

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ
МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ
КЛИНИЧЕН ЦЕНТЪР ПО ГАСТРОЕНТЕРОЛОГИЯ
КЛИНИКА ПО ХИРУРГИЯ
УМБАЛ „ ЦАРИЦА ЙОАННА – ИСУЛ „

Д-р Цветелина Стайкова Спиридонова

**Организация, алгоритъм, специфика
и принципи на хирургичната дейност
в едnodневна хирургия.**

АВТОРЕФЕРАТ

на дисертационен труд за присъждане на образователна и научна степен
„доктор”

Научен ръководител
Акад. д-р Д. Дамянов, дмн

София, 2015

Дисертационният труд съдържа 180 страници и е онагледен с 9 фигури, 26 таблици, 7 снимки и две приложения. Библиографията включва 344 заглавия, от които 7 на кирилица и 337 на латиница.

Дисертационният труд е обсъден, приет и е насочен за защита от Катедрения съвет на Клиничен център по гастроентерология на Медицински университет – София.

Публичната защита ще се проведе на 02.07.2015 г. от 13.00 часа в аудиторията на Клиниката по гастроентерология, Клиничен център по гастроентерология на УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ” на основание на чл. 4, ал.2 от Закона за развитието на академичния състав в Република България; чл.2, ал. 2 от Правилника за прилагане на Закона за развитието на академичния състав в Република България, на чл. 5, ал. 2, във връзка с чл. 73, ал. 2 от Правилника за условията и реда за придобиване на научни степени и заемане на академични длъжности в Медицински университет – София и въз основа на Заповед № РК 36 - 855 / 04.05.2015 г.на Ректора на МУ София, пред научно жури в състав:

Председател:

Акад. д-р Д. Дамянов, дмн

Членове:

Проф. д-р Бойко Георгиев Коруков, дм

Проф. д-р Тома Петров Пожарлиев, дмн

Проф. д-р Панайот Фотев Куртев, дм

Доц. д-р Георги Борисов Гърбев, дмн

Резервни членове:

Проф. д-р Николай Методиев Пенков, дмн

Проф. д-р Божидар Димитров Хаджиев, дмн

Съдържание

| | |
|--|----|
| ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ..... | 3 |
| 1. ВЪВЕДЕНИЕ..... | 4 |
| 2. ЦЕЛ И ЗАДАЧИ..... | 5 |
| 3. МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ..... | 8 |
| 3.1. Материал..... | 8 |
| 3.2. Методи..... | 10 |
| 4. СОБСТВЕНИ ПРОУЧВАНИЯ И РЕЗУЛТАТИ..... | 11 |
| 4.1. Проучване потребността от въвеждане на принципите на едnodневна хирургия в страната и готовността за възприемането им | 11 |
| 4.2. Структура на отделението по едnodневна хирургия в болницата | 23 |
| 4.3. Персонал – принципи на подбор и изисквания | 33 |
| 4.4. Критерии за подбор на пациентите, подлежащи на анестезия и оперативно лечение в отделението по едnodневна хирургия | 39 |
| 4.5. Принципи на организация на работа в отделението | 47 |
| 4.6. Специфика на хирургичните дейности в отделението по едnodневна хирургия | 71 |
| 4.7. Усложнения, хоспитализация в многодневен стационар. Рехоспитализация | 80 |
| 4.8. Контрол на резултатите и качество на дейността | 88 |
| 4.9. Заключителна дискусия..... | 91 |
| 5. ИЗВОДИ..... | 96 |
| 6. ПРИНОСИ..... | 98 |

Използвани съкращения:

БТЕ – Белодробна тромбоемболия

ЕКГ - Електрокардиограма

ЕХ – Еднодневна хирургия

ДБМП – Доболнична Медицинска Помощ

ИСУЛ – Институт за Усъвършенстване и Специализация на Лекарите

НСПВС – Нестероидни противовъзпалителни средства

ССЗ – Сърдечносъдови заболявания

УМБАЛ – Университетска Многопрофилна Болница за Активно Лечение

ФКС - Фиброколоноскопия

ASA – American Society of Anesthesiologist

PET scan - Positron emission tomography scan

MAC – Monitored anesthesia care

MRI – Magnetic resonance imaging

VAS – Visual analogue scale

1. ВЪВЕДЕНИЕ

Еднодневната хирургия се налага все по-широко в медицинската практика през последните 5 – 6 десетилетия. Днес е приета във всички страни на Европа, в Австралия, в Северна и Южна Америка. Основен стимул са нарастващите разходи за медицински дейности, а основни привлекателни фактори са очевидната икономическа и здравна полза.

Понастоящем концепцията за тази хирургия е доста уточнена и изчистена. Няма спор, че дневната или еднодневната хирургия е същата хирургическа дейност, която се изпълнява в многодневен стационар, но се извършва в кратки срокове. Сроктът на операция и дълготрайността на престоя определяха дефинициите на амбулаторната, дневната, еднодневната, краткосрочната хирургии, всяка със своите допълнителни нюанси. Това налага необходимостта да се идентифицират особеностите в планирането на едно отделение, клиника или болница за такъв тип хирургични намеси. Сроковете за лечение са кратки в рамките на болничния престой, но всички медицински изисквания, осигуряващи сигурността на пациента, но и на хирурга и анестезиолога, са същите. Затова се поставят въпросите за специални изисквания и условия към персонала, към организацията на работния ден, към първичния преглед на пациента, към подбора на контингента и списъка на използваните операции. И разбира се, към следоперативния период, към контролирането на общия и локалния статус, за готовността на пациента да бъде изписан след като получи указания към него и неговите близки. Всичко това трябва да бъде разработено за условията на дневна/еднодневна хирургия и строго спазвано.

Международният опит с прехвърляне на пакет от хирургични дейности от болничната към еднодневната хирургия показва изключително бързо развитие на тази модалност на лечение на пациентите по селектирани диагнози.

Таблица № 1. Дял на еднодневните (амбулаторните) операции в европейски и други страни (Toftgaard и Parmentier, 2004) .

| Държава | % на амбулаторните намеси |
|----------------|----------------------------------|
| Канада | 83.8% |
| САЩ | 83.5% |
| Дания | 79.3% |
| Австралия | 74.9% |
| Холандия | 69.8% |

| | |
|------------|-------|
| Белгия | 69.0% |
| Норвегия | 68.0% |
| Швеция | 66.7% |
| Англия | 62.5% |
| Финландия | 62.4% |
| Шотландия | 62.0% |
| Германия | 60.7% |
| Испания | 54.0% |
| Франция | 44.9% |
| Хонг Конг | 42.5% |
| Италия | 41.0% |
| Португалия | 18.5% |

В България опит с дневни/еднодневни операции има от много години. Но те се изпълняват в отделения по обща хирургия, в общия поток, без отделянето на пациентите и диференциран подход. Липсва систематичност и се загубва финансовата полза. Развитието на дневната/еднодневната хирургия изисква специална разработка. На това, на особеностите на дневната/еднодневната хирургия е посветена тази дисертация.

2. ЦЕЛ И ЗАДАЧИ

Целта на дисертационния труд е да се проучат основните характеристики на модела „дневна„ и „еднодневна хирургия“, като те се развият и приложат при реализацията на отделение по Еднодневна хирургия в болницата.

Задачи

1. Да се проучи готовността за въвеждане на принципите на еднодневна хирургия в страната: сред лекари – хирурзи и сред хирургични пациенти.
2. Да се обосноват причините за избраната структура при планирането и структурирането на Отделението по Еднодневна хирургия в “УМБАЛ Царица Йоанна – ИСУЛ”.
3. Да се формулират принципи за подбор на титуляри и приходящ персонал в Отделението по еднодневна хирургия и се дефинират изискванията към работещите екипи.
4. Да се систематизират критерии за подбор на пациентите в отделението по еднодневна хирургия.

5. Да се систематизира и стандартизира работата в едnodневна хирургия чрез протоколи за действие.

6. Да се анализира спецификата на хирургичното лечение при различни диагнози в условията на отделение по едnodневна хирургия.

7. Да се проучат и анализират причините за хоспитализация и рехоспитализация след лечение в едnodневна хирургия.

8. Да се анализират медицинските и финасовите резултати от дейността на отделение по едnodневна хирургия и да се дефинират факторите за подобрене на качеството на лечението и на хирургичната дейност.

3. МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

3.1. Материал

Отделението по Едnodневна хирургия бе построено през 2007 г. на базата на проект, финансиран от Европейската банка, и започна да функционира през 2008 г. За периода 2008 г. – 2014 г. в отделението са оперирани 3606 болни. Средната възраст варира около оптималната за отделение от този тип – между 47,6 и 58,3 години. При нас не се изпълняват хирургически намеси от детската хирургия. Най-възрастният опериран пациент обаче е на 91 години. Пациентите в гериатрична възраст не са изключение. Все по-широко се отваря и „ножицата” по отношение на придружаващата патология. Разпределението по пол няма специфично значение за процедурите в дневната хирургия.

Таблица № 2. Разпределение на оперираните пациенти по пол и възраст

| Показател | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|------------------------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Брой операции | 181 | 466 | 556 | 617 | 652 | 603 | 531 |
| Средна възраст | 47,6г. | 54,5г. | 52,5г. | 55,3 | 56,2г. | 58,3г. | 53,5г. |
| Разпред. по пол Ж/М | 34/147 | 201/264 | 218/338 | 211/406 | 318/334 | 294/309 | 303/228 |

Общият брой на операциите за седемгодишен период е представен на табл.

№ 3.

Таблица № 3. Разпределение на оперираните болни по диагнози

| Диагноза | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | общо |
|--|------------|---|--|--------------------------------|--|---|--|-------------|
| ингинални херния | 136 | 175 | 168 | 133 | 101 | 116 | 108 | 937 |
| херния на предна коремна стена | 30 | 55 | 14 | 16 | 20 | 16 | 7 | 158 |
| заболявания на аналното и периааналното пространство | 12 | 93 | 85 | 61 | 36 | 43 | 35 | 365 |
| доброкачествени заболявания на мл.жлеза | 3 | 18 | 66 | 88 | 89 | 68 | 66 | 398 |
| злокачествени заболявания на кожата | 0 | 9 | 49 | 164 | 263 | 200 | 161 | 846 |
| злокачествени заболявания на тиреоидната жлеза | 0 | 21 | 20 | 36 | 30 | 28 | 26 | 161 |
| доброкачествени заболявания на тиреоидната жлеза | 0 | 85 | 93 | 69 | 67 | 65 | 56 | 435 |
| други-, липом, невус, фибром | | Adenoma gl. parathyroidea - 2; Kysta d. thyreogl. pers. - 2; +6 | App.-2; Hyperparathyroidismus - 1; +58 | Hyperparathyroidismus - 1; +49 | Appendectomy 1; Adenoma parathyroid. 1; Phylloides tumor mammae 2; +42 | Adenoma parathyroid. - 2; Hyperplasia parathyroid. - 1; Kysta d. thyreogl. pers. - 2; Tu testiculi - 1; blepharorrhaphia - 1; revisio vulneris - 2; +58 | Adenoma parathyroidea - 6; Kysta d. thyreogl. pers. - 2; Biopsia NL - 4; Revisio haematomae - 1; +59 | |
| общо | 181 | 466 | 556 | 617 | 652 | 603 | 531 | 3606 |

3.2. Методи

Използваните методи при разработването на дисертационния материал са стандартни.

1. Диагностични изследвания - анамнеза, клиничен преглед, стандартни предоперативни лабораторни тестове. При придружаваща патология - съответстващите ендокринологично, кардиологично, неврологично насочени тестове и консултации.

2. Инструментални изследвания – ехография на корем, млечна жлеза, щитовидна жлеза, мамография, Rö графия, ректоскопия, ФКС, компютърна томография с контраст, MRI на шия и медиастинум, PET CT.

3. Методи на клиничното наблюдение - пулс, артериално налягане, гадене, повръщане, състояние на оперативната рана, ниво на болка по визуално – аналоговата скала за определяне на нивото на болка.

4. Оперативни методи.

5. Статистически методи.

а) Анкетен метод

За постигането на поставените задачи съставихме два типа анкети – за пациенти и за лекари. Включените въпроси бяха структурирани на три принципа: един възможен отговор, няколко възможни отговора и отворен въпрос.

б) Получените резултати бяха статистически обработени. Използвани са:

- SPSS 16.0 анализ;
- Дескрипционен анализ.

4. СОБСТВЕНИ ПРОУЧВАНИЯ И РЕЗУЛТАТИ

4.1. Проучване потребността от въвеждане на принципите на едnodневна хирургия в страната и готовността за възприемането им.

Преди развитието и внедряването на модела на „дневна“ и „едnodневна“ хирургия в България и в Клиниката по хирургия на УМБАЛ Царица Йоанна - ИСУЛ, представляваше интерес доколко този модел е познат правилно на хирурзите у нас, би ли се възприел в тяхната работа, как ще бъде посрещнат от пациентите. По този повод бе подготвен докторански проект за конкурс в рамките на МУ – София през 2005 година. Неговото одобряване и финансиране позволи техническото му осъществяване.

През 2005 – 2006 г. изследването бе подготвено и извършено в национален мащаб. Обратно получени и попълнени анкети дойдоха от 18 областни болници, 4 общински и една частна болница, както следва: София - 3 болници; Ст. Загора, Варна - 2 болници; В. Търново, Хасково, Шумен, Търговище, Плевен, Пловдив, Габрово, Видин, Пазарджик - 2 (областна и частна), Бургас, Кърджали, Сливен, Враца, Горна Оряховица, Разград, Русе. След консултация със статистик бе повърдено, че анкетата може да се приеме за национално представителна.

