МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ
ФАКУЛТЕТ „ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ”
Катедра „Здравна политика и мениджмънт”

Д-р Георги Николов Александров

ПРОБЛЕМИ В МЕНИДЖМЪНТА НА ЕДНОДНЕВНАТА ХИРУРГИЯ

ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД

За присъждане на образователна и научна степен „Доктор”
Област на висше образование: 7. Здравеопазване и спорт;
Професионално направление: 7.4. Обществено здраве;
Научна специалност: Социална медицина и организация на здравеопазването и фармацията

Научни ръководители:

Проф. д-р Златица Георгиева Петрова, дм
Доц. д-р Стайко Иванов Спиридонов, дм

Рецензенти:

Проф. д-р Златица Георгиева Петрова, дм
Доц. д-р Недялка Илиева Кръстева, дм

София, 2018

С ъ д ъ р ж а н и е

Списък с използваните абревиатури.....стр.5

Въведение.....стр.8

I. Глава. Литературен обзор.....стр.10

1. Зараждане на еднодневната хирургия.....стр.10

2. Развитие на съвременната еднодневна хирургия и актуалност на проблема.....стр.20

2.1. Начало на съвременната еднодневна хирургия.....стр.20

2.2. Определения за еднодневна хирургия. Законодателство и регулации, свързани с еднодневната хирургия.....стр.21

2.3. Обхват на еднодневната хирургия по отношение на хирургичните процедури.....стр.34

2.4. Организация на еднодневната хирургия.....стр.50

2.5. Управление на качеството в еднодневната хирургия.....стр.57

2.6. Мениджмънт на еднодневната хирургия и пречки за нейното разрастване.....стр.68

3. Основни констатации от литературния обзор.....стр.70

II. Глава. Цел и задачи. Материали и методи на изследванията.....стр.72

1. Цел.....стр.72

2. Задачи, свързани с изпълнението на така поставената цел....стр.72

3. Обект на проучването.....стр.72

4. Предмет на проучването.....стр.73

5. Място, време и обхват на проучването.....стр.73

6. Методи на проучването.....стр.74

III. Глава. Клиничен статус на лекуваните пациенти по клинични пътеки 179, 181, 182, 183, 184 и 185.....стр.75

1. Клиничен статус на лекуваните пациенти по клинична пътека 181 „Хирургични интервенции на анус и перианално пространство“.....стр.75

2. Клиничен статус на лекуваните пациенти по клинични пътеки 182 „Оперативни процедури при хернии“ и 183 „Оперативни процедури при хернии с инкарцерация“.....стр.85

3. Клиничен статус на лекуваните пациенти по клинични пътеки 184 “Конвенционална холецистектомия” и 185 “Лапароскопска холецистектомия”.....стр.99

4. Клиничен статус на лекуваните пациенти по клинична пътека 179 “Оперативни процедури върху апендикс”.....стр.110

5. Показания и противопоказания за еднодневна хирургия.....стр.120

IV. Глава. Ползи от въвеждане на ЕХ. Предпоставки и концепция за разгръщане на ЕХ в България.....стр.126

1. Ползи от въвеждане на ЕХ.....стр.126

1.1. Медицински ползи.....стр.126

1.2. Социални ползи.....стр.127

1.3. Икономически ползи.....стр.127

2. Предпоставки и концепция за разгръщане на ЕХ в България.....стр.128

2.1. Нормативна база.....стр.128

2.2. Мениджмънт на ресурсите в здравеопазването за разгръщане на концепцията за ЕХ.....стр.134

V. Глава. Проблеми в мениджмънта на ЕХ в България и SWOT-анализ.....стр.147

1. Проблеми в мениджмънта на ЕХ в България.....стр.147

2. SWOT-анализ.....стр.150

Изводи.....стр.153

Приноси.....стр.154

Приложение № 1.....стр.156

Библиография.....стр.168

Списък с използваните абревиатури

АПр – Амбулаторна процедура

АХ / AS – Амбулаторна хирургия

БЛС – Български лекарски съюз

БТЕ – Белодробен тромбоемболизъм

ВАС – Върховен административен съд

ВБИ – Вътреболнична инфекция

ВМА – Военномедицинска академия

ГПСМП – Групова практика за специализирана медицинска помощ

ДКЦ – Диагностично-консултативен център

ЕС – Европейски съюз

ЕХ – Еднодневна хирургия

ИЗ – Лист история на заболяване

ИПСМП – Индивидуална практика за специализирана медицинска помощ

ИСУЛ – Институт за специализация и усъвършенстване на лекарите

КОЦ - Комплексен онкологичен център

КП – Клинична пътека

КПр – Клинична процедура

ЛЗ – Лечебно заведение

ЛЗБП -Лечебно заведение за болнична помощ

МБАЛ – Многопрофилна болница за активно лечение

МБАЛСМ – Многопрофилна болница за активно лечение и спешна медицина

МЗ – Министерство на здравеопазването

МКБ – Международна класификация на болестите

МЦ – Медицински център

НЗОК – Национална здравноосигурителна каса

НРД – Национален рамков договор

ОПЛ – Общопрактикуващи лекари

РЗОК – Районна здравноосигурителна каса

САЩ – Съединени американски щати

СЗО – Световна здравна организация

СКК – Софтуер за клинична класификация

СПО – Спешно приемно отделение

УМБАЛ – Университетска многопрофилна болница за активно лечение

AHRQ – Агенция за проучване и качество на здравеопазването

ASC/s – Център/ове за амбулаторна хирургия

AOA – Американска остеопатична асоциация

Corr – Коефициент на корелация

DS – Дневна хирургия

DSC – Център за дневна хирургия

DSU – структура за дневна хирургия

EAAS – Европейска асоциация по амбулаторна хирургия

HCUP – Проекта за утилизация и разходи в здравеопазването

i.v. – интравенозно приложение

IAAS – Международна асоциация за амбулаторна хирургия

INSALUD – Национална здравна служба на Испания

JCHA – Съвместната комисия за болнична акредитация

NHS – Националната здравна служба на Великобритания

per os – перорално приложение

SASD – Щатски бази данни за ЕХ и услуги

SID – Щатски бази данни за хоспитализация

SWOT-анализ – Анализ на силните и слаби страни, благоприятните възможности и заплахите (Strengths,Weaknesses, Opportunities and Threats analysis)

USD – щатски долара

Въведение

Съвременната хирургия е мениджмънт на оперативните умения на хирурга, модерната техника и икономическата целесъобразност в името на пациента

Съвремието показва, че хирургичното лечение трябва да бъде кратко и ефективно, резултатно и сигурно и на приемлива цена. Нито пациентите, нито лекарят, нито обществото имат интерес от продължителен болничен лечебен престой. Уроците от миналото оформят правопропорционалната зависимост – продължителната хоспитализация е равна на многобройни усложнения. Бързото развитие на еднодневната хирургия в края на XX-ти и XXI-ви век отговаря на изискванията на обществото, а това развитие е немислимо без големия напредък на медицинската наука и информационните технологии.

Разбирането на обхватността на еднодневната хирургия от здравните мениджъри е от огромна важност за съставяне и провеждане на здравни политики в тази сфера. Еднодневната хирургия позволява много повече процедури да бъдат извършвани в контекста на домашно възстановяване. Това изисква промяна в ролите, възприети от здравните професионалисти и изискванията за тяхното обучение. Еднодневната хирургия се превръща в интегрален компонент на здравните грижи. Лечението на подходящите случаи в условията на еднодневна хирургия могат да бъдат предимство, както за работещите в сферата на здравеопазването, така и за социума, който обслужват, тъй като повече пациенти могат да бъдат лекувани по-ефективно и по-ефикасно.

Разцветът на еднодневната хирургия в развитите страни показва, че днес е постигнат консенсус между здравните, икономическите и социалните ползи от нея и е налице обществена потребност и у нас от разгръщането на такъв вид хирургическа дейност.

I. Глава. Литературен обзор

1. Зараждане на еднодневната хирургия

Античната медицина е предшественик на съвременната еднодневна хирургия. Първите писмени сведения за начало на медицински знания и хирургически методи на лечение датират от IV - III хилядолетие пр.н.е. от шумерите. Те използват бронзов нож при операции на катаракта и хирургически операции на пикочния мехур. Шумерите създават и първите медицински закони, определящи отговорността на лекаря. Ако пациентът е ослепявал след операция на очите, лекарят е бил заплашен от смърт или отрязване на ръката. Шумерите са използвали за първи път средства за дезинфекция и опиум за обезболяване при операции. В храмовете на Древен Египет също са извършвани различни по сложност операции, включително и операции на черепа. Налице са данни за организирана медицинска дейност. За строителите на пирамидите са се грижели специално назначени лекари. Широко са използвани дезинфекционни и обезболяващи средства.

В Древна Гърция и в Римската империя лечението на болните и обучението на лекарите се е провеждало в специални медицински храмове – асклепиони. Най-известният асклепион е бил този на остров Кос, където се е обучавал и е преподавал Хипократ (460 – 370 г.пр.н.е.). Съставеният или редактиран от него Хипократов корпус се състои от 60 медицински трактата, от които 8 са посветени на хирургията. Описано е устройството на хирургически кабинет, хирургически инструментариум, оперативни интервенции. Не е посочено съществуването на стационари. Хипократ и останалите лекари са пътували и лекували амбулаторно или в медицинските храмове. По-късно К. Гален (129 – 216 г.) систематизира античната медицина в единно учение. Формираните от него знания определят развитието и

обучението по медицина в Римската империя. Високото ниво на античната медицина в Римската империя допринася за нарастване на населението и през 117 година то достига 88 милиона човека - една трета от тогавашното население на света.

Друг център на античната медицина е била Индия. Преди 2000 години индийският лекар Микпораоу описва техника за амбулаторни операции на очите, хирургическо лечение на камъни на пикочния мехур, обработка и шев на рани, присаждане на кожа. Чрез будизма знанията на индийските лекари се разпространяват в Китай и Япония.

Лекарите по това време, включително и хирурзите, са лекували и извършвали хирургически манипулации и операции амбулаторно и в храмове. [131]

По нашите земи също се е развивала тракийска и старобългарска медицина и хирургия. Траките са имали големи знания по медицина и са се славели като едни от най-известните лечители в античния свят. Исторически данни показват, че над половината от лекарите в древна Гърция и над една трета от лекарите в Рим са траки. В Пауталия (Кюстендил), в Одесос (Варна) и на други места е имало тракийски и гръцки светилища с асклепиони, подобни на тези на о. Кос, представен на Фигура 1. Към асклепионите имало и медицински училища. Доказателства за развитието на хирургията по това време са намерените антични хирургични инструменти по нашите земи, представени на Фигура 2.



Фиг. 1 Асклепион на о. Кос



Фиг.2 Антични хирургически инструменти

Тези инструменти се съхраняват в няколко музейни сбирки в страната ни: Археологически музей в гр. Варна, Пловдивски Археологически музей и отделни инструменти се съхраняват в музеи във Видин, Стара Загора, Свищов и София. Инструментите могат да се групират в четири групи:

- режещи инструменти - обикновен двуостър нож-скалпел (гр. smile, лат. scalpellus), коремчест нож (гр. gastroides), ножици (гр. psalis, лат. forfex).
- инструменти за захващане и възстановяване на тъкани - пинцети от тип вулзела (гр. tricholabis, лат. vulsella), пинцети от тип мизон (гр. raydion, лат. mayzon), остри куки (ahkystron, лат. hamulus acutus), тъпа кука (гр. typhlankystron, лат. hamulus obtusus), двойна вилка (гр. chele), игли (вкл. стъклени, гр. belone, лат. stilum).
- спомагателни инструменти - спатомеле (сонда-лопатка), циатискомеле, стъргала, топчеста сонда.
- други – вендузи, фрагменти от гинекологичен спекулум.

Античните хирургични инструменти, открити по нашите земи датират от V в.пр.н.е. до IV в. и много приличат по форма на днешните и са изработени от бронз. Хипократ пише в своя Хипократов сборник: „Бронза за нищо не употребявай освен за инструменти, защото ми се струва, че е опасно да се приготвят украси за дрехи от него”. Археологичните артефакти показват, че козметичната хирургия е била широко разпространена в Римската империя. До нея прибягвали и част от получилите свобода роби, които се опитвали да заличат следите от дамгосването си от своите господари. Много добре развита е била и офталмологията, като още тогава е била лекувана по хирургичен път катаракта. [121]

В ранното Средновековие българските лекари наследяват знанията на античната медицина на траките и тази на Гален чрез Византия. Към Климентовия манастир в Охрид е имало лечебница. Такава е имало към Рилския манастир, към Търновските и Преславските манастири. Основателите и водачите на богомилското движение и на катарите – поп Богомил, Василий Врач, Боян Мага са прочути лекари. [119]

Античната и ранната средновековна медицина и хирургия основно са изградени на принципите на амбулаторната и еднодневната хирургия. Лекарите са пътували, отсядали и лекували в храмове и светилища, а по-късно, след възприемане на християнството - в манастири. Към прочути религиозни средища са били изградени своеобразни медицински училища. В тях прочути лечители и философи са преподавали знания на бъдещите лекари и свещеници. Няма информация за съществуването на болници. След лекарската намеса, включително и хирургична дейност, пациентът е бил оставен на грижите на своите близки в дома си. Лекарят е бил високо ценен в обществото. От Хипократовата клетва разбираме, че трудът на лекаря е бил достойно възнаграждаван. [114]

Историческите сведения и археологическите артефакти показват, че античната и ранната средновековна медицина и хирургия по същество се явяват предшественик на днешната амбулаторна и еднодневна хирургия.

Античната медицина спира развитието си в Средновековието и започва своя упадък. След разпада на Западната Римска империя през V век знанията на античната медицина са забравени за стотици години за тази част на Европа. Малко по-късно през XIII – XIV век османските турци слагат окончателен край на античната медицина в Източна Европа след завладяването на България, Балканите и Византия. Настъпва тотална здравна

и демографска катастрофа в Средновековна Европа. Епидемиите следват една след друга. Юстинианова чума 541 - 750 година и голямата чумна епидемия от 1345 - 1351 година унищожават половината от европейското население. Детската смъртност достига 50 - 60%. Католическата църква, която по това време управлява живота на хората, на практика законово унищожава хирургията като забранява изучаване на анатомия, нарушаване целостта на кожата и лечение на рани. [146]

Ренесансът на античната медицина започва в Персия и в Арабския свят през X - XI век. Загубените знания са възстановени и систематизирани от персийския лекар Авицена (980 - 1037 г.). Неговият трактат "Канон на медицината" пресъздава учението на Гален, а чрез него и на Хипократ и се явява основно ръководство на лекарите от XII до XVIII век в европейските страни. Непрекъснатите войни и въвеждане на огнестрелното оръжие през Средновековието довеждат до истинска травматична епидемия. Военният травматизъм налага приоритетно развитие на военната хирургия. За основател на съвременната военна и гражданска хирургия се приема френският лекар Амброаз Пере (1517 – 1590 г.). Малко по-късно главният лекар на армията на Наполеон, французинът Жан Ларей (1766 – 1842 г.) въвежда триаж (сортиране) на ранените. През Кримската война Н. Пирогов въвежда масово използване на наркоза, открита през 1840 година от американския лекар У. Мартон. Л. Пастьор установява ролята на микробите за инфекциозния процес и повлияването им от висока температура и химически вещества. Д. Листер прилага установеното от Пастьор в медицината и става баща на антисептиката. Това довежда до рязко намаляване на оперативни и постоперативни инфекции. Началото на антибактериалната терапия е поставено в Германия от П. Ерлих в края на

XIX век. Въвеждането на антибиотичната терапия води до по-бързо овладяване на възпалителни усложнения след хирургични интервенции. През 1895 година В. Рентген открива рентгеновия апарат и въвежда инструменталните изследвания в медицината. Това революционно откритие води до по-бърза диагностика. [85]

Новите медицински открития допринасят съществено за бързо нарастване на населението. В Европа през 1750 година живеят 163 милиона човека, а след 150 години, през 1900 г. населението е 408 милиона. Десетки милиони европейци са заселили Америка, Австралия и Африка.

В края на XVIII и началото на XIX век започва масово строителство на нови болници. Започва формиране и развитие на здравното осигуряване и застраховане. Към края на XIX и началото на XX век в европейската медицинска практика са въведени най-важните медицински открития, определящи развитието на съвременната медицина и хирургия:

- медицинска сортировка (триаж);
- обезболяване и наркоза;
- ролята на бактериите и противовъзпалителното лечение;
- асептика и антисептика;
- инструментална диагностика;
- организирана медицинска помощ чрез здравно осигуряване.

След Освобождението на България от османско владичество, младата българска държава бързо наваксва пропуснатото. Стотици български лекари се дипломират в престижни медицински училища в Европа и се завръщат да практикуват в своята родина. През 1917 г. към Софийския Университет се разкрива Факултет по медицина. Само за около двадесет години след Освобождението са открити държавни болници във всички големи градове –

София, Пловдив, Варна, Плевен, Русе, Шумен, Бургас и др. Във всички по-големи градове те са дублирани от военни болници. Амбулатории и малки частни болници са разкрити в по-малките градове и в по-големите села. В новопостроените болници са създадени хирургически отделения, оборудвани с рентгенови апарати, стерилизационни, въведена е асептика и антисептика, използват се обезболяващи средства, наркоза и антибиотици.

Развитието на медицината и хирургията на XX век се определя от необходимостта от справяне с невиждания в човешката история военен травматизъм на двете Световни войни. Милиони са ранените, инвалидите и хронично болните. Отслабеният от войните колективен имунитет довежда до чести епидемии с милиони болни. Туберкулозата е широко разпространена. Всичко това, заедно със струпване на населението в големи градски центрове, налага редуцирането и закриването на многобройните амбулаторни и малки болници, създадени през XVIII и XIX век пръснати в села и градове и замяната им с крупни болнични комплекси, достигащи до мегаструктури. Първоначално този процес започва в Холандия, а след това се разпространява във Франция, Германия, Италия и в други страни. Процесът и необходимостта от крупни болнични структури се развива и в България. През 1972 г. е създадена най-голямата за нашата страна болнична и организационна структура – Медицинска Академия. В състава й са включени десетки болници в различни градове и всички висши медицински институти и колежи. През 1988 година окончателно е оформен вторият за нашата страна крупен болничен комплекс – Военномедицинска академия, разполагащ с над 3000 болнични легла и над 6000 човека медицински персонал. След 1989 година в България започна преход от планова директивна икономика към пазарен механизъм. В здравеопазването основополагащ елемент в

реформирането е промяна на начина на финансиране от централизиран бюджет към здравно осигуряване и застраховане. Промените след 1989 година се отразиха на създадените преди това крупни болнични комплекси. През 1990 година Медицинска Академия е закрита. Формирани бяха Медицинските университети в София, Пловдив, Варна и Плевен, като те запазиха структурата си на големи болнични комплекси. Военномедицинска Академия също запази структурата си на голям болничен комплекс. Законът позволи да бъдат създадени множество частни медицински центрове и болници, като към 2015 година в България има 245 държавни, общински и частни болнични заведения. Средният брой легла на една многопрофилна държавна и общинска болница е около 200. Специализираните и частни многопрофилни болници имат средно под 100 легла.

Официалната медицинска доктрина до 50-те и 60-те години на XX век е, че по-голямата част от заболяванията задължително трябва да се лекуват в стационарни условия с продължителен лечебен престой фиксиран по диагнози. В хирургията продължителният лечебен престой се разделя на пред- и следоперативен. През предоперативния престой болният в продължение на два до четири дни, задължително се настанява в хирургическо отделение за изследвания в зависимост от заболяването. Продължителността на следоперативния болничен престой се определя от диагнозата, вида на операцията и възникналите усложнения, като за различните държави е различна. Тези доктрини официално се преподават по време на цялото обучение на хирурзите - от студентската скамейка, по време на специализацията и следдипломната квалификация. В България се посочва, че след херниотомия оперираният не трябва да бъде изписван по-рано от 8-10 дни, като задължително не трябва да става от леглото 7 дни и да се въздържа

от активна физическа дейност от 3 до 6 месеца след операцията. В Холандия следоперативния срок е удължен на 12 дни. Също в Холандия след апендектомия оперираният трябва да лежи в позиция „Flower" в продължение на 10 дни с поставена назо-гастрична сонда и назначен гастро-дуоденален лаваж. При коремни операции в някои случаи се налага на болния да не става от леглото в продължение на 24 дни. Продължителният болничен престой е съчетан с пред- и следоперативно гладуване, като в продължение на седмици и месеци след оперативната интервенция се назначава нискокалорична и бедна на белтъчини храна. В продължение на дни до седмици при много от най-честите оперативни интервенции се забранява ентералното хранене. Продължителният болничен престой, съчетан с дълъг период на обездвижване налага продължително използване на катетри, дренажи, сонди.

Всички тези концепции са описани в правила за добра клинична практика и са част от медицинските хирургични стандарти до средата на XX век.

През 1947 година Р. Ашер пише: „Погледнете пациент, лежащ дълго на легло. Кръвта се съсирва във вените му, соковете изтичат от костите му, скибали са задръстили червата му, плътта му загнива, урината му изтича и духът се изпарява от душата му". През 1954 година Арнолд Лансет систематизира в публикация вредите, които продължителният болничен престой оказва върху оперираните пациенти. Благодарение на огромното количество доказателства и натрупан фактически и практически опит, днес правилата за продължителен болничен престой не се прилагат в развитите страни и не са част от медицинските стандарти, тъй като са вредни и опасни за пациента и икономически необосновани за индивида и обществото. При

правилно извършена селекция, спазване на определени показания и противопоказания (алгоритми и стандарти) възстановителният период за пациента е най-добре да протече в познатата обстановка на собствения му дом, заобиколен от близките му.

Налагането на нови концепции в хирургичната практика за извънболнична хирургия продължава повече от 100 години. В нашето съвремие концепцията за дневна и еднодневна хирургия е неотменима част от съвременната хирургия и е много лесна за възприемане от пациентите и техните близки, хирурзите и специалистите по здравни грижи.

2. Развитие на съвременната еднодневна хирургия и актуалност на проблема

2.1. Начало на съвременната еднодневна хирургия

От историческа гледна точка, за родоначалник на съвременната еднодневна хирургия се приема шотландският лекар Джеймс Никол (1864 - 1921 г.), работил в детската болница в Глазгоу, Шотландия. Той създава първото звено по еднодневна хирургия в рамките на голяма болница, като за периода 1891 - 1914 извършва самостоятелно 7392 операции. В поредица научни статии той споделя своя личен опит, като изтъква значението на подбора на пациентите, вида на анестезията, значението на ролята на домашната среда за възстановяване, особено при децата и др. Авторът изтъква немалката роля на семейния лекар за по-доброто възстановяване на децата. Не на последно място Никол изтъква, че разходите за еднодневна хирургия са приблизително 1/10 от тези, изпълнени при стандартни стационарни условия. Въпреки натрупания опит и многобройните научни публикации, лекарското общество оказва съпротива и професионалната

инертност води до минимален прогрес в развитието на еднодневната хирургия в началото на века. [98]

В периода между и непосредствено след двете световни войни развитието на еднодневна хирургия е забавено до почти пълно спиране. Непосредствено след това, главно в САЩ, започва ново бурно развитие, особено в сферата на пластичната и естетичната медицина под въздействие на филмовата индустрия в Холивуд и опита, натрупан от войните в Корея и Виетнам.

2.2. Определения за еднодневна хирургия. Законодателство и регулации, свързани с еднодневната хирургия

Различните държави и организации въвеждат различни определения за еднодневна хирургия. В света основно се използват синоними на еднодневната хирургия като най-често се срещат амбулаторна хирургия и дневна хирургия.

Определения за еднодневна хирургия:

Определение на СЗО и Международната асоциация за амбулаторна хирургия (IAAS)

СЗО съвместно с Европейската обсерватория по здравни системи и политики публикува през 2007 г. доклад за политиката и осъществяването на еднодневната хирургия. В този доклад е направено обобщение на политиките, представена е обоснованост на дневната хирургия и са дадени определенията.

Понятието „дневна хирургия", или „амбулаторна хирургия", се отнася до практиката за приемане в болница в деня на операцията внимателно подбрани и подготвени пациенти за планирани, неспешни

хирургични процедури и тяхното изписване часове след въпросната операция. [130]

Международно признати терминологии, абревиатури и определения, предложени от Международната асоциация за амбулаторна хирургия (IAAS) са представени на Таблица 1.

Табл. 1. Международно призната терминология, абревиатури и определения, предложени от Международната асоциация за амбулаторна хирургия (IAAS)

Терминология	**Синоними и определения**
Дневна хирургия (DS)	Амбулаторна хирургия (AS), хирургия, извършена в същия ден, само в рамките на деня
Център за дневна хирургия (DSC)	Център за амбулаторна хирургия (ASC), структура за дневна хирургия (DSU), структури за амбулаторна хирургия, дневна клиника. Център или учреждение, за оптимално разпределяне на пациенти, насочени за амбулаторна хирургия.
Удължено възстановяване	23 часа, престой за през нощта, престой за една нощ. Лечение, изискващо нощен престой преди изписване.
Кратък престой	Лечение, изискващо 24–72 часа болничен престой преди изписване
Извънболнични условия	Пациент, лекуван в болница, но който не е насочен за престой от 24 или повече часа.
Болнични условия	Пациент, насочен към болница, публична или частна, за престой от 24 или повече часа
Кабинетна хирургия/кабинетни процедури	Операция или процедура, извършена в професионалния кабинет на медика, която осигурява подходящо проектирано и оборудвано сервизно помещение/я за безопасното провеждане на манипулацията.
Процедура от дневна хирургия, процедура от амбулаторна хирургия	Операция или процедура, която не е извънболнична или кабинетна, при която пациентът се изписва в същия работен ден на извършването на процедурата.

„Истински" пациенти за дневна хирургия са тези, които изискват цялостни операционни съоръжения. За статистически цели, процедурите, които в миналото са били извършвани като болнични, сега се считат подходящи за дневна хирургия, докато незначителните извънболнични процедури и повечето дневни ендоскопски процедури, които никога не са включвали хоспитализация, се изключват. [120]

Случай на дневна хирургия е пациент, приет за операция, за когото не е планиран престой и който въпреки това изисква помещения за възстановяване. Цялата процедура не би следвало да изисква престой през нощта в болнично легло.

Тези определения не се използват и прилагат унифицирано в държавите, развиващи този тип хирургична дейност. Различните национални законодателства и научни организации създават и приемат подобни, но неидентични дефиниции с горните определения.

Определения в САЩ

В САЩ не се използват термините „дневна" и „еднодневна" хирургия. Въведено е определение за амбулаторна хирургия.

Амбулаторна хирургия (АХ) е планирана операция, за която не се очаква пациентът да бъде приет в болница.[108]

От определението става ясно, че дневна и амбулаторна хирургия в САЩ са синоними.

Определения в Испания

В Испания се използва определение за *дневна хирургия*. То е разписано в Кралски указ 1277/2003 и гласи:

Терапевтични или диагностични хирургически процедури, изпълнявани с обща, локално-регионална или местна анестезия, със или без седация,

която изисква краткосрочни оперативни грижи и поради това не изисква хоспитализация.[98]

Подобно е определението за дневна хирургия във Великобритания.

Определения в България

В България дефинициите са предложени от Дамян Дамянов, Евелина Пазванска и Цветелина Спиридонова.

Еднодневната хирургия е планова, диагностично-лечебна дейност при пациенти с хирургични заболявания, осъществявана в рамките на един ден в лечебни заведения за болнична помощ под анестезия.

Това определение е общоприето в нашата страна и е залегнало в проекта на Стандарт по еднодневна хирургия.

Определението за еднодневна хирургия в България е синоним на определенията за амбулаторна хирургия в САЩ и дневна хирургия, дадено от СЗО и Международната асоциация за амбулаторна хирургия и прилагано в Испания, Великобритания и други европейски държави. [34]

В България се използват и определения за дневна хирургия и амбулаторна хирургия, които не са синоними на определенията за дневна и амбулаторна хирургия, предложени от СЗО.

Дневната хирургия е планова хирургична дейност в лечебно заведение за болнична помощ в рамките на светлата част на деня. Има условия за последващ няколкочасов престой на легло и наблюдение от хирург или друг специалист. Пациентът се изписва до 18 - 19 ч. на същия ден.

Амбулаторната хирургия е планова или спешна хирургична дейност, осъществявана предимно в лечебни заведения за извънболнична помощ, но и в хирургичните кабинети от Диагностично-консултативен център (ДКЦ) на болничните структури. Извършват се малки по обем и продължителност

диагностични и/или лечебни хирургични манипулации, процедури и операции, които се осъществяват без обезболяване или под локална анестезия. Извършените в амбулаторни условия хирургични намеси и манипулации не изискват период на наблюдение и възстановяване след процедурата в условията на болничното заведение. Определението за амбулаторна хирургия в България корелира с определението за кабинетна хирургия, прието от СЗО и Международната асоциация за амбулаторна хирургия.

Определението за еднодневна хирургия в България е придобило гражданственост, добре прието е сред лекарските и научните среди в България и най-точно отговаря на определението за дневна хирургия, използвано в Европа и определението за амбулаторна хирургия, използвано в САЩ за този вид хирургична дейност.

За яснота, в последващите материали ще използваме единно понятие „еднодневна хирургия", като се има предвид, че понятията „еднодневна хирургия" за България, „дневна хирургия" за Европа и „амбулаторна хирургия" за САЩ се отнасят до един и същ вид хирургична дейност и са синоними.

<u>Законодателство и регулации свързани с еднодневната хирургия:</u>

Еднодневната хирургия (ЕХ) е иновативен подход към хирургически здравни грижи и както във всички иновативни ситуации, може да има първоначална съпротива към промяната. Например, до края на 90-те години на миналия век, ЕХ е била забранена в обществените болници в Германия.

Днес различните държави, в които се практикува ЕХ развиват обширни регулации за структурите по ЕХ. Тези регулации са свързани с физическата

структура и съоръжения, както и с процесите, процедурите и програмите за повишаване на качеството.

Акредитация на еднодневната хирургия

Основен механизъм в регулацията на ЕХ е **акредитацията.** Акредитацията е оценяване от външни, независими и обучени инспектори с цел демонстриране на значителни постижения във връзка с установени, признати здравни стандарти. Акредитацията е динамичен периодичен процес за качество на здравните грижи, който показва чрез документални доказателства, че структурата за еднодневна хирургия осигурява висококачествени здравни грижи. Естеството на акредитация зависи до голяма степен от здравната система, с която боравят учрежденията. В някои случаи това е напълно доброволна система, като акредитацията е символ на качество, която прави учреждението по-атрактивно за персонала и пациентите или може да бъде свързано със системите за финансиране, със здравни финансиращи организации, изискващи здравното заведение да е акредитирано, за да бъде рефинансирано.

Акредитация на еднодневната хирургия в САЩ

В САЩ Центровете за амбулаторна хирургия (ASCs) са сред най-строго регламентираните структури за здравни грижи, основно чрез акредитирането им. Над 85% от центровете за ЕХ са сертифицирани от Федералната структура за медицинско застраховане (Medicare) и 43 щата изискват акредитация за оторизационни цели, определящи критериите, които трябва да бъдат покрити от центровете за ЕХ. Както щатската администрация, така и Medicare оценяват учрежденията и удостоверяват, че стандартите са покрити. Всички центрове, които искат да функционират като предлагащи услугите на Medicare, трябва да получат акредитация.

Приблизително 85% успяват, като това им позволява да изпълняват услуги за Medicare и да им бъдат възвърнати разходите за тези услуги. [134, 94]

В допълнение към щатските и федералните инспекции, много центрове за ЕХ преминават доброволно процес на акредитация. Съществуват множество акредитиращи агенции, включително Акредитиращата асоциация за амбулаторни здравни грижи, Съвместната комисия за болнична акредитация (JCHA), Американска асоциация за акредитиране на амбулаторни хирургични съоръжения и Американска остеопатична асоциация (AOA), всички от които са признати като легитимни акредитиращи гаранти от Medicare благодарение на строгите изисквания за качество.

Акредитация на еднодневната хирургия във Великобритания

Националната здравна служба (NHS) на Великобритания също е развила обширни регулации за структурите по еднодневна хирургия. Тези регулации са свързани с физическата структура и съоръжения, както и с процесите, процедурите и програмите за повишаване на качеството. [99, 100]

Акредитация на еднодневната хирургия в Испания

Акредитацията на структурите за ЕХ в Испания е започнало през 1991 г. и се извършва от Министерството на здравеопазването и социалните услуги на Испания. Издаденото през 1992 г. от това Министерство Ръководство за организация и работа, система за плащане на процесите на ЕХ в програмно свързаните договори на Националната здравна служба на Испания (INSALUD) дава важен тласък на програмно свързаните договори и финансиране на дейностите като еднодневната хирургия. [98]

Акредитация на еднодневната хирургия в България

В България официалният акредитиращ орган на лечебните заведения, който прави оценка на отделни медицински и други дейности е Акредитационният съвет към Министерство на здравеопазването. Този съвет няма процедура по акредитация на дейността еднодневна хирургия.

Процедурите по ЕХ не се финансират от НЗОК и няма действащи клинични пътеки за този вид дейност. В България еднодневната хирургия се финансира от бюджетите на болниците, директно от пациентите или от фондовете за допълнително доброволно здравно осигуряване.

През 2016 г. МЗ приема Наредба №2 за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК. В тази Наредба са диференцирани значенията на „Клинична пътека", „Клинична процедура" и „Амбулаторна процедура" и е определен списък с тези дейности. Тази Наредба е имплементирана в НРД 2017 и дава възможност някои хирургични дейности да се извършват като „Амбулаторна процедура". За „Амбулаторните процедури" и „Клиничните процедури" няма лимит на заплащане. [55, 52]

Медицински стандарти за еднодневна хирургия

Акредитацията на еднодневната хирургия не би била възможна ако не са разписани и не се прилагат медицински стандарти за ЕХ.

Медицински стандарти за еднодневна хирургия в САЩ

Съвместната комисия за болнична акредитация (JCHA) в САЩ създава специфични регулации за центровете за ЕХ. Те са описани в дълъг документ (387 страници), който взима под внимание Националните цели за безопасност на пациента от 2007 г. и включва пациентно и организационно ориентирани изисквания и стандарти. Стандартите на JCHA се ограничават

до процедурите и не включват аспекти, свързани със структурата, проектирането, размера, оборудването или организация на центровете. [93]

Медицински стандарти за еднодневна хирургия във Великобритания

Министерство на здравеопазването на Великобритания издава Здравен наръчник (Health Building Note 52), който се прилага по отношение на дизайна на новите сгради и адаптацията или разширяването на съществуващите сгради, прилежащи към болниците. Този наръчник предоставя препоръки относно общия дизайн и функциониране, потока от пациенти, оборудването, приемните, районирането, съоръженията, оразмеряване на пространствата и дизайн на структурите за еднодневна хирургия. [147]

По отношение на организацията и функционирането на структурите за ЕХ, Националната здравна служба на Великобритания (NHS) е разработила Оперативен наръчник, целящ да помогне на управителите на структурите да подобрят предоставяните грижи и да повишат нивата на ефективност.

Медицински стандарти за еднодневна хирургия в Испания

В Испания Министерството на здравеопазването и социалните услуги през 2008 г. издава Наръчник за структурите на еднодневна хирургия. Този наръчник съдържа 18 приложения, както следва:

Анекс 1. Най-честите процедури в еднодневната хирургия при Испанската национална здравна система (2005).

Анекс 2. Заместващ Индекс на процедурите в еднодневната хирургия (Испанска национална здравна система - 2005).

Анекс 3. Форма за информирано съгласие в структурите по еднодневна хирургия.

Анекс 4. Процедури, подходящи за еднодневна хирургия: Списък А.

Анекс 5. Процедури, подходящи за еднодневна хирургия: Списък Б.

Анекс 6. Списък В с хирургични процедури, посочени като незначителни или тези, извършени в ендоскопски структури (хирургични кабинети) или други помещения за лечение и диагностика.

Анекс 7. Критерии за анестезия за каталогизиране на пациентите.

Анекс 8. Пациентски потоци в структурите по еднодневна хирургия.

Анекс 9. Препоръки, които трябва да се спазват преди провеждането на процедура по еднодневна хирургия.

Анекс 10. Искане за допълнителни тестове.

Анекс 11. Критерии за изписване.

Анекс 12. Оборудване на структурите по еднодневна хирургия.

Анекс 13. Критерии за подбор на показателите за качество в структурите по еднодневна хирургия.

Анекс 14. Критерии за определяне на размера на ресурсите.

Анекс 15. Програма за функционално проектиране на структурите по еднодневна хирургия с четири операционни зали.

Анекс 16. Проучване на продължителността на хирургичните процедури от Списък А (Анекс 4).

Анекс 17. Дефиниции.

Анекс 18. Абревиатури. [130]

Медицински стандарти за еднодневна хирургия в България

През 2007 г. експерти с водещото участие на Д. Дамянов разработват стандарт по еднодневна хирургия. На базата на опита на Великобритания при подготовка на медицински стандарт за ЕХ са съставени три списъка на хирургични процедури, обект на ЕХ. Като Приложение 9 към

съществуващите стандарти по хирургия се прилага списък на 64 оперативни процедури, подходящи за ЕХ. [32, 44, 81]

Стандартът по еднодневна хирургия не е одобрен официално от Министерството на здравеопазването.

Отделните структури по еднодневна хирургия работят като прилагат вътрешни правила, процедури и протоколи, индивидуално разработени от всяко лечебно заведение. Устройството, дейността и вътрешният ред са съобразени с изискванията на медицинските стандарти по „Обща хирургия", „Гръдна хирургия" и „Анестезия и интензивно лечение".

Браншови организации в еднодневната хирургия

Успоредно с разкриването на структури по ЕХ, разработване на алгоритми и стандарти за поведение относно медико-легалните въпроси, касаещи дейността на ЕХ, се създават и развиват множество научни организации. Една от първите такива организации, създадена през 1979 г. в САЩ, е Асоциация за акредитиране на амбулаторните здравни грижи (Accreditation Association for Ambulatory Health Care). Тя е първата в света организация за акредитация и контрол на дейностите на ЕХ. През 1990 г. се провежда Първият конгрес на Британската асоциация по еднодневна хирургия. През 1991 година в Брюксел, Белгия се провежда Първият европейски конгрес по еднодневна хирургия, на който присъстват над 600 делегати от 25 страни. Създадена е Европейска асоциация по амбулаторна хирургия (European Association for Ambulatory Surgery, EAAS). През 1995 г. е създадена Международна асоциация по амбулаторна хирургия (International Association of Ambulatory Surgery, IAAS). Тя започва да издава списание Амбулаторна хирургия (Journal of Ambulatory Surgery), което става официален орган на IAAS, издаван на 11 езика. Към 2017 година в

Международната асоциация по амбулаторна хирургия членуват 25 страни от целия свят. [129, 136, 137] Интересен факт е, че Румъния и Гърция са членове на тази престижна организация, а България не е. Членове на Международната асоциация по амбулаторна хирургия са:

- Австралийска асоциация на медицинските сестри в дневната хирургия (Australian Day Surgery Nurses Association)
- Австралийска асоциация на болници за дневна хирургия (Australian Day Hospital Association)
- Асоциация на центровете за амбулаторна хирургия (Ambulatory Surgery Center Association)
- Белгийска асоциация за амбулаторна хирургия (Belgian Association of Ambulatory Surgery)
- Британска асоциация за дневна хирургия (British Association of Day Surgery)
- Китайски съюз за амбулаторна хирургия (China Ambulatory Surgery Alliance)
- Датска асоциация за дневна хирургия (Danish Association of Day Surgery)
- Холандска асоциация за дневни грижи и кратък престой (Dutch Association of Day Care & Short Stay)
- Финландски амбулаторни анестезиолози (Finnish Ambulatory Anaesthesiologists)
- Френска асоциация за амбулаторна хирургия (French Association of Ambulatory Surgery)
- Немска асоциация за амбулаторна хирургия (German Association for Ambulatory Surgery)

- Унгарска асоциация за амбулаторна хирургия
  (Hungarian Association of Ambulatory Surgery)
- Индийска асоциация за дневна хирургия
  (Indian Association of Day Surgery)
- Италианска федерация за амбулаторна хирургия
  (Italian Federation of Ambulatory Surgery)
- Японска асоциация за хирургия с кратък престой
  (Japanese Short Stay Surgery Association)
- Норвежка асоциация за дневна хирургия
  (Norwegian Day Surgery Association)
- Португалска асоциация за амбулаторна хирургия
  (Portuguese Association of Ambulatory Surgery)
- Колумбийско общество за анестезия и реанимация
  (Sociedad Colombiana de Anestesiologia y Reanimacion)
- Общество за амбулаторна анестезия
  (Society of Ambulatory Anaesthesia)
- Испанска асоциация за голяма амбулаторна хирургия
  (Spanish Association of Major Ambulatory Surgery)
- Шведска асоциация за дневна хирургия
  (Swedish Association of Day Surgery)
- Италианска асоциация на частните болници за дневна хирургия
  (Italian Association of Private Day Surgery Hospitals)
- Италианско общество за амбулаторна и дневна хирургия
  (Italian Society of Ambulatory Surgery and Day Surgery)
- Перуанска асоциация за амбулаторна хирургия
  (Peruvian Association of Ambulatory Surgery)

- Румънска асоциация за амбулаторна хирургия
  (Romanian Association of Ambulatory Surgery)

В **България** няма създадена браншова организация, която да представлява еднодневната хирургия. България не е член на нито една международна организация по еднодневна хирургия.

