

# КП № 149 ОПЕРАТИВНИ ИНТЕРВЕНЦИИ ЧРЕЗ ДОЛЕН ДОСТЪП ЗА ОТСТРАНЯВАНЕ НА БОЛЕСТНИ ИЗМЕНЕНИЯ ИЛИ ИНВАЗИВНО ИЗСЛЕДВАНЕ НА ЖЕНСКИТЕ ПОЛОВИ ОРГАНИ

Минимален болничен престой – до 24 часа

## КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ ПО МКБ-9КМ

### \*67.11 ЕНДОЦЕРВИКАЛНА (КРЪГОВА) БИОПСИЯ

*Изключва:*

Конизация

### Ексцизионни процедури на маточна шийка

35608-02 Биопсия на маточна шийка  
Ендоцервикален кюретаж  
Щипкова биопсия на шийка

### \*67.2 КОНИЗАЦИЯ НА ШИЙКАТА

*Изключва:*

такава чрез:

криохирургия - 67.33

електрохирургия - 67.32

35618-00 Конусна биопсия на маточна шийка  
*Не включва:* с лазер (35618-01 [1276])

### \*67.4 АМПУТАЦИЯ НА ШИЙКАТА

цервиксектомия с едновременно колпорофия

35618-04 Ампутация на шийка

### ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ НА МАТКА И ПОДДЪРЖАЩИ СТРУКТУРИ

### \*68.12 ХИСТЕРОСКОПИЯ

### Процедури за изследване на матка

35630-00 Диагностична хистероскопия  
*Включва:* биопсия  
*Не включва:* такава с

- отделяне на:
  - вътрематочни сраствания (35633-00 [1262])
  - маточна преграда (35634-00 [1262])
- фалопоскопия (35710-00 [1248])
- миомектомия (35623-00 [1266])
- тубарна катетеризация (35633-02 [1261])
- маточна полипектомия (35633-01 [1266])

### \*68.16 ЗАТВОРЕНА БИОПСИЯ НА МАТКА

хистероскопска биопсия на матка

*Изключва:*

Отворена биопсия на матка – 68.13

35630-00 Диагностична хистероскопия  
*Включва:* биопсия

*Не включва:* такава с

- отделяне на:
  - вътрематочни сраствания (35633-00 [1262])
  - маточна преграда (35634-00 [1262])
- фалопоскопия (35710-00 [1248])
- миомектомия (35623-00 [1266])
- тубарна катетеризация (35633-02 [1261])
- маточна полипектомия (35633-01 [1266])

#### **ДИЛАТАЦИЯ И КЮРЕТАЖ НА МАТКА**

*Изключва:*

аспирационен кюретаж на матката - 69.51-69.59

#### **\*69.09 ДРУГА ДИЛАТАЦИЯ И КЮРЕТАЖ НА МАТКА**

диагностични дилатация и кюретаж

### **Кюретаж и евакуация на матка**

35640-00 Дилатация и кюретаж на матка (D&C)

*Не включва:* дилатация и евакуация (35643-03 [1265])  
аспирационен кюретаж (35640-03 [1265])  
такава след раждане (16564-00 [1345])

#### **ИНЦИЗИЯ НА ВЛАГАЛИЩЕ И ДЪГЛАСОВО ПРОСТРАНСТВО (CUL-DE-SAC)**

##### **\*70.11 ХИМЕНОТОМИЯ**

инцизия на химен(при атрезия на химен)

### **Ексцизионни процедури на влагалище**

35509-00 Хименектомия  
Разделяне на химен

#### **ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ НА ВЛАГАЛИЩЕ И ДЪГЛАСОВО ПРОСТРАНСТВО (CUL-DE-SAC)**

**\*70.21 ВАГИНОСКОПИЯ (ПОД АНЕСТЕЗИЯ)** - само при деца до 14 год.възраст

### **Процедури за изследване на влагалище**

35539-04 Вагиноскопия

#### **ОПЕРАЦИИ НА БАРТОЛИНОВА ЖЛЕЗА**

**\*71.23 МАРСУПИАЛИЗАЦИЯ НА БАРТОЛИНОВА ЖЛЕЗА (КИСТА)**

### **Други ексцизионни процедури на вулва, перинеум или клито**

35513-00 Лечение на киста на Бартолинова жлеза

*Включва:* лечение чрез:

- ексцизия
- инцизия
- марсупиализация

*Не включва:* лечение абсцес на Бартолинова жлеза (35520-00 [1290])

#### **\*71.24 ЕКСЦИЗИЯ ИЛИ ДРУГА ДЕСТРУКЦИЯ ПРИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА БАРТОЛИНОВА ЖЛЕЗА**

35513-00 Лечение на киста на Бартолинова жлеза

*Включва:* лечение чрез:

- ексцизия
- инцизия
- марсупиализация

Не включва: лечение абсцес на Бартолинова жлеза (35520-00 [1290])

