

НАРЕДБА № 10 от 4.03.2010 г. за утвърждаване на медицински стандарт "Анестезия и интензивно лечение"

Издадена от министъра на здравеопазването, обн., ДВ, бр. 24 от 26.03.2010 г., доп., бр. 64 от 17.08.2010 г., изм. и доп., бр. 92 от 23.11.2010 г., изм., бр. 32 от 8.04.2014 г., в сила от 1.01.2014 г.

Член единствен. (1) С наредбата се утвърждава медицинският стандарт "Анестезия и интензивно лечение" съгласно приложението.

(2) Дейността по анестезия и интензивно лечение се осъществява при спазване на стандарта по ал. 1 и се изпълнява от всички лечебни заведения, в които се осъществява дейност по анестезия и интензивно лечение.

ПРЕХОДНИ И ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

§ 1. Лечебните заведения привеждат дейността си в съответствие с изискванията по раздел II, буква "в", т. 5.2 от приложението в 3-месечен срок от влизане в сила на наредбата.

§ 1а. (Нов - ДВ, бр. 92 от 2010 г., отм., бр. 32 от 2014 г., в сила от 1.01.2014 г.).

§ 1б. (Нов - ДВ, бр. 92 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 задължително се обезпечават 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по анестезия и интензивно лечение.

(2) В случаите по ал. 1, ако лабораторията е самостоятелна медико-диагностична лаборатория или структура на лечебно заведение за извънболнична помощ, тя следва да отговаря на изискванията за съответното ниво болнична структура по клинична лаборатория, определени с Наредба № 35 от 2010 г. за утвърждаване на медицински стандарт "Клинична лаборатория" (ДВ, бр. 66 от 2010 г.).

§ 1в. (Нов - ДВ, бр. 92 от 2010 г.) Стандартните и специфичните оборудване и апаратура, определени в приложението към чл. 1, 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.

§ 2. Тази наредба се издава на основание чл. 6, ал. 1 от Закона за лечебните заведения и отменя Наредба № 11 от 2005 г. за утвърждаване на медицински стандарт "Анестезия и интензивно лечение" (ДВ, бр. 37 от 2005 г.).

§ 3. (Нов - ДВ, бр. 64 от 2010 г.) Указания по прилагането на тази наредба се дават от министъра на здравеопазването.

§ 4. (Нов - ДВ, бр. 64 от 2010 г.) Контролът по изпълнение на наредбата се осъществява от Изпълнителна агенция "Медицински одит", регионалните центрове по здравеопазване и органите на управление на лечебните заведения.

§ 5. (Нов - ДВ, бр. 64 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.

Приложение

към член единствен, ал. 1
(Доп. - ДВ, бр. 64 от 2010 г.,
изм. и доп., бр. 92 от 2010 г.,
изм., бр. 32 от 2014 г.,
в сила от 1.01.2014 г.)

МЕДИЦИНСКИ СТАНДАРТ АНЕСТЕЗИЯ И ИНТЕНЗИВНО ЛЕЧЕНИЕ

Раздел I. Медицинска специалност "Анестезиология и интензивно лечение"

Анестезиология и интензивно лечение е основна медицинска специалност, която включва изучаването и практическата реализация на клиничните дейности "Анестезия", "Кардиопулмонална ресусцитация" и "Интензивно лечение".

1. Анестезия е приложение на лекарствени продукти (анестетици) и техники (анестетични техники) за предизвикване състояние на анестезия и последващо възстановяване от анестезия.

2. Кардиопулмонална ресусцитация е комплекс от диагностични и терапевтични дейности за възстановяване на преустановени основни жизнени функции (сърдечна дейност, дишане, функции на централната нервна система) при пациенти в състояние на клинична смърт.

3. Интензивно лечение е специфичен диагностично-лечебен процес при пациенти с критични нарушения в жизнено важните функции и/или за които се очаква, че тези функции могат да декомпенсират в непосредствен бъдещ период.

Раздел II. Анестезия

A. Основни принципи при анестезия

1. Всяка една анестезия и при всеки пациент включва следните задължителни етапи:

- 1.1. клиничен преглед и подготовка на пациент за анестезия;
- 1.2. въвеждане в анестезия;
- 1.3. поддържане на анестезия;
- 1.4. възстановяване от анестезия.

2. При всяка една анестезия и при всеки пациент се осъществява специфичен диагностично-лечебен процес, който включва или може да се наложи включването на:

- 2.1. мониториране по време на анестезия;
- 2.2. интензивно лечение по време на анестезия;
- 2.3. кардиопулмонална ресусцитация по време на анестезия.

3. Не се разрешава извършване на анестезия без наличието на материални, организационни и кадрови условия за адекватно осъществяване на клиничен преглед и подготовка на пациент за анестезия, въвеждане в анестезия, поддържане на анестезия, възстановяване от анестезия, мониториране по време на анестезия, интензивно лечение по време на анестезия и кардиопулмонална ресусцитация по време на анестезия.

4. Всяка една анестезия трябва да се осъществява въз основа на принципите на медицинската специалност "Анестезиология и интензивно лечение" за безопасност и адекватност:

4.1. Безопасна анестезия - не увеличава сама по себе си заболяемостта и смъртността и освен временни и обратими странични ефекти не нарушава здравето на пациентите.

4.2. Адекватна анестезия - осигурява оптимални условия за извършване на оперативна интервенция или друга диагностична или терапевтична процедура;

4.3. Принципът за безопасност на анестезията е приоритет при всички пациенти и клинични ситуации.

Б. Основни дейности при анестезия

1. Клиничен преглед и подготовка на пациент за анестезия:

1.1. Клиничен преглед и подготовка на пациент за анестезия е специфичен диагностично-лечебен процес, извършван преди анестезията с цел да се планира и осигури анестезия, която е безопасна и адекватна на състоянието на пациента и нуждите на оперативната интервенция или друга лечебна или диагностична процедура.

1.2. Клиничен преглед и подготовка на пациент за анестезия е неотменим етап от всяка анестезия.

1.3. При планови анестезии (планови оперативни интервенции или друга лечебна или диагностична процедура) оптималното време за извършване на клиничен преглед и подготовка на пациент за анестезия може да е от 7 денонощия до едно денонощие преди началото на планираната анестезия.

1.4. При спешни анестезии (спешни оперативни интервенции или друга лечебна или диагностична процедура) етапът клиничен преглед и подготовка на пациент за анестезия не може да бъде пропускан. Оптималното време и начинът на провеждането му са в зависимост от степента на спешност. Всички обстоятелства, налагащи изменение и/или съкращение в провеждането на клиничния преглед и подготовката на пациента за анестезия, се отбелязват писмено в медицинската документация на пациента.

1.5. Клиничен преглед и подготовка на пациент за анестезия се извършва от лекар - специалист по анестезиология и интензивно лечение, или лекар с клиничен опит по анестезиология и интензивно лечение в процес на специализация, но без призната специалност по анестезиология и интензивно лечение под ръководството на лекаря-специалист.

1.5.1. (Изм. - ДВ, бр. 92 от 2010 г.) Клиничен преглед и подготовка на пациент за анестезия се извършва от:

а) лекарите по т. 1.5, които ще участват в анестезиологичния екип на планираната анестезия;

б) лекарите по т. 1.5, определени от ръководството на специализираната структура за анестезия, която ще провежда анестезията на пациента.

1.5.2. Провежданите в хода на етапа клиничен преглед и подготовка на пациент за анестезия консултации с медицински специалисти от различни области на клиничната медицина имат информативен характер по отношение на индикации/контраиндикации за анестезия, безопасност на анестезията, избор на анестетични средства и техники и др.

1.6. Основните компоненти на клиничен преглед и подготовка на пациент за анестезия са:

1.6.1. установяване на доверие между анестезиолог и пациент като елемент на психологическата подготовка на пациента за предстоящата анестезия;

1.6.2. снемане на анамнеза, която е насочена към установяване на данни за пациента от значение за осигуряване на безопасна и адекватна анестезия;

1.6.3. назначаване по индикации на лабораторни и инструментални изследвания и консултации със специалисти от различни медицински специалности с цел да се обективира здравното състояние на пациента и да се осигури на пациента безопасна и адекватна анестезия;

1.6.4. оформяне на писмен доклад в медицинската документация на пациента, съдържащ:

а) данни за здравното състояние на пациента от значение за осигуряване

на безопасна и адекватна анестезия – данни от анамнезата, физикалния преглед, лабораторни и физикални изследвания, болестни състояния и тяхното лечение, ограничени жизнени функции по органи и системи, придружаваща медикация, алергични състояния, функционално състояние на пациента по American Society Anaesthesiologist Physical Status Classes (ASA) и др.;

б) инструкции за прием на храна и течности и/или друго специфично поведение, дадени на пациента, преди предстоящата анестезия;

в) лечебни мероприятия по подготовката за анестезия, включително и премедикация, назначени на пациента;

г) заключение за индикациите и контраиндикациите за предстоящата анестезия;

д) заключение относно безопасността/риска на планираната анестезия;

е) специфични забележки при необходимост, свързани с планирането на анестетични средства и техники, с цел осигуряване на безопасна и адекватна анестезия.

1.7. Информацията от извършения клиничен преглед и подготовка на пациент за анестезия се предоставя на пациента с цел да се получи неговото информирано съгласие за предстоящата анестезия.

1.7.1. Информацията трябва да включва факти и заключения, установени в резултат на клиничен преглед и подготовка на пациент за анестезия, възможни рискове, усложнения и странични ефекти на предстоящата анестезия и др.

1.7.2. Информацията се съобщава на пациента и/или на негови законни представители по разбираем начин (в достъпен вид и форма).

1.7.3. Пациентът или неговите законни представители в писмен вид и удостоверено с подпис дават своето информирано съгласие за предстоящата анестезия.

1.7.4. Без информирано съгласие е възможно провеждане на анестезия само в случаите, определени със закон.

2. Въвеждане, поддържане и възстановяване от анестезия:

2.1. Въвеждането в анестезия е етап от анестезията, който започва с непосредствената подготовка на пациента за анестезия и приключва с установяването на стабилно състояние на анестезия.

2.1.1. По време на въвеждане в анестезия рискът от възникване на усложнения и неблагоприятни странични реакции от прилаганите анестетични средства и техники е висок, поради което не се допуска до приключването на етапа и установяването на стабилно състояние на анестезия да се започне провеждането на оперативна интервенция или друга диагностична или терапевтична процедура.

2.1.2. Въвеждане в анестезия основно включва приложение на непосредствена (преди началото на анестезията) премедикация, техники за приложение на мониторни методи (канюлиране на съдове, катетеризиране на пикочен мехур, поставяне на стомашна сонда и др.), увод в анестезия, ендотрахеална интубация, поставяне на ларингеална маска, пункция на епидурално/спинално пространство и др.

2.2. Въвеждане в анестезия се осъществява при:

а) осигурени условия за психосоматичен комфорт на пациента;

б) осигурена възможност на анестезиологичния екип за адекватно приложение на методите за въвеждане в анестезия, диагностициране и лечение на евентуални усложнения и неблагоприятни странични реакции.

2.3. Поддържането на анестезия е етап на анестезията, който започва след приключването на етапа въвеждане в анестезия и продължава до началото на етапа възстановяване от анестезия.

