

КП № 171 ОПЕРАТИВНИ ПРОЦЕДУРИ НА ХРАНОПРОВОД, СТОМАХ И ДУОДЕНУМ С ГОЛЯМ И МНОГО ГОЛЯМ ОБЕМ И СЛОЖНОСТ ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

1. Минимален болничен престой – 5 дни

При лапароскопски интервенции – 3 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Други ексцизионни процедури на хранопровод	
30559-00	Локална ексцизия на лезия на хранопровод Езофагеална полипектомия
Езофагектомия чрез абдоминална и трансторакална мобилизация	
<i>Не включва:</i> чрез мобилизация, абдоминална и: • цервикална (30541 [859]) • торакална(30545, 30550 [858])	
30535-00	Езофагектомия чрез коремна и трансторакална мобилизация с гръдна езофагогастрална анастомоза
30536-00	Езофагектомия чрез коремна и трансторакална мобилизация, с цервикална езофагогастрална анастомоза
30536-01	Езофагектомия чрез коремна и трансторакална мобилизация с цервикална езофагостомия
Резекция на хранопровод, при деца	
<i>Не включва:</i> тази със заместване на хранопровод (43903-00 [866])	
43906-00	Частична резекция на хранопровод с анастомоза, при деца
Езофагектомия чрез абдоминална и цервикална мобилизация	
<i>Включва:</i> предно или задно медиастинално поставяне <i>Не включва:</i> чрез мобилизация, абдоминална и: • торакална (30545, 30550 [858]) • трансторакална (30535-00, 30536 [860])	
30541-00	Транс-хиатална езофагектомия чрез коремна и цервикална мобилизация, с езофагогастрална анастомоза
30541-01	Транс-хиатална езофагектомия чрез коремна и цервикална мобилизация, с езофагојеюнална анастомоза
Езофагектомия чрез абдоминална и гръдна мобилизация	
<i>Не включва:</i> чрез мобилизация, абдоминална и: • цервикална (30541 [859]) • трансторакална (30535-00, 30536 [860])	
30545-01	Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с гръдна анастомоза с използване на реконструкция по Roux-en-Y
Езофагектомия чрез абдоминална и гръдна мобилизация	
<i>Не включва:</i> чрез мобилизация, абдоминална и: • цервикална (30541 [859]) • трансторакална (30535-00, 30536 [860])	

30545-00	Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с гръдна анастомоза, дебелочревна интерпозиция и анастомоза
Възстановяване на езофагеална атрезия	
	<i>Не включва:</i> езофагостомия (30293-00 [867])
43843-00	Възстановяване на езофагеална атрезия <i>Включва:</i> анастомоза
43843-01	Възстановяване атрезия на хранопровод с възстановяване на дистална трахеоезофагеална фистула Възстановяване на езофагеална атрезия с ликвидиране на: • бронхо-езофагеална фистула • трахео-езофагеална фистула БДУ <i>Включва:</i> анастомоза <i>Не включва:</i> с ликвидиране на множествени дистални трахео-езофагеална фистули (43843-02 [866])
43843-02	Възстановяване атрезия на хранопровод с възстановяване на проксимална или множествени трахеоезофагеални фистули Възстановяване на езофагеална атрезия с ликвидиране на множествени дистални трахео-езофагеални фистули <i>Включва:</i> анастомоза
Езофаго-гастрална миотомия	
	<i>Не включва:</i> това при • затваряне на диафрагмален хиатус (30532-05 [863], 30532-01 [864], 30532-03 [865]) • фундопластика (30533-04 [863], 30533-00 [864], 30533-02 [865]) • фундопластика и затваряне на диафрагмален хиатус (30533-05 [863], 30533-01 [864], 30533-03 [865])
30532-02	Езофаго-гастрална миотомия, коремен достъп
30532-04	Езофаго-гастрална миотомия, гръден достъп
Други възстановителни процедури на хранопровод	
30293-01	Затваряне на езофагостома <i>Включва:</i> пластична реконструкция
Други процедури за възстановяване на трахея	
43852-00	Затваряне на трахеоезофагеална фистула чрез торакотомия Разделяне на трахеоезофагеална фистула без анастомоза <i>Забележка:</i> Изпълнена за езофагеална атрезия <i>Не включва:</i> с възстановяване на езофагеална атрезия (43843-01, 43843-02 [866])
Езофагектомия чрез абдоминална и трансторакална мобилизация	
	<i>Не включва:</i> чрез мобилизация, абдоминална и: • цервикална (30541 [859]) • торакална (30545, 30550 [858])
30535-00	Езофагектомия чрез коремна и трансторакална мобилизация с гръдна езофагогастрална анастомоза
Деструктивни процедури на хранопровода	
30476-02	Ендоскопско лигиране варици на хранопровод Ендоскопско лигиране варици на езофагогастрален сегмент

