СЕСТРИНСКИ ГРИЖИ ПРИ БИЛИАРНА ОБСТРУКЦИЯ В КОНТЕКСТА НА РЕГИОНАЛНИ И ЗДРАВНИ ДИСПРОПОРЦИИ В БЪЛГАРИЯ

Л. Станчева[1], Ал. Вълков[2], Ив. Стамболова[1]

[1]*Факултет по обществено здраве „Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн“, Медицински университет – София*
[2]*Факултет „Администрация и управление“, УНСС – София*

NURSING CARE FOR BILIARY OBSTRUCTION IN THE CONTEXT OF REGIONAL AND HEALTH DISPARITIES IN BULGARIA

L. Stancheva[1], Al. Valkov[2], Iv. Stambolova[1]

[1]*Faculty of Public Health "Prof. Tzecomir Vodenitcharov, MD, DSc", Medical University – Sofia*
[2]*Faculty of Administration and Management, UNWE – Sofia*

Резюме. *Билиарната обструкция е комплексен медицински проблем, характеризиращ се с механично възпрепятстване на оттока на жлъчка от чернодробната система към дуоденума, което води до развитие на синдром на холестаза и механичен иктер. Управлението на това заболяване изисква координирани усилия на мултидисциплинарен екип, в който медицинската сестра заема централно място.* ***Цел.*** *Като анализира епидемиологията на заболяванията, в контекста на регионални и здравни различия свързани с лечението на заболявания на хепатобилиарната система, изследването цели да моделира сестринските грижи като непрекъснат процес на управление на риска, който е от ключово значение за безопасността на пациента.* ***Материал и методи:*** *Използвани са данни от Глобалната обсерватория за рака и Националния статистически институт за периода 2010-2024 г. за анализ на заболяемостта и смъртността. Проучена е статистическа база данни на отделение по Интервенционална гастроентерология (УМБАЛ „Аджибадем Сити Клиник Токуда Болница“ − София) за периода 2023-2025 г., включваща 12 823 индивидуални записа. Анализирани са и клинични протоколи за диагностика и сестрински грижи при ERCP процедури. Използвани са статистически метод, документален метод и метод на наблюдението.* ***Резултати:*** *На фона на тревожния ръст на злокачествените заболявания на панкреаса и жлъчната система са очертани предизвикателства пред българското здравеопазване при лечението на билиарни обструкции. Изследването разкрива значителни регионални диспропорции и дълбоки неравенства в достъпа до лечение на билиарни обструкции, изразяващи се в концентрация на специализирана помощ в големите градове и недостиг на ресурси в периферните райони. Изведена е критичната роля на медицинската сестра в диагностично-лечебния процес, особено при провеждането на високотехнологични процедури като ERCP.*

Ключови думи*: билиарна обструкция, сестрински грижи, регионални и здравни диспропорции*

Abstract. *Biliary obstruction is a complex medical problem characterized by mechanical obstruction of the outflow of bile from the hepatic system to the duodenum, which leads to the development of cholestasis syndrome and mechanical jaundice. The management of this disease requires coordinated efforts of a multidisciplinary team in which the nurse occupies a central place.* ***Aim****: By analyzing the epidemiology of the diseases and regional health disparities related to the treatment of diseases of the hepatobiliary system, the study aims to model nursing care as a continuous risk management process, which is of key importance for patient safety.* ***Materials and methods****: Data from the Global Cancer Observatory and the National Statistical Institute for the period 2010-2024 were used to analyze morbidity and mortality. A statistical database of the Interventional Gastroenterology Department (University Multi-profile Hospital for Active Treatment "Acibadem City Clinic Tokuda Hospital" − Sofia) for the period 2023-2025 was studied, including 12,823 individual records. Clinical protocols for diagnosis and nursing care during ERCP procedures were also analyzed. Statistical, documentary and observational methods were used.* ***Results****: Against the background of the alarming growth of malignant diseases of the pancreas and biliary system, challenges facing Bulgarian healthcare in the treatment of biliary obstructions have been outlined. The study reveals significant regional disparities and deep inequalities in access to treatment of biliary obstructions, expressed in a concentration of specialized care in large cities and a shortage of resources in peripheral areas. The critical role of the nurse in the diagnostic and treatment process is highlighted, especially when conducting high-tech procedures such as ERCP.*

Key words*: biliary obstruction, nursing care, regional and health disparities*

Въведение

Билиарните обструкции са сложен медико-социален проблем, заемащ централно място в гастроентерологичната и хирургичната патология в България. Заболяването клинично се манифестира с обструктивна жълтеница (иктер) и е резултат от разнообразни патологични процеси, засягащи хепатобилиарната система и панкреаса. В условията на демографска криза и застаряващо население, характерни за България, честотата на тези заболявания бележи устойчив ръст, поставяйки сериозни предизвикателства пред националната здравна система [1]. Анатомично билиарната система осигурява транспорта на жлъчката от черния дроб до дванадесетопръстника и има ключова роля в храносмилането и екскрецията на метаболити. Всяко прекъсване на този поток – интра- или екстрахепатално, води до системни последици, като хо-

лестаза, чернодробна дисфункция, коагулопатии и повишен риск от сепсис (холангит). Доброкачествените причини за обструкция, сред които доминира холедохолитиазата, често се неглижират до настъпването на усложнения като остър билиарен панкреатит [2]. От друга страна, злокачествените обструкции, причинени предимно от дуктален аденокарцином на панкреаса и холангиокарцином, се характеризират с изключително висока смъртност и късна диагностика, което е сериозен индикатор за ефективността на здравната система [3].

Цел

Като анализира епидемиологията на заболяванията в контекста на регионални и здравни различия, свързани с лечението на заболявания на хепатобилиарната система, изследването цели да моделира сестринските грижи като непрекъснат процес на управление на риска, който е от ключово значение за безопасността на пациента.

