

КП № 178 ОПЕРАТИВНИ ИНТЕРВЕНЦИИ ПРИ ДИАБЕТНО СЪПАЛО, БЕЗ СЪДОВО-РЕКОНСТРУКТИВНИ ОПЕРАЦИИ

Минимален болничен престой – 3 дни

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ ПО МКБ-9КМ

АМПУТАЦИЯ НА ДОЛЕН КРАЙНИК

Изключва:

ревизия на ампутационен чукал - 84.3

* 84.10 АМПУТАЦИЯ НА ДОЛЕН КРАЙНИК

затворена ампутация с ламбо на долен крайник БДУ

кинепластична ампутация на долен крайник БДУ

отворена или гилотинна ампутация на долен крайник БДУ

ревизия на прясна травматична ампутация на долен крайник БДУ

Ампутация на таз или тазобедрена става

44367-00 Ампутация над коляното

Ампутация над коляното

* 84.11 АМПУТАЦИЯ НА ПРЪСТ НА СЪПАЛО

ампутация през метатарзофалангеална става

ампутация през метатарзална глава

ампутация на съпало по Ray (дезарткулация на метатарзална глава на пръст на съпало, разширяваща се през предната част на съпалото проксимално до метатарзофалангеалната гънка)

дезарткулация на пръст на съпало

Изключва:

лигиране на допълнителен пръст на съпало - 86.26

Ампутация на глезен или съпало

44338-00 Ампутация на пръст

* 84.12 АМПУТАЦИЯ ПРЕЗ СЪПАЛО

ампутация на предната част на съпало

ампутация през средата на съпало

ампутация по Chopart

средна тарзална ампутация

трансматарзална ампутация (ампутация на предната част на съпалото включваща всичките пръсти)

Изключва:

ампутация на съпало по Ray – 84.11

Ампутация на глезен или съпало

44364-00 Мидтарзална ампутация

* 84.13 ДЕЗАРТИКУЛАЦИЯ НА ГЛЕЗЕН

Ампутация на глезен или съпало

44361-00 Дезарткулация през глезен

* 84.15 ДРУГА АМПУТАЦИЯ ПОД КОЛЯНОТО

ампутация на крак през тибия и фибула БДУ

Други ексцизионни процедури на коляно или крак

44367-02 Ампутация под коляното

* 84.16 ДЕЗАРТИКУЛАЦИЯ НА КОЛЯНО

ампутация на Batch, Spitler и McFaddin

ампутация по Mazet
ампутация по S. P. Roger

Други ексцизионни процедури на коляно или крак

44367-01 Дезартикулация през коляното

* 84.17 АМПУТАЦИЯ НАД КОЛЯНОТО

ампутация на крак през фемура
ампутация през горната част на бедрото
обръщане на ампутация под коляното в ампутация над коляното
супракондиларна ампутация над коляното

Ампутация на таз или тазобедрена става

44367-00 Ампутация над коляното
Ампутация над коляното

ЕКСЦИЗИЯ ИЛИ ДЕСТРУКЦИЯ НА ЛЕЗИЯ ИЛИ ТЪКАН НА КОЖА И ПОДКОЖНА ТЪКАН

*86.22 ЕКСЦИЗИОННО ПОЧИСТВАНЕ (ДЕБРИДМЕН) НА РАНА, ИНФЕКЦИЯ ИЛИ ИЗГАРЯНЕ

отстраняване чрез изрязване на:
девитализирана тъкан
некроза
круста

Дебридман при изгаряне

▽ 1203, 1911

Дебридман на есхар

Есхаректомия

Ексцизия на:

- изгаряне
- есхар

Премахване на есхар

Включва: превръзка на изгаряне на същото място

Не включва: това с присаждане на същото място (виж блокове [1640], [1641], [1643], [1644] и [1648])

30017-01 Ексцизионен дебридман при изгаряне, < 10% телесна повърхност е изрязана или обработена

*86.4 РАДИКАЛНА ЕКСЦИЗИЯ НА КОЖНА ЛЕЗИЯ

широка ексцизия на кожна лезия, включваща подлежащи и прилежащи структури

Ексцизионни процедури на други мускулно-скелетни точки

31340-00 Ексцизия на мускул, кост или хрущял, ангажирани с кожна лезия

Кодирай първо:

- ексцизия на кожна лезия (31205, 31230, 31235 [1620])

Ексцизия на лезия (и) на кожа и подкожна тъкан

▽ 0020

Включва: бенигнена/малигнена:

- киста
- тумор

Не включва: ексцизия (на):

- чрез лазер (14100-00, 14106-00 [744], 30190-00, 30195-02, 30195-03 [1612], 90662-00 [1617])
- белег (45519-00 [1656], 45506, 45512, 45515-00, 45518-00 [1657])
- синус (30099-00 [1630])
- язва (31205-01 [1630])
- хемокхиргия на Moh (31000-00 [1626])

31235-04 Ексцизия на лезия (и) на кожа и подкожна тъкан на стъпало

Ексцизия на лезия(и) на кожа и подкожна тъкан на:

- глезен
- пръст

31205-00 Ексцизия на лезия(и) на кожа и подкожна тъкан на друго място

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 които е актуална рентгенография на крайника, съгласно изискванията на диагностично - лечебния алгоритъм).

Задължителни диагностични процедури за отчитане на пътеката са: рентгенография на стъпалото (****88.27 и/или **88.28**) и микробиологично изследване (код ****91.63**).

Процедура **„86.22 ЕКСЦИЗИОННО ПОЧИСТВАНЕ (ДЕБРИДМЕН) НА РАНА, ИНФЕКЦИЯ ИЛИ ИЗГАРЯНЕ“** 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 документираща 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” и II 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 обща хирургия или Клиника/отделение по детска хирургия или Клиника/отделение по ортопедия и травматология
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория*
5. Образна диагностика
6. 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 обезпечават 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по хирургия, респ. ортопедия и травматология.

****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 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. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Консумативи за ендоваксисистема	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

или

в клиника/отделение по ортопедия и травматология - четирима лекари, от които **трима** със специалност по ортопедия и травматология;

- 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 специалност по хирургия

или

в клиника/отделение по ортопедия и травматология - **трима** лекари със специалност по ортопедия и травматология;

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Всички планови операции на деца 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.

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:

- болки;
- затруднения в движенията;
- изразен оток;
- зачервяване;
- наличие на външно фистулно отверстие;
- гнойна ексудация;
- повишена температура - обща и локална;
- инфилтрат, разположен в дълбочина;

- фетидна миризма на ексудата;
- флуктуация;
- флегмон в околните тъкани;
- газ в меките тъкани;
- некротични тъкани;
- необяснимо повишение на нивото на кръвната захар;
- изразен гангренозен процес;
- необясними клинични симптоми на интоксикация;
- локализиран или некротизиращ целулит на ходилото и долен крайник;
- остър гноен септичен остеоартрит на ставите на ходилото и долен крайник.

1.2. ПЛАНОВИ:

- прес-улкус;
- деформитети на ходилото в резултат на предишни оперативни интервенции;
- наличието на незараствал малум перфорант педис;
- наличието на екзостози след частични ампутации на костите на ходилото и долен крайник;
- наличието на хронични гнойни остеоартрити на костите на ходилото и долен крайник;
- незараствали оперативни рани (след периода на некоректна хоспитализация);
- напреднала хронична артериална недостатъчност;
- изразени калозитети;
- остеопатия – остеомиелитни изменения на костите на ходилото и долен крайник.

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.

Поведение при хоспитализация на усложнено и/или инфектирано диабетно ходило:

- включване на антибиотик след приемането, вземане на посевка от раната за антибиограма и хемокултура при необходимост;
- актуална рентгенография на ходилото /до 20 дни преди датата на хоспитализацията/;
- оперативна интервенция по показания.

Най - често срещаните инфекции на диабетното ходило са:

- остри инфекции;
- септичен артрит на метатарзофалангеалната става;
- локализиран или некротизиращ целулит;
- фасциит;
- инфекции в дълбокото пространство;
- гангрена (неклостридиална, клостридиална);

– остри мекотъканни инфекции.

Хронични инфекции

- невротрофични язви;
- остеомиелит.