Други ексцизионни процедури на стомах	
30520-00	Локална ексцизия на лезия на стомах <i>Не включва:</i> такава с частична гастректомия (30518 [875])
Частична гастректомия	
<i>Не включва:</i> такава със селективна [стволова] ваготомия (30497 [877], 30503 [878])	
30518-02	Частична проксимална гастректомия с езофаго-гастрална анастомоза
Частична гастректомия	
<i>Не включва:</i> такава със селективна [стволова] ваготомия (30497 [877], 30503 [878])	
30518-00	Частична дистална гастректомия с гастродуоденална анастомоза
Друга гастректомия	
<i>Включва:</i> анастомоза спленектомия	
30523-00	Субтотална гастректомия Субтотална радикална гастректомия <i>Включва:</i> дистална панкреатектомия разширена лимфна дисекция
Частична гастректомия	
<i>Не включва:</i> такава със селективна [стволова] ваготомия (30497 [877], 30503 [878])	
30518-01	Частична дистална гастректомия с гастроеюнална анастомоза разширена лимфна дисекция
Частична гастректомия след предишна процедура за язвена болест	
<i>Забележка:</i> Изпълнена само при история за предишна гастректомия, ваготомия или подобни процедури за пептична язвена болест <i>Не включва:</i> такава със селективна [стволова] ваготомия (30503 [878])	
30503-00	Частична гастректомия с гастродуоденална анастомоза след предишна процедура за язвена болест
Друга гастректомия	
<i>Включва:</i> анастомоза спленектомия	
30521-00	Тотална гастректомия <i>Кодирай също когато е направена:</i> • езофагектомия чрез абдоминална и трансторакална мобилизация (виж блок [860])
Ваготомия	
<i>Кодирай също когато е направен:</i> • контрол на кървяща пептична язва (30505-00 [874], 30509-00 [880])	
30496-00	Селективна ваготомия Стволова ваготомия <i>Кодирай също когато е направена:</i> • локална ексцизия на стомашна лезия (30520-00 [880]) <i>Не включва:</i> тези при: • гастро-ентеростомия (30496-02 [884]) • частична гастректомия и анастомоза: • гастродуоденална (30497-00 [877], 30503-03 [878]) • гастро-йсюнална (30497-01 [877], 30503-04 [878])

• Roux-en-Y реконструкция (30497-02 [877], 30503-05 [878])	
Ваготомия	
<i>Кодирай също когато е направен:</i> • контрол на кървяща пептична язва (30505-00 [874], 30509-00 [880])	
30499-00	Високо селективна ваготомия <i>Не включва:</i> такава с: • дилатация на пилор (30502-00 [884]) • дуоденопластика (30500-00 [884])
Гастротомия	
30375-06	Гастротомия
Други инцизионни процедури на стомах	
43930-00	Пилоромиотомия
Пилоропластика	
30375-13	Пилоропластика <i>Не включва:</i> тази със селективна [стволова] ваготомия (30496-00 [872], 30496-01 [884])
Гастростомия или гастроентеростомия	
<i>Не включва:</i> стомашен байпас при болестно напълняване (30512-00 [889])	
30515-00	Гастроентеростомия <i>Включва:</i> гастродуоденостомия <i>Не включва:</i> такава с: • панкреатикодуоденектомия (30584-00 [978]) • селективна [стволова] ваготомия (30496-02 [884])
Други възстановителни процедури на стомах	
30375-10	Шев на перфорирала язва <i>Надшиване на:</i> • дивертикул за перфорирала язва • перфорирала язва (дуоденална) (стомашна)
Деструктивни процедури на стомах	
30505-00	Контролиране на кървяща пептична язва <i>Включва:</i> клиновидна резекция <i>Кодирай също когато е направена:</i> • ваготомия: • високо селективна (30499-00 [872], 30500-00, 30502-00 [884]) • селективна [стволова] (30496-00 [872], 30496 [884]) <i>Не включва:</i> тази с гастрална резекция (30509-00 [880])
Други възстановителни процедури на тънки черва	
30375-24	Шев на тънки черва
Други възстановителни процедури на стомах	
90304-00	Друго възстановяване на стомах
Реконструктивни процедури на стомах	
30517-01	Реконструкция на гастро-ентеростомия Реконструкция на гастродуоденостомия

