

# КП № 227 ОСТРО ПРОТИЧАЩИ ЧРЕВНИ ИНФЕКЦИОЗНИ БОЛЕСТИ С ДИАРИЧЕН СИНДРОМ, ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

Минимален болничен престой – 3 дни  
Минимален болничен престой при шок – 1 ден

## КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

### Тиф и паратиф

- A01.0** Коремен тиф  
Инфекция, предизвикана от *Salmonella typhi*
- A01.1** Паратиф А
- A01.2** Паратиф В
- A01.3** Паратиф С
- A01.4** Паратиф, неуточнен  
Инфекция, предизвикана от *Salmonella paratyphi* БДУ

### Други салмонелозни инфекции

**Включва:** инфекция (или хранително отравяне), предизвикана от *Salmonella* от всеки серотип, различен от *S. typhi* и *S. paratyphi*

- A02.0** Салмонелозен ентерит  
Салмонелоза

### Шигелоза

- A03.0** Шигелоза, предизвикана от *Shigella dysenteriae*  
Шигелоза група А [дизентерия Shiga-Kruse]
- A03.1** Шигелоза, предизвикана от *Shigella flexneri*  
Шигелоза група В
- A03.2** Шигелоза, предизвикана от *Shigella boydii*  
Шигелоза група С
- A03.3** Шигелоза, предизвикана от *Shigella sonnei*  
Шигелоза група D

### Други бактериални чревни инфекции

**Не включва:** бактериални хранителни отравяния (A05.—)  
туберкулозен ентерит (A18.3)

- A04.0** Ентеропатогенна инфекция, предизвикана от *Escherichia coli*
- A04.1** Ентеротоксигенна инфекция, предизвикана от *Escherichia coli*
- A04.2** Ентероинвазивна инфекция, предизвикана от *Escherichia coli*
- A04.3** Ентерохеморагична инфекция, предизвикана от *Escherichia coli*
- A04.4** Други чревни инфекции, предизвикани от *Escherichia coli*  
Ентерит, предизвикан от *Escherichia coli* БДУ
- A04.5** Ентерит, предизвикан от *Campylobacter*
- A04.6** Ентерит, предизвикан от *Yersinia enterocolitica*  
**Не включва:** екстраинтестинална иерсиниоза (A28.2)
- A04.7** Ентероколит, предизвикан от *Clostridium difficile*
- A04.8** Други уточнени бактериални чревни инфекции

**A04.9 Бактериална чревна инфекция, неуточнена**  
Бактериален ентерит БДУ

**Други бактериални хранителни отравяния**

**Не включва:** инфекция, предизвикана от *Escherichia coli* (A04.0—A04.4)  
листериоза (A32.—)  
салмонелозно хранително отравяне и инфекция (A02.—)  
токсично действие на отровни хранителни продукти (T61—T62)

**A05.0 Стафилококово хранително отравяне**

**A05.1 Ботулизъм**

Класическо хранително отравяне, предизвикано от *Clostridium botulinum*

**A05.2 Хранително отравяне, предизвикано от *Clostridium perfringens* [*Clostridium welchii*]**

Некротичен ентерит

Pig-bel

**A05.3 Хранително отравяне, предизвикано от *Vibrio parahaemolyticus***

**A05.4 Хранително отравяне, предизвикано от *Bacillus cereus***

**A05.8 Други уточнени бактериални хранителни отравяния**

**A05.9 Бактериално хранително отравяне, неуточнено**

**Вирусни и други уточнени чревни инфекции**

**Не включва:** грип с включване на стомашно-чревния тракт (J10.8, J11.8)

**A08.0 Ротавирусен ентерит**

**A08.1 Остра гастроентеропатия, предизвикана от Norwalk вирус**

Small round structured virus enteritis

**A08.2 Аденовирусен ентерит**

**A08.3 Други вирусни ентерити**

**A08.4 Вирусна чревна инфекция, неуточнена**

Вирусен(-на):

