

Проект!

## **НАЦИОНАЛНИ СТАНДАРТИ ПО ХИРУРГИЯ**

КОНЦЕПЦИЯ

София, декември 2000 г.

## **С Ъ Д Ъ Р Ж А Н И Е**

|  |           |
|--|-----------|
| <b>I. ДЕФИНИЦИИ</b>  | <b>3</b>  |
| <b>II. СТАНДАРТИ ЗА УСТРОЙСТВО НА ПОМЕЩЕНИЯ, В КОИТО СЕ ИЗВЪРШВАТ ХИРУРГИЧНИ ДЕЙНОСТИ</b>  | <b>7</b>  |
| <b>III. СТАНДАРТИ ЗА ПЕРСОНАЛА, ИЗВЪРШВАЩ ХИРУРГИЧНИ ДЕЙНОСТИ.</b>   | <b>14</b> |
| <b>IV. СТАНДАРТИ ЗА ОРГАНИЗАЦИЯТА НА РАБОТАТА В:</b>   | <b>18</b> |
| <b>V. СТАНДАРТИ ЗА ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМО ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА РУТИННИ И СПЕЦИФИЧНИ ХИРУРГИЧНИ ДЕЙНОСТИ.</b>   | <b>25</b> |
| <b>VI. СТАНДАРТИ, КРИТЕРИИ И ПОКАЗАТЕЛИ ЗА КАЧЕСТВО НА ХИРУРГИЧНИТЕ ДЕЙНОСТИ</b>   | <b>26</b> |
| <b>VII. СТАНДАРТИ ЗА ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ХИРУРГИЧНИЯ ПАЦИЕНТ.</b>  | <b>27</b> |
| <b>VIII. СТАНДАРТИ ЗА ОБЕМ НА ДИАГНОСТИЧНИТЕ ВЪЗМОЖНОСТИ ПРИ ХИРУРГИЧНО БОЛЕН.</b>   | <b>29</b> |
| <b>IX. СТАНДАРТИ ЗА ИНТЕРДИСЦИПЛИНАРНИ КОНТАКТИ И ДЕЙНОСТИ ПРИ ЛЕЧЕНИЕ НА ХИРУРГИЧНО БОЛНИ.</b>  | <b>31</b> |
| <b>X. СТАНДАРТИ ЗА ОБЕМ НА ХИРУРГИЧНИТЕ ДЕЙНОСТИ.</b>  | <b>33</b> |
| <b>XI. СТАНДАРТИ ЗА РАЗРЕШЕН ОБЕМ НА ДЕЙНОСТИ В СЪОТВЕТСТВИЕ С НИВОТО НА ОБОРУДВАНЕ, ДИАГНОСТИЧНИ ВЪЗМОЖНОСТИ, КАДРОВА ОСИГУРЕНОСТ И КОМПЕТЕНТНОСТ, ИНТЕРДИСЦИПЛИНАРНИ КОНТАКТИ И ПАРТНЬОРИ.</b> | <b>35</b> |
| <b>XII. СТАНДАРТИ ЗА КВАЛИФИКАЦИЯ И КОМПЕТЕНТНОСТ НА ХИРУРГА.</b>  | <b>33</b> |
| <b>XIII. СТАНДАРТИ ЗА УСЛОВИЯ НА РАБОТА И ПРОФЕСИОНАЛНА ЗАЩИТА НА ПЕРСОНАЛА, ИЗПЪЛНЯВАЩ ХИРУРГИЧНИ ДЕЙНОСТИ.</b>   | <b>34</b> |
| <b>XIV. СТАНДАРТИ ЗА ОБУЧЕНИЕ НА ХИРУРГА И ХИРУРГИЧНИЯ ПЕРСОНАЛ.</b>   | <b>35</b> |
| <b>XV. СТАНДАРТИ ЗА ДОБРА КЛИНИЧНА ПРАКТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИЕ НА ХИРУРГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ.</b>   | <b>36</b> |

## I. ДЕФИНИЦИИ

Обособяването на тази глава е необходимо:

- За да се формулират по общоприемлив начин редица основни понятия, използването на които в следващия текст е често и не трябва да допуска двусмислено тълкуване.

- Хирургията е комплексна дисциплина. На практика по оперативен път се третират заболявания по цялото човешко тяло. Не са обект на тези стандарти хирургичните заболявания на сетивните органи (очи, уши, нос), на урогениталната система и скелета (урология, акушерство и гинекология, ортопедия и травматология).

- обект на настоящите стандарти е дисциплината хирургия, обособена като хирургическа специалност под названието "Обща хирургия". Наред с това се включват поредица от тесни специалности:

# неврохирургия

# гръдна хирургия

# кардиохирургия

# съдова хирургия

# детска хирургия

# ендокринна хирургия

# пластична хирургия (вкл. изгаряния, козметична)

# лицево-челюстна хирургия\*

# коремна (висцерална) хирургия\*\*

\* Лицево-челюстната хирургия в България е предоставена в основната си част на специалисти - стоматолози. Елементи от нея се изпълняват от специалисти по УНГ болести, както и от пластични хирурзи. В този смисъл причисляването на лицево-челюстната хирургия към специалността "Хирургия" се оспорва.

\*\* Коремната хирургия формира най-големия обем от оперативната дейност поради масовия характер на лекуваната патология. Макар и все още дискутирано, все по-широко се приема понятието "висцерална". В практиката на страната се приема, че специалистът по обща хирургия може да извършва повечето намеси в обсега на коремната хирургия, т.е. съществува нагласата компетенциите на хирурга в областта на общата и на коремната хирургия да се приемат като синонимни. Това не е точно така, защото много операции върху панкреаса, черния дроб, порталната система и др. са по възможностите на по-ограничен кръг специалисти.

- в хирургията се обособяват като отделни специфични понятия названията "Спешна хирургия", "Лапароскопска хирургия", "Онкохирургия". Тяхното приемане като отделни специалности е неприемливо и вредно.

# Понятието “Спешна” изхожда само от необходимостта от бърза лекарска реакция - хоспитализация, диагностика, консервативно или оперативно лечение. Елементи на спешната хирургия се изучават в дисциплината “Спешна медицина”, доколкото лекарите в центровете за спешна помощ трябва да владеят компетентности от хирургичната област. На практика спешна хирургия има в цялостната специалност “Обща хирургия” и във всяка от тесните специалности.

# Същото се отнася и за понятието “Онкохирургия”. Познанията и компетенциите за диагнозата и лечението на туморните заболявания са задължителни за всеки общ и тясно специализиран хирург.

# Терминът “лапароскопска” хирургия се разшири. Внедрена е “торакоскопската” хирургия. По подобен начин се манипулира в ретроперитонеалното пространство, в коремната стена, в ставите и др. Понятието “миниинвазивна” хирургия от своя страна се разшири, като включи оперативни по своята същност манипулации, изпълнявани под ендоскопски, ехографски или рентгенологичен контрол, но в повечето случаи от специалисти с други, нехирургични специалности. Трябва да се приеме, че владеенето на ендоскопски методи влиза в компетентностите на специалиста-хирург, вкл. с тясна специалност.

- Хирургичната помощ може да бъде оказана в доболничния период в обем, съответстващ на “Минималния пакет за специализирана медицинска помощ по хирургия”, съгласно Наредба N 28 от 12.11.1999 г. на МЗ. Този пакет става задължителен елемент на Националните стандарти по хирургия и подлежи на периодична корекция.

- Хирургичното лечение се провежда основно в хирургично отделение/клиника с обособена операционна зона (зали, блок). Обемът на хирургичната дейност, извършвана в тези звена, се определя от:

# Общопрофилен или тясно специализиран профил на хирургичното отделение/клиника;

# Брой, специализация, компетентност на лекарите-хирурзи, работещи на щат в звеното;

# Възможности на болницата за пред-, интра- и следоперативни диагностични изследвания;

# Оборудване на хирургичното отделение (клиника) и на операционните зали;

# Възможности за интердисциплинарни консултации, вкл. тясно специализирани хирургически консултации и формране на смесени хирургични екипи.

Тези фактори трябва да определят обема и сложността на оказваната

хирургическа помощ на четири нива в здравната мрежа:

А. Доболнична хирургическа помощ в хирургическа практика (кабинет).

Б. Болнична хирургическа помощ в болница за активно лечение (бивша районна).

В. Болнична хирургическа помощ в многопрофилна болница за активно лечение (областна, бивша окръжна).