Материал и методи

Изследването се осъществява чрез анализ на документи, наблюдение и статистически методи за обработка, анализ и представяне на резултатите. Използвани са данни от Глобалната обсерватория за рака (GLOBOCAN) и Националния статистически институт за периода 2010-2024 г. за анализ на заболяемостта и смъртността. Проучена е статистическа база данни на отделение по Интервенционална гастроентерология (УМБАЛ „Аджибадем Сити Клиник Токуда Болница“ − София) за периода 2023-2025 г., включваща 12 823 индивидуални записа. Анализирани са и клинични протоколи за диагностика и сестрински грижи при ERCP процедури.

Резултати и обсъждане

Епидемиология на злокачествените заболявания на хепатобилиарната система

Злокачествените заболявания на панкреаса и жлъчните пътища са сред най-тежките диагнози в съвременната медицина [4]. Статистиката у нас разкрива тревожна картина на висока заболяемост и почти идентична смъртност, което говори за ниска преживяемост и късно диагностициране на заболелите. Според последните данни на GLOBOCAN към 2022 г., ракът на панкреаса е сред 15-те най-често срещани в света онкозаболявания: на 12-то място по честота и на 6-то място по смъртност (фиг. 1 и 2).

Данните за България показват аналогична картина – ракът на панкреаса е сред най-често срещаните у нас злокачествени заболявания (на 7-мо място, или 3,9% от 32 812 нови случаи за годината) и на 5-то място по брой на смъртните случаи (6,4% от 17 894 починали от малигнени заболявания), което е показателно за неговата социална значимост [6]. Прогнозните данни посочват приблизително 1280 нови случая годишно. Смъртността е почти равна на заболяемостта – регистрирани са около 1208 смъртни случая за същия период [6]. Това съотношение от 0,94 (mortality-to-incidence ratio) е сред най-високите при онкологичните заболявания, подчертавайки агресивността на тумора и ограничените терапевтични възможности при напреднал стадий.

Стандартизираната по възраст честота (ASR) за България варира, но поставя страната ни в зона на висок риск за Европа (фиг. 3 и 4). За сравнение, в страни с развити скринингови програми и бърз достъп до високоспециализирана хирургия преживяемостта леко се повишава, а у нас тя остава на тревожно ниски нива [6, 7]. За да е ефективна и адекватна сестринската грижа, тя трябва да е базирана на солидно познаване на анатомията и физиологията на хепатобилиарната система, както и на патогенетичните механизми на обструкцията, които в българската популация са силно повлияни от специфичните рискови фактори (РФ) и начин на живот (табл. 1).

България е сред страните в ЕС с най-високо разпространение на рискови фактори, пряко свързани с билиарната и панкреатичната патология [7, 9]. Водещите поведенчески РФ са: а) тютюнопушене − страната ни е на челните места по брой пушачи в Европа, а тютюнопушенето е доказан независим РФ за рак на панкреаса, удвоявайки риска; б) употреба на алкохол − високата консумация на алкохол, често домашно производство без контрол на качеството, спомага за хроничния панкреатит и острите алкохолни панкреатити; в) затлъстяване − нарастващата епидемия от затлъстяване сред възрастни и деца води до "подмладяване" на жлъчнокаменната болест. Липсата на ефективни национални програми за превенция и промоция на здравето задълбочава тези проблеми [1, 10]. Здравната култура в по-малките населени места и сред социално уязвимите групи е ниска, което води до игнориране на симптомите до момента на настъпване на тежки усложнения [11, 12].

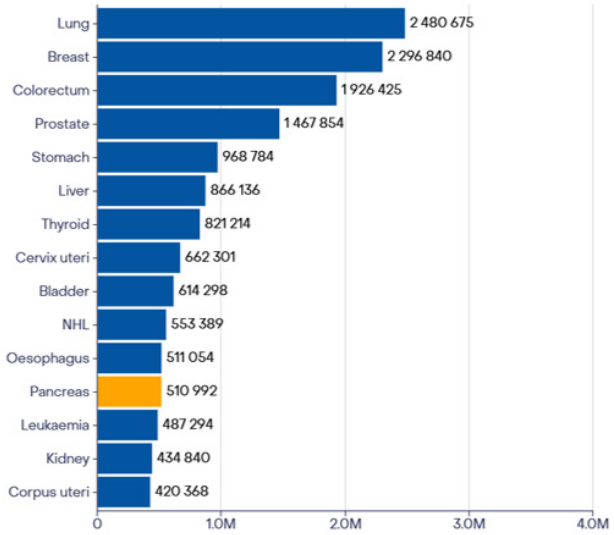
Регионални диспропорции и здравна инфраструктура

Разпределението на заболяемостта и достъпа до лечение в България са неравномерни. Големите университетски центрове (София, Пловдив, Варна, Плевен) акумулират най-тежките случаи, докато в периферните области има недостиг на специалисти и апаратура [1, 10]. Разпределението на здравните ресурси в България не е съобразено със здравните нужди на населението, а това създава „медицински пустини“ за високотехнологични интервенции, въпреки наличието на лечебни заведения в отдалечените райони [1]. Данните показват, че Северният централен район има най-малко лекари на глава от населението (307 души на лекар), като области като Разград, Търговище и Добрич са изправени пред остър недостиг [13]. (**А**) ***Градска концентрация***: По-голямата част от опитните ендоскописти са съсредоточени в университетските многопрофилни болници в големите градове като София, Варна, Пловдив и Плевен [13]. Тези референтни центрове "поемат" една огромна част от сложните случаи от околните области, докато периферните болници остават с капацитет за базова диагностика. (**Б**) ***Регионални неравенства***: В селските райони лекарската работна сила застарява, като над 60% от тях са на възраст над 56 или повече години [13] (възрастта

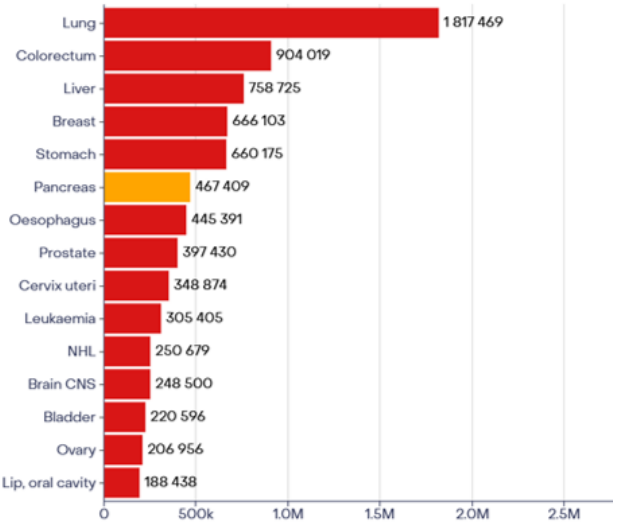
може да се яви като пречка да се обучат в нови, технически взискателни процедури като ендоскопска ултразвукова (EUS) навигация или дренаж, които се превръщат в стандартна алтернатива на ERCP при пациенти с обструкция [10].