- ентерит БДУ
- гастроентерит БДУ
- гастроентеропатия БДУ

**Бруцелоза**

**Включва:** треска:  
• малтийска  
• средиземноморска  
• ундулираща

**A23.0 Бруцелоза, предизвикана от *Brucella melitensis***

**A23.1 Бруцелоза, предизвикана от *Brucella abortus***

**A23.2 Бруцелоза, предизвикана от *Brucella suis***

**A23.3 Бруцелоза, предизвикана от *Brucella canis***

**A23.8 Други форми на бруцелоза**

## КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ ПО МКБ-9 КМ

### ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

**\*\*89.29 ИЗСЛЕДВАНЕ НА УРИНА - ОБЩО**

#### **МИКРОБИОЛОГИЧНО ИЗСЛЕДВАНЕ НА КРЪВ**

**\*\* 90.52 МИКРОБИОЛОГИЧНО ИЗСЛЕДВАНЕ НА КРЪВ – КУЛТУРА**

**\*\* 90.53 МИКРОБИОЛОГИЧНО ИЗСЛЕДВАНЕ НА КРЪВ - КУЛТУРА И ЧУВСТВИТЕЛНОСТ**

Включва: Методи за изолация на причинителя

**\*\*90.59 ИЗСЛЕДВАНЕ НА КРЪВ**

Включва задължително:ПКК

Ионограма и АКР само при III степен на дехидратация

#### **МИКРОБИОЛОГИЧНО ИЗСЛЕДВАНЕ НА ПРОБА ОТ ДОЛНИЯ ХРАНОСМИЛАТЕЛЕН ТРАКТ И ИЗПРАЖНЕНИЯ**

**\*\* 90.93 МИКРОБИОЛОГИЧНО ИЗСЛЕДВАНЕ НА ПРОБА ОТ ДОЛНИЯ ХРАНОСМИЛАТЕЛЕН ТРАКТ И ИЗПРАЖНЕНИЯ - КУЛТУРА И ЧУВСТВИТЕЛНОСТ**

Включва: Методи за изолация на бактериална чревна флора във фекална проба

**\*\* 90.99 МИКРОБИОЛОГИЧНО ИЗСЛЕДВАНЕ НА ПРОБА ОТ ДОЛНИЯ ХРАНОСМИЛАТЕЛЕН ТРАКТ И ИЗПРАЖНЕНИЯ - ДРУГО ИЗСЛЕДВАНЕ**

Включва: Методи за изолация на вирус и/или вирусен антиген във фекална проба (Ротавируси)

**\*\*91.62 СЕРОЛОГИЧНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ**

### ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

#### **ИНЖЕКЦИЯ ИЛИ ИНFUЗИЯ НА ЛЕЧЕБНО ИЛИ ПРОФИЛАКТИЧНО ВЕЩЕСТВО**

**\*99.14 ИНЖЕКЦИЯ НА ГАМА-ГЛОБУЛИН**

инжекция на имунен серум

#### **ИНЖЕКЦИЯ ИЛИ ИНFUЗИЯ НА ДРУГО ЛЕЧЕБНО ИЛИ ПРОФИЛАКТИЧНО ВЕЩЕСТВО**

**\*99.21 ИНЖЕКЦИЯ НА АНТИБИОТИК**

**Изключва:**

инжекция или инфузия на антибиотици от клас оксазолидинони – 00.14

**\*99.29 ИНЖЕКЦИЯ ИЛИ ИНFUЗИЯ НА ЛЕЧЕБНО ВЕЩЕСТВО**

**Изключва:**

имунизация - 99.31-99.59

**Изискване:** Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени минимум три основни диагностични процедури, от които задължително **\*\*90.59** и **\*\*90.93**, и една основна терапевтична процедура, посочени в блок **Кодове на основни процедури по МКБ-9 КМ**.

**За деца до 5 годишна възраст** клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени минимум три основни диагностични процедури, като задължителни са **\*\*90.59**, **\*\*90.93**, **\*\* 90.99** (за ротавируси) и една основна терапевтична процедура, посочени в блок **Кодове на основни процедури по МКБ-9 КМ**.

