

# Dotazy ke kódování diagnóz CZ-DRG 6.0

*Irena Molinari*

*Miroslav Zvolský*

*Zbyněk Bortlíček*

*Tomáš Pavlík*

# Aktualizace MKN-10-CZ pro rok 2025

Kód MKN-10	Název kódu
U57	Výsledek screeningu nebo vyšetření geriatrické křehkosti
U57.1	Orientační výsledek screeningu Frailty
U57.10	Negativní výsledek screeningu Frailty
U57.11	Pozitivní výsledek screeningu Frailty
U57.2	Výsledek vyšetření Frailty
U57.20	Non-frailty (nepřítomnost křehkosti)
U57.21	Pre-frailty (rizikový stav předcházející křehkosti)
U57.22	Frailty (křehký pacient, geriatrická křehkost)
E78.01	Familiární hypercholesterolemie
E78.09	Hypercholesterolemie NS
Z00.11	Preventivní prohlídka novorozence nebo kojence – dítě plně kojeno
Z00.12	Preventivní prohlídka novorozence nebo kojence – dítě kojeno s dokrmem nebo příkrmem
Z00.13	Preventivní prohlídka novorozence nebo kojence – dítě nekojeno
Z00.19	Rutinní zdravotní prohlídka dítěte NS

Frailty – geriatrická křehkost  
(požadavek geriatrie, anesteziologie)

Rozdělení hypercholesterolemie  
(požadavek ČSAT)

Identifikace stavu kojení dítěte  
(požadavek ÚZIS, MZ)

# Klasifikon 2024

IX. ročník konference o klinických klasifikačních a terminologických systémech a jejich použití v českém zdravotnictví

Kdy: 9. prosince 2024 13:00 – 17:45h

Kde: Kongresové centrum IKEM, Praha

Jak: Hybridně – prezenčně i on-line

Program:

- Klasifikace a číselníky pro rok 2025
- Kódovací systémy a číselníky pro standardy

<https://klasifikon.uzis.cz/>

# KlasifiKon<sup>2024</sup>

# Kódování případů

# Dispenzarizace pacienta s karcinomem prostaty

U pacienta s diagnostikovaným karcinomem prostaty bylo stanoveno aktivní sledování = kontroly PSA a po roce znovu biopsie prostaty. Při opakované biopsii prostaty v histologii karcinom znovu zachycen nebyl (což se běžně stává, přesto pacienta vždycky vedeme jako karcinom a dále sledujeme, karcinom určitě nikam nezmizel - pouze jsme v aktuální biopsii ložisko nezachytili).

Dotaz:

Jako hlavní diagnóza podle mě má zůstat C61, ale nevím jaké k tomu vykázat hodnoty DRG markerů (stupeň diferenciacce a stadium) - nechat původní 91981 a 91991 (protože sledování je doporučené pouze u pacientů s nízkým GS a lokálně ohraničený nálezem)

# Dispenzarizace pacienta s karcinomem prostaty

U pacienta s diagnostikovaným karcinomem prostaty bylo stanoveno aktivní sledování = kontroly PSA a po roce znovu biopsie prostaty. Při opakované biopsii prostaty v histologii karcinom znovu zachycen nebyl (což se běžně stává, přesto pacienta vždycky vedeme jako karcinom a dále sledujeme, karcinom určitě nikam nezmizel - pouze jsme v aktuální biopsii ložisko nezachytili).

## 28.2 Časové ohraničení pro vykazování DRG markerů

- DRG markery pro klinické stadium a stupeň diferenciacce zhoubného novotvaru musí být uvedeny u všech HP, jejichž náplní je diagnostika nebo protinádorová léčba onemocnění pacienta s diagnózou ZN. **Vykazování se tedy týká HP s diagnózou ZN na pozici hlavní diagnózy**, kdy je pacient diagnostikován nebo aktivně léčen pro nově zjištěné onemocnění zhoubným novotvarem.
- DRG markery musí být uvedeny u všech HP, jejichž náplní je diagnostika, protinádorová nebo podpůrná léčba onemocnění, tedy i u HP, které představují hospitalizace pro relaps, recidivu nebo progresi onemocnění. **V případě, že se jedná o lokální progresi nádoru nebo lokální recidivu, kódujte stále DRG marker pro iniciální stadium onemocnění.** V případě, kdy došlo ke vzdálené diseminaci onemocnění, uveďte marker 91994 (DRG) KLINICKÉ STADIUM ZHOUBNÉHO NOVOTVARU IV. Pro kódování stupně diferenciacce uveďte marker 91985 (DRG) ZHOUBNÝ NOVOTVAR S NEURČENÝM STUPNĚM DIFERENCIACE.
- DRG markery pro klinické stadium a stupeň diferenciacce zhoubného novotvaru **nebudou vykazovány v případě, že se jedná o hospitalizaci pro jiné než nádorové onemocnění** (HP s HDG mimo ZN), při níž je současně poskytnuta pacientovi léčba novotvaru (ZN na pozici VDG daného HP).

