

КП № 189 ОПЕРАТИВНИ ПРОЦЕДУРИ ВЪРХУ ПАНКРЕАС И ДИСТАЛЕН ХОЛЕДОХ, С ГОЛЯМ И МНОГО ГОЛЯМ ОБЕМ И СЛОЖНОСТ

Минимален болничен престой – 4 дни

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ ПО МКБ-9КМ

СИМПАТЕКТОМИЯ

*05.29 ДРУГА СИМПАТЕКТОМИЯ ИЛИ ГАНГЛИОНЕКТОМИЯ

ексцизия или авулзия на симпатиков нерв БДУ
симпатикова ганглионектомия БДУ

Изключва:

биопсия на симпатиков нерв или ганглий - 05.11

оптикоцилиарна невректомия - 12.79

периартериална симпатектомия - 05.25

тимпаносимпатектомия - 20.91

Хирургична симпатектомия

Разделяне }
Невректомия } на симпатиков нерв

Не включва: реоперация при предишна хирургическа симпатектомия (35006-00, 35009-00, 90015-00 [85])

90014-00 Друга хирургична симпатектомия
Периартериална хирургична симпатектомия
Хирургична ганглионектомия:
• сфенопалатинен възел
• симпатиков БДУ

ЛОКАЛНА ЕКСЦИЗИЯ ИЛИ ДЕКТРУКЦИЯ НА ЛЕЗИЯ ИЛИ ТЪКАН НА ЖЛЪЧНИТЕ ПЪТИЩА ИЛИ СФИНКТЕР НА ODDI

кодирай също друга анастомоза, освен тази край-с-край - 51.31, 51.36-51.39

Изключва:

биопсия на жлъчен проток - 51.12-51.13

*51.62 ЕКСЦИЗИЯ НА АМПУЛАТА НА VATER (С РЕИМПЛАНТАЦИЯ НА ОБЩИЯ ПРОТОК)

Други ексцизионни процедури на жлъчен мехур, жлъчни пътища или сфинктер на Оди

30458-02 Локална ексцизия на лезия на жлъчни пътища или сфинктер на Оди
Ендоскопска ексцизия на тумор на:
• ампула Vateri
• общ жлъчен канал
• дуктус цистикус
• дуктус хепатикус
• периампуларно
• сфинктер на Oddi

Включва: холедохотомия

ПАНКРЕАТОТОМИЯ

*52.09 ДРУГА ПАНКРЕАТОТОМИЯ

панкреатолизотомия

Изключва:

дренаж чрез анастомоза - 52.4, 52.96

инцизия на панкреасен сфинктер - 51.82

марсупиализация на киста - 52.3

Инцизионни порцедури на панкреас

30375-14 Инцизия и дренаж на панкреас

ЛОКАЛНА ЕКСЦИЗИЯ ИЛИ ДЕКТРУКЦИЯ НА ПАНКРЕАС И ПАНКРЕАСЕН ПРОТОК

Изключва:

биопсия на панкреас - 52.11-52.12, 52.14

панкреасна фистулектомия - 52.95

*52.22 ДРУГА ЕКСЦИЗИЯ ИЛИ ДЕКТРУКЦИЯ НА ЛЕЗИЯ ИЛИ ТЪКАН НА ПАНКРЕАС ИЛИ ПАНКРЕАСЕН ПРОТОК

Други ексцизионни порцедури на панкреас или панкреатичен канал

30578-00 Ексцизия на панкреатична лезия или панкреатичен канал
Включва: изследване

*52.3 МАРСУПИАЛИЗАЦИЯ НА ПАНКРЕАСНА КИСТА

Изключва:

дренаж на киста с катетър - 52.01

Инцизионни порцедури на панкреас

30375-27 Марсупиализация на панкреатична киста

*52.4 ВЪТРЕШЕН ДРЕНАЖ НА ПАНКРЕАСНА КИСТА

панкреатикоцистодуоденостомия
панкреатикоцистогастростомия
панкреатикоцистойеюностомия

