



## МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

---

### П Р И К А З

от 22.05.2024 № 48-п

г. Саратов

#### **Об организации оказания анестезиолого-реанимационной помощи взрослому населению на территории Саратовской области**

На основании Положения о министерстве здравоохранения Саратовской области, утвержденного постановлением Правительства Саратовской области от 01.11.2007 № 386-П «Вопросы министерства здравоохранения области», в целях совершенствования оказания анестезиолого-реанимационной помощи населению Саратовской 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:
  - 1.1 положение об организации оказания медицинской помощи по профилю «анестезиология и реаниматология» на территории Саратовской области (Приложение № 1);
  - 1.2 показания для госпитализации больных в отделения анестезиологии-реанимации (Приложение № 2);
  - 1.3 критерии оценки степени тяжести реанимационных больных (Приложение № 3);
  - 1.4 примерные формы первичной медицинской документации врача анестезиолога-реаниматолога (Приложение № 4);
  - 1.5 форму годового отчета отделений анестезиологии-реанимации (Приложение № 5).
2. Главным врачам государственных учреждений здравоохранения Саратовской области обеспечить оказание анестезиолого-реанимационной помощи 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» и настоящим приказом.

3. Главным врачам государственных учреждений здравоохранения Саратовской области, оказывающих анестезиолого-реанимационную помощь, ежегодно, в срок до 25 января года, следующего за отчетным, предоставлять главному внештатному специалисту анестезиологу-реаниматологу министерства здравоохранения Саратовской области отчет о работе структурных подразделений службы анестезиологии-реанимации медицинских организаций в соответствии с Приложением № 5 к настоящему приказу по электронной почте: avkuligin@yandex.ru.

4. Главному внештатному специалисту анестезиологу-реаниматологу министерства здравоохранения Саратовской области оказывать организационно-методическую помощь медицинским учреждениям по организации оказания специализированной медицинской помощи больным анестезиолого-реанимационного профиля на территории Саратовской области.

5. Настоящий приказ подлежит официальному опубликованию в средствах массовой информации.

6. Настоящий приказ вступает в силу со дня его официального опубликования.

7. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Саратовской области, курирующего вопросы организации медицинской помощи взрослому населению.

Первый заместитель министра



Е.А. Степченкова

**Положение**  
**об организации оказания медицинской помощи по профилю**  
**«анестезиология и реаниматология» на территории Саратовской области**

**Общие положения**

1. Настоящее положение регулирует вопросы оказания анестезиолого-реанимационной помощи взрослому населению в медицинских организациях Саратовской 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» (далее – Приказ № 919н).

3. Оказание анестезиолого-реанимационной помощи осуществляется медицинским персоналом групп анестезиологии-реанимации; отделений анестезиологии-реанимации; центров анестезиологии-реанимации в соответствии с Приказ № 919н.

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 № 919н, 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 № 919н.

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.

## **Показания для госпитализации больных в отделения анестезиологии-реанимации**

### **1. Общие положения**

1.1. Госпитализация пациентов для оказания медицинской помощи по профилю «анестезиология и реаниматология» на территории Саратовской 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.

1.2. 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).

1.3. 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).

1.4. 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 и т.д.).

1.5. 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 метрозэндометрит, гнойный пиелонефрит, уросепсис, бактериальный эндокардит, медиастинит, пневмония или абсцесс легкого, воспалительные заболевания кожи и мягких тканей, пансинуситы, менингоэнцефалиты, абсцессы мозга., а также поражение желудочно-кишечного тракта при острых отравлениях. Наличие гнойного очага в сочетании с бактериемией свидетельствует о сепсисе.

1.6. Преренальная острая почечная недостаточность (далее- ОПН) развивается как следствие различных видов шока, рвоты, потери жидкости по зонду и дренажам, диареи, применения диуретиков.

1.7. Ренальная ОПН развивается в результате ишемии почек, а также вследствие отравления нефротоксичными ядами и лекарственными препаратами, острого интерстициального нефрита и острого гломерулонефрита, состояний, связанный с беременностью и родами, гепаторенального синдрома, тромбоза и эмболии почечных артерий, расслаивающей аневризмы аорты, инфекционных заболеваний.

1.8. 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 главного внештатного анестезиолога-реаниматолога о пациентах в течение первых 12 часов.

1.9. 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 сутки после отравления).

## 2. Порядок госпитализации пациентов

2.1. Реанимационная помощь пациентам с синдромом острой сердечно - сосудистой недостаточности осуществляется на базе структурных подразделений анестезиолога-реанимационной службы медицинских организаций Саратовской области.

2.2. Заведующие ОРИТ медицинских организаций Саратовской области или лечащие врачи анестезиологи-реаниматологи информируют главного внештатного специалиста анестезиолога-реаниматолога министерства здравоохранения Саратовской области о пациентах с нейрогенной дыхательной недостаточностью, требующих длительной ИВЛ (более 96 часов).

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

2.4. Интенсивная терапия ОПН связана с лечением и устранением причин, ее вызвавших, и проводится на базе отделений анестезиологии и реанимации медицинских организаций Саратовской области. Процедура заместительной почечной терапии проводится пациентам в отделениях гемодиализа.

2.5. 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).

