

КП № 185 ЛАПАРОСКОПСКА ХОЛЕЦИСТЕКТОМИЯ

Минимален болничен престой – 2 дни

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ХОЛЕЦИСТЕКТОМИЯ
*51.23 ЛАПАРОСКОПСКА ХОЛЕЦИСТЕКТОМИЯ
Холецистектомия
30445-00 Лапароскопска холецистектомия

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум по една диагностична процедура от три различни групи (рубрики) по МКБ 9 КМ, посочени в Приложение № 24/ една основна оперативна процедура и минимум по една диагностична процедура от три различни блока по АКМП, насочени към основната диагноза.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ. Рентгеновите филми или друг носител при образни изследвания се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

Проведените процедури задължително се отразяват в “История на заболяването” (ИЗ).

I. 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.

1. 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 обезпечават 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).

2. 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

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Блок 1. 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.

Блок 2. 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.

4. 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.

II. 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.

1. 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

2. ДИАГНОСТИЧНО- ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

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.

Здравни грижи.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

Постоперативно и след задължително хистологично изследване и патоморфологична диагноза.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ

Медицински критерии за дехоспитализация:

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

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикриза.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза включена в Наредбата за диспансеризация, пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложените алгоритъм в Наредбата.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в *“История на заболяването”* (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“* (бл. МЗ - НЗОК № 7).

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти **“Анестезия и интензивно лечение”** и **“Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия”**.

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.

5. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ДОКУМЕНТ №2 И ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯТ КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

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 изявява 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 сащо 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 застои 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 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 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 защитаване 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!