Инцизионни порцедури на панкреас

30375-14 Инцизия и дренаж на панкреас

Анастомоза на панкреас

Забележка: Изпълнена при:
• панкреатична киста
• панкреатит

Не включва: холецистопанкреатостомия (30460-02 [969])
холедохопанкреатостомия (30460-06 [969])

30586-00 Анастомоза на панкреас към дуоденум

ЧАСТИЧНА ПАНКРЕАТЕКТОМИЯ

Изключва:

панкреасна фистулектомия - 52.95

*52.51 ПРОКСИМАЛНА ПАНКРЕАТЕКТОМИЯ

ексцизия на главата на панкреаса (с част от тялото)
проксимална панкреатектомия с едновременна дуоденектомия

Панкреатектомия

30593-00 Панкреатектомия

*52.52 ДИСТАЛНА ПАНКРЕАТЕКТОМИЯ

ексцизия на опашката на панкреаса (с част от тялото)

Панкреатектомия

30583-00 Дистална панкреатектомия

*52.53 РАДИКАЛНА СУБТОТАЛНА ПАНКРЕАТЕКТОМИЯ

Панкреатектомия

30593-00 Панкреатектомия

*52.59 ДРУГА ЧАСТИЧНА ПАНКРЕАТЕКТОМИЯ

Панкреатектомия

30593-00 Панкреатектомия

*52.6 ТОТАЛНА ПАНКРЕАТЕКТОМИЯ

панкреатектомия с едновременна дуоденектомия

Панкреатектомия

30593-00 Панкреатектомия

***52.7 РАДИКАЛНА ПАНКРЕАТИКОДУОДЕНЕКТОМИЯ**

едноетапна панкреатикодуоденална резекция с холедохо-йеюнална анастомоза, панкреатико-йеюнална анастомоза и гастройеюностомия
двуетапна панкреатикодуоденална резекция (първи етап) (втори етап)
радикална резекция на панкреаса
процедура на Whipple - Transverso-Longmire procedure

Изключва:

радикална субтотална панкреатектомия - 52.53

Панкреатектомия

30584-00 Панкреатикодуоденектомия с формиране на стома

Включва: холедохоентеростомия
гастройеюностомия
панкреатикойеюностомия
съхранение на пилора

ДРУГИ ОПЕРАЦИИ НА ПАНКРЕАС***52.95 ДРУГО ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА ПАНКРЕАС**

фистулектомия на панкреас
обикновен шев на панкреас

Други възстановителни процедури на панкреаса

90325-00 Друго възстановяване на панкреас

***52.96 АНАСТОМОЗА НА ПАНКРЕАС**

анастомоза на панкреас (проток) с:
черво
стомах
Йеюnum
- операция на Partington

Изключва:

анастомоза с:
жлъчен път - 51.39
жлъчен мехур - 51.33

Анастомоза на панкреас

Забележка: Изпълнена при:
• панкреатична киста
• панкреатит

Не включва: холецистопанкреатостомия (30460-02 [969])
холедохопанкреатостомия (30460-06 [969])

30586-00 Анастомоза на панкреас към дуоденум

30586-01 Анастомоза на панкреас към стомах

30587-00 Анастомоза на панкреас чрез Roux-en-Y примка към йеюnum

Не включва: такава с панкреатикодуоденектомия (30584-00 [978])

30589-00 Панкреатикойеюностомия

Не включва: такава с:
• анастомоза до Roux-en-Y бримка на йеюnum (30587-00 [980])
• панкреатикодуоденектомия (30584-00 [978])

***52.99 ДРУГА ОПЕРАЦИЯ НА ПАНКРЕАС**

дилатация на панкреасен проток наWirsung с отворен достъп
възстановяване на панкреасен проток наWirsung с отворен достъп

Изключва:

промивка на панкреасна тръба - 96.42
отстраняване на панкреасна тръба - 97.56

Други процедури на панкреас

90326-00 Други процедури на панкреас

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 по хирургия/детска хирургия минимум III ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт по „Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия ”.

