

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие.....	6
Авторский коллектив.....	8
Методология создания и программа обеспечения качества.....	15
Список сокращений и условных обозначений.....	18
Глава 1. Организационно-правовые вопросы (отв. ред. Д.Н. Проценко).....	28
1.1. Нормативно-правовое регулирование в анестезиологии и реаниматологии (В.И. Горбачев, С.А. Сумин).....	28
1.2. Актуальные вопросы нормативно-правового регулирования в анестезиологии-реаниматологии (П.Г. Габай, Д.Н. Проценко).....	47
1.3. Паллиативная медицинская помощь в интенсивной терапии (Е.С. Ларин, Д.В. Невзорова).....	59
Глава 2. Общие вопросы интенсивной терапии (отв. ред. И.Б. Заболотских).....	67
2.1. Объективная оценка тяжести состояния и прогноза у больных в критических состояниях (А.И. Ярошецкий, Т.С. Мусаева, Е.Б. Гельфанд, П.И. Миронов, Ю.С. Александрович).....	67
2.2. Остановка кровообращения. Сердечно-легочная и церебральная реанимация (А.Н. Кузовлев, Э.В. Недашковский, В.В. Кузьков, Е.М. Шифман).....	77
2.3. Нарушения водно-электролитного баланса (А.Г. Климов).....	112
2.4. Нарушения метаболизма, водно-электролитного баланса и кислотно-основного состояния (С.В. Свиридов, А.Н. Кузовлев).....	124
2.5. Нарушения системы гемостаза (В.М. Городецкий, Т.В. Вавилова, Г.М. Галстян, Е.М. Шулушко).....	135
2.6. Компоненты крови (А.Ю. Буланов).....	150
2.7. Инфузионная терапия (В.А. Мазурок, А.И. Ярошецкий).....	157
2.8. Нутритивная терапия при критических состояниях (А.Е. Шестопалов, Т.С. Попова, И.Н. Лейдерман, В.М. Луфт).....	179
2.9. Седация в интенсивной терапии (В.И. Потиевская, И.Б. Заболотских).....	209
2.10. Шок: классификация, диагностика и лечение (К.М. Лебединский, М.Ю. Киров, В.В. Кузьков, А.Л. Левит, Е.В. Григорьев, И.Н. Лейдерман).....	219
2.11. Основные процедуры и манипуляции в отделении интенсивной терапии (Р.Е. Лахин, Д.Н. Уваров, А.А. Андреев).....	233
Глава 3. Интенсивная терапия в периоперационном периоде (отв. ред. И.Б. Заболотских, К.М. Лебединский).....	309
3.1. Стрессовый ответ на хирургическую травму (А.Е. Карелов).....	309
3.2. Периоперационная инфузионная терапия (Е.С. Горобец).....	322
3.3. Острая массивная кровопотеря (Е.В. Григорьев).....	345
3.4. Реинфузия крови в хирургии (А.Ю. Лубнин, В.В. Громова).....	358
3.5. Периоперационная нутритивная поддержка (И.Н. Лейдерман).....	368
3.6. Аналгезия (А.М. Овечкин, П.А. Кириенко, Д.Н. Уваров, И.Б. Заболотских).....	383
3.7. Сопутствующие заболевания системы кровообращения (В.И. Потиевская, А.Е. Баутин).....	396