А. Анкета за хирурзи

Въпрос: По Ваша преценка какъв процент от операциите по повод херния, анална патология, доброкачествени заболявания на млачната жлеза и лапароскопска холецистектомия, биха могли да се извършат в рамките на еднокдневна хирургия?

Таблица № 4. Стаж на хирурзите и позитивни отговори за еднокдневна хирургия

| Стаж | По стаж (%) | | | |
|----------|------------------------------|-----------------------------|-----------------|---------------------|
| | % дял на участвалите хирурзи | Минимален брой операции (%) | Среден брой (%) | Максимален брой (%) |
| 1 -5 г. | 12.0% | 0 | 53.1 | 100 |
| 6 -10 г. | 16.7% | 10 | 50.5 | 100 |
| 11-20 г. | 33.8% | 0 | 44.3 | 90 |
| Над 21г. | 37.5% | 0 | 41.1 | 100 |

Отчете се дискретна разлика в мненията на хирурзите със стаж от 10-20 години и по-младите специалисти със стаж от 5-10 години. Налице бе тенденция за по-отворено приемане на новата модалност с 6 до 12%.

Въпрос: В извънболнична помощ или в болнични условия извършвате предоперативни изследвания, консултации и подготовка на пациенти със среден и малък обем на операции? Един от основните проблеми в провеждането на хирургичното лечение е бавната и некоординирана предоперативна подготовка. В 86% от случаите тя се извършва в извънболнични условия, като според 46,2% от хирурзите е тромава и не добре организирана, а според 51,6 % е достатъчно експедитивна.

Хоспитализацията на пациент с цел предоперативни изследвания води до регистриран икономически разход в рамките на един леглоден. Ангажирането на операционна зала е втори натрупващ се разход, който остава невъзстановим за

деня, ако тя остане празна. Удължаването на предоперативния болничен престой е трети натрупващ се разход.

Въпрос: Обичайно колко дни пролежават в болницата Вашите пациенти след операция по повод на:

Таблица № 5. **Следоперативен престой** по диагнози в болничен стационар

| Престой по диагнози в дни | | | |
|--|-----------|--------|------------|
| Диагноза | Минимално | Средно | Максимално |
| Ингвинална херния | 1 | 2.3 | 7 |
| Пластика за следоперативна херния/евентрация | 1 | 4.6 | 12 |
| Апендицит | 1 | 3.4 | 7 |
| Лапароскопска холецистектомия | 1 | 2.3 | 10 |
| Конвенционална холецистектомия | 1 | 6.0 | 12 |
| Дермоидна киста | 1 | 2.5 | 14 |
| Хемороиди | 1 | 2.5 | 14 |
| Анална фистула | 0 | 1.8 | 8 |
| Перианална фисура | 0 | 2.3 | 10 |
| Доброкачествено заболяване на млечната жлеза | 0 | 1.8 | 10 |
| Струма | 1 | 2.8 | 11 |
| Други | 1 | 5.8 | 15 |

От отговорите на този въпрос е ясно, че само един ден следоперативен престой е реалност при подбрани пациенти в хирургичните клиники, но по причини на рутина, неясни критерии за дехоспитализация или липсваща организация, следоперативният престой може да бъде удължен до над 10 дни.

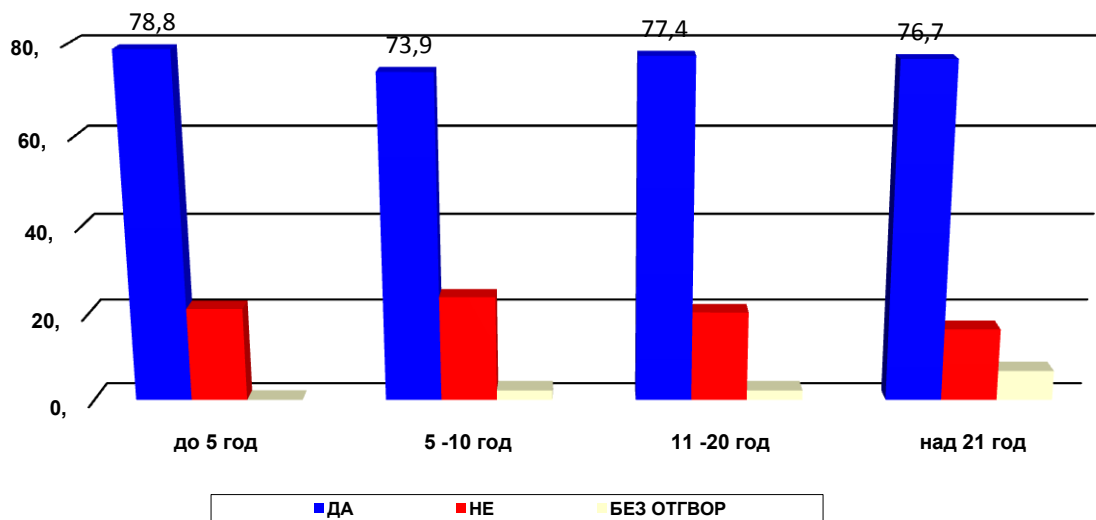
Въпрос: Смятате ли, че във Вашето лечебно заведение може да се създаде сектор / отделение по едnodневна хирургия?

Таблица 6. Възможност за обособяване на сектор/отделение по едnodневна хирургия

| По стаж (%) | | | | |
|-------------|--------|--------|--------|--------------|
| Стаж | Дял % | Да | Не | Неотговорили |
| 1 - 5 г. | 12.0 % | 84.8 % | 9.1 % | 6.1 % |
| 6 - 10 г. | 16.7 % | 80.4 % | 17.4 % | 2.2 % |
| 11 - 20 г. | 33.8 % | 79.6 % | 15.1 % | 5.4 % |
| над 21 г. | 37.5 % | 83.5 % | 8.7 % | 7.8 % |

Около 85% от хирурзите в България смятат за реално и възможно създаването на отделения/сектори по едnodневна хирургия в тяхното лечебно заведение.

Въпрос: Вие бихте ли работили в отделение по едnodневна хирургия с дехоспитализиране на пациентите вечерта след операцията и телефонна 24-часова връзка с дежурен екип при евентуален проблем?



- Фиг.1. Готовност за работа в отделение за едnodневна хирургия

Отговорите, показват почти равномерна готовност на 75,5% от хирурзите, независимо от трудовия им стаж, да участват в работата на отделение по едnodневна хирургия.

Въпрос: По ваша преценка:

а/ отговорността при работа в отделения по едnodневна хирургия е по-голяма.

Таблица 7. Отговорност при работа в отделение по едnodневна хирургия – мнение според стажа на хирурга

| По стаж (%) | | | | |
|-------------|--------|--------|--------|--------------|
| Стаж | Дял | Да | Не | Неотговорили |
| 1 – 5 г. | 12.0 % | 54.5 % | 42.4 % | 3.0 % |
| 5 - 10 г. | 16.7 % | 52.2 % | 43.5 % | 4.3 % |
| 11 - 20 г. | 33.8 % | 64.5 % | 31.2 % | 4.3 % |
| над 21 г. | 37.5 % | 63.1 % | 31.1 % | 5.8 % |

б) заплащането на екипа в отделение за едnodневна хирургия трябва да бъде по-високо в съответствие с потока на пациентите:

Таблица 8. Заплащане на екипите в отделение по едnodневна хирургия – мнение според стажа на хирурга

| По стаж (%) | | | | |
|-------------|--------|--------|--------|--------------|
| Стаж | Дял % | Да | Не | Неотговорили |
| 1- 5 г. | 12.0 % | 72.7 % | 24.2 % | 3.0 % |
| 5 -10 г. | 16.7 % | 58.7 % | 37.0 % | 4.3 % |
| 11 - 20 г. | 33.8 % | 65.6 % | 28.0 % | 6.5 % |
| над 21 г. | 37.5 % | 67.0 % | 25.2 % | 7.8 % |

По-високата отговорност, по-сигурното качество, икономическата полза за болницата би трябвало да носят бонус за оператора, за хирургичния екип, за цялото отделение.

Въпрос: Смятате ли, че работата в отделението по едnodневна хирургия трябва да бъде свързана с протоколи за:

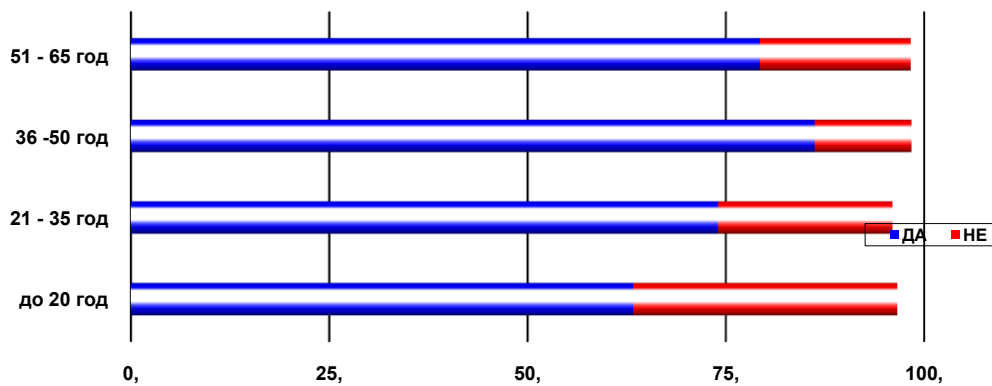
Таблица 9. Необходимост от протоколи при работата в отделение по едnodневна хирургия

| Обобщено (%) | | | |
|-------------------------------------|--------|--------|--------------|
| Протоколи | Да | Не | Неотговорили |
| За селекция на пациентите | 82.9 % | 13.5 % | 3.6 % |
| За подготовка за всеки вид операция | 85.5 % | 10.2 % | 4.4 % |
| За антибиотична профилактика | 61.8 % | 33.1 % | 5.1 % |
| За обезболяване | 85.1 % | 8.7 % | 6.2 % |
| Критерии за дехоспитализация | 85.8 % | 9.1 % | 5.1 % |

Б. Анкета за пациенти

Въпрос: Бихте ли искали две седмици предварително да сте уведомени за деня и часа на операцията и за продължителността на престоя Ви в болницата? Положителен отговор дават 78,2% от анкетираните. За 17,2% въпросът за времето не е от първостепенна важност, а 4,6% от запитаните не са отговорили.

Фиг. 2. Желание на пациента за планиране и предварителна информация



Въпрос: Колко време Ви отнеха прегледът, планирането на операцията, изследванията и приемът в болницата (в дни)?

Таблица № 10. Продължителност на предоперативната подготовка

| По диагноза (дни) | | | | |
|---------------------------------|--------|-----------|--------|------------|
| Диагноза | Дял | Минимално | Средно | Максимално |
| Херния | 23.6 % | 1 | 6.0 | 90 |
| Дермоидна киста | 6.5 % | 1 | 4.9 | 30 |
| Заболяване на ануса | 9.5 | 1 | 4.8 | 20 |
| Камъни в жлъчния мехур | 17.6 % | 1 | 5.3 | 30 |
| Заболяване на млечната жлеза | 6.1 % | 1 | 8.0 | 60 |
| Заболяване на щитовидната жлеза | 5.3 % | 1 | 8.8 | 30 |

Самият факт за допускането на 20 до 90-дневна предоперативна организация и отлагане на необходимото лечение при част от болните е тревожен атестат за синхрона между елементите в здравната система.

Въпрос: Бихте ли искали вечерта след операцията да се приберете в дома си?

Таблица 11. Психологическа нагласа на пациента за изписване в деня на операцията

| Образование | Дял | Да | Не | Неотговорили |
|--------------|------|------|------|--------------|
| Висше | 28.3 | 41.8 | 57.7 | 0.5 |
| Средно | 41.8 | 43.9 | 53.6 | 2.4 |
| Основно | 15.0 | 31.7 | 65.4 | 2.9 |
| Неотговорили | 14.9 | | | 8.7 |

Контекстът е насочен преди всичко към по-високата здравна култура и по-широките възможности за ползване на общодостъпна информация, които да повишат подготвеността на пациента за по-ранна дехоспитализация, както и възможността той да разбира добре направените указания за следоперативния период и възможните причини да потърси спешна консултация.

Анкетата ни даде предварителна информация за подготвеността на хирурзи и потенциални пациенти да приемат дневната/еднодневната хирургия с нейната специфика. Тя ни позволи да направим предварителни изводи, преди да започне реалната дейност на Отделението по еднодневна хирургия към Клиниката по хирургия на УМБАЛ Царица Йоанна – ИСУЛ :

1. Над 70 % от хирурзите изразиха готовност за работа по модела на еднодневната хирургия, вече прилагайки го в условията на многодневен стационар.

2. Провеждането на предоперативната подготовка трябва да става в ДБМП, но в пряка връзка с отделението по еднодневна хирургия, за да не се проточва над целесъобразния едноседмичен срок.

3. Структурата за осъществяване на еднодневна хирургия трябва да бъде административно обособена, за да не се допуска отлагане на операции по организационни и административни причини.

4. Необходим е подбор на болестни единици, при които извършването на еднодневна хирургия е приемливо и за хирурзите, и за пациентите.

5. По-голямата част от хирурзите считат за необходимо и целесъобразно обособяването на самостоятелно звено за еднодневна хирургия към тяхната болница и изразяват готовност да работят в него в съответствие със специфичните изисквания, осъзнавайки по-високата отговорност.