Първата научна конференция по еднодневна хирургия в България се провежда през 2003 г. Изводът от срещата е, че подобен тип дейност се развива в много ограничен брой хирургични звена, но като цяло хирурзите са благонадеждно настроени. През същата година Д. Дамянов издава първият научен труд на тема „Еднодневна хирургия". През 2006 г. се провежда национална анкета (допитване) до хирурзи и пациенти за въвеждане на еднодневната хирургия. Резултатите от анкетата показват, че преобладаващата част и от хирурзите, и от пациентите одобряват еднодневната хирургия. През 2015 г. от Ц. Спиридонова е защитен и дисертационен труд на тема „Организация, алгоритъм, специфика и принципи на хирургичната дейност в еднодневната хирургия". [31, 81, 82]

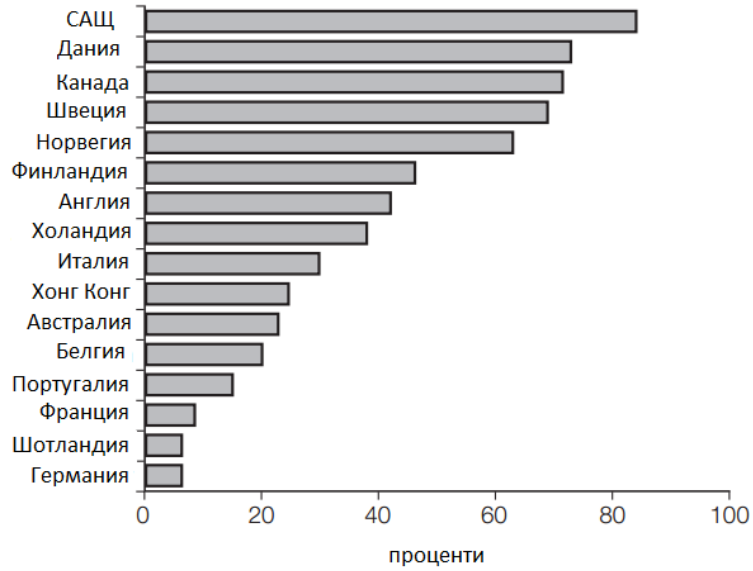
2.3. Обхват на еднодневната хирургия по отношение на хирургичните процедури

Разпространение на еднодневната хирургия

Според СЗО еднодневната хирургия има множество предимства за здравната система пред болничната хирургия, включително справяне с увеличен поток пациенти, подобрено планиране на операциите, намаляване на персонала и болничните разходи и последващо намаление на списъците с чакащи пациенти.

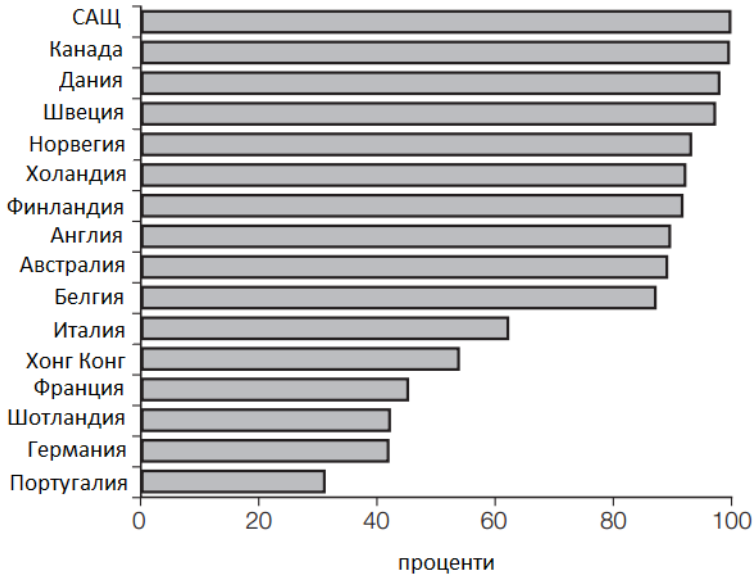
Еднодневната хирургия носи по-малък риск за вътреболнични инфекции и пациентите могат да получат повече индивидуално внимание, когато са отделени от сериозно болните пациенти в конвенционалните болнични отделения. Усложненията, възникнали след ЕХ, обикновено са незначителни и смъртните случаи са изключително редки.

Съществуват множество вариации в пропорциите на случаи на ЕХ, изпълнени в различните страни. Това вариране може да бъде забелязано и в рамките на страната, между болници в една и съща страна, както и между отделенията и специализациите в една и съща болница. На Фигура 3 е представено процентно съотношение на лекувани случаи на херния, изпълнени като ЕХ за периода 2002 – 2004 г. От фигурата се вижда, че в държави като САЩ, Дания, Канада, Швеция и Норвегия пациентите с херния се лекуват като ЕХ в 60 до 95% от случаите. [113, 115]



Фиг. 3. Процентно съотношение на лекувани случаи на херния, изпълнени като ЕХ (2002 – 2004)

На Фигура 4 е представено процентно съотношение на случаи за премахване на катаракта, изпълнени като ЕХ за периода 2002 – 2004г. От фигурата е видно, че катарактата се лекува като ЕХ в над 90% от случаите в много развити държави като САЩ, Канада, Дания, Швеция, Норвегия, Холандия, Финландия, Англия, Австралия и Белгия.



Фиг. 4. Процентно съотношение на случаи за премахване на катаракта, изпълнени като ЕХ (2002 – 2004 г.)

Проучване, проведено в 19 страни, показва изключително големи разлики в процента на случаи от ЕХ между страните. Обхватът на случаите на ЕХ варира между по-малко от 10% в Полша до над 80% в САЩ и Канада. България не е включена в това проучване.

Проучване, извършено през 2003 г. от Международната асоциация по амбулаторна хирургия (IAAS) върху дневните процедури (включващи не само ЕХ, но и диагностични процедури като артроскопии, бронхоскопии или колоноскопии) включва данни от 17 държави. Тези данни са представени на Таблица 2. От таблицата е видно, че още преди 15 години в много държави на

Европа, както и в САЩ и Канада, ЕХ е застъпена в над 30% от всички хирургични процедури, като в Канада достига 87.70%. [130]

Табл. 2. Еднодневната хирургия в 17 развити страни

Държава	Процедури като дневна хирургия в % от всички хирургични процедури
Австралия 2003	40.50
Белгия 2004	30.00
Канада 2002	87.70
Дания 2004	55.20
Финландия 2003	37.00
Германия 2003	37.00
Италия 2002	29.00
Холандия 2002	49.60
Норвегия 2003	48.00
Холандия 2003	2.40
Португалия 2003	10.70
Шотландия 2003	39.00
Испания 2003	28.44
Швеция 2002	50.00
САЩ 2003 (Medicare)	51.70

Съществуват множество причини за това разнообразие, които могат да обяснят наблюдаваните различия в статистическите данни. Те включват финансова възвръщаемост на еднодневната хирургия, регулации и стимули в различните страни, както и индивидуалните практики на хирурзи и анестезиолози. Последните често са фактор при различията в рамките на една и съща страна.

Разширяването на ЕХ включва промяна в начина на мислене. Често е нужна промяна на националните политики и регламенти като премахването на поощряването на ненужен болничен престой или неактуални професионални разграничения.

Веднъж, след като тези промени бъдат въведени, се появява необходимостта от признаване и/или преструктуриране на съществуващи структури, разширяване на ролите на медиците и болничния персонал, изследване начините за постигане на по-добро интегриране към основните здравни услуги за осигуряване на оптимални пред- и постоперативни грижи, както и развитие на подходящи финансови и нефинансови стимули. [142]

Обхват на еднодневната хирургия по отношение на хирургичните процедури

Еднодневната хирургия покрива широк спектър от хирургични процедури, обхващащи всички хирургически специалности, от операции с местна упойка, до големи операции под пълна упойка.

Подобренията в хирургичните и анастезиологичните техники и контролът на болката са довели до по-широк от всякога обхват на процедурите, подходящи за ЕХ. Основните принципи, които се прилагат при обмисляне кои процедури да включват, са:

- степента на хирургическа травма трябва да бъде внимателно преценена;
- абдоминалната и торакалната кухини трябва да бъдат отваряни само с минимално инвазивни техники;
- постоперативната болка трябва да може да бъде контролирана с орална анастезия (или при нужда с по-силни местни анестетични техники);
- не трябва да съществува съществен риск от кръвозагуба или нужда от флуидна терапия;

- времевите ограничения са относително маловажни при съвременната анестезия, но продължителността на процедурата обикновено трябва да се ограничи до по-малко от два часа (проучване на лапароскопски холецистектомии установило, че вероятността за последващо приемане в болница се увеличава четирикратно при пациенти, чиито операции продължили повече от 60 минути (Lau and Brooks 2001)).

Според повечето определения еднодневната хирургия обхваща само планови хирургични процедури. В някои развити държави или отделни структури за еднодневна хирургия се включват и спешни хирургични операции като апендектомия. [82, 139]

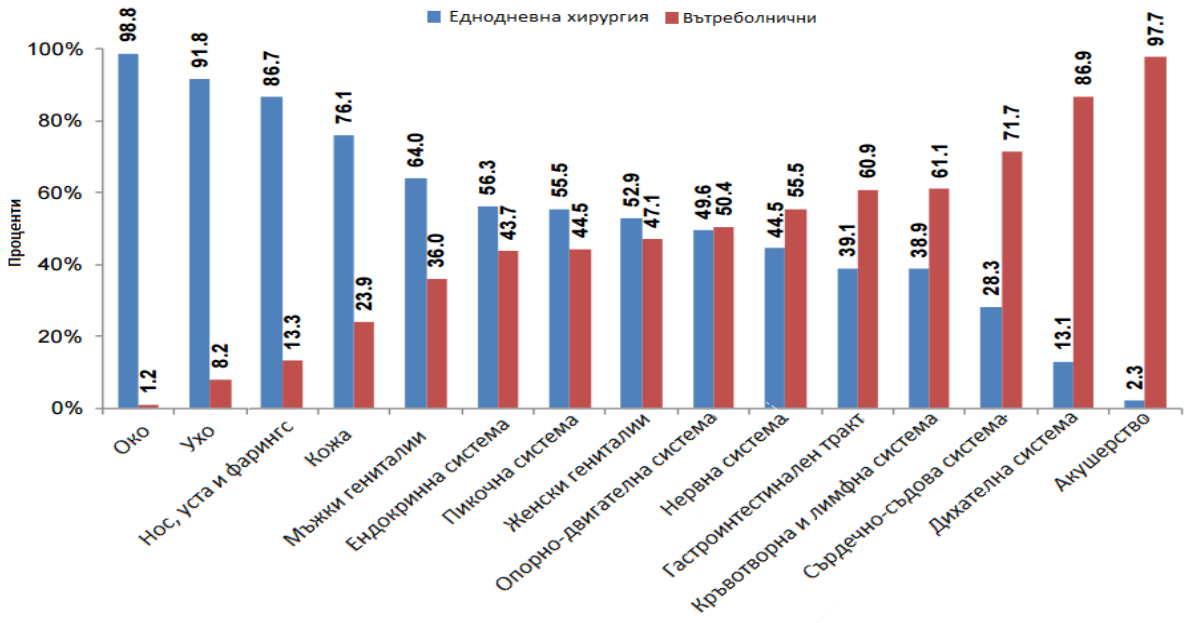
Обхват на еднодневната хирургия в САЩ по отношение на хирургичните процедури

Агенцията за проучване и качество на здравеопазването на САЩ, основавайки се на Проекта за утилизация и разходи в здравеопазването, Щатските бази данни за ЕХ и услуги за 2012 г. и Щатските бази данни за хоспитализация от 2012 г. за 28 щата, публикува доклад, в който сравнява хирургични интервенции проведени като ЕХ с тези, извършени в болнична обстановка в 28 щата. Това сравнение предоставя данни за двата вида хирургия отнесени към една и съща процедура. Тези 28 щата представляват около две трети от населението в САЩ и включват: Калифорния, Колорадо, Кънектикът, Флорида, Джорджия, Илинойс, Индиана, Айова, Канзас, Кентъки, Мериленд, Мичиган, Минесота, Мисури, Небраска, Невада, Ню Джърси, Ню Йорк, Северна Каролина, Охайо, Оклахома, Орегон, Южна Каролина, Южна Дакота, Тенеси, Тексас, Вермонт и Уисконсин. В доклада са включени статистически данни само за хирургични процедури,

извършвани в болнични заведения като еднодневна или стационарна хирургия. В изследването не са включени самостоятелни центрове за ЕХ. [121]

През 2012 г. в 28 щата на САЩ, инвазивните терапевтични операции са 14.4 милиона. Малко над половината от тези посещения (53.1%) са направени в структури за ЕХ към болници, а останалите (46.9%) са хоспитализации.

Сравнение на тези 14.4 милиона **оперативни интервенции по системи**, извършени като ЕХ спрямо тези, извършени с хоспитализация е представено на Фигура 5. Системите са представени въз основа на Софтуер за клинична класификация (СКК) и Софтуер за клинична класификация на услугите и процедурите. Източници на данни са: Агенция за проучване и качество на здравеопазването (AHRQ), Проектът за утилизация и разходи в здравеопазването (HCUP), Щатските бази данни за ЕХ и услуги (SASD) за 2012 г. и Щатските бази данни за хоспитализация (SID) от 2012 г. за 28 щата.



Фиг. 5 Сравнение между брой операции (в %), извършени като ЕХ, спрямо тези в стационарни условия по системи за 2012 г.

От Фигура 5 прави впечатление, че повечето от операциите на очи, уши, нос, уста, фаринкс и кожа са направени като ЕХ. [165]

По-голяма част от акушерските, белодробните и сърдечно-съдовите операции са извършени в болнична обстановка.

По отношение на операциите на гастроинтестиналния тракт, 39.1% са извършени като ЕХ, а 60.9% - в болнични условия.

Почти по еднакъв брой операции, засягащи женски гениталии и опорнодвигателен апарат, са извършени съответно като ЕХ и в болнична обстановка.

В същия доклад е направено и сравнение на най-честите **конкретни хирургични процедури**, проведени като ЕХ и съответно в стационарни условия. Резултатите са представени на Таблица 3.

Табл. 3 Сравнение на най-честите процедури, извършени като ЕХ и в стационарни условия в общински болници на САЩ за 2012 г.

Процедури от данни от Софтуер за клинична класификация на процедурите	**Брой операции в хиляди**		**Операции, извършени като амбулаторна хирургия в %**
	Еднодневна хирургия	Стационарни условия	
Процедури на очна леща и катаракта	865	1	99.9
Процедури на мускули и сухожилия	543	207	72.4
Процедури на стави	420	107	79.7
Холецистектомия	376	307	55.1
Ексцизия на менискус	336	5	98.5
Лечение на ингвинални и феморални хернии	260	28	90.2
Квадрантектомия на гърдата	225	8	96.5

Декомпресия на периферни нерви	224	11	95.2
Процедури на нос, уста и фаринкс	205	47	81.2
Процедури на съдове, различни от тези на главата и врата	202	323	38.5
Частична костна ексцизия	190	245	43.7
Трансуретрална ексцизия или отстраняване на обструкция на пикочните пътища	173	68	71.9
Ексцизия на кожна лезия	160	7	96.1
Поставяне, замяна или отстраняване на сърдечен пейсмейкър или кардиовертер	160	90	64.0
Присаждане на кожа	160	78	67.0
Абдоминална и вагинална хистеректомия	156	236	39.8
Дебридмант на рани, инфекции или изгаряния	154	116	57.1
Бунионектомия или лечение на деформации на пръстите на краката	134	3	98.1
Ламинектомия; ексцизия междупрешленните дискове	122	345	26.1

От мащабното изследване прави впечатление, че почти всички процедури на очна леща и катаракта са провеждани като ЕХ – 99,9%. Допълнителни данни от доклада сочат, че процедурите на очна леща и катаракта съставляват 9,3% от всички процедури, проведени като ЕХ. На второ място по честота на амбулаторна хирургия – 5,8% са терапевтичните процедури на мускули и сухожилия (най-често възстановителни операции на

роторния маншон и обвивка на сухожилията). На трето място с 4,5% от всички операции, извършвани като ЕХ се нареждат процедурите на стави – коленни и раменни артроскопии.

Операциите на храносмилателната система представляват 3 от 25-те най-често срещани хирургични процедури, извършвани като ЕХ и общо са 9.1% от всички процедури, проведени като ЕХ, като разпределението е следното: холецистектомия и сондиране на общия канал (4.0%), ингвинална и бедрена херния (2.8%) и други хернии (2.3%). Приблизително 55% от всички холецистектомии и операции на други видове херния и над 90% от операциите на ингвинални и феморални хернии са направени в условия на ЕХ.

В САЩ, Асоциацията за амбулаторна хирургия на Америка изчислява, че 84% от всички хирургични процедури се изпълняват чрез средствата на еднодневната хирургия.

В същото време Агенцията за здравни проучвания и качество в САЩ, в доклада си от 2003 г. посочва, че ЕХ заема 51.7% от 7 574 100 хирургични процедури, изпълнявани в обществени болници.Тази разлика в резултатите от проучванията се дължи на факта, че Асоциацията за амбулаторна хирургия в Америка включва данни не само за болници, но и за самостоятелни центрове за ЕХ.

Обхват на дневната хирургия във Великобритания по отношение на хирургичните процедури

Британската Национална здравна система, съвместно с Медицинския Съвет на Великобритания през 1996 година, въвежда така наречената „кошница” от 26 вида оперативни интервенции, които могат да се извършват в условия на ЕХ:

1. Орхиектомия (премахване на тестис)
2. Циркумсцизио (обрязване)
3. Ингвинална херния
4. Ексцизия на тумор от млечната жлеза
5. Анална фисура
6. Хемороидектомия
7. Лапароскопска холецистектомия
8. Апендектомия
9. Лигиране или премахване на разширени вени на долните крайници
10. Трансуретрална резекция
11. Операции за карпален тунел
12. Ексцизия на ганглион
13. Артроскопия
14. Операции при халукс валгус (криви пръсти)
15. Отстраняване на метални тела след травматологични операции
16. Екстракция на катаракта с/без леща
17. Операции при сраснали пръсти
18. Тимпанотомия/ Тимпанопластика
19. Тонзилектомия
20. Субмукозна резекция
21. Фиксация на назална фрактура
22. Операции при клепнали уши
23. Хистероскопия
24. Лапароскопия
25. Лигиране на Фалопиевите тръби (стерилизация)
26. Прекъсване на бременност

Според данните на Британската Национална здравна система до 2000 г. процедурите, включени в „кошницата” за ЕХ, имат индекс на заместване надхвърлящ 60%, т.е. процедурите, включени в „кошницата”, в над 60% от случаите са извършени като ЕХ, а не с хоспитализация. Процедури, като ингвинални хернии или катаракта, в над 80% от случаите са извършени като ЕХ. През същата година Здравната комисия преценява, че повече от 120 000 конвенционални болнични хирургични процедури са могли да бъдат извършени в структури за ЕХ. През 2005 г. заместителният индекс на процедурите от „кошницата” е 67.6%. Здравната програма на Великобритания предвижда постоянно покачване на броя на процедурите извършвани в условията на ЕХ. [111, 128]

Обхват на еднодневната хирургия в Испания по отношение на хирургичните процедури

Развитието на структурите за ЕХ в Испания е отскоро и вече са се наложили актуализации в законодателството и адаптиране на здравните информационни системи. Процедурите от ЕХ се въвеждат постепенно и започват да съставляват много висок процент от някои хирургични процедури.

Проучване на Института за здравно информиране към Агенцията за качество на Испанската национална здравна система на Министерството на здравеопазването и социалните услуги показва най-честите процедури в ЕХ по диагностично свързани групи в Испанската национална здравна система през 2005 г. Проучването засяга пациенти над 17 годишна възраст. Резултатите от проучването са показани на Таблица 4.

Табл. 4 Сравнение на процедури по диагностично свързани групи, извършвани като еднодневна хирургия и в стационарни условия

№ ДСГ	Описание	Еднодневна хирургия бр. в хил.	Стационарни бр. в хил.	Еднодневна хирургия (в %)
39	Процедури на лещите	204 499	18 088	91.9
270	Кожни, подкожни и гръдни процедури	85,713	7,891	91.6
40	Очни процедури с изключение на орбита	27,508	4,338	86.4
6	Операции на карпалния канал	22,106	3,499	86.3
162	Процедури за ингвинални и феморални хернии	20,720	33,336	38.3
266	Присаждане на кожа и/или дебридман	18,744	5,751	76.5
359	Процедури при доброкачествени образувания на матката и аднекса	15,325	42,198	26.6
225	Процедури на крака	15,271	17,147	47.1
229	Процедури на ръката и китката, с изключение на процедури на големи стави	14,551	11,686	55.5
119	Лигиране и стрипинг на вени	13,996	14,821	48.6
364	Дилатация и кюретаж, конизация	12,956	6,512	66.6
231	Местна ексцизия и премахване на вътрешни фиксиращи устройства	12,462	14,730	45.8
55	Процедури на ухо, нос, уста и гърло	10,977	21,625	33.7
267	Перианални и пилонидални процедури	10,801	5,481	66.3
158	Анални процедури	10,593	22,310	32.2
342	Обрязване	10,437	194	98.2
60	Тонзилектомия и/или аденоидектомия	9,544	10,656	47.2
42	Вътреочни процедури с изключение на ретината, ириса и лещите	8,666	7,021	55.2

222	Процедури на коляното	8,251	15,093	35.3
160	Други херниални процедури	8,094	17,615	31.5
262	Биопсия на гърдата и местна ексцизия за доброкачествени образувания	7,994	5,197	60.6
227	Процедури на меките тъкани	7,169	10,564	40.4
381	Аборт с дилатация и кюретаж, аспирационен кюретаж или хистеректомия	7,082	32,991	17.7
232	Артроскопии	6,056	3,433	63.8
Общо за Испанската национална здравна система		**576,045**	**333,602**	**63.33**

Проучването показва, че индексът на заместване за хирургични процедури е 63,33% за 2005 г., т.е. 63,33% от гореописаните диагностично свързани групи и процедури са извършени в условията на ЕХ. [109]

Проучване от Международната асоциация по амбулаторна хирургия показва, че през 2003 г. в Испания 39% от всички хирургични процедури се изпълняват чрез техники на ЕХ. През 2005 г. има известно нарастване на броя им, като ЕХ съставлява 40,5% от всички процедури, извършени в болници от Националната здравна система на Испания.

Обхват на еднодневната хирургия в България по отношение на хирургичните процедури

За първи път еднодневна хирургия в България започва да се прилага през 2007 г. Еднодневната хирургия в България е създадена по проект на Световната и Европейската банка, съвместно с Министерството на здравеопазването като се откриват три отделения по еднодневна хирургия в гр. София при „Царица Йоана - ИСУЛ”, гр. Пловдив при УМБАЛ „Св. Георги” и в гр. Варна при МБАЛ „Св.Марина”. Обхватът на еднодневната

хирургия в България по отношение на хирургичните процедури не се различава съществено от този в развитите държави. И трите проекта са осъществени с помощта на авторитетни коремни хирурзи и затова първоначалният обхват включва основно заболявания от обхвата на коремната хирургия. На Таблица 5 е представено разпределение на оперираните болни по диагнози за периода 2008 – 2014 г. в Отделението по еднодневна хирургия при „Царица Йоана - ИСУЛ". [82,83]

Табл. 5 Разпределение на оперираните болни по диагнози

Диагноза	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**Общо**
Ингвинална 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	0	10	61	50	46	67	72	306
Общо	**181**	**466**	**556**	**617**	**652**	**603**	**531**	**3606**

За периода 2008 – 2014 г. са оперирани 3 606 болни, като средната възраст варира между 47,6 и 58,3 години, най-възрастният опериран пациент

е на 91 години. В Отделението не се изпълняват хирургически намеси от детската хирургия. Отделението по еднодневна хирургия при „Царица Йоана - ИСУЛ" започва дейността си през 2008 г. с операции от областта на коремната хирургия: херниотомии, операции в аналната и перианалната област, папиларни синуси и кисти, лапароскопските операции са ограничени до минимум поради липса на апаратура. Следващите години последователно са 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. Като еднодневна хирургия са извършвани и единични спешни операции на апандицит. Индексът на заместване според отчетите на „Царица Йоана - ИСУЛ" е над 30% от хирургичните намеси, осъществявани в Клиниката по хирургия, което е показано на Таблица 6.

Табл. 6. Операции, осъществени в Отделението по еднодневна хирургия, отнесени към брой оперативни намеси в хоспиталната хирургия

2008 г.	**2009 г.**	**2010 г.**	**2011 г.**	**2012 г.**	**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%

С развитието на частното здравеопазване, еднодневната хирургия в България започва да се прилага и в много частни клиники срещу заплащане. Обхватът се разширява с хирургични процедури на очите: катаракта, кератопластика, лазерна корекция на късогледство, далекогледство, астигматизъм, лазерно лечение на вторична катаракта и др. Тези хирургични процедури се прилагат обикновено в специализирани клиники като „Очна клиника Ден", Очна клиника „Вижън".

Опити за разкриване на еднодневна хирургия се правят и в други болници в страната, като УМБАЛ – Русе АД, Аджибадем Сити Клиник Болница Токуда, УМБАЛ Софиямед, но тези структури са с ограничена дейност.

2.4. Организация на еднодневната хирургия

Днес, според СЗО, в развитите страни в зависимост от местоположението им, ЕХ се осъществява в един от четирите организационни модела както следва:

- *Интегрирана в болницата структура* – легла в стационарните помещения, предназначени за ЕХ. При този модел пациентите, подложени на процедури осъществени като еднодневна или болнична хирургия споделят помещенията за възстановяване. Операционните зали, лекарският и медицинският персонал на болницата са общи за двата вида хирургия.
- *Самостоятелна структура в болницата* – операционните зали и отделенията, които са предназначени за ЕХ, са функционално отделени от помещенията на болницата и в тях се извършват само процедури от ЕХ. Медицинският и административният персонал, които обслужват еднодневната хирургия, също са отделени и работят само в този самостоятелен обект за ЕХ. Специалистите по хирургия могат да работят, но не по едно и също време, както в самостоятелните обекти за ЕХ, така и в болницата.
- *Независима самостоятелна структура (центрове за ЕХ)* – идентична със самостоятелните обекти, но извън местоположението на болницата. Те са може би по-рентабилни от самостоятелните обекти в болниците.

Независимите структури имат потенциал да осигурят еднодневна хирургия близо до мястото, където живее пациентът.

- *Структура, базирана в лекарски кабинет* – малки самостоятелни хирургични крила в хирургични кабинети.

Структурите по еднодневна хирургия могат да бъдат обособени и специализирано в зависимост от вида на извършваните хирургични намеси:

- Структура за еднодневна хирургия, в която се извършва само един вид операция, например катаракта или артроскопия;
- Структура за еднодневна хирургия за извършване на операции от една хирургична специалност (монодисциплинарен тип), например само коремни операции;
- Структура по еднодневна хирургия от смесен тип, където се извършват операции от различни хирургични специалности (мултидисциплинарен тип).

Разширяването на ЕХ може да се осъществи в съществуващите болници, т.е. да се изградят интегрирани в болниците структури чрез различни изменения на болничните отделения. Те трябва да се преструктурират в две части – сектор за болнична хирургия и сектор за ЕХ. Операционните зали също трябва да се сепарират, като се отделят специализирани операционни зали за еднодневна хирургия или се направи график за ползване на операционните зали за еднодневна и болнична хирургия. Все пак, тези интегрирани в болницата структури, базирани на конфигурации създадени за традиционна хирургия, често се явяват като физически бариери пред установяването на интегрирани пътища, а отделянето на персонал и функции може да затрудни развитието на

необходимата сплотеност и работа в екип сред персонала, което ги прави по-малко идеални от гледна точка на икономическа ефективност и качество на обслужване.

Оптималното развитие на ЕХ на място в болницата се осъществява по-ефективно от самостоятелна структура по еднодневна хирургия в болницата, която е функционално и структурно отделена от болничната структура и има собствени операционни зали, отделения, вход, рецепция, персонал и управленска структура. Все пак е възможно съществуващите болнични съоръжения да се преработят и реорганизират за настаняване на независими структури за ЕХ на място.

Тази стратегия ще помогне да се избегне ненужното закриване на болнични заведения и да се увеличи броя на оперираните пациенти, както и да се освободят болнични легла за по-сложни случаи.

Независимите самостоятелни структури за ЕХ или т.нар. центрове за ЕХ са с местоположение далеч от болница. С подходящи системи те могат да извършват същата гама от операции като тези на място в болниците. В сравнение с интегрираните в болницата структури и самостоятелните структури в болницата, те крият по-малък риск от вътреболнични инфекции, гарантират по-бързо приключване на случаите и са свързани с по-голяма удовлетвореност на пациентите. Въпреки това, в сравнение с удобствата на място в болниците, центровете за ЕХ се нуждаят от по-голямо пространство за съхранение, собствени стерилизиращи съоръжения и стерилизирани комплекти за лапаротомия и торакотомия за незабавна употреба в спешни случаи. Независимите самостоятелни структури трябва да имат непосредствен и постоянен достъп до легла в болница, която може да извършва съответните хирургични процедури. Центровете за ЕХ трябва

денонощно да разполагат и със собствен или да имат достъп до специализиран медицински транспорт с необходимото реанимационно оборудване, с който може да се придвижи тежко болен до болница. В независимите самостоятелни структури, специалист анестезиолог или хирург трябва да бъде на разположение докато и последният пациент е готов за изписване. Подобно на болничните структури, и самостоятелните трябва да предоставят достъп до консултации 24 часа на ден на пациентите след прибирането им у дома. Броят на центровете за ЕХ се увеличава в много страни с цел увеличаване на достъпа на пациентите до хирургична помощ, особено в отдалечени населени места. Към самостоятелните, както и към болничните структури по ЕХ, могат да се добавят болнични хотели за близките на пациентите. [106,113]

В развитите държави днес ЕХ се развива най-често като по моделите на център за ЕХ и самостоятелна структура в болницата. В САЩ самостоятелни структури за ЕХ съществуват в над 80% от Университетски, градски, големи и общински болници, нефедерални правителствени болници, частни болници с нестопанска цел и частни болници със стопанска цел. Към 2000 г. в САЩ има и над 3 300 самостоятелни центрове за ЕХ. Подобна е ситуацията и в Европа. Определено внимание заслужава опитът на Норвегия. При население от 4,4 млн. души, в страната има общо 76 структури за еднодневна хирургия – 50 самостоятелни структури в държавни болници и 26 в частни болници. [168,169]

В България еднодневната хирургия е слабо развита и не е широкодостъпна за пациентите. Структурите по ЕХ у нас са с различна организация. Отделението по еднодневна хирургия на УМБАЛ „Царица Йоана - ИСУЛ”, София е интегрирана в болницата структура от

мултидисциплинарен тип. Отделението по еднодневна и миниинвазивна хирургия в УМБАЛ „Св. Георги”, Пловдив е интегрирана структура към Втора клиника по хирургия на болницата и също е от мултидисциплинарен тип. Отделението по еднодневна и ендоскопска хирургия в УМБАЛ „Света Марина”, Варна е интегрирано към Първа клиника по хирургия на болницата и е от монодисциплинарен тип – коремна хирургия.

Някои болници в България също правят опити за създаване на звена по еднодневна хирургия. В УМБАЛ – Русе АД към Отделение по обща, гнойно-септична, детска и еднодневна хирургия е интегрирано звено по еднодневна хирургия с две легла, което е монодисциплинарно.

С развитието на частния сектор в здравеопазването се изграждат и структури за еднодневна хирургия към частни болници и клиники. В Аджибадем Сити Клиник МБАЛ Токуда е интегрирано Отделение по еднодневна хирургия, което осъществява не само хирургична дейност, а и диагностични процедури. Структурите по еднодневна хирургия често се специализират за определени хирургични процедури, например „Очна клиника Ден” и Очна клиника „Вижън” – за катаракта, МБАЛ Софиямед – артроскопии и менискуси.

Организацията на еднодневната хирургия в тези структури не е уеднаквена и зависи от ръководството на здравното заведение.

Оптималната организация на еднодневната хирургия изисква мултидисциплинарен подход. Важно условие за развитие на еднодневната хирургия е осигуряването на съвременно **битово и медицинско оборудване**. Техническият напредък в 21-ви век благоприятства скъсяването и минимализирането на болничния престой чрез въвеждането на върхови иновативни технологии в медицината. Минимално инвазивните техники за

диагностика и лечение днес се използват и прилагат рутинно във всички анатомични области от човешкото тяло. Дори се достига до своеобразен парадокс – въвеждането днес на един високотехнологичен метод за диагностика и лечение, утре вече изглежда остарял.

Успехът на еднодневната хирургия зависи и от **човешките ресурси**. Необходимо е активното участие от страна на всички заети в тази дейност – мениджъри, хирурзи, анестезиолози, медицински сестри и общопрактикуващи лекари. Налице е необходимост от гъвкав подход с редовна преоценка на практиката за осигуряване на ниво на грижа, което отразява индивидуалните нужди на пациента. Въпреки това, има ограничени доказателства за най-подходящите модели за персонал за различните видове обекти за еднодневна хирургия. В Обединеното Кралство, числеността на персонала варира от 0.2 до 3.2 служители на пълен работен ден за всяко обслужвано легло, стол или количка. Персоналът включва сестри, портиери, лекари и асистенти в оперативен отдел, домакини и административен и чиновнически състав. [71,72]

Опитът също показва, че оптимална ефективност се постига, когато структурата за ЕХ има собствена административна инфраструктура за управление на пациентския поток и график.

Грижата за пациентите в структурите за ЕХ изискват подход, включващ множество умения. Ползите от множеството умения включват по-сплотен, мотивиран екип, постигнат чрез оценяване и разбиране на ролите и отговорностите на всеки един служител от екипа. Повишеното удовлетворение от работата и повишената компетентност на персонала се постигат и чрез непрекъснато обучение. Обучението води и до ниски нива на текучество на персонала, гъвкавост на служителите, по-ефективен контрол на

разходите за персонал и по-добра информираност на пациентите, тъй като персоналът е запознат с целия случай на пациента.

Добрата организация на еднодневната хирургия зависи и от **обществените здравни услуги**, защото пред- и постоперативните грижи се прехвърлят в домашни условия. Съставителите на здравни политики, общопрактикуващите лекари и социалните услуги трябва да бъдат включени директно и индиректно в процеса. [79]

В страни с добре развити системи за първични грижи, общопрактикуващите лекари (ОПЛ) играят ключова роля в процеса на ЕХ. ОПЛ са първата стъпка в осигуряването на достъп на пациента до еднодневна хирургия. Те играят важна роля при оценката, дали състоянието на пациента е подходящо за ЕХ, в подпомагането на пациентите по време на процеса на взимане на решение и насочването им към структури за еднодневна хирургия. ОПЛ могат да осигурят обществено обоснован предварителен прием (кръвни тестове, рентгенография на гръден кош, електрокардиограми и др.), да споделят информация с пациента и семейството му относно операцията и постоперативните грижи, да планират подходящи постоперативни процедури съвместно с близките на пациента и по този начин да се осигури последователността в грижите.

Друг фактор за правилното функциониране на ЕХ е високото ниво на **информираност на пациента.** В сравнение с подложените на болнична хирургия, пациентите от еднодневна хирургия имат увеличена отговорност за предоперативната подготовка и възстановяването от операцията в домашни условия. Предоставянето на адекватна информация относно всички етапи на хирургичния процес е важно не само за осигуряване успеха на процедурата,

но и за безопасността на пациента. Ефективната политика за осигуряване на информация цели да:

- подготви психологически пациентите за операция;
- осведоми пациента за определената процедура, пред- и постоперативните грижи;
- намали риска през постоперативния период;
- повиши удовлетвореността на пациентите спрямо цялостния процес на еднодневна хирургия и да намали тревожността;
- получи информирано съгласие на пациента за операцията.

Трябва да бъде осигурена структурирана информация на пациента за медицинските и организационните аспекти. Едновременното използване на устно и писмено информиране е от изключителна важност – едното дава информация, а другото я затвърждава. Медийни форми като видеа или интернет, също могат да бъдат използвани. Информацията трябва да бъде последователна по време на целия процес на обслужване, от изпращащия лекар, персонала на структурата за ЕХ и включените в осигуряването на последващите грижи. Това трябва да даде възможност на пациентите да поемат отговорност за собствените си грижи доколкото е възможно. Трябва да се определи ролята на всеки член на персонала в осигуряване на информация и времето на предоставяне да бъде координирано, тъй като пациентите ще получават информация от административния, хирургическия персонал и медицинските сестри в различните етапи от процедурата по ЕХ. [20, 23, 48]

2.5. Управление на качеството в еднодневната хирургия

Програмите за еднодневна хирургия трябва да включват системи за продължително подобряване на качеството, за да се гарантира, че пациентите

получават оптимални грижи. Нужно е въвеждането на система за внимателен подбор на пациентите като се вземат под внимание хирургически, медицински и социални критерии за осигуряване на възможно най-адекватната помощ за всеки един пациент. По-този начин се повишава качеството на предоставяните медицински услуги. [13, 12, 11]

Обхват на еднодневната хирургия по отношение на пациентите с цел осигуряване на качествена медицинска помощ

Изпълнителната агенция към Национална здравна служба на Великобритания, в свой доклад от 2004 г. изтъква, *че по-скоро еднодневната, отколкото болничната хирургия, се счита за стандарт за всички планово оперирани пациенти, а не просто алтернативна форма на лечение за някои от тях.* Също така е важно да се приеме, че моделът на осигуряване трябва да е насочен към нуждите на пациента, тъй като не всички пациенти могат да бъдат лекувани чрез еднодневна хирургия. Нужно е въвеждането на система за внимателен подбор на пациентите като се вземат под внимание хирургически, медицински (коморбидност) и социални критерии.

СЗО съвместно с Европейската обсерватория за здравни системи и политики през 2007 г. определят три вида критерии за подбор за еднодневна хирургия: хирургически, медицински и социални. [113]

Хирургически критерии за подбор

Всички пациенти, насочени за съответна процедура от ЕХ, трябва да бъдат насочени към клиника за предварителна преценка, където решението дали случаят да бъде третиран като еднодневна или болнична хирургия може да бъде взето на **индивидуален принцип**. Единственият хирургически критерий, изключващ ЕХ, е ако хирургът предвижда специфичен случай,

където операцията би била твърде сложна или продължителна при дадения пациент.

Специфичните хирургически критерии за подбор на различните процедури са залегнали в националното законодателство и стандартите за еднодневна хирургия на държавите, които я прилагат.

Медицински критерии за подбор

Подборът на пациенти би трябвало да се основава на цялостния им физиологичен статус, а не да бъде произволно ограничен според възраст, тегло или анестезиологичен риск. Трябва да се оценят естеството на всяко предшестващо състояние, неговата стабилност и функционални ограничения за всеки пациент, който не е напълно здрав. Основен, прагматичен въпрос, който трябва да се вземе под внимание, е дали лечението или изходът от заболяването биха се подобрили при пред- или постоперативна хоспитализация. Ако не, пациентът трябва да премине лечение на база еднодневна хирургия. Предоперативната преценка предлага и възможност за подкрепа на пациенти пушачи за спиране на вредния навик чрез включване на никотиново заместваща терапия. Тази терапия е ефективна по отношение намаляване на пушенето преди операция, като подпомага заздравяването на раните и намалява риска от постоперативни гръдни инфекции.

Социални критерии за подбор

Пациентите обикновено изискват подкрепата на сигурен, физически здрав възрастен, който може да ги обгрижва през нощта (или по-дълго при по-инвазивни процедури). Болногледачът също трябва да разбира планираната процедура и постоперативни грижи и да иска да поеме отговорността за осигуряването на по-нататъшно наблюдение на пациента.

Обикновено се препоръчва пациентите да се подлагат на ЕХ в учреждения, намиращи се на не повече от час път от дома им, за да се осигури лесното им връщане при необходимост от спешни медицински грижи и да се минимализират стресовите симптоми по време на пътуването към дома. Пациентите също се съветват да не шофират поне 24 часа. Домашните условия и леснят достъп до телефон също са важни фактори, които трябва да се вземат под внимание.

