

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ СТАЦИОНАРНОГО ОТДЕЛЕНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

2-е издание, переработанное и дополненное



ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»

ozon.ru



Уважаемые подписчики!

Книга публикуется в ознакомительных целях!

Запрещено публиковать на сторонних каналах, группах и сайтах!

Наш канал в телеграме **MEDKNIGI «Медицинские книги»**.

ССЫЛКА В ТЕЛЕГРАМЕ : **@medknigi**

Оглавление

Список сокращений.....	3
Введение	4
Организации деятельности стационарного отделения скорой медицинской помощи	5
Заключение	60

Список сокращений

АД - артериальное давление

ИВЛ - искусственная вентиляция легких

ОСМПКрПр - отделение скорой медицинской помощи краткосрочного пребывания
ПДО - приемно-диагностическое отделение

РФ - Российская Федерация

СМП - скорая медицинская помощь

СтОСМП - стационарное отделение скорой медицинской помощи
ЧСС - частота сердечных сокращений

ЧДД - частота дыхательных движений

Рs - пульс

SpO₂ - уровень насыщения артериальной крови кислородом

Введение

В подавляющем большинстве стационаров Российской Федерации (далее - РФ) прием пациентов, поступающих в них по экстренным показаниям, осуществляется в приемных отделениях, структура, занимаемая площадь и организация работы которых не соответствуют современным принципам приема пациентов и оказания им экстренной медицинской помощи. В то время как органы государственной власти в сфере охраны здоровья субъектов РФ добиваются повышения показателей оперативности работы выездных бригад скорой медицинской помощи (в частности, добиваются увеличения доли выездов бригад скорой медицинской помощи со временем доезда до пациента менее 20 мин), пациенты могут часами ожидать оказания экстренной медицинской помощи в приемном отделении стационара. Приемное отделение стало своего рода «узким местом» как для пациентов, так и для стационара. Имеющиеся проблемы приемных отделений обусловлены устаревшими принципами организации их работы, в том числе принципами медицинской сортировки поступающих пациентов, отсутствием необходимого медицинского оборудования и подготовленного к оказанию экстренной медицинской помощи медицинского персонала, небольшой площадью приемного отделения, что ведет к несвоевременному оказанию экстренной медицинской помощи, а также сопровождается ростом числа непрофильных пациентов, поступающих в специализированные отделения стационара.

Для решения указанных проблем в последние годы предпринимаются активные усилия по модернизации системы приема пациентов и оказания им экстренной медицинской помощи на госпитальном этапе в РФ. Ключевым направлением данной модернизации является реорганизация приемных отделений с формированием на базе стационарных отделений скорой медицинской помощи (далее - СтОСМП), основные положения деятельности СтОСМП регламентированы приказом Минздрава России от 20.06.2013 № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи». СтОСМП является структурным подразделением стационара, в частности больницы, больницы скорой медицинской помощи, и формируется прежде всего в целях оказания скорой медицинской помощи в стационарных условиях.

Организации деятельности стационарного отделения скорой медицинской помощи

В соответствии с приказом Минздрава России от 20.06.2013 № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи» СтОСМП создается в медицинской организации, имеющей коечную мощность не менее 400 коек, при условии ежедневного круглосуточного поступления не менее 50 пациентов для оказания скорой медицинской помощи.

Основными функциями стационарного отделения скорой медицинской помощи являются:

- 1) прием, регистрация и сортировка поступивших в СтОСМП пациентов по степени тяжести состояния здоровья, инфекционной безопасности;
- 2) определение медицинских показаний для направления пациентов в специализированные отделения медицинской организации, в которой создано СтОСМП, или в другие медицинские организации;
- 3) оказание скорой медицинской помощи вне медицинской организации выездными бригадами скорой медицинской помощи СтОСМП и медицинская эвакуация;
- 4) оказание скорой медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях, включая:
 - уточнение диагноза, диагностику, динамическое наблюдение и проведение лечебно-диагностических мероприятий на койках скорой медицинской помощи суточного пребывания;
 - краткосрочное лечение на койках скорой медицинской помощи краткосрочного пребывания;
 - при наличии медицинских показаний направление пациента в специализированное отделение медицинской организации, в которой создано СтОСМП, или в другие медицинские организации;
 - проведение санитарной обработки пациентов, поступивших в СтОСМП;
 - извещение медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, о необходимости посещения

выписанного пациента участковым врачом по месту его проживания, в том числе в случае самовольного ухода пациента из СтОСМП;

- проведение при необходимости санитарной обработки автомобилей скорой медицинской помощи, осуществивших медицинскую эвакуацию пациентов в СтОСМП;

5) внедрение в клиническую практику современных методов диагностики и лечения;

6) поддержание обменного фонда СтОСМП в целях возмещения средств иммобилизации, использованных при оказании скорой медицинской помощи пациенту, средствами иммобилизации, аналогичными по техническим характеристикам;

7) поддержание готовности СтОСМП к оказанию скорой медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях при массовом поступлении пациентов в рамках мероприятий при ликвидации последствий чрезвычайной ситуации;

8) разработка, планирование и проведение мероприятий по повышению качества лечебно-диагностической работы в СтОСМП;

9) осуществление экспертизы временной нетрудоспособности;

10) иные функции в соответствии с законодательством РФ.

Основные отличительные особенности стационарного отделения скорой медицинской помощи от приемного отделения больницы

1. Круглосуточное все дни недели оказание СМП в стационарных условиях поступающим пациентам по экстренным показаниям.

2. Первичный сортировочный осмотр поступившего пациента выполняется лечащим врачом широкого профиля - врачом скорой медицинской помощи, работающим в СтОСМП, либо сортировочной медицинской сестрой с использованием сортировочной шкалы и определением срочности первичного врачебного осмотра.

3. Медицинская сортировка поступающих в СтОСМП пациентов не по профилю (хирургические, терапевтические, травматологические, гинекологические и др.) и полу, а по тяжести состояния с использованием специальной шкалы медицинской сортировки на три сортировочных потока: «зеленый» - пациенты легкой степени тяжести, «желтый» -

пациенты средней степени тяжести и «красный» - пациенты в тяжелом состоянии.

4. Организация оказания СМП в трех зонах («зеленая» - зал ожидания со смотровыми кабинетами, «желтая» - палата динамического наблюдения и «красная» - палата реанимации интенсивной терапии) в СтОСМП, соответствующих сортировочным потокам пациентов.

5. Выделение в СтОСМП потока пациентов с неадекватным поведением (в состоянии психомоторного возбуждения), в том числе находящихся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, ведущих асоциальный образ жизни.

6. Оказание медицинской помощи в СтОСМП врачами скорой медицинской помощи, а также врачами анестезиологами-реаниматологами в палате реанимации и интенсивной терапии с привлечением врачей других специальностей в случае необходимости.

7. Постовая система организации медицинской помощи в сортировочных потоках пациентов, где за каждым из потоков закреплены посты врачебного, среднего и младшего медицинского персонала.

8. Организация помощи по типу «технологии к пациенту» для пациентов средней степени тяжести и пациентов в тяжелом состоянии («желтая» и «красная» сортировочные группы соответственно), «пациент к технологиям» для пациентов в удовлетворительном состоянии («зеленая» сортировочная группа).

9. Оказание раннего синдромального лечения параллельно с диагностическими мероприятиями в СтОСМП.

10. Динамическое наблюдение за состоянием пациента для уточнения нозологического диагноза в СтОСМП.

11. Краткосрочное лечение в условиях СтОСМП пациентов, не требующих оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях.

12. Контроль сроков оказания СМП в стационарных условиях с учетом критериев своевременности оказания медицинской помощи.

13. Готовность к оказанию СМП при массовом поступлении пациентов в рамках мероприятий по ликвидации последствий чрезвычайной ситуации.

14. Территориальная целостность структурных подразделений, входящих в организационную структуру СтОСМП или объединенных единым оперативным режимом работы (группировка основных диагностических, лабораторных, реанимационных и операционных подразделений с радиусом доступности не более 50 м на одном этаже многоэтажного здания в одном корпусе многокорпусного стационара), что обеспечивает оптимальную транспортную доступность для малых механизированных транспортных средств.

Данные особенности должны быть учтены при формировании архитектурного решения, штатного расписания и материально-технического обеспечения СтОСМП в целях создания условий для своевременного и качественного оказания экстренной медицинской помощи, а также эффективного использования коечного фонда и других ресурсов стационара.

Организационные и архитектурно-планировочные условия организации деятельности стационарного отделения скорой медицинской помощи

Основным типом больничных учреждений, где организуются СтОСМП, являются многопрофильные больницы, оказывающие экстренную медицинскую помощь, в том числе больницы скорой медицинской помощи.

СтОСМП может быть создано путем преобразования функционирующего отделения скорой медицинской помощи, оказывающего СМП вне медицинской организации, в структуре медицинской организации, имеющего коечную мощность не менее 400 коек, при условии ежедневного круглосуточного поступления не менее 50 пациентов для оказания СМП. Категорийность СтОСМП определяется в зависимости от среднего количества обращений в сутки: свыше 200, от 100 до 200, от 50 до 100 обращений. В каждом субъекте РФ целесообразно создавать не менее одного СтОСМП, в первую очередь в структуре республиканской, краевой, областной больницы и больницы скорой медицинской помощи. Основными нормативными правовыми актами, используемыми при проектировании СтОСМП, являются следующие.

1. Федеральный закон Российской Федерации от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».
2. Постановление Правительства Российской Федерации от 16.02.2008 № 87 «О составе разделов проектной документации и требованиях к их содержанию».

3. Приказ Минздрава России от 20.06.2013 № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи».

4. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 18.05.2010 № 58 «Об утверждении СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность».

5. СП 158.13330.2014 «Свод Правил. Здания и помещения медицинских организаций. Правила проектирования», утвержден приказом Министерства строительства и жилищно-коммунального хозяйства Российской Федерации от 18.02.2014 № 58/пр (далее - «Свод Правил»).