6. Повечето хирурзи приемат като задължително стандартизирането на определени дейности в отделението по едnodневна хирургия чрез медицински протоколи.

7. Пациентите изразяват готовност да се подложат на лечение в отделение по дневна/едnodневна хирургия, но не разполагат с достатъчна и детайлизирана информация.

4.2. Структура на отделението по едnodневна хирургия в болницата

Самостоятелното формиране на структура за дневна хирургия зависи от целите, които се поставят, от броя на предвидените болнични легла и персонал, както и от големината на лечебното заведение.

Архитектурния проект включва следните моменти: а) териториално разположение на отделението, което да осигурява връзки с Клиниката по хирургия, както и с нейния операционен блок; б) възможност за работа на персонала от Клиниката по хирургия в новосъздаденото отделение, без да се прехождат от една в друга сграда; в) да се съхрани комплексността в обслужването на отделението по едnodневна хирургия по отношение на персонал, инструментариум, условия за стерилизация, условия за хигиенизиране на помещението, охрана и др.

Характеристики на двата варианта на структурните форми на отделението по едnodневна хирургия според нашите виждания са представени в следващата таблица :

Таблица № 12. Структурни форми на отделение по едnodневна хирургия

| Основни характеристики | Отделение или клиника в структурата на болницата | Отделение или сектор, интегрирани в структурата на хирургична клиника /отделение |
|--------------------------------|---|---|
| 1. Организационна форма | Клиника или Отделение за ЕХ към лечебно заведение за болнична помощ | Отделение или Сектор за ЕХ към хирургична клиника или отделение |
| 2. Административна подчиненост | На ръководството на лечебното заведение за болнична помощ | На ръководството на стационарна хирургична структура – клиника или отделение |
| 3. Териториална обособеност | Сравнително пълна териториална обособеност (приемни кабинети, зона за прием и подготовка на пациентите, операционни зали, зали за възстановяване след анестезия и операция и пр.). Използва обслужващите звена и легловата база на стационара за хоспитализация и рехоспитализация на пациентите. | Частична териториална обособеност (обособени собствени зона за прием, за подготовка на пациенти, операционни зали, болнични стаи и др.), като използва в максимална степен болничните помещения на стационарната хирургична структура) |
| 4. Персонал | Сравнително пълна кадрова наситеност с управленски, административен, медицински и помощен персонал (началник и старша медицинска сестра, лекари, медицински сестри, технически сътрудници, санитарни и пр.). Основната дейност – анестезия и операция - се извършва от специалисти | Сравнително частична кадрова наситеност с управленски, административен и помощен персонал (задължителни са началник и старша медицинска сестра, докато останалият персонал е на стационарната хирургична структура и работи в звеното за ЕХ на функционален принцип). Основната |

| | | |
|---|--|--|
| | (лекари – анестезиолози и хирурзи и съответен среден медицински персонал) от стационарните клинични звена на болницата (или на други болници), въз основа на регламентирани (договорни) взаимоотношения между структурата за ЕХ и стационарните клинични структури. | дейност – анестезии и операции – се извършват от специалисти (лекари – анестезиолози и хирурзи и съответен среден медицински персонал) на стационарната клинична структура. При наличието на неизползван капацитет могат да се привличат специалисти от други стационарни клинични звена на болницата или на други болници, които работят в звеното за ЕХ въз основа на договор. |
| 5. Контингент пациенти | Формира се на базата на подбор на болни по списък на операциите, утвърдени за отделението/клиниката за ЕХ на базата на посочените в Приложения А, Б, В. При наличието на капацитет, въз основа на договорни взаимоотношения, се привличат пациенти и от други структури на болничната или извънболничната помощ. | Формира се на базата на подбор на болни по списък на операциите, утвърдени за отделението/клиниката за ЕХ на базата на посочените в Приложения А, Б, В. При наличието на неизползван капацитет, въз основа на договорни взаимоотношения, да се привличат пациенти и от други хирургични структури на болницата, от други лечебни заведения за извънболнична или болнична помощ. |
| 6. Финансиране, контрол и анализ на икономическата ефективност | От бюджета на болницата. Препоръчително е въвеждането на финансови отчетни форми, позволяващи контрол на постъпващите и изразходваните средства, за да се отчита финансовата ефективност и успех на отделението/клиниката по ЕХ | От бюджета на болницата. Препоръчително е въвеждането на финансови отчетни форми, позволяващи контрол на постъпващите и изразходваните средства, за да се отчита финансовата ефективност и успех на отделението/клиниката по ЕХ |

В резултат на проектирането реализираната сграда, чието финансиране бе постигнато по линия на Европейската банка, бе разположена в непосредствена близост до операционния блок на болницата, с който бе създадена удобна комуникация. В близката до операционния блок зона се развиха две операционни зали. Към тях бе включен стационар с 4 болнични стаи с 8 болнични легла. Тези помещения в изброената последователност са представени със снимков материал.





Териториалното обособяване на отделението по едnodневна хирургия позволи пълно разделяне на потоците пациенти от хоспиталната и от едnodневната хирургия. Отделението е монодисциплинарно и за обслужване на пациенти преди всичко от областта на общата хирургия. Предимствата на създаденото отделение по едnodневна хирургия, което остава интергрирано в общата болнична структура, са:

а) Обезпеченост с диагностични кабинети и апаратура, аптека, стерилизационна и др.;

б) Спестени разходи за щатни бройки за поддържащи дейности и за съответната апаратура;

в) Възможност за спешен трансфер от едnodневната към болничната хирургия.

Самостоятелният паркинг и вход към отделението позволява бърз и улеснен достъп за всички пациенти, насочени за едnodневна хирургия.

Отделението по Едnodневна хирургия, структурирано по един от най-успешните според международната литература модели, бе бързо и безпроблемно възприето психологически като от хирурзите, така и от останалата част на медицинския персонал. Динамичността на работата и компактната организация на практика индиректно повлия и върху ритмичността на работата в основния операционен блок.

4.3. Персонал – принципи на подбор и изисквания.

За да се определи нуждата от броя и вида медицински служители и администратор в едно отделение по едnodневна хирургия е необходимо: а) да се прецени очакваният поток от пациенти и необходимия леглови капацитет на структурата за едnodневна хирургия; б) да се уточни какви болестни единици ще бъдат хирургично третирани при работата на отделението по едnodневна хирургия, респективно необходимостта от специфично оборудване; в) да се определи кръгът от специалностите, респективно хирурзите, които ще имат достъп и ще работят в едnodневната хирургия; г) да се изготви план за

комуникация на структурата за дневна хирургия с основната клиника по хирургия и другите звена за болнична помощ.

Принципите за подбор на персонала за отделението по едnodневна хирургия към УМБАЛ „Царица Йоанна - ИСУЛ” бяха:

1. В отделението ще работят титулярен състав и кадри на функционален принцип.

2. Титулярният състав трябва да бъде минимален, за да се гарантира икономическа ефективност.

3. Кадрите трябва да бъдат с поливалентна подготовка и квалификация.

4. Кадрите трябва да притежават личностни и професионални качества и компетентности, полезни и необходими за работата.

5. В отделението по едnodневна хирургия ще работят опитни хирурзи и анестезиолози, гарантиращи качеството на извършваните операции, при сведен до минимум риск от следоперативни усложнения.

6. Кадрите, работещи временно или приходящи в отделението по едnodневна хирургия, трябва да преминат кратко квалификационно обучение за особеностите и изискванията на едnodневната хирургия.

Ръководителят (завеждащ) на отделението отговаря за нормалното протичане на лечебния процес, контролира оперативната програма, контролира удовлетвореността на пациентите и при необходимост отговаря на техните изисквания. Клиничният ръководител е хабилитирано лице с широки познания върху принципите и организацията на едnodневната хирургия и на съответния международен опит. Той провежда обучение на студенти и контролира обучението и квалификацията на хора от персонала, които са нови за работата в отделението.

Хирургите, които оперират в отделението по едnodневната хирургия, трябва да са с придобита специалност по хирургия, с натрупан клиничен опит над 10 години в областта на общата и коремната хирургия. В отделението се допуска и работа на млади хирурзи, дори такива без специалност, но при осигурено асистирание от друг колега, притежаващ необходимата квалификация.

В рамките на УМБАЛ „Царица Йоанна-ИСУЛ” анестезиолозите са обединени в Клиника за анестезия и интензивно лечение (КАИЛ). С оглед спецификата на работа в отделението по едnodневна хирургия един анестезиолог е трайно ангажиран и базиран в него. Той извършва ежедневни предоперативни консултации на пациентите, които се подготвят за постъпване и операция в отделението. При необходимост има възможност за привличане на втори анестезиолог, тъй като отделението разполага с две операционни зали, чието натоварване зависи от насищането на дневната оперативна програма.

Старшата сестра на отделението е назначена на функционален принцип, т.е. подчинена е на старшата сестра на общия операционен блок. Тя е с многостранна подготовка и готовност да отговори на многопрофилни задължения: при необходимост изпълнява функциите на координатор и приемащ пациентите за хоспитализация; има опит като операционна сестра; Допълнително привлечени операционни сестри се включват в работата на отделението по график за период не по-малко от 3 месеца и не по-дълго от 6. Преминават курс на обучение за спецификата и характера на работата в отделението по едnodневна хирургия. Многопрофилната подготовка на ангажираните медицински сестри в работата на отделението по едnodневна хирургия се приема като задължително условие. Една от анестезиологичните сестри е трайно базирана в отделението, а другата е приходеща според насищането на дневния график.

Координаторът в отделението по едnodневна хирургия на УМБАЛ „Царица Йоанна-ИСУЛ” е лицето, което най-често осъществява първия контакт с пациентите. Тя е дипломирана медицинска сестра, с компютърна грамотност и отлични комуникативни възможности. Координаторът предоставя на пациента в устен и писмен вид всички необходими указания, касаещи неговото лечение: предоперативни изследвания, документация, лична хигиенна подготовка, а при изписването – телефон за връзка с отделението, със спешния хирургичен кабинет, указанията за самонаблюдение вкъщи и предоставените от хирурга или анестезиолога медицински предписания. Координаторът изпълнява ключова роля в записването на пациентите и оформянето на оперативната програма за следващата или предстоящите седмици.

Обслужващите санитари в отделението по еднокдневна хирургия, които ежедневно са един или двама според обема на оперативната програма, също са с разширени функции и преминават допълнително обучение. Те също излизат от анонимност и влизат в пряк контакт с пациента при въвеждането му в предоперационна зала и извеждането му от операционна зала.

4.4. Критерии за подбор на пациентите, подлежащи на анестезия и оперативно лечение в отделението по еднокдневна хирургия.

Критериите, възприети в отделението по еднокдневна хирургия към УМБАЛ „Царица Йоанна” за хоспитализация на пациенти, подлежащи на анестезия и операция, са разделени на три групи:

I. Хирургични критерии

1. Планирани операции с продължителност до 60 – 90 минути.
2. Операции, които не причиняват нарушения в основни жизнено функции (централна нервна система, хемодинамика, дишане) или декомпенсиране на налична патология в тях.
3. Операции без висок риск от следоперативно кървене.
4. Операции без висок риск за интензивна и продължителна следоперативна болка, упорито гадене и повръщане, продължителни нарушения в сетивността.

II. Анестезиологични критерии

1. Соматично и психическо здраве на пациента, определящи го като клас I или II по ASA; пациенти клас III по ASA – само при определени условия.
2. Възрастови граници на допустимите пациенти между 6 месеца и под 65 години. Еднокдневната хирургия при деца трябва да се осъществява в отделение по детска хирургия.
3. Липса на анамнеза за инциденти и усложнения при предходни анестезии (трудна интубация, забавено възстановяване, кардио-пулмонална ресусцитация и др.).
4. Липса на лична или фамилен анамнеза за вродени и наследствени заболявания, създаващи риск по отношение на предстоящата анестезия и

операция (малигнена хипертермия, миопатии, нарушена хемостаза, вроден диабет и др.).

За 7- годишния период 14% от оперираните пациенти са били с ASA III и 1% с ASA IV. (табл. 15).

Таблица № 13. Разпределение на пациентите по клас ASA

| клас | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | общо |
|--------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| ASA I | 82 | 207 | 241 | 264 | 237 | 219 | 203 | 1453 |
| ASA II | 72 | 173 | 228 | 286 | 313 | 348 | 297 | 1717 |
| ASAIII | 21 | 79 | 84 | 63 | 96 | 35 | 31 | 407 |
| ASAIV | 6 | 9 | 3 | 4 | 6 | 1 | 0 | 29 |
| общо | 181 | 466 | 556 | 617 | 652 | 603 | 531 | 3606 |

III. Социални/медиколегални критерии.

1. Социокултурно ниво на пациента, позволяващо сътрудничество му в лечебния процес.

2. Получено информирано съгласие от пациента за операция и анестезия в условията на едnodневна хирургия.

3. Отдалеченост на дома на пациента от болничното заведение до 30 км или възможност за достигане до болничното заведение в рамките на 30 – 60 мин.

4. Налична телефонна връзка на пациента с отделението по едnodневна хирургия и/или структурата за спешна помощ.

5. Битови условия в дома на пациента поне равни на болничните.

6. Осигурен отговорен придружител на пациента за първото денонощие след анестезията и операцията.