**ДРУГА ВУЛВЕКТОМИЯ**

**\*71.61 ЕДНОСТРАННА ВУЛВЕКТОМИЯ**

**Вулвектомия**

35536-01 Вулвектомия, едностранна

**\*71.62 ДВУСТРАННА ВУЛВЕКТОМИЯ**

вулвектомия БДУ

35536-02 Вулвектомия, двустранна

**ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА ВУЛВА И ПЕРИНЕУМ**

Изключва:

възстановяване на прясно следродово разкъсване – 75.69

**\*71.71 ШЕВ НА РАЗКЪСВАНИЯ НА ВУЛВАТА ИЛИ ПЕРИНЕУМА**

**Възстановителни процедури на вулва или перинеум**

35533-00 Вулвопластика  
Пластика на лабии

**Изискване:** Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура, с изключение на \*68.12(35630-00 и \*70.21(35539-04) и минимум по една диагностична/инвазивна процедура от две различни групи (рубрики) **кодове по МКБ 9 КМ, посочени в Приложение № 24.**

Отстранените при операцията тъкани задължително подлежат на хистологично изследване (процедура с код 91.49 от Приложение № 24). Резултатът от хистологичното изследване задължително се вписва в епикризата, издавана при (след) дехоспитализация.

При провеждане на процедура с код 68.16(35630-00) – затворена биопсия на матка, задължително се извършва хистологично изследване. Резултатът от същото задължително се вписва в епикризата, издавана при (след) дехоспитализация.

При провеждане на процедури с код 68.12(35630-00) и 70.21(35539-04) не е задължително извършването на биопсия.

Процедура с МКБ код \*70.11(35509-00) хименотомия - инцизия на химен (при атрезия на химен) се извършва само в клиника/отделение по детско – юношеска гинекология.

**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 - ро 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

При деца под 9-годишна възраст основна процедура с код по МКБ-9КМ \*71.71(35533-00) може да бъде изпълнена и в Клиника/Отделение по Детска хирургия III ниво, съгласно Стандарта по детска хирургия, с участието на специалист – гинеколог.

## **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.

| <b>Задължително звено/медицинска апаратура</b>                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Клиника/отделение по акушерство и гинекология<br>или<br>Клиника/отделение по гинекология<br>Или<br>Клиника/отделение по детска хирургия III ниво – само за код *71.71(35533-00) |
| 2. Операционен блок/зали                                                                                                                                                           |
| 3. ОАИЛ/КАИЛ                                                                                                                                                                       |
| 4. Рентгенов апарат                                                                                                                                                                |
| 5. Клинична лаборатория II ниво                                                                                                                                                    |
| 6. Ехограф с абдоминален и вагинален трансдюсер                                                                                                                                    |

**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.

| <b>Задължително звено/медицинска апаратура</b>                  |
|-----------------------------------------------------------------|
| 1. Лаборатория по клинична патология на територията на областта |
| 2. КАТ/МРТ                                                      |
| 3. Микробиологична лаборатория на територията на областта       |

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

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

- за акушерска структура за II ниво на компетентност –четирима лекари със специалност „Акушерство и гинекология“; един с допълнителна квалификация по ехография;
- за гинекологична структура за II-ро ниво –двама лекари със специалност „Акушерство и гинекология“; един с допълнителна квалификация по ехография и един с допълнителна квалификация по хистероскопия (само за хистероскопия – отлагателен срок до 01.01.2016г.);
- лекари с призната специалност „Анестезиология и интензивно лечение“;
- 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;
- за гинекологична структура за II-ро ниво –двама лекари със специалност „Акушерство и гинекология“; един с допълнителна квалификация по ехография и един с допълнителна квалификация по хистероскопия (само за хистероскопия – отлагателен срок до 01.01.2016г.);
- пет лекари със специалност по детска хирургия в съответната/то специализирана/но клиника/отделение по детска хирургия и допълнителна квалификация съгласно стандарт по „Хирургия“, само за код \*71.71(35533-00) при деца под 9-годишна възраст и един лекар със специалност „Акушерство и гинекология“;
- 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 с остра кръвозагуба – хемоглобин под 100 g/l
- хематоколпус
- травматична увреда на перинеум и/или влагалище

#### **1.2. ПЛАНОВИ:**

- съмнение за новообразувания на ендометриума и маточна шийка, както и вулва и перинеум;
- абнормни генитални кръвотечения;
- вродени или придобити аномалии или промени в анатомията на гениталиите

### **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 и до 24 час за планово оперираните пациенти (по преценка).

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.

Следоперативния период има различна продължителност в зависимост от нозологичната единица. Това се определя от клиничното състояние на пациентката, обема на оперативната интервенция, обективния гинекологичен статус и придружаващите заболявания.

#### **Фармакотерапия**

Диагностичните и лечебните манипулации се извършват под краткотрайна венозна или обща анестезия.

При оперираните се провежда перорална антибиотична профилактика.

При възпалителни процеси и други рискови фактори се провежда перорална антибиотична терапия съобразена с обективното състояние и след получаване на резултатите от микробиологичното изследване – в зависимост от антибиограмата.

Обезболяването в ранния следоперативен период се провежда с аналгетични препарати – наркотични нестероидни противовъзпалителни обезболяващи средства или през епидурален катетър.

