



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ**

**РАСПОРЯЖЕНИЕ**

04.04 2014

№ 1012

г. Чита

В целях реализации выполнения условий Соглашения о предоставлении в 2014 году субсидии из федерального бюджета бюджету Забайкальского края на софинансирование расходных обязательств Забайкальского края, связанных с реализацией мероприятий, направленных на совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях, от «23» июня 2014г. № 202-ДПН-2014-1143, на основании Положения о Министерстве здравоохранения Забайкальского края:

1. Утвердить Протокол оказания медицинской помощи пострадавшим при ДТП на автомобильных дорогах, расположенных вдоль федеральных автомобильных дорог «Амур» (Чита-Могоща), «Байкал» (Чита-Петровский Завод), А-166 (Чита-Забайкальск) с сочетанной множественной и изолированной травмой, сопровождающихся шоком (Приложение 1);

2. Утвердить маршрутизацию пациентов пострадавших при дорожно-транспортных происшествиях, на автомобильных дорогах общего пользования федерального, регионального и межмуниципального значения с твердым покрытием (Приложения 2, 3);

3. Руководителям медицинских организаций Забайкальского края обеспечить оказание медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях, на автомобильных дорогах общего пользования федерального, регионального и межмуниципального значения с твердым покрытием согласно приложениям 1,2,3;

Срок - постоянно

4. Контроль за исполнением распоряжения возложить на заместителя руководителя министерства, начальника отдела организации медицинской помощи взрослому населению О.А.Дурову, заместителя руководителя министерства начальника отдела охраны материнства и детства Н.Г.Игнатьеву.

Министр здравоохранения



М.Н. Лазуткин

Согласовано: Н.Г. Первостова

О.А. Дурова

А.Н. Деекова

Исполнитель: С.А. Усков 8-(3022)-21-15-89

## Приложение 1

### Протокол

оказания медицинской помощи пострадавшим при ДТП на автомобильных дорогах, расположенных вдоль федеральных автомобильных дорог «Амур» (Чита-Могоща), «Байкал» (Чита-Петровский Завод), А-166 (Чита-Забайкальск) с сочетанной множественной и изолированной травмой, сопровождающихся шоком:

1. Оказание медицинской помощи пострадавшим с сочетанной, множественной и изолированной травмами, сопровождающимися шоком на месте происшествия
  - 1.1. Для оказания помощи пострадавшим при ДТП с кататравмой, синдромом длительного сдавления, переломами длинных трубчатых костей и другими изолированными повреждениями, сопровождающимися травматическим шоком, на место происшествия приезжает реанимобиль с бригадой в составе врача реаниматолога, двух фельдшеров (автомобилями "С" класса). При отсутствии реанимобиля на протяжении трассы в радиусе 40 км (длительность прибытия 20 минут) на место происшествия выезжает бригада службы скорой помощи (далее - ССП).
  - 1.2. Оказание первой медицинской помощи должно включать обеспечение проходимость дыхательных путей, реанимационные мероприятия, при наличии комы - интубация трахеи и искусственная вентиляция легких (далее - ИВЛ), поддержание показателей гемодинамики инфузионной терапией (2 периферических доступа), временная остановка наружного кровотечения (с указанием времени наложения жгута), обезболивание, транспортную фиксацию поврежденных сегментов, фиксацию шейного отдела позвоночника жесткими воротниками.
  - 1.3. При наличии противошокового костюма типа "Капитан", после проведения реанимационных мероприятий, дальнейшая транспортировка в учреждение осуществляется в противошоковом костюме.
  - 1.4. Доставка пострадавших при ДТП с федеральных автомобильных дорог «Амур» (Чита-Могоща), «Байкал» (Чита-Петровский Завод), А-166 (Чита-Забайкальск) осуществляется в травмоцентры I, II уровней в зависимости от объема имеющихся повреждений и стабильности показателей гемодинамики в соответствии с зонами ответственности учреждений здравоохранения.
  - 1.5. Пострадавшие, получившие травму в результате ДТП на федеральной трассе, госпитализируются в ближайшее учреждение II уровня. Пострадавшие, получившие травму в результате ДТП в других районах Забайкальского края, госпитализируются в ближайшее к месту происшествия лечебное учреждение (центральная районная больница), а после стабилизации состояния по согласованию переводятся в травмоцентр I уровня.
  - 1.6. До прибытия бригады ССП на место происшествия информация о ДТП (кататравме и т.д.) диспетчером службы скорой помощи должна сообщаться в ближайшие к месту происшествия травмоцентры I, II, III уровней. В процессе транспортировки с места ДТП необходимо информировать лечебное учреждение на этапе эвакуации для своевременной подготовки сил и средств к приему пострадавших.
  - 1.7. До прибытия на место ДТП реанимобиля оказание доврачебной помощи осуществляется в порядке само- и взаимопомощи.
2. Оказание медицинской помощи пострадавшим с сочетанной, множественной и изолированной травмами, сопровождающимися шоком на этапе стационарного лечения
  - 2.1. Больные с политравмой, изолированными повреждениями, сопровождающимися травматическим шоком, должны быть доставлены в ближайшие травмоцентры I, II уровней реанимобилями (при их отсутствии - линейными бригадами ССП).



