**

Инцизионни процедури на ректум или анус

90338-00 Инцизия на ректум или анус
 Анална сфинктеротомия (задна) (латерална)
 Аноректална миотомия
 Декомресия на неперфориран анус
 Фистулотомия
 Инцизия на анална фисура/фистула
 Проктотомия
Кодирай също когато е направена:

- дилатация на анус (32153-00 [940])
- ексцизия на анални:
- полип (32142-01 [933])
- кожни израстъци (32142-00 [933])

***49.59 ДРУГА АНАЛНА СФИНКТЕРОТОМИЯ**

прерязване на сфинктера БДУ

Инцизионни процедури на ректум или анус

90338-00 Инцизия на ректум или анус
 Анална сфинктеротомия (задна) (латерална)
 Аноректална миотомия
 Декомресия на неперфориран анус
 Фистулотомия
 Инцизия на анална фисура/фистула
 Проктотомия
Кодирай също когато е направена:

- дилатация на анус (32153-00 [940])
- ексцизия на анални:
- полип (32142-01 [933])
- кожни израстъци (32142-00 [933])

ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА АНУС

Изключва:

възстановяване при прясно акушерско разкъсване - 75.62

***49.71 ШЕВ НА РАЗКЪСВАНЕ НА АНУС**

Други възстановителни процедури на ректум или анус

90342-01 Шев на лацерация на анус

***49.72 АНАЛЕН СЕРКЛАЖ**

Процедури за приложение, поставяне или премахване върху ректум или анус

32120-00 Поставяне на анален шев при аноректален пролапс
Поставяне на Thiersch тел при аноректален пролапс

***49.73 ЗАТВАРЯНЕ НА АНАЛНА ФИСТУЛА**

Изключва:

ексцизия на анална фистула - 49.12

Ексцизия на лезия или тъкан на ректум или анус

90315-01 Ексцизия на друга лезия или тъкан на анус

Аноректална миектомия

Деструкция на лезия или тъкан на анус

Ексцизия на анални:

- фисура
- фистула

Не включва: ексцизия на анална фистула, включваща сфинктерния механизъм (32159-00, 32162-00 [937])

***49.79 ДРУГО ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА АНАЛНИЯ СФИНКТЕР**

възстановяване при старо акушерско разкъсване на ануса

Изключва:

анопластика с едновременно хемороидектомия - 49.46

възстановяване при пряно акушерско разкъсване - 75.62

Други възстановителни процедури на ректум или анус

32126-00 Сфинктеропластика

Забележка: Изпълнена за анална инконтиненция или анална фисура

ДРУГИ ОПЕРАЦИИ НА АНУС

Изключва:

дилатация на ануса (сфинктера) - 96.23

***49.91 ИНЦИЗИЯ НА АНАЛЕН СЕПТУМ**

Инцизионни процедури на ректум или анус

32174-01 Дренаж на перианален абцес

***49.93 ДРУГИ ИНЦИЗИИ НА АНУС**

отстраняване на:

чуждо тяло от ануса с инцизия

дренаж от ануса

Изключва:

анална фистулотомия - 49.11

отстраняване на интралуменно чуждо тяло без инцизия - 98.05

Инцизионни процедури на ректум или анус

32174-01 Дренаж на перианален абцес

***49.94 РЕПОЗИЦИЯ НА АНАЛЕН ПРОЛАПС**

Изключва:

