

КП № 176 ОПЕРАТИВНИ ПРОЦЕДУРИ ВЪРХУ ДАЛАКА ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

Минимален болничен престой – 5 дни

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ ПО МКБ-9КМ

РЕЗЕКЦИЯ ИЛИ ЕКСЦИЗИЯ НА ЛЕЗИИ ИЛИ ТЪКАНИ НА ДАЛАКА

Изключва:

ексцизия на акцесорен далак - 41.93

***41.42 ЕКСЦИЗИЯ НА ЛЕЗИЯ ИЛИ ТЪКАН НА ДАЛАК**

Изключва:

биопсия на далак - 41.32-41.33

Други процедури на далак

30375-21 Други процедури на далака

Ексцизия на:

- допълнителен далак

- тумор на далак

Трансплантация на далак

***41.43 ЧАСТИЧНА СПЛЕНЕКТОМИЯ**

Други ексцизионни процедури на далак

30596-00 Частична спленектомия

***41.5 ТОТАЛНА СПЛЕНЕКТОМИЯ**

спленектомия БДУ

Други ексцизионни процедури на далак

30597-00 Спленектомия

Ексцизия на далак

Тотална спленектомия

Включва: торако-абдоминална инцизия

Не включва: лапароскопска спленектомия (31470-00 [815])

частична спленектомия (30596-00 [815])

тази с панкреатектомия (30593-01 [978])

ДРУГИ ОПЕРАЦИИ НА ДАЛАКА

***41.93 ЕКСЦИЗИЯ НА АКЦЕСОРЕН ДАЛАК**

Други процедури на далак

30375-21 Други процедури на далака

Ексцизия на:

- допълнителен далак

- тумор на далак

Трансплантация на далак

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.

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 минимум II ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт по „Хирургия”. Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочения медицински стандарт.

В условия на спешност се допуска 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, с изключение на изискванията за персонал.

Вместо изискване за разкрит ОАИЛ се допускат легла за интензивно лечение към съответните структури (отделение/клиника) в ЛЗБП. Договор при тези условия ЛЗБП може да сключи само в случай, че на територията на населеното място няма друго лечебно заведение, сключил о договор по тази КП.

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 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 обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по хирургия.

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

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Ушиватели	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Лапароскопски консумативи	НЗОК не заплаща посочените изделия
Сонди за йеюнално хранене	НЗОК не заплаща посочените изделия
Мешове и протезни материали	НЗОК не заплаща посочените изделия

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

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

- четирима лекари с придобита медицинска специалност по хирургия. За осъществяване на диагностичните дейности лечебното заведение, в което има структура по хирургия от второ ниво на компетентност, трябва да разполага и с един лекар с придобита квалификация за извършване на ехография, както и един лекар с придобита квалификация за извършване на горна и долна ендоскопия;

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- 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

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

1.1. СПЕШНИ:

- коремна травма;
- тъпа травма на корема;
- отворена проникваща коремна травма;
- гръдна травма;
- комбинирана гръдно-коремна травма;
- руптура на далака.

1.2. ПЛАНОВИ:

Най-често планова хоспитализация за спленектомия се предприема за болни, при които отстраняването на далака дава трайно излекуване или за нуждите на диагнозата и стадирането на някои заболявания.

Стадираща процедура или лечение на заболяването:

- вродена сфероцитоза;
- автоимунна анемия;
- болест на Ходжкин;
- имунна тромбоцитопенична пурпура;
- тромботична тромбоцитопенична пурпура;

- първични кисти или тумор.

При хроничен хиперспленизъм:

- косматоклетъчна левкемия;
- лимфопролиферативни заболявания (неходжкинови лимфоми);
- синдром на Felty;
- болест на Gaucher;
- talassemia major;
- хемодиализна спленомегалия;
- тромбоза на лиеналната вена;
- сърповидноклетъчна анемия.

2. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ В ПОСОЧЕНИТЕ ВАРИАЦИИ И ВЪЗМОЖНОСТИ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

При подготовка на болния в лечебното заведение:

1. Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 24 часа от хоспитализацията на пациента.
2. Образни изследвания се извършват до 48 часа от началото на хоспитализацията на пациента.

Травмата на далака е най-честата индикация за спленектомия по спешност. Известно е, че смъртността в резултат на травма на далака се движи между 10 и 20%. Това е най-често наранявания орган в корема. По време на автомобилни и други битови инциденти се получава нараняване и лезия на далака след удар в лявата коремна половина или при фрактура на ребра в лявата част на гръдната клетка. Диагнозата и клиничната симптоматика може да варира. Поради факта, че далакът получава около 5% от сърдечния дебит кръв, при негово нараняване, особено в зоната на съдовия педикул, се получава остра масивна кръвозагуба, тежък хемоперитонеум и шок. В някои случаи може да се наблюдава лезия в пулпата на слезката, или адхезиите към перитонеума или диафрагмата могат да ограничат острата кръвозагуба. Така обособените субкапсуларни хематоми могат да руптурират в коремната кухина в различен интервал от време след травмата.

