

КП № 185 ЛАПАРОСКОПСКА ХОЛЕЦИСТЕКТОМИЯ

1. Минимален болничен престой – 2 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Холецистектомия	
30445-00	Лапароскопска холецистектомия

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.

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/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.

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 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).

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	
Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение	
Лапароскопски консумативи	НЗОК не заплаща посочените изделия
Стерилни полиетиленови ръкави за глава на камерата	НЗОК не заплаща посочените изделия
Консумативи за ендоскопска 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;

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

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 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.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

- лекар със специалност по хирургия, притежаващ диплом (сертификат) за правоспособност по лапароскопска 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.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата по т. 1.4 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

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.

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

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.

Основна хирургическа намеса е холецистектомия, извършена по лапароскопски метод. При операцията визуално или чрез допълнителни интраоперативни диагностични способности се извършва ревизия на съседните органи. При наличие на извънмехурни усложнения на заболяването и при показания се извършва-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, външен дренаж, 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.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

Постоперативно и след задължително хистологично изследване и патоморфологична диагноза.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ

Медицински критерии за дехоспитализация:

- възстановен чревен пасаж;
- нормално зарастващи оперативни рани;
- липса на фебрилитет през последните 24 часа;

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 (РОДИТЕЛЯ/ НАСТОЙНИКА/ ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Холелитиазата (жлъчно-каменна болест или камъни в жлъчния мехур) е много често заболяване. По-често се среща при жените, като при всяка пета жена над 40 години се образуват жлъчни камъни. Мъжете боледуват по-рядко, но по-тежко, с чести усложнения. Наличието на камъни обуславя развитието на инфекция в жлъчката и хронично възпаление на жлъчния мехур.

Хроничен възпалителен процес понякога се развива и без наличието на камъни, поради особена форма и структура на жлъчните канали и нарушено оттичане на жлъчката.

Нарушеното оттичане на жлъчка поради особена форма и структура на каналите, понякога води до чести жлъчни кризи с типични болки, гадене и повръщане дори и без наличие на камъни и без наличие на хронично възпаление. В такива случаи се говори за **дискинезия на жлъчните пътища**.

Доброкачествените и злокачествени заболявания на жлъчния мехур са туморни процеси, при които ненормално се разраства определена тъкан в неговата стена. Обикновено оплакванията са нехарактерни или често липсващи, но при установяване на такова заболяване е необходима интервенция с отстраняване на мехура без отлагане на оперативната намеса.

Много хора при хроничен холецистит с или без жлъчни камъни нямат сериозни оплаквания. Поради това лекарите говорят за “няма” или малкосимптомна болест. В някои случаи болестта се изяснява като оплаквания от страна на стомаха, с киселини и болка “под лъжичката” или колитни оплаквания с подуване на корема, колики и газове в дебелото черво. Само около 20% имат типични клинични симптоми - **кризисни болки** (болка, която трае известно време и после отзвучава). Заболяването е свързано със сериозни ранни или късни усложнения. Такива са остро възпаление на жлъчния мехур, развиващо се до емпием (загнояване) или перфорация (спукване) на мехура. В други случаи се получава мигриране (преминаване) на камък в жлъчните канали и се развива механичен иктер (жълтеница). Макар и в редки случаи, при дългогодишно страдание е възможно развитието на туморен процес на жлъчния мехур. **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, като я освобождава в дванадесетопръстното черво в точно определено време, за 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 те растат “като снежна топка” и някои от тях достигат големи размери. Жлъчните камъни са много различни по големина - от малки зрънца (песъчинки) до топче за тенис на маса. По-големите камъни по-често са единични, а малките - множество на брой (десетки до стотици).

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).

Холестероловите камъни са кехлибарено-жълти, меки и се образуват при нарушена обмяна на холестерола и жлъчните киселини. Смесените камъни се образуват от холестерол и билирубин, имат жълтозелен цвят и са също са меки. Повишен риск от образуване на такива камъни има при лица с наднормено тегло, повишен холестерол и нарушен баланс на жлъчните киселини, билирубина и холестерола в жлъчката, особено при наличие на вродени аномалии, нарушено оттичане и застой на жлъчка в мехура и жлъчните канали и при хронични инфекции в жлъчните пътища.

