

КП № 145 НЕРАДИКАЛНО ОТСТРАНЯВАНЕ НА МАТКАТА

Минимален болничен престой – 5 дни

Минимален болничен престой при лапароскопски процедури – 2 дни

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

СУБТОТАЛНА АБДОМИНАЛНА ХИСТЕРЕКТОМИЯ

*68.31 ЛАПАРОСКОПСКА СУПРАЦЕРВИКАЛНА ХИСТЕРЕКТОМИЯ [LSH]

класическа инфрафасциална SEMM хистеректомия [CISH]

лапароскопска асистирана супрацервикална хистеректомия [LASH]

Абдоминална хистеректомия

Забележка: Субтотална (суправагинална) лапароскопска абдоминална хистеректомия – включва изваждане на матката със запазване на цервикса, свързан с влагалището
Тотална (лапароскопска) абдоминална хистеректомия – включва изваждане на матката, включително и цервикса
Радикална абдоминална хистеректомия – включва изваждане на матката и цервикса, горните 1-2 сантиметра от влагалището и параметралните тъкани

Кодирай също когато е направена:

- отстраняване на матка (35658-00 [1270])

90448-00 Субтотална лапароскопска абдоминална хистеректомия

Лапароскопска суправагинална (частична) хистеректомия

Включва: раздробяване
изваждане на матката през:

- лапароскопски порт
- влагалището

Не включва: изваждане на аднексите (едно или двустранно) (90448-02 [1268])

90448-01 Тотална лапароскопска абдоминална хистеректомия

Включва: раздробяване
изваждане на матката през:

- лапароскопски порт
- влагалището

Не включва: отстраняване на аднексите (едно- или двустранно) (90448-02 [1268])

90448-02 Тотална лапароскопска хистеректомия с отстраняване на придатъците

Субтотална лапароскопска хистеректомия с аднексите

Включва: изрязване на (едно- или двустранно):

- фалопиева тръба
- овариална киста
- яйчник

раздробяване

*68.39 ДРУГА СУБТОТАЛНА АБДОМИНАЛНА ХИСТЕРЕКТОМИЯ, БДУ

супрацервикална хистеректомия

Изключва:

класическа инфрафасциална SEMM хистеректомия [CISH] (68.31)

лапароскопска супрацервикална хистеректомия [LSH] (68.31)

35653-00 Субтотална абдоминална хистеректомия

Не включва: такава със:

- значителна ретроперитонеална дисекция (35661-00 [1268])
- радикално отстраняване на тазови лимфни възли (35670-00 [1268])
- отстраняване на аднексите (едно- или двустранно) (35653-04 [1268])

*68.4 ТОТАЛНА АБДОМИНАЛНА ХИСТЕРЕКТОМИЯ

разширена хистеректомия

35653-01 **Тотална абдоминална хистеректомия**
Не включва: такава със:
• значителна ретроперитонеална дисекция (35661-00 [1268])
• радикална тазова лимфна дисекция (35670-00 [1268])
• отстраняване на аднексите (едно – или двустранно) (35653-04 [1268])

35653-04 **Тотална абдоминална хистеректомия с отстраняване на яйчниците**
Субтотална абдоминална хистеректомия с аднексите
Включва: изрязване на (едно- или двустранно):
• фалопиева тръба
• овариална киста
• яйчник

ВАГИНАЛНА ХИСТЕРЕКТОМИЯ

кодирай също всяко едновременно:
отстраняване на тръби и яйчници - 65.31-65.64

***68.51 ЛАПАРОСКОПСКИ АСИСТИРАНА ВАГИНАЛНА ХИСТЕРЕКТОМИЯ**

Вагинална хистеректомия

35750-00 **Лапароскопски асистирана вагинална хистеректомия**
Лапароскопски асистирана вагинална хистеректомия
Не включва: отстраняване на аднекси (едно- или двустранно) (35753-02 [1269])

