



ПРАВИТЕЛЬСТВО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

18 СЕН 2014

№ 1200-п.

г. Екатеринбург

Об организации оказания анестезиолого-реанимационной помощи взрослому населению на территории Свердловской области

В целях совершенствования оказания анестезиолого-реанимационной помощи населению Свердловской области, повышения её доступности и качества, в целях выполнения приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 г. № 919н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «анестезиология и реаниматология»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1) порядок организации оказания медицинской помощи по профилю «анестезиология и реаниматология» на территории Свердловской области (Приложение № 1);

2) территориальное закрепление медицинских учреждений за межмуниципальными медицинскими центрами по профилю «анестезиология и реаниматология» (Приложение № 2);

3) перечень медицинских организаций, оказывающих почечную заместительную терапию, с прикрепленными к ним территориями (Приложение № 3);

4) маршрутизацию больных с реанимационно-анестезиологической патологией (далее - маршрутизация) (Приложение № 4);

5) форму годового отчета отделений анестезиологии-реанимации (Приложение №5);

6) список сокращений (Приложение №6).

2. Руководителям государственных учреждений здравоохранения Свердловской области:

1) обеспечить оказание анестезиолого-реанимационной помощи в соответствии с настоящим приказом;

2) организовать взаимодействие медицинских учреждений на прикрепленных территориях согласно Приложению № 1 к настоящему приказу.

3. Главному врачу ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница № 1» Ф.И. Бадаеву обеспечить оказание анестезиолого-реанимационной помощи пациентам в соответствии с настоящим приказом.

4. Главному врачу ГБУЗ СО «Территориальный центр медицины катастроф» В.П. Попову организовать госпитализацию пациентов в соответствии с приказом.

5. Главным врачам государственных учреждений здравоохранения Свердловской области, оказывающим анестезиолого-реанимационную помощь, ежегодно, в срок до 25 января года, следующего за отчетным, предоставлять главному внештатному специалисту анестезиологу-реаниматологу Министерства здравоохранения Свердловской области Левиту А.Л. отчет о работе структурных подразделений службы анестезиологии-реанимации в соответствии с приложением №4 к настоящему приказу по электронной почте lal@okb1.ru.

6. Рекомендовать начальнику Управления здравоохранения Администрации города Екатеринбурга А.А. Дорнбушу:

1) обеспечить оказание анестезиолого-реанимационной помощи в подведомственных лечебно-профилактических учреждениях г. Екатеринбурга в соответствии с настоящим приказом;

2) разработать маршрутизацию оказания анестезиолого-реанимационной помощи в г. Екатеринбурге;

3) ежегодно, в срок до 25 января года, следующего за отчетным, предоставлять главному внештатному специалисту анестезиологу-реаниматологу Министерства здравоохранения Свердловской области Левиту А.Л. отчет о работе структурных подразделений службы анестезиологии-реанимации в подведомственных медицинских организациях в соответствии с приложением № 4 к настоящему приказу по электронной почте lal@okb1.ru.

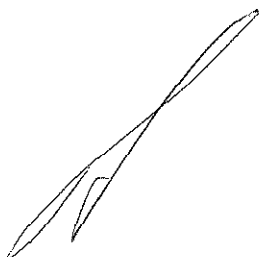
7. Рекомендовать начальникам ФГБУЗ «Центральная медико-санитарная часть №31» ФМБА России, ФГБУЗ «Центральная медико-санитарная часть №91» ФМБА России, ФГБУЗ «Центральная медико-санитарная часть №32» ФМБА России, ФГБУЗ «Центральная медико-санитарная часть № 121» ФМБА России соблюдать положения настоящего приказа, а также ежегодно, в срок до 25 января года, следующего за отчетным, предоставлять главному внештатному специалисту анестезиологу-реаниматологу Министерства здравоохранения Свердловской области Левиту А.Л. отчет о работе структурных подразделений службы анестезиологии-реанимации в соответствии с приложением № 4 к настоящему приказу по электронной почте lal@okb1.ru.

8. Главному внештатному специалисту анестезиологу-реаниматологу Министерства здравоохранения Свердловской области А.Л. Левиту оказывать организационно-методическую помощь медицинским учреждениям по организации оказания специализированной медицинской помощи больным анестезиолого-реанимационного профиля на территории Свердловской области в соответствии с настоящим приказом.

9. Настоящий приказ опубликовать на Официальном интернет-портале правовой информации Свердловской области (www.pravo.gov66.ru).

10. Контроль исполнения настоящего приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Свердловской области Е.А. Чадову.

Министр



А.Р. Белявский

**Порядок организации оказания медицинской помощи по профилю
«анестезиология и реаниматология»
на территории Свердловской области**

1. Общие положения

1. Настоящий порядок регулирует вопросы оказания анестезиолого-реанимационной помощи взрослому населению в медицинских организациях Свердловской области.

2. Объем и характер анестезиолого-реанимационной помощи определены приказом Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. № 919н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «анестезиология и реаниматология». Анестезиолого-реанимационная помощь оказывается в формах, утвержденных приказом Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. № 919н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «анестезиология и реаниматология».