Други възстановителни процедури на стомах	
90304-00	Друго възстановяване на стомах
Фундопластика	
30527-02	<i>Кодирай също когато е направена:</i> • гастростомия (30375-07 [881]) Фундопластика, коремен достъп Фундопликация по Nissen
Процедури при портална хипертония	
30606-01	Надшиване на стомашни варици <i>Включва:</i> деваскуларизация
Други възстановителни процедури на стомах	
30375-12	Редукция на стомашен волвулус
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	
43816-02	Друго възстановяване на дебело черво
Възстановяване на диафрагмална херния	
30601-00	Възстановяване на : • хиатус херния • езофагеален хиатус <i>Не включва:</i> възстановяване на диафрагмална херния с фундопластика (30527-01, 30527-03, 30527-05 [886]) Лечение на диафрагмална херния, коремен достъп
Възстановяване на диафрагмална херния	
30601-01	Възстановяване на : • хиатус херния • езофагеален хиатус <i>Не включва:</i> възстановяване на диафрагмална херния с фундопластика (30527-01, 30527-03, 30527-05 [886]) Възстановяване на диафрагмална херния, торакален подход Торако-абдоминално възстановяване на диафрагмална херния
Други възстановителни процедури на гръдна стена, медиастинум или диафрагма	
43915-00	Пликация на диафрагма <i>Включва:</i> тази чрез: • абдоминален } • торакален } достъп <i>Забележка:</i> Изпълнена при евентрация
998	Възстановяване на диафрагмална херния

Възстановяване на :

- хиатус херния
- езофагеален хиатус

Не включва: възстановяване на диафрагмална херния с фундопластика (30527-01, 30527-03, 30527-05 [886])

30601-02 Възстановяване при парастернална херния

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 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“; по гръдна хирургия минимум II ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Гръдна хирургия" (за оперативните процедури, засягащи само хранопровода).

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 гръдна хирургия
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория*
5. Образна диагностика - рентгенов апарат за скопия и графия
6. Кабинет по ендоскопска диагностика (горна ендоскопия)
7. Лаборатория (отделение) по клинична патология

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечават 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по хирургия/гърдна хирургия.

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

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ
Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура	
1. Медико-диагностична лаборатория с възможност за изследване на туморни маркери	
2. Микробиологична лаборатория, на територията на областта	

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение	
Кръгови ушиватели	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Линеарни ушиватели	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Лапароскопски консумативи	НЗОК не заплаща посочените изделия
Хранопроводни стентове	НЗОК не заплаща посочените изделия
Сонди за йеюнално хранене	НЗОК не заплаща посочените изделия
Перкутанти гастростомни катетри - PEG	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 стомашно-дуоденалната хирургия и хирургията на хранопровода

или лекар/и със специалност по гърдна хирургия;

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;

- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична патология;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

При доказано онкологично заболяване пациентът задължително се насочва към Клинична онкологична комисия или Клинична хематологична комисия (съгласно медицински стандарти „Медицинска онкология“ и „Клинична хематология“), осигурена от лечебното заведение чрез договор.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

1. Пациенти с проява на:
 - кръвоизлив;
 - перфорация;
 - пълна непроходимост;
 - медиастинит при перфорация на хранопровода.
2. Пациенти с диагностицирано онкологично заболяване:
 - ендоскопски и хистологично потвърден карцином на хранопровода;
 - ендоскопски и хистологично потвърден карцином на стомаха;
 - ендоскопски и хистологично потвърден карцином на дуоденум;
 - палпируем тумор в епигастриума след двукратни отрицателни резултати от ендоскопски биопсии.
3. Пациенти с установени:
 - неясни стриктури на хранопровода;
 - ехографска находка за "кокарда" на стомаха;
 - малигнена стеноза по хранопровода, на кардията, на пилора, на дуоденума;
 - вторична анемия при суспектна малигнизация на стомашна язва или полип;
 - резистентна на консервативно лечение стомашна язва;
 - широко базиран и суспектен за малигнизация стомашен полип/и;
 - вродени аномалии на хранопровод, стомах и дуоденум;
 - травми на хранопровод, стомах и дуоденум.