Проучванията показват, че почти всички пациенти, претърпели процедури като ЕХ, могат да спазват съветите, дадени им след операция. Въпреки това, няма убедителни доказателства за това, колко пациенти са лишени от еднодневна хирургия, защото не могат да отговорят на социалните критерии за подбор.

Може да се направи паралел между гореописаните критерии за подбор (хирургически, медицински и социални) и Концепцията на Maxwell включваща 6 измерения на качеството на здравната помощ [71]:

1. Достъп до здравна помощ – определя възможността индивидът или населението да получат здравни услуги
2. Релевантност (уместност и съответствие) – отнася се до избор на интервенция, която най-вероятно ще доведе до постигане на желания резултат и очакваната здравна полза да надхвърля достатъчно евентуалните негативни последствия. Доброто качество на здравната помощ и релевантността означават навреме да бъде извършено „правилното нещо, по правилния начин и на правилния пациент”

3. Сигурност/безопасност на здравната помощ – степента, до която се избягват потенциалните рискове и непреднамерената вреда е намалена до минимум в процесите на доставяне на здравната помощ
4. Ефективност и ефикасност на здравната помощ – степента, до която дадено лечение, интервенция или услуга постига желания резултат при реални условия
5. Продуктивност/икономичност – степента, до която е отчетена полза от приложените медицински грижи, при минимум усилие и ресурси и максимална обща полза. Стремежът е да се постигне оптимална комбинация от различни видове лечение и услуги с цел максимализиране на общите ползи (резултати) от наличните ресурси
6. Участие на потребителя – да се направи пациентът център на дадения процес

Участието на потребителя е най-важно за развитието на подобряване на качеството. Като начин за измерване на качеството на развитие и подобряване на здравната помощ, изпълнителите на здравни услуги започват да разбират, че пациентите, техните семейства и приятели имат предимство като експертни свидетели на здравната помощ. Изключително рационална и приложима в лечебните заведения, тази концепция е в основата на определяне на качествени признаци, според Обединената комисия за акредитация на здравните организации в САЩ. 1991 г.

Тези концепции пряко корелират с въвеждането и развитието на еднодневната хирургия и качеството, което тя предоставя в гореописаните аспекти.

Обоснованост за еднодневна хирургия

Основните причини за приложение и разширяване на еднодневната хирургия са **безопасността и качеството на услугата**. Тя е толкова безопасна, ако не и по-безопасна, и също толкова качествена, колкото същите процедури, извършвани като болнична хирургия. Също толкова важни са и социалните и икономическите ползи от ЕХ. В хирургическата общност съществува общоприет консенсус по отношение на превъзходството на качеството, безопасността и ефективността на ЕХ.

Медицински изход от заболяването при еднодневна хирургия

Клиничните проучвания, сравняващи традиционната болнична с еднодневната хирургия, не показват значителни разлики в изхода от заболяването. Те показват, че ЕХ е безопасен подход, когато се следват всички препоръчани насоки и организационни принципи на програмите за еднодневна хирургия. [152]

Честотата на смъртни случаи и висока заболеваемост, директно свързани с ЕХ са изключително ниски – под 1%. Смъртността в рамките на 30 дни след операция е необичайно ниска (около 0.01%) и в повечето случаи това не се дължи на изпълнението на операцията. Основните нива на смъртност директно свързани с ЕХ са по-малко от 1%. Еднодневната хирургия намалява риска от нежелани събития, присъщи за хоспитализацията като вътреболничните инфекции. Нивата на непланирани консултации в рамките на 30 дни от операцията са между 0.28% и 1.5%. Непланираните завръщания в болницата и повторното приемане в рамките на 30 дни, директно свързани с процедури, извършени като ЕХ, варират от 0.15% до 1.5%. Непланираният следоперативен прием може да бъде избегнат чрез използването на подходящи клинични пътеки и диагностично свързани

групи. Статистическо проучване установява, че прилагането на адекватни клинични пътеки е свързано с увеличение на изписванията в същия ден от 21% на 72% и сериозно намаление на непланираните постоперативни приеми, поради нарастващия опит с използването на клинични пътеки и диагностично свързани групи. [163]

Незначителните усложнения при ЕХ са често срещани. Постоперативна болка, гадене, повръщане, сънливост, умора, главоболие и болки в гърлото са сред най-често срещаните симптоми. Наличието на тези симптоми може да повлияе продължителността на престоя и времето до изписване и да породи трудности при възвръщането към обичайните дневни дейности и домашни функции.

Социални ползи на еднодневната хирургия

Множество проучвания съобщават за високи нива на удовлетвореност от еднодневната хирургия у пациентите, техните близки или родителите на малки деца.

СЗО препоръчва удовлетворението на пациентите да бъде повишено чрез постигане или избягване на някои обстоятелства като:

- добър постоперативен контрол на болката
- кратък период на изчакване преди операция
- вежливост на персонала и приятелски настроена среда
- избягване на чувство за прекалено ранно и бързо изписване, оставено у пациента
- проследяване по телефон на следващия ден

Икономически ползи от еднодневната хирургия

Икономическите ползи от еднодневната хирургия включват:

- По-кратък болничен престой, който позволява по-висок брой на пациенти, които могат да бъдат лекувани и съответно намаляване на списъка с чакащи.
- Освобождаване на вътреболничните структури за по-сложни и спешни случаи.
- Намаляване на броя пациенти, премахнати от операционните списъци в деня на операцията заради спешни случаи или недостиг на легла в болничните заведения.
- Наличие на определен график и по-ефективно използване на операционните зали.
- Минимално нарушаване ежедневието на пациентите, както и по-ниски нива на отсъствие от работа или проблеми, ангажиращи околните.
- Намаляване на персонала, тъй като денонощен персонал обикновено не е необходим.
- Намаляване на времето за изпълнение на хирургичната процедура, както и на цената й чрез възползване от хирургическия и анестезиологичен напредък.
- Оптимизация на използването на скъпоструващите апаратура и консумативи в операционните зали.

Важно е да се отбележи, че се спестяват значителни суми пари само при условие, че пациентите са прехвърлени от структури за хирургия в стационарни условия към такива за ЕХ и не се използват болнични легла. Икономическата ефективност е налице при замяната на болнична хирургия с еднодневна за определените процедури и случаи, т.е. при повишаване индекса на заместване. От друга страна, ако се създаде дисбаланс и

активността на ЕХ нарасне бързо, без необходимия спад в болничната активност, общите разходи нарастват. Увеличаването на дела на еднодневната хирургия за сметка на болничната води до закриване на значително количество легла и съкращаване на персонал. В същото време, след закриването на леглова база, дължащо се на прехвърляне на пациентите към ЕХ, оставащите легла, заети от тежко болни пациенти, изискват по-високо съотношение медицински сестри - пациенти. Също така, празни и неизползвани отделения водят до сериозни разходи, ако не са отчислявани, продавани или използвани за цел, оправдаваща разходите.

Развитието и прилагането на ЕХ променя структурата на здравните услуги. При нея разходите се прехвърлят от вторичните болнични грижи към първични или обществени грижи. Пациентите правят допълнителни разходи за болногледачи при ЕХ. В същото време пациентите с процедури, извършени като ЕХ могат да се върнат по-рано на работа, което намалява техните разходи. [106,113]

Финансовите ползи от ЕХ са обект на много проучвания и показват неоднозначни резултати. Категорично ЕХ е икономически по-изгодна от болничната, като разликите варират в зависимост от държавата, литературния източник и вида на хирургичната процедура. На Таблица 7 са показани сравнителни резултати от различни проучвания на икономии на разходите при ЕХ в сравнение с болнична хирургия за едни и същи процедури. Прави впечатление, че при процедури на хернии, проведени като ЕХ спестяванията от единичната цена са най-ниски в Канада – 26%. В САЩ спестяванията при същата процедура варират според източника от 36 до 70%. По подобен начин изглеждат и резултатите от проучванията за финансовите ползи от лапароскопски холецистектомии. Разликите в спестяването от

единичната цена при тази процедура в САЩ варират от 11 до 46%. Във Великобритания проучванията обединяват няколко процедури: хернии и операции на варикозни вени. Разликата в спестяването според източника е от 40 до 65%. [93] Според Асоциация за амбулаторна хирургия в Америка средната стойност на всяка процедура, извършвана като ЕХ, е 5 600 USD, за сравнение средната стойност за вътреболнична хирургия е 28 300 USD.

Табл. 7 Икономии на разходите при еднодневна хирургия в сравнение с болничните разходи за същите процедури според литературни източници

Източник	Страна	Процедура/и	Спестяване от единичната цена
Babson 1972	Великобритания	Хернии и операции на варикозни вени	40-44%
Prescott et al. 1978	Великобритания	Хернии и операции на варикозни вени	65%
Coe 1981	САЩ	Хернии	65%
Flanagan and Bascom 1981	САЩ	Хернии	70%
Rockwell 1982	САЩ	Хернии	45%
Pineault et al. 1985	Канада	Хернии	26%
Mitchell and Harrow 1994	САЩ	Хернии	36%
Van den Oever and Debbaut 1996	Белгия	Ингвинални хернии	43%
Arregui et al. 1991	САЩ	Лапароскопски холецистектомии	46%

Zegarra et al. 1997	САЩ	Лапароскопски холецистектомии	25%
Rosen et al. 2001	САЩ	Лапароскопски холецистектомии	11%

В България отделенията за ЕХ също отчитат икономическата ефективност на този вид хирургични процедури. По проучвания в България стойността на болничния леглоден в една многопрофилна болница за активно лечение е средно 95 – 110 лв. По данни на икономическия отдел на УМБАЛ „Царица Йоана - ИСУЛ" един лекарстводен 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. Стойността на леглоден за един болен в Клиниката по хирургия на същата болница през периода 2008 – 2014 г. нараства от 240 до 270 лв. докато за Отделението по еднодневна хирургия тази стойност остава 70 лв. Данните показват финансовите ползи от еднодневната хирургия.

Добрата организация в Отделението по еднодневната хирургия на УМБАЛ „Царица Йоана - ИСУЛ" води до свеждане на усложненията от процедурите по еднодневна хирургия до 2,1%, както и на хоспитализациите и рехоспитализициите до 0,64%. На Таблица 8 са показани брой хоспитализации и рехоспитализации по години за периода 2008 – 2014 г. в Отделението по еднодневна хирургия на УМБАЛ „Царица Йоана - ИСУЛ" при общ брой на операциите за този период 3 606. [81,82]

Табл. 8 Хоспитализации и рехоспитализации по години

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Общо
Хоспитализации	4	2	3	4	3	2	1	19
Рехоспитализации	0	0	0	1	2	2	0	5

За проследявания период има един случай на летален изход при белодробна микротромбоемболия. В случая се касае за екстремен казус на следоперативно фатално усложнение при пациент с предоперативен риск нула и при липса на медицински пропуск или грешка.

2.6. Мениджмънт на еднодневната хирургия и пречки за нейното разрастване

Оптималното развитие на ЕХ зависи от сградния фонд и качеството на оборудването, както и от ръководството и управлението на персонал и ресурси. Успехът изисква прилагането на политики, които разгръщат всички предимства на ЕХ към пациента, медицинския специалист и обществото като цяло.

Ръководството е необходимо на всички нива на структурата за ЕХ. Лидерите създават линия на поведение за болничните администратори, лекари, мениджъри на медицинските сестри и останалия персонал, която да следват, а след това подпомагат координацията на техните усилия за развиване и поддържане на програмата за дневна хирургия. [14,15,16]

Въз основа на опита от няколко страни, най-ефективната организационна структура за единица за ЕХ включва създаването на обособено обслужване, ръководено от опитен мениджър, който да отговаря ежедневно за осигуряването на ефикасно, ефективно и висококачествено обслужване в еднодневната хирургия. Изглежда, че решаващ фактор за успех е поддържането на високо ниво на комуникация между мениджъра и медицинските специалисти, работещи в обекта.

Обектите за ЕХ могат да постигнат максимална ефикасност и ефективност, когато ръководството и персоналът са строго специализирани

за този вид дейност, целенасочени и иновативни, наслаждават се на динамичната среда и непрекъснато се стремят към съвършенство.

Еднодневната хирургия е сравнително нов и иновативен подход в съвременната медицина към хирургически здравни грижи и както във всички иновативни ситуации, може да има първоначална съпротива към промяната. Също така, могат да съществуват законови и регулаторни пречки за преодоляване. Тези процеси създават проблеми в мениджмънта на еднодневната хирургия. [106,113] Според СЗО пречките за разрастването на ЕХ са следните:

- Регулаторни – националните регулации и законодателство могат да не позволяват преминаването към ЕХ.
- Икономически – възвръщаемостта може да бъде по-голяма за болници или хирурзи ако пациентите се хоспитализират за 24 или повече часа, или пациентите могат да бъдат принудени да платят процент от общата такса за ЕХ, за разлика от пълното покриване на разходите при обичайна хоспитализация.
- Образователни – липсата на образователни програми за незавършили студенти по медицина и за тези със следдипломна квалификация може да понижи информираността за ползите от еднодневна хирургия.
- Проектиране на съоръженията – наличните здравни съоръжения могат да не са подходящо проектирани за развитието на ЕХ, от гледна точка, както на вътрешната им конфигурация (осигуряваща улеснен поток на пациенти), така и на външната (лесен достъп за пациентите).

- Подкрепа на местно, домашно и обществено ниво – липсата на адекватни обществени услуги може да не позволи на някои пациенти достъп до ЕХ.
- Информационни – потенциалните пациенти и техните лекуващи лекари може да не са наясно за възможността за ЕХ.
- Организационни – слаба мултидисциплинарна съвместна работа.

3. Основни констатации от литературния обзор

Еднодневната хирургия се заражда в дълбока древност. Преди няколко хиляди години всички хирургични дейности са извършвани като еднодневна хирургия. За родоначалник на съвременната ЕХ се счита шотландският лекар Джеймс Никол (1864 – 1921 г.). Новият ренесанс на тези хирургични процедури започва в САЩ и Великобритания след Втората световна война. За няколко десетилетия еднодневната хирургия се разпространява и в други развити държави. В зависимост от специфичните особености на медицинските среди, в различните държави са разработени сходни определения и терминологии за тези хирургични процедури. Независимо от различията, смисълът на дефинициите за еднодневна хирургия включва хирургически процедури, изпълнявани с обща, локално-регионална или местна анестезия, които изискват краткосрочни оперативни грижи и не изискват хоспитализация.

Практикуването на еднодневна хирургия налага промени в здравното и осигурителното законодателство и разработване и приемане на медицински стандарти. В различните държави нормативните актове са съобразени със съществуващата здравна система. Масовото прилагане на еднодневната

хирургия води и до създаване на браншови организации и акредитационни органи за контрол на този вид дейност.

Днес, еднодневната хирургия се налага като основен вид хирургична дейност в много държави. Обхватът на еднодневната хирургия е сходен в различните държави и включва хирургични процедури от различни хирургични специалности. В последните години като еднодневна хирургия се извършват не само планови, а и спешни хирургични интервенции.

Структурите за еднодневна хирургия се изграждат като интегрирани към болници и клиники или самостоятелни центрове в близост до големи болници.

Основните причини за приложение на този вид хирургична дейност са предоставяне на висококачествена хирургична процедура без дълъг болничен престой на пациента и възможност той да се възстановява в семейна среда.

Една от основните пречки в мениджмънта на еднодневната хирургия в световен мащаб е липса на нормативна уредба, регламентираща този вид хирургична дейност. Често съществуващите вече съоръжения и сгради не са подходящо проектирани за развитието на еднодневна хирургия. Този вид дейност често не се изучава в университетите.

Широкото приложение на еднодневната хирургия в развитите страни безспорно доказва необходимостта от развитие на такъв вид хирургична дейност, нейната ефективност и значение за медицината и обществото.

II. Глава. Цел и задачи. Материали и методи на изследванията

1. Цел на настоящия дисертационен труд е да се обоснове необходимостта от широкодостъпна еднодневна хирургия и да се установят проблемите в мениджмънта на този вид хирургична дейност в България.

2. Задачи, свързани с изпълнението на така поставената цел са:

Задача 1

Да се проучи клиничният статус на оперативно лекувани пациенти в областта на коремната хирургия по клинични пътеки, които могат да бъдат изпълнени като еднодневна хирургия.

Задача 2

Да се представят и систематизират ползите и предпоставките от разгръщане на еднодневната хирургия в България.

Задача 3

Да се предложи концепция за широко прилагане на еднодневната хирургия.

Задача 4

Да се разработи SWOT-анализ и да се анализират проблемите в мениджмънта на еднодневната хирургия в България.

3. Обект на проучването са:

3.1 Клинично проучване проведено във ВМА-София при 3941 пациенти с операции в областта на коремната хирургия.

3.2 Нормативна уредба, засягаща разгръщането на еднодневната хирургия в България.

4. Предмет на проучването:

4.1 Медицинска документация на 3941 пациенти с операции в областта на коремната хирургия, от които 685 дисертантът е оперирал лично.

4.2 Законодателни и нормативни актове за прилагане на хирургични процедури, официални източници на публикувани нормативни документи (печатни и електронни правни издания), Национален рамков договор, закони и подзаконови нормативни актове (наредби), актове и официално публикувани документи на държавни институции, имащи отношение към хирургията.

5. Място, време и обхват на проучването:

5.1 Клиничното проучване е проведено във ВМА - София за периода 2005 – 2012 г. при 3941 пациенти, български или чужди граждани, на възраст от 15 до 92 години, от които 2139 са мъже и 1802 са жени. Разпределението на пациентите по клинични пътеки е както следва: по КП № 179 „Оперативни процедури върху апендикс” – 1099 пациента; по КП № 181 „Хирургични интервенции на ануса и перианалното пространство” – 448 пациента; по КП № 182 „Оперативни процедури при хернии” и КП № 183 „Оперативни процедури при хернии с инкарцерация” – 889 пациента; по КП № 184 „Конвенционална холецистектомия” и КП № 185 „Лапароскопска холецистектомия” – 1505 пациента. От всички 3941 пациенти, 1695 са планово приети и 2286 са приети по спешност. Всички пациенти имат ИЗ и/или медицинска документация.

5.2 Закони и подзаконови нормативни актове издадени от Български законодателни органи и държавни институции за периода до 2017 г.

6. Методи на проучването:

6.1 Клинико-диагностични методи – насочена медицинска анамнеза, обективно изследване, инструментални изследвания, лабораторни изследвания, оперативни методи.

6.2 Методи на историческия анализ, позволяващи обобщения, които са допустими на основата на факти от миналото.

6.3 Методи на правния анализ за оценка на различни компоненти на нормативната уредба по отношение на хирургията.

6.4 Методи на системния анализ - общ подход, концепция за решаване на проблемите, метод, включващ конкретни действия за решаване на група от проблеми.

6.5 Методи на графичния анализ за визуализация на получените резултати.

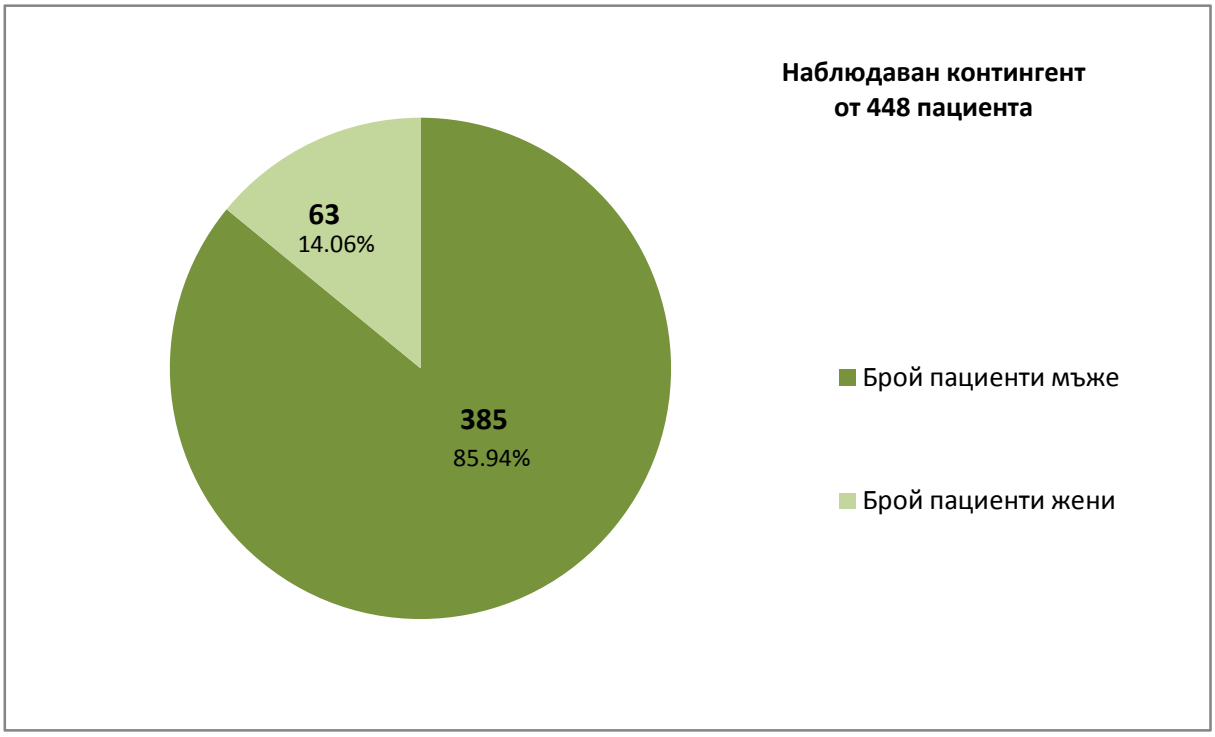
III. Глава. Клиничен статус на лекуваните пациенти по клинични пътеки 179, 181, 182, 183, 184 и 185

1. Клиничен статус на лекуваните пациенти по клинична пътека 181 „Хирургични интервенции на анус и перианално пространство“

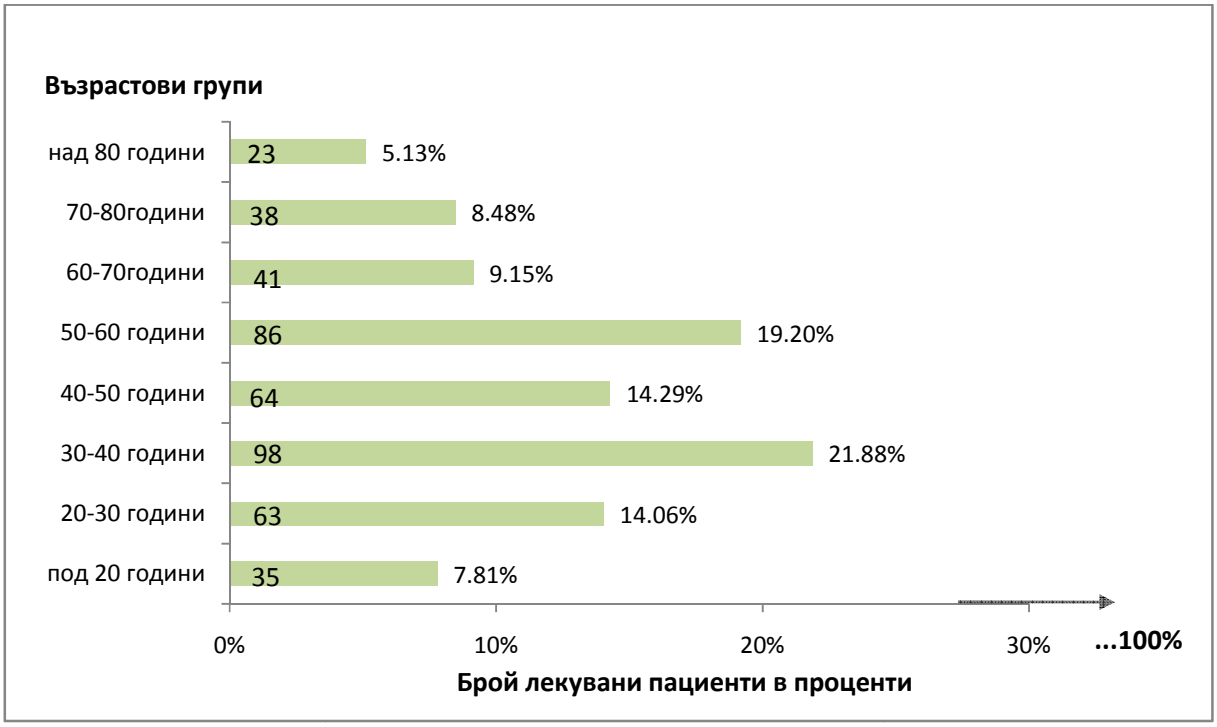
Заболяванията на ануса и перианалната тъкан, на ректума и перириректалната тъкан и на венозната им система (хемороиди) имат различна етимология – от вродени заболявания до механични травми. Като част от отделителната система, те задължително се съчетават с първични или вторични инфекциозно-възпалителни усложнения. Боледуват мъже и жени, като са засегнати 50 - 60% от човешката популация, най-често между 45 - 65 годишна възраст. Обект са на хирургическо лечение от дълбока древност. В Египет преди 3700 години в Корпус Хипократикус е описано лигиране чрез вълнен конец на хемороиди.

Обект на клиничното наблюдение са 448 пациенти, български или чужди граждани, временно или постоянно пребиваващи в страната. Периодът на изследването е 7-годишен от м. март 2005 година до м. април 2012 година. Разпределението на пациентите по полов признак е представено на Фигура 6. От изнесените данни се вижда, че 385 (85,93%) от лекуваните по клинична пътека 181 са мъже и 63 (14,07%) са жени. Разпределението на лекуваните по клинична пътека 181 пациенти по възрастови групи е представено на Фигура 7. От нея се вижда, че целевата група пациенти, лекувани по клинична пътека 181, са на възраст от 16 до 84 години. Разпределението им по възрастови групи е следното: под 20 години са лекувани 35 (7,81%) пациенти; от 20 до 30 години – 63 (14,06%) пациенти; от 30 до 40 години – 98 (21,88%) пациенти; от 40 до 50 години – 64 (14,29%) пациенти; от 50 до 60

години – 86 (19,20%) пациенти; от 60 до 70 години – 41 (9,15%) пациенти; от 70 до 80 години – 38 (8,48%) пациенти; над 80 години – 23 (5,13%) пациенти. Най младият пациент, опериран и лекуван по клинична пътека 181, е на 16 години, а най-възрастният е на 84 години. Лекуваните под 20-годишна възраст са по-слабо представени при нашето изследване, поради насочването на пациентите от тази възрастова група към детска хирургическа клиника на МБАЛСМ „Н. Пирогов“. От изнесените данни се вижда, че при проучването основното натрупване на пациенти е във възрастовата група от 30 до 40 години. Най-малко е натрупването във възрастовата група над 80 години.

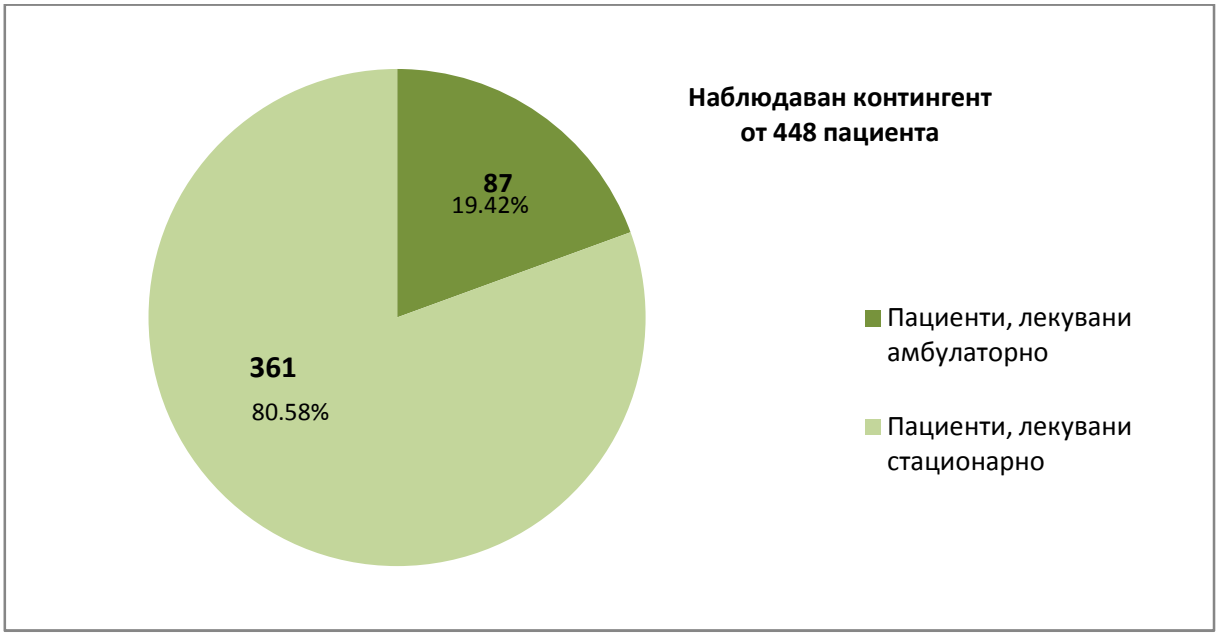


Фиг. 6 Разпределение на лекуваните по клинична пътека 181 пациенти по полов признак

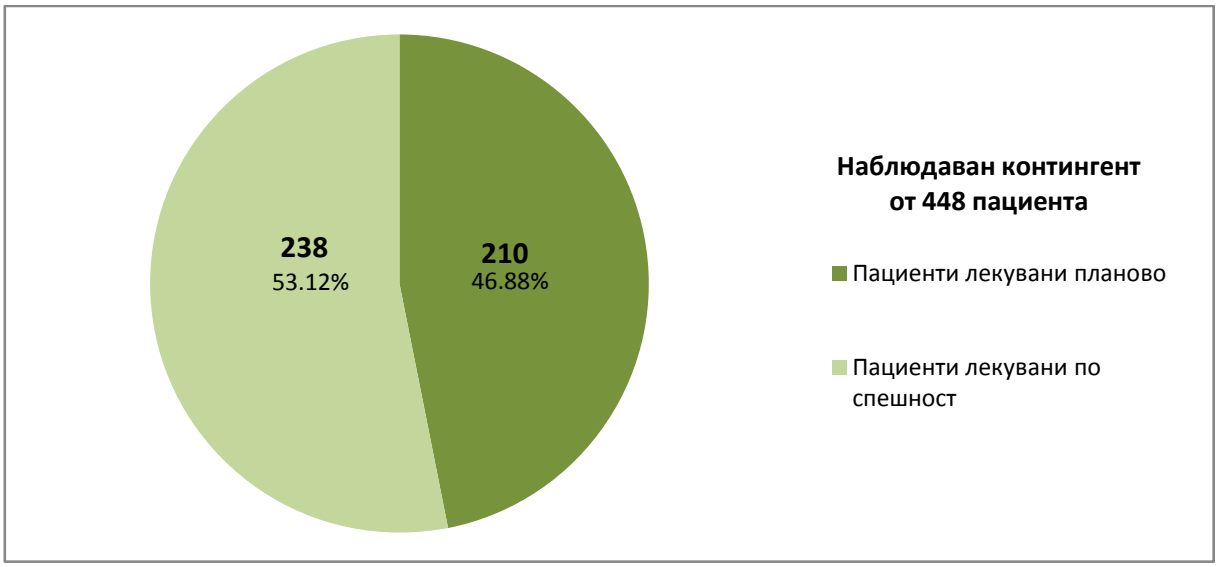


Фиг. 7 Разпределение на лекуваните по клинична пътека 181 пациенти по възрастови групи

На Фигура 8 е посочено разпределение на пациентите, лекувани по клинична пътека 181 в зависимост от мястото на провеждане на основното лечение (операция) – амбулаторно или стационарно. От изнесените данни се вижда, че основният брой пациенти 361 (80,58%) са лекувани при стационарни условия. При останалите 87 (19,42%) пациенти оперативната интервенция е проведена в амбулаторни условия. На Фигура 9 е посочено разпределение по срок на приемане за лечение на лекуваните по клинична пътека 181 пациенти. От изнесените данни се установява, че при 210 (46,88%) пациенти лечението е проведено в планов порядък. При останалите 238 (53,12%) се е наложило лечението (амбулаторно или стационарно) да се извърши в спешен порядък.



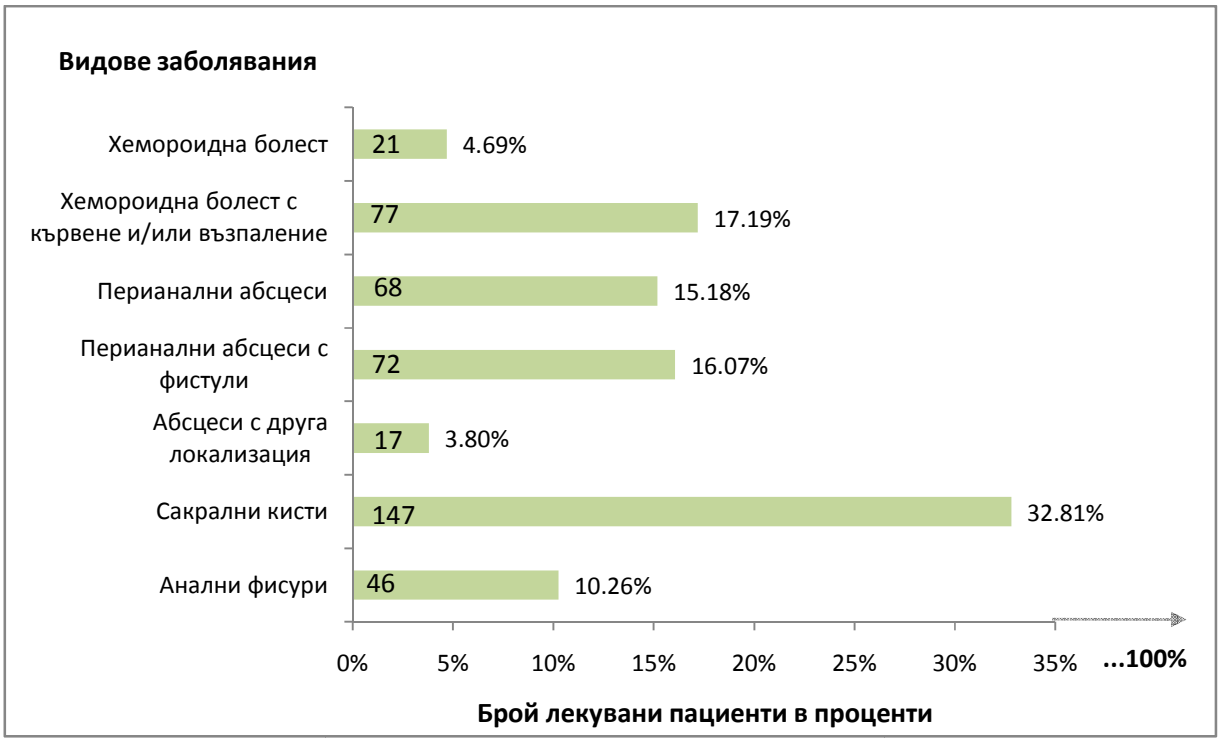
Фиг. 8 Разпределение по място на основното лечение (амбулаторно/стационарно) на лекуваните по клинична пътека 181 пациенти



Фиг. 9 Разпределение по срок на приемане на лекуваните по клинична пътека 181 пациенти

На Фигура 10 е посочено разпределение на лекуваните по клинична пътека 181 пациенти по видове заболявания и клинична картина. От

изнесените данни се вижда, че при 46 (10,26%) пациенти са налице анални фисури, при други 147 (32,81%) се установяват сакрални кисти, абсцеси с друга локализация са намерени при 17 (3,80 %) пациенти, перианални абсцеси и перианални фистули са намерени при 72 (16,07%) пациенти, чисти перианални абсцеси са установени при 68 (15,18%) пациенти, хемороидна болест, усложнена с кървене или възпаление, е намерена при 77 (17,19%) пациенти и хемороидна болест без усложнения е установена при други 21 (4,69%) пациенти.

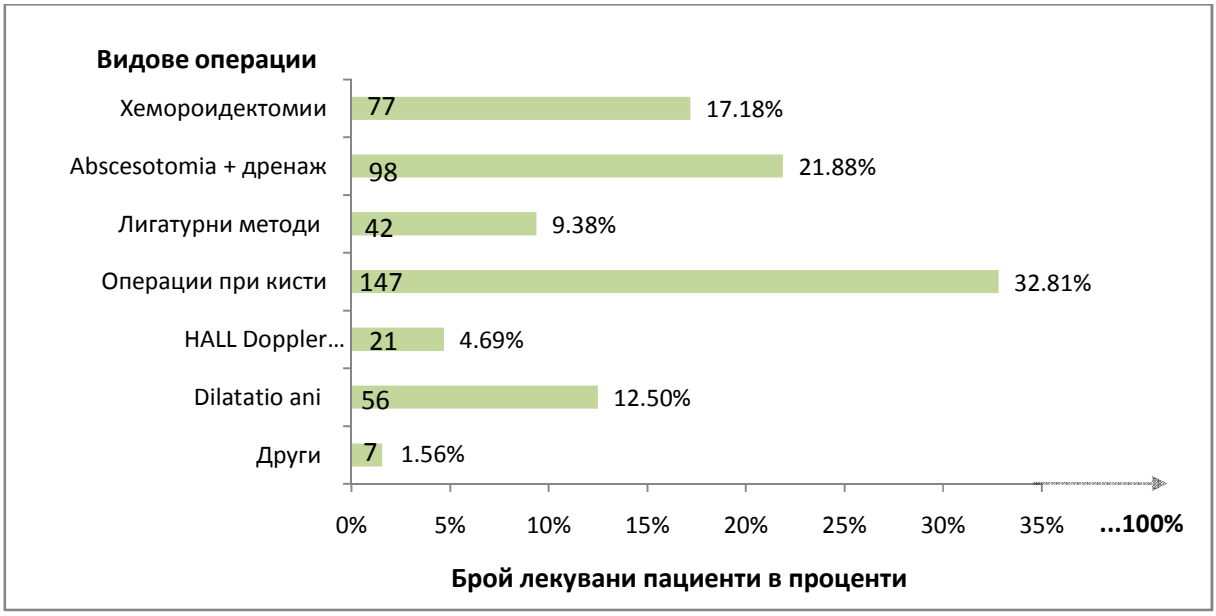


Фиг. 10 Разпределение на лекуваните пациенти по клинична пътека 181 по видове заболявания и клинична картина

На Фигура 11 е посочено разпределение на лекуваните по клинична пътека 181 пациенти в зависимост от вида на операцията. От изнесените данни се вижда, че при 77 (17,18%) пациенти, които са имали хемороидна

болест с кървене или възпаление е проведена хемороидектомия. При 98 (21,88%), които са имали перианални абсцеси, е извършена абсцесотомия и дренаж. 42 (9,38%) пациенти с перианални абсцеси и фистули са лекувани чрез различни лигатурни методи. При 147 (32,81%) пациенти с диагностицирани сакрални кисти са направени операции KPRS. При 21 (4,69%) пациенти с хемороидна болест е приложена HALL Dopler хемороидектомия. При 56 (12,50%) пациенти е направена дилитация на ануса. При 7 (1,56%) пациенти са направени други видове оперативни интервенции.

При всички пациенти е извършена предоперативна подготовка на кожата чрез комплект за бръснене за еднократна употреба. Извършена е също предоперативна антибиотична профилактика с цефалоспорини от 2-ра и 3-та генерация в комбинация с Metronidazol, който е прилаган при 96% от случаите.