Г. Общопрофилна и тясноспециализирана болнична помощ в хирургични клиники на многопрофилна болница за активно лечение (с ранг на университетска болница и национален център).

### Дефиниции

1. Хирургията е медицинска специалност, занимаваща се с диагнозата и лечението на група заболявания, при които използването на операция е задължително или потенциално възможно.

2. Хирургията е основна и комплексна медицинска наука. За по-съвършеното и специализирано третиране на хирургичните заболявания се обособяват тесни специалности (по органи и системи на човешкото тяло).

3. Тесните специалности и предметът на тяхната дейност са:

- неврохирургия с предмет на дейност хирургично лечение на заболяванията на главния и гръбначния мозък и на периферните нерви;

- гръдна хирургия с предмет на дейност хирургично лечение на заболяванията на дихателната система и медиастинума;

- кардиохирургия с предмет на дейност хирургично лечение на заболяванията на сърцето и неговите магистрални съдове;

- съдова хирургия с предмет на дейност хирургично лечение на заболяванията на кръвоносната и лимфната система;

- коремна (висцерална) хирургия с предмет на дейност хирургично лечение на заболяванията на органите в коремната кухина и на предната коремна стена;

- ендокринна хирургия с предмет на дейност хирургично лечение на заболяванията на ендокринните органи;

- детска хирургия с предмет на дейност хирургично лечение на заболявания у деца до 16-годишна възраст;

- пластична хирургия с предмет на дейност хирургично лечение на вродени и придобити дефекти на повърхностните обвивки на тялото, на дефекти на кожата и формите на тялото, както и на изгаряния, измръзвания и техните последици;

- лицево-челюстна хирургия с предмет на дейност хирургично лечение на заболяванията на лицето.

4. Хирург-специалист е лекар, придобил специалността "Обща хирургия" съгласно законите и нормативните актове на Република България.

5. Хирургът-специалист има право да извършва самостоятелни хирургични намеси във всички области на човешкото тяло.

6. Хирургът-специалист може да придобие втора тясна специалност в областите, описани в т.3. Тясната специалност позволява извършването на средни, големи и високоспециализирани по обем и сложност операции в съответната област.

7. Хирургично лечение се извършва в:

- а) доболнична хирургична практика (кабинет);
- б) хирургично отделение в болница за активно лечение;
- в) хирургично отделение в многопрофилна болница за активно лечение;
- г) хирургична клиника в многопрофилна болница за активно лечение (университетски и национални центрове).

8. ХО/хирургическите клиники могат да бъдат общопрофилни или тясно специализирани. В състава на общопрофилното звено могат да бъдат създавани структури за извършване на тясноспециализирана хирургическа помощ.

9. Хирургичното лечение бива консервативно и оперативно. Основен метод на лечение е оперативния.

10. Операцията представлява:

- обработка на рана;
- отстраняване на течни колекции или туморни формации чрез нарушаване цялостта на кожата или покривните лигавици;
- изрязване на части от или цялостно отстраняване на орган или крайник;
- корегирание на дефекти (вродени или придобити);

11. Според своя обем и сложност оперативните намеси биват малки, средни, големи и високоспециализирани;

12. Според срока, налагащ необходимостта от хирургична намеса, операциите биват спешни, срочни и планови.

## **II. Стандарти за устройство на помещения, в които се извършват хирургични дейности**

### 1. Хирургична практика (кабинет) за доболнична помощ.

- Хирургическият кабинет за доболнична помощ има две функционално свързани помещения: амбулаторен кабинет и превързочна/манипулационна. Всяко от тях е с размери не по-малко от 12 м<sup>2</sup>.

Второто помещение се използва едновременно за манипулационна, за извършване на първични и вторични превръзки, както и за малки амбулаторни операции и манипулации (вж. Минимален пакет за хирургични дейности).

- Самостоятелно разположеният хирургичен кабинет (практика) има освен това: чакалня, склад, сервизни помещения. При разположение в обща сграда с други кабинети е допустимо тези помещения да са общи.

- Размерът на чакалнята с регистратура при самостоятелен кабинет се определя по формулата  $(A + B) \times 2$  м<sup>2</sup>, където А е броят пациенти, допустим за един час (средно 4 до 6 души), В - евентуалният брой пациенти, пристигнали по-рано от определения им час или непредвидено (средно 1,5 души).

- Хирургичният кабинет е оборудван с: кушетка за амбулаторни прегледи, стетоскоп, апарат за артериално налягане, негативоскоп. Превързочната на кабинета е оборудвана с: висока кушетка или манипулационна хирургическа маса, хирургически инструментариум за превръзки и малки амбулаторни операции, електрокоагулатор, допълнителен източник на светлина (подвижна еднолампова операционна лампа), сух стерилизатор. Последният не е задължителен при възможност за ползване на система за централна стерилизация.

Хирургичният инструментариум включва: ...

### 2. Хирургическо отделение/клиника

- ХО/клиника има болнични стаи и най-малко 10 болнични легла. Оптималният брой легла в една болнична стая е 2 до 3. Най-малко 7% от стайите са с едно легло. В детски ХО/клиники е допустимо разполагането на повече легла в една стая, но при налична възможност за пълна изолация между тях.

- Минималната площ за един болен в самостоятелна стая е 12 м<sup>2</sup>, а в стая с две и повече легла - 6,5 м<sup>2</sup>. В стаи, предназначени за деца в детска хирургия, площите варират от 8 до 5 м<sup>2</sup> за деца до 14 години и от 6 до 14 м<sup>2</sup> за деца до 3 годишна възраст.

- В ХО/клиника е желателно разгръщането на следоперативно реанимационно отделение. Броят на леглата в него се равнява на 10% от общия им брой. На 1 легло респ. болен в стая за интензивно лечение се падат 12 м<sup>2</sup>.

- Силно препоръчително е всяка болнична стая да разполага със самостоятелен санитарен възел.

- Всяко ХО/клиника трябва да разполага със следните помещения: превързочни стаи за асептични и за септични превръзки, манипулационна, сестринска работна стая, лекарски кабинети и кабинет на старшата сестра, съблекалня, кухненски офис, стая за подготовка на болните за операция или изследване, клизмено помещение с тоалетна, санитарни помещения за персонала, помещение за дезинфекция, складова (вкл. за следоперативно отделение), коридори.

Препоръчително е организирането на кабинети за началника на отделението/клиниката, старшата сестра и лекарския персонал в обособена административна част, отделно от болничните стаи.

Препоръчително е храненето да се организира индивидуално по болничните стаи, а не в обща столова.

- Задължително е всяка стая да бъде оборудвана със средства за дезинфекция на ръцете. Подовата настилка, стените и мебелите да са от материали, позволяващи ежедневно влажно измиване и дезинфекция.

На това условие задължително трябва да отговарят и стените в следоперативното отделение, манипулационната, превързочните стаи, сервизните възли, както и разгънати на територията на отделението/клиниката диагностични кабинети и лаборатории.

- Работните помещения отговарят по размери на стандартите за размери, подова настилка и облицовка на стените, определени в стандартите на Министерството на архитектурата, Министерство на здравеопазването и ХЕИ.

- Всяка болнична стая задължително разполага със самостоятелен санитарен възел, вкл. стаите в интензивното следоперативно отделение. За болничния персонал трябва да бъдат осигурени минимум два санитарни възела - отделно за мъже и за жени.

- Задължително трябва да бъдат осигурени:

# мивки с течаща студена и топла (до 800) вода във всички помещения на ХО/клиника (с изключение на коридори, складове, съблекалня);

# централно и локално осветление в болничните стаи, манипулационна, превързочни, лекарски кабинети с осветляемост минимално 80 вт;

# аварийно осветление за интензивното следоперативно отделение с възможност за 30% осветляемост спрямо нормалните условия;

# резервен енергоизточник за монитори и апарати за дихателна вентилация;

# бактерицидни лампи: стационарни в манипулационни, превързочни стаи, клизмено помещение и стационарни или подвижни - за болничните стаи, вкл. в следоперативно отделение.

# инсталации за въздухообмен и овлажняване на въздуха (при норма



относителна влажност 50-60% в отделения и стаи за болни с изгаряния - до 35-40%). Силно препоръчително е наличието на климатична инсталация в следоперативно отделение, отделения и клиники за лечение на болни с изгаряния, в звена за детска хирургия.

