НАРЕДБА № 23 ОТ 18 НОЕМВРИ 2002 Г. ЗА УТВЪРЖДАВАНЕ НА МЕДИЦИНСКИ СТАНДАРТ "ЛИЦЕВО-ЧЕЛЮСТНА ХИРУРГИЯ"

Издадена от министъра на здравеопазването

*Обн. ДВ. бр.113 от 3 Декември 2002г.***,** *изм. ДВ. бр.65 от 20 Август 2010г.***,** *изм. ДВ. бр.91 от 19 Ноември 2010г.***,** *изм. ДВ. бр.32 от 8 Април 2014г.***,** ***изм. и доп. ДВ. бр.63 от 30 Юли 2021г.***

Член единствен. (1) С тази наредба се утвърждава медицинският стандарт "Лицево-челюстна хирургия" съгласно приложението.

(2) Дейността по лицево-челюстна хирургия се осъществява при спазване на стандарта по ал. 1 и се изпълнява от всички лечебни заведения, в които се осъществява дейност по лицево-челюстна хирургия.

Преходни и Заключителни разпоредби

§ 1. (Предишен параграф единствен - ДВ, бр. 65 от 2010 г.) Тази наредба се издава на основание чл. 6, ал. 1 от Закона за лечебните заведения.

§ 2. (Нов - ДВ, бр. 65 от 2010 г.) Указания по прилагането на тази наредба се дават от министъра на здравеопазването.

§ 3. (Нов - ДВ, бр. 65 от 2010 г., изм. - ДВ, бр. 63 от 2021 г.) Контролът по изпълнение на наредбата се осъществява от Изпълнителна агенция "Медицински надзор", регионалните здравни инспекции и органите на управление на лечебните заведения.

§ 4. (Нов - ДВ, бр. 65 от 2010 г.) За нарушение или неизпълнение на задълженията по тази наредба виновните лица се наказват по реда на Закона за лечебните заведения и Закона за здравето.

§ 5. (Нов - ДВ, бр. 91 от 2010 г., отм. - ДВ, бр. 32 от 2014 г., в сила от 01.01.2014 г.)

§ 6. (Нов - ДВ, бр. 91 от 2010 г.) Стандартните и специфичните оборудване и апаратура, посочени в приложението към член единствен, ал. 1, ако не могат да бъдат осигурени за всяка клинична структура, следва да бъдат осигурени в лечебното заведение в брой и по специфика, достатъчни за обезпечаване изпълнението на изискванията за компетентност и обем дейност на всяка от структурите по нива.

§ 7. (Нов - ДВ, бр. 91 от 2010 г.) (1) В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, определено с настоящия стандарт, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория - структура на друго лечебно заведение. В тези случаи

лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по лицево-челюстна хирургия.

(2) (Изм. - ДВ, бр. 63 от 2021 г.) В случаите по ал. 1, ако лабораторията е самостоятелна медико-диагностична лаборатория или структура от лечебно заведение за извънболнична помощ, тя следва да отговаря на изискванията за съответното ниво болнична структура по клинична лаборатория, определени с медицинския стандарт по клинична лаборатория.

НАРЕДБА № 23 ОТ 2002 Г. ЗА УТВЪРЖДАВАНЕ НА МЕДИЦИНСКИ СТАНДАРТ "ЛИЦЕВО-ЧЕЛЮСТНА ХИРУРГИЯ"

(ОБН. - ДВ, БР. 65 ОТ 2010 Г.)

§ 3. Навсякъде в приложението към член единствен думите "стоматолог", "стоматолози", "стоматологична" и "стоматологичен" се заменят съответно с "лекар по дентална медицина", "лекари по дентална медицина", "дентална" и "дентален".

Преходни и Заключителни разпоредби
КЪМ НАРЕДБА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 2 ОТ 2010 Г. ЗА УТВЪРЖДАВАНЕ НА МЕДИЦИНСКИ СТАНДАРТ "КАРДИОЛОГИЯ"

(ОБН. - ДВ, БР. 32 ОТ 2014 Г., В СИЛА ОТ 01.01.2014 Г.)

§ 25. Наредбата влиза в сила от 1 януари 2014 г.

Приложение към член единствен, ал. 1

(Изм. - ДВ, бр. 91 от 2010 г., изм. - ДВ, бр. 32 от 2014 г., в сила от 01.01.2014 г., изм. и доп. - ДВ, бр. 63 от 2021 г.)

МЕДИЦИНСКИ СТАНДАРТ "ЛИЦЕВО-ЧЕЛЮСТНА ХИРУРГИЯ"

1. Въведение

1.1. Обект на стандарта е медицинската специалност "Лицево-челюстна хирургия" (ЛЧХ).

1.2. Стандартът е изработен съобразно съществуващото законодателство в Република България, като за основа са ползвани утвърдените вече стандарти по специалността "Хирургия".

1.3. Хирургичното лечение по тази специалност се провежда в лечебни заведения за извънболнична помощ и основно в хирургично отделение или клиника в болница за

активно лечение с обособена операционна зона. Обемът на извършваната хирургична дейност в тях се определя от:

1.3.1. общопрофилен или профилиран (тясноспециализиран) характер на хирургичното отделение/клиника/болница;

1.3.2. брой, специализация, компетентност на лекарите/лекарите по дентална медицина - хирурзи, работещи на щат в звеното/болницата;

1.3.3. възможности на болницата за пред-, интра- и следоперативни диагностични изследвания;

1.3.4. оборудване на хирургичното отделение/клиника/болница и на операционните зали;

1.3.5. възможности за интердисциплинарни консултации, вкл. профилирани (тясноспециализирани) хирургически консултации и формиране на смесени хирургични екипи.

1.4. Тези фактори определят обема и сложността на оказваната хирургическа помощ на следните нива в лечебната мрежа:

1.4.1. лечебни заведения за извънболнична помощ;

1.4.2. болница за активно лечение;

1.4.3. (изм. - ДВ, бр. 63 от 2021 г.) специализирана болница за активно лечение по лицево-челюстна хирургия.

1.5. Медицинският стандарт по лицево-челюстна хирургия има за цел да формулира общовалидни норми, важащи за хирурзите, работещи независимо от обема на извършваната от тях оперативна дейност в посочените лечебни заведения за извънболнична и болнична дентална/медицинска помощ.

1.6. От изпълнението на основната цел произтичат следните задачи:

1.6.1. определяне периметъра на специалността;

1.6.2. определяне реда и начина на придобиване на специалността;

1.6.3. определяне местата за практикуване на специалността;

1.6.4. определяне на организацията на работа в посочените лечебни заведения за извънболнична и болнична помощ;

1.6.5. определяне нивата на компетентност в рамките на специалността;

1.6.6. определяне правата на пациента, подлежащ на хирургическо лечение, както и на медицинския и немедицинския персонал.

1.7. Нормите в медицинския стандарт са два вида:

1.7.1. норми със задължителен характер - по отношение на медицински дейности и структури на национално и регионално ниво; те формират адекватни по обем дейности, осигуряващи безопасността на пациента (диагностични методи, терапевтични методи, организационни структури, изисквания за оборудване, консумативи, лекарства и др.);

1.7.2. норми с препоръчителен характер - те дефинират определения, чието спазване осигурява по-високо качество на медицинската дейност; отразяват научнообусловена етапност във въвеждането на нови методи и оборудване, в квалификацията на кадрите, в зависимост от професионалната подготовка на персонала и финансовите възможности; препоръчителните норми се въвеждат след изпълнението на задължителните.

1.8. Лицево-челюстната хирургия е медицинска специалност, занимаваща се с диагнозата и лечението на група заболявания, при които използването на операция е задължително или потенциално възможно.

1.9. Лицево-челюстната хирургия обхваща познанията, техническите умения и преценки, необходими за адекватна диагностика и лечение на хирургичните болести в лицево-челюстната и шийната област. Научната база включва, но без да се ограничава само до тях, болестите на лицето, лицевите и челюстните кости и шията. Лицево-челюстната хирургия изисква задълбочени познания по анатомия, физиология, образна диагностика, органна функционална диагностика, инвазивни изследвания, предоперативно оценяване, постоперативно хранене и грижи, интензивни грижи, травматология, онкология, неврохирургия и др.

2. Базова характеристика на специалността "Лицево-челюстна хирургия"

2.1. Лицево-челюстната хирургия е медицинска специалност.

2.2. Специалистът по лицево-челюстна хирургия е лекар по дентална медицина, придобил специалността "Дентална, орална и лицево-челюстна хирургия", или лекар, придобил специалността "Лицево-челюстна хирургия" съгласно действащите нормативни актове.

2.3. Хирургът - специалист по лицево-челюстна хирургия, има право да извършва самостоятелни хирургични намеси в лицево-челюстната област и шията, както и в някои отдалечени райони на човешкото тяло, но в обем, съответстващ на придобитата компетентност (приложение № 1).

2.4. Лицево-челюстната хирургия обхваща обема от хирургични заболявания на лицето, лицевите и челюстните кости, зъбите и околозъбните тъкани, шията, както и пластично-възстановителните и реконструктивните операции в посочените области. Тя обхваща следните по-големи раздели на заболявания:

2.4.1. Гнойно-септична лицево-челюстна хирургия - третира възпалителните заболявания (абсцеси и флегмони) в областта на лицето, прилежащите му ложи, околочелюстните ложи, шията и остеомиелитите на челюстните и лицевите кости, одонтогенни синуити, лимфаденити, екзацербирали кисти и др.

2.4.2. Лицево-челюстна травматология - третира нараняванията на меките тъкани и фрактурите на лицевите и челюстните кости и прилежащите им тъкани.