мануално репониране на ректален пролапс - 96.26

Други процедури на ректум или анус

90316-00 Други процедури на анус

***49.95 СПИРАНЕ НА (ПОСТОПЕРАТИВНО) КРЪВОТЕЧЕНИЕ ОТ АНУСА**

Деструктивни процедури на ректум или анус	
90345-00	Контрол на хеморагия от ректум или анус Контрол на постоперативни кръвотечения от анус или ректум
ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА УРЕТРА	
<i>Изключва:</i> възстановяване на прясно следродово разкъсване - 75.61	
*58.43	ЗАТВАРЯНЕ НА ДРУГА ФИСТУЛА НА УРЕТРА
<i>Изключва:</i> възстановяване на уретро-перинео-везикална фистула - 57.84	
Затваряне фистула на уретра	
37333-00	Затваряне на уретровагинална фистула
ЕКСЦИЗИЯ ИЛИ ДЕСТРУКЦИЯ НА ЛЕЗИЯ ИЛИ ТЪКАН НА КОЖА И ПОДКОЖНА ТЪКАН	
*86.21	ЕКСЦИЗИЯ НА ПИЛОНИДАЛНА КИСТА ИЛИ СИНУС
	марсупиализация на киста
<i>Изключва:</i> инцизия на пилонидален синус или киста – 86.03	
Процедури при пилонидален синус или киста	
Процедури при сакрален синус или киста	
30676-01	Ексцизия на пилонидален синус или киста Марсупиализация на пилонидална киста
*96.23	ДИЛАТАЦИЯ НА АНАЛЕН СФИНКТЕР
Други възстановителни процедури на ректум или анус	
32153-00	Дилатация на ануса
	<i>Включва:</i> дилатация на аналния сфинктер изпразване на фекалии

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. Една от тях е процедурата „Ректороманоскопия“ (код ****48.23** или код ****45.24**), която е задължителна при пациенти с полип, полипоза, ректорегия и невъзпалени или нетромбозирали хемороиди.

При остра и хронична анална фисура отпада извършването на ректоскопия и аноскопия.

Ректороманоскопията не е задължителна при деца до 18 години.

Процедура „**49.03 ЕКСЦИЗИЯ НА ПЕРИАНАЛНИ КОЖНИ ВИСУЛКИ**“ не може да се използва самостоятелно за завършване на пътеката.

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. Лаборатория (отделение) по клинична патология**

***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.

****Забележка:** Лечебното заведение трябва да има структура по патоанатомия или да ползва по договор външна (намираща се на територията на населеното място).

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, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура	
1. Образна диагностика	
2. Микробиологична лаборатория, на територията на областта	

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Автосъшиватели за хеморойдектомия	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:

- двама лекари с придобита медицинска специалност по хирургия;
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

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

- лекар със специалност детска хирургия или хирургия.

Всички планови операции до 10 годишна възраст и всички планови операции за вродени малформации на деца до 18 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 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:

- ректохеморагия с анемичен синдром;
- травматична увреда на анус и перинеум;
- болка в аналната или перианална област;
- зачервяване на кожата в перианалната област;
- инфилтрат в перинеума;
- флукутация;
- болка при палпация;
- газ в меките тъкани;
- изтичане на гноен ексудат;
- тромботичен или некротизирал вътрешен хемороидален възел;
- остър парапроктит;
- абсцедирала дермоидна киста.

1.2. ПЛАНОВИ:

- кървене и болка при изхождане;
- пролабиране на хемороидалните възли;
- изтичане на гноен ексудат от перианална фистула;
- изтичане на гноен ексудат от ануса;
- пролапс на ректума;
- наличие на кондиломи – перианално и в аналния канал.

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:

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

Почистването на крайния отсек на дебелото черво е желателно винаги, когато това е възможно, с изключение на случаите изискващи спешна оперативна интервенция. То се осъществява с:

- клизми, лаксативи, прием на вода и диетичен режим.

Спешните заболявания на ануса и перианалната област налагат:

При травматични увреди:

- първична хирургична обработка на раната и противотетанична профилактика

При усложнена хемороидална болест (неовладяваща се остра хеморагия, пролапс с инкарцерация, некротизиране и тромбозирание):

- лигатурни методи на Milligan-Morgann; Parks, Уайтхед и др.
- криотерапия.