HDG: **C61 Zhoubný novotvar prostaty**

91981 (DRG) DOBŘE DIFERENCOVANÝ ZN  
91991 (DRG) KLINICKÉ STADIUM ZN I

# Elevace CRP nezjištěné etiologie

Pacientka pro prodělaném respiračním infektu byla přijata na interní oddělení k vyšetření pro slabosti dolních končetin (neudržela se na nohou), extrémně zvýšené CRP (300 mg/l) a anémii. Pacientka během dvanáctidenní hospitalizace podstoupila mnoho zobrazovacích i konziliárních vyšetření, která bohužel nevedla k jednoznačné diagnóze. S odstupem bylo ambulantně provedeno PET-CT vyšetření, které prokázalo mnohočetné fokusy vysoké aktivity ve skeletu bez strukturálního korelátu na CT (charakteru maligní infiltrace) a byla doporučena trepanobiopsie.

## Diagnostický souhrn z hospitalizace:

Zánětlivý stav dosud nezjištěné etiologie

Anémie chronických chorob

Trombocytémie susp. sekundární

Syndrom nízkého fT3

Hypokalémie

Diabetes mellitus II. typu na dietě

Obraz erozivní gastropatie

Varikoflebitida stehna LDK, chronická žilní insuficience, stav po saphenectomii VSM vlevo

Varikoflebitida v. safena magna vpravo segmentálního charakteru, na středním bérce a distálním stehně s přechodem do vv. tibiales posteriores na proximálním bérce v anamneze (3/2013)

Artróza velkých kloubů

Glaucoma bilateralis

Vnitřní a zevní hemoroidy

Tublární adenom s low-grade dysplázií rekta

**Prosíme o pomoc při stanovení HDG.VDG kódujeme : D638, D691, E876, E118, K291, I800, K648, D128, I839**



# Elevace CRP nezjištěné etiologie

Pacientka pro prodělaném respiračním infektu byla přijata na interní oddělení k vyšetření pro slabosti dolních končetin (neudržela se na nohou), extrémně zvýšené CRP (300 mg/l), sedimentace a anémii. Pacientka během dvanáctidenní hospitalizace podstoupila mnoho zobrazovacích i konziliárních vyšetření, která bohužel nevedla k jednoznačné diagnóze. S odstupem bylo ambulantně provedeno PET-CT vyšetření, které prokázalo mnohočetné fokusy vysoké aktivity ve skeletu bez strukturálního korelátu na CT (charakteru maligní infiltrace) a byla doporučena trepanobiopsie.

## Diagnostický souhrn z hospitalizace:

Zánětlivý stav dosud nezjištěné etiologie

Anémie chronických chorob

Trombocytémie susp. sekundární

Syndrom nízkého fT3

Hypokalémie

Diabetes mellitus II. typu na dietě

Obraz erozivní gastropatie

Varikoflebitida stehna LDK, chronická žilní insuficience, stav po saphenectomii VSM vlevo

Varikoflebitida v. safena magna vpravo segmentálního charakteru, na středním bérce a distálním stehně s přechodem do vv. tibiales posteriores na proximálním bérce v anamneze (3/2013)

Artróza velkých kloubů

Glaucoma bilateralis

Vnitřní a zevní hemoroidy

Tublární adenom s low-grade dysplázií rekta

Dle MKN-10 je zánětlivý stav nezjištěné etiologie kódován jako **R69 Neznámé a neurčené příčiny nemocnosti**

Doporučujeme kontaktovat ošetřujícího lékaře k reformulaci klinického stavu v rámci diferenciatní diagnostiky

Je možno vykázat i suspektní stav.

**Prosíme o pomoc při stanovení HDG.VDG kódujeme : D638, D691, E876, E118, K291, I800, K648, D128, I839**

# Plicní embolie nebo trombóza a. poplitea

Pacientka s otokem pravého bérce byla přijata na doporučení praktického lékaře k vyloučení plicní embolie. Během hospitalizace byla potvrzena (angioCT a ultrazvuk) trombóza venae popliteae i embolie plicnice charakteru succesivní embolizace.