35753-02 **Лапароскопски асистирана вагинална хистеректомия с отстраняване на аднекси**

Включва: изрязване на (едно- или двустранно):
• фалопиева тръба
• овариална киста
• яйчник

Не включва: преминала към абдоминална хистеректомия (35756-03 [1269])

35756-00 **Лапароскопски асистирана вагинална хистеректомия, преминаваща към абдоминална хистеректомия**
Не включва: отстраняване на аднекси (едно- или двустранно) (35756-03 [1269])

35756-03 **Лапароскопски асистирана вагинална хистеректомия, преминаваща към абдоминална хистеректомия, с премахване на аднексите (придътъците)**

Включва: изрязване на (едно- или двустранно):
• фалопиева тръба
• овариална киста
• яйчник

***68.59 ДРУГА ВАГИНАЛНА ХИСТЕРЕКТОМИЯ**

Изключва:
лапароскопски асистирана вагинална хистеректомия – 68.51
радикална вагинална хистеректомия – 68.7

35657-00 **Вагинална хистеректомия**
Не включва: радикална вагинална хистеректомия (35667-01, 35664-01 [1269])

***68.9 ДРУГА И НЕУТОЧНЕНА ХИСТЕРЕКТОМИЯ**

хистеректомия БДУ

Включва:

абдоминална хистеректомия по всеки достъп - 68.3, 68.4, 68.6

вагинална хистеректомия по всеки достъп - 68.51, 68.59, 68.7

35673-02 **Вагинална хистеректомия с отстраняване на яйчниците**

Включва: изрязване на (едно- или двустранно):
• фалопиева тръба
• овариална киста
• яйчник

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.**

Отстранените при операцията органи и тъкани задължително подлежат на хистологично изследване. Резултатът от хистологичното изследване задължително се вписва в епикриза, издавана при (след) дехоспитализация.

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“.

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

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение II ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт по „Акушерство и гинекология”. Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Акушерство и гинекология”.

Допуска се отделение/клиника 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 **съгласно медицински стандарт по „Акушерство и гинекология”**, с изключение на изискванията за персонал.

Вместо изискване за разкрит ОАИЛ – II ниво се допускат легла за интензивно лечение към съответните структури (отделение/клиника) в ЛЗБП.

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 акушерство и гинекология или Клиника/отделение по гинекология
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Рентгенов апарат
5. Клинична лаборатория II ниво
6. Ехограф с необходимите трансдюсери
7. Лапароскоп при лапароскопски операции

Забележка* В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, определено с настоящия стандарт, 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 акушерство и гинекология.

2. ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ОСИГУРЕНИ 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 по клинична патология на територията на областта
2. КАТ/МРТ
3. Микробиологична лаборатория на територията на областта

Скъпопоструващи медицински изделия

Лапароскопски консумативи	НЗОК не заплаща посоченото изделие
---------------------------	------------------------------------

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- за акушерска структура за II ниво на компетентност – четирима лекари със специалност „Акушерство и гинекология“, един с допълнителна квалификация по ехография; лекар с допълнителна квалификация за гинекологични операции чрез лапароскопски достъп (в случай, че се извършват лапароскопски операции) ;
- за гинекологична структура за II ниво –двама лекари със специалност „Акушерство и гинекология“, един с допълнителна квалификация по ехография; лекар с допълнителна квалификация за гинекологични операции чрез лапароскопски достъп (в случай, че се извършват лапароскопски операции) ;
- лекари с призната специалност „Анестезиология и интензивно лечение“;

- лекар/и със специалност по кардиология;
- или
- лекар/и със специалност по вътрешни болести;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

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

- за акушерска структура за II ниво на компетентност – четирима лекари със специалност „Акушерство и гинекология“, един с допълнителна квалификация по ехография; лекар с допълнителна квалификация за гинекологични операции чрез лапароскопски достъп (в случай, че се извършват лапароскопски операции) ;
- за гинекологична структура за II ниво –двама лекари със специалност „Акушерство и гинекология“, един с допълнителна квалификация по ехография; лекар с допълнителна квалификация за гинекологични операции чрез лапароскопски достъп (в случай, че се извършват лапароскопски операции) ;
- лекари с призната специалност „Анестезиология и интензивно лечение“;
- лекар/и със специалност по детски болести;
- 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.

