9.7. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при флебите и тромбофлебите поверхностных сосудов (коды по МКБ-10: I80.0, I80.8, I82.1, O22.2, O87.0)

N п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (консультация) врача-хирурга первичный или прием (консультация) врача-сердечно-сосудистого хирурга первичный	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование вен верхних конечностей или ультразвуковое исследование вен нижних конечностей	Да/Нет
3.	Выполнено лечение антитромботическими средствами (при умеренном и высоком риске перехода тромба на глубокие вены в стадию острого и стихающего тромбофлебита поверхностных вен и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнено назначение эластической компрессии нижних конечностей	Да/Нет
5.	Выполнена приустьевая перевязка (высокое лигирование) или кроссэктомия, или тромбэктомия, или пункционная тромбэктомия (флебоцентез), или эндовенозная термооблитерация (при умеренном и высоком риске перехода тромба на глубокие вены)	Да/Нет
6.	Выполнено повторное ультразвуковое дуплексное сканирование вен нижних конечностей при отсутствии положительной динамики клинических проявлений тромбофлебита поверхностных вен на фоне проводимого лечения	Да/Нет
7.	Выполнено определение стадии тромбофлебита поверхностных вен и степени риска перехода тромба на глубокие вены	Да/Нет

9.9. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при варикозном расширении вен нижних конечностей (коды по МКБ-10: I83 (I83.0, I83.1, I83.2, I83.9)

N п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (консультация) врача-хирурга первичный или прием (консультация) врача - сердечно-сосудистого хирурга первичный	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование вен нижних конечностей (при планировании инвазивного лечения пациентов с варикозным расширением вен нижних конечностей)	Да/Нет
3.	Выполнено назначение эластической компрессии нижних конечностей	Да/Нет
4.	Выполнено лечение ангиопротекторами, или лекарственными препаратами, снижающими проницаемость капилляров, или биофлавоноидами	Да/Нет
5.	Выполнено флебосклерозирующее лечение, или выполнена термооблитерация, или выполнены открытые вмешательства: перевязка вены, кроссэктомия, флебэктомия, стриппинг (при сохранении субъективных симптомов венозной недостаточности, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнены ликвидация патологических рефлюксов, и (или) устранение варикозных вен, и (или) достигнуто улучшение гемодинамических показателей венозного оттока при согласии пациента на инвазивное лечение	Да/Нет
7.	Выполнена индивидуальная оценка риска возникновения венозных тромбоэмболических осложнений перед проведением инвазивного лечения	Да/Нет
8.	Выполнена профилактика венозных тромбоэмболических осложнений в соответствии с индивидуальным уровнем риска в период проведения инвазивного лечения	Да/Нет
9.	Выполнено назначение компрессионной терапии и (или) курсового приема флеботропных лекарственных средств, и (или)	Да/Нет

	электрическая стимуляция мышц голени при сохранении субъективных симптомов хронических заболеваний вен после инвазивного вмешательства	

11.10. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при остром аппендиците (коды по МКБ-10: K35.0, K35.1, K35.9, K36, K37, K38.0, K38.1, K38.2, K38.3, K38.8, K38.9)

N п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (консультация) врача-хирурга первичный	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости	Да/Нет
4.	Выполнена консервативная терапия при диагностировании аппендикулярного инфильтрата	Да/Нет
5.	Выполнена профилактика инфекционных осложнений антибиотиками широкого спектра действия (пенициллины в комбинации с ингибиторами бета-лактамаз: комбинации пенициллинов, включая комбинации с ингибиторами бета-лактамаз) в пределах 60 минут до хирургического лечения (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
6.	Выполнено хирургическое лечение в экстренной или неотложной форме в зависимости от типа острого аппендицита	Да/Нет
7.	Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала (препарата червеобразного отростка)	Да/Нет
8.	Выполнены ультразвуковое исследование органов брюшной полости и (или) компьютерная томография органов брюшной полости при подозрении на осложнение в послеоперационном периоде	Да/Нет