Данните от НСИ очертават дългосрочен негативен здравно-демографски контекст на посочените регионални дисбаланси (фиг. 5). Налице е тенденция на устойчиво нарастваща смъртност от злокачествени заболявания у нас през последните 25 години. Злокачествените заболявания са втората по честота причина за смърт. На фона на нарастващата обща смъртност в страната (от 1462,2 на 100 000 души през 2010 г. на 1563,9 на 100 000 души през 2024 г.) расте и броят на починалите от злокачествени новообразувания − от 219,8 на 100 000 души през 2010 г. на 264,4 на 100 000 души през 2024 г., като съответно нарастват абсолютният брой и делът на починалите от злокачествени новообразувания в общата смъртност (от 15,1% през 2010 г. на 17,0 % през 2024 г.).

Смъртността от злокачествени новообразувания на панкреаса (C25) нараства с по-висок темп от увеличаването на общата смъртност от злокачествени новообразувания − от 13,3 на 100 000 души през 2010 г. на 18,2 на 100 000 души през 2024 г. като за същия период ракът на панкреаса става пета по честота причина за смъртност от злокачествени заболявания. Видно от данните (табл. 2) смъртността при мъжете – обща, от злокачествени новообразувания и от рак на панкреаса, е по-висока и се запазва за целия период. Сравнението на показателите по пол спрямо съответните им общи средни стойности очертават

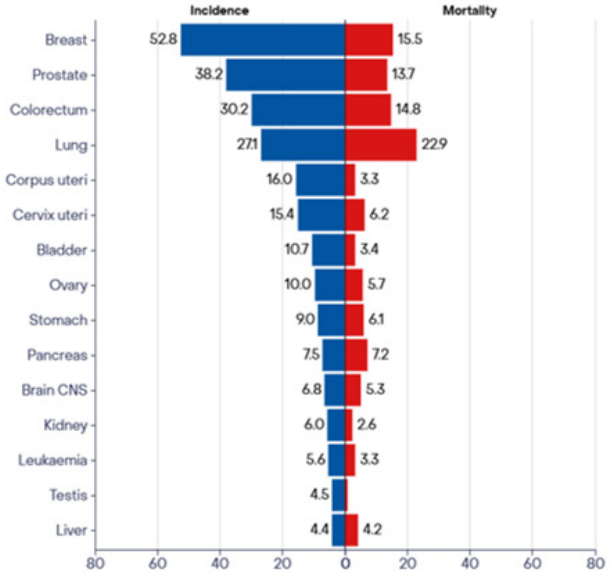


Фиг. 1. *15-те най-разпространени места за рак в света през 2022 г. (бр. случаи в млн., двата пола)*

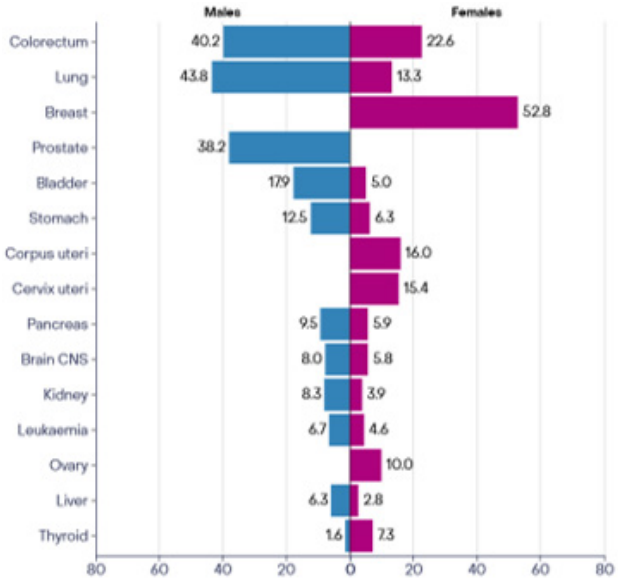


Фиг. 2*. Смъртност от рак в света: 15-те най-разпространени места за рак през 2022 г. (бр. случаи в млн., двата пола)*

Източник: The Global Cancer Observatory [5]



Фиг. 3*. Заболяемост и смъртност от рак: ASR на 100 000 души през 2022 г. в България*



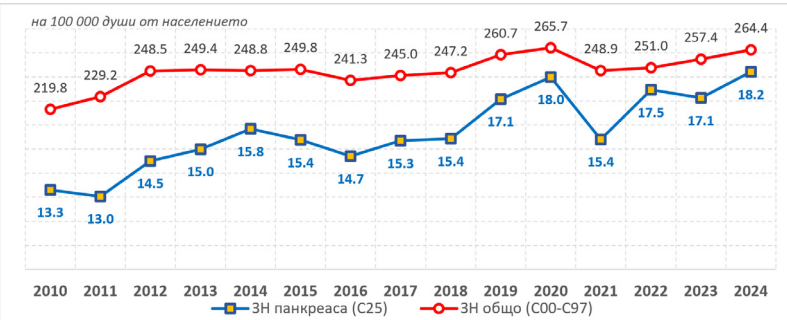
Фиг. 4*. Заболяемост от рак: ASR на 100 000 души по пол през 2022 г. в България*

Източник: The Global Cancer Observatory [5]