2.4. Възстановяването от анестезия е етап на анестезията, обхващащ периода след приключването на анестезията и на съответната оперативна, диагностична или терапевтична процедура и продължава до

възстановяването на основните жизнено функции на пациента, нарушени от провеждането им.

Рискът от възникване на усложнения и неблагоприятни странични реакции по време на възстановяване от анестезия е висок, поради което:

а) възстановяване от анестезия се извършва от анестезиологичния екип, провел анестезията; от друг анестезиологичен екип или от медицински екип, притежаващ квалификация да диагностицира и лекува всички присъщи на етапа усложнения и неблагоприятни странични реакции;

б) състоянието на възстановени основни жизнено функции, нарушени след проведена анестезия, се диагностицира само от медицински специалисти в качеството им на анестезиолог;

в) възстановяване от анестезия се осъществява в условия, които осигуряват на пациента психосоматичен комфорт;

г) възстановяване от анестезия се осъществява в условия, които осигуряват на медицинския екип възможност за диагностициране и лечение на всички присъщи на етапа усложнения и неблагоприятни странични реакции.

3. Мониторирание по време на анестезия:

3.1. Мониториранието по време на анестезия е специфичен диагностичен процес на интензивно наблюдение, проследяване и обективизиране на основните жизненоважни функции на пациента (циркулация, дишане, температурна хомеостаза и др.) и контрол върху дълбочината на анестезията.

3.2. Мониторирание по време на анестезия се прилага от началото на етапа въвеждане в анестезия до края на етапа възстановяване от анестезия.

3.3. Мониториранието по време на анестезия включва приложението на следните мониторинжни методи:

3.3.1. на всеки пациент - обект на анестезия, задължително се прилагат: пряк непрекъснат клиничен контрол (визуален контрол, аускултация, палпация и др.) от страна на анестезиологичния екип, постоянна мониторинжна ЕКГ и пулсова честота, мониториране на системни артериални налягания, мониториране на дихателна честота;

3.3.2. на всеки пациент - обект на анестезия, в условията на изкуствена белодробна вентилация задължително се прилагат: мониториране на дихателен обем и минутен дихателен обем, инспираторни и експираторни налягания на обдишване, мониториране на процент (част) на кислород във вдишваната газова смес (FiO_2);

3.3.3. при наличието на индикации задължително се мониторира: централно венозно налягане, обем диуреза, телесна температура, инвазивно артериално налягане, налягане в пулмоналната артерия, вклинено пулмо-капиларно налягане и минутен сърдечен обем.

3.4. Данните от всички мониторирани показатели по време на анестезия се регистрират в медицинската документация на пациента - анестезиологичен лист; най-дългият интервал за измерване и регистрация на показателите сърдечна честота и системни артериални налягания по време на анестезия е 10 минути. Стойностите на другите мониторирани показатели се измерват и регистрират в зависимост от тяхната специфична динамика и винаги се регистрират техните екстремни (патологични) величини.

4. Интензивно лечение по време на анестезия:

4.1. Интензивното лечение по време на анестезия е лечение на проявяващи се по време на анестезия критични нарушения в жизненоважните функции на пациента, които могат да се дължат както на присъщи на анестезията и извършваната под анестезия процедура (оперативна интервенция, диагностична или терапевтична процедура), така и да са проява на основната или придружаващата патология.

4.2. Интензивно лечение по време на анестезия се прилага или трябва да има готовност да се приложи от началото на етапа въвеждане в анестезия

до края на етапа възстановяване от анестезия.

Интензивно лечение по време на анестезия включва:

4.3. на всеки пациент – обект на анестезия, задължително се осигурява периферен венозен източник, който се поддържа по време на цялата анестезия чрез вливане на инфузионни разтвори;

4.4. за всеки пациент – обект на анестезия, трябва да има готовност за прилагане на алгоритъм за трудна интубация; при наличието на индикации задължително се прилагат:

4.4.1. методи за осигуряване проходимост на дихателните пътища: ендотрахеална интубация, ларингеална маска, трикомпонентен метод за осигуряване проходимост на горни дихателни пътища (задна флексия на главата, изтегляне напред и нагоре на долна челюст, отваряне на устата); изчистване на устната кухина от чужди материи чрез механично почистване и аспирация; трахео-бронхиална аспирация, фарингеална интубация, ендобронхиална интубация;

4.4.2. при оперативни намеси, за които се знае или предполага, че осигуряването на свободни дихателни пътища може да бъде затруднено поради анатомични особености, патологични промени в горните дихателни пътища или извършването на конвенционалната ларингоскопия може да доведе до допълнителни увреди (операции в неврохирургията, лицево-челюстната хирургия, торакалната хирургия), е задължително осигуряването на възможност за бронхоскопска интубация и извършване на трахеостомия при нужда;

4.4.3. методи за оксигенация и изкуствена белодробна вентилация: оксигенация с обогатена на кислород газова смес или чист кислород, обдишване "уста в уста" или "уста в нос", или "уста в интубационна тръба", или "уста в трахеостомна канюла" с издишан въздух; обдишване чрез лицева маска и саморазгъващ се балон тип AMBU; апаратна изкуствена вентилация чрез интермитентно положително налягане в дихателните пътища;

4.4.4. методи за катетеризиране и дрениране на кухини: поставяне и поддържане на стомашна или дуоденална сонда, уретрален катетър, плеврална пункция, плеврални дренажи, аспирационни и гравитационни дренажи;

4.4.5. лекарствена терапия:

а) приложение на лекарствени продукти подкожно, интрамускулно, интравенозно (през периферен и/или централен венозен път), интратрахеално и през назо-(оро) гастрална сонда;

б) приложение на инфузионни разтвори, хемотрансфузии, инфузии на биопродукти, инотропни, вазопресорни, вазодилаторни, антиаритмични, диуретични лекарствени продукти и лекарствени продукти за лечение на алергични и псевдоалергични реакции.

5. Кардиопулмонална ресусцитация по време на анестезия

5.1. Кардиопулмоналната ресусцитация по време на анестезия (реанимация) е прилагане или готовност за прилагане на комплекс от диагностични и терапевтични мероприятия за възстановяване на преустановени основни жизнени функции при пациенти в състояние на клинична смърт по време на анестезия.

5.2. Кардиопулмонална ресусцитация по време на анестезия се прилага или има готовност да се приложи от началото на етапа въвеждане в анестезия до края на етапа възстановяване от анестезия.

5.3. На всеки пациент – обект на анестезия, при наличието на индикации задължително се прилагат основно поддържане на живот (Basic Life Support) в пълен обем (кардиопулмонална ресусцитация, осъществявана без специална екипировка) и разширено поддържане на живот (Advanced Life Support) в пълен обем (кардиопулмонална ресусцитация, осъществявана със специална екипировка), а именно:

- а) диагностика на клинична смърт;
- б) поставяне на пациента в основно положение на тялото за кардиопулмонална ресусцитация или в стабилно странично положение;
- в) методи за осигуряване на проходимост на горните дихателни пътища: трикомпонентен метод за осигуряване проходимост на горни дихателни пътища (задна флексия на главата, изтегляне напред и нагоре на долна челюст, отваряне на устата); изчистване на устната кухина от чужди материали чрез механично почистване и аспирация; ендотрахеална интубация, ларингеална маска (при невъзможност за интубация), трахеобронхиална аспирация, фарингеална интубация, ендобронхиална интубация;
- г) методи за оксигенация и изкуствена белодробна вентилация: оксигенация с обогатена на кислород газова смес или чист кислород, обдишване "уста в уста" или "уста в нос", или "уста в интубационна тръба" или "уста в трахеостомна канюла" с издишан въздух; обдишване чрез лицева маска и саморазгъващ се балон тип AMBU; апаратна изкуствена вентилация чрез интермитентно положително налягане в дихателните пътища;
- д) методи за изкуствена циркулация: външна (индиректна) компресия/декомпресия на сърцето;
- е) методи за осигуряване на съдова линия: периферен и/или централен венозен източник;
- ж) методи за приложение на лекарствени продукти: интравенозно, интратрахеално, интракардиално;
- з) лекарствена терапия: приложение на инфузионни разтвори, инотропни, вазопресорни, вазодилататорни, анитаритмични, диуретични лекарствени продукти, лекарствени продукти за лечение на алергични и псевдоалергични реакции, лекарствени продукти за венозна анестезия, лекарствени продукти за миорелаксация;
- и) електрическа дефибрилация.

В. Организация, човешки ресурси и материални условия за осъществяване на анестезия

1. Анестезиологичен екип:

1.1. Анестезията се осъществява от анестезиологичен екип – организационна единица, формирана на функционален принцип за провеждане на анестезия.

1.2. (Изм. – ДВ, бр. 92 от 2010 г.) В структурата на лечебните заведения анестезиологичният екип може да има една от следните форми на административна подчиненост:

- а) анестезиологичен екип в състава на отделение/клиника по анестезиология или по анестезиология и интензивно лечение;
- б) анестезиологичен екип в състава на отделение или клиника по хирургия, акушерство и гинекология, вътрешни болести, педиатрия или по друга специалност с преобладаваща хирургична насоченост;
- в) анестезиологичен екип в кабинет за преданестезиологична консултация към диагностично-консултативния блок на лечебното заведение за болнична помощ (в случаите, когато няма отделение по анестезиология и интензивно лечение в стационарния блок).

Началникът на клиника/отделение по анестезиология и интензивно лечение е на пряко подчинение на ръководителя на лечебното заведение. Екипът, работещ в кабинета за преданестезиологична консултация (когато в лечебното заведение няма клиника/отделение по анестезиология и интензивно лечение), е на пряко подчинение на ръководителя на диагностично-консултативния блок.

1.3. Анестезиологичният екип се формира на основата на заповед, дневна програма за анестезии, месечен график за дежурства за осъществяване на анестезии по спешност и други писмени разпоредения на ръководителя на организационната структура, на която той е административно подчинен.

1.4. Анестезиологичният екип се състои от лекар-анестезиолог (специалист по анестезиология и интензивно лечение) и/или специализиращ лекар-анестезиолог (при условията на т. 1.7) и медицинска сестра (акушерка) – анестезиологична сестра (акушерка). При сложни анестезии към анестезиологичния екип може да бъдат включени още един лекар-анестезиолог и/или специализиращ лекар-анестезиолог, една или две анестезиологични сестри.

1.5. Лекарят с най-висока квалификация и клиничен опит в анестезиологичния екип е негов ръководител, освен ако с административното разпореждане за формирането му не е предвидено друго.

1.6. Лекарят-анестезиолог, когато е в качеството си на ръководител на анестезиологичен екип, носи цялата отговорност за провежданата анестезия.

1.7. Специализиращият лекар-анестезиолог работи под ръководството на лекар-анестезиолог, определен от ръководителя на организационната структура, където специализира или работи, и който определя границите на неговата отговорност.

1.8. Анестезиологична сестра (акушерка) е медицинска сестра (акушерка), член на анестезиологичния екип, която участва в дейностите по поддържане на анестезиологичната апаратура, подготовката на лекарства и консумативи за анестезия, подготовката на пациента за анестезия. Тя извършва необходимите и в границите на нейната компетентност неинвазивни и инвазивни манипулации. По отношение на всяка конкретна анестезия и пациент изпълнява нарежданията на ръководителя на анестезиологичния екип.