# централно отопление. Силно препоръчително е оформянето на самостоятелен кръг за отопление на следоперативно интензивно отделение, на звена за детска хирургия;

# излазни точки на инсталации за O<sub>2</sub>, за сгъстен въздух и за аспирация при норматив: за 100% от леглата в стаи на следоперативно интензивно отделение; за 50% от леглата в отделения/клиники за гръдна хирургия, кардиохирургия, изгаряния; за 12% от леглата в хирургическа клиника от общ профил, коремна, детска, лицево-челюстна хирургия; за 8% от леглата в неврохирургия.

- Мебелите и медицинското оборудване отговарят на предмета на дейност на хирургичното отделение/клиника, но позволяват влажно почистване и дезинфекция.

- ХО/клиника разполага със средства за измиване и дезинфекция, а персоналът изучава и спазва принципите за асептика и антисептика.

- ХО/клиника разполага задължително с:

# вътрешно-комуникативни връзки (телефони, пейджъри и др.) между кабинети, манипулационна, превързочни, операционен блок, следоперативно отделение, централно ранимационно отделение на болницата, приемен кабинет, приемен спешен кабинет;

# инсталация за повикване в болничните стаи (светлинно-информационна, светлинно-блокираща, звукова, комбинирана);

# при постоянно извършване на спешна помощ силно се препоръчва наличието на система за бързо и едновременно повикване на необходимия екип;

# силно се препоръчва ползването на телекамери и телеметрично наблюдение на болните в следоперативно интензивно отделение.

- Чрез сигнализиращите системи и постоянното наблюдение от сестринския персонал трябва да се осигури бърз контакт на лекар и хоспитализиран пациент при възникнали спешни състояния.

- Задължително се изолират болни със септични състояния и усложнения в септични стаи, обслужвани от отделен персонал, с отделна количка, инструменти и материали за превръзка, с допълнителни дрехи (препоръчително за еднократна употреба) на персонала и ръкавици, с отделно сортиране и извозване на мръсно бельо и отпадъчни материали.

- Специфични изисквания за тясноспециализирани ХО/клиники.

### 3. Операционна зона (зали, блок).

- Операционната зала се разполага в изолирана, но удобна за комуникация територия на болницата. При наличие на повече от едно отделение/клиника с хирургичен предмет на работа се препоръчва формирането на операционен блок, концентриращ персонал и дейности с еднопосочни изисквания.

- Всяко хирургическо отделение/клиника разполага най-малко с две операционни зали - за асептични и за септични операции.

- Операционната зона или блок включва:

# операционни зали. Всяка зала е с два входа/изхода, водещи към помещение за преданестезиологична подготовка на болния и помещение за подготовка на хирургичния екип;

# помещение за подготовка на хирургичния екип, оборудвано с 2-3 мивки с течаща студена и топла (до 800) вода с кранове, задвижвани с лакет, крак или фотоклетка; шапки и маски, огледало;

# помещение за преданестезиологична подготовка на болния с излази на инсталации за кислород, да състен въздух и за аспирация; мобилна лежача количка; консумативи за подготовка на болни (сонди, катетри, венозни канюли, тръби за интубация); количка с медикаменти за увод в анестезия и релаксация;

# стая за следоперативно събуждане, оборудвана с мобилни болнични легла, монитори за контрол на жизнените функции, излази на инсталации за кислород, състен въздух и аспирация;

# помощни помещения: съблекални за мъже и жени, стая за почивка на операционния персонал, канцелария за писане на оперативни протоколи и други документи, складове за инструменти, консумативи, дезинфектанти, операционно бельо, мръсно операционно бельо и др., коридори, стая за миене на хирургични инструменти и съдове; помещения за стерилизация и за преносима апаратура.

Операционният блок трябва да разполага задължително с:

# комбинирано осветление в операционните зали. Общото осветление трябва да осигурява до 40% от необходимата осветеност. Локалното осветление се осигурява от операционна лампа с най-малко 3 бренера, всеки от които с мощност 100 вата;

# аварийно резервно осветление (чрез бързодействащи мотор-генератори или светлинен източник с акумулиращи батерии), осигуряващи 40% от осветеността при нормални условия;

# бактерицидни облъчвалети за всяка операционна зала, помещение за преданестезиологична подготовка и за подготовка на хирургичния екип, стая за събуждане на болните, стая за миене на инструменти и съдове;

# източници на електричество (“шуко”-контакти) 5 до 10 във всяка операционна зала);

# излази за кислород, за сгъстен въздух, за двуазотен окис, за аспирация - най-малко по един за всяка операционна маса в помещението за презанестезиологична подготовка и за всяко легло в стаята за събуждане на болни;

# самостоятелна проточно-смукателна въздухо-преработваща система за проветряване на всяка система за отвеждане извън сградата на издишваните от болния газове (задействана със сгъстен въздух с остатъчно налягане 0,5 Мра). Силно се препоръчва разполагането на климатична инсталация в целия операционен блок или във всяка операционна зала поотделно;

# препоръчва се наличието на самостоятелен отоплителен кръг;

# силно се препоръчва разполагането на система за фото- и видеодокументация на извършваните операции;

# компютър за оформяне на документите за извършваните операции.

- В операционната зона трябва да бъде разгъната система за вътрешни и външни комуникации - както между операционните зали, така и с външни звена за диагностика, консултации, снабдяване и пр.

- Операционният блок ползва централна стерилизация, но разполага и с допълнителен стерилизатор за малки обеми.

- В операционния блок се спазват правилата за асептика и антисептика.

# всяка операционна зала се почиства, измива и дезинфекцира текущо след всяка операция, а веднъж седмично се подлага на щателно почистване и дезинфекция.

# след извършване на септична операция операционната зала се подлага на цялостно почистване, измиване и дезинфекция, като се прекратява ползването ѝ за нови операции до завършване на процедурата.

# апаратурата и техниката в операционните зали се почиства и дезинфекцира ежедневно (операционни маси, лампи, електрокаутери, анестезиологичен апарат и количка, транспортни колички, допълнителна апаратура за диагностика и операции);

# в операционния блок персоналът влиза и работи само със специално облекло и обувки;

# след всяка операция хирургичните инструменти подлежат на механично почистване и измиване, след което се стерилизират;

# асептиката и антисептиката се контролират периодично (ХЕИ, вътреболничен контрол).

На периодичен контрол подлежат ръцете на хирургичния екип след измиване, а

персоналът на операционния блок - за заразноносителство.

- Достъпът до операционния блок е ограничен. Право да влизат в него имат: постоянно работещия персонал; членовете на хирургичния и анестезиологичния екип; повикани консултанти; пациенти за операция.

- Потокът на движение на персонала се регулира и регламентира. Силно се препоръчва:

# напусайки операционния блок персоналът от операционния блок да бъде принуден да мине отново през съблекалнята за подмяна на операционните дрехи и обувки (калцуни);

# посоката на движение на болния да бъде: през санитарно-пропускателен вход се поема от персонал на операционната, който го довежда до предоперационното помещение за анестезиологична подготовка; след завършване на подготовката и интубация болният се въвежда в операционната зала; след завършване на операцията се извежда в зала (стая) за събуждане в рамките на операционния блок; следва извеждане към реанимационно отделение, чийто персонал поема пациента от изхода на операционния блок.

- Оборудването във всяка операционна зала включва:

# операционна маса, отговаряща на специфичните изисквания, възникващи от типа на извършваните хирургични намеси;

# операционна лампа - основна, осигуряваща концентрирано осветление на операционното поле;

# сателитно осветително тяло, вкл. подвижна лампа;

# електрокаутер;

# система за аспирация - централна, както и чрез допълнителна вакуумна помпа;

# хирургичен инструментариум, специфичен според вида на изпълняваната оперативна намеса;

# анестезиологичен апарат;

# хирургически и анестезиологични консумативи, превързочни материали.

#### Допълнително и специализирано оборудване

# силно се препоръчва наличието на рентгенов апарат за интраоперативна диагностика и контрол (холангиография, ангиография, положение на катетри и др.);

# друга специфична апаратура за тясноспециализирани области на хирургията.

- Ползването на апаратурата и контрол върху нея.



### III. Стандарти за персонала, извършващ хирургични дейности.

#### ХО / Клиника

- ХО се ръководи от началник - хирург с придобита специалност по хирургия, професионален стаж над 10 години и достатъчен клиничен опит. Началник на хирургическа клиника е специалист-хирург, хабилитирано лице, с професионален стаж над 15 години. Ръководителят на специализирано хирургическо отделение/ клиника трябва задължително да е придобил профилна тясна хирургическа специалност.