5Б. ДИАГНОСТИЧНО- ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

При подготовка на болния в лечебното заведение:

1. Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 24 часа от хоспитализацията на пациента.
2. Образни изследвания се извършват до 48 часа от началото на хоспитализацията на пациента.

Рак на хранопровода

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

При болни в увредено общо състояние с изразена анемия, сериозни метаболитни нарушения или при наличие на алергии е необходима предоперативна подготовка, която трябва да започне в домашни условия, а при показания – краткотрайна във вътрешно или хирургично отделение.

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

Палиативните хирургически намеси са рядкост. По-често се използва ендоскопско ендопротезиране или трансендоскопска реканализация с лазарен лъч и брахитерапия, гастростома или хирургичен бай пас.

Язва на стомах и дуоденум

Перфориралата пептична язва на стомаха и дуоденума изисква незабавно оперативно лечение. Консервативният метод на Тейлър (аспирация на стомашното съдържимо през назо-гастрична сонда, антибиотици, наблюдение) дава висока смъртност (90-100%) и може да бъде приложен единствено в случаите на категоричен отказ за операция от страна на пациента. При напреднал перитонит или тежко състояние на болните (напреднала възраст, наличие на тежки придружаващи заболявания) се извършва минимална оперативна намеса - просто зашиване на язвата. В останалите случаи поведението е различно:

- перфорирала калозна язва на стомаха-резекция на стомаха (опасност от пропускане на скрит карцином - 8%, рецидиви след просто зашиване - 40%);
- перфорирала пилорна и препилорна язва - ексцизия с пилоропластика евентуално с ваготомия или последваща медикаментозна ерадикация на ХП (хеликобактер пилори);
- перфорирала дуоденална язва без стеноза или пенетрация - същото поведение както при пилорните язви;
- перфорирала дуоденална язва със стеноза или с пенетрация – резекция на стомаха.

Доказано е наличието на ХП (хеликобактер пилори) при перфориралата пептична язва на стомаха и дуоденума в 85 до 95 % от случаите. Лечението на перитонита се провежда по установените правила.

Кървяща пептична язва на стомаха и дуоденума. На всички болни, постъпващи с хеморагия от ГИТ (гастро-интестиналният тракт) се извършва ФГС (фиброгастроскопия) непосредствено след приемането. ФГС има диагностична и терапевтична стойност. Чрез нея се установява източникът на кървене и се прави оценка на активността на кървене по Форест. При данни за активно кървене се извършва ендоскопска хемостаза (електрокоагулация, инжекционна хемостаза и др.). По-нататък лечението на тези болни се провежда с H-2 блокери, инхибитори на протонната помпа, инфузионна терапия (хемотрансфузия) и др. В центровете с установен алгоритъм на поведение при кървене от пептична язва –оперативно лечение се налага в около 10-15%.

Операция по спешност - налага се при:

- неовладяно ендоскопски активно кървене;
- при съчетание на кървене с перфорация;

На операция с отложена спешност подлежат болни със: многократно рецидивиращо кървене; големи калозни язви с трудна ендоскопска хемостаза; съмнение за малигненост; постбулбарни калозни язви със стеноза и пенетрация и др.

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

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

Диагностика: Основен метод за диагноза е фиброгастроскопия с биопсия и хистоморфологично изследване. Допълнително диагностично уточняване се извършва чрез абдоминална ехография, рентгеноконтрастно изследване и КТ.

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

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

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

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

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

Основен лечебен метод е хирургичният

I. Оперативните интервенции при онкологичните новообразувания биват:

- радикални;
- палиативни.

1. Радикални.

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

Тотална гастректомия

Тя е индицирана при:

- големи фунгозни или дифузно разпространяващи се тумори, които не могат да бъдат отстранени със субтотална резекция;
- карцином на стомашния остатък след предварително извършена субтотална резекция;
- карцином на стомаха, съчетан с преканцерозно състояние (хроничен атрофичен гастрит, болест на Menetrier, пернициозна анемия);

- карцином, развил се при дифузна стомашна полипоза; онкологично заболяване на проксималната трета и горната част от средната трета на стомаха;
- мезенхимални тумори на стомаха;
- лимфом на стомаха.

Дистална (аборална) субтотална резекция на стомаха;

Тя е индицирана при тумори в дисталната трета и в каудалната част от средна трета на стомаха. При тази операция отпадат около 4/5 от стомаха.