При аноректален абсцес:

- кръстовиден разрез - използва се рядко и при подкожно разположение на парапроктита;

- радиерен разрез – разкрива добре, но е подходящ за малки подкожни абсцеси има опасност от травма на сфинктерния апарат;
- дъговиден или полулунен разрез – най-разпространеният разрез;
- евакуиране на гнойната колекция, некректомия, промивка и дренаж.

При аноректални фистули се препоръчват оперативните техники, при които се извършват ексцизия на фистулата и пластика на “входното отверстие “(Rable, Jodd и Parks) или метода на Йонеско.

При пролапс на ануса и ректума при деца – склерозация на перианалното пространство с алкохол.

Заболяванията на ануса и перианалната област, изискващи планово оперативно лечение налагат:

При анални фисури - дилатация на сфинктера, ексцизия и шев на фисурата, ексцизия с лява латерална анална сфинктеротомия, постериорна анална сфинктеротомия и др.

Кондиломи – ексцизия на образуването, електро или лазеркоагулация.

Хемороиди - същите оперативни интервенции както тези в спешен порядък.

Неинфектирани пилонидални кисти - ексцизия и шев на оперативната рана с или без аспирационен дренаж.

Периоперативната антибиотична профилактика и следоперативното антибиотично лечение се назначава по преценка на лекуващия лекар, предвид характера и тежестта на патологията и типа оперативна интервенция, която предстои да бъде извършена съгласно класификацията на оперативните интервенции – чисти, чисти контаминирани, контаминирани, замърсени.

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 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 след извършена диагностична процедура „Ректороманоскопия“, която е задължителна при пациенти с полип, полипоза, ректорагия и невъзпалени или нетромбозирали хемороиди. (Ректороманоскопията не е задължителна при деца до 18 години.) Ректороманоскопия извършена до 45 дни преди постъпването се смята за валидна при липса на динамика в оплакванията.

При всичките заболявания е постоперативно и след хистологично изследване на ексцизионен материал – по преценка. Интраоперативно се установява степента на засягане и разпространение на инфектния процес, защото често пъти при външен оглед и ректално туширане не може със сигурност да се установи дълбочината на заангажираните в инфектния процес тъкани. Същото се отнася и за вътрешните хемороиди, аналните стриктури и пролапс на ануса и ректума. При външните хемороиди и кондиломите диагнозата се поставя още при първичния преглед.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- възстановен чревен пасаж;
- добре зарастваща оперативна рана;
- липса на фебрилитет (над 37.5° C) 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 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 *“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)

Заболяването **фисура ани** в българския език се превежда като анална цепка и представлява дефект на лигавицата на крайния отсек на правото черво. В резултат на това се получават доста силни болни след дефекация, като последните могат да бъдат изключително силни и продължителни. Консервативното лечение на това заболяване е резезултатно в крайно редки случаи. На практика единственото лечение на това заболяване е оперативното лечение, което е по принципа и правилата на едnodневната хирургия.

Заболяването **кондиломатоза** в перианалната област най-често е в резултат на хронични процеси в перианалната и генитална области които са придружени с отделянето на ексудат поради което настъпват изменения в кожата и се получават характерните кожни изменения в перианалната област, което са много неприятни за болните и което най-радикално се лекуват само оперативно.

Значителна част от населението страда от **хемороиди** - те са вътрешни и външни. Външните са резултат на продължително развитие на вътрешните хемороиди, които на практика са разширени венозни сплетения на аналния канал. Заболяването довежда до дискомфорт в началото и ако не се лекува своевременно с медикаменти и диетичен режим, много често довежда до неприятни оплаквания от сърбеж, болки, парене и др. Консервативното лечение е с ограничени възможности и най-доброто лечение на тези изменения е оперативното. Често пъти в хода на заболяването отделни единични хемороидални възли тромбозират и това се установява с появата на силна доста неприятна болка в аналната област, най-често започваща след трудна дефекация. Болката е непрекъсната има от време на време коликообразен характер, но не преминава. Лечението е оперативно отстраняване на тромба, което се прави с малък разрез.