## Критерии оценки степени тяжести реанимационных больных.

Оценка тяжести состояния – процесс выявления признаков декомпенсации витальных функций по общепринятым критериям (шкалам): дыхания, кровообращения, функционирования центральной нервной системы.

Угрожающее (жизнеугрожающее) состояние – состояние, при котором существует декомпенсация жизненно важных функций организма (дыхания, кровообращения, нервной системы) или имеется непосредственная опасность ее возникновения.

### Схема последовательности оценки тяжести состояния

Применяется для любого пациента при поступлении в стационар или ухудшении состояния. Осуществляется в несколько этапов.

Этап 1. Общая оценка.

Осуществляется «с порога» при первой встрече среднего или врачебного медицинского персонала с больным.

Цель: определение состояния ведущих витальных функций и необходимости в реанимационных мероприятиях.

Производится в положении больного сидя или лежа, в зависимости от общего состояния.

Методика оценки – визуально (исключительно путем осмотра больного). Осуществляется по правилу «треугольника»: осматривающий отвечает для себя на следующие три категории вопросов:

а) внешний вид:

сохранено ли сознание и на каком уровне?

обычная ли окраска кожи?

есть ли повреждения?

есть ли патологические элементы?

есть ли судороги?

б) дыхание:

проходимы ли дыхательные пути?

дышит ли пациент?

адекватно ли дыхание (нет ли стридора или цианоза)?

достаточна ли экскурсия грудной клетки и симметрична ли она?

имеется ли девиация трахеи от средней линии?

сохранены ли защитные рефлексы с верхних дыхательных путей (кашлевой)?

в) кровообращение:

есть ли внешние признаки шока (централизации кровообращения) и чем они обусловлены?

Результатом оценки является принятие решения о необходимости реанимационных мероприятий.

Если пациент нуждается в проведении реанимационных мероприятий производится их немедленное оказание.

Если пациент не нуждается в проведении реанимационных мероприятиях



производится дальнейшая оценка.

Этап 2. Первичная оценка. Маршрутизация пациента.

Осуществляется в помещении, где проводилась общая оценка.

Цель - минимально необходимое исследование состояния витальных функций, органов и систем для определения тяжести состояния и направления маршрутизации.

Последовательность оценки основана на следующих принципах:

A - Airways – проходимость дыхательных путей;

B - Breathing – дыхание;

C - Circulation – кровообращение;

D - Disability – «дееспособность» (неврологический статус);

E - Exposure – внешнего вида (температура, кожные покровы, слизистые, наличие травм и пр.).

Оценка проходимости дыхательных путей (этап A-Airways)

Оценивают наличие:

стридора;

механической обструкции.

Методика оценки:

смотрю – на движения грудной клетки и/или живота (норма – равномерное регулярное дыхание без втяжения уступчивых мест и избыточного участия дыхательной мускулатуры).

слушаю – дыхательные шумы.

ощущаю – дыхание.

Последовательность оценки:

сначала визуально («смотрю») – наблюдение за движениями грудной клетки и живота;

затем («слушаю», «ощущаю») – наклонившись над лицом пациента: «щека – ко – рту и ухо – к – носу».

Результатом оценки является заключение о проходимости дыхательных путей.

Если дыхательные пути полностью проходимы, продолжают дальнейшую оценку и переходят к этапу «B».

Если дыхательные пути непроходимы и их проходимость может быть восстановлена после выполнения специальных приемов (механическая обструкция инородным телом, рвотными массами, водой при утоплении и пр.), то немедленно начинают освобождение дыхательных путей при помощи специальных приемов.

Если дыхательные пути непроходимы или их проходимость значительно нарушена начинают оксигенотерапию.

Оценка дыхания (этап B-Breathing).

Оценивают:

а) частоту дыхания (за 6 с., умножают на 10 из-за большей простоты вычисления, по сравнению с умножением на 6 при оценке за 10 с.);

б) работу дыхания (усилия при дыхании);

в) объем дыхания;

г) дыхательные шумы;

д) эффективность оксигенации.

Методика оценки:

где пункты «а – г» по принципу «смотрю – слушаю – ощущаю»;

пункт «д» – путем оценки цвета кожи и слизистых с одновременным

проведением пульсоксиметрии (норма – не менее 96%, допустимо – не менее 94%, однако последний уровень требует интенсивного наблюдения за больным).

Результатом оценки является определение наличия и степени дыхательной недостаточности.

Если дыхательная недостаточность отсутствует продолжают оценку и переходят к этапу «С».

Если дыхательная недостаточность диагностирована, вне зависимости от ее этиологии:

при степени I – II проводят оксигенотерапию;

при степени III проводят искусственную вентиляцию легких.

#### **Оценка кровообращения (этап C-Circulation).**

Оценивают:

а) цвет и температуру кожи (визуально, пальпаторно);

б) частоту сердечных сокращений и ритм (за 6 с., умножают на 10 при критическом состоянии или за 1 мин. в обычных условиях);

в) артериальное давление (соответствующим аппаратом);

г) наполнение, напряжение и ритм пульса (пальпаторно);

д) время наполнения капилляров (длительность «бледного пятна» не должна превышать 3 с.).

Результатом оценки является определение наличия и степени сердечной недостаточности и/или недостаточности кровообращения.

Если признаки нарушения кровообращения отсутствуют продолжают оценку и переходят к этапу «D».