Diagnostický souhrn:

Základní dg : I269 - Plicní embolie bilat., dle ESC intermediárně nižší riziko, PESI skóre mort. třída III, možná souvislost s vakcinací proti Covid-19

Ostatní dg :

I802 - Trombosa vena poplitea lt. dx.

D510 - Perniciozní anémie susp. nedostatek vit. B12, nedostatek folátu - prováděně substituce

1. Mějme tedy embolii jako hlavní dg DRG skupina: 04-K05-05Plicní embolie mimo CVSP u pacientů bez akutního cor pulmonale s CC=0-2 Celková relativní váha:0,49510
2. Pokud dáme hlavní dg I802 tromboza vena politea a embolii I269 jako vedl dg ( proč ne? obě dg měla již při příjmu, obě dg se potvrdily a byly vyšetřeny až během HP a obě se víceméně léčí stejně DRG skupina: 05-K13-03Trombóza hlubokých žil nebo žilní městky s vředem nebo jiné nemoci žil u pacientů s CC=3-4 mimo CVSP CC: 3 Celková relativní váha: 1,06140

**Dotaz: Bude kódování podle druhé varianty (trombóza HDG) upcoding nebo je přípustné obojí?**

# Plicní embolie nebo trombóza a. poplitea

Pacientka s otokem pravého bérce byla přijata na doporučení praktického lékaře k vyloučení plicní embolie. Během hospitalizace byla potvrzena (angioCT a ultrazvuk) trombóza venae popliteae i embolie plicnice charakteru succesivní embolizace.

Diagnostický souhrn:

Základní dg : I269 - Plicní embolie bilat., dle ESC intermediárně nižší riziko, PESI skóre mort. třída III, možná souvislost s vakcinací proti Covid-19

Ostatní dg :

I802 - Trombosa vena poplitea lt. dx.

D510 - Perniciozní anémie susp. nedostatek vit. B12, nedostatek folátu - prováděné substituce

1. Mějme tedy embolii jako hlavní dg DRG skupina: 04-K05-05 Plicní embolie mimo CVSP u pacientů bez akutního cor pulmonale s CC=0-2 Celková relativní váha:0,49510
2. Pokud dáme hlavní dg I802 tromboza vena politea a embolii I269 jako vedl dg ( proč ne? obě dg měla již při příjmu, obě dg se potvrdily a byly vyšetřeny až během HP a obě se víceméně léčí stejně DRG skupina: 05-K13-03 Trombóza hlubokých žil nebo žilní městky s vředem nebo jiné nemoci žil u pacientů s CC=3-4 mimo CVSP CC: 3 Celková relativní váha: 1,06140

Klinickým stavem primárně odpovědným za potřebu hospitalizace byla v tomto případě plicní embolie, která je i nákladově náročnější (lze využít bodových hodnot výkonů - ! Nelze paušalizovat !).

Změna zařazení v případě změny HDG je způsobena vykázáním další VDG – D51.0

# ASA kódy

Prosím, můžete upřesnit, jak je to s vykazováním ASA? Vykazovat k JPL (vykazujeme) a vykazovat povinně i k ostatním operačním hospitalizacím?

# ASA kódy

Prosím, můžete upřesnit, jak je to s vykazováním ASA? Vykazovat k JPL (vykazujeme) a vykazovat povinně i k ostatním operačním hospitalizacím?

Neexistuje žádná povinnost vykazovat ASA kódy u jiné než jednodenní péče.

# SIRS

Jaký je rozdíl v klinickém stavu pacienta při sepsi a Syndromem systémové zánětlivé odpovědi s orgánovým selháním. Platí R65.1 = sepse? Jak správně vykazovat?

# SIRS

Jaký je rozdíl v klinickém stavu pacienta při sepsi a Syndromem systémové zánětlivé odpovědi s orgánovým selháním. Platí R65.1 = sepse? Jak správně vykazovat?

Dle definice Sepse 3 – se musí jednat o život ohrožující orgánové selhání – definované např. rozdílem SOFA skóre. Neplatí rovnítka mezi kódem R65.1 a sepsí ve smyslu potřeb CZ-DRG. Odkaz v abecedním seznamu MKN-10 bude upraven.