- 2.2. Пострадавший доставляется в противошоковое операционное отделение, где, независимо от характера повреждений, он должен быть осмотрен следующими специалистами: анестезиологом-реаниматологом, хирургом, травматологом. Врачи других специальностей приглашаются по необходимости. При отсутствии в лечебном учреждении противошокового отделения пациент сразу должен быть госпитализирован в реанимационное отделение, где осматривается вышеперечисленными специалистами. При отсутствии в лечебном учреждении узких специалистов пострадавший осматривается врачами реаниматологом и хирургом; при необходимости дополнительно специалисты вызываются по линии санитарной авиации.
- 2.3. Ответственным врачом, определяющим объем обследований и необходимость привлечения других специалистов для уточнения диагноза и тактики лечения, является дежурный хирург противошокового отделения; в других лечебных учреждениях - дежурный ответственный хирург.
- 2.4. В минимальный диагностический комплекс должны входить следующие исследования: рентгенография черепа в двух проекциях, костей таза, грудной клетки, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза, при отсутствии УЗИ, ЭКГ; эхоэнцефалография - по назначению нейрохирурга; при бессознательном состоянии пострадавшего - КТ головного мозга (при наличии КТ). Другие исследования - по необходимости, с учетом назначений смежных специалистов.
- 2.5. Минимум лабораторной диагностики: общий анализ крови (эритроциты, гемоглобин, гематокрит, тромбоциты), мочи, группа крови и резус фактор, биохимическое исследование крови, ЭДС, кровь на маркеры гепатитов, ВИЧ. Другие исследования - по необходимости, с учетом назначений смежных специалистов.
- 2.6. В противошоковой операционной (для других учреждений - палата реанимационного отделения) параллельно с диагностическими мероприятиями проводится катетеризация центральной вены, при необходимости с двух сторон (периферические вены), ИВЛ (ингаляция кислородом), инфузионная терапия, адекватное обезболивание; катетеризация мочевого пузыря, назогастральный зонд. По показаниям коррекция симптоматической терапии.
- 2.7. Показания и последовательность выполнения оперативных вмешательств определяются коллегиально специалистами, участвующими в обследовании, в зависимости от тяжести и степени доминирования повреждений. Корректировку и ответственность за решения принимает дежурный хирург противошокового операционного отделения.
- 2.8. По показаниям возможно выполнение одномоментных вмешательств разными специалистами.
- 2.9. В операционной противошокового отделения выполняется полный объем необходимых вмешательств: декомпрессивная трепанация, лапаротомия, первичная хирургическая обработка ран, скелетное вытяжение, фиксация переломов конечностей аппаратом внешней фиксации (АВФ), фиксация переломов таза АВФ или тазовыми шинками, ручные репозиции и вправления вывихов с последующей гипсовой иммобилизацией.
- 2.10. Погружной остеосинтез переломов конечностей и таза в ночное время по экстренным показаниям в противошоковом операционном отделении не выполняется. Показания к выполнению данных видов вмешательств по экстренным показаниям определяются индивидуально, коллегиально, при наличии операционной бригады, по согласованию с заведующими противошокового операционного отделения и отделения сочетанной травмы.
- 2.11. При массовом поступлении пострадавших и недостаточном количестве врачей противошокового операционного отделения, возможно привлечение специалистов других отделений.