Если выявлены признаки нарушения кровообращения:

при уровне систолического артериального давления ниже допустимого - обеспечить инфузионную терапию;

при уровне частоты сердечных сокращений ниже минимально допустимого не более, чем на 20% - инотропная поддержка;

при брадикардии (частота сердечных сокращений ниже минимально допустимой более, чем на 20% или единичные сердцебиения) – сердечно - легочная реанимация согласно клиническим рекомендациям;

при асистолии, шоковом ритме (фибрилляция желудочков, желудочковой тахикардии без пульса) – сердечно-легочная реанимация согласно клиническим рекомендациям.

#### **Оценка нарушения дееспособности (этап D-Disability).**

Оценивают:

а) неврологический статус (по шкале AVPU=АГБО=БОБА);

б) уровень сознания (по шкалам ком Глазго/Мейо-FOUR);

в) реакцию зрачков на свет (фонариком);

г) гликемию (скарификационный экспресс-тест при помощи глюкометра).

Результатом является выявление и оценка нарушений сознания и неврологического статуса, а также связь выявленных нарушений с уровнем гликемии.

Если выявлены нарушения неврологического статуса по шкале AVPU (АГБО, БОБА) пациента помещают в соответствующее отделение и начинают неотложные мероприятия:

при умеренных нарушениях по шкале AVPU (АГБО, БОБА) – палата интенсивной терапии, динамическое наблюдение, оксигенотерапия, мониторинг;

при выраженных нарушениях по шкале AVPU (АГБО, БОБА) – отделение

реанимации-анестезиологии, ИВЛ.

В дальнейшем, после оценки уровня сознания по шкалам ком Глазго/Мейо-FOUR соответственно, при наличии нарушений выполняют следующие действия:

при оценке 13 – 15/15 – 16 баллов по шкалам ком Глазго/Мейо-FOUR (ясное - оглушение I) – палата интенсивной терапии, профильное отделение, динамическое наблюдение, оксигенотерапия, диагностический поиск;

при оценке 10 – 12/13-14 баллов (оглушение II) – отделение реанимации-анестезиологии, оксигенотерапия;

при оценке ниже 8 – 9/12 баллов (сопор – кома) – отделение реанимации-анестезиологии, ИВЛ, диагностический поиск;

Если выявлена гипогликемия производится ее экстренная коррекция в условиях приемного/профильного отделения, затем перевод в отделение реанимации - анестезиологии.

#### 2.2.5. Оценка внешнего вида (этап E-exposure).

Оценивают:

а) температуру тела;

б) состояние кожи;

в) состояние слизистых;

г) наличие травм/повреждений (пункты «б – г» оцениваются визуально/пальпаторно).

По окончании оценки на этапах А – Е дается оценка тяжести состояния пациента. Качественная оценка тяжести состояния производится по прогностическим шкалам;

удовлетворительное состояние - сознание ясное; жизненно важные функции не нарушены;

состояние средней тяжести - сознание ясное или имеется умеренное оглушение, жизненно важные функции нарушены незначительно;

тяжелое состояние — сознание нарушено до глубокого оглушения или сопора, имеются выраженные нарушения дыхательной либо сердечно-сосудистой систем;

крайне тяжелое состояние - умеренная или глубокая кома, грубо выражены симптомы поражения дыхательной и/или сердечно-сосудистой систем;

терминальное состояние - запредельная кома с грубыми признаками поражения ствола и нарушениями витальных функций, включает в себя преагонию, агонию и клиническую смерть.

После оценки тяжести состояния на этапе 2, принимается решение о маршрутизации пациента в медицинские организации. .

Этап 3. Повторный осмотр.

**S:** Signs and symptoms–симптомы

**A:** Allergies-аллергия

**M:** Medications–лекарства

**P:** Past medical history–анамнез

**L:** Last meal–последний прием пищи

**E:** Events leading to current illness–события, приведшие к заболеванию.

Этап 4. Клинико-лабораторное дообследование.

**Проводится с целью верификации:**

травм;

инфекций;

других причин заболевания/критического состояния.

Выполняются следующие виды исследования:

Физикальное обследование.

Лабораторное обследование:

КЩС;

ОАК;

ОАМ;

глюкоза крови (если до этого не определялась);

белок;

билирубин;

трансаминазы;

мочевина.

1. Аппаратная визуализация:

УЗИ;

РКТ;

МРТ;

М-Эхо.

2. Показания к немедленной очной консультации пациента врачом анестезиологом - реаниматологом медицинской организации:

а) все неотложные признаки.

б) приоритетные признаки:

дыхание нарушено;

травма или срочное хирургическое состояние.

нарушение питания: видимое тяжелое истощение;

бледность (выраженная);

боль (сильная);

беспокоен, болезненно раздражим или заторможен;

отравление;

ожоги (значительные);

отечность обеих стоп.

**Примерные формы первичной медицинской документации  
врача анестезиолога-реаниматолога**

**ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ОСМОТР  
ВРАЧОМ-АНЕСТЕЗИОЛОГОМ-РЕАНИМАТОЛОГОМ**  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. время: \_\_ час. \_\_ мин.