Забележка: 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:

- хеморагия в коремната кухина;
- профузни абнормни генитални кръвотечения;
- чревна непроходимост настъпила в резултат на гинекологично заболяване;
- перитонит, свързан с гинекологично заболяване;
- септично състояние от гинекологичен произход;
- случаи с тежко протичаща тазова възпалителна болест;
- остри усложнения на миомен възел;
- ретенция на урина в резултат от генитален пролапс;
- други форми на остър хирургичен корем от гинекологичен произход.

1.2. ПЛАНОВИ:

Абнормни генитални кръвотечения, неповлияващи се от консервативно лечение.

Миома (миоматоза) на матката в случаи на:

- общи размери на матката колкото и повече от тримесечна бременност независимо от наличието или липсата на оплаквания;
- особена локализация на миомните възли - субмукозни, на шийката и др.;
- усложнения на миомен възел: торзия, некроза;
- израждащ се субмукозен възел;
- бързо нарастване на миомния възел;

- неповлияващи се от консервативно лечение генитални кръвотечения;
- оплаквания поради натиск върху съседни органи.

Ендометриоза:

- на матката (аденомиоза) - при неповлияваща се дисменорея и генитални кръвотечения;
- тежки форми на външна ендометриоза.

Тежки форми на тазова възпалителна болест със сформирани на възпалителни аднексиални формации.

Генитален пролапс (десцензус и пролапс на матката).

Туморни формации в областта на аднексите с **бенигнен характер** - при жени в пре- и постменопауза при необходимост от отстраняване на аднекс, засегнат от бенигнено заболяване, е оправдано извършване и на хистеректомия.

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 медико-диагностични изследвания се взема до 2 часа за спешни пациенти и до 24 час за планово оперираните пациенти.

Електрокардиограма се извършва до 2 часа за спешни пациенти (по преценка) и до 24 час за планово оперираните пациенти.

Други инструментални /образни изследвания се извършват съобразно състоянието на пациента.

Предоперативната анестезиологична консултация се извършва до 2 часа за спешни пациенти и до 48 час за планово оперираните пациенти.

Болничното лечение след операция за екстирпация на матката (с или без придатъците ѝ) при гладко протекъл следоперативен период продължава до клинична преценка за стабилизиране състоянието на оперираната.

Фармакотерапия:

Оперативната интервенция се извършва под обща ендотрахеална анестезия, или спинална аналгезия, или аналгезия с епидурален катетър, като са възможни съчетания на ендотрахеална и проводна анестезия (според медицински стандарт "Анестезия и интензивно лечение").

При неусложнените случаи на оперирани се провежда 24-часова парентерална антибиотична профилактика. При възпалителни процеси и други рискови фактори продължителността на антибиотичната профилактика може да е по-голяма и се определя индивидуално. Вагиналните хистеректомии могат да се профилактират с перорален антибиотик или химиотерапевтик.

Пациентките могат да получават постоперативна хепаринова профилактика с продължителност поне 5 дни или до пълното им раздвижване

Възстановяването на пасажа от 3-ия постоперативен ден се осъществява по преценка на оператора или лекуващия лекар чрез клизми или медикаментозно.

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.

Постоперативно, след задължително хистологично изследване и патоморфологична диагноза.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- добро общо състояние;
- липса на фебрилитет (над 37.5 градуса) през последните 48 часа;
- липса на значими субективни оплаквания;
- спокойна оперативна рана;
- възстановен чревен пасаж и осигурен дренаж на урината;
- липса на патологични процеси в областта на операцията;
- коректно попълнен фиш „Клинико-лабораторен минимум”.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикриза.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза включена в Наредбата за диспансеризация, пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 40 от 2004 (обн. ДВ бр. 97/9.12.2011г.)

