

КП № 175 ОПЕРАТИВНИ ПРОЦЕДУРИ НА ТЪНКИ И ДЕБЕЛИ ЧЕРВА, ВКЛ. ПРИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА МЕЗЕНТЕРИУМА И РЕТРОПЕРИТОНЕУМА, С ГОЛЯМ И МНОГО ГОЛЯМ ОБЕМ И СЛОЖНОСТ ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

1. Минимален болничен престой – 7 дни

При лапароскопски интервенции – 5 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Ексцизионни процедури на лимфен възел на други места	
	<i>Не включва:</i> хистеректомия с ексцизия на тазови лимфни възли (35664-00 [1268], 35664-01 [1269])
90282-00	Ексцизия на лимфен възел на друго място Тотална (обикновена) ексцизия на лимфни възли на друго място БДУ <i>Не включва:</i> при стадиране на малигнизирание: • гинекологично (35723 [810]) • лимфом (30384-00 [985]) • БДУ (35726-01 [985])
90282-02	Радикална ексцизия на лимфен възел на друго място Цялостно изчистване на всички възли на друго място Резекция на ингвинални лимфни възли в дълбочина до мускул и фасция <i>Не включва:</i> при стадиране на малигнизирание: • гинекологично (35723 [810]) • лимфом (30384-00 [985]) • БДУ (35726-01 [985]) това на тазови лимфни възли при: • гинекологична неоплазма (35551 [810]) • хистеректомия (35664-00, 35670-00 [1268], 35664-01 [1269]) • радикална простатектомия и реконструкция на мехурна шиика (37211-00 [1167])
Ексцизионни процедури на лимфен възел на други места	
	<i>Не включва:</i> хистеректомия с ексцизия на тазови лимфни възли (35664-00 [1268], 35664-01 [1269])
90282-00	Ексцизия на лимфен възел на друго място Тотална (обикновена) ексцизия на лимфни възли на друго място БДУ <i>Не включва:</i> при стадиране на малигнизирание: • гинекологично (35723 [810]) • лимфом (30384-00 [985]) • БДУ (35726-01 [985])
90282-02	Радикална ексцизия на лимфен възел на друго място Цялостно изчистване на всички възли на друго място Резекция на ингвинални лимфни възли в дълбочина до мускул и фасция <i>Не включва:</i> при стадиране на малигнизирание: • гинекологично (35723 [810]) • лимфом (30384-00 [985]) • БДУ (35726-01 [985]) това на тазови лимфни възли при: • гинекологична неоплазма (35551 [810]) • хистеректомия (35664-00, 35670-00 [1268], 35664-01 [1269]) • радикална простатектомия и реконструкция на мехурна шиика (37211-00 [1167])

Ексцизионни процедури на лимфни възли в слабините	
	Ексцизия на ингвинални лимфни възли
30329-00	Ексцизия на лимфни възли на слабините Тотална (обикновена) ексцизия на лимфни възли на слабините
30330-00	Радикална ексцизия на лимфни възли в слабините Цялостно изчистване на всички слабинни възли Резекция на ингвинални лимфни възли в дълбочина до мускули и фасция
Стоми на тънки черва	
32069-00	Формиране на илеостомен резервоар Формиране на задържаща илеостома <i>Включва:</i> обръщане на съществуваща илеостома изолиране и резекция на черво <i>Не включва:</i> такава при уринарни отвеждащи процедури (36600-02, 36606 [1129])
Колектомия	
32003-00	Ограничена ексцизия на дебело черво с анастомоза Цецектомия } Локална ексцизия на колон } с анастомоза Сигмоидоколектомия } Сигмоидектомия } <i>Включва:</i> резекция на флексура лиеналис
Възстановяване на тънки черва	
	<i>Включва:</i> скосяване на тънки черва
43810-01	Възстановяване на тънки черва с множество анастомози
Резекция на тънко черво	
30566-00	Резекция на тънко черво с анастомоза Ексцизия на Мекелов дивертикул с резекция на тънко черво с анастомоза
Резекция на тънко черво	
30566-00	Резекция на тънко черво с анастомоза Ексцизия на Мекелов дивертикул с резекция на тънко черво с анастомоза
Колектомия	
32003-00	Ограничена ексцизия на дебело черво с анастомоза Цецектомия } Локална ексцизия на колон } с анастомоза Сигмоидоколектомия } Сигмоидектомия } <i>Включва:</i> резекция на флексура лиеналис
Колектомия	
32003-00	Ограничена ексцизия на дебело черво с анастомоза Цецектомия } Локална ексцизия на колон } с анастомоза Сигмоидоколектомия } Сигмоидектомия } <i>Включва:</i> резекция на флексура лиеналис