1.9. Един анестезиологичен екип осъществява анестезия на един пациент – от началото на етапа въвеждане в анестезия до края на етапа възстановяване от анестезия. Не се разрешава един анестезиологичен екип да осъществява анестезия на повече от един пациент. По изключение се разрешава целият анестезиологичен екип или отделни негови членове да бъдат сменяни по време на анестезия с други с адекватна квалификация.

1.10. При изпълнение на задълженията и отговорностите си за всяка конкретна анестезия анестезиологичният екип, респ. неговият ръководител, се ползва с клинична самостоятелност, което включва, без да изчерпва, следното:

а) ръководителят на анестезиологичния екип може да пристъпи към анестезия на пациента само ако има убеждението, че принципите на специалността "Анестезиология и интензивно лечение" и изискванията на този стандарт за осигуряване на безопасна анестезия могат да бъдат спазени;

б) при провеждането на планови анестезии на ръководителя на анестезиологичния екип или на ръководителя на анестезиологичното отделение (клиника) задължително трябва да му бъдат предоставени най-късно един час преди края на предишния работен ден пълна програма за планиваната оперативна, диагностична или терапевтична процедура, която ще се провежда под анестезия; програмата трябва да бъде предоставена от структурата на лечебното заведение, в която се осъществява основният диагностично-лечебен процес (хирургична клиника и отделение и др.) и да съдържа имената на пациента, местоположението на пациента в лечебното заведение (номер на стая и легло), основната клинична диагноза, наименованието на планираната оперативна, диагностична или терапевтична процедура, подписа на ръководителя на структурата, в която се осъществява основният диагностично-лечебен процес на пациента;

в) ръководителят на анестезиологичния екип може да пристъпи към анестезия само при налична медицинска документация за пациента, предоставена най-малко 45 минути преди началото на планираната

оперативна, диагностична или терапевтична интервенция от структурата на лечебното заведение, в която се осъществява основният диагностично-лечебен процес на пациента (хирургична клиника/отделение и др.); по изключение може да се пристъпи към анестезия, без да е изпълнено това условие, когато са налице индикации за спешност с непосредствен риск за живота на пациента;

г) ръководителят на анестезиологичния екип приема да осъществява програма за анестезия при наличие на оптимално технологично време за провеждането на етапите въвеждане в анестезия (не по-малко от 30 минути) и възстановяване от анестезия (не по-малко от 30 минути);

д) преди всяка анестезия ръководителят на анестезиологичния екип и анестезиологичната сестра са длъжни да проверят изправността и функционалната годност на апаратурата и инструментариума за извършване на анестезията; на апаратурата и инструментариума, необходими за диагностиката и лечението на евентуални усложнения и неблагоприятни реакции по време на анестезия; наличността на лекарствени продукти както за осъществяване на анестезия, така и за лечение на евентуални усложнения и неблагоприятни реакции по време на анестезия.

1.11. Преди всяка анестезия ръководителят на анестезиологичния екип е длъжен да се увери в съществуването на минимални условия, несвързани пряко с анестезията, но осигуряващи безопасността, и което включва, но без да изчерпва, следното:

а) пациентът е доведен (или ще бъде доведен) до мястото за осъществяване на анестезия по адекватен начин (в лежачо положение, ако преди това е бил премедициран и др.);

б) мястото, където ще се провежда анестезията, осигурява необходимия психосоматичен комфорт на пациента в етапите въвеждане в анестезия и възстановяване от анестезия (в тези етапи не се допускат стресови светлинни и звукови стимули, наличие на лица, несвързани пряко с предстоящия диагностично-лечебен процес, като в тях не влизат обучаващи се медицински специалисти и др.);

в) мястото, където ще се провежда анестезията, притежава необходимите условия за нормална работа на анестезиологичния екип – осветеност на работното поле, възможност за възприемане на звуковата и светлинната сигнализация на мониторната и анестезиологичната апаратура, възможност за неусложнени комуникации с други структури на лечебното заведение (отделение за интензивно лечение, кръвна банка и др.);

г) налице е възможност след края на анестезията пациентът да се транспортира от мястото за осъществяване на анестезия до съответната клинична структура, където ще продължи по-нататъшното му лечение по адекватен начин;

д) за наблюдението и лечението на пациента след края на анестезията е осигурено болнично легло в клиника/отделение на лечебно заведение, притежаващо необходимите за целта материални, организационни и кадрови възможности.

1.12. Преди началото на етапа въвеждане в анестезия ръководителят на анестезиологичния екип е длъжен обстойно да се запознае с фактите за пациента, установени по време на етапа клиничен преглед и подготовка на пациента за анестезия.

Непосредствено преди всяка анестезия ръководителят на анестезиологичния екип е длъжен да извърши клиничен преглед на пациента, включващ симптоматика от значение за осигуряване на безопасност на предстоящата анестезия. Това включва, но не изчерпва: последен прием на храна и течности, цвят и тургур на кожа и видими лигавици, визуален преглед на горни дихателни пътища, измерване на системни артериални налягания и на пулсова честота, състояние на периферната венозна мрежа, откриване на груба неврологична симптоматика и немедикаментозно предизвикани промени

в съзнанието, значими промени във външното дишане и др. Резултатите от извършения експресен клиничен преглед преди началото на анестезията се отразяват задължително в медицинската документация на пациента – анестезиологичен лист.

1.13. По време на анестезия ръководителят на анестезиологичния екип е длъжен да осигури приоритет на безопасна анестезия относно:

а) положението на пациента на операционната маса (или друго медицинско устройство);

б) избора и прилагането на анестетични средства и техники; мнението на ръководителя на анестезиологичния екип относно вида и начина на приложение на анестетичните средства и техники за адекватна анестезия имат приоритет пред тези, предпочитани от пациента и неговите близки, както и от оперативния екип.

1.14. Ръководителят на анестезиологичния екип няма право да възлага или да позволява да се възлагат задачи на членове на анестезиологичния екип извън тези, свързани с пряката дейност на екипа, провеждащ анестезията.

1.15. Ръководителят на анестезиологичния екип отговаря за воденето на медицинската документация на пациента по време на анестезията – анестезиологичен лист; отразяват се всички значими факти по време на анестезията, както и препоръки за диагностично-лечебното поведение в ранния следанестезионен период.

1.16. (Изм. – ДВ, бр. 92 от 2010 г.) Задълженията на ръководителя на анестезиологичния екип спрямо пациента са изпълнени, когато е диагностицирал състояние на възстановени основни жизнени функции, нарушени след проведена анестезия, и е насочил пациента за наблюдение и по-нататъшно лечение в съответното отделение на лечебното заведение, а при необходимост – за наблюдение и по-нататъшно лечение в структура за интензивно лечение.

1.17. Когато дадена анестетична техника не се прилага само от анестезиологичния екип, а изисква и участието на други медицински специалисти (локална анестезия, прилагана от хирургичния екип с премедикация и мониториране по време на анестезията, извършвани от анестезиологичния екип и др.), ръководителят на анестезиологичния екип е длъжен:

а) да включва анестезиологичния екип в анестезията само ако е налице възможност да се изпълнят изискванията на този стандарт;

б) да съгласува предварително с другите медицински специалисти, участващи в анестезията (хирурга, извършващ локалната анестезия, или друг специалист), видовете анестетични средства (включително и дозировки) и анестетични техники, които ще се прилагат.

1.18. Всички решения и становища на ръководителя на анестезиологичния екип в рамките на клиничната самостоятелност на екипа, който осъществява всяка конкретна анестезия, не могат да бъдат коригирани и/или отменени от негов административен ръководител, ако последният не е специалист по анестезиология и интензивно лечение.

2. Кабинет за преданестезиологична консултация – за лечебните заведения, които имат разкрит такъв.

2.1. Провеждане на клиничен преглед и подготовка на пациент за анестезия се извършва в кабинет за преданестезиологична консултация.

2.1.1. В кабинета за преданестезиологична консултация се осъществява частично или изцяло клиничен преглед и подготовка на пациенти за планова анестезия и само по изключение – на пациенти за спешна анестезия, чието състояние не изисква задължително лежачо положение.

2.1.2. В кабинета за преданестезиологична консултация работят лекар-анестезиолог и медицинска сестра или специализиращ лекар по специалността "Анестезиология и интензивно лечение", но под методичното ръководство на лекар-анестезиолог.

2.1.3. В кабинета за преданестезиологична консултация се извършва:

а) събеседване (интервю) с пациент и/или негови близки, обект на предстояща анестезия;

б) физикален клиничен преглед на пациент – обект на предстояща анестезия;

в) назначаване на инструментални изследвания или извършването им (като антропометрични измервания, измервания на сърдечна честота и на системни артериални налягания, електрокардиоскопия (графия), пулсова оксиметрия и др.), ако кабинетът разполага с необходимото оборудване (2.1.4, буква "е");

г) назначаване за клинично-лабораторни изследвания или вземане на проби за клинично-лабораторни изследвания чрез пункция на периферна вена и/или пункция на периферен артериален съд (кръвна проба за кръвно-газов анализ на артериална кръв), урина за лабораторно изследване, материал за микробиологични изследвания, ако кабинетът разполага с необходимото оборудване (2.1.4, буква "е");

д) попълване на медицинска документация на пациента, изискваща се с оглед на предстоящата анестезия.

2.1.4. Специфичните изисквания за кабинета за преданестезиологична консултация и за оборудването в него включват:

а) наличие на пряка дневна светлина и добра изкуствена осветеност;

б) легло (кушетка) за преглед на пациент в лежачо положение;

в) бюро (маса) и столове;

г) мивка за измиване на ръце; условия за дезинфекция на ръцете на персонала;

д) наличие на санитарен възел;

е) оборудване в зависимост от извършваните инструментални и клинично-лабораторни изследвания – апарат за измерване на кръвно налягане, стетоскоп, електрокардиограф, пулсов оксиметър, теглилка, хладилник за съхраняване на проби, набори за венепункция и артериална пункция и др.

2.2. Кабинетът за преданестезиологична консултация е в структурата на отделението/клиниката по анестезиология и интензивно лечение или в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение.

Кабинетът за преданестезиологична консултация се ръководи от началника на структурата, към която е разкрит.

3. Място за провеждане на анестезия:

3.1. Мястото за провеждане на анестезия е обособена площ и пространство в операционни зали, кабинети за диагностични и терапевтични процедури, зъболекарски кабинети на лечебни заведения, зали за въвеждане в анестезия и зали за възстановяване от анестезия.

3.2. Извън местата за провеждане на анестезия съгласно т. 3.1 анестезия може да се осъществява само в отделения или клиники за интензивно лечение.

3.3. Специфични изисквания за място за провеждане на анестезия:

3.3.1. Разположение, позволяващо безпроблемен достъп на пациентите, с оглед на спецификата на етапите въвеждане в анестезия и възстановяване от анестезия – да има възможност за постъпване и извеждане на пациент в лежачо положение.

3.3.2. В близост трябва да има комуникационни средства за връзка с други структури на лечебното заведение (отделение за интензивно лечение, кръвна банка и др.).

3.3.3. В непосредствена близост (на разстояние не повече от 1 м) трябва да има операционна маса (зъболекарски стол или друго подходящо съоръжение), на която да се постави пациентът в лежачо положение. Пространството около съоръжението трябва да позволява безпроблемно движение на обслужващ персонал около него, включително и за поставяне/вдигане на пациент в лежачо положение, който не може да се

движи самостоятелно.