**R65.1** Syndrom systémové zánětlivé odpovědi infekčního původu s orgánovým selháním

Těžká sepse

# Vykazování výkonů

Kodér má kontrolovat správnost vykázaných výkonů, proto bych jim chtěla porozumět. Platí zde pravidlo použití spojky "a" jako v MKN? Pokud neplatí, jaký výkon se vykáže v případě, že se provede pouze část výkonu?

Příklady dále

Pracovní skupina pro kódování při ÚZIS ČR nemá žádné pravomoci ani odpovědnost za tvorbu a úpravu položek Seznamu zdravotních výkonů.

Pro Seznam zdravotních výkonů zatím neexistuje jednotná metodika tvorby ani jazykové konvence.

Pro řadu prováděných výkonů neexistuje v SZV jasně definovaná položka.

Řada revizních lékařů akceptuje výkony, pouze jsou-li provedeny v plném rozsahu dle definičního listu.

Jsou však i revizní lékaři vědomi si nedostatků SZV, kteří akceptují vykázání výkonu, který se tomu skutečně provedenému nejvíce blíží.

# Resekce tlustého střeva bez založení anastomózy

Pacientka byla přijata pro 2denní bolesti břicha. Provedeno CT a UZ břicha, kde byla zjištěna akutní appendicitida, indikována k operačnímu výkonu z vitální indikace. Operační výkon v CA, provedena klasická APPE s atypickou resekcí ceka. Operace bez komplikací, pooperačně 1x zvracela, dostávala ATB: Amoksiklav a Ampicillin, Metronidazol, prevence TEN - Clexan 0,6 denně, infuze, symptomatická terapie. Po operaci měla bolesti na hrudi, byla vyšetřena interním lékařem a akutní patologie srdce a plic byla vyloučena.

**Výkon: atypická resekce ceaca s apendixem**

V klidné celkové anestezii po desinfekci a zarouškování operačního pole, proveden klasicky střídavý řez v P podbřišku. Nařata fascie m. obliquus externus abdominis, podélně mezi vlákna na fascii m. obliquus internus abdominis, poté proniknuto do DB, nalezen zánětlivě změněný apendix v oblasti bazi a při něm známky typhlity, a v okolí serózní reaktivní tekutiny, apendix postupně sklerotizován na bazi, ale zanoření bylo nutné v zánětlivě změněné tkáni- provedena tedy atypická resekce caeca se zachováním iliocaekálního přechodu a Bauhinské chlopně - pomocí endo GIA 60 mm stapleru, bez obtíží, zbytek nutno zresekovat klasicky a zanořeno.

K35.8 Akutní apendicitida, jiná a nespecifikovaná

K52.9 Neinfekční gastroenteritida a kolitida NS

51367 APENDEKTOMIE NEBO OPERAČNÍ DRENÁŽ PERIAPENDIKULÁRNÍHO A PERIKOLICKÉHO ABCESU

51359 RESEKCE A ANASTOMÓZA TLUSTÉHO STŘEVA NEBO REKTOSIGMATU BŘIŠNÍM PŘÍSTUPEM,

KOLOMYOTOMIE

- **anastomóza provedena nebyla**



# Resekce tlustého střeva bez založení anastomózy

Ohledání nálezu v dutině břišní se zřetelem k nálezu na tl. střevě. Se znalostí nálezu rozvaha o optimální řešení. a) uvolnění závěsu střeva, prvotní podvaz cév. Resekce postiženého úseku střeva **Anastomóza (stehem, staplerem)** Uzávěr defektu v mezokolu, resp. defektu v peritoneální krytu. b) postup týž, namísto založení anastomózy vyvedení střeva jako stomie c) vyhledání vhodných úseků střeva a založení anastomózy d) vyhledání postiženého úseku střeva, provedení podélné, příčné nebo kombinované myotomie a)b)c)d) Kontrola vitality ošetřovaného střeva. Kontrola těsnosti sutur (ev. výplach op. pole desinf. roztokem), ( ev. založení drenáže). Kontrola hemostázy.

## Výkon: atypická resekce ceaca s appendixem

V klidné celkové anestezii po desinfekci a zarouškování operačního pole, proveden klasicky střídavý řez v P podbříšku. Nařata fascie m. obliquus externus abdominis, podélně mezi vlákny na fascii m. obliquus internus abdominis, poté proniknuto do DB, nalezen zánětlivě změněný appendix v oblasti bazi a při něm známky typhlity, a v okolí serózní reaktivní tekutiny, appenix postupně sklerotizován na bazi, ale zanoření by bylo nutné v zánětlivě změněné tkáni- provedena tedy atypická resekce caeca se zachováním iliocaekálního přechodu a Bauhinské chlopně - pomocí endo GIA 60 mm stapleru, bez obtíží, zbytek nutno zresekovat klasicky a zanořeno.