Колектомия	
32003-01	Дясна хемиколектомия с анастомоза Резекция на колон асценденс, флексура хепатика и част от колон трансверзум (дясна хемиколектомия) с анастомоза
Колектомия	
32005-00	Субтотална колектомия с анастомоза <i>Включва:</i> резекция на: • колон асценденс • колон десценденс • флексура хепатика • лиеналис флексура • колон трансверзум
Колектомия	
32006-00	Лява хемиколектомия с анастомоза <i>Включва:</i> резекция на: • низходящ } • сигма } колон
32006-01	Лява хемиколектомия с формиране на стома <i>Включва:</i> резекция на: • низходящ } • сигма } колон
Колектомия	
32003-00	Ограничена ексцизия на дебело черво с анастомоза Цецекомия } Локална ексцизия на колон } с анастомоза Сигмоидоколектомия } Сигмоидектомия } <i>Включва:</i> резекция на флексура лиеналис
Колектомия	
32003-00	Ограничена ексцизия на дебело черво с анастомоза Цецекомия } Локална ексцизия на колон } с анастомоза Сигмоидоколектомия } Сигмоидектомия } <i>Включва:</i> резекция на флексура лиеналис
32000-00	Ограничена ексцизия на дебело черво с формиране на стома Цецекомия } Локална ексцизия на колон } с формиране на стома Сигмоидоколектомия } Сигмоидектомия } <i>Включва:</i> резекция на флексура лиеналис
Колектомия	
32012-00	Тотална колектомия с илеоректална анастомоза
Резекция на тънко черво	
30566-00	Резекция на тънко черво с анастомоза Ексцизия на Мекелов дивертикул с резекция на тънко черво с анастомоза

Резекция на тънко черво	
30566-00	Резекция на тънко черво с анастомоза Ексцизия на Мекелов дивертикул с резекция на тънко черво с анастомоза
Стоми на тънки черва	
30515-01	Ентероколомия Илео-коло анастомоза
Колектомия	
32003-00	Ограничена ексцизия на дебело черво с анастомоза Цецекомия } Локална ексцизия на колон } с анастомоза Сигмоидоколектомия } Сигмоидектомия } <i>Включва:</i> резекция на флексура лиеналис
Колектомия	
32003-00	Ограничена ексцизия на дебело черво с анастомоза Цецекомия } Локална ексцизия на колон } с анастомоза Сигмоидоколектомия } Сигмоидектомия } <i>Включва:</i> резекция на флексура лиеналис
Други стоми на дебело черво	
30375-28	Временна колостомия Бримкова колостомия <i>Не включва:</i> такава с ректосигмоидектомия (32030-00 [934])
Стоми на тънки черва	
30375-01	Друга ентеростомия Дуоденостомия Постоянна илеостома <i>Не включва:</i> илеостомия с: • колектомия, тотална (32009-00 [913]) • проктоколектомия, тотална (32015-00, 32051-01 [936]) • йеуностомия (31462-00, 90306-00 [892])
Възстановяване на парастомална херния	
30563-02	Възстановяване на парастомална херния
Други възстановителни процедури на тънки черва	
30375-19	Други възстановяване на тънки черва
Други възстановителни процедури на тънки черва	
30375-24	Шев на тънки черва
Други възстановителни процедури на тънки черва	
90340-00	Затваряне фистула на тънки черва <i>Включва:</i> фистула на дуоденум <i>Не включва:</i> ентерокутанна фистула на тънко черво (30382 [901])

Друго възстановяване на дебело черво

30375-25 Шев при разкъсване на дебело черво

Друго възстановяване на дебело черво

90340-01 Затваряне фистула на дебело черво

Включва: ректум

Не включва: ентерокутанна фистула на дебело черво (30382 [917])
възстановяване на ректална фистула с фибринов уплътнител (90344-00 [929])

Резекция на тънко черво

30566-00 Резекция на тънко черво с анастомоза

Ексцизия на Мекелов дивертикул с резекция на тънко черво с анастомоза

Колектомия

32003-00 Ограничена ексцизия на дебело черво с анастомоза

Цецекомия	}	
Локална ексцизия на колон	}	с анастомоза
Сигмоидоколектомия	}	
Сигмоидектомия	}	

Включва: резекция на флексурa лиеналис

Ректосигмоидектомия или проктектомия

43993-01 Окончателна чревна резекция и възстановяваща анастомоза

Duhamel ретроректална възстановяваща процедура

Soave ендоректална възстановяваща процедура

Включва: затваряне на съществуваща стома
формиране на стома (нефункционираща) (обръщане) (протективна) (временна)
множествени гефрир биопсии

Забележка: Изпълнена при болест на Hirschsprung [дебелочревна аганглиоза] [вроден мегаколон]. Има много описани оперативни техники – най-чести са Duhamel and Soave процедури. Процедурата на Duhamel (и модификации) е ретроректално възстановяване със страна-страна анастомоза. Анастомозата оформя ректален купол, съставен от аганглионна предна- и нормално ганглионизирана задна стена. Процедурата на Soave (и модификации) включва резекция на аганглионното черво, с изключение на най-дисталния ректум, където се отстранява само мукозата. Мукозата на ректума се изважда през ануса и ганглионизираното черво се притегля през оставения ръкав от ректална мускулатура до точката точно над ануса (назъбена линия) където се зашива на място. В някои случаи на тотална дебелочревна аганглиоза, чревната резекция може да достигне до илеума и до включи илео-анално възстановяваща процедура със страна-страна анастомоза. Тази процедура може да бъде изпълнена на един етап. Тя може да бъде и процедура на втори етап, където процедура на първи етап е колостомия (понякога назовавана „колостомия на нива“).