2.4.3. Лицево-челюстна онкология - третира онкологичните заболявания в областта на устната кухина, лицето и шията, челюстните кости, както и съпътстващите ги органи в тези области.

2.4.4. Заболявания "Вария" - това са група от заболявания, характерни само за лицево-челюстната област, каквито са заболяванията на слюнчените жлези, лицевите нерви, темпоро-мандибуларната става, синдроми и др.

2.4.5. Лицево-челюстна пластично-възстановителна, реконструктивна и ортогнатична хирургия - третира група заболявания както на вродени, така и на придобити дефекти, малформации и деформации в областта на лицето, челюстните кости, съзъбието.

2.5. В този смисъл лицево-челюстната хирургия обхваща голям обем оперативни интервенции, които изискват освен основни познания по лицево-челюстна хирургия, така и познания по някои други хирургични дисциплини, каквито са: орална хирургия, ортопедия и травматология, пластично-възстановителна хирургия, обща хирургия, неврохирургия и т.н.

2.6. Според своя обем и сложност оперативните намеси биват малки, средни, големи (сложни) и високоспециализирани (много сложни).

2.7. Според срока, налагащ необходимостта от хирургическа намеса, операциите биват спешни и планови.

2.8. Според продължителността на престоя на хирургично болния се различават: амбулаторна, еднодневна хирургия и хирургия за повече от един ден.

2.9. Еднодневна хирургия (one-day surgery, daily surgery) означава приложение на хирургични (оперативни) методи в планов ред в рамките на един ден без осигуряване на болнично легло за хоспитализация за по-продължителен престой в лечебното заведение.

3. Ниво на компетентност:

3.1. Хирургичното лечение и диагностиката по тази специалност се извършват в лечебни заведения за извънболнична и болнична помощ.

3.2. В рамките на специалността "Лицево-челюстна хирургия" не се извършва дейност като първо ниво на компетентност.

3.3. Лицево-челюстна хирургия се извършва като второ и трето ниво на компетентност в лечебни заведения за болнична помощ.

3.4. Изисквания за осъществяване на дейности от II ниво на компетентност по специалността "Лицево-челюстна хирургия" в самостоятелна структура - клиника или отделение на болница за активно лечение:

3.4.1. в структурата се извършват всички видове оперативни интервенции в областта на лицево-челюстната хирургия;

3.4.2. (изм. - ДВ, бр. 63 от 2021 г.) за осигуряване оказването на пълноценни грижи за изпълнявания обем и сложност на дейността в структурата работят лекари със специалност "Дентална, орална и лицево-челюстна хирургия" и/или "Лицево-челюстна хирургия"; когато в структурата работи един лекар специалист, той задължително е със специалност "Лицево-челюстна хирургия"; допълнително в структурата могат да работят и лекар/и с друга специалност или без специалност;

3.4.3. извършват се най-малко 250 операции годишно;

3.4.4. (изм. - ДВ, бр. 32 от 2014 г., в сила от 01.01.2014 г., изм. и доп. - ДВ, бр. 63 от 2021 г.) болницата, в която е разположена структурата, трябва да разполага с клинична лаборатория и образна диагностика за осъществяване на необходимите за дейността изследвания, на адреса на осъществяване на дейността по лицево-челюстна хирургия; с осигурен достъп до микробиологична лаборатория - в структурата си или по договор; необходимо е болницата да има възможности за изследване на пациентите чрез компютърно-аксиална томография (КАТ) или за ползване на магнитнорезонансна томография (МРТ), намиращи се на територията на съответното населено място, като се осигури 24-часов достъп, включително в условията на спешност.

3.5. Изисквания за осъществяване на дейности от III ниво на компетентност по специалността "Лицево-челюстна хирургия" в самостоятелна структура - клиника или отделение на болница за активно лечение:

3.5.1. в структурата се извършват всички видове оперативни интервенции в областта на лицево-челюстната хирургия, включително с голям и много голям обем и сложност;

3.5.2. (изм. - ДВ, бр. 63 от 2021 г.) за осигуряване оказването на пълноценни грижи за изпълнявания обем и сложност на дейността в структурата работят лекари със специалност "Дентална, орална и лицево-челюстна хирургия" и/или "Лицево-челюстна хирургия"; когато в структурата работи един лекар специалист, той задължително е със специалност "Лицево-челюстна хирургия"; допълнително в структурата могат да работят и лекар/и с друга специалност или без специалност;

3.5.3. извършват се най-малко 500 операции годишно, от които поне 50 % с голям и много голям обем и сложност;

3.5.4. (изм. - ДВ, бр. 32 от 2014 г., в сила от 01.01.2014 г., доп. - ДВ, бр. 63 от 2021 г.) болницата, в която е разположена структурата, трябва да разполага с клинична лаборатория за осъществяване на необходимите за дейността изследвания, на адреса на осъществяване на дейността по лицево-челюстна хирургия ниво II или III на територията на лечебното заведение и с осигурен достъп до микробиологична лаборатория - в структурата си или по договор; необходимо е болницата да има възможности за изследване на пациентите чрез компютърно-аксиална томография (КАТ) или за ползване на магнитнорезонансна томография (МРТ), намиращи се на територията на съответното населено място, като се осигури 24-часов достъп, включително в условията на спешност.

3.6. Лечебното заведение, в което се извършват дейности от III ниво на компетентност по специалността "Лицево-челюстна хирургия", трябва да разполага със следната апаратура:

3.6.1. операционни маси - 2 бр.;

3.6.2. операционни лампи - 2 бр.

4. Стандарти за устройство на помещения, в които се извършват хирургични дейности. Стандарти за структура на болнично звено за оказване на хирургическа помощ

4.1. Хирургичен кабинет в лечебни заведения за извънболнична дентална/медицинска помощ:

4.1.1. Хирургичният кабинет съгласно Закона за лечебните заведения (ЗЛЗ) има две функционално свързани работни помещения: кабинет за прегледи (мин. площ 12 кв.м) и манипулационна (амбулаторна операционна) с мин. площ 9 кв.м. Второто помещение се използва за извършване на манипулации и за амбулаторни операции.

4.1.2. Самостоятелно разположеният хирургичен кабинет има освен това: спомагателни помещения (задължителни) - чакалня и санитарен възел, и допълнителни помещения (незадължителни), в зависимост от спецификата на дейност - допълнителни работни помещения, стерилизационна, регистратура, апаратни, складове, сервизни помещения и др.

4.1.3. (изм. - ДВ, бр. 65 от 2010 г.) Изисквания към устройството на помещенията:

4.1.3.1. минималната светла височина на помещенията при самостоятелно разположен хирургичен кабинет е 2,20 м, а в рамките на медицински, дентален, медико-дентален и диагностично-консултативен център - 2,50 м;

4.1.3.2. стените на манипулационната, стерилизационната, санитарния възел, както и зоните за санитарните прибори се изпълняват с покрития, позволяващи влажно почистване и дезинфекция (гладък фаянс, теракота и др.) на височина от готов под; стените на кабинетите, на помещенията за краткосрочно лечение и наблюдение, на регистратурата и чакалнята и на коридорите се изпълняват с латексова боя и с други покрития, позволяващи влажно почистване и дезинфекция; не се допускат релефни мазилки;

4.1.3.2. подовите настилки в кабинетите, манипулационната, стерилизационната и санитарните възли са водонепропускливи, позволяващи влажно почистване и дезинфекция; в тези помещения не се допускат подови настилки на текстилна основа; в останалите помещения подовите настилки трябва да са топли, позволяващи влажно почистване и дезинфекция;

4.1.3.3. осветлението в различните видове помещения отговаря на изискванията на БДС 1786-84 "Осветление. Естествено и изкуствено"; допускат се без естествено осветление следните помещения: санитарен възел, апаратни, складове, сервизни помещения и други неработни помещения;

4.1.3.4. в помещенията, за които не е осигурено естествено проветряване, се предвижда механична вентилация или климатизация;

4.1.3.5. всеки кабинет, манипулационна и санитарен възел се оборудват с мивка с течаща топла и студена вода, отговаряща на изискванията на вода за пиене;

4.1.3.6. помещенията се обзавеждат с мебели и съоръжения, позволяващи влажно почистване и дезинфекция;

4.1.3.7. задължително се осигуряват складови помещения или обособено място за разделно съхранение на чистите и използвани постелъчен инвентар и работно облекло, вкл. обвивки на инвентара, както и за съхранение на съдовете и препаратите за почистване и дезинфекция на помещенията.

4.1.4. Инсталационни изисквания - отоплителните, вентилационните, климатичните, водопроводните и канализационните инсталации, електрозахранването и електрическите уредби отговарят на съответните нормативни технически изисквания.

4.1.5. Изисквания към извършването на някои дейности:

4.1.5.1. допуска се сключването на договори с друго лечебно заведение за стерилизация на инструментариума и превързочния материал;

4.1.5.2. изпирането на постелъчния материал и работното облекло се извършва в перални, предназначени за целта;

4.1.5.3. при работа в хирургична практика се спазват изискванията за начини и средства за дезинфекция в здравните заведения, за хигиенни норми и изисквания при провеждане на стерилизация в медицинската практика;

4.1.5.4. събирането и временното съхранение на битовите отпадъци и опасните отпадъци от медицинската дейност се извършва разделно, на определени за целта места; отпадъците от медицинската дейност задължително се обеззаразяват с общоприетите дезинфекционни средства, разрешени от МЗ, и се опаковат по начин, който не допуска контакт с тях; опасните отпадъци от медицинската дейност се предават на лицензирани фирми за последващо третиране.

