

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - СОФИЯ
Медицински факултет
Клиничен център по гастроентерология
Клиника по хирургия
УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ”

ОРГАНИЗАЦИЯ, АЛГОРИТЪМ, СПЕЦИФИКА
И ПРИНЦИПИ НА ХИРУРГИЧНАТА ДЕЙНОСТ
В ЕДНОДНЕВНА ХИРУРГИЯ.

Дисертационен труд за присъждане на
образователната и научна степен „доктор”

Докторант: д-р Цветелина Стайкова Спиридонова

Научен ръководител: акад. д-р Дамян Дамянов, дмн

София, 2015

СЪДЪРЖАНИЕ

1. Въведение	3
2. Използвани съкращения	5
3. Литературен обзор	6
2.1. Кратки исторически данни	6
2.2. Международен опит	7
2.3. Дефиниции.	10
2.4. Концепция	13
2.5. Структуриране и видове отделения за еднокдневна хирургия	14
2.6. Персонал	20
2.7. Подбор на пациенти	22
2.8. Медицински критерии	25
2.9. Организация на работата	28
2.10. Ефективност и контрол на качеството	37
4. Цел и задачи	42
5. Материал и методи	43
6. Собствени проучвания	47
5.1. Проучване на потребностите от въвеждане на принципите на еднокдневната хирургия в страната и готовността за възприемането им	47
5.2. Структура на отделението по еднокдневна хирургия в болницата	60
5.3. Персонал – принципи на подбор и изисквания	71
5.4. Критерии за подбор на пациентите, подлежащи на анестезия и оперативно лечение в отделението по еднокдневна хирургия	78
5.5. Принципи на организация на работа в отделението по еднокдневна хирургия	86

5.6. Специфика на хирургичните дейности в отделението по едnodневна хирургия	111
5.7. Усложнения, хоспитализация в многодневен стационар, рехоспитализация	126
5.8. Контрол на резултатите и качеството на дейността	134
5.9. Заключителна дискусия	138
7. Изводи	145
8. Приноси	147
9. Книгопис	148

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, дълготрайността на престоя – тези моменти търпят развитие, защото операцията може да бъде извършена в поликлиничен хирургичен кабинет, в рамките на деня или на денонощието. Така се определяха дефинициите на амбулаторната, дневната, еднодневната, краткосрочната хирургии, всяка със своите допълнителни нюанси.

Няма съмнение обаче, че дневната/еднодневната хирургия се изпълнява само в лечебни заведения. Тя е болнична. А това създава особености 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 има 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 близките. Всичко това трябва да бъде разработено за условията на дневна/еднодневна хирургия и строго спазвано.

Добрият подбор на болните и спазването на строги правила създават гаранцията за безконфликтна хирургия и за икономическа ефективност. Ако се освобдят критериите за подбор, зачестяват усложненията. Така при ASA I едва при 0,002 – 0,04% от оперираните възниква необходимост за извънредна хоспитализация в многодневен стационар. Докато при ASA III тя достига 0,5 – 1%.

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 загубна финансовата полза. Развитието на дневната/еднодневната хирургия изисква специална разработка. На това, на особеностите на дневната/еднодневната хирургия е посветена тази дисертация.

Използвани съкращения:

БТЕ – Белодробна тромбоемболия

ЕКГ - Електрокардиограма

ЕХ – Еднодневна хирургия

ДБМП – Доболнична Медицинска Помощ

ИСУЛ – Иститут за Усъвършенстване и Специализация на Лекарите

НСПВ – Нестероидни противовъзпалителни

ССЗ – Сърдечно –съдови 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

2. ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

2.1. Кратки исторически данни. Идеята за Еднодневна хирургия за първи път се реализира от James Henderson Nikoll в Глазгоу, 1899 г. Той убеждава борда на директорите на детската болница да превърне старо помещение в дневна хирургия и го обзавежда според схващанията на времето като операционна зала. Оперира деца с цепка на устата и на твърдото небце, със спина бифида, емпием на мастоида, фрактури на ос зигоматикус и дори хипертрофия на пилора. Анализът показва, че през периода 1899 – 1908 г. са извършени 8988 операции с обем на дневна хирургия при ползване на анестезия. Своите заключения той представя в статия в British Medical Journal през 1909 г. В тази статия залягат негови изводи, представляващи пътеводна нишка за принципите на дневната хирургия и до днес, като:

1. „Много от операциите, провеждани в болницата, водят до големи разходи! Цената на едномесечната хирургия е една десета от тази на хоспитализациите”.
2. „Идеята за наблюдение на легло беше неприложима при децата. Имаше необходимост от внимателен, макар и неналожителен подбор за дневната хирургия”.
3. „Възстановяването на пациентите от дневната хирургия беше по-бързо при съкращаване на времето на анестезия”.

Съществен принос за развитието на дневната хирургия дава Ralf Waters, известен в историята на медицината като „баща на анестезиологията”. Той внедрява успешно анестезията в амбулаторната практика и през 1916 г. публикува първата статия за приложението ѝ в хирургичните центрове на два американски града.(335) Това дава тласък за развитието на дневната хирургия, особено в практиката на САЩ и Канада. През 1959 г. става много популярен големият център за дневна хирургия във Ванкувър, разкрит от Erick Webb и Horace Graves.

Успоредно с това през 60-те години на миналия век се отбелязва нарастване на броя на амбулаторните операции, продиктувано от увеличаващата се нужда от болнични легла от една страна, а от друга – използването на по-сигурни анестетични техники и медикаменти. През този период в университета на Калифорния в Лос Анджелис и университета „Дж. Вашингтон“ във Вашингтон се развиват първите официални проекти и програми за едnodневна хирургия. През 1968 г. е отворен първият самостоятелен център за едnodневна хирургия в Провидънс. През същата година в Германия Bourmer започва да практикува амбулаторна детска хирургия. Две години по-късно във Фьоникс се открива хирургичен център, който се превръща във фундаментален модел на модерна самостоятелна болница за едnodневна хирургия. Негови идеолози са Wolas Reed и John Ford, които през 1976 г. публикуват голям обзор. Центърът е специално проектиран, за да е удобен и за амбулаторни пациенти, и за хирурзи. Той разполага с 24-часова лаборатория и екип за висококачествено денонощно обслужване (89,149, 122, 335, 341).

Началото на 80-те години се свързва с повсеместно разпространение на едnodневната хирургия. За периода 1980 – 1986 г. броят на такъв вид операции в САЩ нараства от 3,2 милиона на 8,7 милиона годишно. Броят на сертифицираните центрове за амбулаторна хирургия нараства от 150 през декември 1983 г. на 838 през 1988 г. (174,243,274).

2.2. Международен опит. През 1991 г. в Брюксел се провежда първият Европейски конгрес по едnodневна хирургия, в който вземат участие над 600 делегати от 25 страни. Конгресът става ежегоден, а от него се ражда Международната Асоциация по Амбулаторна хирургия (IAAS – International Association of Ambulatory Surgery). През 1999 г. е

създаден Journal of Ambulatory Surgery, официален орган на организацията. Редовните и асоциираните членове стават 25 (151).

Изключително творчески и настойчиво се развива идеята за едnodневна хирургия в Австралия. Още през 1981 г. Австралийският комитет по дневна хирургия създава първите препоръки, които търпят развитие и понастоящем представляват стандарт и модел, ползван и следван от много страни в света. В края на 1999 г. в Австралия има 190 самостоятелни центрове за едnodневна хирургия, повечето от които са мултидисциплинарни, а по-малката част – монодисциплинарни, но с тенденция да нарастват (265, 272).

Интерес представлява развитието на едnodневната хирургия в някои европейски страни. Норвегия с нейните 4,4 милиона жители има 50 държавни болници и 26 частни центъра за амбулаторна хирургия. Повече от половината от оперативните намеси се извършват в рамките на едnodневната хирургия. Техният спектър варира от очна хирургия до по-големи лапароскопски операции като суправагинална хистеректомия, спленектомия, лапароскопска фундопликация. Започва изграждането на т. нар. болнични хотели, които осигуряват престой на пациента в неболнична обстановка, но в близост до болничния персонал (86). Асоциация по едnodневна хирургия е създадена в Дания през 1997 г. В нея членуват 15 организации и 400 индивидуални членове – хирурзи, медицински сестри, мениджъри. Честотата на едnodневните операции в тези центрове достига 73% от годишно провежданите оперативни намеси, извършените операции са в над 20 области (323). Швейцарската асоциация по едnodневна хирургия има 196 активни членове и провежда редовни научни форуми. Тя се бори за подобряване на реимбурсирането на едnodневните хирургични процедури, като не допуска допълнително заплащане от пациентите (276). В Португалия едnodневната хирургия се развива от края на 90-те

години. Въпреки, че отчитат значимостта, клиничните, социалните и икономическите предимства на едnodневната хирургия, португалските власти не успяват да провеждат достатъчно ясна политика за подпомагане на развитието ѝ. Все пак към 2001 г. едnodневните хирургически намеси нарастват до 7,2% от всички планови намеси. Властите търсят причините за забавеното развитие на едnodневната хирургия в страната и за формулирането на по-ясна политика, отчитайки влиянието на рестриктивното законодателство и финансиране на едnodневната хирургия, липсата на стимули и на интерес от националното ръководство (189). В Испания тази хирургия се нарича голяма амбулаторна и се разграничава от малките процедури, провеждани в кабинет. През 1990 г. над 35% от всички планови операции са свързани с едnodневна хирургия, но само 15% от болниците имат програми за обособяване на самостоятелни отделения. При останалите в 44% се ползват общи бази в болниците, а в 41% се смесва потокът от амбулаторни и многодневни пациенти. (206). В Италия има няколко добре функциониращи големи центрове за едnodневна хирургия. През 2003 г. се отчита, че 40% от 179 278 пациенти с херния са оперирани в рамките на едnodневна хирургия (264). Toftgaard и Parmentier (2004) публикуват следната квота на амбулаторните операции в международен аспект (табл. № 1) (323).

Таблица № 1. Дял на едnodневните (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%

Наред със Северна Америка и Европа едnodневна хирургия започва да се разработва и в страни от Азия и Латинска Америка. Статистика от 2003 – 2004 г. от пет водещи държавни и частни болници в Индия показва, че около 11,5% от всички хирургически намеси спадат към истинската дневна хирургия. Терминологично в Индия тя се обозначава като Day Care Surgery. В повечето болници на Индия обаче едnodневните процедури се провеждат като част от всички хоспитализирани пациенти. Средният дял на едnodневните процедури за страната възлиза на около 15%. Осъществяват се най-често в областта на офталмологията и оториноларингологията, следвани от гинекологията и общата хирургия, докато интересът при останлите специалности е минимален (240).

2.3. Дефиниции. Бързото развитие на едnodневната хирургия се свързва с внедряването и усъвършенстването в ежедневната клинична практика на :

- пълната интравенозна анестезия – TIVA (след 1986);
- внедряването на иновационни техники (ендоскопски процедури, лапароскопски операции и др);
- използването на механични ушиватели;

- усъвършенстването на оперативни платна за tension free technic;
- създаването на нови, щадящи и усъвършенствани шевни материали;
- подобряването на аналгетичните медикаменти и схеми;
- подобрените телекомуникации и мобилност на населението;
- подобрената здравна култура и информираност в обществото.

В съвременното развитие на едnodневната хирургия се налага въвеждането на нови дефиниции. Те са продиктувани от натрупания и разширяващ се клиничен опит. Особено голямо разнообразие на дефиниции се оформи в англосаксонската литература и практика. Терминологично дневната хирургия се разписва като: а) office based surgery; б) ambulatory surgery; в) outpatients surgery; г) day surgery; д) one day surgery; е) short stay surgery; ж) inpatients surgery; з) hospital surgery. Понятието office based surgery трябва да се преведе на български като „кабинетна” хирургия и отговаря на амбулаторната практика, утвърдена в нашата страна (4, 273). Този тип хирургия се изпълнява в поликлиничен кабинет или в манипулационна към хирургичен кабинет в ДКЦ. Тук трябва да бъдат включени всички процедури, изпълнявани по спешност – обработка и сатура на рана, инцизия на абсцеси, пункции на повърхностни колекции, ексцизия на малки кожни тумори. Тъй като хирургическият кабинет в България често се обозначава като „амбулатория”, между този тип хирургия и амбулаторната хирургия в англосаксонската литература трудно се прави разлика от българските автори. Амбулаторната хирургия в западноевропейската и световна практика се покрива най-точно с понятието дневна хирургия. Основната цел, която се влага, е своевременната подготовка на пациента, извършването на хирургичната процедура и изписването му в рамките на светлата част на деня. Именно този тип хирургия има дълбок

икономически смисъл, явяващ се основен стимулатор за бързото възприемане на концепцията на „дневната хирургия“ в страните, в които на финансовите резултати се обръща особено внимание (1,17, 27, 58).

И понятието „дневна хирургия“ в литературата придобива често двойствен характер. Масовото приложение на дневните операции показва, че не всички пациенти понасят добре хирургичните процедури и не рядко се явяват показания за умерено удължаване на стационарния престой. Така се ражда понятието едnodневна или 23-часова хирургия. И двете понятия обаче влизат в термина „Ambulatory surgery“.

Веднъж получил се пробив в тази посока, се оформя и така наречената хирургия с кратък престой (short-stay surgery). Тя допуска леглопрестой до две - три денонощия все така в заведения за амбулаторна или едnodневна хирургия. Все пак и в този вариант се търси икономическата полза от по-краткия престой, като се изхожда от факта, че разходите за хирургическата намеса остават същите, но тези за леглопрестоя се съкращават, а това носи икономически резултат за болничното заведение (64, 273). Често конфликтите със здравната каса на съответната страна принуждават хирурзите да задържат по-дълго пациентите на болнично легло, за да изпълнят определени нормативни показатели, а това очертава ясно противоречие с концептуалните принципи на едnodневната хирургия. През последните години развитието на модела намери и още една форма – изграждането на болнични хотели в непосредствено съседство с лечебното заведение. Това позволява оперираният пациент да бъде формално изписан, да се прехвърли на хотелско, а не на болнично легло, да плаща по-ниска тарифа, да не се дистанцира от възможността за медицинско обслужване при необходимост, а същевременно хирургичният екип и болничното ръководство си осигуряват период на наблюдение, контрол и профилактика на усложненията за един по-дълъг период при

икономични условия, но не пренебрегващи здравето и интереса на пациента (270, 275).

2.4. Концепция. Основните принципи на концепцията за дневна хирургия, които могат да бъдат изведени от литературните източници, включват следните постановки :

- Дневната/еднодневната хирургия е болнична дейност.
- Дневната/еднодневната хирургия е диагностично-лечебна дейност.
- Оперативните намеси в дневната/еднодневната хирургия се извършват под анестезия.
- Дневната/еднодневната хирургия е краткотрайна, в рамките на часове и максимум до 23 часа.

Тези постановки се изясняват към средата на ХХ век. Едва през 1971 г. Американската медицинска асоциация одобрява концепция за амбулаторна хирургия. Австралийският комитет по дневна хирургия я доразвива през 1981 г. Важно е да се подчертае, че дневната хирургия се подчинява на общите закони и правила в хирургията, защото е типична болнична дейност, която трябва да се развива на базата на стационар (150). Тя е лечебна дейност, която не трябва да бъде подценявана, защото по своя характер е типична хирургична дейност и пациентите понасят и анестезия. Но всичко се развива в кратки срокове, изисква малка предварителна подготовка, експедитивност в действията, качествена хирургическа операция, свеждане до минимум на причините за усложнения и създаване на условия пациентът да се възстанови и да изрази готовност да напусне болницата в рамките на 23 часа. Поради това важни добавки към концепцията са следните условия:

1. Пациентите трябва да бъдат подбрани по ясни критерии и след преценка на оперативния и анестезиологичния риск.

2. Да се съблюдават конкретни правила за наблюдение и дехоспитализация на пациентите.

3. Персоналът подлежи на специфично допълнително обучение.

4. Необходима е специфична организация на работата, позволяваща максимално интензифициране на лечебната дейност.

5. На контрол и мониториране подлежат както качеството на медицинските дейности, така и икономическите резултати.

В литературата се подчертават предимства на дневната хирургия като: 1. кратък леглопрестой; 2. снижен риск от нозокомиални инфекции и тромбоемболийни усложнения; 3. намалена листа на чакащите пациенти. Неправилно е дневната хирургия да се формулира като по-кратка по време стационарна хирургия. Тя се различава от последната по: а) икономическа ефективност; б) социална ефективност; в) по-добро качество на живот с по-ранно връщане към обичайни условия на ежедневието. Поради това дневната хирургия има определени предимства за пациента, за хирурга и анестезиолога, за лечебното заведение, за здравно-осигурителната каса и в крайна сметка – за държавните управленски структури (58,130, 150, 179, 187).

2.5. Структуриране и видове отделения за едnodневна хирургия. Преди всичко подлежи на оценка необходимостта от създаване на подобно отделение. (48) Трябва да бъдат предвидени нуждите както в регионален, така и в национален аспект. Демографските показатели и епидемиологичните проучвания са важни при определяне на необходимостта и позиционирането на отделението по едnodневна хирургия.(3, 6, 30) Подходящият брой население може да осигури постоянен поток от пациенти за отделението по едnodневна хирургия и достатъчно ефективно насищане на оперативната програма. Освен това тези показатели имат отношение към определяне на броя от необходими легла в подобна структура. Така в Нотингам е разкрита

голяма болница с 1000 легла, в която ежедневно се извършват оперативни намеси само при хернии на предната коремна стена в голям брой операционни зали (334).

Отделение за едnodневна хирургия може да бъде създавано към държавни или частни лечебни заведения за болнична помощ.(17)Ръководството на частните лечебни заведения е заинтересовано от развитието на подобен вид хирургия (6). В държавните болници оценката трябва да бъде конкретна и сигурна. Необходими са поне шест до осем болнични легла, за да може да се осигури оборот на една до две операционни зали (333). В университетската болница на град Местре, Италия са заделени шест болнични легла, което дава възможност за ежедневно приемане и опериране на шест болни с хернии, които вечерта на същия ден са изписани (264).

Връзката на отделението по едnodневна хирургия с основно лечебно заведение за болнична помощ има административен, икономически и организационен полезен ефект. Преди всичко това позволява да се създаде звено с по-висок оборот, което се обслужва от основните болнични структури: клинична лаборатория, други диагностични кабинети; осигуряване на лекари-консултанти от други специалности при необходимост; възможност за превеждане на пациенти със следоперативни усложнения в централна реанимация или други отделния според спецификата. Наред с това отделението за дневна хирургия ползва други логистични структури на болницата – аптека, стерилизация, снабдяване, пералня, кухня (17,70, 76,273) .

Отделението за едnodневна хирургия може да бъде разкрито като:

а) Отделение за дневна хирургия, интегрирано в структурата на болницата. Такова отделение може да бъде разположено и в

самостоятелна сграда, в близост до основната болница, но с условия за комуникация.

б) Отделение по дневна хирургия, интегрирано в структурата на хирургична клиника или отделение. При този модел е важно структурата за едnodневна хирургия да е все пак териториално обособена, да ползва отделна операционна зала и да има поне частично обособен собствен персонал. При всички случаи се предполага, че хирурзите, операционните сестри и операционните санитарии ще бъдат ползвани от двете отделения на функционален принцип. Тази форма има определени предимства, но крие риск да се допуска смесване на задълженията на персонала, смесване на потока от оперирани пациенти, нарушаване на реда на операциите и др.

Отделение по едnodневна хирургия може да бъде обособено и специализирано във връзка с вида на извършваните в него хирургични намеси:

а) Отделение за едnodневна хирургия, в което се извършва само един вид операция. В световната практика има примери за хирургично отделение за оперативно лечение на катаракта, за артроскопски операции, за херниотомии и др.

б) Отделение за едnodневна хирургия за извършване на операции от една хирургична специалност, т. е. монодисциплинарен тип. В такива отделения могат да бъдат извършвани само коремни, или офталмологични, или ортопедични, или урологични или друг тип операции.

в) Отделение по едnodневна хирургия от смесен тип, т. е. мултидисциплинарно. В него могат да се извършват операции от хирурзи с различни специалности. Това предполага ръководителят на отделението да създава определена последователност. Например: различните хирургични специалисти да ползват самостоятелен

оперативен ден или операциите да се подреждат според степента на чистота на оперативната област и риска от замърсяване (например: очни и артроскопични операции преди оториноларингологични и някои гинекологични процедури) (17, 41,128,191).

Мястото и площта на центъра, отделението или клиниката по едnodневна хирургия трябва да бъдат съобразени с размера на болничната сграда, както и с възможностите за достъп до нея и за паркиране. За отделенията по дневна хирургия, изградени като част от болнична структура, е важно планирането на самостоятелен вход, дори самостоятелен паркинг. Добрият опит и данни от болници, които имат подобен подход, потвърждава тази препоръка.(45) Не следва да се допуска смесване на потоците пациенти както при приемането и консултирането им в отделението, така и при ползването на операционни зали. Тъй като ежедневно се предвиждат консултации с различни специалисти, е необходимо да бъдат предвидени консултативни кабинети, които могат да бъдат един или повече в зависимост от големината на потока пациенти. Ако центърът или клиниката за дневна хирургия са предвидени само за детска хирургия, трябва да бъдат планирани помещения за игрална зала, в която родители и деца могат да прекарват заедно времето, необходимо за изчакване, при постъпване или при изписване (126, 308, 310) .

Независимо от модела за развитие на структурата за дневна хирургия, тя трябва да разполага с някои основни самостоятелни помещения, материална база и апаратура, позволяващи извършването на специфичната медицинска дейност. Необходими са:

1. Приеман диагностично-консултативен кабинет или кабинети.
2. Зона за приемане и подготовка на пациентите, включваща чакалня и помещение за преобличане.

3. Болнични стаи с едно или две болнични легла и сервизен възел и/или зала за възстановяване (ward room).

4. Помещение за подготовка за анестезия и операция.

5. Операционна зала или зали. Те могат да бъдат обособени в рамките на общ операционен блок или да се разположат самостоятелно в зависимост от предвидения им брой.

6. Зала за събуждане на пациентите след анестезия и операция (recovery room). Функциите на такава зала могат да изпълняват и болнични стаи в звеното за едnodневна хирургия, ако са снабдени с източници за кислород, газове, аспирация и имат подходящи електрически контакти. Това може да осигури пълноценно обслужване и контрол при пациент с евентуални усложнения (дихателна депресия, хемодинамична нестабилност и др.) (147,191, 241, 275).

Размерите на отделението или клиниката за дневна хирургия се определят от потока на пациентите и броя на операционните зали. Големите центрове могат да имат 6 или повече операционни, докато по-малките се развиват с 1 или 2. Монодисциплинарните клиники или отделения могат да бъдат финансово рентабилни и с 1 операционна зала. Най-обширни са помещенията в мултидисциплинарните структури за едnodневна хирургия, които обслужват различни специалности и имат някои неоспорими предимства. Практиката показва, че няма предпочитан модел. Според предвидения пациентопоток болничните стаи в една клиника или отделение могат да бъдат обзаведени с 1 или 2 легла. Като алтернатива на болничните легла могат да се използват пациентски колички (stryker-колички), които са доста разпространени в някои центрове поради организационни или финансови причини (45, 58).

Операционните зали са оборудвани съгласно изискванията на стандартите по хирургия и по анестезиология в зависимост от обема и

вида дейност, която е предвидено да се осъществява в тях. Хирургичната апаратура съдържа стандартни елементи като операционна маса или маси, операционни лампи, хирургичен инструментариум със съответната специфика за отделните хирургически специалности, както и специфична апаратура, необходима за осъществяването на операции в областта на коремната хирургия, гинекологията, ортопедията, урологията, офталмологията и оториноларингологията (микроскоп, цистоскоп и пр.). По отношение на анестезията това означава осигуреност с анестезиологична апаратура, монитори, всички медикаменти и консумативи, необходими за провеждане на адекватна анестезия, както и квалифициран персонал, обучен за справяне с възникнали инциденти или усложнения.

Препоръките на Британската асоциация по едnodневна хирургия за акредитация на структура за едnodневна хирургия включват следните базисни помещения в проекта, както и основни изисквания:

- чакалня и кабинет за консултация;
- самостоятелни операционни зали и болнични стаи;
- препоръчват се самостоятелно обособени и функциониращи отделения като най-ефективен модел;
- препоръчва се създаването на неболнична атмосфера, където е допустимо (17, 58, 311).

Акредитацията на структурите по едnodневна хирургия в Австралия налага изисквания, които са различни в зависимост от обема на извършваните операции и типа анестезия. При извършване на хирургически намеси само под локална анестезия, се изисква структурата да разполага само с консултативни кабинети и обособена зала за процедури, където има безпроблемно адекватно осветление, адекватна подова настилка, достатъчно свободно пространство за достъп и безпрепятствено провеждане на ресусцитация (ако е

необходимо), светлинна сигнализация за спешност в залата за процедури и в залата за възстановяване, като последната е част от чакалня или други помещения, адекватни по размер помещения за предоперативна подготовка на хирургичния екип и за дезинфекция, както и за регулярно почистване. Наред с това е необходимо помещение за обработка на документацията и прием на пациентите, сервизни и складови помещения. В оборудването на такава структура се предвижда: автоклав или ползване на обща стерилизационна, електрокоагулатор, еднократно употребяеми операционно бельо, ръкавици, операционни консумативи, както и ресусцитационно оборудване – система за кислород, средства за обдишване, система за аспирация, медикаменти за спешни състояния (70, 173).

2.6. Персонал. За да се определи нуждата от медицински служители и администратори в звеното за дневна или едnodневна хирургия, е необходимо: да се предвиди очакваният поток пациенти, диагностичните стъпки, които трябва да преминат във фазата на подготовката за хоспитализация, броят на операциите и анестезиите. На тази база се уточняват болестните единици, които ще подлежат на хирургическо лечение, кръгът на нужните специалисти, на помощния медицински персонал, след което се подготвя плана за комуникации на отделението с другите звена на лечебното заведение.

Наличието на екип от добри специалисти е важно условие наред с поток от пациенти, които могат да гарантират успешното развитие и разработване на звено за едnodневна хирургия. При определянето броя на персонала трябва да се имат предвид: броят на населението, което ще се обслужва, видът на хирургичните намеси и обемът на предвижданата клинична дейност. Трябва да се предвиди и проследи ходът на пациента, отделните етапи на диагностика, предоперативна оценка, операция и следоперативен период до изписването му.

Уточненият брой и вид болестни единици определят спектъра на прилаганите хирургични намеси, а следователно и кръгът на хирургичните специалисти, които са необходими. Трябва да се имат предвид инфраструктурните особености, възможностите за комуникация с диагностични и други клинични звена. Определящо значение на края има и работата на отделението само като дневна хирургия или като едnodневна хирургия, т.е. 23-часово хирургично звено (2,191, 228).