**Отчитането на случаите се извършва след вземане на биологичен материал за етиологично изследване.**

Резултатите от микробиологичните/вирусологични/серологични изследвания, получени след дехоспитализацията задължително се прикрепват към **ИЗ** и стават неразделна негова част, като подлежат на контрол.

**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 Документ №1.**

## **I. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА**

### **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 със структури на извънболничната или болничната помощ, разположени на територията му и имащи договор с НЗОК.

<b>Задължително звено</b>	<b>Апаратура и оборудване</b>
1. Болница разполагаща с инфекциозна клиника /отделение/сектор. Болните могат да бъдат хоспитализирани в отделение/клиника по детски болести с разкрит сектор за изолация на инфекциозно болни (със самостоятелен санитарен възел), когато в населеното място няма разкрита инфекциозна клиника или отделение. или Неонатологична клиника /отделение /сектор за новородени до 28-ия ден след раждането	Съгласно Наредба №18 от 20.06.2005 на МЗ  Съгласно медицински стандарт "Неонатология"
2. ОАИЛ /КАИЛ /САИЛ	Съгласно медицински стандарт "Анестезия и интензивно лечение"
3. Клинична лаборатория	Съгласно медицински стандарт "Клинична лаборатория"
4. Микробиологична лаборатория	Съгласно медицински стандарт "Клинична микробиология"

### **2. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ**

ЛЗ изпълнител на болнична помощ е длъжно да осигури дейността на съответното структурно звено чрез договор с друго лечебно заведение, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и имащо договор с НЗОК.

<b>Задължително звено</b>	<b>Апаратура и оборудване</b>
1. Имунологична лаборатория	Съгласно медицински стандарт "Имунология"
2. Вирусологична лаборатория	Съгласно медицински стандарт "Вирусология"

### **3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.**

#### **Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:**

- лекар със специалност по инфекциозни болести  
или

лекар със специалност по детски болести, при задължително документирана консултация от специалист по инфекциозни болести;

- лекар със специалност по клинична лаборатория;  
- лекар специалист по анестезиология и интензивно лечение.

#### **Блок 2. Необходими специалисти за възрастта до 28-ия ден от раждането (съгласно медицински стандарт по “Неонатология”):**

- лекар със специалност по неонатология, при задължително документирана консултация от специалист по инфекциозни болести;

- лекар със специалност по клинична лаборатория;  
- лекар специалист по анестезиология и интензивно лечение.

## **II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ**

### **1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.**

- пациенти с дехидратация II и III степен; доказани и документиран след клинично-лабораторни изследвания;
- влошаване на състоянието при проведено амбулаторното лечение или при установен етиологичен причинител;
- пациенти с клинични и епидемиологични данни за инфекциозна диария при невъзможност за доказване на етиологичния агент;
- пациенти с хемоколит при установен етиологичен причинител;
- пациенти с проблемни хронични заболявания и състояния при установен етиологичен причинител (диабет, ССН, ХБН, кахексия, хронични хепатопатии, хеморагии, неоплазми, колагенози, дебилност, вродени или придобити имунодефицитни състояния).

### **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.**

Вземане на биологичен материал за фекална проба се извършва до 24 час от началото на хоспитализацията. Вземане на биологичен материал за всички останали изследвания се извършва до края на болничния престой. Контролни медико-диагностични изследвания се извършват до края на болничния престой.

#### **Клинични критерии за I, II и III степен на дехидратация**

**При I-ва степен** (дефицит на течност до 5% от наличното тегло) общото състояние е незначително увредено, болните имат жажда, устната лигавица е суховата, кожата е с леко намален тургур и еластичност – хоспитализират се само пациенти с тежки придружаващи заболявания

**При II-ра степен** (дефицит на течности от 5 до 10% от тегло) – кожата е бледа или бледосива, с намален тургур и еластичност. Лицето е с изострени черти, подкръжени очи,

фонтанелата е под нивото на черепните кости, езикът е сух, гласът е дрезгав и слаб. Болните са с крампи на прасците, възбудени, неспокойни, но по-често сънливи, унесени, с тахикардия, хипотония, лошо напълнен периферен пулс и олигурия.