- В ХО/Клиника работят дипломирани лекари с или без придобита специалност. Съотношението между хирурзи с придобита специалност и обучаващи се (специализанти) не трябва да надвишава 50:50%. Броят на хирурзите, работещи в отделението (клиниката) трябва да се определи оптимално на базата на:

# брой обслужвано население;

# осигуряване на тричленен хирургичен екип за всяка операционна маса ежедневно;

# кадрово осигуряване на приемни кабинети (кабинети);

# кадрово осигуряване на дежурни лекари (дневен и нощен) с последваща почивка, полагаща се по КТ;

# осигуряване на спешна и специализирана хирургическа помощ;

# учебна натовареност на хирургически клиници в рамките на медицински университет.

- В хирургически отделения на областни болници задължително се стимулира придобиването на втора тясна специалност от хирурзи с трудов стаж по обща хирургия над 8 години с оглед по-компетентното и комплексно изследване и лечение на хирургично болните. Създаването на тясно специализирани клиници е препоръчително в университетски и национални центрове.

- За качествени медицински грижи за болните се препоръчва съотношение 1:2 между лекарски и сестрински персонал в ХО/Клиника. Медицинските сестри са с висше, полувисше и средно специално образование. Препоръчително е допълнителното повишаване на квалификацията в специализирани курсове. Допълнително обучение и квалификация са задължителни при работа в тясно специализирани отделения/клиници.

- Лекарският и сестринският персонал осигуряват комплексни и цялостни грижи за пациентите по отношение на диагностични изследвания, медикаментозно и оперативно лечение, предоперативни и следоперативни грижи и процедури, диетичен и рехабилитационен режим и процедури.

- Медицинската сестра в ХО/клиника ежедневно наблюдава общото състояние на болния, притежава компетентност да превръзва оперативните рани и да оценява

тяжното състояние, да следи основни параметри в пред- и следоперативния период (пулсова честота, температура, честота на дишането, диуреза, обем и вид на изтичащите течности през дренажи, перназална сонда, катетри), регистрира резултатите и сигнализира лекар при отклонение от нормата.

- Младшият медицински персонал (санитари) няма достъп до леглото и храната на болните. Той изпълнява задачи, свързани с хигиенно-санитарното обслужване и технически задачи, възложени от медицинска сестра или лекар.

### **Операционна зона**

- Операционната зона (зали, блок) се ръководи от началник. Той е лекар-специалист със специалност по хирургия или по анестезиология и интензивно лечение. Носи отговорност за организацията на работата, реда и дисциплината, спазването на асептиката и антисептиката. В малки болници с една или две операционни зали се определя отговорник за операционната зона на функционален принцип, подчинен пряко на началника на отделението.

- Във всяка операционна зона работи задължително поне една операционна сестра. Броят на необходимите операционни сестри се определя от:

# задължителна дневна осигуреност от две операционни сестри на една операционна маса в рамките на един работен ден (евентуално една операционна сестра и един помощник).

# задължително осигуряване на една до две операционни сестри на операционна маса в хирургични звена, осигуряващи 24-часова спешна помощ;

# желателно е осигуряване на операционна сестра на разположение за повикване при спешни състояния.

- В операционния блок задължително работи помощен персонал. Силно препоръчително е функциите по санитарно-хигиенната поддръжка, дезинфекцията на операционните зали между две операции, изхвърлянето на нечисти и отпадъчни материали, сортирането на мръсно операционно бельо - да се извършва от отделно чистаческо звено (вкл. от външна за болницата фирма).

### **Хирургичен екип**

- Оперативната намеса се осъществява от хирургичен екип. Той включва: хирург-оператор, който е ръководител на екипа, асистент или асистенти и операционна медицинска сестра.

- Броят на членовете на хирургическия екип се определя от обема и сложността на осъществяваната оперативна намеса. При малка по обем и сложност операция (малка хирургия) е достатъчен екип, включващ хирург-оператор и операционна сестра. При намеси със среден обем и сложност (средна хирургия) е задължително

включването на един асистент и препоръчително - на втори. При операция от обсега на "голямата" хирургия и със високоспециализиран характер е задължително включването на двама асистенти и желателно ползването на помощта на трети.

- При операции с голям обем и високоспециализирани е възможно по искане на оператора да се формира втори хирургичен екип за едновременна работа в две оперативни полета, както и ползването само на втора операционна сестра.

- Към хирургическия екип принадлежи задължително член на операционния персонал, който изпълнява помощни функции - съдействие при обличане на операционни дрехи от хирургичния екип, подаване на допълнително необходими хирургични инструменти, материали и консумативи, подаване на разтвори, медикаменти, контрастни вещества и др. за интраоперативна употреба, повикване на консултанти, лаборанти и други необходими специалисти. Тези функции обичайно се изпълняват от санитар. Желателно е те да бъдат поети от медицинска операционна сестра, която да извършва регистрацията във формуляр на употребените материали и консумативи с цел осчетоводяването им и прецизиране на икономическите разходи през НЗОК.

- Хирургическият екип осъществява една операция от извършването на оперативния разрез до финалното зашиване на оперативната рана, налагането на превръзка и стерилното отвеждане на дренажи. Допълването на хирургическия екип с асистенти по време на операция е задължително при прехождането ѝ от по-лека към по-тежка категория и обем. Смяната на хирурга-оператор по време на хирургичната намеса е недопустимо, освен по медицински показания или извънредни обстоятелства.

- Хирургичният екип извършва оперативна намеса в оборудвана съгласно нормативите операционна зала, в сътрудничество с анестезиологичен екип.

- Операторът - ръководител на хирургичния екип, е хирург с призната специалност по хирургия, респ. и с призната допълнителна тясна специалност, с клиничен опит и професионална квалификация. Той носи цялата отговорност за провежданата операция. Функциите на "оператор" могат да бъдат поети от друг член на хирургичния екип с по-ниска квалификация, но само с разрешение на старшия по стаж основен оператор, в негово присъствие и под негова асистенция, при оценка на сложността на операцията, конкретната оперативна ситуация и професионалните възможности на втория оператор. При това носителят на отговорността за изхода от операцията не се променя.

- Специализиращ лекар-хирург, който не е получил права по основната специалност "Обща хирургия" или по някои от тесните хирургични специалности, е равностоен член на хирургическия екип. Той работи като асистент или оператор в рамките на своята компетентност, но под задължителното ръководство и контрол на хирург-оператор с призната специалност, явяващ се ръководител на хирургическия



екип.

- Операционната сестра е медицинска сестра с опит и квалификация по хирургия или по тясноспециализирана област на хирургията. Тя познава хода на операциите, подготвя и осигурява необходимите инструменти, консумативи и медикаменти, изпълнява нареждания на ръководителя на хирургическия екип. Тя е равностоен член на хирургическия екип.

- Специализиращ лекар – хирург е дипломиран лекар, набиращ и притежаващ клиничен опит и известна квалификация по клиничната специалност “Общо хирургия”, в процес на обучение или завършил цикъла на обучение, но без призната специалност.

- Специализиращия лекар-хирург работи под ръководството на хирург с призната специалност или на началника на ХО/хир. Клиника. Това ръководство се отнася към изискванията на ежедневната диагностично-лечебна работа; към участието в оперативна дейност като член на операционен екип или като хирург-оператор под наблюдение на хирурга-специалост; към цялостния процес на теоритична и практическа подготовка по специалността хирургия.

- Специализиращ в тясна хирургическа специалост лекар-хирург задължително има призната специалост по обща хирургия. В процеса на обучение и усвояване на тясната специалост той изпълнява под ръководство на хирург с призната диагностично-лечебни и оперативни дейности от областта на тази тясна специалост.

## **IV. Стандарти за организацията на работата в:**

1. Хирургична практика за доболнична помощ (кабинет)
2. ХО/Хирургична клиника.
3. Операционна зона

### **А. Прием на болни**

- Приеман кабинет
  - # местоположение, устройство;
  - # превързочна, кабинет за амбулаторни операции;
  - # оборудване: апарат за кръвно налягане, стетоскоп, негативоскоп, хирургични инструменти, превързочни материали, катетри, дренажи, лекарствен шкаф, стерилизатор и др.;
  - # лист на чакащите;
  - # комуникации и връзки на приемния кабинет с ХО/клиника;
  - # процедура по приемане на спешно болен.