3.3.4. Осветеност, позволяваща безпроблемна работа с апаратурата и наблюдение на пациента; ако се налага да се работи в затъмнено помещение, трябва да е осигурено локално осветление.

3.3.5. Ниво на шум, позволяващо безпроблемно възприемане на звуковата и светлинната сигнализация на мониторната и анестезиологичната апаратура.

3.3.6. Хигиенни условия за извършване на инвазивни манипулации – пункция, катетеризация на съдове, гръбначно-мозъчна пункция и др.

3.3.7. В близост трябва да има условия за първична хигиенна обработка (измиване, почистване) на материали и консумативи за многократна употреба, като интубационни тръби, шлангове на анестезиологичните апарати и др.

3.4. Мястото за провеждане на анестезия трябва да е оборудвано с инсталации, съоръжения, пособия и апаратура за осъществяване на въвеждане, поддържане и възстановяване от анестезия, мониториране по време на анестезия, интензивно лечение по време на анестезия и кардиопулмонална ресусцитация по време на анестезия, както следва:

3.4.1. Съоръжението, върху което е поставен пациентът за провеждане на анестезия (операционна маса, зъболекарски стол и др.), трябва да позволява бърза и удобна промяна на положението на тялото и главата на пациента (минималното изискване за мобилност на това съоръжение е движение във вертикална посока, позволяващо бързо постигане на положение на пациента в Тренделенбург или Фоулер), както и да предлага удобен начин за фиксация на пациента върху него.

3.4.2. Електрозахранване с не по-малко от 6 заземени (тип шуко) електрически извода.

3.4.3. Стационарна или мобилна аспирационна система.

3.4.4. Стационарна инсталация или сменяем цилиндър (бутилка) за кислород под налягане.

3.4.5. Стойки (най-малко 3 броя) за поставяне на контейнери за инфузионни разтвори, осигуряващи разстояние между контейнера и тялото на пациента – минимум 1 м.

3.4.6. Набор пособия за осигуряване на периферен и централен венозен източник.

3.4.7. Набор инструменти и пособия за осигуряване на проходимост на дихателните пътища и изкуствена белодробна вентилация, което минимално включва: набор лицеви маски за обдишване на пациента, саморазгъващ се балон тип AMBU, наконечници за аспирация на уста и назофарингеално пространство, набор за фарингеална интубация, набор за ендотрахеална интубация, ларингеална маска, анестезиологичен апарат.

3.4.8. Апаратура за продължително мониториране на ЕКГ и пулсоксиметрия.

3.4.9. Апаратура за измерване на системни артериални налягания.

3.4.10. Апаратура за електрическа дефибрилация (достатъчен е един апарат за електрическа дефибрилация за повече от едно място за провеждане на анестезия, ако те се намират в общи помещения – например в един операционен блок).

3.5. Организацията на дейностите в мястото за провеждане на анестезия, включително съхранение и правилна експлоатация на апаратура, съоръжения и пособия, свързани с провеждане на анестезия, е в правата, отговорностите и задълженията на: ръководителя на анестезиологичен екип; началника на отделение за анестезиология и интензивно лечение; началника на клиника за анестезиология и интензивно лечение.

Без да е съставна част на мястото за провеждане на анестезия, съоръжението, върху което се поставя пациентът за анестезия (операционна маса, зъболекарски стол и др.), трябва да отговаря на условията за безопасна анестезия. В правата и отговорностите, съответно на ръководителя на анестезиологичен екип, началника на отделение за

анестезиология и интензивно лечение и началника на клиника за анестезиология и интензивно лечение, е да изискват подходящото за целта съоръжение.

4. Мястото за въвеждане в анестезия и възстановяване от анестезия:

4.1. Мястото за въвеждане/възстановяване от анестезия е обособена територия на лечебните заведения, извършващи планови оперативни, диагностични или терапевтични процедури под анестезия (планови анестезии) за осъществяване на етапите въвеждане в анестезия и възстановяване от анестезия.

Не е задължително условие да се осъществяват анестезии на мястото за въвеждане/възстановяване от анестезия в лечебните заведения, с изключение на случаите на анестезия при едnodневна хирургия или амбулаторна анестезия.

4.2. Извън мястото за въвеждане/възстановяване от анестезия етапите въвеждане в анестезия и възстановяване от анестезия могат да се осъществяват в мястото за провеждане на анестезия и в отделенията и клиниките за интензивно лечение.

4.3. Специфичните изисквания към място за въвеждане във (възстановяване от) анестезия са следните:

а) обособена територия в операционен блок (операционна зала или други специализирани помещения, в които се осъществяват оперативни, диагностични или терапевтични процедури под анестезия) – предзала за въвеждане/възстановяване от анестезия;

б) обособена територия извън операционния блок (операционна зала или други специализирани помещения, в които се осъществяват оперативни, диагностични или терапевтични процедури под анестезия).

4.4. Мястото за въвеждане/възстановяване от анестезия има поне едно работно място, като оптималният брой е до 6 работни места.

4.5. Всяко работно място на мястото за въвеждане/възстановяване от анестезия трябва да отговаря на минималните изисквания за място за провеждане на анестезия, като се има предвид следното:

а) на мястото за въвеждане/възстановяване от анестезия не е необходимо да има условия за провеждане на оперативна, диагностична или терапевтична процедура, за която е необходима анестезия;

б) на мястото за въвеждане/възстановяване от анестезия съоръжението, върху което се поставя пациентът, трябва да отговаря само на изискванията за безопасна анестезия, но не е необходимо да осигурява условия за извършване на основните оперативни, диагностични или терапевтични процедури (операционна маса, специализирани легла за интензивно лечение и др.); съоръжението трябва да позволява бърза и удобна промяна на положението на тялото и главата на пациента във вертикална посока, както и удобен начин за фиксация на пациента върху него; разположението му трябва да осигурява приоритетен достъп на персонала до главата и шията на пациента, до съответната апаратура, до изводите на електрическата и газовата инсталация и др.

4.6. Всяко работно място на мястото за въвеждане/възстановяване от анестезия трябва да е оборудвано с инсталации, съоръжения, пособия и апаратура за осъществяване на въвеждане, поддържане и възстановяване от анестезия, мониториране по време на анестезия, интензивно лечение по време на анестезия и кардиопулмонална ресусцитация по време на анестезия, идентични с тези на място за провеждане на анестезия.

В случаите, когато мястото за въвеждане/възстановяване от анестезия се състои от повече от едно работно място, се допускат по-малък брой набори (апаратура) от работните места относно: набор лицеви маски за обдишване на пациента, саморазгъващ се балон тип AMBU, наконечници за аспирация на уста и назофарингеално пространство, набор за фарингеална интубация, набор за ендотрахеална интубация, анестезиологичен апарат,

дефибрилатор.

4.7. На място за въвеждане/възстановяване от анестезия с повече от едно работно място всеки анестезиологичен екип, осъществяващ етапа въвеждане в анестезия, задължително обслужва само един пациент. Анестезиологичният екип, осъществяващ етапа възстановяване от анестезия, може да обслужва и повече от един пациент.

4.8. Мястото за въвеждане/възстановяване от анестезия трябва да отговаря на хигиенните изисквания.

4.9. На място за въвеждане/възстановяване от анестезия, състоящо се от повече от едно работно място, трябва да се спазват санитарно-хигиенните условия и да се поддържат съоръжения, необходими за интензивно отделение (като манипулационна, тоалетен възел, мивки и др.).

4.10. Организацията на дейностите на място за въвеждане/възстановяване от анестезия, включително съхранение и правилна експлоатация на апаратура, съоръжения и пособия, свързани с въвеждане и възстановяване от анестезия, е в правата, отговорностите и задълженията на (по реда на тяхната административна подчиненост) ръководителя на анестезиологичния екип, началника на отделение за анестезиология и интензивно лечение, началника на клиника за анестезиология и интензивно лечение.

5. (Отм. – ДВ, бр. 92 от 2010 г.).

Г. Специфични правила за безопасност при местна анестезия и анестезия при еднокласна хирургия

1. Местна анестезия – приложение на анестетични средства (местни анестетици) и техники (инфилтративна анестезия, проводна анестезия и др.) с използване или без използване на анестетични средства със системен ефект (седиращи средства, обезболяващи средства, транквилизиращи средства и др.):

1.1. При местна анестезия, осъществявана от оператора на съответната хирургична, диагностична или терапевтична процедура, без планирано и фактическо участие на анестезиологичен екип отговорността за безопасността на анестезията е в задълженията на оператора.

1.2. При местна анестезия, осъществявана от оператора на съответната хирургична, диагностична или терапевтична процедура, с планирано и фактическо участие на анестезиологичен екип отговорността за безопасността на анестезията е в задълженията и на анестезиологичния екип при следните условия:

а) осигурени са необходимите организационни и материални условия и технологично време за осъществяване на клиничен преглед и подготовка на пациент за анестезия, въвеждане в анестезия, поддържане на анестезия и възстановяване от анестезия, както и за адекватно осъществяване на мониториране по време на анестезия, интензивно лечение по време на анестезия и кардиопулмонална ресусцитация по време на анестезия;

б) приложението на местни анестетици и анестетични техники от страна на оператора е съгласувано с анестезиологичния екип.

2. Анестезия при еднокласна хирургия: еднокласната хирургия е планова диагностично-лечебна дейност при пациенти с хирургични заболявания, като в рамките на един ден пациентът трябва да бъде приет, да бъдат осъществени процедурите на еднокласната хирургия и да бъде изписан от лечебното заведение. Общите индикации/контраиндикации по отношение на контингента пациенти за анестезия при еднокласна хирургия са:

а) индицирани са пациенти с клас по ASA I – II; пациенти с клас по ASA III са индицирани за анестезия само по изключение и при наличието на специфични показания и условия;

б) индицирани са пациенти във възрастовата граница над 6 месеца и под 65 години;

в) индицирани са пациенти – обект на оперативни интервенции, с планирана продължителност до 60 – 90 минути;

г) индицирани са пациенти – обект на оперативни интервенции, които не причиняват нарушения в жизненоважните функции на организма и са без значим риск от периоперативно кървене;

д) индицирани са пациенти – обект на оперативни интервенции, които не причиняват значим следоперативен болков синдром, гадене, повръщане и тежки нарушения в сетивността;

е) индицирани са пациенти без анамнеза за инциденти и усложнения при предходни анестезии (трудна интубация, забавено възстановяване след анестезия, прилагана кардиопулмонална ресусцитация в предхождащ периоперативен период и др.);

ж) индицирани са пациенти без лична или фамилна анамнеза за вродени или наследствени заболявания, представляващи рисков фактор по отношение на предстоящата анестезия и операция (например малигнена хипертермия, миопатии, нарушения в хемостазата и пр.).

3. Специфични особености на етап клиничен преглед и подготовка на пациент за анестезия в едnodневната хирургия:

3.1. Етапът клиничен преглед и подготовка на пациент за анестезия не може да бъде видоизменян или съкращаван с оглед спешност на оперативната интервенция или по други съображения за целесъобразност.

3.2. При анестезия в едnodневната хирургия етапът клиничен преглед и подготовка на пациент за анестезия се извършва най-малко един ден и най-много 7 дни преди планираната процедура на едnodневната хирургия.