5.2. Хирургично отделение (клиника) в МБАЛ, СБАЛ и СБАЛ по ЛЧХ

5.2.1. Помещенията в тях отговарят по размери, разположение, устройство, оборудване и обзавеждане на нормативните изисквания на Министерството на здравеопазването.

5.2.2. Хирургично отделение/клиника/болница има болнични стаи и най-малко 10 болнични легла. Оптималният брой легла в една болнична стая е две до три. Най-малко две от стаите са с едно легло. В детски сектори е допустимо разполагането на повече легла в една стая, но при налична възможност за пълна изолация между тях.

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

5.2.4. В хирургично отделение/клиника/болница се разгръща сектор/отделение за интензивно лечение. Броят на леглата в интензивен сектор/отделение на клиника/болница представлява 5 % от общия им брой. Интензивният сектор/отделение се организира и оборудва съгласно изискванията на медицинските стандарти "Анестезия и интензивно лечение".

5.2.5. Специализираната болница за активно лечение по лицево-челюстна хирургия, всяко ХО/клиника в МБАЛ или СБАЛ трябва да разполага със следните помещения: превързочни стаи за асептични и за септични превръзки, манипулационна, сестринска работна стая, лекарски кабинети, кабинет на главната и старшите сестри,

съблекалня, кухненски офис, стая за подготовка на болните за операция или изследване, санитарни помещения за персонала, помещение за дезинфекция, складове, коридори.

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

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

5.2.6. Цялостната организация и ред за работа в СБАЛ по ЛЧХ, ХО/хирургична клиника се определят от правилник за устройството, дейността и вътрешния ред.

5.2.7. 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 разгънатите на територията на болницата/отделението/клиниката диагностични кабинети и лаборатории.

5.2.8. Работните помещения отговарят по размери на хигиенните изисквания за размери, подова настилка и облицовка на стените на нормативно установените за този вид помещения.

5.2.9. Препоръчително е всяка болнична стая да разполага със самостоятелен санитарен възел.

5.2.10. Задължително трябва да бъдат осигурени:

5.2.10.1. мивки с течаща студена и топла (до 80 °C) вода във всички помещения на ХО/клиника/болница с изключение на коридори, складове, съблекалня;

5.2.10.2. централно и локално осветление в болничните стаи, манипулационната, превързочните, лекарските кабинети с осветляемост съгласно нормативните изисквания;

5.2.10.3. аварийно осветление за сектора/отделението за интензивно лечение (съгласно нормативните изисквания);

5.2.10.4. резервен енергоизточник (локален, общоболничен);

5.2.10.5. бактерицидни лампи: стационарни в манипулационни, превързочни стаи, стационарни или подвижни - за болничните стаи, в сектор/отделение за интензивно лечение;

5.2.10.6. особено се препоръчва наличието на климатична инсталация в следоперативния сектор/отделение;

5.2.10.7. централно отопление - особено се препоръчва оформянето на самостоятелен кръг за отопление на следоперативно интензивно отделение/сектор;

5.2.10.8. излазни точки на инсталации за кислород, за сгъстен въздух и за аспирация при норматив: за 50 % от леглата в стаи на сектора/отделението за интензивно лечение.

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

5.2.12. Хирургично отделение/клиника/СБАЛ по ЛЧХ разполага със средства за измиване и дезинфекция, а персоналът спазва принципите за асептика и антисептика.

5.2.13. Хирургично отделение/клиника/СБАЛ по ЛЧХ разполага задължително със:

5.2.13.1. вътрешнокомуникативни връзки (телефони, пейджъри и др.) между кабинети, манипулационна, превързочни, операционен блок, отделение за интензивно лечение, приемен кабинет;

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

5.2.13.3. при постоянно извършване на спешна помощ се препоръчва наличието на система за бързо и едновременно повикване на необходимия екип.

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

5.2.14.1. Болни със септични състояния и усложнения задължително се изолират в септични стаи, обслужвани с отделни 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.

5.2.15. Еднодневна хирургия се изпълнява в обособени хирургични сектори/отделения или звена към болници или към лечебни заведения за извънболнична помощ, включващи операционна зала и инструментариум за еднодневни операции, стаи с легла за неколкочасов престой и наблюдение на пациентите след анестезия и хирургическа намеса, стая за персонала, склад, сервизни помещения. Звеното ползва хирургичен и анестезиологичен персонал от основните хирургични отделения/клиники, както и от общите обслужващи звена.

5.3. Операционна зона (сектор, зали, блок):

5.3.1. Място за провеждане на операции. Хирургическите намеси се изпълняват в обособени територии на лечебните заведения: а) към хирургични кабинети на лечебни заведения за извънболнична помощ (амбулаторна операционна/манипулационна); б) амбулаторна операционна зала към приемен кабинет на хирургично отделение/клиника; в) обособен операционен сектор със зала за амбулаторна и еднодневна хирургия и отделение (стая) за пред- и следоперативен престой; г) операционна зона (операционна зала или зали, операционен блок).

5.3.2. Териториално мястото, където се извършва хирургическа намеса, трябва да позволява безпроблемно транспортиране от подготвителна стая/зала към операционна зала; от последната - към стая/зала за възстановяване от анестезия към клинично звено за интензивно лечение или към болнична стая в хирургичен стационар.

5.3.3. Мястото за извършване на хирургическа намеса разполага с оборудване, хирургически инструментариум, консумативи, пространствени, комуникационни и санитарно-хигиенни условия за безпроблемно извършване на операция с необходимия обем и сложност.

5.3.4. 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.

5.3.5. Специализираната болница по лицево-челюстна хирургия/хирургичната клиника/ХО разполага най-малко с две операционни зали - за асептични и за септични операции.

5.3.6. Операционният сектор, зона или блок включва:

5.3.6.1. операционни зали: препоръчително е всяка зала да има два входа/изхода, водещи към помещение за предоперативна подготовка на болния и помещение за подготовка на хирургичния екип;

5.3.6.2. помещение за подготовка на хирургичния екип, оборудвано с 2 - 3 мивки с течаща студена и топла вода 8 до 80 °С (вода с кранове, задвижвани с лакът, крак или фотоклетка); шапки и маски, огледало;

5.3.6.3. помещение за предоперативна подготовка на болния с излази на инсталации за кислород, за сгъстен въздух и за аспирация; мобилна лежаща количка; консумативи за подготовка на болни (сонди, катетри, венозни канюли, тръби за интубация и др.);

5.3.6.4. помощни помещения: съблекални, стая за почивка на операционния персонал, стая 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.

5.3.7. Операционният блок задължително разполага със:

5.3.7.1. 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;

5.3.7.2. аварийно резервно осветление (чрез бързодействащи моторгенератори или светлинен източник с акумулиращи батерии), осигуряващо 40 % от осветеността при нормални условия;

5.3.7.3. бактерицидни облъчватели за всяка операционна зала:

5.3.7.3.1. източници на електричество (шуко контакти) - 5 до 10 бр. във всяка операционна зала;

5.3.7.3.2. излази за кислород, за сгъстен въздух, за двуазотен окис, за аспирация - най-малко по един за всяка операционна маса;

5.3.7.3.3. задължително е разполагането на климатична инсталация във всяка операционна зала;

5.3.7.3.4. източници за топла и студена вода в предоперационното помещение на всяка зала с мивки - общо 2 до 4 броя (комплекта);

5.3.7.3.5. препоръчва се разполагането на система за фото- и видеодокументация на извършваните операции, компютър за оформяне на документите за извършваните операции.

5.3.8. 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 др.

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

5.3.10. В операционния блок се спазват правилата за асептика и антисептика:

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

5.3.10.2. 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;

5.3.10.3. апаратурата и техниката в операционните зали се почистват и дезинфекцират ежедневно (операционни маси, лампи, електрокаутери, анестезиологичен апарат и количка, транспортни колички, допълнителна апаратура за диагностика и операции);

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

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

5.3.10.6. 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 заразоносителство.

5.3.11. Достъпът до операционния блок е ограничен. Право да влизат в него имат: постоянно работещият персонал; членовете на хирургичния и анестезиологичния екип; повиканите консултанти; пациентите за операция.

5.3.12. Потокът на движение на персонала се регулира и регламентира. Препоръчително е:

5.3.12.1. при напускане на операционния блок работещият персонал да мине отново през съблекалнята за подмяна на операционните дрехи и обувки (калцуни);

5.3.12.2. посоката на движение на болния да бъде: през санитарно-пропускателен вход към операционната зала или към помещение за предоперативна 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 или към отделението за интензивно лечение.

Стандарти за персонала, извършващ хирургични дейности

6. Хирургичен кабинет в лечебни заведения за извънболнична помощ/ХО/клиника

6.1. (изм. - ДВ, бр. 65 от 2010 г.) В хирургичния кабинет на лечебните заведения за извънболнична помощ хирургичната дейност се извършва от лекар по дентална медицина/лекар с призната специалност по лицево-челюстна хирургия.

6.2. (изм. - ДВ, бр. 65 от 2010 г.) Хирургичното отделение се ръководи от началник - хирург с придобита специалност по лицево-челюстна хирургия, професионален стаж над 10 години и достатъчен клиничен опит. Началник на хирургическа клиника е специалист по лицево-челюстна хирургия, хабилитирано лице, с професионален стаж над 15 години.

В ХО/клиника/СБАЛ по лицево-челюстна хирургия работят дипломирани лекари по дентална медицина/лекари със или без придобита специалност. Съотношението между хирурзи с придобита специалност по лицево-челюстна хирургия и обучаващи се (специализанти) не трябва да надвишава 50:50 %.