Таблица 1. *Етиология и класификация на билиарните обструкции*

(А) Бенигнени (доброкачествени) причини	(Б) Малигнени (злокачествени) причини
Високата честота на холелитиазата корелира пряко с метаболитния синдром, затлъстяването и дислипидемията. Диета, богата на наситени мазнини и рафинирани въглехидрати, в комбинация с ниска физическа активност, създава идеални условия за литогенеза.	Спецификата на българската популация включва висок дял на тютюнопушене и употреба на алкохол – двата предразполагащи РФ за панкреасен карцином. Допълнителен фактор е застаряването на населението. Средната възраст на пациентите увеличава риска от мутации, водещи до онкогенеза. Липсата на ефективни скринингови програми у нас означава, че голяма част от пациентите се диагностицират в стадий, в който туморът вече е предизвикал пълна билиарна обструкция и не е възможно хирургичното му отстраняване.
А1. Холедохолитиаза − камъни, мигрирали от жлъчния мехур, запушват холедоха. Клинично се изявява с триадата на Charcot (болка, температура, иктер) при наличие на холангит.	**Б1**. Карцином на главата на панкреаса − „тиха“, безболкова жълтеница в началото, последвана от прогресираща кахексия.
А2. Ятрогенни стриктури − стеснения в следствие на оперативни травми (след лапароскопска холецистектомия).	**Б2.** Холангиокарцином (тумор на Клацкин) − тумор на жлъчните пътища.
А3. Възпалителни процеси − първичен склерозиращ холангит, панкреатит.	**Б3**. Метастази − в областта на чернодробния хилус.

Източник: Съставено по [2, 4, 8]



Фиг. 5. *Смъртност от злокачествени заболявания в България, общо и от рак на панкреаса за периода 2010-2024 г. (източник: НСИ, 2025)*

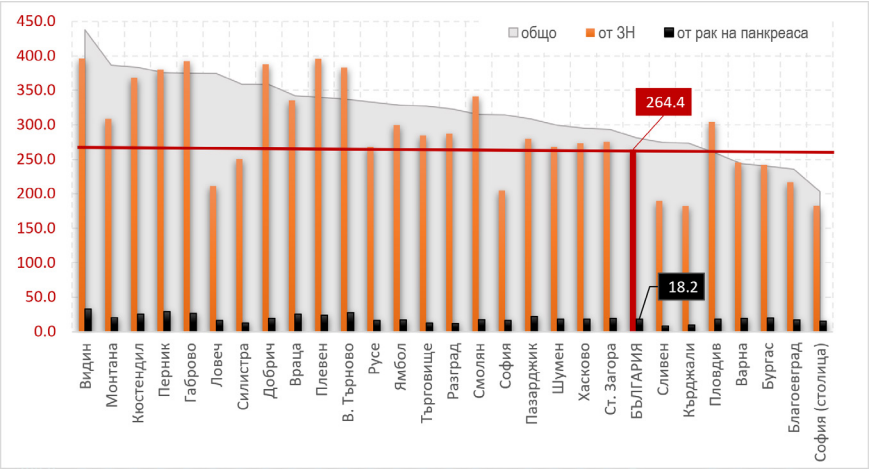
Таблица 2. *Смъртност по причини за периода 2010-2024 г. (на 100 000 души население) (източник: НСИ, 2025)*

Показатели	2010	2024
1. Обща смъртност, в т.ч.:	1462,2	1563,9
- Мъже	1581,6	1677,0
- Жени	1350,3	1459,2
2. Смъртност от злокачествени образувания, в т.ч.:	219,8	264,4
- Мъже	267,9	312,5
- Жени	174,8	219,9
3. Смъртност от ЗН на панкреаса, в т.ч.:	13,3	18,2
- Мъже	16,5	20,0
- Жени	10,3	16,5

тенденция на „затваряне на ножицата“ на показателите за смъртност и по-изявено нарастване на дела на смъртност при жените. Данните за смъртността по области и статистически региони (фиг. 6) потвърждават наличието на значими регионални различия:

● 21 от 28-те области имат по-висока от средната за страната обща смъртност (1563,9 на 100 000 души). Преобладаващо това са области от Северна България (13 области): всички области от Северозападен регион (Видин, Монтана, Ловеч, Враца и Плевен) и от Северен централен район (Габрово, Силистра, В. Търново, Русе и Разград). Значително по-висока от средната е регистрираната обща смъртност в области Кюстендил и Перник (Югозападен регион). Най-висока обща смъртност през 2024 г. е регистрирана в област Видин и Монтана (съответно с 55,6% и 37,3% по-висока от средната за страната смъртност). Това са областите и с най-висока обща смъртност на лица от женски пол.

● Сходна е картината на смъртността от злокачествени новообразувания: 19 области регистрират през 2024 г. по-висока смъртност от тези заболявания спрямо средното за страната (264,4 на 100 000 души население). Равнището на 5-те водещи по смъртност от злокачествени новообразувания области – Видин, Плевен, Габрово, Добрич и В. Търново, е близо с 50% по-високо от средното за страната. Това са и областите с най-висока смъртност от злокачествени новообразувания на лица от женски пол.



Фиг. 6. *Смъртност в България през 2024 г. по области: обща, от злокачествени новообразувания и от рак на панкреаса (на 100 000 души население) (източник: НСИ, 2025)*

● Половината от областите в страната регистрират през 2024 г. по-висока смъртност от рак на панкреаса от средната за страната (18,2 на 100 000 души население). Почти двукратно по-голяма е тя в област Видин (32,3 на 100 000 души население или 77,5% по-висока). Значително по-високи стойности от средната регистрират областите Перник, В. Търново, Габрово, Кюстендил, Враца и Плевен.