- 2.12. После оказания помощи, при наличии нестабильного состояния больной транспортируется в отделение реанимации. При стабильных показателях жизнедеятельности больной переводится для дальнейшего лечения в отделение сочетанной травмы (профильное отделение). Профиль отделения зависит от тяжести преобладающей патологии, необходимости дальнейших лечебных манипуляций и определяется хирургом противошокового операционного отделения (ответственным хирургом).
- 2.13. В отделении реанимации ответственным считается врач-реаниматолог, врачи других специальностей курируют данного больного круглосуточно по характеру имеющихся повреждений.
- 2.14. Тактика лечения в отделении реанимации согласовывается с заведующим реанимационным отделением и заведующим отделением сочетанной травмы (профильного отделения).
- 2.15. При необходимости повторных вмешательств на реанимационном этапе, объем и место их проведения решаются коллегиально и/или совместно с заведующим реанимационным отделением и заведующим отделением сочетанной травмы (профильного отделения).
- 2.16. При возникновении летального исхода документацию оформляет врач отделения, за которым числится данный пострадавший (отделение сочетанной травмы, нейрохирургическое, хирургическое отделение). При наступлении летального исхода в противошоковой операционной оформлением документации занимаются врачи противошокового операционного отделения.
- 2.17. Перевод больного в отделение сочетанной травмы (профильное отделение) из реанимационного отделения производится после стабилизации состояния. При наличии у пациента диагноза сочетанной травмы со скелетным или торакальным компонентами пострадавший переводится в отделение сочетанной травмы. При наличии скелетной травмы и оперированной патологии органов брюшной полости, нейрохирургической травмы - больной переводится в отделение сочетанной травмы. При необходимости дальнейшего повторного хирургического лечения по поводу черепно-мозговой, позвоночной травмы пострадавший переводится в профильное отделение.
- 2.18. При наличии вегетативного статуса профиль отделения определяется по доминирующей патологии (травме, последствию травмы).
- 2.19. Лечение несложной травмы позвоночника (переломы, переломовывихи), сопровождающейся шоком, проводится в условиях отделения сочетанной травмы. При наличии осложненной (спинальной) травмы позвоночника лечение данных пострадавших проводится в нейрохирургическом отделении.
- 2.20. Отделение сочетанной травмы осуществляет консервативное и оперативное лечение травм опорно-двигательного аппарата у пострадавших с сочетанной и изолированной травмой.
- 2.21. Погружной остеосинтез в отделении сочетанной травмы выполняется по стабилизации состояния пострадавшего (в плановом и срочном порядке) после дообследования только в дневное время. При необходимости и при наличии операционной бригады возможно выполнение данных вмешательств в ночное время по согласованию с заведующим отделением сочетанной травмы.
- 2.22. После стабилизации состояния пострадавших и проведения первичной реабилитации дальнейшее лечение осуществляется амбулаторно, либо в стационарах по месту жительства, с учетом рекомендаций при выписке.
- 2.23. Этапные госпитализации при необходимости коррекции лечения, в целях реабилитации пострадавших осуществляются в профильные отделения стационара I, II уровней и отделение сочетанной травмы при наличии направления из учреждения по месту жительства, по согласованию с заведующим профильным отделением.

