



ПРАВИТЕЛЬСТВО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
(Минздрав Свердловской области)
ПРИКАЗ

02.06.2021

№ 1188-12

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 исполнения приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 № 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) форму «Выписной эпикриз из медицинской карты стационарного больного» (Приложение № 2);

3) территориальное закрепление медицинских учреждений за межмуниципальными медицинскими центрами по профилю «анестезиология и реаниматология» (Приложение № 3);

4) перечень медицинских организаций, оказывающих почечную заместительную терапию, с прикрепленными к ним территориями (Приложение № 4);

5) маршрутизацию больных с реанимационно-анестезиологической патологией (далее - маршрутизация) (Приложение № 5);

6) форму годового отчета отделений анестезиологии-реанимации (Приложение № 6);

7) список сокращений (Приложение № 7).

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 ГАУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница № 1» И.М. Трофимову обеспечить оказание анестезиолого-

реанимационной помощи пациентам в соответствии с настоящим приказом.

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

5. Главным врачам государственных учреждений здравоохранения Свердловской области, оказывающих 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 медицинских организаций в соответствии с приложением № 6 к настоящему приказу по электронной почте: lal@okbl.ru.

6. 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 № 6 к настоящему приказу по электронной почте: lal@okbl.ru.

7. 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.

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

9. Копию приказа направить в Главное управление Министерства юстиции Российской Федерации по Свердловской области и прокуратуру Свердловской области в течение семи дней с момента официального опубликования.

10. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на Первого заместителя Министра здравоохранения Свердловской области С.Б. Туркова.

Министр



А.А. Карлов

Приложение № 1 к приказу
Министерства здравоохранения
Свердловской области
от 02.06.2021 № 1188-12

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

Общие положения

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

2. Объем и форма анестезиолого-реанимационной помощи определены приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 № 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 Российской Федерации от 15.11.2012 № 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 Российской Федерации от 15.11.2012 № 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 анестезиолого-реанимационную помощь, медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь, установленными порядками оказания отдельных видов (по профилям) медицинской помощи.

5. Расчет коечной мощности производится в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 № 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.

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

14. 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 также записи о проведенных консультациях.

15. 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.

16. 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.

17. 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.

18. 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.

19. 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.

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

21. 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.

22. 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.

Форма

Приложение № 2 к приказу
 Министерства здравоохранения
 Свердловской области
 от 02.06.2021 № 1188-н

Выписной эпикриз из медицинской карты стационарного больного

КОПИЯ ПАСПОРТА, СНИЛС, СТРАХОВОГО ПОЛИСА ОМС

ЛПУ			Муниципальное образование		
ФИО пациента					
Дата рождения			Возраст		
Домашний адрес					
Законный представитель			Контактный телефон		
Дата и время поступления в стационар			Дата и время перевода в ОРИТ		
Диагноз при поступлении					
Анамнез заболевания					
Анамнез жизни					
Проведенное обследование					
ЭКГ					
Рентгенография					
КТ					
Данные лабораторного обследования					
Гемоглобин		г/л	Креатинин		мкмоль/л
Гематокрит		%	Мочевина		ммоль/л
Лейкоциты		$\times 10^9/\text{л}$	Билирубин		мкмоль/л
Проведенное лечение:					
Вазопресоры/кардиотоники	Доза на момент перевода	Антимикробная терапия (препарат)		Дата назначения/отмены	
Результаты микробиологического исследования					
Инфузионная терапия					
ИВЛ (параметры)					
Венозный доступ					
Динамика состояния					
Объективная оценка по шкалам на момент перевода					
ШПОН		SOFA			
Ведущий синдром					
Цель перевода в ЛПУ областного центра					

Дата

Лечащий врач

Заведующий ОАР

Приложение № 3 к приказу
Министерства здравоохранения
Свердловской области

от 02.06.2021 № 7188-12

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

№ п/п	Наименование ММЦ	Муниципальные образования, закрепленные за центрами
1.	Восточный Управленческий округ	
1.1.	ГАУЗ СО «Алапаевская городская больница»	МО город Алапаевск МО Алапаевское Махневское МО Артемовский ГО Режевской ГО
1.2.	ГАУЗ 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
2.	Южный Управленческий округ	
2.1.	ГАУЗ СО «Городская больница город Асбест»	Асбестовский ГО Мальшевский ГО Белоярский ГО ГО Верхнее Дуброво МО поселок Уральский ГО Рефтинский ГО Сухой Лог Камышловский ГО МО Камышловский ГО Заречный
2.2.	ГАУЗ СО «Городская больница город Каменск-Уральский»	Каменск-Уральский ГО МО Каменский городской округ ГО Богданович
3.	Западный Управленческий округ	
3.1.	ГАУЗ СО «Красноуфимская районная больница»	Красноуфимский ГО