3.8. Протективная вентиляция легких в операционной (И.Б. Заболотских, Н.В. Трембаз)	451
3.9. Периоперационное ведение пациентов с сопутствующей дыхательной недостаточностью (И.Б. Заболотских, Н.В. Трембаз)	457
3.10. Периоперационная интенсивная терапия у пациентов с сопутствующими заболеваниями центральной нервной системы и нейромышечными заболеваниями (И.Б. Заболотских, Н.В. Трембаз, М.А. Магомедов, К.М. Лебединский)	480
3.11. Нарушения системы гемостаза: диагностика и коррекция (И.Б. Заболотских, С.В. Синьков, А.Ю. Буланов)	498
3.12. Сопутствующие заболевания эндокринной системы (Ю.П. Малышев, А.И. Ярошецкий)	534
3.13. Сопутствующие заболевания почек, печени и желудочно-кишечного тракта (И.Б. Заболотских, С.В. Синьков, Ю.П. Малышев, С.В. Григорьев)	565
3.14. Сопутствующие психические заболевания, наркотическая и алкогольная зависимость (И.Б. Заболотских, Н.В. Трембаз, В.В. Мясникова, А.Е. Мурунов)	586
3.15. Послеоперационная когнитивная дисфункция (А.М. Овезов, М.В. Пантелеева)	615
3.16. Послеоперационный делирий (М.М. Соколова, М.Ю. Киров)	626
3.17. Периоперационная интенсивная терапия в гериатрии (И.Б. Заболотских, К.М. Лебединский, Т.С. Мусаева, Н.В. Трембаз)	634
3.18. Особенности у онкологических пациентов (А.Е. Карелов)	647
3.19. Периоперационное ведение пациентов с анафилаксией (Т.С. Мусаева, К.М. Лебединский, А.Ж. Баялиева, Е.М. Шифман, И.Б. Заболотских)	657
Глава 4. Интенсивная терапия заболеваний и повреждений нервной системы (отв. ред. В.В. Крылов, М.А. Пирадов, А.В. Щеголев)	669
4.1. Патофизиология центральной нервной системы (В.В. Крылов, А.Н. Кондратьев, А.А. Белкин, С.С. Петриков, А.В. Щеголев)	669
4.2. Неврологическая диагностика при заболеваниях и повреждениях центральной нервной системы (А.А. Белкин, В.В. Крылов, М.А. Пирадов, А.Н. Кондратьев, С.С. Петриков, Е.А. Кондратьева)	683
4.3. Судорожный синдром (Д.А. Аверьянов, А.Н. Кондратьев, А.В. Щеголев)	705
4.4. Инсульт (М.А. Пирадов, М.Ю. Максимова, М.А. Домашенко)	717
4.5. Полинейромиопатия критического состояния (А.А. Белкин, А.М. Алашеев)	734
4.6. Интенсивная терапия пациентов с тяжелой черепно-мозговой травмой (В.В. Крылов, А.В. Щеголев, С.С. Петриков, В.И. Шаталов)	741
4.7. Травматическое повреждение спинного мозга (В.В. Крылов, А.В. Щеголев, В.И. Шаталов)	768
4.8. Интенсивная терапия в нейрохирургии (А.Н. Кондратьев, Н.А. Лестева, И.А. Савин, Л.М. Ценципер, А.В. Щеголев)	775
4.9. Длительные нарушения сознания (Е.А. Кондратьева, А.А. Белкин, М.В. Петрова)	791
4.10. Смерть мозга (М.А. Пирадов, Е.В. Гнедовская, С.М. Степаненко, В.Г. Амгеславский)	813

Глава 5. Реабилитация в интенсивной терапии (отв. ред. А.А. Белкин)	818
5.1. Реабилитация в интенсивной терапии. РеабИТ (А.А. Белкин, И.Н. Лейдерман, Н.С. Давыдова)	818
Глава 6. Интенсивная терапия дыхательной недостаточности (отв. ред. Д.Н. Проценко, А.И. Ярошецкий)	844
6.1. Ключевые вопросы патофизиологии легких (О.В. Игнатенко)	844
6.2. Диагностика и мониторинг дыхательной недостаточности (А.И. Ярошецкий, А.И. Грицан)	869
6.3. Респираторная терапия (А.И. Ярошецкий)	889
6.4. Отек легких (О.В. Игнатенко, Д.Н. Проценко, А.И. Ярошецкий)	915
6.5. Острый респираторный дистресс-синдром (Д.Н. Проценко, А.И. Грицан, А.И. Ярошецкий, М.Ю. Киров)	922
6.6. Аспирационный пневмонит (Д.Н. Проценко)	935
6.7. Утопление (Д.Н. Проценко)	938
6.8. Астматический статус (С.Н. Авдеев)	941
6.9. Тяжелое обострение хронической обструктивной болезни легких (С.Н. Авдеев)	952
6.10. Пневмоторакс. Гемоторакс (Д.Н. Проценко)	963
6.11. Интенсивная терапия при неинфекционных паренхиматозных заболеваниях легких (С.Н. Авдеев)	968
Глава 7. Интенсивная терапия нарушений кровообращения (отв. ред. А.А. Еременко, К.М. Лебединский)	983
7.1. Патофизиология нарушений кровообращения (М.Ю. Киров, В.В. Кузьков, К.М. Лебединский)	983
7.2. Мониторинг гемодинамики в интенсивной терапии (М.Ю. Киров, В.В. Кузьков, К.М. Лебединский)	997
7.3. Острые коронарные синдромы (И.С. Курапеев, В.К. Сухов)	1010
7.4. Тромбоэмболия легочных артерий и хроническая постэмболическая легочная гипертензия (А.И. Кириенко, С.Г. Леонтьев, И.С. Лебедев)	1036
7.5. Внезапная сердечная смерть (Г.Е. Гендлин, А.Ш. Ревишвили, К.М. Лебединский)	1053
7.6. Острая сердечная недостаточность (С.Н. Терещенко, А.А. Еременко, И.В. Жиров)	1063
7.7. Острый перикардит (Е.В. Григорьев)	1086
7.8. Гипертонические кризы: диагностика и лечение (С.Н. Терещенко, Т.М. Ускаг)	1092
7.9. Артериальная гипотензия (А.А. Еременко)	1109
7.10. Особенности интенсивной терапии в кардиохирургии (А.А. Еременко)	1113
7.11. Экстракорпоральная мембранная оксигенация при сердечной недостаточности (Е.Н. Ершов, Д.А. Шелухин, А.В. Щеголев, И.С. Курапеев)	1131
Предметный указатель	1142