### **Б. Предоперативен период:**

1. Клиничен преглед на хирургичния пациент.
  - а) Клиничен диагностичен преглед;
  - б) Клиничен преглед за оценка на оперативния риск:
    - определение за оперативен риск;
    - фактори, определящи оперативния риск.
2. Предоперативна подготовка - норми и правила:
  - хирургична;
  - преданестезиологична;
  - друга: кардиологична, антиалергична, противодиабетна и пр.
  - предоперативна подготовка на болен за спешна операция;
  - планиране на кръв и биологични продукти.
3. Психологическа подготовка за предстоящата оперативна намеса.
4. Подготовка на документи:
  - предоперативна епикриза;
  - предоперативно обсъждане;
  - оперативна програма.
5. Предоперативна профилактика:
  - а) антибактериална;
  - б) антитромботична;
  - в) друга.

## **В. Операция**

1. Срок на операцията.
2. Непосредствена предоперативна подготовка:
  - а) за анестезия на болния - в предоперационната стая;
  - б) подготовка на болния върху операционната маса, положение и пр.
  - в) подготовка на хирургичния екип - миене, облекло, ръкавици и пр.
3. Мониториране, контрол на жизнени показатели на болния.
4. Следоперативно третиране на болния в стая за събуждане.
5. Извеждане на болния от операционния блок и насочване по преценка към централна реанимация, следоперативно отделение или болнична стая.

## **Г. Следоперативен период**

- наблюдение в следоперативния период: локален статус, общо състояние, жизнени показатели, лабораторни отклонения;
- условия за изписване:
  - # при едnodневна хирургия;
  - # при малка, средна и високоспециализирана хирургия.
- контрол на пациента след изписване: краткосрочен, дългосрочен, диспансеризация.

### Клиничен преглед на хирургичен пациент

- Клиничният преглед на хирургичния пациент е специфична диагностична процедура, която има две цели:
  - – Клиничен диагностичен преглед /КДП/  
изяснява характера на заболяването, неговата органна локализация и топика, влиянието или засягането от основното заболяване на съседни органи и системи, необходимостта от оперативна намеса, нейният очакван обем, избора на оперативна техника, прогноза за очаквания резултат и изход;
- Клиничен преглед оценка на оперативния риск /КПООР/
  - Уточвяна общото състояние на пациента, наличието на придружаващи заболявания, шансовете да понесе необходимата анестезия и хирургическа намеса, в резултат на което се уточнява оперативният риск.
- Клиничният диагностичен преглед на хирургично болен като първи етап започва в доболнични условия. Той се провежда от фамилен лекар или специалист-хирург в доболничната помощ и е свързан с уточняване на възможностите за амбулаторно лечение.
- При изчерпване на диагностичните възможности на доболничната помощ, при

- уточнена насочваща или сигурна диагноза, представляваща показание за хирургична намеса, пациентът подлежи на хоспитализация /хирургия, вътрешно отделение, педиатрия и др./ за прецизиране на диагнозата и на необходимостта от операция.
- КДП се провежда от фамилен лекар, от доболничен специалист /вкл. Хирург/ или от болнични специалисти в приемен кабинет или след хоспитализация. След уточняване на диагнозата като показание за операция пациентът се насочва/превежда в ХО/хирургична клиника.
  - КДТ е неотменен етап от диагностичния процес, който включва следните основни компоненти:
    - # Анамнеза, насочена към уточняване на основното заболяване, неговата органна локализация, характеру разпространение/ангажиране на съседни органи и структури, наличието на спешни индикации за операция;
    - # Физикален преглед, насочен към уточняване на органната локализация на заболяването, неговото разпространение и/или ангажиране на съседни органи и структури, стадий при онкологично заболяване; симптоми, подкрепящи тезата за спешно състояние и/или спешни индикации за операция;
    - # Назначаване и провеждане на биохимични, микробиологични, вирусологични и други специализирани лабораторни изследвания, насочени към уточняване на основното заболяване и неговите усложнения;
    - # Назначаване и изпълнение на инструментални изследвания в обем, уточняващ характера на основното заболяване и неговите усложнения, прецизираш индикациите за операция, евентуалния необходим лечебен обем на операцията, възможните варианти на оперативна или алтернативно нехирургично третиране на заболяването;
    - # Провеждане на консултации със специалисти от други клинични специалности, насочени към уточняване на диагнозата, показанията за операция и условията за спешност.
  - КПООР е също неотменен, по правило успоредно протичащ диагностичен процес. Той може да бъде започнат от фамилен лекар или доболничен специалист, но представлява основно задължение на хирурга и анестезиолога при уточнени показания за операция и взето решение за извършване на планова или спешна хирургична намеса.
  - КПООР включва следните основни компоненти:
    - # Анамнеза, насочена към установяване на минали заболявания, придружаваща патология и повлияване на общото състояние от основното заболяване, имащи значение за правилна оценка на оперативния риск, вида и обема на предоперативната подготовка с цел максимално подобряване на

кондицията и осигуряване на успешен и безпроблемен завършек на хирургичната намеса.

# Физикален преглед, насочен към уточняване на данни за здравното състояние на пациента, за наличието на придружаващи заболявания или повлияване на статуса от основното заболяване или минали страдания.

# Назначаване и провеждане на биохимични и други лабораторни текстове, на инструментални изследвания и консултации със специалисти от други клинични специалности, за да се обективизира здравното състояние на пациента с оглед правилната оценка на оперативния риск.

- Стандартният КПООР включва задължителни консултация с кардиолог, а за деца до 16 г – и/или с педиатър. Този процес завършва с преданестезиологичен преглед/консултация с оценка на оперативния риск /по скалата ASA – American society of Anesthesiologists, или друга възприета система/ и изграждане на становище за безопасността, индикациите и контраиндикациите на предстоящата анестезия, планиране на възможните анестетични техники и средствата за тяхното провеждане.
- Окончателната преценка на оперативния риск се прави от хирурга-оператор /при условия на спешност/ и/или от лекарски хирургичен колегиум. Тази преценка се съгласува с анестезиолог, а при наличие на специфични индикации – и с други специалисти – клиницисти /лекарски консилиум/.
- Заключителната оценка на оперативния риск се съобщава и обсъжда с пациента и неговите близки. При отказ от операция заради висок оперативен риск е необходимо информираното съгласие на пациента, както и препоръки за възможното поведение и лечение, риска за живота, възможните усложнения, прогноза за изхода от болестта, евентуално препоръка за оперативно лечение само в условия на спешност.
- При индикации за операция и вземане на решение за извършване на такава се изисква назначаване и провеждане на лечебни мероприятия – подготовка за операция с цел осигуряване на оптимално здравно състояние на пациента и снижаване на оперативния риск. Подготовката за операция включва назначение от консултанти лечебни, физиотерапевтични и други средства и мерки по отношение на:
  - а) с оглед предстоящата анестезия – предоперативна подготовка и премедикация в съответствие с раздел 1.2. Клиничен преглед и подготовка на пациент за анестезия от Национален стандарт “Анестезия и интензивно лечение”.
  - б) Кардиологична подготовка, лечение на сърдечно-съдови заболявания, профилактика на кардиологични усложнения; тромбоемболична профилактика и лечение;