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочения медицински стандарт.

В обхвата на медицинската специалност "Хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия" при остър панкреатит и в условия на спешност може да се изпълнява само оперативна дейност за ексцизия или деструкция на лезия или тъкан на панкреас или панкреасен поток с код 52.22 „Друга ексцизия или деструкция на лезия или тъкан на панкреас или панкреасен поток” /30578-00 Ексцизия на панкреатична лезия или панкреатичен канал/.

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

или Клиника/отделение по детска хирургия
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория*
5. Образна диагностика - рентгенов апарат за скопия и графия, разположен на територията на болницата; КАТ или МРТ
6. Кабинет по ендоскопска диагностика (горна ендоскопия)
7. Лаборатория (отделение) по клинична патология

***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 обезпечават 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по хирургия/детска 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. Имунологична лаборатория
2. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

Скъпопоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Кръгови ушиватели	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Линеарни 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:

- шестима лекари с придобита медицинска специалност по хирургия и допълнителна клинична компетентност съгласно стандарта. За осъществяване на диагностичните дейности лечебното заведение, в което има структура по хирургия от трето ниво на компетентност, трябва да разполага с четирима лекари с придобита квалификация за извършване на ехография, както и трима лекари 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;
- лекар със специалност по клинична патология.

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

- пет лекари със специалност по детска хирургия или хирургия с опит в хирургията на панкреаса; от тях трябва да има специалисти, притежаващи сертификат за лапароскопия, торакоскопия, бронхоскопия и горна ендоскопия.

Всички планови операции до 10 годишна възраст се извършват от хирург с придобита специалност по детска хирургия.

За спешни интервенции операциите могат да се извършват и от хирург без специалност детска хирургия.

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по неонатология и/или детски болести;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по клинична патология.

4. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

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

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Диагностика и лечение при пациенти със:

Диагностика и лечение при пациенти със:

1. патологично отслабване на телло;
2. коремно-болков синдром;
3. горно-диспептичен синдром;
4. астено-адинамичен синдром;
5. анемия, без наличие на хематологично заболяване;
6. клинични/лабораторни признаци за обтурационно-иктеричен синдром, съчетан или не с фебрилитет и болка в епигастриума;
7. клинично-лабораторни данни за екзокринна/ендокринна панкреасна недостатъчност;
8. септичен синдром;
9. ендотоксичен шок;
10. усложнения след ЕРХПГ (ретроперитонеален флегмон, панкреатит, кървене от папилата на Фатер и др.);
11. усложнения след оперативни интервенции на ЕХЖП (обструкции на анастомози, обструкция на билиарни дренажи, неясни фебрилни състояния, болки в корема и др.);
12. всички огнищни лезии в областта на панкреаса и дисталния холедох (суспектни или доказани с образни методи на диагностика и/или ендоскопско изследване, както и хистологично), включително рецидив на злокачественото заболяване;
13. палпираща се формация в корема;
14. обтурационно-иктеричен синдром.

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.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

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.

Хирургично лечение на доброкачествени заболявания на панкреаса:

I. Остър панкреатит.

Много внимателна преценка на необходимостта от оперативно вмешателство. Такава е налице в следните случаи:

1) Остър некротичен панкреатит (ОНП) с клинични данни за перитонит.

2) Тежка некроза на панкреаса с големи секвестри.

3) Данни за абсцес или флегмон в ретропанкреатичното пространство.

При първи вариант - лапаротомия, лаваж на коремната кухина, широк дренаж на ретроперитонеалното пространство - в дясно под дуоденума и главата на панкреатичната жлеза. Тялото се повдига и дренира с няколко силиконови дрена. В по-тежките случаи - широка лапаростома за вторично почистване на некрозите и ретропанкреатичното пространство.