3. Взаимодействие и преемственность в оказании медицинской помощи пострадавшим с сочетанной, множественной и изолированной травмами, сопровождающимися шоком

3.1. При доставке пострадавших при ДТП с сочетанной, множественной и изолированной травмами, сопровождающимися шоком, (попутным транспортом) в ближайшее к месту ДТП медицинское учреждение III уровня после выполнения жизнепасающих операций, стабилизации показателей гемодинамики для дальнейшего лечения после проведенного минимума обследования и лечения больной транспортируется в учреждения I, II уровней реанимобилем класса "С".

3.2. При нестабильных показателях гемодинамики, критическом состоянии пострадавшего лечение проводится по месту госпитализации пострадавшего. При необходимости "на себя" вызываются специалисты по линии санитарной авиации.

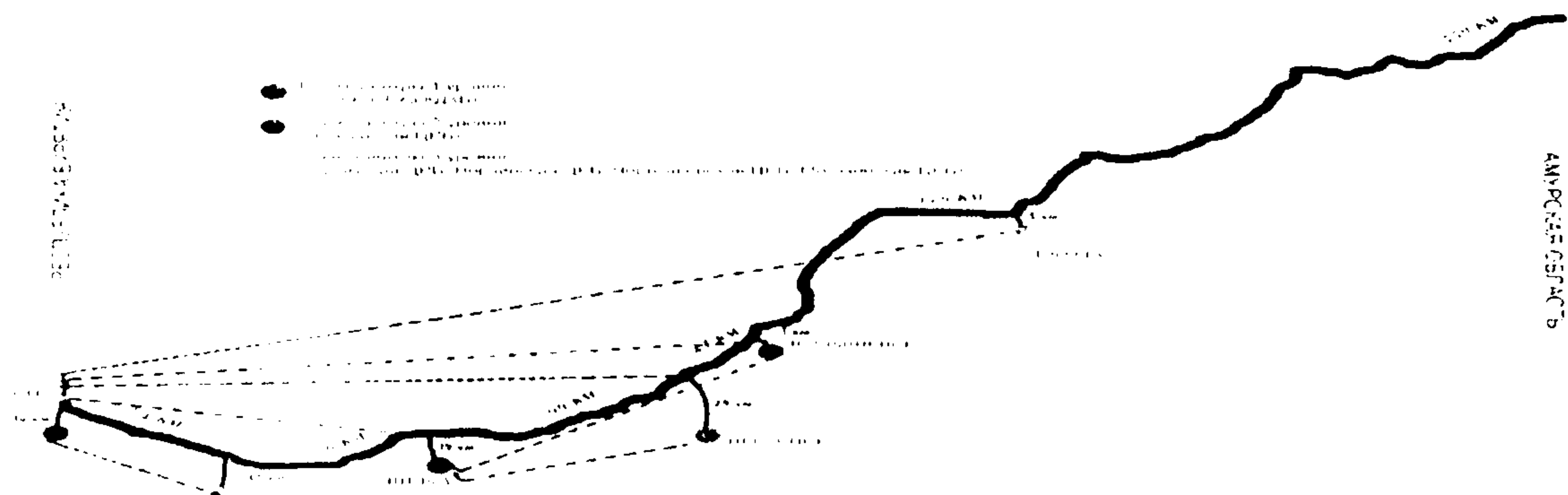
3.3. Оперативные вмешательства по жизненным показаниям проводятся в стационаре по месту госпитализации пострадавшего силами врачей стационара, или совместно со специалистами санитарной авиации.

3.4. Высокотехнологичные, реконструктивные вмешательства, ортопедические операции пострадавшим по поводу переломов конечностей выполняются в стационаре I уровня после перевода пострадавшего по согласованию с заведующим отделением сочетанной травмы.

