

КП № 173 ОПЕРАТИВНИ ПРОЦЕДУРИ НА ХРАНОПРОВОД, СТОМАХ И ДУОДЕНУМ СЪС СРЕДЕН ОБЕМ И СЛОЖНОСТ, ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

1. Минимален болничен престой – 3 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Други възстановителни процедури на хранопровод	
30293-00	Езофагостомия Екстериоризация на езофагеален джоб Външна фистулизация на хранопровод
Други възстановителни процедури на хранопровод	
30293-00	Езофагостомия Екстериоризация на езофагеален джоб Външна фистулизация на хранопровод
Други възстановителни процедури на хранопровод	
30293-00	Езофагостомия Екстериоризация на езофагеален джоб Външна фистулизация на хранопровод
Езофагоскопия	
30473-03	Езофагоскопия Гъвкава езофагоскопия <i>Не включва:</i> такава с: • биопсия (30473-04 [861]) • изваждане на чуждо тяло (30478-10 [852])
41816-00	Ригидна езофагоскопия <i>Включва:</i> през изкуствена стома <i>Не включва:</i> тази с биопсия (41822-00 [861])
Други ексцизионни процедури на хранопровод	
30559-00	Локална ексцизия на лезия на хранопровод Езофагеална полипектомия
38456-20	Други интраторакални процедури на хранопровод
90301-00	Други процедури на хранопровод
Други процедури за приложение, поставяне или премахване върху хранопровод	
30490-00	Ендоскопско поставяне на езофагеална протеза Ендоскопско поставяне на езофагеален стент: • разширяващ се • неразширяващ се <i>Включва:</i> дилатация на хранопровод
Други възстановителни процедури на хранопровод	
30560-00	Възстановяване на езофагеална перфорация
Други възстановителни процедури на хранопровод	
30293-01	Затваряне на езофагостома

<i>Включва:</i> пластична реконструкция	
Други процедури на хранопровод	
90301-00	Други процедури на хранопровод
Частична гастректомия	
<i>Не включва:</i> такава със селективна [стволова] ваготомия (30497 [877], 30503 [878])	
30518-00	Частична дистална гастректомия с гастродуоденална анастомоза
Дилатация на хранопровод	
<i>Забележка:</i> Направена при стриктура	
41819-00	Друга ендоскопска дилатация на хранопровод
<i>Не включва:</i> чрез лазер (30479-00 [856]) с поставяне на протеза (30490-00 [853])	
41828-00	Неендоскопска дилатация на хранопровод
41831-00	Ендоскопска пневматична дилатация на хранопровод
Гастростомия или гастроентеростомия	
<i>Не включва:</i> стомашен байпас при болестно напълняване (30512-00 [889])	
30375-07	Гастростомия
Други инцизионни процедури на стомах	
43930-00	Пилоромиотомия
Гастростомия или гастроентеростомия	
<i>Не включва:</i> стомашен байпас при болестно напълняване (30512-00 [889])	
30515-00	Гастроентеростомия
<i>Включва:</i> гастродуоденостомия	
<i>Не включва:</i> такава с:	
• панкреатикодуоденектомия (30584-00 [978])	
• селективна [стволова] ваготомия (30496-02 [884])	
Процедури при болестно затлъстяване	
30512-00	Стомашен байпас
<i>Включва:</i> анастомоза	
Гастростомия или гастроентеростомия	
<i>Не включва:</i> стомашен байпас при болестно напълняване (30512-00 [889])	
30515-00	Гастроентеростомия
<i>Включва:</i> гастродуоденостомия	
<i>Не включва:</i> такава с:	
• панкреатикодуоденектомия (30584-00 [978])	
• селективна [стволова] ваготомия (30496-02 [884])	
Други възстановителни процедури на стомах	
90342-02	Шев на лацерация на стомах
Гастрорафия	
Надшиване на Mallory-Weiss лацерации	
Други възстановителни процедури на стомах	