Архитектурно-планировочные условия функционирования СтОСМП должны учитывать следующие аспекты. СтОСМП размещается в здании медицинской организации с учетом максимальной транспортной доступности для автомобилей СМП и пациентов, самостоятельно обратившихся в СтОСМП. На территории стационара необходимо организовать удобный подъезд автомобилей СМП к входу в СтОСМП с навесом или закрытым пандусом, площадь зоны разгрузки рассчитывается на максимально возможное число «каталочных» пациентов, одномоментно доставленных выездными бригадами скорой медицинской помощи. В непосредственной близости от входа в СтОСМП должна располагаться огражденная площадка с твердым покрытием для стоянки автомобилей СМП площадью, рассчитанной исходя из того, что на 15 пациентов в сутки требуется одно машино-место (15 м²). Кроме того, должна быть создана площадка с твердым покрытием для стоянки личных автомобилей пациентов, самостоятельно обратившихся в СтОСМП, площадью, рассчитанной исходя из того, что на 10 поступивших пациентов в сутки требуется одно машино-место (15 м²). При планировании организации вертолетной площадки целесообразно отдавать предпочтение транспортировке пациента из салона вертолета в СтОСМП малыми механизированными транспортными средствами. При планировании создания принципиально нового подразделения, оказывающего серьезное влияние на работу всей медицинской организации, во-первых, следует определиться, нуждается ли данная медицинская организация в создании в своей структуре СтОСМП. После утвердительного ответа важно определить нозологическую структуру пациентов, поступающих в стационар по экстренным показаниям, поскольку это может повлиять на перечень планируемых помещений и соответственно общую площадь СтОСМП.

Планировочная структура здания, в котором будет располагаться СтОСМП, должна обеспечивать поточность (последовательность) технологических процессов, оптимизацию путей движения основных потоков персонала, пациентов, больничных грузов с целью минимизации их протяженности и удобства пациентов, посетителей и персонала, а потоки материалов с высокой степенью эпидемиологической опасности следует максимально изолировать от остальных потоков с помощью планировочных решений или специального оборудования. В случае со СтОСМП это однозначно подразумевает компактное расположение всех помещений в пределах одного - первого - этажа. Только тогда можно будет добиться эффективной работы СтОСМП и обеспечить качественную логистику пациентов. Единственное диагностическое подразделение, которое может быть расположено на относительно большом расстоянии (несколько десятков метров), на другом этаже или даже в другом здании, - это лаборатория. Экономическая целесообразность создания лаборатории отдельно от основного блока лабораторной диагностики стационара, естественно, достаточно сомнительна, особенно в современных реалиях. Возможным решением представляется использование пневматической транспортной системы, обеспечивающей быструю и надежную связь между лабораторией и подразделениями стационара, нуждающимися в регулярном выполнении исследований по экстренным показаниям в разное время суток.

Ориентировочная общая площадь СтОСМП, обычно превышающая 2000 м², а также логистическая и экономическая целесообразность позволят определить его предположительное расположение относительно отделений (корпусов) стационара и соответственно остановиться на одном из путей создания СтОСМП:

- реновация действующего приемного или приемно-диагностического отделения;
- строительство пристройки к действующему лечебному корпусу (корпусам) стационара, обязательно соединенной с лечебным корпусом (корпусами) переходами;
- строительство нового здания.

Как в РФ, так и в других странах можно найти успешные примеры реализации проекта с помощью одного из предложенных вариантов или их сочетания. В качестве примера следует обратить внимание на опыт Эстонии в модернизации Северо-эстонской региональной больницы в

Таллинне, построенной по типовому советскому проекту больницы. Важным этапом данной модернизации явилась пристройка к основному корпусу больницы СтОСМП, называемому за рубежом emergency department (рис. 1).

Наиболее дорогостоящим является строительство нового здания, однако преимущество - существенное расширение площадей действующего стационара, часто не только в результате освобождения помещений «старого» приемного отделения, но и вследствие строительства одного или нескольких дополнительных этажей. Высокая стоимость подобного подхода определяется как затратами на строительные работы, так и необходимостью оснащения вновь построенного здания дорогостоящим лечебно-диагностическим оборудованием. Реновация и пристройка при грамотном выборе места часто позволяют использовать имеющиеся в медицинском учреждении лечебно-диагностические технологии без серьезных капитальных вложений. В то время как увеличение реновируемого приемного или приемно-диагностического отделения происходит за счет соседних подразделений стационара, сохраняя и даже усугубляя часто имеющийся дефицит помещений, то пристройка, «опирающаяся» на одну или несколько стен действующего стационара, позволяет относительно безболезненно обеспечить необходимый объем площадей. Так, в РФ в Республике Татарстан в 2011-2012 гг. в различных больницах были реализованы все перечисленные три пути создания СтОСМП (рис. 2-4).



Рис. 1. Макет Северо-эстонской региональной больницы в г. Таллинне (Эстонская Республика), построенной по типовому советскому проекту, с пристройкой, где расположено СтОСМП (emergency department)



Рис. 2. Пример реновации приемно-диагностического отделения (ПДО) - Больница скорой медицинской помощи, г. Набережные Челны (Республика Татарстан, РФ)



Рис. 3. Пример пристройки, где расположено приемно-диагностическое отделение (ПДО), к действующему корпусу клиники - Городская клиническая больница № 7, г. Казань (Республика Татарстан, РФ)



Рис. 4. Пример строительства нового здания, где расположено приемно-диагностическое отделение (ПДО), соединенного переходом с остальными корпусами Республиканской клинической больницы (Республика Татарстан, РФ)

Удачный опыт создания и функционирования СтОСМП как в больницах РФ в Республике Татарстан, так и за рубежом в больнице в г. Таллинне Эстонской Республики говорит о возможности создания аналогичных проектов и в других таких же больницах в РФ.

Важную роль играет разумное расположение в СтОСМП трех зон («зеленая», «желтая», «красная»), по которым распределяются пациенты соответствующего сортировочного потока. Большое значение имеет расположение этих зон не только относительно друга друга, но также относительно блока диагностики и самого стационара. Пациент, особенно обратившийся за медицинской помощью самостоятельно, изначально попадает в зал ожидания («зеленая зона») в группу пациентов в удовлетворительном состоянии, однако после проведения первичного сортировочного осмотра он может быть перемещен в другую зону СтОСМП. Кроме того, состояние пациента может меняться, и не всегда в лучшую сторону. В таких случаях должна быть возможность быстрого перемещения пациента на койку палаты динамического наблюдения («желтая зона») или на койку палаты реанимации и интенсивной терапии («красная зона»). Относительная равноудаленность диагностических технологий от зала ожидания («зеленая зона») и палат СтОСМП должна обеспечивать быстрое осуществление необходимых инструментальных исследований всех пациентов. В современных реалиях «тяжелые» методы диагностики, такие как спиральная компьютерная и магнитно-

резонансная томография, широко востребованы в лечебно-диагностическом процессе у всех пациентов вне зависимости от тяжести их состояния. Кроме того, необходимо обеспечить тесную связь СтОСМП и остальных отделений стационара, так как от 20 до 60% поступивших пациентов в последующем будут госпитализированы в отделения стационара.

Международная практика и опыт создания подобных отделений в РФ заставляют обратить внимание на некоторые частные моменты, которые, по нашему мнению, следует учитывать при проектировании. Во-первых, обязательное выделение отдельной входной группы для пациентов, поступающих в плановом порядке, и для посетителей. Этот поток не должен проходить через помещения СтОСМП, где оказывается экстренная медицинская помощь. Для каждого из входов должны быть предусмотрены шлюз с тепловой завесой, пост охраны и др. Во-вторых, необходимо разделение входов для пациентов, обратившихся за медицинской помощью самостоятельно, и пациентов, доставляемых выездными бригадами скорой медицинской помощи. Если первые, войдя в здание, должны сразу попадать в зал ожидания («зеленая зона»), оборудованный достаточным количеством сидячих мест, телевизорами, туалетами, чтобы обеспечить посетителям относительно комфортный процесс пребывания, то для вторых следует предусмотреть возможность немедленной госпитализации в «желтую» или «красную зону». При этом необходимо организовать простой путь для перемещения пациентов между зонами: переход в зал ожидания для родственников тех пациентов, которые были доставлены выездными бригадами скорой медицинской помощи, и «сквозные» сортировочные смотровые, имеющие два входа-выхода, для пациентов, поступивших самостоятельно. В последнем случае после проведения сортировочных мероприятий пациент может быть сразу переведен в палату динамического наблюдения («желтая зона») или палату реанимации и интенсивной терапии («красная зона») без повторного посещения «зеленой зоны». Палата для оказания медицинской помощи пациентам с неадекватным поведением (в состоянии психомоторного возбуждения), в том числе находящимся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, ведущих асоциальный образ жизни, должна соответствовать строительным нормам и правилам, санитарно-эпидемиологическим правилам и нормативам для помещений, где находятся пациенты психиатрических отделений.

Помещение для бесед посетителей с лечащим врачом должно быть расположено непосредственно на входе в СтОСМП для исключения

нахождения посторонних лиц в лечебных зонах СтОСМП. В СтОСМП также должны быть комнаты отдыха для медицинского персонала. Кроме того, в СтОСМП необходимо предусмотреть наличие холлов. Места хранения наркотических веществ, рабочее место старшего врача СтОСМП должны быть оборудованы кнопкой «тревожной сигнализации» для связи с полицией. Во всех помещениях СтОСМП, где оказывается СМП, необходимо создать условия для видеонаблюдения с выводом на посты старшего врача СтОСМП, медицинских сестер, охраны и др. Оконные и дверные проемы должны быть изготовлены из металлопла-стиковых конструкций с двойным остеклением, одно из стекол должно быть ударопрочным. Общая площадь помещений (кабинетов) СтОСМП на 200 и более обращений в сутки должна быть не менее 3000 м².

СтОСМП может использоваться при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций с массовым поступлением раненых и пострадавших. Следует предусмотреть возможность изменения функционального предназначения помещений: превращение зала ожидания («зеленая зона») в приемно-сортировочную площадку, палаты динамического наблюдения («желтая зона») в реанимационный зал. Все это может потребовать не только создания дополнительных резервов оборудования и медикаментов, но и обеспечения в указанных помещениях дополнительной подводки медицинских газов и электропитания. Пневматическая транспортная система, системы видеонаблюдения и электронной очереди, беспроводная передача цифровых потоков данных также требуют тщательной оценки при создании проекта.

Таким образом, ключевыми вопросами при планировании руководством стационара создания СтОСМП в его структуре являются:

- принципиальная необходимость строительства отделения для данного стационара;
- предполагаемая площадь СтОСМП и основной набор функциональных помещений исходя из планируемого потока пациентов и задач стационара;
- местоположение СтОСМП относительно корпуса (корпусов) стационара и дорожной инфраструктуры;
- определение оптимального размещения различных частей СтОСМП относительно друг друга исходя из организации внутренней логистики пациентов.

Архитектурно-планировочные и конструктивные решения помещений СтОСМП должны обеспечивать оптимальный санитарно-гигиенический, противоэпидемический и противопожарный режимы и обеспечивать комфортные условия пребывания пациентов, а также обеспечивать соответствующие установленным нормативам условия труда и отдыха медицинского и технического персонала СтОСМП.