6.2.1. За качествени медицински грижи за болните се препоръчва съотношение 1:2 между лекарски и сестрински персонал в ХО/клиника. Препоръчително е допълнителното повишаване на квалификацията в специализирани курсове чрез системата на непрекъснато следдипломно обучение. Допълнително обучение и квалификация са необходими при работа в профилирани хирургически отделения/клиники на МБАЛ.

6.2.2. 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.

6.2.3. Медицинската сестра в ХО/клиника ежедневно наблюдава общото състояние на болния, притежава компетентност да превързва оперативните рани и да оценява тяхното 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, периназална сонда, катетри), регистрира резултатите и сигнализира лекар при отклонение от нормата.

6.2.4. 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.

6.3. Операционна зона

6.3.1. (изм. - ДВ, бр. 65 от 2010 г.) Операционната зона (сектор, зали, блок) се ръководи от началник/отговорник, който е лекар по дентална медицина/лекар със специалност по лицево-челюстна хирургия. Носи отговорност за организацията на работата, реда и дисциплината, спазването на асептиката и антисептиката.

6.3.2. Във всяка операционна зона задължително работят поне две операционни сестри.

6.3.3. В операционния блок задължително работи помощен персонал, който осъществява санитарно-хигиенната поддръжка, дезинфекцията на операционните зали между две операции, изхвърлянето на нечисти и отпадъчни материали, сортирането на мръсно операционно бельо.

6.4. Хирургичен екип

6.4.1. Оперативната намеса се осъществява от хирургичен екип. Той включва: хирург-оператор, който е ръководител на екипа, асистент или асистенти и операционни медицински сестри.

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

6.4.3. 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 на втора операционна сестра.

6.4.4. Към хирургическия екип задължително принадлежи 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. Препоръчително е те да бъдат поети от медицинска операционна сестра, която да извършва регистрация във формуляр на употребените материали и консумативи с цел осчетоводяването им, както и с прецизирането на икономическите разходи в съответствие с нормативите на НЗОК.

6.4.5. 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 препоръчително при прехождането й от по-лека към по-тежка категория и обем. Смяната на хирурга-оператор по време на хирургичната намеса не е желателно, освен по медицински показания или извънредни обстоятелства.

6.4.6. Хирургическият екип извършва оперативна намеса в оборудвана съгласно нормативите операционна зала в сътрудничество с анестезиологичен екип.

6.4.7. Операторът - ръководител на хирургичния екип, е хирург с призната специалност по лицево-челюстна хирургия, с клиничен опит и професионална квалификация. Той носи цялата отговорност за провежданата операция.

6.4.8. Функциите на "оператор" могат да бъдат поети за цялата операция или етапи от нея 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.

6.4.9. Операторът може да бъде сменен от по-старши по опит и ранг хирург в случаите, когато не може да се справи с възникнали интраоперативни проблеми или усложнения, застрашаващи живота на болния.

6.4.10. (изм. - ДВ, бр. 65 от 2010 г.) Специализиращ лекар по дентална медицина/лекар хирург е дипломиран лекар по дентална медицина/лекар, набиращ и притежаващ клиничен опит, както и известна квалификация по клиничната специалност "Лицево-челюстна хирургия", в процес на обучение или завършил цикъла на обучение, но без призната специалност.

6.4.11. Специализиращият хирург работи под ръководството на лицево-челюстен хирург с призната специалност или на началника на ХО/хирургичната клиника. Това ръководство се отнася към изискванията на ежедневната диагностично-лечебна работа; към участието в оперативната дейност като член на операционен екип или като хирург-оператор, работещ под наблюдението на хирург-специалист; към цялостния процес на теоретична и практическа подготовка по специалността "Лицево-челюстна хирургия".

6.4.12. Специализиращият хирург работи като асистент или оператор в рамките на своята компетентност под наблюдението, контрола и задължителното ръководство на хирурга-оператор с призната специалност, явяващ се ръководител на хирургическия екип.

6.4.13. Операционната сестра е медицинска сестра с опит и квалификация по хирургия или в профилирана област на хирургията. Тя познава хода на операциите, подготвя и осигурява необходимите инструменти, консумативи и медикаменти, като контролира техния брой до края на операцията, стриктно следи за стерилността на оперативното поле и инструментариума, както и за чистотата в операционната зала, изпълнява нареждания на ръководителя на хирургическия екип. Тя е равностоен член на хирургическия екип.

6.4.14. Операционната сестра осигурява качествени грижи в операционната зала и по време на операцията, изпълнява нарежданията на ръководителя на хирургическия екип. Тя допринася за сигурността на пациента по време на престоя и третирането му в операционния блок.

7. Стандарти за организацията на работата

7.1. Прием на болни:

7.1.1. (изм. - ДВ, бр. 65 от 2010 г.) В амбулатория за индивидуална и групова практика за първична медицинска/дентална помощ се осъществява първичен преглед на хирургично болен. Първичният преглед може да бъде за спешно или неспешно (планово) състояние. Извършват се диагностични процедури, включващи анамнеза и подробен клиничен преглед.

7.1.1.1. (изм. - ДВ, бр. 65 от 2010 г.) При неспешни и хронични състояния общопрактикуващият лекар по дентална медицина/лекар извършва диагностичното уточняване на заболяването, което включва: анамнеза, клиничен преглед, пълно

биохимично изследване, диференцирани лабораторни изследвания, инструментални изследвания. След това пациентът се насочва за консултация с извънболничен лицево-челюстен хирург или директно към консултативен кабинет в болнично заведение.

7.1.2. (изм. - ДВ, бр. 65 от 2010 г.) В амбулатория за специализирана медицинска/дентална помощ лицево-челюстният хирург осъществява диагностично уточняване на заболяването.

7.1.2.1. При спешни състояния се извършват необходимият лабораторен минимум и инструментални изследвания, имащи за задача да подкрепят диагнозата или да очертаят диференциално-диагностичните търсения, след което на пациента му се оказва квалифицирана медицинска помощ или се насочва към хирургическо отделение/клиника на лечебно заведение за болнична помощ.

7.1.2.2. При неспешни и хронични състояния се извършва диагностично уточняване на заболяването, което включва анамнеза, клиничен преглед, пълно биохимично изследване, диференцирани лабораторни изследвания, инструментални изследвания. След това на пациента се оказва квалифицирана медицинска помощ (консултация или операция) или се насочва към лечебно заведение за болнична помощ.

7.1.2.3. (изм. - ДВ, бр. 65 от 2010 г.) В хирургичен кабинет на амбулатория за специализирана медицинска/дентална помощ, оборудвана с хирургичен инструментариум, операционна маса, операционна лампа, условия за стерилизация, наличен превързочен материал, условия за анестезия, могат да се извършват амбулаторни операции с малък и среден обем и сложност съгласно приложения списък.

7.1.3. Хирургичното отделение/клиника/болница разполага с диагностично-консултативен кабинет. Неговото устройство отговаря на изискванията, описани в т. 3.

7.1.3.1. Приемният кабинет разполага с телефонна или друга връзка с хирургичното отделение/клиника.

7.1.3.2. (изм. - ДВ, бр. 65 от 2010 г.) Приемният кабинет е оборудван с дентален стол, апарат за кръвно налягане, стетоскоп, негативоскоп, хирургични инструменти и превързочни материали за амбулаторни превръзки, катетри, дренажи, лекарствен шкаф.

7.1.3.3. (изм. - ДВ, бр. 65 от 2010 г.) При постъпване на спешно болен хирургът в приемния кабинет е задължен да приеме документацията и указанията от насочващия извънболничен лекар по дентална медицина/лекар и/или от придружаващото медицинско лице, да снеме анамнеза, да осъществи основен клиничен преглед и назначи необходимия обем спешни биохимични и инструментални изследвания. При уточнена диагноза или продължаващи диференциално-дигностични търсения пациентът се хоспитализира в хирургичното отделение/клиника/специализирана болница. В историята на заболяването се отразяват назначенията за по-нататъшната диагностика, лечение, предоперативна подготовка и др. Осъществяват се спешни консултации с анестезиолог, кардиолог и други специалисти според спецификата на заболяването или възрастта на пациента.

7.1.3.4. При постъпване на пациент в планов порядък, съобразено при необходимост с "Лист на чакащите", хирургът назначава необходимите допълнителни изследвания и консултации (кардиолог, анестезиолог и други специалисти), проверява документацията от осъществените изследвания в доболничния етап, подготвя документацията за хоспитализация (история на заболяване, други задължителни формуляри).

7.1.3.5. Спешно или планово постъпващите пациенти се подлагат на задължителен санитарно-хигиенен преглед и обработка.

7.1.3.6. В операционната (манипулационната) на хирургическия кабинет, оборудвана съгласно посочените стандарти, се извършват амбулаторни операции с малък и среден обем и сложност, включени в съответния списък.

7.2. Предоперативен период

7.2.1. 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 (показания за операция), нейния очакван обем, избор на оперативен достъп и оперативна техника, прогноза за очаквания резултат и изход.

Клиничен преглед за оценка на оперативния риск (КПООР) - уточнява общото състояние на пациента, наличието на придружаващи заболявания, шансовете да понесе необходимата анестезия и хирургична намеса, в резултат на което се уточняват оперативният риск и факторите, които го повишават.

7.2.2. Клиничен диагностичен преглед:

7.2.2.1. (изм. - ДВ, бр. 65 от 2010 г.) Клиничният диагностичен преглед на хирургично болен като първи етап започва в извънболнични условия. Той се провежда от общопрактикуващ лекар/лекар по дентална медицина или специалист лицево-челюстен хирург в амбулатория за специализирана медицинска помощ, медицински център, медико-дентален център, диагностично-консултативен център. Свързан е с уточняването на възможностите за амбулаторно лечение.

