

КП № 187 ОПЕРАТИВНИ ПРОЦЕДУРИ ВЪРХУ ЧЕРЕН ДРОБ

1. Минимален болничен престой – 4 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Процедури при портална хипертония	
30603-00	Поставяне на мезокавален шънт
Инцизионни процедури на черен дроб	
30431-00	Коремна дренаж на абцес на черен дроб
Инцизионни процедури на черен дроб	
30416-00	Лапароскопска марсупиализация на чернодробна киста
Ексцизионни процедури на черен дроб	
30415-00	Сегментна резекция на черен дроб
Ексцизионни процедури на черен дроб	
30414-00	Ексцизия на чернодробна лезия Резекция на вродени чернодробни кисти Субсегментна чернодробна резекция <i>Не включва:</i> хидатидни кисти (30434-00, 30436-00, 30438-00 [955])
Ексцизионни процедури на черен дроб	
30418-00	Лобектомия на черен дроб <i>Не включва:</i> разширена лобектомия на черен дроб (30421-00 [953])
Възстановителни процедури на черен дроб	
30422-00	Възстановяване на чернодробно травматично повърхностно разкъсване <i>Забележка:</i> Изпълнено за малки или умерени травматични лезии на черен дроб [< 10 cm дължина или < 3 cm дълбочина]
Възстановителни процедури на черен дроб	
90318-00	Друго възстановяване на черен дроб
Перфузия	
22055-00	Перфузия на орган
Перфузия	
22055-00	Перфузия на орган
Други процедури на черен дроб	
90319-00	Други процедури на черен дроб
Процедури за приложение, поставяне или премахване върху корем, перитонеум или оментум	
30408-00	Поставяне на перитонеовенозен шънт Поставяне на Le Vein шънт

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 от обхвата на медицинската специалност „Хирургия“, осъществявана на трето ниво на компетентност (в условията на спешност най-малко на първо ниво на компетентност само за код (30422-00), съгласно медицински стандарт „Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия“; от обхвата на медицинската специалност „Детска хирургия“, осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия“ (за код (30422-00) в условията на спешност дейността може да се осъществява най-малко на първо ниво на компетентност).

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.

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:

- шест лекари с придобита медицинска специалност по хирургия.

За осъществяване на диагностичните дейности лечебното заведение, в което има структура по хирургия от трето ниво на компетентност, трябва да разполага с четирима лекари с придобита квалификация за извършване на ехография, както и трима лекари с придобита квалификация за извършване на горна и долна ендоскопия;

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

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- пет лекари със специалност по детска хирургия; от тях трябва да има специалисти, притежаващи сертификат за лапароскопия, торакоскопия, бронхоскопия и горна ендоскопия.

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

Всички планови операции на деца до 9 годишна възраст се извършват от хирург с придобита специалност по детска хирургия.

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

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. травми на черния дроб;
2. чернодробен абсцес, септично състояние;
3. чернодробно заболяване, довеждащо до обтурационно-иктеричен синдром;
4. хепаторенален синдром - при показания за хирургична интервенция;
5. портална хипертония с кървящи в момента езофагеални варици, без ефект от консервативна хемостаза, ендоскопска склерозация/лигиране и налагане на сонда на Blackmore-Sengstaken;
6. 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;
7. портална хипертония с кървяли в миналото езофагеални варици.

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.

Хирургично лечение на онкологични заболявания на черния дроб

Хирургичното лечение включва различни по обем чернодробни резекции – лява/дясна хемихепатектомии, лява/дясна лобектомии, субсегментни, сегментни резекции, атипични резекции и чернодробна трансплантация. Хирургичната тактика при първичните и вторичните неопластични процеси се различава, поради различията в специфичността на биологичния растеж на тумора. За първичния рак на черния дроб е характерно интрахепаталното метастазиране, свързано с изразена съдова инвазия и по-рядко мултицентрична генеза (синхронно възникване на няколко чернодробни малигнени огнища), докато вторичните лезии се характеризират с предимно локален растеж и отсъствие на агресивна инфилтративна компонента спрямо кръвоносните съдове. Поради това при операциите по повод първичен рак, са индицирани анатомични резекции, съобразени с порталната ангиоархитектониката (възможно най-проксимално лигиране на порталните хранещи съдове), докато при метастатичния рак – намесите са по-щадящи, преобладават атипичните резекции, с които съблюдавайки строго онкологичните принципи се цели запазването на