- в) антибактериална профилактика и лечение, саниране на придружаващи заболявания и усложнения с възпалителен характер, профилактика на сепсис;
- г) антиалергична подготовка при анамнестични данни и след предходно тестване;
- д) друга специфична подготовка, свързана с предходно заболяване на орган или система /дихателна, урогенитална, нервна система и др./ или с ендокринно заболяване /захарен диабет, тиреотоксикоза, други/.
- Всички факти и заключения, установени в резултат на КДП и КПООР, планът за предстоящата операция и възможните варианти за оперативно поведение /вкл. алтернативни способи/, възможните рискове, странични явления и усложнения /интра- и следоперативни/, необходимостта от анестезия и използване на кръв и кръвни продукти с техния допълнителен риск и възможни усложнения, както и очакваният изход от болестта и от операцията се съобщават и обясняват на болния по достъпен и разбираем от него начин устно и в писмена форма /стандартен или специализиран формуляр/. Пациентът удостоверява в писмен вид с подписа си своето “Информираносъгласие за предстояща операция”, а ако е непълнолетен това съгласие се удостоверява от родител/родителите. Тази норма не включва пациентите в състояние на безсъзнание, на нарушено съзнание или друга допусната от закона причина, вкл. при условия на спешност, когато е допустимо съгласието на кръвен роднина от първа линия или операция без “Информирано съгласие”.
  - Резултатите от К:ДП и КПООР се вписват в “Предоперативна епикриза”. Тя представлява документ с медико-легална стойност и е част от “Историята на заболяването”. Предоперативната епикриза при спешни състояния се попълва от хирурга-оператор, като обосновава показанията за спешна операция и вероятния ѝ вид. При планови операции Предоперативната епикриза се докладва и обсъжда на лекарски колегиум, а колективно взетото решение и оценка на оперативния риск се вписват от лекуващия лекар.
  - Предоперативната епикриза включва титулна част /трите имена, възраст, и.з. № и дата/, предоперативна диагноза; данни от анамнезата и физикалния статус в подкрепа на основното и придружаващите заболявания; резултати от биохимичните, инструменталните и други изследвания; списък на проблемите, покачващи оперативния риск; препоръки за предстоящата операция /обем, избор на поведение, интраоперативна диагностика, профилактични мерки срещу очаквани усложнения/. При онкологични заболявания се отразява хистологичната диагноза, предоперативния стадий на болестта, оценка на операбилността.

- Седмична и/или дневна оперативна програма
  - а) за планови операции;
  - б) при наличие на спешни операции /операция/
- Оперативен протокол - съдържание
  - – порядък
  - - схеми
- Предоперативна епикриза - задължителна!
  - - уточнява дигноза
  - - вероятен избор на операция
  - - оперативен риск
  - - подготовка
- И.з. и друга документация
- Хистологична диагноза
- Всяка операция се изпълнява под обезболяване /анестезия/:
  - а) местно – владее се и се изучава от хирург
    - - общ контрол от анестезиолога
  - б) обща анестезия – според Националните стандарти за АИЛ, но след съгласуване с хирурга относно:
    - – задачите на операцията;
    - – очакван обем на операцията и кръвозагуби;
    - – общото състояние на болния;
    - – предоперативни заболявания
    - – оценка на общия и оперативния риск;
    - - условия за работа и оборудване в операционния блок;
    - - спешни състояния.
- Оперативният риск се определя съвместно от участниците в операцията:
  - – анестезиолог и екип;
  - – хирург-оператор и екип;
  - – други специалисти има консултативно мнение, но не решаващ глас.

#### Място за провеждане на операция

- Операция (хирургична намеса) се изпълнява в обособени територии на лечебните заведения:
  - а) кабинет за доболнична хирургична помощ;
  - б) приемен кабинет на ХО/хир. Клиника;
  - в) обособена операционна стая /зала/ и/или отделение /стаи за пред- и следоперативен престой на оперирани/ за амбулаторна и едnodневна хирургия;

- г) операционна зона /операционна зала или зали, операционен блок/.
- Мястото за извършване на хирургична намеса осигурява оборудване, хирургически инструментариум, консумативи, пространствени, комуникационни и санитарно-хигиенни условия за безпроблемно извършване на операция с необходимия обем и сложност.
  - Териториално мястото, където се извършва хирургичната намеса трябва да позволява безпроблемно транспортиране от подготвителна стая /зала/ и към стая /зала/ за възстановяване от анестезия, към клинично звено за интензивно лечение или към болнична стая в хирургичен стационар.
  - Анестетичната техника “Местна анестезия” – инфилтрационна и проводна, се изпълнява от хирурга-оператор в зоната на операционното поле. Преди извършването на местна анестезия скарификационен тест за чувствителност /алергия/. При анамнестични данни за алергия се извършва алергологично тестване от алерголог и се провежда назначената предоперативна подготовка. При спешни случаи алергологичната подготовка е краткотрайна, а анестезиологът провежда анестезия под защита на кортизонови препарати.
  - Изборът на анестезия е задача на анестезиологичния екип в съответствие с Национален стандарт “Анестезия и Интензивно лечение”.
  - Всички болни, подложени на оперативна намеса в операционна зала, подлежат на предоперативен, интраоперативен и следоперативен контрол и наблюдение в обем, определен от Национални стандарти “Анестезия и Интензивно лечение”. Същото се отнася и за амбулаторни операции, чийто обем според хирурга-оператор изисква участие и/или контрол от анестезиологичен екип.
-



## **V. Стандарти за оборудване, необходимо за изпълнение на рутинни и специфични хирургични дейности.**

1. Оборудване в доболнична хирургична практика.
2. Оборудване в болнично ХО/клиника.
3. Оборудване в тясноспециализирана ХО/клиника.
  - хирургичен инструментариум;
  - апаратура и техника за мониториране и лечение;
  - оборудване на операционна зала за обща хирургия и особености в тясно специализирани ХО/клиники;
    - оборудване за интраоперативна диагностика;
    - технически изисквания за контрол и безопасност на апаратурата;
    - стерилизация: централна, локална;
    - хирургични консумативи и други материали.

## **VI. Стандарти, критерии и показатели за качество на хирургичните дейности**

- общ брой операции, оборот на една операционна маса за денонощие;
- разпределение на операциите по обем и сложност (малка, средна, голяма, високоспециализирана, едnodневна хирургия);
- професионална квалификация и контрол върху нея;
- ефикасност и ефективност на диагностичната работа;
- ефикасност и ефективност на медикаментозното лечение;
- ефикасност и ефективност на оперативното лечение;
- допуснати усложнения и леталитет;
- грижи за болния;
- контрол на асептиката и антисептиката;
- ВБИ, нозокомиални раневи инфекции.

## **VII. Стандарти за права и задължения на хирургичния пациент.**

1. Правата на пациента се уреждат от Хартата за правата на пациента, приета от БЛС, чл. 22 и 23 на Наредба № 29 на МЗ, както и ежегодно в едноименния раздел на Националния рамков договор, подписан между МЗ, НЗОК и БЛС.
2. Хирургичният пациент има право да бъде подборно запознат с всички етапи от диагнозата и лечението си.
3. Хирургичният пациент декларира писмено своето “информирано съгласие” в стандартизиран за страната документ, който може да бъде допълван в болници или клиници според спецификата на тяхната дейност.
  - 4.1. Изпълнение на лабораторни /биохимични/ тестове и инструментални диагностики, изследвания след разясняване на необходимостта и ползата от тях, рисковете за усложнения, приноса им за диагнозата или за определяне на лечебното поведение.
  - 4.2. Ползване и преливане на кръв и кръвни продукти /пълноценна кръв, Ег маса, Тг маса, нативна плазма, суха плазма, хуманалбумин, антихемофилна плазма, фибриноген и др./ след разясняване на показанията/необходимостта от тях, приноса им за предоперативната подготовка, необходимостта от тях по време на операцията или за третиране на възможни усложнения, рисковете от тяхното приложение /алергия, трансмисивни инфекции и др./.
  - 4.3. Осъществяване на анестезия, вида на анестезията и възможността от преход от местна към съчетана или обща, рисковете от анестезията и средствата за тяхното предотвратяване.
  - 4.4. Естество на заболяването, от което боледува, настъпили или очаквани усложнения в развитието на болестта, риск от болестта, необходимостта от лечение и вида на това лечение и очаквания изход от лечението в различни варианти, ако такива са възможни.
  - 4.5. Показанията за операция, възможните варианти за оперативно лечение, обем на операция, оценка за оперативния риск с анализ на факторите, които го повишават /възраст, онкологично заболяване, придружаващо заболяване и др./ риск от операцията и възможни следоперативни усложнения, очакван изход от лечението и прогноза.
  - 4.6. Съгласие за донорство на органи и тъкани.
5. Хирургичният пациент е длъжен:
  - поддържа добра лична хигиена;
  - да спазва строго лекарските препоръки за предоперативен режим, диета и подготовка;
  - да осведомява лекуващия лекар и медицинския персонал за болестни

- състояния, носещи риск за хирургическия екип /СПИН, хепатит и др./;
- да осведомява лекуващия лекар за заболявания, повишаващи допълнително оперативния риск /алергия, фамилна обремененост, придружаващи заболявания, преживяни рискови инциденти и др./.

## **VIII. Стандарти за обем на диагностичните възможности при хирургично болен.**

### **A. Необходими диагностични възможности за първо ниво:**

1. Биохимични изследвания: ПКК, СУЕ, време на кървене и съсирване, кръвна захар, кръвна урея и креатинин, пълно изследване на урина.
2. Обзорна рентгенография на гръден кош и сърце, на корем.
3. Ултразвуково изследване.
4. ЕКГ.