Не включва: възстановяваща проктоколектомия с илеален резервоар (32051 [936])

Ректосигмоидектомия или проктектомия

32039-00 Абдоминоперинеална проктектомия

Абдомино перинеална резекция на ректум

Включва: изграждане на стома

Не включва: тази с тотална колектомия (32015-00 [936])

Ректосигмоидектомия или проктектомия	
32039-00	Абдоминоперинеална проктектомия Абдомино перинеална резекция на ректум <i>Включва:</i> изграждане на стома <i>Не включва:</i> тази с тотална колектомия (32015-00 [936])
Ректосигмоидектомия или проктектомия	
32030-00	Ректосигмоидектомия с формиране на стома Процедура на Hartmann
Предна резекция на ректум	
	<i>Включва:</i> закрита стома J-оформен джоб (резервоар) Тотална мезоректална ексцизия (TME)
32025-00	Ниска предна резекция на ректум <i>Забележка:</i> Анастомозата се извършва на > 6 cm до □ 10 cm от аналния ръб
32026-00	Ултра ниска предна резекция на ректума Проктосигмоидектомия с коло-анална анастомоза с ушивател <i>Забележка:</i> Анастомозата се извършва на □ 6 cm от аналния ръб <i>Не включва:</i> ръчно защита анастомоза (32028-00 [935])
32028-00	Ултра ниска предна резекция на ректума с ръчен шев на колоанална анастомоза Коло-ендо-анална обшивна анастомоза Проктосигмоидектомия с ръчно изпълнена коло-анална анастомоза <i>Забележка:</i> Анастомозата се извършва на □ 6 cm от аналния ръб
Предна резекция на ректум	
	<i>Включва:</i> закрита стома J-оформен джоб (резервоар) Тотална мезоректална ексцизия (TME)
32024-00	Висока предна резекция на ректум <i>Забележка:</i> Анастомозата се извършва на > 10 cm от аналния ръб
32025-00	Ниска предна резекция на ректум <i>Забележка:</i> Анастомозата се извършва на > 6 cm до □ 10 cm от аналния ръб
32026-00	Ултраниска предна резекция на ректума Проктосигмоидектомия с коло-анална анастомоза с ушивател <i>Забележка:</i> Анастомозата се извършва на □ 6 cm от аналния ръб <i>Не включва:</i> ръчно защита анастомоза (32028-00 [935])
32028-00	Ултраниска предна резекция на ректума с ръчен шев на колоанална анастомоза Коло-ендо-анална обшивна анастомоза Проктосигмоидектомия с ръчно изпълнена коло-анална анастомоза <i>Забележка:</i> Анастомозата се извършва на □ 6 cm от аналния ръб
92208-00	Предна резекция на ректум, неуточнено ниво
Ректосигмоидектомия или проктектомия	
32060-00	Възстановителна проктектомия Мукозна проктектомия <i>Включва:</i> затваряне на съществуваща илеостома нефункционираща [затворена] илеостома формиране на илеален резервоар илео-анална – анастомоза изолация и резекция на черво

мукозектомия
ректална резекция

Не включва: възстановяване на чревна проходимост след процедура на Hartmann (32033-00 [917])

Ректосигмоидектомия или проктектомия

43993-01 Окончателна чревна резекция и възстановяваща анастомоза

Duhamel ретроректална възстановяваща процедура

Soave ендоректална възстановяваща процедура

Включва: затваряне на съществуваща стома
формиране на стома (нефункционираща) (обръщане) (протективна) (временна)
множествени гефрир биопсии

Забележка: Изпълнена при болест на Hirschsprung [дебелочревна аганглиоза] [вроден мегаколон]. Има много описани оперативни техники – най-чести са Duhamel and Soave процедури. Процедурата на Duhamel (и модификации) е ретроректално възстановяване със страна-страна анастомоза. Анастомозата оформя ректален купол, съставен от аганглионна предна- и нормално ганглиониизирана задна стена. Процедурата на Soave (и моди-фи-ка-ции) включва резекция на аганглионното черво, с изключение на най-дисталния ректум, където се отстранява само мукозата. Мукозата на ректума се изважда през ануса и ганглиониизираното черво се притегля през оставения ръкав от ректална мускулатура до точката точно над ануса (назъбена линия) където се зашива на място. В някои случаи на тотална дебелочревна аганглиоза, чревната резекция може да достигне до илеума и до включи илео-анално възстановяваща процедура със страна-страна анастомоза. Тази процедура може да бъде изпълнена на един етап. Тя може да бъде и процедура на втори етап, където процедура на първи етап е колостомия (понякога назовавана „колостомия на нива“).