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 диета и тестените храни предразполагат към образуване на жлъчни камъни.

Кои са симптомите на жлъчно-каменната болест? Често 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. **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 повишено налягане и болка, в повечето случаи развитие на остра инфекция, емпием (загнояване) и да се наложи операция по спешност, поради опасност от спукване на мехура и изтичане на жлъчка в коремната кухина. Това предизвиква тежко остро възпаление, наречено “перитонит”.

Много по-често е налице хронично възпаление на жлъчния мехур – хроничен холецистит. Възможно е изпадането на камък 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. Наблюдават се висока температура с разтрисане, жълтеница и постоянна болка. Особено характерна е жълтеницата, която може да нараства постоянно, да флукутира с няколко пристъпа на пожълтяване и изbledняване, или след пожълтяване да последва изbledняване, 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 рентгенов екран и извършването на рентгенови снимки. Това изследване подпомага диагнозата и може да бъде последвано от лечебна 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.

Лапароскопската холецистектомия е минимално инвазивен метод. Все повече холецистектомии се извършват по този начин. При този метод се правят три до четири малки разрези (0.5 - 1 см) на коремната стена, през които се вкарват специални хирургични инструменти, като оперативното поле се наблюдава чрез видеокамера. Камерата изпраща увеличен образ от вътрешността на корема на видеомонитор. Той се наблюдава от хирурга по време на операцията, жлъчният мехур внимателно се отделя от черния дроб, неговото каналче и артерия се прерязват след предварително зашиване със специални клипси - метални от тантал или резорбируеми (стопяващи се).

Лапароскопската холецистектомия не изисква голям разрез на коремната стена. Затова болката и рискът от инфекции са по-малки, а разрезите са козметични. Възстановяването трае няколко дни, а престоят в болница – само един до три дни след операцията. Рискът от поява на херния в областта на оперативната рана е значително по-нисък, отколкото при традиционната операция. **Възстановяването на работоспособността** е значително по-бързо, отколкото при конвенционалната операция, като все пак зависи от индивидуалните особености на пациента, придружаващите заболявания, тежестта на страданието от холецистит и професионалните ангажименти на пациента. Възстановителният период може да продължи до един месец (в къщи). Понякога оплакванията, които пациентът е имал и преди операцията, могат да продължат известно време. Това най-често се наблюдава при пациенти с многократни кризи и отлагане многократно предлаганата им операция в продължение на години.

Лапароскопската холецистектомия постепенно измества класическата операция, която остава средство за усложнените форми на заболяването. Ефективността на метода на лечение е еднакъв с този при “откритата” операция.

Кои са алтернативните (заместващите оперативните) методи на лечение?

Алтернативен метод за лечение, без операция, няма. Консервативното лечение (медикаментозно) не води до излекуване, а само до купиране на симптомите, поради което рецидивите са чести, тъй като със запазването на жлъчния мехур условията за образуване на камъни продължават да съществуват. Алтернативен метод за оперативно лечение е конвенционалната (открита) холецистектомия, която се прави с разрез на коремната стена. **Ендоскопските методи** се използват за лечение на камъните в жлъчните канали.

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

№ 186 ОПЕРАТИВНИ ПРОЦЕДУРИ ВЪРХУ ЕКСТРАХЕПАТАЛНИТЕ ЖЛЪЧНИ ПЪТИЩА

1. Минимален болничен престой – 4 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Холецистектомия	
30443-00	Холецистектомия
Друго възстановяване на сфинктер на Оди, жлъчен мехур или жлъчни пътища	
90320-00	Друго възстановяване на жлъчен мехур
Други процедури на жлъчен мехур или жлъчни пътища	
90322-00	Други процедури на жлъчен мехур
Стома на жлъчен мехур или жлъчни пътища	
30460-01	Холецистоентеростомия Холецистокоlostомия Холецистоилеостомия <i>Не включва:</i> холецистодуоденостомия (30460-00 [969]) холецестойеюностомия (30460-08 [970])
Резекция на чернодробния канал или порта хепатис	
	<i>Включва:</i> анастомоза до: • жлъчен тракт • черва
30461-00	Радикална резекция на порта хепатис Холецистогастростомия
Стома на жлъчен мехур или жлъчни пътища	
30460-00	Холецистодуоденостомия
30460-01	Холецистоентеростомия Холецистокоlostомия Холецистоилеостомия <i>Не включва:</i> холецистодуоденостомия (30460-00 [969]) холецестойеюностомия (30460-08 [970])
30460-02	Холецистопанкреатостомия
Стома на жлъчен мехур или жлъчни пътища	
30460-03	Холедоходуоденостомия
30460-04	Холедохојеюностомия
Стома на жлъчен мехур или жлъчни пътища	
30460-07	Хепатикоентеростомия
Стома на жлъчен мехур или жлъчни пътища	
30460-06	Холедохопанкреатостомия