Хоспитализация по спешност в болница е задължителна при всяко обосновано съмнение за руптура на далака. Стойност за точна диагноза има перитонеалният лаваж, доказващ наличие на кръв в корема. Образните методи, имащи значение за диагнозата при травма на далака, са много, но най-информативни в условия на спешност са ехографията и компютърната томография на корема.

Спленектомията като процедура за определяне стадия на заболяването се използва при болестта на Ходжкин и се нарича ЕЛС (експлоративна лапаротомия и спленектомия). Докато в миналото почти всеки болен с това хематологично заболяване се подлагаше на ЕЛС за уточняване обхващането от болестния процес на лимфните възли под диафрагмата, сега тази процедура се прилага рядко, само при подбрани пациенти. Причина за това са нарасналите диагностични възможности на други по-малко инвазивни методи, на първо място КТ на корема.

Болестта на Ходжкин е малигнен лимфом, с характерни типични многоядрени гигантски клетки. Повечето болни имат първоначално една безсимптомна лимфаденопатия на шията, аксиларно или ингвинално. Ретроперитонеално или медиастинално увеличение на лимфните възли е възможно, но се доказва със специални изследвания. Основните признаци - фебрилитет, нощно изпотяване, загуба на тегло и пруритус се наричат "Б-признаци" и обикновено са налице в напреднал стадий на болестта, когато прогнозата не е добра. Известна тук е типичната температура на Pel-Ebstein – неколкодневни фебрилни епизоди, редуващи се с дни на нормална температура. Класификацията при болестта на Ходжкин е на основата на преобладаващия клетъчен компонент - преобладаващ лимфоцитен, нодуларна склероза, смесено клетъчен и лимфоцитно изчерпване. Клиничното стадиране включва: стадий 1 - само един регион е обхванат увеличението на лимфните възли; стадий 2 – процеса е ограничен в 2 региона; стадий 3 - има обхващане на лимфни възли от двете страни на диафрагмата; стадий 4 - дисиминирано възлово увреждане. Поради това, че субдиафрагмалното възвличане най-често обхваща далака и далачните хилусни лимфни възли, това е и основната причина за спленектомията. Увеличен далак се намира често и може да достигне до 400 грама и повече, но наличието на нормален по размер далак не изключва неговото обхващане от процеса. Чернодробно обхващане от

болестта може да има рядко, ако далакът не е ангажиран. Затова винаги при хирургичното стадиране на процеса се взема и биопсия от черния дроб. За разлика от далака, който по-често е променен и макроскопски, черният дроб може да е съвсем нормален на вид.

Неходжкинови лимфоми. Тази голяма група болести са първични нарушения на лимфо-ретикулната система. Тук няма изразеното типично лимфно-възлово възвличане по региони, симптомите са атипични и дисиминирането на процеса е честа находка при поставянето на диагнозата. И тук съществуват много възможности за лечение, главно чрез химиотерапия. Стадиращата лапаротомия рядко се налага и най-вече за болни, при които болестта е все още ограничена и при които находката от лапаротомията би повлияла значимо на избора на последващото лечение. Спленектомия се извършва и при тези болни, за повлияване на хематологичната депресия на вторичния хиперспленизъм или значителна спленомегалия.

Спленектомия при анемии. Хемолитичната анемия се получава в резултат на повишена деструкция на еритроцитите. В норма костният мозък при възрастен човек може да произвежда 6 до 8 пъти повече червени кръвни клетки от необходимото и затова, за да се прояви клинично анемия, е необходима тежка и продължителна деструкция. Вродената сфероцитоза е сравнително често генетично обусловено увреждане на еритроцитната мембрана, което води до хемолитична анемия. Дефектът в мембраната на еритроцита се дължи на липсата на спектрин - основен компонент на скелета на мембраната, в резултат се нарушава здравината на мембраната и така увредените еритроцити (сфероцити) се задържат в червената пулпа на далака, където се подлагат на разпад от ретикулоендотелните клетки. Апластична криза се провокира от вирусна инфекция, следва рязко повишаване на билирубина и жълтеница. В една четвърт до половината от пациентите има като последствие калкулозен холецистит и холелитиаза. Спленектомията има пълен лечебен ефект, когато се допълва с холецистектомия.

Таласемия майор е най-тежката форма на вродените анемии поради дефект в синтеза на хемоглобин. Клиничната проява на тежката анемия проличава още през първата година след раждането и се характеризира с бледост на кожата, забавяне на растежа и голяма глава с таласемичен фациес. Има изразена спленомегалия и хепатомегалия. Лечението се състои в продължителни хемотрансфузии, желязо-почистваща терапия и при отделни пациенти - спленектомия.