Диагноз:

Основное заболевание \_\_\_\_\_

Осложнения основного заболевания \_\_\_\_\_

Внешняя причина при травмах, отравлениях \_\_\_\_\_

Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_

Дополнительные сведения о заболевании \_\_\_\_\_

Жалобы: \_\_\_\_\_

Особенности анамнеза: \_\_\_\_\_

аллергические реакции на лекарственные препараты, пищевая аллергия или иные виды  
непереносимости в анамнезе, с указанием типа и вида аллергической реакции:

постоянный прием лекарственных препаратов: \_\_\_\_\_

наличие имплантированных медицинских изделий: \_\_\_\_\_

наличие (отсутствие) обструктивного сонного апноэ: \_\_\_\_\_

Физикальное исследование: \_\_\_\_\_

состояние вен конечностей: \_\_\_\_\_

наличие зубных протезов: \_\_\_\_\_

Результаты медицинского обследования:

группа крови \_\_\_\_\_ резус-принадлежность \_\_\_\_\_ антиген K1 системы Kell \_\_\_\_\_

иные сведения групповой принадлежности крови (при наличии) \_\_\_\_\_

интерпретация электрокардиографических данных \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ дата проведения \_\_\_\_\_

Дополнительные сведения: \_\_\_\_\_

Планируемый вид анестезиологического пособия: \_\_\_\_\_

Премедикация: \_\_\_\_\_  
(наименование лекарственных препаратов, дозы, путь и кратность введения)

Мониторинг жизненно-важных функций организма: \_\_\_\_\_

Заключение: \_\_\_\_\_

Оценка операционно-анестезиологического риска: \_\_\_\_\_

Прогностическая оценка трудности интубации: \_\_\_\_\_

Рекомендации: \_\_\_\_\_

(дополнительное обследование, консультации врачей-специалистов)

Назначения: \_\_\_\_\_

Врач-анестезиолог-реаниматолог:  
фамилия, имя, отчество (при наличии) \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ОСМОТР ВРАЧОМ  
АНЕСТЕЗИОЛОГОМ-РЕАНИМАТОЛОГОМ

1. Дата «    »\_                    20\_\_ г.
2. Ф.И.О. \_\_\_\_\_
3. Возраст \_\_\_\_\_ лет
4. Рост (см.)\_                    5. Масса тела \_\_\_\_\_ кг. 6. Группа крови \_\_\_\_\_ 7. Rh-фактор \_\_\_\_\_
8. Предполагаемая операция (плановая, экстренная) в объеме \_\_\_\_\_
9. Данные анамнеза: (подчеркнуть)
  1. аллергия (1 да 2 нет)
  2. общее обезболивание (1 да 2 нет)
  3. гемотрансфузии (1 да 2 нет)
  4. применение гормональных препаратов (1 да 2 нет)
  5. сопутствующие заболевания (какие) \_\_\_\_\_
  6. длительный прием лекарственных средств (каких) \_\_\_\_\_
10. Анатомические особенности для эндотрахеального наркоза (какие):
  1. наличие зубных протезов (1 да 2 нет)
  2. изменение шейного отдела позвоночника (1 да 2 нет)
  3. рубцовые изменения дыхательных путей (1 да 2 нет)
11. Исходное состояние пациента:
  1. удовлетворительное, 2. средней тяжести, 3. тяжелое
12. Кожные покровы: обычной окраски (1 да 2 нет)
13. Видимые слизистые розовые (1 да 2 нет)
14. Отеки есть (1 да 2 нет)
15. Сознание \_\_\_\_\_
16. Органы дыхания:
  1. ЧД \_\_\_\_\_ в мин.;
  2. характер легочного дыхания \_\_\_\_\_
  3. хрипы \_\_\_\_\_
  4. данные рентгенологического обследования \_\_\_\_\_
17. Система кровообращения:
  1. АД \_\_\_\_\_ мм. рт.ст.
  2. ЧСС \_\_\_\_\_ в мин.
  3. Сердце тоны \_\_\_\_\_ (ритмичные, звучные);
  4. шумы \_\_\_\_\_
  5. Данные ЭКГ \_\_\_\_\_
18. Органы пищеварения:
  1. язык (1. влажный \_\_\_\_ 2. сухой \_\_\_\_)
  2. живот (1. мягкий, 2. вздутый, 3 др. \_\_\_\_\_)
  3. печень выступает на \_\_\_\_\_ см.
19. Почки: 1. дизурия \_\_\_\_\_ (1 есть, 2 нет)  
2. синдром "поколачивания" (1 есть, 2 нет) \_\_\_\_\_
20. Данные лабораторного обследования (указать патологию) \_\_\_\_\_
18. Заключение: \_\_\_\_\_
19. Риск анестезии: Операционно-анестезиологический риск по ASA I II III IV V степени по классификации МНОАР \_\_\_\_\_; Mallampati \_\_\_\_\_; риск развития кардиальных осложнений \_\_\_\_\_ риск анафилаксии \_\_\_\_\_ риск аспирации \_\_\_\_\_
- Степень риска ТЭО, связанная с операцией и состоянием больного \_\_\_\_\_
20. Рекомендации: \_\_\_\_\_
21. Премедикация:
  1. Накануне операции
  2. В \_\_\_\_\_ час. \_\_\_\_\_ мин.
22. Назначения \_\_\_\_\_
23. Ф.И.О., подпись врача - анестезиолога-реаниматолога \_\_\_\_\_

## ПРОТОКОЛ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ

Сведения о пациенте:

Фамилия, имя, отчество (при наличии) \_\_\_\_\_

Масса тела \_\_\_\_\_ кг, рост \_\_\_\_\_ см.