При втори вариант - лапаротомия, отстраняване на некрозите (секвестрите), без нарушаване на останалата здрава панкреатична тъкан. Дренаж на санирания участък от жлезата с меки силиконови дренаже. Лапаростома не се препоръчва.

При трети вариант - абсцес или флегмон на ретропанкреатичното пространство:

а) транспариетален дренаж под ехографски контрол, когато това е възможно.

б) при неуспех и прогресиране на заболяването - лапаротомия, "широк" дренаж с последващ лаваж на кухината.

II. Хроничен панкреатит.

Оперативна интервенция - само при изчерпани възможности за въздействие на консервативно-медикаментозното лечение.

Варианти:

1) Хроничен панкреатит индуративна форма, без разширение на главния панкреатичен канал, но със силен болков синдромокомплекс, отслабване до маразм.

Предпочитано вмешателство:

а) ганглиектомия /семилунаректомия/ в дясно и ляво;

б) спланхниктомия;

2) Хроничен панкреатит и силно разширение на главния канал (над 7-8мм) с болков синдромокомплекс и прогресивно отслабване.

Дренажни оперативни намеси:

а) външен дренаж на d. Wirsungianus

б) вътрешен дренаж

- със стомах;

- с тънко черво - предпочитана оперативна намеса, Wirsungojejunoanastomosis (Partington-Rochell или Puestow). Не се препоръчват при този вариант анастомози с резекции на панкреатичната жлеза.

3) Хроничен (псевдотуморозен) панкреатит.

Поради тежките изменения в паренхима, които трудно могат да се отдиференцират от злокачествени новообразувания и настъпили усложнения при строга преценка за всеки отделен случай се препоръчват:

а) при тежки изменения, локализирани в главата на панкреасната жлеза - Whipple procedure;

б) локализирани тежки изменения в тялото и опашката - лява субтотална или лява хемипанкреатектомия.

III. Кисти и псевдокисти на панкреасната жлеза.

1) При cysta vera:

а) кистектомия;

б) резекция на панкреасната жлеза с кистата;

Дренаж - забранен!

2) При псевдокисти:

Оперативни намеси се извършват не по-рано от 4-6 седмици от началото на образуването им.

Варианти:

а) външен дренаж - предпочита се при панкреатична киста със слаби, нежни стени, които не са подходящи за анастомоза;

б) вътрешен дренаж:

- със стомах (кистогастроанастомоза, Juracz procedure);

- с тънко черво - Henle-Hahn procedure;

- с дуоденум;

Горните вътрешни дренажи се прилагат в зависимост от разположението на панкреасната киста:

- плътно прирастнала към стомаха - Juracz procedure;

- по-ниско разположена от стомаха - Henle-Hahn procedure;

- плътно прилепнала към дуоденума – кистодуоденостомия;

IV. Вродени заболявания.

Панкреас ануларе и семилунаре:

1) частична резекция на частта, притискаща дуоденума;

2) деривация на надлежащата част на дуоденума с тънко черво;

V. Хирургично лечение на новообразувания на панкреасната жлеза.

I. Новообразувания на екзокринната панкреасна система.

Доброкачествени новообразувания – аденоми:

- предпочитат се частични резекции на жлезата в зависимост от месторазположението на аденома;

- резекции при големи формации;

Злокачествени новообразувания

В зависимост от местоположението:

а) глава на панкреасната жлеза

- дуоденохемипанкреатектомия - Whipple procedure;

- пилоросъхраняващ вариант на Whipple procedure - Traverso-Longmire procedure;

б) тяло-опашка на панкреасната жлеза - оперативни намеси:

Вариант I - операбилни тумори T1, T2, T3, без метастази в черния дроб - радикална 2/3 или субтотална лява панкреатектомия със спленектомия.

Вариант II - голям тумор T3 - T4, с компресия на дуоденума и стомашна стаза - гастродуоденоанастомоза; при възможност - лява спланхниктомия или лява ганглиектомия за обезболяване.