		Артинский ГО Ачитский ГО
3.2.	ГАУЗ СО «Городская больница город Первоуральск»	ГО Первоуральск Шалинский ГО ГО Староуткинск
3.3.	ГАУЗ СО «Ревдинская городская больница»	ГО Ревда Нижнесергинский МР Бисертский ГО ГО Дегтярск
4.	Горнозаводской Управленческий округ	
4.1.	ГАУЗ СО «Городская больница № 1 город Нижний Тагил» ГАУЗ СО «Демидовская городская больница» ГАУЗ СО «Городская больница № 4 город Нижний Тагил»	МО 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»
5.	Северный Управленческий округ	
5.1.	ГАУЗ СО «Краснотурьинская городская больница»	ГО Краснотурьинск ГО Пелым Ивдельский ГО Североуральский ГО ГО Карпинск Волчанский ГО
5.2.	ГАУЗ СО «Серовская городская больница»	Серовский ГО Сосьвинский ГО Гаринский ГО Новолялинский ГО ГО Верхотурский
6.	ГАУЗ 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
7.	Муниципальное образование город Екатеринбург	
7.1.	Патология и показания к госпитализации:	

	Заболевания бронхо-легочной системы, осложненные острой дыхательной недостаточностью, септическим шоком. Механические асфиксии различного генеза. Анафилактический шок	
7.1.1.	ГБУЗ СО «Центральная городская клиническая больница № 1 город Екатеринбург»	Октябрьский район
7.1.2.	ГБУЗ СО «Центральная городская клиническая больница № 6 город Екатеринбург» ООО «МО «Новая Больница»	Ленинский район Верх-Исетский район Пациенты, не идентифицированные в системе ОМС, из района обслуживания ООО «МО «Новая больница», транспортируются в ГАУЗ СО «Городская клиническая больница № 40 город Екатеринбург»
7.1.3.	ГБУЗ СО «Центральная городская больница № 7 город Екатеринбург»	Железнодорожный район Центр Кировский район
7.1.4.	ГАУЗ СО «Городская клиническая больница № 14 город Екатеринбург»	Железнодорожный район: микрорайон «Сортировка» Орджоникидзевский район: микрорайон «Уралмаш»
7.1.5.	ГАУЗ СО «Центральная городская больница № 20 город Екатеринбург»	Чкаловский район: микрорайон «Химмаш» микрорайон «Уктус» микрорайон «Шинный»
7.1.6.	ГАУЗ СО «Центральная городская клиническая больница № 23 город Екатеринбург»	Орджоникидзевский район: микрорайон «Эльмаш»
7.1.7.	ГАУЗ СО «Центральная городская клиническая больница № 24 город Екатеринбург»	Чкаловский район: микрорайон «Вторчермет» микрорайон «Ботанический»
7.2.	Комы неясной этиологии	
7.2.1.	ГАУЗ СО «Центральная городская клиническая больница № 23 город Екатеринбург»	Все районы города
7.2.1.	ГАУЗ СО «Центральная городская клиническая больница № 24 город Екатеринбург»	

Примечание: Госпитализация иногородних больных, областных больных, больных без прописки – осуществляется по месту случая.

Приложение № 4 к приказу
Министерства здравоохранения
Свердловской области

от 02. 06. 2021 № 1188-12

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

№ п/п	Наименование ММЦ	Муниципальные образования
1.	Восточный Управленческий округ	
	ГАУЗ СО «Алапаевская 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.	Южный Управленческий округ	
	ГАУЗ СО «Городская больница город Каменск-Уральский»	Все муниципальные образования Южного округа Асбестовский ГО Мальшевский ГО Белоярский ГО ГО Верхнее Дуброво МО поселок Уральский ГО Рефтинский ГО Сухой Лог ГО Заречный Камышловский ГО МО Камышловский
3.	Горнозаводской и Северный Управленческие округа	
	ГАУЗ СО «Демидовская городская больница»	МО 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
	ФГУЗ ЦМСЧ 31 ФМБА России	Новоуральский ГО
4.	Западный Управленческий округ	
	ГБУЗ СО «Городская больница город Первоуральск»	ГО Первоуральск Шалинский ГО ГО Староуткинск Нижсергинский МР ГО Ревда Нижсергинский МР Бисертский ГО ГО Дегтярск ГО Красноуфимск Артинский ГО Ачитский ГО
5.	ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница № 1»	Арамильский ГО Березовский ГО Сысертский ГО ГО Верхняя Пышма ГО Среднеуральск Полевской ГО
6.	МО город Екатеринбург	
	ГАУЗ СО «Городская клиническая больница № 40 город Екатеринбург»	Все районы МО город Екатеринбург