**При III-та степен** (дефицит на течности над 10% от теглото) болните са с фиксиран поглед в прострация или супор. Кожата е суха, студена и мраморирана с рязко намален тургур и еластичност, корнеите са сухи, гласът – афоничен, пулсът е мек, филиформен, едва доловим, а артериалното налягане е с ниски стойности до невъзможност да бъде измерено. Болните са с хипотермия и анурия - картина на хиповолемичен шок.

Степента на дехидратацията задължително се записва в ИЗ.

**Индикации за провеждане на лечение в интензивен сектор на инфекциозно отделение/клиника:**

- шок;
- остра бъбречна недостатъчност;
- некомпенсирана метаболитна ацидоза при  $BE < -10$ ,  $pH < 7.2$ ;
- температура  $36^{\circ}C < t > 39^{\circ}C$ ;
- серумен натрий - под 120 или над 150 mmol/l;
- серумен калий - под 3 или над 6 mmol/l;
- симптоми от страна на ЦНС;
- чревна пареза или парализа;
- дисеминирана интравазална коагулопатия;
- данни за извънчревна локализация на болестния процес - сепсис, септичен артрит, менингит, мезаденит;
- придружаващи тежки заболявания.

## **ПРИНЦИПИ ЗА ТЕРАПИЯ НА ОСТРИ ИНФЕКЦИОЗНИ ДИАРИИ**

Лечението на пациенти с остри инфекциозни диарии започва веднага след хоспитализацията. Патогенетичната, рехидратираща терапия започва незабавно, а етиологичната – след вземане на материали за микробиологично изследване.

**1) Патогенетичната терапия** е задължителна, а в много случаи и животоспасяваща. При състояние на хиповолемичен шок е с неотложна спешност.

**2) Симптоматична терапия** - лекарствени средства, регулиращи равновесието на чревната микрофлора (пробиотици); антидиарийни антисекреторни средства; спазмолитици и антипиретици.

**3) Диетична терапия** - при кърмачета на естествено хранене - запазва се същото. При деца на изкуствено хранене се въвеждат диетични храни за специални медицински цели. При по-големи деца – преминаване към обичайното хранене за възрастта.

### **4) Етиологична терапия**

Оптималната антибиотична терапия е съобразена с антибиограмата на изолирания етиологичен агент. Това изисква технологично време 48-72ч. (изчакване резултатите от копрокултурата и антибиограма на изолата), а и преобладаващата част от бактериалните ентероколити остават етиологично неразшифровани. Ето защо по преценка се започва с емпирична антибактериална терапия.

Началната емпирична терапия се базира на клинично-епидемиологичните данни, презумцията за най-вероятния етиологичен агент, актуалните данни за неговата

антибактериална чувствителност и конкретния болен.

Антибактериалната терапия започва след вземане на копрокултура (уро-/хемокултура). Според особеностите на заболяването при конкретния болен може да включва един или повече антибактериални препарата, прилагани перорално, парентерално или комбинирано. Продължителността зависи от клиничното повлияване и най-често е 5-7 дни.

При пациентите с хранителни интоксикации (стафилококови, салмонелни) вирусни гастроентерити, антибиотичната терапия не е необходима, освен в случаите описани по-долу.

#### **Антибактериална терапия Кореман тиф и Паратиф А и В**

*Диагнозата* се подозира при висока и продължителна температура (повече от 6-8 дни), увредено общо състояние, замъглено съзнание, хепатоспленомегалия, относителна брадикардия, обрив. При паратиф А има по-често остро начало, често с катар на горни дихателни пътища (КГДП) и диарийен синдром. Паратиф В може да протече като хранителна токсикоинфекция, сепсис или септикопиемия.