Вариант III - операбилен тумор T1, T2, T3, с метастази в черния дроб и паранкреатичното пространство – (по преценка и възможност на екипа) лява панкреатична резекция и артериален катетър за локална чернодробна химиотерапия.

VI. Хирургично лечение на злокачествените новообразувания на дисталния холедох.

Всички оперативни намеси, отнасящи се до злокачествените новообразувания на главата на панкреаса са в сила и при новообразуванията на дисталния холедох.

При необходимост, се прилагат локални хемостатици.

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

Здравни грижи.

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

ПРАВАТА 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 заболявания.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- възстановен чревен и билиарен пасаж;
- добре зарастваща оперативна рана;
- липса на фебрилитет в последните 24 часа.

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 заложените алгоритъм в Наредбата.

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/лечение по амбулаторни процедури“* (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 *“Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия”*.

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

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

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти *“Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна 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/лечение по амбулаторни процедури“* (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”.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

ОНКОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ЖЛЪЧНО-ЧЕРНОДРОБНАТА СИСТЕМА И ПАНКРЕАСА

Възможностите за лечението на онкологичните заболявания на жлъчно-чернодробната система и панкреаса са:

Хирургично лечение - има за цел премахване на тумора и/или премахване на усложнения, свързани с неговото развитие.

Химиотерапия - използват се специални лекарства (химиотерапевтици) за въздействие върху онкологичните клетки. Химиотерапевтиците могат да бъдат хапчета или разтвори, които се вкарват в тялото посредством игли, поставени във вената.

Ако е премахнат целия видим тумор по време на операцията, лекарят може да приложи химиотерапия на пациента, за да въздейства върху клетките, останали невидими след операцията.

При **лъчетерапията** се използват рентгенови или други лъчи с висока енергия, за въздействие върху онкологичните клетки. Радиацията може да дойде от апарати извън тялото (външна лъчетерапия) или от радиоактивни материали, поставени в тялото посредством специални пластмасови тръбички (вътрешна лъчетерапия). Лъчетерапията може да се използва самостоятелно или в комбинация с химиотерапия.

Имунотерапията се стреми да подпомогне организма сам да се пребори с тумора. Използват се вещества, образувани от човешки организъм или специално синтезирани в лаборатории, които директно атакуват или с помоща на естествените сили на организма въздействат върху онкологичните клетки. То може да се съчетава с другите видове терапия.

При тези заболявания лъчетерапията и химиотерапията имат по-ограничено приложение.

Туморът на черния дроб е заболяване, при което се откриват туморни “малигнени” клетки в чернодробния паренхим. Той бива *първичен чернодробен рак* – когато се развива за първи път в този орган, и *вторичен* – когато черния дроб се обхваща от метастази на карцином, първично възникнал в друг орган на тялото. И в двата случая заболяването се лекува по хирургичен начин. Честотата на разпространение на болестта е свързана с честотата на разпространението на някои заболявания, по-важни от които са – чернодробна цироза вследствие на хепатит В и С, алкохолна цироза и цироза без изяснена причина.

Възможностите за лечението и прогнозата зависят в голяма степен както от големината на карцинома, така и от степента на съпътстващата чернодробна цироза и функционалното състояние на чернодробния паренхим. Най-често началните прояви на заболяването са съпроводени с болка и тежест в дясното подребрие, лесна уморяемост и безсилие, отслабване на телесно тегло (особено при наличие на цироза), безапетитие.

Хирургичното лечение е най-често прилаганото. Когато е възможно да се осъществи, то дава най-голям шанс при лекуване на заболяването. Премахването на карцинома на черния дроб по хирургичен начин е свързано с изрязване (резекция) на чернодробна тъкан.