11.12. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым

при паховой и бедренной грыже (коды по МКБ-10: K40.0, K40.1, K40.2, K40.3, K40.4, K40.9, K41.0, K41.1, K41.2, K41.3, K41.4, K41.9)

N п/	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (консультация) врача-хирурга первичный	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование мягких тканей (одна анатомическая область) или компьютерная томография органов брюшной полости, или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости	Да/Нет
3.	Выполнена антибиотикопрофилактика перед операцией по поводу паховой или бедренной грыжи при наличии факторов риска развития раневой инфекции у пациентов	Да/Нет
4.	Выполнена профилактика тромбоэмболических осложнений с учетом факторов риска у пациента с паховой или бедренной грыжей	Да/Нет
5.	Выполнено хирургическое лечение пахово-бедренной грыжи (аутопластическим способом) или хирургическое лечение пахово-бедренной грыжи с использованием сетчатых имплантов (открытым способом), или хирургическое лечение пахово-бедренной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий в плановой форме у пациента с паховой или бедренной грыжей	Да/Нет
6.	Выполнено хирургическое лечение в экстренной форме при ущемлении паховой или бедренной грыжи	Да/Нет

11.14. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при послеоперационной вентральной грыже (коды по МКБ-10: K43.0, K43.1, K43.2, K43.3, K43.5)

N п/	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (консультация) врача-хирурга первичный	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый, общий	Да/Нет

	(клинический) мочи, анализ крови биохимический общетерапевтический перед операцией	
3.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости или компьютерная томография органов брюшной полости	Да/Нет
4.	Выполнена консультация профильного врача-специалиста при наличии сопутствующих заболеваний перед операцией	Да/Нет
5.	Выполнена антибиотикопрофилактика цефалоспоринами первыми или второго поколения, или амоксициллин + [клавулановая кислота] в стандартных дозировках, или ванкомицином (при доказанном риске MRSA) перед операцией	Да/Нет
6.	Выполнена профилактика тромбоэмболических осложнений с учетом факторов риска перед операцией	Да/Нет
7.	Выполнено хирургическое лечение с использованием сетчатых эндопротезов или хирургическое лечение с использованием видеоэндоскопических технологий, или аутопластика в плановой форме	Да/Нет
8.	Выполнено хирургическое лечение в экстренной форме при ущемлении грыжи	Да/Нет

11.17. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при острой неопухолевой кишечной непроходимости (коды по МКБ-10: K31.5, K56.0, K56.1, K56.2, K56.3, K56.4, K56.5, K56.6, K56.7, K45, K46)

N п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (консультация) врача-хирурга первичный	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый	Да/Нет
3.	Выполнен клинический и лабораторный контроль при длительном неоперативном лечении кишечной непроходимости	Да/Нет
4.	Выполнена обзорная рентгенография органов брюшной полости	Да/Нет
5.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной	Да/Нет

	полости	
6.	Выполнена установка назогастрального зонда	Да/Нет
7.	Выполнена инфузионная терапия	Да/Нет
8.	Выполнена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами системного действия до хирургического вмешательства (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
9.	Выполнено хирургическое лечение в экстренной форме при странгуляционной форме острой кишечной непроходимости и перитоните	Да/Нет
10.	Выполнено хирургическое лечение в неотложной форме при обтурационной форме острой кишечной непроходимости, при отсутствии эффекта от консервативной терапии	Да/Нет

11.19. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при дивертикулярной болезни (коды по МКБ-10: K57.0, K57.1, K57.2, K57.3, K57.4, K57.5, K57.8, K57.9)

N п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено исследование С-реактивного белка в крови	Да/Нет
2.	Выполнены ультразвуковое исследование органов брюшной полости и (или) компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (при острых осложнениях дивертикулярной болезни)	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование толстой кишки и (или) компьютерная томография области таза с внутривенным контрастированием (при острых осложнениях дивертикулярной болезни)	Да/Нет
4.	Выполнена колоноскопия (при толстокишечном кровотечении)	Да/Нет
5.	Выполнено лечение	Да/Нет