Глава 1

Организационно-правовые вопросы

Ответственный редактор *Д.Н. Проценко*

1.1. НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ В АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАТОЛОГИИ

В.И. Горбачев, С.А. Сумин

Анестезиолого-реанимационная помощь является составной частью отношений, возникающих в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации.

Правовое регулирование сферы охраны здоровья представляет собой комплекс взаимосвязанных законов и подзаконных нормативных правовых актов, основная часть которых распространяет свое действие на всех работников здравоохранения, а другая — регламентирует исключительно анестезиолого-реанимационную медицинскую помощь.

Конституция Российской Федерации имеет высшую юридическую силу, прямое действие и применяется на всей территории Российской Федерации. Законы и иные правовые акты, принимаемые в Российской Федерации, не должны противоречить Конституции Российской Федерации (часть 1 статьи 15 Конституции Российской Федерации).

Статья 41 Конституции Российской Федерации гарантирует следующее.

- Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений (часть 1).
- В Российской Федерации финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, принимаются меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, поощряется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию (часть 2).
- Сокрытие должностными лицами фактов и обстоятельств, создающих угрозу для жизни и здоровья людей, влечет за собой ответственность в соответствии с федеральным законом (часть 3).

Согласно части 4 статьи 15 Конституции Российской Федерации общепризнанные принципы и нормы международного права и международные договоры Российской Федерации являются составной частью ее правовой системы. Если международным договором Российской Федерации установлены иные правила, чем предусмотренные законом, то применяются правила международного договора.

Федеральные законы и кодексы.

1. Гражданский кодекс Российской Федерации.
2. Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 № 197-ФЗ.
3. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 № 195-ФЗ.

4. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 № 63-ФЗ.

5. Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 № 326-ФЗ регулирует отношения, возникающие в связи с осуществлением обязательного медицинского страхования, в том числе определяет правовое положение субъектов обязательного медицинского страхования и участников обязательного медицинского страхования, основания возникновения их прав и обязанностей, гарантии их реализации, отношения и ответственность, связанные с уплатой страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

6. Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств» от 12.04.2010 № 61-ФЗ регулирует отношения, возникающие в связи с обращением — разработкой, доклиническими исследованиями, клиническими исследованиями, экспертизой, государственной регистрацией, со стандартизацией и с контролем качества, производством, изготовлением, хранением, перевозкой, ввозом в Российскую Федерацию, вывозом из Российской Федерации, рекламой, отпуском, реализацией, передачей, применением, уничтожением лекарственных средств.

7. Федеральный закон «О наркотических средствах и психотропных веществах» от 08.01.1998 № 3-ФЗ регулирует деятельность в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров.

8. Закон Российской Федерации от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

9. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ регулирует отношения, возникающие в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации, и определяет основные права граждан в сфере здравоохранения. Важные изменения в него вводит Федеральный закон от 25.12.2018 № 489-ФЗ «О внесении изменений в статью 40 Федерального закона “Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации” и Федеральный закон “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” по вопросам клинических рекомендаций». Особо необходимо отметить следующие основополагающие статьи данного закона:

- статья 2, где указаны основные понятия, используемые в сфере здравоохранения, такие как медицинское вмешательство, лечащий врач, качество медицинской помощи, и которая дополняется пунктом 23: «клинические рекомендации — документы, содержащие основанную на научных доказательствах структурированную информацию по вопросам профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, в том числе протоколы ведения (протоколы лечения) пациента, варианты медицинского вмешательства и описание последовательности действий медицинского работника с учетом течения заболевания, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний, иных факторов, влияющих на результаты оказания медицинской помощи»;
- статья 6, где отмечен приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи, в том числе путем создания условий, обеспечивающих возмож-

ность посещения пациента и пребывания родственников с ним в медицинской организации с учетом состояния пациента, соблюдения противоэпидемического режима и интересов иных лиц, работающих и/или находящихся в медицинской организации;