3. Оказание анестезиолого-реанимационной помощи осуществляется медицинским персоналом групп анестезиологии – реанимации; отделений анестезиологии-реанимации; центров анестезиологии-реанимации в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. № 919н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «анестезиология и реаниматология».

4. Штатная численность структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих анестезиолого-реанимационную помощь, устанавливается руководителем медицинской организации в соответствии с рекомендуемыми нормативами штатной численности медицинского и другого персонала подразделений, оказывающих анестезиолого-реанимационную помощь, согласно приказу Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. № 919н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «анестезиология и реаниматология», а также в соответствии с рекомендуемыми штатными нормативами численности медицинского и другого персонала подразделений, оказывающих специализированную медицинскую помощь, установленными порядками оказания отдельных видов (по профилям) медицинской помощи.

5. Расчет коечной мощности производится в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. № 919н «Об утверждении

Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «анестезиология и реаниматология».

6. При подготовке пациента к плановой операции он должен быть заблаговременно (не позже чем за 1 сутки до предполагаемого оперативного вмешательства) осмотрен врачом анестезиологом – реаниматологом с целью определения полноты обследования в соответствии с установленными стандартами оказания медицинской помощи и назначения, в случае необходимости, дополнительного обследования, оценки степени операционно-анестезиологического риска, осуществления обоснованного выбора метода анестезии и необходимых для нее средств. Результаты осмотра пациента с обоснованием, при необходимости, его дополнительного обследования, оформляются врачом анестезиологом-реаниматологом в виде заключения, которое вносится в медицинскую документацию пациента. Непосредственно перед проведением анестезии пациенты в обязательном порядке повторно осматриваются врачом анестезиологом-реаниматологом, о чем в медицинскую документацию пациента вносится соответствующая запись.

7. При необходимости проведения экстренного оперативного вмешательства пациенты в обязательном порядке осматриваются врачом анестезиологом-реаниматологом перед проведением анестезии, о чем в медицинскую документацию пациента вносится соответствующая запись. При необходимости дополнительного обследования пациента и его подготовки к анестезии результаты осмотра пациента оформляются врачом анестезиологом-реаниматологом в виде соответствующего заключения, которое вносится в медицинскую документацию пациента.

8. Во время анестезии врачом анестезиологом-реаниматологом ведется анестезиологическая карта. После окончания анестезии оформляется протокол, где отмечается ее ход, особенности и осложнения, оценивается состояние пациента на момент передачи его для наблюдения и лечения другому медицинскому персоналу. Заключение, карта и протокол анестезии вносятся в медицинскую документацию пациента.

9. Во время проведения анестезии врач анестезиолог-реаниматолог, ее осуществляющий, не вправе оказывать медицинскую помощь другим пациентам либо выполнять иные функции, не связанные с непосредственным проведением анестезии.

10. Перевод пациента в подразделение, оказывающее анестезиолого-реанимационную помощь для проведения интенсивного лечения осуществляется по решению заведующего подразделением, оказывающего анестезиолого-реанимационную помощь, а при его отсутствии – лицом, его замещающим, на основании совместного осмотра с лечащим врачом по профилю заболевания пациента и по согласованию с заведующим подразделения, оказывающего анестезиолого-реанимационную помощь, в которое пациент переводится. В спорных случаях вопрос перевода решает консилиум врачей анестезиологов-реаниматологов и должностных лиц медицинской организации.

11. Транспортировка в подразделение, оказывающее анестезиолого-реанимационную помощь, осуществляется силами сотрудников отделения по

профилю заболевания пациента в сопровождении врача анестезиолога-реаниматолога.

12. Лечение пациента в подразделении, оказывающем анестезиолого-реанимационную помощь, осуществляется врачом анестезиологом-реаниматологом. Врач-специалист по профилю заболевания пациента, осуществлявший лечение или оперировавший больного до перевода в подразделение, оказывающее анестезиолого-реанимационную помощь, ежедневно осматривает больного и выполняет лечебно-диагностические мероприятия.

При возникновении противоречий в тактике лечения, в первую очередь решаются вопросы лечения критического состояния, с учётом рекомендаций по лечению основного заболевания.

13. При поступлении пациента, в подразделение, оказывающее анестезиолого-реанимационную помощь непосредственно из приемного отделения, к обследованию пациента до выяснения и устранения причины тяжелого состояния врачом анестезиологом-реаниматологом привлекаются врачи подразделений медицинской организации, которые осматривают поступившего пациента в возможно короткий срок. В медицинскую документацию пациента вносятся записи с обоснованием необходимости консультации специалистов по профилям, а так же записи о проведенных консультациях.

14. Осмотр пациента врачом анестезиологом-реаниматологом в подразделении, оказывающем анестезиолого-реанимационную помощь, осуществляется не реже 4 раз в сутки, о чем в медицинскую документацию пациента вносится плановая запись динамического наблюдения врача анестезиолога – реаниматолога, отражающая эффективность проводимого лечения, результаты лабораторных, функциональных и других исследований, промежуточное заключение. В случаях внезапного изменения состояния больного производится внеплановая запись либо подробное описание ситуации в плановой записи с точным указанием времени происшествия и проведенных мероприятий.