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

Към ИЗ на пациента се прилага следния фиш за клинико-лабораторен минимум при изписване:

КЪМ ИЗ № ОТ

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРЕН МИНИМУМ ПРИ ИЗПИСВАНЕ

дата:

ОТ ОБЩИЯ СТАТУС В ДЕНЯ НА ИЗПИСВАНЕТО

Корем: ☐ мек ☐ напрегнат ☐ балониран ☐ друго (опиши)

Микция: ☐ спонтанна, без резидуална урина ☐ друго (опиши)

Дефекация: ☐ спонтанна, 1-2 пъти дневно ☐ друго (опиши)

Раздвижване: ☐ ходи без чужда помощ ☐ друго (опиши)

<u>Аксиларна</u> <u>t°:</u>	<u>Пулс:</u>	<u>Перисталтика:</u> ☐ с обичаен интензитет ☐ друго (опиши)
<u>СЪСТОЯНИЕ НА ОПЕРАТИВНАТА РАНА:</u> ☐ свалени конци ☐ несвалени конци ☐ зараснала per primam ☐ друго (опиши)		
<u>ОТ ГИНЕКОЛОГИЧНИЯ СТАТУС В ДЕНЯ НА ИЗПИСВАНЕТО:</u> ☐ отговаря на извършената операция, без данни за усложнения ☐ друго (опиши)		
<u>КРЪВНА КАРТИНА:</u> Hb Ht Er Leu	<u>ХЕМОСТАЗЕОЛОГИЯ:</u> Вр. кръвене Фибриноген	<u>ДРУГИ ЛАБОРАТОРНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ:</u>
<u>ДРУГИ ДАННИ:</u>		

Лекуващ лекар:

III. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в *“История на заболяването”* (ИЗ) и в част II на *“Направление за хоспитализация”*, бл.МЗ – НЗОК №7.

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти *“Анестезия и интензивно лечение”* и *“Хирургия”*.

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни в ИЗ.

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

3.3. Документиране на следоперативните дни в 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)

Заболяване и необходимост от операция:

Вие имате заболяване, което налага оперативно премахване на матката. Нерядко премахването на матката не цели спасяване на живота Ви (той просто не е застрашен), а подобряване на неговото качество. Вие сте започнали да получавате кървене или болки. Тези оплаквания Ви пречат да пътувате, да се срещате с хора или просто ангажират мислите Ви. С други думи, не живеете пълноценно. Ако тези оплаквания не се повлияват от лекарства, не остава друго освен матката Ви да бъде оперирана. След като се възстановите от операцията, неприятностите остават в миналото

Технически данни за операцията:

Матката се премахва чрез един от следните три подхода:

- през разрез на **корема**;
- през разрез в дъното на **влагалището**;
- с помощта на специални прибори (лапароскоп), които се въвеждат в корема през малки отвори.

При премахване на матката през влагалището, по видимата част на тялото не остават никакви белези. Лапароскопската хирургия също почти не оставя белези и по принцип се понася по-леко. Тези два подхода, обаче, не винаги са възможни.

Ако Вашият оператор е избрал коремен разрез, има два варианта:

- **напречен** разрез в най-долната част на корема, или
- **надлъжен** разрез от половото окосмяване в посока към пъпа.

По някои медицински съображения, Вашият лекар може да няма избор и да настоява за надлъжен разрез. Надлъжният разрез определено дава по-добри възможности за ефикасна операция.

Когато говорим за “оперативно отстраняване на матката”, разбираме отстраняване на цялата матка – т.е. както на маточното тяло, така и на маточната шийка. В маточната шийка твърде често възниква рак. Отстранявайки я, ние предпазваме жената от такъв рак за целия ѝ бъдещ живот. Твърдението, че маточната шийка има решително участие в усещането за полова наслада е далече от истината.