Други процедури на жлъчен мехур или жлъчни пътища

90323-00 Други процедури на билиарен тракт

Инцизия на жлъчен мехур, жлъчни пътища или сфинктер на Оди

30454-00 Холедохотомия

Изследване на общ жлъчен канал

Включва: поставяне на тръба [стент]
изваждане на камък

Не включва: тези с:

- холецистектомия (30449-00, 30454-01, 30455-00 [965])
- инцизия на сфинктера на Оди (30458-01 [963])
- изваждане камък на билиарен канал през сфинктера на Оди (30458-03 [963])
- възстановяване на:
 - дуктус панкреатикус (30458-06 [981])
 - сфинктер на Оди (30458-04 [971])

Инцизия на жлъчен мехур, жлъчни пътища или сфинктер на Оди

30454-00 Холедохотомия

Изследване на общ жлъчен канал

Включва: поставяне на тръба [стент]
изваждане на камък

Не включва: тези с:

- холецистектомия (30449-00, 30454-01, 30455-00 [965])
- инцизия на сфинктера на Оди (30458-01 [963])
- изваждане камък на билиарен канал през сфинктера на Оди (30458-03 [963])
- възстановяване на:
 - дуктус панкреатикус (30458-06 [981])
 - сфинктер на Оди (30458-04 [971])

Стентирание на жлъчни пътища

30492-00 Перкутанно стентирание на жлъчни пътища

Включва: дилатация

Не включва: такава при замяна (30492-01 [960])

90337-00 Друго стентирание на жлъчни пътища

Хепатохоледохостомия

Не включва: такава при замяна (30451-00 [960])
такава с отваряне на общия жлъчен проход (30454-00 [963])

Инцизия на жлъчен мехур, жлъчни пътища или сфинктер на Оди

30454-00 Холедохотомия

Изследване на общ жлъчен канал

Включва: поставяне на тръба [стент]
изваждане на камък

Не включва: тези с:

- холецистектомия (30449-00, 30454-01, 30455-00 [965])
- инцизия на сфинктера на Оди (30458-01 [963])
- изваждане камък на билиарен канал през сфинктера на Оди (30458-03 [963])
- възстановяване на:
 - дуктус панкреатикус (30458-06 [981])
 - сфинктер на Оди (30458-04 [971])

30458-01 Инцизия сфинктер на Оди

Включва: холедохотомия

30458-03 Отстраняване на камък от жлъчния канал през сфинктера на Оди

Включва: холедохотомия

Инцизия на жлъчен мехур, жлъчни пътища или сфинктер на Оди

30454-00 Холедохотомия

Изследване на общ жлъчен канал

Включва: поставяне на тръба [стент]
изваждане на камък

Не включва: тези с:

- холецистектомия (30449-00, 30454-01, 30455-00 [965])
- инцизия на сфинктера на Оди (30458-01 [963])
- изваждане камък на билиарен канал през сфинктера на Оди (30458-03 [963])
- възстановяване на:
 - дуктус панкреатикус (30458-06 [981])
 - сфинктер на Оди (30458-04 [971])

Инцизия на жлъчен мехур, жлъчни пътища или сфинктер на Оди

30454-00 Холедохотомия

Изследване на общ жлъчен канал

Включва: поставяне на тръба [стент]
изваждане на камък

Не включва: тези с:

- холецистектомия (30449-00, 30454-01, 30455-00 [965])
- инцизия на сфинктера на Оди (30458-01 [963])
- изваждане камък на билиарен канал през сфинктера на Оди (30458-03 [963])
- възстановяване на:
 - дуктус панкреатикус (30458-06 [981])
 - сфинктер на Оди (30458-04 [971])