Според проучване, годишната заболяемост от обструкции на панкреаса в България показва тревожни данни за устойчиви нива [3]. За хроничния панкреатит заболяемостта се оценява на 5-12 случая на 100 000 души население, като общата болестност достига 50 на 100 000 души. У нас липсват единни критерии за ранна хистологична диагноза, което често забавя адекватното лечение до момент, в който ендокринната и екзокринната недостатъчност вече са налице. Европейски сравнителни проучвания поставят страната ни в региона на Източна Европа, където етиологичната структура на панкреатита е смесена, но с отчетлив превес на алкохолната етиология при мъжете и билиарната при жените. За разлика от Южна Европа (Гърция, Италия), където жлъчните камъни са доминираща причина, в България алкохолът играе съществена роля, която корелира с високата консумация на спиртни напитки на глава от населението [12, 14].

Към края на 2024 г. населението на България е 6 445 хил. души, с тенденция към намаляване и застаряване. Относителният дял на лицата над 65 години е 23.8%, като в някои области надхвърля 30% [1, 13]. Тези данни са от ключово значение, тъй като честотата на малигнените билиарни обструкции и усложнената холелитиаза нарастват с възрастта, а националният дефицит на медицински сестри е критичен (средната възраст на сестрите е 49 години, а около 20% от тях са в пенсионна възраст) [1]. Според БАПЗГ съотношението „лекар – медицинска сестра“ в много лечебни заведения е под санитарния минимум, а в някои райони в отделенията работят повече лекари отколкото сестри. Демографската криза в България оказва силно влияние върху търсенето и предоставянето на здравни грижи. Населението бързо застарява и намалява, като в определени райони се наблюдава тежко обезлюдяване [13]. Северният централен и Северозападният район, често наричани най-бедните в ЕС, са изправени пред двойно предизвикателство: по-висока честота на свързаните с възрастта билиарни патологии (злокачествени заболявания, сложна литиаза). Обратно, големите областни центрове – София, Пловдив и Варна привличат много медицински специалисти [10]. Тази демографска поляризация създава „несъответствие между търсенето и предлагането“. Възрастното население, останало в обезлюдените райони, често няма мобилността и финансовата грамотност, за да се ориентира в сложната система за насочване, необходима за достъп до специализирана помощ.

Регионалните неравенства в достъпа до медицинска помощ, в частност лечението на заболявания на билиарната система, намира израз в неравномерното разпределение на здравни ресурси (финансови, материални, човешки) и в свързаната с това (свръх)концентрация на медицинска помощ в големите областни градове и университетски центрове. Водеща клиника в тази област и национален референтен център в областта на ендоскопските интервенции е отделението по Интервенционална гастроентерология при УМБАЛ „Аджибадем Сити Клиник Токуда Болница“ – София. Проучването на статистическа база данни, която отразява дейността на отделението през последните 3 години (и включва 12 823 индивидуални записа) позволява да се изведат по-важни характеристики относно лечението на болестите на билиарната система:

● През 2023-2025 г. в отделението се работи по 9 КП (КП 68.1, 69.1, 70.1, 71.1, 72.1, 73.1, 74.1, 75.1 и 76.1) като общият обем дейност по тях (отчетени са 12 823 случая) е концентриран в три направления. Лечението на заболяванията на хепатобилиарната система доминира в портфейла от дейности – 41% от отчетените случаи са по КП 73.1 и КП 74.1 (само по КП 73.1 „Високоспециализирани интервенционални процедури при заболявания на хепатобилиарната система, панкреас и перитонеума“ отчете-

ните в отделението случаи са 4171 или 32,5% от общия обем дейност по КП). Второто водещо направление на дейност е „Диагностика и лечение на заболявания на тънкото и дебелото черво за лица над 18-год. възраст“ (КП 71.1), по която са отчетени 3763 случая или 29,3% от дейността по КП. Последната 1/3 от дейността обхваща останалите 6 КП като по-висок е делът в тях на КП68.1 и 69.1 – общо 17% от дейността.

● Данните потвърждават възрастта като водещ рисков фактор за гастроентерологично заболяване и в частност на заболяване на билиарната система. Възрастовата структура на дейността на отделението – общо и по КП073.1 (фиг. 7) показват сходно разпределение на отчетените случаи в обособените 7 възрастови групи. Общо за отделението най-голям брой случаи има при пациенти над 60 г. (групата от 60 до 69 г.), а при заболяванията на билиарната система разпределението на случаите по възраст има още по-силно изтеглено дясно рамо и максималният брой случаи се отчита в следващата възрастова група (70-79 г.). Общият брой на случаите на заболявания на билиарната система при пациенти над 60 години е 2763 или това са 2/3 от всички отчетени за заболяването случаи. Значението на възрастта като рисков фактор за заболяване на билиарната система се илюстрира и на фиг. 8, където е видно, че делът на случаите на тези заболявания в общия брой на случаите в отделението нараства във всяка следваща възрастова група. Ако за най-младата възрастова група този дял е 21,6%, то за най-възрастната група пациенти, тези над 80 г. този дял достига 48,5%.

● Разпределенията по пол – общо и по отделните възрастови групи, не дават основание тази характеристика да бъде изведена като фактор за заболяване на билиарната система (фиг. 8). С нарастването на възрастта, а както показахме и на честотата на тези заболявания не се забелязва съществена разлика и не се наблюдават статистически различия в разпределението на случаите по признака „пол“. При пациентите в двете крайни групи на възрастовото разпределение – тези на „най-младата“ и тези на „най-старата“ възрастова група, абсолютния брой и съответно делът на жените е по-голям с около 8 процентни пункта. За разглеждания тригодишен период съотношението „мъже – жени“ общо при пациентите на отделението е 53-47%, а при пациентите със заболявания на билиарната система това съотношение е съответно 51-49%.

● Данните за местожителството на пациентите потвърждават значението на отделението като национален референтен център в областта на ендоскопските интервенции.