15. Не допускается совмещение врачом анестезиологом-реаниматологом работы в палатах для реанимации и интенсивной терапии с другими видами анестезиолого-реанимационной деятельности (проведение анестезии в операционных и прочего), за исключением экстренных консультаций по учреждению при отсутствии других специалистов анестезиологов – реаниматологов.

16. При проведении интенсивного наблюдения и лечения в подразделении, оказывающем анестезиолого-реанимационную помощь, на пациента оформляется и ведется карта интенсивной терапии, в которой отражаются основные физиологические показатели и иные сведения, связанные с проведением лечения.

17. После восстановления и стабилизации функций жизненно-важных органов и систем пациенты переводятся для дальнейшего лечения в подразделение медицинской организации по профилю заболевания либо в блок интенсивной терапии этого подразделения при его наличии.

18. Решение о переводе пациента в отделение по профилю заболевания принимается заведующим подразделением, оказывающим анестезиолого-реанимационную помощь, либо лицом, его замещающим на основании результатов

совместного осмотра пациента врачом анестезиологом-реаниматологом и лечащим врачом и (или) заведующим профильным отделением, а в спорных ситуациях – консилиумом врачей.

19. Транспортировка пациентов из подразделений, оказывающих анестезиолого-реанимационную помощь, в отделение по профилю заболевания пациента осуществляется персоналом отделения по профилю заболевания пациента незамедлительно.

20. При переводе пациентов из профильных отделений в подразделения, оказывающие анестезиолого-реанимационную помощь и из них в другие подразделения медицинской организации в медицинскую документацию больного вносится запись с обоснованием перевода.

21. В случае развития у пациента в профильном отделении угрожающего жизни состояния, требующего оказания помощи врачом анестезиологом-реаниматологом, персонал профильного отделения вызывает к пациенту врача анестезиолога-реаниматолога, и принимает меры по устранению состояний, угрожающих жизни пациента.

**Территориальное закрепление медицинских учреждений за
межмуниципальными медицинскими центрами по профилю «анестезиология и
реаниматология»**

№ п/п	Наименование ММЦ	Муниципальные образования, закрепленные за центрами
1.	ГБУЗ СО «Алапаевская городская больница»	МО город Алапаевск МО Алапаевское Махневское МО Артемовский ГО Режевской ГО
2.	ГБУЗ СО «Городская больница № 1 город Асбест»	Асбестовский ГО Малышевский ГО Белоярский ГО ГО Верхнее Дуброво МО поселок Уральский ГО Рефтинский ГО Сухой Лог Камышловский ГО МО Камышловский ГО Заречный
3.	ГБУЗ СО «Ирбитская центральная городская больница»	МО город Ирбит Ирбитское МО Таборинский МР Тавдинский МР Туринский ГО Слободо-Туринский МР Талицкий ГО Байкаловский МР Тугулымский ГО Пышминский ГО
4.	ГБУЗ СО «Городская больница № 2 город Каменск-Уральский» ГБУЗ СО «Городская больница № 3 город Каменск-Уральский» ГБУЗ СО «Городская больница № 5 город Каменск-Уральский»	МО город Каменск-Уральский Каменский ГО ГО Богданович
5.	ГБУЗ СО «Красноуфимская районная больница»	ГО Красноуфимск Аргинский ГО Ачитский ГО

6.	ГБУЗ СО «Городская больница № 1 город Нижний Тагил» ГБУЗ СО «Демидовская городская больница» ГБУЗ СО «Городская больница № 4 город Нижний Тагил»	город Нижний Тагил ГО Верхний Тагил ГО Нижняя Салда Невьянский ГО Новоуральский ГО Кировградский ГО Верхнесалдинский ГО Горноуральский ГО ГО Верх-Нейвинский Качканарский ГО Нижнетуринский ГО Кушвинский ГО ГО ЗАТО Свободный ГО Верхняя Тура ГО Красноуральск ГО «город Лесной»
7.	ГБУЗ СО «Краснотурьинская городская больница № 1»	ГО Краснотурьинск ГО Пелым Ивдельский ГО Североуральский ГО ГО Карпинск Волчанский ГО
8.	ГБУЗ СО «Городская больница № 1 город Первоуральск» ГБУЗ СО «Городская больница № 4 город Первоуральск»	ГО Первоуральск Шалинский ГО ГО Староуткинск
9.	ГБУЗ СО «Ревдинская городская больница»	ГО Ревда Нижнесергинский МР Бисертский ГО ГО Дегтярск
10.	ГБУЗ СО «Серовская городская больница № 1»	Серовский ГО Сосьвинский ГО Гаринский ГО Новолялинский ГО ГО Верхотурский
11.	ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница №1»	ГО Верхняя Пышма Арамилский ГО Березовский ГО Полевской ГО Сысертский ГО Пациенты других муниципальных образований в соответствии с медицинскими показаниями
12	Муниципальные учреждения здравоохранения г. Екатеринбурга	г. Екатеринбург согласно Приказу Управления здравоохранением администрации г. Екатеринбурга от 08.02.2006 г. № 50 «О совершенствовании порядка госпитализации больных и обеспечении прав граждан при оказании медицинской помощи в ЛПУ города».