При напредването на процеса при хемороидите в крайните стадии е възможно да се развие едно доста неприятно усложнение изпадането на аналната и/или ректалната лигавица. Лечението в тези случаи е хирургично.

Понякога след извършени оперативни намеси в аналното пространство се достига, в резултат на развитието на склерозиращ процес, до стриктура – т.е. намалява се отворът на ануса. Това довежда до сериозни проблеми с изхождането на изпражненията и единственото решение е оперативното възстановяване на аналния канал.

Перианалният абсцес е възпалителен процес на тъканите около крайния отсек на дебелото черво и аналното отворстие. В крайния отсек се намират жлези, в които започва процесът и които са в основата на разпространение на инфекцията. Процесът е смесен от микроорганизми, които са с различна кислородна чувствителност и поради това при установяването на Вашето заболяване е необходимо оперативное лечение за прекъсване на условията за възникването, развитието и разпространението на възпалителния процес. Практиката е показала, че изчаквателната тактика както казва народа "да узрее процеса" е вредна и никога в едно съвременно общество не бива да се допуска. С появата и особено със засилването на Вашите болки в аналната област следва да се обърнете към Вашия ОПЛ, което следва да Ви насочи към хирург специалист за оперативное лечение.

Оперативното лечение винаги следва да се извършва по спешност, защото това е единственият сигурен начин за спирането и овладяването на възпалителния процес. Независимо от това Вие следва да получите и антибактериален препарат, насочен към най-честите причинители на инфекцията в тази област.

Пилонидалната киста, или както е известна в българската медицинска литература като дермоидна киста, е заболяване, което се развива в областта на опашната част на

гръбначния стълб непосредствено в дълбочината на подкожните слоеве или непосредствено пред гръбначния стълб. Заболяването винаги започва един остър период в резултат на инфектирането на измененията и тогава се установява тяхното наличие. Лечението е само оперативно като първоначално се прави само инцизия и едва след преминаването на остриите инфектни появи е възможно плановото радикално оперативно лечение.

Оперативно лечение при перианалният абсцес

Под наркоза или местна упойка, а в някои случаи и само с обезчувствяване на мястото, се прави разрез на кожата и подкожната мастна съединителна тъкан, за да се достигне до абсцесната кухина или до некротичните тъкани. Абсцесната кухина напълно се изпразва и се промива с антисептични разтвори, а намерените мъртви некротични тъкани се отстраняват до здраво. След това и при тях се извършва промиване с антисептични разтвори. За целта хирургът използва следните разрези :

- кръстовиден;
- радиерен;
- дъговиден;

- ъглови разрези или комбинации от тях в зависимост от това накъде се е разпространил процесът и кои пространства около дебелото черво следва да бъдат отворени или дренирани.

Какви усложнения и странични въздействия могат да се проявят?

Оперативното лечение на острия парапроктит е рутинна лекарска операция, която в повечето случаи протича без усложнения. За няколко часа или дни може да се появи чувство за натиск в ануса, напъни за изхождане и/или силни болки. Възможно е външно на ануса да се появи оток, който в повечето случаи спада от само себе си. Възможно е да се появи оточност на съществуващи преди това във Вашето анално отворстие хемороидални възли. Много редки са случаите на нараняване на сфинктера и пробиване на стената на правото черво с инструментите. Такива наранявания в повечето случаи предизвикват само временно отслабване на сфинктера, при което се нарушава контролирането на изпражненията и усещането за изхвърляне на изпражнения. Обикновено до половин година преминават тези оплаквания, които освен на частичното нараняване на мускулния апарат се дължат и на участието на последния във възпалителния процес. Дори това може да се случи при болни, при които няма никакво нараняване на мускулатурата на свивачите. Освен това са възможни леки наранявания на лигавицата на ануса, които в някои случаи кървят, щипят или предизвикват силен сърбеж, но по правило заздравяват без допълнително лечение. Временните проблеми с изпразването на пикочния мехур могат да наложат поставянето на катетър. Те са резултат от дразнене по съседство.