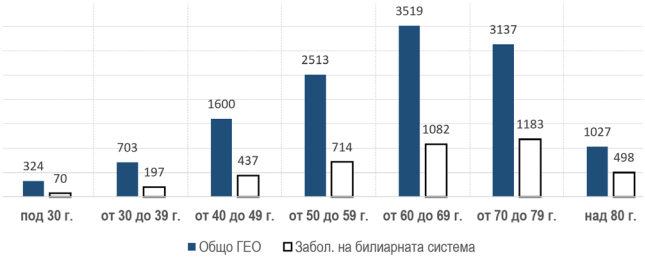
Таблица 3 очертава общ регионален профил на отделението (кол. 2) в областта на „високоспециализираните интервенционални процедури при заболявания на хепатобилиарната система, панкреас и перитонеума“ и заедно с това дава отговор на въпроса, кой насочва тези пациенти за лечение в клиниката. Всеки пети пациент или 22,5% са от териториално прилежащите региони – столичния град и София – област. Всеки трети пациент е жител на някой от оставащите 26 областни центъра, като половината от тях са от областните градове Плевен, Габрово, Русе, В. Търново и Благоевград. Най-голям през тези три години е делът на пациентите на отделението със заболявания на билиарната система, живеещи в по-малките населени места – общо 44,1% (това са жители на 154 града и 440 села в страната). Всеки четвърти пациент (24,9%) е жител на необластен град, а всеки пети пациент (19,3%) живее на село. Близо 2/3 или 62,4% от пациентите се насочват към отделението по препоръка на медицински специалист и това съотношение се запазва независимо от тяхното местоживеене; всеки 4-ти пациент (или 24,4%) се насочва от общопрактикуващ лекар, а близо 13% се насочват от друго болнично лечебно заведение (интересно е, че 19% са насочени от болници от други областни градове).

Непрекъснат процес на грижи при ERCP (ендоскопска ретроградна холангиопанкреатография)

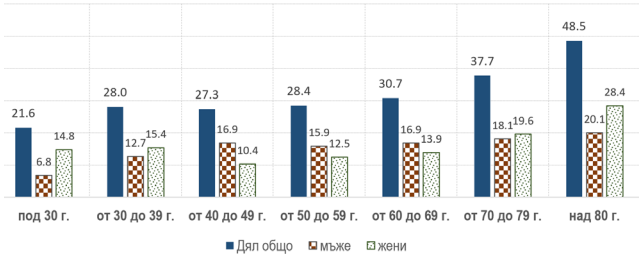
Достъпът до специализирана помощ изисква направление за хоспитализация или консултация със специалист (у нас тази процедура се регулира по клинични пътеки, предимно КП 73.1 [15]. Навременната диагностична фаза е от решаващо значение при тези пациенти за определяне нивото и причината за обструкцията.

Медицинските сестри изпълняват широк спектър от дейности при образните методи при лечение на билиарна обструкция (табл. 4). Дефинитивната диагноза на билиарна обструкция често изисква напреднала образна диагностика (КТ или ЯМР) или ендоскопски ултразвук (EUS) [15, 16]. EUS е ограничен до референтни центрове от високо ниво на достъп и специфично оборудване (С-рамо, дуоденоскопи), 24-часова наличност на екипи, (включващи гастроентеролози, анестезиолози и хирурзи) [8]. Тази празнина води до „диагностично лутане“, при което пациентите преминават през повтарящи се трансабдоминални ехографии преди да бъдат насочени за дефинитивна образна диагностика [17]. Ендоскопската ехография (EUS), която е най-точният метод за стадиране и биопсия, е налична само в няколко центъра в страната, което допълнително ограничава достъпа. При доброкачествените заболявания (холедохолитиаза), тенденцията е към миниинвазивност – ERCP за екстракция на конкременти, последвано от лапароскопска холецистектомия. Въпреки това, координацията между гастроентеролози и хирурзи не винаги е оптимална извън големите многопрофилни болници [12].

ERCP е високорискова, технически сложна процедура, комбинираща ендоскопия и флуороскопия



Фиг. 7. *Отчетени случаи в отделение по Интервенционална гастроентерология и случаи на заболявания на билиарната система за 2023-2025 г. по възрастови групи*



Фиг. 8. *Относителен дял на отчетените случаи на заболявания на билиарната система в общо отчетените случаи на отделение по Интервенционална гастроентерология за 2023-2025 г. по възрастови групи*

Таблица 3. *Отчетени случаи на заболявания на билиарната система в отделение по Интервенционална гастроентерология за 2023-2025 г. по населени места и насочване*

	Общо	Насочен от:			
		ОПЛ	Специалист	Болница	Сам
Общо, в т.ч.:	4181	1022	2607	535	17
Столица и обл. София	940	180	564	187	9
Други областни градове	1396	392	830	174	0
Други населени места, в т.ч.:	1845	450	1213	174	8
Град	1040	289	655	92	4
Село	805	161	558	82	4

Таблица 4. Сестрински действия при образни методи, използвани при билиарна обструкция