Ректосигмоидектомия или проктектомия

32060-00 Възстановителна проктектомия

Мукозна проктектомия

Включва: затваряне на съществуваща илеостома
нефункционираща [затворена] илеостома
формиране на илеален резервоар
илео-анална – анастомоза
изолация и резекция на черво
мукозектомия
ректална резекция

Не включва: възстановяване на чревна проходимост след процедура на Hartmann (32033-00 [917])

Други възстановителни процедури на ректум или анус

90313-00 Друго възстановяване на ректум

32203-00 Анална или перинеална грацилопластика

Динамична грацилопластика

Трансплантация на мускулус грацилис

Забележка: Изпълнена за анална инконтиненция

Не включва: ревизия на грацилопластика (32203-01 [940])

Други възстановителни процедури на ректум или анус

32203-00 Анална или перинеална грацилопластика

Динамична грацилопластика

Трансплантация на мускулус грацилис

Забележка: Изпълнена за анална инконтиненция

Не включва: ревизия на грацилопластика (32203-01 [940])

Други инцизионни процедури на корем, перитонеум или оментум	
90952-00	Инцизия на абдоминална стена Изследване на коремна стена Изваждане на протезен меш, използван за възстановяване на херния <i>Не включва:</i> експлоративна лапаротомия (30373-00 [985])
Други процедури на корем, перитонеум или оментум	
90331-00	Други процедури на корем , перитонеум или оментум
Други ексцизионни процедури на корем, перитонеум или оментум	
	<i>Не включва:</i> хистеректомия с ретроперитонеална дисекция (35667-00 [1268])
30321-00	Ексцизия на ретроперитонеална невро-ендокринна лезия
30323-00	Ексцизия на ретроперитонеална невро-ендокринна лезия с ретроперитонеална дисекция <i>Включва:</i> дисекция на един или и двата големи кръвоносни съда <i>Кодирай също когато е направена:</i> • нефректomia (виж панели [1048], [1049] и [1053])
30392-00	Отстраняване на интраабдоминална лезия Радикално отстраняване на интраабдоминален тумор <i>Включва:</i> оментектомия <i>Не включва:</i> тази при невробластом (43987-01 [989])
90327-00	Ексцизия на вродена интраабдоминална лезия <i>Включва:</i> ретроперитонеален тумор тератом <i>Не включва:</i> ексцизия на бронхогенна киста, чрез торакотомия (43912-00 [545]) ретроперитонеална невро-ендокринна лезия (30321-00, 30323-00 [989])
Възстановяване на вагинална фистула	
35596-00	Лечение на ректовагинална фистула

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.

Хистологично верифициране на препарата е задължително с изключение на случаите на обходна анастомоза или извеждане на двуцевна или терминална стома, при липса на резектат – кодове на процедури (43810-01); (30566-00); (30566-00); (32003-00); (30375-28) и (30563-02).

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”.

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

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
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория*
5. Образна диагностика - рентгенов апарат за скопия и графия
6. Кабинет по ендоскопска диагностика (долна 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.

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

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
Консумативи за ендоскопска хирургия	НЗОК не заплаща посочените изделия

При диагнози по МКБ 10 рубрики: C15 - C26, C45, C48, C65, C66, C67, C68 и C79, НЗОК заплаща следните скъпоструващи медицински изделия:

- Механичен съшивател;
- Пълнител за механичен съшивател
- Ендоскопски съшивател
- Пълнител за ендоскопски съшивател

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, с опит в колоректалната хирургия;
- 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.

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:

- ентерорагия или колоректорегия с анемия или шок;
- мезентериална тромбоза;
- остро настъпили смущения в чревната проходимост.

2. Пациенти с установен:

- ретроперитонеален абсцес или хематом, независимо от произхода му, доказан с КТ или МРТ;
- тумор на тънкото и дебелото черво (рентгенологично, ехографски, палпаторно или при ректално туше);

- тумор, потвърден с ректоскопия или фиброколоноскопия;
- тумор със субилеус;
- тумор с колоректорегия (вкл. вторична анемия);
- малигнизирал полип/вилозен тумор (с хистологичен резултат);
- малигнизирал полип/полипи при множествена и фамилна полипоза;
- малигнизирал стенолитичен участък при улцерозен колит, болест на Крон;
- стеноза, малигнизация, неовладими клинични прояви с профузни диарии (кръв) при улцерозен колит и болест на Крон;
- дивертикулит с усложнения (перфорация, кървене, псевдотумор).

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.

Злокачествените тумори на тънките черва са рядка находка, най-често се наблюдава аденокарцином, локализиращ се 40% в дуоденума, 40% в йеюна и 20 % в илеума. На второ място се нарежда лейомиосаркомът. Възможно е регистриране на неврогенни тумори и тънчочревни лимфоми. Карциноидът с локализация по тънкото черво рядко е клинична находка, по-често е случайна или аутопсионна. Хирургичното лечение е свързано с парциална тънчочревна резекция едновременно с регионарна лимфаденектомия. При лимфоми и карциноид са възможни повече от една локализация, което е свързано с разширена или сегментарна резекция.

