

КП № 184 КОНВЕНЦИОНАЛНА ХОЛЕЦИСТЕКТОМИЯ

Минимален болничен престой – 2 дни

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

*51.22 ХОЛЕЦИСТЕКТОМИЯ Изключва: лапароскопска холецистектомия - 51.23
Холецистектомия
30443-00 Холецистектомия

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) по **МКБ 9 КМ, посочени в Приложение № 24**/една основна оперативна процедура и минимум по една диагностична процедура от три различни блока по АКМП, насочени към основната диагноза.

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

При дейности, извършвани в условия на спешност, се допуска отделение/клиника по хирургия/детска хирургия 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 брой персонал. В тези случаи дейностите по интензивно лечение следва да отговарят на първо ниво съгласно медицински стандарт „Анестезия и интензивно лечение“. Договор при тези условия ЛЗБП може да сключи само в случай, че на територията на населеното място няма друго лечебно заведение, сключило договор по тази КП.

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

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
6. Лаборатория (отделение) по клинична патология**

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/детска хирургия.

Лечебното заведение трябва да има структура по патоанатомия или да ползва по договор външна (намираща се на територията на населеното място).

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. 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:

- 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.

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

- Двама лекари със специалност по детска хирургия

или

лекар със специалност по детска хирургия и лекар със специалност 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.

Всички планови операции на деца до 9 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.

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:

1. остър холецистит;
2. остър холецистит със сепсис;
3. жлъчна криза, неовладима в извънболнични условия;
4. литогенен обтурационен илеус;
5. остър билиопанкреатит;
6. емпием на жлъчен мехур;
7. екзацериращ калкулозен холецистит;
8. билиодигестивна фистула;
9. синдром на Мирици, съмнение за билио-билиарна фистула;
10. съмнение на карцином на жлъчния мехур;

11. холангит, холангиолит, холангиохепатит;
12. холедохолитиаза;
13. холангиолитни микроабсцеси, чернодробен абсцес;
14. билиодигестивна фистула, синдром на Бовере;
15. литогенен илеус;
16. папилит, стенозиращ одит.

Планирано диагностично уточняване и лечение на:

1. Неусложнен калкулозен холецистит.
2. Калкулозен холецистит с мехурни усложнения:
 - фибросклеротичен жлъчен мехур.
3. Извънмехурни усложнения на калкулозния холецистит:
 - хроничен билиопанкреатит.
4. Холецистит без данни за калкулоза.
5. Други уточнени болести на жлъчния мехур.

2. ДИАГНОСТИЧНО- ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

ДИАГНОСТИЧНО- ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ 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.

Основна хирургическа намеса е холецистектомията, извършена по конвенционален метод. При операцията по мануален път или чрез допълнителни интраоперативни диагностични способности се извършва ревизия на съседните органи. При наличие на извънмехурни усложнения на заболяването има показания за отваряне на холедоха – ревизия на жлъчните пътища, отстраняване на механични пречки и осигуряване на свободно оттичане на жлъчката към чревния тракт чрез обходна билиодигестивна анастомоза, чрез папилотомия или папилопластика.

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.

ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Постоперативно и след задължително хистологично изследване и патоморфологична диагноза.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- възстановен чревен пасаж;

- добре зарастваща оперативна рана;
- липса на фебрилитет през 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 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 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 дни 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”.**

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Жлъчно-каменната болест – камъни в жлъчния мехур (холелитиаза) е много често заболяване. Заболяването се среща по-често при жените – при всяка пета жена над 40 години се образуват жлъчни камъни. Мъжете боледуват по-рядко, но по-тежко и с по-чести усложнения.

Много от хората с жлъчни камъни нямат сериозни оплаквания. Поради това лекарите говорят за “няма” или малкосимптомна жлъчнокаменна болест. Само около 20% имат типични клинични симптоми - **кризисни болки** (болка, която трае известно време и после отзвучава). В тези случаи заболяването е свързано със сериозни ранни или късни усложнения, което налага неговото лечение. **Основния метод на избор за лечение е оперативният.**

Разположение и функция на жлъчния мехур

Жлъчният мехур е малък орган с формата на круша, разположен в горната дясна коремна половина под черния дроб и прираснал към него. Неговата функция е да събира и концентрира (сгъстява) жлъчката, образувана в черния дроб, както и да я освобождава в дванадесетопръстното черво в точно определено време, за да подпомогне и да участва в смилането на храната. Жлъчният мехур е свързан с черния дроб и дванадесетопръстното черво посредством система от канали, наречени жлъчни канали или жлъчни пътища, а заедно с жлъчния мехур - жлъчна система. Тези канали се отварят в стената на дванадесетопръстника с малък отвор, наречен папила, имаща собствен кръгов мускул, който я отваря или затваря.

Какво представляват жлъчните камъни и какви видове съществуват?

Жлъчните камъни са частици твърда материя, които се образуват в жлъчния мехур. С времето някои достигат големи размери.

Пигментните камъни са малки и тъмни на цвят. Образуват се от билирубин и калциеви соли. Повишен риск за формирането им съществува при лица с чернодробна цироза, инфекции или вродени аномалии на жлъчната система и вродена хемолитична анемия (състояние, при което е повишено разрушаването на червените кръвни клетки).

Жлъчните камъни са много различни по големина - от малки зрънца (песъчинки) до топче за тенис на маса. По-големите камъни често са единични, а малките - множество на брой (десетки до стотици).

Кои лица имат повишен риск за образуване на камъни в жлъчния мехур?