7.2.2.2. При изчерпване на диагностичните възможности на извънболничната помощ, при уточнена насочваща или сигурна диагноза, представляваща показание за хирургическа намеса, пациентът подлежи на хоспитализация за прецизиране на диагнозата и необходимостта от операция.

7.2.2.3. Клиничният диагностичен преглед е неотменен етап от диагностичния процес, който включва следните основни компоненти:

7.2.2.3.1. анамнеза, насочена към уточняване на основното заболяване, неговата органна локализация, характер, разпространение в съседни органи и структури, наличие на спешни индикации за операция;

7.2.2.3.2. физикален преглед, насочен към уточняване на органната локализация на заболяването, неговото разпространение и/или ангажиране на съседни органи и структури, стадии на онкологично заболяване, симптоми, подкрепящи тезата за спешно състояние или спешни индикации за операция;

7.2.2.3.3. назначаване и провеждане на биохимични, микробиологични, вирусологични и други специализирани лабораторни изследвания, насочени към уточняване на основното заболяване и неговите усложнения;

7.2.2.3.4. назначаване и изпълнение на инструментални изследвания в обем, уточняващ характера на основното заболяване и неговите усложнения, прецизиращ индикациите за операция, евентуалния необходим лечебен обем на операцията, възможните варианти на оперативно или алтернативно нехирургическо третиране на заболяването;

7.2.2.3.5. провеждане на консултации със специалисти от други клинични специалности, насочени към уточняване на диагнозата, показанията за операция и причините за спешност.

7.2.3. Клиничен преглед за оценка на оперативния риск:

7.2.3.1. (изм. - ДВ, бр. 65 от 2010 г.) Клиничен преглед за оценка на оперативния риск е също неотменен, по правило ускорено протичащ диагностичен процес. Той може да бъде започнат от общопрактикуващ лекар/лекар по дентална медицина или специалист лицево-челюстен хирург от амбулатория за специализирана медицинска помощ, медицински център, медико-дентален център, диагностично-консултативен център, но представлява основно задължение на хирурга и анестезиолога при уточнени показания за операция и взето решение за извършване на планова или спешна хирургическа намеса.

7.2.3.2. Клиничният преглед за оценка на оперативния риск включва следните основни компоненти:

7.2.3.2.1. анамнеза, насочена към уточняване на минали заболявания, придружаваща патология и повлияване на общото състояние от основното заболяване, имащи значение за правилна оценка на оперативния риск, за вида и обема на предоперативната подготовка с цел максимално подобряване на кондицията на болния и осигуряване на успешен безпроблемен завършек на хирургичната намеса;

7.2.3.2.2. физикален преглед, насочен към установяване на данни за здравното състояние на пациента, за наличието на придружаващи заболявания или повлияване на статуса от основното заболяване или от минали страдания;

7.2.3.2.3. назначаване и провеждане на биохимични и други лабораторни тестове, 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.

7.2.3.3. Стандартният КПООР включва задължителни консултации с кардиолог, а за деца до 18 години - с педиатър. Този процес завършва с преданестезиологичен преглед/консултация с оценка на оперативния риск по скалата на ASA (American Society of Anaestesiologists) или друга възприета система, изграждане на становище за безопасността, индикациите и контраиндикациите на предстоящата анестезия, планиране на възможните анестетични техники и средствата за тяхното провеждане.

7.2.3.4. Окончателната преценка на оперативния риск се прави от хирурга-оператор - при условия на спешност, и/или от лекарски хирургически колегиум. Тази преценка се съгласува с анестезиолог, а при наличие на специфични причини - и с други специалисти-клиницисти (лекарски консилиум).

7.2.3.5. 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, информация за риска за живота, за възможните усложнения, прогноза за изхода от болестта, евентуална препоръка за оперативно лечение само в условия на спешност.

7.2.3.6. 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 назначените от консултанта и от хирурга лечебни, физиотерапевтични и други средства и мерки по отношение на:

7.2.3.6.1. с оглед предстоящата анестезия - клиничен преглед и подготовка на пациента за анестезия в съответствие с медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение";

7.2.3.6.2. антиалергична подготовка при анамнестични данни и след предходно тестуване;

7.2.3.6.3. кардиологична подготовка, лечение на сърдечно-съдови заболявания, профилактика на кардиологични усложнения; тромбоемболична профилактика и лечение;

7.2.3.6.4. антибактериална профилактика и лечение, саниране на придружаващи заболявания и усложнения с възпалителен характер, профилактика на сепсис;

7.2.3.6.5. друга специфична подготовка, свързана с предходно заболяване на орган или система (дихателна, урогенитална, нервна и др.) или с ендокринно заболяване (захарен диабет, тиреотоксикоза и др.).

7.2.3.7. 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 "Информирано съгласие 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 условията на спешност, когато е допустимо съгласието на кръвен роднина от първа линия или операция без информирано съгласие.

7.2.3.8. Задължително предоперативно се изисква информирано съгласие за извънредни действия, включително операции извън планирания обем, налагащи се при извънредни ситуации и спешност, настъпили след локална анестезия, след въвеждането в обща анестезия или в хода на оперативната намеса.

7.2.3.9. Резултатите от КДП 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, който обосновава показанията за спешна операция и вероятния й вид. При планови операции предоперативната епикриза се докладва и обсъжда на лекарски колегиум и взетото решение и оценката на оперативния риск се вписват от лекуващия лекар.

7.2.3.10. Предоперативната епикриза включва титулна част (трите имена, възраст, дата и номер на ИЗ), 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, и необходимите профилактични мерки; оценка на оперативния риск; препоръки за предстоящата операция - обем, избор на поведение, интраоперативна диагностика, профилактични мерки. При онкологични заболявания се отразяват хистологичната диагноза, предоперативният стадий на болестта, оценка на операбилността.

7.3. Операции

7.3.1. Всички пациенти с потвърдени показания за хирургическа намеса подлежат на включване в "Оперативна програма". Оперативната програма може да бъде дневна или седмична. Тя подлежи на корекция при възникнали спешни операции, включвани в дневната програма с приоритет, или при други обективни обстоятелства. Оперативната програма се съставя от началника на отделението или клиниката на базата на доклади от лекуващите лекари след предоперативно обсъждане на лекарски колегиум. При спешни операции показанията се потвърждават, а срокът и операторът се определят от началника на клиниката/отделението, респ. от ръководителя на дежурния екип.

7.3.2. Всички болни, подложени на оперативна намеса в операционната зала, подлежат на предоперативен, интраоперативен и следоперативен контрол и наблюдение от хирургичния и анестезиологичния екип. Същото се отнася и за амбулаторните операции, чийто обем според хирурга-оператор изисква участие и контрол от анестезиолог.

7.3.3. Избор на метод за обезболяване. Местното обезболяване се изучава, владее и извършва от хирурга-оператор при наблюдение на общото състояние от анестезиологичен екип, ако това е необходимо. Всички други видове анестезия се организират и провеждат от анестезиологичен екип съгласно медицински стандарти "Анестезиология и интензивно лечение". Тези изисквания важат и при извършване на амбулаторна и еднодневна хирургия.

7.3.4. Изборът на анестезия принадлежи на анестезиологичния екип, но се съгласува с хирурга-оператор относно задачите на операцията, очаквания обем на хирургичната намеса, предполагаемата кръвозагуба, както и при отчитане на общото състояние на болния, предоперативните заболявания, спешното състояние, оценката на общия и оперативния риск, условията за работа и оборудването на операционния блок.

7.3.5. Изборът на операция почива на следните принципи: а) да не се увреди болният; б) теоретично и практическо владеене на оперативните техники; в) да се реши болестният проблем; г) да се отстрани болестта или да се облекчи състоянието; д) да има условия за интраоперативно доуточняване на диагнозата и за справяне с възможните хирургични усложнения.

7.3.6. Изборът на операция при амбулаторна и еднодневна хирургия се решава по индивидуализирани показания, при стандартизиран протокол на лечение, при осигурени мерки за безопасност на пациента. Видът на хирургичните намеси, чието извършване е възможно в рамките на еднодневна хирургия съгласно националния и международния опит, са представени в отделен списък (приложение № 2).

7.3.7. За интраоперативно доуточняване на диагнозата за дефинитивно вземане на решения относно вида и обема на хирургическата намеса хирургическият екип трябва да разполага с необходимото оборудване и да владее диагностични техники.

7.3.8. При спешни състояния хирургическият екип прецезира решенията си в три степени: а) решение за предприемане на животоспасяваща намеса; б) покана към консултант с по-висока компетентност; в) транспортиране на болния в хирургично отделение/хирургическа клиника/СБАЛ по ЛЧХ с по-големи диагностични и терапевтични възможности.

7.3.9. При извършване на хирургически намеси с голям и много голям обем и сложност хирургическият екип трябва да разполага с добре оборудвана патоморфологична лаборатория и патоморфолог (или да има сключен договор).

7.3.10. Оперативната находка, видът на приложената операция, както и евентуалните интраоперативни компликации се отразяват в оперативен протокол. Оперативният протокол има титулна част. В протокола се описват избраният оперативен достъп, установената оперативна находка, извършените интраоперативни диагностични процедури, обосновката за избрания оперативен подход, техническите етапи на извършваната хирургическа намеса, резултатите от интраоперативните патоморфологични изследвания, възникналите усложнения и взетите спрямо тях мерки, поставените дренажи и условията при завършване на операцията.Уместно е използването на схеми при сложна интраоперативна находка.

7.3.11. В историята на заболяването операторът и анестезиологът отразяват назначенията за следоперативни изследвания и необходимите медикаменти, техния обем и дозировка.