Перечень медицинских организаций, оказывающих почечную заместительную терапию, с прикрепленными к ним территориями

№ п/п	Наименование ММИЦ	Муниципальные образования
1.	ГБУЗ СО «Алапаевская центральная городская больница»	МО город Алапаевск МО Алапаевское Махневское МО Артемовский ГО Режевской ГО МО город Ирбит Ирбитское МО Байкаловский МР Талицкий ГО Таборинский МР Тавдинский МР Туринский ГО Слободо-Туринский МР Тугулымский ГО Пышминский ГО
2.	ГБУЗ СО «Городская больница № 2 город Каменск-Уральский»	Все муниципальные образования Южного округа Камышловский ГО МО Камышловский Асбестовский ГО Мальшевский ГО Белоярский ГО ГО Верхнее Дуброво МО поселок Уральский ГО Рефтинский ГО Сухой Лог ГО Заречный
3.	ГБУЗ СО «Демидовская городская больница»	город Нижний Тагил ГО Верхний Тагил ГО Нижняя Салда Невьянский ГО Кировградский ГО Верхнесалдинский ГО Горноуральский ГО ГО Верх-Нейвинский Качканарский ГО Нижнетуринский ГО Кушвинский ГО ГО ЗАТО Свободный ГО Верхняя Тура ГО Красноуральск

		ГО «город Лесной» ГО Краснотурьинск ГО Пелым Ивдельский ГО Североуральский ГО ГО Карпинск Волчанский ГО
4.	ФГУЗ ЦМСЧ 31 ФМБА России	Новоуральский ГО
5.	ГБУЗ СО «Городская больница № 1 город Первоуральск»	ГО Первоуральск Шалинский ГО ГО Староуткинск Нижнсергинский МР ГО Ревда Нижнсергинский МР Бисертский ГО ГО Дегтярск ГО Красноуфимск Артинский ГО Ачитский ГО
6.	ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница №1»	Арамилский ГО Березовский ГО Сысертский ГО ГО Верхняя Пышма ГО Среднеуральск Полевской ГО
7.	Муниципальные учреждения здравоохранения г. Екатеринбурга	г. Екатеринбург согласно Приказу Управления здравоохранением администрации г. Екатеринбурга от 08.02.2006 г. № 50 «О совершенствовании порядка госпитализации больных и обеспечении прав граждан при оказании медицинской помощи в ЛПУ города».

Маршрутизация больных с реанимационно-анестезиологической патологией

1. Общие положения

1. Маршрутизация пациентов для оказания медицинской помощи по профилю «анестезиология и реаниматология» на территории Свердловской области основана на синдромном подходе с выделением одного из основных патологических синдромов: острой сердечной недостаточности, острой сердечно-сосудистой недостаточности, острой дыхательной недостаточности, острой почечной недостаточности, острой печеночной недостаточности, острой церебральной недостаточности, инфекционно-воспалительного синдрома.

2. Маршрутизация пациентов с синдромом острой сердечной недостаточности

2. Синдром острой сердечной недостаточности может быть обусловлен: острым коронарным синдромом (ОКС), кардиомиопатиями, миокардитами, поражением клапанов сердца, септальными дефектами, тампонадой сердца, эмболией легочной артерии, нарушениями ритма и проводимости, декомпенсацией хронической сердечной недостаточности, отравлениями кардиотоксическими ядами (лекарственными препаратами, растительными алкалоидами и животными ядами, промышленными и бытовыми ядами).

3. Реанимационная помощь пациентам с синдромом острой сердечно-сосудистой недостаточности осуществляется на базе структурных подразделений анестезиолого-реанимационной службы медицинских организаций Свердловской области. Реанимационная помощь больным с острыми отравлениями оказывается в соответствии с Порядком оказания токсикологической помощи населению Свердловской области (приказ Министерства здравоохранения Свердловской области № 20-п от 13.01.2014 «Об организации медицинской помощи больным с острыми химическими отравлениями в Свердловской области»).

4. Задачей интенсивной терапии является поддержание адекватной доставки кислорода тканям и тканевой перфузии.

5. Через 30 минут после поступления пациента в ОРИТ заведующий ОРИТ или врач анестезиолог-реаниматолог, принявший пациента, представляет информацию о пациенте в ГБУЗ СО ТЦМК (о пациентах с острыми отравлениями информация передается в информационно-консультативную токсикологическую службу (ИКТС) областного центра острых отравлений ГБУЗ СО «СОКПБ»).

6. ТЦМК после получения информации о пациенте в ОРИТ ЛПУ производит мониторинг состояния больного (мониторинг больных с острыми отравлениями проводится совместно с ИКТС ГБУЗ СО «СОКПБ»). При продолжении интенсивной терапии в ОРИТ ЛПУ ТЦМК контролирует лечение

данного пациента не реже 1 раза в сутки. При ухудшении состояния пациента анестезиолог-реаниматолог ОРИТ ЛПУ информирует ГБУЗ СО ТЦМК, о чем делается запись в истории болезни.