### **B. Необходими диагностични възможности за второ ниво:**

1. Биохимични изследвания - пълна биохимия.
2. Микробиологична лаборатория.
3. Рентгенови: обзорна графия на гръден кош и корем; контрастни изследвания на ГИТ, на бъбреците.
4. Ендоскопия - горна, долна.
5. Цистоскопия.
6. Патоморфологична лаборатория, възможности за спешно биопсично изследване (гефрир).
7. Ултразвукови изследвания.
8. ЕКГ.
9. Интраоперативна диагностика§
  - рентгенографска (ангиография, холангиография, негативна снимка, фистулография и др.);
  - гефрир.

### **B. Необходими диагностични възможности за трето ниво:**

1. Биохимични изследвания - пълна биохимия.
2. Специализирани изследвания: туморни маркери, изследване на хормони и др.
3. Изследване на хемостазелогичния статус.
4. Микробиологична лаборатория, вкл. за изследване на анаероби.
5. Вирусологична лаборатория.
6. Имунологична лаборатория.
7. Рентгенови изследвания: обзорни, контрастни, ангиографии и др.
8. Компютърна томография, ядрено-магнитен резонанс.
9. Ендоскопия и ендоскопски манипулации:
  - горна с биопсични изследвания;
  - долна с биопсични изследвания;
  - ендоскопска ретроградна холангиопанкреатография;

- възможност за ендоскопска хемостаза (медикаментозна, лазер, аргон);
  - бронхоскопия с биопсия и лаваж;
  - цистоскопия;
10. Ултразвуково изследване на корем, гръден кош, ретроперитонеално пространство, урогенитална система, щитовидна жлеза, ендолуменна.
11. Доплер-сонографско изследване на кръвоносни съдове.
12. Сцинтиграфия.
13. Патоморфологична лаборатория с възможност за гефрир, цитологична лаборатория.
14. Тънкоиглена биопсия и диагностични пункции - перкутанни, под ехографски или КТ контрол.
15. ЕКГ, ехокардиография.
16. Специализирани инструментални изследвания.
17. Интраоперативна диагностика:
- рентгенографска (вж. горе);
  - ендоскопска (гастродуоденоскопия, холедохоскопия, ректоскопия, фиброколоноскопия, лапароскопия, бронхоскопия, токароскопия, цистоскопия и др.);
  - гефрир, цитология;
  - видеоасистирана диагностика;
  - интраоперативна ехография, вкл. ендолуменна.

## **IX. Стандарти за интердисциплинарни контакти и дейности при лечение на хирургично болни.**

Интердисциплинарни контакти, наложителни при хирургични пациенти:

### **Задължителни:**

- специалист по анестезиология и интензивна медицина;
- кардиолог;

### **По показания:**

- рентгенолог;
- ендоскопист по профили;
- ехографист;
- специалист по клинична лаборатория;
- хемостазаеолог;
- гастроентеролог;
- нефролог;
- уролог;
- пулмонолог;
- гинеколог;
- педиатър;
- невролог;
- ендокринолог;
- химиотерапевт /лъчетерапевт.
- профилирани тесни специалисти по хирургични области.
- микробиолог;
- катоморфолог, цитолог.

### **А. Необходими възможности за интердисциплинарни контакти и дейности на първо ниво:**

- стандартна консултация с кардиолог;
- стандартна консултация с анестезолог;
- специализирана консултация с педиатър.

### **Б. Необходими възможности за интердисциплинарни контакти и дейности на второ ниво:**

- стандартна консултация с кардиолог;
- стандартна консултация с анестезиолог;
- специализирани консултации с педиатър, профилиран интернист, ехографист, рентгенолог, химиотерапевт / радиолог или друг клиницист;
- специализирана консултация с патоморфолог.

### **В. Необходими възможности за интердисциплинарни контакти и дейности на**

**трето ниво:**

- стандартни консултации с (вж. горе)
- специализирани консултации (вж. горе)
- високоспециализирани консултации и съвместни хирургически дейности (тясно профилиран специалист - хирург, уролог, гинеколог и др.);
- специализирана консултация с рентгенолог, ехографист, ендоскопист, хемостазеолог, микробиолог, патоморфолог.



## **Х. Стандарти за обем на хирургичните дейности.**

### **1. Операции с малък обем и сложност , “малка” хирургия.**

- включват операции, чието осъществяване не изисква по принцип обща анестезия, а може да се осъществи под местна упойка или спинална/епидурална анестезия;

- операциите могат да бъдат осъществени в амбулаторни условия или при непродължителна хоспитализация;

- включват се заболявания на кожата и подкожието; корекция на цикатрикс; малки доброкачествени тумори на телесните обвивки; ограничени инфекции на кожа; подкожие и по-дълбоко лежащи тъкани; обработка и корекция на рана;

- могат да бъдат извършени самостоятелно от хирург с или без специалност или от двучленен хирургичен екип (хирург-оператор, операционна сестра).

### **2. Операции със среден обем и сложност, “средна” хирургия.**

- включват се операции, чието извършване изисква обща анестезия, но е допустимо използването на спинална/епидурална или локална инфилтрационна;

- извършват се винаги след хоспитализация, а следоперативният контрол е наложителен;

- осъществяват се от хирургичен екип с участието на хирург-специалист в качеството му на оператор или асистент. Хирургичният екип включва: оператор, асистенти (един или двама), операционна сестра;

- включват се заболявания на отделни органи или на части (сегменти) от телесна система.

### **3. Операции с голям обем и сложност, “голяма” хирургия.**

- включват се операции, чието осъществяване изисква задължително обща анестезия, както и прецизно мониториране на основните жизнени функции;

- операциите изискват задължителна хоспитализация, а следоперативното пролежаване в отделение за интензивно лечение е задължително;

- осъществяват се от хирургичен екип в състав: оператор, асистенти (2 или 3), операционна сестра. Операторът задължително е хирург с призната специалност (обща или тясна);

- извършват се при заболявания, изискващи отстраняването на цял орган или на по-голямата част от него, заместване с пластичен или изкуствен материал; намеса върху повече от един орган в един етап .

### **4. Операции с голям обем и голяма сложност, високо специализирана хирургия.**

- включват се операции, осъществяването на които изисква обща анестезия, прецизно мониториране, както и допълнително оборудване;

- операциите изискват задължителна хоспитализация, престоят в интензивно отделение е задължителен, предоперативно и следоперативно са необходими специфични и специализирани грижи, манипулации и лечение;

- осъществяват се от хирургичен екип в състав: оператор, асистенти (2 или 3), операционна сестра (1 или 2). Операторът е хирург с призната специалност и висока квалификация. Възможно е да има необходимост от допълнителен специализиран екип за поддръжка и обслужване на функция (функции);

- осъществяват се в ограничен брой специализирани клинични центрове в страната;

- извършват се при заболявания, изискващи отстраняването на цял орган или на по-голямата част от него, заместване с пластичен или изкуствен материал; намеса върху повече от един орган в един етап; трансплантация на органи.

**5. Еднодневна (амбулаторна) хирургия** - включва оперативни намеси от малката и средната хирургия, чийто обем позволява изписване на пациента в добро общо състояние, след излизане от анестезия, при краткотраен болничен престой (под 24 часа).

## **XI. Стандарти за разрешен обем на дейности в съответствие с нивото на оборудване, диагностични възможности, кадрова осигуреност и компетентност, интердисциплинарни контакти и партньори**

Обемът на хирургичните дейности, които могат да се извършват в едно ХО/клиника, зависят от:

### **1. Оборудване**

- а) на операционна зала - стандартно
  - специализирано
- б) хирургичен инструментариум - стандартен
  - специализиран
- в) необходимата допълнителна диагностична апаратура и техника - предоперативна, интраоперативна.

### **2. Кадрова осигуреност:**

- оператор - хирург със специалност “обща хирургия”, респ. тясна специалност;
- минимален брой хирурзи за ХО - 5 души, от които поне един със специалност;
- щатен анестезиолог.