- статья 10, устанавливающая, что доступность и качество медицинской помощи обеспечиваются применением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, а также предоставлением медицинской организацией гарантированного объема медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- статья 13, устанавливающая режим соблюдения врачебной тайны;
- статья 19, в которой указаны права пациентов на:
 - «1) выбор врага и выбор медицинской организации в соответствии с настоящим Федеральным законом;
 - 2) профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в медицинских организациях в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
 - 3) получение консультаций врачей-специалистов;
 - 4) облегчение боли, связанной с заболеванием и/или медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами;
 - 5) получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья. Пациент либо его законный представитель имеет право на основании письменного заявления получить отражающие состояние здоровья медицинские документы, их копии и выписки из медицинских документов. Основания, порядок и сроки предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них устанавливаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;
 - 6) получение легкого питания в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях;
 - 7) защиту сведений, составляющих врачебную тайну;
 - 8) отказ от медицинского вмешательства;
 - 9) возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи;
 - 10) допуск к нему адвоката или законного представителя для защиты своих прав;
 - 11) допуск к нему священнослужителя, а в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях — на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, проведение которых возможно в стационарных условиях, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок медицинской организации;
 - 12) добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство и отказ от него»;
- статья 20, посвященная правилам получения информированного добровольного согласия (ИДС) на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи;

- статья 37. Организация оказания медицинской помощи изменена серьезным образом, что касается приоритета клинических рекомендаций.
- 1. Медицинская помощь, за исключением медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации, организуется и оказывается:
 - 1) в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;
 - 2) в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми уполномоченным федеральным органом исполнительной власти и обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями;
 - 3) на основе клинических рекомендаций;
 - 4) с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. <...>
- 3. Клинические рекомендации разрабатываются медицинскими профессиональными некоммерческими организациями по отдельным заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний) с указанием медицинских услуг, предусмотренных номенклатурой медицинских услуг. Перечень заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), по которым разрабатываются клинические рекомендации, формируется уполномоченным федеральным органом исполнительной власти на основании установленных им критериев. Остальные пункты статьи посвящены дальнейшей детализации порядка разработки и применения клинических рекомендаций;
- статья 45, запрещающая эвтаназию: «Медицинским работникам запрещается осуществление эвтаназии, то есть ускорение по просьбе пациента его смерти какими-либо действиями (бездействием) или средствами, в том числе прекращение искусственных мероприятий по поддержанию жизни пациента»;
- статья 48, вводящая принципы формирования и работы врачебной комиссии, а также созыва консилиума врачей и формулирования его заключения;
- статья 66, посвященная определению момента смерти человека и прекращению реанимационных мероприятий, имеющая для анестезиолога-реаниматолога важнейшее правовое и профессиональное значение. Данная статья устанавливает следующие обязательные требования.
 1. Моментом смерти человека является момент смерти его мозга или его биологической смерти (необратимой гибели человека).
 2. Смерть мозга наступает при полном и необратимом прекращении всех его функций, регистрируемом при работающем сердце и искусственной вентиляции легких.
 3. Диагноз смерти мозга устанавливается консилиумом врачей в медицинской организации, в которой находится пациент. В состав консилиума врачей должны быть включены анестезиолог-реаниматолог и невролог, имеющие опыт работы по специальности не менее чем пять лет. В состав консилиума врачей не могут быть включены специалисты, принимающие участие в изъятии и трансплантации (пересадке) органов и/или тканей.
 4. Биологическая смерть человека устанавливается на основании наличия ранних и/или поздних трупных изменений.
 5. Констатация биологической смерти человека осуществляется медицинским работником (врачом или фельдшером).
 6. Реанимационные мероприятия прекращаются в случае признания их абсолютно бесперспективными, а именно:

- 1) при констатации смерти человека на основании смерти головного мозга, в том числе на фоне неэффективного применения полного комплекса реанимационных мероприятий, направленных на поддержание жизни;
 - 2) при неэффективности реанимационных мероприятий, направленных на восстановление жизненно важных функций, в течение тридцати минут;
 - 3) при отсутствии у новорожденного сердцебиения по истечении десяти минут с начала проведения реанимационных мероприятий (искусственной вентиляции легких, массажа сердца, введения лекарственных препаратов).
7. Реанимационные мероприятия не проводятся:
- 1) при состоянии клинической смерти (остановке жизненно важных функций организма человека (кровообращения и дыхания) потенциально обратимого характера на фоне отсутствия признаков смерти мозга) на фоне прогрессирования достоверно установленных неизлечимых заболеваний или неизлечимых последствий острой травмы, несовместимых с жизнью;
 - 2) при наличии признаков биологической смерти человека.
8. Порядок определения момента смерти человека, в том числе критерии и процедура установления смерти человека, порядок прекращения реанимационных мероприятий и форма протокола установления смерти человека определяются Правительством Российской Федерации.