При консултацията пред хирурга стои вече не въпросът може ли този пациент да се оперира в едnodневна хирургия, а има ли причина да не се лекува там:

Хирургични мотиви за насочване към многодневен стационар при хернии считаме: повечето от рецидивните хернии, постоперативни евентрации с размер на дефекта над 10 см, когато се предвижда разширен дебридман, пациенти с ингвиносротални дългогодишни хернии. Случаите на билатерална ингвинална херния не са контраиндицирани за едnodневна хирургия, когато оперативната намеса се извършва с free-tension technic и когато предвидимото оперативно време не надвишава 90 минути.

При заболяванията на млечната жлеза индикация за анулиране на едnodневна хирургия е необходимост от модифицирана радикална мастектомия и/или необходимост от разширена лимфна дисекция. Всички състояния с инфекция в областта на оперативното поле са контраиндицирани за едnodневна хирургия. Инфектираните дермоидни кисти и перианалните абсцеси подлежат на насочване за хоспитализация. Състоянията, при които операторът предвижда поставяне на дренаж за повече от 23 часа, също се анулират от едnodневната хирургия. В нашата рутинна практика пациентите не се изписват с поставени интраоперативно дренажни катетри. При пациентите със злокачествени заболявания на кожа и подкожие хирургична индикация за хоспитализация са широки локални ламба в лицевата област и смесени кожно-хрущялни присадки, при които се предвижда компресивна превръзка със затваряне на двете очи или поставяне на тампони в носните ходове.

Изискванията за отдалеченост на местоживеенето спрямо отделението по едnodневна хирургия не позволява приемането на голям брой болни извън София. Все пак и такива пациенти не липсват, както се вижда от таблица №16.

Таблица № 14. Разпределение на пациентите по местоживеене

| Местоживеене | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | общо |
|--------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| София град | 142 | 296 | 352 | 401 | 427 | 374 | 291 | 2281 |
| София област | 34 | 148 | 183 | 165 | 155 | 173 | 154 | 1012 |
| Други | 5 | 24 | 21 | 51 | 70 | 56 | 86 | 313 |

| | | | | | | | | |
|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|
| Общо | 181 | 468 | 556 | 617 | 652 | 603 | 531 | 3606 |
|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|

Хоспитализацията на пациенти извън София е възможна само когато е осигурено тяхното няколкодневно пребиваване при близки на приемлива дистанция спрямо болницата. Неотклонното спазване на протокола повишава сигурността на болните и е предпоставка за гладкото протичане на следоперативния период. От друга страна неизпълнението на който и да е от тях е контраиндикация за извършването на дневна хирургия. Не бива да се забравя, че основен приоритет остава сигурността на пациента.

Всички пациенти, оперирани за период от 7 години в отделението по едnodневна хирургия, отговарят на тези критерии. Тежестта на социалните критерии е равнопоставена на медицинските критерии. Така:

- при 5 пациенти с операции в областта на лицето, при които се предвиждаше постоперативна превръзка със затваряне на едното око, липсата на придружител и наблюдение в дома бяха основание да бъдат анулирани от едnodневна хирургия.

- при 12 пациенти с операция по повод ингвинална херния и с позитивни медицински критерии едnodневната хирургия е анулирана също поради неудовлетворени социални критерии. Двама от тях са с липсващ асансьор и не могат да изкачат стълбището, 2 пациенти са самотни възрастни хора и не могат да си осигурят придружител поне за 24 часа, 1 пациент е с несигурна телефонна връзка, 7 от пациентите живеят на разстояние по-голямо от 50 км и не могат да се явят при условия на спешност. Двама пациенти с възраст 83 г. и 86 г. бяха хоспитализирани в многодневен стационар, тъй като техните придружители не бяха убедени в способността си да се справят с постоперативното наблюдение и грижа в дома.

Възрастта не се приема като контраиндикация за лечение в едnodневна хирургия. Най-възрастният пациент, опериран през периода, е 91-годишен с базоцелуларен карцином T2N0M0 темпорофронтално, при който е извършена радикална ексцизия и реконструкция с локални ламба с венозно асистирана анестезия. Нашите наблюдения показват, че едnodневната хирургия е успешна модалност за лечение на пациентите с възраст над 65 години, когато нямат

медицински противопоказания. Интерес представлява следоперативният период при петима пациенти с възраст между 76 – 82 г. и операция по повод ингвинална херния, проведена под спинална анестезия, показаха изразена възбуденост, безпокойство и пълна дезориентация по време на тъмната част на денонощието.

Смятаме, че затруднения в условията на тъмнина визуус, съчетан с нови обстоятелства, които очевидно излизат извън изградените навици на възрастните пациенти, компрометират тяхната способност за адаптация и съобразяване на настоящето им състояние. В оперативната програма приоритет за възможно най-ранен час на намеса имат пациентите с възраст над 65 години при равни други условия. Еднодневната хирургия има предимството да не откъсва пациента дълготрайно от създадения му режим и битови навици, като му осигурява възстановяване в позната обстановка и с хора от близкото му обкръжение. 173 пациенти с възраст над 65 години са оперирани за периода от 5 години. 63% са изписани в светлата част на деня, като 90 % от тях са били с ексцизия на лезия в областта на лицето с последваща реконструкция с локално ламбо или присадка, проведена под локална или венозна анестезия. Нито един от тези пациенти не е рехоспитализиран и няма позвънявания по спешност в последвалите 24 часа към дежурния хирургичен екип на оставения телефон.

В графата „други“ видове операции се вижда, че за 5 години има 5 пациенти с диагноза хроничен апендисит, 6 пациенти с хиперпаратиреоидизъм, двама пациенти с филозни тумори на млечната жлеза и 2-ма – с хронично рецидивиращ мастит. В Клиниката по хирургия за период от 3 години са оперирани 53 с лапароскопска холецистектомия, които са пролежали 2 дни и са изписани до 24-я час от намесата. Предоперативният ден при тези пациенти е използван за консултация с анестезиолог и потвърждаваща ехография, които напълно реално могат да бъдат проведени в извънболнични условия. Вероятно през следващата година пациентите с лапароскопска холецистектомия, отговарящи на критериите за селекция, ще бъдат прехвърлени към еднодневната хирургия при наличната техническа обезпеченост от ендоскопски сет, поради нарастващият брой от лапароскопски намеси върху колон и черен дроб в общия болничен блок.

4.5. Принципи на организация на работа в отделението

Добрата организация се явява гаранция за гладкото протичане на дейността след хоспитализацията за качеството на медицинската дейност и отчитането на добри крайни резултати .

Пациентът се явява за консултация в УМБАЛ „Царица Йоанна” в планомия хирургичен кабинет в поликлиничната част или директно пред регистратурата на отделението по едnodневна хирургия. В този етап хирургът допуска и приема възможността лечението да се проведе в рамките на дневна или едnodневна хирургическа намеса, като прилага критериите за селекция. От координаторът пациентът получава пакета документи с указания за: необходимите предоперативни изследвания, за час на консултация с анестезиолог, дата за оперативна намеса, указания за ХДР в деня на операцията. И световната практика, и нашите наблюдения показват, че при такова стандартно рутинно лабораторно изследване рядко се установяват важни за по-нататъшното поведение отклонения. Ако липсват специфични индикации, само при 0,4% от изследваните се получава полезна информация за конкретна клинична ситуация. Въпреки това минимален комплекс от лабораторни тестове (ГКК, INR, урея, креатинин, йонограма, кръвна захар) и инструментални изследвания е приет като консенсусен протокол между анестезиолози и хирурзи и се отчита се като базов и задължителен.

С подготвени изследвания и документи на НЗОК пациентът се явява на консултация с анестезиолога, насрочена от координатора. Той потвърждава или отхвърля готовността на пациента за операция в едnodневна хирургия. При позитивно заключение в бюро регистрация на отделението започва подготовка на медицинската документация. Пациентът подписва всички формуляри за информирано съгласие, свързани с анестезия, операция и възможно използване на биологични продукти.

В определения за операция ден пациентът се явява след като е изпълнил предходните инструкции. В 8.00 часа пациентът е визиран от анестезиолога и се

провежда финално проконтролиране на проведената подготовка на общото му състояние и готовността за анестезия. Най-късно в 8,30 часа първите в оперативната програма пациенти са на операционните маси в готовност за начало на анестезията и хирургическата намеса.

В отделението по едnodневна хирургия са подготвени:

- протокол за подбор на пациентите за дневна/едnodневна хирургия, включващ хирургични, анестезиологични и социални критерии;
- списък на операциите, чието извършване е разрешено в отделението по едnodневна хирургия;
- клинични протоколи за необходимите изследвания и дейности по линия на хирурзите и анестезиолозите;
- модел на оперативен протокол;
- формуляр за информирано съгласие;
- формуляр за оперативна програма;
- протокол за наблюдение на пациента в ранния следоперативен период;
- протокол за следоперативна аналгезия в болнични и домашни условия;
- протокол за дехоспитализация на пациента;
- листовки с препоръки към пациента за грижите след операция, за комуникацията с отделението по разписани телефони, за транспорт до дома и други специфични изисквания, както и определяне на дата и час за рутинен контролен преглед.

Оперативната програма се изготвя така, че след проведената хирургична намеса да е осигурен за пациента достатъчен срок за възстановяване и да бъде изписан в светлата част на деня. В случаите на късно извеждане от обща анестезия или продължителност на намесата над два часа, изписването се отлага за следващия ден в ранните сутрешни часове .

За период от 5 години има 57 отложени оперативни намеси преди приемането на пациентите. По наши данни причините за отмяна на пациентите през този период се разделят на три групи:

1. Социални причини – 23 пациенти (40 %): неявяване на пациента, закъсняване в постъпването му, липса на подготвени документи и предоперативни изследвания в рамките на доболничната медицинска помощ.

2. Клинични причини – 26 пациенти (46%): интеркурентна инфекция, непълна или липсваща предоперативна медикаментозна подготовка, нарушен коагулационен статус, хипертонична криза.

3. Организационни – 8 пациенти (13%): непредвидено удължаване на предходна намеса; липсващ персонал – анестезиолог, хирург, операционна или анестезиологична сестра; забавена организация; излизане извън рамките на оперативния ден на едnodневна хирургия; оператор, ангажиран в друга операция или комбинация от причини.

Социалните причини за анулиране в програмата остават ключови. Като значителен се възприема и факторът „социална и здравна култура” на пациентите.

Водеща сред клиничните причини за анулиране на намеса в деня на планирането остават сериозни отклонения в коагулационния статус. Общо 11 наши пациенти са отложени поради незадоволителна предоперативна подготовка, а това са 42% от клиничните причини за непровеждане на намесата и 19% от общите. Стойности на INR > 2,0 и/или на протромбиновото време < 75% се възприемат като индикация за редискусия с оператора и анестезиолога и анулиране на операцията по преценка на специалистите .

Като втора клинична причина за промяна в датата на операцията се нареждат интеркурентно настъпила инфекция на дихателните пътища или неизяснен фебрилитет – 9 болни. Ако има кожен възпалителен процес (фурункул, акне) в близост с бъдещото оперативно поле, пациентът се отлага за локално лечение с антибиотична терапия, или се хоспитализира за оперативно намеса в болничния операционен блок, където е налице септична зала. Друга честа клинична причина, водеща до отлагане на хоспитализацията и операцията, е развитието на хипертонична криза в деня преди операцията – 6 пациенти. Нашите наблюдения показват, че това се дължи най-често на неправилното тълкуване на препоръката „гладен и жаден”, т.е. без прием на вода и храна, при което

пациентите не приемат и сутрешната си доза антихипертензивни медикаменти. Организационните причини за отлагане на оперативна намеса са съпоставими със съобщаваните в международната литература. Водеща остава пролонгираната намеса поради техническа трудност на предходната операция и/или анестезия. Като възможен фактор за анулиране на операция от програмата в едnodневна хирургия при 4 болни се отчете недобрата организация на личния работен график на хирурга, който си е записал едновременно хирургична намеса с голям обем в многодневния стационар.

Въвеждането на пациента в операционната зала става след подадено потвърждение от анестезиолога към сестрата в отделението. Пациентът е получил премедикация в болничната стая. При всички пациенти, въведени в операционния блок на отделението по едnodневна хирургия, се канюлира венозен път, независимо от типа анестезия. Това е правило, което се следва без изключения дори при най-краткотрайните намеси. Мониториране на пациентите с локална анестезия е препоръчително, но не е задължително.

В отделението по едnodневна хирургия основните предпочитания на хирургичния екип са към интубационна и венозна анестезия с оглед щаденето на психиката при пациенти с по-големи по обем или очаквано по-дълготрайни операции.