Группа крови \_\_\_\_\_ резус-принадлежность \_\_\_\_\_ антиген K1 системы Kell \_\_\_\_\_

иные сведения групповой принадлежности крови (при наличии) \_\_\_\_\_

Сведения об оперативном вмешательстве (операции):

Наименование оперативного вмешательства (операции): \_\_\_\_\_

Длительность: операции: \_\_ часов \_\_ минут; анестезиологического пособия: часов \_\_ минут \_\_\_\_\_.

Операция: плановая - 1, экстренная - 2. Положение на операционном столе: \_\_\_\_\_

Премедикация (наименование лекарственных препаратов, дозы, путь и кратность введения): \_\_\_\_\_

Операционно-анестезиологический риск: \_\_\_\_\_

Мониторинг жизненно-важных функций организма:

(сердечный ритм, артериальное давление, частота сердечных сокращений, частота дыхательных движений, термометрия, SpO<sub>2</sub>)

Способ проведения анестезиологического пособия: \_\_\_\_\_

Вводный наркоз (используемые препараты, режим дозирования): \_\_\_\_\_

Путь введения анестетика: \_\_\_\_\_  
(особенности проведения анестезиологического пособия)

Интубация: \_\_\_\_\_  
(в том числе с использованием эндоскопического оборудования): назотрахеальная, оротрахеальная, трахеостомическая, иное)

Интубационная трубка номер: \_\_\_\_\_

Газовый состав дыхательной смеси: O<sub>2</sub>, литров в минуту; \_\_\_\_\_ N<sub>2</sub>O, литров в минуту \_\_\_\_\_;  
испаряемый анестетик (название) \_\_\_\_\_, об. %

Наркозный аппарат (производитель, марка): \_\_\_\_\_

Параметры искусственной вентиляции легких (ИВЛ):

дыхательный объем (ДО), мл. \_\_\_\_\_;

минутный объем дыхания (МОД), л/мин. \_\_\_\_\_;

пиковое давление, см. водного столба \_\_\_\_\_;

особенности искусственной вентиляции легких (ИВЛ) (указать параметры): \_\_\_\_\_

Базовый период наркоза: \_\_\_\_\_

Пробуждение: \_\_\_\_\_  
(на операционном столе; в палате пробуждения; в отделении анестезиологии - реанимации)

Особенности пробуждения: \_\_\_\_\_

Оценка по шкале пробуждения: \_\_\_\_\_

Сознание, самостоятельное дыхание восстановлены в полном объеме: \_\_\_\_\_

Декураризация (не проводилась, проводилась): \_\_\_\_\_

Переведен: \_\_\_\_\_

Дата, время перевода: " \_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. время: \_\_ час. \_\_ мин.

Нуждается в продленной респираторной поддержке: \_\_\_\_\_

Гидробаланс (по состоянию пациента): кровопотеря \_\_\_\_\_ мл.;

гемотранфузия \_\_ мл.; коллоиды \_\_ мл.; кристаллоиды \_\_ мл.; диурез \_\_ мл.

Фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, подпись

врач-анестезиолог-реаниматолог \_\_\_\_\_

врач-специалист, принявший пациента после проведенного анестезиологического пособия \_\_\_\_\_

## КАРТА ТЕЧЕНИЯ АНЕСТЕЗИИ

Наименование МО _____		Ф.И.О. _____		Состояние больной _____		Вид анестезии _____	
Отделение _____		_____		Премедикация _____		Наркозный аппарат _____	
Дата _____		_____		в палате _____		Контур _____	
Диагноз _____		Возраст ____ N и/б _____		в операционной _____		Эндотрахеальная трубка _____	
Операция _____		Рост _____ масса _____		_____		Положение больного на _____	
_____		Группа крови _____ Rh _____		_____		_____	
_____		Аллергические реакции _____		_____		_____	
плановая	экстренная	(подчеркнуть)					

  

Время											Этапы анестезии
Газы	O <sub>2</sub>										А - Премедикация Вв - Вводный наркоз Т - Интубация Пв - Поворот Э - Экстратубация Д - Декураризация Б — блокада СА- спинальная анестезия
В/л струйно											
Sol. Atropini 0,1%-1 мл											
Sol. Dexametasoni, мг											
Sol. Metoclopramidi 0,5%-2 мл											
Sol. Chloropirami 2%-1 мл											
Этапы операции											
I _____											
II _____											
III _____											
IV _____											
V _____											
В/в кап.											Характеристика дыхания
Sol. Natrii chl. 0,9%, мл											
										O <sub>2</sub> sat	С - спонтанное В - вспомогательное П - принудительное
ЧСС	110	ч Д	35	А Д	175						
	100		30		150						
	90		25		125						
	80		20		100						
	70		15		75						
	60		10		50						
Этап анестезии											
Этап операции											
Хар-ка дыхания											
Параметры ИВЛ											
Диурез											
Врач анестезиолог-реаниматолог _____						Операционная бригада: _____					
Медицинская сестра-анестезист _____						Операционная сестра _____					