Безспорно, че за нормалната работа на отделение по едnodневна хирургия е необходимо присъствието на : а) началник на отделението – лекар със специалност, много по-често хирург и по-рядко - анестезиолог според световната практика. Той трябва да има необходимият управленски опит и авторитет, за да налага необходимия режим и ритъм на работа и да колаборира ефективно с анестезиолози, хирургични специалисти, медицински специалисти; б) старша медицинска сестра на отделението, която има поливалентни функции. Тя изпълнява задачи с административното ръководство и в стационарната част, и в операционните зали на отделението. Същевременно трябва да може да изпълнява функции като клинична и като операционна сестра. Тя е отговорна за снабдяване на отделението с лекарствени средства, консумативи, дезинфекционни средства и др. в) медицински администратор. Неговото присъствие е задължително в административния щат, по-подходящо е това да бъде лице с медицинска специалност и култура, наред със знание по здравен мениджмънт, по организация и управление на здравеопазването. Задължително необходима е компютърната компетентност. Основно задължение на медицинския администратор е посрещането, комуникацията с пациентите и техните близки, подготовката на медицинска документация и изпращането на оперираните. Останалият медицински персонал може да бъде набиран на функционален принцип,

т.е да бъде на основна работа в хирургични или анестезиологични звена или в операционният блок, което зависи от типа на отделението по едnodневна хирургия. Броят на ангажираният персонал зависи от разкритите болнични легла, броят на операционните зали и възможния максимален оборот на пациенти за деня. Предполага се наличието на анестезиолог и анестезиологична сестра във всяка операционна зала, в която има анестезиологична апаратура. Хирургичният екип включва един, двама или трима хирурзи, според обема на операцията заедно с инструментираща и обслужващи операционни сестри. Наличието на санитар е прието в българските условия, но в европейските и други чуждестранни клиники, този тип обслужване често се поема от специална фирма. Броят на необходимите администратори е също функция на възможния оборот и брой обслужвани пациенти. Този фактор определя необходимостта и от клинични медицински сестри. Ако отделението за едnodневна хирургия е с големи мащаби или дейността в едnodневната хирургия е център на самостоятелно лечебно заведение, тогава кръгът на административния персонал се разширява с мениджър, фармацевт, снабдител и др. (39, 74, 76,140, 188, 216, 234, 248, 321).

2.7. Подбор на пациенти. Едnodневната хирургия се различава от стационарната основно по рестриктивните и специфични изисквания при подбора на пациентите. Рестриктивният режим цели да гарантира безопасността на пациента в условия, при които времето за диагноза, лечение и наблюдение е ограничено от икономически и социални фактори. В много публикувани статии авторите фиксират подбрани от тях критерии, които имат много общи неща. Така Johnson (1993) ползва следните критерии за включване на пациенти в дневната хирургия: хирургическа намеса под два часа; минимално кървене; неинфектиран пациент; без отваряне на големи телесни кухини; без очаквания за

усложнения; без необходимост от интрамускулно или интравенозно приложение на медикаменти следоперативно; готовност на пациента за изписване до 18-я час (154). При сравняване на подхода за подбор на подходящи заболявания и пациенти за едnodневна хирургия Girard et al. (2006) проучват 924 болници в САЩ и 259 болници в Швейцария. Оказва се, че при 376 от тези болници има 99267 едnodневни планови операции, но само при 4,4% или 8540 пациенти има възможност за насочване към едnodневна хирургия. Поставена е ограничителна възраст от 65 години, а на практика средната възраст на пациентите е между 54 и 58 години (115).

През 1989 г., а след това ревизирано през 1990 г., Асоциацията по дневна хирургия към Великобритания изготвя основни критерии за селекция на пациентите с цел постигане на максимална сигурност в условията на едnodневна хирургия. Тези критерии формират първия клиничен протокол за подбор, който включва (37):

1. Информираност и разбиране от страна на пациента за характера и спецификата на предлаганото му лечение и последващо проследяване.
2. Оценка на клиничното състояние и готовността за обща анестезия.
3. Оценка на социалните условия и достъпността до дома, важна в определени случаи. Поставя се задължителното условие пациентът да има придружител до момента, до който може да се обслужва сам.

В Австралия още през 1980 г. се формулират правила при акредитации и стандартизиране на едnodневната хирургия. Според австралийските протоколи подходящи за едnodневна хирургия са пациентите, при които са на лице:

1. Оценка на възможностите за контрол на следоперативната болка, на гаденето и повръщането;
2. Оценка на следоперативното възстановяване и неговата предвидимост.
3. Информирано съгласие на пациента за лечение в условията на еднокласна хирургия.
4. Осигурен транспорт на пациента от друго лице и осигурен придружител в дома.
5. Липса на комуникативни проблеми и разбиране на инструкциите.
6. На изключване подлежат пациентите, които не отговарят на горните изисквания (70).

Критериите за селекция понастоящем се разделят на две основни групи: медицински и социални. Социалните критерии според немската литература включват (5, 40, 45, 123):

- Пациент живеещ сам / не сам.
- Транспорт до болнично заведение до 15 мин.
- Телефонна връзка.
- Ниво на домашните условия
- Постоперативна грижа за 24 часа от пълнолетно лице/социална служба.

Липса на :

- Говорни и слухови нарушения.
- Алкохолна и наркотична зависимост.
- Нарушена ориентация.

В литературата широко варират два критерия – отдалеченост на дома на пациента от здравното заведение и клас ASA. Цитират се различни изисквания за разстояние от дома на пациента до болничното заведение като не повече от 50 км или разстояние до 15 мин или до 60 минути с автомобил. Тежестта на този критерий в крайната оценка няма

абсолютен характер. Преценката на оператора и анестезиолога за нивото на култура и способностите на пациента да изпълнява дадените назначения, както и спецификата на намесата, имат по-голяма тежест и позволяват да се пренебрегне или повиши значението му (38, 133).

2.8. Медицински критерии. R. Dwyer, K. E. McGoldrick (1994) предлагат следните обобщени критерии за неподходящ пациент (85):

Психологични проблеми:

1. Нежелание да участва.
2. Невъзможност да участва.
3. Неспособен да окаже помощ придружител.

Медицински проблеми:

1. Неконтролирано придружаващо заболяване.
2. Зависимост от субстанции.
3. Морбидно затлъстяване.
4. Високо рискова възрастова група.

Общомедицинските контраиндикации за амбулаторна хирургия включват спешните случаи, острите инфекциозни заболявания и инфекциите на горните дихателни пътища. При случаи на спешност въобще не се повдига въпросът за еднокдневна хирургия, тъй като критериите за сигурност на пациента не могат да бъдат проверени. Абсолютно контраиндицирани са болните с гнойни процеси и с инфекции на дихателните пътища, имайки предвид високия риск за периперативни усложнения и възможностите за тяхното лечение (135, 182, 192, 219, 302). Към общите медицински противопоказания се включват ваксинациите в детската възраст, направени през последните две до шест седмици (45, 68).

Основно място в дискусиите заемат възрастта и придружаващата патология. Сама по себе си възрастта не е изключващ критерий, независимо че повечето автори приемат като пределно допустима тази

до 65 години. Проучванията са установили слабо значима корелация между възрастта и усложненията. Очаква се, че пациентите с обща анестезия в гериатрична възраст имат удължен период на възстановяване и от анестезията, и от операцията. Въпреки това в практиката на много хирурзи не липсват пациенти на 70 и 80 години, които понасят добре еднокласната хирургия (102, 118, 142, 175, 178, 180).

При пациенти със сериозна придружаваща патология необходимостта от по-продължителна хоспитализация след операции, проведени в отделение по еднокласна хирургия, трябва да остане под 2%. Честотата на периперативните усложнения при болни с придружаващи заболявания е 1,16% и остава статистически сравнима с пациенти без такава патология – 1,12%. Особено значение се придава на сърдечната патология (19). В ретроспективно проучване върху 87 000 пациенти, проведено от FASA, се установява повишен риск от периперативни усложнения при пациенти с придружаващо кардиоваскуларно заболяване (96). Най-често изключвани са болни с ИБС и нестабилна ангина, сърдечна недостатъчност с диспнея при малко усилие клас NYHA 3, ИБС със стабилна ангина. При тях е задължително да се изиска допълнителното мнение на опитен клиницист, което ще бъде решаващо. В тази група влизат и болните с ритъмни нарушения (най-често предсърдна аритмия), неконтролирана артериална хипертония и особено пациентите със синкопи (188). Рискът е редуциран, когато пациентите са имали добър контрол най-малко през последните три месеца преди операцията (96, 242, 330).

Сериозен, но преодолим проблем е инсулинозависимият диабет при пациенти, за които се обсъжда еднокласна операция. Дори лекият оперативен стрес може да предизвика тежко разстройство в глюкозната хомеостаза. При добър контрол на кръвната захар обаче пациенти с

кръвна захар близка до нормата, могат да понесат операция в отделение по дневна хирургия. Дори казуси на болни с малигнена хипертермия при определени условия могат да бъдат допуснати до хирургична намеса в такава структура (73). С особено внимание се прилагат критериите за селекция при пациенти с алкохолна зависимост, с наркотична зависимост, с кортикоидна терапия. С повишен риск от усложнения са пациентите с BMI > 30, без или със синдром на сънна апнея и следва също да бъдат контраиндицирани (18, 139, 163, 235, 302, 332).

Прави впечатление все по-нарастващото включване като контингент за дневна хирургия на възрастни болни с ангина пекторис, артериална хипертония, сърдечна недостатъчност, захарен диабет, бронхиална астма, ХОББ, затлъстяване.

Добра база за оценка на риска в условията на едnodневна хирургия е преценката на болния по скалата на Американската анестезиологична асоциация (American Society of Anesthesiologist). Традиционно подходящи за едnodневна хирургия са пациентите с клас ASA I и II. Но критериите за селекция стават все по-либерални и пациенти със статус 3 и 4 са насочвани за едnodневна хирургия в зависимост от естеството на процедурата (карпал тунел, екстракция на катаракта). Тези пациенти могат да бъдат приети при условие, че оперативната намеса не е свързана със сериозно нарушаване на физиологичните процеси, следоперативният период е предвидим без усложнения (85, 136).

Важно обстоятелство, гарантиращо правилният подбор на пациентите и дейността на отделението по едnodневна хирургия, е определянето на кръга от хирургически намеси, които ще се изпълняват. Разписването на списък от операции, допустими за изпълнение в условията на едnodневна хирургия, е задача на национална експертиза,

т.е. на националните хирургични организации. Австралийската асоциация прави за първи път подробен списък на хирургичните намеси, последвана от САЩ и Великобритания (17,79).

Международната практика подсказва и препоръчва работата в отделение по едnodневна хирургия да започва при ясна стратегия по отношение на подбора на първоначалните хирургични намеси, които ще се прилагат и с готовността списъкът постепенно да се разширява (79, 260).

2.9. Организация на работата. Първичният преглед на пациента се извършва в извън болнични условия. Срещата с хирурга и анестезиолога довежда пациента до отделението. Тук се осъществява първоначална проверка на социалния и психологическия статус и дали болният и неговото обкръжение могат да изпълнят изискванията, за да бъде приет и обслужен. В повечето отделения за едnodневна хирургия за целта се подготвя отделен въпросник, а целият разговор представлява елемент от информираното съгласие (71, 81, 94, 227).

В подготвителния етап се осъществяват специфични диагностични действия, имащи за цел да изяснят общото състояние на пациента, да оценят наличните рискове, да потвърдят хирургичната му диагноза. Първичният преглед е задължителен етап, който не може да бъде отменен, съкратен или видоизменен. Той включва: а) клиничен преглед за диагностициране на заболяване и поставяне на показания за операция; извършва се от хирурга; б) клиничен преглед за анестезия, подготовка за анестезия и оценка на анестезиологичния риск. Извършва се от анестезиолога (156, 162, 200).

Комплексният риск от едnodневната хирургия включва няколко компонента: 1) медицински риск, свързан с общото състояние и локалния статус на пациента. Основно е влиянието на придружаващите заболявания, в чиято оценка вземат участие друг кръг специалисти; 2)

организационен риск – включва проблеми, свързани с процедурите по подготовка и подбор на пациентите, приемане, избор на операция и вид анестезия, с медицинската документация, както и клиничното наблюдение и контрол в следоперативния период и процедурите по изписване на пациента; 3) социален и психологически риск – свързан с взаимоотношенията с медицинския персонал, условията в отделението, удовлетвореността на пациента и др. (259, 263, 266, 278, 284).

Оперативният риск е постоянна величина. Неговата адекватна оценка е предусловие за снижаване на риска от усложнения вследствие анестезията и реанимацията. В това отношение натежават рисковете от неадекватна или липсваща преданестезиологична оценка на пациентите, насочени към еднокласна хирургия. (108) . Недобрата преценка става причина за отлагане на хоспитализацията в деня на намесата, до живота заплашващи усложнения, до по-висока следоперативна морбидност и дори до риск за смъртен изход, както и до лоши икономически резултати на структурата за еднокласна хирургия. Проучване в Калифорнийския университет показва, че от плановата оперативна програма на отделенията за еднокласна хирургия могат да отпаднат до 10% от пациентите, като в повечето случаи причините са субективни или е можело да бъдат избегнати: неспазване на инструкции за прием на храна и течности (20%); неявяване на пациента в планираното време (22%); необходимост от по-нататъшно уточняване на диагнозата и подготовка на болния (17%) (152).

Следващите етапи са стандартни: 1) Включване в оперативната програма при спазване на порядъка за деня. 2) Прием на пациента и настаняване. 3) Хирургическа намеса. 4) Период на следоперативно наблюдение. 5) Изписване на пациента.

Комплексът от използвани лабораторни и инструментални изследвания е обичаен. Задължително необходими са

електрокардиограма и рентгеноскопия/графия на бял дроб. Извършването на консултативни прегледи зависи от възрастта и придружаващата патология на пациента. Използването на информационна система е съвременно модерно изискване, облекчаващо комуникацията и повишаващо сигурността на пациента (156, 261, 277, 294, 303).

След приключване на изследванията, първичният преглед и консултациите пациентът се включва в оперативната програма, подготвя се медицинската му документация. Възприето е медицинската документация да бъде подготвена в деня преди приемането на пациента и да бъде съчетана с преглед на актуалността на лабораторните изследвания. Това позволява в деня, определен за операция, да не се губи време за техническа работа. Наред с Историята на заболяване в съвременните условия тя включва широк и разнообразен спектър от информирани съгласия по отношение на: вида на операцията и анестезията, на очакваните пред- и следоперативни рискове, както и за използването на биологични продукти. За отделенията по едnodневна хирургия наред с това трябва да бъдат подготвени стандартни формуляри за оперативен протокол, за следоперативно наблюдение на пациента, за оценка на неговия статус с оглед предстоящо изписване. Наред с това той трябва да бъде запознат с изискванията за постъпване в отделение за дневна хирургия; с изискванията, които трябва да бъдат изпълнени при изписването му, съдържащи инструкции за неговото поведение и необходимостта от контролни прегледи. Спецификата на хирургичната дейност, изпълнявана в отделенията за едnodневна хирургия, могат да наложат нюанси в този комплекс, които ще бъдат едни при пациенти с офталмологични или оториноларингологични намеси, други – спрямо пациенти с коремни, общохирургични или артроскопски операции (29, 31, 52, 71, 79, 74, 129, 140, 283).

Всяко новосъздадено отделение за дневна хирургия трябва да разпише списък за хирургичните намеси, които ще бъдат изпълнявани. Опитът подсказва, че е разумно да се започне с 2-3 вида операции, след което техният кръг да бъде постепенно разширяван. Видът на хирургичните намеси зависи от това дали отделението е монопрофилно или ще се изпълняват намеси от различни хирургични специалности. В практиката на Германия, Англия, скандинавските страни, Франция на челно място по честота стоят очните операции, основно свързани с лечение на катаракта. Очните клиники са по правило монопрофилни, което се отнася и за ортопедичните артроскопски звена, нареждащи се на второ място по честота. Следват операции за варици на долните крайници, ексцизии на тумори на кожа и подкожие. Конкурираща честота имат намесите в областта на хирургията, урологията и гинекологията (26, 27, 35, 88, 95, 327, 329, 345).

През последните години кръгът на оперативните намеси в областта на висцералната хирургия включва болестни единици, които до преди 10-15 години не са влизали в съображение. Barillary et al. (2001) съобщават за операции при 71 жени с рак на гърдата в стадий T1N0 (24). Голямата хирургия на млечната жлеза и съответно диагнозата "злокачествено заболяване на млечната жлеза", все повече се цитират като операции на избор за едnodневна хирургия според Carrasco et al., Case et al., Seltzer et al. (53, 54, 289). Amarnath et al. (2002) съобщават за 30 конвенционални холецистектомии, от които 76,6% напускат стационара до 24-я час (11, 20, 46, 56). Нараства опитът с лапароскопски намеси върху жлъчния мехур, при диафрагмални и ингвинални хернии (25, 28, 104, 153, 167, 168, 183, 184). Ward (333) описва намеси от областта на пластичната хирургия, върху млечната жлеза, при кожни тумори и дефекти, при операции върху ръката при деца и възрастни и други естетични намеси. Проучванията и

публикациите представят включване в списъка на извършваните операции в рамките на едnodневна хирургия и хистеректомия, апендектомия, хемороидектомия. (21, 49, 51, 54, 63, 77, 82, 107, 109, 113, 114, 119, 138).

През 2001 г. Одитната комисия на Министерството на здравеопазването на Великобритания, базирайки се върху 120000 обобщени оперативни намеси, допуска 68% от тях да се изпълняват в рамките на дневна хирургия. Според предвижданията на здравно-осигурителната система този дял може да достигне до 75%. През 2001 г. Великобритания подготвя три списъка на хирургични процедури. В първия включва 25, чието извършване става почти изцяло в рамките на дневна или едnodневна хирургия. Във втория списък влизат намеси, нуждаещи се от подбор и отчитане на противопоказания, преди да бъдат допуснати за извършване в едnodневна хирургия. В последния попадат процедури, които са били извършени в структури за дневна хирургия, но са били прехвърлени вече към извънболничната или първичната медицинска помощ (11, 73, 342). На базата на този опит при подготовката на медицински стандарт за едnodневната хирургия в България бяха съставени подобни три списъка, в които след разговор с националните консултанти бяха включени хирургични намеси от всички хирургически дисциплини.

Подготовката и изпълняването на анестезия в условията на едnodневна хирургия изисква строго и отговорно прецизиране на пациентите. До голяма степен в обсега на задълженията на анестезиолога, но съгласувано с хирурга, трябва да бъде решен въпросът за премедикацията, за вида на анестезията и за болкоуспокояването в следоперативния период (7, 9, 42, 50, 60, 160, 199, 252, 300). Проблемът с борбата срещу болката печели сериозен литературен интерес. Изследвани са разнообразни схеми (75, 90, 91,

171,186, 210, 213, 221, 222, 229, 238, 239, 312). Важно съображение е използването на таблетни форми в точно определени дозировки, при спазването на добре обяснен и разписан часов график на пациента, за да може да бъде постигнато добро обезболяване в първите 24 часа, а при необходимост – за по-дълъг период и в домашни условия. Контролът върху болката е от съществено значение за удовлетвореността на пациента. Приемането и спазването във всяка структура за едnodневна хирургия, на протокол за следоперативно обезболяване е задължително с периодична оценка на резултатите и актуализирането му. (33, 47, 80, 83, 91, 120, 112, 287, 307, 316) Royal College of Anaesthetists на Англия (2000 г.) посочва следните критерии за адекватно следоперативно обезболяване в едnodневната хирургия: 100% от пациентите да бъдат изписани с инструкции и аналгетична терапия; <5% от пациентите да имат силна болка през първите 48 часа след изписването; повече от 85% от пациентите да нямат болка или да имат само лека болка с предписаната терапия; повече от 85% от пациентите са удовлетворени от следоперативното обезболяване (159).

По-долу представяме примерен протокол за обезболяване в едnodневна хирургия, възприет в много подобни отделения (табл. № 2):

Таблица № 2. Протокол за обезболяване в отделение по едnodневна хирургия

Болка (интензитет)	Оценка по ВАС	Препоръчвано лечение
Слаба болка - След цистоскопия, - Повърхностни оперативни намеси	0-3	Paracetamol – регулярен прием за 48 ч. след операцията, след това при нужда

Умерена болка - Циркумцизио - Варикозни вени - Анална хирургия - „Бучки” на млечната жлеза - Дилатация и кюретаж - Хистероскопия - Екстракция на кътник	4-7	Codeine 30 mg + Paracetamol 500 mgpo/ 4-6 h – “по часовник” през първите 48 ч. след операцията, след това при нужда НСПВС (Ibuprofen* 400 mg/8h) “по часовник” през първите 48 ч. след операцията, след това при нужда
Силна болка - Лапароскопия - Херниотомия и пластика - Вазектомия - Артроскопия	8-10	Codeine 30 mg + Paracetamol 500 mgpo/ 4-6 h – “по часовник” през първите 48 ч. след операцията, след това при нужда + НСПВС (Ibuprofen 400 mg/8h) “по часовник” през първите 48 ч. след операцията, след това при нужда

Периодът на следоперативно наблюдение може да бъде удължен и опорочен от развитие на ранни усложнения, но най-честите причини са болка, гадене и повръщане. К.А. McHugh, G.M. Thomas (2002) наблюдават тежка болка при 21% от оперираните в едnodневен хирургичен стационар (215). Същевременно посочват, че 82% от пациентите изпитват все още болка при напускане на отделението, а 88% имат болезненост до 2-4 дни след операцията. Измервайки болката по 10-точкова скала при 175 болни с операции върху таза или корема D.G. Pavlin et al. (2002) наблюдават вариация на болката основно между 2,3 +/-2,5 до 5,1 +/- 0,5, но при 24% болезнеността достига до 7 ниво на скалата (258). A. Serralta et al. (2000) анализират болката при 84 болни с лапароскопска холецистектомия. 27,3% не се нуждаят от следоперативно обезболяване, а необходимост от аналгезия при останалите има от 17 до 28 часа след операцията. 75% от всички съобщават за слаба болка на третия ден, но общо взето остават без прием на аналгетици (158, 291).

Друг важен проблем след анестезия е гаденето и повръщането. Повечето болни го преценяват като едно от най-неприятните преживявания в периода на възстановяването им от анестезия. (254, 255) В проучване на Gold et al. 20% от непредвидените хоспитализации в дневна хирургия се дължат на трудно контролируемо повръщане (117).

Гаденето и повръщането предизвикват дехидратация, забавено възстановяване и компрометиране на пероралния прием, провокиране и засилване на следоперативната болка, компрометиране на ефекта от хирургичната процедура, поради напрежение в хирургичните шевове (очна, естетична хирургия), повишаване на вътречерепното налягане. Негативните ефекти включват удължаване престоя на пациента в зала за събуждане, повишен риск за хоспитализацията или рехоспитализацията му, по-високите разходи за медикаменти и сестрински труд и в крайна сметка – по-високата цена на хирургичното лечение. Изчисляването на кумулативния риск по протоколи, дефинира рисковите пациенти и необходимостта от профилактика само при тях. Тази оценка е задължителен елемент на преданестезиологичната консултация на пациента в едnodневната хирургия (Табл. 3.) (124, 211, 245, 265, 299, 324).

Таблица № 3. Преценка на кумулативния риск

Рискови фактори от оперативната интервенция	Рискови фактори в следоперативния период	Рискови фактори от оперативната интервенция	Рискови фактори в следоперативния период
---	--	---	--

Непушачи; Пол – жени; Анамнеза за пътна болест;	Опиоиди; Инхалационни летливи анестетици; Двуазотен окис; Etomidate; Ketamine;	Продължителност над 30 мин; Корекция на страбизъм; Лапароскопски Операции; Пластична хирургия; Хирургия на млечна жлеза; УНГ операции	Некупирана болка; Рязко раздвижване на пациента; Хипотермия; Хиповолемия; Хипотензия; Стомашна дилатация;
--	--	---	---

При пациентите с повишен риск се прилагат различни алгоритми за превенция или лечение на възникнало следанестезионно гадене и повръщане (9, 10, 16, 101, 125, 134, 325).

G.G. Johnson определя следните критерии за изписване на пациента от отделението за дневна хирургия: добра обща кондиция, определена от анестезиолога; стабилни витални показатели за възрастта; липса на респираторни проблеми; отсъствие на гадене/повръщане; готовност за амбулаторен контрол; толеранс към перорален прием на течности; липса на силна болка (орални медикаменти); липса на кървене и температура; връчени инструкции за времето след изписването (155, 207, 309).

Всяка структура за едnodневна хирургия трябва да има изработен, приет и спазван протокол за своевременно и безопасно изписване на пациентите, включващ оценка на следанестезионно възстановяване, хирургичен статус, както и на социалните критерии (22, 59, 160, 231, 336).

Класическо правило за готовността на пациента за изписване след едnodневна хирургия и анестезия е известно като правило на четирите „А” (от английски език: Alertness – буден, с ясно съзнание; Ambulation –

раздвижен, с възстановени равновесие и координация; Alimentation – Толерира перорален прием на течности; Analgesia – адекватно обезболен). Модифицираната скала на F.Chung (1993) (62) използва кумулативна оценка от пет важни критерия, като се изисква оценка най-малко 9 (при максимална оценка 10), за да се приеме, че пациентът може безопасно да бъде изписан след еднокласова хирургия и анестезия. В тази скала възстановеният прием на течности не се разглежда повече като задължително условие, а като индивидуализиран критерий, за да се оцени дали пациентът е готов за изписване (59, 87, 100, 165, 166).

2.10. Ефективност и контрол на качеството. Мониторингът на качеството на медицинската дейност е ориентир на ръководните кадри за степента на удовлетвореност сред пациентите от проведеното лечение (32).

Качествена е тази медицинска грижа, която отговаря на стандартите на добрата клинична практика и е приложена при спазване на протоколите на работа на еднокласова хирургия с цел максимално удовлетворяване интереса на пациентите при оптимални икономически инвестиции. Допълнителен критерий за качество на медицинската услуга в еднокласовата хирургия е иновативността на техниките и инструментариума.

Качеството бива контролирано и поддържано чрез:

- провеждане на анкети сред пациентите и техните близки за удовлетвореността от лечението в отделението за еднокласова хирургия;
- обучение на персонала с добра информираност за извършените операции и особеностите в грижите и следоперативното третиране;
- поддържане на добра информационна среда за тези, които ползват услугите на отделението;

- обвързване на заплащането на персонала със спазването на правилата и организацията на добра лечебна практика (44, 97, 126, 187, 190, 197, 198, 226, 262, 293, 339).

A.R. Weale et al. (337) изучават влиянието на обучението върху лекарите, извършващи оперативно лечение на варикозни вени или артерио-венозни фистули за хемодиализа. Обучението обхваща до 60 процедури под ръководството на оператор в качеството на асистент, след което обучените лекари са осъществявали безконфликтно същите процедури в условията на едnodневно съдово отделение (13, 234, 249, 290).