Имунната тромбоцитопенична пурпура е синдром, характеризиращ се с персистираща тромбоцитопения поради въздействието на антитромбоцитни антитела главно Ig G. Най-често болестта се установява при млади жени. Кървенето в тялото засяга различни органи и системи, но се разпознава по подкожните петехии и екхимози, кървене от мукозите, метрорагии. Тежестта на кръвоизливите зависи от броя на тромбоцитите. Кинетиката на тромбоцитната деструкция се изразява в голямо производство на мегакариоцити и скъсен живот на тромбоцитите.

При много от болните с автоимунни заболявания се прилага кортикостероидна терапия по схема. Трансфузии на пресни тромбоцити преди операцията се ползват при тежки тромбоцитопении. Хемотрансфузия рядко се налага предоперативно - най-вече при тежки хемолитични анемии.

Провежда се антибиотична профилактика периперативно и до 48 часа следоперативно. Тромбоемболичните усложнения се предотвратяват с нискомолекулярен хепарин. При необходимост, се прилагат локални хемостатици.

Медикаментозното лечение в пред- и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя на базата на оперативната диагноза, данните от лабораторните и инструменталните методи за неонкологичните заболявания и след задължително хистологично изследване с патоморфологична диагноза (определяне на степен на малигненост и стадии на тумора по TNM класификация) при онкологичните.

При малигнени лимфоми се определя вида, формата и се извършва имунофенотипизация.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- първично заздравяване на оперативната рана;
- гладък следоперативен период, липса на фебрилитет.

Довършване на лечебния процес и проследяване

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

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

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

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

III. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

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

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

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни в *“История на заболяването”* (ИЗ) .

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

ХИРУРГИЧНО ПРЕМАХВАНЕ НА ДАЛАКА (СПЛЕНЕКТОМИЯ)

Далакът е орган с тежест в норма 100 до 170 грама, разположен в лявата горна част на корема. Той има много силно кръвоснабдяване и е покрит с тънка ципа - перитонеум. Кръвта се доставя чрез далачната артерия и се оттича през далачната вена. Червената и бялата пулпа са двете основни части на далачната тъкан. Функциите на далака за човешкия организъм са свързани главно с имунната система. Той представлява филтър, където се коригират и направляват имунните функции. Когато далакът се отстрани, тези функции се загубват. Филтърната функция на далака позволява в него да се извършва отстраняването на еритроцити, както и на бели кръвни клетки. Еритроцитите, които по някаква причина имат нарушение във формата, размера или съдържанието на хемоглобина в тях, се залавят, натрупват и разграждат в далачната пулпа. Едни от клетките на далака - макрофаги и ретикулоцити, участват в процеса на отстраняването на бактериите или чуждите клетки, попаднали в организма, и особено когато тези бактерии вече са обвити от антитела или от опсонини - помощни белтъци при разграждането. Така далакът участва в специфичния и неспецифичен имунен отговор. Третата важна функция на далака е изработването на специални антитела от групата Ig M.

Поради тези важни функции отстраняването на далака вече се извършва само по строги показания, при определени заболявания и при травма, при която анатомичното нарушение на целостта на този орган не позволява неговото съхраняване. Особено ограничени са показанията за отстраняване на далака в детска възраст. Острата кръвозагуба при нараняване на далака може в кратък срок да доведе до тежък колапс и хеморагичен шок и до фатален изход. Затова в условията на спешност често пъти единственият избор на хирурга е да отстрани разкъсания и кървящ орган, за да спаси живота на пострадалия. При деца с нараняване на далака се полагат максимални усилия за зашиване или залепване на далака. От друга страна при редица хематологични заболявания, отстраняването на този орган чрез операция е условие за оздравяване в много случаи. Така при хемолитичните анемии, тромбоцитопениите и при някои левкемии, спленектомията в планов ред дава много добри лечебни резултати и трайно излекуване.

При планови операции се прилага по индикации антипневмококова ваксина, за предпазване от следоперативен сепсис.

Спленектомия се нарича оперативното отстраняване на далака. Тя се извършва под обща анестезия чрез разрез на коремната стена - най-често срединна лапаротомия. След придърпване на далака, хирургът превързва и пресича кръвоносните съдове и освобождава срастванията и прикрепващите връзки. В някои случаи размерът на увеличения далак може да бъде огромен, операцията да е технически трудна и пациентът да загуби много кръв. При травма и разкъсване на органа още при отварянето на корема се установява масивен хемоперитонеум или излив на кръв в корема, което налага много бързо извършване на операцията и преливане на големи количества кръв.