3.3. Всички пациенти, включително и тези, при които оперативната интервенция се планира да се проведе без анестезия или с местна анестезия, са обект на клиничен преглед и подготовка на пациент за анестезия. Непланираното приложение на анестетични техники и анестетици може да удължи следоперативния престой или да представлява риск за безопасността на пациента след изписването му от лечебното заведение.

3.4. Индикациите и контраиндикациите за анестезия при пациенти – обект на едnodневна хирургия, се определят от здравното състояние на пациента, наличната придружаваща патология, планираната оперативна интервенция и планираната анестезия. Ако в етапа клиничен преглед и подготовка на пациент за анестезия се установи, че даден пациент е контраиндициран за анестезия, той е контраиндициран и за едnodневна хирургия.

3.5. При едnodневна хирургия се включват и специфични правила за информирано съгласие, които се предоставят на пациента в писмен вид: подробни препоръки за поведение в предоперативния период (инструкции за приемане на храна и течности, приемане на лекарства и др.); забрана за извършване на действия, чрез които пациентът може в следоперативния период да застраши своето здраве или живот, както и на други хора; задължения на придружителя, телефони за връзка със съответната структура за едnodневна хирургия; правила за безопасно придвижване на пациента от лечебното заведение до дома му и др.

4. Специфични особености на етапите възстановяване от анестезия и изписване на пациент от лечебното заведение:

4.1. Състоянието на пациента в етапа на възстановяване от анестезия на ниво, което позволява изписването му от лечебното заведение, задължително се обективизира и документира от анестезиологичния екип чрез клиничен преглед, а при необходимост – и чрез провеждане на специфични тестове за психомоторни функции.

4.2. Решението за изписване на пациент от лечебното заведение се основава на клинично заключение, задължително документирано със съответните мотиви и подписано от ръководителите на анестезиологичния и оперативния екип.

4.3. Пациентът се изписва от лечебното заведение с отговорен придружител.

4.4. Пациентът се изписва от лечебното заведение с дадени писмени инструкции за домашен режим и лечение, а при необходимост – с рецепта за аналгетични, антиеметични и други лекарства.

4.5. Пациентът се изписва от лечебното заведение с епикриза, включваща указания за неговия личен лекар за проследяване на състоянието му в домашни условия.

4.6. Пациентът се изписва от лечебното заведение с предоставени му адреси и телефони за осъществяване на връзка с лечебното заведение при възникване на необходимост.

5. Институционалните изисквания за осъществяване на анестезия при едnodневна хирургия са:

5.1. задължително се осигуряват условия за хоспитализация и рехоспитализация, ако възникнат усложнения и неблагоприятни реакции, свързани с анестезията.

5.2. Специализираните структури на лечебните заведения, в които се хоспитализират и рехоспитализират пациенти – обект на едnodневна хирургия, трябва да имат необходимите организационни, материални и кадрови възможности да се справят с очакваните усложнения на оперативната интервенция и съпровождащата я анестезия.

Раздел III. Интензивно лечение

А. Основни принципи на интензивното лечение

Интензивното лечение се характеризира с комплекс от задължителни условия за неговото адекватно изпълнение – отсъствието или неспазването на тези условия (едно или повече от тях) е рисково за пациента.

1. Интензивното лечение не използва или използва в ограничена степен нозологичния принцип в диагностично-лечебния процес; индикации/контраиндикации за определяне на контингент пациенти за интензивно лечение, както и индикации/контраиндикации за приложение на диагностичните и терапевтичните методи на интензивното лечение не се определят главно от нозологичната диагноза на основното или придружаващите заболявания, а от състоянието на основните жизнено функции на организма и/или от прогнозата за евентуални фатални нарушения в тях.

2. Интензивното лечение задължително изисква:

2.1. непрекъсната и равностойна 24 часа в денонощието организационна и материална готовност, както и налични човешки ресурси за осъществяване на интензивно лечение;

2.2. непрекъсваема 24 часа в денонощието готовност за прием на индицирани за интензивно лечение пациенти в специализираните структури за интензивно лечение;

2.3. непрекъсваемо и равностойно 24 часа в денонощието наблюдение, проследяване и поддържане (контрол) на основните жизнено функции на пациента.

3. При интензивното лечение съкращаването или отлагането във времето на елементи от диагностичните и терапевтичните схеми за адекватно лечение може да доведе до непосредствен фатален изход, което задължително изисква поддържането на постоянна готовност и навременното приложение по индикации на:

3.1. мониториране по време на интензивно лечение;

3.2. кардиопулмонална ресусцитация по време на интензивно лечение;

3.3. интензивно лечение в тесен смисъл.

4. Интензивното лечение е свързано с повишен риск от нозокомиални инфекции, което задължително изисква прилагането на постоянни (базови) мероприятия за контрол и ограничаване на нозокомиалните инфекции, а при наличието на индикации – и на специфични такива.

Б. Основни дейности на интензивното лечение

1. Мониториране по време на интензивно лечение:

1.1. Мониторирането по време на интензивно лечение е специфичен диагностичен процес в практиката на интензивното лечение, чрез който се осигурява установяването на факти (клинични симптоми, физиологични и лабораторни показатели, резултати от апаратни измервания и др.) за състоянието на основните жизнени функции на пациента и проследяването им в динамика.

1.2. Мониторирането по време на интензивно лечение се прилага от приемането до изписването на пациент от специализираната структура за интензивно лечение.

1.3. При всеки пациент – обект на интензивно лечение, за цялото време на пребиваването му в специализирана структура за интензивно лечение и без оглед на специфични индикации задължително се прилагат следните методи на мониториране по време на интензивно лечение:

а) пряк и непрекъснат контрол (визуален контрол, аускултация, палпация и др.) от страна на членовете на екипа за интензивно лечение както на лекарско ниво, така и на ниво медицинска сестра;

б) постоянно мониториране на пулс и ЕКГ;

в) мониториране на системни артериални налягания, пулсоксиметрия и кислородна сатурация, на дихателна честота, дихателен обем и минутен дихателен обем;

г) мониториране на инспираторни и експираторни налягания, обеми на дишане и на чист кислород във вдишваната газова смес (F_iO_2) при пациенти на изкуствена белодробна вентилация;

д) мониториране на телесна температура и на обем диуреза.

1.4. При всеки пациент – обект на интензивно лечение, за цялото време на пребиваването му в специализирана структура за интензивно лечение задължително се прилагат при наличието на индикации следните методи на мониториране по време на интензивно лечение:

а) диагностична (12-канална) електрокардиография;

б) мониториране на централно венозно налягане, на налягания в пулмоналната артерия, минутен сърдечен обем (инвазивен или неинвазивен метод), на обем диуреза с отвеждане на урината в затворена система, събиране на 24-часова урина и измерване на относителното ѝ тегло;

в) мониториране на дълбока телесна температура;

г) мониториране на показателите на дихателните газове (кислород и въглероден двуокис) и на алкално-киселинното състояние в проби от артериална кръв;

д) мониториране на кръвни показатели: хемоглобин, хематокрит, кръвна захар, електролити в серум, брой левкоцити, диференциално броене на бяла кръв, протромбиново време, брой тромбоцити, креатинин, общ белтък и албумин;

е) мониториране на показатели в урината: седимент в уринна проба, албумин, кетотела и кръвна захар, мониториране на резултатите от микробиологични изследвания на кръвни проби, уринни проби, проби от трахеобронхиален лаваж, от храчки, от дренажни системи и др.;

ж) мониториране (измерване и изчисление) на баланс на приети/отделени течности, мониториране (измерване и изчисление) на нутритивен статус и на нутритивен и енергиен баланс;

з) мониториране на резултатите от образни изследвания;

и) при определени показания инвазивен мониторинг на интракраниално налягане и на интраабдоминално налягане.

1.5. Резултатите от изследванията на дихателните газове (кислород и въглероден двуокис) и на алкално-киселинното състояние в проби от артериална кръв трябва да са на разположение след не повече от 15 минути от тяхното назначаване; на обзорните изследвания с портативна рентгенова апаратура – до един час след тяхното назначаване; на изследванията на основните кръвни показатели – след не повече от два

часа от тяхното назначаване.

1.6. Стойностите на всички мониториращи параметри се регистрират задължително в медицинската документация на пациента в зависимост от тяхната специфична динамика, като задължително се регистрират техните екстремни (патологични) величини.

2. Кардиопулмонална ресусцитация по време на интензивно лечение:

2.1. Кардиопулмоналната ресусцитация по време на интензивно лечение (реанимация) е неделима част от дейността интензивно лечение. Включва прилагане и/или готовност за прилагане на комплекс от диагностично-терапевтични мероприятия за възстановяване на преустановени основни жизнено функции при пациенти – обект на интензивно лечение в клинична смърт.

2.2. Всички специализирани клинични структури за интензивно лечение задължително трябва да имат готовност и да прилагат при наличието на индикации:

2.2.1. основно поддържане на живот (Basic Life Support) в пълен обем (кардиопулмонална ресусцитация, осъществявана без специална екипировка);

2.2.2. разширено поддържане на живот (Advanced Life Support) в пълен обем (кардиопулмонална ресусцитация, осъществявана със специална екипировка);

2.2.3. продължително поддържане на живот (Prolonged Life Support) в пълен обем.

2.3. Кардиопулмоналната ресусцитация по време на интензивно лечение задължително включва приложението по индикации на:

а) диагностика на клинична смърт на ниво лекарска и сестринска компетентност;

б) правилно положение на тялото на пациента за кардиопулмонална ресусцитация – основно положение на тялото на пациента за кардиопулмонална ресусцитация и стабилно положение на тялото на пациента за кардиопулмонална ресусцитация;

в) методи за осигуряване на проходимост на горни дихателни пътища – прилагане на трикомпонентен метод за осигуряване проходимост на горните дихателни пътища (задна флексия на главата, изтегляне напред и нагоре на долна челюст и отваряне на устата); изчистване на устната кухина от чужди материали чрез използване на инструменти и аспирация; фарингеална интубация, ендотрахеална интубация;

г) методи за оксигенация и изкуствена белодробна вентилация – оксигенация с чист кислород, през система за дозирано подаване на кислород през лицева маска, през интубационна тръба, през трахеостомна канюла и през апарат за изкуствена белодробна вентилация; обдишване "уста в уста", "уста в нос", "уста в интубационна тръба", "уста в трахеостомна канюла" с издишан въздух; обдишване чрез лицева маска и саморазгъващ се балон тип AMBU; апаратна изкуствена белодробна вентилация чрез интермитентно положително налягане в дихателните пътища;

д) методи за изкуствена циркулация – външна (индиректна) компресия/декомпресия на сърцето;

е) методи за осигуряване на съдова линия – периферна венозна линия и централна венозна линия;

ж) лекарствена терапия и терапевтични техники – приложение на инфузионни разтвори, инотропни, вазопресорни, вазодилататорни, анитаритмични, диуретични лекарствени продукти, лекарствени продукти за лечение на алергични и псевдоалергични реакции, лекарствени продукти за венозна анестезия, лекарствени продукти за миорелаксация, електрическа дефибрилация;

з) интензивно лечение на постреанимационен синдром.

2.4. Всяка специализирана структура за интензивно лечение задължително трябва да разполага в писмен вид с алгоритми за кардиопулмонална ресусцитация по време на интензивно лечение.