Таблица № 15. Използвани видове анестезия

| Вид анестезия | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | общо |
|---------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Интубационна | 95 | 235 | 163 | 190 | 147 | 117 | 97 | 1041 |
| Венозна | 19 | 52 | 28 | 18 | 61 | 42 | 18 | 238 |
| Локална | 23 | 137 | 250 | 304 | 347 | 301 | 276 | 1638 |
| Спинална | 44 | 42 | 115 | 105 | 97 | 143 | 140 | 686 |
| Общо | 181 | 466 | 556 | 617 | 652 | 603 | 531 | 3606 |

В нашето отделение няма обособена зала за събуждане. Оперираниите пациенти се извеждат от анестезия на операционната маса и се транспортират

директно в стаята им при достигане на скор 12 по модифицирана скала на Alderet - White по типа на fast track принципа за преминаване от I постанестезиологичен стадий към III :

Таблица № 16. Модифицирана скала на Aldrete - White

| Показател | Рангова оценка |
|---|----------------------------|
| <p>Възстановяване на съзнание</p> <ul style="list-style-type: none"> • Буден и ориентиран • Събужда се и реагира адекватно при минимално дразнене • Събужда се само при тактилно дразнене | <p>2</p> <p>1</p> <p>0</p> |
| <p>Двигателна активност</p> <ul style="list-style-type: none"> • Може активно да движи четирите крайника • Има слабост при движение на крайниците • Не може активно да си движи крайниците | <p>2</p> <p>1</p> <p>0</p> |
| <p>Дишане</p> <ul style="list-style-type: none"> • Може да диша дълбоко и да откашля ефективно • Тахипнея с ефективна кашлица • Диспноичен с невъзстановен кашличен рефлекс | <p>2</p> <p>1</p> <p>0</p> |
| <p>Хемодинамика</p> <ul style="list-style-type: none"> • Средно артериално налягане - < 15% отклонение спрямо преданестетичното ниво • Средно артериално налягане - 15-30% отклонение спрямо преданестетичното ниво • Средно артериално налягане - над 30% отклонение спрямо преданестетичното ниво | <p>2</p> <p>1</p> <p>0</p> |
| <p>Кислородна сатурация (пулсова оксиметрия)</p> <ul style="list-style-type: none"> • SpO₂ >92% при дишане на стаен въздух • Необходимо е дишане на обогатена с O₂ газова смес за поддържане на SpO₂ >90% • SpO₂ <92% при дишане на обогатена с O₂ газова смес | <p>2</p> <p>1</p> <p>0</p> |

| | |
|--|----------------------------|
| <p>Следоперативна болка</p> <ul style="list-style-type: none"> • Няма или слаба по интензитет • Умерена до силна, купира се с венозно прилагани аналгетици • Персистираща силна болка | <p>2</p> <p>1</p> <p>0</p> |
| <p>Следоперативно гадене и повръщане</p> <ul style="list-style-type: none"> • Няма или гадене без повръщане • Бързопреходно повръщане • Персистиращо гадене и повръщане | <p>2</p> <p>1</p> <p>0</p> |

Следанестезионното възстановяване и възстановяването от оперативната намеса има ключово значение за ефективността на отделението за еднокдневна хирургия. В отделението по еднокдневна хирургия на университетска болница „Царица Йоанна – ИСУЛ” степента на болката се отчита по общоприети модели: чрез визуална аналогова скала (фиг. №3) или чрез вербална рангова скала, степенуваща болезнеността с цифри от 0 до 4, както следва: 0 – няма болка, 1 – лека болка, 2 – умерена болка, 3 – силна болка, 4 – нетърпима болка. Според степента на болката става изборът на по-лек или по-мощен медикамент.

Фиг. № 3. Визуално аналогова скала

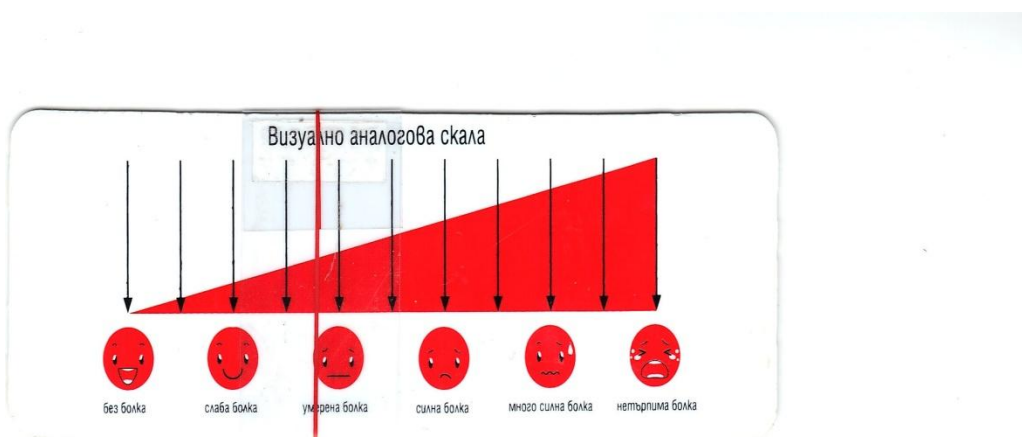


Таблица № 17. За отчитане на болката при пациент в отделението по еднокдневна хирургия

| Схема на обезболяване N /номер на протокола/ | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Час след операцията | h | h | h | h | h | h | h | h |
| Ниво на болката по VAS /Отбелязва се приложен медикамент + доза | | | | | | | | |
| Пациентът съобщава сам за болка /Отбелязва се приложен медикамент + доза | | | | | | | | |
| *Забележки: | | | | | | | | |

Таблица № 18. Варианти на схеми за обезболяване в отделение по еднокдневна хирургия

| | I Схема | II Схема | III Схема |
|----------------------|---|--|--|
| В операционната зала | 0,5 часа преди края на анестезията – 1фл. Perfalgan | 0, 5 часа преди края на анестезията – 1фл. Perfalgan 2. Инфилтрация на оперативната рана преди разреза и след последния шеф с 40мл. Lidocain 1 % / Bupivacaine / Novocaine 0,5% | 0,5 часа преди края на анестезията – 1фл. Dinastat |

| | | | |
|---------------|--|--|---|
| В отделениято | 1. На 6-я час след операцията 1фл. Perfalgan | 1. На 6-я час след операцията 1фл. Perfalgan | 1. Преди изписване 1фл. Dinastat |
| | 2. При поява на болка в този период 1 амп. Analgin | 2. При поява на болка в този период 1/2 амп. Lydol | 2. При поява на болка в този период 1 амп. Tramadol |

Таблица № 18. Примерна прескрипция за обезболяване след изписване

| I Схема | II Схема |
|--|--|
| Profenide – 100 mg. x 2 / 24h Или Nimesulid – 1 прахче x 2/ 24h Приети след хранене + Sopral – 1tabl x 2 / 24h При силна болка - обадете се на дадения телефон | Analgin – 1tabl. X 2 /24h + Nimesulid – 1 прахче x 2/ 24h Приети след хранене + Sopral – 1tabl x 2 / 24h При силна болка - обадете се на дадения телефон |

Следоперативния хирургичен контрол също подлежи на стандартизиране. За да се избегнат пропуски в следоперативното наблюдение се използва стандартна таблица, на която операторът може да маркира дали изисква допълнително или задължително проследяване на тези показатели.

Таблица № 19. Следоперативно проследяване на пациент в отделениято по еднократна хирургия

| ПОКАЗАТЕЛ | ВРЕМЕ СЛЕД ОПЕРАЦИЯТА | 2Н | 4Н | 6Н | 8 Н |
|---|-----------------------|----|----|----|-----|
| | | | | | |
| ПКК, протр. Вр.; INR; урея, креатинин нанасят се стойности | | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| Гадене / повръщане (+ ; 2+; 3+), отбелязва се и приложен медикамент | | | | |
| Спонтанна диуреза маркира се с + времето на поява | | | | |
| Температура нанасят се стойности | | | | |
| Артериално налягане нанасят се стойности | | | | |
| Оперативна превръзка Суха - 0 Леко напоена - + Умерено напоена - ++ Хеморагична/хематом - +++ | | | | |
| Пациентът се изправя и се движи сам отбелязва се час | | | | |
| Прием през устата(течности, храна) | | | | |
| Особености | | | | |

Само по изрично предписание на хирурга или анестезиолога е възможно следоперативно да се назначат контролни кръвни изследвания, които също следват зададения им приоритет. Пациентите с ендокринна хирургия подлежат на мониторинг контрол в рамките на 3 часа следоперативно, а при останалите пациенти апаратен мониторинг в стаята се извършва само при показания, прецизирани от анестезиолог.

Етапът на дехоспитализация се провежда от дежурната наблюдаваща сестра след уведомяване и разрешение от оператора. Всички пациенти, без болните с тиреоидна хирургия се дехоспитализират на 23-я час след постъпването им след смяна на оперативната превръзка и проверка на

оперативната рана. При изписването им, дежурната сестра прилага скалата на Marchall-Chung и вписва скората.

Пакетът документи, които пациентът получава в писмен вид от координатора съдържат:

1. Рецепта за следоперативно обезболяване с или без антибиотично лечение
2. Указания за хигиенно-диетичен режим в следоперативния период.
3. Телефон за незабавен контакт с дежурен хирургичен екип при възникване на тревожно състояние.
4. Писмо до личен лекар
5. Дата на следваща консултация
6. При разпореждане – личен телефон на оператор.

За оценка на състоянието на пациента и готовността за изписването му в отделението е възприета модифицираната скала на F. Chung.

Таблица № 20. Модифицирана скала на F.Chung (Postanesthesia Discharge Scoring System -PADSS) за оценка на готовността за изписване след анестезия и операция в еднокласната хирургия

| Показател | Рангова оценка |
|--|----------------------------|
| <p>Жизнени показатели (дишане, сърдечна честота, артериално налягане - % от изходната стойност)</p> <ul style="list-style-type: none"> • < 20% разлика от изходните стойности • 20 – 40% разлика от изходните стойности • >40% разлика от изходните стойности | <p>2</p> <p>1</p> <p>0</p> |
| <p>Съзнание и двигателна активност</p> <ul style="list-style-type: none"> • Стабилна походка, няма замаяност и виене на свят • Раздвижен, необходима му е помощ, за да пази равновесие • Не е раздвижен, не може да пази равновесие | <p>2</p> <p>1</p> <p>0</p> |

| | |
|--|--------|
| Гадене и/или повръщане | |
| • Минимални | 2 |
| • Умерени, изискващи лечение | 1 |
| • Изразени, персистиращи след медикация | 0 |
| Следоперативна болка | |
| • Няма или минимална, приемлива за пациента (оценка по VAS=0-3) | 2 1 |
| • Умерена, купира се с медикация per os (оценка по VAS=4-6) | 0 |
| • Силна, изискваща парентерална медикация (оценка по VAS =7-10) | |
| Хирургично кървене | |
| • Няма или минимално, не налага смяна на превръзка | 2 |
| • Умерено, до две смени на превръзка | 1 |
| • Изразено, налага повече от две смени на превръзка | 0 |

В отделението е възприето към общопрактикуващия лекар да бъде изпратено писмо, придружено с епикриза, като се посочват телефоните и адресът на отделението с изразена готовност за комуникация по телефона и отговор на въпроси.

Фиг. 4. Писмо от отделението по едnodневна хирургия до ОПЛ на оперирания болен.

Клиника по хирургия
Отделение по Едnodневна хирургия
Университетска болница
„Царица Йоанна – ИСУЛ”
София, 1527, ул. Бяло Море 8
спешен тел: 02/ 9432 461
тел. регистратура: 02/ 9432 616

До
Д-р.....

Уважаеми колега,

Информирам Ви, че пациентътна.....г.,
беше опериран в отделението по Еднодневна хирургия на 20.... г.
Извършена бе операцията по повод следната диагноза

Операцията премина без усложнения. Ще Ви бъда благодарен, ако
окажете съдействие на пациента при възникнали въпроси или необходимост
от допълнително лечение. Телефоните за контакт с нашия екип са: 02/ 9432
461; 9432 222. С удоволствие ще приемем за лечение всеки пациент, изпратен
от Вас.

С колегиални поздрави:

Д-р..... Дата:.....

Към пациента се отправят препоръки в писмен вид за необходимите
условия и изисквания, които трябва да спазва в следоперативния период:

Фиг. 5. Писмени указания за самонаблюдение в дома на пациента.

Период след Вашата операция

1. Приберете се вкъщи с вашия придружител, като използвате личен транспорт. Придружителят задължително трябва да остане при Вас 24 часа.
2. Уверете се, че имате на разположение работещ телефон.
3. В деня след изписването е добре да спазвате постелен режим, не извършвайте никакво физическо усилие.
4. Приемайте достатъчно течности (1,5 – 2 л.) вода, натурални сокове (избягвайте прясно и кисело мляко до явяване на контролен преглед)
5. Приемайте обезболяващите медикаменти както са изписани, без закъсняване в приема и без допълнително приемане на таблетки.
6. Наблюдавайте оперативната рана.

Обадете се на оставения телефон 02 9432 461 с готовност да отидете до болницата, ако:

- по превръзката има обилно кръв
- появява се подутина и/или синина, която нараства

- имате необичайно сърцебиене
- има друг тревожен за Вас проблем – няколкократно повръщане, проблем с дишането, силно главоболие.

7. Приемът на храна, ако е разрешен от лекаря при изписването, започва със супи, каши, сирене, кашкавал за 48 часа след изписването. След това се преминава на общ режим. В началото избягвайте силните подправки, варива и пържени храни. Ако имате специфична диета, назначена от оператора – горните указания отпадат. Следвайте указанията на оператора.

8. Личната хигиена се поддържа като не намокряте поставената Ви превръзка.

9. В деня след изписването не Ви препоръчваме:

- да сключвате важни сделки;
- да подписвате документи;

10. Явете се на назначения Ви от лекаря контролен преглед на .../ 20... г.

Пациент: Прочетох и разбрах дадените ми препоръки. На поставените ми въпроси се отговори ясно и разбираемо за мен.

(моля напишете го собственоръчно)

Дата:

Име / Подпис

Копие от този формуляр се запазва в отделението до приключването на лечебния процес на съответния пациент.

При изписването си всеки пациент има на разположение книгата за оплаквания, препоръки и удовлетвореност, като за това се уведомява от координатора или дежурната сестра. Използването ѝ е по лична преценка, не е задължително и може да се направи при всяко следващо посещение в отделението. Ние избрахме този подход за изследване на степента на удовлетвореност на пациентите и външен контрол на качеството. От преминалите 3606 пациенти, 124 са се възползвали от възможността да отразят мнението си.