90339-00	Затваряне на гастростома
Фундопластика	
	<i>Кодирай също когато е направена:</i> • гастростомия (30375-07 [881])
30530-00	Фундопластика с кардиопексия
Други възстановителни процедури на стомах	
90304-00	Друго възстановяване на стомах
Ентеротомия	
30375-03	Ентеротомия на тънки черва Дуоденотомия Илеотомия Йеюнотомия <i>Включва:</i> изваждане на камък <i>Не включва:</i> такава, изпълнена интраоперативно при ендоскопски оглед на тънки черва (30568-00 [893])
Други ексцизионни процедури на тънко черво	
30580-00	Ексцизия на лезия на дванадесетопръстник <i>Включва:</i> такава с изследване <i>Не включва:</i> такава чрез панендоскопия (30478 [1008])
Други ексцизионни процедури на тънко черво	
30580-00	Ексцизия на лезия на дванадесетопръстник <i>Включва:</i> такава с изследване <i>Не включва:</i> такава чрез панендоскопия (30478 [1008])
Други възстановителни процедури на тънки черва	
30375-24	Шев на тънки черва
Процедури при гастросхиза	
	<i>Кодирай също когато е направено:</i> • възстановяване на тънко или дебело черво (43810 [900])
43867-00	Създаване на протезна торбичка при гастросхиза Създаване на: • силиконов джоб за гастросхиза • silo за гастросхиза
43867-01	Втори етап на процедура за гастросхиза с отстраняване на протеза и затваряне
43864-00	Първично възстановяване на гастросхиза, включващо кожа
43864-01	Първично възстановяване на гастросхиза, включващо кожа, мускули и фасции <i>Не включва:</i> тази със създаване на протезен джоб (43867-00 [1003])
Други възстановителни процедури на корем, перитонеум или оментум	
90329-00	Друго абдоминално възстановяване
Други възстановителни процедури на корем, перитонеум или оментум	
90329-01	Друго възстановяване на перитонеум

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури от различни блокове, посочени в **Приложение № 21**, насочени към основната диагноза.

При извършване на процедура „Друга гастростомия“ (30375-07 Гастростомия) не се изисква задължителната биопсия.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

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

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение по 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" или по гръдна хирургия II ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт по "Гръдна хирургия" (за оперативните процедури, засягащи само хранопровода).

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, сключило договор по тази КП.

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

4А. 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 гръдна хирургия
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория*
5. Образна диагностика - рентгенов апарат за скопия и графия
6. Кабинет по ендоскопска диагностика (горна ендоскопия)
7. 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 обезпечават 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по хирургия/гръдна хирургия.

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

В Клиника или отделение по гръдна хирургия се отчитат само процедури, засягащи операции на хранопровода.

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. Медико-диагностична лаборатория с възможност за изследване на туморни маркери	
2. Микробиологична лаборатория, на територията на областта	

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Кръгов ушивател	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Линеарен ушивател	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Лапароскопски консумативи	НЗОК не заплаща посочените изделия
Консумативи за ендоскопска и роботасистирана хирургия	НЗОК не заплаща посочените изделия

4Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

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.

- лекар/и със специалност по хирургия и опит в стомашно-дуоденалната хирургия и хирургията на хранопровода;

или

лекар със специалност по гръдна хирургия;

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;

- лекар със специалност по образна диагностика;

- лекар със специалност по клинична лаборатория.

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.

5. 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.

5А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

1. Пациенти с проява на:

- кръвоизлив;
- перфорация;
- медиастинит.

2. Пациенти с диагностицирано онкологично заболяване:

- ендоскопски и хистологично потвърден карцином на хранопровода;
- ендоскопски и хистологично потвърден карцином на стомаха;
- ендоскопски и хистологично потвърден карцином на дуоденум;
- палпируем тумор в епигастриума след двукратни отрицателни резултати от ендоскопски биопсии;
- неясни стриктури на хранопровода.