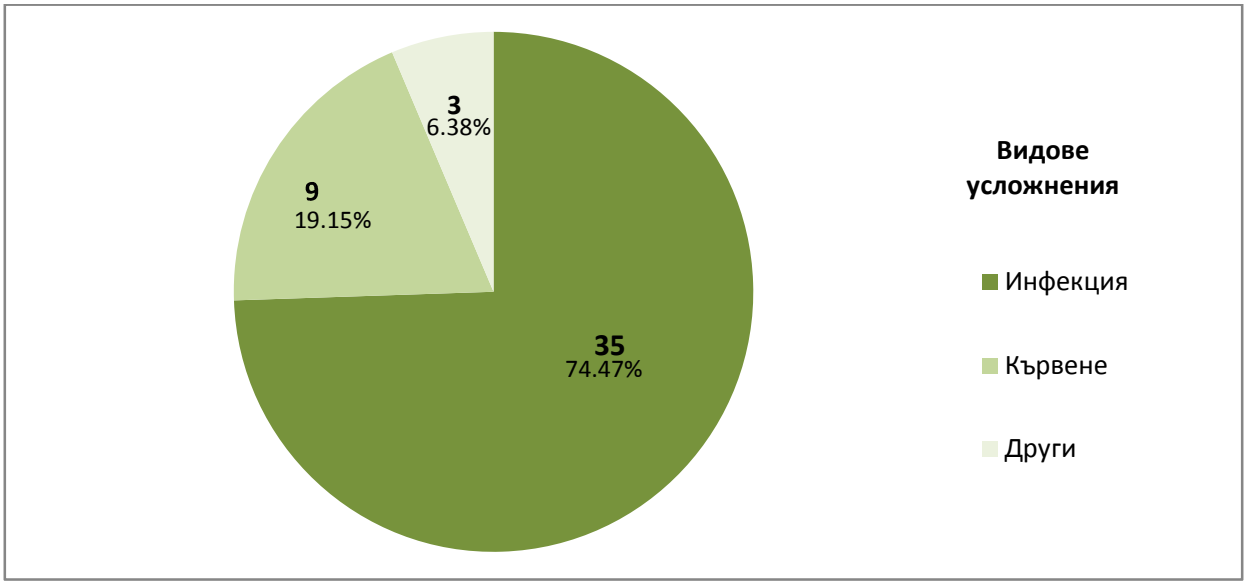
Фиг. 11 Разпределение на лекуваните пациенти по клинична пътека 181 по видове операции

На Таблица 9 са изнесени данни за наблюдаваните усложнения при лекуваните по клинична пътека 181 пациенти. От изнесените данни се установява, че от общо 448 пациенти, лекувани по тази клинична пътека, при 47 (10,49%) са се развили различни усложнения. Диференцирано в зависимост от срока на приемане се установява, че от лекуваните 210 планово приети пациенти, 23 (10,95%) от тях са с усложнения. От приетите по спешност 238 пациенти, при 24 (10,08%) са се развили усложнения.

Табл. 9 Наблюдавани усложнения при лекуваните пациенти по клинична пътека 181

Наблюдаван контингент, брой пациенти с усложнения / **Клинична пътека и срочност на приемане**	**Наблюдаван контингент**	**Брой пациенти с усложнения**
Клинична пътека 181	448 (100%)	47 (10.49%)
Клинична пътека 181 (планово приети)	210 (100%)	23 (10.95%)
Клинична пътека 181 (спешно приети)	238 (100%)	24 (10.08%)

На Фигура 12 са изнесени данни за вида на наблюдаваните усложнения. От посочените данни се вижда, че при 35 (74,47%) от пациентите с усложнения се установяват различни инфекциозно-възпалителни промени, при 9 (19,15%) пациенти е налице кървене и други видове усложнения се наблюдават при 3 (6,38%) пациенти.



Фиг. 12 Разпределение на наблюдаваните усложнения по вид при лекуваните пациенти по клинична пътека 181

На Таблица 10 са представени данни за наблюдаваните рехоспитализации и реоперации при лекуваните по клинична пътека 181 пациенти. От изнесените данни се установява, че от общо 448 пациенти, рехоспитализация се е наложила при 12 от тях, представляващи 2,68% и реоперации – при 9 (2,01%) пациенти. Диференцирано в зависимост от срока на приемане се установяват следните данни: от приетите в планов порядък 210 пациенти при 7 (2,33%) се е наложила рехоспитализация и при 2 (0,95%) е извършена повторна оперативна намеса; от приетите по спешност 238 пациенти при 5 (2,10%) се е наложила рехоспитализация и при 7 (2,94%) - реоперация. Несъвпаденията между броя на рехоспитализираните и реоперираните се определя от характера на патологията при този контингент пациенти, позволяващ амбулаторна оперативна намеса. Починали пациенти няма.

Табл. 10 Наблюдаваните рехоспитализации и реоперации при лекуваните пациенти по клинична пътека 181

Наблюдаван контингент, рехоспитализирани и реоперирани / **Клинична пътека и срочност на лечение**	**Наблюдаван контингент**	**Брой рехоспитализирни пациенти**	**Брой реоперирани пациенти**
Клинична пътека 181	448 (100%)	12 (2.68%)	9 (2.01%)
Клинична пътека 181 (планово оперирани)	210 (100%)	7 (2.33%)	2 (0.95%)
Клинична пътека 181 (спешно оперирани)	238 (100%)	5 (2.10%)	7 (2.94%)

На Таблица 11 е посочено разпределение на пролежаните леглодни при стационарно лекуваните по клинична пътека 181 пациенти. От изнесените данни се установява, че от стационарно лекуваните 361 пациенти, средно пролежаните леглодни на един пациент са 1,75. Диференцирано в зависимост от срока на приемане се установяват следните данни: при приетите в планов порядък 123 пациенти, средно пролежаните леглодни на един пациент са 1,6; при приетите по спешност 238 пациенти, средно пролежаните леглодни на един пациент са 1,9.

На Таблица 12 са посочени данни за оперираните от дисертанта пациенти, приети за лечение по клинична пътека 181. От изнесените данни се установява, че от лекуваните по тази клинична пътека 448 пациенти, дисертантът е оперирал 112 (25%). Диференцирано в зависимост от срока на операцията се вижда, че от 210 планово оперирани пациенти, дисертантът е оперирал 44 (20,95%) и от приетите по спешност 238 пациенти, дисертантът е оперирал 68 (28,57%).

Табл. 11 Разпределение на пролежаните леглодни в зависимост от срочността на лечение при оперираните пациенти по клинична пътека 181

Наблюдаван контингент и среден брой леглодни / **Клинична пътека и срочност на лечение**	**Наблюдаван контингент**	**Среден брой леглодни**
Клинична пътека 181, от тях:	448 (100%)	-
- амбулаторно лекувани	87(100%)	-
- стационарно лекувани	361(100%)	1.75 леглодни
Клинична пътека 181, плановооперирани, от тях:	210(100%)	-
- амбулаторно лекувани	87(100%)	-
- стационарно лекувани	123(100%)	1.6 леглодни
Клинична пътека 181, спешно оперирани	238(100%)	1.9 леглодни

Табл. 12 Оперирани пациенти от дисертанта по клинична пътека 181

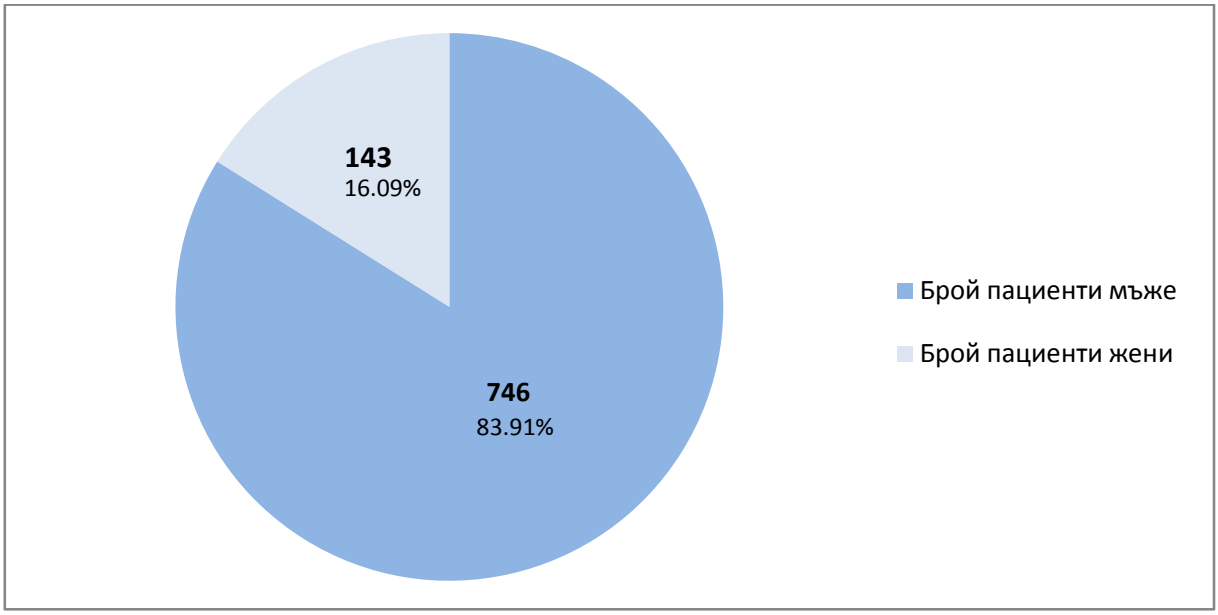
Наблюдаван контингент оперирани от дисертанта / **Клинична пътека и срок на операция**	**Наблюдаван контингент**	**Брой пациенти, оперирани от дисертанта**
Клинична пътека 181	448 (100%)	112 (25%)
Клинична пътека 181 (планово оперирани)	210 (100%)	44 (20.95%)
Клинична пътека 181 (спешно оперирани)	238 (100%)	68 (28.57%)

Операциите на ануса, перинеума и сакрума са ефективни и сигурни и са свързани с нисък процент на усложнения, рехоспитализации и реоперации. Повечето от следоперативните усложнения могат да се лекуват амбулаторно. Хирургичните процедури по КП 181са подходящи за ЕХ.

2. Клиничен статус на лекуваните пациенти по клинични пътеки 182 „Оперативни процедури при хернии“ и 183 „Оперативни процедури при хернии с инкарцерация“

Херния е временно или постоянно изсипване на тъкан или орган през вроден или придобит дефект на съединителната или мускулната тъканна обвивка на коремната стена. Хърниите биват ингвинални, феморални, на предната коремна стена, диафрагмални. Изсипаната тъкан или орган могат временно или постоянно да се разполагат в херниалния сак, което довежда до възпаление, а при заклещване (инкарцериране) – до некроза. От херния боледуват хора във всяка възраст, повечето мъже, най-често между 40 и 65 години. Хернията е описана като заболяване още в древния Вавилон през 1700 г.пр.н.е. и е лекувана чрез репониране и бандажи, лечение прилагано и днес. След XIX век широко се използва оперативното лечение чрез собствена тъкан, а от 1949 година – и чрез синтетична протеза. Заклещването (инкарцерирането) е спешно състояние, налагащо незабавна оперативна намеса. Лечение на неусложнените хернии са едни от най-честите операции на плановата еднодневна хирургия.

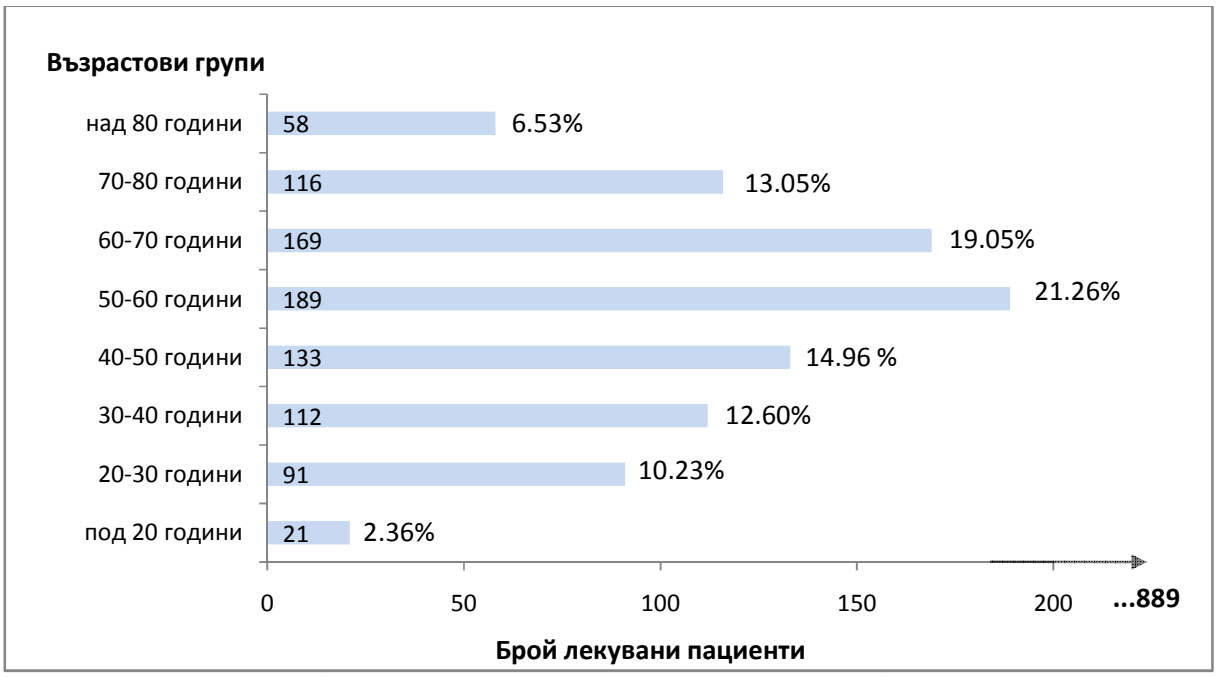
Обект на изследването са 595 пациенти, лекувани по клинична пътека 182 и 294 пациенти, лекувани по клинична пътека 183, обединени поради близък клиничен статус за целите на проучването в обща целева група от 889 пациенти. Пациентите от посочената целева група са български или чужди граждани, временно или постоянно пребиваващи в страната. Разпределението им по полов признак е направено на Фигура 13. От изнесените данни се установява, че мъжете, приети и оперирани за хернии са значително повече от жените - съответно 746 (83,92%) мъже и 143 (16,08%) жени.



Фиг. 13 Разпределение по полов признак на лекуваните пациенти по клинични пътеки 182 и 183

Разпределението на наблюдаваната целева група по възраст е представено на Фигура 14 и е както следва: под 20 години са лекувани 21 (2,36%) пациенти; от 20 до 30 години са лекувани 91 (10,23%) пациенти; от 30 до 40 години са лекувани 112 (12,60%) пациенти; от 40 до 50 години са лекувани 133 (14,96%) пациенти; от 50 до 60 години са лекувани 189 (21,26%) пациенти; от 60 до 70 години са лекувани 169 (19,01%) пациенти; от 70 до 80 години са лекувани 116 (13,05%) пациенти; над 80 години са лекувани 58 (6,53%) пациенти. Най младият лекуван пациент е на 15 години, най-възрастният е на 92 години. От изнесените данни се установява, че основното натрупване на пациенти е във възрастовата група от 50 до 60 години – 189, представляващи 21,26%. Най-малко е натрупването във възрастовата група под 20 години – 21 пациенти, представляващи 2,36% от наблюдавания контингент. Лекуваните под 20-годишна възраст са по-слабо

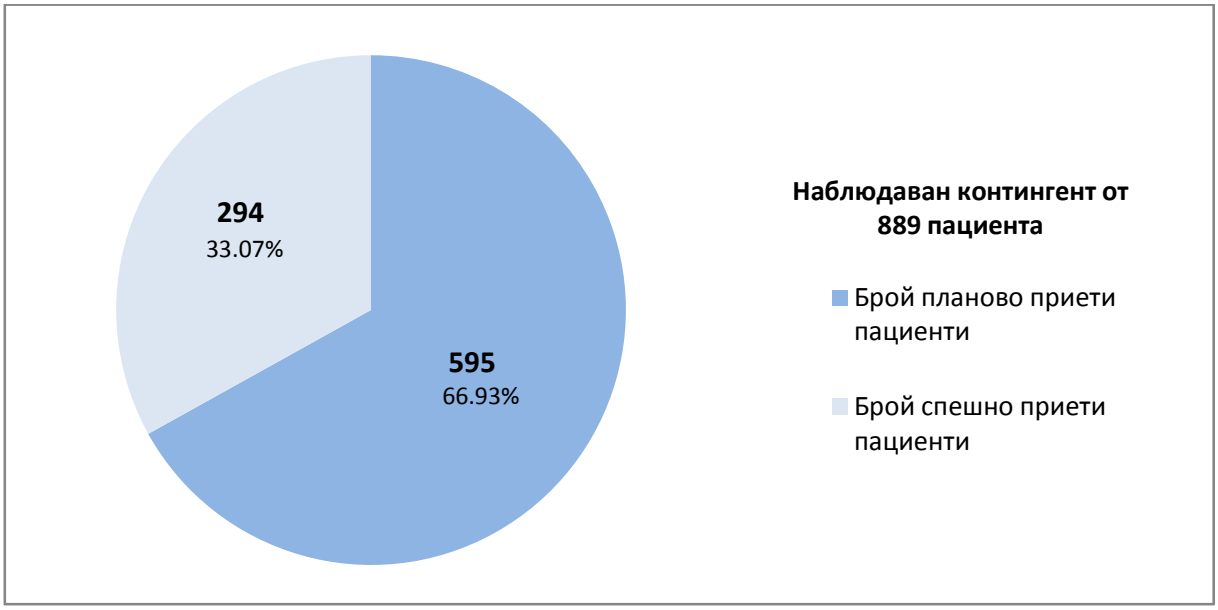
представени при нашето изследване, поради насочването на пациентите под 18 години към детска хирургическа клиника на МБАЛСМ „Н. Пирогов“.



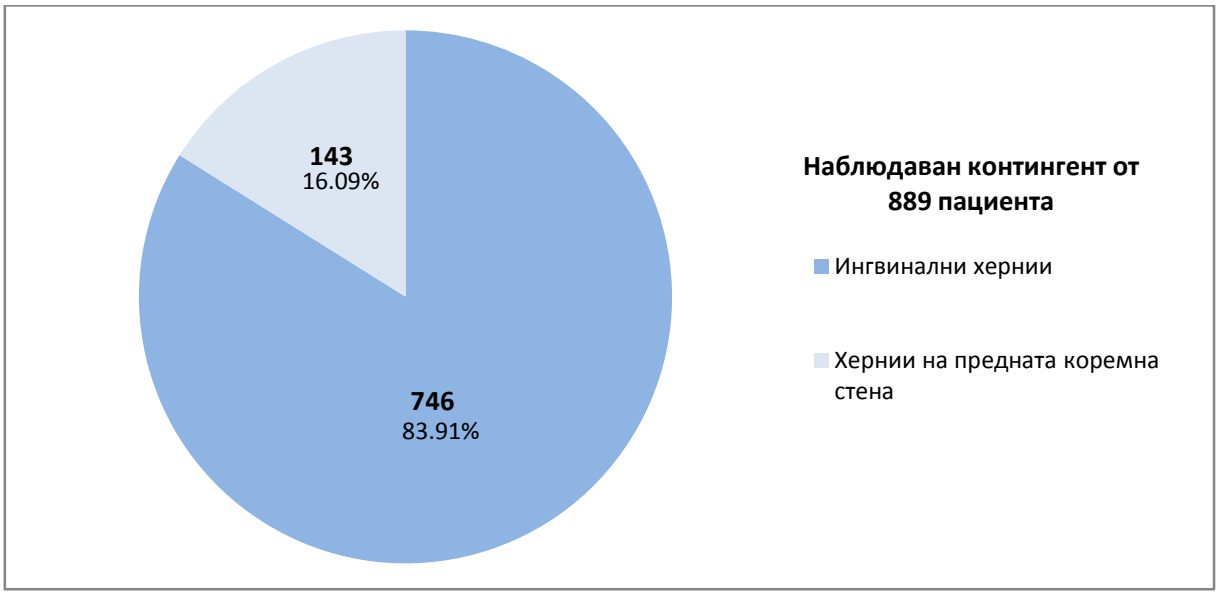
Фиг. 14 Разпределение по възраст на лекуваните пациенти клинични пътеки 182 и 183

На Фигура 15 е посочено разпределение на лекуваните по клинични пътеки 182 и 183 в зависимост от срока на приемане. От изнесените данни се вижда, че 595 (66,93%) пациенти са приети планово и 294 (33,07%) са приети по спешност.

На Фигура 16 е показано разпределението на приетите по клинични пътеки 182 и 183 пациенти в зависимост от вида на диагностицираната херния. От изнесените данни се вижда, че при 746 (83,92%) пациенти са диагностицирани хернии на ингвиналния канал и при 143 (16,08%) са установени хернии на предната коремна стена.

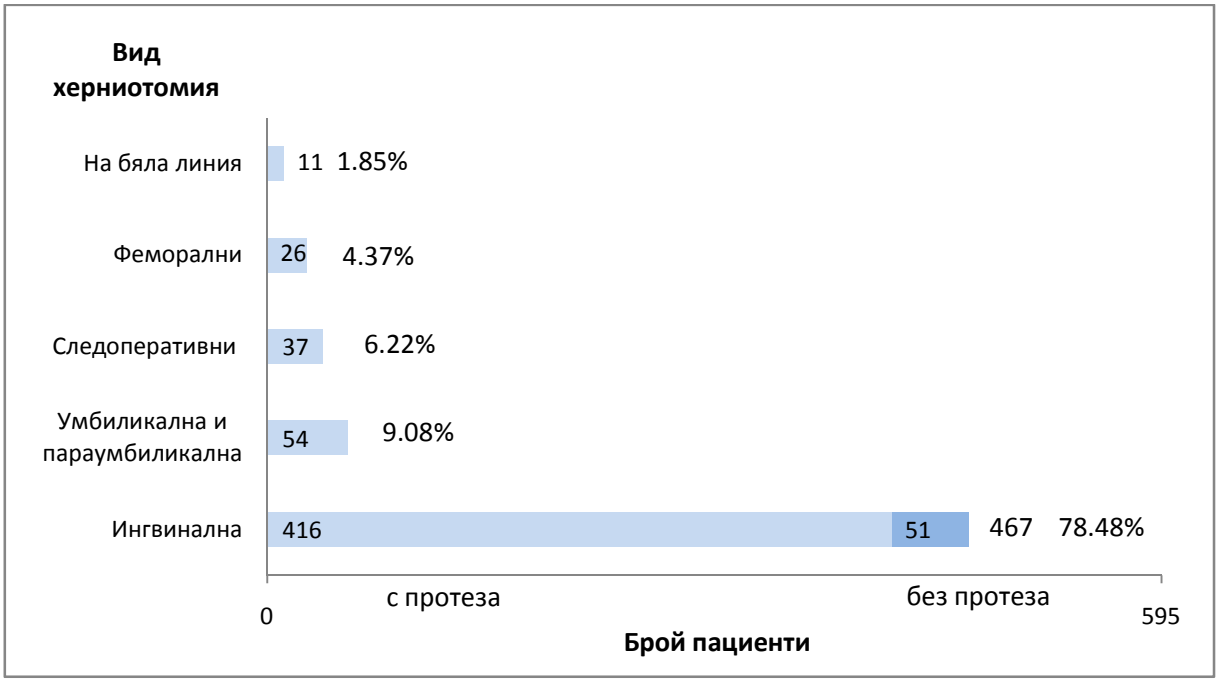


Фиг. 15 Разпределение на лекуваните пациенти по клинични пътеки 182 и 183 по срок на приемане



Фиг. 16 Разпределението на лекуваните пациенти по клинични пътеки 182 и 183 по вид херния

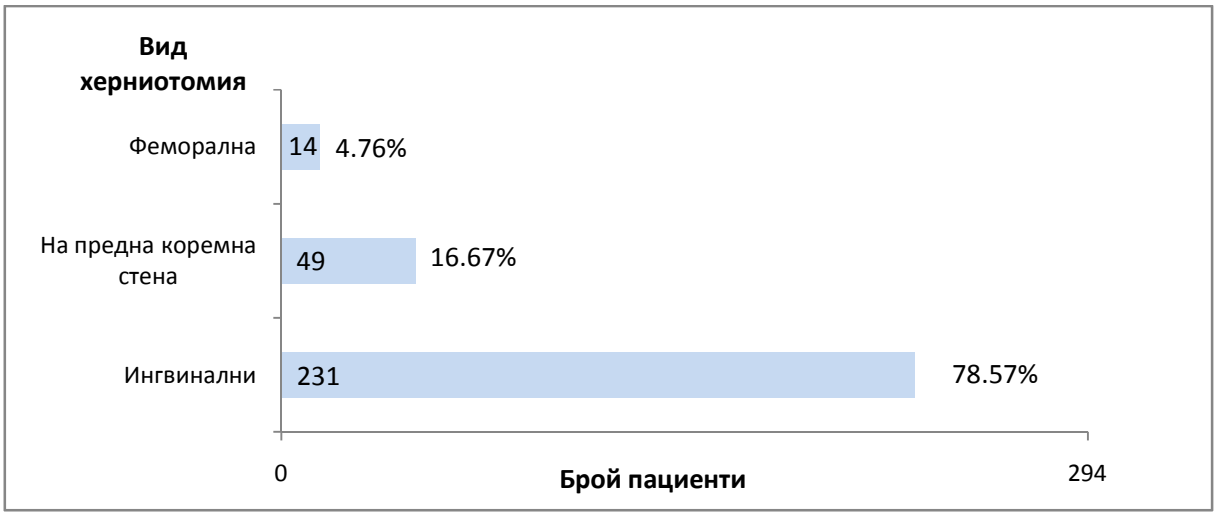
На Фигура 17 е посочено разпределение на лекуваните по клинична пътека 182 пациенти по вид херниопластика. От изнесените данни се установява, че от общо 595 лекувани пациенти, при 467 (78,48%) е направена ингвинална херниопластика, като при 416 пациенти или 69,91% херниопластиката е с протеза и при 51 (30,09%) - е без протеза. Умбиликална и параумбиликална херниопластика е направена при 54 (9,08 %) пациенти. Следоперативни евектрации са установени и оперирани при 37 (6,22 %) от пациентите. При други 26 (4,37%) пациенти са направени феморални херниопластики. При останалите 11 (1,85%) пациенти е направена херниопластика на бялата линия.



Фиг. 17 Разпределение на лекуваните по клинична пътека 182 пациенти по вид херниопластика.

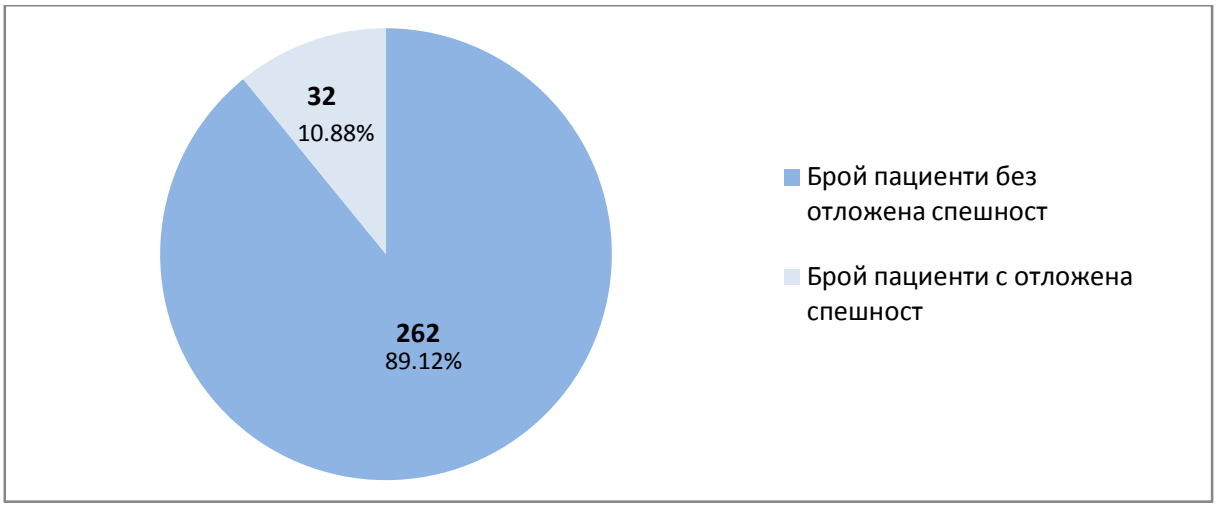
На Фигура 18 е посочено разпределение на лекуваните по клинична пътека 183 пациенти по вид херниотомия. От изнесените данни се установява, че при 231 (78,57%) от приетите по спешност пациенти е направена ингвинална херниотомия, при 49 (16,67%) пациенти е направена херниотомия на предната коремна стена и при останалите 14 (4,76%) е направена феморална херниотомия.

При инкарцерираните хернии, времето след поставяне на диагнозата, хоспитализацията и началото на оперативната намеса е от съществено значение както за изхода от лечението, така и за евентуалната инвалидизация по отношение на храносмилането. Прието е този период от време да е с продължителност от 1 до 6 часа. От друга страна, при инкарцерираните хернии съществува възможността за репозиция чрез таксис на инкарцерираните сегменти от коремните органи и за отлагане на спешната оперативна намеса.



Фиг. 18 Разпределение на лекуваните пациенти по клинична пътека 183 по вид херниотомия

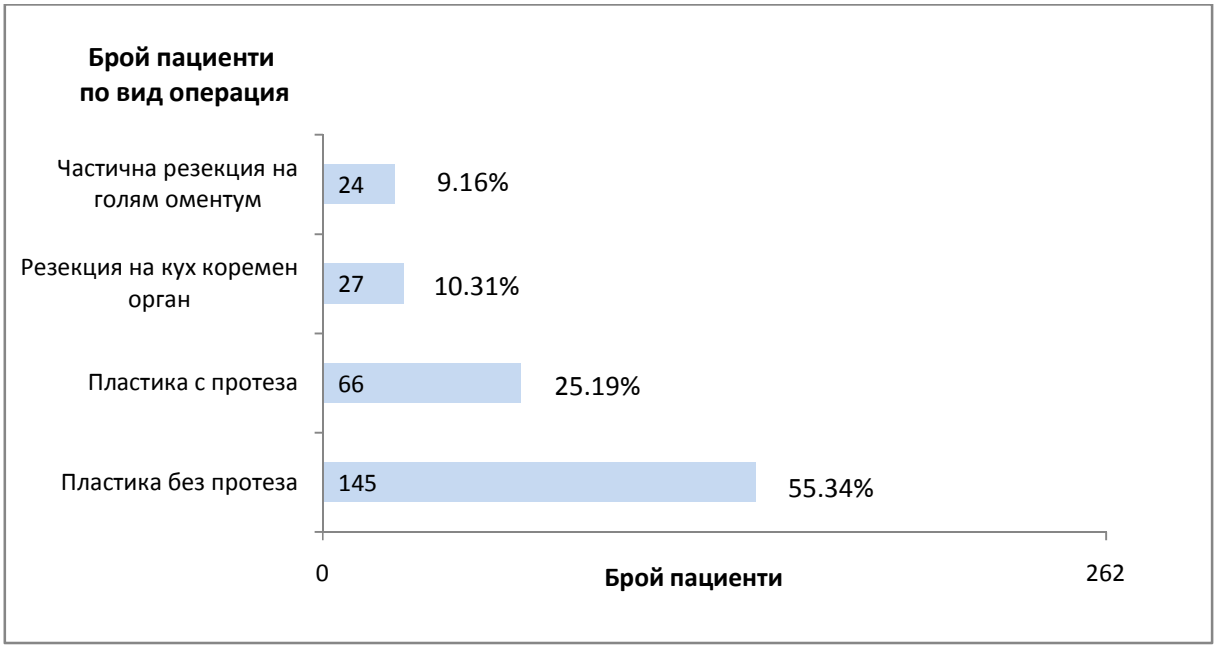
На Фигура 19 е изнесено разпределение на лекуваните по клинична пътека 183 „Оперативни процедури при хернии с инкарцерация“ на пациенти без отложена спешност и на такива с отложена спешност след репозиция на инкарцерираните коремни сегменти. От изнесените данни се установява, че от общо 294 пациенти, лекувани по тази клинична пътека, 262 (89,12%) се е наложило да бъдат оперирани между 1-ия и 6-ия час след хоспитализацията. При останалите 32 (10,88%) репозицията е била успешна и те са оперирани след отлагане на спешността след 6-ия час от хоспитализацията.



Фиг. 19 Разпределение на лекуваните пациенти по клинична пътека 183 „Оперативни процедури при хернии с инкарцерация“ без отложена и с отложена спешност

От изнесените на Фигура 20 данни се вижда, че при 24 (9,16%) от оперираните пациенти с инкарцерирали хернии без отложена спешност е направена частична резекция на голям оментум. При други 27 пациенти, формиращи 10,31 % от тази група, са констатирани тежки увреждания, налагащи резекция на кух коремен орган, като само при 1 (0,38%) пациент е направена дебелочревна резекция поради некроза. В тази подгрупа от 24 пациента, при 16 (6,11%) от тях е направена херниолапаротомия за постигане

на по-добър оперативен достъп, като при 5 (1,91%) от тях лапаротомията е била срединна. При други 66 (25,19%) от оперираните инкарцерирани хернии без отложена спешност е извършена пластика с поставяне на протеза, като са спазени основните хирургически показания за това – липса на инфекция, сигурна хемостаза, давност на евентуална непроходимост и т.н. При останалите 145 (55,34 %) от оперираните пациенти с инкарцерирали хернии без отложена спешност е направена херниопластика без протеза.



Фиг. 20 Разпределение по вид операция на лекуваните пациенти без отложена спешност по клинична пътека 183

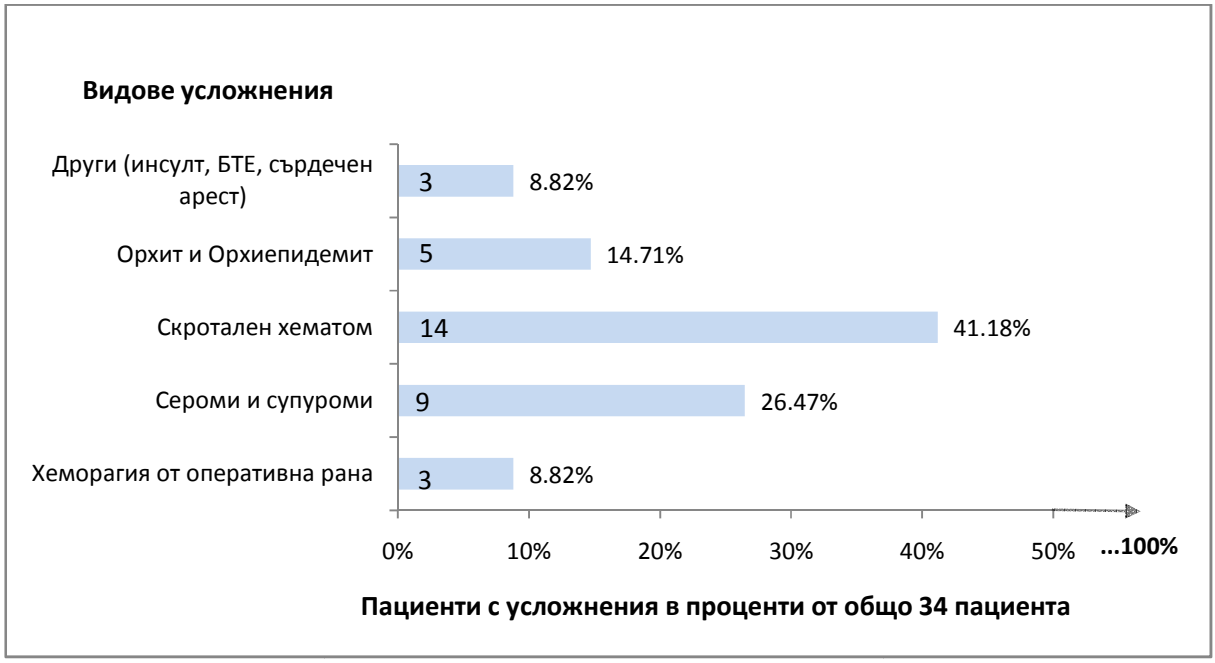
На Таблица 13 е направено разпределение на лекуваните по клинични пътеки 182 и 183 пациенти с и без усложнения в хода на лечебния процес. От изнесените данни се установява, че при 817 (91,99%) пациенти лечебният процес е протекъл нормално и при останалите 72 (8,01%) от наблюдавания контингент са се развили различни усложнения. Диференцирано се

установява, че при лекуваните по клинична пътека 182 пациенти, приети и оперирани в планов порядък, усложнения се наблюдават при 34 (5,71%) от тях, като при останалите 561 (94,29%) лечебният процес е протекъл нормално и усложнения не са наблюдавани. При пациентите, лекувани по клинична пътека 183, приети и оперирани по спешност, броят на пациентите с усложнения е 38 (12,92%). При останалите 256 (87,08%) лечебният процес е протекъл нормално, без усложнения.

Табл. 13 Разпределение на лекуваните пациенти по клинични пътеки 182 и 183 с и без усложнения по време на лечебния процес.

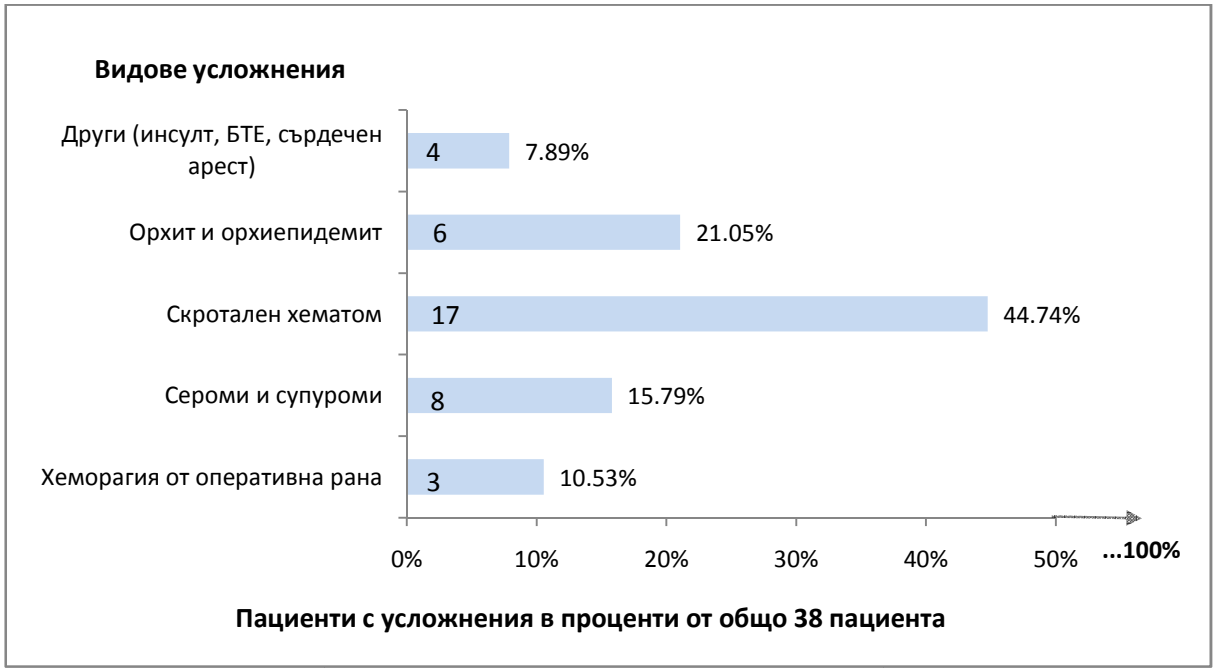
Брой пациенти с и без усложнения / **Код на клинична пътека**	**Наблюдаван контингент**	**Брой пациенти без усложнения**	**Брой пациенти с усложнения**
Клинични пътеки 182 и 183	889 (100%)	817 (91.9%)	72 (8.01%)
Клинична пътека 182 (планово приети)	595 (100%)	561 (94.29%)	34 (5.71%)
Клинична пътека 183 (спешно приети)	294 (100%)	256 (87.08%)	38 (12.92%)

На Фигура 21 е направено разпределение на наблюдаваните при 34 пациенти усложнения по вид при лекуваните по клинична пътека 182. От изнесените данни се установява, че при планово приетите пациенти най-често срещаното усложнение е скротален хематом – 14 (41,18%) пациенти, последвано от сероми и супуроми при 9 (26,47%) пациенти. Орхит и орхиепидемит се наблюдава при 5 (14,71%) пациенти, хеморагия на оперативната рана е установена при 3 (8,82%) пациенти. Други усложнения, непряко свързани с оперативната намеса – сърдечен арест, инсулт и белодробна тромбоемболия са наблюдавани при други 3 (8,82%) пациенти.



Фиг. 21 Разпределение на наблюдаваните усложнения
по вид при лекуваните пациенти по клинична пътека 182

На Фигура 22 е направено разпределение на наблюдаваните при 38 пациенти усложнения по вид при лекуваните по клинична пътека 183. От изнесените данни се установява, че най-често наблюдаваните усложнения в хода на лечебния процес при спешно приетите и оперирани пациенти са скроталните хематоми – 17 (44,74%) пациенти. Сероми и супуроми са установени при 8 (21,05%) пациенти, орхит и орхиепидемит - при 6 (15,79%) пациенти. Хеморагия от оперативната рана е наблюдавана при 3 (7,89%) пациенти. Други усложнения, непряко свързани с оперативната намеса – инсулт, сърдечен арест, белодробна тромбоемболия са наблюдавани при 4 (10,53%) пациенти.