повече здрав чернодробен паренхим. Обемът на резекцията се определя както от големината на тумора, така и от наличието на съпътстваща цироза, функционалното състояние на черния дроб, общото състояние на болния. Радикалността се постига с преминаване в здрава чернодробна тъкан най-малко на 2 см от видимата и палпируема граница на тумора. От изключителна важност е да се държи сметка за архитектурата на съдовите структури, които демаркират чернодробната резекция и нараняването, на които довежда да некроза на оставащия здрав чернодробен паренхим. Поради това се използват прийоми за васкуларна изолация на черния дроб и компресията на порталната триада, съчетани със специална апаратура – ултразвуков дисектор, аргон - лазерна апаратура, с които се редуцира до минимум интраоперативната хеморагия.

Чистотата на резекционните линии се определя с гефрир на чернодробна тъкан и късчета от лигираните съдове. Алтернативни намеси по строго определени показания са аблативните методики - етанолова деструкция, радиочестотна деструкция, криохирургия и микровълнова коагулация. Палиативен ефект имат трансартериалната химиоемболизация, системната химиотерапия, имунотерапията и лъчетерапията. Лоши прогностични фактори са: метастази в лимфните възли, съдова инфилтрация, наличието на туморни тромби в съдовете, дифузен тип карцином, множествени и билобарни тумори. При вторичните огнищни лезии в съображение идват освен резекционните методи – прилагане на регионална интраартериална химиотерапия.

Кисти на черния дроб.

При непаразитарните кисти се извършват кисторезекции, тотални ексцизии или перкутанни процедури.

Портална хипертония: при определянето на тежестта на чернодробна дисфункция е удачно използването на критериите на Child-Pugh за тежестта на чернодробното увреждане:

Показател	1 точка	2 точки	3 точки
Албумин (g/dl)	>3.5	2.8-3.5	<2,8
Билирубин (mg/dl)	<2.0	2.0-3.0	>3,0
Протромбинов индекс-Quick	>70%	40-70%	<40%
Асцит	0	+ / ++	+++
Енцефалопатия	0	I-II степен	III-IV степен

Child "A" – 5 - 6 точки; **Child "B"** – 7 - 9 точки; **Child "C"** – 10 - 15 точки.

Хирургичните интервенции при пациентите с чернодробна цироза и портална хипертония са насочени срещу двата основни танатогенни фактора – **(а)** масивна хеморагия от гастро-интестиналния тракт (най-често езофагеални/стомашни варици); **(б)** прогресираща чернодробна недостатъчност. Шънтовете интервенции се извършват по-често планоно, по-рядко в спешни условия.

Плановите шънтове целят профилактика на рецидивни хеморагии от гастроинтестиналния тракт. Спешните са последно средство на избор в условията на остра хеморагия от езофагеални или стомашни варици – при неуспех на консервативната хемостаза, ендоскопското склерозизиране/лигиране на вариците или налагане на сондата на Blakemore-Sengstaken.

В зависимост от количеството на порталната кръв, което се насочва към системата на долната празна вена шънтовете се делят на три групи:

(а) тотални шънтове (порто-кавални и мезентерико-кавални)

(б) парциални шънтове - проксимален спленоренален шънт по Linton и порто- и мезентерико-кавални шънтове с интерпозиция на протеза (H-graft);

(в) селективни шънтове – дистален сплено-ренален шънт по Warren и коронаро-кавален шънт по Inokuchi.

В съвременните условия най-често се прилагат шънтовете с интерпозиция на протеза (при остра хеморагия) и спленореналните шънтове по Linton (при данни и за хиперспленизъм, тъй като включва и спленектомия) и Warren.

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).