Колоректалният карцином е на трето място по честота. С оглед първичен скрининг на преканцерозни лезии при пациенти без и със генетична предразположеност, както и за подобряване на ранната диагноза, е необходимо повишено внимание към пациенти с доказана фамилност, наличие на единични или множествени полипи, УК или болест на Крон. 15 % карциномът или КРК е наследствен (синдром на Линч). В тази група се включват семейства, които имат колоректален карцином, онкологично заболяване на яйчниците, матката, гърдата, стомаха, щитовидната жлеза и мозъка. Фамилният карцином може да се развие върху предшестваща фамилна аденоматозна полипоза.

Хирургичното лечение на колоректалния карцином с лечебна цел включва резекция на колона с носещата тумора част и с областта на регионарния лимфен ток, също така с едновременно отстраняване на свързани органи (мултиорганни резекции). Карциномът на колона расте предимно циркулярно. За отстраняване на интрамурален микроскопски туморен растеж основно трябва да се достигне минимална граница на резекция от 2 см. Регионарният лимфен ток излиза над тази област навън. Съответно на кръвоснабдяването се разширяват метастазите в лимфните възли (отдалечени до 10 см от макроскопския туморен ръб) - предимно обаче извън централното направление. За размера на чревната резекция е по-малко определящо туморното прорастване в стената на червото, отколкото отстранената след централната лигатура област на лимфния ток.

Само при строга селекция може да се изпълни и локална терапия под формата на колоскопска полипектомия. Препоръчителен обем на операцията - дясна или лява хемиколектомия. Сегментните резекции са с дискусабилна радикалност. При карцином на ректума: разширяване на показанията за сфинктеросъхраняващи операции при тумори в горната и средната трета в стадий Т 1-2 – III а стадий при дистална граница под тумора до и над 2 см., хистологично добре диференциран аденокарцином; задължително отстраняване на мезоректума. При тумор в дисталната трета на ректума, лошо диференциран стадий Т 3 – IV В е препоръчително абдоминоперинеална екстирпация.

Всички болни с колоректален карцином се представят следоперативно на обсъждане на онкокомисия в състав: хирург, патолог, онколог (химиотерапевт, радиолог).

Болни с карцином на ректума извън перитонеума се обсъждат предоперативно в същата комисия с цел предоперативна лъчетерапия, органосъхраняваща (сфинктерозапазваща) операция.

Оперативните интервенции върху **тънките черва** се осъществяват при травматични лезии (обичайно открити - проникващи наранявания, и по-рядко закрити), доброкачествени тумори, стенози от различно естество, фистули, тежки възпалителни, съдови и лъчеви увреди. При травматичните лезии се налага зашиване на дефекта и/или тънкочревна резекция. При многобройни лезии на определен чревен участък се извършва резекция на участъка. При тежко шоково състояние на болния се предпочита екстериоризацията на червото или стома, и на втори етап се осъществява възстановяване на пассажа. Самата резекция е свързана с непосредствено налагане на анастомоза и възстановяване континуитета, като се осъществява термино-терминална, термино-латерална или латеро-латерална анастомоза. Рядко се използва извеждането на стома, като протекция на наложената анастомоза.

Оперативните интервенции върху **дебелите черва** се осъществяват при травматични лезии (също по-чести при проникващи наранявания), доброкачествени тумори, стенози от различно естество, фистули, тежки възпалителни, съдови и лъчеви увреди. При по-големи наранявания на дебелото черво, включително и на ретроперитонеалната част и невъзможност за извършване на резекция, или при вече възникнал фекулентен перитонит или масивна контаминация на перитонеалната кухина, се преминава към екстериоризация на нараненото черво. При резекции на дебелите черва и съмнение за херметичността на анастомозата се извежда профилактична илео- или трансверзостома, която напълно изключва дебелочревния пасаж. А при наложена екстраперитонеално коло-ректална анастомоза и данни за инсуфициенцията се прави лечебна илео- или трансверзостома, с която се цели напълно изключване на чревния пасаж през анастомозата. Трайни илеостоми се налагат при цялостно отстраняване на колона и ректума при генерализирана полипоза и улцерохеморагичен колит. Трайна колостома се налага при аналносфинктерния комплекс. В зависимост от състоянието на болния оперативната интервенция може да се извърши на един, два или три етапа.

При проникващи наранявания на корема с лезия на черво се отделя голямо внимание на лечението на травматичната рана, което може да се извърши с първична хирургична обработка и шев или вторично отложен шев, при задължителна профилактика (лечение) на инфекцията и антитетанусова профилактика.