На рис. 5-8 изображены планировочные решения по созданию мест подъезда автомобилей СМП к СтОСМП.

Медицинская сортировка в стационарном отделении скорой медицинской помощи

Одним из основных факторов, позволяющих повысить эффективность лечения, является обеспечение своевременного оказания экстренной медицинской помощи пациентам, доставленным в СтОСМП. Это в полной мере имеет отношение к пациентам с острым коронарным синдромом, острым нарушением мозгового кровообращения, пострадавшим с травмами, сопровождающимися шоком, и другими острыми заболеваниями (состояниями), при которых задержка в оказании экстренной медицинской помощи обуславливает рост летальности. В российской медицинской литературе для обозначения понятия «медицинская сортировка» также употребляется слово «триаж» - от французского слова «triage» - «сортировка», широко используемое в зарубежной медицинской литературе.



Рис. 5. Место подъезда автомобилей СМП к СтОСМП в больнице в Евросоюзе



Рис. 6. Место подъезда автомобилей СМП к СтОСМП в больнице в Евросоюзе



Рис. 7. Место подъезда автомобилей СМП к СтОСМП в больнице в Евросоюзе



Рис. 8. Место подъезда автомобилей СМП к СтОСМП в Первом Санкт-Петербургском государственном медицинском университете им. акад. И.П. Павлова (Санкт-Петербург, РФ)

Медицинская сортировка представляет собой метод распределения пациентов на группы по принципу нуждаемости в однородных лечебно-профилактических и эвакуационных мероприятиях в зависимости от медицинских показаний (предварительного диагноза) и конкретных условий обстановки на всех этапах оказания экстренной медицинской помощи. Основная цель медицинской сортировки заключается в том, чтобы выделить контингенты больных (пострадавших) по срочности оказания медицинской помощи для своевременного и в оптимальном объеме оказания им медицинской помощи с последующим решением вопроса о месте дальнейшего лечения пациента. В основе медицинской сортировки лежит решение трех основных задач: определение опасности для окружающих, выбор лечебной тактики, решение вопроса о месте дальнейшего лечения пациента.

Распределение поступающих пациентов на сортировочные потоки позволяет определить технологические условия для оказания медицинской помощи в условиях СтОСМП:

- палата реанимации и интенсивной терапии или операционное отделение для противошоковых мероприятий - для пациентов в тяжелом состоянии;
- палата динамического наблюдения - для пациентов средней степени тяжести;

- смотровые кабинеты СтОСМП - для пациентов в удовлетворительном состоянии.

Динамика состояния пациентов, связанная с эффективностью диагностики и лечения, позволяет перемещать их из одного потока в другой.

Выделение потоков пациентов позволяет оптимально разместить структурные подразделения на территории СтОСМП и создать условия, обеспечивающие своевременное оказание экстренной медицинской помощи.

Развитие системы распределения пациентов на основании лечебных сортировочных признаков привело к формированию шкал оценки состояния пациента, применяемых на этапах оказания медицинской помощи в СтОСМП.

Сортировочная шкала

На основе опыта отечественной и зарубежной медицины используются критерии распределения пациентов по срочности оказания СМП в СтОСМП на основе данных физикального и инструментального обследования. В качестве одной из базовых систем балльной оценки состояния пациента по физиологическим критериям рекомендуется сортировочная шкала Medical Emergency Triage and Treatment System (METTS), модернизированная с учетом патогенеза патологических состояний, а также опыта использования шкал оценки состояния пациентов и прогноза летальных исходов. Рекомендуемая сортировочная шкала представлена в таблице. В качестве сортировочных критериев в ней использована балльная оценка таких показателей, как частота сердечных сокращений (ЧСС), артериальное давление (АД), частота дыхательных движений (ЧДД), уровень насыщения крови кислородом (SpO_2), температура тела ($t_{\text{ТЕЛА}}$) и др. Патофизиологическая основа выбора данных критериев связана с тем, что риск угрозы жизни пациента определяется сохранностью кровотока и перфузии газов в органах и тканях организма пациента. Поэтому интегральными показателями оценки состояния пациента являются уровень оксигенации крови (SpO_2), который прямо связан с уровнем систолического АД и характеристиками пульса (Ps), ЧСС, ЧДД. Вместе с тем уровень сознания и температура тела, независимо от диагноза больного (пострадавшего), также указывают на тяжесть состояния и прогноз течения заболевания, а также риск развития осложнений. Интенсивность болевого синдрома также имеет значение, но в меньшей степени определяет угрозу жизни. Важными критериями являются нарушение опорной функции организма при переломах нижних

конечностей, таза, позвоночника, нарушение координации движений, требующие дополнительного ухода со стороны персонала СтОСМП. Наличие самого «худшего» показателя одного из критериев сортировки определяет сортировочный поток.

Также выделен организационный критерий для направления пациентов в 1-й реанимационный («красный») сортировочный поток, характеризующийся наличием или отсутствием у ряда пациентов заболевания (состояния) или травмы, которые способны в короткие сроки привести к развитию необратимых патологических процессов. В частности, к таким состояниям относятся острый коронарный синдром, острое нарушение мозгового кровообращения, травма, сопровождающая шоком. Тактика оказания экстренной медицинской помощи при таких состояниях регламентирована Порядком оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком (приказ Минздрава России от 15 ноября 2012 г. № 927н), Порядком оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями (приказ Минздрава России от 15 ноября 2012 г. № 918н), Порядком оказания медицинской помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения (приказ Минздрава России от 15 ноября 2012 г. № 928н).

Рекомендуемая оценочная шкала

Критерии сортировки (условное обозначение показателей)	Методы оценки показателей	Сортировочный поток (цвет) и значения показателей*		
		1 — тяжелая степень тяжести — реанимационный («красный»)	2 — средняя степень тяжести («желтый»)	3 — удовлетворительное состояние («зеленый»)
Дыхательные пути (А)	Осмотр верхних дыхательных путей	Дыхательные пути непроходимы (асфиксия) или не дышит	Дыхательные пути проходимы	Дыхательные пути проходимы
Показатели дыхания (В)	Частота дыхательных движений (ЧДД в минуту)	Более 30	От 25 до 30	До 25
	Уровень оксигенации крови (пульсоксиметрия) SpO ₂ (%)	Менее 90 при ингаляции кислорода	Более 90 с ингаляцией кислорода	Более 95 без ингаляции кислорода
Кровообращение (С)	Частота сердечных сокращений (уд./мин)	Более 150 или менее 40	Более 120 и менее 50	От 51 до 119
	АД (мм рт.ст.)	Менее 90	Более 90	Более 90
Сознание (D)	Оценка уровня сознания	Кома, продолжающиеся генерализованные судороги	Оглушение, сопор	Ясное сознание
Температура тела (Е)	Измерение температуры тела (°C)	Более 41 или менее 35	От 38,5 до 41	От 35,1 до 38,4
Выраженность болевого синдрома	Оценка интенсивности по шкале боли (VAS 0–10)	Не учитывается	4–10	0–3
Опорная функция организма	Осмотр	Не учитывается	Не может стоять	Может стоять, ходить

* Наличие самого «худшего» показателя определяет сортировочный поток.

Предложенная шкала позволяет распределять пациентов в зависимости от срочности оказания медицинской помощи на сортировочные потоки,

определяя условия (соответствующая зона) оказания СМП в СтОСМП. С учетом простоты и информативности предлагаемой шкалы процессом медицинской сортировки (триажем) в СтОСМП, помимо врача, также может заниматься специально выделенная медицинская сестра или фельдшер. Общая характеристика состояния пациента и условий оказания медицинской помощи в соответствии с сортировочными потоками представлена ниже.

1 - реанимационный («красный») - состояние пациента тяжелое, опасное для его жизни, быстрое нарастание или необратимое нарушение жизненно важных функций организма, для устранения которых необходимы незамедлительные экстренные медицинские вмешательства, в том числе ИВЛ, в условиях палаты реанимации и интенсивной терапии или операционного отделения для противошоковых мероприятий («красная зона»). Пациент должен быть осмотрен врачом немедленно.

2 - состояния средней степени тяжести («желтый») - состояние пациента с умеренно выраженными нарушениями жизненно важных функций организма, не представляющее опасности для жизни, при отсутствии способности к самостоятельному передвижению. Пациенты размещаются в палате динамического наблюдения («желтая зона»). Срок первичного врачебного осмотра - в течение 20 мин от момента поступления.

3 - удовлетворительного состояния («зеленый») - удовлетворительное состояние пациента с незначительными и компенсированными функциональными расстройствами и способностью к самостоятельному передвижению. Пациенты размещаются в смотровых кабинетах и зале ожидания СтОСМП («зеленая зона»). Срок первичного врачебного осмотра не должен превышать 40 мин.

Для соблюдения лечебно-охранительного режима оказания СМП в СтОСМП в соответствии с п. 3 ст. 27 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и прав пациентов, а также для предупреждения действий, опасных для самого пациента и окружающих лиц, из потока пациентов 3-й и 2-й сортировочных групп выделяются пациенты, находящиеся в неадекватном состоянии (психомоторном возбуждении). Такой пациент нуждается во временном размещении в соответствующей палате в случаях, если имеются основания полагать, что он находится в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения, в связи с чем утратил способность самостоятельно передвигаться или

ориентироваться в окружающей обстановке при исключении признаков, позволяющих его отнести к первому сортировочному потоку. Данных пациентов после первичного сортировочного осмотра незамедлительно осматривает врач СМП, а при наличии медицинских показаний - врач-токсиколог и врач-психиатр для исключения оснований нарушения Закона Российской Федерации от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

При оказании медицинской помощи пациентам в состоянии психического возбуждения принимаются меры, исключающие возможность их травмирования: механическая фиксация к носилкам лямками, введение седативных лекарственных средств, помощь сопровождающих.

Организация медицинской сортировки в стационарном отделении скорой медицинской помощи

С учетом рекомендаций современных авторов и принципов медицинской сортировки выделяется сортировочный пост, располагающийся на сортировочной площадке перед входом в смотровые кабинеты, палаты СтОСМП. В момент поступления пациента врачом СтОСМП или медицинской сестрой СтОСМП проводится его первичный сортировочный осмотр, по результатам которого пациент распределяется в соответствующий сортировочный поток исходя из степени тяжести состояния и нуждаемости в СМП. Одновременно выявляются пациенты, находящиеся в неадекватном состоянии (психомоторном возбуждении), представляющие опасность для себя и окружающих. Сортировочный пост должен быть оборудован монитором оценки параметров основных функций организма согласно сортировочной шкале, представленной в таблице: ЧДД, АД, Ps, температура тела, SpO₂ и т.д. В соответствии с результатом первичного сортировочного осмотра персонал выездной бригады скорой медицинской помощи или санитары СтОСМП размещают пациента в соответствующей зоне СтОСМП. Результат принятого сортировочного решения фиксируется в медицинской карте стационарного больного. Необходимо отметить, что выездная бригада скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе, используя клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания СМП, выполняет первичную медицинскую сортировку в течение оказания СМП на догоспитальном этапе, облегчая тем самым оценку состояния пациента на сортировочной площадке в СтОСМП. При необходимости в связи с изменением состояния пациента проводится

повторная сортировка - сортировочный поток и условия оказания медицинской помощи корректируются врачом СтОСМП.