При изписването операторът и сестрата в отделението са задължени да попълнят протокол, приложен по-долу.

Фиг. № 6. Протокол за изписване

Протокол за дехоспитализация

Име на пациента.....

Вид операция.....

Вид анестезия.....

Дата и час на изписване.....

| <i>П о к а з а т е л</i> | | | <i>К о м е н т а р</i> |
|---------------------------------------|----------------------------|------------|------------------------|
| <i>Скор по скалата на Chung</i> | | | |
| <i>Има придружител</i> | д а | н е | |
| <i>Има телефонна връзка</i> | д а | н е | |
| <i>Разстояние до дома</i> | | | |
| <i>Дадена информация</i> | <i>за операция.....</i> | | |
| <i>Дадена терапия</i> | | | |
| <i>Назначен контролен преглед на:</i> | | | |
| <i>Даден телефон за спешна връзка</i> | 0 2 / 9 4 3 2 4 6 1 | | |

Хирург

може да бъде изписан / не може да бъде изписан / привежда се

Име / подпис.....

Анестезиолог

може да бъде изписан / не може да бъде изписан / привежда се

Име / подпис.....

Пациент: Чувствам се добре, разбрах дадените ми устни и писмени указания, които ще изпълня точно. Желая да напусна клиниката.

Име и подпис.....

Дата.....

Процедурата по изписването завършва с оформяне на медицинската документация. Краткотрайният престой на пациента изисква динамика, за което подпомага компютъризацията и ползването на информационната система на болницата. Това позволява при нашите условия процесът да бъде своевременен и документите на пациента да му се връчат при изписването.

4.6. Специфика на хирургичните дейности в отделението по едnodневна хирургия.

За периода от 7 години в отделението по едnodневна хирургия са оперирани след подготовка и селекция пациенти 1095 с херния, от които 937 с ингвинална херния и 158 – с херния на предна коремна стена. Оперираните в Едnodневна хирургия евентрации са били с малки размери до 10 см, без риск от възникването на компартмент синдром следоперативно. При 812 пациенти е извършена tension free inlay-mesh technic пластика, а при 125 пациента е извършена конвенционална херниопластика. От конвенционалните техники за ингвинална херниопластика са използвани методът на Bassini – 78 пациенти, Schouldice – 23 пациенти, Halsted – 4 пациенти, пластика на предна коремна стена със собствени тъкани – 20 пациенти. Средната продължителност на оперативното време е 65 min (40 – 90 min). Епиляцията на оперативната зона става не по-рано от 1 час преди операцията с индивидуален пациентски набор. При всички пациенти се извършва периоперативна антиботична профилактика с 2g Ceftriaxon iv. Не се извършва стандартна уретрална катетъризация. Пациентите с обща анестезия се раздвижват средно на 4 – 5 часа следоперативно. При пациентите със спинална анестезия във връзка с превенция на постпункционното главоболие, раздвижването е по-късно на 7-8 час следоперативно при получаване на адекватния обем постоперативна инфузия и възстановена моторна и сетивна активност. Раздвижването е с инструкция за притискане на оперативната рана с ръка. При пациентите с херния на предна коремна стена – след поставянето на еластичен колан. Захранването при всички пациенти с ингвинална и умбиликална херниопластика е на 5-6-я час следоперативно. При пациентите с евентрация захранването е след възстановяването на газовия пасаж на 12-14-я час следоперативно. Всички пациенти при изписването са били с възстановен

перорален прием на течности и храна. Обезболяването в следоперативния период е по стандартна схема аналгин 1 amp – 4 cc i.m. на 8h, при пациенти с алергия – Dexofen 2g i.v. на 12ч. При стойности на болката по VAS над 5 се прилага Lydol 1 amp i.m. При тази схема на ранна постоперативна аналгезия средната стойност на болката по VAS при изписването е 2,5.

За проучвания период от 2008 – 2014 г. в Отделението по едnodневна хирургия са оперирани 846 пациенти със злокачествени заболявания на кожата. Пациентите са селектирани, след като са насочени от онкодерматолог и проведено цитологично изследване на лезията. 89% от намесите са извършени с локална анестезия, 9 % с локална + венозна анестезия, 2 % с обща анестезия. На базата на направената цитология границите на сигурност на хирургичната ексцизия при BCC и SCC е минимум 7 мм от макроскопската граница на лезията. При всяка лезия, която е с клинични и / или цитологични данни за съмнения за меланом, минималната граница на сигурност на първичната хирургична ексцизия е 10 мм с дълбочина до подлежащата фасция. 423 пациенти са оперирани по повод злокачествено заболяване на кожата в областта на лицето. В предоперативната подготовка задължително е включена фотодокументация във фас, профил и близък план на лезията. 97% от тях са с BCC/ SCC и 3% със superficial melanoma malignum (MM) или lentigo MM. При 274 (65 %) от пациентите с лезия в областта на лицето е направена пластика с локално ламбо или свободна кожна пластика, при 7 пациенти е извършен смесен кожно-хрущялен графт за реконструкция на крилото на носа. 2,5 % (11 пациента) са случаите на реексцизия поради позитивни резекционни линии от BCC или SCC в областта на лицето, като 3 от тях са с хистологична диагноза мултицентричен BCC, 0% са реексцизиите при MM в областта на лицето. Всички пациенти независимо от вида на анестезията са с поставена интравенозна инфузия периоперативно. Всички пациенти с диабет подлежат на периоперативна профилактика с Ceftriaxon 2g IV. При всички лезии в областта на лицето се извършва инфилтрация с лидокаин + 0,01 % адреналин, като концентрацията на лидокаина при чиста локална и асистирана венозна анестезия е 1%, а при обща анестезия 0,5%. С тази преинцизионна инфилтрация се постига 98% контрол на болката следоперативно

и времеви локален контрол на кръвенето. При пациентите с ексцизия на злокачествено заболяване на кожата, независимо от прилагането на реконструктивна техника или не, нивото на следоперативната болка е средно 2 (1-3) и не се е налагала ранна следоперативна аналгетична медикация.

Средният престой на пациентите със злокачествени заболявания на кожата без реконструктивна техника под локална анестезия е 60 min. Средният престой на пациентите с реконструктивни техники след ексцизия на злокачествена кожна лезия в областта на лицето (нос, външно ухо, клепачи, горна и долна устна, зигоматично-букална и фронтотемпорална област) е 12 часа (1 – 23 часа). Всички пациенти с диабет или с нарушен глюкозен толеранс при изписването си са получили антибиотична прескрипция за профилактика минимум 3 дни и максимално 7 дни. С антибиотична профилактика за същия период са и пациентите с намеса в близост до естествените отвори – носна кухина, устна кухина и външно ухо.

За периода 2008 – 2014 г. са оперирани общо 398 пациенти с доброкачествени заболявания на млечната жлеза, като 347 са извършени от 2010 до момента на отчитането, от хирург с най-висока ктепен на специализация в хирургията на млечната жлеза.. Стандартният обем на намесата включва ексцизионна биопсия, последвана от секторална резекция с капитонаж или пластика с ротация на жлезните пилони и при 6 болни – субкутанна мастектомия по повод гинекомастия. 88, 8 %(360) от намесите са извършени под локална анестезия, 9 % (42) под локална с МАС и 2,2 % (15) под обща. При пациентите с гинекомастия прилагането на обща анестезия е само при изрично настояване на пациента. Като оптимална модалност се приема локално асистираната анестезия под формата на МАС. По-ограниченият брой от този вид анестезия е поради големия поток от намеси (операции на щитовидната жлеза и хернии), чието изпълнение задължително налага упойка, различна от локалната и съответно ангажирането на анестезиолога. Средната оперативна продължителност е 50 min (40 – 60 min). Локалното инфилтриране на оперативното поле позволява отличен следоперативен контрол на болката. Средната стойност по VAS е 2 при контрол с аналгин мускулна апликация или дексофен еднократно при алергични пациенти.

Пациентите с локална анестезия са изписвани средно на 6-я час следоперативно, тези с венозна анестезия или MAC на 23-я час.

От 2009 година в отделението по едnodневна хирургия се въвежда хирургията на щитовидната жлеза от оператор, който е водещ авторитет на национално и международно ниво. Съобразно световната практика в хирургията на този орган пациентите са лекувани за периода на short-stay surgery и изписвани до 72-я час от намесата. От 2009 до 2014 година са оперирани 435 пациенти с доброкачествена патология на щитовидната жлеза и 161 пациенти с карцином на тиреодията. Селекцията на тези пациенти следва социалните и медицинските критериите за намеса в едnodневната хирургия. Допълнителен критерий при пациентите с болест на Базедов – Грейв е еутиреидно състояние и установен контрол на функцията за не по-малко от 48 часа преди намесата.

Пет водещи диагнози от тиреоидната патология са включени в тази група – Ca gl.thyreoideae / Status post operationem pro Ca gl. Thyreoideae 161; Struma nodosa – 339, Morbus Basedow – Grave – 71, Hashimoto – 24, Adenoma gl. Parathyreoidea / Hyperplasia gl.parathyr. – 20 пациента.

Таблица 21. Оперативни намеси от short-stay тиреоидна хирургия

| Обем | Брой |
|--|------|
| Хемитиреоидектомия | 261 |
| Хемитиреоидектомия + субтотална резекция на контралателния лоб | 72 |
| Разширена субтотална резекция | 58 |
| Парциална / субтотална резекция на лоба | 68 |
| Тотална тиреоидектомия | 43 |
| Лобектомия | 37 |
| Субстернална тиреоидектомия | 15 |
| Централна и / или латерална ЛД на шията | 106 |
| Паратиреоидектомия / аденомектомия | 24 |
| Трансцервикална тимектомия | 7 |
| Резекция на в. югуларис интерна | 1 |
| Резекция на киста на д. тиреоглосус персистенс | 7 |

Оперативната намеса при всички пациенти е проведена с миниинвазивен полуотворен достъп. MIVAT е извършен при 11 пациенти, от които 5 с обем хемитиреоидктомия и 6 – лобектомия.. При всички 614 пациенти (вкл. паратиреоидна патология и киста на д. тиреоглосус) е извършена интраоперативна невролиза на н. ларингеус рекуренс и имаме 0% компликации от ятрогенна лезия на ларингеалния нерв. Всички пациенти са изведени от операционния блок по схемата на fast-tracking. В пациентския бокс тези пациенти се мониторира в първите 12 часа следоперативно, като в първите 2 часа в стаята има индивидуален гард от медицинска сестра. Индикациите за следоперативно лабораторно проследяване се определят от оператора и/или анестезиолога и непревишават 3% от оперираните пациенти. При пациентите с паратиреоидна патология се проследява йонограма и нивото на йонизирания калций.

За 7-годишен период в отделението по еднокдневна хирургия са оперирани и проследени 40 пациенти с хемороидектомия. При 11 (27, 5 %) от пациентите с хемороидална болест е извършена операцията на Longo, при 26 (65 %) - Milligan Morgan и при 3 (7,5 %) - Whitehead. Преобладаващата част от пациентите са оперирани под спинална анестезия 37 (93 %) и 3 (7) % под обща анестезия. При ретроспективното проследяване прави впечатление намаляването на потока от пациенти с тази патология, което се свързва с широкото навлизане в практиката на миниванзивни техники. Периоперативно те подлежат на профилактика с Ceftriaxon 2g i.v. и по преценка на оператора с Flagyl 0,5 g. Интраоперативно е поставена интраанална вазелинова тампонада за 12 часа следоперативно. Обезболяването в ранния следоперативен период с НСПВ и лидол е с по-добри показатели от прилагането на Analgin i.m. и Lydol i.m. Средното ниво по VAS при пациентите с Dexofen 2g i.v. е 4, а с аналгин – 5,5 – 6. При изписването им на 23-я час всички пациенти са с възстановен прием на течности през устата и с прескрипция за течно-кашава диета за период от 9 дни.

В нашето проучване ние не успяхме да намерим корелация между прилагането на Flagyl и контрола на болката следоперативно, както се съобщава в някои проучвания. Вероятно това се дължи на по-ограничения брой пациенти и липсата на системност в прескрипцията му.

За периода от седем години са извършени 119 ексцизии на неинфектирани пилонидални кисти. 109 от тях са проведени под спинална анестезия и 5 под интубационна анестезия, а 5 – с локална инфилтрация на анестетик. В нашето отделение се извършва полузатворен метод на възстановяване на загубата на тъкан след ексцизията, с цел свеждане до минимум на опасността от анаеробна инфекция в областта. При 1 пациент е извършена пластика с локално ламбо и дренаж под спинална анестезия. При всички пациенти се извършва периперативна антибиотична профилактика с Ceftriaxon 2g. Спецификата на оперативната техника изисква повече внимание в обучението на пациентите и придружителите им за грижата на оперативната рана след втората превръзка в отделението, която е на 6-ти или 7-ми следоперативен ден. Обучението касае двигателната активност и начина на провеждане на хигиенните бани. Прилагането на перорална антибиотична профилактика при тези пациенти не е протоколно и е въпрос на индивидуализиран подход.

4.7. Усложнения, хоспитализация в многодневен стационар. Рехоспитализация.

За периода от седем години има регистрирани 75 (2,9%) усложнения, свързани с хирургичната дейност. От тези усложнения 17 (0,5%) са регистрирани в периода на следоперативното наблюдение и е извършен трансфер към многодневен хирургичен стационар до 23-я час. При други пет пациенти усложнението е отчетено след 24-я час от изписването и при тях е направена.