Състоянието на маточните тръби и яйчниците не винаги може да се прецени предоперативно. Ако при операцията установим, че тръба или яйчник са засегнати от заболяване, ние трябва да премахнем всички болни органи.

Може би вече сте във възраст, когато яйчниците не функционират. Ако те не са засегнати от болестен процес, ние обикновено не ги отстраняваме, но можем да направим това – стига Вие изрично да сте го поискали.

По принцип, е възприето следното правило: при операция се отстраняват болните тъкани и органи – нито повече, нито по-малко.

Неусложнен следоперативен период

През първите часове след операцията в оперираните зони (коремна стена, тазови тъкани) се усеща болка. **Ние изключително държим на спокойствието на нашите болни и правим всичко възможно да сведем болката до минимум!**

За да проследим функцията на пикочната система, често се налага през първото денонощие след операцията в пикочния мехур да бъде оставен катетър. Някои специални операции налагат катетърът да остане и повече от едно денонощие

Почти винаги операторите прибегват до употребата на дренажи. "Дренаж" означава отвеждане на течности чрез огъваема тръбичка. Усещането при отстраняване на тръбичката не е по-неприятно от усещането при мускулна инжекция.

Следоперативното приложение на антибиотици не е задължително.

След коремни операции червата изискват известно време, за да възстановят функцията си. Това става към третия следоперативен ден и може да се съпътства от чувство за подуване на корема. Ако чувството за подуване Ви причинява безпокойство, съобщете на лекуващия екип.

Дори когато матката е била премахната през корема, в дъното на влагалището остава една "скрита" рана. Тя може да причини оскъдно влагалищно кървене.

След отстраняване на матката, Вие не можете да забременявате и да раждате деца. Ако преди операцията сте имали менструация, тя повече няма да се появи. При условие, че в тялото Ви е останала дори част от един функциониращ яйчник, липсата на менструация не води нито до наддаване на тегло, нито до топли вълни, нито до загуба на Вашата женственост. Разбира се, тези неща ще се случат един ден – със или без прекарана операция. Ако е било наложително и двата яйчника да бъдат премахнати, ще получите лекарски съвет за допълнително лечение.

Възможни следоперативни нарушения

По правило, отстраняването на матката протича без усложнения. В редки случаи е възможно да бъдат наранени съседни органи. При подобно усложнение, то най-често се коригира по време на самата операция и остава без никакви последствия. По изключение може да се наложи повторно оперативно лечение.

В коремната и тазова хирургия са известни и други усложнения, като: образуване на съсиреци (тромбози) в кръвоносните съдове; кръвотечения; потискане на чревната функция; инфекции. Тези усложнения днес се срещат все по-рядко.

Съществуват и рискове, свързани с медицинските намеси изобщо. Ако се наложи кръвопреливане, чуждата кръв може да вкара в организма микроб или вирус. Някои лекарства могат да предизвикат алергични реакции. Ще помогнете много и на себе си, и на нас, ако предварително ни съобщите за всички реакции, предизвикани в миналото Ви от лекарства, храни и др.

Някои данни свързани с времетраенето

Операцията за премахване на матката обикновено трае по-малко от 1 час. При необходимост, операцията може да продължи по-дълго. Времетраенето на операцията не е от съществено значение за оперативния риск.

Престоят в клиниката след такава операция е около 8 дни. При особено благоприятно протичане, можете да бъдете изписана и по-рано.

Един месец след операцията трябва да избягвате всякакви физически натоварвания и да не водите полов живот. След като месецът мине, трябва да се явите на контролен преглед. Лекарят ще Ви даде съвет по отношение на режима, който се налага да спазвате. Обикновено разрешаваме някои по-леки натоварвания, както и полов живот. Приема се, че 3 месеца след такава операция жената може да заживее и заработи пълноценно.