В някои случаи след операцията се проявяват леки кръвотечения. Силните кръвотечения, изискващи оперативно спиране на кръвотечението или преливане на кръв (трансфузии), са изключително редки. Те могат да се проявят в рамките на няколко дни след интервенцията.

В отделни случаи в хемороидалните възли, които не могат да бъдат отстранени, се образуват много болезнени тромбози. В повечето случаи с използването на лекарствени средства оплакванията биват намалени. Много редки са случаите на инфекция с опасност от образуване на фистули или трудно заздравяващи язви (анални фисури). Редките случаи на стесняване (стеноза) на ануса резултират в тънки като молив изпражнения и болки при изхождане.

Както след всяка оперативна интервенция в големите вени могат да се образуват кръвосъсиреци (тромбоза), които се движат с кръвта и могат да запушат далечен кръвоносен съд (емболия). Когато като превантивно средство срещу тромбози се поставят инжекции с "Хепарин", сериозни нарушения в кръвосъсирването се наблюдават много рядко.

Значението, което имат за операцията евентуални предишни или съпътстващи заболявания (напр. на сърцето, кръвообращението, белите дробове, черния дроб, нарушения на кръвосъсирването) ще обсъдим с Вас отделно.

Възможни налагащи се допълнителни или последващи интервенции

Кръвопреливането или преливането на кръвни продукти (трансфузия) се налага много рядко; в такива случаи не може да се изключи евентуално инфектиране, напр. с хепатитни вируси (възпаление на черния дроб, 1:50 000) или СПИН (около 1: 1 000 000 кръвни банки). В повечето случаи, поради малката вероятност да се наложи трансфузия, автокръвопреливането не е целесъобразно. При предварителния разговор с Вас ще Ви дадем допълнителни консултации.

Не са лишени от риск и подготвителните, съпътстващите или последващите мерки. Така напр. инфузиите (поставянето на системи) или инжекциите в редки случаи могат да предизвикат нараняване на тъканите на определени места (абсцеси от инжектирането, некрози, възпаление на нерви и /или вени).

Молим Ви да попитате, ако искате да знаете повече!

Молим Ви, непременно съблюдавайте следното!

Ако лекарят не е предписал друго:

Преди интервенцията

В повечето случаи правото черво се почиства с клизма. Молим, спазвайте точно указанията, които ще получите в тази връзка.

Не се хранете и не пийте течности без да сте се консултирали със своя личен лекар или с лекуващият хирург.

След интервенцията

Ако интервенцията е предприета в амбулаторни условия, нека Ви придружи близък човек, тъй като след операцията реакциите Ви могат да бъдат намалени, вследствие на използваните за анестезиране и/или обезболяване средства. Ще Ви съобщим кога отново можете да управлявате автомобил, да работите с поточни линии и машини или да пиете алкохол. В този период не трябва да вземате и важни решения.

Ако се повиши температурата Ви над 38 градуса, появят се болки, зачервяване или кървене на раните, незабавно информирайте Вашия лекар. Същото е валидно и ако оплакванията при изхождане (запек, диария) са съпроводени с болки в корема, дори и тези оплаквания да се появят едва няколко дни след операцията.

Ако имате външни рани, до оздравяването им (около 4 – 6 седмици) трябва след всяко изхождане и още 2 – 3 пъти дневно да правите превръзки. В началото, ако е необходимо, можете да приемате леки слабители препарати, но не трябва да ги ползвате постоянно. За предпочитане е последните да са естествени продукти от природата, а не химически вещества. Спазвайте за продължителен период анална хигиена (измиване с вода след всяко изхождане) и се хранете с богата на баластни вещества храна, за да поддържате изпражненията си меки. Избягвайте силни напъни при изхождане. Използвайте предписаните Ви лекарства, унгвенти и свещички.