Форма протокола установления смерти человека регламентирована постановлением Правительства РФ от 20.09.2012 № 950 «Об утверждении Правил определения момента смерти человека, в том числе критериев и процедуры установления смерти человека, Правил прекращения реанимационных мероприятий и формы протокола установления смерти человека», а также приказом Минздрава России от 25.12.2014 № 908н «Порядок установления диагноза смерти мозга человека»;

- статья 67, в которой приведены обязательные поводы для выполнения патолого-анатомического вскрытия, несмотря на имеющиеся возражения родственников умершего, что имеет существенное значение для последующего оправдания действий врача:

«3. По религиозным мотивам при наличии письменного заявления супруга или близкого родственника (детей, родителей, усыновленных, усыновителей, родных братьев и родных сестер, внуков, дедушки, бабушки), а при их отсутствии иных родственников либо законного представителя умершего или при волеизъявлении самого умершего, сделанном им при жизни, патолого-анатомическое вскрытие не производится, за исключением случаев:

- 1) подозрения на насильственную смерть;
- 2) невозможности установления заключительного клинического диагноза заболевания, приведшего к смерти, и/или непосредственной причины смерти;
- 3) оказания умершему пациенту медицинской организацией медицинской помощи в стационарных условиях менее одних суток;
- 4) подозрения на передозировку или непереносимость лекарственных препаратов или диагностических препаратов;
- 5) смерти:
 - а) связанной с проведением профилактических, диагностических, инструментальных, анестезиологических, реанимационных, лежбных мероприятий, во время или после операции переливания крови и/или ее компонентов;
 - б) от инфекционного заболевания или при подозрении на него;
 - в) от онкологического заболевания при отсутствии гистологической верификации опухоли;
 - г) от заболевания, связанного с последствиями экологической катастрофы;
 - д) беременных, рожениц, родильниц (включая последний день послеродового периода) и детей в возрасте до двадцати восьми дней жизни включительно;

- б) рождения мертвого ребенка;
в) необходимости судебно-медицинского исследования»;
- статья 70, определяющая права и обязанности лечащего врача, что имеет существенное значение для возможных обвинений анестезиолога-реаниматолога:
«2. *Легащий враг организует своевременное квалифицированное обследование и легение пациента...*

5. *Легащий враг устанавливает диагноз, который является основанным на всестороннем обследовании пациента и составленным с использованием медицинских терминов медицинским заключением о заболевании (состоянии) пациента, в том числе явившемся причиной смерти пациента».* Вопрос, является ли анестезиолог-реаниматолог лечащим врачом или нет в аспекте установления диагноза, регламентируется ст. 2 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 29.05.2019) и разделом 3.1.1. Трудовая функция профессионального стандарта «Врач-анестезиолог-реаниматолог», утвержденного приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 27.08.2018 № 554н;
 - статья 79, устанавливающая обязанности медицинских организаций;
 - глава 12, устанавливающая принципы и правила организации контроля в сфере охраны здоровья;
 - статья 98, определяющая условия возникновения ответственности в сфере охраны здоровья, в том числе: вред, причиненный жизни и/или здоровью граждан при оказании им медицинской помощи, возмещается медицинскими организациями в объеме и порядке, установленных законодательством РФ; возмещение вреда, причиненного жизни и/или здоровью граждан, не освобождает медицинских работников и фармацевтических работников от привлечения их к ответственности в соответствии с законодательством РФ.

Федеральные нормативные правовые акты.

1. Постановление Правительства Российской Федерации от 16.04.2012 № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)».

2. Приказ Минздрава России от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

3. Приказ Минздрава России от 20.10.2012 № 1183н «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников».

4. Приказ Минздрава России от 08.10.2015 № 707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки»».

5. Приказ Минздрава России от 23.04.2013 № 240н «О Порядке и сроках прохождения медицинскими работниками и фармацевтическими работниками аттестации для получения квалификационной категории».

6. Приказ Минздрава России от 23.04.2012 № 390н «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи».

7. Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1177н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства».

8. Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 919н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю “анестезиология и реаниматология”».

9. Приказ Минздрава России от 12.11.2012 № 909н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям по профилю “анестезиология и реаниматология”».

10. Профессиональный стандарт «Врач-анестезиолог-реаниматолог», утвержденный приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 27.08.2018 № 554н.

11. Приказ Минздрава России от 14.09.2018 № 625н «О внесении изменений в порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю “анестезиология и реаниматология”, утвержденный приказом Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. № 919н».

Нормативные правовые акты субъектов Российской Федерации (приказы министерств, департаментов и комитетов здравоохранения субъектов РФ) и муниципальных образований.

Локальные нормативные акты лечебных учреждений (приказы, должностные инструкции и т.д.).

Соблюдение требований данных документов, обладающих нормативной (обязательной) силой для всего персонала медицинских организаций, повышает качество медицинской помощи пациентам, обеспечивает технологичность ее оказания, исключает произвольный подход к лечебно-диагностическому процессу и уменьшает риск юридической ответственности медицинских работников даже при неблагоприятном исходе.