3. Пациенти с установени:

- ехографска находка за "кокарда" на стомаха;
- малигнена стеноза по хранопровода, на кардията, на пилора, на дуоденума;
- вторична анемия при suspectна малигнизация на стомашна язва или полип;
- резистентна на консервативно лечение стомашна язва;
- широко базиран и suspectен за малигнизация стомашен полип/и;
- вродени аномалии на хранопровод, стомах и дуоденум.

5Б. ДИАГНОСТИЧНО- ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

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.

Ракът на хранопровода представлява около 0,5% от онкологичните заболявания. По принцип е лечимо заболяване при своевременна диагноза. Около 20-25% от пациентите достигат до радикална хирургическа намеса. Останалите подлежат на палиативна операция и /или комбинирано лъче-, химиолечение.

За диагноза и диференциална диагноза на заболяванията, в клиничната пътека, основен метод е фиброезофагогастродуоденоскопията, при необходимост с биопсия или лечебни трансендоскопски манипулации. За стадиране на туморния процес при рак на хранопровода освен това са необходими КТ, МРТ, ендолуменна ехография.

При болни в увредено общо състояние с изразена анемия, сериозни метаболитни нарушения или при наличие на алергии е необходима предоперативна подготовка, която

трябва да започне в домашни условия, а при показания – краткотрайна, във вътрешно или хирургично отделение /клиника.

Хирургично лечение се предприема рядко при шийна локализация (резекция на хранопровода и фаринкса и заместване с интерпонирано тънко черво). Радикалната намеса при карцином на средната трета на хранопровода най-често е резекция на хранопровода и интерпониране на стомашна тръба, формирана от голямата кривина чрез торакален достъп. При рак на долната трета според стадия на заболяването най-често се прилага резекция на дисталната половина на хранопровода или тотална езофагектомия с шийно - абдоминален достъп и интерпониране ретростернално на трансплантат от колон или стомах. На радикална операция подлежат пациенти в **стадии I и II**. Мнозинството от хоспитализираните пациенти са в трети стадий и в увредено общо състояние. Приоритет при тях има лъчетерапията 30-40 Gg при палиативна и 50-60 Gg при радикална програма. Химиотерапията самостоятелно е полезна като облекчаваща симптомите, но е целесъобразна при комбинирани лъче- и химиолечения – предоперативна или самостоятелна. Палиативните хирургически намеси са рядкост. По-често се използва ендоскопско ендопротезиране или трансендоскопска реканализация с лазерен лъч (с временен ефект).

Малигнените новообразувания на стомаха най-често са представени от аденокарциноми с различна степен на диференциация, лимфоми, лейомиосаркоми и карциноидни тумори. Най-честият хистологичен тип е аденокарциномът на стомаха – 97% от случаите.

Най-често карциномът на стомаха се развива на базата на преканцерози в рискови групи. Към тях спадат: хроничен атрофичен гастрит със или без интестинална метаплазия и дисплазия, стомашен полип, стомашна полипоза, състояние след резекция на стомаха с давност 10 - 15 години, пернициозна анемия. Затова скринингът (фиброгастроскопия с биопсия), ранното диагностициране и изборът на най-подходящо лечение (основно хирургия и химиотерапия) са от съществено значение за ранното откриване и добрите резултати по отношение на преживяемостта на това социално - значимо заболяване. Не без значение е и проследяването на вече лекувани болни.

Диагностика: Особен метод за диагноза е фиброгастроскопия с биопсия и хистоморфологично изследване.

Изследванията целят локализирането на туморния процес, неговото **стадиране според TNM класификацията**, локалното му разпространение и взаимоотношение със съседни органи с оглед терапевтично поведение и планиране обема на оперативната интервенция.

При болни в увредено общо състояние, изразен анемичен синдром или сериозни заболявания е важна предоперативната подготовка, която да бъде проведена за кратък срок в болнично лечебно заведение.