	антибактериальными лекарственными препаратами системного действия и (или) кишечными противомикробными лекарственными препаратами, и (или) лекарственными препаратами для лечения функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта (при остром дивертикулите, при остром паракишечном инфильтрате, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	
6.	Выполнена консервативная терапия при остром дивертикулите, остром паракишечном инфильтрате, периколической флегмоне, периколическом абсцессе 3 см и менее	Да/Нет

11.21. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при запоре (код по МКБ-10: K59.0)

N п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена колоноскопия (пациентам старше 50 лет или при наличии "симптомов тревоги" или при наличии отягощенной наследственности по колоректальному раку)	Да/Нет
2.	Выполнено назначение мероприятий по изменению образа жизни (включая диетические рекомендации)	Да/Нет
3.	Выполнено лечение растительными волокнами или псиллиумом (при недостаточной эффективности мер по изменению образа жизни или диетических рекомендаций)	Да/Нет
4.	Выполнено лечение макроголом или прукалопридом (на 4 - 6 недель при сохранении симптомов запора)	Да/Нет
5.	Выполнено направление в центр колопроктологии (пациента с рефрактерным запором) для определения времени транзита по кишечнику, проведения теста изгнания баллона, аноректальной манометрии	Да/Нет

11.23. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при идиопатическом мегаколоне (код по МКБ-10: K59.3)

N п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена ирригоскопия (при установлении диагноза и (или) при отсутствии выполнения на предыдущем этапе, и (или) при неинформативности ранее проведенного исследования)	Да/Нет
2.	Выполнена колоноскопия (с попыткой эндоскопической деторсии) (при завороте мегаколона и отсутствии признаков перфорации и нарушений кровоснабжения кишки)	Да/Нет
3.	Выполнено хирургическое лечение (при завороте мегаколона с признаками перфорации и нарушениями кровоснабжения кишки или неэффективности эндоскопической деторсии заворота)	Да/Нет

11.25. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при анальной трещине (коды по МКБ-10: K60.0, K60.1, K60.2)

N п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен ежедневный осмотр врачом-колопроктологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в стационарных условиях	Да/Нет
2.	Выполнены исследование функций сфинктерного (запирательного) аппарата прямой кишки и (или) профилометрия (пациентам с анальной трещиной при отсутствии четких клинических признаков спазма внутреннего сфинктера по данным физикального обследования)	Да/Нет
3.	Выполнены ультразвуковое исследование прямой кишки трансректальное и (или) колоноскопия (пациентам с анальной трещиной при отсутствии признаков	Да/Нет

	спазма внутреннего сфинктера прямой кишки и подозрении на наличие эрозивно-язвенных поражений анального канала специфической этиологии, а также на развитие осложнений)	
4.	Выполнено хирургическое лечение (при неэффективности консервативной терапии состояния запирательного аппарата прямой кишки, при наличии спазма внутреннего сфинктера и (или) фиброзных изменений анального канала)	Да/Нет
5.	Выполнено лечение производными пропионовой кислоты (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

11.27. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при свище заднего прохода и прямой кишки (коды по МКБ-10: K60.3, K60.4, K60.5)

N п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен ежедневный осмотр врачом-колопроктологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в стационарных условиях	Да/Нет
2.	Выполнено хирургическое лечение	Да/Нет

11.28. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при остром парапроктите (код по МКБ-10: K61, K61.0, K61.1, K61.2, K61.3, K61.4)

N п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен ежедневный осмотр врачом-колопроктологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в стационарных условиях	Да/Нет
2.	Выполнено вскрытие острого гнойного парапроктита	Да/Нет
3.	Выполнены вскрытие и дренирование острого парапроктита (при нейтропении и подтвержденном абсцессе или некрозе)	Да/Нет
4.	Выполнены перевязки в	Да/Нет