K35.8 Akutní apendicitida, jiná a nespecifikovaná  
K52.9 Neinfekční gastroenteritida a kolitida NS

Anastomóza provedena nebyla, jelikož se uvedena v registračním listu výkonu 51359, nelze jej vykázat

51367 APENDEKTOMIE NEBO OPERAČNÍ DRENÁŽ PERIAPENDIKULÁRNÍHO A PERIKOLICKÉHO ABCESU  
~~51359 RESEKCE A ANASTOMÓZA TLUSTÉHO STŘEVA NEBO REKTOSIGMATU BŘIŠNÍM PŘÍSTUPEM,  
KOLOMYOTOMIE~~

# Mezenteriální trombóza s nekrózou ilea

Pacient byl hospitalizován pro bolesti břicha, při příjmu - peritoneální břicho, vyšetřen, na CT břicha se prokázala generalizovaná ateroskleróza, bylo vyjádřeno podezření na mesenterilání trombózu, anamnéza 2denní. V CA byla provedena akutní operace: resekce ilea a pravostrannou hemikolektomií pro mezenterální trombózu s nekrózou ilea, pooperačně byl pacient krátce umístěn na JIP, dostával ATB, parenterální výživu. Rány se hojí per primam, dlouho přetrvávala střevní paréza.

Výkon: resekce ilea a pravostranná hemikolektomie s anastomozou end to side , drenáž

V dutině břišní difuzně hyperemická parietální pobřišnice cca 500 ml serosanguinolentní tekutiny. Výrazné srůsty v pravém podžebří a v oblasti mesokolon transversa . 35-40 cm ilea do Bauhinské chlopni višňové barvy , tuhé, edematozní - stěna do 1 cm, bez pulzace v mesenteriu , atonické, výrazná infiltrace a mesadenitida mesenteria, otok retroperitoneaod jater do pánvi. Cekum edematozmní, hyperemické. Postupná preparace cca 1m ilea, ceka a vzestupného tračníku, výrazné fibrotické změny v oblasti pankreatu, zatěžují přípravu transversa, arterie tračníku výrazně aterosklerotické. Resekováno celkem 1,5 m střeva . Krvácení zastaveno koagulací . Provedena anastomoza end to side cirkulární stapler 26 , transversum uzavřeno lineárním staplerem 2x 60mm náboj.

K55.0 Akutní vaskulární onemocnění střeva

K65.0 Akutní peritonitida

K66.0 Srůsty pobřišnice

51359 RESEKCE A ANASTOMÓZA TLUSTÉHO STŘEVA NEBO REKTOSIGMATU BŘIŠNÍM PŘÍSTUPEM, KOLOMYOTOMIE

51397 OTEVŘENÁ LAVÁŽ PERITONEÁLNÍ DUTINY, SEC. LOOK, LAPAROSTOMIE

# Mezenterální trombóza s nekrózou ilea

Pacient byl hospitalizován pro bolesti břicha, při příjmu - peritoneální břicho, vyšetřen, na CT břicha se prokázala generalizovaná ateroskleróza, bylo vyjádřeno podezření na mesenterilání trombózu, anamnéza 2denní. V CA byla provedena akutní operace: resekce ilea a pravostrannou hemikolektomií pro mezenterální trombózu s nekrózou ilea, pooperačně byl pacient krátce umístěn na JIP, dostával ATB, parenterální výživu. Rány se hojí per primam, dlouho přetrvávala střevní paréza.

Výkon: resekce ilea a pravostranná hemikolektomie s anastomozou end to side , drenáž

V dutině břišní difuzně hyperemická parietální pobřišnice cca 500 ml serosanguinolentní tekutiny. Výrazné srůsty v pravém podžebří a v oblasti mesokolon trasversa . 35-40 cm ilea do Bauhinské chlopni višňové barvy , tuhé, edematozní - stěna do 1 cm, bez pulzace v mesenteriu , atonické, výrazná infiltrace a mesadenitida mesenteria, otok retroperitoneaod jater do pánvi. Cekum edematozmní, hyperemické. Postupná preparace cca 1m ilea, ceka a vzestupného tračníku, výrazné fibrotické změny v oblasti pankreatu, zatěžují přípravu transversa, arterie tračníku výrazně aterosklerotické. Resekováno celkem 1,5 m střeva . Krvácení zastaveno koagulací . Provedena anastomoza end to side cirkulární stapler 26 , transversum uzavřeno lineárním staplerem 2x 60mm náboj.