7. При осложненном течении синдрома острой сердечной недостаточности в случае транспортабельности пациента последний перегоспитализируется реанимационной бригадой ТЦМК в ОРИТ ММЦ или ОРИТ ГБУЗ СО «СОКБ № 1». Пациенты с острыми отравлениями переводятся в ГБУЗ СО «СОКПБ» по согласованию с заведующим ОРИТ ГБУЗ СО «СОКПБ» или врачом ИКТС.

3. Маршрутизация пациентов с синдромом острой сердечно-сосудистой недостаточности

8. Синдром острой сердечно-сосудистой недостаточности может быть обусловлен: абсолютной гиповолемией (в том числе геморрагический шок, отравления кислотами, хлорированными углеводородами, фосфорорганическими соединениями, грибами), относительной гиповолемией (анафилактический шок, отравления психофармакологическими препаратами, альфа-адренолитиками и.т.д.), декомпенсацией сердечно-сосудистой системы при острых отравлениях на фоне недостаточности функции печени, почек, органов дыхания (вторичный соматогенный коллапс).

9. Реанимационная помощь пациентам с синдромом острой сердечно-сосудистой недостаточности осуществляется на базе всех структурных подразделений анестезиолого-реанимационной службы медицинских организаций Свердловской области. Реанимационная помощь пациентам с острыми отравлениями оказывается в соответствии с Порядком оказания токсикологической помощи (приказ Министерства здравоохранения Свердловской области № 20-п от 13.01.2014г. «Об организации медицинской помощи больным с острыми химическими отравлениями в Свердловской области»).

10. Задачей интенсивной терапии является поддержание адекватной доставки кислорода тканям и тканевой перфузии.

11. Через 60 минут после поступления пациента в ОРИТ ЛПУ заведующий ОРИТ или врач анестезиолог-реаниматолог, принявший пациента, сообщает о пациенте в ГБУЗ СО ТЦМК (о пациентах с острыми отравлениями информация передается в ИКТС областного центра острых отравлений ГБУЗ СО «СОКПБ»).

12. ГБУЗ СО ТЦМК после получения информации о реанимационном пациенте в ОРИТ ЛПУ проводит мониторинг состояния больного. При продолжении интенсивной терапии в ОРИТ ЛПУ ТЦМК контролирует лечение данного пациента не реже 2 раз в сутки. При ухудшении состояния пациента анестезиолог-реаниматолог ОРИТ ЛПУ информирует ГБУЗ СО ТЦМК, о чем делается запись в истории болезни.

13. При осложненном течении синдрома острой сердечно-сосудистой недостаточности в случае транспортабельности пациента последний перегоспитализируется реанимационной бригадой ГБУЗ СО ТЦМК в ОРИТ ММЦ или ОРИТ ГБУЗ СО «СОКБ № 1». Пациенты с острыми отравлениями переводятся в ГБУЗ СО «СОКПБ» по согласованию с заведующим ОРИТ ГБУЗ СО «СОКПБ» или врачом ИКТС.

14. Беременные женщины, роженицы, родильницы с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи, направляются в ГБУЗ СО «СОКБ№1» согласно приказу Министерства здравоохранения Свердловской области № 966-п от 31.07.2013 «О совершенствовании маршрутизации беременных, рожениц, родильниц на территории Свердловской области».

4. Маршрутизация пациентов с синдромом острой дыхательной недостаточности

15. Синдром острой дыхательной недостаточности может быть обусловлен как гипоксемическими (тяжелая пневмония, острое легочное повреждение, гипоксические состояния при острых отравлениях, тромбоэмболия легочной артерии), так и гиперкапническими причинами (обострение хронических бронхолегочных заболеваний, тяжелая астма, нейромышечные заболевания, требующие ИВЛ, аспирационно-обтурационный синдром при острых экзогенных отравлениях, острые отравления окисью углерода, токсичными газами и т.д.).

16. Реанимационная помощь пациентам с синдромом острой дыхательной недостаточности осуществляется во всех структурных подразделениях анестезиолого-реанимационной службы (группы, отделения, центры) медицинских организаций Свердловской области. Реанимационная помощь больным с острыми отравлениями оказывается в соответствии с Порядком оказания токсикологической помощи (приказ Министерства здравоохранения Свердловской области № 20-п от 13.01.2014 «Об организации медицинской помощи больным с острыми химическими отравлениями в Свердловской области»).

17. Не позднее чем через 60 минут после поступления пациента в ОРИТ ЛПУ заведующий ОРИТ или врач анестезиолог-реаниматолог, принявший пациента, сообщают в ГБУЗ СО ТЦМК о пациенте (о пациентах с острыми отравлениями информация передается в ИКТС областного центра острых отравлений ГБУЗ СО «СОКПБ»).

