

КП № 189 ХИРУРГИЧНО ЛЕЧЕНИЕ ПРИ НАДБЪБРЕЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

Минимален болничен престой – 5 дни

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ ПО МКБ-9КМ

ЕКСПЛОРАЦИЯ НА АДРЕНАЛНАТА ОБЛАСТ

Изключва:

инцизия на адренална жлеза - 07.41

***07.01 ЕДНОСТРАННА ЕКСПЛОРАЦИЯ НА АДРЕНАЛНАТА ОБЛАСТ**

Други процедури на надбъбречна жлеза

90042-00 Адrenaлектомия
Изследване на надбъбречна област

***07.02 ДВУСТРАННА ЕКСПЛОРАЦИЯ НА АДРЕНАЛНАТА ОБЛАСТ**

Други процедури на надбъбречна жлеза

90042-00 Адrenaлектомия
Изследване на надбъбречна област

ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ НА НАДБЪБРЕЧНИТЕ ЖЛЕЗИ, ХИПОФИЗАТА, ПИНЕАЛНАТА ЖЛЕЗА И ТИМУСА

***07.12 ОТВОРЕНА БИОПСИЯ НА НАДБЪБРЕЧНА ЖЛЕЗА**

Биопсия на надбъбречна жлеза

30075-04 Биопсия на надбъбречна жлеза

ЧАСТИЧНА АДРЕНАЛЕКТОМИЯ

***07.21 ЕКСЦИЗИЯ НА ЛЕЗИЯ НА НАДБЪБРЕЧНА ЖЛЕЗА**

Изключва:

биопсия на надбъбречната жлеза - 07.11-07.12

Адреналектомия

Включва: такава за лезия на надбъбречна жлеза

36500-00 Частична резекция на надбъбречна жлеза

***07.22 ЕДНОСТРАННА АДРЕНАЛЕКТОМИЯ**

адреналектомия БДУ

Изключва:

ексцизия на останалата надбъбречна жлеза - 07.3

Адреналектомия

Включва: такава за лезия на надбъбречна жлеза

36500-01 Тотална адреналектомия, едностранно
Адреналектомия БДУ

***07.29 ДРУГА ЧАСТИЧНА АДРЕНАЛЕКТОМИЯ**

частична адреналектомия БДУ

Адреналектомия

Включва: такава за лезия на надбъбречна жлеза

36500-00 Частична резекция на надбъбречна жлеза

***07.3 ДВУСТРАННА АДРЕНАЛЕКТОМИЯ**

ексцизия на останалата надбъбречна жлеза

Изключва:

двустранна частична адреналектомия - 07.29

Адреналектомия	
Включва: такава за лезия на надбъбречна жлеза	
36500-02	Тотална адреналектомия, двустранна
ДРУГИ ОПЕРАЦИИ НА НАДБЪБРЕЧНИТЕ ЖЛЕЗИ, НЕРВИ И СЪДОВЕ	
*07.41 ИНЦИЗИЯ НА НАДБЪБРЕЧНА ЖЛЕЗА	
адреналотомия (с дренаж)	
Други процедури на надбъбречна жлеза	
90042-00	Адреналектомия
	Изследване на надбъбречна област
*07.42 ДЕНЕРВАЦИЯ НА НАДБЪБРЕЧНА ЖЛЕЗА	
Други процедури на надбъбречна жлеза	
90042-00	Адреналектомия
	Изследване на надбъбречна област
*07.43 ЛИГАТУРА НА НАДБЪБРЕЧНИ СЪДОВЕ	
Други процедури на надбъбречна жлеза	
90042-00	Адреналектомия
	Изследване на надбъбречна област
*07.44 ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА НАДБЪБРЕЧНА ЖЛЕЗА	
Други процедури на надбъбречна жлеза	
90042-00	Адреналектомия
	Изследване на надбъбречна област
*07.45 РЕИМПЛАНТАЦИЯ НА НАДБЪБРЕЧНА ТЪКАН	
автотрансплантация на надбъбречна тъкан	
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 по една диагностична процедура от две различни групи (рубрики) **кодове по МКБ 9 КМ, посочени в Приложение № 24.**

Забележка: 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 минимум II ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт по „Хирургия”. 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*, с възможност за извършване пълния набор от хормонални изследвания
5. Образна диагностика
6. Лаборатория (отделение) по клинична патология

***Забележка:** 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

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

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.

- 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:

- лекар със специалност по детска хирургия;

Всички планови операции на деца до 10 годишна възраст се извършват от хирург с придобита специалност по детска хирургия;

При пациенти от 10 до 18 г. оперативната процедура може да бъде извършвана от хирург или детски хирург, с 10 годишен стаж по специалността;

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

ЗАБЕЛЕЖКА:

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.

4. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

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

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

1.1. СПЕШНИ:

- остро настъпила хеморагия в надбъбречната жлеза;
- руптура на киста;
- напреднали тумори на надбъбречната жлеза с метастази; компресия върху v. cava inf. и други коремни органи.

1.2. ПЛАНОВИ:

- тумор на надбъбречната жлеза със или без метастази;
- доброкачествени тумори, нодулерна и дифузна хиперплазия на надбъбречната жлеза.

2. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

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

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 еднотапна 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 адреноренален карцином или злокачествен феохромоцитом без далечни метастази – супрареналектомия;
- при адреноренален 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 адреноренален карцином или злокачествен феохромоцитом с регионални метастази – супрареналектомия и екстирпация на метастазите – парааортална и/или паракавална лимфна дисекция и др.;
- при адреноренален 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.

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

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

3. 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.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Дехоспитализация след оперативни интервенции по повод **доброкачествени заболявания на надбъбречните жлези** се допуска при следните условия:

- добре зарастваща оперативна рана без супурация;
- липса на фебрилитет в последните 48 часа;
- липса на сериозни субективни оплаквания или обективно регистрирани от лекаря отклонения.

Индикации за дехоспитализация при злокачествени тумори:

- гладък следоперативен период и постигане на хирургичен туморен контрол;
- при напреднали тумори и противопоказания за оперативно лечение болните се насочват към диспансера за палиативна и симптоматична терапия.

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 епикризата.

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 заложения алгоритъм в Наредба № 40 от 2004 (обн. ДВ бр. 97/9.12.2011г.)

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”*, 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 *“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 *“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”*, 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)**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.