Оперативни интервенции на тънките и дебелите черва се осъществяват и при тънкочревните и тънкочревно-дебелочревните инвагинации, при които има противопоказания за неоперативно лечение или чрез него не се постига пълна дезинвагинация. При оперативната намеса след мануалната дезинвагинация се извършва преценка относно виталитета на инвагинираното черво. При нарушен виталитет се осъществява достатъчна по обем резекция, която трябва да включва и анатомичния причинител на инвагинацията, ако съществува такъв - полип, тумор, Мекелов дивертикул. Чревният пасаж се възстановява чрез термино-терминална тънкочревно-тънкочревна анастомоза или термино-латерална илео-колична анастомоза при участие на колон в резецирания участък. В някои случаи на напреднал дифузен или тотален перитонит и тежко състояние на детето като първи етап на оперативното лечение може да се извърши резекция и илиачен противоестествен анус по Mikulicz. Нормалният чревен пасаж се възстановява според описаните принципи.

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

При неонкологичните заболявания – интраоперативно и постоперативно, базирано на резултата от траен хистологичен препарат.

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:

- възстановяване на пасажа;
- добре зарастваща оперативна рана;
- липса на фебрилитет през последните 24 часа;
- липса на значими субективни оплаквания;
- в случаите на лека супурация на оперативната рана (без фебрилитет, без дехисценция на раната и без значим раневи секрет), лечението може да продължи с превръзки в амбулаторни условия.

8. 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.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Карциномът на дебелото черво е честа форма на заболяване, при което “малигнени” (онкологични) клетки се откриват в тъканите на дебелото черво. В 15 % той е наследствен.

Прогнозата и възможностите за лечение зависят от степента на разпространение на карцинома (дали е само в рамките на тъканите на дебелото черво или засяга и други органи) и общото състояние на пациента. Когато веднъж е открит (диагностициран) карцином на дебелото черво, е необходимо да се направят още изследвания за това, дали онкологични клетки са се разпространили и в други части на тялото.

За “Рецидив” говорим, когато имаме отново поява на карцином, след като вече е бил лекуван. Той може да се появи в дебелото черво или в друга част на тялото. Най - често има рецидив в черния дроб и в белия дроб.

Как се лекува карциномът на дебелото черво?

Има лечение за всички пациенти с карцином на дебелото черво. Възможностите за лечение са няколко:

- *хирургично лечение* (премахване на карцинома).
- *лъчева терапия* (използват се високи дози рентгенови лъчи и други лъчи с висока енергия за убиването на онкологични клетки).
- *химиотерапия* (използват се лекарства за убиването на онкологичните клетки).

Хирургичното лечение е най-често използваното лечение при всички стадии на карцинома на дебелото черво. Лекарят може да премахне карцинома по един от следните начини:

Ако карциномът е в много ранен стадий, лекарят може да премахне тумора, без да отваря коремната кухина. Той може посредством ректоскоп, сигмодоскоп или колоноскоп да премахне тумора. Тази процедура се нарича “локална ексцизия”. Ако карциномът е открит върху малко парченце тъкан, наречено полип, процедурата се нарича “полипектомия”.

Ако карциномът е по - голям, хирургът ще го премахне (дебелочревна резекция) през разрез на корема, като ще отстрани и част от здравата тъкан около него. Оставащите здрави части на дебелото черво се зашиват (анастомоза). Също така хирургът взема и няколко от лимфните възли около червото, за да се изследват под микроскоп и да се търсят онкологични клетки. Ако не е възможно да се зашият двете здрави части на дебелото черво, хирургът ще ги зашие към отвор в коремната стена (стома). Тази операция се нарича “колостомия”. Понякога колостомията се налага само докато дебелото черво оздравее и след това се премахва. При локализация на тумора в крайната част на чревния канал – правото черво (ректум) - изрязването на болестно променения участък е свързано с трайно извеждане на червото на коремната стена, като “противоестествен анус”. Ако пациентът е с “колостома”, се използват специални залепящи се за кожата около отвора (стомата) торбички, които събират чревното съдържимо. Тези торбички не се виждат под дрехите и много хора се грижат сами за тях.

Лечението на карцинома на ректума (правото черво) има някои допълнителни особености. Те зависят от стадия на заболяването и височината, на която се разполага туморът, т.е. дистанцията между ануса и долния ръб на карцинома. Последните 3 - 4 см. от ректума са обхванати от кръгови мускули (сфинктери), които позволяват човек волево да задържа газове и изпражнения.

- ако карциномът е в по-напреднал стадий (III или IV) или е разположен в последните 4-5 см. на червото до ануса, запазването на сфинктерите е невъзможно. При

тяхната липса човекът не може да задържа газове и изпражнения - налага се задължително извеждането на червото на коремната стена, като противоестествен анус.

- ако карциномът е в по-ранен стадий и/или е разположен по - високо, хирургът може да изреже болната част и да свърже двата края на червото на анастомозата. В някои случаи при риск от усложнения, според преценката на оператора може да се наложи временна колостомия, а анастомозата да се отложи за втора операция след един или повече месеци.

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.

Химиотерапията използва специални лекарства (химиотерапевтици) за убиването 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 дебелото черво. Ако карциномът е засегнал черният дроб, химиотерапевтика може да бъде въведен директно в артерията, която отива в него.

Ако е премахнат целият видим карцином 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”.

Биологичното лечение се стреми да подпомогне организма сам да се пребори с карцинома. 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.