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)

НЕПАРАЗИТАРНИ КИСТИ НА ЧЕРНИЯ ДРОБ

Кистите, развиващи се в черния дроб, биват паразитарни и непаразитарни. По отношение на непаразитарните кисти се прилага диференцирано лечение според тяхната големина. По строга преценка по-малките кисти могат да се пунктират под контрола на ултразвук и да се евакуира съдържимото им. При по-големите кисти се прилагат различни оперативни процедури (ексцизия и кисторезекция). При много строга преценка и подбор е възможно и някои ехинококови чернодробни кисти да се пунктират под ехографски контрол, да се евакуират и в остатъчната кухина да се въведат лечебни вещества.

Защо трябва да постъпите в болница?

Повечето от изследванията, доказващи наличието на кисти в черния дроб, могат да се осъществят амбулаторно (извън болницата). Постъпването в болница е наложително при установяване на показания за извършване на операция.

Какво Ви предстои преди и след постъпване в хирургично отделение?

При изяснена диагноза посредством ехография, компютърна аксиална томография (скенер) и имунологични изследвания на кръвта за ехинококоза, гастроентерологът ще Ви насочи за консултация с хирург. Той ще Ви запознае с необходимите допълнителни изследвания, с възможностите на хирургичното лечение, каква операция е необходима, очаквания резултат, усложнения и изход, вероятната прогноза. След постъпването в болницата се провеждат задължително предоперативни консултации с кардиолог 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 отделение по преценка на хирурга, съгласувано с мнението на консултантите.

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

ОНКОЛОГИЧНО ЗАБОЛЯВАНЕ НА ЧЕРНОДРОБНО-ЖЛЪЧНАТА СИСТЕМА

Възможностите за лечението на онкологичните (злокачествените) заболявания на жлъчно-чернодробната система са:

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

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

Ако е премахнат 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.

Имуноterapia 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.

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

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

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

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

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

Рецидив на тумора на черния дроб

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

Защо трябва да постъпите в болница?

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

Необходимо е своевременно лечение с вливания във вените на медикаменти, електролити, витамини и други. Вземането на кръв за изследване на определени показатели в нея, дава информация за степента на увреждане на организма. Своевременното лекарствено лечение има голямо значение за подготовката на болния за операция, защото забавянето му и влошаването на чернодробната функция може да отслабят така организма, че той по трудно да понесе предстоящата оперативна намеса. Едновременно с провеждане на медикаментозното лечение се извършват и допълнителни изследвания, които уточняват локализацията на онкологичното заболяване. Това са: компютърна аксиална томография (“скенер”); ядреномагнитен резонанс. 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 Ви 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 представлява порталната хипертония?

Порталната система пренася венозна кръв от стомашно-чревния тракт, панкреаса, слезката и жлъчния мехур към черния дроб. При повишаване на налягането в нея над горната граница на нормата се развива портална хипертония. Честотата на разпространение на болестта е свързана с честотата на разпространението на някои заболявания, по-важни от които са следните: чернодробна цироза вследствие на вирусен хепатит тип "В" и "С", алкохолна цироза, цироза без изяснена причина, както и други по-редки причини.

Възможностите на лечението и прогнозата зависят както от причината за повишеното налягане, така и от степента на изява на клиничните симптоми – разширени вени на хранопровода и стомаха, асцит (набиране на течност в коремната кухина), спленомегалия (уголемяване на далака), хиперспленизъм (повишена функция на далака и разрушаване на кръвните клетки), диспептични нарушения (свързани с нарушено разграждане и резорбция на хранителните вещества в чревния тракт), опсиурия (забавено отделяне на урина), портосистемна енцефалопатия (поява на неврологични симптоми, в най-тежката форма до кома) и др. Особено опасно усложнение за пациентите с портална хипертония, е кръвоизливът от разширените вени на хранопровода и стомаха, които се наричат варици.

Когато веднъж е открита порталната хипертония е необходимо да се направят допълнителни изследвания, за да се установи каква е причината за повишеното налягане и как функционира черният дроб. Тук се включват кръвни изследвания, ехографско изследване, фиброезофагогастроскопия.

Как се лекува порталната хипертония?