Проследяването на основни статистически показатели като брой пациенти, брой операции, брой усложнения, брой анулации, брой рехоспитализирани или болни, насочени към многодневния стационар, говорят не само за клиничната, но имат отношение и към икономическата ефективност на отделението (224, 225, 230, 292, 338). Всеки престой в болничния стационар с един ден увеличава цената на хирургичното лечение средно със 7-10%, докато пренасочването на оперативни процедури от многодневен към едnodневен стационар води до спад на разходите от 19 – 68%. Прогнозите сочат, че средно около 60% от хирургичните дейности биха могли да се насочат към едnodневна хирургия при правилна политика, организация и нормативно уреждане, поддържащи качеството и безопасността на болните. M.V.Pauli et al. (257) предлагат следния анализ: През 1983 г. в САЩ са извършени 2 041455 хирургични намеси, една трета от разходите са свързани с операцията, а стойността на легло престоя за тази година възлиза общо на 530 млн. долара. Амбулаторната хирургична дейност за същата година е 20% по-икономична и реализира 231 млн. долара икономии, като се отчита и намаление на разходите от ВБИ – сериозен бич за хирургично болните и сериозно разходно перо (34). Проблемът е

още по-тежък за страни като България с разходи за здравеопазване до 4% от БВП или други с още по-голямо занижение на отделяните средства (131, 132, 237, 243, 288, 305, 297, 343).

Важно място в оценката на екипите, работещи в едnodневна хирургия, е развитието на усложнения. Няма хирургическа намеса, независимо от нейния обем и тежест, при която да не съществува възможност за развитие на усложнение, дължащо се на използваната анестезия или осъществената операция. Усложнения след едnodневна хирургия не липсват и не могат да липсват, но честотата им е по-ниска. Това е обусловено преди всичко от подбора на контингента. Усложненията могат да бъдат свързани с хирургичната намеса – кръвене, увреди на органи и тъкани, неовладяна следоперативна болка; с анестезията – остра болка, гадене, повръщане, хемодинамични нарушения, адинамия, замаяност, амнезия и други; с организационни причини – преждевременно изписване, забавен прием или дехоспитализация, необосновано удължен болничен престой. Минимален е и рискът от смърт в подобни отделения, но никога той не е нулев. Възможни са лезия на голям кръвоносен съд при хирургична намеса в близост до такива, следоперативна тромбоемболия, органна увреда и следоперативен перитонит и др. (61, 65, 66, 67, 69, 72, 106, 194, 205, 313, 320).

К. L. Long (1998) анкетира болни за причините, които ги връщат в първите седем дни след едnodневни процедури до медицинския персонал. 247 болни (16,7%) са потърсили лекар в деня след операцията за информация, а 113 от тях – и заради болка. На практика анкетиранияте 1533 лекарите са установили хирургични усложнения при 65 пациенти (172). P.-S. Myles et al. (236) установяват респираторни усложнения след анестезия при пушачи с 32, 8% повече от колкото при непушачи. Антибиотично лечение се налага при 3,6% от пушачите

спрямо 0,6% при непушачите(236). S.D. Johnson et al (1990) при анализ на 10 000 болни след гинекологични, ортопедични и очни операции намират усложнения при 70 от тях (0,7%) (157). В. Coldiron (65) при проучване на инцидентите в района на Флорида от дейността на звената за едnodневна хирургия за 19 месеца регистрира 43 усложнения и осем летални изхода, основно след липосукции. G. Mezey, F.Chung (220) регистрират повторни посещения в центъра за едnodневна хирургия в Торонто, Канада, при 193 (1, 1%) от общо 17 638 едnodневни операции, а честотата на усложненията е 0, 15% или 1/678 процедури (72, 102, 223, 231, 247, 251).

Хоспитализация в многодневен стационар и рехоспитализация в отделението за едnodневна хирургия може да се извършва в същото болнично заведение (част от което е структурата за едnodневна хирургия като сателитно болнично звено или като интегрирано към стационарна хирургия звено), или в друго лечебно заведение за болнична помощ. Най-висока е честотата на рехоспитализациите през първото денонощие след изписването на пациента, но като непланирани рехоспитализации се отчитат и всички до 30-тия ден след оперативна намеса в едnodневна хирургия, дължащи се на усложнения, свързани с тази намеса. Случаите на непланирана хоспитализация и рехоспитализация се отчитат като усложнения на едnodневната хирургия и са важен показател за качество в едnodневната хирургия. Честотата на хоспитализациите в многодневен стационар след едnodневна хирургия варира от 0.1% до 9.5% според данни на различни центрове за такава хирургия, а след по-големи по обем и по-сложни оперативни намеси достига от 3,4% до 39%. Като прогностични фактори за по-висок риск от непланирана хоспитализация и рехоспитализация в едnodневна хирургия се приемат придружаващата патология на пациента (клас III по ASA), по-голяма продължителност на оперативната

интервенция, операции, завършили в следобедните часове, следоперативно кървене, неадекватно купирана болка, упорити гадене и повръщане, изразени сънливост и замаяност (43, 57, 66, 247, 313).

Доказано е, че едnodневната хирургия е икономически изгоден подход за намаляване на цената на скъпоструващото хирургично лечение, но само при ниска честота на хоспитализациите и рехоспитализациите (193, 244).

В заключение. Едnodневната хирургия има над стогодишна история. Тя се развива с оглед извличане на полезни моменти в здравното обслужване на пациентите (кратък престой, възстановяване в домашни условия) и във финансовото обезпечаване (намален леглоден, намалени непреки разходи за поддържане на помещения, намалени преки разходи - лекарства, храна). Това поставя високи изисквания към подбора на пациентите за едnodневна хирургия по дискутиран кръг от медицински и социални критерии, както и за перфектната организация на работния процес. Всеки етап от работата в дневна хирургия трябва да бъде обвързан с протоколи, изградена схема, прецизни правила. Персоналът трябва да бъде допълнително обучен, с добър синхрон в работата, а ежедневният контрол и ежемесечният анализ на резултатите са условие за икономическа полза и свеждане на неблагоприятните резултати до минимум. Поради всички тези условия дневната/едnodневната хирургия изисква по-специфична структура и дейност, организация и анализи.

3. 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 еднодневна хирургия чрез протоколи за действие.
6. Да се анализира спецификата на хирургичното лечение при различни диагнози в условията на отделение по еднодневна хирургия.
7. Да се проучат и анализират причините за хоспитализация и рехоспитализация след лечение в еднодневна хирургия.
8. Да се анализират медицинските и финансовите резултати от дейността на отделение по еднодневна хирургия и да се дефинират факторите за подобрене на качеството на лечението и на хирургичната дейност.

4. МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Материал

Отделението по Еднодневна 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. Доколкото има някакво значение, трябва да се отбележи известният факт, че патологията на щитовидната и млечната жлези определено преобладава сред жените, докато хернията е специфична и характерна диагноза за мъжете.

Таблица № 4. 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	47,6	54,5	52,5	55,3	56,2	58,3	53,5
Разпределение по пол Ж/М	34/147	201/264	218/338	211/406	318/334	294/309	303/228

Развитието на оперативната дейност в отделението по еднодневна хирургия към Клиниката по хирургия на Университетска болница „Царица Йоанна – ИСУЛ” показва постепенно нарастване до 2012 г. През 2011 – 2014 г. броят на хирургичните намеси се задържа над 600 годишно. През първите 4-5 години процентният дял на хирургичните

намеси в отделението по едnodневна хирургия нараства постепенно и се задържа в рамките на 30 – 35% от общата оперативна активност през последните четири години.

Хирургичната дейност започна с операции от областта на коремната хирургия: херниотомии, операции в аналната и перианалната област, пиларни синуси и кисти. Изпълнени бяха отделни лапароскопски операции, но качеството на закупената апаратура бе ниско и това ограничи броя на тези операции (особено при наличие на специализирана и добре оборудвана за лапароскопски намеси зала в общия операционен блок). В следващите години последователно бяха въведени хирургични намеси върху щитовидната жлеза -2009 г., върху млечната жлеза- 2010 г, операции с реконструкция и пластика при доброкачествени и злокачествени тумори на кожа и подкожие – 2010 г. Това доведе до постепенно нарастване броя на хирургичните намеси, като достигнатото ниво не изчерпва капацитетните възможности на отделението. Общият брой на операциите за седемгодишен период е представен на табл. № 5.

Таблица № 5. Разпределение на оперираните болни по диагнози

Диагноза	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	общо
ингвинални 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 перианалното 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	0	Adenoma gl. parathyroidea - 2; Kysta d. thyreogl. pers. - 2; +6	App. - 2; Hyperparathyroidismus - 1; +58	Hyperparathy - reoidismus - 1; +49	Appendectomy 1; Adenomparathyr. 1; Phylosen Tu gl.mmamae 2; + 42	Adenoma parathyr. – 2; Hyperplasia parathyr. - 1; Kysta d.thyreogl. pers. - 2; Tu testiculi - 1;blepharorrhaphia -1; revisio vulneris - 2; +58	Adenoma parathyreoidea - 6; Kysta d.therogl.-2; Biopsia NL - 4; Revisio-haematomae -1; + 59	
общо	181	466	556	617	652	603	531	3606

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.

5. СОБСТВЕНИ ПРОУЧВАНИЯ И РЕЗУЛТАТИ

5.1. 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. То проучи потребността от извършването на едnodневна хирургия в България и подготвеността на пациентите и на хирургичните специалисти. Изследването бе мултицентрично. Подготвените комплекти от лекарски и пациентски анкети бяха изпратени във всички областни и общински болници. 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 потвърдено, че анкетата може да се приеме за национално представителна.

Потвърдено бе, че в практиката на хирургичните отделения вече има пациенти, които са приемани и оперирани в рамките на един ден, но

това не е наложено като отделен модел, а е част от рутинната дейност на някои хирургични звена.

Проучването бе анкетно (с писмена анкетна карта), анонимно и с информирано съгласие за участие. Бяха подготвени два модела анкетни карти – за хирурзи и за пациенти. Всяка от тях съдържаше 23 статистически обработваеми въпроси, които бяха целеви и включваха основните характеристики на „еднодневната“ хирургия. Подборът и формулирането на въпросите бе базиран на клиничната практика на еднодневните хирургии във Франция, Великобритания и САЩ. Възможните отговори бяха конструирани на принципа: един верен отговор от няколко предложени; количествен отговор; позитивен/отрицателен отговор; свободен отговор. Срокът за обратния отговор бе м. март 2006 г. Регистрирано е участието на 723 пациенти и 195 лекари-хирурзи.(97, 126, 187,226)

Извърши се статистически анализ с методите на биостатистиката и SPSS 16.0. От получените резултати се установи, че на този етап хирурзите приемат за целесъобразно средно 40% от оперативните намеси при херния, анална патология, доброкачествени заболявания на млечната жлеза и лапароскопска холецистектомия да бъдат изпълнявани в рамките на „еднодневна“ хирургия. Информацията и анализът по всеки въпроса са представени в следващия текст.

А. Анкета за хирурзи

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

Отговорите в таблица № 6 сравняват хирургичния опит на участниците, представен в брой години и като процентен дял от общия

брой анкетирани с допустимия според тях процент извършвани операции в три степени – минимално, средно и максимално.

Таблица № 6. Стаж на хирурзите и позитивни отговори за едnodневна хирургия

По стаж (%)				
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 21 г.	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 извършват 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.

Една от комплекса организационни причини, поради които около 51% от хирурзите съобщават за отлагане и неизвършване на вече програмирана хирургична намеса, е именно забавянето или трудното провеждане на предоперативните лабораторни изследвания и консултации в извънболничната здравна помощ. ОПЛ не подхождат с адекватна ангажираност към пациента вероятно поради недостиг на

направления за консултация и изследвания. Следователно според повече от половината от анкетираните в медицинската практика у нас има сериозни организационни проблеми, нарушаващи планираните дейности.

Хоспитализацията на пациент 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. Дори провеждането на оперативната намеса в крайна сметка в такива случаи не води до финансова полза.

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

Таблица № 7. **Следоперативен престой** по диагнози в болничен стационар

Престой по диагнози в дни			
Диагноза	Минимално	Средно	Максимално
Ингинална 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

Отговорите на този въпрос най-точно отразяват готовността на хирурзите в страната при подбрани пациенти и операции да допуснат и вече да прилагат възможността пролежаването да се сведе до един ден. Това обаче се случва едва в практиката на 10% от хирурзите през 2006 година. Причините са субективни и обективни: рутина в работата, трудно поемане на риск за по-кратък престой, неосъзнати икономически ползи и преди всичко организационни неуредици.

При херниопластика, лапароскопска холецистектомия, дермоидни кисти, перианални фистули, лумпектомия, хемороидектомия средният болничен престой се движи между 1,8 и 2,3 дни. Съгласно съществуващата практика на организация пациентът пролежава предоперативно една нощ при липса на доказана клинична полза от това, но при реален финансов разход за болницата. В дневната програма операциите с малък и среден обем и сложност се залагат обичайно в края на оперативния ден, след интервенциите с голям обем и сложност. Събуждането и възстановяването от обща анестезия според рутинно изискване на анестезиолога пролежаването и през нощта след операцията. Обратно, при наличие на организирана едnodневна хирургия, разполагаща със собствена операционна зала, болнични легла и медицински екип, без сливане в оперативната програма на операции с различен обем, този престой за България като начало може да бъде сведен под 24 часа при запазване на същото качество на медицинската дейност и повишаване на качеството на услугата спрямо пациента.

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

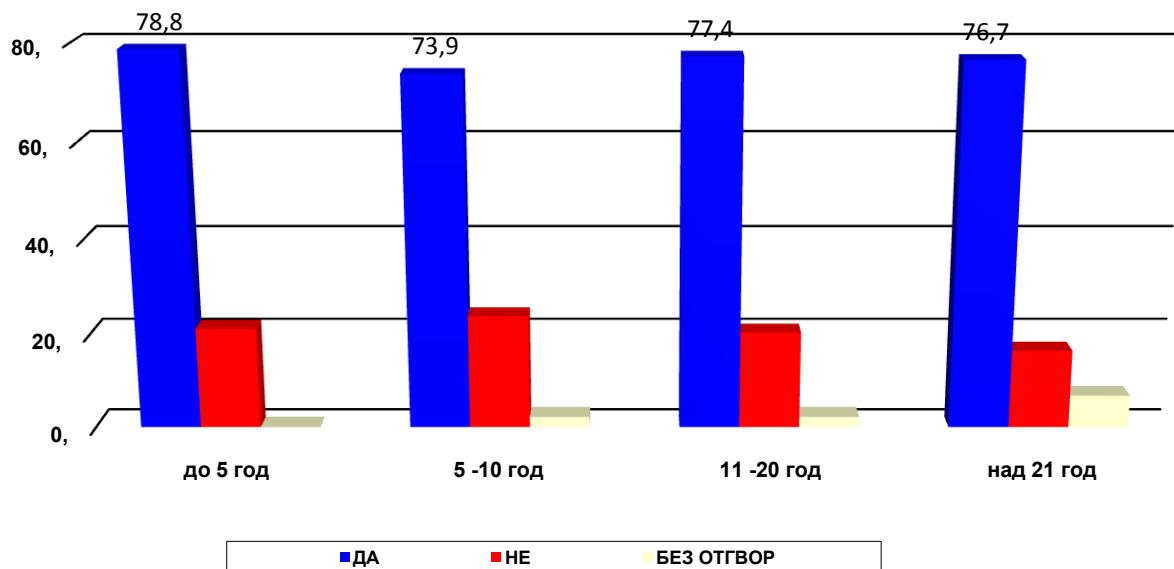
Таблица 8. Възможност за обособяване на сектор/отделение по едnodневна хирургия

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 %

Проучването показва, че проблемите в дейността на едно хирургично отделение водят до осъзнатата необходимост от създаването на структура за едnodневна хирургия. От таблица 3 се вижда, че около 85% от хирурзите в България смятат за реално и възможно създаването на отделения/сектори по едnodневна хирургия в тяхното лечебно заведение. При това няма значима разлика в отговорите в зависимост от практическия стаж и опитността на лекарите. Т.е. извършването на определени операции като едnodневна хирургия при селектирани болни не би довело до понижаване на качеството на услугата дори според хирурзите със стаж над 20 години, с натрупан оперативен опит и добре познаващи рисковете на намесите, въпреки очакването при тях по-консервативно мислене.

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, систематизирани във фигурата, показват почти равномерна готовност на 75,5% от хирурзите, независимо от трудовия им стаж, да участват в работата на отделение по едnodневна хирургия. При това във въпроса е загатнато само едно от условията (24 часа телефонна връзка с дежурен хирургичен екип), което обаче им дава достатъчна психологична сигурност при решаване на възможни усложнения.

Въпрос: По ваша преценка:

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

Таблица 9. 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 %

Подвъпросите засягат важни и дискутабилни моменти в организацията на работата и мотивацията на персонала. На практика оперативните намеси, извършвани в отделения по едnodневна хирургия, са същите, осъществявани в многодневен стационар. Безспорно обаче, отговорността е много по-висока. Липсва период на дълготрайно следоперативно наблюдение от няколко дни. Рискът от усложнения остава и срещу него гаранция няма. Следователно е необходима доказано много добра оперативна техника на оператора и висок процент на сигурност у самия него, че извършената намеса е качествена. Необходим е подбор на хирургични прийоми с по-висока сигурност и качество. Необходим е и избор на пациенти с премерен риск. Всичко това показва осъзнатата по-голяма отговорност у хирурга. При това отговорността се приема като по-сериозна от хирурзите с по-голям опит, по-дългогодишна практика и срещали се с повече „изненади“.

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

Таблица 10. 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. Този проблем обаче не се разглежда така от бюрократичните анализатори от НЗОК. За тях краткият престой на болния трябва да води до по-ниско заплащане на работата в едnodневна хирургия, без да отчитат, че хирургичната намеса е същата, консумативите са еквивалентни, а отговорността и ангажираността към пациента – по-високи. Финансовият бонус към хирургичния екип е обоснован от икономическата ефикасност на отделението. От таблица № 10 се очертава очакването на анкетираните хирурзи да получат по-високо заплащане за труд в едnodневна хирургия и това противоречие с НЗОК и администрацията трудно ще бъде преодоляно.(131, 296, 297)

Стандартизирането на работата в дневна хирургия във всички етапи е задължително условие за по-добрата организация, за снижаване на риска от пропуски, за гарантиране на сигурността на пациента и за подобряване на качеството на дейността.

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

Таблица 11. 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 %

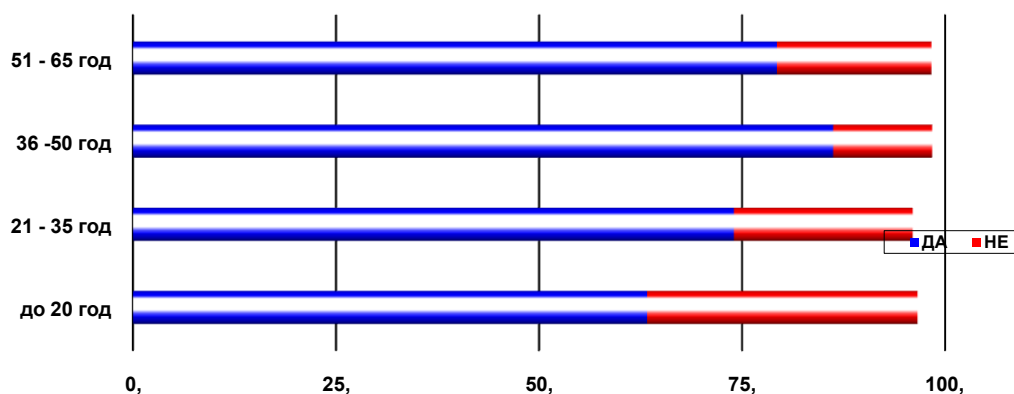
На практика това условие в отделението за дневна/еднодневната хирургия се решава с въвеждането на протоколи. Според нашето проучване лекарите отчитат като категорична необходимост наличието на такива клинични ръководства за селекция на пациентите, за обезболяване, за антибиотична интраоперативна профилактика и за изписване на болните (Табл. №11)

Б. Анкета за пациенти

От въпросите в анкетната карта към пациентите три въпроса са основни. Логично е, че преобладаващата част от болните биха искали предварително, поне в срок от две седмици, да бъдат уведомени за точния ден на постъпване и изписване от болницата. На тази база те могат да съобразят своите ангажименти, при това без непредвидено отлагане на интервенцията.(149)

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. Логично професионално най-активната възраст от 35 до 65 г. е с най-висок процент позитивен отговор Т.е. организираното планиране и осъществяване на еднодневната хирургия или т. нар. програмиране напълно отговаря на изискванията на пациента. (Фиг.2)

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 № 12. 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

Въпросът е с важна стойност за състоянието на здравната система в страната. Пациентите отбелязват срока в дни. Само 4-5% успяват да организират процедурите по хоспитализацията в желания кратък срок от 1 ден. Вероятно това е контингентът, който разчита на близки контакти с медицински персонал. Адекватният среден срок за комплексна подготовка показва, че за комуникацията с ОПЛ, с необходимите консултанти и за провеждане на евентуална медикаментозна подготовка са необходими и достатъчни между 5 и 9 дни при болестните единици, които са обект на лечение в отделения или клиники по висцерална,

респективно коремна хирургия. Впечатляващи обаче са максималните срокове за предоперативна подготовка, посочени от 5 до 10% от анкетираните. Проучването няма за цел да изяснява причините за подобна дългогодишна сага по протичане на лечението на хирургично болен пациент и да търси вината в пациентите, лекарите, населеното място или болницата. Самият факт за допускането на 20 до 90-дневно отлагане на необходимото лечение при част от болните е тревожен атестат за синхрона между елементите в здравната система.

Проучването показва една дългогодишна тенденция за твърде неясен процес на записване в „листи на чакащи“ и за планиране в оперативната програма, за необосновано удължен период на предоперативни консултации, за повтаряемост на изследвания и удължаване на времето на лечение. На практика в схемата на едnodневна хирургия предоперативните консултации и планирането отнемат на пациента максимум 2 до 4 дни, което допълнително повишава общата икономическа полза, без пациентът да се изключва дълго от активна работна среда. (130,181)

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

Таблица 13. 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

Въпросът е поставен в контекста на образованието на анкетираните. Може ли да се очаква по-изразена готовност за по-ранно

изписване, ако пациентът е по-образован? Контекстът е насочен преди всичко към по-високата здравна култура и по-широките възможности за ползване на общодостъпна информация (медицинска литература, интернет), които да повишат готовността и 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. Пациентите с по-ниска степен на образование очевидно са с по-ниска самоувереност, че биха се справили напълно без лекар при самонаблюдението след изписването. Разликата не е драстична. Немалка част от пациентите психологически все още не са подготвени да поемат споделена отговорност за състоянието си в ранния следоперативен период. Интересен е резултатът и по полово разпределение – жените по-рядко имат желание да се върнат вкъщи вечерта след операцията, независимо от наличието или не на придружител, защото няма кой да се грижи за тях. Пациентите от мъжки пол са по-убедени в грижата, която би им била оказана от придружителя. Необходимостта от обучение за наблюдение и грижа в следоперативния период е водеща, заедно със сигурността за наличие на 24-часов дежурен екип, който да поеме евентуална спешна консултация или запитване по телефона (97).

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 едnodневна хирургия, за да не се проточва над целесъобразния едноседмичен срок.

3. Структурата за осъществяване на едnodневна 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 едnodневна 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 едnodневна 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.

5.2. 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. Тези фактори бяха взети под внимание при планирането на отделение по едnodневна хирургия към УМБАЛ „Царица Йоанна - ИСУЛ“. В заданието към архитектурния проект бяха отбелязани следните моменти: а)

възможно териториално разположение на отделението, за да се облекчат връзките 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 прехожда 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.

При реализирането на проекта бяха взети предвид и двата варианта на взаимоотношения на отделението по едnodневна хирургия с болницата и с хирургичната клиника. Основните характеристики на тези два варианта на структурните форми на отделението по едnodневна хирургия според нашите виждания са представени в следващата таблица (17, 27, 30, 41, 54) :

Таблица № 14. Структурни форми на отделение по еднокдневна 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 (лекари – анестезиолози и хирурзи и съответен среден медицински персонал) от стационарните клинични звена на болницата (или на други болници), въз основа на регламентиранни (договорни) взаимоотношения между структурата за ЕХ и стационарните клинични структури.	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 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, както и самостоятелни санитарни възли, удобен бокс за лекуващата сестра в коридора пред болничните стаи, манипулационна и превързочна. Болничният стационар комуницира с административната част, която включва приемен болничен кабинет и обширно помещение за посрещане на цивилните пациенти и техните близки в близост до бюрото за регистриране на приема на пациенти. Регистратурата е оборудвана с телефонна и компютърна връзка с цялата останала болнична система, като функционира автономно и без смесване на потока с болничните пациенти. Тези помещения в изброената последователност са представени със снимков материал.







Териториалното обособяване на отделението по едnodневна хирургия позволи самостоятелен достъп на пациентите през източния вход на болницата, където бе осигурен паркинг, облекчаващ условията при постъпване на пациента и особено при неговото изписване с бърз и удобен достъп.

Териториалното развитие на отделението по едnodневна хирургия предопредели неговата пряка свързаност с Клиниката по хирургия по отношение на оперативната дейност, на използвания персонал, а в крайна сметка – и на характера на извършваните операции. Независимо, че отделението остана отворено да приема и допуска пациенти от други хирургически клиници на болницата, такава реална комуникация не се получи. Едва през 2015 г. в отделението бе даден достъп и за урологични пациенти, чието лечение е подходящо в условията на едnodневна хирургия. Следователно отделението е монодисциплинарно и за обслужване на пациенти преди всичко от областта на общата хирургия. То е интегрирано със структурата на болницата, както териториално, така и по отношение на всички обслужващи лечебната и диагностична дейност лаборатории и кабинети. Предварителните разчети позволяват дневно обслужване на най-малко 8 пациенти, т.е. за седмицата могат да бъдат оперирани до 40 души.

В екипа за проектиране бяха включени архитекти, инженери, трима хирурзи и две медицински сестри. В подготовката на този проект бяха съобразени изискванията за изграждане на самостоятелно обособена, но болнично свързана структура. Нашите проучвания показаха, че тази форма на организиране на дейността отговаря на най-добрите стандарти в клиничната работа в едnodневната хирургия, като осигурява висока безопасност за пациентите и много добра икономическа ефективност. (128, 273, 275, 310)

През месец март 2008 г. отделението започна да функционира.