Результаты инструментального подтверждения диагноза и эффект от лечения позволяют перейти на заключительный этап медицинской сортировки - решение вопроса о месте дальнейшего лечения пациента. Врач СтОСМП на основании нозологического диагноза, подтвержденного инструментальными методами, принимает решение о дальнейшем месте оказания медицинской помощи (выпуска на лечение в амбулаторных условиях, направление на койки СМП краткосрочного пребывания, перевод в специализированное отделение стационара). Правильное управление потоками госпитализации позволяет обеспечивать рациональное заполнение специализированных отделений стационара, сократив до минимума перевод пациентов между отделениями, а также переводы в другие медицинские организации.

Организационная структура стационарного отделения скорой медицинской помощи

В соответствии с приказом Минздрава России от 20.06.2013 № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи» в структуре СтОСМП рекомендуется предусматривать следующие позиции.

1. Пост регистрации (регистратуру-диспетчерскую), включающий рабочее место старшего врача СтОСМП и сортировочную площадку.
2. Смотровые кабинеты для пациентов, находящихся в удовлетворительном состоянии.
3. Процедурный кабинет для пациентов, находящихся в удовлетворительном состоянии.
4. Пост медицинской сестры для пациентов, находящихся в удовлетворительном состоянии.
5. Смотровые кабинеты для пациентов, находящихся в состоянии средней тяжести.
6. Процедурный кабинет для пациентов, находящихся в состоянии средней тяжести.
7. Пост медицинской сестры для пациентов, находящихся в состоянии средней тяжести.

8. Палата для временного размещения пациентов с неадекватным поведением (в состоянии психомоторного возбуждения).
9. Инфекционный изолятор (бокс) для пациентов с подозрением на наличие инфекционных заболеваний.
10. Процедурный кабинет для пациентов с неадекватным поведением (в состоянии психомоторного возбуждения) и с подозрением на наличие инфекционных заболеваний.
11. Пост медицинской сестры палаты для пациентов с неадекватным поведением (в состоянии психомоторного возбуждения) и с подозрением на наличие инфекционных заболеваний.
12. Пост санитарно-гигиенической обработки для пациентов, поступивших в СтОСМП.
13. Структурные подразделения для проведения диагностических и лечебных мероприятий:
 - кабинет клинико-лабораторной диагностики;
 - кабинет электрокардиографического исследования;
 - рентгенологический кабинет;
 - кабинет компьютерной томографии;
 - кабинет ультразвуковой диагностики;
 - кабинет эндоскопии;
 - кабинет для гипсования;
 - перевязочный кабинет (со шлюзом и помещением для перевязочного материала);
 - кабинет предоперационной подготовки;
 - операционное отделение для противошоковых мероприятий;
 - палаты реанимации и интенсивной терапии;
 - палаты динамического наблюдения с постом медицинской сестры;
 - палаты краткосрочного пребывания с постом медицинской сестры (отделение скорой медицинской помощи краткосрочного пребывания).

Перечень помещений СтОСМП, рекомендуемые штатные нормативы СтОСМП и стандарты оснащения структурных подразделений СтОСМП также регламентированы приказом Минздрава России от 20.06.2013 №

388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи».

Организация лечебно-диагностического процесса в стационарном отделении скорой медицинской помощи

Технология лечебно-диагностического процесса в СтОСМП строится на постовой системе организации медицинской помощи. Для каждого из сортировочных потоков предусмотрен свой лечебно-диагностический маршрут движения, который является неотъемлемым элементом организации медицинской помощи пациентам в условиях СтОСМП. Пациенты различных потоков получают медицинскую помощь (ожидают ее получения) в обособленных помещениях.

Работа персонала СтОСМП построена таким образом, чтобы в первую очередь медицинскую помощь получили пациенты более тяжелой категории. Однако целесообразно, чтобы срок оказания медицинской помощи до момента выписки пациента на лечение в амбулаторных условиях или госпитализации, в том числе на койки скорой медицинской помощи краткосрочного пребывания, не превышал 4-6 ч.

После выполнения медицинской сортировки и размещения пациентов старший врач СтОСМП назначает каждому пациенту лечащего врача из состава СтОСМП. Лечащий врач, завершив осмотр, назначает диагностические и лечебные процедуры и контролирует сроки их выполнения в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами лечения). Своевременность оказания медицинской помощи обеспечивается медицинской сестрой палатной (постовой), медицинской сестрой смены, назначенной старшей, лечащим врачом пациента, старшим врачом СтОСМП. Специализированные отделения стационара, отделения анестезиологии и реанимации 2 раза в сутки оповещают старшего врача СтОСМП о наличии свободных коек, который фиксирует эти данные в бланке учета свободных коек в медицинской организации.

Выполнение комплекса мероприятий оказания медицинской помощи требует круглосуточной работы всех необходимых лечебных и диагностических служб. В процессе оказания медицинской помощи проводится профилактика возможных осложнений.

Организация лечебно-диагностического процесса непосредственно осуществляется в следующих сортировочных зонах СтОСМП.

«Зеленая зона» (3-й поток) - waiting room («зал ожидания») - рис. 9-13. В этой зоне находятся пациенты в удовлетворительном состоянии, способные к самостоятельному передвижению и имеющие возможность самостоятельно посещать необходимые лечебно-диагностические кабинеты. Как правило, к этой категории относятся около двух третей всех поступивших в СтОСМП пациентов. Состояние пациентов 3-го потока («зеленая зона») позволяет им некоторое время ожидать оказания медицинской помощи. Порядок их обслуживания мало отличается от амбулаторного приема: персонал поочередно приглашает пациентов в смотровые кабинеты.



Рис. 9. «Зеленая зона» (waiting room) emergency department в стационаре в Евросоюзе



Рис. 10. «Зеленая зона» (waiting room) emergency department в стационаре в Евросоюзе



Рис. 11. «Зеленая зона» (waiting room) emergency department в стационаре в Евросоюзе



Рис. 12. «Зеленая зона» (waiting room) в СтОСМП в Первом Санкт-Петербургском государственном медицинском университете им. акад. И.П. Павлова (Санкт-Петербург, РФ)



Рис. 13. «Зеленая зона» (waiting room) в СтОСМП в Первом Санкт-Петербургском государственном медицинском университете им. акад. И.П. Павлова (Санкт-Петербург, РФ)

Осмотр пациентов «зеленой зоны» проводится в специальных смотровых кабинетах (рис. 14-16).



Рис. 14. Смотровые кабинеты emergency department в стационаре в Евросоюзе



Рис. 15. Смотровые кабинеты emergency department в стационаре в Евросоюзе



Рис. 16. Смотровые кабинеты в СтОСМП в Санкт-Петербургском НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе (Санкт-Петербург, РФ)

Лечащим врачом является врач СМП, при необходимости к лечению пациента привлекаются другие врачи-специалисты. Все смотровые кабинеты оснащены стандартно, отсутствует их разделение по профилю и полу пациентов. Возможно оборудование специализированных смотровых кабинетов, оснащенных дополнительным оборудованием, если оборудования стандартного смотрового кабинета недостаточно для работы специалиста (например, гинекологический смотровой кабинет, оснащенный гинекологическим креслом). Пациенты ожидают вызова в общем зале в комфортных условиях, где на стенах размещены экраны, демонстрирующие различные телевизионные передачи. Периодически на экран выводится список пациентов с цветовым окрашиванием фамилий, отражающим время ожидания. Таким образом, пациент несколько «отвлекается от своего заболевания», легче переносит ожидание, видит организацию контроля и очередность оказания медицинской помощи, аналогичный список выводится на экран монитора старшего врача СтОСМП.

«Желтая зона» (палата динамического наблюдения, 2-й сортировочный поток) выделена для пациентов со стабильными жизненными функциями, но не способных к самостоятельному передвижению (около 30%), - см. рис. 17-21. Кочный фонд палаты динамического наблюдения включает койки скорой медицинской помощи суточного пребывания. Данная палата усилена дополнительным штатом младшего медицинского

персонала по уходу за пациентами, санитарями, а также медицинским оборудованием. Пациентов осматривает врач СМП, при необходимости - другие врачи-специалисты. Состояние средней степени тяжести пациентов обуславливает необходимость организации обследования пациентов по принципу «технологии к пациенту». Обследование данной группы пациентов проводится в палате динамического наблюдения, кроме выполнения процедур рентгенографии, компьютерной томографии, эндоскопии, работ в перевязочной (малой операционной), гипсовой, на которые пациент доставляется санитарями данной сортировочной зоны (палаты) на каталке и контролируется врачом СМП. Палата динамического наблюдения оснащена панелями с подведенным кислородом, мониторами неинвазивного наблюдения. Пациенты находятся на каталках-кроватях, здесь же сосредоточен врачебный персонал подразделения. Места пациента отделяются друг от друга легкими потолочными ширмами, позволяя при необходимости скрыть пациента для выполнения каких-либо процедур без его перемещения. Поскольку существует необходимость частой транспортировки пациентов, вместо кроватей удобнее всего использовать комфортабельные медицинские каталки с матрасом толщиной не менее 8-10 см, так как иногда пациент может находиться на ней в течение суток. Каталки оснащаются стойкой для инфузии, что позволяет не прерывать назначенное лечение при перемещении пациента. В составе данной палаты сформированы дополнительные бригады (врач СМП, медицинская сестра или фельдшер, санитар) и отдельный сестринский пост. Так, например, на 10 «каталочных» мест зоны требуется две бригады такого типа. Чтобы обеспечить персоналу возможность наблюдения и быстрого доступа ко всем поступившим, оптимальнее всего расположить сестринский пост в «желтой зоне» или организовать видеонаблюдение за каждым местом. Требование оперативности работы предполагает незамедлительный осмотр пациента в течение 3-5 мин (не более 20 мин) лечащим врачом (врач СМП). Одновременно с регистрацией пациента бригада СтОСМП (врач, медицинская сестра или фельдшер, санитар) осуществляет намеченную программу его обследования и синдромального лечения, медицинская сестра палатная (постовая) в этом случае выполняет функцию координатора-администратора. Лечащий врач, являющийся врачом СМП, фиксирует данные осмотра в медицинской карте стационарного больного. Следует стремиться к максимальному упрощению и алгоритмизации заполнения медицинской

документации в СтОСМП. С целью минимизации перемещений (перекладываний) пациента максимальный объем диагностики осуществляется непосредственно в этой палате с использованием специального, в том числе переносного, диагностического оборудования. В исключительных случаях для выполнения таких исследований, как рентгенография, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, пациент перемещается в диагностические кабинеты на каталке в сопровождении персонала СтОСМП. По показаниям к лечебно-диагностическому процессу привлекаются другие врачи-специалисты. Контроль времени оказания медицинской помощи осуществляется медицинской сестрой (фельдшером) поста, лечащим врачом, а также по данным информационной системы - медицинской сестрой смены, назначенной старшей, и старшим врачом СтОСМП. Лечащий врач на основании данных обследования определяет дальнейшую тактику ведения пациента.