	послеоперационном периоде не менее 1 раза в день до выписки из стационара (при хирургическом вмешательстве)	

11.30. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при полипе анального канала (код по МКБ-10: K62.0)

N п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен ежедневный осмотр врачом-колопроктологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в стационарных условиях	Да/Нет
2.	Выполнена аноскопия, и (или) ректороманоскопия, и (или) колоноскопия (при установлении диагноза) (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе)	Да/Нет
3.	Выполнено иссечение новообразований перианальной области и анального канала и (или) иссечение гипертрофированных анальных сосочков	Да/Нет
4.	Выполнено удаление полипа анального канала	Да/Нет
5.	Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала прямой кишки	Да/Нет

11.36. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при геморрое (код по МКБ-10: K64)

N п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен ежедневный осмотр врачом-колопроктологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в стационарных условиях	Да/Нет
2.	Выполнена ректороманоскопия или аноскопия (при установлении диагноза и (или) при отсутствии выполнения на предыдущем этапе)	Да/Нет
3.	Выполнена колоноскопия (при наличии выделения крови из заднего прохода)	Да/Нет

4.	Выполнено лечение лекарственными препаратами для местного лечения геморроя и анальных трещин и (или) хирургическое лечение (малоинвазивное) (при остром геморрое, в зависимости от медицинских показаний при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнено лечение лекарственными препаратами для местного лечения геморроя и анальных трещин и (или) гепаринами, или гепариноидами для местного применения, и (или) биофлавоноидами, и (или) хирургическое лечение (в том числе малоинвазивное) (при хроническом геморрое, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

11.46. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при холецистите (код по МКБ-10: K81)

N п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый	Да/Нет
2.	Выполнены исследование общего билирубина в крови, исследование активности щелочной фосфатазы, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование амилазы в крови, исследование глюкозы в крови	Да/Нет
3.	Выполнено ультразвуковое исследование печени, желчного пузыря и желчных протоков	Да/Нет
4.	Выполнена инфузионная терапия (пациентам с острым холециститом) (в зависимости от медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
5.	Выполнено лечение антибактериальными лекарственными препаратами системного действия (при остром холецистите) (в зависимости от	Да/Нет

	медицинских показаний и отсутствии	
6.	Выполнено хирургическое лечение в экстренной форме (при остром холецистите, осложненном перитонитом)	Да/Нет
7.	Выполнено хирургическое лечение в неотложной форме (при отсутствии эффекта от консервативного лечения)	Да/Нет
8.	Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый и исследование общего билирубина в крови, исследование активности щелочной фосфатазы, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование амилазы в крови, исследование глюкозы в крови (в послеоперационном периоде)	Да/Нет
9.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости или компьютерная томография органов брюшной полости (в послеоперационном периоде при подозрении на развитие осложнений)	Да/Нет
10.	Выполнены общий (клинический) анализ крови базовый, исследование общего билирубина в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, и исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови с целью раннего выявления возможных осложнений в послеоперационном периоде пациентам, перенесшим хирургическое лечение острого холецистита	Да/Нет
11.	Выполнены ультразвуковое исследование печени и ультразвуковое исследование желчного пузыря и желчных протоков или компьютерная томография брюшной полости с внутривенным контрастированием (при технической возможности) с целью выявления внутрибрюшной жидкости и расширения желчевыводящих путей в	Да/Нет

	послеоперационном периоде у пациентов, перенесших вмешательство по поводу острого холецистита, при подозрении на развитие осложнений	

11.49. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при остром панкреатите (коды по МКБ-10: K85.0, K85.1, K85.2, K85.3, K85.8, K85.9)