3.5. При отсутствии возможности транспортировки пострадавшего операции погружного остеосинтеза могут выполняться в стационарах II уровня. Данные виды пособий могут выполняться специалистами учреждения II уровня при нестабильном состоянии пострадавшего, невозможности его транспортировки на I уровень по согласованию с заведующим отделением сочетанной травмы I уровня.

## Приложение 2

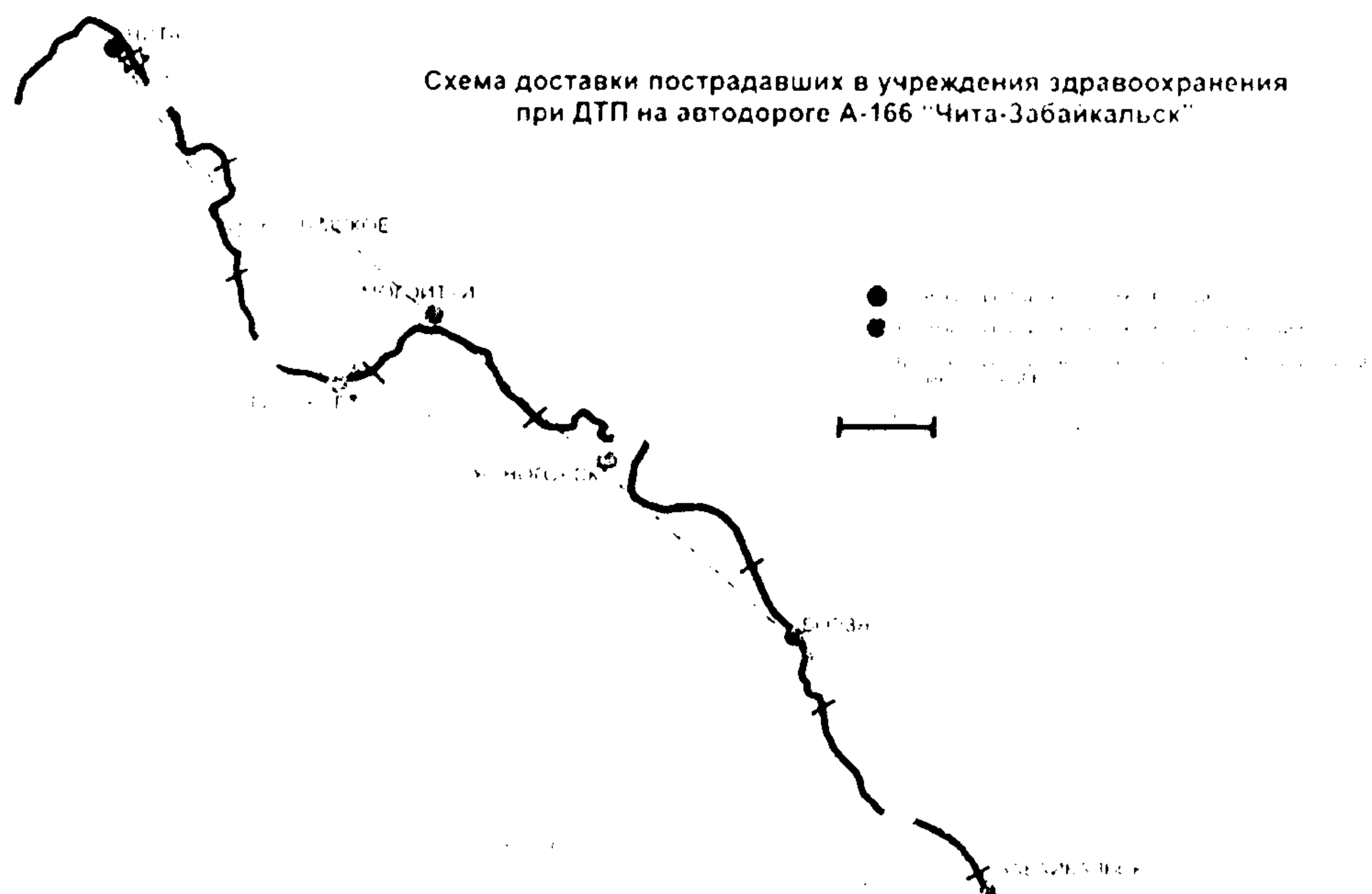
### СХЕМА ДОСТАВКИ ПОСТРАДАВШИХ В УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПРИ ДТП НА АВТОДОРОГЕ М-58