Рис. 17. «Желтая зона» emergency department в стационаре в Евросоюзе



Рис. 18. «Желтая зона» emergency department в стационаре в Евросоюзе



Рис. 19. «Желтая зона» emergency department в стационаре в Евросоюзе



Рис. 20. «Желтая зона» в СтОСМП в Первом Санкт-Петербургском государственном медицинском университете им. акад. И.П. Павлова (Санкт-Петербург, РФ)



Рис. 21. «Желтая зона» в СтОСМП в Первом Санкт-Петербургском государственном медицинском университете им. акад. И.П. Павлова (Санкт-Петербург, РФ)

«Красная зона» (палата реанимации и интенсивной терапии, 1-й сортировочный поток) - рис. 22-23. Около 5-10% обращений в СтОСМП приходится на наиболее тяжелый контингент пациентов, которые нуждаются в незамедлительном оказании медицинских вмешательств по экстренным показаниям в палате реанимации и интенсивной терапии.

Основными принципами оказания СМП пациентам «красной зоны» являются следующие.

1. Экстренная одномоментная диагностика состояния пациента с использованием всех доступных методов.
2. Сочетание диагностических и экстренных лечебных мероприятий, включая оперативные вмешательства в условиях операционного отделения для противошоковых мероприятий.
3. Выполнение восстановительных операций в максимально ранние сроки.

Работа «красной зоны» построена следующим образом: пациент в сопровождении персонала выездной бригады скорой медицинской помощи и санитаров СтОСМП доставляется в данную зону, где пациенту незамедлительно выполняются первичные реанимационные мероприятия. Врач-анестезиолог-реаниматолог (или врач СМП) и врач-хирург определяют показания для экстренного оперативного вмешательства, назначают план лечебно-диагностических мероприятий. Параллельно с врачебным осмотром санитар СтОСМП раздевает пациента и при необходимости проводит частичную санитарную обработку. Для размещения пациентов здесь также используются комфортабельные каталки. Каждое место в палате должно быть оснащено аппаратом ИВЛ, монитором с возможностью инвазивного контроля параметров гемодинамики. В блоке помещений «красной зоны» могут располагаться блок общепрофильных и специализированных операционных с палатами пробуждения. После стабилизации состояния пациента выполняется его перевод в специализированные реанимационные отделения стационара. Общий срок оказания медицинской помощи пациентам «красной зоны» до их перевода в другие отделения стационара не должен превышать 6 ч.



Рис. 22. «Красная зона» emergency department в стационаре в Евросоюзе



Рис. 23. «Красная зона» в СтОСМП в Первом Санкт-Петербургском государственном медицинском университете им. акад. И.П. Павлова (Санкт-Петербург, РФ)

При подозрении на наличие пациента с признаками инфекционного заболевания или при выявлении такого пациента в потоке поступивших в СтОСМП пациентов его необходимо разместить в

инфекционном изоляторе с проведением всего комплекса лечебно-диагностических мероприятий. После консультации с врачом-инфекционистом пациент переводится в специализированный стационар, предназначенный для лечения инфекционных заболеваний. При тяжелом состоянии пациента с инфекционным заболеванием в целях оказания экстренной медицинской помощи возможна организация круглосуточного реанимационного поста в инфекционном изоляторе с соответствующим его оснащением оборудованием и медицинским персоналом.

Дополнительно в структуре СтОСМП может быть создана палата краткосрочного пребывания или отделение скорой медицинской помощи краткосрочного пребывания с койками скорой медицинской помощи краткосрочного пребывания. В палату краткосрочного пребывания (отделение скорой медицинской помощи краткосрочного пребывания) направляются пациенты, не нуждающиеся в лечении на специализированных койках круглосуточного стационара, срок лечения которых не превышает 3 сут. Как правило, это пациенты из 2-го и 3-го потоков, не нуждающиеся в лечении в условиях палаты реанимации и интенсивной терапии и в проведении сложных инвазивных вмешательств и операций. Лечащим врачом, оказывающим краткосрочное лечение, является врач СМП, который при необходимости консультируется с врачом-специалистом по профилю заболевания пациента. По результатам краткосрочного лечения врач СМП определяет показания для выписки пациента или перевода пациента в специализированное отделение стационара. Перевод пациента согласуется с врачом-специалистом по профилю заболевания и с заведующим СтОСМП, а в отсутствие заведующего СтОСМП - со старшим врачом СтОСМП. Для более эффективного выполнения функции по разработке, планированию и проведению мероприятий по повышению качества лечебно-диагностической работы СтОСМП может использоваться в качестве клинической базы образовательных учреждений среднего, высшего и дополнительного профессионального образования и научных организаций и иметь в штатном расписании должности научных и педагогических работников.

Основные принципы организации работы палаты краткосрочного пребывания (отделения скорой медицинской помощи краткосрочного пребывания)

1. Круглосуточная госпитализация пациентов в палату краткосрочного пребывания (отделение скорой медицинской помощи краткосрочного пребывания - ОСМПКрПр).
2. Территориальная близость ОСМПКрПр и СтОСМП.
3. Круглосуточная диагностика с максимально быстрой заменой синдромального диагноза нозологическим.
4. Оказание СМП по широкому спектру профилей заболеваний (состояний) с короткими (до 3 койко-дней) сроками госпитализации пациентов, не требующих стационарного лечения в условиях специализированного отделения медицинской организации.
5. Создание условий в стационаре по приоритетному экспресс-обследованию пациентов в ОСМПКрПр с целью максимально быстрой замены синдромального диагноза на нозологический и исключения у этих пациентов жизнеугрожающих состояний.
6. Круглосуточное динамическое наблюдение, проведение дифференциальной диагностики с целью выявления жизнеугрожающих состояний у госпитализированных пациентов врачом СМП с консультированием (при необходимости) врачами-специалистами по профилю заболевания (состояния) пациента.
7. Круглосуточный перевод пациентов при наличии медицинских показаний в специализированные отделения стационара или их выписка на амбулаторное лечение при отсутствии таковых.
8. Экспертиза временной нетрудоспособности пациентов.
9. Извещение медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, о необходимости посещения выписанного пациента врачом-терапевтом участковым по месту его проживания, в том числе в случае самовольного ухода пациента из ОСМПКрПр.
10. Внедрение в клиническую практику современных методов диагностики и лечения.
11. Поддержание готовности ОСМПКрПр к оказанию скорой медицинской помощи в стационарных условиях при массовом

поступлении пациентов при ликвидации последствий чрезвычайной ситуации.

12. Разработка, планирование и проведение мероприятий по повышению качества лечебно-диагностической работы в ОСМПКрПр.

13. Констатирование смерти и оформление посмертного эпикриза истории болезни лечащим врачом.

14. Иные функции в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Рекомендуемое число коек скорой медицинской помощи в стационаре

При определении числа коек скорой медицинской помощи рекомендуется ориентироваться на необходимую обеспеченность населения койками (на 10 000 человек), равную 1,11 койки СМП, в том числе 0,21 - суточного пребывания и 0,9 - краткосрочного пребывания. Потребность многопрофильного стационара в койках СМП рекомендуется рассчитывать с учетом того, что норматив количества коек СМП на 1 обращение в СтОСМП равен 0,31 (в том числе суточного и краткосрочного пребывания - 0,06 и 0,25 соответственно) или число обращений на 1 койку СМП составляет 3,45 (в том числе суточного и краткосрочного пребывания - 17 и 4 соответственно). Рекомендуемый удельный вес коек СМП в коечном фонде стационара составляет 9,4% (в том числе суточного и краткосрочного пребывания - 1,8 и 7,6% соответственно).

Отделение скорой медицинской помощи краткосрочного пребывания может быть создано при потребности в койках скорой медицинской помощи краткосрочного пребывания, равной более 30 коек.

Деятельность данного отделения регламентирована приказом Минздрава России от 20.06.2013 № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи».

Перечень основных диагностических исследований стационарного отделения скорой медицинской помощи

Перечень основных диагностических исследований, выполняемых пациентам в СтОСМП, необходимый для обоснованного отбора пациентов на госпитализацию в специализированные отделения стационара:

- измерение частоты дыхания;

- исследование пульса;
- измерение артериального давления на периферических артериях;
- термометрия общая;
- бронхоскопия;
- эзофагогастродуоденоскопия;
- ректороманоскопия;
- лапароскопия диагностическая;
- ультразвуковое исследование мягких тканей;
- ультразвуковое исследование кожи;
- ультразвуковое исследование селезенки;
- ультразвуковое исследование лимфатических узлов;
- эхокардиография;
- ультразвуковая доплерография артерий;
- ультразвуковая доплерография вен;
- ультразвуковое исследование печени;
- ультразвуковое исследование желчного пузыря;
- ультразвуковое исследование поджелудочной железы;
- ультразвуковое исследование матки и придатков;
- ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное;
- ультразвуковое исследование почек;
- ультразвуковое исследование мочевого пузыря;
- ультразвуковое исследование брюшинного пространства;
- магнитно-резонансная томография позвоночника;
- регистрация электрокардиограммы;
- регистрация электрокардиограммы с расшифровкой, описанием и интерпретацией;
- расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных;
- электроэнцефалография;