N п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено определение активности амилазы в крови	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости	Да/Нет
3.	Выполнена оценка органных и полиорганных дисфункций по шкале qSOFA	Да/Нет
4.	Выполнено компьютерная томография органов брюшной полости и (или) магнитно-резонансная томография органов брюшной полости для определения локализации патологических очагов и планирования оперативного лечения перед проведением хирургического вмешательства	Да/Нет
5.	Выполнено бактериологическое исследование содержимого, полученного при пункции или после выполнения санирующей операции	Да/Нет
6.	Выполнена госпитализация пациента в отделение реанимации и интенсивной терапии при выявлении органной недостаточности	Да/Нет
7.	Выполнена консервативная терапия (в ранней (I) фазе заболевания)	Да/Нет
8.	Выполнено хирургическое лечение в неотложной форме при развитии гнойных осложнений в поздней (II) фазе заболевания	Да/Нет
9.	Выполнены минимально инвазивные вмешательства (дренирование под ультразвуковым наведением, ретроперитонеоскопия, минилапаротомия с помощью набора для операций малого доступа и другие) при решении вопроса о	Да/Нет

	первичном дренировании абсцесса поджелудочной железы или гнойно-некротического парапанкреатита	
11.	Выполнено бактериологическое исследование содержимого (бактериологическое исследование перитонеальной жидкости на аэробные и факультативно-анаэробные условно-патогенные микроорганизмы), полученного при пункции или после выполнения санирующей операции	Да/Нет

11.51. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при хроническом панкреатите (коды по МКБ-10: K86.0, K86.1, K86.2, K86.3, K86.8, K90.3)

N п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено определение активности амилазы в крови	Да/Нет
2.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости	Да/Нет
3.	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием	Да/Нет
4.	Выполнены магнитно-резонансная холангиопанкреатография, и (или) магнитно-резонансная томография поджелудочной железы, и (или) магнитно-резонансная томография органов брюшной полости (по отдельности либо в сочетании, в зависимости от клинической ситуации), у пациентов с хроническим панкреатитом и впервые выявленным кистозным образованием поджелудочной железы	Да/Нет
5.	Выполнена эндосонография панкреатобилиарной зоны при клинических или лучевых признаках панкреатической или билиарной гипертензии, эндоскопических признаках изменений со стороны большого дуоденального сосочка	Да/Нет
6.	Выполнено исследование подкласса иммуноглобулина IgG4 в крови при аутоиммунной этиологии хронического панкреатита	Да/Нет

7.	Выполнено лечение анальгетиками или нестероидными противовоспалительными и противоревматическими лекарственными препаратами при интенсивном болевом синдроме	Да/Нет
8.	Выполнено лечение панкреатином в капсулах в дозе 40 - 50 тыс. МЕ липазы на основной прием пищи и 20 - 25 МЕ липазы на промежуточный прием пищи, кратностью не менее 5 раз в сутки, для проведения заместительной терапии	Да/Нет
9.	Выполнен осмотр врачом-хирургом и осмотр врачом-эндоскопистом	Да/Нет
10.	Выполнена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами системного действия широкого спектра за 30 минут до хирургического вмешательства (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
11.	Выполнено хирургическое вмешательство в плановой форме при неэффективности консервативного лечения	Да/Нет
12.	Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала поджелудочной железы	Да/Нет

11.54. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при желчнокаменной болезни (коды по МКБ-10: K80.0, K80.1, K80.2, K80.3, K80.4, K80.5, K80.8, K82.0, K82.1, K82.2, K82.3, K82.4, K82.8, K83.1, K83.3, K83.8, K87.0, K91.5)

N п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый	Да/Нет
2.	Выполнено исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование активности щелочной фосфатазы в крови, исследование активности гамма-глутамилтрансферазы в крови, исследование общего билирубина в крови и исследование прямого	Да/Нет