7.4. Следоперативен период

7.4.1. Хирургическият екип осигурява постоянно наблюдение в следоперативния период на локалния статус и общото състояние на болния, на количеството и вида на отделяните през дренажите секрети, на жизнените показатели и резултатите от лабораторните изследвания. При поставяне на пациента в отделение/сектор за интензивно лечение следоперативният контрол и мониторирането се извършват съвместно от анестезиолог и лицево-челюстен хирург.

7.4.2. Следоперативното наблюдение, грижите и изписването на пациентите след еднодневна хирургия се извършват от лекарския и сестринския персонал, осъществили анестезията и операцията. Същият екип осигурява качествен контрол на болката, договаря необходимостта и системата за контролно наблюдение и преглед.

7.4.3. Хирургът-оператор провежда хирургическото наблюдение, определя срока за отстраняване на дренажи, сонда, катетър и др., извършва контрол на хирургическата рана и определя вида на необходимата превръзка, както и условията за изписване, домашно наблюдение и контрол след изписването - краткосрочен или дългосрочен. При показания той определя необходимостта от диспансеризация, рехабилитация и др.

8. Стандарти за оборудване, необходимо за изпълнение на рутинни и специфични хирургични дейности

8.1. Хирургичен кабинет в лечебни заведения за извънболнична помощ

8.1.1. (изм. - ДВ, бр. 65 от 2010 г.) Хирургичният кабинет е оборудван със: дентален стол, стетоскоп, апарат за артериално налягане, негативоскоп. Амбулаторната операционна (манипулационна) на кабинета е оборудвана със: операционна маса; хирургически инструментариум за превръзки, за малки и средни амбулаторни операции; електрокоагулатор; допълнителен източник на светлина (подвижна операционна лампа); сух стерилизатор.

8.2. Хирургично отделение/клиника:

8.2.1. Хирургично отделение (хирургична клиника) разполага със:

8.2.1.1. стандартното оборудване включва: ЕКГ апарат, дефибрилатор, монитори, перфузори, негативоскоп;

8.2.1.2. хирургичен инструментариум за осъществяване на септични и асептични превръзки, колички за септични и асептични превръзки;

8.2.1.3. хирургични консумативи, превързочни материали;

8.2.1.4. системи за аспирация, за сгъстен въздух, за кислород;

8.2.1.5. болнични легла, реанимационни легла;

8.2.1.6. болнични шкафове и гардероби, осветителни тела;

8.2.1.7. средства за поддържане на текущи дезинфекции.

8.3. Операционна зона (сектор, зала, зали, блок)

8.3.1. Оборудването във всяка операционна зала включва:

8.3.1.1. операционна маса, отговаряща на специфичните изисквания, необходими за типа на извършваните хирургични намеси;

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

8.3.1.3. сателитно осветително тяло, вкл. подвижна лампа;

8.3.1.4. електрокаутер;

8.3.1.5. операционен микроскоп;

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

8.3.1.7. анестезиологичен апарат, анестезиологични консумативи;

8.3.1.8. хирургически консумативи, превързочни материали.

8.3.2. Ползваната апаратура подлежи на редовен контрол за качество, изправност и безопасност.

8.3.3. Използваната стерилизация за нуждите на хирургичните специалности е централна и локална.

Всеки операционен блок/операционна зала/зали трябва да разполага с възможност за локална стерилизация.

9. Стандарти, критерии и показатели за качество на хирургичните дейности

9.1. Според определението на СЗО качеството представлява осигуряване на срочност, адекватност и ефективност на медицинската помощ.

9.2. Качеството на здравното обслужване се определя от следните критерии:

9.2.1. безопасност;

9.2.2. удовлетвореност на пациента (доверие и комфорт);

9.2.3. икономическа и социална ефективност;

9.2.4. равенство на шансовете (социална справедливост);

9.2.5. приемлива цена;

9.2.6. достъпност и своевременност;

9.2.7. адекватност;

9.2.8. крайни резултати на здравното обслужване (здравен статус).

9.3. Качествените показатели за оценка на хирургическата помощ са:

9.3.1. професионална квалификация и контрол върху нея;

9.3.2. ефикасност и ефективност на диагностичната работа;

9.3.3. ефикасност и ефективност на медикаментозното лечение;

9.3.4. ефикасност и ефективност на оперативното лечение;

9.3.5. грижи за болния;

9.3.6. контрол на асептиката и антисептиката;

9.3.7. вътреболнични инфекции, с подчертан акцент върху нозокомиални раневи инфекции.

9.4. Количествените показатели за оценка на хирургичните дейности са:

9.4.1. използваемост на легловия фонд;

9.4.2. оборот на легло;

9.4.3. среден престой на болния в болницата, предоперативен и следоперативен;

9.4.4. следоперативни усложнения;

9.4.5. смъртност: в първите 24 часа; при неоперирани болни; при оперирани болни; причини за смъртта;

9.4.6. общ брой операции, разпределение на операциите по вид, обем и сложност;

9.4.7. съотношение между спешни и планови хоспитализации и операции;

9.4.8. процент на декубитусите;

9.4.9. съвпадение на поликлиничната, стационарната (оперативната) и патологоанатомичната диагноза.

9.5. Контролът на качеството е задължителен за всяко хирургично звено. Препоръчително е да има компютризирана документация на всички оперативни намеси,

вкл. на настъпилите усложнения. Резултатите трябва да бъдат анализирани и редовно обсъждани в целия колектив.

10. Стандарти за права и задължения на хирургичния пациент

10.1. Правата на пациента се уреждат от Хартата за правата на пациента, приета от БЛС, както и в Националния рамков договор.

10.2. Хирургичният пациент има право да бъде подробно запознат с всички етапи от диагнозата и лечението си.

10.3. Хирургичният пациент декларира писмено своето "Информирано съгласие" в стандартизиран за страната документ, който може да бъде допълван в болници или отделения/клиники според спецификата на тяхната дейност.

10.4. Хирургичният пациент дава писмено своето информирано съгласие след подробна информация от лекар и медицинска сестра относно:

10.4.1. изпълнение на лабораторни (биохимични) тестове и инструментални изследвания след разясняване на необходимостта и ползата от тях, рисковете за усложнения, приноса им за диагнозата или за определяне на лечебното поведение;

10.4.2. ползване и преливане на кръв и кръвни продукти (пълноценна кръв, еритроцитна маса, тромбоцитна маса, нативна плазма, суха плазма, хуман-албумин, антихемофилна плазма, фибриноген и др.) след разясняване на показанията и необходимостта от тях, приноса им за предоперативната подготовка, необходимостта от тях по време на и след операцията, възможните усложнения и тяхното третиране, рисковете от тяхното приложение (алергия, трансмисивни инфекции и др.);

10.4.3. осъществяване на анестезия, вида на анестезията и възможността от преход от местна към съчетана или обща, рискове от анестезията и средствата за тяхното предотвратяване;

10.4.4. естеството на заболяването, от което боледува пациентът, настъпили или очаквани усложнения в развитието на болестта, рисковете от болестта, необходимостта от лечение, вида на това лечение и очаквания изход от лечението в различни варианти, ако такива са възможни;

10.4.5. показанията за операция, възможните варианти за оперативно лечение, обема на операцията, оценката на оперативния риск с анализ на факторите, които го повишават (възраст, онкологично заболяване, придружаващи заболявания и др.), възможните следоперативни усложнения, очаквания изход от лечението и прогнозата;

10.4.6. възможността за развитие на непредвидени усложнения в хода на самата операция и съгласие за предприемане на непредвидени, извънредни, животоспасяващи процедури, вкл. оперативни, несвързани пряко със заболяването, за което е осъществена хоспитализацията;

10.4.7. съгласие за донорство на органи и тъкани.

10.5. Хирургичният пациент е длъжен:

10.5.1. да спазва добра лична хигиена, да проведе хигиенна баня предоперативно;

10.5.2. да спазва лекарските препоръки за предоперативен режим и диета;

10.5.3. да осведомява лекуващия лекар и медицинския персонал за болестни състояния, представляващи риск за хирургичния екип (СПИН, хепатит и др.);

10.5.4. да осведомява лекуващия лекар, оператора и анестезиолога за заболявания, повишаващи оперативния риск - алергия, фамилна обремененост, придружаващи заболявания и др.;

10.5.5. да спазва реда, дисциплината, хигиената и тишината в ХО/клиника, както и правилника за вътрешния ред на болницата и звеното;

10.5.6. да провежда назначените му процедури като предоперативна подготовка и следоперативна рехабилитация.

11. Стандарти за обем на диагностичните възможности при хирургично болен

11.1. Необходими диагностични възможности на ниво многопрофилна/специализирана болница за активно лечение:

11.1.1. Биохимични изследвания - пълна биохимия.

11.1.2. Микробиологична лаборатория.

11.1.3. Рентгенови: обзорна графия на гръден кош, КАТ (по показания).

11.1.4. Патоморфологична лаборатория, възможности за спешно биопсично изследване (гефрир).

11.1.5. Ултразвукови изследвания (само по показания).

11.1.6. ЕКГ.

11.2. Необходими диагностични възможности на ниво специализирана болница за активно лечение по лицево-челюстна хирургия със статут на университетски и национален център:

11.2.1. Биохимични изследвания - пълна биохимия.

11.2.2. Специализирани изследвания: туморни маркери.

11.2.3. Изследване на хемостазеологичния статус.

11.2.4. Микробиологична лаборатория, вкл. за изследване на анаероби.

11.2.5. Рентгенови изследвания: обзорни, контрастни, ангиографии и др.

11.2.6. Компютърна томография (КТ), ядрено-магнитен резонанс.

11.2.7. Ултразвуково изследване на шия и лицева област.