Поради интегрираността на отделението в общата болнична структура имаме възможност да ползваме диагностичния арсенал на болницата –лаборатория, рентген, скенер. Изпратените за предоперативни изследвания пациенти от едnodневната хирургия се обслужват във всички диагностични структури с приоритет по нареждане на директора на болницата, при това – преди да са хоспитализирани. Подобна разпоредба е с изключителен принос към дейността и ритмичността на клиничната работа в отделението по едnodневна хирургия. От друга страна близките териториални връзки позволяват пълноценно ползване на болничната аптека, стерилизационната и пералнята. Това отменя необходимостта от допълнителни щатни назначения и инвестиция в апаратура. Поради краткотрайния престой на пациентите не ползваме кухненското болнично обслужване, а храна приемат в рамките на болничния престой само отделни болни. В индивидуалните препоръки към всеки пациент е обяснено предоперативно евентуално какви храни според неговите предпочитания е добре да подготви за периода на хранване. В пациентските боксове са инсталирани хладилници, в които съхранението е индивидуално и хигиенно издържано.

Следователно предимствата на създаденото отделение по едnodневна хирургия, което остава интегрирано 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, изисквайки съобразяване на активността и ритмичността на работата при операторите с операции в програмата и в двата типа операционни зали – на многодневния и на едnodневния стационар. Системната комуникация на отделението с останалите болнични звена доведе както до неговото популяризиране, така и до съобразяване на динамиката на работата на консултативните и помощните звена с неговата и до повишаване и на тяхната ефективност.

На етапа на интензифицирана и вече утвърдена работа отчитаме като пропуск в първоначалното проектиране липсата на втори консултативен кабинет или кабинет за обособена преданестезиологична консултация. Пространствените възможности ни принуждават консултациите с хирург и анестезиолог да протичат последователно в един кабинет, което не позволява едновременното поемане на пациенти и от двамата специалисти. След въвеждането и на short-stay surgery в същата организационна рамка, допълнително възникна и въпросът не само за клиничен, но и за апаратен мониторинг в първите часове след оперативната намеса, при работа в условията на short-track, т.е. без обособена зала за събуждане и прехвърляне на пациента от операционна зала директно към пациентската стая. Такива монитори бяха осигурени на по-късен етап с оглед развитието на тиреоидната хирургия. Оборудването е мобилно и при необходимост е на

разположение за всеки нуждаещ се пациент. Като трети пропуск в структурата отчитаме и наличието само на една превързочна зала. Поради твърде големия поток от пациенти понякога се налага по-дълго изчакване за контролна превръзка. В организационен план ще бъде въведен график за превръзките на оперирани пациенти, които да се извършват само от сестра и с контрол от хирурга при нужда.

5. 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 (39, 76):

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.

На базата на тези принципи и съобразено с международния опит, в отделението по едnodневна хирургия към Клиниката по хирургия на болницата бе създаден работен екип. Той включва: завеждащ отделение, старша сестра на отделението, регистратор, санитар. Всички останали лица от различни клинични нива са приходящи на базата на връзката на отделението с Клиниката по хирургия и с операционния блок.

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. Той е свързващото звено с ръководителя на Клиниката по хирургия и с директора на болницата, като обсъжда въпроси, свързани с потока на пациентите, с икономическата ефективност на работата в отделението и организационните взаимоотношения с други звена на клиниката по хирургия и на болницата. 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. Лечебният и учебният процес в отделението се съчетават пълноценно поради изявения интерес на студенти и стажант-лекари към работата в отделението. Поради това именно на неговата база е формиран студентски кръжок. (13, 74)

Хирурзите, 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. Развитието на отделението постепенно включи операции в областта на ендокринната хирургия, хирургията на млечната жлеза, пластично-реконструктивната хирургия. Това стана на базата на привличането на опитни хирурзи в тези специализирани области с национална и международна известност. Това доведе и до привличане на съответен контингент пациенти. Те имат поглед върху подбора на тази част от пациентите, чиято операция може да се извърши в обхвата на дневна или на 23-часова оперативна активност, докато тези болни, при които има изразена придружаваща патология или необходимост от предоперативна подготовка и удължено следоперативно наблюдение се насочват и хоспитализират в многодневния стационар. Хирургичният екип включва 1, 2 или 3 хирурзи според обема на операцията.

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. По негова препоръка могат да бъдат изисквани допълнителни консултации, да се провеждат допълнителни изследвания, както и евентуална подготовка (с ендокринологична, алергологична, кардиологична и друга насоченост). Анестезиологът осъществява кратък преглед в деня на хоспитализацията. В зависимост от очакваната продължителност на оперативната намеса се предвижда обемът на анестезията – локална, съчетание на локална с венозна, спинална или интубационна. (52, 188)

Анестезиологът има отношение към премедикацията, следоперативното наблюдение и обезболяването. Съвместно с хирурга се предвижда схема за обезболяване в рамките на пролежаването и в следващите дни след изписването на пациента. 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; изпълнява премедикация и следоперативно обезболяване; притежава диплома по мениджмънт по здравни грижи и висока компютърна грамотност. Координирано със старшата сестра на Операционния блок отговаря за включването в ежедневната работа на други сестри от операционния блок, които могат да гастролират в рамките на 1-2 дни, а могат да работят и в по-продължителен срок, за да придобиват те допълнителна квалификация. Старшата сестра на отделението контролира работата на координатора и операционния

санитар. В кръга на нейните отговорности се включват още изписването на медикаменти и консумативи за отделението по едnodневна хирургия, за операционния блок, както и превързочни материали. Съвместно с координатора тя осигурява работата по прегледи в приемния кабинет и по превързки на контролираните в следоперативния период пациенти. Ежедневната ѝ дейност се осъществява субординирано с ръководителя на отделението, но при необходимост има пряк контакт с ръководителя на клиниката и старшата сестра на клиниката. Поради това изборът на подобна сестра е свързан с нейните професионални умения, проведеното обучение и допълнителна квалификация, но се вземат предвид и качествата ѝ за работа в колектив, както и владееенето на чужд език.

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. На практика през изминалите години всички операционни сестри са преминали курс на обучение за спецификата и характера на работата в отделението по едnodневна хирургия. Това им дава възможност да се включат пълноценно не само като операционни сестри, но и да участват в следоперативното наблюдение. Без предварително обучение не се допуска включването в работата на отделението по едnodневна хирургия на новопостъпила сестра. Многопрофилната подготовка на ангажираните медицински сестри в работата на отделението по едnodневна хирургия се приема като задължително условие. Полагат се усилия за взаимна заменяемост и формиране на компетентен сестрински екип. (140, 216, 234)

В рамките на ежемесечния график на работата в отделението по едnodневна хирургия могат да бъдат включени 2,3 до 4 операционни сестри, както и 1 или две анестезиологични. Една от анестезиологичните сестри е трайно базирана в отделението, а другата е приходяща според

насищането на дневния график. По този начин се осигурява възможност за включване в оперативната програма на 150 до 180 пациенти на месец, които ползват осем пациентски легла и са оперирани в две операционни зали.

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. И тук е възприета постановката за многопрофилна подготовка, което позволява включването ѝ в цялостната работа на отделението. След осъществяване на процедурите по приемане на пациентите, включени в оперативната програма за деня, медицинската сестра-координатор участва в следоперативното наблюдение, извършването на контролни прегледи и превръзки, осъществява изписването на пациентите и връчването на инструктивни материали. Тя помага при обслужването на другите проблеми в отделението – лекарствоизписване, контакти с необходими консултанти, връзка с лекуващи хирурзи и анестезиолози. 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 въщи 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. Той се намира в непрекъсната връзка с операторите, анестезиолозите, старшата сестра на отделението и ръководителя на отделението. Координаторът на отделението по едnodневна хирургия извършва и документалното оформяне на

историите на заболяване съгласно изискванията на НЗОК. При необходимост във всеки момент той може да изиска от старшата сестра на отделението подкрепа в дневната работа, като друг кадър от полипрофилирания персонал се насочи към регистратурата и координацията. (17, 79)

В рамките на болницата е въведена информационна система. Поради това компютърната грамотност на целия медицински персонал е задължително изискване. Цялата информация по приемането на пациента е свързана с въвеждане на личните данни, на изследванията, на анамнезата и статуса, на извършените консултации. В рамките на престоя и лекарския, и сестринския персонал има задължението на въвежда допълнителна информация за следоперативното наблюдение, грижи и приложени медикаменти. Цялата организация на работата в отделението по едnodневна хирургия изисква ежедневна мобилизираност и поддържане на динамика и последователност на процесите. Когато това се превърне в стереотип, повишава личната удовлетвореност на персонала, неговата лична самооценка и самоувереност. Тези особености правят впечатление на пациентите, с които се поддържа ежедневен, близък контакт, осигурява се широк информираност, достъп и контакт с близки и придружители.

Обслужващите санитари в отделението по едnodневна 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. Всеки санитар е обучен да поеме при необходимост временно функциите на обслужваща сестра в зала. Те познават разположението на хирургичния инструментариум и материали, вида на шевния материал и на превързочния материал. При

нареждане от оператор или анестезиолог те не напускат операционна зала до извеждането на пациента от блока. Всички санитарни са с добри комуникативни способности и познават основните етапи от прехода на пациента от приема до изписването му, както и техните изпълнители. На всеки етап те могат да се явят като незаменимо помощно звено.

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

Критериите, възприети в отделението по еднокласна хирургия към УМБАЛ „Царица Йоанна” за хоспитализация на пациенти, подлежащи на анестезия и операция, са разделени на три групи (37, 40, 45, 76, 123, 193, 219):

I. Хирургични критерии

1. Планирани операции с продължителност до 60 – 90 минути.
2. Операции, които не причиняват нарушения в основни жизненоважни 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. Еднокласната 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 фамилна анамнеза за вродени и наследствени заболявания, създаващи риск по отношение на предстоящата анестезия и операция (малигнена хипертермия, миопатии, нарушена хемостаза, вроден диабет и др.).

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 ингвиноскротални дългогодишни хернии. Случаите на билатерална ингвинална херния не са

контраиндицирани за едnodневна хирургия, когато оперативната намеса се извършва с free-tension technique 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.

За разлика от стационарната хирургия, където водещо значение за оперативното лечение имат хирургичните индикации, то в едnodневната хирургия с определяща тежест е липсата на анестезиологични контраиндикации. В този смисъл основна задача на анестезиологичната консултация е да изключи пациентите, неподходящи за анестезия в едnodневната хирургия, да сведе до минимум отлаганията на планирани оперативни намеси чрез адекватна подготовка на пациентите, да позволи повече болни да бъдат обект на анестезия в условията на едnodневна хирургия чрез подходяща предоперативна подготовка (това се отнася за пациенти клас III по ASA с добре контролирана патология и

адаптирана терапия – пациенти с диабет, артериална хипертония, бронхиална астма и други).

Срещата на анестезиолога с насочения от хирурга пациент има за цел да потвърди или да установи основателна причина за лечението му в еднокласна хирургия. В нашето отделение консултиращите анестезиолози прилагат стандартния въпросник, който категоризира пациентите по ASA. Пациентите с клас I и II традиционно се приемат като подходящи за лечение в еднокласна хирургия. За 7-годишния период 14% от оперираните пациенти са били с ASA III и 1% с ASA IV. (табл. 15).

Таблица № 15. 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
ASA III	21	79	84	63	96	35	31	407
ASA IV	6	9	3	4	6	1	0	29
общо	181	466	556	617	652	603	531	3606

Заклучението на анестезиолога за тяхната модалност на лечение се поставя в хода на втората консултация, когато пациентът представя допълнителните медицински консултации и изследвания, изискани от него.

Следователно анестезиологът контактува първоначално с всички пациенти, на които представя стандартен въпросник. На базата на отговорите на въпросника той определя подходящите и допустими за анестезия в еднокласна хирургия пациенти. Тези хора се връщат при хирурга, който урежда съвместно с координатора или външен персонал

провеждането на изследвания и на назначената предоперативна подготовка. Тогава пациентът отново се явява пред анестезиолога, който прави заключителното становище и отлъчва групата на неподходящи за третиране по този начин. Останалите пациенти минават по административния ред за планиране на хирургическа намеса.

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

Таблица № 16. 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. От изминалата до момента практика се очертават две тенденции: 1) Броят на лекуваните пациенти с допуснатите диагнози претърпя постепенно повишаване след откриването на отделението; 2) Отделението по еднокласова хирургия придобива трайна тежест в годишния отчет, привличайки над 1/3 от хирургичните намеси, осъществявани в Клиниката по хирургия. Трябва да се подчертае, че капацитетните възможности на отделението не са изчерпани. От 2009 г. започна приемането на пациенти с тиреоидна патология и извършване на операции за доброкачествени злокачествени заболявания. Постепенно техният брой достигна 100 –

110 ежегодно. От 2010 г. се въведоха хирургически намеси при доброкачествени заболявания на млечната жлеза и на злокачествени тумори на кожа и подкожие.

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 еднокдневната 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, показваха изразена възбуденост, безпокойство и пълна дезориентация по време на тъмната част на денонощието. При тях се наблюдаваше един напълно нормален ранен следоперативен и следанестезиологичен възстановителен период. Раздвижени в светлата част на деня, захранени, адекватни, хемодинамично стабилни, обезболени по схема. Преценени като пациенти, които ще бъдат изписани на 23-я час от постъпването, те са наблюдавани от дежурната сестра. И в петте случая повиканият от дежурната сестра хирург, установява стабилни витални показатели, нормална диуреза, спокойна оперативна рана, нормални параклинични изследвания, които са били проведени по спешност при пациенти, които са дезориентирани за време и място и с ажитираност. Единият пациент настоятелно ползва санитарния възел в съседната болнична стая. Чрез допълнителната информация от неговите близки се установи, че такава е пространственото разположение на санитарните части в дома му. Един от тях е хоспитализиран в отделението поради насилствено сваляне на уретралния катетър и поява на краткотрайна хематурия. След овладяване на острите инциденти на възбуда с помощта на транквилант, останалите 4 пациенти бяха изписани в светлата част на деня на 23-я час от приемането им, като показателите им покриваха протокола за дехоспитализация, а болните бяха напълно ориентирани,

психологически спокойни и без ясен спомен за предходното си състояние.

Смятаме, че затруднения в условията на тъмнина визус, съчетан с нови обстоятелства, които очевидно излизат извън изградените навици на възрастните пациенти, компрометират тяхната способност за адаптация и съобразяване на настоящето им състояние. Нашият стремеж е да изписваме възрастните пациенти, оперирани под локална или локорегионална анестезия, в светлата част на деня или когато се предвижда престой за 23 часа да се отчита вероятността за ажитация и да се предвиди медикация с транквилант. В оперативната програма приоритет за възможно най-ранен час на намеса имат пациентите с възраст над 65 години при равни други условия. (118, 175,178, 180)

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.

Стремежът на екипа от хирурзи в Клиниката по хирургия и Отделението по еднодневна хирургия е непрекъснато разширяване на диагностичните индикации и прехвърляне на работни диагнози от болничния блок към еднодневната хирургия. Така в графата „други” 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 едnodневната хирургия при наличната техническа обезпеченост от ендоскопски сет, поради нарастващият брой от лапароскопски намеси върху колон и черен дроб в общия болничен блок.(292, 314, 320, 331)

5.5. Принципи на организация на работа в отделението

Работата в отделението по едnodневна хирургия изисква ясна и добре установена от практиката организация. Развитието на дейността в последователни крачки и етапи създава добра практика, която гарантира подробния преглед на пациента при няколко последователни срещи с медицинския персонал. Това предопределя извършването на всички изследвания и консултативни дейности, както и необходимата подготовка в етапа преди хоспитализацията. А това от своя страна снижава до минимум „фалшивите“ хоспитализации. Добрата организация се явява гаранция за гладкото протичане на дейността след хоспитализацията за качеството на медицинската дейност и отчитането на добри крайни резултати (37,45, 79, 52, 283, 310).

Пациентът се явява за консултация в УМБАЛ „Царица Йоанна” в плановия хирургичен кабинет в поликлиничната част или директно пред регистратурата на отделението по едnodневна хирургия. Той е насочен от общо практикуващия лекар, от хирурга или от специалиста в доболничната помощ или пристига по собствена инициатива.

Следователно първичният преглед може да е проведен извън болницата или да се изпълни в самата болница.

Първият преглед в отделението по едnodневна хирургия е задължителен етап, който не може да бъде отменен. В болницата е възприето първичният преглед да включва два задължителни и вече посочени контакта: а) с хирурга – за диагностициране на основното заболяване и изясняване на показанията за хирургична намеса. В този етап хирургът допуска и приема възможността лечението да се проведе в рамките на дневна или едnodневна хирургическа намеса. Провежда разговор с пациента и получава неговото принципно съгласие; б) с анестезиолога – който преглежда пациента и също допуска възможността лечението да се проведе в отделение по едnodневна хирургия, като прави начална оценка на анестезиологичния и оперативния риск.

Още при първичния преглед пациентът може да разполага с частичен или пълен комплект от необходимите изследвания. Тяхното наличие облекчава изводите на хирурга и анестезиолога. Ако такива липсват, е необходимо да бъдат назначени. Като необходими приемаме следния комплект лабораторни тестове: пълна кръвна картина, кръвна захар, серумен креатинин, aPTT/INR. При наличие да придружаваща патология може да бъдат изисквани допълнителни специфични лабораторни тестове, като например кръвнoзахарен профил, електролити, общ белтък и албумин, пълно изследване на урината и др. Лабораторните тестове са задължителни и при необходимост подлежат на прецизиране при: пациенти над 60-годишна възраст с артериална хипертония и/или сърдечно-съдово заболяване, при суспектна анемия; пациенти със захарен диабет; бъбречни заболявания, евентуално на терапия с диуретици; чернодробно заболяване с евентуална коагулопатия; пациенти на терапия с

антикоагуланти; пациенти със заболяване на дихателната система и/или дългогодишни пушачи. Задължителни за всеки пациент се приемат още наличието на електрокардиограма и осъществяването на рентгеноскопия, а при показания – на рентгенография на гръдния кош. 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 този минимален комплекс от лабораторни тестове и инструментални изследвания е приет като консенсусен протокол между анестезиолози и хирурзи и се отчита се като базов и задължителен.

На базата на анамнестичните данни или като резултат от проведените изследвания стават известни или са известни налични придружаващи заболявания. Това поражда необходимостта от предоперативни консултации с други специалисти: кардиолог, нефролог, пулмонолог, алерголог и др.

При втори или трети преглед в отделението по едnodневна хирургия, а още по-добре при общо практикуващия лекар, се преценява готовността на пациента за постъпване в отделението по едnodневна хирургия. Ако такава готовност липсва, се провежда предходно лечение или се назначава предоперативна подготовка.

Едва на този етап се провежда финална консултация, при която основна роля се пада на анестезиолога. Той преценява готовността на пациента за анестезия и прави окончателна оценка на оперативния риск. Когато отговорът е положителен, пациентът посещава хирурга, който уточнява срока за операцията. Оптималният срок, който приемаме в отделението по едnodневна хирургия, за валидност на изследванията и провеждането на евентуална предоперативна

подготовка е между 3 и 7 дни, тъй като е необходимо съобразяване с изискванията на НЗОК за седмичната актуалност на лабораторните тестове. При пациенти клас I по ASA се допуска преданестезиологичната консултация да бъде осъществена в деня на оперативната намеса. Разбира се, хирургът и анестезиологът трябва да познават добре критериите за селекция на пациентите, както и списъка на операциите, които сме приели за допустими в нашето отделение.

От позитивното заключение следват конкретни организационни действия. От една страна се определят конкретният ден и час на хирургическата намеса. От друга страна в бюро регистрация на отделението започва подготовка на медицинската документация – попълва се история на заболяването с всички необходими атрибути. Пациентът подписва всички формуляри за информирано съгласие, свързани с анестезия, операция и възможно използване на биологични продукти. По този начин за деня на операцията остава единствено формалното регистриране на Историята на заболяване в информационната система и бюро на болницата. Този формално изнесен в предхождащите дни цикъл на административни дейности свежда до минимум възможността подготовката на медицинската документация да бъде причина за отлагане или забавяне на операцията.

В определения за операция ден пациентът се явява след като е изпълнил предходните инструкции. Достатъчен е половин час за процедурата по приемане на болнично легло, така че в 8.00 часа пациентът да бъде готов да нов контакт с анестезиолога и 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 поредица от организационни документи и стандартни формуляри, които да регламентират добрата организация на работата и да облекчават електронното попълване на документацията и необходимите формуляри. Такива документи са:

- правилник за вътрешния ред и организацията на работата в отделението по едnodневна хирургия на УМБАЛ „Царица Йоанна - ИСУЛ”;

- 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.

На базата на проведените през седмицата контакти, разговори и прегледи с пациенти се определя оперативната програма за следващата седмица. Тя се докладва на общ лекарски колегиум. Оперативната програма отразява деня, последователността на операциите, името и възрастта на пациента, диагнозата и вида на очакваната хирургическа намеса, операционната зала, името на оператора. Наличието на подобна програма е своеобразна гаранция за спазване на последователността. Не се допуска извършването на хирургическа намеса в отделението по едnodневна хирургия на пациент, постъпил в многодневния стационар, което се базира на разбирането, че смесването на двата потока на практика унищожават предимствата на дневната/едnodневната хирургия.

Планираните операции и анестезии се разполагат в дневната програма така, че след проведената хирургична намеса да имат достатъчен срок за възстановяване и да могат да бъдат изписани в светлата част на деня. Ако хирургичната намеса е с по-сериозен обем, пациентът пренощува в отделението, а изписването се отлага за следващия ден в ранните сутрешни часове. В този смисъл е логично първи в програмата да са пациентите с най-голяма очаквана продължителност на операцията, пациенти с придружаваща патология и по-лабилни психични реакции или болни, подлежащи на изписване в същия ден.

Все пак седмичната програма подлежи на динамична промяна, тъй като възникват причини, които осуетяват хоспитализацията на пациента в определеното време. 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 (152):

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.

С цел свеждане до минимум на отменянето на намеси по социални причини информацията на пациента за предоперативните му ангажименти се поднася на три нива: от хирург, от анестезиолог и от координатор. Всеки пациент е уведомен, че в случай на отказ от оперативното лечение, може да го направи безпрепятствено не по-късно от 24 часа преди планираната дата. За целта се предоставя в писмен вид телефон за контакт с регистратурата на отделението по едnodневна хирургия и с координатора. Въпреки това социалните причини за анулиране в програмата остават водещи. 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. Пациентите, при които предоперативната подготовка е свързана с преход към

нискомолекулярни хепарини като заместител на друг антикоагулант, преминават на допълнително лабораторно изследване преди и в деня на операцията. 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 (106, 117, 242).

Като втора клинична причина за промяна в датата на операцията се нареждат интеркурентно настъпила инфекция на дихателните пътища или неизяснен фебрилитет – 9 болни. Тези пациенти се пренасочват по предписание на лекуващия хирург или анестезиолог към допълнителна консултация с УНГ-специалист, пулмолог, инфекционист. 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 оперативна 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. Поради това в нашите писмени указания предоперативно изрично включваме уточняването „приемете нормалните си сутрешна доза медикаменти с малко количество вода”. При двама от пациентите хипертоничният пристъп се дължи на емоционална лабилност, а премедикацията бе напълно достатъчна за стабилизиране на артериалното налягане (330).

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. В тези случаи следващите планирани пациенти се препрограмират според тяхното желание, във възможно най-кратък срок, без да се причинява нарушаване на оперативната програма за оставащите дни от седмицата. В основния процент от случаите тези пациенти предпочитат да се приберат къщи и да бъдат оперирани на следващия ден. Технически това е напълно допустимо и се реализира с анулиране на номера на Историята на заболяването. Случаите със забавяне на пациент за операционна зала са свързани и с въвеждането и обучаването на нов персонал – сестри и санитарни. Това не е довело до отлагане на операция, а до удължаване на работното време. Като възможен фактор за анулиране на операция от програмата в еднокласна 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. Подборът на премедикацията се извършва по преценка на анестезиолога и се модифицира в зависимост от придружаващата патология. При психическа лабилност и емоционална нестабилност на пациента се използва атакс 50 мг или по-ниски дози дормикум. Така премедикараните пациенти се въвеждат в операционната зала на транспортър, а тези без – на собствен ход. Санитарят, заедно със сестра от отделението, настаняват пациента в операционната зала и информират операционната и анестезиологичната сестри относно извършената предоперативна подготовка и индивидуални особености при болния (метални плаки, преживян хепатит и др.). Експедитивното

постъпване и обработване на пациента натоварва с отговорност всеки от екипа за съобщаването на точна и пълна информация, касаеща състоянието на болния.

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.

Изборът на анестезия става на база на принципите, възприети с националния стандарт за анестезиология и лечение. 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. Използването на спинална и локална анестезия от друга страна е приоритет при пациенти с хернии, кожни и подкожни тумори, пилонидална киста. Все пак подборът на анестезията след съгласуване с хирурга е в домена на анестезиолога. Видът на използваните анестезии представяме в следващата таблица:

Таблица № 17. 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. Мотивите за това изхождат от данните от международния опит за fast track

подхода в следанестезиологичния период както и дългогодишния опит на анестезиолозите. Оперираните 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 (85, 87, 160, 285):

Таблица № 18. 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>

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

Следанестезионното възстановяване и възстановяването от оперативната намеса има ключово значение за ефективността на отделението за едnodневна хирургия. Възстановяването от анестезия е непрекъснат процес, който трябва да завърши с констатирането на нормални соматични и психични функции на пациента. В този период са възможни нежелани ефекти. При това следанестезионните и следоперативните оплаквания не се различават по своята характеристика от тези, които се регистрират в стационарната хирургия. Както вече бе отбелязано основни проблеми за отделенията по едnodневна хирургия представляват следоперативната болка и следоперативното и следанестезионно гадене и повръщане.

Болката е събитие, с което хирургът се сблъсква постоянно в своето ежедневие. Докато предоперативната болка е симптом на много хирургични страдания, следоперативната болка обикновено е свързана с хирургичната намеса. Независимо от характеристиката на самата болка, за следоперативно повлияване могат да се използват няколко

групи лекарства, които са намерили приложение и в практиката на отделението по едnodневна хирургия. Това са (14, 47, 50, 83, 110,127, 159, 161, 165, 166, 182, 198, 211, 213, 215) :

- аналгетици (ацетизал, аналгин, парацетамол и др.);
- нестероидни противовъзпалителни средства (ибупрофен, диклофенак, напроксен, кеторолаг, династат и др.);
- опиоидни препарати (кодеин, диацетил морфин, дихидрокодеин, фентанил, метадон, морфин, лидол, трамадол и др.). За разлика от стационарната хирургия тези препарати се прилагат рядко в едnodневната.