Проксимална (орална) резекция на стомаха

Тя се извършва главно при ограничени тумори на горната трета на стомаха и кардията от интестинален тип. Поради редица странични ефекти като рефлуксни прояви, дъмпинг и др., днес приложението ѝ е силно ограничено.

При индикации за хирургична радикалност на локално авансирал тумор на стомаха е необходимо да се направи комбинирана резекция – тотална гастректомия или дистална субтотална резекция на стомаха заедно с част от левия лоб на черния дроб, на колона или дисталната половина на панкреаса и слезката.

Възстановяване на пасажа.

Операции за карцином на гастроезофагеалната свързка

Карциномите на гастро-езофагеалния преход да се считат като особени карциноми. Те са три типа (тип 1-аденокарцином на дисталния хранопровод, инфилтриращ гастроезофагеалния преход отгоре; тип 2 – карцином от епитела на самата кардия; тип 3 – субкардиален карцином, инфилтриращ гастроезофагеалния преход отдолу).

При тип 1 карцином стандартната операция е резекция на хранопровода и стомаха и гастроезофагопластика чрез абдоминален - дясноторакален достъп, левостранна френотомия торакотомия или абдоминален и шиен достъп с езофагектомия на сяпо.

При тип 2 карцином операцията може да бъде същата като тип 1 карцином, но с по – радикална резекция на стомаха и при по-напреднал стадий тя се разширява с пълно отстраняване на стомаха и пластично заместване на хранопровода с черво.

При тип 3 карцином стандартната операция е чрез абдоминален и трансхетален достъп като може да бъде допълнен с торакотомия. Задължително се извършва тотална гастректомия с резекция на дисталния хранопровод. При трансхиаталната резекция на хранопровода езофагоиеюналната анастомоза се прави с автоматичен съшивател, тъй като мануалното и осъществяване е много трудно и несигурно.

При всички оперативни интервенции по повод на карцином на кардията е показана парезофагеална и разширена лимфна дисекция в две или три полета.

При тип 1 и 2 карцином може да се направи абдомино-медиастинална резекция на хранопровода с шийна езофагоколотомия.

2. Палиативни.

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

Оперативно лечение.

Целта на палиативните оперативни интервенции е редукция на клиничните оплаквания, осигурявайки по-добро качество на живот. Извършва се при болни с генерализация на онкологичното заболяване; при локално авансирани нерезектабилни новообразувания на стомаха; при болни с придружаващи заболявания, непозволяващи извършването на радикална оперативна интервенция.

3. Проследяване.

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

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

При ранни или късни постоперативни симптоми, при съмнение за рецидив, както и за поява на метастази болните подлежат на хоспитализация в гастроентерологично отделение/клиника за диагностично уточняване и лечение.

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

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

II. Хирургично лечение на язвата.

Метод на избор е стомашната резекция (задоволително състояние на болния, опитен екип).

Доброкачествената пилорна стеноза се лекува най-често с резекция на стомаха. За предпочитане е тя да е по типа Билрот-1/ (класическа по Пеан, термино-латерална по Хаберер-Андрею). Останалите методи (дилатация с проксимална селективна ваготомиа, ваготомиа с пилоропластика или гастро-ентеро анастомоза и др,) се прилагат рядко.

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

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

При необходимост, се прилагат локални хемостатици.

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

III. Доброкачествени заболявания на хранопровода - включени са поредица от заболявания, някои от които са по-редки в хирургичната практика. Ахалазията през последните години се третира с балонна дилатация, инфилтрация с Ботулинов токсин и се достига до кардиомиотомия, при неефективно лечение. Баретовият хранопровод и корозивните стриктури на хранопровода могат да наложат извършването на резекция и пластика на хранопровода. Гастроезофагеалният рефлукс и езофагитът се третират с пластични операции при изчерпване на консервативните възможности. Пробивът на хранопровода, дивертикулите, стриктурите, достигат до хирургично лечение в стадии на декомпенсация, и е препоръчително операторът да има допълнителна специалност гръдна хирургия (с изключение на спешните случаи).

Вариците на хранопровода са честа причина за хематемеза и мелена. Протоколът за лечение включва третиране с медикаменти, сонда на Блякмор, ендоскопска склерозация или лигатура, шънтова или нешънтова операция. Трансюгуларен портокавален шънт

При диафрагмални хернии – торакотомия или лапаротомия, (при възможност видеоасистирани методи), репозиция на херниалното съдържимо, пластика на херниалния отвор, фиксираща манипулация, антирефлуксна процедура. При новородени с аплазия на диафрагмата се прилагат различни материали за затваряне на дефекта.