Други процедури на жлъчен мехур или жлъчни пътища

90323-00 Други процедури на билиарен тракт

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

30458-02 Локална ексцизия на лезия на жлъчни пътища или сфинктер на Оди

Ендоскопска ексцизия на тумор на:

- ампула Vateri
- общ жлъчен канал
- дуктус цистикус
- дуктус хепатикус
- периампуларно
- сфинктер на Oddi

Включва: холедохотомия

Инцизия на жлъчен мехур, жлъчни пътища или сфинктер на Оди

30454-00 Холедохотомия

Изследване на общ жлъчен канал

Включва: поставяне на тръба [стент]
изваждане на камък

Не включва: тези с:

- холецистектомия (30449-00, 30454-01, 30455-00 [965])
- инцизия на сфинктера на Оди (30458-01 [963])
- изваждане камък на билиарен канал през сфинктера на Оди (30458-03 [963])
- възстановяване на:
 - дуктус панкреатикус (30458-06 [981])
 - сфинктер на Оди (30458-04 [971])

Резекция на чернодробния канал или порта хепатис

Включва: анастомоза до:

	• жлъчен тракт • черва
30463-00	Радикална резекция на чернодробни канали Радикална резекция на: • общ жлъчен канал • лъв и десен жлъчни канали
30464-00	Радикална резекция на чернодробни канали с резекция на сегмент на черен дроб Радикална резекция на: • общ жлъчен канал • лъв и десен жлъчни канали } с частична или тотална резекция на сегмент от черен дроб
Други ексцизионни процедури на жлъчен мехур, жлъчни пътища или сфинктер на Оди	
30458-02	Локална ексцизия на лезия на жлъчни пътища или сфинктер на Оди Ендоскопска ексцизия на тумор на: • ампула Vateri • общ жлъчен канал • дуктус цистикус • дуктус хепатикус • периампуларно • сфинктер на Oddi <i>Включва:</i> холедохотомия
Друго възстановяване на сфинктер на Оди, жлъчен мехур или жлъчни пътища	
30472-01	Възстановяване на общ жлъчен канал <i>Забележка:</i> Изпълнено при фистула <i>Не включва:</i> такова чрез дилатация: • ендоскопска (30452-00 [971]) • перкутанна (30495-00 [971]) такова за стриктура: • ендоскопско (30452-00 [971]) • перкутанно (30495-00 [971])
Друго възстановяване на сфинктер на Оди, жлъчен мехур или жлъчни пътища	
90321-00	Друго възстановяване на билиарен тракт
Резекция киста на холедоха	
	<i>Включва:</i> анастомоза до черво
43972-00	Резекция киста на холедох с анастомоза на общ жлъчен канал
43975-00	Резекция киста на холедох с анастомоза на или над разклонението на чернодробни канали
Друго възстановяване на сфинктер на Оди, жлъчен мехур или жлъчни пътища	
30458-04	Възстановяване сфинктер на Оди <i>Включва:</i> холедохотомия
30495-00	Перкутанна дилатация на билиарен тракт Перкутанно дилатиране на билиарна стриктура <i>Не включва:</i> със стентирание (30492-00 [958])
Инцизия на жлъчен мехур, жлъчни пътища или сфинктер на Оди	
30458-01	Инцизия сфинктер на Оди <i>Включва:</i> холедохотомия

Други възстановителни процедури на панкреаса	
30458-06	Възстановяване сфинктер на панкреатичен канал Панкреатична: • дуктална септопластика • сфинктеропластика Възстановяване септум на панкреатичен канал Включва: холедохотомия
Друго възстановяване на сфинктер на Оди, жлъчен мехур или жлъчни пътища	
30458-04	Възстановяване сфинктер на Оди Включва: холедохотомия
90321-00	Друго възстановяване на билиарен тракт
Друго възстановяване на сфинктер на Оди, жлъчен мехур или жлъчни пътища	
90320-00	Друго възстановяване на жлъчен мехур
90321-00	Друго възстановяване на билиарен тракт
Друго възстановяване на сфинктер на Оди, жлъчен мехур или жлъчни пътища	
30472-01	Възстановяване на общ жлъчен канал Забележка: Изпълнено при фистула Не включва: такова чрез дилатация: • ендоскопска (30452-00 [971]) • перкутанна (30495-00 [971]) такова за стриктура: • ендоскопско (30452-00 [971]) • перкутанно (30495-00 [971])
Друго възстановяване на сфинктер на Оди, жлъчен мехур или жлъчни пътища	
90321-00	Друго възстановяване на билиарен тракт
Други процедури на жлъчен мехур или жлъчни пътища	
90323-00	Други процедури на билиарен тракт
Отстраняване и подмяна на жлъчен стент	
30451-01	Друг вид премахване на жлъчен стент
Други процедури на жлъчен мехур или жлъчни пътища	
90323-00	Други процедури на билиарен тракт