Изборът на аналгетик и на схема за обезболяване е съвместна задача на анестезиолога и хирурга. Приносът на хирурга е да определи обема на операцията, засягането само на телесните обвивки или на влизане в телесни кухни, както и за преценка на прага на поносимост на пациента към болката. Обезболяването е задължителна процедура, независимо от продължителността и вида на хирургичната намеса или на условията, при които е извършена. В рамките на едnodневната хирургия тя има доболничен етап и обезболяване в домашни условия. В отделението по едnodневна 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

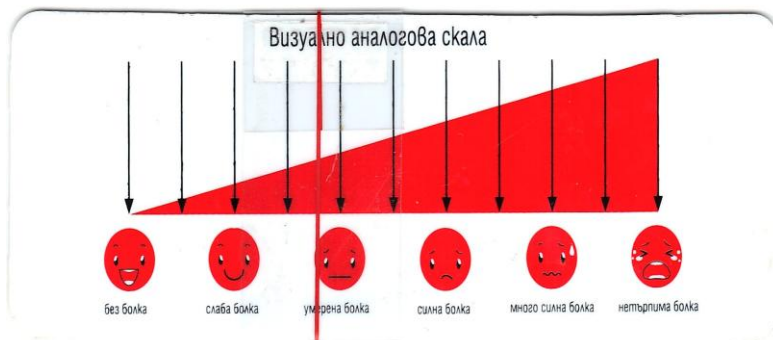


Таблица № 19. За отчитане на болката при пациент в отделениято по еднокдневна хирургия

Схема на обезболяване N / номер на протокола/								
Час след операцията	1h	2h	3h	4 h	5h	6 h	7h	8h
Ниво на болката по VAS Отбелязва се приложен медикамент + доза								
Пациентът съобщава сам за болка Отбелязва се приложен медикамент + доза								
*Забележки:								
Пациентът се изписва с дадена схема за обезболяване N								

Таблица № 20. 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 отделението	1. На 6-я час след операцията 1фл. Perfalgan 2. При поява на болка в този период 1 амп. Analgin	1. На 6-я час след операцията 1фл. Perfalgan 2. При поява на болка в този период 1/2 амп. Lydol	1. Преди изписване 1фл. Dinastat 2. При поява на болка в този период 1 амп. Tramadol

Таблица № 21. Примерна прескрипция за обезболяване в следоперативния период.

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

Очакваната болка е тревожен момент за пациента. Тя определя отношението му към хирурга, към отделението, към лечението. Споменът за силна и неовладяна болка може да заличи всички успехи в организацията и провеждането на лечението и да промени отношението към благоприятните условия за провеждане. Съществено място заема информираността на пациента за очакваната болка при операцията и след нея, за това кое би могло да се приеме за нормално, как ще се овладява тази болка в условията на отделението и след изписването.

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. Практически пациентите напускат болничните стаи в 7.30 часа в деня след постъпването им, за да се освободи постъпването на новия поток от болни. При изписването им, дежурната сестра прилага скалата на Marchall-Chung и вписва скората. Нейно задължение е и смяната на превръзката на оперативната рана в присъствието на оператора. В компетенциите и задълженията на оператора са: разясняването на

хигиенно-диетичния режим, разясняването на евентуални спешни състояния, които да наложат спешна консултация с дежурните хирурзи на оставения телефон, обучението в грижата за оперативната рана и общото състояние на пациента. При тази заключителна консултация хирургът е длъжен да уточни кой и кога ще направи контролните прегледи. Всички пациенти, които нямат възможност да се явят на контролен преглед в отделението получават и личен контакт с оператора, който да предоставят на наблюдаващият ги лекар на първата и следващите контролни превръзки. Пакетът документи, които пациентът получава в писмен вид от координатора съдържат (207, 216, 227, 260, 321) :

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, която е представена по-долу. При нея се използва кумулативна оценка от 5 важни критерии, като се изисква оценка най-малко 9 при максимална 10, за да се приеме, че пациентът може безопасно за бъде изписан след проведена анестезия и операция в отделение за еднокдневна хирургия. В тази скала не са включени изисквания да се възстанови спонтанната микция на пациента и пероралния прием на течности. Смята се, че изпълнението специално на тези критерии, залегнали в оригиналната

скала на автора, удължават ненужно периода на следанестезионно наблюдение (59, 62, 207,160) .

Таблица № 22. Модифицирана скала на F.Chung (Postanesthesia Discharge Scoring System -PADSS) за оценка на готовността за изписване след анестезия и операция в еднокдневната 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>
<p>Гадене и/или повръщане</p> <ul style="list-style-type: none"> • Минимални • Умерени, изискващи лечение • Изразени, персистиращи след медикация 	<p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>
<p>Следоперативна болка</p> <ul style="list-style-type: none"> • Няма или минимална, приемлива за пациента (оценка по VAS=0-3) • Умерена, купира се с медикация per os (оценка по VAS=4-6) • Силна, изискваща парентерална медикация (оценка по VAS =7-10) 	<p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>
<p>Хирургично кървене</p> <ul style="list-style-type: none"> • Няма или минимално, не налага смяна на превръзка • Умерено, до две смени на превръзка • Изразено, налага повече от две смени на превръзка 	<p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>

Следоперативния хирургичен контрол също подлежи на стандартизиране. В условията на отделението за еднокдневна хирургия наблюдението се осъществява от медицинския персонал – лекари и медицински сестри. В домашни условия наблюдението трябва да продължава под контрола на общопрактикуващия лекар. Поради това е правилно стационарът да поддържа връзка с общо практикуващите лекари. За да се избегнат пропуски в следоперативното наблюдение се използва стандартна таблица, на която операторът маркира дали изисква допълнително или задължително проследяване на тези показатели.

Протокол за следоперативно проследяване на пациент в отделението по еднокдневна хирургия

ПОКАЗАТЕЛ	ВРЕМЕ СЛЕД ОПЕРАЦИЯТА	2Н	4Н	6Н	8Н
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				

- В отделението по еднокласова хирургия не се извършва стандартно следоперативно изследване на кръвна картина, йонограма, урея и креатинин. Пациентите с диабет са обучени и следоперативно сами да тестват кръвната захар си нива. 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 в рамките на 2, 3 часа следоперативно, а при останалите пациенти апаратен мониторинг в стаята се извършва само при показания, прецизирани от анестезиолог.

В отделението е възприето към общо практикуващия 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. Сътрудничество с общо практикуващите лекари е необходимо както за самото отделение, така и в полза на здравето и безопасността на оперирани пациенти. Поради това то е отворено за посещение на ОПЛ на оперирания пациент, а и в нашата практика няколкократно са провеждани „отворени врати“ за общо практикуващи лекари (фиг. № 4).

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 Едnodневна 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;
 - да сключвате брак.
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 собственоръчно)

.....

.....

Дата:

Име / Подпис

Копие от този формуляр се запазва в отделениято 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 отделениято. 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 отделениято 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.....

Показател			Коментар
Скор по скалата на Marchall Chung			
Има придружител	да	не	
Има телефонна връзка	да	не	
Разстояние в минути до дома + адрес			
Дадена писмена информация за следоперативен период	за операция.....		
Дадена терапия			

Назначен контролен преглед		
Даден телефон за спешна връзка	02 / 9432 461	

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.

5.6. СПЕЦИФИКА НА ХИРУРГИЧНИТЕ ДЕЙНОСТИ В ОТДЕЛЕНИЕТО ПО ЕДНОДНЕВНА ХИРУРГИЯ.

Въпреки че приложението на едnodневните операции започва в областта на детската хирургия, най-масово навлизат принципите за краткосрочно третиране в общата и коремната хирургия. Подборът на болните се подчинява на общите принципи. Трябва да липсват общи противопоказания от рода на тежко сърдечно или белодробно заболяване, нарушения в хемокоагулацията. Както вече беше подчертано, възрастта не е задължително ограничение и на операции се подлагат пациенти на 70, 80 и повече години. Принципите на предоперативен преглед и подготовка и на следоперативно наблюдение се подчиняват на общите постановки. По-особено внимание се обръща на проблема с болката. Тя е по-слаба и овладима предимно с перорални средства при операции върху млечната и щитовидната жлеза и при тумори на кожата и подкожието. По-изразена е при пластични хирургични намеси, особено в областта на лицето, както и при операции за хернии на предната коремна стена. Особено при последните представлява проблем възстановяването на перисталтиката, а апликацията на болкоуспокояващи е по-дългосрочна. Още по-сериозна е болката при хирургични намеси в областта на ануса.

Другият специфичен и вече посочен проблем при коремни хирургични операции е наличието на гадене и повръщане. Той е почти закономерно присъстващ при лапароскопски операции. Изразена е зависимостта с избраната анестезия. Често едновременно с аналгетици се налага да прилагаме антиеметици.

Различна е готовността на пациентите за раздвижване след операции от общата и от коремната хирургия. Придържаме се към правилото за ранно раздвижване на пациента след първите 5-6 часа, когато отпадат възраженията от страна на анестезиолога.

Следоперативният контрол е важен не само в първите 23 часа, но и за следващите 2 – 3 денонощия. Поради това важно място заемат както изпълнението на социалните критерии, така и психологическата нагласа и готовност на пациента да понесе намеса в условията на дневна хирургия, да прояви готовност за ранно раздвижване, да преодолее психологическия натиск от следоперативната болка.

Възприетите в световната литература болестни единици, при които е допустимо използването на дневна/еднодневна хирургия, са: ингвинална, феморална, епигастрална и пъпна херния, недостигнали голям обем; неголяма следоперативна инцизионна (вентрална) херния; диафрагмална херния; лапароскопска холецистектомия; рядко апендектомия; ексцизия на пиларна киста. В областта на проктологията еднодневно третиране се допуска при избрани пациенти с хемороидална болест и недълбока анална фистула, а по-широко – при анална фисура. В съображение влиза и изпълнението на диагностична лапароскопия. Всички посочени хирургически намеси се изпълняват в рамките на дневна/еднодневна хирургия при прецизирани показания и подбор на болните. Както бе посочено обаче поради липсата на техническо оборудване лапароскопските еднодневни намеси се извършват в операционна зала на многодневния стационар. За сметка на това широко пробиха операциите върху млечната и щитовидната жлеза, при доброкачествени и злокачествени тумори на кожа и подкожие. Представяме някои особености при третирането на пациенти с посочените болестни единици в следващия текст.

За периода от 7 години в отделението по еднодневна 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 Еднодневна 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 technique 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. Проследяването в годините показва тенденция за превалиране и трайно налагане на free-tension техниката като предпочитан метод на лечение на хернията, като през 2014 година 99% от всички пациенти с ингвинална херния и херния на предна коремна стена са оперирани с поставяне на платно. Средната продължителност на оперативното време е 65 min (40 – 90 min). Фиксирането на платното е над фасция трансверзалис, съответно преперитонеално при евентрациите. Използват се прекъснат или продължителен шев с нерезорбируем монофиламентен конец 2/0. От 937 пациенти с ингвинална херния, средна възраст 53,5 г. (24 – 83 г.) , 74% са оперирани под спинална анестезия, 22 % под обща интубационна анестезия и 4% под локална анестезия с лидокаин 1 %. Епилацията на оперативната зона става не по-рано от 1 час преди операцията с индивидуален пациентски набор. При всички пациенти се извършва периоперативна антибиотична профилактика с 2g Ceftriaxon iv. Не се извършва стандартна уретрална катетъризация. При 8% от болните със спинална анестезия след херниопластика се наложи временна катетъризация за евакуация на урината. Няма регистрирани случаи на инфекция на пикочните пътища. Един пациент (83 г.) с пластика по повод sliding hernia в дясно, извършена под спинална анестезия, е трансфериран поради насилствено сваляне на уретралния катетър и краткотрайна хематурия, без трайни последствия при последяването. Един пациент е с трансфер по повод на хематом. В следоперативния период пациентите поддържат тежест в областта на

оперативната намеса в рамките на 2-3 часа. Раздвижването е в зависимост от прескрипцията на анестезиолога. 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. Прескрипцията за амбулаторна аналгезия включва аналгин или НСПВ, съчетано с PPI за 3 дни. Прескрипцията на НСПВ е само след негативна анамнеза за гастрит и язвена болест. (23, 80, 83, 90, 91, 92, 112, 113, 127,132, 148, 169, 170, 175, 184, 185, 232, 244, 249)

За проучвания период от 2008 – 2014 г. в Отделението по еднокдневна 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. Един пациент с MM в областта на скалпа, при който е приложен методът на дирижирана цикатризация, е с двукратна реексцизия на границите на сигурност, и втори с MM в областта на мастоидеуса – за еднократна реексцизия. Няма случаи на реексцизия и позитивни граници на сигурност при пациентите със злокачествени лезии в областта на тялото. При един пациент с MM в областта на дорзалната повърхност на китката е извършена двукратна реексцизия и при една пациентка с MM в областта на петата – еднократна реексцизия. В последните два случая пациентите са ексцизирани без провеждане на пластика и са лекувани по метода на дирижирана цикатризация. Това улеснява провеждането на реексцизия след

получаването на трайния хистологичен препарат до чисти резекционни линии.

На този етап ние нямаме възможност за провеждане на Mohs surgery, въпреки подготвеността на хирурзите и наличното оборудване, поради ограничените времеви възможности на патолозите.

Всички пациенти независимо от вида на анестезията са с поставена интравенозна инфузия периперативно. Всички пациенти с диабет подлежат на периперативна 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. Стандартна схема за контролен преглед и смяна на превръзката е на 3, 6 и 10-ти следоперативен ден. 93% от

пациентите с операции в областта на лицето съобщават, че предписаните НСПВ са вземани само поради наличната прескрипция, без да съобщават за налична болка или при минимално усещане на болка. 7 % не са приемали назначената терапия поради пълно отсъствие на болка. При пациентите с лезия в областта на тялото амбулаторното обезболяване е било наложително най-често при такива с операции в областта на дорзум. При тях медикацията е с аналгин или НСПВ според прескрипцията на лекуващия хирург. Само един пациент (82 г.) с назолабиално ламбо 8 x 3 см за реконструкция на латералната стена на носа, след ексцизия на BCC T2N0M0 под локално асистирана анестезия е хоспитализиран в отделението по хирургия на 23-я час поради 5 мл хематом в областта на дисекцията на ламбото след несъзнателно премахване на компресивната превръзка. Един пациент с широка ексцизия на лезия в лява темпорална област, оставена на дирижирана цикатризация, е реопериран в рамките на 48 ч. поради кървене от клон на а. темпоралис суперфициалис. Инфекция на оперативната рана е наблюдавана общо при 12 (1,4 %) болни, четирима от тях са с придружаващо заболяване диабет (88, 119).

От края на 2010 г. в оперативната програма на отделението по едnodневна хирургия традиционно навлизат всички доброкачествени заболявания на млечната жлеза. Водещият хирург е с най-високо ниво на тясна специализация в патологията на млечната жлеза и осигурява среден поток от пациенти, възлизащ на около 14 % от общия поток болни годишно. 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. 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.

Хистологичната находка при този контингент пациенти е 258 (64,8%) фиброаденома гл.маме, 55 (13,8%) мастопатия, 36 (9%) фиброзис, 3 (0,8%) дуктектазия, 40 (10%) киста / кистопапилома, 6 (1,5%) гинекомастия, липоматозис. 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 венозна анестезия или МАС на 23-я час. Контролните превръзки са на 3, 6, 9-ти следоперативен ден. При един пациент с операция по повод едностранна гинекомастия, извършена под обща анестезия имаме БТЕ , завършила летално. Анализът на клиничните и оперативните рискови фактори показва, че това усложнение е било непредвидимо при пациент на възраст 25 години, с нормални параклинични изследвания, без клинични, ЕКГ или анамнестични данни за ССЗ, анестезиологичен клас ASA I и при времетраене на оперативната намеса под два часа, с раздвижване на 3 следоперативен час. При един пациент е извършена ревизия с хемостаза на 4-я следоперативен час, като е изписан на 23-я час от приема си. Няма случаи със супурация на оперативната рана при операциите на млечната жлеза. Периоперативната профилактика с

антибиотик следва стандартната ни индикация за еднокдневна хирургия – пациенти с диабет или нарушен глюкозен толеранс (53, 54, 63, 77,107,123, 13,203, 281, 311, 318) .

От 2009 година в отделението по еднокдневна 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 тиреоидеята. Селекцията на тези пациенти следва социалните и медицинските критериите за намеса в еднокдневната 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. При всички пациенти предоперативно е проведен разширен диагностичен пакет, включващ задължително хормонален статус и ехография. Пациентите с карцином на тиреоидеята са с хистологично верифицирана диагноза чрез перкутанна биопсия и образно стадиране с MRI. Доброкачествената патология включва нодозна струма, Базедова болест. Най-високият стадий карцином на тиреоидеята, опериран в отделението, е T3N1Mx. 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.parathy. – 20 пациента.

Таблица № 23. Операции от областта на тиреоидната хирургия в short – stay surgery

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 хемитиреоидектомия и 6 – лобектомия. Едномоментна автотрансплантация на паратиреоидни жлези е направена при пет пациента с лобектомия и при четири с хемитиреоидектомия. 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. При 23 пациенти интраоперативното лигиране на съдове е с използването на biclamp техника. При 100 % от тях няма данни за следоперативно кървене и/ или хематом. При пациентите със стандартна оперативна техника на лигиране и каутеризация са регистрирани 2 случая с подкожен

хематом, който е наложил оперативна ревизия на 5-6 час следоперативно.

Средното оперативно време е 120 min (60 – 180 min.) с участието на един асистент и една операционна сестра. Изключителна прецизност в хирургичната техника се прилага при невролизата на рекурентите и при хемостазата и проверка на хемостазата. На практика тези намеси протичат без кръвозагуба. Възстановяването на оперативната рана е послойно и завършва със субдермален резорбируем шев 4/0. При 12 пациента – 3,3 % е извършен супрацервикален блок. Обемът на намесата при тях е лобектомия. Останалите 96,7% пациенти са оперирани с обща анестезия. Всички пациенти са изведени от операционния блок по схемата на fast-tracking. В пациентския бокс тези пациенти се мониторират в първите 12 часа следоперативно, като в първите 2 часа в стаята има индивидуален гард от медицинска сестра. При пациентите с тиреоидна патология не се извършват рутинно следоперативни лабораторни изследвания. Индикациите за следоперативно лабораторно проследяване се определят от оператора и/или анестезиолога и не превишават 3% от оперираните пациенти. При пациентите с паратиреоидна патология се проследява йонограма и нивото на йонизирания калций.

Двама пациенти с ASA IV поради бъбречна недостатъчност и един резекция на в. югуларис интерна са изведени за 24-часов мониторинг в централна реанимация, като са дехоспитализирани на 72-я час от приема им. Двама пациенти са с ревизия на 6-тия следоперативен час поради малък субдермален хематом (до 5мл) в областта на оперативната рана, без данни за дихателна или циркулаторна недостатъчност. При 9 (2,8%) пациенти е регистрирана хипертонична криза след 7-я следоперативен час, овладяна медикаментозно, без данни за резистентност. Няма случаи на

тиреотоксична криза. Няма случаи на парализа на рекуренсите. Един пациент с паратиреоидектомия е регистриран с прояви на хипокалциемична криза, овладяна своевременно, без усложнения.

Двама пациенти са със супурация на оперативната рана, която не е налагала оперативна ревизия и е третирана амбулаторно с превръзки и антибиотична защита.(64, 93, 138, 143,194, 195, 230, 326)

За седем годишен период в отделението по едnodневна 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. Сравнително пониският процент на стаплер хемороидектомията свързваме с високата цена към пациента на използвания консуматив на фона на по-леко техническо изпълнение на оперативната намеса. 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. В случаите на необходимост от по-висок контрол на хемостазата с тампонадата се въвеждат и две гъбки Gelaspon. Контролът на болката при тези пациенти е традиционно труден. 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 течна-кашава диета за период от 9 дни.

В амбулаторната прескрипция на тези пациенти се включва аналгетик и антисептични бани с разтвор на смрадлика трикратно до 10-я следоперативен ден. Един пациент е трансфериран в ранния следоперативен период поради кървене от оперативната рана. Хоспитализацията е била за 3 дни в клиниката по хирургия с динамично наблюдение и контрол на Хг. Не е извършвана хемотрансфузия. Един пациент също е рехоспитализиран на 24-я час след изписването с анамнеза за рецидивиращо кървене от оперативната рана. При него също не се е наложила оперативна ревизия, консервативната терапия с вливания и кръвоспиращи показва достатъчен контрол, без необходимост и от хемотрасфузия.

В нашето проучване ние не успяхме да намерим корелация между прилагането на Flaugl 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.(21, 99, 109, 110,120,145, 164, 176, 177, 222, 253, 304)

На този фон за 7 години през отделението са преминали 181 пациенти с остра анална фисура. Възрастовата граница е от 24 – 68 години. Тази оперативна диагноза е с единствено разрешен спешен прием в еднокдневната хирургия. При всички пациенти е извършена спинална анестезия след стандартна предоперативна подготовка и изследвания. При 132 от тях е проведена проста анална дилатация и при 49 е извършена ексцизия или кюретаж след аналната дилатация. Изписването на пациентите е на 23 час във връзка със спиналната анестезия. Аналгезията е била провеждана с Lydol 1 amp на 12 час. При сравняване на болковата скала следоперативно между проста анална дилатация и ексцизия / кюретаж с дилатация не се установява значима разлика и средната стойност по VAS при двете групи е 3,5 (2- 5). При проследяването на контролни прегледи се отчита, че при 4 пациенти

ефектът на аналната дилатация е незадоволителен, при 26 – с умерен ефект и съответно 154 с много добър ефект. Оценяването на ефекта е чрез субективната преценка на пациентите за болка – съответно наличие на силна болка, наличие на поносима болка и липса на болка при акта на дефекация. При цитираните 26 болни лечението е продължено консервативно до отзвучаване на симптоматиката. Един пациент с изразен болкови синдром и 8 по VAS е направен трансфер в рамките на 23 час, при останалите трима пациенти с незадоволителен ефект – процедурата е допълнена след рехоспитализация с редилатация на 10 ден след консервативно лечение.

В следоперативните указания към пациента се включват - течно – кашава диета, антисептични бани, двигателен режим, ендоректални мазеви супозитории, аналгезия от първо ниво – аналгин + спазмолитик. Няма регистриран прием на аналгетик от второ ниво – опиоид. При този контингент хирургично болни нямаме случаи на интрапоретивно и следоперативно прилагане на метронидазол.(177, 208, 304)

Пациентите с анална фистула изискват прецизна предоперативна диагностика и локализация на вътрешния фистулен ход. Подходящи за едnodневна хирургия се оказват пациентите с фистула, при която може да се предвиди проста ексцизия на хода. При пациентите със с транссфинктерни и супрасфинктерни фистули, при които ние прилагаме традиционно метода на Thomas – Jonescou, са с много труден контрол на следоперативната болка и етапни хирургични манипулации в следоперативния период. Това е мотив да се контраиндицират за едnodневна хирургия и да се хоспитализират. От друга страна при настоящите условия за извънболнично обслужване на пациентите, болнично проведената предоперативната ректоскопия се оказва достъпен и по-бърз метод за диагностициране на пациентите. При тези обстоятелства голяма част от пациентите, дори и с инфрасфинктерни и

субмукозни фистули, попадат за операция в хоспиталната хирургия. За периода от 7 години в ЕХ по повод перианална фистула са лекувани 5 болни. При всички фистулата е била инфрасфинктерна, ясно верифицирана с помощта на топчеста сонда. Извършена е проста електроексцизия.

Освен хемороидите и фисурите в групата на заболявания на перианалното пространство като оперативна диагноза сме включили пилонидална киста. Всички случаи на инфектирана киста или обострен перианален абсцес са контраиндицирани за прием в едnodневна хирургия. Тези пациенти подлежат на хоспитализация. Според правилата на едnodневната хирургия септичните намеси не следва да бъдат третирани в операционните зали на отделението. Антисептичната обработка на помещенията и инструментариума води до сериозно нарушаване на потока и оперативната програма. Според правилата на асептиката и антисептиката тези пациенти подлежат на лечение в обособени септични зали, които са част от операционния блок на съответната болница. Техният период на пролежаване може да бъде в рамките на 23 до 72 часа, но те са част от хоспиталния поток пациенти.

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 периоперативна антибиотична профилактика с Ceftriaxon 2g. В сравнение с пациентите, оперирани по повод хемороиди или фисура, контролът на болката при тези с пилонидална киста е по-лесно

осъществим и стойностите по ВАС са средно 2 след прилагане на аналгин или дексофен в комбинация с еднократна мускулна апликация на лидол. Всички пациенти са изписани на 23-я час от приема им. 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. Остава висок процентът при този тип патология, при която полуотвореният метод поради отпускане на оперативните лигатури се превръща в отворен – около 21 пациенти (24%). Тяхното лечение продължава в амбулаторни условия на принципа на дирижираната цикатризация. Ние търсим алтернативна техника в литературата и при един пациент се извърши реконструкция с локално ламбо и на практика реализиране на затворен метод на лечение. Естетичният и функционалният резултат са много добри. Нямаме голяма серия от тази техника, но от гледна точка на едnodневната хирургия отчитаме като недостатък необходимостта от поставянето на дренаж за последователен следоперативен лаваж и аериране на раневата зона, който да бъде задържан поне 72 часа. Ние нямаме утвърдена практика за обучение на пациентите в обслужването на поставени дренажи и се въздържаме от техники, които налагат неизбежно поставянето им. (208, 244)

5.7. УСЛОЖНЕНИЯ, ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ В МНОГОДНЕВЕН СТАЦИОНАР, РЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Всеки пациент, обект на операция в едnodневна хирургия, подлежи на хоспитализация. В зависимост от предоперативната преценка, от

диагнозата и придружаващите заболявания, от преценката на оператора и анестезиолога болният може да бъде изписан: а) в края на работния ден; б) на следващия ден след период на наблюдение, но в рамките до 23 часа. При част от пациентите възникват непредвидени усложнения, независимо от оценката на предоперативния риск и прецизността в работата. Това създава необходимостта от непредвидена хоспитализация, която се осъществява в многодневен стационар, т.е. в хирургическата клиника – майка или в подходящо отделение на лечебно заведение за болнична помощ.

При също така неголяма група пациенти възникват медицински показания за хоспитализация след изписването на пациента в рамките до 72-я час. Тези медицински причини могат да бъдат свързани с анестезията или с операцията. Тази рехоспитализация може да бъде осъществена в хирургична клиника с многодневен стационар, в клиника или отделение за интензивно лечение или в необходимо друго звено.

Както в света, така и при нас, възникването на необходимост за болнична хоспитализация или рехоспитализация се приема като компликация, защото е свързана реално с някакво усложнение. Основните следоперативни и следанестезиологични оплаквания, които водят пациента в хирургията и/или болничното заведение са: а) свързани с хирургичната намеса – кръвене, реакция на увреда на органи и тъкани (сером, хематом, супурация), некупирана следоперативна болка; б) свързани с анестезията - остра болка, най-често поради неадекватно следоперативно обезболяване; следоперативно гадене и повръщане; хемодинамични нарушения; адинамия; замаяност; амнезия и др.; в) организационни, свързани с работата на отделението за еднокдневна хирургия – забавяне на дехоспитализацията по организационни причини, преждевременно изписване, необосновано удължен болничен престой. Най-честите причини за хоспитализация

след еднокласна хирургия са хирургичните, включително в нашата практика (154).

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 рехоспитализация (61, 72, 102, 172, 205, 220).