**3. Възможности за интердисциплинарни контакти и партньори - в три нива (вж. глава IX).**

**4. Възможности за преоперативна и интраоперативна диагностика - в три нива (вж. глава VIII).**

**5. Възможности за избор на необходимата анестезия.**

**6. Възможности за водене на следоперативния период в интензивен сектор към ХО/клиника или в централно отделение за интензивно лечение към болницата.**

### **A. Хирургични намеси с малък обем и сложност, “малка” хирургия.**

- Изпълними в операционна зала на ХО/клиника, съгласно Списък на намеси с малък обем и сложност;
- Манипулациите, залегнали в Минимален пакет хирургични дейности, се изпълняват в доболен хирургичен кабинет;
- Оборудване на операционна зала - стандартно;
- Хирургичен инструментариум - стандартен;
- Изпълнява се самостоятелно от хирург или от хирургичен екип - оператор и операционна сестра;
- Диагностични възможности - I ниво;
- Не необходима допълнителна диагностична апаратура и техника;

- Педооперативни консултации - I ниво;
- Аестезия - локална инфилтрационна, след предварителна проба за алергия;
- Следооперативен престой - не е необходим или е краткотраен, на болнично легло.

**Б. Хирургични намеси със среден обем и сложност, “средна” хирургия.**

- Изпълняват се само в операционни зали на ХО/клиника, съгласно Списъци на намеси със среден обем и сложност;
- Оборудване на операционната зала - стандартно. Специфично оборудване е необходимо при ...
- Хирургичен инструментариум - стандартен. Специфичен инструментариум е необходим при ...
- Диагностични възможности - II ниво. Допълнителни диагностични възможности са необходими при ...
- Преоперативни и интраоперативни консултации - II ниво.
- Анестезия - обща инхалационна, невролептаналгезия, спинална/епидурална, локална, комбинирана;
- Следооперативен престой - задължителен, на легло в ХО/клиника или в следооперативно интензивно отделение.

**В. Хирургични намеси с голям обем и сложност, “голяма” хирургия.**

- Изпълняват се в операционни зали на ХО:клиники, съгласно Списъци на намеси със голям обем и сложност обем и сложност.
- Оборудване на операционните зали.  
Стандартно при ...  
Специфично оборудване е необходимо при ...
- Хирургичен инструментариум.  
Стандартен при ...  
Специфичен инструментариум е необходим при ... и включва:...
- Диагностични възможности - III ниво.  
Допълнителни диагностични възможности са необходими при...
- а) предоперативно
- б) интраоперативно
- Предоперативни и интраоперативни консултации - III ниво.
- Анестезия: обща инхалационна
- Следооперативен престой - в следооперативен интензивен сектор към ХО/клиника или в общоболнично отделение за интензивно лечение.

**Г. Хирургични намеси с голям обем и голяма сложност, високоспециализирана хирургия.**

- Изпълняват се в операционни зали на ХО/клиники, съгласно Списъци на намеси за високоспециализирана хирургия.

- Оборудване на операционните зали

Стандартни при...

Специфично оборудване е необходимо при...

- Хирургичен инструментариум

Стандартен при

Специфичен инструментариум е необходим при... и включва ...

Специфични хирургични консумативи са необходими при... и включват...

- Диагностични възможности - III ниво.

- Допълнителни диагностични възможности са необходими при...

а) предоперативно

б) интраоперативно

- Предоперативни и интраоперативни консултации - III ниво.

- Анестезия: обща инхалационна.

- Следоперативен престой - в следоперативен интензивен сектор към ХО/клиника или в общоболнично отделение за интензивно лечение.

- Изпълняват се от хирург, респ. хирургичен екип с тясна специалност, висока квалификация и специфичен клиничен опит.

**Д. Намесите, подходящи за едnodневна (амбулаторна) хирургия са включени в отделен Списък и се изпълняват според обема си съгласно условията, залегнали в буква А и Б.**

**Е. Намесите, извършвани по спешност, са включени в отделен Списък и се изпълняват според обема и сложността си съгласно условията, залегнали в буква Б и В.**

## **Списък на операциите, извършвани по спешни индикации**

Да се разделят на II нива по сложност

а) самостоятелно извършване

б) необходимост за консултация или транспортиране

1. Трепанация
2. Трахеостомия
3. Торакоцентеза, токаротомия, хемостазни манипулации (шев на бял дроб, парцеална резекция)
4. Фенестрация на перикарда, шев на сърце.
5. Шев на диафрагма.
6. Силенектомия (при травма).
7. Шев на черен дроб, атипични резекции.
8. Шев на кух орган (стомах, черво).
9. Дренаж на холедоха.
10. Холецистектомия (при остър холецистит).
11. Сутура на язва (перфорация, кървене).
12. Резекция на язва.
13. Резекция на черво.
14. Апендектомия.
15. Хемиколектомия.
16. Резекция на сигма тип Harthmann.
17. Илеостомия, колостомия.
18. Обходни чревни анастомози.
19. Херниотомия (заклещена херния).
20. Съдов шев.
21. Емболектомия.
22. Други.

Забележка: Намесите, допълнени от тесни специалисти, ще бъдат разделени на две групи:

- а) хирургични намеси, извършвани от хирургичен екип с обща квалификация по хирургия;
- б) хирургични намеси, чието извършване налага:
  - намеса на тесен специалист - хирург;
  - спешна консултация от хирург с по-висока квалификация;
  - транспортиране в болнично заведение с по-големи диагностични и лечебни възможности.

## **XII. Стандарти за квалификация и компетентност на хирурга**

- Компетентност на хирурга - специализант, срок на обучение. План за обучение. Ръководство на обучението на специализанта.
  - # Вид и брой на операциите, които трябва да овладее хирургът по време на специализацията си.
- Компетентност на хирурга - специалист.
  - # Изпит за специалност. Диплом за придобита специалност. Права на специалиста - хирург. Ниво на хирургическа компетентност - в плановата хирургическа дейност, в областта на спешната хирургия, в областта на тесните специалности.
- Форми на обучение и повишаване квалификацията на хирурга - специалист.
  - # Квалификационни курсове, СДО, сертификат;
  - # Овладени нови операции и практическа опитност, сертификат;
  - # Лимит на операциите, които трябва да бъдат извършвани годишно, за да се поддържа нивото на опитност и компетентност;
  - # Контрол върху теоритичните и практически познания и компетентност. Система на обучение. Комисии за контрол. Нива на компетентност, обвързани със съответните отговорности и заплащане.

### **XIII. Стандарти за условия на работа и професионална защита на персонала, изпълняващ хирургични дейности.**

#### 1. Работно време и почивка:

- петдневна работна седмица до 40-часа;
- специфични условия на труд:
  - # повишена отговорност
  - # силно умствено напрежение
  - # физическо претоварване
  - # условия за интоксикации
  - # неустановено работно време по морално етични съображения и изисквания
  - # ниско заплащане на високо квалифициран труд.
- право на намалено работно време, работно време с променливи граници;
- извънреден и спешен труд;
- разпределение на работното време;
- годишна почивка.

#### 2. Професионална защита на хирурзите.

#### 3. Защита при професионални злополуки и заболявания:

- право за изследване на пациентите, подлежащи на оперативно лечение за трансмисивни по кръвен път инфекции (хепатит, СПИН, сифилис и др.);
- задължително изследване за СПИН на болния при:
  - # убождане /порязване на лекар/операционна сестра по време на операция и пряк контакт с биопродукти от болния;
  - # анамнестични данни, насочващи към вирусноносителство на СПИН;
  - # подозрения за клинична изява на СПИН.
- право на отказ за извършване на планова операция при:
  - # отказ на пациента да бъде изследван за опасна инфекция;
  - # липса на необходимите защитни средства, гарантиращи безопасна работа на персонала (ръкавици, защитни очила, престилки за еднократна употреба и др.);
- право на безплатно изследване, профилактика и лечение и трудоустрояване на хирургичен персонал, получил професионално заразяване и заболяване.



#### **XIV. Стандарти за обучение на хирурга и хирургичния персонал.**

- постоянна квалификация със следдипломни курсове;
- посещения на конгреси и научни прояви;
- изучаване на стандарти за добра клинична практика при лечение на хирургичните заболявания.
- допълнителна квалификация за повишаване на хирургичната компетентност, курсове и практическа опитност. Сертификат след контролен тест и практическа проверка за придобита опитност.

## **XV. Стандарти за добра клинична практика при лечение на хирургични заболявания.**

1. Обтурационен иктер.
2. Остър панкреатит.
3. Рак на колона.
4. Рак на ректума.
5. Малигнени лимфоми.