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.

За отчитане на клиничната пътека ревизията на жлъчните пътища трябва да е потвърдена с **интраоперативна холангиография или холедохоскопия, документирана в ИЗ.**

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/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”.

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 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**
7. Ендоскопски кабинет (отделение)

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).

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

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

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

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 и допълнителна клинична компетентност съгласно стандарта.

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.

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 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.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

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.

Диагностика и лечение при:

1. Жлъчна криза, неовладима в извънболнични условия;
2. Остър билиопанкреатит;
3. Литогенен обтурационен илеус;
4. Клинични/лабораторни признаци за обтурационно-иктеричен синдром, съчетан или не с фебрилитет и болка в епигастриума;
5. Усложнения след ЕРХПГ (ретроперитонеален флегмон, панкреатит, кървене от папилата на Фатер и др.);
6. Усложнения след оперативни интервенции на ЕХЖП (екстрахепатални жлъчни пътища) обструкции на анастомози, обструкция на билиарни дренажи, неясни фебрилни състояния, болки в корема и др.);
7. Холангит, холангиолит, холангиохепатит;
8. Холангиолитни микроабсцеси, чернодробен абсцес;
9. Извънмехурни усложнения на калкулозния холецистит:
 - холедохолитиаза;
 - папилит, стенозиращ одит;
 - хроничен билиопанкреатит;
 - билиодигестивна фистула, синдром на Бовере.
10. Съмнение за карцином на жлъчния мехур;
11. Онкологично заболяване на екстрахепаталните жлъчни пътища:
 - всички огнищни лезии в областта на чернодробно-жлъчната система (суспектни или доказани с образни методи на диагностика и/или ендоскопско изследване, както и хистологично), включително рецидив на злокачественото заболяване.

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.

Основна хирургическа намеса при доброкачествените заболявания на екстрахепаталните жлъчни пътища е холецистектомията. 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 папилосфинктеротомия или папилосфинктеропластика.

Хирургично лечение на онкологични заболявания на жлъчния мехур:

При Ca in situ се извършва холецистектомия; при стадий I – II – III се извършва холецистектомия и адекватна според случая чернодробна резекция (атипична, включваща част от IV-V-VI чернодробни сегменти и други); сегментектомии – IV, V, VIII; дясна хемихепатектомия или дясна чернодробна лобектомия с регионална (в чернодробния хилус и по десния ръб на хепатикохоledoха) или разширена (хепатодуоденалния лигамент, перипанкреатични, перидуоденални, перипортални, целиачни и горномезентериални групи лимфни възли) лимфна дисекция. Резекционната линия трябва да отстои най-малко на 2 см. от видимата и палпираща се туморна тъкан. При болни в IV стадий се извършват палиативни процедури – дренажи и анастомози, осигуряващи билиарния и хранителния пасаж, радиофреквентна, крио- или алкохолна деструкция на чернодробните метастази и др. По определени показания (размер на тумора, възраст на болния, общо състояние и др.) и при болни в IV стадий може да се следва по-агресивно поведение – холецистектомия и чернодробна резекция с лимфна дисекция. По отношение на случаите с инфилтрация на черния дроб от тумора - препоръчително е интраоперативното хистологично определяне на чистотата на чернодробните резекционни линии (гефрир).