11.2.8. Сцинтиграфия.

11.2.9. Патоморфологична лаборатория с възможност за гефрир, цитологична лаборатория.

11.2.10. Тънкоиглена биопсия и диагностични пункции - перкутанни, под ехографски или КТ контрол.

11.2.11. ЕКГ и ехокардиография (по показания).

11.2.12. Специализирани инструментални изследвания.

Забележки:

1. Допустимо е извършване на биохимични и други специализирани лабораторни изследвания в съответни лаборатории на други лечебни заведения по силата на сключен договор, инструментални изследвания и консултации със специалисти от друго лечебно заведение или лаборатория в същото населено място при планови болни в предоперативния период. Необходимите в следоперативния период лабораторни и инструментални изследвания трябва да бъдат гарантирани от болничното заведение, в което се извършва хирургическата намеса.

2. Планови хирургични намеси за онкологични заболявания се извършват при наличие на патологоанатом и добре оборудвана патоморфологична лаборатория, позволяващи провеждането на срочни (гефрир) и планови биопсични изследвания, или по силата на сключен договор.

12. Стандарти за интердисциплинарни консултации и дейности при лечение на хирургично болни

12.1. Интердисциплинарни консултации, наложителни при хирургични пациенти, биват:

12.1.1. Задължителни консултации:

12.1.1.1. специалист по анестезиология и интензивно лечение;

12.1.1.2. кардиолог.

12.1.2. Консултации по показания:

12.1.2.1. рентгенолог;

12.1.2.2. ендоскопист по профили;

12.1.2.3. ехографист;

12.1.2.4. специалист по клинична лаборатория;

12.1.2.5. хематолог;

12.1.2.6. гастроентеролог;

12.1.2.7. нефролог;

12.1.2.8. уролог;

12.1.2.9. пулмолог;

12.1.2.10. гинеколог;

12.1.2.11. педиатър;

12.1.2.12. невролог;

12.1.2.13. ендокринолог;

12.1.2.14. химиотерапевт/лъчетерапевт;

12.1.2.15. профилирани тесни специалисти по хирургични болести;

12.1.2.16. микробиолог;

12.1.2.17. патоморфолог, цитолог;

12.1.2.18. други.

13. Стандарти за обем на хирургичните дейности

13.1. Операции с много голям обем и сложност, високоспециализирана лицево-челюстна хирургия:

13.1.1. 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 (симултанни операции); едновременна намеса върху орган/органи от две области/кухини на тялото; трансплантация на органи;

13.1.2. осъществяват се в ограничен брой профилирани клинични центрове в страната;

13.1.3. операциите изискват задължителна хоспитализация;

13.1.4. осъществяват се от хирургичен екип в състав: оператор, асистенти (двама или трима), операционни сестри (две или три); операторът е хирург с призната специалност по лицево-челюстна хирургия и с висока квалификация; възможно е да има необходимост от допълнителен специализиран екип за поддръжка и обслужване на функция (функции);

13.1.5. трябва да има осигурена възможност за настаняване на болния в клиника/отделение за интензивно лечение при налични индикации; предоперативно и следоперативно са необходими специфични и специализирани грижи, манипулации и лечение.

13.2. Операции с голям обем и сложност, "голяма" лицево-челюстна хирургия:

13.2.1. 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 (симултанни операции); едновременна намеса върху орган/органи от две области/кухини на тялото;

13.2.2. операциите изискват задължителна хоспитализация;

13.2.3. осъществяват се от екип от лицево-челюстни хирурзи в състав: оператор, асистенти - един, двама или трима, операционни сестри; операторът задължително е лицево-челюстен хирург с призната основна специалност;

13.2.4. трябва да има осигурена възможност за настаняване на болния в клиника/отделение за интензивно лечение при налични индикации.

13.3. Операции със среден обем и сложност, "средна" лицево-челюстна хирургия:

13.3.1. включват се заболявания на отделни органи или на части от лицето и шията;

13.3.2. могат да се извършват в лечебни заведения за извънболнична или болнична помощ при наличие на следоперативен контрол;

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

13.4. Операции с малък обем и сложност, "малка" лицево-челюстна хирургия:

13.4.1. 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; операции на зъбни и околозъбни тъкани, кисти, поставяне на зъбни имплантанти и други;

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

13.4.3. могат да бъдат извършени самостоятелно от лицево-челюстен хирург или от двучленен хирургичен екип (хирург-оператор, операционна сестра).

13.5. Еднодевна хирургия

В рамките на еднодневна хирургия могат да бъдат изпълнявани операции с малък и среден обем и сложност, при стандартни условия и правила. Тя се извършва от лицево-челюстни хирурзи с призната специалност, осигуряващи качество на операцията, минимална травматичност, максимално ограничаване на усложненията, адекватна оценка за развитието на следоперативния период.

13.6. Спешна хирургия

При неотложни показания операции с малък, среден и голям обем и сложност, както и от областта на високоспециализираната хирургия могат да бъдат изпълнявани като "спешни" (приложение № 3).

14. Стандарти за разрешен обем на дейности в съответствие с нивото на оборудване на ХО/клиники/болница, диагностичните възможности на болницата, кадровата осигуреност и компетентност, интердисциплинарните консултации и дейности.

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

14.1.1. Оборудване:

14.1.1.2. на операционна зала

- стандартно;
- профилирано;

14.1.1.3. хирургичен инструментариум

- стандартен;
- профилиран;

14.1.1.4. необходима допълнителна диагностична апаратура и техника - предоперативна, интраоперативна.

14.2. Кадрова осигуреност (минимална задължителна) на ХО:

14.2.1. оператор-хирург с основна специалност по лицево-челюстна хирургия;

14.2.2. минимален брой хирурзи за ХО - трима, от които един със специалност по лицево-челюстна хирургия и един с орална хирургия.

14.3. Възможности за предоперативна и интраоперативна диагностика в посочените нива за оказване на медицинска помощ.

14.4. Възможности за предоперативно интензивно лечение, за избор на необходимата анестезия и за водене на следоперативния период в отделение за интензивно лечение съгласно изискванията на медицински стандарти "Анестезиология и интензивно лечение".

15.1. Хирургичните дейности се осъществяват при специфични условия на труд:

15.1.1. повишена отговорност;

15.1.2. силно умствено напрежение;

15.1.3. физическо претоварване;

15.1.4. условия за интоксикации;

15.1.5. неустановено работно време по морално-етични съображения и изисквания;

15.1.6. ниско заплащане на висококвалифициран труд.

15.2. Хирургичните дейности се осъществяват в рамките на петдневна работна седмица до 40 часа. Хирургическите екипи имат право на намалено работно време, работно време с променливи граници в съответствие със спецификата на извършвания труд и съгласувано с ръководството на болничното заведение.

15.3. Хирургическите екипи имат право на допълнително възнаграждение при полагане на извънреден и спешен труд в рамките на работния график.

15.4. Професионалната защита на хирурзите се осъществява от ССБ и БЛС, както и от национални синдикални организации.

15.5. Членовете на хирургически екипи имат право на професионална защита и парична компенсация при професионални злополуки и заболявания, получени в резултат на диагностични, лечебни и оперативни процедури, изпълнявани върху хирургични пациенти.

15.6. Членовете на хирургическите екипи имат право на отказ за извършване на диагностични и лечебни процедури в планов порядък при липса на необходими защитни средства, гарантиращи безопасна работа на персонала - ръкавици, защитни очила, престилки за еднократна употреба и други.

15.7. Членовете на хирургическите екипи имат право на безплатно изследване, профилактика, лечение и трудоустрояване при професионално заразяване и заболяване.

Приложение № 1 към т. 2

(Изм. - ДВ, бр. 91 от 2010 г.)

Списък на оперативните процедури в областта на лицево-челюстната хирургия

I група.	Операции с много голям обем и сложност, високоспециализирана лицево-челюстна хирургия
II група.	Операции с голям обем и сложност, "голяма лицево-

челюстна хирургия"

III група Операции със среден обем и сложност, "средна лицево-челюстна хирургия"

IV група. Операции с малък обем и сложност, "малка лицево-челюстна хирургия"

Устна, челюстна и лицева хирургия

I група - Много сложни

№	Операция
1.	Оперативна реконструкция на среден лицев етаж, остеотомия и/или костна пластика
2.	Радикално отстраняване на лимфните възли на шията по Крайл
3.	Операции на тежки двустранни преминаващи цепки на горната устна
4.	Тотална резекция на долната челюст с екзартикулация
5.	Резекция на долната или горната челюст с едномоментна костна пластика
6.	Тотална резекция на горната челюст със или без екзентерация
7.	Тотална консервативна паротидектомия
8.	Оперативно лечение на анкилоза на темпоро-мандибуларна става
9.	Пластична реконструкция на лицево-челюстна и шийна област с артериализирани остеомиокутанни ламба и вземане на костен трансплантант/ребро, криста илиака, фибула, тибиа и черепен свод
10.	Пластично възстановяване на носа, вкл. на носния костен скелет с функционално възстановяване на носното дишане
11.	Ексцизия на обширен, богато кръвоснабден тумор
12.	Затваряне на големи дефекти на лицето чрез делтопекторални или миокутанни или остеомиокутанни артериализирани ламба
13.	Оперативна репозиция и фиксация при фрактури на средния лицев етаж с остеосинтеза
14.	Артопластика на темпоро-мандибуларна става
15.	Изолирани фрактури на фронтална кост и фронтален синус

II група - Сложни (големи)

1.	Резекция на горна и долна устна с едномоментна пластика с тъканни ламба по съседство
2.	Лигатура на а.лингвалис, а.каротис екстерна, в.югуларис, трахеостомия като самостоятелни хирургични планови интервенции