3. Интензивно лечение в тесен смисъл:

3.1. Интензивното лечение в тесен смисъл е приложение на специфични средства и методи, чрез които се осигурява диагностично-лечебният процес при пациенти – обект на интензивно лечение.

3.2. Шокова зала – за лечебните заведения за болнична помощ, които имат разкрита такава:

3.2.1. Шоковата зала е в структурата на клиника/отделение по анестезиология и интензивно лечение или на клиника/отделение по интензивно лечение.

3.2.2. Шоковата зала е обособено помещение с минимум 30 квадратни метра площ, разположена в непосредствена близост до мястото за оказване на спешна медицинска помощ на лечебното заведение за болнична помощ.

3.2.3. Оборудване – според изискванията за оказване на медицинска помощ, насочена към възстановяване на остро настъпили животозастрашаващи нарушения и поддържане виталните функции на организма и интензивно лечение.

3.2.4. (Изм. – ДВ, бр. 92 от 2010 г.) Персонал и продължителност на дежурствата – дежурства от 12 часа за екип от лекар и медицинска сестра. За покриване на 24-часов режим на работа е необходимо наличие на 6 лекари и 6 сестри.

3.2.5. Обемът на работа се определя от началника на клиниката/отделението, в структурата на която е шоковата зала.

3.3. Всички специализирани клинични структури за интензивно лечение задължително трябва да имат готовност и да прилагат при наличието на индикации:

3.3.1. методи за осигуряване на съдова линия: периферна венозна линия, периферна артериална линия и централна венозна линия;

3.3.2. методи за осигуряване на проходимост на горни дихателни пътища: прилагане на трикомпонентен метод за осигуряване проходимост на горните дихателни пътища (задна флексия на главата, изтегляне напред и нагоре на долна челюст и отваряне на устата); изчистване на устната кухина от чужди материи чрез използване на инструменти и аспирация; фарингеална интубация, ендотрахеална интубация; трахеотомия (оперативна и/или перкутанна дилатационна), неинвазивна вентилация;

3.3.3. методи за оксигенация и изкуствена белодробна вентилация: оксигенация с чист кислород през система за дозирано подаване на кислород през лицева маска, през интубационна тръба, през трахеостомна канюла и през апарат за изкуствена белодробна вентилация, обдишване "уста в уста", "уста в нос", "уста в интубационна тръба", "уста в трахеостомна канюла" с издишан въздух; обдишване чрез лицева маска и саморазгъващ се балон тип AMBU; апаратна изкуствена белодробна вентилация чрез интермитентно положително налягане в дихателните пътища;

3.3.4. катетеризиране и дрениране на кухини: поставяне и поддържане на стомашна и дуоденална сонда, уретрален катетър, плеврална пункция, аспирационни и гравитационни дренажни системи;

3.3.5. лекарствена терапия и терапевтични техники: инфузионна терапия с водно-електролитни разтвори, хемотрансфузии и инфузии на биопродукти, инотропни, вазопресорни, вазодилаторни, антиаритмични, диуретични лекарствени продукти, лекарствени продукти за лечение на алергични и псевдоалергични реакции, лекарствени продукти за лечение на инфекции, антидиабетични лекарствени продукти, лекарствени продукти и терапевтични техники за контрол на болката и седирание, включително и такива, съдържащи наркотични вещества, лекарствени продукти за венозна

анестезия, лекарствени продукти за контрол на хемостазата, лекарствени продукти за лечебно хранене, миорелаксиращи лекарствени продукти, електростимулация (поддържане на постоянен и временен пейсмейкър).

4. Контрол на нозокомиалните инфекции:

4.1. Всеки пациент – обект на интензивно лечение, трябва да се разглежда и третира като потенциален източник на нозокомиални инфекции, както и че самият той е високорисков да развие нозокомиална инфекция, поради което:

4.1.1. при всеки пациент на интензивно лечение от постъпването му до изписването му от специализирана структура за интензивно лечение се мониторира индикативните за септично състояние признаци: хипотермия, хипертермия, тахикардия, тахипнея, хипокапнея, левкопения, левкоцитоза, хипоперфузия/оксигенация на тъканите, органна дисфункция и системна артериална хипотензия;

4.1.2. в диференциалната диагноза на всеки септичен пациент, обект на интензивно лечение, се разглежда възможността септичното състояние да се дължи на нозокомиални причинители;

4.1.3. при всеки пациент на интензивно лечение задължително се прилагат стандартните процедури за профилактика на нозокомиалните инфекции независимо дали конкретния пациент е потенциално или реално с нозокомиална инфекция и/или потенциален или реален реципиент на нозокомиални патогени, което задължително включва следното поведение на персонала:

а) дезинфекция на ръцете след директен контакт с биологични течности и контаминирани материали непосредствено преди поставяне на ръкавици и след свалянето им, преди контакт с пациент, както и след почистване на замърсени повърхности, когато се налага след тях да се продължи с други процедури на същия пациент;

б) работа с ръкавици при директен контакт с биологични течности и контаминирани материали, мукозни мембрани и неинтактна кожа;

в) при грижи за пациентите да не се позволява контакт със замърсени материали както на пациента, така и на медицинския персонал или на трети лица;

г) замърсените материали се обработват по подходящ начин, така че да не се позволява пренасяне на микроорганизми в околната среда;

д) използват се стерилни консумативни материали.

4.2. Специфичните процедури за профилактика на нозокомиалните инфекции се прилагат в зависимост от начина на предаване на инфекциозните причинители, както следва:

4.2.1. при инфекции, пренасяни по въздушно-капков път, когато контаминираните частички са с размери под 5 мм (белодробна и ларингеална туберкулоза, варицела, дисиминирана форма на херпес зостер, хеморагична треска и морбили), пациентите се изолират в отделни помещения;

4.2.2. при инфекции, пренасяни по въздушно-капков път, когато контаминираните частички са с размери над 5 мм и се отделят при кашляне, говорене, бронхоскопия и тоалет на трахеобронхиалното дърво, персоналетът използва лицеви маски при работа с пациента на разстояние под 60 см;

4.2.3. при контактни инфекции пациентите с тежък имунен дефицит, каквито са трансплантираните пациенти и тези с тежка неутропения, се изолират в отделни помещения.

4.3. Всяка специализирана структура за интензивно лечение задължително и постоянно осъществява микробиологичен мониторинг:

4.3.1. по индикации на пациентите – обект на интензивно лечение, но не под 30 % от всички лекувани пациенти в специализираната структура за интензивно лечение;

4.3.2. на персонала в специализираната структура за интензивно лечение не по-рядко от 3 пъти годишно;

4.3.3. на околната среда (помещения, апаратура, консумативи и пр.) в специализираната структура за интензивно лечение не по-рядко от 4 пъти годишно.

4.4. Всяка специализирана структура за интензивно лечение задължително води на отчет септичните пациенти и ги диагностицира като:

4.4.1. септични пациенти, които не са с нозокомиални инфекции;

4.4.2. септични пациенти с нозокомиални инфекции, придобити по време на лечението в специализираната структура за интензивно лечение;

4.4.3. септични пациенти с нозокомиални инфекции, придобити по време на болнично лечение извън специализираната структура за интензивно лечение.

В. Организация на работата, човешки ресурси и материални условия за осъществяване на интензивно лечение

1. Задължителни условия за разкриване и функциониране на специализирана структура за интензивно лечение:

1.1. (Изм. – ДВ, бр. 92 от 2010 г.) Интензивно лечение се осъществява в специализирана структура на лечебните заведения за болнична помощ – отделение или клиника за интензивно лечение, като:

а) всяка специализирана структура за интензивно лечение извършва мониториране по време на интензивно лечение, кардиопулмонална ресусцитация по време на интензивно лечение и интензивно лечение в тесен смисъл съгласно изискванията на този стандарт;

б) всяка специализирана структура за интензивно лечение е високорискова за възникване на нозокомиални инфекции; задължителни са материалните и организационните условия за контрол и ограничаване на нозокомиалните инфекции;

в) всяка специализирана структура за интензивно лечение има специфичен контингент пациенти съгласно т. 2.1;

г) всяка специализирана структура за интензивно лечение разполага с необходимия брой специалисти; структурата осигурява 24-часова работа на равностойни в своята квалификация екипи за провеждане на интензивно лечение съгласно изискванията на този стандарт;

д) всяка специализирана структура за интензивно лечение разполага с необходимата материална обезпеченост – територия, оборудване, снабдяване с лекарства, консумативи и други материали, които гарантират 24 часа в денонощието провеждане на интензивно лечение съгласно изискванията на този стандарт;

е) ръководството на лечебното заведение осигурява на специализираната структура за интензивно лечение 24 часа в денонощието безпроблемно функциониране на инфраструктурните инсталации (комуникации, електричество, вода, медицински газове), необходимите клинично-лабораторни изследвания и необходимите консултации със съответните медицински специалисти.

1.2. (Изм. – ДВ, бр. 92 от 2010 г.) Специализираната структура за интензивно лечение е организационно обособена, като:

а) самостоятелна клиника или отделение за интензивно лечение в състава на лечебно заведение за болнична помощ;

б) отделение за интензивно лечение към клиника по анестезиология и интензивно лечение;

в) отделение за интензивно лечение към клиника по хирургия, акушерство и гинекология, вътрешни болести, педиатрия или по друга специалност с преобладаваща хирургична насоченост.

1.3. Специализираната структура за интензивно лечение в зависимост от профилирането по предмет на дейност може да е:

а) непрофилирана (обща) специализирана структура за интензивно лечение

- осъществява интензивно лечение на всички индицирани пациенти, контингент на даденото лечебно заведение за болнична помощ;

б) профилирана специализирана структура за интензивно лечение - осъществява интензивно лечение на индицираните пациенти по нозологични групи (неонатологичен профил, кардиологичен профил, неврологичен профил, хирургичен профил и др.); осъществява дейността си, като освен специфичните за съответния профил методи задължително прилага мониториране по време на интензивно лечение, кардиопулмонална ресусцитация по време на интензивно лечение и интензивно лечение в тесен смисъл, не под изискванията на този стандарт.

2. Контингент пациенти на специализирана структура за интензивно лечение:

2.1. Пациенти на специализирана структура за интензивно лечение са:

а) пациенти, които се нуждаят от лечение и поддържане (контрол) при тежки (критични) нарушения в жизненоважните функции на организма и/или за които са налице данни, че в непосредствен бъдещ период могат фатално да декомпенсират;

б) пациенти, които се нуждаят от интензивно наблюдение и проследяване на основните жизнени функции на организма поради наличието на непосредствена заплаха за тяхното фатално декомпенсиране;

в) пациенти в състояние на мозъчна смърт - обект на комплекс от диагностични и терапевтични методи за поддържане на донори за органна трансплантация.

2.2. Не са пациенти на специализирана структура за интензивно лечение болни в терминален етап от развитието на болестни състояния, при които адекватното приложение на методите на интензивното лечение няма да доведе до промяна в прогнозата за фатален изход, с изключение на тези, потенциални донори за трансплантация на органи.

2.3. Не се допуска прилагане на методите на интензивното лечение и/или приемане в специализирани клинични структури за интензивно лечение на неиндицирани пациенти, тъй като това е рисково по отношение на тяхното здраве.