K55.0 Akutní vaskulární onemocnění střeva

K65.0 Akutní peritonitida

K66.0 Srůsty pobřišnice

V operačním protokole chybí informace o provedené laváži

51359 RESEKCE A ANASTOMÓZA TLUSTÉHO STŘEVA NEBO REKTOSIGMATU BŘIŠNÍM PŘÍSTUPEM, KOLOMYOTOMIE

~~51397 OTEVŘENÁ LAVÁŽ PERITONEÁLNÍ DUTINY, SEC. LOOK, LAPAROSTOMIE~~

# Recidiva karcinomu rekta

Pacient byl přijat k operačnímu řešení recidivy karcinomu rekta, stav po nízké resekci rekta, ileostomie stp RT

Výkon: Operace dle Quenu-Milese, uzavření ileostomie

Za sterilních kautel provedena dolní střední laparotomie, výrazná srůstová choroba III.st , obtížná adheziolýza pánve, ozřejměn sestupný tračník a oblast původní anastomózy tuhé fibrotické změny. Preparace oblasti původní anastomózy tlustého střeva a dále preparace rekta. Zrušena ileostomie, provedena resekce cca 5cm ilea a anastomózou end to end Vicryl 2/0 , střevo je vitální. Perineálním přístupem provedena exstirpace rekta Thunderbeat análním kanálem až do pánve, místně výrazné fibrotické změny. Návrat do laparotomie, kde dokončená exstirpace rekta horem. Kontrola hemostázy - sucho. Připraven sestupný tračník a v levém mesogastriu založena terminální kolostomie. Proplach dutiny břišní Lavanidem, aplikován Dryfield 2x do pravého laterálního kanálu přes rány po ileostomii.

C19 Zhoubný novotvar rektosigmoideálního spojení

Z43.2 Ošetření ileostomie

K66.0 Srůsty pobříšnice

51353 PUNKCE, ODSÁTÍ TENKÉHO STŘEVA, MANIPULACE SE STŘEVEM - ENTEROPLIKACE, INTUBACE TENKÉHO STŘEVA, LÝSE ADHESÍ, PŘIČTI K EV. HLAVNÍMU VÝKONU NA STŘEVĚ

51357 JEJUNOSTOMIE, ILEOSTOMIE NEBO KOLOSTOMIE, ANTEPOZICE TLUSTÉHO STŘEVA

51388 GASTROENTEROANASTOMÓZA NEBO RESEKCE A (NEBO) ANASTOMÓZA TENKÉHO STŘEVA NEBO VÝKONY V MEZENTERIU - **patrně špatně, ale jak jinak vykázat anastomózu pouze jednoho úseku tenkého střeva?**

51361 KOLEKTOMIE SUBTOTÁLNÍ S ILEOSTOMIÍ A UZÁVĚREM REKTA NEBO S ILEOREKTÁLNÍ ANASTOMÓZOU

# Recidiva karcinomu rekta

Pacient byl přijat k operačnímu řešení recidivy karcinomu rekta, stav po nízké resekci rekta, ileostomie stp RT

Výkon: Operace dle Quenu-Milese, uzavření ileostomie

Za sterilních kautel provedena dolní střední laparotomie, výrazná srůstová choroba III.st , obtížná **adheziolýza pánve**, ozřejměn sestupný tračník a oblast původní anastomózy tuhé fibrotické změny. Preparace oblasti původní anastomózy tlustého střeva a dále preparace rekta.

Zahrnuje všechny zmíněné úkony zejména při ileu nebo peritonitidě s původem na tenkém střevě. Antiadhesivní bariéru je možné použít především při primárním ileu tenkého či tlustého střeva způsobeného adhesivním procesem v dutině břišní, sekundárním adhesivním ileu tenkého či tlustého střeva a jeho recidivy a preventivně při všech operacích v dutině břišní, kde dochází k rozsáhlejšímu poškození serózního povrchu jednotlivých orgánů či peritonea. Výkon se použije k rozrušení plošných mezikličkových srůstů nebo srůstů v malé pánvi, vyžadujících ostrou disekci, (odpovídá adhesím III. a IV. stupně podle klasifikace sekce miniinvasivní chirurgie ČCHS). Rozrušení běžných omentálních adhesí při standardních resekčních výkonech patří do obsahu oněch výkonů. Sutura deserosované kličky je součástí výkonu.