Задачи анестезиолого-реанимационной службы

Задачи анестезиолого-реанимационной службы определяются разделом II [Описание трудовых функций, входящих в профессиональный стандарт (функциональная карта вида профессиональной деятельности)] профессионального стандарта «Врач-анестезиолог-реаниматолог», утвержденного приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 27.08.2018 № 554н.

Этот документ в настоящее время еще не утвержден, но ввиду отсутствия иного правового регулирования считаем возможным учитывать его положения.

А. Оказание специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология и реаниматология».

В. Организация лечебно-диагностического процесса (выбор методов лечения, диагностики и лекарственное обеспечение пациентов):

- профилактика и лечение боли и болезненных ощущений у пациентов, выбор вида обезболивания в соответствии с соматическим статусом пациента, характером и объемом вмешательства и его неотложностью;
- поддержание и (или) искусственное замещение обратимо нарушенных функций жизненно важных органов и систем при состояниях, угрожающих жизни пациента;
- лабораторный и функциональный мониторинг за адекватностью анестезии и (или) интенсивной терапии.

С. Организационно-управленческая и научно-исследовательская деятельность:

- ведение учетно-отчетной медицинской документации;
- проведение лабораторных, функциональных и экспериментальных исследований, подготовка отчетов;
- организация труда медицинского персонала в медицинских организациях.

В соответствии с приказом Минздрава России от 07.10.2015 № 700н «О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фарма-

цветическое образование»; приказом Минздрава России № 707н от 06.10.2015 «Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки “Здравоохранение и медицинские науки”»; приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 27.08.2018 № 554н «Об утверждении профессионального стандарта “Врач-анестезиолог-реаниматолог”», занимать врачебную должность врача-анестезиолога-реаниматолога имеет право гражданин:

- имеющий высшее образование — специалитет по одной из специальностей: «лечебное дело», «педиатрия»;
- прошедший подготовку в интернатуре/ординатуре или профессиональную переподготовку (при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре по одной из специальностей: «неонатология» или «нефрология») по специальности «анестезиология и реаниматология» и имеющий сертификат специалиста по специальности «анестезиология-реаниматология» или свидетельство об аккредитации специалиста с 01.01.2016 (ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 № 323-ФЗ, статья 69);
- прошедший предварительные при поступлении на работу и периодические профилактические медицинские осмотры в установленном порядке (статья 213 Трудового кодекса РФ).

Организация анестезиолого-реанимационной службы

Нормативным документом, регламентирующим организацию анестезиолого-реанимационной помощи взрослому населению по профилю «анестезиология и реаниматология», является приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 919н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «анестезиология и реаниматология» и Приложения № 1–15 к настоящему Порядку (регламентируют оснащение и штатные нормативы при оказании медицинской помощи по данному профилю):

- Приложение № 1 определяет Правила организации деятельности группы анестезиологии-реанимации для взрослого населения;
- Приложение № 2 определяет Рекомендуемые штатные нормативы группы анестезиологии-реанимации для взрослого населения;
- Приложение № 3 определяет Стандарт оснащения группы анестезиологии-реанимации для взрослого населения;
- Приложение № 4 определяет Правила организации деятельности отделения анестезиологии-реанимации для взрослого населения;
- Приложение № 5 определяет Рекомендуемые штатные нормативы отделения анестезиологии и реанимации для взрослого населения;
- Приложение № 6 определяет Стандарт оснащения отделения анестезиологии и реанимации для взрослого населения;
- Приложение № 7 определяет Правила организации деятельности отделения анестезиологии-реанимации с палатами реанимации и интенсивной терапии для взрослого населения;
- Приложение № 8 определяет Рекомендуемые штатные нормативы отделения анестезиологии-реанимации с палатами реанимации и интенсивной терапии для взрослого населения;
- Приложение № 9 определяет Стандарт оснащения отделения анестезиологии-реанимации с палатами реанимации и интенсивной терапии для взрослого населения;
- Приложение № 10 определяет Правила организации деятельности отделения реанимации и интенсивной терапии для взрослого населения;

- Приложение № 11 определяет Рекомендуемые штатные нормативы отделения реанимации и интенсивной терапии для взрослого населения;
- Приложение № 12 определяет Стандарт оснащения отделения реанимации и интенсивной терапии для взрослого населения;
- Приложение № 13 определяет Правила организации деятельности центра анестезиологии-реаниматологии для взрослого населения;
- Приложение № 14 определяет Рекомендуемые штатные нормативы центра анестезиологии и реанимации для взрослого населения;
- Приложение № 15 определяет Стандарт оснащения центра анестезиологии и реанимации для взрослого населения.

