

**КП № 203 ХИРУРГИЧНО ЛЕЧЕНИЕ ПРИ НАДБЪБРЕЧНИ
ЗАБОЛЯВАНИЯ**

1. Минимален болничен престой – 5 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Други процедури на надбъбречна жлеза	
90042-00	Адреналектомия Изследване на надбъбречна област
Биопсия на надбъбречна жлеза	
30075-04	Биопсия на надбъбречна жлеза
Адреналектомия	
	<i>Включва:</i> такава за лезия на надбъбречна жлеза
36500-00	Частична резекция на надбъбречна жлеза
Адреналектомия	
	<i>Включва:</i> такава за лезия на надбъбречна жлеза
36500-01	Тотална адреналектомия, едностранно Адреналектомия БДУ
Адреналектомия	
	<i>Включва:</i> такава за лезия на надбъбречна жлеза
36500-02	Тотална адреналектомия, двустранна
Други процедури на надбъбречна жлеза	
90042-00	Адреналектомия Изследване на надбъбречна област

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 и 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 от обхвата на медицинската специалност "Хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия"; от обхвата на медицинската специалност "Детска хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия".

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочения медицински стандарт.

4А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по хирургия или клиника/отделение по детска хирургия
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория*, с възможност за извършване пълния набор от хормонални изследвания
5. Образна диагностика
6. Лаборатория (отделение) по клинична патология

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

Когато клиника по ендокринна хирургия има структура/направление по анестезиология и интензивно лечение, в съответствие с разрешението за дейност на ЛЗ, издадено от министъра на здравеопазването, се допуска сключване на договор по тази КП

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. Имунологична лаборатория	
2. Микробиологична лаборатория, на територията на областта	

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение	
Лапароскопски консумативи	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.

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

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

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

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

При пациенти на възраст от 9 до 18 години оперативната процедура може да бъде извършвана от хирург или детски хирург с 10 годишен стаж по специалността.

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.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

- лекар с придобита специалност по хирургия с 10 годишен опит в областта на ендокринната хирургия;

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

Спешна диагностика и лечение за пациенти с:

1. остро настъпила хеморагия в надбъбречната жлеза;
2. руптура на киста;
3. напреднали тумори на надбъбречната жлеза с метастази; компресия върху v. cava inf. и други коремни органи;
4. тумор на надбъбречната жлеза със или без метастази;
5. доброкачествени тумори, нодулерна и дифузна хиперплазия на надбъбречната жлеза.

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.
 - при болест на Cushing - извършва се едноетапна или двуетапна субтотална резекция на надбъбречните жлези;
 - при кортикостером - извършва се супрареналектомия или субтотална резекция на засегнатата жлеза;
 - при феохромоцитом - извършва се субтотална резекция на съответната надбъбречна жлеза или супрареналектомия;
 - при синдрома на Conn - извършва се парциална или субтотална резекция на съответната надбъбречна жлеза;
 - при доброкачествени хормонално неактивни аденоми, кисти и други редки тумори на надбъбречните жлези - извършва се субтотална резекция на съответната надбъбречна жлеза или супрареналектомия;
 - при параганглиом – екстирпация на тумора в здраво;
 - при адренокортикален карцином или злокачествен феохромоцитом без далечни метастази – супрареналектомия;

- при адренокортикален карцином или злокачествен феохромоцитом без далечни метастази с прорастване към съседни органи – супрареналектомия и тотална или парциална резекция на съответния орган (нефректомия, спленектомия, резекция опашката на панкреаса и др.);

- при адренокортикален карцином или злокачествен феохромоцитом с регионални метастази – супрареналектомия и екстирпация на метастазите – парааортална и/или паракавална лимфна дисекция и др;

- при адренокортикален карцином или злокачествен феохромоцитом с регионални метастази и прорастване към съседни органи – супрареналектомия и тотална или парциална резекция на съответния орган (нефректомия, спленектомия, резекция опашката на панкреаса и др.) и екстирпация на метастазите – парааортална и/или паракавална лимфна дисекция и др.;

- при метастаза в надбъбречна жлеза от карцином с друга локализация – супрареналектомия.