Гемотрансфузия \_\_\_\_\_  
 Всего перелито \_\_\_\_\_  
 внутривенно \_\_\_\_\_  
 Кровопотеря \_\_\_\_\_  
 Выделено мочи \_\_\_\_\_



## ЛАБОРАТОРНЫЙ МОНИТОРИНГ ПРОВЕДЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ, ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Фамилия, имя, отчество (при наличии) \_\_\_\_\_

Параметры	Дата, время											
КРОВЬ												
гемоглобин												
гематокрит												
эритроциты												
лейкоциты												
тромбоциты												
K+												
Na+												
Cl <sup>-</sup>												
железо												
глюкоза												
осмолярность												
Анализ крови на свертываемость, секунд (минут)												
Протромбиновое время (секунд)												
АЧТВ (секунд)												
КИСЛОТНО-ОСНОВНОЕ СОСТОЯНИЕ (КОС)												
Источник - артерия (а), вена (в), капилляр(к)												
pH												
PO <sub>2</sub>												
PCO <sub>2</sub>												
BE												
МОЧА												
суточное количество												
удельный вес												

Фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, подпись

врач-анестезиолог-реаниматолог \_\_\_\_\_

медицинская сестра-анестезист \_\_\_\_\_



Диурез, мл.										
Дренажи										
Характеристика дыхания										
Индекс оксигенации										
Оценка уровня сознания по шкале Глазго										
Оценка степени тяжести состояния										
Введено:										
внутривенно капельно:										
внутривенно болюсно:										
принято внутрь:										
Гидробаланс										

По параметрам: частота дыхательных движений (ЧДД), артериальное давление (АД), частота сердечных сокращений (ЧСС) - осуществляется отметка значения, в виде графической метки в промежутке времени регистрируемого параметра.

Дополнительная информация (при наличии)

\_\_\_\_\_  
 Фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, специальность, подпись

врач-анестезиолог-реаниматолог

медцинская сестра-анестезист

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ПРОТОКОЛ УХОДА ЗА КАТЕТЕРАМИ  
(ПЕРИФЕРИЧЕСКИЙ/ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ВЕНОЗНЫЙ КАТЕТЕР)**

Ф.И.О. пациента \_\_\_\_\_

№ истории \_\_\_\_\_ Палата \_\_\_\_\_

№ п/п	Действия	Дата, время					
1.	Пункция и катетеризация вены						
2.	Название катетера, серия						
3.	Диаметр катетера						
4.	Производитель						
5.	Место пункции						
6.	Осложнения при постановке						
7.	Промывание катетера						
8.	Смена повязки						
9.	Осложнения во время нахождения катетера						
10.	Действия при возникших осложнениях						
11.	Удаление катетера						
12.	Осложнения при удалении						
13.	Ф.И.О. медицинской сестры, подпись						







## ПРОТОКОЛ ТЕЧЕНИЯ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ

Ф.И.О. пациента \_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_ Дата операции \_\_\_\_\_

№ истории болезни \_\_\_\_\_ Плановая/экстренная операция \_\_\_\_\_

Поступил в операционную в \_\_\_\_\_ ч. \_\_\_\_\_ мин.

Начало анестезии в \_\_\_\_\_ ч. \_\_\_\_\_ мин. Конец в \_\_\_\_\_ ч. \_\_\_\_\_ мин.

Начало операции в \_\_\_\_\_ ч. \_\_\_\_\_ мин. Конец в \_\_\_\_\_ ч. \_\_\_\_\_ мин.

Извлечение плода в \_\_\_\_\_ ч. \_\_\_\_\_ мин.

Название операции \_\_\_\_\_

В \_\_\_\_\_ установлен венозный катетер Vasofix G \_\_\_\_\_

Премедикация \_\_\_\_\_

Набор для эпидуральной анестезии \_\_\_\_\_  
 Положение пациента сидя (лежа на боку). Кожа спины обработана спиртом трижды. Под местной анестезией Sol. \_\_\_\_\_ ml. в межпозвоночном промежутке \_\_\_\_\_ иглой G18 типа Tuохи выполнена пункция эпидурального пространства. Положение иглы верифицировано тестами утраты сопротивления, висючей капли. Эпидуральный катетер заведен краниально на 3 см. Эпидуральная игла извлечена. Асептическая наклейка. Катетер фиксирован лейкопластырем, выведен на левое плечо. Введена тест-доза \_\_\_\_\_, последовала соответствующая зона гипестезии.  
 Основная доза \_\_\_\_\_ введена дробно в течение \_\_\_\_\_ мин. Сенсорный блок развился через \_\_\_\_\_ мин. на протяжении \_\_\_\_\_  
 Проводился интраоперационный аппаратный мониторинг: НИАД, ЧСС, ЭКС, T<sup>0</sup>, SpO<sub>2</sub>\*.  
**Интраоперационная гемодинамика :**  
 АД . . . . . / . . . . . мм рт.ст., пульс . . . . . в 1 мин., неритмичный  
 Дыхание клинически не/адекватное: SpO<sub>2</sub>. . . . . %  
 Проводится ИВЛ аппаратом \_\_\_\_\_  
 В режиме \_\_\_\_\_ параметры \_\_\_\_\_  
 Сознание не/сохранено; седация: легкая · умеренная · глубокая\*, вербальному контакту не/доступен  
 Особенности течения анестезии:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Кровопотеря \_\_\_\_\_ мл. Инфузия \_\_\_\_\_  
 Всего введено эпидурально \_\_\_\_\_  
 внутривенно \_\_\_\_\_  
 Вр. \_\_\_\_\_  
 Температура внутривенно вводимых растворов . . . . . °С.  
 Система конвекционного обогрева пациента (Warm Touch) не/использовалась ( t . . . . . °С).  
 Параметры контроля после анестезии:  
 АД \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ мм.рт.ст, ЧСС \_\_\_\_\_ в мин. SpO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ %  
 Сознание ясное/медикаментозная седация.  
 Пациент переведен \_\_\_\_\_  
 Венозный катетер сохранен/удален. Эпидуральный катетер сохранен/удален. Функционируют удовлетворительно  
 Врач анестезиолог \_\_\_\_\_  
 Медицинская сестра анестезист \_\_\_\_\_  
 Зав. Отд. \_\_\_\_\_