Нормативным документом, регламентирующим организацию анестезиолого-реанимационной помощи детям по профилю «анестезиология и реаниматология», является приказ Минздрава России № 909н от 12.11.2012 «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи детям по профилю “анестезиология и реаниматология”» и Приложения № 1–9 к настоящему Порядку:

- Приложение № 1 определяет Правила организации деятельности группы анестезиологии-реанимации;
- Приложение № 2 определяет Рекомендуемые штатные нормативы группы анестезиологии-реанимации;
- Приложение № 3 определяет Стандарт оснащения группы анестезиологии-реанимации;
- Приложение № 4 определяет Правила организации деятельности отделения анестезиологии-реанимации;
- Приложение № 5 определяет Рекомендуемые штатные нормативы отделения анестезиологии-реанимации;
- Приложение № 6 определяет Стандарт оснащения отделения анестезиологии-реанимации;
- Приложение № 7 определяет Правила организации деятельности центра анестезиологии-реанимации;
- Приложение № 8 определяет Рекомендуемые штатные нормативы центра анестезиологии-реанимации;
- Приложение № 9 определяет Стандарт оснащения центра анестезиологии-реанимации.

Структура анестезиолого-реанимационной службы

Структура анестезиолого-реанимационной службы определяется приказом Минздрава России № 919н от 15.11.2012 «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю “анестезиология и реаниматология”» и приказом Минздрава России № 909н от 12.11.2012 «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи детям по профилю «анестезиология и реаниматология».

Структурными подразделениями анестезиолого-реанимационной службы являются отделения (группы, палаты, выездные бригады скорой медицинской помощи) анестезиологии-реанимации, а также реанимации и интенсивной терапии.

Штаты и оснащение анестезиолого-реанимационной службы

Штаты анестезиолого-реанимационной службы при оказании медицинской помощи взрослому населению по профилю «анестезиология и реаниматология»

регламентируются Приложениями № 2, 5, 8, 11, 14 к приказу Минздрава России от 15.11.2012 № 919н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю “анестезиология и реаниматология”».

Оснащение анестезиолого-реанимационной службы при оказании медицинской помощи взрослому населению по профилю «анестезиология и реаниматология» регламентируется Приложениями № 3, 6, 9, 12, 15 к приказу Минздрава России от 15.11.2012 № 919н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю “анестезиология и реаниматология”».

Необходимо отметить, что в большинстве порядков, посвященных деятельности различных специальностей, также представлено штатное расписание палат интенсивной терапии.

В приказ от 14.09.2018 № 625н «О внесении изменений в порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю “анестезиология и реаниматология”, утвержденный приказом Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. № 919н», внесены изменения, связанные с оказанием паллиативной помощи и использованием клинических рекомендаций. Кроме этого, прописывается создание в субъектах Российской Федерации дистанционных консультативных центров анестезиологии-реаниматологии, работающих с применением телемедицинских технологий. Центр является структурным подразделением медицинской организации, подведомственной исполнительному органу государственной власти субъекта Российской Федерации, соответствующей одному из следующих критериев: наличие в структуре регионального сосудистого центра, организованного в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения. В соответствии с данным приказом центр осуществляет консультации пациентов с внезапными острыми заболеваниями, состояниями, представляющими угрозу жизни больного.

К данным состояниям отнесены: шок тяжелой (III–IV) степени; кома различной этиологии с оценкой по шкале комы Глазго менее восьми баллов; массивная кровопотеря; острое нарушение гемостаза; острая недостаточность отдельных органов или систем тяжелой степени (острая сердечная и (или) сосудистая недостаточность, дыхательная недостаточность, церебральная недостаточность, печеночная, почечная или надпочечниковая недостаточность, панкреонекроз); гнойно-септическое состояние (сепсис, перитонит, гнойный плеврит, флегмона); расстройство регионального и (или) органного кровообращения, приводящее к инфаркту внутреннего органа или гангрене конечности; эмболия (газовая, жировая, тканевая, тромбоэмболия) сосудов головного мозга, легких; острое отравление химическими и биологическими веществами, включая лекарственные препараты, вызвавшее угрожающее жизни состояние; различные виды механической асфиксии, последствия общего воздействия высокой или низкой температуры, высокого или низкого атмосферного давления (баротравма, кессонная болезнь), технического или атмосферного электричества (электротравма), вызвавшие угрожающее жизни состояние; последствия других форм неблагоприятного воздействия (обезвоживание, истощение и иные), вызвавшие угрожающее жизни состояние.

Виды юридической ответственности в сфере интенсивной терапии, анестезиологии и реанимации

Действующее законодательство определяет юридическую ответственность физического лица (гражданина) и юридического лица (организации). Различают административную, дисциплинарную, уголовную и гражданско-правовую ответственность.