*Антибактериална терапия:*

Продължителност на антибактериалната терапия - 10-14 дни (6 дни след нормализиране на температурата).

#### **Антибактериална терапия при салмонелен гастроентерит**

*Диагнозата* се подозира при анамнестични данни за консумация на яйца, риба, месни пастети, месни и по-рядко млечни хранителни продукти, остро начало на заболяването с токсикоинфекциозен синдром (ТИС) и обилни течни зелени изпражнения с примеси от слуз и по-рядко кръв.

*Антибиотично лечение при стомашно-чревните форми* по принцип **не се прилага, освен при:**

- имунокомпрометирани пациенти;
- пациенти с тежко клинично протичане на заболяването;
- пациенти с предполагаема генерализация на процеса;
- болни с тежки придружаващи заболявания.

При започване на антибактериална терапия, след преценка на нейната необходимост при възрастни се прилагат хинолони, аминогликозиди, TSM или цефалоспорини II генерация.

Антибактериалната терапия е задължителна при генерализираните и висцералните клинични форми, където се прилагат цефалоспорини III генерация и други стратегически антибиотици. При най-тежките клинични варианти или обременен преморбиден фон те могат да бъдат антибиотици на първи избор.

Продължителност на антибиотичния курс – според клиничното повлияване.

#### **Антибактериална терапия при шигелоза**

*Диагнозата* се подозира при наличие на колитен, хемоколитен и токсикоинфекциозен синдром.

Шигелите са много неустойчиви на външни условия, загиват бързо в депонирани изпражнения, в консервант на Тиге остават жизнеспособни 10-15 часа. За да се избегнат фалшиво отрицателните копрокултури при пациенти с шигелоза, фекалната проба се взема веднага след дефекация или от ректума на пациента и се транспортира спешно до съответната микробиологична лаборатория.

*Антибактериалната терапия:* използват се перорални химиотерапевтици.

### **Антибактериална терапия при колиентерити**

Колиентеритите са заболявания, които се срещат предимно при кърмачета (недоносени, хипотрофични, новородени). Рядко боледуват по-големи деца и възрастни. Заболяването най-често се предизвиква от ентеро-патогенни E Coli.

*Ентеротоксигенните* E.coli предизвикват холероподобна диария при деца и възрастни (диария на пътуващите).

*Ентероинвазивните* E.coli предизвикват заболявания, клинично неразличими от шигелоза.

*Ентерохеморагичните* E.coli предизвикват спорадични и епидемични хемоколити, хеморагичнонекротичен колит и хемолитикоуремичен синдром.

Могат да се развият генерализирани форми (сепсис, септикопиемия, менингити, менингоенцефалити) и екстраинтестинални възпалителни процеси.

Етиологичното лечение е съобразено с антибиограмата на изолата и клиничната форма.

Използват се същите антибиотици и химиотерапевтици, посочени при салмонелози и шигелози в съответните възрасти.

### **Антибактериално лечение при кампилобактериоза**

*Диагнозата се предполага* при данни за консумация на сурово мляко или месо с недостатъчна термична обработка или контакт с животни (особено ако те са с диария), съчетани с ТИС и ентероколит. Диарийният синдром е представен с многократни изхождания на течни зелени изпражнения, с примеси от слуз, слуз и кръв, а понякога и гной.

*Антибактериална терапия:*

Средство на избор при възрастни са макролидите.

Алтернативни препарати са флуорохинолони и тетрациклини (при лица над 7 години).

### **Антибактериално лечение при йерсиниози**

*Диагнозата се подозира* при данни за контакт с кучета, свине, консумация на непастъризирани млека, месни храни без достатъчна термична обработка и клиничната картина на ентерит и екзантем. Заболяването протича с разнообразни органни поражения – мезентериален лимфаденит, артрити, абсцеси, холецистит, менингит. Обичайна е хепато- и спленомегалията. Често по кожата се проявява обрив (точковиден, макулопапулозен, хеморагичен), предимно около ставите.