- магнитно-резонансная томография малого таза;
- магнитно-резонансная томография брюшной полости;
- магнитно-резонансная томография органов грудной клетки;
- магнитно-резонансная томография головы с описанием и интерпретацией;
- компьютерная томография головы;
- спиральная компьютерная томография головы;
- рентгенография пораженной части костного скелета;
- рентгенография пораженной части костного скелета с описанием и интерпретацией;
- компьютерная томография органов грудной полости;
- спиральная компьютерная томография органов грудной полости;
- компьютерная томография органов грудной полости с описанием и интерпретацией;
- рентгенография легких;
- ирригоскопия;
- компьютерная томография органов малого таза у женщин;
- спиральная компьютерная томография органов малого таза у женщин;
- компьютерная томография органов малого таза у женщин с описанием и интерпретацией;
- компьютерная томография органов малого таза у женщин с контрастированием с описанием и интерпретацией;
- компьютерная томография органов малого таза у мужчин;
- спиральная компьютерная томография органов малого таза у мужчин;
- компьютерная томография органов малого таза у мужчин с описанием и интерпретацией;
- компьютерная томография глазницы с описанием и интерпретацией;
- внутривенная урография;
- ретроградная уретеропиелография с описанием и интерпретацией;
- обзорный снимок брюшной полости и органов малого таза;

- описание и интерпретация рентгенографических изображений;
- описание и интерпретация компьютерных томограмм;
- описание и интерпретация магнитно-резонансных томограмм;
- изотопная ренография;
- расшифровка, описание и интерпретация радиоизотопных исследований;
- морфологическое исследование препарата тканей влагалища;
- исследование уровня свободного гемоглобина в плазме крови;
- исследование уровня С-реактивного белка в крови;
- исследование уровня мочевины в крови;
- исследование уровня общего билирубина в крови;
- исследование уровня глюкозы в крови;
- исследование уровня глюкозы в крови с помощью анализатора;
- исследование уровня лекарственных средств в крови;
- исследование уровня этилового алкоголя в крови;
- исследование уровня креатинкиназы в крови;
- исследование уровня амилазы в крови;
- исследование уровня фибриногена в крови;
- экспресс-исследование уровня тропонина в крови;
- определение МНО;
- определение концентрации D-димера в крови;
- микроскопическое исследование нативного и окрашенного препарата мокроты;
- цитологическое исследование мокроты;
- микроскопическое исследование влагалищных мазков;
- обнаружение кетоновых тел в моче;
- исследование уровня лекарственных средств и их метаболитов в моче;
- определение объема мочи;
- исследование уровня билирубина в моче;

- визуальное исследование мочи;
- диагностическая аспирация сустава;
- пункция плевральной полости;
- пункция заднего свода влагалища;
- спинномозговая пункция;
- катетеризация мочевого пузыря;
- определение парциального давления кислорода в мягких тканях (оксиметрия);
- проба на совместимость перед переливанием крови;
- определение основных групп крови (A, B, 0);
- определение резус-принадлежности;
- определение подгруппы и других групп крови меньшего значения A-1, A-2, D, Cc, E, Kell, Duffy;
- исследование времени свертывания нестабилизированной крови или рекальцификации плазмы неактивированное;
- определение протромбинового (тромбопластинового) времени в крови или в плазме;
- определение тромбинового времени в крови;
- реакция Вассермана (RW);
- оценка интенсивности боли;
- молекулярно-биологическое исследование крови на *Hepatitis C virus*;
- молекулярно-биологическое исследование крови на *Hepatitis B virus*;
- молекулярно-биологическое исследование плазмы крови на концентрацию РНК *Human immunodeficiency virus* HIV-1 (ВИЧ-1);
- бактериологическое исследование слизи и пленок с миндалин на палочку дифтерии (*Corinebacterium diphtheriae*);
- бактериологическое исследование кала на возбудителя дизентерии (*Shigella spp.*);
- бактериологическое исследование кала на тифо-паратифозные микроорганизмы (*Salmonella typhi*);
- микроскопическое исследование кала на простейшие;

- микроскопическое исследование влагалищного отделяемого на кандиды (*Candida spp.*);
- коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза);
- бактериологическое исследование кала (посев) на возбудители кишечных инфекций;
- общий (клинический) анализ крови развернутый;
- анализ крови биохимический общетерапевтический;
- анализ мочи общий;
- копрологическое исследование;
- определение электролитов крови (Ca, P, Na, K, Cl).

Информационные технологии в работе стационарного отделения скорой медицинской помощи

Оптимизация лечебно-диагностического процесса в СтОСМП во многом достигается благодаря быстрому сбору и анализу больших объемов данных. Компьютеризация таких отделений помогает в работе с получаемой информацией, в конечном итоге повышая качество, безопасность, эффективность экстренной медицинской помощи. Для оптимизации организации лечебно-диагностического процесса СтОСМП рабочие места медицинского регистратора, старшего врача СтОСМП, врачей и медицинских сестер СтОСМП, руководства СтОСМП оснащаются персональными компьютерами с доступом в медицинскую информационную систему медицинской организации. В СтОСМП на 200 и более обращений требуется не менее 50 рабочих мест, оснащенных персональным компьютером.

Информационные технологии могут применяться непосредственно с того момента, как пациент переступил порог медицинского учреждения. Первым помощником здесь становится система электронной очереди. С ее помощью в СтОСМП появляется возможность создать комфортные условия для посетителя, а также условия логистически правильного движения пациентов в СтОСМП. Системой четко фиксируется первичное время обращения, длительность ожидания при оформлении документации; она является простым и, пожалуй, самым недорогим способом, позволяющим упростить, систематизировать и мониторить самостоятельное движение пациента внутри СтОСМП между различными кабинетами. Пациенту необходимо на протяжении всего срока пребывания в СтОСМП сохранять талон очереди и

направляться в кабинеты согласно голосовым и визуальным оповещениям. Следует учитывать, что подобное оповещение является определенным препятствием для использования технологии у людей с ограниченными возможностями. Сохранение и последующий анализ данных дают возможность выявить участки в СтОСМП с наибольшим временем ожидания, представляющие собой «бутылочное горлышко» для потока пациентов, обратившихся за медицинской помощью. В рутинной практике СтОСМП в мире для контроля движения поступившего пациента широко используются индивидуальные браслеты с баркодами, которые достаточно давно применяются в различных, в том числе и немедицинских, организациях. В здравоохранении они наиболее распространены в области управления и контроля за ресурсами, предотвращая потенциально опасное влияние человеческого фактора. Расходный материал этой технологии недорогой, а сама она обеспечивает качественный контроль за передвижением пациента внутри СтОСМП. Тем не менее часто возникает проблема с поиском универсального сканера, который способен поддерживать и анализировать разнообразные форматы баркодов, используемых в стационаре. Пилотное тестирование может снизить такие риски. Важную роль в оптимизации движения пациента внутри СтОСМП играют системы, отслеживающие выполнение врачебных назначений. Прототипом их являются настенные доски, куда маркером заносится наиболее значимая информация об очередном пациенте: фамилия пациента, фамилия лечащего врача, фамилия медицинской сестры, время поступления пациента, ориентировочный диагноз, план обследования и другая необходимая информация. В условиях большого потока пациентов недостатки такого способа фиксации информации становятся очевидными: часто доска видна лишь с одного места в СтОСМП, она не может вместить всех пациентов, данные не обновляются персоналом и т.д. Тем не менее доски не теряют своей актуальности из-за наглядности, простоты, дешевизны.

Естественно, в век компьютерных технологий предлагаются различные варианты решений, но в основе каждого из них лежит электронный документооборот внутри стационара.

Электронная медицинская карта объединяет все медицинские записи пациента и структурирует их по случаям обращения за медицинской помощью, оказанным медицинским услугам, заполненным разделам медицинских записей для оценки динамики состояния пациента.

Возможность параллельно использовать электронную медицинскую карту и базы данных серверов клиники существенно упрощает работу врача.

Специально для работы СтОСМП могут были разработаны удобные интерфейсы, например, закладка «*Сортировочный поток*», заполняемая медицинской сестрой в процессе сортировки (триажа). Трехуровневый алгоритм, ориентированный на основные объективные параметры жизнедеятельности организма пациента и его жалобы, позволяет быстро вычленивать из потока обратившихся за медицинской помощью тех, чье состояние стабильное и риск для жизни минимален. Также может быть сформирован формализованный первичный осмотр врачом СтОСМП, позволяющий оптимизировать весь процесс заполнения документации в электронном виде и интегрировать для удобства ряд шкал, часто используемых для оценки состояния и принятия лечебно-диагностических решений (qSOFA, SOFA, шкала комы Глазго и т.д.) - см. рис. 24. Кроме этого, если в стационаре есть возможность реализации УЗИ-скрининга, самостоятельно выполняемого врачом СМП, то в электронной медицинской карте может быть создан отдельный блок по УЗИ-скринингу. Все эти приложения существенным образом облегчают работу среднего и врачебного персонала, однако требуют достаточного количества автоматизированных рабочих мест. Компьютеры должны обладать необходимой мощностью и быстродействием, поскольку часто необходима одновременная работа с несколькими приложениями: просмотр рентгеновских снимков, работа с электронной историей болезни, электронной очередью, текстовыми редакторами и т.д.

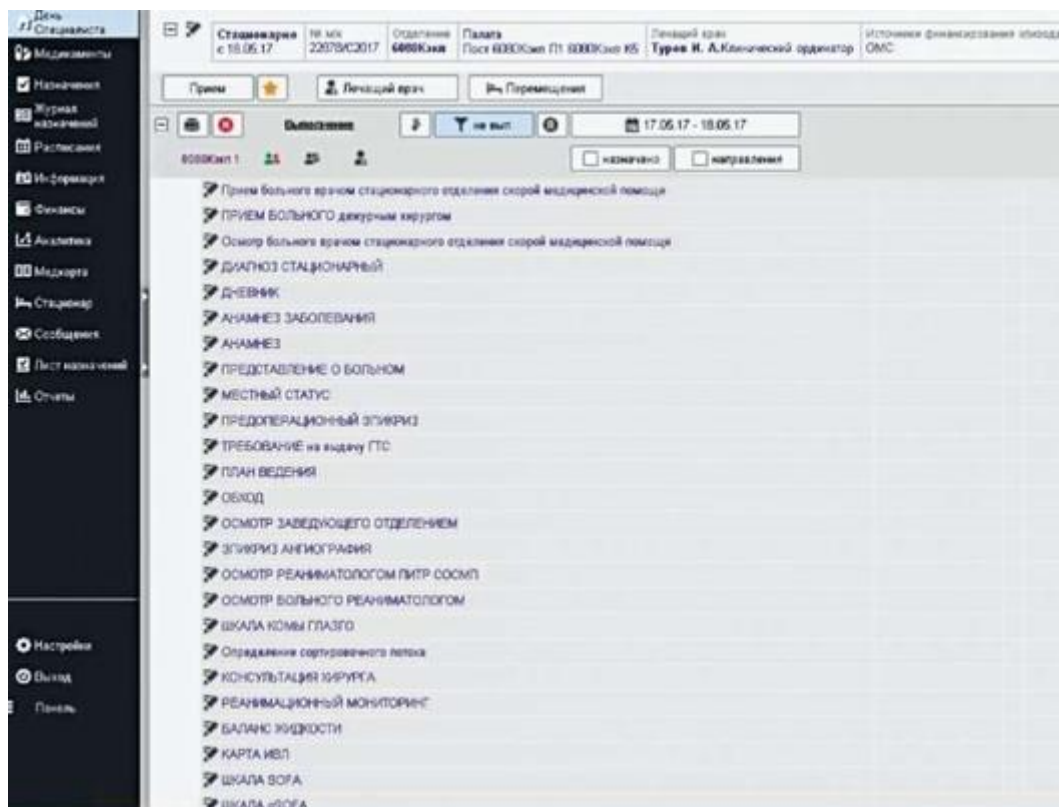


Рис. 24. Часть перечня электронных протоколов для врача СМП в электронной истории болезни