Рецидив на карцином на дебелото черво.

Ако карциномът се е появил 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 и/или лъчетерапия. Пациентът може да получи и имунотерапия.

Защо трябва да постъпите в болница?

Задължително е цялостното оглеждане на дебелото черво поради възможност да имате втори карцином или полип в по-горните му отдели. Това се осъществява с колоскопия (виж информация за пациента за колоскопия) или при невъзможност за извършването ѝ, сигмоидоскопия, иригография (виж съответната информация за пациента). Тази манипулация се извършва в специализирана клиника/отделение по гастроентерология, със или без анестезия и обезболяване според Вашето желание, по изключение може да бъде извършено и амбулаторно. При установяване на изменения по лигавицата ще бъде взет материал (биопсия) за микроскопско изследване (хистологично). Ако се установи полип, той ще бъде отстранен и изпратен също за изследване. Възможни са “фалшиво положителни” или “фалшиво отрицателни” резултати. В тези случаи биопсиите трябва да се повторят.

След получаване на цялостната информация гастроентеролог, анестезиолог, хирург, онкотерапевт и други специалисти ще изработят стратегия за лечение и поведение. В зависимост от взетото решение ще бъдете насочен за операция или комбинирано лечение – химио -, лъчетерапия и операция или за общоукрепващо лечение.

Отказът Ви от извършване на необходимите изследвания или на някое от тях 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 карцинома и разпространението му.

Какво Ви предстои преди и след постъпване в хирургично отделение/клиника?

При изяснена и хистологично (потвърдена чрез биопсия) диагноза гастроентерологът ще Ви насочи за консултация с хирург. Хирургът ще Ви прегледа отново, но насочено с оглед предстоящата операция, като задължително извършва отново ректално туширане (изследване на ануса и последните 6 см. от правото черво). След прегледа на наличните изследвания хирургът може да назначи някои допълнителни изследвания. Той ще Ви запознае с възможностите на хирургичното лечение, каква операция е необходима, очаквания резултат, усложнения и изход, вероятната прогноза.

Провеждат се задължително предоперативни консултации с кардиолог и анестезиолог, а при необходимост - с друг специалист: алерголог (при данни за алергия), ендокринолог (напр. при захарен диабет) и др. Ако е необходима предоперативна подготовка, тя се провежда в дома или след постъпване в хирургично или специализирано отделение по преценка на хирурга, съгласувано с мнението на консултантите.

Болните, които са постъпили директно в хирургична клиника/отделение след насочване от ОПЛ или гастроентеролога от извънболничната помощ, ще бъдат прегледани от хирург, ще бъдат направени ректално туширане и всички необходими назначения от хирурга изследвания. При изяснена и хистологично потвърдена чрез биопсия диагноза ще се проведат предоперативните консултации и подготовка за оперативното лечение.

Час преди операцията се поставя тънка сонда, преминаваща през едната Ви ноздра и достигаща до стомаха, която Ви предпазва 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 отделя безпрепятствено по време на цялата хирургична намеса, без да се преразтяга мехурът.

Когато туморът нараства и е разположен по лявата половина на дебелото черво, често води до запушване. това може да предизвика операция по спешност. при спешна операция по-често се налага извеждането на червото на корема до отзвучаване на острите явления и възстановяване на чревния тракт при втора операция.

Дивертикулоза.

Дивертикулът е сляпо торбовидно разширение на кух орган, съобщаващо се с неговата кухина. Под понятието дивертикулоза се разбира безсимптомно протичащи множество дивертикули. Възпалителният процес в стената на самия дивертикул се означава като дивертикулит, а извън нея - като перидивертикулит. Най-често се наблюдават при болни над 70 годишна възраст, като се намират предимно в лявата половина на дебелото черво. Дивертикулите могат да се усложнят с кръвотечения, възпаление, пробив в коремната кухина, илеус (непроходимост на червата) и злокачествена трансформация.

Неусложнените форми се лекуват консервативно. Хирургично лечение се налага при пробивите - масивни, неовладяващи се от консервативно лечение кръвотечения, чревната непроходимост, чести обострения и злокачествена трансформация. Обемът на операцията се определя от интраоперативната находка и състоянието на болния.

Хроничен улцерохеморагичен колит.

Хронично, рецидивиращо възпалително заболяване на дебелото черво. По-често се развива при жени и започва в млада възраст. В над 15% се установява фамилност. При давност на заболяването до 10 години възможността за поява на карциноми е средно 3%, от 10 до 20 годишна давност раковата дегенерация е 12%, а при давност над 20 години - 50%. Заболяването може да се усложни с кръвотечения, перфорация и др. Оперативното лечение се налага при усложнените форми и при неповлияване от медикаментозното лечение. Обемът на оперативното лечение зависи от разпространението на процеса и усложненията.

Болест на Крон.