*Етиологичното лечение* се провежда с: тетрациклини, аминокликозиди и макролиди.

Алтернативни антибиотици: цефалоспорини II и III генерация, флуорохинолони и TMS.

### **Псевдомембранозен (Clostridium difficile) колит**

Заболяването протича с ТИС, диария, левкоцитоза и хипоалбуминемия. C.difficile може да колонизира стомашночревния тракт само, ако ендогенната чревна флора е увредена. Най-често причина за чревна дисбактериоза са: антибиотично лечение (полусинтетични и други пеницилинови деривати, линкозамини, цефалоспорини III генерация, по-рядко аминокликозиди, макролиди, хинолони, котримоксазол), антинеопластични средства, други чревни патогени, обширни чревни операции, уремия.

*Диагнозата се подозира* при пациенти с диария и антибиотична терапия в момента или в предходните 30 дни, особено ако е ползвана комбинация от широкоспектърни антибиотици независимо от начина на приложение.

*Етиологично лечение.* Изключително важно е възстановяване на нормалната чревна флора.



### **Вирусни гастроентерити**

*Диагнозата се подозира* при взрив от гастроентерити (с бактериологично отрицателни резултати), придружени от КГДП.

Етиологично лечение няма. Основна е патогенетичната терапия и диетичен режим (без лактозни млека).

### **Стафилококово хранително отравяне**

*Диагнозата се подозира* при остър гастрит или гастроентерит (в 50%), с подчертана склонност към колапс при субфебрилитет. Настъпва най-често след консумиране на храни, богати на захар, сол и белтъци.

Лечение – патогенетично, симптоматично и диетично.

### **Хранително отравяне от *Bacillus cereus***

Възниква най-често след консумация на студен ориз в китайските ресторанти. Лечение – патогенетично, симптоматично и диетично.

### **Хранително отравяне от *Clostridium perfringens***

Протича с картината на остър ентерит, хеморагично-некротичен ентерит с много силни коремни болки и нерядко шоково състояние.

*Етиологично лечение:* средство на избор Penicillin.

Алтернативни препарати - химиотерапевтици.

### **Ботулизъм**

Епидемиология – консумация на консервирани храни и продукти. Офталмо-плегичен синдром, булбарна симптоматика, диариен синдром и др.

### **СЕРОТЕРАПИЯ и профилактични мерки**

- пълна и точна анамнеза за реактивността на пациента спрямо серуми и алергични прояви;

- проверка за поносимост към конкретния серум, който ще се прилага;

- 0,1 мл серум разреден в 100 мл физиологичен разтвор - интрадермално инжектиране; след 30 мин се отчита реакция.

При липса на реакция:

Серумът се инжектира на няколко пъти - 0,5мл, след 30 мин - 1,0 мл, след 30 мин - 2,5 мл, след това цялото дозирано количество.

При наличие на реакция:

Провежда се метода на десенсибилизация по **метода на Безредка**.

### **Хранителни токсикоинфекции предизвикани от *Aerobacter aerogenes*, *Proteus*, *Vibrio parahaemolyticus*, *Vibrio vulnificus***

Трудно се диференцират по клинични данни. Лечение – патогенетично, симптоматично и диетично.

### **Антибактериална терапия при Бруцелоза**

При епидемиологични данни за контакт с животни. Наблюдава се продължително неясно фебрилно състояние, хепатоспленомегалия, нормоцитоза и ускорено СУЕ.

- тетрациклини;

- хинолони.

**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 на базата на клинично-епидемиологична, микробиологична, вирусологична и серологична диагностика.

### **4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.**

При повече от 70% преминали по клиничната пътека пациенти за един отчетен период, при които не се доказва етиологичен причинител, лечебното заведение задължително подлежи на медицински и финансов контрол.