3. Радикална паротидектомия (без щадене на н.фациалис)
4. Тотална глосектомия
5. Резекция на половината горна или долна челюст
6. Операции върху долночелюстната става
7. Ортогнатична хирургия в голям обем (на среден лицев етаж и долна челюст едновременно)
8. Затваряне на големи дефекти на твърдото и мекото небце, вкл. уранопластика
9. Супрахоидно отстраняване на лимфните възли по Ванах
10. Операция за образуване на легло за кости и хрущяли при обширни дефекти и имплантирането им
11. Операции при парализа на лицевия нерв
12. Оперативно преместване на горната челюст при диегнатия
13. Оперативно преместване на долната челюст при диегнатия
14. Реконструктивна операция на орбитални стени, вкл. костна пластика при фрактури
15. Остеотомия след неправилно зараснала фрактура на горната или долната челюст
16. Хейлопластика при тежка преминаваща цепнатина на горната устна
17. Едностранна хейлопластика при изолирана цепка на устната
18. Стафилография
19. Прилагане на кожно ламбо по Филатов
20. Оперативно отстраняване на целия нос или на значителна част от него
21. Велофарингопластика
22. Операции при микрогнатия със или без костна пластика
23. Хемиглосектомия при злокачествени тумори на езика
24. Ексцизия на тъкан от пода на устна кухина при злокачествени тумори
25. Тотална аурикулопластика

III група - Средни

1. Ортопедично лечение на фрактурирана долна или горна челюст. Шиниране
2. Пластично затваряне на дефекти на твърдото или мекото небце
3. Парциална резекция на горна или долна челюст
4. Ограничени сегментни остеотомии
5. Лигатура на а.каротис екстерна или в.югуларис, по спешност

6. Коникотомия, трахеотомия, по спешност
7. Операции върху клепача
8. Фейс лифтинг и блефаропластика
9. Операция на челюстни кисти с големина, по-голяма от мястото на 3 зъба
10. Екстирпация на киста на дуктус тиреоглосус или латерална киста на шията
11. Операции при микростома
12. Операции при придобити дефекти на уста, небце, бузи
13. Свободна присадка на кожно ламбо
14. Ексцизия на голям белег, вкл. пластично покриване
15. Трансплантация на кожа с пластично покриване на донорното място
16. Екстирпация на тумори на слюнчените жлези
17. Радикална операция на максиларния синус
18. Частична резекция на езика, вкл. редукционна пластика на езика
19. Оперативно отстраняване на слюнчени камъни от подчелюстна слюнчена жлеза
20. Екстирпация на подчелюстна и подезична слюнчена жлеза
21. Отстраняване на чуждо тяло от меки тъкани, челюстта или секвестротомия
22. Оперативна репозиция и фиксация на фрактурирана долночелюстна кост с остеосинтеза
23. Репозиция и фиксация на фрактурирани носни кости
24. Оперативна репозиция и фиксация на фрактурирана ябълчна кост и дъга
25. Оперативна репозиция и фиксация на фрактурирани алвеоларни израстъци
26. Отстраняване на ретиниран зъб чрез обширна остеотомия при застрашени анатомично околни структури
27. Имплантация на алопластичен материал за подплатяване на меките тъкани като самостоятелна дейност
28. Трансплантация на хрущял
29. Имплантация на кожен експандер
30. Трансплантация на лигавица, вкл. оперативно намаляване на донорното място и пластично покриване
31. Ексцизия на тумори на меките тъкани в лицево-челюстна област и възстановяване чрез пластика по съседство
32. Екстирпация на лимфен възел в лицево-челюстната област, засегнат от патологичен процес
33. Операция на ринофима

34. Пластична операция за корекция на формата, големината и мястото на ушната мида
35. Пресичане или екцереза на периферен клон на н.тригенимус
36. Операции на слюнчена фистула
37. Обработка и зашиване на обширна огнестрелна рана на лицето
38. Ринопластика
39. Ментопластика
40. Ортогнатична хирургия в среден обем чрез интраорален достъп/прогинии, прогнатии, латерогнатии и други
41. Компактостеотомия на челюст
42. Септопластика
43. Шлиц на отводящия канал на паротиса или субмандибуларната жлеза, евентуално с отстраняване на стенозата
44. Задна носна тампонада

IV група - Малки

1. Гермектомия,одонтектомия, френулотомия, сегментна компактостеотомия (спомагателни интервенции към ортогнатична хирургия)
2. Отстраняване на шини на челюстите
3. Поставяне на шина на челюст и зъби
4. Хемостаза чрез лигиране или обшиване при хеморагия като самостоятелна хирургична интервенция
5. Оперативно отстраняване на остеосинтезен материал от челюстна или лицева кост, отстраняване на зъбни имплантанти
6. Хирургична подготовка на алвеоларния гребен за протезиране
7. Хирургична подготовка на меките тъкани за протезиране
8. Серклаж. Суспензивна фиксация при челюстни фрактури
9. Оперативно отстраняване на доброкачествени тумори на меките тъкани в неголям обем
10. Блокада на нерв в областта на черепната основа
11. Кожна пластика с ламбо
12. Оперативна корекция на лицев цикатрикс
13. Присаждане на парченца епидермис (пластика по Реверден)
14. Инцизия на абсцеси в устната кухина и лицево-челюстната област
15. Пробна ексцизия от повърхностно разположена телесна тъкан, напр. кожа, лигавица, устна (биопсия)

16. Ексцизия на лежаща под кожа или лигавица тъкан, напр. мастна тъкан, фасция, мускул или от орган без отваряне на телесна кухина
17. Оперативно лечение на флегмони в лицево-челюстната област
18. Оперативна корекция на ноздри
19. Репозиция и фиксация на фрактура на ябълчна дъга
20. Обработка и зашиване на обширна кожна рана на лицето
21. Поставяне на зъбни имплантанти
22. Дермабразио
23. Венесекцио
24. Предна носна тампонада

Приложение № 2 към т. 7.3.6

(Предишно Приложение № 2 към т. 5.3.6, изм. - ДВ, бр. 91 от 2010 г.)

Списък на оперативните процедури, подходящи за еднодневна хирургия

В рамките на еднодневна хирургия могат да бъдат изпълнявани следните хирургични интервенции:

1. Ортопедично лечение на фрактурирана долна или горна челюст. Шиниране
2. Пластично затваряне на дефекти на твърдото или мекото небце
3. Парциална резекция на горна или долна челюст
4. Ограничени сегментни остеотомии
5. Операция на челюстни кисти с големина, по-голяма от мястото на 3 зъба
6. Екстирпация на киста на дуктус тиреоглосус или латерална киста на шията
7. Операции при микростома
8. Операции при придобити дефекти на уста, небце, бузи
9. Свободна присадка на кожно ламбо
10. Ексцизия на голям белег, вкл. пластично покриване
11. Трансплантация на кожа с пластично покриване на донорното място
12. Екстирпация на тумори на слюнчените жлези
13. Радикална операция на максиларния синус
14. Частична резекция на езика, вкл. редукционна пластика на езика
15. Оперативно отстраняване на слюнчени камъни от подчелюстна слюнчена жлеза
16. Екстирпация на подчелюстна и подезична слюнчена жлеза
17. Отстраняване на чуждо тяло от меки тъкани, челюстта или секвестротомия
18. Оперативна репозиция и фиксация на фрактурирана долночелюстна кост с остеосинтеза
19. Оперативна репозиция и фиксация на фрактурирана ябълчна кост и дъга
20. Отстраняване на ретиниран зъб чрез обширна остеотомия при застрашени анатомично околни структури

21. Имплантация на алопластичен материал за подплатяване на меките тъкани като самостоятелна дейност

22. Трансплантация на хрущял

23. Имплантация на кожен експандер

24. Операция на ринофима

25. Пластична операция за корекция на формата, големината и мястото на ушната мида

26. Обработка и зашиване на обширна огнестрелна рана на лицето

27. Ринопластика

28. Ментопластика

29. Ортогнатична хирургия в среден обем чрез интраорален достъп /прогинии, прогнатии, латерогнатии и други

30. Компактостеотомия на челюст

31. Серклаж. Суспензивна фиксация при челюстни фрактури

32. Оперативно лечение на флегмони в лицево-челюстната област

33. Репозиция и фиксация на фрактура на ябълчна дъга

Приложение № 3 към т. 13.6

(Предишно Приложение № 3 към т. 11.6, изм. - ДВ, бр. 91 от 2010 г.)

Списък на спешни хирургични процедури

1. Ортопедично лечение на фрактурирана долна или горна челюст. Шиниране

2. Лигатура на а.каротис екстерна или в.югуларис, по спешност

3. Коникотомия, трахеостомия, по спешност

4. Оперативна репозиция и фиксация на фрактурирана долночелюстна кост с остеосинтеза

5. Репозиция и фиксация на фрактурирани носни кости

6. Оперативна репозиция и фиксация на фрактурирана ябълчна кост и дъга

7. Задна носна тампонада

8. Хемостаза чрез лигиране или обшиване при хеморагия като самостоятелна хирургична интервенция

9. Серклаж. Суспензивна фиксация при челюстни фрактури

10. Инцизия на абсцеси в устната кухина и лицево-челюстната област

11. Оперативно лечение на флегмони в лицево-челюстната област

12. Обработка и зашиване на обширна кожна рана на лицето

13. Предна носна тампонада

Забележка. Изработените стандарти са съобразени с европейските и американските стандарти по лицево-челюстна хирургия. Обсъдени са и са приети на Колегиума на лицево-челюстните хирурзи в Република България.