Z43.2 Ošetření ileostomie

K66.0 Srůsty pobřišnice

**51353 PUNKCE, ODSÁTÍ TENKÉHO STŘEVA, MANIPULACE SE STŘEVEM - ENTEROPLIKACE, INTUBACE TENKÉHO STŘEVA, LÝSE ADHESÍ, PŘIČTI K EV. HLAVNÍMU VÝKONU NA STŘEVĚ**



51357 JEJUNOSTOMIE, ILEOSTOMIE NEBO KOLOSTOMIE, ANTEPOZICE TLUSTÉHO STŘEVA

51388 GASTROENTEROANASTOMÓZA NEBO RESEKCE A (NEBO) ANASTOMÓZA TENKÉHO STŘEVA NEBO VÝKONY V MEZENTERIU - **patrně špatně, ale jak jinak vykázat anastomózu pouze jednoho úseku tenkého střeva?**

51361 KOLEKTOMIE SUBTOTÁLNÍ S ILEOSTOMIÍ A UZÁVĚREM REKTA NEBO S ILEOREKTÁLNÍ ANASTOMÓZOU

# Recidiva karcinomu rekta

Pacient byl přijat k operačnímu řešení recidivy karcinomu rekta, stav po nízké resekci rekta, ileostomie stp RT

Výkon: Operace dle Quenu-Milese, uzavření ileostomie

Za sterilních kautel provedena dolní střední laparotomie, výrazná srůstová choroba III.st , obtížná **adheziolýza pánve**, ozřejměn sestupný tračník a oblast původní anastomózy tuhé fibrotické změny. Preparace oblasti původní anastomózy tlustého střeva a dále preparace rekta. Zrušena ileostomie, provedena **resekce cca 5cm ilea a anastomózou end to end** Vicryl 2/0 , střevo je vitální. Perineálním přístupem

Vytažení jejunální kličky před nebo za transversem k žaludku a založení anastomózy nejčastěji dvouvrstevným stehem /vnitřní vrstva vstřebatelným materiálem/. Ev. Braunova anastomóza stranou ke straně mezi přívodnou a odvodnou kličkou, je součástí výkonu. Do této skupiny patří i pyloroplastiky, které lze charakterizovat jako gastroduodenoanastomózu.

C19 Zhoubný novotvar rektosigmoideálního spojení  
Z43.2 Ošetření ileostomie  
K66.0 Srůsty pobřišnice

V registračním listu výkonu 51388 chybí informace o ileu

**51353 PUNKCE, ODSÁTÍ TENKÉHO STŘEVA, MANIPULACE SE STŘEVEM - ENTEROPLIKACE, INTUBACE TENKÉHO STŘEVA, LÝSE ADHESÍ, PŘIČTI K EV. HLAVNÍMU VÝKONU NA STŘEVĚ**

51357 JEJUNOSTOMIE, ILEOSTOMIE NEBO KOLOSTOMIE, ANTEPOZICE TLUSTÉHO STŘEVA

~~51388 GASTROENTEROANASTOMÓZA NEBO RESEKCE A (NEBO) ANASTOMÓZA TENKÉHO STŘEVA NEBO VÝKONY V MEZENTERIU~~

51361 KOLEKTOMIE SUBTOTÁLNÍ S ILEOSTOMIÍ A UZÁVĚREM REKTA NEBO S ILEOREKTÁLNÍ ANASTOMÓZOU

# Registrační list - 51415

## ABDOMINOPERINEÁLNÍ, VAGINÁLNÍ, SAKRÁLNÍ AMPUTACE REKTA

Revize orgánů dutiny břišní, zhodnocení operability vymezení horní hranice resekce, mobilizace intraperitoneální části rekta a části sigmatu s podvazem příslušných cév, identifikace ureteru. Protnutím periton. řasy vpředu a mobilizace rekta pod řasou s podvazem a přerušáním lig. lat. rekti, vzadu uvolnění do exkavace vpředu mobilizace až k legvátorům a transekce sigmatu v dolní třetí transpozice rekta a části sigmatu extraperitoneálně pod řasu a peritonealizace nebo tot provést až po perineální fázi. perineocirkulárním řezem kolem anu, protnutím lig. arococigeum a uvolněním anu a rekta od svěračů dokončena extirpace, výplach exkavace, zavedení drenů do exkavace a sutura perinea. dále **peritonealizace a konstrukce kolostomie na sigmatu ev. descendens transperitoneálně** nebo extra peritoneálně. varianta uzavření rány na perineu - tamponáda longetami. Varianta peritonealizace - bezperitonealizace nebo pomocí velkého omenta na cévní stopce.