Доступность автоматизированных рабочих мест - краеугольный камень эффективной работы отделения, использующего IT-технологии. Любое ограничение во внесении или перемещении информации в конечном итоге сказывается на своевременности принятия решений, приводит к торможению лечебно-диагностического процесса и соответственно удлиняет срок пребывания пациента в СтОСМП. Часто в палате динамического наблюдения, где обычно идет достаточно интенсивная работа, врач вынужден по очереди беседовать с несколькими пациентами, обходя их одного за другим. Оптимальным решением в этой ситуации является создание подвижного автоматизированного рабочего места врача - «компьютера на колесах». Это позволяет врачу фиксировать всю необходимую информацию прямо возле постели больного. Естественно, для обеспечения полноценной работы компьютер должен иметь аккумулятор достаточного объема, обеспечивающий автономность, и быть интегрированным в локальную информационную сеть стационара посредством беспроводной связи (рис. 25), что позволяет сохранять и использовать полученные данные в дальнейшем.



Рис. 25. Вариант подвижного автоматизированного рабочего места врача

Интегрирование лабораторной службы в медицинскую информационную систему стационара крайне актуально для оптимизации диагностики пациентов, поступивших по экстренным показаниям. Отдаленность лаборатории от СтОСМП может явиться серьезным препятствием для взаимодействия между этими подразделениями. Обычным решением этой проблемы является создание отдельной лабораторной службы на территории приемно-диагностического отделения, однако дублирование дорогостоящей аппаратуры, необходимость обеспечения дополнительной круглосуточной службы в лаборатории в современных

экономических реалиях часто становятся непозволительной роскошью. Использование технологии point-of-care (портативные газоанализаторы) также существенно увеличивает стоимость каждого исследования. Оптимальным вариантом представляется создание системы пневмопочты, обеспечивающей быструю и надежную связь между лабораторией и подразделениями стационара, нуждающимися в регулярном выполнении исследований в экстренном порядке в разное время суток (рис. 26).



Рис. 26. Станция пневмопочты для отправки лабораторного материала

Сокращение времени и трудозатрат младшего и среднего медицинского персонала на транспортировку биологического материала в сочетании с преимуществами централизованной лабораторной службы (качество, невысокая цена и большой спектр исследований), особенно интегрированной в единую электронную систему стационара, создает неоспоримое достоинство такого решения. Многочисленные публикации опровергают механическое воздействие транспортировочного процесса на результаты лабораторных исследований.

СтОСМП - это место в стационаре, где нестандартные и экстренные ситуации фактически являются обязательной составляющей повседневной деятельности. Важную роль при возникновении подобных моментов играет своевременный обмен сведениями между сотрудниками. Качественная связь уменьшает явления хаоса вследствие задержки при передаче информации или дублирования распоряжений, часто сохраняя драгоценное время для спасения жизни пациента. Сотовая и стационарная связь не позволяет в полной мере решить этот вопрос, поскольку телефон или смартфон не всегда эффективен в экстремальной ситуации. Современные мобильные мессенджеры

обеспечивают хороший обмен информацией, особенно при необходимости быстрой консультативной помощи для оценки изображений (ЭКГ, рентгенография). Однако в критической ситуации поиск нужного номера, набор текстового сообщения часто отнимают много времени или просто бесполезны. В своей работе в СтОСМП можно рекомендовать коротковолновые радиопередатчики, настроенные на единую частоту. Это позволяет практически полностью решить вопросы взаимодействия сотрудников отделения. Рациями должны быть обеспечены регистратура, медицинские сестры, отвечающие за сортировку и работу в палате реанимации и интенсивной терапии, дежурные врачи и заведующий СтОСМП. Надежность, безопасность и экономичность данного вида связи позволяют уверенно рекомендовать его для использования в повседневной работе.

Рекомендуемые основные функции персонала стационарного отделения скорой медицинской помощи

Сведения о трудовых функциях врача скорой медицинской помощи, работающего в СтОСМП, изложены в профессиональном стандарте «Врач скорой медицинской помощи».

Руководитель стационарного отделения скорой медицинской помощи

1. Руководит работой персонала СтОСМП.
2. Контролирует и координирует работу врачей-консультантов.
3. Обеспечивает систематический контроль за своевременным и четким выполнением всеми работниками СтОСМП своих должностных обязанностей.
4. Обеспечивает рациональную расстановку персонала и контролирует правильность составления и выполнения графиков учета рабочего времени сотрудников.
5. Разрабатывает перспективные и текущие планы работы СтОСМП, осуществляет контроль выполнения этих планов.
6. Контролирует санитарную обработку поступивших пациентов и формирует предложения руководителю медицинской организации по оптимизации материального обеспечения проведения санитарной обработки пациентов, поступивших в СтОСМП.

7. В случае необходимости для установления предварительного диагноза обеспечивает своевременное обследование пациентов, а также консультацию пациентов необходимыми специалистами в СтОСМП.
8. Обеспечивает своевременное оказание скорой медицинской помощи в стационарных и амбулаторных условиях пациентам, поступившим в СтОСМП.
9. Обеспечивает лечебно-охранительный режим оказания помощи пациентам в СтОСМП.
10. Контролирует сообщение в территориальные медицинские организации о выявленных дефектах при обследовании пациентов, доставленных в стационар, и о пациентах, которым отказано в госпитализации в связи с отсутствием медицинских показаний, но нуждающихся в наблюдении врачами медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях.
11. Осуществляет контроль за сроками пребывания пациентов в СтОСМП. Анализирует причины излишне длительного пребывания пациентов в СтОСМП. Докладывает руководителю медицинской организации о причинах задержки пациентов в СтОСМП.
12. Ежедневно оценивает качество лечебно-диагностической помощи в СтОСМП.
13. Совершенствует организационные формы и методы работы персонала СтОСМП, внедряет мероприятия научной организации труда, направленные на повышение качества лечебно-диагностической работы и улучшение организации труда.
14. Разрабатывает и контролирует мероприятия по дальнейшему укреплению материально-технической базы, в том числе по своевременному проведению ремонтных работ, укомплектованию СтОСМП современной аппаратурой, оборудованием, медикаментами, перевязочными материалами и др., а также формирует предложения руководителю медицинской организации по оптимизации материального обеспечения СтОСМП.
15. Контролирует рациональное расходование медикаментов, перевязочных материалов, а также инструментария и инвентаря, а также визирует требования в аптеку и на склад на необходимые медикаменты, оборудование и материалы.

16. Контролирует проведение текущей дезинфекции при поступлении пациентов с инфекционными заболеваниями.
17. Контролирует своевременное сообщение в санитарно-эпидемиологическую службу об инфекционных заболеваниях.
18. Контролирует своевременное сообщение в полицию о травмах насильственного характера, травмах, связанных с дорожно-транспортными происшествиями, несчастных случаях и суицидальных попытках поступивших пациентов, а также об умерших и лицах, доставленных в бессознательном состоянии без сопровождения родственников.
19. Обеспечивает соблюдение противопожарных мероприятий в СтОСМП, а в случае возникновения пожара обеспечивает готовность персонала к эвакуации пациентов, находящихся в СтОСМП, и имущества СтОСМП.
20. Организует повышение квалификации врачей и среднего медицинского персонала СтОСМП. Систематически работает над повышением личной квалификации.
21. Своевременно выявляет причины всех чрезвычайных происшествий в СтОСМП и в установленном порядке информирует о них руководство медицинской организации.
22. Проводит производственные совещания с сотрудниками СтОСМП (ежедневно), занятия по воспитательной работе коллектива СтОСМП (ежемесячно).
23. Предоставляет ежемесячный и ежегодный отчет о деятельности подразделения руководителю медицинской организации.
24. Пропагандирует опыт успешной профессиональной деятельности лучших работников СтОСМП.
25. Обеспечивает своевременное и качественное представление отчетов и другой информации о работе СтОСМП.
26. Обеспечивает высокий уровень трудовой дисциплины, нормальный режим работы СтОСМП, соблюдение сотрудниками СтОСМП принципов медицинской этики и деонтологии.
27. Способствует овладению работниками СтОСМП смежных специальностей, своевременному прохождению аттестации и переаттестации подчиненных сотрудников.

28. Обеспечивает правильное хранение, учет и выдачу наркотических, ядовитых и сильнодействующих лекарств в СтОСМП.
29. Осуществляет контроль за качеством ведения медицинской документации СтОСМП.
30. Своевременно доводит до сведения сотрудников СтОСМП в части, их касающейся, приказы и распоряжения руководства медицинской организации, а также методические рекомендации и другие документы.
31. Обеспечивает условия по профилактике заболеваемости, соблюдение персоналом СтОСМП правил по охране труда и технике безопасности.
32. Согласовывает график отпусков сотрудников СтОСМП на год.

Рекомендуемые основные функции старшего врача стационарного

Отделения скорой медицинской помощи в течение смены

1. Руководство работой медицинских работников СтОСМП.
2. Контроль за присутствием медицинских работников СтОСМП на своих рабочих местах согласно утвержденному графику дежурств.
3. Контроль за обеспечением медицинских работников СтОСМП необходимыми медицинскими изделиями и лекарственными препаратами для выполнения лечебно-диагностических мероприятий.
4. Определение тяжести состояния и нозологического профиля пациентов при их поступлении в СтОСМП на основании первичного сортировочного осмотра.
5. Контроль за выполнением мероприятий раннего синдромального (патогенетического) лечения пациента параллельно с проведением диагностических исследований.
6. Определение совместно с лечащим врачом оценки состояния здоровья пациента.
7. Контроль за сроками выполнения лечебно-диагностических мероприятий с оценкой обоснованности пребывания пациента в СтОСМП более 2 ч, сообщение в отчете руководителю СтОСМП о каждом случае задержки пребывания пациента, в том числе более 2 ч.
8. Незамедлительная передача ответственному дежурному врачу стационара полученной от выездных бригад скорой медицинской помощи информации о поступлении пациентов в тяжелом состоянии.