При извършването на процедури с кодове \*68.12 и \*70.21 се изготвя протокол за извършените процедури, в който се вписват саморъчно името на извършилия изследването и личен подпис.

**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.**

Поставя се според клиничните симптоми, предоперативния гинекологичен статус, по време на операцията и след задължително хистологично изследване на оперативен материал.

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

**Медицински критерии за дехоспитализация:**

- коректно попълнен фиш "Клинико- лабораторен минимум";
- добро общо състояние;
- липса на фебрилитет (над 37.5 градуса) през последните 48 часа;
- липса на значими субективни оплаквания;
- липса на патологични процеси в областта на операцията;
- възстановена микция и дефекация.

#### **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.

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

КЪМ ИЗ № ..... ОТ .....

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРЕН МИНИМУМ ПРИ ИЗПИСВАНЕ

дата: .....

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                          |                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ОТ ОБЩИЯ СТАТУС В ДЕНЯ НА ИЗПИСВАНЕТО</b><br><b>Корем:</b> <input type="checkbox"/> мек <input type="checkbox"/> напрегнат <input type="checkbox"/> балониран <input type="checkbox"/> друго (опиши)<br><b>Микция:</b> <input type="checkbox"/> спонтанна, без резидуална урина <input type="checkbox"/> друго (опиши)<br><b>Дефекация:</b> <input type="checkbox"/> спонтанна, 1-2 пъти дневно <input type="checkbox"/> друго (опиши)<br><b>Раздвижване:</b> <input type="checkbox"/> ходи без чужда помощ <input type="checkbox"/> друго (опиши) |                                                          |                                                                                                           |
| <b>Аксиларна</b><br><b>t°:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Пулс:</b>                                             | <b>Перисталтика:</b> <input type="checkbox"/> с обичаен интензитет <input type="checkbox"/> друго (опиши) |
| <b>СЪСТОЯНИЕ НА ОПЕРАТИВНАТА РАНА:</b> <input type="checkbox"/> свалени конци <input type="checkbox"/> несвалени конци<br><input type="checkbox"/> зараснала per primam <input type="checkbox"/> друго (опиши)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                          |                                                                                                           |
| <b>ОТ ГИНЕКОЛОГИЧНИЯ СТАТУС В ДЕНЯ НА ИЗПИСВАНЕТО:</b><br><input type="checkbox"/> отговаря на извършената операция, без данни за усложнения<br><input type="checkbox"/> друго (опиши)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                          |                                                                                                           |
| <b>КРЪВНА КАРТИНА:</b><br><br>Hb<br>Ht<br>Er<br>Leu                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>ХЕМОСТАЗЕОЛОГИЯ:</b><br><br>Вр. кървене<br>Фибриноген | <b>ДРУГИ ЛАБОРАТОРНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ:</b>                                                                     |
| <b>ДРУГИ ДАННИ:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                          |                                                                                                           |

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)

Предлагаме Ви маточен кюретаж, защото:

В момента губите кръв и няма друг начин да спрем кървенето.

Вашата бременност е нарушена необратимо. Ако дори част от нея остане в матката, съществува сериозен риск за здравето Ви.

Страдате от гинекологично заболяване, което може да бъде излекувано чрез кюретаж.

Твърде вероятно страдате от гинекологично заболяване. Трябва да разберем дали това е вярно и в какво точно се състои Вашето заболяване.

Предлагаме Ви конизация, защото:

Доказано е, че страдате от гинекологично заболяване, което обикновено се излекува напълно и окончателно чрез конизация.

Съществува съмнение, че страдате от гинекологично заболяване. Трябва да разберем дали това е вярно и в какво точно се състои Вашето заболяване.

Предлаганите Ви операции се извършват през влагалището. Това става в специално оборудвана зала, при стриктно спазване на всички правила за безопасност.

Ще Ви бъде осигурен надежден метод за обезболяване. Обикновено избираме краткотрайно общо обезболяване с помощта на венозна инжекция или обезболяване чрез инжекция в областта на кръста (спинална или епидурална анестезия).

И при най-прецизна работа съществува минимален риск от нараняване на съседни органи. Макар и рядко, такива усложнения могат да наложат допълнително лечение (по изключение – коремна операция).

В хирургията са известни и други усложнения (напр. нарушения в съсирването на кръвта, възпаления и др.). В рамките на съвременната медицина и при предлаганата Ви операция те са изключително редки.

Съществуват и рискове, свързани с оперативните намеси изобщо – без оглед дали са големи или малки. Така например, при кръвопреливане чуждата кръв може (в редки случаи) да вкара в организма Ви микроб или вирус. Някои лекарства могат да причинят свръхчувствителност (алергия). Моля, съобщете ни за всички реакции, предизвикани в миналото Ви от лекарства, храни и др.!

При липса на усложнения ще бъдете изписана на същия или следващия ден.

Окончателен отговор на въпросите около същността на Вашето заболяване и дали е необходимо допълнително лечение ще бъде даден тогава, когато е налице резултат от изследването на отстранените тъкани, т.е. не по-рано от 7-10 дни след операцията.

Повече подробности можете да получите от лекуващия лекар. Не се колебайте да му задавате въпроси!