Хирургично лечение на онкологични заболявания на извънчернодробните жлъчни пътища:

Тактиката се определя от топиката на процеса съответно в горната, средната и долната трета на жлъчните протоци и стадия на заболяването. При локализациите в горната трета на екстрахепатални жлъчни пътища – ЕХЖП (Клатскинови тумори), се има предвид класификацията на Bismuth-Corlette и се осъществява при възможност в проксимална посока радикална резекция на жл. пътища в здраво, по преценка с атипична чернодробна резекция, или се прави дясна/лява хемихепатектомия или дясна/лява чернодробна лобектомия с резекция на десния/левия дуктус хепатикус с осигуряване/възстановяване на билиарния пасаж. При локализациите в средната трета се прави радикална резекция на дуктус хепатикохоledoхус (или на части от него) с възстановяване на билиарния пасаж, или се процедира както при локализациите в дисталната трета на ЕХЖП. При локализациите на процеса в дисталната трета на ЕХЖП радикалното поведение изисква дуоденопанкреатична резекция (операция на Whipple или Traverso-Longmire), с/без реконструктивни интервенции на порталните и мезентериалните съдове (операции тип Fray, Fortner). При локализация на процеса в rapilla duodeni major радикалното поведение включва радикална ампулектомия или дуоденопанкреатична резекция. При тумор на папилата в I-стадий при пациенти със сериозни противопоказания за оперативно лечение се има предвид възможността за ендоскопска електрорезекция (папилоектомия) или изпаряване с аргон лазер. Палиативните процедури при всички локализации включват билиодигестивни анастомози, гастро-ентеро, ентено-ентеро анастомози за осигуряване на билиарния и хранителния пасаж, окончателни външни, “слепи” и тип “безкраен” дренажи.

При всички пациенти със синдром на механичен иктер на базата на карцином на жлъчния мехур и/или екстрахепаталните жлъчни пътища лечебните мероприятия трябва да имат неотложен характер. При високостепенен механичен иктер (стойности на серумния билирубин над 370 ммол/л.) извършването на радикална резекция трябва строго да се прецизира, съобразно общото състояние, степента на чернодробното увреждане от холестазата, възрастта на болния и наличието на съпътстващи заболявания, и да се има предвид извършването на операция с цел осигуряване на билиарния пасаж - на първи етап, а на втори етап – радикална резекция. Иноперабилните случаи, както и болните в увредено общо състояние, които не биха понесли тежестта на оперативната травма, подлежат на палиативно алтернативно нехирургично лечение – поставяне на билиарна протеза по ендоскопски път или перкутанен билиарен дренаж.

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

Окончателната диагноза при неонкологичните заболявания се поставя на базата на оперативната диагноза, данните от лабораторните и инструменталните методи. При онкологичните след задължително хистологично изследване с патоморфологична диагноза определяне на степен на малигненост и стадии на тумора (по TNM класификация).

При пациенти с напреднал обтурационен иктер, на базата на малигнени заболявания на екстрахепаталните жлъчни пътища, извършването на биопсия не е задължителна процедура.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ

Медицински критерии за дехоспитализация:

- възстановен чревен и билиарен пасаж;
- добре зарастваща оперативна рана;
- липса на фебрилитет в последните 24 часа;
- липса на значими субективни оплаквания или обективно регистрирани от лекаря отклонения.

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 (РОДИТЕЛЯ/ НАСТОЙНИКА/ ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Жлъчно - каменната болест или **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 за лечение е оперативният.

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 (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, 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 (песчинки) до топче за тенис на маса. По-големите камъни по-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 на концентрацията на холестерола в жлъчката и намаляване на двигателната функция на мехура, съответно образуване на жлъчни камъни.

Кои са симптомите на жлъчно-каменната болест?

В много 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. *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 възпалението му, 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", 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 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 рентгенов екран и извършването на рентгенови снимки. Това изследване подпомага диагнозата и може да бъде последвано от ендоскопска манипулация - срязване на папилата.

Оперативно лечение

Хирургичното премахване на жлъчния мехур, наречено "холецистектомия", е 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 и отстраняване на жлъчния мехур заедно с жлъчните камъни в него. Извършва се под обща упойка. Болничният престой при неусложнените форми е до 10 дни.

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

Ендоскопските методи се използват за лечение на камъните в жлъчните канали.