	Метод / описание	Сестрински действия
1	**Трансабдоминален ултразвук (УЗ)**	
	Скринингов инструмент от първа линия. Той е силно чувствителен за камъни в жлъчния мехур, но по-малко чувствителен за дистални камъни, поради замъгляване от чревните газове	Инструктира пациента, че изследването се извършва на гладно. Целта е да се избегнат газове в червата и свиване на жлъчката, което влошава видимостта на органите
2	**Магнитно-резонансна холангио панкреатография (MRCP)**	
	Надежден, диагностичен метод при панкреасна и жлъчна патология. Златен стандарт за неинвазивна образна диагностика (предоставя подробна пътна карта на жлъчните пътища)	Проверява за противопоказания за извършване на ЯМР (напр. пейсмейкъри, кохлеарни импланти, метални фрагменти). Обяснява разбираемо на пациента в какво се състои процедурата, времетраенето и оценява риска от клаустрофобия, тъй като тестът може да отнеме 30-45 min. Не се използва лъчетерапия или йоден контраст, което го прави по-безопасен за пациенти с бъбречни или алергични заболявания
3	**Компютърна томография (КТ)**	
	КТ е образен метод, използващ рентгенови лъчи, чрез които се получава детайлно посрезово изобразяване на части от тялото. Методът позволява оценка на структурата и функцията на органите, както и откриването на болестни състояния, невидими за други образни изследвания (идентифицира туморни маси и разширени каналчета).	Подготвя и окомплектова документи свързани с информираното съгласие от пациента; Проверява алергичния статус на пациента; Провежда вливания след процедурата, за да се изчисти пациента от контрастното вещество
4	**Ендоскопски ултразвук (EUS)**	
	Методика, която комбинира високочестотен ултразвук; директен ендоскопски оглед с високо резолюционно ехографско изследване в реално време. Позволява прецизен оглед на стриктури в горен и долен гастроентестинален тракт, както и в тези намиращи се в близост до него – черен дроб, панкреас, жлъчни пътища, медиастиум, лимфни възли и др.	Подготвя и окомплектова документи, свързани с информираното съгласие от пациента; Асистира при обща анестезия; Мониторира пациента, следи витални показатели: дишане, артериално налягане, сърдечна дейност, вливания на медикаменти; Координира консултация с анестезиолог, кардиолог, алерголог. Времетраене на процедурата в зависимост от сложността – 30-60 min
5	**Ендоскопска ретроградна холангио панкреатография (Е.Р.Х.П.Г)**	
	Изследване по време на което чрез дуоденоскоп се прониква в общия канал на задстомашната жлеза и жлъчката наречен папила на Фатер. Вкарва се контрастно вещество, след което с помощта на рентгеново изследване се изобразяват каналчетата на жлъчката и задстомашната жлеза. Процедурата се прави с цел диагностициране на камъни и туморни заболявания в жлъчния мехур, жлъчните канали и задстомашната жлеза.	Подготвя и окомплектова документи свързани с информираното съгласие от пациента; Инструктира пациента, че изследването се извършва на гладно. Обработва преди изследването устната кухина с лекарство, което подтиска рефлекса за повръщане; Позиционира пациента и асистира на ендоскописта; Следи жизнени показатели.

Източник: Съставено по [17, 18, 19]



Фиг. 9. *Отговорности на гастроентерологичната медицинска сестра (източник: съставено от автора по [8, 19, 21]*

за визуализиране и лечение на патология в жлъчните и панкреатичните пътища. Нашите проучвания и опит потвърждават, че медицинските сестри изпълняват значителен обем клинични задължения, които изискват специализирани знания и умения. Тези компетенции включват асистиране при ендоскопски процедури, подготовка и грижи за пациентите преди и след процедура, мониторинг на жизнените показатели, прилагане на седация както и разпознаване на симптоми при усложнения (фиг. 9). В ролите си на координатор и „patient advocate“, на оценяващ клиничен наблюдател, на асистент в ендоскопския екип, на обучител и на контролиращ инфекциите и безопасността, медицинската сестра изпълнява широк спектър от дейности. Гаранция за доброто им изпълнение е системното планиране и прецизното координиране на цялостния процес на грижи: **а)** преди процедурата (подготовка и оценка), **б)** по време на процедурата (асистиране и мониториране) и **в)** след процедурата (възстановяване и изписване) [20]. Дейностите на сестрата при ERCP не са отделни списъци, а са подредени (техно)логично, като непрекъснат процес на риск-мениджмънт: превенция → контрол по време на интервенцията → ранно откриване на усложнения. Колкото по-качествена е подготовката, толкова по-плавна и контролируема е процедурата; колкото по-структурирано е постнаблюдението и инструктажът, толкова по-малък е рискът от пропуснати усложнения и повторни хоспитализации.

В рамките на този процес се решават ключови задачи. Преди процедурата сестринските дейности са най-вече проактивни. Тук се „печели“ безопасността: проверките (идентификация, глад, алергии, антикоагуланти), оценката на риска и готовността на средата/консумативите намаляват вероятността от грешки, забавяния и нежелани събития. На този етап сестрата действа като координатор и филтър за рискове – превръща клиничната информация в конкретни мерки (подготвен венозен достъп, мониторинг, налични аксесоари, координация с флуороскопията). По време на процедурата ролята се измества към оперативен контрол и бдителност. Сестрата едновременно поддържа стерилността и логистиката (правилният инструмент „в точния момент“) и изпълнява клиничен надзор (следи витални показатели, реакция към седация, алергични реакции). Това е „високо-натоварен“ с паралелни задачи, където качеството зависи от ситуационната осъзнатост, добрата комуникация с екипа и дисциплината по изпълняване на протоколите. След процедурата, дейностите стават диагностично-охранителни: наблюдение до стабилизиране, контрол на симптоми и най-важното — ранно разпознаване на усложнения (особено пост-ERCP панкреатит, кървене, перфорация, инфекция). Ролята на сестрата тук е ключова, защото много усложнения се проявяват първо със „слаби“ клинични сигнали. От аналитична гледна точка етапът комбинира клинично наблюдение и обучение на пациента, което директно влияе върху безопасното изписване и навременното търсене на помощ.

Заключение

Анализът на данните очертава тревожна картина на билиарната патология в България. Високата честота на напреднали форми на рак на панкреаса и усложнени форми на жлъчнокаменна болест е индикатор за пропуски в доболничната помощ и профилактиката. Ракът на панкреаса се затвърждава като петата по честота причина за смърт от злокачествени заболявания в България. Преживяемост-

та остава тревожно ниска: съотношението между смъртност и заболяемост е критично високо (0,94), което показва агресивността на заболяването и честото му диагностициране в напреднал стадий. Установена е свръхконцентрация на специалисти в големите градове и наличие на „медицински пустини“ в райони като Северозападна България, където общата смъртност е значително над средната.

Възрастта е водещ фактор (2/3 от пациентите с билиарни проблеми са над 60 г.), като същевременно се наблюдава критичен дефицит и застаряване на кадрите при медицинските сестри. Като съчетава макроикономически и демографски данни с конкретен клиничен анализ изследването предоставя доказателствена база за териториалното несъответствие между търсенето и предлагането на лечение на билиарни обструкции в България, което е ключово за бъдещи политики в здравеопазването.

Сестринските грижи се разглеждат в контекста на нова управленска парадигма. Тя извежда професионалните роли (на гастроентерологичните сестри) в специфичния контекст на интервенционалните процедури като непрекъснат процес на управление на риска (превенция, оперативен контрол и ранно разпознаване на усложнения), който е от ключово значение за безопасността на пациента. Справянето с предизвикателствата на билиарната обструкция изисква не само преодоляване на регионалните неравенства в достъпа до лечение, но и утвърждаване на специализираната роля на медицинската сестра в мултидисциплинарния екип за осигуряване на висококачествена и безопасна здравна помощ.

