

КП № 158 ОПЕРАТИВНИ ИНТЕРВЕНЦИИ ПРИ ИНФЕКЦИИ НА МЕКИТЕ И КОСТНИ ТЪКАНИ

Минимален болничен престой – 2 дни

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ ПО МКБ-9КМ

ЕКСЦИЗИЯ НА ЛЕЗИЯ НА МУСКУЛ, СУХОЖИЛИЕ, ФАСЦИЯ И БУРСА

Изключва:

биопсия на мека тъкан - 83.21

*83.31 ЕКСЦИЗИЯ НА ЛЕЗИЯ НА СУХОЖИЛНО ВЛАГАЛИЩЕ

ексцизия на ганглион от сухожилно влагалище, освен на длан

Ексцизионни процедури върху сухожилие на други мускулно-скелетни точки

30107-00 Ексцизия на ганглион, неклассифицирана другаде
Ексцизия лезия на сухожилна обвивка БДУ
Ганглионектомия БДУ

*83.32 ЕКСЦИЗИЯ НА ЛЕЗИЯ НА МУСКУЛ

ексцизия на:

хетеротопична кост

мускулен цикатрикс за освобождаване на контрактура на Volkmann

миозитис осификанс

Ексцизионни процедури на други мускулно-скелетни точки

31350-00 Ексцизия на лезия на меки тъкани, неклассифицирана другаде
Ексцизия на мекотъканна лезия БДУ

Включва: дезмоиден тумор
фиброматоза
неврофиброматоза
неврофиброза

Не включва: киста на Baker (30114-00 [1505])
ексцизия на мускул, кост или хрущял обхванати в кожна лезия (31340-00 [1566])
резекция на мекотъканна лезия, засягащи или обхващащи:

- дълги кости на:
 - долен крайник (50212-01 [1562], 50215-03, 50215-04, 50215-05 [1575])
 - горен крайник (50212-00 [1562], 50215-00, 50215-01, 50215-02 [1575])
- таз (50221-00 [1485])
- сакрум (50221-01 [1384])
- скапула (50221-03 [1400])
- раменна става (50221-03 [1400])
- гръбнак БДУ (50221-02 [1384])

*83.39 ЕКСЦИЗИЯ НА ЛЕЗИЯ НА ДРУГА МЕКА ТЪКАН

ексцизия на киста на Baker

Изключва:

бурсектомия - 83.5

ексцизия на лезия на кожа и подкожна тъкан - 86.3

синовектомия - 80.70-80.79

Ексцизионни процедури на други мускулно-скелетни точки

90575-00 Ексцизия на мека тъкан, неклассифицирана другаде

АМПУТАЦИЯ НА ГОРЕН КРАЙНИК

Изключва:

ревизия на ампутационен чукал - 84.32

*84.01 АМПУТАЦИЯ ИЛИ ДЕЗАРТИКУЛАЦИЯ НА ПРЪСТ НА ГОРЕН КРАЙНИК БДУ

Изключва:

лигиране на допълнителен пръст - 86.26

Ампутация на китка, ръка или пръст

46465-00 Ампутация на пръст

Не включва: ампутация на върха на пръст (според азбучния Индекс за извършени специфични процедури, например Остектомия; Ексцизия, меки тъкани)

***84.02 АМПУТАЦИЯ И ДЕЗАРТИКУЛАЦИЯ НА ПАЛЕЦ**

Ампутация на китка, ръка или пръст

46465-00 Ампутация на пръст

Не включва: ампутация на върха на пръст (според азбучния Индекс за извършени специфични процедури, например Остектомия; Ексцизия, меки тъкани)

***84.03 АМПУТАЦИЯ ПРЕЗ ДЛАНТА**
ампутация през карпалната част

Ампутация на китка, ръка или пръст

44325-00 Среднокарпална ампутация

***84.04 ДЕЗАРТИКУЛАЦИЯ НА КИТКА**

Ампутация на китка, ръка или пръст

44328-02 Дизартикуляция през китката

АМПУТАЦИЯ НА ДОЛЕН КРАЙНИК

Изключва:

ревизия на ампутационен чукан - 84.3

***84.11 АМПУТАЦИЯ НА ПРЪСТ НА СЪПАЛО**

ампутация през метатарзофалангеална става

ампутация през метатарзална глава

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

дизартикуляция 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 Метатарзална ампутация

***84.3 РЕВИЗИЯ НА АМПУТАЦИОНЕН ЧУКАН**

реампутация на чукан

вторично затваряне на чукан

коригиране на чукан

Изключва:

ревизия на прясна травматична ампутация (ревизия с последваща ампутация на прясно нараняване) – 84.00-84.19, 84.91

Ексцизионни процедури на други мускулно-скелетни точки

44376-00 Реампутация на ампутирани чукан

Ревизия на ампутационен чукан

Не включва: дебридман на ампутационен чукан (30023 [1566])

ревизия на ампутирани чукан на ръка (46483-00 [1471])

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

Ексцизионни процедури на други мускулно-скелетни точки

30023-00 Ексцизионен дебридман на мека тъкан

▽ 1203

Ексцизионен дебридман на меки тъкани при:

- инфекция
- исхемия, некротични или гангренозни тъкани
- язва
- рана

Не включва: ексцизионен дебридман на:

- изгаряне (30017-01, 30020-00 [1627])
- ложе на открита фрактура (90580-00 [1566])
- кожа и подкожни тъкани (90665-00 [1628])
- меки тъкани, ангажиращи кост или хрущял (30023-01 [1566])

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

*86.28 ДЕБРИДМЕН БЕЗ ИЗРЯЗВАНЕ НА РАНА, ИНФЕКЦИЯ ИЛИ ИЗГАРЯНЕ

дебридмен (почистване)

отстраняване на девитализирана тъкан, некроза и крусти чрез:

- изчеткване
- промивка (с перфузия)
- изгъркване
- измиване

Друг дебридман на кожа и подкожна тъкан

▽ 1203

Не включва: такава:

- чрез личинки дебридман терапия (MDT) (96210-00 [1604])
- от изгаряне (30017-01, 30020-00, 90686-00 [1627])

90686-01 Неексцизионен дебридман на кожа и подкожна тъкан

Неексцизионен дебридман на:

- инфекция
- язва
- рана

Отстраняване на девитализирана тъкан, некроза и есхари чрез методи като:

- четкане
- иригация (под налягане)
- триене
- миене

Аспирационна вакумираща превръзка

*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])
- хемокirurgия на Moh (31000-00 [1626])

31235-02 Ексцизия на лезия(и) на кожа и подкожна тъкан на ръка
Ексцизия на лезия(и) на кожа и подкожна тъкан на китка

31235-03 Ексцизия на лезия(и) на кожа и подкожна тъкан на крак
Ексцизия на лезия(и) на кожа и подкожна тъкан на:
• прасец на крак
• ханш
• коляно
• бедро

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**. Задължително е микробиологично изследване на оперативен материал и/или ранев ексудат, което се кодира с код ****91.89** Микроскопско изследване на проба от друго място, друго микроскопско изследване /92204-00 неинвазивни диагностични тестове, измервания или изследвания, неклассифицирани другаде/.

Процедури: **"86.22 Ексцизионно почистване (дебридмен) на рана, инфекция или изгаряне"** /30023-00 Ексцизионен дебридман на мека тъкан; 30017-01 Ексцизионен дебридман при изгаряне, < 10% телесна повърхност е изрязана или обработена/

и "86.28 Дебридмен без изрязване на рана, инфекция или изгаряне" /90686-01 Неексцизионен дебридман на кожа и подкожна тъкан/ не могат да се използват самостоятелно за завършване на пътеката.

При отчитане на КП 158 при лица до 14-годишна възраст, при които се осъществява обща анестезия, както и при деца до 18-годишна възраст с придружаващи заболявания, свързани с умствена ретардация, при които се налага обща анестезия, клиничната пътека може да се счита за завършена и със самостоятелното отчитане на кодове:

- **86.22 – ексцизионно почистване /дебридмен/ на рана, инфекция или изгаряне** /30023-00; 30017-01/

- **86.28 – дебридмен без изрязване на рана, инфекция или изгаряне** /90686-01/.