9. Оказание консультативной и методической помощи медицинским работникам СтОСМП.
10. Организация своевременного проведения консилиума врачей для определения лечебно-диагностической тактики оказания медицинской помощи пациенту с неясным клиническим диагнозом, которому требуется дальнейшее лечение в стационарных условиях.
11. Организация и контроль за работой диспетчерской службы и выездных бригад скорой медицинской помощи при их наличии в СтОСМП.
12. Организация работы СтОСМП при массовом поступлении больных (пострадавших) при ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций.
13. Незамедлительное информирование руководителя СтОСМП и (или) ответственного дежурного врача медицинской организации, в составе которой создано СтОСМП, о возникших в СтОСМП чрезвычайных происшествиях.

Рекомендуемые основные функции медицинской сестры стационарного отделения скорой медицинской помощи

1. Поддерживает рабочее место в готовности к работе, осуществляет подготовку аппаратуры к работе и контроль ее исправности.
2. Доводит до сведения старшего врача СтОСМП, старшей медицинской сестры СтОСМП информацию о неисправности технических средств, отсутствии лекарственных препаратов, медицинских изделий, перевязочных средств и других расходных материалов и средств.
3. Своевременно сдает старшей медицинской сестре (сестре-хозяйке) СтОСМП аппаратуру и инструменты для ремонта.
4. После первичного сортировочного осмотра встречает и организует размещение в соответствующей зоне СтОСМП пациентов, доставленных выездными бригадами скорой медицинской помощи и обратившихся самостоятельно.
5. Вызывает врача СтОСМП для осмотра пациента, измеряет у пациентов температуру тела, АД, Ps, массу тела и рост.
6. При поступлении пациентов с подозрением на особо опасные инфекции действует согласно имеющейся инструкции, а также в случае

выявления у пациента инфекционного заболевания обеспечивает изоляцию его до перевода в инфекционный стационар с последующим контролем за проведением заключительной дезинфекции.

7. Осуществляет соблюдение и обеспечение инфекционной безопасности пациентов и медицинского персонала, инфекционного контроля, требований санитарных правил, установленных законодательством Российской Федерации.

8. Осуществляет непрерывный мониторинг состояния пациентов, в том числе находящихся в изоляторе и своевременно выполняет все указания лечащего врача по их обследованию и лечению.

9. Осуществляет немедленное информирование руководителя СтОСМП, старшего врача СтОСМП, лечащего врача об ухудшении состояния пациента с одновременным принятием мер для оказания ему экстренной медицинской помощи.

10. В отдельных случаях участвует в процессе осмотра лечащим врачом пациента.

11. Оформляет на титульном листе медицинской карты стационарного больного время направления его в профильное отделение, время выписки пациента на амбулаторное лечение, время перевода в другую медицинскую организацию, регистрирует диагнозы, установленные в СтОСМП.

12. Осуществляет соблюдение требований охраны труда, техники безопасности, производственной санитарии, гигиены труда, противопожарной безопасности при эксплуатации помещений, оборудования и оснащения.

13. Осуществляет обработку контрольно-диагностической и лечебной аппаратуры после эксплуатации.

14. Осуществляет контроль за санитарным состоянием СтОСМП и работой младшего медицинского персонала.

15. Соблюдает внутренний распорядок работы медицинской организации.

16. Получает компьютерную сводку о количестве пациентов по отделениям и наличии свободных мест по отделениям стационара.

17. Получает у старшей медицинской сестры СтОСМП медикаменты, перевязочный материал, инструментарий и белье, а также обеспечивает их систематическое пополнение, учет, хранение и расходование.

18. Проверяет и принимает по описи наркотические, ядовитые и сильнодействующие лекарственные средства с распиской в соответствующем журнале.
19. Своевременно и качественно ведет необходимую учетно-отчет-ную документацию СтОСМП.
20. Инструктирует младший медицинский персонал и контролирует его работу.
21. Проводит еженедельно генеральную уборку режимных кабинетов.
22. Систематически повышает профессиональную квалификацию путем посещения занятий и научно-практических конференций.
23. Является ответственным лицом за сбор отходов класса «Б» непосредственно на местах их образования.
24. Незамедлительно сообщает старшей медицинской сестре СтОСМП и руководителю СтОСМП обо всех чрезвычайных происшествиях на территории СтОСМП, а в их отсутствие - медицинской сестре смены СтОСМП, назначенной старшей, и старшему врачу СтОСМП, в конце смены передает рапорт о случившемся на имя руководителя СтОСМП.
25. Несет ответственность за хранение инструкции и плана эвакуации пациентов при возникновении чрезвычайной ситуации.
26. Контролирует качество санитарной обработки пациентов СтОСМП.
27. Во время своего дежурства обязана соблюдать правила этики и деонтологии при общении с пациентами, родственниками и сотрудниками медицинской организации.
28. Своевременно составляет и передает необходимую информацию (телефонограммы) в отделения полиции и другие организации.
29. Регистрирует сданные документы пациента, составляет соответствующий акт с подписью пациента и медицинской сестры о принятых на хранение материальных ценностях.
30. Обеспечивает хранение документов и ценностей пациента в сейфе СтОСМП до окончания дежурства (смены), которые затем передает старшей медицинской сестре СтОСМП для передачи в кассу медицинской организации.
31. Контролирует правильность оформления квитанции, вклеенной в медицинскую карту стационарного больного, на которой должны быть подписи пациента и медицинской сестры, принявшей ценности, а также

квитанции с ценностями, сдаваемыми в кассу, где должна быть подпись медицинской сестры, принявшей ценности.

32. Несет материальную ответственность за принятые ею документы, деньги и ценности.

33. Выдает документы, деньги и ценности в соответствии с актом и квитанцией в случае выписки пациента в течение своей смены.

34. Осуществляет своевременное и правильное выполнение врачебных назначений.

35. Выполняет назначенные врачом медицинские вмешательства, разрешенные к выполнению средним медицинским персоналом.

36. Осуществляет забор биологических сред для лабораторных исследований.

37. Строго соблюдает правила асептики и антисептики.

38. Осуществляет уход за пациентом.

39. Осуществляет регистрацию электрокардиограммы, забор крови на исследования.

40. Участвует в обходе руководителем СтОСМП находящихся на лечении пациентов, регистрирует в медицинской карте стационарного больного основные функциональные показатели, характеризующие состояние пациента, величину диуреза и количество отделяемого по дренажам, а также строго по времени вводимые лекарственные средства, их дозу и другие лечебные мероприятия.

41. Осуществляет контроль сохранности, учета использования, дозировок лекарственных средств.

42. Сдает дежурство в присутствии старшей медицинской сестры СтОСМП.

Рекомендуемые основные функции медицинского регистратора стационарного отделения скорой медицинской помощи

1. Точно и достоверно заполняет все разделы медицинской карты стационарного больного, в том числе паспортные данные и данные полиса медицинского страхования.

2. О каждом случае занесения сомнительных данных в медицинскую карту стационарного больного информирует старшую медицинскую сестру СтОСМП или медицинскую сестру СтОСМП, назначенную старшей смены.

3. Записывает и передает телефонограммы в отделения полиции на поступающих пациентов в соответствии с регламентирующими документами.
4. Принимает сообщения по рации и передает информацию старшему врачу СтОСМП.
5. Регистрирует документы и ценности пациентов.
6. Готовит бланки медицинской карты для поступающих пациентов.
7. Во время своего дежурства обязан соблюдать правила этики и деонтологии при общении с пациентами, родственниками и сотрудниками медицинской организации.
8. Соблюдает правила охраны труда и техники безопасности, санитарно-противоэпидемического режима, правила внутреннего трудового распорядка.

9. Систематически повышает свою профессиональную квалификацию.

Рекомендуемые основные функции медицинского дезинфектора стационарного отделения скорой медицинской помощи

1. Выполняет все виды дезинфекционных работ (очаговую и профилактическую дезинфекцию) в соответствии с действующими инструкциями, положениями, правилами и методическими рекомендациями.
2. Осуществляет дезинфекцию или дезодорацию одежды химическим, биологическим или комбинированным методами.
3. Строго соблюдает правила асептики и антисептики.
4. Подготавливает, сдает на стерилизацию и получает укладки и биксы, проверяет целостность упаковки и дату стерилизации.
5. Заготавливает перевязочный материал и производит закладку биксов и упаковок.
6. Производит обработку инструментов, текущую уборку кабинетов, генеральную уборку.
7. Соблюдает правила охраны труда и техники безопасности, правила санитарно-противоэпидемического режима, правила внутреннего трудового распорядка.
8. Систематически повышает свою профессиональную квалификацию.

9. Соблюдает правила этики и деонтологии при общении с пациентами, родственниками и сотрудниками медицинской организации.

10. Является ответственным лицом за сбор, обеззараживание, удаление и учет медицинских отходов на местах их образования.

Заключение

Целью данных методических рекомендаций является помощь по созданию и функционированию СтОСМП в субъектах РФ на основе опыта Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербургского НИИ скорой помощи имени И.И. Джанелидзе, стационаров Республики Татарстан, в которых созданы подобные отделения. Первый опыт их функционирования показал, что новая организационная модель позволила обеспечить следующее.

1. Медицинскую сортировку по тяжести состояния поступающих пациентов в целях приоритетного оказания экстренной медицинской помощи наиболее нуждающимся в ней пациентам.
2. В кратчайшие сроки установление диагноза, оказание экстренной медицинской помощи пациентам, доставленным в СтОСМП, и направление пациентов с уже установленным диагнозом в специализированные отделения стационара.
3. Сокращение потока непрофильных пациентов в специализированные отделения стационара путем перенаправления потока пациентов, не нуждающихся в лечении на специализированных койках стационара, на койки скорой медицинской помощи в палаты динамического наблюдения и краткосрочного пребывания, способствуя тем самым более эффективному использованию коечного фонда медицинской организации и других ресурсов медицинской организации.
4. Комфортные условия для нахождения пациентов и их родственников в медицинской организации при поступлении в стационар.
5. Улучшение преемственности при оказании СМП на догоспитальном и госпитальном этапах.

Таким образом, формирование СтОСМП будет способствовать совершенствованию оказания как СМП в стационарных условиях, так и специализированной медицинской помощи, а также обеспечит повышение доступности и качества медицинской помощи пациентам, поступающим в стационары по экстренным показаниям.