Тя е хронично възпалително заболяване, което може да засегне всеки отдел на стомашно-чревния тракт. Най-често се локализира в крайната част на тънкото черво. Усложнява се с фистули и стеснения. Вероятността за злокачествена трансформация е правопрпорционална на неговата давност. При продължителност на заболяването над 10 години е възможно развитието на карцином у над 20% от болните. Лечението е хирургично. Обемът на оперативното лечение се определя от локализацията и вида на усложненията.

Доброкачествените новообразувания на червата обикновено протичат безсимптомно и се откриват случайно. Понякога тези заболявания могат да се проявят със симптомите на нарушение на проходимостта на тънкото и дебелото черво, могат да се проявят като кръвотечения от храносмилателния тракт под формата на черни изпражнения или ярко червена кръв, примесена с тях. Понякога първа проява на заболяването са силно изразени болки в корема, гадене повръщане, спиране на отделянето на газове.

При наличието на тези оплаквания се налага да се извършат редица дейности: рентгеново изследване, ултразвукова диагностика, изследване на кръвна картина, чернодробни проби. Налага се извършването на някои манипулации с оглед облекчаване състоянието на пациента или с диагностична цел. Поставя се сонда в стомаха през носа, и/или извършване на клизми.

Полип.

Под названието полип се разбира доброкачествено образование, което изпъква от повърхността на лумена на кухинен орган. Има различни видове полипи. Когато броят на полипите е от 2 до 10 се говори за множествена полипоза, а когато полипите са пръснати по цялата лигавица на дебелото черво - за дифузна полипоза.

Дифузната фамилна полипоза е с най-висок риск от злокачествена трансформация – в 100% до 40 годишна възраст. При фамилии с генерализирана полипоза ендоскопията на дебелото черво е от изключително диагностично значение. Тъй като при децата на родители с това заболяване има 50% вероятност за развитието му, изследването се извършва в пубертета, защото до тази възраст не се развива карцином. За откриване на засегнатите членове на фамилии с генерализирана полипоза се препоръчват генетични изследвания. Лечението е само оперативно и се състои в отстраняване на поразения участък.

Полипите подлежат на ендоскопско отстраняване и проследяване. Хирургичното отстраняване на полипите се предприема само при случаи на неуспешни опити за ендоскопска полипектомия и във всички случаи на усложнени форми, като обемът на интервенцията зависи от находката.

При травматичните увреди на тънките и дебели черва, илеуси и перитонити лечението се извършва в спешен порядък и видът на операцията зависи от характера на увредата. Травматичните увреди на тънките и дебели черва обичайно са свързани с рано развитие на перитонит, а когато са причинени от проникващо нараняване на коремната стена и са инфекциозни усложнения на раната.

Фистулите на червата представляват комуникация между лумена на червата и коремната стена, а също между тънко и тънко черво, между тънко и дебело черво, между дебело черво и пикочен мехур, между тънко черво и пикочен мехур, между влагалище и ректум, между влагалище и тънко черво, между влагалище и пикочен мехур. Оперативното лечение се изразява чрез отстраняване на фистулния ход и възстановяване на целостта на органите между които е бил фистулният ход.

Съдовата недостатъчност на червата се изразява в запушване от ембол или тромб на даден участък от дебелите или тънките черва, предизвикващ по-късно некроза. Лечение е оперативно, като се изрязва нежизненият участък на поразените черва и се възстановява чревният пасаж.

Какво Ви предстои преди и след постъпване в хирургично отделение/клиника?

След прегледа на наличните изследвания хирургът може да назначи някои допълнителни. Той ще Ви запознае с възможностите на хирургичното лечение, каква операция е необходима, очаквания резултат, усложнения и изход, вероятна прогноза.

Провеждат се задължително предоперативни консултации с кардиолог и анестезиолог, а при необходимост с друг специалист - алерголог (при данни за алергия), ендокринолог (напр. при захарен диабет) и др. Ако е необходима предоперативна подготовка, тя се провежда в дома или след постъпване в хирургично или специализирано отделение по преценка на хирурга, съгласувано с мнението на консултантите.

При изяснена и хистологично потвърдена чрез биопсия диагноза ще се проведат предоперативните консултации и подготовката за оперативното лечение.

Час преди операцията се поставя тънка сонда, преминаваща през едната Ви ноздра и достигаща до стомаха, която Ви предпазва от повръщане в периода след операцията до възстановяване на чревната перисталтика. Налага се поставянето на уретрален катетър, достигащ до пикочния мехур, което позволява урината безпрепятствено да се отделя по време на цялата хирургична намеса, без да се преразтяга мехурът.

При травматичните увреди на тънките и дебелите черва всички посочени по-горе изследвания и манипулации се извършват по спешност, а към оперативна интервенция се престъпва незабавно.

Целта на операцията е да се възстанови целостта на увреденото черво или да се отстрани тежко увреден сегмент от него, като се предотврати възможността за по-нататъшно изтичане на чревно съдържимо в коремната кухина. Последното може да наложи създаване на противоестествен анус.

Лекарят е задължен да Ви обясни характерът на операцията и защо е избрана процедурата, която е удобна или неудобна за Вас. Това се предопределя както от характера на заболяването, така и от Вашето общо състояние.