Консервативно лечение:

- субституиращо – започва още с приемането на болния в клиниката;
- антибактериално – антибиотик при инфектни процеси и предоперативно емпирично още преди верифицирането на микроорганизма; антибактериалните препарати следва да бъдат ефективни спрямо вероятния причинител на инфективния процес;
- подобряващи реологичните свойства на кръвта и нискомолекулярни хепарини;
- вазоактивни, вазопротективни, лимфокинетични;
- антидиабетни препарати (инсулинотерапия);
- имуномодулация;
- рехидратация, компенсация на диабета, корекция на електролитния дисбаланс;
- следващите часове – рехидратацията – може да продължи през устата, ако са отзвучали гастроинтестиналните оплаквания и същевременно инфузии с физиологичен р-р 1500 ml./ 24 h.; адаптирана инсулинотерапия – бързодействащ инсулин на четирикратна апликация; корекция на йонния дисбаланс – спрямо йонограма от 3 -ия час;
- профилактика на венозни тромбози – нискомолекулярни хепарини;
- периперативна антитромбозна профилактика.

Критерии за оперативно лечение:

- виталност на тъканите;
- цвят на мускулите; кръвоснабдяване на мускулите; контрактилност на мускулите;
- наличието на газ в тъканите.

Пълното отстраняване на първичното огнище е задължително да се направи при оперативното лечение. При невъзможност да се стори това се прави максимално допустимата оперативна интервенция за отстраняването на нежизнеспособните или инфектираните тъкани.

Основни принципи на мониториране на следоперативния период:

- микробиологичен контрол при необходимост;
- антитромбозна профилактика; при болните със и над среден риск се прилага задължително нискомолекулярни хепарини от 0,3 мл. до 0,6 мл. един или два пъти дневно в зависимост от препоръката на хемостазеолог.
- мобилизиране на оперирания; ранно следоперативно раздвижване и приучване за ходене с патерици самостоятелно; индивидуализирани стандартни срокове за отделните етапи; включване на лечебна физкултура; дихателната гимнастика.
- постурален дренаж; издишване срещу налягане с цел преодоляване измененията в белите дробове; общо раздвижване с оглед избягване създаването на условия за развитието на декубитални рани.

Лечение на възникналите усложнения. Винаги да се мисли за възможността при болните със сепсис последният да премине към системна кандидоза или дори кандида сепсис.

Физикална терапия - на основното заболяване; на възникналите усложнения.

При необходимост, се прилагат локални хемостатици.

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.

Окончателната диагноза се поставя въз основата на: клиничен преглед, рентгенография на стъпалото, микробиологични изследвания и хистологично изследване при необходимост.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- нарастваща и стабилна оперативна рана;
- липса на фебрилитет (аксиларна телесна температура до 37.5 градуса С) през последните 24 часа;
- липса на значими субективни оплаквания;
- дехоспитализация при стабилизирани стойности на кръвната захар на пациента;
- при стабилни и свежи грануляции, позволяващи амбулаторното лечение на болния.

Забележка: При засягане и на другият крак от инфектен процес важи правилото „един долен крайник - една пътека” и се отчита като нова клинична пътека.

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 документира в *“История на заболяването”* (ИЗ).

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

3.3. Документиране на следоперативните дни документира 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)

Кое ходило е инфектирано?

Клиничните признаци в основата на дефинирането на инфектираното диабетно стъпало включват: мекотъканна инфекция със или без засягане на костите, влажна гангрена, некротизиращ целулит или фасциит и абсцес.

Кои са причините за това?

Нарушаването на кожата цялост вследствие на пунктиформни травми, нарушения на кожата цялост, може да бъде отключващият фактор за развитието на инфектен процес на стъпалото. Диабетно болният е предразположен към инфектни процеси. Декомпенсираният диабет също спомага за намаляване резистентността на организма.

Какви са опасностите от тези усложнения?

Инфекциите на диабетното ходило варират от леки до животозастрашаващи. Много често тези инфекции довеждат до инвалидизация, поради обхващането на важни структури от крайника на диабетно болния и необходимостта от оперативна интервенция, свързана с отстраняването на тези структури.

Кой е компетентният специалист, който трябва да реши хода на лечението така, че да се избегнат тези усложнения и ампутацията?

Компетентният специалист се явява хирургът, който в екип с други специалисти ще направи възможното за запазване живота Ви и ще Ви предпази от инвалидизация, за което се изисква навременна консултация и при най-малкото съмнение за инфекция на вашия крак.