3. Човешки ресурси в специализирана структура за интензивно лечение:

3.1. Началник на специализирана структура за интензивно лечение е лекар с призната специалност по анестезиология и интензивно лечение или лекар с друга клинична специалност по съответния профил на структурата за интензивно лечение, като:

а) началникът на структурата има най-малко 5 години стаж по специалността и най-малко 5 години стаж в специализирана структура за интензивно лечение;

б) началникът на структурата притежава компетентност по клинични въпроси (най-ниско ниво на компетентност, равно на това на ръководител на екип за интензивно лечение);

в) началникът на структурата е на разположение за консултации по всички възникнали клинични и административни проблеми или осигурява заместник със съответната квалификация;

г) началникът на структурата носи отговорност за всички дейности в нея.

3.2. Старша медицинска сестра на специализирана структура за интензивно лечение - медицинска сестра с образователно-квалификационна степен "бакалавър" или "магистър" по специалността "Управление на здравните грижи", като:

а) старшата медицинска сестра на структурата има най-малко 5 години стаж в специализирана структура за интензивно лечение;

б) старшата медицинска сестра на структурата притежава квалификация и клиничен опит в областта на интензивното лечение с компетентност по клинични въпроси (най-ниско ниво на компетентност, равно на това на ръководител на сестрински екип за интензивно лечение);

в) старшата медицинска сестра на структурата е на разположение за консултации по всички възникнали клинични и административни проблеми или осигурява заместник със съответната квалификация;

г) старшата медицинска сестра на структурата организира и носи отговорност за дейността на сестринския и помощния състав (санитари) в нея;

д) старшата медицинска сестра на структурата следи за изправността на инсталациите и апаратурата в нея;

е) старшата медицинска сестра на структурата организира и отговаря за изписването, разпределението и отчитането на лекарствените продукти и консумативи в нея.

3.3. Лекарски състав в специализирана структура за интензивно лечение:

а) лекарите, работещи в структурата, трябва да притежават знания и клинични умения, гарантиращи, че в рамките на лекарската им компетентност могат да изпълняват по индикации в пълен обем мониториране по време на интензивно лечение, кардиопулмонална ресусцитация по време на интензивно лечение и интензивно лечение в тесен смисъл съгласно изискванията на този стандарт;

б) численият състав на лекарския персонал трябва да позволява формирането на равностойни екипи за интензивно лечение 24 часа в денонощието.

3.4. Сестрински състав в специализирана структура за интензивно лечение:

а) медицинските сестри, работещи в структурата, трябва да притежават знания и клинични умения, гарантиращи, че в рамките на сестринската им компетентност могат да изпълняват по индикации в пълен обем мониториране по време на интензивно лечение, кардиопулмонална ресусцитация по време на интензивно лечение и интензивно лечение в тесния смисъл на думата съгласно изискванията на този стандарт;

б) численият състав на сестринския персонал трябва да позволява формирането на равностойни екипи за интензивно лечение 24 часа в денонощието.

3.5. В специализираните структури за интензивно лечение работи и друг персонал, който включва, но без да изчерпва: помощен медицински персонал – санитарни, и помощен немедицински персонал – чистачи, технически работници и др.

4. Екип за интензивно лечение:

4.1. Интензивно лечение се осъществява от екип за интензивно лечение. Всички екипи за интензивно лечение, осъществяващи грижи за конкретен пациент, трябва:

а) равностойно да познават историята на заболяването и сегашното състояние на основните жизненоважни функции на пациента;

б) равностойно да продължат диагностично-лечебния процес независимо от смяната на един екип с друг;

в) равностойно да прилагат или да имат готовност да прилагат по индикации в пълен обем и по всяко време мониториране по време на интензивно лечение, кардиопулмонална ресусцитация по време на интензивно лечение и интензивно лечение в тесния смисъл съгласно изискванията на този стандарт.

4.2. (Изм. – ДВ, бр. 92 от 2010 г.) Екипът за интензивно лечение е административно и методично подчинен на ръководителя на специализирана структура за интензивно лечение.

4.3. Екипът за интензивно лечение се формира въз основа на разпореждане на ръководителя на клиничната структура, на която той е административно подчинен (заповед, дневна програма за разпределение на персонала в клиничната структура, месечен график за дежурства и др.).

4.4. Екипът за интензивно лечение включва най-малко един лекар и

медицински сестри (акушерки) с разчет – минимум една медицинска сестра (акушерка) да се грижи за не повече от 3 до 4 пациенти – обект на интензивно лечение, за времето на работа на екипа за интензивно лечение. При пациенти на механична вентилация или на продължителна бърбечно-заместителна терапия една сестра се грижи за не повече от двама болни за времето на работа на екипа за интензивно лечение.

4.5. Ръководителят на специализираната структура за интензивно лечение назначава ръководител на екипа за интензивно лечение и ръководител на сестринския екип за интензивно лечение.

4.6. Ръководител на екип за интензивно лечение е лекар с квалификация и клиничен опит, гарантиращи, че самият той, както и екипът под негово ръководство могат адекватно да осъществяват мониториране по време на интензивно лечение, кардиопулмонална ресусцитация по време на интензивно лечение и интензивно лечение в тесния смисъл съгласно изискванията на този стандарт.

4.7. Ръководител на сестринския екип за интензивно лечение е медицинска сестра с квалификация и клиничен опит, гарантиращи, че самата тя, както и екипът под нейно ръководство могат адекватно да осъществяват в рамките на сестринската им компетентност мониториране по време на интензивно лечение, кардиопулмонална ресусцитация по време на интензивно лечение и интензивно лечение в тесен смисъл съгласно изискванията на този стандарт.

4.8. Лекарите – членове на екипа за интензивно лечение, могат самостоятелно или под ръководството на ръководителя на екипа за интензивно лечение да осъществяват в рамките на лекарската им компетентност мониториране по време на интензивно лечение, кардиопулмонална ресусцитация по време на интензивно лечение и интензивно лечение в тесен смисъл съгласно изискванията на този стандарт.

4.9. Медицински сестри (акушерки) – членове на екипа за интензивно лечение, могат самостоятелно или под ръководството на ръководителя на сестринския екип за интензивно лечение да осъществяват в рамките на сестринската им компетентност мониториране по време на интензивно лечение, кардиопулмонална ресусцитация по време на интензивно лечение и интензивно лечение в тесен смисъл съгласно изискванията на този стандарт.

4.10. Един екип за интензивно лечение може да бъде сменен с друг само ако последният притежава равностойна на първия екип професионална квалификация и възможности и може равностойно да продължи диагностично-лечебния процес на всички пациенти – обект на лечение в дадената специализирана структура за интензивно лечение.

Права, задължения и отговорности на екипа за интензивно лечение, респ. на неговия ръководител:

4.11. Ръководителят на екипа за интензивно лечение има правото, отговорността и задължението да определя индикациите/контраиндикациите за приемане/изписване на пациенти от специализираната структура за интензивно лечение за времето на работа на екипа му въз основа на:

а) преценка на състоянието на основните жизнени функции на пациента, т. е. необходимост или липса на необходимост от интензивно лечение;

б) преценка за необходимостта или липсата на необходимост от интензивно наблюдение и проследяване на основните жизнени функции на пациента с оглед на съществуващата възможност те фатално да декомпенсират в непосредствен бъдещ период;

в) преценка при пациенти в състояние на мозъчна смърт и потенциални донори на органи за възможността в адекватен период от време да бъде извършена експлантация на органи;

г) преценка за възможностите на методите на интензивното лечение да

осигурят благоприятна прогноза за пациента;

д) преценка за отношението полза/вреда за пациента от пребиваване/непребиваване в специализираната структура за интензивно лечение;

е) преценка за човешките ресурси на екипа му и материалните ресурси на специализираната структура за интензивно лечение за осъществяване на адекватен диагностично-лечебен процес (наличност на апаратура за изкуствена белодробна вентилация, брой медицински сестри, които се грижат за пациентите, и др.).

4.12. При запълнен капацитет на специализираната структура за интензивно лечение (в клиниката/отделението за интензивно лечение всички легла са заети) и неотложна необходимост от приемането на нов, индициран за интензивно лечение пациент, ръководителят на екипа за интензивно лечение взема решение, дали е възможно и кой конкретно от по-рано постъпилите пациенти може да бъде изписан.

4.13. В зависимост от контингента пациенти, с които работи дадената специализирана структура за интензивно лечение, ръководителят на екипа за интензивно лечение преценява какъв капацитет от свободни легла за времето на неговата работна смяна е необходим, за да посрещне неотложна необходимост от прием на нови, индицирани за интензивно лечение, пациенти и полага усилия да ги осигури.

4.14. Ръководителят на лечебното заведение, към което е създадена съответната специализирана структура за интензивно лечение, осигурява условия всички клинични структури на лечебното заведение, от които постъпват планово пациенти в специализираната структура за интензивно лечение и в които продължава диагностично-лечебният процес на изписан от тази структура пациент, да:

а) съобразяват плановите си програми с капацитета на съответната специализирана структура за интензивно лечение, както и уведомяват своевременно ръководителя на екипа за интензивно лечение за промени в тях;

б) приемат техни пациенти, изписани от съответната специализирана структура за интензивно лечение и в извънпланов порядък, ако се налага в нея да се приеме по спешност нов, индициран за интензивно лечение, пациент.

4.15. Всички решения и становища на ръководителя на екипа за интензивно лечение, свързани с индикациите/контраиндикациите за приемане/изписване на конкретен пациент от специализираната структура за интензивно лечение, не могат да бъдат коригирани и/или отменени от негов административен ръководител, ако последният няма призната медицинска специалност като тази на ръководителя на екипа за интензивно лечение.

4.16. Ръководителят на екипа за интензивно лечение организира и контролира работата на целия екип за интензивно лечение за цялото време на неговата работна смяна, като възлага на членовете на екипа за интензивно лечение да осъществяват диагностично-лечебния процес при конкретни пациенти.

4.17. В отсъствие на ръководителя на специализираната структура за интензивно лечение или на негов упълномощен заместник задълженията им се изпълняват от ръководителя на екипа за интензивно лечение.

4.18. Права, задължения и отговорности на сестринския екип за интензивно лечение, респ. на неговия ръководител:

а) ръководителят на сестринския екип за интензивно лечение е методично подчинен на ръководителя на екипа за интензивно лечение;

б) ръководителят на сестринския екип за интензивно лечение организира и носи отговорност за дейността на сестринския и помощния персонал (санитари) от екипа за интензивно лечение;

в) ръководителят на сестринския екип за интензивно лечение участва

пряко в диагностично-лечебния процес за времето на работа на екипа за интензивно лечение;

г) ръководителят на сестринския екип за интензивно лечение възлага на членове на сестринския екип за интензивно лечение осъществяването на грижи и диагностично-лечебен процес на конкретни пациенти;

д) ръководителят на сестринския екип за интензивно лечение организира и отговаря за изписването, разпределението и отчитането на лекарствените продукти и консумативи в специализираната структура за интензивно лечение за работното време на екипа му;

е) ръководителят на сестринския екип за интензивно лечение следи за изправността на инсталациите и апаратурата в специализираната структура за интензивно лечение за работното време на екипа му;

ж) в отсъствие на старшата медицинска сестра на специализираната структура за интензивно лечение или неин упълномощен заместник задълженията им се изпълняват от ръководителя на сестринския екип за интензивно лечение.