Дата « \_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_ г.  
 По назначению и в присутствии врача \_\_\_\_\_  
 введено:

- Рекомендовано:
1. Постельный режим \_\_\_\_\_ часа
  2. Обильное питье \_\_\_\_\_ л/сут
  3. Контроль АД, Пульса
  4. Контроль Эр, Нв, Нт, АЧТВ

Врач \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_



Приложение № 5 к приказу  
министерства здравоохранения  
Саратовской области  
от 22.05.2024 № 78-12

## Форма годового отчета структурных подразделений анестезиологии реанимации

Паспортная часть

Наименование лечебного учреждения: \_\_\_\_\_

Количество коек \_\_\_\_\_

Количество операционных столов: \_\_\_\_\_

### Отделение реанимации и ИТ

#### Функциональная структура отделения

	Площадь (м <sup>2</sup> )	Примечание
Общая площадь отделения		
Палата интенсивной терапии		
Прочие помещения (перечислить)		

#### Штаты отделения

Врачи

	2022г.	2023г.	2024г.
Количество ставок			
Физических лиц			
Из них внешних совместителей			
Укомплектованность штатов (Физ.лиц/кол-во ставок*100)			

Медицинские сестры

	2022г.	2023г.	2024г.
Количество ставок			
Физических лиц			
Из них внешних совместителей			
Укомплектованность штатов (Физ.лиц/кол-во ставок*100)			

Младший медперсонал

	2022г.	2023г.	2024г.
Количество ставок			
Физических лиц			
Из них внешних совместителей			
Укомплектованность штатов (Физ.лиц/кол-во ставок*100)			

#### Аттестация кадров (без совместителей)

Ф.И.О.	Врачи анестезиологи-реаниматологи			
	Вторая	Первая	Высшая	Не аттестовано


Ф.И.О.	Медицинские сестры анестезисты			
	Вторая	Первая	Высшая	Не аттестовано

**Стаж работы**

	Врачи анестезиологи-реаниматологи					Медицинские сестры анестезисты				
	до 5 лет	5-10 лет	10-15 лет	15-20 лет	Более 20 лет	до 5 лет	5-10 лет	10-15 лет	15-20 лет	Более 20 лет
Количество										

**Профессиональная подготовка.**

Сведения о врачах анестезиологах-реаниматологах

Ф.И.О.	Год рождения	Высшее учебное заведение	Год окончания ВУЗа	Вид специализации (ординатура, интернатура, ПП)	Год окончания	Стаж Работы по специальности	Категория	Год присвоения категории	Год последнего усовершенствования

**Общие показатели работы отделения**

Показатель	2022г.	2023г.	2024г.
Выбыло больных			
Умерло больных:			
из них в течение часа			
из них до суток			
Общая летальность			
Досуточная летальность			
Фактическое число койко-дней			
Средняя длительность пребывания на койке			
Работа койки			
Среднее время простоя койки			
Оборот койки			

**ОБОРУДОВАНИЕ ОБЩЕСИСТЕМНОГО НАЗНАЧЕНИЯ**

	Да	Нет
Централизованное снабжение кислородом		
Централизованное снабжение сжатым воздухом		
Централизованный вакуум		
Автономная система энергоснабжения		
Центральная станция мониторингового наблюдения		

### Врачебные манипуляции и специальные методы лечения

Специальные методы лечения	2022г.	2023г.	2024г.
ИВЛ до 1 суток			
ИВЛ от 1 суток до 5 суток			
ИВЛ от 5 суток до 15 суток			
ИВЛ от 15 суток до 30 суток			
ИВЛ 30 суток и более			
Всего ИВЛ проводилась			
Гемодиализ			
Гемодиафильтрация			
Плазмаферез			
ЭКМО			

Манипуляции	2022г.		2023г.		2024г.	
	Кол-во	Осложнения абсол./%	Кол-во	Осложнения абсол./%	Кол-во	Осложнения абсол./%
Пункция и катетеризация центральных вен (всего):						
Из них: Пункция и катетеризация подключичной вены						
Пункция и катетеризация яремной вены						
Пункция и катетеризация бедренной вены						
Люмбальная пункция						
Эпидуральная блокада						
Трахеостомия						
ЭКМО						
ИТОГО						

#### I. Показания к госпитализации

		2022г.	2023г.	2024г.
1.	Гиповолемический шок			
2.	Травматический шок			
3.	И т.д.			