Фиг.22 Разпределение на наблюдаваните усложнения по вид при лекуваните пациенти по клинична пътека 183

На Таблица 14 е посочено разпределение на рехоспитализирани, реоперирани и консервативно лекувани пациенти с усложнения, приети за лечение по клинични пътеки 182 и 183. От изнесените данни се установява, че от общо 889 пациенти, лекувани по посочените клинични пътеки, 21 (2,36%) са рехоспитализирани. Реоперация е извършена при 13 (1,46%) пациенти и при 8 (0,9 %) лечението е било консервативно. Диференцирането на посочените резултати по отделни клинични пътеки е както следва: от 595 планово приети пациенти (клинична пътека 182) при 10 (1,68%) се е наложила рехоспитализация, при 6 (1,01%) пациенти е направена реоперация и 4 (0,67%) пациенти са лекувани повторно консервативно. От 294 приети по спешност пациенти (клинична пътека 183), при 11 (3,74%) се е наложила рехоспитализация, при 7 (2,38%) пациенти е направена реоперация и при 4 (1,36%) пациенти лечението е консервативно.

Табл. 14 Разпределение на рехоспитализирани, реоперирани и консервативно лекувани пациенти с усложнения, приети по клинични пътеки 182 и 183

Наблюдаван контингент, рехоспитализирани, реоперирани и консервативно лекувани / **Код на клинична пътека**	**Наблюдаван контингент**	**Рехоспита-лизирани**	**Реоперирани**	**Консервативно лечение**
Клинични пътеки 182 и 183	889 (100%)	21 (2.36%)	13 (1.46%)	8 (0.90%)
Клинична пътека 182 (планово приети)	595 (100%)	10 (1.68%)	6 (1.01%)	4 (0.67%)
Клинична пътека 183 (спешно приети)	294 (100%)	11 (3.74%)	7 (2.38%)	4 (1.36%)

На Таблица 15 е посочен средният брой пролежани леглодни на пациент при лекуваните по клинични пътеки 182 и 183 пациенти. От изнесените данни се установява, че на един пациент от наблюдавания контингент от 889 пациенти се падат средно по 3 пролежани леглодни. Диференцирано по отделните клинични пътеки се установява, че при планово приетите пациенти (клинична пътека 182) средният брой на един пациент е 2,4 леглодни, в които влизат 24 часа предоперативен престой и 1,4 леглодни следоперативно. При приетите по спешност пациенти (клинична пътека 183) престоят е 3,4 леглодни на пациент, като при 243 (82,66%) пациенти, без тези с първични тежки усложнения, той е 3,17 леглодни на пациент. При останалите 51 (17,34%) пациенти с първични тежки усложнения, той е 4,51 леглодни на пациент. Съответно при 24 пациенти, оперирани за частична

резекция на голям оментум – 3,95 леглодни на пациент и при оперираните с резекция на кух коремен орган – 4,96 леглодни на пациент. Уместно е да се отбележи, че средната възраст на оперираните при нас пациенти по повод херния е 54,6 години, като тези над 70 години са 174 (19,54%).

Табл. 15 Среден брой пролежани леглодни при лекуваните пациенти по клинични пътеки 182 и 183

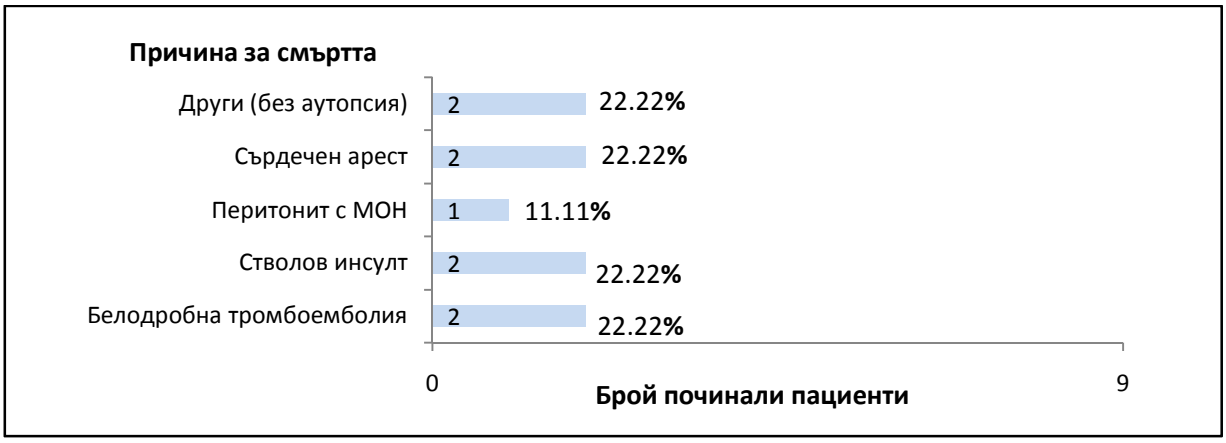
Наблюдаван контингент и брой леглодни на пациенти / **Клинични пътеки**	**Наблюдаван контингент**	**Среден брой леглодни на пациент**
Клинични пътеки 182 и 183	889 (100%)	3 леглодни
Клинична пътека 182 (планово приети)	595 (100%)	2.4 леглодни
Клинична пътека 183(спешно приети), от тях:	294 (100%)	3.4 леглодни
- без първични тежки усложнения	243 (82.66%)	3.17 леглодни
- с първични тежки усложнения	51 (17.34%)	4.51 леглодни

На Таблица 16 е посочено разпределение на лекуваните по клинични пътеки 182 и 183 пациенти по изход от лечението. От изнесените данни се установява, че от 889 лекувани пациенти, при 880 (98,99%) лечението е завършило с оздравяване. Починали са 9 (1,01%) пациенти. Диференцирането по отделни клинични пътеки е както следва: от 595 пациенти, лекувани по клинична пътека 182, при 591 (99,33%) лечението е завършило с оздравяване, починали са 4 (0,67%) пациенти. От приетите по спешност 294 пациенти, при 289 (98,30%) лечението е завършило с оздравяване, починали са 5 (1,70%) пациенти.

Табл. 16 Разпределение на лекуваните пациенти по клинични пътеки 182 и 183 по изход от лечението

Наблюдаван контингент изход от лечението / Клинична пътека	**Наблюдаван контингент**	**Брой оздравели пациенти**	**Брой починали пациенти**
Клинични пътеки 182 и 183	889 (100%)	880 (98.99%)	9 (1.01%)
Клинична пътека 182 планови	595 (66.93%)	591 (99.33 %)	4 (0.67%)
Клинична пътека 183 спешни	294 (33.07%)	289 (98.30%)	5 (1.70%)

На Фигура 23 е направено разпределение на лекуваните по клинични пътеки 182 и 183 пациенти по причина за летален изход. От изнесените данни се установява, че от сърдечен арест, стволов инсулт и белодробна тромбоемболия са починали по 2 (22,22%) пациенти. Перитонит с многоорганна недостатъчност е наблюдаван при 1 (11,11%) починал пациент. На 2 (22,22%) от починалите пациенти не е правена аутопсия по настояване на техните родственици.



Фиг. 23 Причини за летален изход по клинични пътеки 182 и 183

На Таблица 17 е посочен броят на оперираните от дисертанта пациенти, лекувани по клинични пътеки 182 и 183. От изнесените данни се

установява, че от общо 889 пациенти, приети и лекувани по посочените клинични пътеки, дисертантът е оперирал 147 (16,54%) от тях. Диференцирано по отделните клинични пътеки, от планово приетите 595 пациенти, дисертантът е оперирал 67 (11,26%), от приетите по спешност 294 пациенти, дисертантът е оперирал 80 (27,21%).

Табл. 17 Оперирани пациенти от дисертанта по клинични пътеки 182 и 183

Наблюдаван контингент и оперирани от дисертанта / **Клинична пътека**	**Наблюдаван контингент**	**Оперирани от дисертанта пациенти**
Клинични пътеки 182 и 183	889 (100%)	147 (16.54%)
Клинична пътека 182	595 (100%)	67 (11.26%)
Клинична пътека 183	294 (100%)	80 (27.21%)

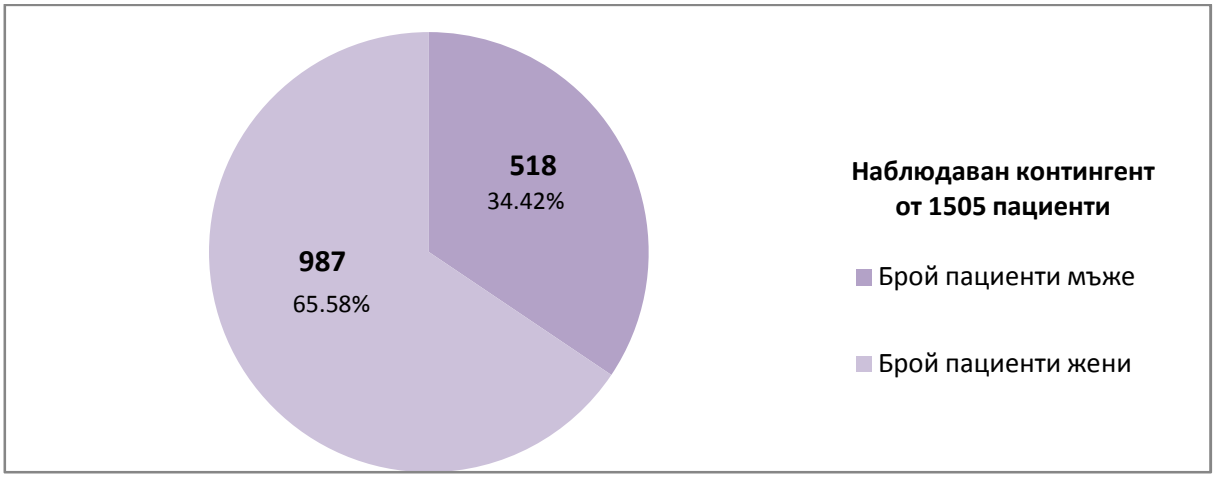
Херниопластиките са ефективни хирургични операции и протичат с нисък рейд на усложнения. Следоперативните усложнения при спешни и при планови пациенти с херниопластика в повечето случаи са леки и се лекуват успешно в амбулаторни условия. Хирургичните процедури по КП 182 и 183 са подходящи за ЕХ.

3. Клиничен статус на лекуваните пациенти по клинични пътеки 184 “Конвенционална холецистектомия” и 185 “Лапароскопска холецистектомия”

Жлъчнокаменната болест (холелитиаза) е заболяване на жлъчния мехур и жлъчните пътища в резултат на образуване на конкременти (камъни). Конкрементите се образуват при нарушаване на обменните процеси на организма или на локални нарушения на жлъчния мехур или жлъчните пътища. Заболяването е описано още в древността и е широко

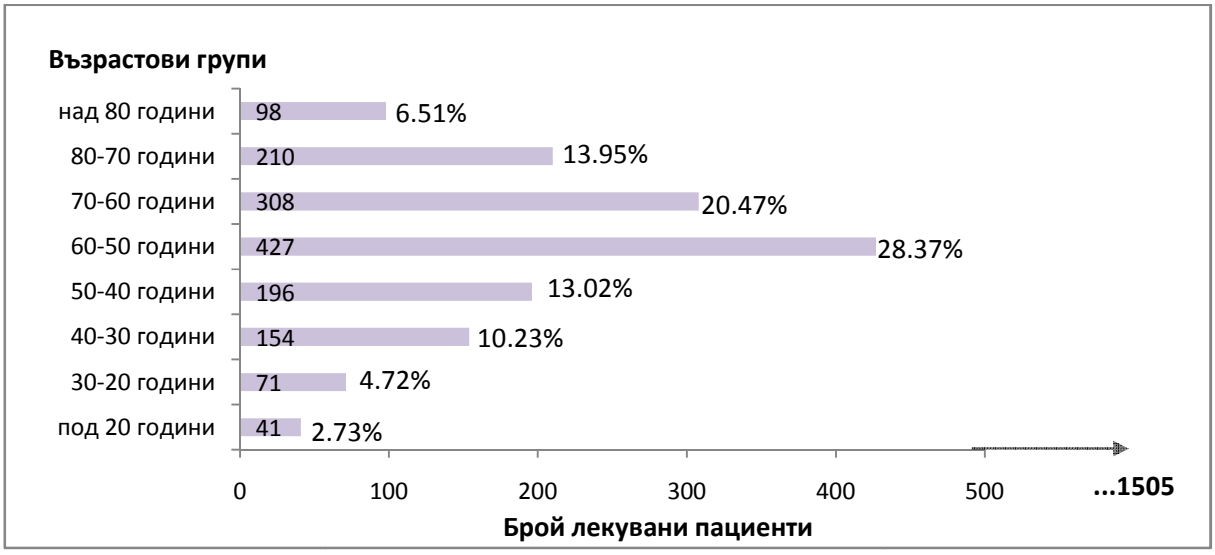
разпространено в целия свят. В страните с по-висок жизнен стандарт то е по-широко разпространено и засяга 10% до 15% от възрастното население. От холелитиаза преимуществено боледуват жени, най-често между 40 и 60 годишна възраст. Мъжете боледуват от 3 до 8 пъти по-рядко. Холелитиазата може да протече безсимптомно цял живот и да бъде установена по друг повод. В много страни по света холецистектомията е най-честата абдоминална операция, като превишава апендектомиите. Първата конвенционална холецистектомия е направена в Германия през 1882 година. След въвеждането на лапароскопската холецистектомия във Франция през 1987 година, тя става обект на еднодневната спешна и планова обща хирургия.

Обект на изследването са 126 пациенти, лекувани по клинична пътека 184 и 1379 пациенти, лекувани по клинична пътека 185, обединени поради близък клиничен статус за целите на проучването в обща целева група от 1505 пациенти. Пациентите от посочената целева група са български и чужди граждани, временно или постоянно пребиваващи в страната. Разпределението им по полов признак е направено на Фигура 24. От изнесените данни се установява, че мъжете, оперирани за жлъчно-каменна болест са 518 (34,42%), а жените са 987 (65,58%).



Фиг. 24 Разпределение по пол на лекуваните пациенти по клинични пътеки 184 и 185

Разпределението на наблюдавания контингент по възраст е представено на Фигура 25 и е както следва: под 20 години са лекувани 41 (2,73%) пациенти; от 20 до 30 години са лекувани 71 (4,72%) пациенти; от 30 до 40 години са лекувани 154 (10,23%) пациенти; от 40 до 50 години са лекувани 196 (13,02%) пациенти; от 50 до 60 години са лекувани 427 (28,37%) пациенти; от 60 до 70 години са лекувани 308 (20,47%) пациенти; от 70 до 80 години са лекувани 210 (13,9%) пациенти; над 80 години са лекувани 98 (6,51%) пациенти. Най-младият лекуван пациент е на 18 години, а най-възрастният е на 89 години. От изнесените данни се установява, че основното натрупване на пациенти е във възрастовата група от 50 до 60 години – 427, представляващи 28,37% от наблюдавания контингент. Най-малкото натрупване е във възрастовата група под 20 години – 41 пациенти, представляващи 2,73% от наблюдавания контингент. Лекуваните под 20-годишна възраст са по-слабо представени при нашето изследване, поради насочването на пациентите под 18 годишна възраст към детска хирургическа клиника на УМБАЛСМ „Н. Пирогов”.



Фиг. 25 Разпределение по възраст на лекуваните пациенти по клинични пътеки 184 и 185

На Таблица 18 е посочено разпределение на лекуваните пациенти по клинични пътеки 184 и 185 в зависимост от срока на приемане и вид на използвана оперативна техника. От изнесените данни се установява, че от общо 1505 лекувани пациенти с жлъчнокаменна болест, 808 (53,68%) са планово приети и 697 (46,32%) са приети по спешност. При диференциране на тези данни по клинични пътеки се получават следните резултати: от лекуваните 126 пациенти по клинична пътека 184, 21 (16,67%) са приети планово и 105 (83,33%) са приети по спешност. От лекуваните 1379 пациенти по клинична пътека 185, 787 (57,07%) са планово приети и 592 (42,93%) пациенти са приети по спешност. В зависимост от вида на прилаганата оперативна техника, 126 пациенти са оперирани чрез конвенционални методи и 1379 чрез лапароскопска техника.

Табл. 18 Разпределение на лекуваните пациенти по клинични пътеки 184 и 185 в зависимост от срока на приемане и вид оперативна техника

Наблюдаван контингент и срок на приемане / **Клинична пътека**	**Наблюдаван контингент**	**Брой планово приети пациенти**	**Брой спешно приети пациенти**
Клинична пътека 184 и 185	1505 (100%)	808 (53.68%)	697 (46.32%)
Клинична пътека 184 (конвенционална холецистектомия)	126 (100%)	21 (16.67%)	105 (83.33%)
Клинична пътека 185 (лапароскопска холецистектомия)	1379 (100%)	787 (57.07%)	592 (42.93%)

На Таблица 19 е посочено разпределението на лекуваните по клинична пътека 185 “Лапароскопска холецистектомия” в зависимост от използваната оперативна техника. От изнесените данни се установява, че от 1379 оперирани пациенти, при 1342 (97,32%) лапароскопската операция е

протекла изцяло като такава, като при останалите 37 (2,68%) пациенти са се получили усложнения, налагащи преминаване към конвенционална холецистектомия (операция чрез конверсия). Съпоставяне на тези резултати в зависимост от срока на приемане, показва, че от приетите планово 787 пациенти, само при 21 (2,67%) се е наложило преминаване към конверсия, като при останалите 766 (97,33%) операцията е изцяло лапароскопска. При спешно приетите пациенти резултатите не показват съществени отклонения, като от 592 пациенти, при 576 (97,29%) операцията е изцяло лапароскопска и само при 16 (2,71%) пациенти се е наложило преминаване към отворена операция.

Табл. 19 Разпределение на лекуваните по клинична пътека 185 “Лапароскопска холецистектомия” в зависимост от прилаганата оперативна техника

Наблюдаван контингент и вид операция / **Клинична пътека**	**Наблюдаван контингент**	**Операция без конверсия**	**Операция с конверсия**
Клинична пътека 185 (лапароскопска холецистектомия)	1379 (100%)	1342 (97.32%)	37 (2.68%)
Клинична пътека 185 (планово приети)	787 (100%)	766 (97.33%)	21 (2.67%)
Клинична пътека 185 (спешно приети)	592 (100%)	576 (97.29%)	16 (2.71%)

На Таблица 20 са посочени наблюдаваните усложнения при лекуваните по клинични пътеки 184 и 185 пациенти. От изнесените данни се установява, че от лекуваните 1505 пациенти, при 141 (9,36%) са установени различни усложнения. Диференциране на наблюдаваните пациенти с усложнения в зависимост от вида на оперативната техника показва, че от 126 пациенти, оперирани чрез конвенционална холецистектомия, при 23 (18,25%) са наблюдавани усложнения. От оперираните чрез лапароскопска

холецистектомия 1379 пациенти, усложнения са били наблюдавани при 118 (8,55%) от тях.

Табл. 20 Наблюдавани усложнения при лекуваните пациенти по клинични пътеки 184 и 185

Наблюдаван контингент и пациенти с усложнения / **Клинична пътека**	**Наблюдаван контингент**	**Брой пациенти с усложнения**
Клинични пътеки 184 и 185	1505 (100%)	141 (9.36%)
Клинична пътека 184 (конвенционална холецистектомия)	126 (100%)	23 (18.25%)
Клинична пътека 185 (лапароскопска холецистектомия)	1379 (100%)	118 (8.55%)

На Таблица 21 е посочено разпределение на наблюдаваните усложнения при лекуваните по посочените клинични пътеки пациенти в зависимост от срока на приемане. От изнесените данни се установява, че от наблюдаваните 23 пациенти с усложнения, оперирани чрез конвенционална холецистектомия, 3 (13,04%) са планово приети и останалите 20 (86,96%) са приети по спешност. При оперираните чрез лапароскопска холецистектомия, усложнения са наблюдавани при 118 пациенти, като 64 (54,23%) са при планово приети и 54 (45,77%) са при приети по спешност.

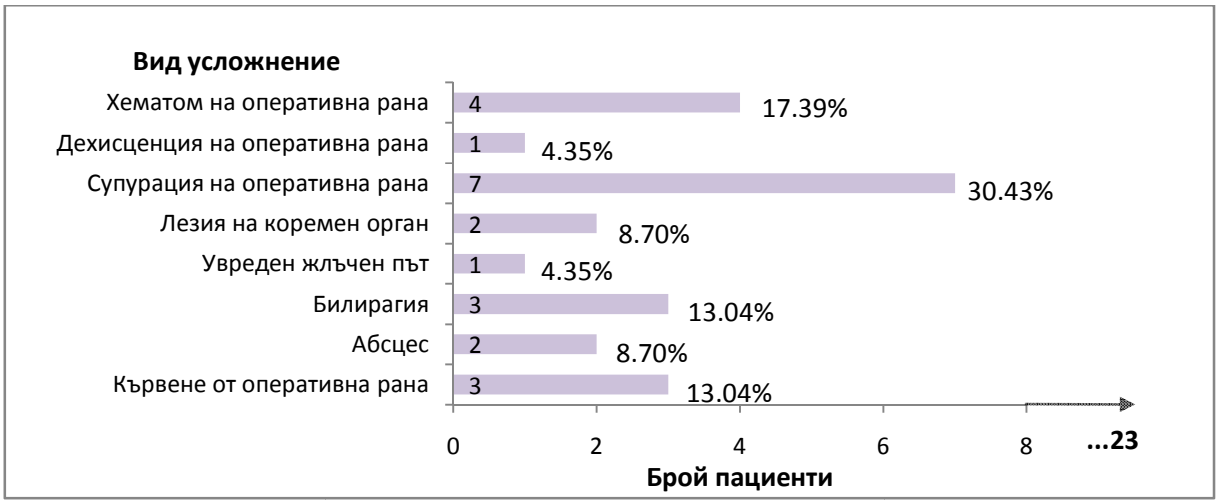
Табл. 21 Усложнения при пациентите по КП 184 и 185 в зависимост от срока на приемане

Наблюдаван контингент и пациенти с усложнения / **Клинична пътека**	**Наблюдаван контингент**	**Планово приети пациенти с усложнения**	**Спешно приети пациенти с усложнения**
Клинични пътеки 184 (конвенционална холецистектомия)	23 (100%)	3 (13.04%)	20 (86.96%)
Клинична пътека 185 (лапароскопска холецистектомия)	118 (100%)	64 (54.23%)	54 (45.77%)

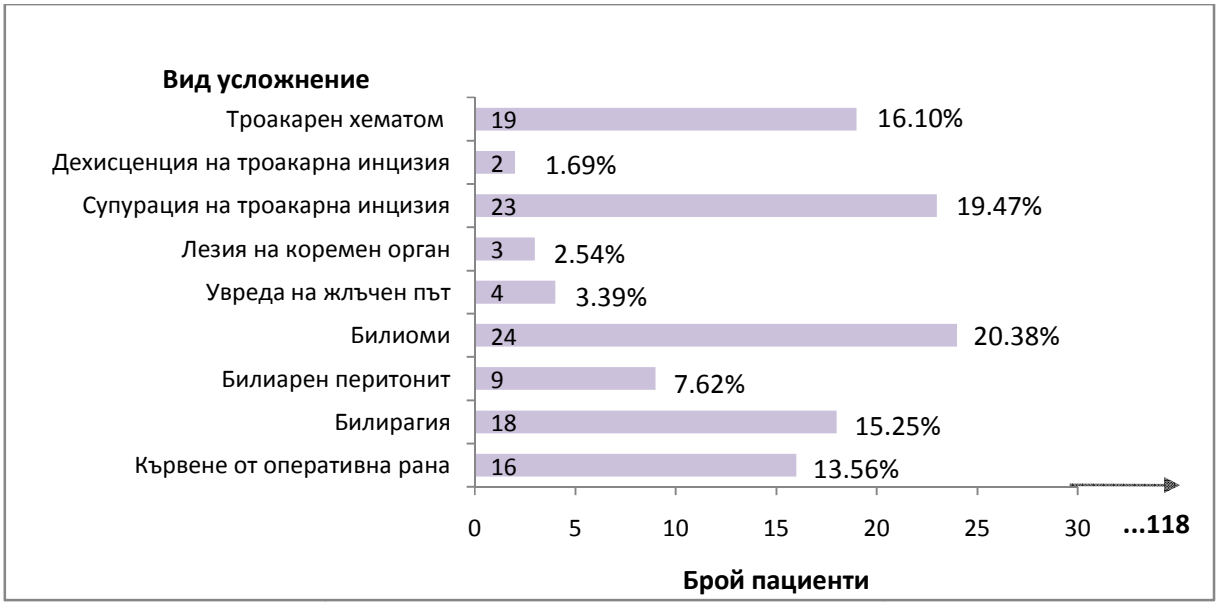
На Фигура 26 е посочено разпределение на усложненията при лекуваните по клинична пътека 184 по вид. От изнесените данни се

установява, че са наблюдавани 8 различни вида усложнения. Най-много са пациентите със супурация на оперативната рана – 7 (30,43%), последвани от хематом на оперативната рана – 4 (17,39%). По 3-ма (13,04%) пациенти са развили билирагия и кървене от оперативната рана. По 2-ма (8,70%) пациенти са развили абсцес и лезия на коремен орган и по 1 (4,35%) пациент е развил дехисценция на оперативната рана и увреждане на жлъчен път.

Разпределение на усложненията по вид при лекуваните по клинична пътека 185 пациенти е посочено на Фигура 27. От изнесените данни се вижда, че са наблюдавани 9 различни по вид усложнения. При 24 (20,38%) пациенти са се развили билиоми. При 23 (19,47%) пациенти са наблюдавани супурации на троакарната инцизия. Троакарен хематом е наблюдаван при 19 (16,10%) пациенти. При 18 (15,25%) пациенти е наблюдавана билирагия. При 16 (13,56%) пациенти е установено кървене от оперативната рана. Билиарен перитонит е констатиран при 9 (7,62%) пациенти. Увреда на жлъчен път е установен при 4 (3,93%) пациенти. Лезия на коремен орган се наблюдава при 3 (2,54%) пациенти. При 2 (1,69%) пациенти е установена дехисценция на троакарната инцизия.

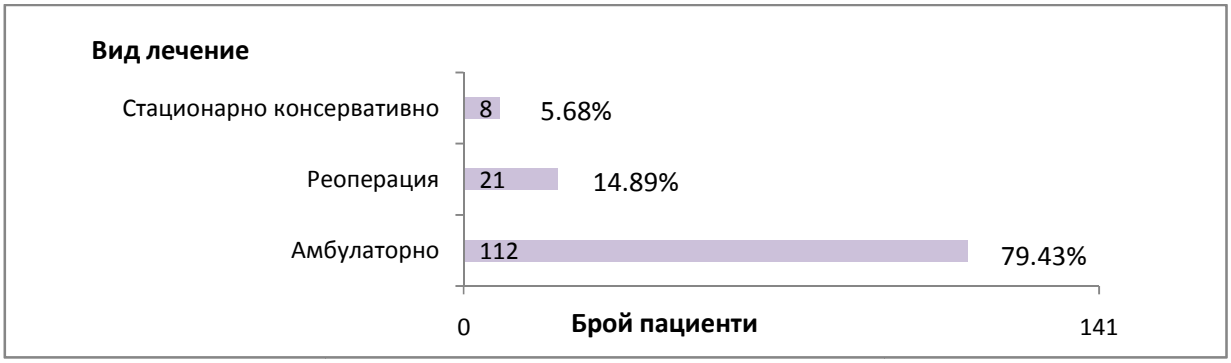


Фиг. 26 Разпределение на усложненията по вид по клинична пътека 184



Фиг. 27 Разпределение на усложненията по вид по клинична пътека 184

На Фигура 28 е посочен вида на лечение на усложненията при пациентите, приети по клинични пътеки 184 и 185. От изнесените данни се установява, че от общо 141 наблюдавани пациенти с усложнения, преобладаващата част от тях са лекувани амбулаторно - 112 (79,43%). При 21 (14,89%) пациенти се е наложило повторно оперативно лечение, а при други 8 (5,68%) лечението е било стационарно консервативно.



Фиг. 28 Вид на лечение на усложненията при пациенти, лекувани по клинични пътеки 184 и 185

На Таблица 22 е посочено разпределение на средния брой пролежани леглодни на пациент при лекуваните по клинични пътеки 184 и 185 пациенти. На същата таблица е направено диференциране на пролежаните леглодни на пациент в зависимост от срока на приемане при лапароскопските холецистектомии. От изнесените данни се установява, че най-продължителен болничен престой има при пациентите, лекувани по клинична пътека 184 „Конвенционална холецистектомия“ - 8 леглодни на пациент, поради което тя не е подходяща за ЕХ. При лекуваните по клинична пътека 185 пациенти, пролежаните дни са значително по-малко в сравнение с тези с отворени операции – 3 леглодни на пациент. Диференцирани по срок на приемане са 3,5 леглодни на пациент при приетите по спешност и 2,5 леглодни на пациент при планово приетите.

Табл. 22 Среден брой пролежани леглодни при лекуваните пациенти по клинични пътеки 184 и 185

Наблюдаван контингент и среден брой леглодни на пациент / **Клинична пътека**	**Наблюдаван контингент**	**Среден брой леглодни на пациент**
Клинична пътека 184	126 (100%)	8 леглодни
Клинична пътека 185, от тях:	1379 (100%)	3 леглодни
- планово приети	787 (57.03%)	2.5 леглодни
- спешно приети	592 (42.95%)	3.5 леглодни

На Таблица 23 са посочени данни за изхода от лечението при лекуваните по клинични пътеки 184 и 185 пациенти. От изнесените данни се вижда, че са починали 7 (0,46%) пациенти и са оздравели 1498 (99,54%) пациенти. Диференцирането на оздравели и починали в зависимост от срока на приемане и използваната оперативна техника е както следва: при

отворените операции (клинична пътека 184) са оздравели 123 (97,62%) пациенти и са починали 3 (2,38%) пациенти, като съответно при спешно оперираните са оздравели 103 (98,09%) пациенти и са починали 2 (1,91%) пациенти и при планово приетите са оздравели 20 (95,23%) пациенти и е починал 1 (4,77%) пациент; при лекуваните по клинична пътека 185 пациенти са оздравели 1375 (99,71%) и са починали 4 (0,29%) пациенти, като съответно при спешно приетите пациенти са оздравели 590 (99,67%) и са починали 2 (0,33%) пациенти. Също толкова са починали при планово приетите - 2 (0,25%) и са оздравели 785 (99,75%) пациенти.

Табл. 23 Изход от заболяването при лекуваните пациенти по клинични пътеки 184 и 185

Наблюдаван контингент и изход от заболяването / **Клинична пътека**	**Наблюдаван контингент**	**Оздравели пациенти**	**Починали пациенти**
Клинични пътеки 184 и 185	1505 (100%)	1498 (99.54%)	7 (0.46%)
Клинична пътека 184	**126 (100%)**	**123 (97.62%)**	**3 (2.38%)**
- спешно приети	105 (100%)	103 (98.09%)	2 (1.91%)
- планово приети	21 (100%)	20 (95.23%)	1 (4.77%)
Клинична пътека 185	**1379 (100%)**	**1375 (99.71%)**	**4 (0.29%)**
- спешно приети	592 (100%)	590 (99.67%)	2 (0.33%)
- планово приети	787 (100%)	785 (99.75%)	2 (0.25%)

На Таблица 24 са посочени данни за оперираните от дисертанта пациенти по клинични пътеки 184 и 185. От изнесените резултати се вижда, че от общо 1505 пациенти, лекувани по тези клинични пътеки, 202 (13,42%)

са оперирани от дисертанта. По клинична пътека 184 „Конвенционална холецистектомия“ от 126 пациенти, дисертантът е оперирал 19 (15,08%), съответно 7 (33,33%) планово приети и 12 (11,43) спешни пациенти. При пациентите, оперирани по клинична пътека 185 „Лапароскопска холецистектомия“, дисертантът е оперирал 183 (13,27%) от тях, като 67 (8,51%) са планово приети и 116 (19,59%) са приетите по спешност.

Табл. 24 Оперирани от дисертанта пациенти лекувани по клинични пътеки 184 и 185

Наблюдаван контингент и оперирани от дисертанта / **Клинична пътека**	**Наблюдаван контингент**	**Оперирани от дисертанта**
Клинични пътеки 184 и 185	1505 (100%)	202 (13.42%)
Клинична пътека 184	**126 (100%)**	**19 (15.08%)**
- спешно приети	105 (100%)	12 (11.43%)
- планово приети	21 (100%)	7 (33.33%)
Клинична пътека 185	**1379 (100%)**	**183 (13.27%)**
- спешно приети	592 (100%)	116 (19.59%)
- планово приети	787 (100%)	67 (8.51%)

Лапароскопските холецистектомии са високоефективни и сигурни. Пациентите с тези операции могат да се наблюдават постоперативно в амбулаторни условия. Хирургичните процедури по КП 185 са подходящи за ЕХ.

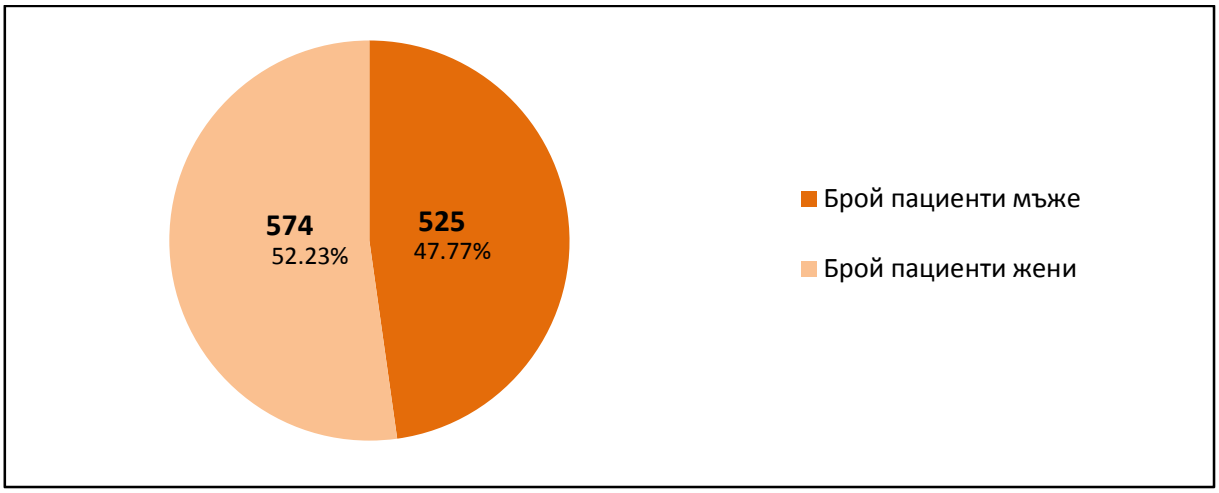
Конвенционалните холецистектомии не са подходящи за еднодневна хирургия, дори и при планови пациенти.

4. Клиничен статус на лекуваните пациенти по клинична пътека 179 “Оперативни процедури върху апендикс”

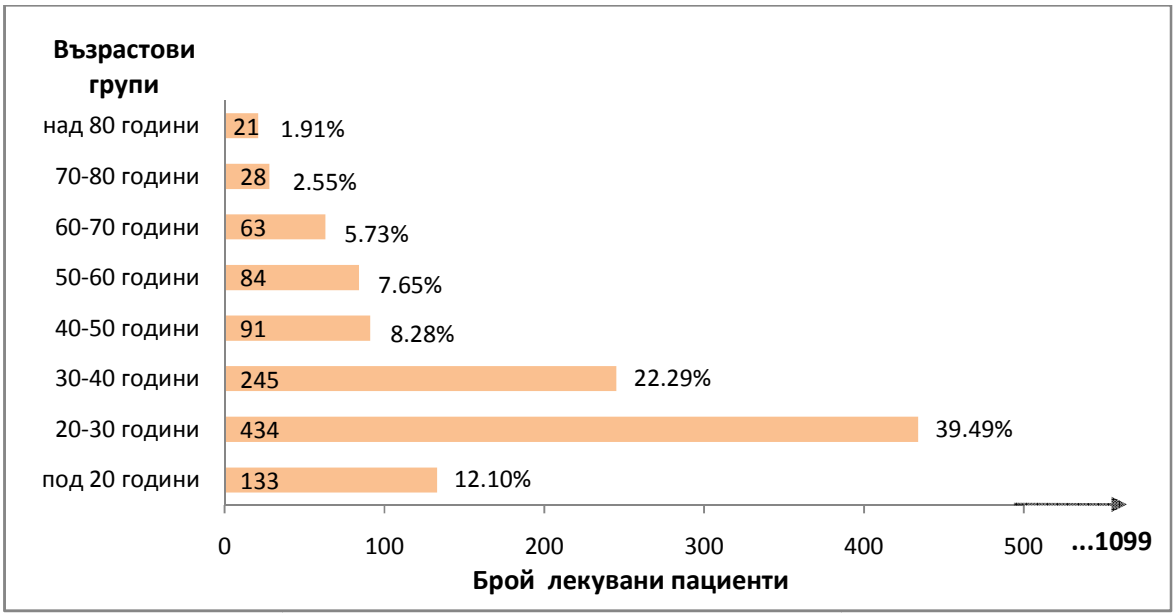
Апендицитът е остро или хронично възпаление на сляпото черво на човека – апендикс. Причината е чревен или лимфен застой в апендикса с развитие на серозно или гнойно възпаление. Острият апендицит е спешно заболяване с бързо развитие – от 6 до 24 часа. Оставен без лечение, той най-често перфорира с развитие на остър перитонит. От апендицит боледуват хора във всяка възраст – най-често между 5 и 30 години. Разпространението е 4 - 5 човека на 1000 души население. Острият апендицит е най-честото остро коремно заболяване (до 90%) и налага спешна оперативна намеса. През 1986г. в Германия е направена първата лапароскопска апендектомия.

Обект на наблюдението са 1099 пациенти, български или чужди граждани, временно или постоянно пребиваващи в страната. Периодът на изследването е 7-годишен от м. март 2005 г. до м. април 2012 година.

Разпределението на пациентите по полов признак е представено на Фигура 29. От изнесените данни се вижда, че 525 (47,77%) от лекуваните по клинична пътека 179 пациенти са мъже и 574 (52,23%) са жени.