Ако карцинома е в по-ранен стадий, стремежът на хирурга е винаги да извърши резекция на засегнатите тъкани. Ако карцинома е в по-напреднал стадий е възможно такава резекция да е много рискована (дори несъвместима с живота). След операцията в коремната кухина се оставят за определен период от време пластмасови или от друг материал тръбички (дренажи), които имат за цел извеждането на неблагоприятните секрети от корема извън тялото. В някои случаи, за да се осигури изтичане на жлъчния сок извън тялото, в жлъчните пътища също се поставят дренажи, които са изведени през тялото навън и могат да останат различно дълго време в болния, като от тях изтича жлъчен сок, събиращ се в торбички. При операциите се вземат и лимфни възли от определени места в корема, за да се изследват под микроскоп и да се определи наличието в тях на малигнени клетки.

Рецидив на тумора на черния дроб

Ако туморът се е появил отново (рецидивирал), може да се направи нова операция за премахването му или да се направи операция за да се отстрани жълтеницата, която съпътства понякога рецидивите. Ако туморът е засегнал няколко части на тялото, лекарят може да направи курсове с химиотерапия, лъчетерапия, имунотерапия.

Тумор на жлъчния мехур и извънчернодробната жлъчна система (ЕХЖС). При тях се откриват туморни “малигнени” клетки в тъканите на жлъчния мехур и извънчернодробните жлъчни пътища. Към това заболяване се отнася и тумора на голямата дуоденална папила (мястото на вливане на основния жлъчен канал в дванадесетопръстното черво).

Възможностите на лечението и прогнозата зависят в голяма степен от разпространението на тумора (важно е дали той обхваща и чернодробна тъкан, дали прораства в големите съдове на чернодробно–дуоденалната връзка и в каква степен са засегнати лимфните възли). Най-често началните прояви на това заболяване са съпроводени с пожълтяване на кожата и склерите, потъмняване на урината, изсветляване на изпражненията, сърбеж по кожата (механична жълтеница) съпроводени или не с болки в корема, безапетите, уморяемост, отслабване на телло.

Когато веднъж е открит тумора на ЕХЖС, е необходимо да се направят допълнителни изследвания за това, дали малигнените клетки са се разпространили и в други органи. Необходимо е да се направят и допълнителни инструментални изследвания, за да се уточни локализацията на тумора, което има значение за определяне на възможностите на оперативното лечение.

Хирургичното лечение е най-често прилаганото при всички стадии на тумора. Когато е възможно да се осъществи, то дава най-голям шанс при лекуване на заболяването. Премахването на тумора на ЕХЖС по хирургичен начин е свързано с изрязване на тъкани в жлъчно-чернодробната област. Почти винаги се премахва жлъчния мехур. Според стадия на заболяването може да се наложи резекция на черния дроб (изрязване на част от черния дроб). Според локализацията на тумора – ако е разположен в средните или долните части на големия жлъчен съд (дуктус хепатикохоledохус) и голямата дуоденална папила (на дванадесетопръстното черво) се налага изрязване и на други органи – част от панкреаса, дванадесетопръстното черво, стомаха. След като са изрязани, оставащите части от тези органи отново се зашиват (анастомоза), така че да се осигури жлъчния и хранителния пасаж. Ако туморът е в по-ранен стадий, стремежът на хирурга винаги е да извърши резекция на засегнатите тъкани. Ако туморът е в по-напреднал стадий, възможно е такава резекция да е много рискована (дори несъвместима с живота) и тогава се правят т.н. деривиращи операции – хирургично свързване на жлъчните пътища с червата, както и на стомаха с червата, за да се осигури движението на жлъчния сок и храната. В някои случаи, за да се осигури изтичане на жлъчния сок извън тялото, в жлъчните пътища се поставят тръбички (дренажи), които са изведени през тялото навън и могат да останат различно дълго време (или постоянно) в болния, като от тях изтича жлъчен сок, събиращ се в торбички. При операциите се вземат и лимфни възли от определени места в корема, за да се изследват под микроскоп и се определи наличието в тях на малигнени клетки.