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

Таблица № 24. 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		5

От хирургичните усложнения най-висока остава честотата на серомите. 30 случая 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 – тънкоиглена аспирация и компресивна превръзка до отзвучаване на реакцията. Няма случаи на рехоспитализация с цел реоперация и премахване на платното. Възможността от сером е включена в информацията към пациента, касаеща намесата за херния и реконструкцията с платно. 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. 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. 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 еднокдневна хирургия показват честота до 1% (344). 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) (23, 98,121).

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 шевове, 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 четири пациенти трансферът към многодневен хирургичен стационар е мотивиран със скор, изчислен на 23-я час по Маршал – Чънг 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 премахната 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 едnodневна 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. След кардиологична консултация и предприети по спешност мерки са трансферирани в хоспиталната хирургия и са изписани на 72-я час. 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 хемотрасфузия, 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 гефрир. Интраоперативното хистопатологично изследване е показало данни за малигненост. При тези болни оперативната намеса е продължила в блока на отделението по едnodневна хирургия. След преход към обща анестезия е проведено радикално хирургично лечение в обем органосъхраняваща резекция с аксиларна лимфна дисекция. Пациентките са преведени следоперативно в клиниката по хирургия

и са изписани на 72-я час. 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. На практика организационните възможности за short-stay хирургия, които прилагаме и при пациентите с тиреоидна хирургия могат да осигурят престоя на тези пациенти и в отделението по еднокдневна хирургия. Но все пак при тях е извършен трансфер към многодневен хирургичен стационар, за да не се допусне нарушение на принципите на еднокдневната хирургия (106, 247).

Само при една пациентка е документирано рефрактерно постпункционно главоболие след спинална анестезия по повод ексцизия на дермоидна киста. След изписване пациентката е третирана амбулаторно на трети следоперативен ден с включване на интравенозни водно-солеви разтвори и антиеметици. В отделението не са регистрирани други случаи на постпункционно главоболие, които да налагат амбулаторна или болнична корекция (201).

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. При него е извършена оперативна ревизия и хемостаза. Вторият пациент е с анамнестични данни за рецидивиращо след изписването кървене от оперативната рана след хемороидектомия. При хоспитализацията е проведено 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 кюртаж на фисурата и изписване отново в рамките на следващите 23 часа (251).

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. Нямаше сигнификантни клинични данни за рецидивираща микротромбемболия (установена една патоанатомично). Кардиопулмоналната ресусцитация в пълен обем остана без ефект. Бе прието, че се касае за екстремн 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% (65, 205).

5.8. КОНТРОЛ НА РЕЗУЛТАТИТЕ И КАЧЕСТВО НА ДЕЙНОСТТА.

Медицинският контрол бе отразен в предишната точка.

Очакването, че 50-60% от оперативната дейност на хирургичните звена може да се концентрира в отделение за еднокдневна хирургия засилва интереса към тях. Същевременно всяко подценяване на хирургическата и анестезиологична дейност в тях крие риск за грешки и усложнения. Качеството на дейността е многофакторно. То се определя от подготовката на персонала. Важно значение има организацията на дейността. Стимулиращ ефект върху качеството имат изисквания като: фиксиран ден и час за операцията, избягване на дълготрайното чакане, свеждане на отлагането на операциите до минимум, регулиране на потока пациенти за деня, уточнен часов график на персонала, облекчен контакт с близките. Важно е скъсяването на „листата на чакащите“ и постигането на максимална използваемост на легловия фонд при минимални разходи. Значение има добрият дизайн на отделението и добрата култура на обслужването.

Условия за поддържане на качеството, които са взети предвид при организиране на дейността на отделението по еднокдневна 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. Стимулиращ ефект върху качеството би имало обвързването на заплащането на

персонала със спазването на правилата и организацията на работата, както и контрола върху резултатите, което обаче н практика не може да се проведе поради наложения финансов режим в болницата.

Медицинската дейност се следи, отчита и контролира ежегодно по характерните болнични индикатори, като: използваемост на легловия фонд, оборот на легло, общ брой операции, дълготрайност на операциите, причини за отлагане хоспитализация и рехоспитализация, интра- и следоперативни усложнения, цена на лекарство-деня. Наред с това се следят качествени показатели като: добра организация за спазване на срока за приемане в стационара, за извършване на операцията и за своевременната дехоспитализация.

Направено е необходимото за поддържане на добро качество на работата като резултат от доброто обучение на медицинския персонал, извършвано при всеки новопостъпил, както и при налагането на нова хирургична процедура.

Като съвременен стандарт сме приели налагането на компютърната обработка на медицинската документация, както и на цялата информация по посочените показатели, за да могат да бъдат проследявани както през годината, така и за сравнение на отделните години.

Медицинският анализ и контрол върху резултатите от анестезиологична и хирургична дейност бяха представени в предходната глава. 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. лекарствен, а това е динамичната компонента. Нейната величина е комплексна и зависи, от една страна, от характера на третираната патология, наличието на придружаващи заболявания и от друга – от ефективността на лечението. Реално повишена финансова 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.

При условията на Еднодневна хирургия ние отчитаме реална възможност за сигурна и висококачествена работа от полипрофилен помощен екип, като основно една сестра обслужва осем пациенти в отделението, но е подпомагана от една до две операционни сестри, една сестра – администратор и превързочна. Така компонента от себестойността на един пациент се свежда до минимум.

Динамично променящата се стойност на лекарствен в условията и организацията на еднодневна хирургия също следва да се приема за слабо променяща се величина поради : 1. Протокол за селекция на пациенти, които са с добре контролирана придружаваща патология и с известна медикация, получена в отделението по еднодневна хирургия максимум в една доза за 24 часа. 2. Протокол за антибиотична профилактика, обезболяване и хидратация. 3. Протокол за наблюдение и допълнителни изследвания. Изчислени по тези протоколи разходите за един лекарствен се оказват предвидими и не представляващи сериозен финансов разход. По данни на финансовия отдел на УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ“ един лекарствен в отделението по еднодневна хирургия е със средна стойност 9 лева, като

в тази стойност не е включена цената на използваните в операционен блок медикаменти.

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 – прием, преход, изписване на пациента, режим на работа на операционен блок, ред на извършваните оперативни намеси, график на работа на персонала. Така стойността на леглоденя (т.е. общите разходи) за един болен в Клиниката по хирургия през периода 2008 – 2014 г. нараства от 240 до 270 лв., докато за отделението по едnodневна хирургия тази стойност остава до 70 лв.

При настоящите условия на договореност с НЗОК на практика липсва остойносттаване на лекарския труд в дадените клинични пътеки, респективно на труда на хирурзите и на анестезиолога. От което следва, че евентуално тяхно заплащане би могло да се получи само чрез управление на другите преки и непреки разходи. Повлиявайки трите посочени компоненти се приема, че разликата от подадените пари по клинична пътека биха били достатъчни за формиране на приход към болницата и повишаване на заплащането към изпълнителите. 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-високо заплатени, 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 свръххлеглодните и свръххоспитализацията би била несравнимо по-голяма от мотивационното увеличение на стойността на заплащането в отделението по едnodневна хирургия. (203, 244)

5.9. ЗАКЛЮЧИТЕЛНА ДИСКУСИЯ

Като част от болничната структура в Университетска болница ИСУЛ от 2008 г. функционира самостоятелно обособено отделение по едnodневна хирургия. При изграждането му са спазени необходимите изисквания за осигуряване на сепариран и самостоятелен поток на постъпващите пациенти, пространствена и административна автономност. За анализирания период 2008 г. – 2014 г. месечното натоварване нараства до 50 – 60 болни със спад през летните месеци и празничните периоди. Удовлетвореността на пациентите се отразява със записи в книга за препоръки и благодарности. Направени са общо 435 записа, от които 433 (98%) показват удовлетвореност от процеса на лечение, а в 2 има препоръки, касаещи до-оборудването и екстра-комфорт на пациентските боксове. Като нов маркер за проучване на удовлетвореността на пациентите е въведен критерият „насочен за консултация от друг пациент, вече лекуван в отделението“. При отчитането на този показател се регистрира, че за две години средно 57

пациенти са дошли на консултация и лечение след препоръка от вече преминал през отделението пациент. За последните две години това представляват 4, 26 % от пациентите, които са израз на пълна удовлетвореност и доверие от страна на вече третирани или това е т.нар. „жива реклама”.

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. № 25). На този фон бе регистриран и общият брой пациенти със съответната диагноза, независимо от броя на пролежаните дни. Можем да считаме проучването за стандартизирано, тъй като няма промяна в хирургичните екипи, работили по тези диагнози. От графиката се вижда, че процентът на пациентите с 24 часов следоперативен период в условията на хоспитална хирургия е незначителен. Липсата на организация, правила и критерии за дехоспитализация са довели до извънредно дълъг и на практика неограничен следоперативен период. В това проучване не са включени и пролежаните предоперативни дни, което би очертавало още по-големия допълнителния разход от ненужен вътреболничен престой.

Таблица № 25. Брой пациенти само с един ден следоперативен престой в болничния стационар

	Ингвинални херии	Лапароскопски ХОЛ	Млечна жлеза	Дермоидна киста	Хемороиди	Фисури	Кожни лезии	Общо ЕХ/КХ % ЕХ
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%
------	------------------	-----------------	---------------	------------------	------------------	------------------	----------------	------------------

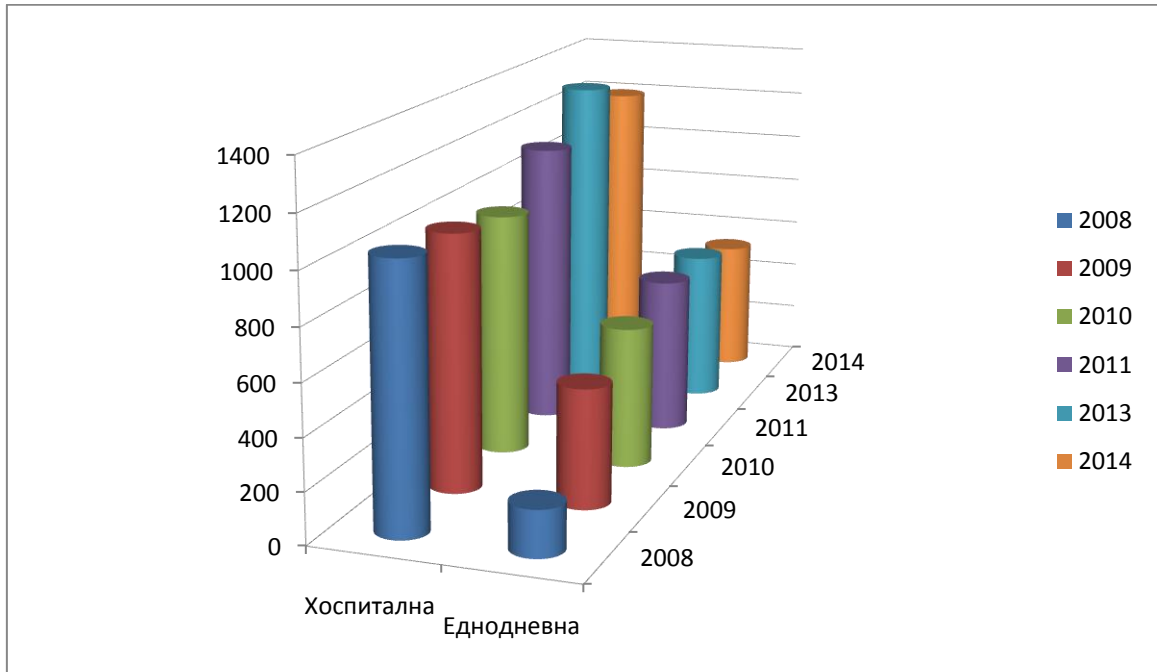
Очевидно стандартизирането на клиничната работа и хирургичните техники води до по-голяма увереност в работа на екипа и мотивирано насочване на пациента към еднокласна хирургия. Наличието на протоколи гарантира сигурността на работата и защитеността на пациента и значително улесняват взимането на решения относно това подходящ ли е пациентът за еднокласна хирургия. Наличието на обособена и регулирана структура позволява една трета от общия брой намеси да бъде извършен под формата на еднокласна хирургия, за сметка на повишаване на хирургичната активност и ефективност и без намаляване на броя на оперативните намеси от среден и голям обем (табл. № 26).

Таблица № 26. Операции, осъществени в отделението по еднокласна хирургия отнесени към брой оперативни намеси в хоспиталната хирургия

2008г.	2009г.	2010г.	2011г.	2012г.	2013 г.	2014 г.
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 еднокласна хирургия, е над 30 % от общата оперативна активност, като това напълно отговаря на световната тенденция за увеличаване на активността в модалност еднокласна хирургия.

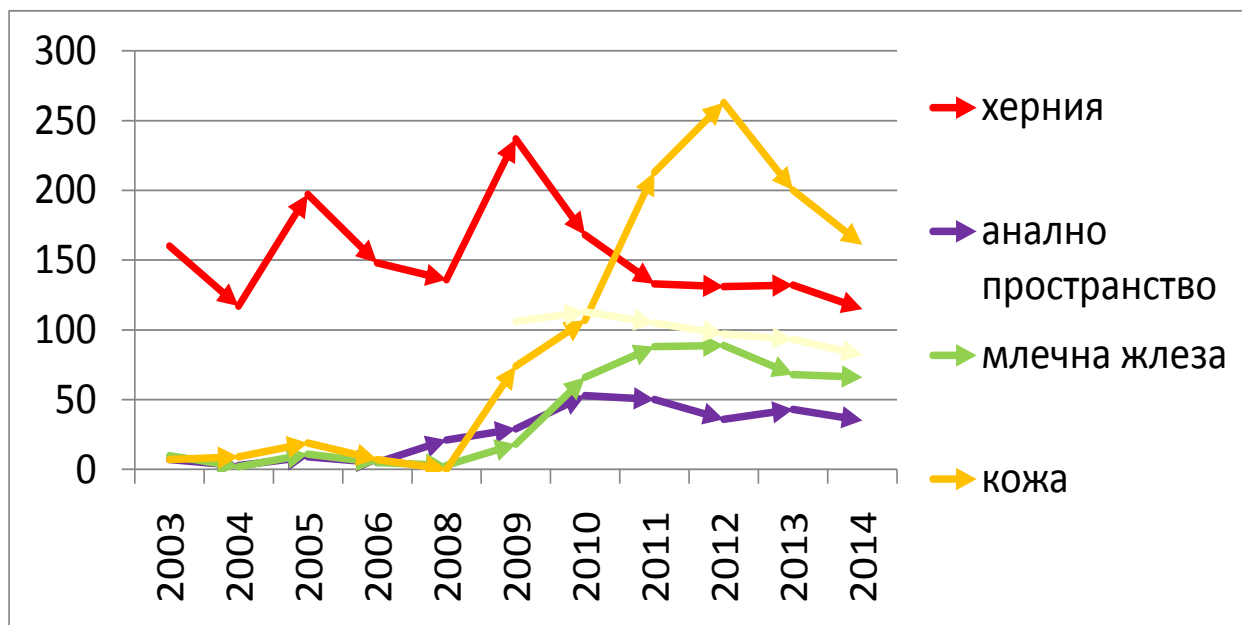
Фигура 7. Съотношение на операциите в ЕХ , отнесен спрямо брой оперативни намеси в хоспиталната хирургия



На фигура № 8 са сравнени броят на пациентите като общи групи, оперирани в условията на болнична хирургия и в условията на едномесечна 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. Твърде силно е изразена динамиката при заболяванията на млечната жлеза и на кожата, където нарастването е най- голямо. Това се отдава както на

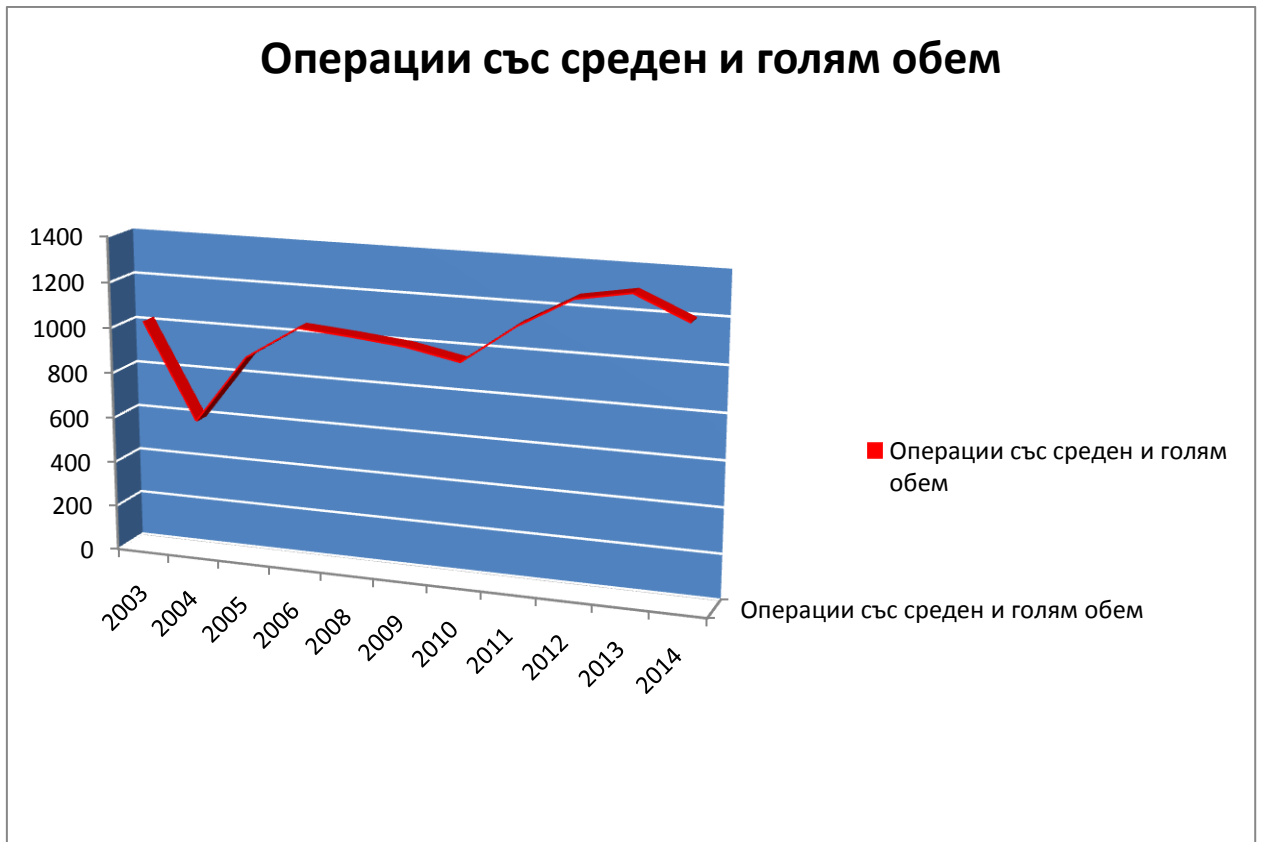
по-ефективната организация, така и на наличието на профилирани специалисти – оператори по тези диагнози.

Фигура № 8. Брой операции в стационарна спрямо едnodневна 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. Работата, базирана на протоколи, позволява по-висока сигурност за пациента, минимизиране на рисковете от усложнения и навременно установяване на евентуални настъпили усложнения.

Получените резултати от проучването за общохирургични и специфични за едnodневна хирургия усложнения са статистически

сравними с данните от литературните справки. Отчита се по-ниска честота на вътреболнични инфекция - 0,72% при 26 случая на супурация на оперативната рана. На практика за петгодишен период има един изолиран случай на БТЕ, при практически непредвидим риск. Броят на хоспитализациите за седемгодишен период е 17, а на рехоспитализациите - 5. Сумарно те представляват 0,64% от общия брой пациенти, което е напълно в съответствие със съобщаваните честоти в литературата до 1 % при пациенти клас ASA II и 2,5 – 3% при разширяване на показанията с прием и на пациенти с ASA III клас.

Възрастта на лекуваните пациенти в еднокласна хирургия не е лимитиращ фактор. Оказва се, че тя е препоръчителна не само за деца, но и при хора в напреднала възраст. Тя не нарушава ежедневните ритуали, към които са приспособени. Нашето решение за разширяване на медицинските критерии и прием в еднокласна хирургия на пациенти с ASA III дойде като резултат от натрупване на клиничен опит, подкрепен с данни от международни студии, че добре контролираните хронични заболявания не следва да се приемат като абсолютна контраиндикация за лечение в еднокласна хирургия. 343 пациенти (13,8 %) за петгодишния период са преценени с ASA III. Стандартно при болни с диабет наблюдаваме по-голям риск от инфекция на оперативната рана, което не е свързано с модалността на лечение „еднокласна хирургия“, а със завишения риск, обусловен от основното заболяване.

6. 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. Подборът на определени операции за еднодневна хирургия се основава на внедряването на специфични прийоми, иновативни материали и усъвършенстване на оперативните техники, резултиращо в своевременно изписване и удовлетвореност на анкетиранияте в 98%.
9. Добрата организация и 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.
10. 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).

7. ПРИНОСИ

1. Проведено национално проучване за потребността и възприемането на едnodневната хирургия в България сред лекари –хирурзи и пациенти.
2. Внедряване на модела дневна/едnodневна хирургия в «чист» вид в болницата, а и в страната.
3. Формулиране и внедряване на концепцията и принципите на модела «дневна/едnodневна 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 следoперативната хоспитализация/рехоспитализация.

КНИГОПИС

1. Г. И. Воробев, Тучутин А. Д., Зайцев В. Г., Амбулаторные хирургические вмешательства у больных с проктологическими заболеваниями. Хир. (М), 2001, 1, 74 - 9
2. Дамянов Д. Еднодневна хирургия, Ръководство по хирургия, 23 том, 2013, Акад. Изд. "Проф. Марин Дринов"
3. Дамянов Д. Еднодневна Хирургия, София, СУБ-Медарт, 2003
4. Дамянов Д, Ц. Спиридонова. Еднодневна хирургия – състояние на проблемите в България. Сборник доклади от XII конгрес по хирургия, 2006, 524-529.
5. Спиридонова Ц, 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.
6. Спиридонов С, Ц. Спиридонова, Д. Дамянов, В. Станев, Д. Владимиров, Ц. Цоков. Еднодневна хирургия. Сборник доклади от XII конгрес по хирургия, 2006, 543-546.
7. Abbad A, Calabuing R., Sueiras A. Et al. Local anaesthesia in postoperative analgesia for herniorrhaphy, Ambulatory Surgery, 1996; 4:81-83
8. Allen J. G., B. Watson, Spinal "low dose" isobaric bupivacaine and fentanyl for Day Surgery Arthroscopy, 2009, The J.of One Day Surgery, Vol.19, N3, 74-77
9. Alon E, Helzlinger PM, Pash T. Ondansetron 4 mg vs droperidol 1,25mg in the prophylaxis of postoperative nausea and vomiting after alfentanyl-supplemented inhalation anaesthesia. Br J Anaesth 1993; 70:A12

10. Alon E, Himmelseher S. Ondansetron in the treatment of postoperative vomiting: a randomized, double-blind comparison with droperidol and metoclopramide. *Anesth Analg* 1992; 75:561-5
11. Amarnath T.S. et al., Laparoscopic cholecystectomy as a session surgery, *J of Ambulatory surgery* 10, 2002, 33-36
12. Ammori BJ, Davides D., Vesakis A. Et al., Day-case laparoscopic cholecystectomy: a prospective evaluation of a 6-year experience., *J Hepatobiliary Pancreat. Surg.* 10, 2003, 303 -8
13. Appelboam R., J. Dean, M. Stocker, Teaching tomorrow's doctors to be Day Surgery champions. A day surgery teaching module for medical students., *The J.of One Day Surgery*, 2008, Vol.18, N4, 19 – 22
14. Arroyo Perez AF, Ferrer R, Garcia P, Hernia surgery for the third millennium. Does classical herniorrhaphy still play a role?, *Ambulatory Surgery* 2001;9 : 73-75
15. Ashworth J, Smith I. Comparison of desflurane with isoflurane or propofol in spontaneously breathing ambulatory patients. *Anesth Analg* 1998; 87:312 – 8
16. BADS, Guide to postoperative nausea et vomitus, *The J.of One Day Surgery*, 2006, Vol.16, N2, 14-15
17. BADS, Guidelines for Day Case Surgery, Handbooks, 1992
18. BADS, The management of diabetic day case patients. BADS Flowchart., *The J.of One Day Surgery*, 2005, Vol. 15, N1, 20
19. Bailey PL , Pace NL, Ashburn MA et al. Frequent hypoxemia and apnea after sedation with midazolam and fentanyl. *Anesthesiology* 1990;73:826
20. Bal. S., L. G. Reddy, R. Parshad et al. , Feasibility and safety of day care laparoscopic cholecystectomy in a developing country, *Postgrad. Med.J.* 79, 2003, 931,284-8

21. Bandyopadhyay D, C.R. Kapadia, Day case stapled haemorrhoidectomy, *The J. of One Day Surgery*, 2004, Vol.14, N3 71-74
22. Banham-Hall E., N. Levy, P. Mills, The effect of the introduction of a dedicated prescription chart on the prescription of peri-operative drugs., *The J. of One Day Surgery*, 2011, Vol.21, N2, 30 – 36
23. Baraglia A et al., Antibiotic prophylaxis for hernia repair with PAD technique, *Surgery*, 2005
24. Barillari P, Lieuzzi R, Bassiri – Gharb A et al., Trattamento ambulatoriale del carcinoma della mammella., *Minerva Chir.*, 56, 2001, 1, 55-9
25. Barthelsson C., K. Lutzen, B. Anderberg, S. Bringman, G. Nordstrom, Patient's experiences of laparoscopic fundoplication in day surgery. *Ambulatory Surgery*, 2003 Vol. 10, N 2, 101 -107
26. Baskerville PA, Jarrett PM, Day-case inguinal hernia repair under local anesthesia., *Ann Royal College of Surgery, Engl.*, 65, 1983, 224 – 225
27. Bauer H., 2005, Ambulantes Operieren – eine unendliche Geschichte. *DGS Mitteilungen* 4: 327 -328
28. Bayley ME, Garrett W. V., Nisar A. et al., Day- case laparoscopic fundoplication, *Brit. J. Surg.*, 90, 2003, 5, 560 -2
29. Beauchamp TL, Chidress JF. *Principes of biomedical ethics*. 5th edition Oxford: Oxford University Press: 1994
30. Beeson WH, Tobin HA, *Developing a practice in ambulatory surgery*, J Thieme Med. Publ., New York-Stuttgart, 1993, 278
31. Bellani M.L., Psychological aspects in day-case surgery., *International Journal of Surgery*, 2008, Vol 6, Supp 1, S 44- S46
32. Black N, Sanderson C., Day surgery: development of a questionnaire for eliciting patients' experiences., *Quality of Health Care*, 1993, 2, 157 -161