Уголовное преследование может осуществляться только в отношении физических лиц (в здравоохранении — врачи и средний медицинский персонал) с применением к ним юридических санкций, предусмотренных Уголовным кодексом РФ (УК РФ).

Гражданско-правовая ответственность предусматривает привлечение в качестве ответчика, как правило, юридических лиц. За причинение вреда пациентам материальную ответственность несет организация-работодатель. Необходимо отметить, что по Трудовому кодексу РФ (ТК РФ), статья 241, за причиненный ущерб своей организации работник несет материальную ответственность в пределах своего среднего месячного заработка. Это означает, что при любом размере компенсации, выплаченной пациенту по судебному решению, непосредственно с врача закон позволяет работодателю взыскать не больше его среднемесячного заработка. Статья 243 ТК РФ предусматривает исключения из данного правила, так называемые случаи полной материальной ответственности, когда работодатель вправе взыскать с допустившего дефект работника полную сумму причиненного ущерба. К ним относят ситуации, когда ущерб причинен в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения, а также в результате преступных действий работника, установленных приговором суда, или в результате административного проступка. Если в гражданском процессе за «врачебные ошибки» отвечает больница, то главный врач имеет право в регрессном порядке взыскать убытки, причиненные работником в зависимости от обстоятельств.

В медицинской практике случаи полной материальной ответственности врачей обусловлены, как правило, обвинительным приговором по уголовному делу. При уголовных делах в здравоохранении обычно не привлекают к лишению свободы, обвинительные приговоры в отношении врача считают «обременяющим» юридическим основанием для взыскания с него полной суммы причиненного ущерба, выплаченного больницей.

Перечень деяний, предусмотренных УК РФ, за совершение которых наступает уголовная ответственность медицинских работников, содержится в следующих основных статьях (табл. 1.1):

Таблица 1.1. Статьи Уголовного кодекса РФ, по которым наступает ответственность для медицинских работников

№ статьи	Название	Максимальная санкция
Ст. 109 ч. 2	Причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей	До 3 лет лишения свободы
Ст. 118 ч. 2	Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей	До 1 года лишения свободы
Ст. 120	Принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации	До 5 лет лишения свободы
Ст. 122 ч. 4	Заражение ВИЧ-инфекцией (вирусом иммунодефицита человека) вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей	До 5 лет лишения свободы
Ст. 123	Незаконное производство аборта лицом, не имеющим высшего медицинского образования соответствующего профиля	До 5 лет лишения свободы
Ст. 124	Неоказание помощи больному	До 4 лет лишения свободы
Ст. 125	Оставление в опасности	До 1 года лишения свободы

Окончание табл. 1.1

№ статьи	Название	Максимальная санкция
Ст. 128	Незаконная госпитализация в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях	До 7 лет лишения свободы
Ст. 153	Подмена ребенка	До 5 лет лишения свободы
Ст. 159	Мошенничество	До 10 лет лишения свободы
Ст. 171	Незаконное предпринимательство	До 5 лет лишения свободы
Ст. 228	Незаконные приобретение, хранение, перевозка, изготовление, переработка наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов, а также незаконные приобретение, хранение, перевозка растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, либо их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества	До 15 лет лишения свободы
Ст. 233	Незаконная выдача либо подделка рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ	До 2 лет лишения свободы
Ст. 234	Незаконный оборот сильнодействующих или ядовитых веществ в целях сбыта	До 2 лет лишения свободы
Ст. 235	Незаконное занятие частной медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью	До 5 лет лишения свободы
Ст. 236	Нарушение санитарно-эпидемиологических правил	До 5 лет лишения свободы
Ст. 238 ч. 1	Производство, хранение, перевозка либо сбыт товаров и продукции, выполнение работ или оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности	До 3 лет лишения свободы
Ст. 238 ч. 2	Те же деяния, если они: а) совершены группой лиц по предварительному сговору или организованной группой; б) совершены в отношении товаров, работ или услуг, предназначенных для детей в возрасте до шести лет; в) повлекли по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью либо смерть человека	До 6 лет лишения свободы
Ст. 290	Получение взятки	До 15 лет лишения свободы
Ст. 292	Служебный подлог	До 4 лет лишения свободы
Ст. 293	Халатность	До 7 лет лишения свободы
Ст. 307	Заведомо ложные показания, заключение эксперта или неправильный перевод	До 5 лет лишения свободы

При возникновении ятрогенных осложнений пациенты (или их родственники) чаще всего обращаются не в суд с гражданским иском, а в правоохранительные органы (прокуратуру, Следственный комитет) с заявлением о возбуждении уголовного дела. Данный путь считают наиболее простым и быстрым для установления обстоятельств случившегося и наказания виновных при наступлении неблагоприятных