18. ГБУЗ СО ТЦМК после получения информации о реанимационном пациенте в ОРИТ ЛПУ проводит мониторинг состояния больного. При продолжении интенсивной терапии в ОРИТ ЛПУ ГБУЗ СО ТЦМК контролирует лечение данного пациента не реже 2 раз в сутки. При ухудшении состояния пациента анестезиолог-реаниматолог ОРИТ ЛПУ незамедлительно информирует ГБУЗ СО ТЦМК, о чем делается запись в истории болезни.

19. При осложненном течении синдрома острой дыхательной недостаточности в случае транспортабельности пациента последний переводится реанимационной бригадой ГБУЗ СО ТЦМК в ОРИТ ММЦ или ОРИТ ГБУЗ СО «СОКБ№1».

20. Пациенты с аспирационно-обтурационным синдромом при острых экзогенных отравлениях, требующие проведения ИВЛ, в случае транспортабельности переводятся в ОРИТ ГБУЗ СО «СОКПБ» в соответствии с Порядком оказания токсикологической помощи (приказ Министерства здравоохранения Свердловской области № 20-п от 13.01.2014 «Об организации медицинской помощи больным с острыми химическими отравлениями в Свердловской области»). Решение о транспортировке принимается коллегиально

совместно с главным внештатным специалистом токсикологом МЗ СО или врачом ИКТС.

21. Заведующие ОРИТ медицинских организаций Свердловской области или лечащие врачи анестезиологи-реаниматологи информируют главного внештатного специалиста анестезиолога-реаниматолога Министерства здравоохранения Свердловской области о пациентах с нейрогенной дыхательной недостаточностью, требующих длительной ИВЛ (более 96 часов). При необходимости ИВЛ более 7 суток вопрос о переводе пациентов в ОРИТ ГБУЗ СО «СОКБ №1» решается совместно с главным внештатным специалистом анестезиологом-реаниматологом Министерства здравоохранения Свердловской области.

5. Маршрутизация пациентов с инфекционно-воспалительным синдромом

22. Причиной инфекционно-воспалительного синдрома может быть эндотелиальное воспаление как инфекционной, так и неинфекционной природы: острый некротизирующий панкреатит, мезентериальная ишемия и инфаркт кишечника, политравма, синдром длительного раздавливания, перитонит любой этиологии, в том числе метроэндометрит, гнойный пиелонефрит, уросепсис, бактериальный эндокардит, медиастинит, пневмония или абсцесс легкого, воспалительные заболевания кожи и мягких тканей, пансинуиты, менинго-энцефалиты, абсцессы мозга., а также поражение желудочно-кишечного тракта при острых отравлениях. Наличие гнойного очага в сочетании с бактериемией свидетельствует о сепсисе.

23. Оказание реанимационно-анестезиологической помощи при инфекционно-воспалительном синдроме хирургического генеза проводится во всех структурных подразделениях анестезиолого-реанимационной службы медицинских учреждений Свердловской области. Реанимационная помощь больным с острыми отравлениями прижигающими жидкостями оказывается в соответствии с Порядком оказания токсикологической помощи (приказ Министерства здравоохранения Свердловской области № 20-п от 13.01.2014 «Об организации медицинской помощи больным с острыми химическими отравлениями в Свердловской области»).

24. При поступлении пациентов с признаками полиорганной недостаточности в ОРИТ ЛПУ заведующий ОРИТ или врач анестезиолог-реаниматолог, принявший пациента, представляют информацию о пациенте в ГБУЗ СО ТЦМК в течение 60 минут (о пациентах с острыми отравлениями информация передается в ИКТС областного центра острых отравлений ГБУЗ СО «СОКПБ»).

25. ГБУЗ СО ТЦМК после получения информации о пациенте с признаками полиорганной недостаточности производит мониторинг состояния больного. При продолжении интенсивной терапии в ОРИТ ЛПУ ГБУЗ СО ТЦМК контролирует лечение данного пациента не реже 2 раз в сутки. При ухудшении состояния пациента анестезиолог-реаниматолог ОРИТ ЛПУ незамедлительно информирует ГБУЗ СО ТЦМК, о чем делается запись в истории болезни (контроль состояний пациентов с острыми отравлениями проводится совместно с ИКТС ГБУЗ СО «СОКПБ»).

26. При осложненном полиорганной недостаточностью течении инфекционно-воспалительного синдрома ГБУЗ СО ТЦМК информирует главного

внештатного специалиста анестезиолога-реаниматолога Министерства здравоохранения Свердловской области.

27. В случае транспортабельности пациент перегоспитализируется реанимационной бригадой ГБУЗ СО ТЦМК в ОРИТ ММЦ или ОРИТ ГБУЗ СО «СОКБ № 1».

6. Маршрутизация пациентов с синдромом острой почечной недостаточности

28. Преренальная ОПН развивается как следствие различных видов шока, рвоты, потери жидкости по зонду и дренажам, диареи, применения диуретиков.