Фиг. 29 Разпределение по полов признак на лекуваните пациенти по клинична пътека 179

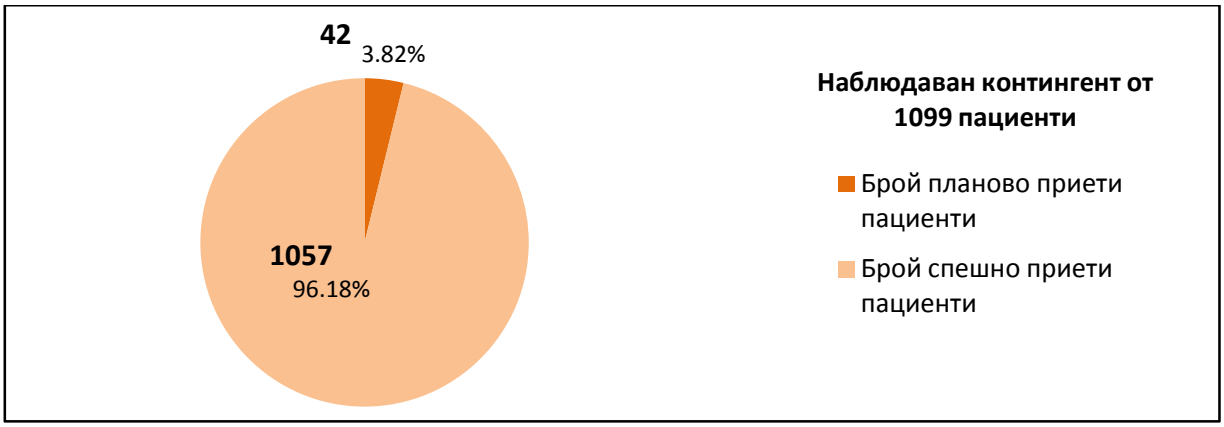


Фиг. 30 Разпределение по възрастови групи на лекуваните пациенти по клинична пътека 179

На Фигура 30 е представено разпределението на лекуваните по клинична пътека 179 пациенти по възрастови групи. От нея се вижда, че целевата група пациенти, лекувани по клинична пътека 179, са на възраст от 15 до 83 години. Разпределението им по възрастови групи е следното: под 20 години са лекувани 133 (12,10%) пациенти; от 20 до 30 години – 434 (39,49%) пациенти; от 30 до 40 години – 245 (22,29%) пациенти; от 40 до 50 години – 91 (8,28%) пациенти; от 50 до 60 години – 84 (7,65%) пациенти; от 60 до 70 години – 63 (5,73 %) пациенти; от 70 до 80 години – 28 (2,55 %) пациенти; над 80 години – 21 (1,91%) пациенти. Най-младият пациент опериран и лекуван по клинична пътека 179 е на 15 години, а най-възрастният е на 83 години. Лекуваните под 20-годишна възраст са по-слабо представени при нашето изследване, поради насочване на пациентите от тази възрастова група към детска хирургическа клиника на УМБАЛСМ „Н. Пирогов”. От

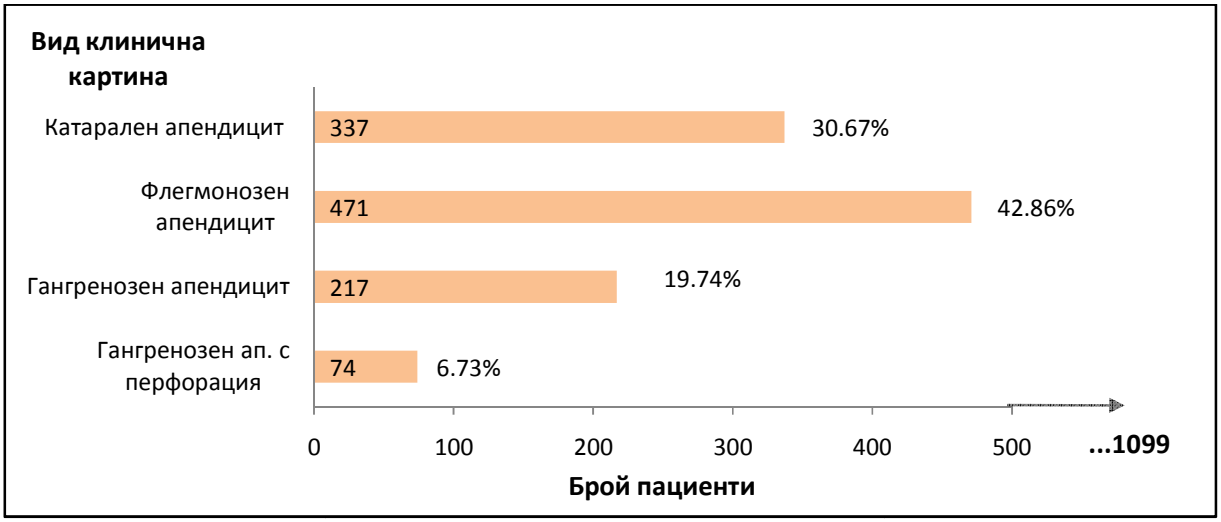
изнесените данни се вижда, че при нашето проучване основното натрупване на пациенти е във възрастовата група от 20 до 30 години. Най-малко е натрупването във възрастовата група над 80 години.

На Фигура 31 е посочено разпределението на лекуваните по клинична пътека 179 пациенти в зависимост от срока на приемане. От изнесените данни се вижда, че от приетите по тази клинична пътека 1099 пациенти, 1057 (96,18%) са приети по спешност. В планов порядък са приети 42 пациенти или 3,82%.

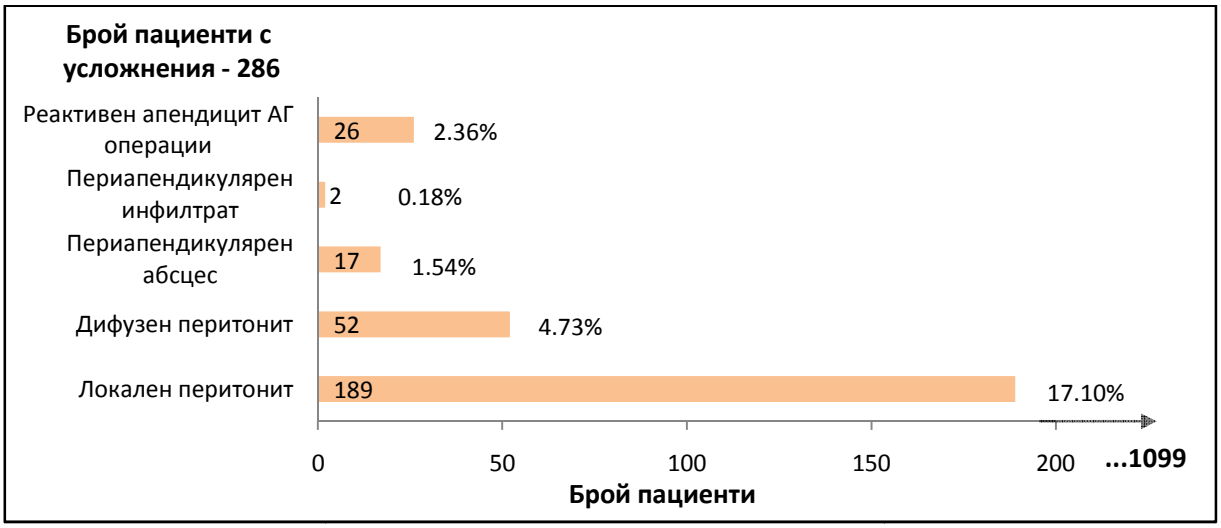


Фиг. 31 Разпределение по срок на приемане на лекуваните пациенти по клинична пътека 179

На Фигура 32 е посочено разпределението на лекуваните по клинична пътека 179 пациенти в зависимост от клиничната картина. От изнесените данни се вижда, че от лекуваните 1099 пациенти, при 337 (30,67%) е установен катарален апендицит, при 471 (42,86%) апендицитът е бил флегмонозен, гангренозен апендицит е установен при 217 (19,74%) пациенти и гангренозен апендицит с перфорация е намерен при 74 (6,73%).



Фиг. 32 Разпределение на лекуваните пациенти по клинична пътека 179 в зависимост от клиничната картина



Фиг. 33 Разпределение на лекуваните пациенти по клинична пътека 179 в зависимост от наблюдаваните усложнения по време на операцията

На Фигура 33 е посочено разпределение на лекуваните по клинична пътека 179 пациенти в зависимост от наблюдаваните усложнения по време на операция. От изнесените данни се вижда, че най-честото усложнение е

развитието на локален перитонит – 189 (17,10%) пациенти, дифузен перитонит е наблюдаван при 52 (4,73%) пациенти, периапендикулярен абсцес е установен при 17 (1,54%) пациенти, при 2 (0,18%) пациенти е наблюдаван периапендикулярен инфилтрат. При 26 (2,36%) пациенти се е развил реактивен апендицит при акушеро-гинекологични операции.

На Фигура 34 е посочено разпределение на лекуваните по клинична пътека 179 пациенти по вида на използваната оперативна техника. От изнесените данни се вижда, че при преобладаващата част от пациентите – 1062 (96,63%) е приложена конвенционална оперативна техника.



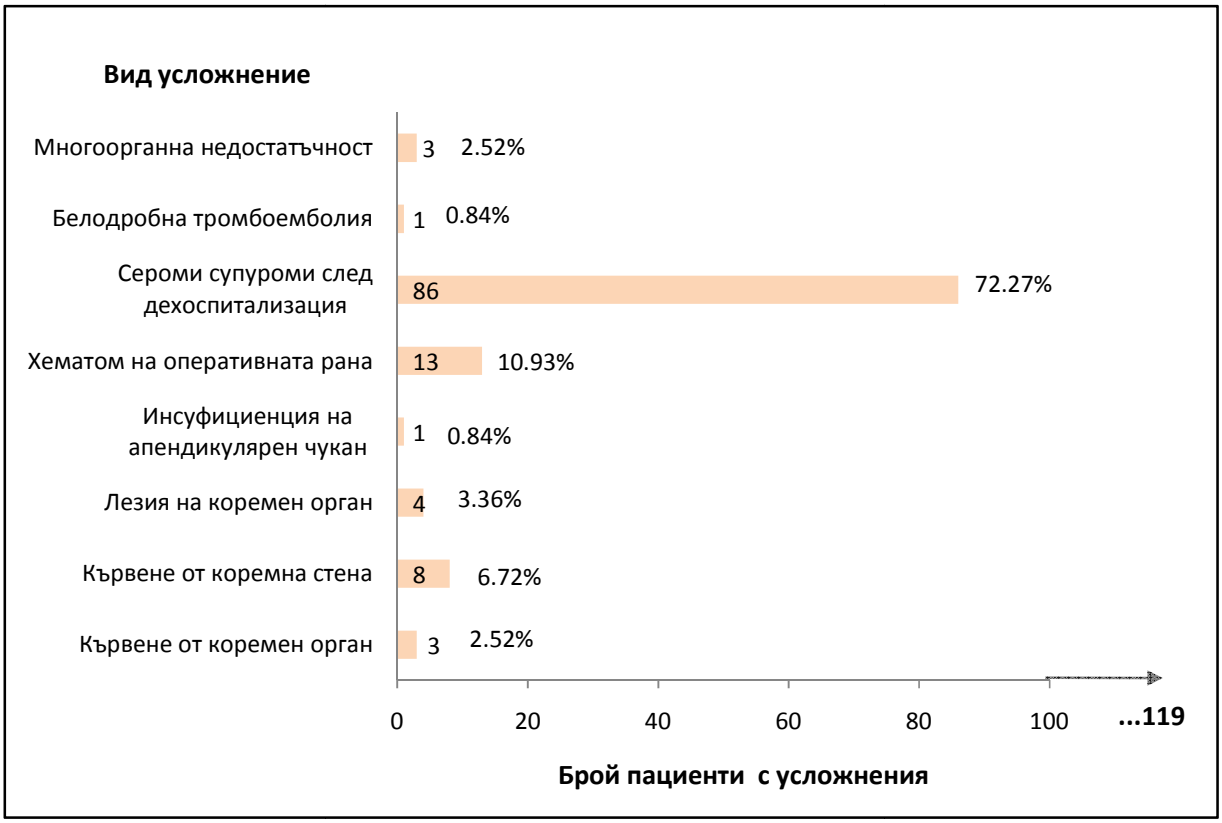
Фиг. 34 Разпределение на лекуваните пациенти по клинична пътека 179 по вид оперативна техника

На Таблица 25 са посочени наблюдаваните усложнения при лекуваните по клинична пътека 179 пациенти. От изнесените данни се установява, че при оперираните 1099 пациенти, усложнения са наблюдавани при 117 (10,64 %) от тях. От тези усложнения, 115 (10,87%) са наблюдавани при оперираните

по спешност пациенти. При планово оперираните пациенти усложнения се наблюдават при 2 (4,76%) от тях.

Табл. 25 Наблюдавани усложнения при лекуваните пациенти по клинична пътека 179

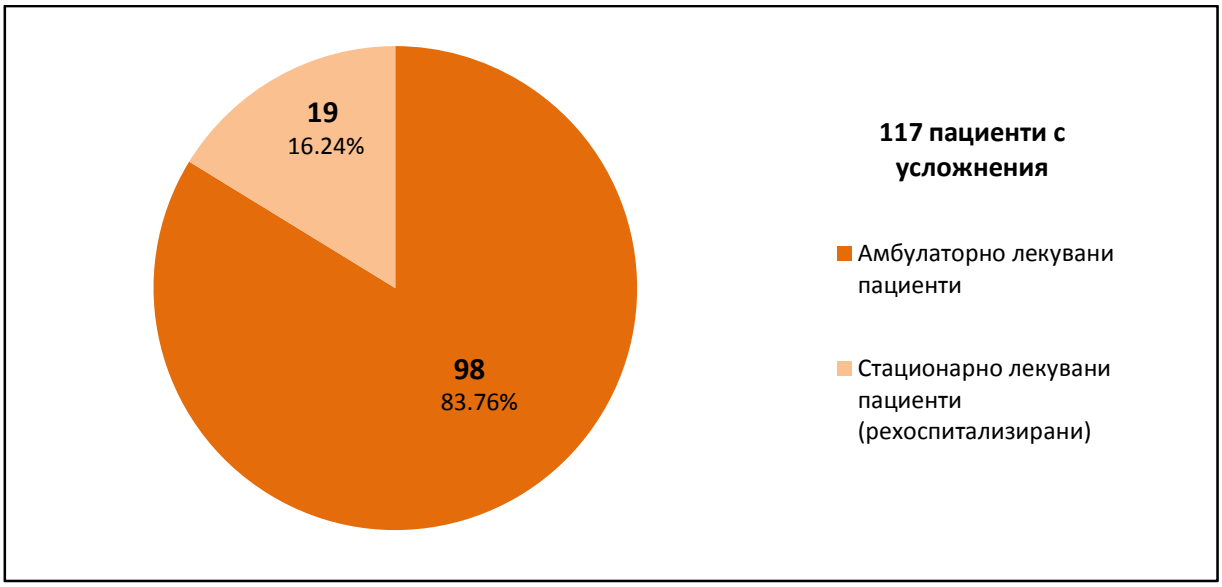
Наблюдаван контингент и брой пациенти с усложнения / **Клинична пътека и срочност на приемане**	**Наблюдаван контингент**	**Брой пациенти с усложнения**
Клинична пътека 179	1099 (100%)	117 (10.64%)
Клинична пътека 179 – планово приети	42 (100%)	2 (4.76%)
Клинична пътека 179 – спешно приети	1057 (100%)	115 (10.87%)



Фиг. 35 Разпределение по вид на наблюдаваните усложнения при лекуваните пациенти по клинична пътека 179

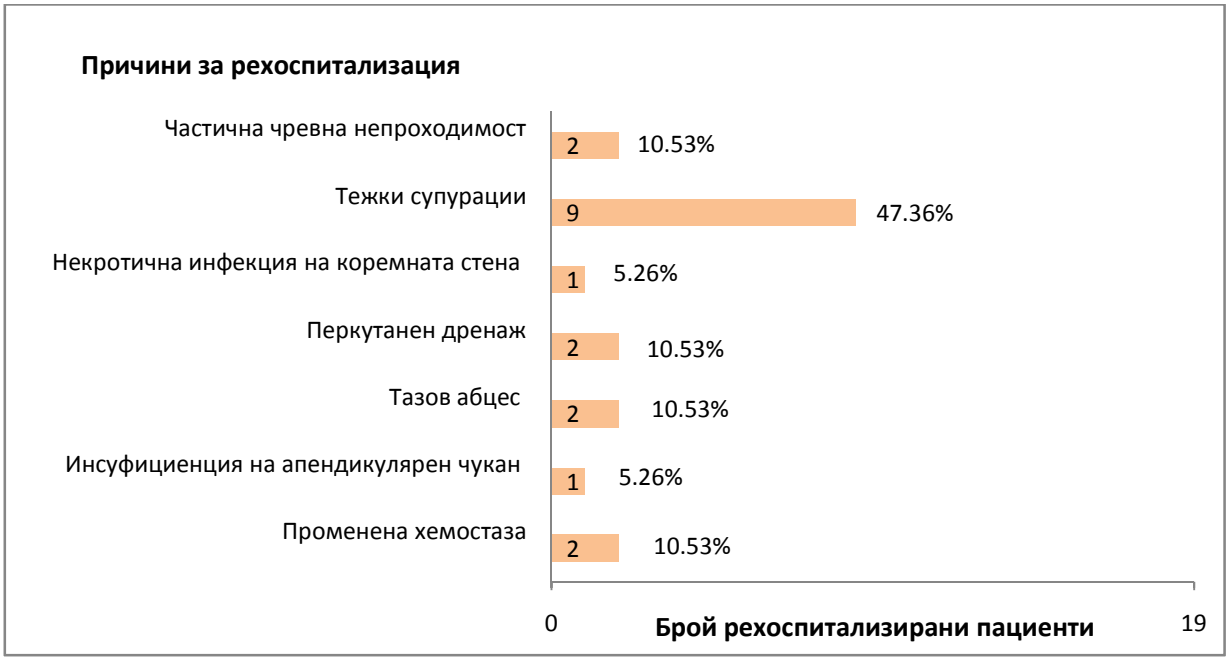
На Фигура 35 е посочено разпределение на усложненията по вид. От изнесените данни се установява, че най-много усложнения – 86 (72,27%) са свързани със сероми и супуроми, развили се след дехоспитализацията. На второ място по брой са хематоми на оперативната рана – 13 (10,93%). Кървене от коремна стена се наблюдава при 8 (6,72%) пациенти, кървене от коремен орган – при 3 (2,52%) пациенти. Инсуфисикация на апендикуларен чукан е наблюдавана при 1 (0,84%) пациент. Също толкова е наблюдаваната белодробна тромбоемболия – 1 (0,84%) пациент. Многоорганна недостатъчност е наблюдавана при 3 (2,52%) пациенти.

На Фигура 36 са посочени наблюдаваните усложнения, разпределени по вид на проведеното лечение. От изнесените данни се вижда, че от наблюдаваните 117 пациенти с усложнения, при 98 (83,76%) е проведено амбулаторно лечение и при 19 (16,24%) се е наложила рехоспитализация. От рехоспитализираните 19 пациенти, 8 са реоперирани и останалите 11 са лекувани консервативно.



Фиг.36 Разпределение на наблюдаваните усложнения по вид лечение при лекуваните пациенти по клинична пътека 179

На Фигура 37 е посочено разпределение на рехоспитализираните пациенти по причинно-следствена връзка. От изнесените данни се вижда, че най-много рехоспитализации са се наложили при пациенти с тежки супурации – 9 (47,36%). Останалите причини за рехоспитализации са както следва: при 2 (10,53%) пациенти причината е променена хемостаза, тазов абсцес, перкутанен дренаж и частична чревна непроходимост. При 1 (5,26%) пациент е наблюдавана инсуфициенция на апендикулярен чукан и некротична инфекция на коремната стена.



Фиг. 37 Разпределение на лекуваните пациенти по клинична пътека 179 по причина за рехоспитализация

На Таблица 26 е направено разпределение на лекуваните по клинична пътека 179 пациенти в зависимост от клиничната находка при оперативната интервенция и пролежаните леглодни. От изнесените данни се вижда, че 808

(73,52%) пациенти, оперирани за катарален и флегмонозен апендицит, са пролежали средно 1,5 леглодни. При оперираните 217 (19,74%) пациенти с гангренозен апендицит без разпространен перитонит, пролежаните леглодни са 2,5. Най-дълго са пролежали оперираните 74 (6,74%) пациенти чрез срединна лапаротомия с развит разпространен перитонит – 14 леглодни.

На Таблица 27 е посочено разпределение по изход от заболяването при лекуваните пациенти по клинична пътека 179. От изнесените данни се вижда, че при 1097 (99,82%) пациенти лечението е приключило с оздравяване. Починали са 2 (0,18%) пациенти. Разпределението в зависимост от срока на приемане показва, че при планово приетите 42 пациенти няма починал. При приетите по спешност 1057 пациенти са починали 2 (0,19%) пациенти.

Табл. 26 Разпределение на лекуваните пациенти по клинична пътека 179 в зависимост от клиничната находка при операцията и пролежаните леглодни

Наблюдаван контингент и леглодни на пациент **Клинична находка при оперативната интервенция**	**Наблюдаван контингент**	**Среден брой леглодни на пациент**
Клинична пътека 179	1099 (100%)	2 леглодни
Оперирани за катарален и флегмонозен апендицит	808 (73.52%)	1.5 леглодни
Оперирани за гангренозен апендицит без разпространен перитонит	217 (19.74%)	2.5 леглодни
Оперирани апендицити чрез срединна лапаротомия с развит разпространен перитонит (отворени операции)	74 (6.74%)	14 леглодни

Табл. 27 Разпределение по изход от заболяването по клинична пътека 179

Наблюдаван контингент, брой оздравели и брой починали пациенти / **Клинична пътека и срочност на приемане**	**Наблюдаван контингент**	**Брой оздравели пациенти**	**Брой починали пациенти**
Клинична пътека 179	1099 (100%)	1097 (99,82 %)	2 (0.18%)
Клинична пътека 179 – планово приети	42 (100%)	42 (100%)	-
Клинична пътека 179 – спешно приети	1057(100%)	1055 (99.81%)	2 (0.19%)

На Таблица 28 са посочени данни за оперираните от дисертанта пациенти по клинична пътека 179. От изнесените данни се вижда, че от общо 1099 пациенти, лекувани по тази клинична пътека, дисертантът е оперирал 224 (20,38%). Разпределени в зависимост от срочността на приемане се установява, че от лекуваните в планов порядък 42 пациенти, дисертантът е оперирал 13 (30,95%) от тях. От приетите и оперирани по спешност 1057 пациенти, дисертантът е оперирал 211 (19,96%) от тях.

Табл. 28 Оперирани пациенти от дисертанта по клинична пътека 179

Наблюдаван контингент и оперирани от дисертанта пациенти / **Клинични пътеки и срочност на приемане**	**Наблюдаван контингент**	**Оперирани от дисертанта пациенти**
Клинична пътека 179	1099 (100%)	224 (20.38%)
Клинична пътека 179 – планово приети	42 (100%)	13 (30.95%)
Клинична пътека 179 – спешно приети	1057(100%)	211 (19.96%)

Операциите при заболявания на апендикса са кратки и рутинни. При планово приетите пациенти рядко се наблюдават усложнения. Усложненията при пациентите, приети по спешност се повлияват добре в амбулаторни условия. Дейностите по КП 179 са подходящи за ЕХ.

5. Показания и противопоказания за еднодневна хирургия

Въз основа на получените резултати от клиничното проучване по клинични пътеки 179, 181, 182, 183, 184 и 185 можем да предложим разработени показания и противопоказания за еднодневна коремна хирургия, като това може да се направи въз основа на разработени включващи и изключващи критерии. Тези критерии, съответно показанията и противопоказанията за коремна еднодневна хирургия, трябва да се разглеждат в тяхната съвкупност, оценявайки хирургичното лечение като един извънредно динамичен и променящ се процес. В хода на еднодневната хирургия може да се наложи пациентът да премине от процес на еднодневна хирургия към процес на стационарна хирургия. Това важи най-вече при възникването на усложнения. Това веднага повдига въпроса къде може да се извършва планова и спешна еднодневна хирургия. Отговорът се съдържа в изброените показания и противопоказания. Показанията и противопоказанията могат да бъдат хирургически, анестезиологични, медико-социални, медико-легални и икономически.

Общи показания за еднодневна коремна хирургия

Хирургични показания за еднодневна хирургия

- операции с очаквана продължителност не повече от 60 - 90 минути оперативно време;

- операции, които не водят до нарушения в основни жизнени функции (ЦНС, дишане, хемодинамика), нито ще доведат до декомпенсиране на преходни и/или съпровождащи патологични заболявания и състояния;
- операции с нисък риск от масивно кървене;
- операции, които не водят до риск от профузно гадене и повръщане, дълго следоперативно обезболяване, вкл. с прилагане на големи дози опиоиди, нарушения на сетивност и равновесие.

Анестезиологични показания за еднодневна хирургия

- пациенти в клас ASA 1 и 2, а пациенти в клас ASA 3 по изключение;
- възраст – подходящи са пациенти във възрастови граници между 6 м. и 65 години. Горната граница може чувствително да се увеличи, но по правило да не е повече от 75 години;
- липса на анамнеза за проблеми при предходни операции/анестезии;
- липса на вродени и наследствени заболявания, създаващи риск за анестезия (малигнена хипертония, малигнена хипертермия, диабет тип 1).

Медико-легални и социални показания за еднодневна хирургия

- културното (менталното) и социалното ниво на пациента да позволяват сътрудничество;
- наличие на подробни разяснения, дадени от хирурга и анестезиолога предоперативно за естеството на операцията;
- наличие на подписано предоперативно информирано съгласие от пациента за анестезия и операция;
- отдалеченост на болничното заведение на не повече от 30 - 50 км и/или 30 до 60 минути;
- наличие на телефонна връзка с болнично заведение и/или ЦСМП;
- битови условия подобни на болничното заведение;

- наличие на придружител в следоперативния период за не по-малко от 24 часа;
- болничното заведение трябва да има всички необходими лицензи за работа по действащото законодателство.

Пациенти, подложени на разбор и отговарящи на изложените по-горе хирургични, анестезиологични и медико-легални показания могат да се считат за показани за еднодневна коремна хирургия.

Останалите пациенти, които не преминават критериите изброени по-горе, са противопоказани за коремна еднодневна хирургия.

Специфични противопоказания за коремна еднодневна хирургия

Противопоказания за еднодневна хирургия на ануса и перианалното пространство

- тежко възпалени хемороидни възли с наличие на инкарцерация и некрози и/или пролапс на ануса и ректума;
- предоперативен анемичен синдром и профузна ректохеморагия;
- наличие на пелвиоректален и подковообразен абсцес евент. Гангрена на Форние;
- съмнение за анаеробна инфекция;
- лезия на аносфинктерния апарат;
- наличие на големи гнойни колекции, изискващи множество инцизии;
- следоперативна температура над 38°C;
- постоперативна масивна хеморагия;
- пациенти с висок риск от тромбози и/или разстройства в хемостазата;
- невъзможност за толериране на болката, вкл. при употреба на опиоиди;

Противопоказания за еднодневна хирургия при хернии

- хирургични;
- големи ингвиноскротални хернии (5-та степен по Rokatanski);
- повечето рецидивни хернии;
- постоперативни и вентрални хернии с големина на дефекта над 10 см и/или рецидивни такива;
- пациенти с локален или генерализиран гноен перитонит;
- пациенти, при които ще се поставят дренажи за повече от 24 часа;
- пациенти с риск от БТЕ и други тромботични състояния и пациенти със сериозни отклонения в хемостазните показатели;
- невъзможност за купиране на болката до и след 23 часа следоперативно, вкл. при купиране с опиоидни аналгетици i.v. и/или per os;
- наличие на следоперативно кървене, водещо до отклонение в хемодинамичните и хематологичните показатели;
- поява на значим постоперативен хематом или оток;
- поява на фебрилитет над 38ºC;
- развитие на постоперативно състояние, засягащо общото състояние;
- липса на увереност от страна на пациента, че следоперативната му кондиция позволява изписване (нежелание за изписване в срок, липса на сътрудничество);

Противопоказания за еднодневна хирургия при операции на жлъчния мехур

- хирургични предоперативни изключващи критерии;
- пациенти с предоперативни прояви на перитонит, билиопанкреатит, механичен иктер и механичен илеус;
- продължителна операция – над 90 мин.;

- голяма интраоперативна кръвозагуба, налагаща кръвопреливане;
- интраоперативно нараняване на жлъчни пътища и/или други структури и органи – в зоната на ligamentum hepatoduodenale, стомах, дуоденум и др.;
- пациенти с голям риск от тромбози или разстройство в хемостазата;
- невъзможност за толериране на болката следоперативно, вкл. и след употреба на опиоиди;
- конвенционална хирургична техника.

Конвенционалната хирургия, при операции на жлъчния мехур трябва да се счита за противопоказание поради:

- оперативната травма;
- кръвозагуба;
- поставяне на дренажи;
- риск от инфекции;
- трудно обезболяване, особено в първите 24 часа;
- преходни оперативни конвенционални и/или лапароскопски операции.

Противопоказания за еднодневна хирургия при апендицит

- предоперативни данни за разлят перитонит;
- предоперативни данни за механичен илеус;
- предоперативни данни за друго заболяване в коремната кухина;
- предоперативни данни за предходно оперативно лечение – относително изключващ критерий;
- интраоперативна картина на гноен перитонит, некореспондираща с предоперативната диагноза;
- интраоперативна и следоперативна масивна хеморагия, изискваща кръвопреливане;
- големи интраоперативни лезии на коремни органи;

- интраоперативна находка, некореспондираща с предоперативната диагноза; перфорация на чревен дивертикул, тежко гинекологично възпаление и др.;
- пациенти с големи лапаротомни разрези и дълги оперативни вмешателства, изискващи повече от 60 - 90 мин. оперативно време;
- пациенти с висок риск от тромбози и/или разстройство в хемостазата;
- невъзможност за толериране на болката, вкл. при прилагането на опиоиди.

IV. Глава. Ползи от въвеждане на ЕХ. Предпоставки и концепция за разгръщане на ЕХ в България

1. Ползи от въвеждане на ЕХ

1.1. Медицински ползи

Пациентите, претърпели хирургични дейности, извършени като ЕХ и възстановявайки се в домашни условия сред познатата фамилна микробиота, са с намален риск от постоперативни възпалителни усложнения и вътреболнични инфекции. В този аспект, еднодневната хирургия осигурява по-добро качество на здравната услуга.

Възстановявайки се в домашна обстановка, пациентите имат възможност за по-добро хранене в зависимост от индивидуалните вкусови предпочитания, съобразено с предписаната диета.

Възстановяването на пациента в семейната му среда е свързано с по-малко психически травми както за него, така и за семейството и близките му.

Въвеждането на ЕХ в България води до повишаване квалификацията на лекарите и медицинските специалисти в тази област и придобиване от тях на клиничен и административен опит. Това увеличава конкурентноспособността на българските медици в ЕС и другите развити страни.

По отношение на спешната и планова ЕХ – дългогодишният практически и административен опит на българските хирурзи показва, че при добра техническа и кадрова база, организация на здравните услуги, добри връзки между ИПСМП, ГПСМП и ОПЛ, правилна селекция на пациентите и точно определяне на показания и противопоказания за ЕХ, спешна хирургична дейност може да се извършва като ЕХ. Моят клиничен опит в областта на коремната хирургия също потвърждава тази концепция.

1.2. Социални ползи

Възможността за възстановяване на пациента в домашни условия води до повишаване на емоционалния комфорт на пациента и близките му.

Качеството на живот на пациента в домашна среда е по-добро в сравнение с това в болнична обстановка.

Добрите резултати от еднодневната хирургия и по-големият брой доволни пациенти повишават професионалната и емоционална удовлетвореност на екипа, осъществяващ този вид медицинска дейност.

1.3. Икономически ползи

Хирургичните дейности, извършени като ЕХ, са икономически по-целесъобразни в сравнение със същите, извършени в стационара, поради липсата на разходи за болничен престой. Въвеждането на ЕХ намалява преките разходи в здравеопазването, тъй като при този вид хирургична дейност липсва престой на пациента в стационара и свързаните с това разходи за леглодни, лекарстводни и хранене на пациента.

Въвеждането на ЕХ може индиректно да намали използването на човешки, материални, финансови и времеви ресурси за лечение на вътреболнични инфекции, възникнали при пациенти с дълъг болничен престой след хирургични дейности.

В условията на ЕХ, хирургът и екипът му са с повишена трудоспособност и могат да обслужват по-голям брой пациенти и съответно да получават по-високо заплащане. Това е предпоставка за намаляване „изтичането” на кадри към други държави.

След хирургична дейност, извършена като ЕХ, пациентите се възстановяват по-бързо и могат да се върнат по-рано към стандартния си

начин на живот, съчетаващ труд и почивка. Това съкращава разходи за временна нетрудоспособност както на държавата и обществото, така и на пациента.

Военните конфликти в Близкия Изток водят до засилване на бежанска вълна към Европа и създаване на многобройни бежански центрове в държавите от ЕС, вкл. и България. Това може да доведе до напрежение в здравните системи и да ги натовари допълнително. В този смисъл, въвеждането и развитието на ЕХ е една от възможностите за облекчаване на този проблем.

2. Предпоставки и концепция за разгръщане на ЕХ в България

2.1. Нормативна база

Като страна член на ЕС, ние имаме възможност да черпим практически и административен опит от други развити страни и страни членки на ЕС, в които вече повече от 50 години са създадени и действат структури по ЕХ. В различните държави тези дейности по ЕХ са съобразени с действащата здравна система в дадената страна. В България ние трябва да се съобразим със специфичните условия в здравеопазването днес.

Принципите на работа в еднодневната хирургия не се различават от тези в конвенционалната, тъй като са подчинени на добрата медицинска практика за достъпност, своевременност и достатъчност. В България съществуват действащи Медицински Стандарти – „Очни болести”, „Ушни, носни и гърлени болести”, „Ортопедия и травматология”, „Анестезия и интензивно лечение” и др. Съществуват периоди, в които някои хирургични дейности се извършват без наличен медицински стандарт. Например, през май 2017 г. петчленен състав на ВАС отменя окончателно Наредба

№3/27.01.2015 г. за утвърждаване на общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия. Въпреки временната липса на този медицински стандарт, лечебните заведения продължават да извършват хирургични дейности, описани в него, тъй като имат сключен договор с НЗОК, съгласно действащия НРД.

Действащите медицински стандарти лесно и бързо могат да бъдат разширени с процедури по ЕХ. Можем да използваме опита на Великобритания, където родоначалникът на съвременната еднодневна хирургия Джеймс Никол започва да упражнява тази дейност още в края на XIX век. След това ЕХ се въвежда масово в различни специалности в средата на миналия век, а чак през 1996 година Британската Национална здравна система, съвместно с Медицинсикия Съвет на Великобритания въвежда така наречената „кошница" от 26 вида оперативни интервенции, които могат да се извършват в условия на ЕХ. По подобен начин е ситуацията и в Испания, където през 2003 г. с Кралски указ се определят структурите за еднодневна хирургия и след това през 2005 г. с Анекс 1 Испанската национална здравна система съставя списък с Диагностично свързани групи с най-честите процедури по ЕХ. В следващите 12 години, до днес, са съставени още два анекса със списъци на чакащи нозологични единици за включване като ЕХ. В България можем да започнем масово въвеждане на ЕХ като само допълним съществуващите вече стандарти и след придобиване на клиничен и административен опит да се създаде отделен стандарт по ЕХ. Създаването и въвеждането на отделен стандарт по ЕХ е дълъг и трудоемък процес и е свързан със сложна междудисциплинарна комуникация между специалисти от различни специалности и първоначално не е наложително. Например,

съществуващият отделен стандарт „Превенция и контрол на ВБИ” е създаден в резултат на десетки години административно съгласуване и клиничен опит в различни медицински специалности.

Към Министерство на здравеопазването съществува официален акредитиращ орган на лечебните заведения - Акредитационният съвет към Министерство на здравеопазването. Той прави оценка на отделни медицински и други дейности. Лесно може дейността на този орган да се разшири с процедури по акредитация на дейността еднодневна хирургия.

В приетия през 2017 г. НРД, НЗОК урегулира всички оперативни дейности. В Приложения № 16, 18 и 19 на НРД 2017 г. изцяло е имплементирана Наредба №2 от 2016 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК. Наредба №2 дава точни определения на „Клинична пътека”, „Клинична процедура” и „Амбулаторна процедура”:

„Клинична пътека” е система от определени с Национален рамков договор за медицинските дейности изисквания и указания за поведение на различни видове медицински специалисти при изпълнението на определени по вид и обхват дейности по отношение на пациенти със заболявания, изискващи хоспитализация и непрекъснат болничен престой, не по-кратък от 48 часа.

„Клинична процедура” е система от определени с Национален рамков договор за медицинските дейности изисквания и указания за поведение на различни видове медицински специалисти в специализирани структури на лечебни заведения за болнична помощ при изпълнението по отношение на пациента на определени по вид и обхват дейности самостоятелно и/или

преди, по време на или след болнично лечение по клинична пътека. Клиничната процедура е с продължителност до 24 часа.

„Амбулаторна процедура” е система от определени с Национален рамков договор за медицинските дейности изисквания и указания за поведение на различни медицински специалисти при изпълнението на определени по вид и обхват дейности в лечебни заведения за болнична помощ, комплексни онкологични центрове, центрове за кожно-венерически заболявания и лечебни заведения за извънболнична помощ с легла, съответно диализни постове (диализни места) по отношение на пациенти, чието състояние не налага непрекъснат престой в лечебното заведение.

Обемите и цените на закупуваните от НЗОК дейности за „Амбулаторните процедури” и „Клиничните процедури” са точно определени в чл.331 и чл.332 на НРД 2017 г. За тези процедури не съществува и лимит за заплащане от НЗОК. В „Амбулаторни процедури” са включени и някои хирургични дейности, които до този период са изпълнявани като „Клинични пътеки”:

АПр 18 Оперативни процедури в областта на ушите, носа и гърлото и лицево-челюстната област с малък обем и сложност

АПр 19 Оперативно отстраняване на катаракта

АПр 20 Хирургично лечение на глаукома

АПр 21 Оперативни интервенции върху окото и придатъците му със среден обем и сложност

АПр 22 Малки оперативни процедури на раменен пояс и горен крайник

АПр 23 Малки оперативни процедури на таза и долния крайник

АПр 24 Малки артроскопски процедури в областта на скелетно-мускулната система

В раздела (чл.331 от НРД 2017 г.) за клинични процедури са включени само четири дейности, никоя от които не е хирургична.

Всички дейности в областта на коремната хирургия са включени като клинични пътеки в НРД 2017. Оперативните процедури, които могат да бъдат изпълнявани като ЕХ в областта на коремната хирургия, са със следните клинични пътеки, продължителност и стойност:

КП № 179 Оперативни процедури върху апендикс – продължителност минимум 2 дни, стойност – 558 лв;

КП № 181 Хирургични интервенции на ануса и перианалното пространство – продължителност минимум 2 дни, стойност – 426 лв;

КП № 182 Оперативни процедури при хернии – продължителност минимум 2 дни, стойност – 574 лв;

КП № 183 Оперативни процедури при хернии с инкарцерация – продължителност минимум 2 дни, стойност – 601 лв;

КП № 185 Лапароскопска холецистектомия – продължителност минимум 2 дни, стойност – 880 лв;

Конвенционалната холецистектомия, обект на клиничното наблюдение в Глава III, не е подходяща за ЕХ, поради наблюдавания дълъг болничен престой. Наред с коремната хирургия и в други хирургични медицински специалности съществуват КП за хирургични процедури, които могат да се извършват като ЕХ.

Съществуващите вече клинични пътеки за хирургични процедури, които могат да бъдат изпълнявани като ЕХ могат да се изменят и допълнят с две стъпки, първата от които може да бъде изпълнена като клинична процедура. Двустъпковите клинични пътеки могат да се използват изцяло

при извършване на хирургичната дейност в стационар или само първа, или първа и втора стъпка при ЕХ.

В България действа Закон за здравното осигуряване (Обн. ДВ. бр.70 от 19 Юни 1998 г., последно изм. ДВ. бр.98 от 9 Декември 2016 г.). В него се урегулират Задължителното здравно осигуряване и Доброволното здравно осигуряване. Задължителното здравно осигуряване е дейност по управление и разходване на средствата от задължителни здравноосигурителни вноски за закупуване на здравни дейности, което се осъществява от Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) и от нейните териториални поделения - районни здравноосигурителни каси (РЗОК). Задължителното здравно осигуряване предоставя пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК. Националната здравноосигурителна каса закупува от изпълнителите на медицинска помощ здравни дейности, определени по вид, обем, цена и съответстващи на критерии за качество и достъпност в съответствие с този закон.

Доброволното здравно осигуряване е дейност по поемане на рискове, свързани с финансовото обезпечаване на определени здравни услуги и стоки срещу заплащане на премии, въз основа на застрахователни договори, сключени с лицензирани застрахователни дружества.

В България действа браншова организация – Български лекарски съюз. Той участва при създаването и подписването на НРД и клиничните пътеки. Лекарите не могат да сключат договор с РЗОК, ако не са членове на БЛС. Лечебните заведения са си създали браншови организации като Българска болнична асоциация, Сдружение на общинските болници, Национално сдружение на частните болници и др. Специалистите от различните медицински специалности създават дружества по специалност, например

Българско хирургическо дружество. Съгласно Закона за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти, те могат да упражняват професията си само ако са членове на Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи.

2.2. Мениджмънт на ресурсите в здравеопазването за разгръщане на концепцията за ЕХ

Материални ресурси за разгръщане на концепцията за ЕХ

Дейността Еднодневна хирургия може да стане широкодостъпна като се използва наличната материална база на съществуващите многопрофилни болници за активно лечение. Структурите по ЕХ могат да се изградят като интегрирани отделения към МБАЛ или като сектори към хирургичните отделения чрез преустройство на съществуващия сграден фонд. Съществуващият сграден фонд на УМБАЛ и МБАЛ в България със съществуващи Клиники или Отделения по хирургия е достатъчен за лесно обособяване на самостоятелни отделения по ЕХ. Тези отделения трябва да бъдат със самостоятелен вход, за да се отдели потокът на пациенти по ЕХ. Предимството на изграждане на самостоятелно отделение по ЕХ е намаляването на риска от ВБИ. Предимството на интегриран сектор по ЕХ към съществуващи хирургични отделения е лесното и бързо преустройство и възможността за оптимално използване на наличната материална база, оборудване и персонал. Тъй като ВБИ са от изключително значение за пациента, концепцията за развитие на ЕХ в самостоятелно отделение е с по-големи здравни и социални ползи за болните и финансови за болниците. В обособеното отделение по ЕХ трябва да има сектор за ранно постоперативно наблюдение на пациентите до 24-тия час след извършената процедура по ЕХ,

след което пациентите се изписват. Предимство на интегрираните към УМБАЛ или МБАЛ отделения по ЕХ е, че при необходимост пациентът бързо може да бъде преведен в подходящото отделение или клиника на лечебното заведение за овладяване на усложненията и продължаване на адекватно лечение. По този начин интегрираните към УМБАЛ или МБАЛ отделения по ЕХ ползват пълния капацитет на лечебното заведение.