#### II. Каналы госпитализации

	2022г.	2023г.	2024г.
Доставлен СМП			
Из операционной			
Из профильных отделений			
Из других лечебных учреждений			
Прочие (указать какие)			
Повторное поступление в ОАРИТ:			
Из них:			
В течение суток			
В течение 2-х суток			
В течение 3-х суток			

#### III. Длительность пребывания

	2022г.	2023г.	2024г.
--	--------	--------	--------

До 1 суток			
От 1 суток до 3 суток			
Свыше 30 суток			

#### IV. Умершие больные и летальность

		2022г.	2023г.	2024г.
Количеством больных в ОРИТ/ПИТ	Плановые			
	Экстренные			
	Всего			
Умершие больные	Общее количество			
	из них умерло до суток			
	из них умерло до часа			
	Общая летальность			
	Досуточная летальность			
	Летальность первого часа			

#### VI. Осложнения

	2022г.	2023 г.	2024г.
Связанные с манипуляциями			
Связанные со специальными методами лечения			
Гнойно-септические			
Прочие (указать какие)			
Всего			

#### Распределение больных по нозологическим формам

Диагноз	Выбыло (переведено)			Умерло			Умерло до суток		
	2022 г.	2023 г.	2024 г.	2022г.	2023г.	2024 г.	2022 г.	2023 г.	2024 г.
Итого:									

#### Распределение поступивших больных по каналам госпитализации

Наименование отделения	Выбыло (переведено)			Умерло			Умерло до суток		
	2022 г.	2023г.	2024 г.	2022 г.	2023 г.	2024г.	2022 г.	2023г.	2024 г.
Итого:									

### АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ

#### I. Общие показатели

		2022 г.	2023 г.	2024 г.
Общее число хирургических коек				
Количество операций	Плановые			
	Экстренные			
	Всего			
Количество анестезий	Плановые			

	Экстренные			
	Всего			
Анестезиологическая активность, %	Плановая			
	Экстренная			
	Общая			

#### Регионарная анестезия

Вид анестезии	Экстренность	2022г	2023 г.	2024 г.
СМА	Плановые			
	Экстренные			
	Всего			
ЭА	Плановые			
	Экстренные			
	Всего			
Проводниковая (в том числе и сакральная) анестезия	Плановые			
	Экстренные			
	Всего			
СМА+ЭА	Плановые			
	Экстренные			
	Всего			

#### Ингаляционная анестезия

Вид анестезии	Экстренность	2022 г.	2023г.	2024 г.
Ингаляционная анестезия со спонтанным дыханием	Плановые			
	Экстренные			
	Всего			
Вид анестезии	Экстренность			
ТВВА с миоплегией и ИВЛ	Плановые			
	Экстренные			
	Всего			

Вид анестезии	Экстренность	2022 г.	2023 г.	2024 г.
Комбинированный эндотрахеальный наркоз	Плановые			
	Экстренные			
	Всего			
Вид анестезии	Экстренность			
ТВВА со спонтанным дыханием (Аналгоседация)	Плановые			
	Экстренные			
	Всего			
Ингаляционная анестезия + регионарная анестезия	Плановые			
	Экстренные			
	Всего			
Регионарная анестезия + ТВВА с миоплегией и ИВЛ	Плановые			
	Экстренные			
	Всего			

#### II. Оценка степени риска по классификации МНОАР (в баллах)

Степень риска	2022 г.	2023г.	2024г
I			
II			
III			
IV			
V			

### III. Продолжительность анестезии

	2021г.	2023 г.	2024 г.
До 1 часа			
От 1 часа до 3 часов			
Свыше 3 часов			
Всего часов на одного врача			

### ОСЛОЖНЕНИЯ АНЕСТЕЗИИ, РЕАНИМАЦИИ И ИТ

#### Анестезиологические осложнения

	2022г.	2023 г.	2024г.
1. Травматические повреждения дыхательных путей			
2. Аспирация			
3. Ларинго- и бронхоспазм			
4. Аллергические и анафилактические реакции			
5. Злокачественная гипертермия			
6. Осложнения катетеризации магистральных сосудов			
7. Острая сердечно-сосудистая недостаточность			
8. Осложнения инфузионной и трансфузионной терапии			
9. Патологическая реакция на лекарственные средства и медикаменты			
10. Осложнения регионарной анестезии			
11. Прочие (указать какие)			

#### V. Исход анестезиологических осложнений

	2022г.	2023 г.	2024г.
1. Осложнения, своевременно устраненные и не повлиявшие на течение и исход основного заболевания			
2. Осложнения, повлиявшие на течение и исход основного заболевания и приведшие к временным или стойким нарушениям			
3. Осложнения, послужившие причиной смерти пациента (Указать ФИО, возраст, название операции, клинический диагноз, вид осложнения)			
4. Всего			

### Распределение анестезируемых больных по профильным отделениям

Наименование отделения	Плановые			Экстренные			Всего		
	2022	2023	2024	2022	2023	2024	2022г	2023г	2024г
Итого:									

#### Манипуляции и лечебные мероприятия

	2022 г.	2023г.	2024 г.
Манипуляции			
Пункция и катетеризация центральных вен (всего):			
Из них: Пункция и катетеризация подключичной вены			