29. Ренальная ОПН развивается в результате ишемии почек из-за причин, указанных в п.1. приложения №3, раздел 6 данного приказа, а также вследствие отравления нефротоксичными ядами и лекарственными препаратами, острого интерстициального нефрита и острого гломерулонефрита, состояний, связанных с беременностью и родами, гепаторенального синдрома, тромбоза и эмболии почечных артерий, расслаивающей аневризмы аорты, инфекционных заболеваний.

30. Постренальная ОПН – это острое нарушение мочи из почек в мочевой пузырь, возникающее в результате окклюзии верхних мочевыводящих путей. Для развития постренальной анурии нередко достаточно односторонней обструкции, а во второй почке рефлекторно возникает афферентная вазоконстрикция и развивается анурия. При наличии ОПН, требующей почечно-заместительных технологий, заведующий ОРИТ ЛПУ информирует ГБУЗ СО ТЦМК о пациентах в течение первых 12 часов (о пациентах с острыми отравлениями информация передается в ИКТС областного центра острых отравлений ГБУЗ СО «СОКПБ»). Медицинские организации г. Екатеринбурга организуют оказание медицинской помощи пациентам с ОПН в соответствии с Приказом Управления здравоохранением администрации г. Екатеринбурга от 08.02.2006 г. № 50 «О совершенствовании порядка госпитализации больных и обеспечении прав граждан при оказании медицинской помощи в ЛПУ города».

31. ГБУЗ СО ТЦМК после получения информации о пациенте с ОПН согласовывает проведение интенсивной терапии и контролирует лечение данного пациента не реже 2 раз в сутки. При ухудшении состояния пациента анестезиолог-реаниматолог ОРИТ ЛПУ информирует в оперативном порядке ГБУЗ СО ТЦМК, о чем делается запись в истории болезни (мониторинг пациентов с острыми отравлениями проводится совместно с ИКТС ГБУЗ СО «СОКПБ»).

32. При неэффективности консервативной терапии ОПН более 12 часов, заведующий ОРИТ ЛПУ или врач анестезиолог-реаниматолог информирует главного внештатного специалиста анестезиолога-реаниматолога Министерства здравоохранения Свердловской области для решения вопроса о перегоспитализации, о чем делается запись в истории болезни.

33. Интенсивная терапия ОПН связана с лечением и устранением причин, ее вызвавших, и проводится на базе отделений анестезиологии и реанимации медицинских организаций Свердловской области. Процедура заместительной почечной терапии проводится пациентам в отделениях гемодиализа в соответствии с Приложением №3.

34. Интенсивная терапия ренальной ОПН, связанной с экзогенными отравлениями, проводится в соответствии с Порядком оказания токсикологической помощи (приказ Министерства здравоохранения Свердловской области № 20-п от 13.01.2014 «Об организации медицинской помощи больным с острыми химическими отравлениями в Свердловской области»).

7. Маршрутизация пациентов с синдромом острой церебральной недостаточности

35. Маршрутизация пациентов с синдромом острой церебральной недостаточности осуществляется в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 29.12.2012 №1530 «О Порядке взаимодействия при оказании медицинской помощи больным с острой церебральной недостаточностью в лечебно-профилактических учреждениях Свердловской области» и Приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 03.10.2012 № 1129 «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению Свердловской области при заболеваниях и травмах нервной системы нейрохирургического профиля».

8. Маршрутизация пациентов с синдромом острой печеночной недостаточности

36. При острых отравлениях печеночная недостаточность чаще всего развивается после отравлений парацетамолом, грибами с гепатотропным действием (бледная поганка), хлорированными углеводородами, препаратами железа. Особенностью печеночной недостаточности является ее отсроченное развитие (на 3-4-е сутки после отравления).

37. Госпитализации в ОРИТ подлежат больные с признаками печеночной энцефалопатии II–IV стадии, увеличением активности аминотрансфераз более 1000 МЕ/л, МНО 2 и более. Также в ОРИТ госпитализируются следующие больные: при отравлении парацетамолом (доза более 6 грамм, для проведения антидотной терапии); при отравлении бледной поганкой, препаратами железа (наличие гастроэнтерита); при отравлении хлорированными углеводородами (анамнестические указания на отравление или наличие симптомов).

38. О поступлении больного с отравлением перечисленными веществами или наличием острой печеночной недостаточности вследствие отравления заведующий отделением или врач анестезиолог-реаниматолог информируют ТЦМК и ИКТС областного центра острых отравлений ГБУЗ СО «СОКПБ» в течение 60 минут.

39. ТЦМК и ИКТС областного центра острых отравлений ГБУЗ СО «СОКПБ» после получения информации о пациенте с острой печеночной недостаточностью производит мониторинг состояния больного. При продолжении интенсивной терапии в ОРИТ ЛПУ ГБУЗ СО ТЦМК контролирует лечение данного пациента не реже 2 раз в сутки. При ухудшении состояния пациента, анестезиолог-реаниматолог ОРИТ ЛПУ информирует ТЦМК и ИКТС в любое время, о чем делается запись в истории болезни.

40. Интенсивная терапия острой печеночной недостаточности, связанной с экзогенными отравлениями, проводится в ОРИТ ГБУЗ СО «СОКПБ» при наличии показаний и по согласованию с главным специалистом по токсикологии Министерства здравоохранения Свердловской области, заведующим ОРИТ ГБУЗ СО «СОКПБ» или врачом ИКТС.