За дейността на Отделението по ЕХ могат да се отделят няколко от вече съществуващите операционни зали с оборудването към тях, в които ще се работи само ЕХ по график за плановите хирургични процедури по ЕХ. За спешните процедури, които ще бъдат извършени като ЕХ, се ползват операционни на лечебните заведения, отделени за спешни случаи. Повечето УМБАЛ и МБАЛ притежават модерно техническо оборудване, съобразено с развитието на технологиите през XXI век и тяхното приложение в медицината. Структурата по ЕХ трябва да разполага със самостоятелна апаратура като ехограф, лапароскоп и други, които са специфични за различните хирургични процедури. Минимално инвазивните техники, като лапароскопските методи на операция, днес се използват и прилагат рутинно във всички анатомични области на човешкото тяло. Тези методи са много подходящи за еднодневна хирургия. Спазвайки добрите медицински практики и стандарти, във всички УМБАЛ или МБАЛ са въведени и се използват постиженията във фармацевтичната индустрия и в частност бързо действащи анестетици и обезболяващи. Това е неразделна част от ЕХ.

По отношение на осигуреност на новообособеното Отделение по ЕХ се ползват аптеки, клинична лаборатория, стерилизационни, инсениратор и други подобни на съответния УМБАЛ или МБАЛ.

Човешки ресурси за разгръщане на концепцията за ЕХ

Човешки ресурси за създаване на структури по ЕХ са налични и достатъчни в лечебни заведения, които имат сключен договор с РЗОК по хирургични клинични пътеки. Сключеният договор с РЗОК за съответните хирургични клинични пътеки означава, че даденото лечебно заведение разполага с необходимия брой специалисти хирурзи, анестезиолози, медицински сестри и санитари.

Тъй като Отделението по ЕХ ще поеме част от хирургичните процедури, извършвани в Клиниките или Отделенията по хирургия, тези Клиники или Отделения могат да пренасочат част от медицинския персонал (медицински сестри, операционни сестри и санитари) на постоянен щат към отделението по ЕХ. В отделението по ЕХ трябва се назначи щатен Завеждащ отделение, щатна Старша медицинска сестра и да бъдат обособени щатни бройки за работещи на регистратура и на денонощен телефон.

В Отделението по ЕХ могат да работят хирурзите и анестезиолозите от съответните Клиники и Отделения на ротационен принцип. Например, за 6 месеца или 1 година даден специалист хирург или анестезиолог се командирова от Клиниката или Отделението в структурата по ЕХ. Подходящо е специалисти хирург, анестезиолог и операционна сестра да дават разположение 24 часа за възникнали усложнения при пациенти, на които е извършвана хирургична процедура по ЕХ или за извършване на спешни хирургични процедури по ЕХ. Наблюдението на болните, претърпели операции като ЕХ, през нощта в ранния постоперативен период може да се извършва от дежурния лекар в Клиниката/Отделението по хирургия на ЛЗ, т.е. той да минава визитация. Сортирането на пациентите, т.е. определянето дали даден пациент е подходящ за планова еднодневна или

конвенционална хирургична процедура се извършва от дежурния хирург специалист в приемния хирургичен кабинет на УМБАЛ или МБАЛ. Сортирането на пациентите за спешна конвенционална или ЕХ процедура се извършва в СПО от дежурния консултант специалист хирург. Ако се налага да се извърши хирургична процедура по спешност като ЕХ през нощта, за операцията се викат хирурга, анестезиолога и операционната сестра от отделението по ЕХ на разположение. Правилната селекция на пациентите в България е възможна поради наличие на квалифицирани кадри – хирурзи и анестезиолози, както и на дългогодишния им професионален опит. Свободното движение на кадри в ЕС позволява на хирурзите, анестезиолозите и медицинските специалисти да работят свободно в други страни членки на ЕС, да повишават квалификацията си и да придобиват специфични умения и опит в ЕХ. По този начин е организирано сортирането на пациентите за спешни и планови процедури по ЕХ или конвенционална хирургия, както и ранното постоперативно наблюдение на пациенти с ЕХ процедури в болниците във Великобритания, отговарящи на организацията на нашите УМБАЛ/МБАЛ.

Структурата по ЕХ може да бъде моно- или полидисциплинарна, т.е. да извършва процедури по ЕХ от една или няколко хирургични специалности. Това зависи от обособените отделения с хирургична дейност в болницата. Например, ако лечебното заведение няма отделение по хирургия, няма как в отделението по ЕХ да се оперира херния.

Отделенията по ЕХ в началото на своето създаване и развитие могат да извършват планови операции и постепенно да включват спешни операции на определени нозологични единици.

Съгласно сега действащия НРД, подготовката на пациентите за планова хирургична процедура се извършва от ОПЛ, но на практика често се налага пациентът да заплаща тези услуги поради лимитите въведени от НЗОК за направления за консултации и изследвания. Подготовката на пациента за спешна процедура по ЕХ може да се извършва в отделението по ЕХ.

Според действащия НРД и КП, пациентите, претърпели хирургични процедури, имат право на два прегледа и две превръзки до 30-тия ден от операцията. Това късно постоперативно наблюдение се извършва от Клиниката/Отделението или хирургичния кабинет на ЛЗ. Често се налага извършване на повече дейности в късен постоперативен период, които не се финансират от НЗОК. Пациентът желае да го наблюдава операторът, извършил хирургичната процедура и това води до нерегламентирани плащания. Практиката показва, че ОПЛ нямат квалификация и опит да провеждат наблюдение в ранен и късен постоперативен период.

С цел оптимално успешно въвеждане и развитие на ЕХ в България трябва да се разработят и проведат програми за обучение по ЕХ на лекари специалисти хирурзи и анестезиолози, ОПЛ, здравни мениджъри и медицински специалисти. Най-подходящо е тези обучения да бъдат извършвани в Медицинските университети, както и обучението по ЕХ да бъде заложено в програмата за обучение на студенти по Медицина, Здравен мениджмънт и Здравни грижи.

Времеви ресурси за разгръщане на концепцията за ЕХ

С цел оптимална организация в самостоятелните отделения по ЕХ, плановите хирургични процедури по ЕХ трябва да се извършват по график. За спешните такива съществува разположение на хирургичен екип.

Предложението за въвеждане на ротационен принцип за специалистите хирурзи и анестезиолози на по-дълъг период от време, например на 1 година е с цел от една страна специалистите да придобият по-голям опит и да повишат квалификацията си в областта на ЕХ, а от друга страна да се избегне деквалификация в областта на конвенционалната хирургия. Ротацията на специалистите за по-дълъг период от време е подходяща и за улесняване на работата на счетоводството на ЛЗ.

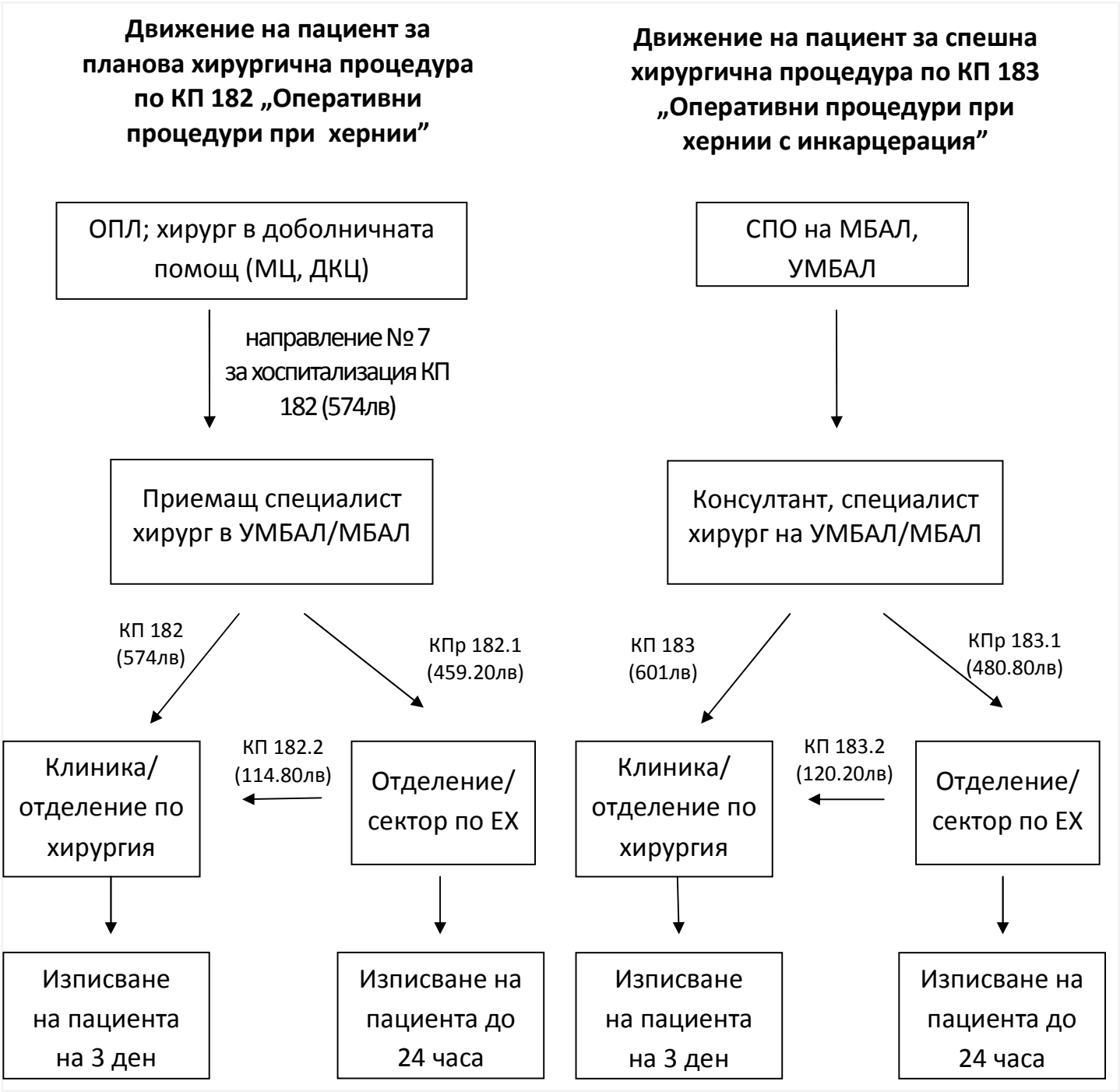
Изключително ниския брой усложнения при процедури по ЕХ и липсата на болничен престой, позволява оптимизация на времето на екипа в отделението по ЕХ и извършването на по-голям брой операции.

Финансови ресурси за разгръщане на концепцията за ЕХ

Отделенията по ЕХ в България могат да бъдат финансирани по сега действащия НРД с минимални корекции и преструктуриране на съществуващите КП за нозологични единици, подходящи за ЕХ и разширяване на номенклатурата на клиничните процедури. Клиничните пътеки могат да се допълнят с 2 стъпки, първата от които може да се извърши като клинична процедура. Например, ако пациентът се нуждае от хирургична процедура по КП 182 „Оперативни процедури при хернии", която е на стойност 574 лв. и продължителност на болничен престой 2 дни, специалистът хирург в хирургичния приемен кабинет преценява дали този пациент е подходящ за еднодневна или конвенционална хирургия. Ако има противопоказания за ЕХ, пациентът се хоспитализира в клиниката/отделението по коремна хирургия. Клиниката/отделението по коремна хирургия получават от РЗОК цялата стойност на КП 182, т.е. 574 лв. За целите на ЕХ КП 182 се допълва с две стъпки – клинична процедура (КПр)

182.1 и КП 182.2. КПр 182.1 е за „Оперативни процедури при хернии”, извършвани като ЕХ и е на примерна стойност 80% от общата стойност на КП 182, т.е. 459,20 лв. Това изчисление на стойността на хирургични процедури, извършвани като ЕХ е аналогично на изчислението на КП, отчетени като АПр, съгласно чл. 330, ал.3 на НРД 2017 г, който гласи „За случай по КП, отчетен като АПр „Предсрочно изпълнение на дейностите по КП...” по приложение № 11 на Наредба № 2 от 2016 г. се заплаща 80% от цената на съответната КП. Ако пациентът е подходящ за ЕХ, той се приема в Отделението по ЕХ за КПр 182.1. При операция протекла без усложнения, отделението по ЕХ получава стойността от КПр 182.1, т.е. 459,20 лв. Ако по време на операцията или след нея до 24-тия час възникнат усложнения и се наложи хоспитализация, пациентът се превежда или хоспитализира в Клиниката/Отделението по коремна хирургия по КП 182.2, която е на примерна стойност 20% от КП 182, т.е. 114,80 лв. Клиниката/Отделението по коремна хирургия получава финанси отговарящи на стойността на КП 182.2 – 114,80 лв. Точното остойностяване на стъпките в клиничните пътеки и клиничните процедури на нозологичните единици, подходящи за ЕХ трябва да се разработи внимателно от специалисти в тази област, съгласно методиката за остойностяване на дейностите в болничната медицинска помощ (НРД 2017 г., раздел VII) и може да бъде въведено при приемане на нов или анексиране на действащия НРД.

На Фиг. 38 е визуализирано движението на пациентите, които се нуждаят от планова или спешна хирургична процедура по предложения по-горе двустъпков модел на вече съществуващи КП.



Фиг. 38 Движение на пациенти за планова и спешна хирургична процедура като КП и КПр

Базирайки се на действащата нормативна уредба – НРД 2017 г. и Наредба № 2 на МЗ от 2016 г. предлагам модел на **клинична процедура** за „Оперативни процедури при хернии” при пациенти над 18 г. Тази КПр може да бъде разширена с лечение на пациенти на възраст под 18 г. след дискусия със специалисти детски хирурзи. КПр „Оперативни процедури при хернии” е с продължителност до 24 часа и съдържа следните раздели:

- Кодове на основни процедури
- Условия за сключване на договор и за изпълнение на клинична процедура
    - Задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, налични и функциониращи на територията на лечебното заведение, изпълнител на болнична помощ
    - Необходими специалисти за изпълнение на клиничната процедура
- Индикации за хоспитализация и лечение
    - Индикации за хоспитализация
    - Диагностично-лечебен алгоритъм
    - Поставяне на окончателна диагноза
    - Дехоспитализация и определяне на следболничен режим
    - Медицинска експертиза на роботоспособността
- Документиране на дейностите по клиничната процедура
    - Хоспитализация на пациента
    - Предоперативна болнична документация
    - Документиране на лечението
    - Документиране на изписването/превеждането към друго лечебно заведение

- Декларация за информирано съгласие

- Информация за пациента

Предложението за КПр „Оперативни процедури при хернии” е цялостно разработено в Приложение №1.

Финансирането на предоперативната подготовка на пациента (параклинични изследвания, рентгенография, ЕКГ и др.) се заплаща от НЗОК и се извършва от ОПЛ при планови хирургични процедури по ЕХ и в отделението/сектора по ЕХ при спешни.

При клинични пътеки на хирургични процедури, при които се налага използване на медицински консуматив (например при КП 182 - платно) и този консуматив не подлежи на реимбурсиране от НЗОК, съответният консуматив може да бъде заплатен от фонд за допълнително доброволно здравно осигуряване при наличие на застрахователен договор на пациента.

Средствата за преустройство и изграждане на отделенията/секторите по ЕХ към УМБАЛ и МБАЛ, могат да бъдат отделени от бюджета на ЛЗ.

Основно предимство на двустъпковия модел на вече съществуващи КП и несъздаването на нови такива, а само разширяването им с клинични процедури, е че отделните лечебни заведения могат да се включват поетапно към отделните стъпки на клиничната пътека след като са изградили сектор по ЕХ към съществуващите хирургични отделения или самостоятелно отделение по ЕХ и са преминали акредитация. До този момент те могат да работят по съществуващата клинична пътека.

Друго предимство на двустъпковия модел на вече съществуващи КП и разширяването им с КПр е, че поетапно могат да се включват и нови хирургични процедури като ЕХ към съответните съществуващи КП, като те бъдат само допълнени с две стъпки.

Поради липса на болничен престой при повечето хирургични процедури, проведени като ЕХ, отделението/секторът по ЕХ може да извършва значително по-голям брой операции, което ще доведе до по-голямо финансиране от КПр и по-добро заплащане на работещите в тази структура. За това допринася и фактът, че съгласно сега действащия НРД 2017 г. за КП съществува лимит, а за АПр и КПр, НЗОК заплаща всички извършени процедури без лимит.

Въвеждането и остойностяването на двустъпков модел на някои КП, подходящи за ЕХ и изпълняването им като КПр, не само в областта на коремната хирургия, а и в други хирургични специалности, ще доведе до освобождаване на финансови средства и насочването им към други недофинансирани от НЗОК дейности, като достойно заплащане на лекарския труд.

Съгласно чл. 330 от НРД 2017 г., НЗОК и БЛС договарят закупуването на определени обеми за дейностите по КП, посочени по приложение № 9 към чл. 1, ал.1 от Наредба № 2/2016 г. Пет от шестте КП, които са обект на това проучване, могат да се извършват като ЕХ под формата на КПр. Приемаме прогнозно, че 80% от пациентите, които се нуждаят от съответната хирургична процедура и нямат противопоказания или усложнения могат да бъдат лекувани по КПр, а не по КП. В същото време, при стойност на КПр 80% от стойността на КП, биха се получили следните финансови резултати, показани на Таблица 29.

Табл. 29 Финансови резултати при въвеждане на КПр в коремната хирургия

Хирургична процедура	Бр. хир. пр. закупувани от НЗОК като КП	Единични стойности на КП (в лв.)	Обща стойност на КП (в лв.)	Прогнозен бр. хир. процедури, извършвани като КПр	Единични стойности на КПр (в лв.)	Обща стойност на КПр (в лв.)
Оп. пр. върху апендикс	2 743	558	1 530 594	2 194	446	978 524
Хир. интерв. на анус и перианално пространство	10 014	426	4 265 964	8 011	341	2 731 751
Оп. пр. при хернии	9 675	574	5 553 450	7 740	459	3 552 660
Оп. пр. при хернии с инкарцерация	2 139	601	1 285 539	1 711	481	822 991
Лапароскопска холецистектомия	2 962	880	2 606 560	2 370	704	1 668 480
Общо	27 533	3 039	15 242 107	22 026	2 431	9 754 406

Съгласно НРД 2017 г., НЗОК заплаща хирургичните процедури по КП 179, 181, 182, 183 и 185 с обща стойност **15 242 107 лв.** Тези хирургични процедури са подходящи за ЕХ и могат да бъдат извършени като КПр. Поради ниския брой противопоказания и усложнения, приемаме прогнозно, че 80% от хирургичните процедури могат да бъдат извършени като КПр. При стойност на КПр 80% от стойността на КП, НЗОК ще заплати за 80% от същите хирургични процедури, извършени като КПр - **9 754 406 лв**. За пациентите, които са противопоказани за ЕХ или при тези, при които са възникнали усложнения т.е. 20% от общия брой пациенти, НЗОК ще заплати цялата стойност на КП – **3 048 421 лв**. При въвеждане на двустъпковия модел на съществуващите КП и възможността за изпълняването им като КПр, общата стойност на тези хирургични процедури е **12 802 827 лв.**

Създаването на клинични процедури в коремната хирургия ще доведе до съкращаване на разходите на НЗОК с 2 439 280 лв за една година.

Предложението за въвеждане на концепцията за двустъпков модел за финансиране на КП и създаване на КПр за ЕХ може да бъде отправна точка за иницииране на активен диалог между институциите за преструктуриране на системата. Използвайки междусекторен и институционален подход могат да се организират срещи, кръгли маси за широко обсъждане между институциите и заинтересованите страни – НЗОК, МЗ, ЛЗ, съсловни и пациентски организации. Един от належащите основни въпроси на социалната политика на здравеопазването в България е да се сложат нуждите на лекарите преди икономиката, разглеждана сега само във финансов аспект. Средствата, които се спестяват от НЗОК в следствие на въвеждането на двустъпковия модел на КП и създаването на КПр за ЕХ могат да бъдат използвани за промяна в начина на финасиране, реално остойностяване на недофинансираните КП и труда на лекарите и медицинския персонал. Това ще доведе до ефикасно оптимизиране на здравната система и повишаване авторитета на българския лекар.

V. Глава. Проблеми в мениджмънта на ЕХ в България и SWOT-анализ

1. Проблеми в мениджмънта на ЕХ в България

Действащият НРД не дава възможност за финансиране на ЕХ, което прави недостъпна тази медицинска дейност за масово използване от хора, които нямат допълнително доброволно здравно осигуряване или финансова обезпеченост. В същото време, имплементирането на Наредба № 2 от 2016 г. в НРД 2017 г. и създаване за първи път на номенклатури за АПр и КПр е добра административна база за по-лесно масово въвеждане на ЕХ.

Днес, в България са установени няколко практики на приложение на ЕХ:

ЕХ се прилага масово в специализирани частни клиники за отделни хирургични процедури и нозологични единици. Има много примери за това: в много очни клиники се провеждат операции на катаракта като ЕХ; в кожни клиники се осъществява оперативно премахване на невуси; в ортопедични клиники се провеждат оперативни намеси при скъсан менискус; в УНГ клиники се извършва тонзилектомия; в хирургични клиники се оперират хемороиди и др. До приемането на НРД 2017 г. липсва нормативна база за АПр и КПр и независимо че пациентите са здравно осигурени, те заплащаха стойността на цялата процедура и консумативите персонално или чрез здравните фондове при наличие на допълнително доброволно здравно осигуряване. От 01.01.2017 г. някои от хирургичните процедури, извършвани като ЕХ, се финансират от НЗОК като АПр. Броят на тези процедури обаче е много малък и съществуващата нормативна база не включва оперативни намеси в областта на коремната хирургия, които чрез КПр могат да бъдат изпълнявани като ЕХ.

Друга практика поради нежелание на пациентите да лежат в стационар е хирургични процедури по КП, които могат да се изпълняват като ЕХ, например абсцес на перианално пространство, да се извършват от хирург специалист в хирургичен кабинет в доболничната помощ. В този случай, поради липса на анастезиологична помощ, пациентът е подложен на силни болки и физически и емоционален дискомфорт. Поради липса на необходимата асептика и антисептика на средата съществува висок риск от възпалителни усложнения. В кабинетите липсва възможност за ранно постоперативно наблюдение и обезболяване. Извършената процедура отново се заплаща от пациента или фондовете за допълнително доброволно здравно осигуряване, тъй като, независимо че пациентът е здравно осигурен, НЗОК заплаща само прегледа от специалист в доболничната помощ, без хирургичната процедура. Масово, при тези случаи, пациентите дори не посещават ОПЛ, а директно заплащат хирургичния преглед и манипулация.

От друга страна масово се прилага следната практика: пациентът се хоспитализира в ЛЗ за хирургична процедура, за която има клинична пътека и тази пътека се заплаща от НЗОК. Хирургичната процедура се извършва като ЕХ. Пациентът се „пуска” в къщи и се връща отново в лечебното заведение в деня, в който свършва продължителността на клиничната пътека. Например КП 182 „Оперативни процедури при хернии” съгласно НРД и НЗОК е с продължителност 2 дни. Операцията е извършена първия ден, следващия ден пациентът се възстановява в домашни условия и на третия ден пациентът се завръща в лечебното заведение, за да бъдат оформени документите по изписването му. Тези документи са оформени съгласно КП за стационарна хирургия и са в нарушение на законите. Лечебното заведение получава от РЗОК цялата стойност на клиничната пътека, въпреки че

хирургичната процедура е извършена като ЕХ и лечебното заведение не е разходвало средства за болничен престой, храна и персонал. НЗОК (РЗОК) се опитва да контролира тези нарушения, но на практика този контрол е неефективен и недостатъчен. Мерки на МЗ, като въвеждане на пръстов отпечатък или индивидуална карта с електронно здравно досие, не могат да решат този проблем. Също така, топ мениджмънта на лечебните заведения в страната не желае промяна на начина на финансиране на медицинските дейности. Много от държавните и общинските ЛЗ и сега не се възползват от въведените АПр, съгласно НРД 2017 г. и продължават да извършват хирургични дейности като операции на катаракта, глаукома и др. като ЕХ, но да ги отчитат като КП за да получат повече финансови средства.

Регламентираните като стационарна хирургия в КП хирургични процедури и реално извършвани като ЕХ са извършени съгласно действащите медицински стандарти и добра медицинска практика в акредитирани лечебни заведения и са с добър медицински изход от заболяването. Тази практика е масово разпространена в много лечебни заведения в цялата страна.

Установените практики за приложение на ЕХ в България показват, че обществото и пациентите се нуждаят и търсят този вид хирургична дейност, въпреки че тя не е регламентирана законово в много области на хирургията. Законовите промени следват нуждите на обществото и в този смисъл установените вече практики показват, че е належаща необходимостта от административно и финансово регулиране на ЕХ в България.

Идентифицираните от СЗО пречки за развитие на ЕХ в голяма част се припокриват с проблемите в мениджмънта на ЕХ в България:

- Регулаторни – липса на актуални хирургични стандарти за ЕХ и правила за акредитация и контрол на ЕХ
- Икономически – липса на КПр за ЕХ като форма на финансиране от НЗОК;
- Образователни – липса на масово въвеждане на образователни програми по ЕХ за студенти в Медицинските университети и следдипломна квалификация;
- Проектиране на съоръженията – необходимост от преустройство на наличните здравни съоръжения към УМБАЛ/МБАЛ за създаване на отделения/сектори по ЕХ;
- Информационни – необходимост от преодоляване на професионалната инертност и консерватизъм в медицинския бранш и обучение на пациента чрез популяризиране на силните страни, преимущества и ползи от широкодостъпна ЕХ;
- Организационни – слаба мултидисциплинарна съвместна работа между административни органи (МЗ, НЗОК), браншови и пациентски организации и реално практикуващи хирурзи, анестезиолози, ОПЛ и медицински сестри.

2. SWOT-анализ

Актуалността на проблема за ЕХ налага разработване на SWOT-анализ, който е представен на Таблица 30.

Табл. 30 SWOT-анализ на ЕХ в табличен вид

Силни страни (Strengths)	Слаби страни (Weaknesses)
• **Възстановяване на пациента в домашна среда за по-добро качество на живот и намаляване на психическия стрес, както на него, така и на близките му;** • **Намален риск от ВБИ;** • **Повишена конкурентоспособност на медицинските специалисти от екипа на ЕХ;** • **Повишаване на професионалната и емоционална удовлетвореност на екипа;** • **Повишаване на трудоспособността на екипа и повишаване броя на операциите;** • **Повишаване заплащането на екипа, поради увеличен оборот;** • **Намаляване изтичането на кадри към други държави;** • **Намаляване разходите на лечебните заведения за болничен престой и храна;**	• **Липса на изградени структури за ЕХ;** • **Липса на правила за акредитация на ЕХ;** • **Липса на актуални медицински стандарти за ЕХ;** • **Липса на регулиране на КП за ЕХ;** • **Липса на масови образователни програми както на студентите в университетите, така и като следдипломна квалификация на медицинските специалисти;** • **Липса на обучение на пациентите за ползите и предимствата от ЕХ;**
Благоприятни възможности (Opportunities)	**Заплахи (Threats)**
• **Наличие на богат професионален и клиничен опит на медицинските специалисти;** • **Наличие на действащи медицински стандарти и КП за нозологични единици, които могат да се осъществяват като ЕХ;** • **Наличие на действаща номенклатура и определение за АПр и КПр;** • **Наличие на административен капацитет и контролни органи;** • **Наличие на структури за обучение на медицински специалисти и здравни мениджъри;** • **Наличие на големи болнични лечебни заведения с добра материална база, лесна за преустройство;** • **Наличие на съвременно високотехнологично медицинско оборудване и съвременни лекарства за анестезия и обезболяване, необходими за ЕХ;**	• **Професионална инертност и консерватизъм в бранша;** • **Нежелание от страна на ръководствата на ЛЗ за реформа;** • **Липса на политическа воля за разгръщане на ЕХ;** • **Трудна комуникация между различните административни, финансови и браншови структури в здравеопазването;** • **Масово изтичане на медицински кадри в чужбина;** • **Страх на пациента от автономност в ранен постоперативен период;**

• **Възможности за обмяна на опит между България и други страни членки на ЕС;** • **Свободно пътуване и възможност за работа и специализация на лекари и мед. сестри в други държави от ЕС;** • **Желание и готовност на медицинските специалисти и пациентите за разгръщане на ЕХ;**	

Направеният SWOT-анализ за разгръщане на ЕХ в България показва, че предложената по-горе концепция за масово въвеждане на ЕХ е лесен и бързо осъществим подход за реализиране на ЕХ при наличните административни, финансови, материални и кадрови условия в България.

Тази концепция за разгръщане на ЕХ е приложима, защото разгледаните налични силни страни показват необходимостта от масово въвеждане на ЕХ у нас.

Положителната нагласа на обществото и медицинското съсловие благоприятстват разгръщането на ЕХ в България. Нашите лекари и медицински специалисти са високообразовани, с богат професионален и клиничен опит и са високо ценени и търсени по цял свят. В България днес съществува административна, материална и кадрова готовност на здравната система с минимални промени да се въведе широкодостъпна ЕХ.

Разгледаните слаби страни са лесно преодолими чрез допълнение и изменение на съществуващите вече нормативна база и административен капацитет.

Масовото разгръщане на ЕХ в България може да бъде затруднено както до сега, така и в дългосрочен план поради липса на политическа воля, трудна комуникация между различните административни, финансови и браншови структури в здравеопазването и професионална инертност в бранша.

Изводи

1. Разцветът и широкото приложение на еднодневната хирургия в напредналите страни безспорно доказват необходимостта от развитие на такъв вид хирургична дейност, нейната ефективност и значение за медицината и обществото.
2. Въвеждането на еднодневната хирургия като част от рутинната медицинска практика води до значими здравни, медико-социални и икономически ползи за пациенти, лекари, общество и здравна система.
3. Действащата нормативна база в областта на хирургията, богатият професионален опит на медицинските специалисти и добрата материална база със съвременно техническо оборудване и иновативните медикаменти са предпоставки за разгръщане на еднодневната хирургия в България.
4. Въвеждането на предложената концепция за двустъпков модел на КП за ЕХ може да доведе до оптимизиране на здравната система в България.
5. Преодоляването на регулаторните и организационни проблеми в мениджмънта на еднодневната хирургия в България изисква междусекторен и институционален подход.
6. Клиничното проучване при 3941 пациента, от които 685 лично оперирани, показва, че хирургични интервенции като операции на апендицит, анус и перианално пространство, хернии и лапароскопски холецистектомии могат да бъдат обект на еднодневна хирургия.

Приноси

Приноси с потвърдителен характер

1. Медицинските, социални и икономически ползи от широкото прилагане на еднодневната хирургия потвърждават актуалността на проблема.
2. Потвърждава се значението на нормативната уредба в България за разгръщане на еднодневна хирургия.
3. Потвърждава се, че идентифицираните от СЗО пречки за развитие на ЕХ в голяма част се припокриват с проблемите в мениджмънта на еднодневната хирургия в България.
4. Извършено е мащабно клинично проучване на 3941 пациенти, от които 1099 са с оперативни процедури върху апендикс, 448 са с хирургични интервенции на ануса и перианалното пространство, 889 са с оперативни процедури при хернии или хернии с инкарцерация, 1505 са с конвенционална или лапароскопска холецистектомия. Дисертантът е оперирал лично 685 пациенти.

Приноси с научно-теоретичен и научно-методичен характер

5. Разгърната е съвременна концепция за широко прилагане на еднодневната хирургия в България на базата на съществуващата нормативна уредба и е предложен модел на клинична процедура.
6. Разработеният SWOT-анализ за еднодневната хирургия в България допринася за разгръщане на стратегическия мениджмънт в тази област.

7. Направеното клинично проучване показва, че оперативни процедури върху апендикс, хирургични интервенции на ануса и перианалното пространство, оперативни процедури при хернии или хернии с инкарцерация, лапароскопска холецистектомия могат да бъдат извършвани като еднодневна хирургия.
8. Клиничният опит при 3941 пациенти, подложени на гореописаните хирургични процедури, от които 1695 са планово приети и 2286 са приети по спешност, показва че еднодневната хирургия може да се прилага и при пациенти, приети по спешност.

Приложение № 1

КПр № 182.1 ОПЕРАТИВНИ ПРОЦЕДУРИ ПРИ ХЕРНИИ

при пациенти над 18 години

Болничен престой – до 24 часа. Продължителността на процедурата се определя от клиничното състояние на болния и процедурата може да продължи с КП №182.2

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ЕДНОСТРАННО ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ ПРИ ИНГВИНАЛНА ХЕРНИЯ
*53.01 възстановяване при директна ингвинална херния
Възстановяване на ингвинална херния
Включва: графт, протеза
Не включва: тази при инкарцерирана (обструктивна) (странгулирана) херния
30614-02 Възстановяване на ингвинална херния, едностранно
30609-02 Лапароскопско възстановяване на ингвинална херния, едностранно
*53.02 възстановяване при индиректна ингвинална херния
Възстановяване на ингвинална херния
Включва: графт, протеза
Не включва: тази при инкарцерирана (обструктивна) (странгулирана) херния (30615-00 [997])
30614-02 Възстановяване на ингвинална херния, едностранно
30609-02 Лапароскопско възстановяване на ингвинална херния, едностранно
*53.03 възстановяване при директна ингвинална херния с трансплантат или протеза
Възстановяване на ингвинална херния
Включва: графт, протеза
Не включва: тази при инкарцерирана (обструктивна) (странгулирана) херния (30615-00 [997])
30614-02 Възстановяване на ингвинална херния, едностранно

30609-02 Лапароскопско възстановяване на ингвинална херния, едностранно

*53.04 възстановяване при индиректна ингвинална херния с трансплантат или протеза

Възстановяване на ингвинална херния

Включва: графт, протеза

Не включва: тази при инкарцерирана (обструктивна) (странгулирана) херния (30615-00 [997])

30614-02 Възстановяване на ингвинална херния, едностранно

30609-02 Лапароскопско възстановяване на ингвинална херния, едностранно

ДВУСТРАННО ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ ПРИ ИНГВИНАЛНА ХЕРНИЯ

*53.11 двустранно възстановяване при директна ингвинална херния

Възстановяване на ингвинална херния

Включва: графт, протеза

Не включва: тази при инкарцерирана (обструктивна) (странгулирана) херния (30615-00 [997])

30609-03 Лапароскопско възстановяване на ингвинална херния, двустранно

30614-03 Възстановяване на ингвинална херния, двустранно

*53.12 двустранно възстановяване при индиректна ингвинална херния

Възстановяване на ингвинална херния

Включва: графт, протеза

Не включва: тази при инкарцерирана (обструктивна) (странгулирана) херния (30615-00 [997])

30614-03 Възстановяване на ингвинална херния, двустранно

*53.13 двустранно възстановяване при ингвинална херния, една директна и една индиректна

Възстановяване на ингвинална херния

Включва: графт, протеза

Не включва: тази при инкарцерирана (обструктивна) (странгулирана) херния (30615-00 [997])

30614-03 Възстановяване на ингвинална херния, двустранно

*53.14 двустранно възстановяване при директна ингвинална херния с трансплантат или платно

Възстановяване на ингвинална херния

Включва: графт, протеза

Не включва: тази при инкарцерирана (обструктивна) (странгулирана) херния (30615-00 [997])

30614-03 Възстановяване на ингвинална херния, двустранно

*53.15 двустранно възстановяване при индиректна ингвинална херния с трансплантат или платно

Възстановяване на ингвинална херния

Включва: графт, протеза

Не включва: тази при инкарцерирана (обструктивна) (странгулирана) херния (30615-00 [997])

30614-03 Възстановяване на ингвинална херния, двустранно

*53.16 двустранно възстановяване при ингвинална херния, една директна и една индиректна с трансплантат или протеза

Възстановяване на ингвинална херния

Включва: графт, протеза

Не включва: тази при инкарцерирана (обструктивна) (странгулирана) херния (30615-00 [997])

30614-03 Възстановяване на ингвинална херния, двустранно

ЕДНОСТРАННО ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ ПРИ ФЕМОРАЛНА ХЕРНИЯ
*53.21 едностранно възстановяване на феморална херния с трансплантат или протеза

Възстановяване на феморална херния

Включва: графт, протеза

Не включва: тази при инкарцерирана (обструктивна) (странгулирана) херния (30615-00 [997])

30614-00 Възстановяване на феморална херния, едностранно

*53.29 друга едностранна феморална херниорафия

Възстановяване на феморална херния

Включва: графт, протеза

Не включва: тази при инкарцерирана (обструктивна) (странгулирана) херния (30615-00 [997])

30614-00 Възстановяване на феморална херния, едностранно

ДВУСТРАННО ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ ПРИ ФЕМОРАЛНА ХЕРНИЯ
*53.31 двустранно възстановяване на феморална херния с трансплантат или протеза

Възстановяване на феморална херния

Включва: графт, протеза

Не включва: тази при инкарцерирана (обструктивна) (странгулирана) херния (30615-00 [997])

30614-01 Възстановяване на феморална херния, двустранно

*53.39 друга двустранна феморална херниорафия

Възстановяване на феморална херния

Включва: графт, протеза

Не включва: тази при инкарцерирана (обструктивна) (странгулирана) херния (30615-00 [997])

30614-01 Възстановяване на феморална херния, двустранно

ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ ПРИ УМБИЛИКАЛНА ХЕРНИЯ
Изключва: възстановяване при гастросхизис - 54.71
*53.41 възстановяване на умбиликална херния с протеза

Възстановяване на пъпна, епигастрална или на линеа алба херния

Включва: графт, протеза

Не включва: тази при инкарцерирана (обструктивна) (странгулирана) херния (30615-00 [997])

30617-00 Възстановяване на пъпна херния

Не включва: възстановяване на екзомфалос

*53.49 друга умбиликална херниорафия

Възстановяване на пъпна, епигастрална или на линеа алба херния

Включва: графт, протеза

Не включва: тази при инкарцерирана (обструктивна) (странгулирана) херния (30615-00 [997])

30617-00 Възстановяване на пъпна херния

Не включва: възстановяване на екзомфалос

ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА ДРУГА ХЕРНИЯ НА ПРЕДНАТА КОРЕМНА СТЕНА (БЕЗ ТРАНСПЛАНТАТ ИЛИ ПРОТЕЗА)
*53.51 възстановяване на постоперативна херния след инцизия

Възстановяване на инцизионна херния

Инцизионна херниопластика

Възстановяване на инкарцерирана, обструктивна, странгулирана инцизионна херния

Не включва: възстановяване на околостомна херния

30403-00 Възстановяване на инцизионна херния

*53.59 възстановяване на друга херния на предната коремна стена
Възстановяване при херния: епигастрална, латеро вентрална, хипогастрална, вентрална, шпигелова.

Възстановяване на пъпна, епигастрална или на линеа алба херния

Включва: графт, протеза

Не включва: тази при инкарцерирана (обструктивна) (странгулирана) херния (30615-00 [997])

30617-01 Възстановяване на епигастрална херния

Възстановяване на друга херния на абдоминална стена

Възстановяване на: инкарцерирана, обструктивна, странгулирана или други хернии на коремна стена, • вентрална херния

Включва: с последващо затваряне на екзомфалос или гастросхизис

30403-01 Възстановяване на друга херния на коремна стена

30405-05 Възстановяване на друга херния на коремна стена с резекция на странгулирано черво

Включва: анастомоза

ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА ДРУГА ХЕРНИЯ НА ПРЕДНАТА КОРЕМНА СТЕНА С ТРАНСПЛАНТАТ ИЛИ ПРОТЕЗА
*53.61 възстановяване на херния от инцизия с протеза

Възстановяване на инцизионна херния

Инцизионна херниопластика

Възстановяване на инкарцерирана, обструктивна, странгулирана инцизионна херния

Не включва: възстановяване на околостомна херния

30405-01 Възстановяване на инцизионна херния с протеза

*53.69 възстановяване на друга херния на предната коремна стена с протеза

Възстановяване на инцизионна херния

Инцизионна херниопластика

Възстановяване на инкарцерирана, обструктивна, странгулирана инцизионна херния

Не включва: възстановяване на околостомна херния

30405-01 Възстановяване на инцизионна херния с протеза

Възстановяване на друга херния на абдоминална стена

Възстановяване на:

• инкарцерирана, обструктивна, странгулирана или други хернии на коремна стена

• вентрална херния с последващо затваряне на екзомфалос или гастросхизис *Включва*: 30405-04 Възстановяване на други хернии на коремна стена с протеза

* Код по МКБ

Изискване: Клиничната процедура се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум по една диагностична процедура от три различни групи (рубрики по **МКБ 9 КМ, посочени в Приложение № 24**) една основна оперативна процедура и минимум по една диагностична процедура от три различни блока по АКМП, насочени към основната диагноза.