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 от обхвата на медицинската специалност „Хирургия“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност (в условията на спешност най-малко на първо ниво на компетентност), съгласно медицински стандарт „Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия“, в обхвата на медицинската специалност „ортопедия и травматология“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност съгласно медицински стандарт „Ортопедия и травматология“, в обхвата на медицинската специалност „Детска хирургия“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност (в условията на спешност най-малко на първо ниво на компетентност) съгласно медицински стандарт „Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия“.

При дейности, извършвани в условия на спешност, се допуска отделение/клиника по хирургия/детска хирургия/ортопедия и травматология от I ниво на компетентност да осъществява диагностично-лечебни дейности по тази КП в случай, че отговаря на всички изисквания за отделение/клиника от II ниво, с изключение на изискванията за брой персонал. В тези случай дейностите по интензивно лечение следва да отговарят на първо ниво съгласно медицински стандарт „Анестезия и интензивно лечение“. Договор при тези условия ЛЗБП може да сключи само в случай, че на територията на населеното място няма друго лечебно заведение, сключило договор по тази КП.

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 обща хирургия или клиника/отделение по ортопедия и травматология 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 обезпечават 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по хирургия, респ. по ортопедия и травматология.

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

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
или

в клиника/отделение по ортопедия и травматология – трима лекари с придобита медицинска 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:

- 2 лекари със специалност по детска хирургия или 1 по детска хирургия и 1 по обща

хирургия

или

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

Всички 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.

- 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 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

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната 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.

Оперативно лечение на пациенти с:

- Абсцес;
- Ограничен в една анатомична област пиогенен флегмон;
- Карбункул;
- Фурункул в областта на глава и шия;
- Фурункулоза (над 5 фурункула)
или
рецидивиращи фурункули;
- Единични фурункули - само при диабетици и болни с имunosупресия (кодирано в бланка № 7 придружаващо заболяване, мотивиращо хоспитализацията).
- Гангрена

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.

При подготовка на болния в лечебното заведение:

1. Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 48 часа от хоспитализацията на пациента.

2. Образни изследвания се извършват до 48 часа от началото на хоспитализацията на пациента.

Препоръчителните оперативни техники са следните:

- Оперативното лечение е в спешен порядък в рамките на 24 ч. от хоспитализацията и включва инцизии в нужния обем и дълбочина за радикално разкриване и дрениране на гнойното огнище и дебридиране на некротичния материал. При болни в тежко общо състояние оперативното лечение може да се извърши след стабилизиране общото състояние, удостоверено в история на заболяване.

Медикаментозното лечение в пред- и следоперативният 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 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.

Поставянето на окончателната диагноза при всичките заболявания е постоперативно и след хистологично изследване, по преценка. Интраоперативно се установява степента на засягане и разпространение на инфектния процес, защото често пъти при външен оглед и включително рентгенографии не може със сигурност да се установи широчината и дълбочината на заангажираните в инфектния процес тъкани и степента на тяхната жизнеспособност.

Взема се материал за микробиологично изследване

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- липса на фебрилитет над 37,5 градуса през последните 24 часа;
- липса на значими субективни оплаквания,
- стабилизирани стойности на кръвната захар на диабетика;
- стабилна имобилизация на засегнатият крайник, при необходимост;
- размер на тъканните дефекти, позволяващи лечение извън лечебни заведения за активно лечение;
- липса на клинични данни за активен възпалителен процес
- липса на клинични данни за пропация на процеса

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/лечение по амбулаторни процедури“*, 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 *“Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна 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 *“Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна 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/лечение по амбулаторни процедури“*, 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”.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

АБСЦЕС

Абсцесът представлява наличие на ограничена гнойна колекция, причинена от бактериална инфекция в тъкани, органи или затворени пространства.

Явява се като резултат от защитната реакция на организма.