33. Blandford C.M., M. E. Stocker, The Role of Regional Anaesthesia in Day Surgery, The J.of One Day Surgery, 2013, Vol.23, N2, 32 -36
34. Blandford C.M., Z.E. Brown, J. Montgomery, M.Stocker, A comparison of the anesthetic costs of day case surgery: Propofol total intravenous anesthesia and volatile anesthesia., The J.of One Day Surgery, 2013, Vol.23 , N1, 25 -28
35. Brenner K,2001, Zur aktuellen Situation des Ambulanten Operierens in der Arztpraxis, стр 19.
36. Bringman S. et al. Outpatient laparoscopic cholecystectomy. A prospective study with 100 consecutive patients., Ambulatory surgery , 2001, 9: 83-86
37. British Association of Ambulatory surgery (BADS), Commissioning Day Surgery, Handbooks, 2012
38. British Association of Ambulatory surgery (BADS), Intergrated Care Pathways for Day Surgery Patients, Handbooks, 2004
39. British Association of Ambulatory surgery (BADS), Skill Mix and Nursing Establishment for Day Surgery , Handbooks 2003
40. Broekelmann J., Ambulatory surgery in Germany 2004 and historical aspects., Ambulatory Surgery, 2006 Vol. 12, N4, 173 -176
41. Broekelmann J., Free standing units for ambulatory surgery., Ambulatory Surgery, 2004 Vol. 10, N 4, 205 – 206
42. Bromage PR, In. Bromage PR ed Epidural Analgesia, 1st edd. Philadelphia; WB Saunders, 1978:660
43. Bueno Lledo et al. Preoperative predictive factors of ambulatory laparoscopic cholecystectomy., J of Ambulatory surgery 12, 2005, 45 – 49
44. Burke CC et al. Patient satisfaction with 23-hour short-stay observation following breast cancer surgery. Oncol Nurs Forum 1997; 24(4):645- 51

45. Busse J., Standl T., Ambulantes operieren, Springer Medizin Verlag Heidelberg, 3-5
46. Calland JF, Tanaka K., Foley E., Outpatient LaparoscopicCholecystectomy: Patient Outcomes Afer Implementation of Clinical Pathway
47. Callesen T, Kehlet H. Postherniorrhaphiy pain. Anaesthesiology 1997;87:1219-30
48. Calnan J, Martin P., Development and practice of an autonomous minor surgery unit in general hospital., Br med J 1971, iv, 92-6
49. Campbell Nuala, J.Hindley, How I do it series, Day case Laparoscopic hysterectomy, The J.of One Day Surgery, 2013,Vol.23, N1, 14-15
50. Camu F, Lersberghe CV, Lauwers MH. Cardiovascular risks and benefits of perioerative nonsteroidal anti-inflammatory drug treatement. Drugs, 1992; 44 (Suppl 5):42-51
51. Carditello A, Meduri F., cardillo P. et al., Chirurgia proctologica in day –surgery. Risultati di 2000 interventi chirurgici, Chir. Ital., 53, 2001, 2, 219 -24
52. Carlisle J., Guidelines for preoperative testing., The J.of One Day Surgery, 2004, Vol.14, N1, 16-19
53. Carrasco L et al., Major ambulatory surgery and breast pathology, J.of Ambulatory surgery 10, 2004, 195 -199)
54. Case C, Johantgen M., Steiner C., Outpatient Mastectomy: Clinical, Payer and Geographoc Influences, Health Services Research, Oct, 2001 Source Volume: 36 Source Issue: 5
55. Champault G, Benoit J, LauroynJ, Rizc N, Boutelier P. Inguinal hernia in adults. Laparoscopic surgery versus Shouldice method. Controlled randomized study: 181 patients. Preliminary results. AnnChir 1994; 48:1003-8

56. Chauhan A, Mehrotra M., Bhatia P.K., Day care Laparoscopic Cholecystectomy: A feasibility study in a Public Health Service Hospital in a developing Country, *World J. Surg.*, 30, 2006, 8, 1690 – 1695
57. Chin K. H., N Gurjar, D. McWhinnie, Readmission after Day Surgery. Time for Re - evaluation?, *The J.of One Day Surgery*, 2004 Vol.14, N4, 105-109
58. Chirurgie ambulatoire, FEHAP
59. Chung F. A post-anesthetic discharge scoring system after ambulatory surgery., *J of Clinical Anesthesia*, 1995, Vol &, N 6, 500 - 506
60. Chung F. et al., General or spinal anesthesia: Which is better in the elderly?, *Anesthesiology* 1987; 67: 422
61. Chung F., Adverse events in ambulatory care, *The J.of One Day Surgery*, 2006, Vol.16, N4, 100 – 103
62. Chung F., V.W.S. Chan, A postanaesthetic discharge scoring system for home readiness after ambulatory surgery, , *Ambulatory Surgery* 1993;1&189-93
63. Clancy R., D.Bunting, R. Watkins, Wide local excision and sentinel lymph node biopsy for early stage breast cancer - feasibility of day case surgery., *The J.of One Day Surgery*, 2012, Vol.22, N2, 28-31
64. Clark C.I., A. Biswas, Short-stay surgery; reviewing processes. Is there one right way?, *The J.of One Day Surgery*, 2006, Vol.16, N4, 97 - 100
65. Coldiron B, Office surgical incidents: 19 months of Florida data, *Dermatol Surg*, 28, 2002, 8, 710 -2
66. Coley K.C., B.A. Williams et ala., Retrospective evaluation of unanticipated admission and readmission after same day surgery and associated costs., *J of Clinical Anesthesia*, 2002, Vol 14, N 5, 349 – 353

67. Collopy B., L. Rodgers, J. Williams, N. Jenner, L. Roberts, J. Warden, Clinical indicators for day surgery., *Ambulatory Surgery*, 1999 Vol. 7, N 3, 155 – 157
68. Conaghan PJ, E.Figueira, M.A. Griffin et al, Randomized clinical trial of the effectiveness of emergency day surgery against standart inpatient treatment., *Brit. J.Surg.*, 89, 2002, 4, 423 -7
69. Correa R., R.B. Menezes, Wong J et al., Compliance with postoperative instructions: a telephone survey of 750 day surgery patients., *Anaesthesia*, 56, 2001, 5, 481 – 4
70. Crisp H., The BADS-HQS Accreditation programme for Day Surgery Services., *The J.of One Day Surgery*, 2003, Vol.13, N2, 28 – 30
71. Crook T.B., S. Banerjee, K De Souza et al., Supplementary preoperative information encourages return to work after inguinal hernia repair., *The J.of One Day Surgery*, 2005, Vol.15, N1, 18- 21
72. Crystal R.F., R.A. Hopping. Early postoperative complications of anorectal surgery. *Dis Colon Rectum* 1974; 17-336-41
73. Cunliffe M, Lerman J, Britt BA, Is profilactic dandrolene indicated for MHS patients undergoing elective surgery? *Anest Analg* 1987; 67: S35
74. Cutter T.W., The role of the medical director., *Ambulatory Surgery*, 2005 Vol. 12, N 1, 7 -9
75. Dahl JB, S. Moiniche, H. Kehlet, Wound infiltration with local anesthetics for postoperative pain relief.*Acta Anaesthesiol Scand* 1994;38:7-14
76. DAY SUGERY IN AUSTRALIA. Report et recommendations of the Australian Day Surgery Council of Royal Austroasian College of Surgeon, Australian and New Zealand College of Anaesthetists and of Australian Society of Anaesthetist, Revised edition 2004, 30 -35

77. De Kok M., C.N.A. Frotscher, Van der Weijden, A.G.H. Kessels et al., Introduction of a breast cancer care programme including ultra short hospital stay in 4 early adopter centers: framework for an implementation study, *BMC Cancer*, 2007, 7, 117
78. De Lathouwe C., Ambulatory surgery - when and how., *Ambulatory Surgery*, 1993 Vol. 1, N 3, 5-7
79. Department of Health UK, Day surgery: operational guide, waiting, booking and choice, 2002,2 – 4
80. Dierking GW. Ostergaard E., Ostergaard HT, Dahl JB. The effect of wound infiltration with bupivacain versus saline on postoperative pain and opioid requirements after herniorrhaphy. *Acta Anaesthesiol*
81. Dimbley G., A. Garnham, Consent for hernia repair. Are we achieving informed consent?, *The J.of One Day Surgery*, 2010, Vol.20, N4, 96-99
82. Dralle H et al., Ambulante und kurzzeitstationaere Schilddruesen - und Nebenschilddruesenchirurgie. *Chirurg*, 2004, 75 :144-152
83. Dueholm S, M. Forrest, E. Hjortso et al. Pain relief following herniotomy: a double-blind randomized comparison between naproxen and placebo,*Acta AnaesthScand* 1989;33:391-4
84. Duque - Estrada E.O., M. Duarte, M.D. Rodrigues, R. Petto, Pediatric ambulatory surgery and wound infection : a review study of 812 operations in a Brazilian university hospital. , *Ambulatory Surgery*, 2005 Vol. 12, N 1, 19- 22
85. Dwyer R., K.E. McGoldrick , Recent advances in ambulatory anaesthesia, *Ambulatory surgery* 1994;2 7-17
86. Dybvik T., U. Naalsund, J. Ræder , Present status and future for ambulatory surgery in Norway, *J of Ambulatory surgery* 10, 2004, 177

87. Ead H., From Aldrete to PADSS: Reviewing discharge criteria after ambulatory surgery., J of PeriAnesthesia Nursing, 2006, Vol 21, N 4, 259 – 267
88. Elena-Sorando E., C. Vazquez - Galeano, N. Galeano - Ricano et al., Tumors of the eyelid:ambulatory surgery treatment., Ambulatory Surgery, 2003 Vol. 10, N 3, 161 -162
89. Epstein B.S., Exploring the word of ambulatory surgery, Journal of Ambulatory surgery ,12, 2005, 1-5.
90. Erdem E., H. Sungurtekin, U. Sundurtekin, C. Tetik, A. Ozden, Comparison of local and spinal anesthesia techniques in inguinal hernia repair., Ambulatory Surgery, 2003 Vol. 10, N 3, 128 – 132
91. Ericksen C.J., H. Vibits , J.B.Dahl et al., Wound infiltration with bupivacaine and ropivacain for pain after inguinal herniotomy. Acta Anaesthesiol Scand 1995;39:67-70
92. EU Trialists Collaboration. Mesh compared with non mesh methods of open groin hernia repair: syytematic review of randomized controlled trials. Br.J.S 2000; 87: 854 -9
93. Falk SA, Complications of thyroid surgery:an overview. In: Falk SA , Thyroid disease& endocrinology, surgery, nuclear medicine, and radiology. RavenPress, New York, 1990, 593-598
94. Farnill D., S. Inglis, Patients desire for information about anesthesia: Australian attitude, Anesthesia 1993; 48:162-4
95. Fartha G.J., B.P. Green, R.L. Beamer, Laparoscopic cholecystectomy in a freestanding outpatient surgery center.q J Laparoendosc Surg 1994, 4(5): 291-4
96. FASA (Federated Ambulatory Sugery Association) Special Study I. Number 520, Alexandria, VA, 1987
97. Fenton- Lee D., T. Cooke, E. Riach, Patient acceptance of day surgery , Ann R Coll Surg Engl 1994; 76 : 332-334

98. Ferdman A., G. Keren, S. Rosenman, S. Meidan, B. Nadler, R. Shefer, O. Avinoam, S. Lande, N. Cohen, L. Teplitsky, A postoperative infection in ambulatory procedures—how bad is the situation? *Ambulatory Surgery* 9 (2001) S7–S8, Nosocomial and iatrogenic infections abstract session 2b1
99. Ferguson J.A., J.R.Heaton, Closed haemorrhoidectomy. *Dis Colon Rectum* 1959; 2:176
100. Fessey E., Increasing Day Unit capacity through redesign - the step-down method of recovery., *The J.of One Day Surgery*, 2006, Vol.16, N 2, 45 – 48
101. Fetzer S.F., A. Hand, P.A. Bouchard, H.B.Smith, M.B.Jenkins, Self-care activities for post discharge nausea and vomiting. *J. PeriAnesthNurs* 2005;4:249-54
102. Fleisher L.A., L.R. Pasternak, R. Herbert, G.F. Anderson, Inpatient hospital admission and death after outpatient surgery in elderly patients. *Arch Surg*, 2004;139:67-72
103. Flood, G., *Hinduism*, Blackwell, 404 – 405
104. Forrest J., Calland, K.Tanaka, E. Foley, Outpatient laparoscopic Cholecystectomy& Patient Outcomes After Implementation of a Clinical Pathway, *Annals of Surgery*, Vol. 233, N5, 2001, 704 – 715
105. Fredman B., M.H. Nathason , I.Smith et al., Sevofluran for outpatient anesthesia: a comparison with propofol, *Anesth Analg* 1995; 81:823 – 8
106. Freeman L.N., A.P. Schachat, T.A. Manolio et al., Multivariate analysis of factors associated with unplanned admission in outpatient ophthalmic surgery. *Ophtal Surg* 1988; 19:719
107. Frotscher C.N.A., M.H. Hebly et al., Is ambulatory breast cancer surgery feasible? *J. European journal of Cancer*, 38, Supp 3: S 1001, Ch

108. Gabbay J., L. Francis, How much day surgery ? Delphic predictions, *British Medical Journal*, 1988, 297, 1249 -1251
109. Gabrielli F., M. Chiarelli, U. Cioffi et al., Day surgery for mucosal – haemorrhoidal prolapse using a circular stapler and modified regional anaesthesia., *Dis. Colon Rectum*, 44, 2001,6, 842-4
110. Gabrielli F., M. Chiarelli, A. Guttadauro, L. Poggi, The problem of pain after day-surgery haemorrhoidectomy, *Ambulatory Surgery*, 1998; 6: 29-34
111. Garner J.S., W.R. Jarvis, T.G. Emori, T.C. Horan, J.M. Hughes , CDC definition for nosocomial infections. *Am J Infect Control* 1988;16:128–40.
112. Gibbs P., A. Purushotam , C. Audld et al., Continuous wound perfusion with bupivacain for postoperative wound pain. *BrJ Surg* 1988; 75: 923-4
113. Gilbert A., Day surgery for inguinal hernia, *Int. Surg.*, 80,1995,1, 4 -8
114. Gilliam A.D., R. Anaud, F. Horgan, Day case emergency laparoscopic appendectomy, *Surg Endosc* 22, 2008, 483 -6
115. Girard N., J. Eggi, P. Halfon, A methodology to estimate the potential to move inpatient to one day surgery, *BMC Health Serv. Research*, 78, 2006, 6, 2-11
116. Gnanalingham K.K., M. Budhoo, Day case hernia repair under local versus general anaesthesia: patient preferences., *Ambulatory Surgery*, 1998, Vol. 6, N 4, 227 - 229
117. Gold B.S., D.Z. Kitz , J.H. Lacky, J.M.Neuhaus , Unanticipated admission to the hospital following ambulatory surgery. , *JAMA*, 1989; 262:308-10

118. Gowans A., L. Cronie, C. Hammond, Featured Day Surgery Unit. Adult day surgery unit, university hospital of North Staffordshire. *The J. of One Day Surgery*, 2005, Vol.15, N1, 69 - 70
119. Grande M.A., J. Midon, E Taboada, J Garcia- Barreiro, M. Ulloa, F. Martelo, Plastic surgery in a day surgery unit : 1 year's experience., *Ambulatory Surgery*, 1998, Vol. 6, N 3, 149 - 151
120. Greco D.P., G. Miotti, A. Della Volpe, C. Magistro et al. , Stapled haemorrhoidopexy: Day surgery or one day surgery? *Surgical oncology*, Dec, 2007, 16, Suppl 1:S 173-175
121. Grøgaard B. , E.Kimsas, J. Ræder, Wound infection in day-surgery *Ambulatory Surgery* , 2001, Vol 9, N 2, 109–112
122. Guedel A.E., R.M. Waters, A new endotracheal catheter. *Current Researches in Anesthesia and Analgesia*, 1928, 7:238-239.
123. Gunavardene A., H. Brown, A. Blann, Does ethnicity and social deprivation affect length of stay in elective breast surgery?. 2013, *The J. of One Day Surgery*, Vol.23, N1, 16-19
124. Habib A.S., T.J. Gan, Combination therapy for postoperative nausea and vomiting – a more effective prophylaxis? *Amb Surg* 2001; 9:59-71
125. Habib A.S., T.J. Gan, Combination therapy for postoperative nausea and vomiting - a more effective prophylaxis?, *Ambulatory Surgery*, 2001 , Vol. 9, N 2, 59 - 71
126. Hammond C., I. Smithh, Day unit design. Has anyone asked the patients ?, *The J. of One Day Surgery*, 2004, Vol.14, N4, 91-94
127. Harisson CA et al. Effect of ilioinguinal and iliohypogastric nerve block and wound infiltration with 0,5% bupivacain on postoperative pain after hernia repair. *BrJ Anaesth* 1994;72:691-3

128. Hart R.O. , K. Stackhouse, Featured Day Surgery Units.The day case unit, Royal Preston Hospital., The J.of One Day Surgery, 2008, Vol. 18, N 2, 37 - 40
129. Haslam J, Living in the age of consent. MPS (MedPotSoc) Casebook 2004; 4 :13 -6
130. Hatch LR, Day care surgery : Do we and our patients need it? , Can Anaesth Soc J, 30, 1983, 5, 542 -3
131. Heath P.J., Ogg T.W. Hall C.A., Brownlie G.S., The cost of Day Surgery, Health Trends:N3, 109-11
132. Heikkinen TJ, Haukipuro K, Koivukangas P et al. A prospective randomized outcome and cost comparison of TEP vs Lichtestein hernia operation among employed patients. Surg LaparoscEndosc 1998; 8:338 – 44
133. Henderson J., Goldacre M.J., Griffith M., Simmonds H.M., Day Case Surgery Geographical Trends and Readmission Rates, J. of Epidemiology and Community Health, 1989, 43, 301 – 305;
134. Henzi I, Walder B, Tramer M. Dexamethasone for prevention ofpostoperative nausea and vomiting:a quantative systematic review. Anesth Analg 2000; 90:186-94
135. Hession M.C., Factors influencing successful discharge after outpatient laparoscopic cholecystectomy., J of PeriAnesthesia Nursing, 1998, Vol. 13, N 1, 11 -15
136. Hickok C.B., L.J. Kekoler, H.D. Weintraub, Complication of ambulatory suurgical anesthesia., Seminars in Anmesthesia, Perioperative Medidcine and Pain, 1996, Vol 15, N3, 273-282
137. Hill AD, Tran KN, Akhurts T. Yeung H. Yeh SDq Rosen PP et al., Lessons learned from 500 cases of lymphatic mapping for breast cancer, Ann Surg 1999; 4:528-35

138. Hisham A.N., K. Harjit, Day care thyroid surgery. The way of the future. *The J. of One Day Surgery*, 2006, Vol.16, N1, 13-16
139. Hitchcock M., Complications following day surgery: Is quality assurance the answer?, *Ambulatory Surgery*, 1997 Vol. 5, N 3, 105 - 108
140. Hodge D , *Day Surgery – A nursing approach*.1999, Churchill Livingstone
141. Horton B., My anaesthetic is better then yours ... or is it?, *The J. of One Day Surgery*, 2013, Vol.23, N1, 2-5
142. Houghton K., Enhanced Recovery and Day surgery: The ultimate partners for elective surgery., *The J. of One Day Surgery*, 2010, Vol.20, N4, 92-95
143. Howat G., M. Weisters, M. Sames, A. Maclaren, A pilot study of day case and short-stay thyroid surgery, *The J. of One Day Surgery*, 2006, Vol.16 , N1, 9-12
144. Howat G., M. Weisters, M. Sames, A. McLaren, A pilot study of day case and short-stay thyroid surgery, *The J. of One Day Surgery*, 2006, Vol.16, N1, 9 -12
145. Hunt L. Luck AJ, Rudkin G, Hewett PJ. Day-case haemorrhoidectomy
146. Hutchinson A. Maltby JR, Reid CR. Gastric fluid volume and pH in elective patients. I. Coffee or orange juice versus overnight fast. *Can J Anaesth* 1988;35:12-15
147. Jackson I., I. Smith, Postoperative oxygen-therapy. Is it needed?, *The J. of One Day Surgery*, 2006, Vol. 16, N1, 20 - 23
148. Jacquet E, Puche, P., Alahyane, S et al. Evaluation of inguinal hernia in ambulatory surgery: a prospective monocentric study on 1009 inguinal hernia , *J. of Ambulatory surgery* 12 (2006) :167-171

149. Jarrett P.E., T.W. Ogg, The British Association of Day Suregery: the early years., The J.of One Day Surgery, 2004, Vol.14, N3, 62-64
150. Jarrett P.E.M, The pro's and con's of Day Surgery , Medical Monitor, 11, 1990, 5-7
151. Jarrett P.E.M>, The International Association for Ambulatory Surgery (IAAS), Ambulatory Surgery, 2003 Vol. 10, N 3, 113
152. Jimenez A., C. Artigaz, M. Elia, C. Casamayor et al., Cancellation in ambulatory day surgery: Ten years observational study., Ambulatory Surgery, 2006 Vol. 12, N3, 119 -123
153. Johanet H, Laubreau C, Barei R et al, Outpatient laparoscopic cholecystectomy. Ann Chir 2002; 127 : 121-125
154. Johnson C.D., Jarrett PM, Admission to hospital aftre day- case surgery, Ann Royal Coll Surg Engl, 72, 1990, 225 -228
155. Johnson GG, Day care surgery for infants and children, Can. Anaesth.Soc.J., 30, 1983, 5, 553-7
156. Johnson H, Knee-loli S, Butler TA, Are routine preoperative laboratory screening necessary to evaluate ambulatory surgical patients? Surgery 1988; 104:639
157. Johnson, C.D., P.E.M. Jarrett. Admission to hospital after day case surgery., Ann. Royal College Surg. Engl.,1990,72, 225-228
158. Joris J, Thiry E. paris P. Weerts J , Lamy M. Pain after laparoscopic cholecystectomy: characteristics and effect of intraperitoneal bupivacaine. Anesth Analg 1995; 81(2): 379 – 84.
159. Joshi G. P., Pain management after ambulatory surgery, Ambulatory Surgery;1999; 7:3-12
160. Joshi G.P., New concepts in recovery after ambulatory surgery., Ambulatory Surgery, 2003 Vol. 10, N 3, 167 - 170

161. Kamming D., F. Chung, D. Williams et al., Pain management in ambulatory surgery., J of PeriAnesthesia Nursing, 2004, Vol 19, N 3, 174 - 182
162. Kaplan E.B, Sheiner LB, Boeckmann AJ et al. The usefulness of preoperative laboratory screening. JAMA 1985; 253: 3576
163. Kaplan RF, Malignant hyperthermia. ASA Annual Refresher Course Lectures, ASA, Park Ridge, Ill, 1991; 231
164. Karialuoma M, Nuozva K., Kellokumpu I, Day-case Stapled haemorrhoidectomy (circular) vs Diathermy haemorrhoidectomy. A Randomized, Controlled Trial Evaluation of Surgical and Functional Outcome., Dis Colon Rectum, 46, 2003, 1, 93 - 99
165. Kehelt H, Are perioperative nonsteroidal anti-inflammatory drugs ulcerogenic in the short term? Drugs 1992; 44:38-41
166. Kenny GNC, Potential renal, haematological and allergic adverse effects associated with nonsteroidal anti-inflammatory drugs. Drugs 1992;44(Suppl 5):31-7
167. Keulemans Y et al., Laparoscopic cholecystectomy: Day case versus clinical observation, Ann Surg 1998; 228 (6) 734-40
168. Kiely JM, Brannigan AE, Faley E et al., Day- case laparoscopic cholecystectomy is feasible, Irish J. Med. Sci, 170, 2001, 2, 98-99
169. Kingsnorth AN, Gray MR, Nott DM. Prospective randomized trial comparing Shouldice technique and plication darn for inguinal hernia. BrJ Surg 1992;79:1068-70
170. Kingsnorth AN, Porter CS, Benet DH and all, Lichtenstein patch or Perfix plug and patch in inguinal hernia a prospective double –blind randomized controlled trial of short- term outcome. Surgery 2000;127:276-83
171. Kiss I, Killan M. Does opiate premedication influence postoperative analgesia? A prospective study. Pain 1992;48:157-8

172. Kong KL, Child DL, Donovan IA, Nasmyth D, Demand of primary health care after day surgery, *Ann R Coll Surg Engl*, 79, 1997, 3, 291 -5
173. Kraus T.W., M. W. Buechler, C. Herfarth, Relationships between Volume, Efficiency, and Quality in Surgery - a delicate balance from managerial perspectives, 2005, *World J. Surg.*, 29, 1234 -1240,
174. Kronema M.W., G.P. Westert, P.P. Groenewegen, D.M. Delnoioj, International variations i availability and diffusion of alternatives to in-patient care in Europe: the case of day surgery., *Ambulatory Surgery*, 2001 Vol. 9, N 3, 147 - 154
175. Kurze M, Kark A., Hussain ST., Day- case inguinal hernia repair in elderly patients: a surgical priority., *Hernia*, 2009 Apr, 13 (2) : 131-6
176. Labas P, Ohradka B., Cambal M. et al., Haemorrhoidectomy in outpatient practice, *Eur. J. Surg.*, 168, 2002, 11, 619 – 20
177. Labas P., B. Ohradka, M. Cambal, J. Fillo, The results of 1 day surgery in proctological practice., *Ambulatory Surgery*, 2002 Vol. 10, N1, 25 -27
178. Lacquiere D.A., J.E. Montgomery, D.Snow, Are day surgery outcomes after general anesthesia affected by increasing age?, *The J.of One Day Surgery*, 2006, Vol.16, N3, 63-66
179. Lagoe RJ, Millizen JW, A community based Analysis of Ambulatory Surgery Utilisation, *Amer. J. Public Health*, 76, 1986, 2, 150 -153
180. Lagol R.J., S.E. Bice, P.B. Ambulencia, Ambulatory Surgery Utilisation by age level, *Amer.J.P.H*, 77, 1987, 1, 33 -37
181. Lakhani S, Leach RD, Jarrett PEM, Effect of surgical day unit on waiting list, *Journal of Royal Society of Medicine*, Vol 80, 1987, 628 - 631
182. Larsen R , *Anastehesie* 2002, 7. neubearb. u erw Aufgabe, Urban and Fisher, Munchen.