Възможностите на лечение се обособяват в две големи групи:

(а) *Консервативно лечение* – има за цел да понижи налягането в порталната система, да подобри чернодробната функция и да повлияе благоприятно споменатите по-горе признаци. В условията на остър кръвоизлив от вариците се налага и инфузионна терапия, вкл. кръвопреливане, опит за спиране на кървенето посредством ендоскопска манипулация (проникване в хранопровода с огъваем оптичен апарат – фиброгастроскоп, инжектиране на склерозиращо вещество или "връзване" на кървящите варици), поставяне на специална сонда с балони, които се раздуват в хранопровода и горната част на стомаха, така че да притиснат кървящите съдове и др. В над 90% от случаите тези лечебни мероприятия са ефективни и кръвоизливът се овладява, без да се налага извършването на операция по спешност.

(б) *Оперативно лечение* – най-често се извършват шънтови операции, при които се цели да се свържи порталната венозна система със системата на долната празна вена и по този начин да се понижи порталното налягане. Тези операции се извършват по-рядко по спешност (в условията на остро кървене) и по-често планово – след преминало кървене от вариците, овладяно с помощта на консервативни средства. Рискът в тези случаи от възникване на рецидивно кървене е около 50-70% и то само през първата година. Шънтовата операция намалява значително този риск. Друга допълнителна възможност е по време на шънтовата операция да се отстрани и далакът (т.е. да се извърши спленектомия), при положения, че са налице показания за това.

Редно е да знаете, че по време на операцията от чисто техническа гледна точка може да се окаже, че извършването на шънт е невъзможно. Това се случва при вариетети и

аномалии в разположението на вените от порталната система и лявата бъбречна вена. В такива случаи се извършва друг вид хирургична намеса – операция на Сугиура-Футагава, чиято цел е също профилактика на рецидивни кръвоизливи от вариците на хранопровода.

Рецидивно кървене от вариците на хранопровода и стомаха

То може да се появи в ранния или късния следоперативен период и да е резултата на естествената прогресия на порталната хипертония или да е признака за тромбоза (“запушване”) на шънта. В тези случаи се налага постъпване в болница по спешност и предприемане на мероприятие за спиране на кървенето, като успоредно с това се извършват и диагностични процедури за изясняване на причината, в това число и за състоянието на шънта – дали функционира или не.

Защо трябва да постъпите в болница?

Когато е открита порталната хипертония и са налице симптоми, постъпването в болница е наложително и цели изясняване на причината за нея, както и функционалното състояние на черния дроб. В случаите на кървене от вариците се провежда хоспитализация по спешност и лечението е с животоспасяващо значение. При последната ситуация, успоредно с провеждане на медикаментозното лечение и инструменталните манипулации се извършват и допълнителни изследвания, както и консултации с различни специалисти за да се прецени в максимално голяма степен рискът от повторно кървене и в кой момент е удачно извършването на шънтова операция. След овладяване на кръвоизлива се препоръчва хирургична намеса в така наречения “светъл период”, с основна цел предотвратяване на нови кръвоизливи, застрашаващи живота на болния.

След получаване на цялостната информация, хирург, анестезиолог и други специалисти ще изработят стратегия за лечение и поведение според конкретния случай за всеки болен. В зависимост от взетото решение ще бъдете определен за операция или наблюдение и консервативно 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 задълбочаване на проявите на порталната хипертония. Съществува реален риск от ново, рецидивно кървене от вариците на хранопровода и стомаха, изпадане в хеморагичен шок (шок всл. на кръвозагубата), както и 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 черния дроб, хирургът ще приеме Вашия случай като спешен или с отложена спешност (в зависимост от степента на жълтеницата).

Преди операцията се поставя тънка сонда, преминаваща през едната ноздра и достигаща до стомаха, която Ви предпазва от аспириране (вдишване) на стомашен сок при анестезията и от повръщане в периода след операцията до възстановяване на чревната перисталтика. Налага се поставянето на уретрален катетър, достигащ до пикочния мехур,

което позволява урината да се отчита и отделя безпрепятствено по време на цялата хирургична намеса, без да се преразтяга пикочния мехур.