	(связанного) билирубина в крови, исследование активности альфа-амилазы панкреатической в крови	
3.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости с оценкой состояния печени, желчного пузыря, желчных протоков и поджелудочной железы	Да/Нет
4.	Выполнена магнитно-резонансная холангиопанкреатография или эндосонография панкреатобилиарной зоны при расширении желчных протоков и отсутствии четкой визуализации конкрементов в общем желчном протоке по данным ультразвукового исследования	Да/Нет
5.	Выполнена эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография при выявлении холедохолитиаза с помощью ультразвукового исследования или других методов	Да/Нет
6.	Выполнено направление пациента с холедохолитиазом, выявленном при ультразвуковом исследовании в медицинскую организацию, в которой проводится эндоскопическое исследование и вмешательство при холедохолитиазе, при невозможности выполнения в данной медицинской организации	Да/Нет
7.	Выполнена инфузионная терапия пациентам с острым холециститом и осложненными формами холедохолитиаза	Да/Нет
8.	Выполнено лечение антибактериальными лекарственными препаратами системного действия при остром холецистите среднетяжелого и тяжелого течения	Да/Нет
9.	Выполнена антибактериальная терапия при осложнении желчнокаменной болезни - остром холангите	Да/Нет
10.	Выполнено хирургическое лечение в экстренной форме при остром холецистите, осложненном перфорацией и диффузным или распространенным перитонитом	Да/Нет
11.	Выполнено хирургическое лечение в неотложной форме при остром	Да/Нет

	холецистите при отсутствии эффекта от консервативного лечения	
12.	Выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литоэкстрацией из общего желчного протока в неотложной форме при холедохолитиазе	Да/Нет
13.	Выполнена одномоментная операция - холецистэктомия и холедохолитотомия в неотложной форме при невозможности или неэффективности эндоскопической литоэкстракции из общего желчного протока	Да/Нет

11.65. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при острой кишечной непроходимости опухолевой этиологии (код по МКБ-10: K56.6)

N п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено пальцевое ректальное обследование	Да/Нет
2.	Выполнена обзорная рентгенография органов брюшной полости и (или) компьютерная томография органов брюшной полости и малого таза	Да/Нет
3.	Выполнена оценка эффективности проводимой консервативной терапии каждые 6 часов	Да/Нет
4.	Выполнена разметка области выведения кишечной стомы перед хирургическим вмешательством по поводу острой кишечной непроходимости	Да/Нет
5.	Выполнена ликвидация кишечной непроходимости	Да/Нет

11.74. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при прочих первичных грыжах брюшной стенки (коды по МКБ-10: K42.0, K42.1, K42.9, K43.6, K43.7, K43.9)

N п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (консультация) врача-хирурга первичный	Да/Нет
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый, общий (клинический) мочи, анализ крови биохимический	Да/Нет

	общетерапевтический перед операцией по поводу первичной грыжи брюшной стенки	
3.	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости	Да/Нет
4.	Выполнена консультация врача-специалиста по профилю сопутствующего заболевания (при наличии) перед операцией	Да/Нет
5.	Выполнена антибиотикопрофилактика цефалоспоринами первого поколения или ванкомицином (при доказанном риске MRSA) перед операцией	Да/Нет
6.	Выполнена профилактика тромбоэмболических осложнений перед операцией с учетом факторов риска	Да/Нет
7.	Выполнено хирургическое лечение с использованием сетчатых эндопротезов, или оперативное лечение с использованием видеоэндоскопических технологий, или аутопластика в плановой форме	Да/Нет
8.	Выполнено хирургическое лечение в экстренной форме при ущемлении грыжи	Да/Нет

12. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПРИ БОЛЕЗНЯХ КОЖИ И ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ

12.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при эпителиальном копчиковом ходе (коды по МКБ-10: L05.0; L05.9)

N п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено иссечение эпителиального копчикового хода (при неосложненных формах хронического воспаления эпителиального копчикового хода)	Да/Нет
2.	Выполнено иссечение эпителиального копчикового хода с или без пластики раны местными тканями (при осложненных формах хронического воспаления эпителиального копчикового хода)	Да/Нет