Приложение № 5 к приказу
Министерства здравоохранения
Свердловской области

от 02.06.2021 № 1188-П

Маршрутизация больных с реанимационно-анестезиологической патологией

1. Общие положения

1.1. 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

2.1. 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).

2.2. 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»).

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

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

2.5. ГАУЗ СО «ТЦМК» после получения информации о пациенте в ОРИТ ЛПУ производит мониторинг состояния больного (мониторинг больных с острыми отравлениями проводится совместно с ИКТС ГАУЗ СО «СОКПБ»). При продолжении интенсивной терапии в ОРИТ ЛПУ ГАУЗ СО «ТЦМК» контролирует лечение данного пациента не реже 1 раза в сутки. При ухудшении состояния пациента анестезиолог-реаниматолог ОРИТ ЛПУ информирует ГАУЗ СО «ТЦМК», о чем делается запись в истории болезни.

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

3. Маршрутизация пациентов с синдромом острой сердечно-сосудистой недостаточности

3.1. 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).

3.2. 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 от 13.01.2014 № 20-п «Об организации медицинской помощи больным с острыми химическими отравлениями в Свердловской области»).

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

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

3.5. ГАУЗ СО «ТЦМК» после получения информации о реанимационном пациенте в ОРИТ ЛПУ проводит мониторинг состояния больного. При продолжении интенсивной терапии в ОРИТ ЛПУ ГАУЗ СО «ТЦМК» контролирует лечение данного пациента не реже 2 раз в сутки. При ухудшении

состояния пациента анестезиолог -реаниматолог ОРИТ ЛПУ информирует ГАУЗ СО «ТЦМК», о чем делается запись в истории болезни.

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

3.7. Беременные женщины, роженицы, родильницы с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи, направляются в ГАУЗ СО «СОКБ № 1» согласно приказу Министерства здравоохранения Свердловской области от 30.12.2020 № 2496-п «О совершенствовании маршрутизации беременных, рожениц, родильниц на территории Свердловской области».

4. Маршрутизация пациентов с синдромом острой дыхательной недостаточности

4.1. 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.).

4.2. 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 от 13.01.2014 № 20-п «Об организации медицинской помощи больным с острыми химическими отравлениями в Свердловской области»).

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

4.4. ГАУЗ СО «ТЦМК» после получения информации о реанимационном пациенте в ОРИТ ЛПУ проводит мониторинг состояния больного. При продолжении интенсивной терапии в ОРИТ ЛПУ ГАУЗ СО «ТЦМК» контролирует лечение данного пациента не реже 2 раз в сутки. При ухудшении состояния пациента анестезиолог-реаниматолог ОРИТ ЛПУ незамедлительно

информирует ГАУЗ СО «ТЦМК», о чем делается запись в истории болезни.

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

4.6. Пациенты с аспирационно-обтурационным синдромом при острых экзогенных отравлениях, требующие проведения ИВЛ, в случае транспортабельности переводятся в ОРИТ ГАУЗ СО «СОКПБ» в соответствии с Порядком оказания токсикологической помощи (приказ Министерства здравоохранения Свердловской области от 13.01.2014 № 20-п «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.

4.7. 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 ГАУЗ СО «СОКБ №1» решается совместно с главным внештатным специалистом анестезиологом-реаниматологом Министерства здравоохранения Свердловской области.

5. Маршрутизация пациентов с инфекционно-воспалительным синдромом

5.1. 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, менингоэнцефалиты, абсцессы мозга, а также поражение желудочно-кишечного тракта при острых отравлениях. Наличие гнойного очага в сочетании с бактериемией свидетельствует о сепсисе.

5.2. 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 от 13.01.2014 № 20-п «Об организации медицинской помощи больным с острыми химическими

отравлениями в Свердловской области»).

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

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

5.5. При осложненном полиорганной недостаточностью течении инфекционно-воспалительного синдрома ГАУЗ СО «ТЦМК» информирует главного внештатного специалиста анестезиолога-реаниматолога Министерства здравоохранения Свердловской области.