При необходимост, се прилагат локални хемостатици.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

Интраоперативно и постоперативно, след задължително хистологично изследване и верифициране на тумора. При злокачествени заболявания се определя клиничният стадий на онкологичното заболяване по TNM системата.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ

Медицински критерии за дехоспитализация:

- гладък следоперативен период;
- добре зарастваща оперативна рана без супурация;
- липса на фебрилитет в последните 48 часа;
- липса на сериозни субективни оплаквания или обективно регистрирани от лекаря отклонения;
- постигане на хирургичен туморен контрол (при злокачествени тумори).

При напреднали тумори и противопоказания за оперативно лечение болните се насочват към диспансера за палиативна и симптоматична терапия.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

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

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

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни в *“История на заболяването”* (ИЗ).

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти **“Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия,**

гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия”).

3.3. Документиране на следоперативните дни в “История на заболяването” (ИЗ).

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

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

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/ НАСТОЙНИКА/ ПОПЕЧИТЕЛЯ)**Какво представляват надбъбречните жлези?**

Те са двустранни органи с триъгълна форма разположени дълбоко зад коремните органи, над горните полюси на бъбреците и са в непосредствен контакт с черния дроб и долната празна вена вдясно, и опашката на панкреаса и слезката вляво. Всяка жлеза се състои от две части – кора и сърцевина, които имат различни ембрионален произход, строеж и функция. Кората произвежда три групи хормони: а) кортикостероиди, участващи в регулацията на обмяната на веществата; б) минералкортикоиди, регулиращи електролитния баланс на организма; в) полови хормони. Сърцевината произвежда хормоните адреналин и норадреналин, имащи отношение към регулацията на кръвното налягане, реакциите на стреса, метаболизма и др.

Заболявания на надбъбречните жлези

Надбъбречните жлези могат да бъдат засегнати от широк спектър патологични процеси. Според промяната във функцията се различават хиперфункциониращи – протичащи с повишено производство на един или няколко хормона, и хипофункциониращи, при които е занижена или липсваща секрецията на един или няколко хормона. Настъпилите морфологични промени в жлезите могат да бъдат хиперплазия – дифузно нарастване на обема и теглото на жлезите или се изразяват в появата на доброкачествен или злокачествен туморен процес. Обект на хирургично лечение са всички форми показващи повишена функционална активност и всички туморни форми, докато понижената функция на жлезите се лекува консервативно. В зависимост от вида на свръхпродуцирания хормон се различават няколко добре обособени заболявания: а) болест или синдром на Кушинг – при повишена продукция на кортизол; б) синдром на Кон или хипералдостеронизъм – при повишена продукция на алдостерон; в) адреногенитален синдром – при свръхпродукция на полови хормони; г) феохромоцитом – при свръхпроизводство на адреналин и норадреналин от тумор на надбъбречната сърцевина.

Хирургично лечение и резултати

Целта на хирургичната интервенция е да се отстранят хиперплазиралите или засегнати от туморен процес жлези/жлеза. Поради увреденото общо състояние на пациента и специфичното дълбоко разположение на надбъбречните жлези и непосредствения им контакт с други органи и магистрални кръвоносни съдове, операцията е трудна технически и е свързана с възможност за възникване на усложнения: а) по време на операцията – тежки до животозастрашаващи кръвоизливи, засягане на съседни органи (бъбреци, слезка, черва и др.), налагащо понякога отстраняването им, различни сърдечно-съдови и мозъчни усложнения от резките промени в кръвното налягане и др.; б) след операцията – възпалителни усложнения в раната или в ложето на премахнатата жлеза, кръвоизливи, сърдечно-съдови и мозъчни усложнения, белодробни усложнения и др.

Като цяло резултатите от хирургичното лечение са много добри и водят до почти пълно възстановяване при доброкачествените туморни форми. При злокачествени процеси се налага стриктен периодичен контрол и евентуално включване на допълнителни терапевтични мероприятия – химиотерапия, лъчетерапия и др.