При необходимост, се прилагат локални хемостатици.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

При неонкологичните заболявания диагнозата се поставя предоперативно, при онкологичните случаи задължително се допълва със стадирането по резултатите от 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 пасаж;
- добре зарастваща оперативна рана;
- липса на фебрилитет през последните 24 часа;
- липса на значими субективни оплаквания.

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 *“История на заболяването”*(ИЗ).

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *“История на заболяването”*;
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“* (бл. МЗ - НЗОК № 7);
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Ракът на хранопровода представлява около 0,5% от онкологичните заболявания. По принцип е лечимо заболяване при своевременна диагноза. Около 20-25% от пациентите достигат до радикална хирургическа намеса. Останалите подлежат на палиативна операция и/или комбинирано лъче- и химиолечение. Той е рядко заболяване, по-типично за напреднала и старческа възраст и по-често при мъжете. Състоянието води до невъзможност за хранене, отслабване на килограми, както и до някои усложнения. Целта на оперативното лечение е премахването на тумора и възстановяване преминаването на храната през новосъздаден път (преместване на стомах, тънко или дебело черво) на един или два етапа. Това е една високорискова операция, криеща доста тежки усложнения в следоперативния период - естеството на заболяването, отваряне на три телесни кухини. Операцията е един етап от цялостното лечение, включващо лъчетерапия, химиотерапия или комбинирано. Изборът на операция и нейният обем зависят от локализацията на тумора в горната, средната или долната трета на хранопровода. Хирургическата намеса е свързана с отваряне на коремната кухина, на гръдната кухина и на шийна област. Отстраненият изцяло или частично хранопровод се замества с части от стомах, тънко или дебело черво.

Стомах и храносмилателна система

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

Какво представлява карциномът на стомаха?

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

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

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

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

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

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

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

Как се развива и как се лекува карциномът на стомаха?

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

Разпространеност на карцинома на стомаха (стадиране)

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

Как се лекува карциномът на стомаха?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Лечение на различните стадии

Лечението на карцинома на стомаха зависи от стадия, в който е заболяването, от неговата локализация в стомаха и от общо състояние на организма. Стандартно лечение няма, защото всеки пациент е различен и със своите особености. В някои случаи се налага промяна на терапията с цел повишаване на ефективността ⁹.

Рецидив на карцинома на стомаха

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

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

ЯЗВЕНА БОЛЕСТ НА СТОМАХА И ДВНАДЕСЕТОПРЪСТНИКА

Какво представлява пептичната язва на стомаха и дуоденума?

Язвената болест на стомаха и дванадесетопръстника е хронично-рецидивиращо заболяване с изразена сезонност на оплакванията (пролет-есен) и известна наследствена обремененост. Етио-патогенезата (причините) за възникването на язвената болест на стомаха и дуоденума са различни. Като основна причина за образуването на дуоденалната язва се приема повишената киселинност на стомашния сок, докато за образуването на стомашната язва главна роля играе намалената резистентност на стомашната лигавица. По-често боледуват мъжете (съотношение мъже-жени 3:1) в активна възраст-30-50 години. Напоследък се появиха изследвания, доказващи ролята на един микроорганизъм в патогенезата на язвената болест, т.нар. Хеликобактер пилори. Освен това предразполагащи фактори за развитието на язвената болест могат да бъдат: нервното пренапрежение (стрес) и употребата на някои улцерогенни медикаменти (Аспирин, Фелоран, Индометацин и др.)

Кога язвената болест изисква лечение в хирургично отделение/клиника?

След въвеждането на т.нар. H-2 блокери (ранитидин, циметидин, фамотидин) и инхибитори на протонната помпа (омепразол) до оперативно лечение стигат само усложнените форми на язвената болест: перфорация, кървене и стеноза на пилора.

Какви видове операции се прилагат при лечението на язвената болест?

Най-общо могат да се разделят на две групи: радикални (повлияващи причините за възникването на язвената болест) и палиативни (неповлияващи причините). Първата група операции имат за цел – намаляването на стомашната киселинност, което може да се постигне по два начина: с резекция на стомаха или с ваготомия (органо-съхраняваща операция).