Хирургичните усложнения, които са регистрирани за периода от 7 години, са представен на следната таблица.

Таблица № 22. Усложнения, хоспитализации, рехоспитализации

| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | общо |
|-----------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Сероми | 6 | 4 | 2 | 4 | 6 | 3 | 5 | 30 |
| Хематом | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 13 |
| Супурация | 4 | 3 | 2 | 3 | 7 | 4 | 6 | 26 |
| Кървене | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 |
| БТЕ | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |

| | | | | | | | | |
|--------------------|---|---|---|---|---|---|---|----|
| Персистираща болка | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 3 |
| Хоспитализации | 4 | 2 | 3 | 4 | 3 | 2 | 1 | 17 |
| Рехоспитализация | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 2 | 0 | 5 |

От хирургичните усложнения най-висока остава честотата на серомите. 30 случаи са регистрирани при пациенти с херниопластика и поставяне на платно като израз на забавена тъканна реакция към чуждото тяло. Те представляват 0,8 % от общия брой операции (3606) и 4 % от общия брой пластики с платно (812). Няма отчетена еволюция към супурация, като пациентите със сером не са били поставяни системно на антибиотична профилактика. Приложен е конвенционален подход на лечение в амбулаторни условия. Няма случаи на рехоспитализация с цел реоперация и премахване на платното. Нямаме пациенти с неудовлетвореност след това усложнение.

От 3606 оперативни намеси при 13 (0,36%) има усложнения с хематом в областта на оперативната рана. Четирима пациенти са оперативно ревизирани. Един от тях е трансфериран на 23-я час с хематом в областта на лицето, изписан на 5-я следоперативен ден. Останалите три случая са ревизирани под локална анестезия на 6-я следоперативен час, като при двама пациенти хематомът е в областта на шията подкожно, не преминава шийните фасции и е с обем до 5 мл. ,а при третия случай се касае за нарастващ хематом в областта на дясна гърда след локална ексцизия на лезия. Тези пациенти не са трансферирани и са изписани съответно в рамките на 72 часа, а не на 23-я час според първоначалното планиране. При останалите 9 пациенти хематомът не е наложил оперативна ревизия. При един от тях след ингвинална херниопластика е извършен трансфер на 23-я час, тъй като пациентът е с наложителна антикоагулантна терапия и необходимост от проследяване на хемостазиологичния профил. Останалите осем хематоми са третирани амбулаторно под антибиотична защита, пункция, компресия. Няма случаи на насложено второ усложнение – супурация на хематом.

Данните от световната статистика за супурации в отделенията по еднокласна хирургия показват честота до 1% . При нашето проучване също показват честота на усложнението общо за всички намеси – 0,8 % (26 пациента). Възприета е интраоперативна профилактика с 2 g Ceftriaxon при всички намеси, свързани с въвеждане на чуждо тяло – платно; при всички намеси в областта на перианалното и аналното пространство; при такива в близост до естествени отвори – ухо, носни кухини, устна кухина; при намеси, продължаващи повече от 120 мин. (тиреоидектомия)).

4 случая (1%) от 423 с операция по повод карцином на кожата в областта на лицето и главата са с данни за супурация на 3-я следоперативен ден въпреки провежданата антибиотична профилактика. Средната възраст на пациентите е 74,5 години. Четиримата пациенти са с медикаментозно контролиран диабет. Трима от тях са с реконструкция от тотална кожна присадка и един с локално ламбо. След амбулаторно лечение няма отхвърляне на присадката, нито без некроза на ламбо. При един пациент с ексцизия на кожен карцином в областта на гърба също е регистрирана супурация, която е овладяна амбулаторно.

Нетипичен казус има при двама пациенти със супурация на рана след тиреоидна хирургия, лекувани амбулаторно. При 5-ма пациенти с ексцизия на дермоидна киста по полузатворен метод се отчита супурация след 3-я следоперативен ден, третирани с освобождаване на шевовете, амбулаторно антибиотично лечение и промивки. При 8 пациенти (1,2%) с херниопластика се установява супурация на оперативната рана, от които трима – с херниопластика с платно и 5 – с пластика на предна коремна стена без поставяне на платно. Няма регистрирани случаи при пластика с платно, при които супурацията да води до отхвърляне на платното и необходимост от реоперация.

Хоспитализация. При четирима пациенти трансферът към многодневен хирургичен стационар е мотивиран със скор, изчислен на 23-я час по Chung 7 и данни за: кървене от уретрата след травматично изтръгване на поставен уретрален катетър и висок риск от ретенция на урината; хематом в областта на обширно лицево ламбо в следствие на премахнатата преждевременно компресивна превръзка; тежък болкови синдром при анална фисура без възможност за

корекция с перорална терапия; хематом и оток в областта на тестиса след ингвинална херниопластика.

При 13 пациенти е извършена хоспитализация от отделението по еднокдневна хирургия към клиниката по хирургия още на етап наблюдение в ранен следоперативен период и трансферът е преди 23-я час. При отчитане на следоперативните параметри са регистрирани двама пациенти с хипертонична криза, гадене и повръщане. Един пациент след хемороидектомия и данни за оскъдно кървене от оперативната рана е трансфериран на вечерна визитация с цел проследяване и контрол за 72 часа. При него не се е наложила хемотрансфузия, симптомите на кървене са отзвучали след включване на кръвоспиращи препарати и вливания. Трима пациенти с тиреоидна хирургия (двама с ASA IV и един с резекция на v. jugularis interna) са с планиран трансфер в централна реанимация на болницата за 48 часа. В шест клинични случаи трансферът е предприет при пациентки, постъпили за лечение на доброкачествена лезия на млечната жлеза и планирана локална ексцизия и геффрир. Интраоперативното хистопатологично изследване е показало данни за малигненост. При тези болни оперативната намеса е продължила в блока на отделението по еднокдневна хирургия. По литературни данни лечението и на злокачествените заболявания на млечната жлеза при прецизирани болни и безупречна оперативна техника е актуална индикация за еднокдневна хирургия. По сега действащите разпоредби на НЗОК тези пациенти обаче задължително трябва да имат болничен престой минимум 72 часа.

Рехоспитализациите се отчитат като нов прием на пациент в еднокдневна хирургия или в Клиниката по хирургия, направен след 24 час от изписването до 30 следоперативен ден. За периода 2008 – 2014 г. се отчитат пет рехоспитализации. Две от рехоспитализациите са по повод активно кървене от оперативната рана - един пациент с кървене от клон на a. temporalis superficialis след ексцизия на темпорален спиноцелуларен карцином. Вторият пациент е с анамнестични данни за рецидивиращо след изписването кървене от оперативната рана след хемороидектомия. Проведено е само консервативно лечение с кръвоспиращи и вливания, без необходимост от хемотрансфузия и оперативна ревизия.

Останалите три рехоспитализации са извършени при пациенти с остра анална фисура, приети отново в едnodневна хирургия след 10 дни от изписването им поради персистиращи болкови и функционални оплаквания. При тях е извършена редилатация с или без кюретаж на фисурата и изписване отново в рамките на следващите 23 часа.

За проследявания период съобщаваме един случай на летален изход при белодробна микротромбемболия. Касае се за 27-годишен млад мъж с едностранна гинекомастия. Теренът при него бе крайно нетипичен за това усложнение, с риск нула, ако е прецизиран по стандартните критерии за риск от БТЕ: възраст над 65 год.; продължителност на намесата над 120 мин.; злокачествено заболяване; продължителен принудителен престой в седнала позиция. Всички параклинични и клинични предоперативни изследвания бяха в граница на нормата. Пациентът не събщи за прием на специфични или хормонални препарати. Извършена бе намеса под обща анестезия по негов настоятелен избор. Обемът на операцията бе субкутанна резекция. На 15-я следоперативен час болният, който бе оставен за 23-часов престой в отделението, направи екзитус леталис с картината на бързо прогресираща остра сърдечно-съдова и дихателна недостатъчност. При влошаване на статуса му бяха проведени консултации с кардиолог, невролог, рентгенолог, параклинични изследвания и активно клинично проследяване. Нямахме сигнификантни клинични данни за рецидивираща микротромбемболия (установена една патoанатомично). Кардиопулмоналната ресусцитация в пълен обем остана без ефект. Бе прието, че се касае за екстремен казус на следоперативно фатално усложнение при пациент с предоперативен риск нула и при липса на медицински пропуск или грешка. Може да се отбележи, че честотата на БТЕ в международните анализи е под 1%, а при нас – 0,04%.

4.8. Контрол на резултатите и качество на дейността

Условия за поддържане на качеството, които са взети предвид при организиране на дейността на отделението по едnodневна хирургия към УМБАЛ „Царица Йоанна“, са: а) обучение на персонала с добра информираност за оперативните процедури и за спецификата на организацията и динамиката на

дейността в отделението; б) провеждането на анкети сред пациенти и техните близки, както и събирането на писмени оценки в специална тетрадка; в) поддържане на добра и многообразна информационна среда за хората, ползващи услугите на отделението – пациенти и техните близки. Равностойно по важност е и проследяването на финансовите параметри. По проучвания в България стойността на болничния леглоден в една многопрофилна болница за активно лечение е средно 95 – 110 лв. Тази стойност се базира върху включването на всички непреки разходи в лечението на един пациент и се изчислява като средна себестойност за една календарна година. На практика промяна в тази стандартна компонента би могла да настъпи реално само при изменения в броя на помощния и административния персонал, включени в процеса на лечение. Втората компонента, която определя себестойността на един пациент, е т.нар. лекарстводен, а това е динамичната компонента. Реално повишена финасова полза се постига по три механизма: а) намален леглоден на базата на целесъобразен екип и сведена до минимум администрация; б) повишена ефективност на лечението чрез стандартизиране и протоколи; в) повишен пациентооборот в рамките на един леглоден.

Повишаването на пациентопотока и коефициента на използваемост на леглобазата и на операционните зали е най-съществената динамична величина, която на практика може да доведе до промяна във финансовите резултати в едно отделение по едnodневна хирургия. За нейната стойност водещо значение има правилната организация. Ако приемем, че леглоденят по действително изчислени данни за една болница в България е 110 лв, а разходът по лекарстводеня в едnodневната хирургия е 9 лв, както е подадената информация от икономическия отдел на нашата болница, то следва, че от една клинична пътека за херния на стойност 454 лв остават 335 лв за покриване на разходите в операционните зали и към изпълнителите – екипът хирурзи и анестезиолог. На практика при един коректен и интелигентно провеждащ се мениджмънт, структурата по едnodневна хирургия е вероятно единственото хирургично звено, което реално може да реализира финансова печалба. На това основание е нормално и всички ангажирани изпълнители на здравни услуги в него да бъдат по-високозаплатени,

каквито са и очакванията на хирурзите от националното проучване проведено през 2006 година. Приемайки, че моделът на едnodневна хирургия е икономически ефективен за една болнична структура, следва да се допусне, че приложен в национален мащаб, той би реализирал финансова полза за системата на болнично здравеопазване. Печалбата, която би се реализирала от избягване на свръхлеглодните и свръххоспитализацията би била несравнимо по-голяма от мотивационното увеличение на стойността на заплащането в отделението по едnodневна хирургия.

4.9. Заключениена дискусия

Направи се ретроспективно проучване за период от 4 години (2003 – 2006 г.), отчитащо броя пациенти, които годишно са оперирани по една от петте водещи диагнози в условията на хоспитална хирургия и които са пролежали следоперативно само един ден (табл. № 23). На този фон бе регистриран и общият брой пациенти със съответната диагноза, независимо от броя на пролежаните дни.