#### **Медицински критерии за дехоспитализация:**

Индикации за дехоспитализация при хранителни интоксикации и вирусни гастроентерити:

- овладян диаричен синдром;
- трайна липса на фебрилитет (поне 2 дни);
- положителна динамика в клинично-лабораторни показатели;
- наличие на обективни данни за клинично подобрене;
- след документирано взет биологичен материал.

При остра инфекциозна диария с бактериален причинител, пациентът се дехоспитализира клинично здрав и след назначаване на необходимите контролни микробиологични изследвания, съгласно инструкциите на МЗ за борба със заразните болести. Случаят може да се отчете и преди получаване на резултатите.

Резултатите от контролните бактериологични изследвания, получени след дехоспитализацията задължително се прикрепват към ИЗ и стават неразделна негова част, като подлежат на контрол.

#### **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.

**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. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ** – в *“История на заболяването”* и Документ №1, който е неразделна част от ИЗ.

**3. 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.

**4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....)** – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

**ДОКУМЕНТ № 1 И ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯТ КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.**

## ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

От Вашия личен лекар и проведената консултация със специалист вече Ви е известно, че имате остро, най-вероятно инфекциозно възпаление на стомашно-чревния тракт.

Тези заболявания могат да бъдат предизвикани от бактерии, вируси и паразити. Възникват най-често след консумация на инфектирана храна, при контакт с болни хора или животни, или клинично здрави носители.

При острите инфекциозни диарии организмът губи големи количества течности и соли с повръщане, диария и от високата температура. Това смущава функционирането на бъбреците, сърцето, кръвоносните съдове и нервната система. Възможно е бързата и тежката загуба на течности и соли да доведе до шок и фатален изход, ако не се предприеме спешно лечение. Освен това, Вие можете да заразите други лица. Ето защо настаняването Ви в специализирано инфекциозно отделение/сектор е **абсолютно наложително**. В отделението ще се провежда необходимото лечение за Вашето заболяване.

За пълнота, моля, прочетете процедурите, които ще бъдат извършени във Ваш интерес.

Вашият престой в отделението ще продължи около 6-8 дни. При поява на усложнения, може и по-дълго.

Ще Ви се направят необходимите кръвни, микробиологични или вирусологични изследвания.

Лечението ще включва венозни вливания на медикаменти и стриктно спазване на диета.

Екип от специалисти ще следят Вашето здравословно състояние през целия престой в отделението. Във всеки момент може да се откажете от болничното лечение, но това може да има фатални последици. Необходимо е да изразите писмено желанието си да напуснете отделението и с това освобождавате лекуващия екип от отговорността за Вашето здраве.

Вашите близки могат да посещават клиниката в посочените за това дни и часове и да получат подробна информация за Вашето състояние!

**РЕГИСТРИРАНЕ НА ПРОЦЕДУРИ ПО КЛИНИЧНА ПЪТЕКА № 227 „ОСТРО ПРОТИЧАЩИ ЧРЕВНИ ИНФЕКЦИОЗНИ БОЛЕСТИ С ДИАРИЧЕН СИНДРОМ, ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ”**

**ДОКУМЕНТ №1**

Извършените процедури, се вписват от изпълнителя им и се отразяват в Документ №1 в деня на извършване.

Задължителното им вписване подлежи на непосредствен и последващ контрол от експерти на РЗОК/НЗОК.

При неизвършването им съгласно заложените алгоритъм на КП, лечебното заведение изпълнител на болнична помощ подлежи на налагане на санкции, включително удържане в следващия отчетен период на средствата, платени за клиничната пътека.

I.	II.								Изписване
Ден за провеждане на процедури	1 ден	2 ден	3 ден						
Дата									
ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ									
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ									
КОНСУЛТАЦИИ С ДРУГИ СПЕЦИАЛИСТИ									

**ДАТА НА ИЗПИСВАНЕ НА  
ПАЦИЕНТА**

**ПОДПИС НА ЗАВЕЖДАЩ  
КЛИНИКА/ОТДЕЛЕНИЕ**

**ПОДПИС НА ЛЕКУВАЩИЯ ЛЕКАР**