Голям процент от болните с жлъчни камъни приемат големи количества храна, особено богата на животински мазнини и имат наднормено тегло. В тези случаи съдържанието на холестерол в жлъчния мехур е голямо, а жлъчните киселини и изпразването на мехура – намалени.

От друга страна, холестеролът нараства много в жлъчния мехур и при продължително гладуване, диети водещи до бързо отслабване, нискокалорийно хранене - поради разграждане на мазнините от тялото и “задръстването” на жлъчния мехур с тях.

Повишените нива на женските полови хормони (естрогени) при бременност, лечение с хормони или прием на медикаменти против забременяване също водят до нарастване концентрацията на холестерола в жлъчката и намаляване на двигателната функция на мехура, съответно образуване на жлъчни камъни.

Все още **остава неясна връзката между начина на хранене и образуването на камъни.** Въпреки това бедната на фибри и богата на холестерол и тестените храни диета е свързана с образуване на жлъчни камъни.

Кои са симптомите на жлъчнокаменната болест?

В повечето случаи жлъчно-каменната болест може да протече без сериозни клинични оплаквания и диагнозата да се постави случайно, най-често при ехографско изследване на коремните органи по повод на друго заболяване/оплакване. В тези случаи се говори за “няма” или малкосимптомна холелитиаза. Това може да продължи с години. Най-често, лечение не е необходимо.

Жлъчна криза – силна болка се наблюдава, когато камък запуши изхода на жлъчния мехур и жлъчката не може да го напусне.

Какви проблеми могат да възникнат?

Жлъчната криза обикновено започва внезапно, със силна болка в горната половина на корема. Продължава от 20 - 30 минути до няколко часа.

Болката може да се разпространи вдясно към гърба и дясното рамо, да е придружена от гадене или повръщане. Често кризите се повтарят през различни периоди от време - седмици, месеци или години.

Запушването на изхода на жлъчния мехур от камък води до неговото възпаление, наречено “холецистит”. Той може да протече остро и да се наложи отстраняване на мехура по спешност, поради опасност от спукването му и изтичане на жлъчка в коремната кухина. Това предизвиква остро възпаление, наречено “перитонит”.

Много по-често възниква хронично възпаление на жлъчния мехур – хроничен холецистит, с мехурни усложнения. Камъкът може да изпадне и в жлъчния канал, който свързва мехура с червото. Това сериозно усложнение, наречено “холедохолитиаза”, пречи на изтичането на жлъчка и води до “жълтеница”- жълта оцветка на кожата, възпаление на жлъчните канали (“холангит”) или остро възпаление на задстомашната жлеза (“остър панкреатит”).

Продължителното запушване на жлъчните канали може да доведе до тежко увреждане на жлъчния мехур, черния дроб или панкреаса, които могат да бъдат фатални. В тези случаи се наблюдават висока температура с треска, жълтеница и постоянна болка. Особено характерна е жълтеницата, която може да нараства постоянно, да флукутира с няколко пристъпа на пожълтяване и избледняване, или след пожълтяване да последва избледняване, което може да е свързано с преход (миграция) на малък камък през папилата към червата. Тази жълтеница не е равностойна на жълтеницата при инфекциозен хепатит.

Как се поставя диагнозата камъни в жлъчния мехур?

Много често камъните в жлъчния мехур се диагностицират случайно при рентгенологично, ехографско или компютърно - томографско изследване по повод друго заболяване или оплакване.

При насочено търсене на жлъчни камъни се извършва ехографско изследване на корема, при което се получава образ на органите в него с помощта на звукови вълни. Това е безболезнен, неувреждащ и неагресивен метод на изследване, който не нарушава целостта на кожата и тялото и не прониква в него. Не води до усложнения, няма странични ефекти и радиация.

При мигриране на камъните от жлъчния мехур в жлъчните канали (холедохолитиаза), особено при поява на жълтеница, се налага ендоскопско изследване, свързано с проникване на гастроскоп през устата до дванадесетопръстника, вкарване на катетър през папилата, впръскване на контрастно вещество в жлъчните канали под ренгенов екран и извършването на рентгенови снимки. Това изследване подпомага диагнозата и може да бъде последвано от ендоскопска манипулация - срязване (разцепване) на папилата.

Оперативно лечение.

Хирургичното премахване на жлъчния мехур, наречено “холецистектомия”, е една от най-безопасните операции. Тя е и една от най-честите операции по света. При остро възникнали усложнени форми на жлъчно-каменната болест тази операция е единствената възможност за лечение и е животоспасяваща. Оперативното лечение е основно средство на избор в лечението на жлъчно-каменната болест. За някои пациенти обаче операцията все още е психологически проблем или е свързана с повишен риск за живота поради много напреднала възраст и/или тежки придружаващи заболявания.

Стандартната холецистектомия се провежда по класическия начин с отваряне на коремната кухина (чрез разрез на коремната стена до 15 см.) и отстраняване на жлъчния мехур заедно с жлъчните камъни в него. Извършва се под обща упойка. Болничният престой е до една седмица.

Възстановителният период може да продължи до един месец (в къщи). Понякога оплакванията, които пациентът е имал и преди операцията, може да продължат. Това най-често се наблюдава при пациенти с многократни кризи и отлагане многократно на предлаганата им операция в продължение на години.

Кои са алтернативните (заместващите) оперативните методи на лечение?

Алтернативните методи за лечение се провеждат при много малък брой случаи поради това, че са ефективни само при определени много тесни условия. Рецидивите са чести, тъй като със запазването на жлъчния мехур условията за образуване на камъни продължават да съществуват.

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