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика".

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултатът от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

Проведените процедури задължително се отразяват в „История на заболяването" (ИЗ) и оперативен протокол.

I. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПРОЦЕДУРА

Клиничната процедура се изпълнява в клиника/отделение по хирургия или клиника/отделение по еднодневна хирургия минимум I ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт по „Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия".

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

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

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

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по хирургия или Клиника/отделение по еднодневна хирургия
2. Операционен блок/зали
3. Клинична лаборатория
4. Образна диагностика

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

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Меш (платно) за пластика на коремната стена	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Лапароскопски консумативи	НЗОК не заплаща посочените изделия

структурата по хирургия.

ш8р

2. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПРОЦЕДУРА

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

- двама лекари, с придобита медицинска специалност по хирургия;
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

При доказано онкологично заболяване пациентът задължително се насочва към Клинична онкологична комисия или Клинична хематологична комисия (съгласно медицински стандарти „Медицинска онкология“ и „Клинична хематология“), осигурена от лечебното заведение чрез договор. При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната процедура се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ПРОВЕЖДАНЕ НА КЛИНИЧНАТА ПРОЦЕДУРА

Диагностика и лечение на:

1. неусложнена конгенитална ингвинална херния след таксис;
2. феморална херния - нерепонибилна.
3. неусложнена придобита ингвинална херния при възрастни;
4. плъзгаща се херния;
5. херния акрета;
6. феморална неусложнена херния;
7. ингвиноскротална херния;
8. наличие на херния с клинична симптоматика, водеща до промяна в качеството на живот

2. ДИАГНОСТИЧНО- ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

ДИАГНОСТИЧНО-ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА

Задължителни клинични процедури, които се извършват в болничното лечебно заведение: консултация с анестезиолог за оценка на риска и възможност за извършване на хирургичната процедура като ЕХ, консултация с хирург за определяне вида на хернията и пластиката на херниалния дефект и възможност за извършване на хирургичната процедура като ЕХ.

При начални малки индиректни хернии се стеснява дълбокият слабинен отвор. **При индиректни хернии** с големи дефекти се представя цялата задна слабинна стена и след преценка на тъканните ресурси се извършва пластична реконструкция на задната стена с еднослойна или многослойна пластика.

При съпътстваща ретенция или малпозиция на тестиса, на същия оперативен етап се извършва оперативен десцензус на тестиса и орхидопексия. При деца от най-ранна възраст това може да се извърши и без отваряне предната стена на ингвиналния канал – след херниотомията се стеснява само външният му отвор.

При директни хернии пластиката на задната стена трябва да се извършва без напрежение на шевовете, като се предпочитат еднослойни или дублициращи пластики, съчетани при преценка с релаксиращи инцизии.

Пластика с използване на мрежи от изкуствени материали може да се приложи при големи рецидивни, плъзгащи се и комбинирани хернии със некачествени фасциални слоеве. Същото важи и при двустранни слабинни хернии.

При постоперативните хернии оперативната интервенция включва откриване на дефекта и обработка на херниалния сак и пластично закриване на дефекта чрез послойно възстановяване на перитонеум мускули и фасциални структури. При обширни дефекти и недобре оформени фасциални структури пластиката е препоръчително да се извърши и с

поставяне на изкуствени платна - протези.

При умбиликалните и епигастралните хернии пластиката най-често включва изграждане на дубликатура от апоневротичните сегменти или при много малки херниални дефекти просто надшиване на дефекта. При големи дефекти уместно е използването на протезни платна.

При Шпигелови хернии когато дефектът е малък се извършва пластика с просто надшиване, а при по-големи дефекти, разположени в мускулните групи, използването на протезни платна е препоръчително.

При тазовите хернии възстановяването на дефекта след репониране на херниалното съдържимо обикновено е необходимо и се предпочита да бъде направено с използване на протезно платно, освен ако не са налице данни за септично състояние.

Оперативните интервенции при херниите на предната коремна стена както и при диафрагмалните хернии могат да бъдат извършени и по лапароскопски метод, при наличие на пълно оборудване за това и добре трениран екип в лапароскопските операции.

При необходимост, се прилагат локални хемостатици.

Медикаментозно лечение в пред- и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

Здравни грижи

ПРИ ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПРОЦЕДУРА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

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

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

Окончателната диагноза се поставя постоперативно.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- възстановен чревен пасаж;
- добре адаптиран оперативен разрез;
- овладян болков синдром;
- липса на възпалителни прояви.

Довършване на лечебния процес и проследяване

След приключване на клиничната процедура и изписване на пациента до 24-тия час от извършването й, пациентът има право на непрекъснат физически или по телефон достъп до специалист от лечебното заведение, извършило процедурата. При наличие на усложнения, възникнали по време на извършване на клиничната процедура или до 24 часа след извършването й, КПр 181.1 може да премине в КП 181.2 и пациентът да бъде хоспитализиран в клиника/отделение по хирургия на лечебното заведение. В цената на клиничната процедура влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален

дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в клиниката/отделението по хирургия или клиника/отделение по еднодневна хирургия на лечебното заведение.

При диагноза включена в Наредбата за диспансеризация, пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредбата.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПРОЦЕДУРА

1. ОТЧИТАНЕТО на проведените клинични процедури се извършва с „Медицинско направление за клинични процедури/амбулаторни процедури" (бл. МЗ – НЗОК №8) и електронен отчет в определен от НЗОК формат.

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "**Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия**". В ИЗ се вписват клинико-лабораторните изследвания и изследвания от образна диагностика ако пациента има такива, направени предоперативно. При необходимост се назначават нови изследвания.

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "**Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия**").

3.2. Документиране на ранен постоперативен период в "История на заболяването" (ИЗ).

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

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

5. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ №2 И ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯТ КЪМ ЛИСТ "ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО".

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (родителя/настойника/Попечителя)

Какво представлява хернията?

Хернията представлява преминаване на коремни органи или части от тях (тънко черво, дебело черво, було, стомах), обвити в херниален сак, през дефекти (отвори) на коремната стена навън или в други кухини. Херниите биват ингвинални, феморални, на предната коремна стена, диафрагмални. От херния боледуват хора във всяка възраст, повечето мъже, най-често между 40 и 65 години. Хернията е описана като заболяване още в древния Вавилон през 1700 г.пр.н.е. и е лекувана чрез репониране. След XIX век широко се използва оперативното лечение чрез собствена тъкан, а от 1949 година – и чрез синтетична протеза. Лечение на неусложнените хернии са едни от най-честите операции на плановата еднодневна хирургия.

Какви усложнения могат да настъпят от това?

Най-често може да настъпи заклещване на хернията. То не може да бъде предвидено със сигурност. Условия за получаване на това усложнение са тесен херниален отвор, прираснало херниално съдържимо, напредналата възраст. Това усложнение е придружено с остра болка в областта, невъзможност за прибиране на хернията, подуване на корема, спиране на отделянето на газове и изпражнения. При ненавременно лечение заклещването може да доведе до пробив в стената на черво или друг кух орган и развитие на разпространено възпаление на коремницата – перитонит. Това състояние е пряко застрашаващо Вашия живот и налага спешно оперативно лечение.

Всичко това ни дава основание да Ви препоръчаме оперативно лечение преди настъпването на такива усложнения.

Операцията е препоръчителна веднага след поставянето на диагнозата или в кратък срок след това, ако е необходима предоперативна подготовка.

Неоперативни методи за лечението на херниите не съществуват в съвременната медицина и не се препоръчват.

Носенето на бандаж не е препоръчително, тъй като не лекува хернията, предизвиква дразнене на кожата и сраствания между пластовете на коремната стена, които утежняват операцията.

Рисковете за Вас при планова оперативна интервенция са минимални, докато при развили се вече усложнения те нарастват.

Какво Ви предстои след приемане в отделението по еднодневна хирургия за извършване на клиничната процедура?

Лекуващият лекар ще Ви прегледа и ще назначи изследвания, които до този момент не са направени и са належащи за предстоящата операция. Могат да Ви бъдат проведени кръвни изследвания, ЕКГ, рентгенови изследвания, ендоскопски изследвания и други. За тях ще бъде взето Вашето съгласие допълнително.

Ако е необходимо, лекуващият лекар ще назначи медикаментозно лечение с оглед подготовката Ви за операция. Той ще обсъди с Вас намеренията на екипа за методите на предстоящата операция. След като бъдете запознати с тях, ще Ви бъде поискано писмено съгласие за оперативното лечение.

Оперативното лечение ще бъде проведено под обща или локална анестезия, за което изрично ще бъдете уведомен и ще бъде поискано Вашето съгласие.

При операция за херния може да се използва изкуствена материя (мрежи/платно) за укрепване на херниалния дефект. Тази техника не е задължителна, но е целесъобразна при големи дефекти и при рецидивни хернии.

Херниотомията може да се извърши и по лапароскопски път, по желание на пациента. Операцията е целесъобразна при начална херния.

Платното или консумативите, необходими за лапароскопско провеждане на клиничната процедура не се заплащат от НЗОК и е необходимо Вие да ги заплатите лично или чрез допълнително доброволно здравно осигуряване.

Престоят Ви в отделението по еднодневна хирургия ще бъде до 24 часа,през което време от Вас ще се изисква активно да съдействате в лечебния процес.Ако в края на този престой нямате уложнения, силна болка, възпаление или други сериозни оплаквания ще бъдете изписан. В следващите 72 часа ще имате възможност за непрекъснат достъп до отделението по еднодневна хирургия по телефон или ако се наложи на място. Ако по време на операцията или до 24-тия час настъпи усложнение ще бъдете приведен в подходящо отделение за лечение на усложненията.

Световната хирургична практика в развитите страни показва, че оперативните намеси при херния са изключително подходящи за провеждането им като еднодневна хирургия. Основно предимство на еднодневната хирургия е силно намаления риск от вътреболнични инфекции и възможността да се възстановявате в домашни условия сред близките си.

Извършена от опитен хирург операцията води до пълно възстановяване на работоспособността в рамките на един месец, а при физическите работници - до три месеца. Сексуалният живот не би трябвало да е нарушен. При наличие на допълнителни рискови обстоятелства, които повишават възможността за поява на рецидив, хирургът ще Ви даде допълнителни указания.

Ако решите да прекратите лечебния процес, можете да направите това по всяко време, без да се налага да давате обяснения. В такъв случаи обаче, е необходимо да изразите това си намерение писмено в медицинската документация, като с това сваляте отговорността на лекуващия Ви екип за по-нататъшното Ви здравословно състояние.

При изписването Ви лекуващият екип ще издаде заключителна епикриза, която обхваща всички диагностични и лечебни процедури през време на престоя Ви, както и мнение за последващия хигиенно-диетичен режим и медикаментозно лечение при необходимост.

Информация за Вашето състояние ще бъде давана само на Ваши близки и роднини по пряка линия, освен ако Вие изрично не пожелаете друго.

Благодарим Ви за внимателното прочитане на тези информация.

Библиография

1. Александров Г., Евгени Белоконски, Н. Величков, Р. Михов, С. Джеджев, Д. Димитров, М.Табаков, „Аноректални абсцеси – еднодневна хирургия в условията на спешност”, Медицина и Фармация, 2009, бр. 1 (41), стр. 31-32

2. Баев Ст., Хирургия, Първо издание том 3, Знание ЕООД, 2000 г.

3. Байчев Г., В. Василев, И. Инков, Н. Кючуков, Заболявания на гърдата при мъже, София, Знание ЕООД, 2014

4. Байчев Г., Доброкачествени заболявания на млечната жлеза, София, Знание ЕООД, 2003

5. Бенишева-Димитрова Т., Д. Сиджимова, Законодателни промени в България от Юни 2015 г. относно оценка на здравни технологии, Шеста Национална конференция за редки болести и лекарства, 11-12 септември 2015 г., Конгресен център на Новотел – Пловдив, под патронажа на Комисия по Здравеопазване към 43-то Народно събрание

6. Борисов В., Здравен мениджмънт – Азбука на здравния мениджмънт, С. 2005

7. Борисов В., Стратегически здравен мениджмънт между икономиката и етиката, Здравен мениджмънт, 2006

8. Борисов В., Управленска култура и стратегически стил на мислене в здравеопазването, Медицински меридиани, списание за стратегически и здравен мениджмънт, 2010 - брой 1, с 56

9. Борисов, В., Здравната реформа на кръстопът - хаос или мениджмънт, 2008

10. Борисов, В., Новата наука здравна глобалистика. Епоха на плурализъм и интегритет на националните здравни системи, 20 Юли 2010, рубрика в онлайн издание http://www.zdraveonline.com/
11. Борисов, В., Стратегически здравен мениджмънт - философия и практика, 2006р
12. Борисов, В., Ц. Воденичаров, К. Юрукова, С. Попова, Социална Медицина, София, 2006
13. Воденичаров Ц., Десетте принципа на медика и мениджъра, Симелпрес, С., 2010
14. Воденичаров Ц., Медицински и мениджърски професионализъм - потребност от академична и експертна подкрепа в контекста на организационната промяна в здравеопазването, Здравна политика и мениджмънт, 2011
15. Воденичаров Ц., Модерното здравеопазване трябва да е основано на конкуренцията и правото на избор ; Интервю, Издание 30/2012 b2bmagazine
16. Воденичаров Ц., Неизказаното за здравната реформа: Нека дебатът да започне, Сборник Статии, Деветата национална конференция с международно участие по етика на тема: "Европейските етични стандарти и българската медицина", проведена на 25-26 октомври 2013 г., Издател Български лекарски съюз, 14с
17. Воденичаров Ц., С. Попова, Медицинска етика, София, 2006
18. Воденичаров Ц., Седемте разлики между медика и мениджъра, София 2003;
19. Воденичаров, Ц. Етика на здравната политика. - В: Етиката в българското здравеопазване, 2007, 9-14.

20. Воденичаров, Ц. Етика на здравната политика. - В: Етиката в българското здравеопазване, 2007, 9-14.
21. Воденичаров, Ц., В. Борисов, С.Гладилов, К. Чамов, Д. Кръшков, Модел на ефективно развитие на българското здравеопазване, Здравен мениджмънт, 2005
22. Воденичаров, Ц., В. Борисов, С.Гладилов, К. Чамов, Д. Кръшков, Модел на ефективно развитие на българското здравеопазване, Здравен мениджмънт, 2005
23. Воденичаров, Ц., С. Попова, М. Мутафова, Е. Шипковенска, Социална медицина, ГорексПрес, София, 2013
24. Гайдарски Р., Здравето на хората – национален приоритет, Проблеми на реформата и системата на здравеопазването, изд. на Съюза на учените в България, София, 2006, с 19-23
25. Георгиев М., Старобългарска медицина, изд. БАН, София, 2015
26. Гладилов, С., Е. Делчева, Икономика на здравеопазването, Принцепс, София, 2009
27. Гладилов, Ст., Ж. Павлова, А.Чешмеджиева, Ц. Петрова, Икономика на здравеопазването, Ръководство за практически упражнения, Принцепс, 2004
28. Градинаров Б., Лекарският дълг и комерсиализацията на здравеопазването - между пазара и морала, Сборник Статии, Деветата национална конференция с международно участие по етика на тема: "Европейските етични стандарти и българската медицина", проведена на 25-26 октомври 2013 г., Издател Български лекарски съюз, 104с
29. Григоров Н., Наръчник по абдоминална ехография – клинични аспекти, ЕТ “BJS” Джоана Сталева, София, 2002, с. 1-185

30. Дамянов Д., Здравето на хората – национален приоритет, изд. на Съюза на учените в България, София, 2006, с 97-113
31. Дамянов Д., „Еднодневна хирургия”, Ръководство по хирургия с атлас, 23 том, Академично издателство „Проф. Марин Дринов” 2013
32. Дамянов Д, Ц. Спиридонова, Еднодневна хирургия – състояние на проблемите в България. Сборник доклади от XII конгрес по хирургия, 2006, с 524-529.
33. Дамянов Д., В. Влахов, Болнична лекарствена политика, Медарт 1998
34. Дамянов Д., Еднодневна хирургия, СУБ-Медарт 2003 г.
35. Даскалов В. В., Оперативно лечение на хемороидалната болест под доплеров контрол, Автореферат на дисертационен труд за присъждане на образователна и научна степен „Доктор”, София, 2013 г.
36. Добрев Я., Специална хирургия 1967, М.Ф.
37. Дудева Б., Етични измерения на езиковата комуникация в медицината и здравеопазването и Европейска кампания за разбираем език, Сборник Статии, Девета национална конференция с международно участие по етика на тема: "Европейските етични стандарти и българската медицина", проведена на 25-26 октомври 2013 г., Издател Български лекарски съюз, 283с
38. Еленкова Л. „Правно регулиране в здравеопазването“, София, 2008
39. Закон за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2017 г., Обн, ДВ, бр.98 от 9.12.2016г., в сила от 01.01.2017 г.
40. Закон за здравето Обн., ДВ, бр. 70 от 10.08.2004 г., в сила от 1.01.2005 г. , изм. и доп., бр. 27 от 5.04.2016 г
41. Закон за здравното осигуряване Обн., ДВ, бр. 70 от 19.06.1998 г., изм., бр. 98 от 9.12.2016 г., в сила от 1.01.2017 г.

42. Закон за лечебните заведения Обн., ДВ, бр. 62 от 9.07.1999 г., изм. и доп., бр. 98 от 9.12.2016 г.

43. Златанова Р., Т. Златанова, Проучване на мнението на общопрактикуващите лекари за реформата в първичната извънболнична медицинска помощ, Обща медицина, С. 1. 2006, с. 21 – 24

44. Златанова Т., Р. Златанова, Ст. Великов, Мениджмънт на капацитета и разходите за пациента в болницата, Здравен мениджмънт, том 7, 2007, №7, с. 44 - 48

45. Иванов Л., Г. Иванов, Д. Димитрова, Л. Киров, Н. Иванова, Зл. Петрова, И. Бъкарев, Й. Вълчева, Р. Петков, С. Петрова, М. Вуков, Н. Василевски, Бяла книга за здравеопазване основано на стойности, 2012

46. Калинкова Ж., Здравето на хората - национален приоритет, Болничното здравеопазване – проблеми на незавършената реформа и възможни стратегии, изд. на Съюза на учените в България, София, 2006, с 78-95

47. Колев Н., Здравето на хората – национален приоритет, Достъпност и качество на здравната помощ, оказвана от мрежата на общопрактикуващите лекари, изд. на Съюза на учените в България, София, 2006, с 54-69

48. Кръстева, Н., Ще изследваме до 3000 допинг проби годишно, BGathletics.com, 23.10.2013

49. Кузин М. Н., Раны и ранева инфекция, Москва, „Медицина” 1981 г.

50. Маркова К., Е. Воденичаров, Нерешени етични проблеми на балансирането на разходи, ползи и достъп в здравеопазването, Сборник Статии, Деветата национална конференция с международно участие по етика на тема: "Европейските етични стандарти и българската медицина", проведена на 25-26 октомври 2013 г., Издател Български лекарски съюз, с 109

51. Медникаров Е., Здравето на хората – национален приоритет, Университетските болници – състояние и перспективи, изд. на Съюза на учените в България, София, 2006, с 69-78

52. Министерство на здравеопазването, Национален рамков договор за медицинските дейности между Националната здравноосигурителна каса и Българския лекарски съюз за 2017 г., http://www.mh.government.bg/media/filer_public/2017/03/21/nrd-2017.pdf

53. Наредба № 10/04.03.2010 за утвърждаване на Медицински стандарт „Анестезия и интензивно лечение", Министерство на здравеопазването, Държавен вестник, бр. 64, август 2010, стр. 1-28

54. Наредба № 10 от 4.11.2016 г. за утвърждаване на медицински стандарт "Ушно-носно-гърлени болести", Издадена от министъра здравеопазването, обн., ДВ, бр. 94 от 25.11.2016

55. Наредба №2 от 25.03.2016 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса.

56. Наредба № 3 от 27.01.2015 г. за утвърждаване на общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия (Загл. изм. – ДВ, бр. 72 от 2015 г., в сила от 1.01.2016 г.) Издадена от министъра на здравеопазването, обн., ДВ, бр. 11 от 10.02.2015 г., изм., бр. 72 от 18.09.2015 г., в сила от 1.01.2016 г.

57. Наредба № 3 от 8.05.2013 г. за утвърждаването на медицински стандарт по превенция и контрол на вътреболничните инфекции, Издадена от министъра на здравеопазването, обн., ДВ, бр. 43 от 14.05.2013 г., в сила от 11.05.2013 г.

58. Наредба № 36 от 6.08.2010 г. за утвърждаване на медицински стандарт "Очни болести", Издадена от министъра на здравеопазването, обн., ДВ, бр. 66 от 24.08.2010 г., изм., бр. 32 от 8.04.2014 г., в сила от 1.01.2014 г

59. Наредба № 37 от 20.08.2010 г. за утвърждаване на медицински стандарт "Неврохирургия", Издадена от министъра на здравеопазването, Обн., ДВ, бр. 67 от 27.08.2010 г., изм. и доп., бр. 92 от 23.11.2010 г., бр. 32 от 8.04.2014 г., в сила от 1.01.2014 г.

60. Наредба № 4 от 10.12.2013 г. за утвърждаване на медицински стандарт "Урология" Издадена от министъра на здравеопазването, обн., ДВ, бр. 2 от 7.01.2014 г

61. Наредба № 5 от 3.11.2016 г. За утвърждаване на медицински стандарт "Гръдна хирургия" Издадена от министъра на здравеопазването, Обн., ДВ, бр. 90 от 15.11.2016 г

62. Наредба № 6 от 24.08.2015 г. За утвърждаване на медицински стандарт "Пластично-възстановителна и естетична хирургия", Издадена от министъра на здравеопазването, обн., ДВ, бр. 72 от 18.09.2015 г., в сила от 1.01.2016 г.

63. Наредба № 9 от 4.11.2016 г. За утвърждаване на медицински стандарт "Ортопедия и травматология", Издадена от министъра на здравеопазването, Обн., ДВ, бр. 94 от 25.11.2016 г.

64. Национален Статистически институт „Здравеопазване”, 1999 г.

65. Национална Здравна стратегия (2014-2020) Министерство на здравеопазването на Република България, София 2013

66. Националната Здравна стратегия 2008 - 2013 година, д.в., бр 107, 16 декември 2008 г.

67. Овчаров В., Здравето на хората – национален приоритет, Медицинското образование – условие за високо качество на здравната дейност, изд. на Съюза на учените в България, София, 2006, с 32-38

68. Петков В., Н. Попов, Т. Златанова, Световното население: актуални проблеми и тенденции за следващите десетилетия, Социална Медицина, 3, С., 2005, с 4-7

69. Петков В., Р. Златанова, Т. Златанова, Стратегии за промоция правата на пациента, Здравен мениджмънт, С., 7, 2007, №1, 45-50

70. Петрова Зл., Здравна политика и практика. Ръководства за добра медицинска практика, основана на доказателства – предизвикана необходимост – Част Втора - Оценка и контрол на придържането към медицински стандарти, основани на доказателства, Българско списание за обществено здраве, 2015, Том 7, кн 1 , издание на Националния център по обществено здраве и анализи

71. Петрова Зл., К. Чамов, Ст. Гладилов, Качеството в здравеопазването - съвременни изменения и тенденции. Health media group С., 2008, с 213

72. Петрова Зл., Ключовата дума е партньорство, Министерство на здравеопазването, ИА "Медицински Одит", Информационен бюлетин http://www.eama.bg/index.php/bg/vazhno/novini/148-klyuchovata-duma-e-partnyoorstvo

73. Петрова Зл., Медицинският одит – между традицията и иновацията, Медицински меридиани, списание за стратегически и здравен мениджмънт, 2010 - брой 1, с 7

74. Петрова Зл., П. Загорчев, Роля на етичните комисии и професионално-съсловните организации при доказването на лекарска грешка, баланс и защита на правата на пациента и лекаря, Сборник Статии, Деветата

национална конференция с международно участие по етика на тема: "Европейските етични стандарти и българската медицина", проведена на 25-26 октомври 2013 г., Издател Български лекарски съюз, с 59

75. Попова С., Личност и здраве. София, 1993 г.

76. Попова С., Етичен стил на мислене в клиничния мениджмънт, Медицински меридиани, списание за стратегически и здравен мениджмънт, 2010 - брой 1, с 51

77. Попова С., Социалноетични измерения на здравния мениджмънт, 2004, София.

78. Сотирова, Д. Етика и култура в организационното поведение, С, 2003.

79. Спиридонов С., Здравето на хората – национален приоритет, „Step by Step" или български крачки в здравеопазването?, изд. на Съюза на учените в България, София, 2006, с 95-97

80. Спиридонов С., Здравето на хората – национален приоритет, Една идея за финансов мениджмънт на лечебни заведения на база на разходен бюджет, изд. на Съюза на учените в България, София, 2006, с 113

81. Спиридонов С, Ц. Спиридонова, Д. Дамянов, В. Станев, Д. Владимиров, Ц. Цоков, Еднодневна хирургия. Сборник доклади от XII конгрес по хирургия, 2006, с 543-546.

82. Спиридонова Ц. Ст., Организация, алгоритъм, специфика и принципи на хирургичната дейност в еднодневната хирургия, Дисертационен труд за присъждане на образователна и научна степен „доктор", София 2015

83. 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, с 535-538.

84. Тодоров Г., Стратегия за развитие на Българското Хирургическо Дружество, 2016-2018, с 1-9
85. Томов Л., Продължителен стрес и здравно състояние. Издателство „Медицина и физкултура”, С., 1988
86. Трендафилова П., Прилагането на маркетингови инструменти при управление на болниците – условие за качествено здравно обслужване. Контакт 2008, С., 2008)
87. Чамов К. Здравнополитическите анализи - основа за разработка на съвременна здравна политика. Здравна политика и мениджмънт, 2010, 10, №1
88. Чамов К. Здравнополитическите анализи: технология за оценка на здравното въздействие, 2007, Сп. Здравен мениджмънт, с 33-44
89. Чамов, К., А. Кехайов. Технология за избор на приоритети в здравеопазването. – Здравен мениджмънт, 2006, 6, с 51-56.
90. Черкезов Т., Етични проблеми в медицинското обслужване при пациенти в напреднала възраст, Сборник Статии, Деветата национална конференция с международно участие по етика на тема: "Европейските етични стандарти и българската медицина", проведена на 25-26 октомври 2013 г., Издател Български лекарски съюз, с 440
91. Шипковенска Е., Съвременни модели и концепции за промоция на Здраве и Профилактика на болестите
92. Шипковенска Е., Л. Георфиева, Г. Генов, Пл. Димитров, Й. Борисова, Приложна епидемиология и медицина базирана на доказателства, София, 2002, изд. „Делфи”
93. Agency for Healthcare Research and Quality. HCUP Surgery Flag Software. Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP). Rockville, MD: Agency for

Healthcare Research and Quality. Updated May 2013. https://www.hcup-us.ahrq.gov/

94. American Hospital Association. Utilization and Volume. In: Trends Affecting Hospitals and Health Systems. Updated for 2016; chapter 3. www.aha.org/research/reports/tw/chartbook/ch3.shtml. Accessed November 21, 2016

95. Anaesthesia 2011, 66, pages 417-434, Journal of the Association of Anaesthetists of Great Britain

96. Andrew Jones, Sally Baxter, Robin Wiggs, Emergency General Surgery Review, Review of the Evidence for the Case for Change Surgical Service Plan for North Wales, Board Memebership 2014 p. 1-40

97. Andy Mitchell, Medical Director, NHS London, London Health Programmes Adult Emergency Services: Acute Medicine and Emergency General Surgery sept. 2011

98. Aranaz J.M. (Dir). « National Study on Hospitalisation-Related Adverse Events.ENEAS 2005. Spanish National Health System Quality Agency, Ministry of Health and Consumer Affairs. February 2006 report.

99. Audit Commision, A short Case in England and Wales HMSO London 1990

100. Audit Commission (1990). A short cut to better services. Day surgery in England and Wales. London: HMSO.

101. Aylin P, Williams S, Jarman B and Bottle A (2005). Trends in day surgery rates. BMJ 331: 803.

102. Babson JH (1972). Disease costing. Manchester: University of Manchester Press.

103. Beamonts Preoperative Assessment for Day Case Surgery, A patient Centred Service, British Journal of Theatre Nurses 1997

104. Calland JF, Tanaka K, Foley E et al. (2001). Outpatient laparoscopic cholecystectomy: patient outcomes after implementation of a clinical pathway. Ann Surg 233(5): 704–715.

105. Carachi, British Association of Day Surgery, History of Day Surgery Glasgow ASM 2001

106. Castoro C., Bertinato L., Baccaglini U., Drace C.A., McKee M., with the collaboration of IAAS Executive Committee Members. «Day Surgery: Making it happen». World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. 2007, http://www.iaas-med.com/files/historical/day_surgery_making_it_happen.pdf

107. Claudia A. Steiner, M.D., M.P.H., Zeynal Karaca, Ph.D., Brian J. Moore, Ph.D., Melina C. Imshaug, M.P.H., and Gary Pickens, Ph.D., Surgeries in Hospital-Based Ambulatory: Surgery and Hospital Inpatient Settings, 2014, https://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb223-Ambulatory-Inpatient-Surgeries-2014.pdf

108. Commission for Healthcare Audit and Inspection. «Day surgery». July 2005.

109. Connolly Vincent All in a day's work: The drive for better ambulatory care may 2014

110. David Bennett, John Tisdale, Commission Guide: Groin Hernia, British Hernia Society Association of Surgeons of The Great Britain and Ireland Nov. 2012 p. 1-18

111. David Jones, Report of the Children's Forum, Children's Surgical Forum, Surgery for Children, The Royal College of Surgeons of England July 2007 p. 1-68

112. Day Surgery Facilities, Accommodation for Day Care, department of Health, department of Health Libraries, House of Common, Strategic Health

Autorities, UK, Health Department, Publish by TSO PO box 29 Norwich NR3 1 GN May 2007, p. 1-74

113. Day Surgery - Making it Happen. Value for Money Unit, HMSO, London, 1991

114. Decker B.C., Dr. Volker Schumpelick ," Atlas of Hernia Surgery"

115. Department of Health (2000). The NHS plan. London: HMSO.

116. Department of Health. «Day surgery: Operational guide». August 2002. Dept. of Health publications. London, 2002

117. Dr. D.K. Wasowicz- Kemps,Thesis, Trends in Day Surgery in Netherlands University of Utrecht 2011

118. European Foundation for Quality Management Excellence (2003). Introducing excellence. Brussels: European Foundation for Quality Management Excellence.

119. Fan YP, Boldy D and Bowen D (1997). Comparing patient satisfaction, outcomes and costs between cataract day surgery and inpatient surgery for elderly people. Aust Health Rev 20(4): 27–39.

120. FASA. «America Leads the Way in Outpatient Procedures»: http://www.ascassociation.org/docs/americaleadstheway.pdf

121. Gary C. Vitale, Joseph S. Sanfilippo, Jaques Perissat, Laparoscopic Surgery, An Atlas for General Surgeons, J. B. Lippincott Company 227 East Washington Square, Philadelphia, USA, 1995 p.1-260

122. Gary C. Vitale, Joseph S. Sanfilippo. Jacques Perissat, "Laparoscopic Surgery An Atlas for General Surgeons"

123. General Medical Council, „ Good Medical Practice" Nov. 2006

124. Green David, Pre-assessment of the Day Surgery Patient, British Journal of Theatre Nursing, Volume 7, 1995

125. Guidelines for Day Surgery, Royal College of Surgery 2007

126. Guidelines, Consensus Document R. Verna, R. Alladi, J. Jackson, I. Johnston, C. Kumar. R. Paga, I.Smith. M.Stocker, C. Tickner, S. Williams, R. Young British Association of Day Surgery "Day case and Sort Stay Surgery" May 2011

127. Health building note 52: Accommodation for day care. Day surgery unit. Supplement 1. Review of schedules of accommodation. HMSO Books, London, 1996.

128. Healthcare Commission (2005). Acute hospital portfolio reviews: day surgery. London: Healthcare Commission.

129. Hong Kong Apr. 2009, Recommendation for the Perioperative Care of Patient selection of Day Care Surgery, College of Anaestesilogist, Oct. 2012 p.1-7

130. IAAS.Survey 2005.Spain (Andalusia,Castilla-La Mancha, Aragon, Cantabria, Catalonia, Navarre and Basque Country).

131. Jarrett PEM and Staniszewski A (2006). The development of ambulatory surgery and future challenges. In: Lemos P, Jarrett PEM, Philip B (eds). Day surgery – development and practice. London: International Association for Ambulatory Surgery: 89–124.

132. Jimenez A.,Artigas C.,Elia M.,Casamayor C.,Gracia J.A.,Martínez M.«Cancellations in ambulatory day surgery: Ten years' observational study». J. of Ambulatory Surgery 2006.

133. Joint Commission. «Standards for ambulatory surgical centers». 2007.

134. Junji Manchi, Bernard Sigel, Ultrasound for Surgeons, IGAKU-SHOIN Medical Publishers, Inc., One Madison Avenue, New York, Tokyo, 1996 p. 1-368

135. Kao JT, Giangarra CE and Singer G (1995). A comparison of outpatient and inpatient cruciate ligament reconstruction surgery. Arthroscopy 11: 151–156.

136. Khailash Bhatia Day case Surgery and Anaesthesia Chapter 25-28 Royal College of Anaesthesia April 2012 p.1-42

137. Khasbab The Role of ERCP in Benign diseases of the Biliary Tract. Standarts of Practice Committee, American Society of Gastrointestinal Endoscopy, Medical Advisory Board of Boston Scientific Gastroenterology Endoscopy Volume 1, 2015 p.1-9

138. Kristina Mattila, Day Surgery in Finland Randomized and cross-Sectional Studies on Treatment, Quality and Outcome, Academic dissertation, Medical faculty of the University of Helsinki 2010

139. Lau H and Brooks DC (2001). Predictive factors for unanticipated admissions after ambulatory laparoscopic cholecystectomy. Arch Surg 136(10): 1150–1153.

140. Lawrence B.Cohen, Paul M. Basuk, Jerom D. Waye, Practical Sigmoidoscopy IGAKU-SHOIN Medical Publishers, Inc One Madison Avenue, New York, 1995 p. 1-177

141. Lindsay Pearce, Anbareen Kansar, Robert J. Watson NHS Trust Prioritisation of Emergency General Surgery: Inpatient, Outpatient or Day-case 2012

142. McHugh GA and Thoms GM (2002). The management of pain following day-case surgery. Anaesthesia 57(3): 270–275.

143. Ministry of Health and Consumer Affairs, Reports, studies and research 2008, Day Surgery Unit Guide: Standards and Recomendations, http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/guiaCMA_eng.pdf

144. Mitchel M., Patients' Perceptions of Preoperative Preparation for Day Surgery. Advance Journal of Nursing 26, 356-363, 1997

145. Nandana Sheltty, Darshinder Sethi, Pediatric Anaesthesia for Day Surgery, Anaesthesia Tutorial of the Week, Darent Valley, Kent UK, Nov. 2010

146. Neasham J., Nurse Led Pre-assessment Clinic, British Journal of Theatre Nursing, Volume 6-8, 1996

147. NHS Estates. Health Building Note 52, Vol 1. «Accommodation for day care. Day surgery unit». HMSO Books, London, 1993.

148. NHS. Health episode statistics online. 2005 – 2006: www.hesonline.nhs.uk/Ease/servlet/ContentServer?siteID=1937&categoryID=204

149. NHS. Healthcare Commission. «Acute hospital portfolio review. Day surgery». July 2005.

150. Nicolas Gilliard, Yves Eggli, Patricia Halfon, A Methodology to Estimate the potential to Move inpatient to One Day Surgery, British Medical Journal Health Service Research, University of Lousanne, Switzerland, June 2006

151. Nicoll JM (1909). The surgery of infancy. BMJ ii: 753–756. NHS Modernisation Agency (2004). The 10 high impact changes for service improvement and delivery. London: Department of Health Publications.

152. Paulo Lemos, Paul Jarrett, Beverly Philip, Day Surgery: Development and Practice, International Association for Ambulatory Surgery, Lincoln's Association Inn Fields London WC 2A 3 PN UK London April 2006

153. Perioperative Nursing Documentation Denver AORN inc. 1990

154. Philip Ragg, Sarah Greets; Criteria for Patients Discharge The Royal Children's Hospital Melbourne Division of Surgery, Head of Department Day of Surgery Center July 2009

155. Pineault R, Constandriopoulous AP and Valois M (1985). Randomised clinical trial of one-day surgery: patient satisfaction, clinical outcomes and costs. Med Care 23: 171–182.

156. Randall Sach, Hugh Bartholoeusz, Day Surgery in Australia-Report and recommendation of the Australian Day Surgery Council, Royal Australian College of Surgeons, Cental Committee Members, Revised Edition 2004 p.1-58

157. Reid J. H. Meeting the Information Needs of Patients in a Day Surgery Setting- An Exploratory Study British Journal of Theatre Nursing, Volume 7, 1997

158. Rockwell E (1982). Out-patient repair of inguinal hernia. Am J Surg 143: 559–560.

159. Royal College of Anaesthetists. Jackson I (Ed.) «Day surgery services».

160. Royal College of Surgeons of England (1992). Guidelines for day case surgery. London: Royal College of Surgeons of England. Schraag J (2005). The nuts and bolts of ASC management. Today's Surgicenter 4: 16–22.

161. Seabrook MA, Lawson M, Woodfield S et al. (1998). Undergraduate teaching in a day surgery unit: a 2-year evaluation. Med Ed 32: 298–303.

162. Shinju Arata, Tadahiro Takada Post-ERCP pancreatitis, Journal of Hepato-biliary and Pancreatic Sciences, p.1-9

163. Stephen Deane, Teresa Anderson, Donald Maclellan, Emergency Surgery Review Guidelines, Surgical Services Taskforce, NHS Health and the Surgical Services Taskforce, New South Wales, Australia June 2009 p. 1-50

164. Swapna Sharma, Martin Watson, Obesity and Day Case Anaesthesia, Anaesthesia Tutorial of the Week, Croshuse Hospital, Kilmarnock UK Oct. 2010,

165. The House of Common, National Adult Office, Department of Health Emergency Admission to Hospital: Making the Demand oct. 2013

166. Toftgaard C and Parmentier G (2006). International terminology in ambulatory surgery and its worldwide practice. In: Lemos P, Jarrett PEM, Philip B (eds). Day surgery – development and practice. London: International Association for Ambulatory Surgery: 35–60.

167. Toftgaard C. «World Wide Day Surgery Activity 2003». The IAAS Survey on Ambulatory Surgery.

168. U.S. Department of Health & Human Services. Centers for Medical & Medicaid Services. «Certification & Compliance. Ambulatory Surgery Centers». http:// www.cms.hhs.gov/ CertificationandComplianc/02_ASCs.asp

169. U.S. Department of Health & Human Services. Centers for Medical & Medicaid Services. «State Operations Manual. Appendix L- Guidance to Surveyors: Ambulatory Surgical Services, http://www.cms.hhs.gov/manuals /downloads/som107ap_l_ambulatory.pdf

170. Verna R. Alladi R. Jackson J. et all Day Case and Short Stay Surgery 2, British Association of Day Surgery May 2011 p 1-34

171. Vila H (2004). Surgery in the ASC or office – is there any difference? Park Ridge, IL: Society for Ambulatory Anesthesia.

172. Volker Schumpelick, Michael Zinner, Atlas of Hernia Surgery, 1990 B.C Decker Inc., Ferdinand Enke Verlag, Stuttgard, Germany, Library of Congress Catalog Card Number: 89-51377, p.1-290

173. Wales Audit Office (WAO) (2006). Making better use of NHS day surgery in Wales. Cardiff: Auditor General of Wales.

174. Warner M.A., Shields S.E., Chute C.G. Major morbidity and mortality within 1 month of ambulatory surgery and anaesthesia. JAMA 1993; 270:1437-41.

175. West B. J., Lyons M.H., Day Surgery: Cheap Option or Challenge to Care? British Journal of Theatre Nursing, Volume 5, 1995

176. Zegarra RF, Saba AK and Peschiera JL (1997). Outpatient laparoscopic cholecystectomy: safe and cost effective? Surg Laparosc Endosc 7: 487–490.

Интернет източници:

http://www.eyeclinic-den.com/

http://www.isul.eu/karti.htm

http://www.lazervision.eu/index.php?m=343

http://www.mbal.rousse.bg/bg/

http://www.mh.government.bg/bg/politiki/

http://www.nhif.bg/web/guest

http://www.svetamarina.com/

http://www.tokudabolnica.bg/

http://www.unihosp.com/