Таблица № 23. Брой пациенти с един ден следоперативен престой в болничния стационар от общия брой за годината със съответната диагноза

| | Ингвинални и херии | ЛапХЕ | Млечна жлеза | Дермоидна киста | Хемороиди | Фисури | Кожни лезии | Общо ЕХ/КХ |
|------|---------------------------|--------------------------|-----------------------|-------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------------|
| 2003 | 70 /160 43,5 % | 7 /219 3,2% | 9 /10 90 % | 13 / 24 54,2% | 7 / 16 43,75% | 7 /25 28% | 7 / 7 100% | 138/1266 11% |
| 2004 | 46 / 115 40% | 11 /186 5,9% | 2 / 2 100% | 8/15 53,3% | 3 / 13 23,07 % | 4 /11 36,4% | 11 /11 100 % | 83/767 10, 8 % |
| 2005 | 77 / 197 39,1 % | 9 / 205 4, 4 % | 9 /11 81,8% | 19 / 39 48,7% | 5 /12 41, 7% | 10 / 26 38,5% | 17 / 19 89,5 % | 147/1117 13,2 % |
| 2006 | 11 /121 9, 1% | 2 /226 0, 9% | 1 / 5 20 % | 1 / 13 7, 7 % | 2 / 11 18,2 % | 9 / 11 81,2% | 7 / 7 100 % | 33/1217 2,71% |

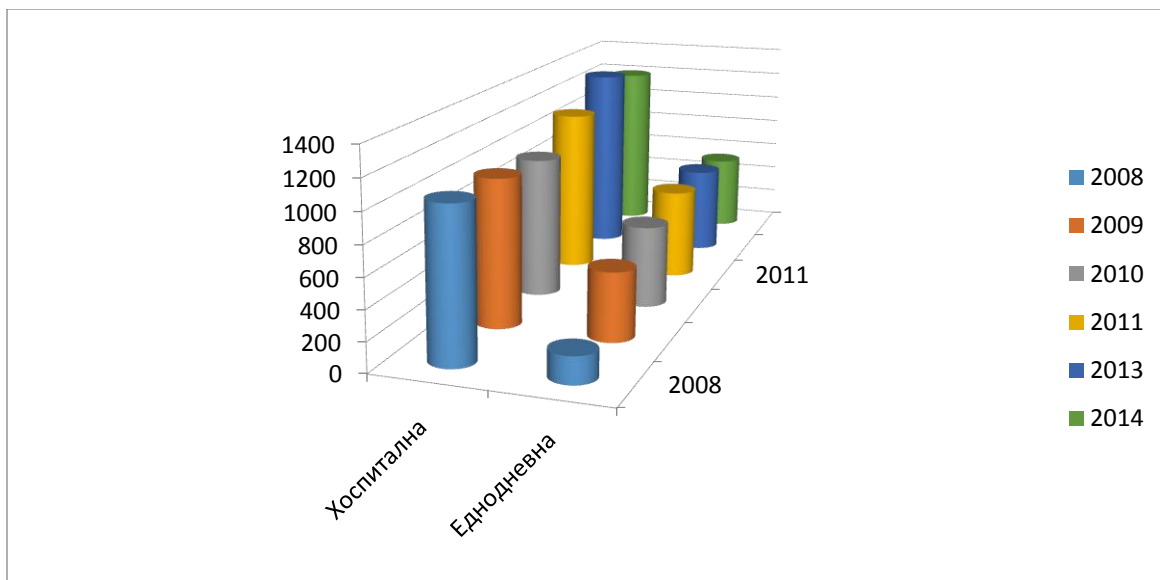
Очевидно стандартизирането на клиничната работа и хирургичните техники води до по-голяма увереност в работа на екипа и мотивирано насочване на пациента към едnodневна хирургия. Наличието на протоколи гарантира сигурността на работата и защитеността на пациента и значително улесняват взимането на решения относно това подходящ ли е пациентът за едnodневна хирургия. Наличието на обособена и регулирана структура позволява една трета от общия брой намеси да бъде извършен под формата на едnodневна хирургия, за сметка на повишаване на хирургичната активност и ефективност и без намаляване на броя на оперативните намеси от среден и голям обем (табл. № 24).

Таблица № 24. Операции, осъществени в отделението по едnodневна хирургия и общ брой оперативни намеси в Клиника по хирургия

| 2008г. | 2009г. | 2010г. | 2011г. | 2012г. | 2013 г. | 2014г. |
|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|---------------|---------------|
| 1030/181 | 1006/466 | 960/556 | 1130/617 | 1261/ 652 | 1302/ 603 | 1198 /531 |
| 15% | 32 % | 37 % | 35 % | 34 % | 46,3 % | 44, 3% |

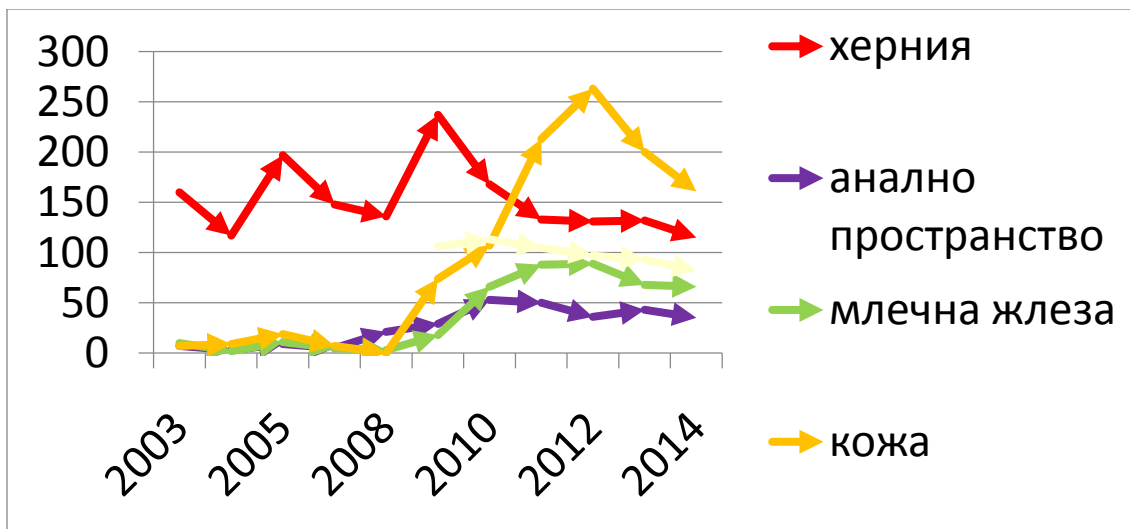
Делът на операциите, извършени като едnodневна хирургия, е над 30 % от общата оперативна активност, като това напълно отговаря на световната тенденция за увеличаване на активността в модалност едnodневна хирургия.

Фигура 7. Процент на операциите в ЕХ, изчислен спрямо общия брой оперативни намеси в Клиника по хирургия



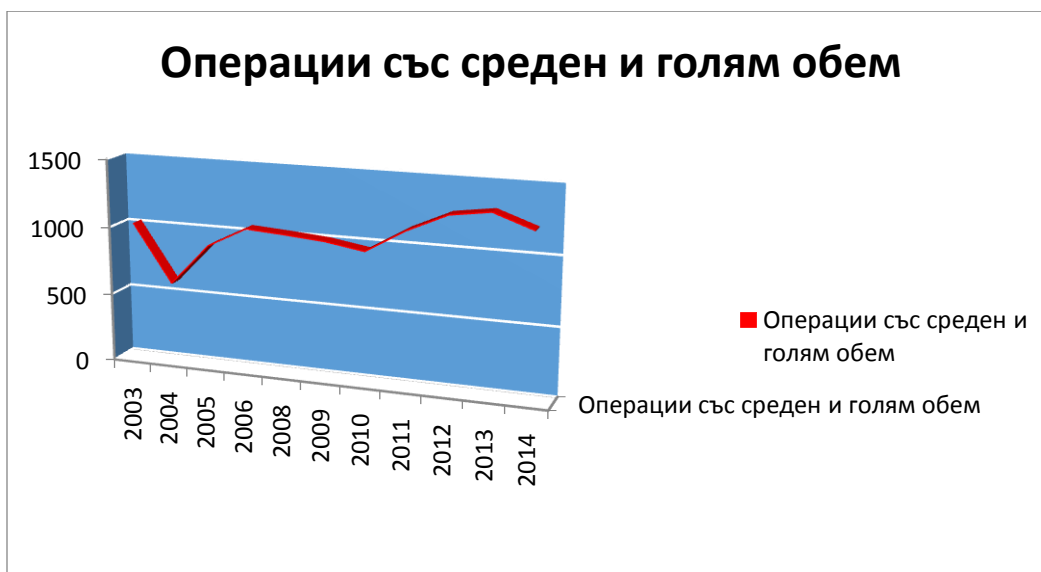
На фигура № 8 са сравнени броят на пациентите като общи групи, оперирани в условията на болнична хирургия и в условията на едномедна хирургия по една и съща диагноза. Сравнителната графика ясно очертава категоричното нарастване на потока на болните и съответно на търсенето на услугата при наличието на изградена обособена структура и строга организация. Това нарастване е особено изразено след първата година на въвеждане на модалността, когато протоколите и механизмът на работа вече бяха добре регулирани и установени. Следва да се отчете и възможността за по-ясна ориентация на самите пациенти и по-конкретното послание към тях при наличието на точно определено отделение за търсенето от тях лечение.

Фигура № 8. Брой операции в стационарна спрямо едномедна хирургия по една и съща диагноза



При анализирането на общия брой намеси в хоспиталния операционен блок през периода без едnodневна хирургия и съответно през периода със структурирана едnodневна хирургия показва, че дебарасирането му от операции с малък обем дава нарастващи възможности за по-голяма оперативна натовареност в него за намеси с голям и много голям обем. Броят на тези операции в хоспиталния блок през двата периода на сравнение 2003 г. – 2006 г. и 2008 г. – 2014 г. и нарастването му са представени на следната фигура № 9:

Фигура 9. Динамика на операциите със среден и голям обем в стационарен блок преди и след въвеждане на ЕХ.



Въвеждането на стандартни клинични протоколи позволява ползването на бърза автоматизирана база, върху която работещият персонал индивидуализира

селекцията, наблюдението и изписването на пациентите и прецизира евентуалната необходимост от трансфер към болнично наблюдение. Протоколите имат отношение не само към повишаване на ефективността на работата, но преди всичко към осигуряване на високото качество на здравната услуга.

5. ИЗВОДИ

1. Еднодневната хирургия включва сбор от принципи на организация на хирургичната работа и подбор на хирургичните техники. Тя е създадена и разработвана повече от няколко десетилетия във високо развитите страни от три континента – Америка, Австралия, Европа. В началото на XXI век тя вече не е тенденция, а наложила се форма за по-висока ефективност и ефикасност на хирургичната работа, включително в нашата страна. В условията на финансова криза и задълбочаващата се криза на здравеопазната система, налагането ѝ следва да се приеме като антикризисна мярка.

2. Хирургичната общност в България, представена от хирурзи с различно ниво на хирургичен стаж и от различни възрастови групи, приема в практиката си модела на работа в дневна/еднодневна хирургия.

3. Проведената анкета сред пациенти в България и работата в отделението по еднодневна хирургия на УМБАЛ Царица Йоанна - ИСУЛ показват висока степен на удовлетвореност на болните при осигуряването на сигурна, ефективна и висококачествена услуга чрез прецизна организация и по-кратко откъсване от ежедневните ангажименти.

4. Създаването на структура по еднодневна хирургия трябва да се базира на проучвания и прогноза на очаквания обем на дейността, а изграждането ѝ да бъде резултат от съвместна дейност на екип от архитекти, инженери и медици.

5. Персоналът в отделението по еднодневна хирургия бива постоянен и приходящ. Постоянно работещите в отделението са ограничен брой, с многопрофилна подготовка, позволяващо непрекъснат контрол на качеството и икономическата ефективност.

6. Подборът на болни за дневна/еднодневна хирургия трябва да се базира на строги критерии, условия и правила, разписани в рамките на отделението по еднодневна хирургия.

7. Медицинските и организационни дейности в отделение по еднодневна хирургия се осъществяват на базата на разработени протоколи, основаващи се на международната и собствената практика. Стандартизирането на дейностите е най-добрата гаранция за високо качество и минимизиране на риска за пропуски.

8. Добрата организационен контрол в отделението по еднодневна хирургия са причина за свеждане на усложненията до минималните 2,1 процента, както и на хоспитализациите и рехоспитализациите до 0,64 процента.

9. Дейността на отделението по еднодневна хирургия към болницата подлежи на постоянен контрол за качество и икономическа ефективност, проследими клинични резултати в годишните отчети и снижаване на стойностите на лекарството (9 лв) и на леглоденя (до 70 лв по нашата практика).

6. ПРИНОСИ

1. Проведено национално проучване за потребността и възприемането на еднодневната хирургия в България сред лекари –хирурзи и пациенти.

2. Внедряване на модела дневна/еднодневна хирургия в «чист» вид в болницата, а и в страната.

3. Формулиране и внедряване на концепцията и принципите на модела «дневна/еднодневна хирургия»

4. Дефиниране и приложение в практиката на протоколи за селекция на пациентите, за наблюдение и за изписване на оперираните, както и на протокол за комуникация и споделяне на грижата за пациента с личния лекар.

5. Прецизиране на оперативните техники и клинично наблюдение с ефективно снижение на усложненията и на следоперативната хоспитализация/рехоспитализация.

Списък на публикации на Д-р Спиридонова, свързани с темата на дисертационния труд

1. Д. Дамянов, Ц. Спиридонова. Еднодневна хирургия – състояние на проблемите в България. Сборник доклади от XII конгрес по хирургия, 2006, 524-529.
2. Ц. Спиридонова, Д. Дамянов, В. Бумбаров. Подбор на болни за еднодневна хирургия – опит на Клиниката по хирургия. Сборник доклади от XII конгрес по хирургия, 2006, 535-538.
3. С. Спиридонов, Ц. Спиридонова, Д. Дамянов, В. Станев, Д. Владимирев, Ц. Цоков. Еднодневна хирургия. Сборник доклади от XII конгрес по хирургия, 2006, 543-546.
4. D. Damyanov, Tsv. Spiridonova. The one day surgery – master surgery. 17th World Congress of the International Association of Surgeons and Gasstroenterologists, Bucharest, Romania, 05-08 september, 2007
5. Ц. Спиридонова, Д. Дамянов Е. Костадинов, М. Кермедчиев, Д. Сотиров, Г. Желев, Р. Пандев: Херниопластика в еднодневна хирургия – организация на клиничната работа с пациента и тип на оперативните техники . Ц. Спиридонова, Д. Дамянов Е. Костадинов, М. Кермедчиев, Д. Сотиров, Г. Желев, Р. Пандев: XIII – Национален конгрес по хирургия , 2010, Сборник Доклади, 635-640.

Научни проекти към МУ – София

1. Проучване на обществените нагласи и реалната необходимост от Еднодневна хирургия в България , докторантски проект N 13 Д, 2005, Медицински Университет София
2. Проучване върху клиничните и молекулно-генетични особености на наследствения неполипозен колоректален карцином в българската популация, докторантски проект N 4 Д, 2005, Медицински Университет, София