provedena **exstirpace rekta** Thunderbeat análním kanálem až do pánve, místně výrazné fibrotické změny. Návrat do laparotomie, kde dokončená exstirpace rekta horem. Kontrola hemostázy - sucho. Připraven sestupný tračník a v levém mesogastriu založena **terminální kolostomie**. Proplach dutiny břišní Lavanidem, aplikován Dryfield 2x do pravého laterálního kanálu přes rány po ileostomii.

C19 Zhoubný novotvar rektosigmoideální  
Z43.2 Ošetření ileostomie  
K66.0 Srůsty pobříšnice

Konstrukce kolostomie je součástí výkonu 51415

Subtotální kolektomie provedena nebyla, není možno vykázat výkon 51361

**51353 PUNKCE, ODSÁTÍ TENKÉHO STŘEVA, MANIPULACE SE STŘEVEM - ENTEROPLIKACE, INTUBACE TENKÉHO STŘEVA, LÝSE ADHESÍ, PŘIČTI K EV. HLAVNÍMU VÝKONU NA STŘEVĚ** 

~~51357 JEJUNOSTOMIE, ILEOSTOMIE NEBO KOLOSTOMIE, ANTEPOZICE TLUSTÉHO STŘEVA~~

~~51388 GASTROENTEROANASTOMÓZA NEBO RESEKCE A (NEBO) ANASTOMÓZA TENKÉHO STŘEVA NEBO VÝKONY V MEZENTERIU~~

~~51361 KOLEKTOMIE SUBTOTÁLNÍ S ILEOSTOMIÍ A UZÁVĚREM REKTA NEBO S ILEOREKTÁLNÍ ANASTOMÓZOU~~

51415 ABDOMINÁLNÍ, VAGINÁLNÍ, SAKRÁLNÍ AMPUTACE REKTA 

# Recidiva karcinomu rekta

Pacient byl přijat k operačnímu řešení recidivy karcinomu rekta, stav po nízké resekcí rekta, ileostomie stp RT

Výkon: Operace dle Quenu-Milese, uzavření ileostomie

Za sterilních kautel provedena dolní střední laparotomie, výrazná srůstová choroba III.st , obtížná **adheziolýza pánve**, ozřejměn sestupný tračník a oblast původní anastomózy tuhé fibrotické změny. Preparační oblasti původní anastomózy tlustého střeva a dále preparační rekta. Zrušena ileostomie, provedena **resekce cca 5cm ilea a anastomózou end to end** Vicryl 2/0 , střevo je vitální. Perineálním přístupem provedena **exstirpace rekta** Thunderbeat análním kanálem až do pánve, místně výrazné fibrotické změny. Návrat do laparotomie, kde dokončená exstirpace rekta horem. Kontrola hemostázy - sucho. Připraven sestupný tračník a v levém mesogastriu založena **terminální kolostomie**. Proplach dutiny břišní Lavanidem, aplikován Dryfield 2x do pravého laterálního kanálu přes rány po ileostomii.

C19 Zhoubný novotvar rektosigmoideálního spojení

Z43.2 Ošetření ileostomie

K66.0 Srůsty pobřišnice

**51353 PUNKCE, ODSÁTÍ TENKÉHO STŘEVA, MANIPULACE SE STŘEVEM - ENTEROPLIKACE, INTUBACE TENKÉHO STŘEVA, LÝSE ADHESÍ, PŘIČTI K EV. HLAVNÍMU VÝKONU NA STŘEVĚ**

**51415 ABDOMINÁLNÍ, VAGINÁLNÍ, SAKRÁLNÍ AMPUTACE REKTA**

# Děkujeme Vám za pozornost

[zbynek.bortlicek@uzis.cz](mailto:zbynek.bortlicek@uzis.cz)

[tomas.pavlik@uzis.cz](mailto:tomas.pavlik@uzis.cz)

[irena.molinari@uzis.cz](mailto:irena.molinari@uzis.cz)

[miroslav.zvolsky@uzis.cz](mailto:miroslav.zvolsky@uzis.cz)