Онкологично заболяване на жлъчния мехур и извънчернодробните жлъчни пътища:

Възможностите за лечението на онкологичните (злокачествените) заболявания на жлъчния мехур и извънчернодробните жлъчни пътища са:

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

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

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

При **лъчевата терапия** се използват рентгенови или други лъчи с висока енергия, за въздействие върху онкологични клетки. 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.

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

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

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

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

Хирургичното лечение е най-често прилаганото при всички стадии на тумора. Когато е възможно да се осъществи, то дава най-голям шанс при лекуване на заболяването. Премахването на тумора на ЕХЖС по хирургичен начин е свързано с изрязване на тъкани в жлъчно-чернодробната област. Почти винаги се премахва жлъчния мехур. Според стадия на заболяването може да се наложи резекция на черния дроб (изрязване на част от черния дроб). Според локализацията на тумора – ако е разположен в средните или долните части на големия жлъчен съд (дуктус хепатикохоледохус) и голямата дуоденална папила (на дванадесетопръстното черво), се налага изрязване и на други органи – част от панкреаса, дванадесетопръстното черво, стомаха. След като са изрязани, оставащите части от тези органи отново се зашиват (анастомоза), така че да се осигури жлъчния и хранителния пасаж. Ако тумора е в по-ранен стадий, стремежът на хирурга е винаги да извърши резекция на засегнатите тъкани. Ако тумора е в по-напреднал стадий, възможно е такава резекция да е много рискована (дори несъвместима с живота) и тогава се правят т.н. деривирани операции – хирургично свързване на жлъчни пътища с червата, както и на стомаха с червата, за да се осигури движението на жлъчния сок и храната. В някои случаи, за да се

осигури изтичане на жлъчния сок извън тялото, в жлъчните пътища се поставят латексови или пластмасови тръбички (дренажи), които са изведени през тялото навън и могат да останат различно дълго време (или постоянно) в болния, като от тях изтича жлъчен сок, събиращ се в торбички. При операциите се вземат и лимфни възли от определени места в корема, за да се изследват под микроскоп и се определи наличието в тях на малигнени клетки.

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

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

Рецидивирание на тумор на екстрахепаталните жлъчни пътища

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

Защо трябва да постъпите в болница?

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

Необходимо е своевременно лечение с вливания във вените на медикаменти, електролити, витамини и други. Вземането кръв за изследване на определени показатели в нея, дава информация за степента на увреждане на организма. Своевременното лекарствено лечение има голямо значение за подготовката на болния за операция, защото забавянето му и влошаването на чернодробната функция може да отслабят така организма, че той по-трудно да понесе предстоящата оперативна намеса.

Едновременно с провеждане на медикаментозното лечение се извършват и допълнителни изследвания, които уточняват локализацията на онкологичното заболяване. Това са: компютърна аксиална томография ("скенер"); ядреномагнитен резонанс; ендоскопската ретроградна холангиопанкреатография - при която с фиброоптична тръба се прониква до дванадесетопръстно черво и се оглежда папилата му (може да се вземе тъкан за хистологично изследване), като по време на изследването може да се впръска в жлъчните пътища контрастно вещество за оцветяването им (снима се с рентгенов апарат) или се поставят протезни тръбички. Друго подобно изследване е транскутанната трансхепатална пункция на жлъчните пътища, при която със специална игла се прониква през кожата в черния дроб и се попада в разширен жлъчен съд, в който се впръсква контрастно вещество (снима се с рентгенов апарат) и/или се поставят протезни тръбички. Провеждат се и консултации с различни специалисти, за да се прецени в максимално голяма степен стадия на заболяването.

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

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

Какво Ви предстои при постъпване в хирургично отделение?

Независимо от предшестващите лекарски прегледи, хирургът ще Ви прегледа отново, но насочено с оглед предстоящата операция. Той ще се запознае с направените Ви изследвания и може да назначи някои допълнителни, както и вземането на кръв и урина за лабораторни изследвания. Ще Ви запознае със същността на допълнителните изследвания и необходимостта от тях, с възможностите на хирургичното лечение, каква операция е необходима, очаквания резултат, усложнения и изход, вероятна прогноза. След постъпването в болницата се провеждат 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 медикаментозна подготовка, тя се провежда в дома или след постъпване в хирургично отделение по преценка на хирурга, съгласувано с мнението на консултантите.

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

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