Причинителите могат да навлязат в тъканите по следните пътища:

1. Директно – чрез травма с контаминиран предмет.
2. По съседство - от инфектиран участък.
3. По лимфен или кръвен път от отдалечено място.

Най-честите причинители са пиогенни бактерии като *Staphylococcus aureus*, причиняващ абсцеси в подкожието.

Абсцесите в зависимост от локализацията си могат да бъдат в перинеалното пространство, параректални, крайници, аксиларна област, шия, и др. локализация.

Клиничната картина се владее от следните признаци:

- хиперемия
- оток
- повишена локална температура
- болезненост

ЛЕЧЕНИЕ

Основен постулат е евакуирането на гнойната колекция и некротичните тъкани.

Основните техники при оперативната интервенция са инцизии, ексцизии и дренажи. Възможно е малки абсцесни кухини да се пунктират и след евакуацията на гнойното съдържимо да се постигне оздравяване, но основен лечебен метод е инцизията, направена на правилното място с оглед избягване задръжката на гнойни и некротични материи.

ФЛЕГМОН

Флегмонът е остър неотграничен по разпространение процес, развиващ се в различни анатомични области.

Причинители най-често са стафилококите и стрептококите, но могат да бъдат и микроорганизми, които проникват през наранена кожа, по хематогенен път или чрез подкожна апликация на химични вещества /бензин, масло/. Често се среща и при хора с наркомании.

Флегмонът обикновено е самостоятелно заболяване, но често се явява като усложнение на различни гнойни процеси /абсцес, фурункул, карбункул и др./

Общите симптоми варират от висока Т0 и дискомфорт до явления на интоксикация. Процеса може да протече и с липса на повишена Т0, със слаба болезненост, с умерена до липсваща хиперемия, но с явления на интоксикация и тежко септично състояние. Тази клинична картина се наблюдава често при болни с нарушена имунна защита, с придружаващи заболявания като диабет, колагенози, пациенти на кортикостероидна терапия и др. Слабата изява на характерните признаци на възпалението ни дава информация за тежък инфектен процес изискващ спешна намеса.

Избора на лечебно поведение е в зависимост от тежестта и разпространението на флегмона. При по леките случаи е възможна консервативна антибактериална терапия, насочена към евентуалния причинител. Необходим е ежедневен контрол върху засегнатия участък.

Фурункул

Фурункулът е дълбока инфекция на косменият фоликул, която обхваща и околната подкожна тъкан.

Най-честият причинител е *Staph. aureus*. Среща се често при здрави, млади хора. Предилекционни места са врата, лицето, гърдите, гърба и глутеусите. Особено болезнени са фурункулите в носа, ухото и на клепача, които са и опасни с оглед неправилното им манипулиране – изстискване и др.

Предразполагащи фактори са лошата лична хигиена, натрупването на много хора на едно място и възможните контакти между хора с вирулентни щамове. Често се явяват на места, свързани с механично триене и изпотяване /напр. подмишична област/. Фоликулитите са по-чести при болни с диабет, кортикостероидна терапия, наследствен или придобит дефект във функцията на клетките от белият кръвен ред.

Лечение

Лечението на фурункулите е оперативно и медикаментозно. Изстискването и грубата манипулация върху засегнатата област е грешка, която може да доведе до пропагиране на процеса в дълбочина, както и до появата на метастатични огнища.

КАРБУНКУЛ

Карбункулът представлява засягане на множество космени фоликули с прилежащите им мастни жлези от гнойно-некротичен процес, водещ до нарушение целостта на тъканите. Формират се взаимно свързани абсцеси с образуване на обща и обширна некроза на кожата и подкожието.

Най-честият причинител е *Staph. aureus*, а по-рядко са стрептококи.

Предразполагащи фактори са наличният диабет, напредналата възраст и затлъстяването.

Предилекционни места са тила, горната част на гърба или задната част на бедрото.

Назначава се антибиотична терапия, насочена срещу най-честият причинител. Болният се подготвя и се извършва оперативна интервенция под локална или обща анестезия. Широкото разкриване на засегнатите структури и адекватният дренаж подобряват състоянието на пациента и спомагат за бързото му излекуване.