В клиничната пътека попадат доброкачествени тумори на хранопровод, стомах и дуоденум, които представляват казуистична рядкост. Такива са и стомашните фистули, гастростазата и ангиодисплазиите, представляващи казуистичен източник за кръвоизливи.

Диафрагмалната херния бива вродена и придобита. Херниалният сак преминава по типа на плъзгаща се херния (хиатус херния) или с параезофагиално приплъзване на част от стомаха. Необходима е пластика на хиаталния пръстен, фиксиране на хранопровода и стомаха, ликвидиране на Хис.

Следоперативните синдроми са относителна рядкост през последните години, но може да се наблюдава Дъмпинг – синдром, пептична язва на йеюнома, синдром на отводящата бримка и други. Необходима е реконструктивна реоперация.

Основен лечебен метод е хирургичният

I. Оперативните интервенции при онкологичните новообразувания биват:

- радикални;
- палиативни.

1. Радикални

На радикално оперативно лечение подлежат болните от I до III клиничен стадий.

- Тотална гастректомия;
- Дистална (аборална) субтотална резекция на стомаха;
- Проксимална (орална) резекция на стомаха.

2. Палиативни

Палиативното лечение на стомашния карцином се свежда главно до два типа подход:

Оперативно лечение

Целта на палиативните оперативни интервенции е редукция на клиничните оплаквания, осигурявайки по-добро качество на живот. Извършва се при болни с генерализация на онкологичното заболяване; при локално авансирани нерезектабилни новообразувания на стомаха; при болни с придружаващи заболявания, непозволяващи извършването на радикална оперативна интервенция. Тук влизат в съображение обходните гастроинтестинални анастомози, гастростомията и йеюностомията.

3. Проследяване.

Проследяването на оперираните болни се извършва според нормативните документи от личния лекар, регионалния онкологичен диспансер и екипът извършил оперативната интервенция:

- наблюдение от онкотерапевт в онкологичните диспансери по местоживееене - за период 10 години, при контрол на клинични, лабораторни и инструментални показатели;
- преглед от хирурга – оператор по схема; следващи посещения са възможни по желание на пациента и желателни от позицията на хирурга с оглед състоянията – (локален рецидив, солитарна метастаза), изискващи нова хирургическа намеса;
- наблюдение от гастроентеролог.

Карциномът на дванадесетопръстника е казуистична рядкост. Най-често се развива от тъканите около дуоденалната папила. При операбилност подлежи на дуоденопанкреатична резекция, при иноперабилност – на обходна гастрорентероанастомоза.

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

II. Хирургично лечение на язвата

Пептичните язви на тънкото черво се срещат рядко и обикновено се лекуват консервативно. Оперативното лечение на улкус пептикум (най-често след операция по Билрот-2) може да бъде: торакална ваготомия, ререзекция, редуоденизация, блокова резекция с колон трансверзум (при гастро-иеюно-колична фистула) и др.

При усложнен Мекелов дивертикул се извършва клиновидна резекция или по-сигурно - резекция на тънкото черво с термино-терминална анастомоза.

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.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

Постоперативно при неонкологичните заболявания. При онкологичните случаи след задължително хистологично изследване и патоморфологична диагноза, с определяне на степен на малигненост (стадий на тумора по TNM-класификация).

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Дехоспитализация при оперативни интервенции се допуска при следните условия:

- възстановяване на пасажа;
- добре зарастваща оперативна рана;
- липса на фебрилитет през последните 24 часа;

- ЛИПСА НА ЗНАЧИМИ СУБЕКТИВНИ ОПЛАКВАНИЯ. 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”**.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

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

8.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарт **“Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия”**).