Библиография

1. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2025), Здравни профили на страните 2025: България. State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, (Достъпно на: https://health.ec.europa.eu/state-health-eu/country-health-profiles/country-health-profiles-2025_en?prefLang=bg
2. Hristov B, Doykov D, Andonov V, et al. Interventional Treatment of Malignant Biliary Obstruction: Is It Time to Change the Paradigm? Gastroenterology Insights. 2024, 15(2):266-284. https://doi.org/10.3390/gastroent15020020, (Достъпно на https://www.mdpi.com/2036-7422/15/2/20)
3. Hristov B, Nacheva-Georgieva E, Stanchev D, et al. Estimating reference values of parenchymal stiffness of normal pancreatic parenchyma by means of point shear wave elastography. Folia Medica 2023, 65(6): 958-968. https://doi.org/10.3897/folmed.65.e106764), (Достъпно на https://foliamedica.bg/article/106764/)
4. Li ZZ, Guan LJ, Ouyang R, et al. Global, regional, and national burden of gallbladder and biliary diseases from 1990 to 2019. World J Gastrointest Surg. 2023 Nov 27;15(11):2564-2578. doi: 10.4240/wjgs.v15.i11.2564
5. The Global Cancer Observatory (GCO). Pancreas. Cancer Today 2022. (Достъпно на https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/cancers/13-pancreas-fact-sheet.pdf)
6. Global Cancer Observatory (GCO). Bulgaria. Cancer Today 2022. (Достъпно на: https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/100-bulgaria-fact-sheet.pdf)
7. OECD/European Commission, Профил на държава от ЕС по отношение на рака: България 2025 г., Профили на държавите от ЕС по отношение на рака, Издателство на ОИСР, Париж, 2025, https://doi.org/10.1787/2015de3b-bg, (Достъпно на: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/bg/publications/reports/2025/02/eu-country-cancer-profile-bulgaria-2025_cb9d7bf2/2015de3b-bg.pdf)
8. Frossard JL, Steer ML, Pastor CM. Acute pancreatitis. Lancet. 2008 Jan 12;371(9607):143-52. doi: 10.1016/S0140-6736(08)60107-5.
9. Wang S, Zheng R, Li J, et al. Global, regional, and national lifetime risks of developing and dying from gastrointestinal cancers in 185 countries: a population-based systematic analysis of GLOBOCAN. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2024 Mar;9(3):229-237. doi: 10.1016/S2468-1253(23)00366-7
10. Zahariev B, Georgieva L. European Social Policy Network (ESPN) Thematic Report: Inequalities in Access to Healthcare. European Commission, 2018, (Достъпно на: https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=20373&langId=en).
11. Partyka O, Pajewska M, Kwaśniewska D, et al. Overview of Pancreatic Cancer Epidemiology in Europe and Recommendations for Screening in High-Risk Populations. Cancers (Basel). 2023 Jul 15;15(14):3634. doi: 10.3390/cancers15143634
12. Rimassa L, Khan S, Groot Koerkamp B, et al. Mapping the landscape of biliary tract cancer in Europe: challenges and controversies. Lancet Reg Health Eur. 2025 Feb 19;50:101171. doi: 10.1016/j.lanepe.2024.101171.
13. ИПИ. Регионални профили 2025: трайна поляризация между водещите градски ядра и периферните области. Институт за пазарна икономика, 2025 ISSN 2738-7615 (Достъпно на: www.regionalprofiles.bg)
14. Siegel RL, Kratzer TB, Giaquinto AN, et al. Cancer statistics, 2025. CA Cancer J Clin. 2025 Jan-Feb;75(1):10-45. doi: 10.3322/caac.21871.
15. МЗ. Наредба № 7 от 18 юни 2018 г. за утвърждаване на медицински стандарт «Гастроентерология», Обн. ДВ. бр.54 от 29 Юни 2018г., изм. ДВ. бр.63 от 30 Юли 2021г. (Достъпно на: https://lex.bg/en/laws/ldoc/2137185223)
16. Turpin A, Tian TV, Boilève A, Neuzillet C. Biliary tract cancers: addressing healthcare disparities and improving access to innovative treatments in Europe. Lancet Reg Health Eur. 2025 Feb 19;50:101215. doi: 10.1016/j.lanepe.2025.101215.
17. Dedemadi G, Nikolopoulos M, Kalaitzopoulos I, Sgourakis G. Management of patients after recovering from acute severe biliary pancreatitis. World J Gastroenterol 2016; 22(34): 7708-7717. doi: 10.3748/wjg.v22.i34.7708.
18. Facciorusso A, Crinò SF, Gkolfakis P, et al. Diagnostic work-up of bile duct strictures: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Endoscopy. 2025 Feb;57(2):166-185. doi: 10.1055/a-2481-7048. Erratum in: Endoscopy. 2025 Oct;57(10):C17. doi: 10.1055/a-2664-6269.
19. Tavakkoli A, Beauchamp A, Prasad T, et al. Accessibility to ERCP-performing hospitals among patients with pancreatic cancer living in SEER regions. Cancer Med. 2024 Feb;13(3):e7020. doi: 10.1002/cam4.7020.
20. Stancheva L, Valkov A, Stambolova I. Algorithm for health care in patients with endoscopic intervention – fibrocolonoscopy: service blueprint approach. Information for nursing staff, 2025, 57(2), 22-30
21. Stefanov Ya, Chaushev D, Madjova V. Acute pancreatitis in adult patients. General Medicine, 2024, 26(1), 26-29

✉ *Адрес за кореспонденция:*
Лиляна Станчева, докторант
e-mail: lilly.stancheva@gmail.com

ORCID ID:
Л. Станчева − https://orcid.org/0000-0002-4359-3833
доц. Ал. Вълков − https://orcid.org/0000-0001-7791-551