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

6. Маршрутизация пациентов с синдромом острой почечной недостаточности

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

6.2. Ренальная ОПН развивается в результате ишемии почек, 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.

6.3. 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 афферетная вазоконстрикция и развивается анурия. При наличии ОПН, требующей почечно-заместительных технологий, заведующий ОРИТ ЛПУ информирует ГАУЗ СО «ТЦМК» о пациентах в течение первых 12 часов (о пациентах с острыми отравлениями информация передается в ИКТС областного центра острых отравлений ГАУЗ СО «СОКПБ»).

6.4. ГАУЗ 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 ГАУЗ СО «ТЦМК», о чем делается запись в истории болезни (мониторинг пациентов с острыми отравлениями проводится совместно с ИКТС ГАУЗ СО «СОКПБ»).

6.5. 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.

6.6. 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 № 2 приказа Министерства здравоохранения Свердловской области от 26.09.2019 № 1903-п «Об организации заместительной почечной терапии методом гемодиализа взрослому населению с хронической почечной недостаточностью на территории Свердловской области».

6.7. 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

7.1. Маршрутизация пациентов с синдромом острой церебральной недостаточности осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 29.12.2012 № 1530-п «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-п «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

8.1. 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).

8.2. 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).

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

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

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

Приложение № 6 к приказу
Министерства здравоохранения
Свердловской области

от 02.06.2021 № 1788-12

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 _____

Форма годового отчета РАО/ОРИТ _____ за 20 ____ год.

Население МО _____

ПАСПОРТ РАО

I. Материально-техническая база

Общее количество коек в стационаре/количество хирургических коек	Количество коек в РАО	Количество операционных столов	ФБС +/-	R-графия +/-	СПК +/-	КОС +/-	Электроды +/-
/							

II. Кадры

Врачи (количество)	Средний возраст	% укомплектованности	Медсестры (количество)	Средний возраст	% укомплектованности	Младший медицинский персонал (количество)	Средний возраст	% укомплектованности

III. Аппаратура

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

IV. АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ (количество и %)

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

ОСЛОЖНЕНИЯ АНЕСТЕЗИЙ (количество и %)

Всего осложнений	Осложнения плановых анестезий	Осложнения экстренных анестезий	Не повлиявшие на послеоперационный период	Требовавшие наблюдения в ОРИТ	Проведшие 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 региональных анестезиях	Осложнения при других видах анестезий

Трудная интубация	Аспирация	Периоперационный ОИМ	Тяжелая гипотензия	Ошибки трансфузий	Тяжелый бронхоспазм	Неврологическое осложнение при регионарных анестезиях	Анафилактический шок	Высокий спинальный блок	Несправность аппаратуры	Ошибки при использовании лекарств

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

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ

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

До 1 мес.	Возраст пациентов (абс .кол-во)			Всего больных в РАО за год	Средний койко/день	Работа койки	Общая летальность
	1 м.-1 г.	1 - 15 лет	15 - 70 лет				
Средние показатели тяжести и ПОН пациентов в РАО/ОРИТ							
APACHE II	SOFA	ИШОД «Екатеринбург-2000»		Катетеризация центральных вен	Количество осложнений / в т.ч. приведших к летальному исходу		% осложнений

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

ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

	Вентилятор-ассоциированные пневмонии	Вентилятор – ассоциированные трахеобронхиты	Инфекции мочевых путей	Инфекции кровотока
Количество манипуляций/случаев				
Количество дней				
Абсолютное число осложнений				
Показатель на 1000				
Индекс распространенности				

Показатель на 1000 - абсолютное число осложнений / количество манипуляций * 1000

Индекс распространенности = абсолютное число осложнений / количество дней * 1000

Основные нозологические формы

	ТЭЛА	Внегоспитальная пневмония	Госпитальная пневмония	ОНМК	ЧМТ (изолированная)	Сочетанная травма	ХОБЛ, бронхитальная астма	Перитонит	Панкреонекроз	Презепсия, эклампсия
Всего										
Летальность, %										
Кол-во больных, переведенных в другие стационары (РАО/ОРИТ)										
Инвазивная ИВЛ: всего	до суток (в т.ч. послеоперационная)									
	до 4 суток									
	4-21 сутки									
	Больше 21 суток									

Неинвазивная ИВЛ: всего

В т.ч. переходом на ИВЛ

Приложение № 7 к приказу
Министерства здравоохранения
Свердловской области

от 02.06.2021 № 1188-н

Список сокращений

ГБУЗ СО -	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области
ГАУЗ СО -	Государственное автономное 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
МР -	Муниципальный район
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