8.3. 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.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Ракът на хранопровода е рядко заболяване по-типично за напреднала и старческа възраст и по-често при мъжете. Състоянието води до невъзможност за хранене, отслабване на килограми, както и до някои усложнения. Целта на оперативното лечение е премахването на тумора и възстановяване преминаването на храната през новосъздаден път (преместване на стомах, тънко или дебело черво) на един или два етапа. Това е една високорискова операция, криеща доста тежки усложнения в следоперативния период - естеството на заболяването, отваряне на три телесни кухини. Операцията е един етап от цялостното лечение, включващо лъчетерапия, химиотерапия или комбинирано. Изборът на операция и нейният обем зависят от локализацията на тумора в горната, средната или долната трета на хранопровода. Хирургическата намеса е свързана с отваряне на коремната кухина, на гръдната кухина и на шийна област. Отстраненият изцяло или частично хранопровод се замества с части от стомах, тънко или дебело черво.

Стомах и храносмилателна система

Храносмилателната система се състои от хранопровод, стомах, тънко и дебело черво. Функцията е да достави хранителни вещества (белтъчини, въглехидрати, мазнини, витамини, минерали и вода) от поетата през устата храна до кръвоносната система, която по-нататък ще ги пренесе до всички клетки. В смилането на храната вземат участие смилателните сокове, отделени от стомаха, тънките черва и задстомашната жлеза. Стомахът е кух орган, с форма на кука, разположен в горната част на корема. Храната достига до него през тръба, наречена хранопровод, който свързва устата със стомаха. В стомаха става раздробяване на храната като в мелница и смилане на белтъчините. Раздробената храна преминава в тънкото черво и след това в дебелото черво.

Какво представлява карциномът на стомаха?

Карциномът на стомаха е заболяване при което “малигнени” (онкологични) клетки се откриват в тъканите на стомаха.

Понякога карциномът на стомаха може дълго време да не причини клинични оплаквания (симптоми) и да достигне големи размери. В ранните стадии на заболяването могат да се наблюдават следните оплаквания: коремен дискомфорт, подуване след нахранване, гадене, загуба на апетит, парене.

В по-напредналите стадии на заболяването може да има кръв в изпражненията, анемия, повръщане, загуба на тегло или болка в стомаха.

Ако имате оплаквания Вашият лекар ще назначи едно или няколко от следните изследвания на стомаха:

- ретненово изследване на стомаха след изпиване на рентгено-контрастно вещество през устатата;

- гастроскопия – оглед на хранопровода и стомаха със специален апарат, наречен гастроскоп (вж информация на пациента за гастроскопия), който се поставя през устата и се въвежда в стомаха; изследването може да бъде извършено със или без обезболяване или под пълна упойка, наречена анестезия.

Ако докторът види тъкан, различна от нормалната, може да вземе малко парче тъкан, което ще се изследва под микроскоп за търсене на онкологични клетки. Това се нарича “вземане на биопсия” и е безболезнено.

Как се развива и как се лекува карциномът на стомаха?

Прогнозата и изборът на лечение зависи от стадия на карцинома – дали е само в стомаха или се е разпространил на други места, както и от общото състояние на организма.

Разпространеност на карцинома на стомаха (стадиране)

Когато веднъж е открит (диагностициран) карциномът на стомаха, е необходимо да се направят още изследвания, за това дали онкологични клетки са се разпространили и в други части на тялото. Тези изследвания се наричат “стадиране”. Те започват веднага след поставяне на диагнозата. Най-точното “стадиране” на обхващане на стената на стомаха и околните тъкани от онкологичното заболяване, се постига по време на операция. Познаването на точния стадий на болестта, позволява на лекаря ефективно да планира бъдещото лечение.

Как се лекува карциномът на стомаха?

За повечето пациенти с онкологично заболяване на стомаха има лечение. Възможностите за лечение са няколко:

- хирургично (премахване на онкологичното заболяване);
- химиотерапия (използват се лекарства за убиването на онкологични клетки);
- лъчева терапия (използват се високи дози рентгенови лъчи и други лъчи с висока енергия за убиването на онкологични клетки);
- биологично.