5. Материална обезпеченост в специализирана структура за интензивно лечение:

5.1. Интензивно лечение се осъществява на мястото за провеждане на интензивно лечение, което е обособена единица в специализирана структура за интензивно лечение.

5.2. Мястото за провеждане на интензивно лечение включва специализирано легло за интензивно лечение с принадлежащите изводи на електрическата и газовата инсталация и необходимата за провеждане на адекватен диагностично-лечебен процес апаратура и съоръжения.

5.3. Специализирана структура за интензивно лечение не може да има по-малко от 6 места за провеждане на интензивно лечение (интензивни легла).

5.4. Специализираното легло за интензивно лечение е болнично легло на колела, което позволява движение на пациента във вертикална посока (нагоре и надолу) и най-малкото издигане/сваляне на горната половина на тялото на пациента, както и имащо прегради за обезопасяването му. Върху специализираното легло за интензивно лечение пациентът лежи на твърда подложка, позволяваща ефективно да се извършва външна (индиректна) компресия/декомпресия на сърцето.

5.5. Разположението на специализираното легло за интензивно лечение трябва да осигурява приоритетен достъп на персонала до главата и шията на пациента, до съответната апаратура, до изводите на електрическата и газовата инсталация. Свободната площ за преминаване между отделните места за провеждане на интензивно лечение не може да е по-малко от 2 м.

5.6. Всяко място за провеждане на интензивно лечение трябва да е оборудвано със:

а) електрозахранване с двойно осигуряване (аварийно захранване) и най-малко 10 заземени (тип шуко) електрически извода;

б) най-малко два извода за аспирационна система;

в) най-малко един извод на инсталация за стъстен въздух;

г) най-малко един извод на инсталация за кислород под налягане;

д) подвижна преграда за визуална изолация на пациента (ако интензивното легло е разположено в общо помещение);

е) съоръжения за поставяне (закрепване) на апаратура около интензивното легло (мониторна апаратура, система за подаване на кислород, инфузионна техника и др.);

ж) адекватна осветеност – обща и локална светлина.

5.7. Специфични изисквания към специализирана структура за интензивно лечение:

а) всяка специализирана структура за интензивно лечение е разположена на обособена територия в лечебното заведение за болнична помощ;

б) специализираната структура за интензивно лечение е с "ограничен достъп", режимът на който се определя от началника на тази структура;

в) в специализираната структура за интензивно лечение не се допуска смесване на потоците "чисто/мръсно";

г) към и от специализираната структура за интензивно лечение се осигурява приоритетен достъп от или до структури на болницата, свързани с нейната дейност – спешно приемно отделение, операционен блок, лабораторни звена и др.;

д) общата площ на структура за интензивно лечение е най-малко 2,5 пъти по-голяма от площта, заета от местата за провеждане на интензивно лечение (интензивни легла), включително и принадлежащата площ към тях;

е) площта на единична стая (с едно място за провеждане на интензивно лечение) не е по-малка от 18 кв. м;

ж) площта, принадлежаща към едно място за провеждане на интензивно лечение в общо помещение, не е по-малка от 10 кв. м;

з) всички помещения, в които са разположени места за провеждане на интензивно лечение, са с пряка дневна светлина.

5.8. Задължителните служебни помещения в специализирана структура за интензивно лечение са:

а) манипулационно помещение – оборудвано с рафтове и шкафове за медикаменти, консумативи, стерилни и нестерилни материали, плотове за подготовка на медикаменти и консумативи с адекватно осветление;

б) кухненски бокс;

в) помещение за апарати (апаратна стая), в което се разполага апаратура (монитори, респиратори и др.), която е в готовност да бъде веднага използвана при възникване на необходимост;

г) складови помещения: в тях се съхраняват материали, консумативи, лекарствени продукти и др., осигуряващи автономна работа на специализираната структура за интензивно лечение, т. е. без снабдяване от централните складове на лечебното заведение за болнична помощ най-малко за 72 часа;

д) помещение (помещения) за обработка на материали, което позволява технологично разделна обработка на "чисти материали" и "мръсни материали";

е) помещение за почивка на персонала;

ж) помещение за прием на близките на пациентите;

з) тоалетни възли отделно за персонал и пациенти;

и) съблекални за персонала.

5.9. Задължителни инсталации и съоръжения в специализирана структура за интензивно лечение са:

а) електрозахранване с двойно осигуряване (аварийно захранване с генератор);

б) аспирационна система;

в) инсталация за стъстен въздух и кислород;

г) водоснабдяване и канализация с разчет една мивка във всяка обособена зала с места за провеждане на интензивно лечение;

д) при всяка мивка в специализирана структура за интензивно лечение трябва има условия и за дезинфекция на ръце.

Задължително оборудване в специализирана структура за интензивно лечение:

5.10. Задължително оборудване с разчет за всяко място за интензивно лечение:

а) монитор (мониторен модул) за ЕКГ, пулс и пулсоксиметрия;

б) апарат за измерване на системни артериални налягания;

в) система за дозирано подаване на кислород в овлажнена газова смес при спонтанно дишане;

г) система за поддържане на аспирационни дренажи.

5.11. Задължително оборудване с разчет за общо ползване в специализирана структура за интензивно лечение:

а) апаратура за изкуствена белодробна вентилация (респиратори) – броят на респираторите трябва да бъде не по-малко от две трети от броя на леглата в структурата за интензивно лечение;

б) инфузионна техника (перфузори, инфузомати) с разчет да се провеждат едновременно по две до три постоянни интравенозни инфузии на един пациент;

в) дефибрилатор във всяко обособено помещение (зала) за интензивно лечение;

г) мобилен рентгенов апарат – собствен или на разположение на специализираната структура за интензивно лечение.

Раздел IV. Нива на болнична компетентност и обем на дейността по анестезиология и интензивно лечение, осъществявана в лечебните заведения (Нов – ДВ, бр. 64 от 2010 г.)

А. Изисквания за осъществяване на дейности по анестезиология и интензивно лечение от I (първо) ниво на компетентност в лечебно заведение за болнична помощ

1. (Изм. – ДВ, бр. 92 от 2010 г.) Минимален брой специалисти – в случаите, когато се дава само анестезия при хирургични интервенции и не се извършва интензивно лечение – двама лекари със специалност "Анестезиология и интензивно лечение".

2. (Изм. – ДВ, бр. 92 от 2010 г.) Минимален брой лекари – в случаите, когато се дава само анестезия при хирургични интервенции и не се извършва интензивно лечение – трима лекари.

3. Минимален обем дейности – в случаите, когато се дава само анестезия при хирургични интервенции и не се извършва интензивно лечение – 380 преминали годишно пациенти на всеки 10 хирургични легла.

4. Компетентност – регионална, венозна и многокомпонентна инхалационна анестезия; интензивно лечение при пациенти с животозастрашаващи заболявания – съобразно раздел III на този стандарт.

5. Необходима апаратура – съобразно изискванията на този стандарт.

6. Други условия – клинична лаборатория ниво I на територията на болницата; рентгенов апарат за скопия и графия на територията на болницата.

Б. Изисквания за осъществяване на дейности по анестезиология и интензивно лечение от II (второ) ниво на компетентност в лечебно заведение за болнична помощ

1. (Изм. – ДВ, бр. 92 от 2010 г.) Минимален брой специалисти – четирима лекари със специалност "Анестезиология и интензивно лечение". В случаите, в които в отделението се осъществява интензивно лечение само по определена специалност, минималният брой на лекарите е четирима, от които поне един е със специалност "Анестезиология и интензивно лечение", а останалите са със специалността, по която се осъществява интензивното лечение.

2. (Изм. – ДВ, бр. 92 от 2010 г.) Минимален брой лекари – шест.

3. (Изм. – ДВ, бр. 92 от 2010 г.) Минимален обем дейности – при хирургични интервенции – 1000 анестезии годишно и използваемост на легловия фонд за интензивно лечение не по-малко от 30 % и не повече от 80 %.

4. Компетентност – местна, проводна и обща анестезия. Осъществяване на животоспасяващи дейности и интензивно лечение в обособена структура съгласно изискванията на раздел III на този стандарт.

5. (Доп. – ДВ, бр. 92 от 2010 г.) Необходима апаратура – ЕКГ монитори с неинвазивно измерване на АН, SpO₂, с регистриращо устройство за основните показатели – 6 бр. (от които един за следене на параметрите на външното дишане). Дефибрилатор – 1 бр. ЕКГ апарат – 1 бр. Анестезиологичен апарат – 3 бр. Стационарен респиратор – 3 бр. По възможност транспортен респиратор – 1

бр. Инфузионни помпи – съгласно този стандарт. Подвижна рентгенова уредба (Кугел).

6. (Изм. – ДВ, бр. 92 от 2010 г., в сила от 1.01.2014 г. за наличие на микробиологична лаборатория на територията на лечебното заведение,

бр. 32 от 2014 г., в сила от 1.01.2014 г.) Други

условия – клинична лаборатория ниво II на територията на болницата; микробиологична лаборатория в структурата на болницата или по договор, КГА на територията

на болницата, рентгенов апарат за скопия и графия. Отделение по обща и клинична патология на територията на населеното място. КАТ или МРТ с осигурен 24-часов достъп, включително в условията на спешност – на територията на населеното място.

В. Изисквания за осъществяване на дейности по анестезиология и интензивно лечение от III (трето) ниво на компетентност в лечебно заведение за болнична помощ

1. (Изм. – ДВ, бр. 92 от 2010 г.) Минимален брой специалисти – седем лекари със специалност "Анестезиология и интензивно лечение". В случаите, в които в отделението се осъществява интензивно лечение само по определена специалност, минималният брой на лекарите е седем, от които поне един е със специалност "Анестезиология и интензивно лечение", а останалите са със специалността, по която се осъществява интензивното лечение.

2. Минимален брой лекари – девет.

3. (Изм. – ДВ, бр. 92 от 2010 г.) Минимален обем дейности – при хирургични интервенции – 1000 анестезии годишно и използваемост на легловия фонд за интензивно лечение не по-малко от 30 % и не повече от 80 %.

4. Компетентност – пълен обем на местна, проводна и обща анестезия; пълен обем интензивно лечение, осъществявано в обособена структура съгласно изискванията на раздел III на този стандарт и с високо качество.

5. (Доп. – ДВ, бр. 92 от 2010 г.) Необходима апаратура – ЕКГ монитори с неинвазивно измерване на АН, SpO₂, с регистриращо устройство за основните показатели – 8 бр. (от които три за следене на параметрите на външното дишане). Дефибрилатор – 1 бр. ЕКГ апарат – 1 бр. Анестезиологичен апарат – 3 бр. Стационарен респиратор – 6 бр. По възможност транспортен респиратор – 1 бр. Инфузионни помпи – 12 бр.

6. (Изм. – ДВ, бр. 92 от 2010 г., в сила от 1.01.2014 г. за наличие на микробиологична лаборатория на територията на лечебното заведение,

бр. 32 от 2014 г., в сила от 1.01.2014 г.) Други условия –

клинична лаборатория II или III ниво (вкл. кръвно-газов анализ, хемостазиология и др.) и микробиологична лаборатория в структурата на болницата или по договор; рентгенов апарат за скопия и графия на територията на болницата; КАТ или МРТ, с осигурен 24-часов достъп, включително в условията на спешност и отделение по обща и клинична патология – на територията на населеното място.