183. Lau H, A prospective comparison of ambulatory endoscopic totally extraperitoneal inguinal hernioplasty versus open mech hernioplasty, J of Ambulatory Surgery, 2003; 137: 137-141
184. Lau H, Patil N.G., Juen W.K., Day – case endoscopic totally extraperitoneal inguinal hernioplasty versus open Lichtenstein hernioplasty for unilateral primari inguinal hernia in males.(A randomized study), Surg. Endosc. 20, 2006, 76 – 81
185. Lecalve JL, Trebuchet G, Treatment of inguinal hernia by transperitoneal celioscopic approach. AnnChir 1996; 50:795-8
186. Leevack ID, Holmes JD, Robertson GS. Abdominal wound perfusion for the relief of postoperative pain. BrJ Anaesth 1986;58:615-9
187. Leff DR, Bhutiani RP. Give the patients the choice – The walk in walk out hernia clinic, J of Ambulatory Surgery, 2006; 12:125-129
188. Leitlinie fur ambulantes Operieren, bzw Tageschirurgie de DGAIM (1998) Anasthesiol und Intensivmed, 4:201 ff
189. Lemos P, Ambulatory surgery in Portugal The 2003 APCA report, J. of Ambulatory Surgery 10, 2004, 179–180.
190. Lemos P., A. Pinto, G. Morais, J. Pereira et al., Patient satisfaction following day surgery., J of Clinical Anesthesiology, 2009, Vol 21, N 3, 200- 2005
191. Lemos P., P. Jarett, B. Philip, Day surgery development and practice, IAAS, 2007
192. Lermite J, Chun F., Patients selection in ambulatory surgery, Curr Opin Anaesthesiol, 2005 Dec, 18 (6) : 598 -602
193. Lewis C., J. Bryson. Does day surgery generate extra workload for primary and community health service staff., Ann.R.Coll.Surg. Engl., 1998, 228 (80), 200-202

194. Leyre P, Desurmont T., Lacoste L et al., Does the risk of compressive haematoma after thyroidectomy authorize one – day surgery ?, *Langenbecks Arch Surg*, 393, 2008, 8, 733 -7
195. Lieske B., G. Howat, M., Sames, A. McLaren, Day case thyroid surgery: Patients are up for it - are you?, *The J.of One Day Surgery*, Vol.23, N1, 14-15
196. Lim M, Boyle JO, Royston CMS, Sedman PC, Day-case laparoscopic herniorrhaphy, *Surg Endosc.*, 20, 2006, 1453 -59
197. Linde´n I, Engberg IB. Patients' opinions and experiences of ambulatory surgery. *Ambul Surg* 1995;3(3):131–9
198. Lipp A., H. Yap, Is our pain relief protocol effective?, *The J.of One Day Surgery*, 2005, Vol.15 , N1, 64-67
199. Lipp A., How should children be supervised after general anaesthesia? *The J.of One Day Surgery*, 2006, Vol.16, N1, 9
200. Lledo J.B., M.Planells, C.A, Bertomeu, A.S. Santafe, M.G. Lafargue, R.G. Espinosa, Preoperative predictive factors of ambulatory laparoscopic cholecystectomy., *Ambulatory Surgery*, 2005 Vol. 12, N 1, 45-49
201. Lynch J., Spinal anaesthesia in young patients: Post-dural puncture headache and needle design. In Bromage P.ed *Clinical Dialogue in Regional anaesthesia*, No1
202. Malcolm de Roubaix JA, Informed consent for anesthesia in ambulatory surgery: A South African perspective. *J.of Ambulatory Surgery* 12 (2006) 199-205
203. Margolese AG, Lasry JC. Ambulatory surgery for breast cancer patients. *Ann SurgOncol* 2000, ; 7 (3):181 -7
204. Mariani P, Arrigoni G, Quartierini G, Dapri G et al., Local anesthesia for stapled prolapsectomy in day surgery : Results of prospective Trial, *Dis colon Rectum*, 2005, 48, 1447- 1450

205. Marican Mizan, T. Silvester , S.Richardson et al., An audit on venous thrombemolism prophylaxis in day case and 23-hour patients undergoing surgery, *The J.of One Day Surgery*, 2007,Vol.17, N1, 5-7
206. Marin J., Ambulatory surgery in Spain, *J. of Ambulatory Surgery* 10, 2004, 181.
207. Marley R.A., B. M. Moline, Patient discharge from ambulatory setting., *J of PeriAnesthesia Nursing*, 1996, Vol 11, N 1, 39 - 49
208. Marti MC, Roche B. Outpatient proctological surgery, ambulatory surgery 6, 1998 25-28
209. Mathur P., S. Kaplan, N. Antonatokopoulus et al., Short - term results of stapled haemorrhoidopexy., *The J.of One Day Surgery*, 2008, Vol.18, N3, 62 -65
210. Maunulesela EL, Ryhanen P, Janhunen L, Efficacy of rectal ibuprofen in controlling postoperative pain in children. *Can J Anaesth* 1992; 39 : 226 -30
211. McCleane G., Novel approaches to postoperative analgesia for Day Case Surgery. A review., *The J.of One Day Surgery*, 2008, Vol.18, N1, 4-7
212. McCloud JM, Evans DS, Day-case laparoscopic hernia repair in a single unit., *Surg Endosc*, 17, 2003, 4, 491-3
213. McDoald PJ, Phillips RK Double blind randomized contolled trial of effect of metronidazole on pain after day-cas haemorrhoidectomie. *Lancet* 1998; 351:169 – 72
214. McDowell F, *The source book of plastic surgery*, The Williams § Wilkins Company, 58.
215. McHugh GA, Thomas G.M., The management of pain following day-case surgery, *Anaesthesia*, 57, 2002,3,270 -5
216. Meadan S, Solly J, Skill mix and nursing establishment for day surgery, *Handbook*, 2003, 2-3

217. Meaden S, Ralphs D.N.L, Are day surgery patients discharged too early?, 1998 In: Abstract from BADS 9th Annual General and Scientific Meeting and Exhibition, Harrogate
218. Memtsoudis S.G., M.C. Besculides. C.P.Swamidoss, Factors influencing patients disposition after ambulatory herniorrhaphy., Ambulatory Surgery, 2005 Vol. 12, N2, 67 - 73
219. Meridy HW. Criteria for selection of ambulatory surgical patients and guidelines, Anesthesia and Analgesia, 1982, 62, 11, 921-926
220. Mezei G, Chung F, Return Hospital Visits and Hospital Readmissions after Ambulatory Surgery, Ann Surg, Vol 230, 1999, 5, 721 - 727
221. Michaloliakou C, Chung F, Sharma S. Preoperative multimodal analgesia facilitates recovery after laparoscopic cholecystectomy. Anaesth Analg 1996;82 : 44-51
222. Milito G, Cortese F, Brancaleone C, Casciani CU. Role of prophylactic metronidazole in the management of postoperative pain after haemorrhoidectomy. Tech Coloproctol 1996;4:84-6
223. Minatti W.R., Flavio B., Pablo C. Et al. Postdischarge unplanned admission in ambulatory surgery – a prospective study. J of Ambulatory Surgery 2006;12:107-112
224. Minatti W.R. et al., Postoperative outcomes in ambulatory surgery. Are they same, worse or better, Ambulatory surgery 10, 2002, 17-19
225. Mira J.J., O.Tomas, M . Perez, C. Nebot, J. Rodriguez-Marin, Predictors of patient satisfaction in surgery., Surgery, 2009, Vol 145, N5, 536 - 541.
226. Mitchell M.J. Patient's perceptions of day surgery: a literature review. Ambul Surg 1999;7(2):65–73

227. Mitchell M., Constructing booklets for day-case patients, Ambulatory surgery, 2001,9: 37 – 45
228. Mitchell M., Nursing knowledge and the expansion of day surgery in the United Kingdom., Ambulatory Surgery, 2006 Vol. 12, N3, 131 - 142
229. Moniche S, Kehlet H, Dahl JB, A quantitative and qualitative systematic review of preemptive analgesia for preoperative pain relief. The timing of analgesia. Anesthesiology 2002; 96:725-41
230. Morales R., N. Esteve, A. Carmona, F. Garcia, A. Sanchez, P. Olesti, Quality indicators in ambulatory surgery. A prospective study., Ambulatory Surgery, 2000 Vol. 8, N 3, 157 -158
231. Morales R., N. Esteve, I. Casas, C. Blanco, Why are ambulatory surgical patients admitted to hospital?: Prospective study., Ambulatory Surgery, 2002 Vol. 9, N 4, 197- 205
232. Moreno Egea A, Costillo JA, Aguayo JL, Day surgery for laparoscopic repair of abdominal wall hernias, Hernia, 6, 2002, 4, 21 - 25
233. Moreno Egea A, Costillo JA, Girela E. et al., Outpatient laparoscopic incisional / ventral hernioplasty: our experience in 55 cases., Surg. Laparoscop. Endoscop Percutan Tech., 12, 2002, 3, 171 – 4
234. Morgan M., Reynolds A., Day Surgery Units: Are they attractive to nurses? , J. of Advances in Health and Nursing Care, 1991,1 (2), 59 - 74
235. Morris R., A. Lipp, Diabetes in day surgery: a review of the 2011 NHS Diabetes guidelines., The J.of One Day Surgery,2012, Vol.22, N1, 107-110
236. Myles P.S., Tacono G.A., Hunt J.O. et al., Risk of respiratory infections and wound infections in patients undergoing ambulatory

- surgery : smokers versus non – smokers., *Anesthesiology* 97, 2002, 4, 842 – 7
237. Mylvaganam S., C. Higenbottam, T. A. Fowler., Cost effectiveness and the choice of surgical consumables in day surgery. The role of surgeon, *The J.of One Day Surgery*, 2010, Vol.20, N3, 72-75
238. Narchi P. et al. Postoperative pain relief and recovery with ropivacaine infiltration after inguinal hernia repair., *Ambulatory Surgery*, 1998;6:221-226
239. Narchi P., Benhamou D., Fernandez H., Intraperitoneal local anesthetic for shoulder pain after day-case laparoscopy. *Lancet* 1991; 338 (8782-8783): 1569-70
240. Naresh R.T., Begani M.M., Ambulatory surgery: The Indian perspective, *Bombay Hospital Journal*, april, 2007, 273- 277
241. Natesan R., S. Wiggins, Featured Day surgery : Blackpool Victoria Hospital, *The J.of One Day Surgery*, 2009, Vol. 19, N2, 48-51
242. Natoff H.E., Ambulatory Surgery. Patients with preexisting medical problem. *Ill Med J* 1984; 166:101
243. NHS Management Executive 1993 Day Surgery Report by the Day Surgery Task Force. HMSO, London
244. Nilsson E. et al., Hernia surgery in defined population. Improvements possible in outcome et cost-effectiveness, *Ambulatory surgery* 1993; 150-153
245. Odom –Forren J., D.K. Moser, Postdischarge nausea and vomiting: A review of current literature, *J of Ambulatory Surgery* 2005;12: 99-105
246. Odom-Forren J., K.Moser. Postdischarge nausea and vomiting: A review of current literature., *Ambulatory Surgery*, 2005 Vol. 12, N 2, 95 - 105

247. Ogg T.W., M. Hitchcock, S.Penn, Day surgery admissions and complications., *Ambulatory Surgery*, 1998, Vol. 6, N2, 101 - 106
248. Onetti A., Applying a managerial approach to day surgery., *International Journal of Surgery*, 2008, Vol 6, Supp. 1, S 41 - S43
249. Paajanen H., Groin hernia repair under local anesthesia: effect of surgeon's training level on long term results., *Ambulatory Surgery*, 2003 Vol. 10 , N ,3 143 -146
250. Pandev. R., I. Tersiev. One day thyroid surgery. Langebeck's. - *Arch. Surg.*, 2003, 388 (6), 436-437
251. Pandit D., C.C. Davis, Are day surgery units collecting "Readmission Rate" data? *The J.of One Day Surgery*, 2005 Vol.15, N1, 77-80
252. Parkinson F., S. Winstanley, R. Haines et al., Comparison of local anaesthetic infiltration and bilateral superficial cervical plexus bloc for thyroid and parathyroid surgery., *The J.of One Day Surgery*, 2013 Vol.23, N3, 84-87
253. Parks A.G. The surgical treatment of haemorrhoids. *BrJ Surg* 1956;43:337-51
254. Parlow J.L, Meikle A.T., van Vlymen J, Avery N. Post discharge nausea and vomiting after ambulatory laparoscopy is not reduced by promethazine prophylaxis. *Can J Anesthesiol* 1999;46 : 719 – 24
255. Parnass S.M., Controlling postoperative nausea and vomiting, *Ambulatory Surgery* 1993;1:61-69
256. Paterson HM et al., Changing trends in surgery for acute appendicitis., *Journal of Ambulatory Surgery* 12, 2006, 177-180
257. Pauly V.M., Erder MH, Insurance initiatives for Ambulatory Surgery, *Health Services Research*, 27:6, 1993

258. Pavlin D.J., Chen C, Panalozza DA t al., Pain as a factor complicating recovery and discharge after ambulatory surgery., *Anesth. Analg.*, 95, 2002, 3, 27 -34
259. Payne F.B., Ghia J.N., Wilkes N.C. The relationship of preoperative and intraoperative factors on the incidence of pain following ambulatory surgery. *Ambul Surg* 1996;3:127-30
260. Pearson A., M. Richardson, M. Cairns, "Best practice" in day surgery units: a review of the evidence., *Ambulatory Surgery*, 2004 Vol. 11, N1, 49 -45
261. Penn S., Davenport H.T., Carrington S., Edmondson M. – *Principles of Day Surgery Nursing*. 1996 Blackwell Science.
262. Pentlow A., D. Adams, E. Bigsby, N. Blewitt, Audit of patients satisfaction and pos-operative care in day surgical ward., *The J.of One Day Surgery*, 2010 ,Vol.20, N1, 11-14
263. Peterson H.M. et al., True day surgery or 23-hour admission for unselected elective laparoscopic cholecystectomy?, *J of Ambulatory surgery* 12, 2006, 177-180
264. Pezzangora V., Ramuscello S, Viola G, The experience of the hernia center in Mestre – Venice, *Papers, BSS XII National Surgical Congress with international participation* , 2006,550 -556.
265. Polomano R.C., C.J. Dunwoody, D.A. Krenzischek, J.P. Rathmell, *Perspective on pain management in the 21st century.*, *Pain Management Nursing*, 2008, Vol 9, N 1, 3- 10
266. Praila J., Agrawal S., Fountain et al., *Day Surgery Laparoscopic Cholecystectomy: Factors Influencing same – Day Discharge*, *World J.Surg.*, 32, 2008, 1,76-81
267. Prasad H. Urinary retention following operations for benign anorectal diseases. *Dis Colon Rectum* 198; 21&490 -2

268. Randhawa N., R.Johnston, T. Rowlands, Can changing the modes of anesthesia make a difference to the outcome after elective hernia repair?The J.of One Day Surgery, 2014,Vol.24, N1, 21-23
269. Read MS , Vaughan RS. Allowing preoperative patients to drink: Effect on patient safety and comfort of unlimited oral water until 2 hours before anaesthesia. Acta Anaesthes. Scand 1991; 35:591 – 5
270. Roberts L. , Day Surgery – The Future, Australian Surgeon Winter 1997 vol 21 - 2 , 37-39
271. Roberts L. , Origins of Day Surgery, Australian Surgeon, July, 1986
272. Roberts L., Day Surgery –The Past , Australian Surgeon, Winter, 21, 1997, 2: 35 – 36
273. Roberts L., Guidelines For Day Surgery Facilities Australian Surgeon, August, 1987 , 41-46
274. Roberts L., American Day Surgery System Outlined, Australian Surgeon ,October , 1988.
275. Roberts L., Day Surgery Centres In Australia Planning And Design Australian Sugeon, March, 2005, 36-41
276. Roche B., Swiss Society of ambulatory surgery, J. of Ambulatory Surgery 10, 2004, 183.
277. Roizen M.F. Preoperative evaluation. In Miller RD, Anesthesia, 3rd ed. New York, Churchil Livingstone, 1990, 743 -72
278. Ronald Place, Neal Hyman - project Coordinators, Practice parameters for Ambulatory Anorectal Surgery, The standards Task Force
279. Rosario D.J., Jacob S., Luntley J., Mechanism of femoral nerve palsy complicating percutaneous ilioinguinal filed block.Br.J.Anaesth 1997; 78 :314 -6

280. Rose K. Wright D. et al. Tension free-mesh hernia repair:recovery and reoccurrence after one year. *AnnRCollSurgEngl* 1999;81 :329-32
281. Rovera F., Ferrari A., Marelli M et al., Breast cancer surgery in ambulatory setting., *Int J Surg*, 2008, Suppl 1: S116 -8
282. Ruckley C.V. et al., The community Nurse and Day Surgery, *Nursing Times*: vol 76, 6, 255 - 256
283. Rudkin G.E., Maddern G.J. Peri-operative outcome for day-case laparoscopic and open inguinal hernia repair. *Anaesthesia* 1995; 50 & 586-9
284. Ruhl M., Postoperative voiding criteria for ambulatory surgery patients., *AORN Journal*, 2009, Vol 89, N5, 871 -874
285. Saar. L.M. Use of a modified postanesthesia recovery score in phase II perianesthesia period of ambulatory surgery patients., *J of PeriAnesthesia Nursing*, 2001, Vol 16, N 2, 82 - 89
286. Sadek A. A. History of Medicine - Some Aspects of Medicine in Pharonic Egypt , *AAMS*, January, 2001.
287. Schmidt A., Bjorkman S., Akesson J. Preoperative rectal diclofenac versus paracetamol for tonsillectomy:effects on pain and blood loss. *Acta Anaesthesiol Scand* 2001; 45-52
288. Segler C.P., J.B. Dickerson, Low - cost pain infusion catheter for the control of postoperative pain in ambulatory foot surgery., *Ambulatory Surgery*, 2005 Vol. 12, N 1, 31 -33
289. Seltzer M.H. Partial mastectomy and limited axillary dissection performed as a same day surgical procedure in the treatment of breast cancer, *IntSurg* 1995; 80 (1): 79- 81
290. Senapaty A., Joung A.E., Acceptability of day care surgery, *J.Roy. Soc.Med.*, 82, 1989,3,735 – 7
291. Serralta Serra, Bueno-Lledo A J.,Sanhanja-Sanfe A et al., Evolution del dolor postoperatio en la colecistectomia laparoscopica

- bajo anestesia – analgesia multimodal en regimen ambulatorio, Rev.Esp. Anesthesiol. – Reanim., 49,2000,9, 461 -7
292. Sharma A., J.D. Hayden, R.A. Reese, P.C. Sedman et al., Prospective comparison of ambulatory with inpatient laparoscopic cholecystectomy : outcome, patients preferences and satisfaction., Ambulatory Surgery, 2004 Vol. 11, N2, 27 -31
293. Shaw J., C. Davis, A. Northeast, Consent; Who?, Where?, What?, When?, The J.of One Day Surgery, 2004, Vol.14, N3,74-77
294. Silvester K., Why do we have a waiting list ?, The J.of One Day Surgery, 2008, Vol.18, N4, 101 -104
295. Sinha A., J.E. Rees-Lee, D.J. Sanders, C. Stone, Sentinel lymph node biopsy for cutaneous melanoma - a new procedure for the BADS directory?, The J.of One Day Surgery, 2009, Vol. 19, N1, 14-17
296. Sinha A., Rees - Lee J.E., Sanders D.J., Stone C., Patients' satisfaction, success and complications., The J.of One Day Surgery, 2009, Vol. 19, N1, 27 -30
297. Skues M., New tariffs for Day Surgery & A black future?, The J.of One Day Surgery, 2009, Vol.19, N3, 61 -64
298. Smith I., Inhalation versus intravenous anaesthesia for day surgery., 2003;10:89-94
299. Smith I., PONV associated with VIMA may be due to opioids, a prospective audit. J One-day Surg 2000;10:12
300. Smith I., White P.F., Nathanson M., Gouldson R. Propofol: an update on its clinical use. Anesthesiology 1994;81:1005-43
301. Smith I., Thwaites A.J. Target –controlled propofol versus sevoflurane: a double-blind randomized comparison in day-case anaesthesia. Anaesthesia, 1999; 745-52

302. Smith I., Laparoscopic cholecystectomy in obese day case patient. Is there a problem ?, *The J.of One Day Surgery*, 2004, Vol.14, N2, 4-7
303. Smith I., S. Cowley, H. Crick, C. Makin, Effectiveness of a rapid improvement programme to increase day case laparoscopic cholecystectomy rates., *The J.of One Day Surgery*, 2010, Vol.20, N4, 80-83
304. Smith L.E., Ambulatory surgery for anorectal diseases: an update. *South Med J* 1986;79: 163-6
305. Song et al. Recovery profiles and costs of anaesthesia for outpatient unilateral inguinal herniorrhaphy. *Anesth Analg* 2000;91: 86-81
306. Soultter K.J., D. J. Pavlin, Bladder function after ambulatory surgery., *Ambulatory Surgery*, 2005 Vol. 12, N 2, 89 -97
307. Souter A.J., Fredman B., White P.F. Controversies in the perioperative use of non-steroidal anti-inflammatory drugs.*AnaesthAnalg*1994;79:1178-90
308. Standl T., Busse J, *Ambulantes Operieren*, Springer, 2005, 32
309. Stephenson M.E., Discharge Criteria in day Surgery, *J.of Advanced Nursing*, 5, 1990, 601-603
310. Stephenson S.V. Ambulatory surgical centers. *JAMA* 1985; 253:342 -3
311. Stevenson J., C. B. Hammond, I. Smith, Mixed sex in Day Surgery. Whose opinion counts?, *The J.of One Day Surgery*, 2008, Vol.18, N4, 84-87
312. Striebel H.W., Oelmann T., Spies C. et al. Patient controlled intranasal analgesia: a method for non-invasive postoperative management.*Anesth Analg* 1996;83:548 -51

313. Strom B.I., Berlin J.A., Kinman J.I. et al., Parenteral ketolarc and risk of gastrointestinal and operating site bleeding. *J Am Med Assoc* 1996; 275:376 – 82
314. Sturrock J., D. Batas, J. Appleby, Day case laparoscopic cholecystectomy in a district general hospital: An audit of length of post-operative stay., *The J.of One Day Surgery*, 2014, Vol.24, N1, 13-16
315. Subramamiam P. et al. Inguinal hernia repair: a comparison between local and general anaesthesia. *Aust New Zealand J Surg* 1998; 68: 799-800
316. Sunshine A., Olson N.Z., Rivera J et al. Analgesic efficacy of controlled-release oxycodone in postoperative pain. *J Clin Pharmacol* 1996;36:595-603
317. Tan L.R., Guenther J.M. Outpatient definitive breast cancer surgery. *Am Surg* 1997, 63 (10): 865-7
318. Tarazi R. et al., Early hospital discharge following mastectomy. *Cleve Clin Q* 1984; 51 (4): 579-84
319. Taylor S., The ideal Day Surgery anaesthetic agent., *The J.of One Day Surgery*, 2013, Vol.23, N4, 99 - 102
320. Thomson E.M, Mathews H.M.L., McAuley D.M., Problems in day care surgery, *The Ulster Medical Journal*, Vol 60, 1991, 2, 176 -182
321. Tickner C., Health care assistant enabled discharge. *The J.of One Day Surgery*, 2007, Vol.17, N 4, 106 - 109
322. Tilleman EH, Kok C., Couma D.J. Laparoscopische cholecystectomie in dagbehandeling: implementatie von een rictlijn voor klinisch handelen., *Need. Tijdschr. Geneesk.*, 147, 2003,16,760-3
323. Toftgaard C., Danish association of day surgery, *J. of Ambulatory Surgery* 10, 2004, 175–176.

324. Tramer M., Moore A., McQuay H. Propofol anaesthesia and postoperative nausea and vomiting: quantitative systemic review of randomized controlled studies. *BrJ Anaesth* 1997;78:247-55
325. Tramer M., Moore A., McQuay H., Meta-analytic comparison of prophylactic antiemetic efficacy for postoperative nausea and vomiting & propofol anaesthesia vs omitting nitrous oxide vs total i.v. anaesthesia with propofol., *Br.J.Anaesth* 1997;78:256-9
326. Trottier D.C., Barron P., Moonje V., Tadros S., Outpatient thyroid surgery: Should patients be discharged on the day of their procedures? *J Can Chir*, Vol 52, 3, 2009
327. Urso-Baiarda F., H. Laing, Day case plastic surgery in nonagenarians., *The J.of One Day Surgery*, 2005, Vol.15, N2, 50-53
328. Van den Oever R., B. Hepp, Obstacles to the development of day surgery practice in Belgium., *Ambulatory Surgery*, 1993 Vol. 1, N3, 154 - 157
329. Vandebroucke F et al. Cholecystectomy ambulatoire: experience d'un an sur des patients non selectionnes, *Journal de Chirurgie* 2007, 144, N3
330. Venkatesan K., D. Mercer, K.Hickmot, Reduction of unnecessary cancellation of patients in day case surgery due to high blood pressure., *The J.of One Day Surgery*, 2006, Vol.16, N4, 89-89
331. Voctorzson W., Tolonen P., Vuoralho T., Day – case laparoscopic cholecystectomy: treatment of choice for selected patients? *Surg. Endosc.*, 21, 2007, 1, 70 – 73
332. Wainwright D.A., A.M. Walters, S.A. SAdek et al., Day case laparoscopic cholecystectomy in obese patient. Does size really matter?, *The J.of One Day Surgery*, 2011, Vol.21, N2, 28-32
333. Ward Ch., A day of day plastic surgery in a district general hospital. *Ann. R.Coll.Surg.Engl.*76, 1994, 8, 102-6

334. Ward J., A. Sidebottom, A. Perkins et al., Featured Day Surgery Unit. Nottingham NHS Treatment Center. Day Suregery Unit., The J.of One Day Surgery, 2012, Vol.22, N4, 93 -96
335. Waters R.M. Clinical scope and utility of carbon dioxide filtration in inhalation anesthesia. Current Researches in Anesthesia and Analgesia, 1924, 3:20-22.
336. Watson B., R. Law, J. Cole, Unplanned readmission after Day Surgery : Setting a standard. , The J.of One Day Surgery, 2004, Vol. 14, N4, 103-105
337. Weale A.R., Lear P.A., Mitchell D.C., Is day case surgery the key to basic surgical training?, Ann R Coll Surg Engl, 2002, 84, 426 - 428
338. Wetchler B., Patient focused management: cost versus value., Ambulatory Surgery, 2001, Vol. 9 , N2, 57 -58
339. Worthington R. Clinical issues on consent: some philosophical concerns. J.Med Ethics 2002; 28: 377-80
340. Wright C.D., Jilka J, Gentry WB. Efficacy of promethazine suppositories dispensed to outpatient surgical patients. Yale J Biol Med 1998; 71:391
341. Young D.G., R. Carachi, James H. Nicoll, MB,CM Glasg, FRFPS Glasgow, Legion of Honour France, father of day surgery., Scottish Medical Journal 2006, 51 (1) , 48-50
342. Zaheer S .et al. Urinary retention after operations for benign deseases, Dis Colon Rectum 1998;41:696 - 704
343. Zilvetti M., M. Puttick, R. Paramesvaran et al., Day case and national tariff: Is there room for economic sense?,The J.of One Day Surgery, 2009, Vol.19, N3, 64-67
344. Zoutman D., P. Pearce, M. McKenzie, G. Taylor, Surgical wound infection occurring in day surgery patients., American journal of infection control, 1990, Vol 18, N 4, 277 -282