Хирургичното лечение е най-често използваното при всички стадии на онкологичното заболяване на стомаха. Лекарят може да премахне онкологичното заболяване по един от следните начини:

1. Частична или субтотална гастректомия. Хирургът ще премахне онкологичното заболяване през разрез на корема, като отстрани само част от стомаха, която съдържа тумора и части от други тъкани и органи близо до тумора. Също така хирургът взема и няколко от лимфните възли около стомаха, за да се изследват под микроскоп и да търсят онкологични клетки. Слезката (орган в горната част на корема, който филтрира кръвта и премахва старите кръвни клетки) може също да се отстрани ако е необходимо.

2. Тоталната гастректомия. Ако онкологичното заболяване е по-голямо или разположено в определено място, хирургът ще премахне целия стомах и части от хранопровода, тънкото черво и други тъкани близо до тумора. Слезката също се отстранява при някои случаи. Близко разположените лимфни възли също се премахват, за да се изследват под микроскоп и да се търсят онкологични клетки (дисекция на лимфните възли). Хранопроводът се свързва с тънкото черво, така че болният да може да се храни.

Ако само част от стомаха е премахната, болният е в състояние да се храни почти нормално. Често при отстраняване на целия стомах е необходимо приемане на малки порции храна, бедна на въглехидрати и богата на белтъчини и мазнини. Повечето болни успешно се адаптират към този нов начин на хранене.

Химиотерапията използва специални лекарства (химиотерапевтици) за убиване на онкологични клетки. Химиотерапевтиците могат да бъдат хапчета или разтвори, които се вкарват в тялото посредством игли, поставени във вената. Химиотерапията се нарича “Системно лечение” защото лекарството, постъпвайки в кръвообращението, преминава през цялото тяло и може да убива онкологични клетки и извън стомаха. Ако онкологичното заболяване е засегнало черния дроб, химиотерапевтикът може да бъде въведен директно в артерията, която отива в него.

Ако е премахнато цялото видимо онкологичното заболяване по време на операцията, лекарят може да даде химиотерапия на пациента, за да убие клетките, останали невидими след операцията. Химиотерапията, която се прилага на пациент, при който след операцията не се намират онкологични клетки, се нарича “Допълнителна химиотерапия” (Адювантна химиотерапия).

Лъчевата терапия използва рентгенови лъчи или други лъчи с висока енергия, за да убие онкологични клетки и така да премахне тумора. Радиацията може да дойде от апарати извън тялото (външна лъчетерапия) или от радиоактивни материали, поставени в тялото, посредством специални пластмасови тръбички (вътрешна лъчетерапия). Лъчевата терапия може да се използва самостоятелно или в комбинация с химиотерапия.

Биологичното лечение се стреми да подпомогне организма сам да се пребори с онкологичното заболяване. Използват се вещества, образувани от тялото или специално синтезирани в лаборатории, които директно атакуват или с помощта на естествените сили на организма премахват онкологични клетки. Биологичното лечение понякога се нарича **“Имунотерапия”**. То може да се съчетава с другите видове терапия.

Лечение на различните стадии

Лечението на карцинома на стомаха зависи от стадия, в който е заболяването, от неговата локализация в стомаха и от общо състояние на организма. Стандартно лечение няма, защото всеки пациент е различен и със своите особености. В някои случаи се налага промяна на терапията с цел повишаване на ефективността °.

Рецидив на карцинома на стомаха

Ако онкологичното заболяване се е появило отново (рецидивирал) само в една част от тялото, може да се направи операция за премахването му. Ако карциномът е засегнал няколко части на тялото, лекарят може да направи курсове с химиотерапия за намаляване на оплакванията. Пациентът може да получи и имунотерапия.

Ракът на дванадесетопръстника е рядко заболяване, което предизвиква стеснение на лумена и упорито повръщане. Това довежда пациента до лекаря и до необходимост от операция. При възможност за отстраняване на тумора операцията е свързана със задължително изрязване на част от задстомашната жлеза поради тясното прирастване на двата органа и тесните анатомични връзки. Ако туморът не може да бъде отстранен, се прави обходно съустие между стомах и тънко черво, за да може пациента да се храни.