Приложение № 5
к приказу Министерства здравоохранения
Свердловской области
от 18.09. 2014г. № 1200-17.

Форма годового отчета отделений анестезиологии-реанимации
за _____ г.

Название лечебного учреждения _____

Адрес _____

Телефон _____ факс _____ электронная почта _____

Заведующий РАО/ОРИТ/анестезиолог анестезиологической группы
Ф.И.О _____

Главный врач медицинской организации _____

ПАСПОРТ РАО

I. Материально-техническая база

Общее кол-во коек в стационаре/ кол-во хирургических коек	Количество коек в РАО	Количество операционных столов	ФБС +/-	R-графия +/-	СПК +/-	КОС +/-	Электролиты +/-
/							

II. Кадры

Врачи (количество)	Средний возраст	% укомплектованности	Медсестры (количество)	Средний возраст	% укомплектованности	Мл.мед. персонал (количество)	Средний возраст	% укомплектованности

III. АППАРАТУРА

Аппарат	Год выпуска	Год начала эксплуатации	Год окончания эксплуатации	Метрологический контроль (дата)

АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ
(количество и %)

	Всего анестезий				
	Плановые анестезии				
	Экстренные анестезии				
	% анестезиологической активности				
	% операций с мониторингом				
	Масочные анестезии				
	Внутривенные анестезии без ИВЛ				
	Общая анестезия с ИВЛ				
	Центральные нейроаксилярные блокады				
	Проводниковые анестезии				
		Степень ОАР (по МНОАР)			
	I				
	II				
	III				
	IV				
	V				

*Отчет по каждому осложнению, приведшему к инвалидизации и / или летальному исходу прилагается отдельно

	Трудная интубация
	Аспирация
	Периоперационный ОИМ
	Тяжелая гипотензия
	Ошибки трансфузий
	Тяжелый бронхоспазм
	Неврологические осложнения при регионарных анестезиях
	Анафилактический шок
	Высокий спинальный блок
	Неисправность аппаратуры
	Ошибки при использовании лекарств

	Всего осложнений
	Осложнения плановых анестезий
	Осложнения экстренных анестезий
	Не повлиявшие на послеоперационный период
	Требовавшие наблюдения в ОРИТ
	Приведшие к инвалидности или смерти
	Возникшие во время анестезии
	Возникшие в ближайшем послеоперационном периоде
	Осложнения при масочных анестезиях
	Осложнения при в/в анестезиях
	Осложнения при общих анестезиях с ИВЛ
	Осложнения при регионарных анестезиях
	Осложнения при других видах анестезий

ОСЛОЖНЕНИЯ АНЕСТЕЗИЙ
(количество и %)

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ

	Кардиогенный шок	Некардиогенный шок	ОДН	ИВС	ОПН	ОПечН	Острая церебральная недостаточность	Послеоперационный синдром
Всего								
Умерло, абс.								
Летальность %								
Средний койко/день								

Возраст пациентов (абс.кол-во)					Всего больных в РАО за год	Средний койко/день	Работа койки	Общая летальность
До 1 мес.	1 м.-1 г.	1-15 лет	15-70 лет	Старше 70				

Средние показатели тяжести и ПОН пациентов в РАО/ОРИТ			Катетеризация центральных вен	Количество осложнений / в т.ч. приведших к летальному исходу	% осложнений
APACHE II	SOFA	ШПОД «Екатеринбург-2000»			
				/	

Количество трансфузий эритроцитсодержащих сред (за год, в литрах)	Количество трансфузий СЗП (за год, в литрах)	Соотношение кровь/плазма

Список сокращений

ГБУЗ СО -	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области
ТЦМК -	Территориальный центр медицины катастроф
СОКБ №1 -	Свердловская областная клиническая больница №1
СОКПБ -	Свердловская областная клиническая психиатрическая больница
ОДКБ -	Областная детская клиническая больница
ЛПУ -	Лечебно-профилактическое учреждение
ММЦ -	Межмуниципальный центр
МО -	Муниципальное образование
ГО -	Городской округ
ОРИТ -	Отделение реанимации и интенсивной терапии
РАО -	Реанимационно-анестезиологическое отделение
ИКТС -	Информационно-консультативная токсикологическая служба
ИВЛ -	Искусственная вентиляция легких
ОПН -	Острая почечная недостаточность
ОЦН -	Острая церебральная недостаточность
МНО -	Международное нормализованное отношение
ОДН -	Острая дыхательная недостаточность
ОПечН -	Острая печеночная недостаточность
ИВС -	Инфекционно-воспалительный синдром
ФБС -	Фибробронхоскопия
СПК -	Станция переливания крови
КОС -	Кислотно-основное состояние
ОАР -	Операционно-анестезиологический риск
ОИМ -	Острый инфаркт миокарда
SOFA -	Sequential Organ Failure Assessment score
APACHE II -	Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II
ШПОН -	Шкала полиорганной недостаточности