Има определени случаи с тумори на ЕХЖС, които протичат с много силно изразена жълтеница. При тях лечебното поведение може да бъде хирургично, а ако болния не е в състояние да понесе операцията се правят манипулации с ендоскоп – с цел да се осигури възможност жлъчния сок да изтича в дванадесетопръстното черво или се прави транскутанна (през кожата) трансхепатална (през черния дроб) пункция (пробиване) на жлъчен съд с поставяне на външен дренаж.

В случаите на ранен тумор на голямата папила на дванадесетопръстното черво, при пациенти в напреднала възраст или такива със сериозни противопоказания за операция – тумора може да бъде обработен ендоскопски (електрорезекция или с лазер).

Рецидивирание на тумор на екстрахепаталните жлъчни пътища

Ако туморът се е появил отново (е рецидивирал), може да се направи нова операция за премахването му или да се направи операция, за да се отстрани жълтеницата, която съпътства често пъти рецидивите. Ако туморът е засегнал няколко части на тялото, лекарят може да направи курсове си химиотерапия, лъчетерапия, имунотерапия.

Тумор на панкреаса. При него се развиват туморни “малигнени” клетки на тъканите на панкреатичната жлеза. Може да обхване отделни негови части – глава, тяло, опашка или целия орган, както и да се развие като кистична форма. Когато веднъж е открит тумора на панкреаса, е необходимо да се направят допълнителни изследвания за това, дали малигнените клетки са се разпространили и в други органи, да се уточни локализацията му, което има значение за определяне на възможностите на оперативното лечение.

Хирургичното лечение е най-често прилаганото. Когато е възможно да се осъществи, то дава най-голям шанс при лекуване на заболяването. Премахването на тумора на панкреаса по хирургичен начин е свързано с изрязване на панкреатичната тъкан. Панкреатичната операция е една от най-тежките и продължителни операции върху човешкото тяло. Според големината на тумора, локализацията и разпространението му могат да се предприемат различни видове резекции (изрязване). Ако тумора е в по-ранен стадий, стремежа на хирурга е винаги да извърши резекция на засегнатите тъкани. След операцията в коремната кухина се оставят за определен период от време пластмасови или от друг материал тръбички (дренажи), които имат за цел извеждането на неблагоприятните секрети от корема извън тялото. В някои случаи, за да се осигури изтичане на жлъчния сок извън тялото, в жлъчните пътища също се поставят дренажи, които са изведени през тялото навън и могат да останат различно дълго време в болния, като от тях изтича жлъчен сок, събиращ се в торбички. При операциите се вземат им лимфни възли от определени места в корема, за да се изследват под микроскоп и да се определи наличието в тях на малигнени клетки. Ако тумора е в по-напреднал стадий, възможно е резекцията на панкреаса да е много рискована (дори несъвместима с живота) и тогава се правят т.н. обходни операции – хирургично свързване на жлъчните пътища с червата, както и на стомаха с червата, за да се осигури движението на жлъчния сок и храната, както и операции върху нервите на панкреаса, с цел да се намали болката. В някои случаи, за да се осигури изтичане на жлъчния сок извън тялото, в жлъчните пътища се поставят латексови или пластмасови тръбички (дренажи), които са изведени през тялото навън и могат да останат различно дълго време (или постоянно) в болния, като от тях изтича жлъчен сок, събиращ се в торбички. При операциите се вземат и лимфни възли от определени места в корема, за да се изследват под микроскоп и се определи наличието в тях на малигнени клетки.

Рецидив на тумор на панкреаса

Ако туморът се е появил отново (рецидивирал е), може да се направи нова операция за премахването му или да се направи операция, за да се отстрани жълтеницата, която съпътства често пъти рецидивите. Ако туморът е засегнал няколко части на тялото, лекарят може да направи курсове с химиотерапия и/или лъчетерапия. Пациентът може да получи и имунотерапия.