Резекцията на стомаха е операция при която се изрязва 2/3 от стомаха и се премахва частта, произвеждаща солна киселина. Възстановяването на пасаж на храната може да се постигне чрез съединяване на стомашния остатък с дуоденума/метод на Билрот 1/или с тънкото черво (Билрот 2). Рецидивите след тази операция са 1-3%. Смъртността зависи от вида на усложнението (най-висока е при кървящата язва) и общото състояние на болния (възраст, придружаващи заболявания), но по принцип е по - висока в сравнение с органосъхраняващите операции. Възможните усложнения са: инсуфициенция на анастомоза с развитие на перитонит, Дъмпинг синдром, синдром на приводящата бримка и т.н. Последните са по-чести след резекция по типа Билрот-2.

Ваготомията е операция, при която киселинността на стомаха се намалява чрез прерязване на двата клона на т.нар. "блуждаещ" нерв (нервус вагус), които са разположени по предната и задна повърхност на стомаха и стимулират продукцията на солна киселина от т.н. париетални клетки на стомаха. В зависимост от това, кои клонове се прерязват, ваготомията бива: стволова, селективна и супраселективна. Първите два вида изискват и допълнителна процедура - т.нар. наречени-дрениращи операции (пилоропластика, гастро-ентероанастомоза).

Ваготомиите имат по-малко странични ефекти и по-ниска смъртност в сравнение с резекцията на стомаха, но дават по-голям процент рецидиви (нова поява на язва) -10-30%.

Палиативните операции имат за цел непосредственото спасяване на живота на болния, без да повлияват на патогенезата на язвената болест (зашиване на перфорирала язва, прошиване на кървяща язва, обходна анастомоза при стеснение на пилора). Без последващо медикаментозно лечение тези операции дават голям % рецидиви.

Какво представляват отделните видове усложнения на язвената болест и какво е поведението при тях?

КРЪВОИЗЛИВЪТ е най-честото и животозастрашаващо усложнение на язвената болест. След постъпването в отделението на всички болни с кървене от гастро-интестиналния тракт се извършва фиброгастроудоденоскопия (ФГС). Това изследване има както диагностична (уточнява се източника на кървене), така и терапевтична (спиране на кървенето, чрез различни методики) стойност. Преди рутинното въвеждане на ФГС смъртността след т.нар. "операции на върха на кървенето" е била голяма (50-60 %). Понастоящем до спешна операция стигат едва около 10 % от болните (неовладяно ендоскопски кървене, многократно повтарящо се кървене). Всяко хирургично отделение има изработен алгоритъм за поведение при болни с кървяща пептична язва. Когато се налага оперативна намеса, стандартната операция е резекцията на стомаха.

ПЕРФОРАЦИЯТА е второто по честота усложнение на пептичната язва. За това усложнение е характерна внезапната "кинжална" болка в горната част на корема-това е моментът на самата перфорация, когато в коремната кухина се излива стомашно съдържимо. Ако не се вземат спешни мерки, се развива дифузен перитонит с всичките последващи усложнения, вкл. и смърт на болния. Операцията е абсолютно наложителна и животоспасяваща процедура без алтернатива. Видът на самата операция (радикална или палиативна) се определя индивидуално при всеки пациент, но основната задача е непосредственото спасяване живота на пациента. Голямо значение за намаляване на смъртността при това усложнение има съкращаването на времето между появата на първите симптоми и извършването на операцията.

СТЕНОЗАТА НА ПИЛОРА представлява усложнение на пептичната язва на дуоденума (или пилора), при което се затруднява преминаването на стомашното съдържимо към дванадесетопръстника. Пептичната язва на дуоденума има хронично-рецидивиращо протичане. Всяко изостряне на язвата завършва със "самоизлекуване", при което на мястото на язвения дефект се образува т.нар. калозна тъкан. Когато язвената болест не се лекува правилно, с течение на времето образуваната калозна маса постепенно стеснява изхода на стомаха (пилора). В началото тази стеноза е функционална, но впоследствие става органична. Вследствие на честите повръщания настъпват тежки нарушения във водно-електролитния баланс (дехидратация, хипокалемия), хипопротеинемия, отслабване на телло. При изразена органична стеноза на пилора оперативната намеса е единственото решение. Операцията която дава най-малко рецидиви, е стомашната резекция, за предпочитане извършена по метода на Билрот-1 (рецидиви 1-3%, смъртност-3-4%)

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 характерът на заболяването така и от Вашето общо състояние.