Защо трябва да постъпите в болница?

Наличието на онкологично заболяване на хепатобилиарната система и панкреаса изисква осъществяването на изследвания и лечение, които могат да се извършат само в болнична обстановка.

Необходимо е своевременно лечение с вливания във вените на медикаменти, електролити, витамини и други. Вземането на кръв за изследване на определени показатели в нея, дава информация за степента на увреждане на организма. Своевременното лекарствено лечение има голямо значение за подготовката на болния за операция, защото забавянето му и влошаването на чернодробната функция може да отслабят така организма, че той по-трудно да понесе предстоящата оперативна намеса. Едновременно с провеждане на медикаментозното лечение се извършват и допълнителни изследвания, които уточняват локализацията на онкологичното заболяване. Това са: компютърна аксиална томография (“скенер”); ядреномагнитен резонанс; ендоскопската ретроградна холангиопанкреатография – при която с фиброоптична тръба се прониква до дванадесетопръстното черво и се оглежда папилата му (може да се вземе тъкан за хистологично изследване), като по време на изследването може да се впръска в жлъчните пътища контрастно вещество за оцветяването им (снима се с рентгенов апарат) или се поставят протезни тръбички. Друго подобно изследване е транскутанната трансхепатална пункция на жлъчните пътища, при която със специална игла се впръсква контрастно вещество (снима се с рентгенов апарат) и/или се поставят протезни тръбички. Провеждат се и консултации с различни специалисти, за да се прецени в максимално голяма степен стадия на заболяването.

След получаване на цялостната информация, хирург, анестезиолог и други специалисти ще изработят стратегия за лечение и поведение според конкретния случай за всеки болен.

Отказът Ви от извършване на необходимите изследвания за диагностика на болестта крие риск от неточност в диагнозата и вземане на погрешно решение за лечение. При отказ да постъпите в болница Вашето заболяване ще има естествена еволюция към разрастване на тумора и разпространението му, а когато се касае за жълтеница съществува риск от бързо развитие на чернодробно-бъбречна недостатъчност с пряка опасност за живота.

Какво Ви предстои при постъпване в хирургично отделение?

Независимо от предшестващите лекарски прегледи, хирургът ще Ви прегледа отново, но насочено с оглед предстоящата операция. Той ще се запознае с направените Ви изследвания и може да назначи някои допълнителни, както и вземането на кръв и урина за лабораторни изследвания. Ще Ви запознае със същността на допълнителните изследвания и необходимостта от тях, с възможностите на хирургичното лечение, каква операция е необходима, очаквания резултат, усложнения и изход, вероятната прогноза. След постъпването в болницата се провеждат задължително предоперативни консултации с кардиолог, анестезиолог, а при необходимост с друг специалист – алерголог (при данни за алергия), ендокринолог (например при захарен диабет) и др. Ако е необходима предоперативна медикаментозна подготовка, тя се провежда в дома или след постъпване в хирургично отделение по преценка на хирурга, съгласувано с мнението на консултантите.

При жълтеница, причинена от тумор на чернодробножлъчната система и панкреаса, хирургът ще приеме Вашият случай като спешен или с отложена спешност (в зависимост от степента на жълтеницата). Възможно е да се наложи двуетапна операция. На първия етап да се направи операция за преодоляване на жълтеницата и на втори етап – операция за отстраняване на тумора.

Преди операцията се поставя тънка сонда, преминаваща през едната Ви ноздра и достигаща до стомаха, която Ви предпазва от аспириране (вдишване) на стомашен сок при анестезията и от повръщане в периода след операцията до възстановяване на чревната перисталтика. Налага се поставянето на уретрален катетър, достигащ до пикочния мехур, което позволява урината да се отчита и отделя безпрепятствено по време на цялата хирургична намеса, без да се преразтяга пикочния мехур.

Ако имате въпроси след прочитането на тази информация, задайте ги на Вашия лекар, които ще Ви отговори и обясни.