### Схема доставки пострадавших в учреждения здравоохранения при ДТП на автодороге М-55



### Схема доставки пострадавших в учреждения здравоохранения при ДТП на автодороге А-166 "Чита-Забайкальск"





**Зоны ответственности  
медицинских организаций Забайкальского края  
на автодороге федерального значения М-58 «Амур»**

№ ФАД, наименование, протяжённость	№ зоны, протяжённость в км., границы	Ответственное ЛПУ в зоне ФАД	ЛПУ, в которое эвакуируются пострадавшие
М- 58 «Амур» Чита – Хабаровск 810 км.	Зона № 1, Чита – граница Карымского района, от 6 км. до 80 км. - 74 км.	Травмацентры 1 уровня: ГУЗ «Краевая клиническая больница», ГУЗ «Краевая детская клиническая больница»	ГУЗ «Краевая клиническая больница» ГУЗ « Краевая детская клиническая больница»
	Зона № 2, граница Карымского р-на – граница Шилкинского р-на, от 80 км. до 156 км. - 76 км.	Травмацентр 3 уровня: ГУЗ «Карымская ЦРБ»	ГУЗ «Карымская ЦРБ» ГУЗ «Краевая клиническая больница» ГУЗ « Краевая детская клиническая больница»
	Зона № 3, граница Шилкинского р-на – граница Нерчинского р-на, от 156 км. до 242 км. - 99 км.	Травмацентр 2 уровня: ГУЗ «Шилкинская ЦРБ»	ГУЗ «Шилкинская ЦРБ» ГУЗ «Краевая клиническая больница» ГУЗ « Краевая детская клиническая больница»
	Зона № 4, граница Нерчинского р-на – граница Чернышевского р- на, от 242 км. до 266 км. - 24 км.	Травмацентр 3 уровня: ГУЗ «Нерчинская ЦРБ»	ГУЗ «Нерчинская ЦРБ» МУЗ «Шилкинская ЦРБ» ГУЗ «Краевая клиническая больница»



			ГУЗ « Краевая детская клиническая больница»
	Зона № 5, граница Чернышевского р-на – граница Могочинского р-на, от 266 км. до 444 км. - 178 км.	Травмацентр 3 уровня: ГУЗ «Чернышевская ЦРБ»	ГУЗ «Чернышевская ЦРБ» ГУЗ Шилкинская ЦРБ» ГУЗ «Краевая клиническая больница» ГУЗ « Краевая детская клиническая больница»
	Зона № 6, граница Могочинского р-на – граница Амурской области, от 444 км. до 803 км. - 359 км.	Травмацентр 3 уровня: ГУЗ «Могочинская ЦРБ»	ГУЗ «Могочинская ЦРБ» ГУЗ «Краевая клиническая больница» ГУЗ « Краевая детская клиническая больница»

**Зоны ответственности  
медицинских организаций Забайкальского края  
на автодороге федерального значения М-55 «Байкал»**

№ ФАД, наименование, протяжённость	№ зоны, протяжённость в км., границы	Ответственное ЛПУ в зоне ФАД	ЛПУ, в которое эвакуируются пострадавшие
М- 55 «Байкал» Чита – Иркутск 469 км.	Зона № 1, Чита – граница Улетовского района, от 0 км. до 40 км. - 40 км.	Травмацентры 1 уровня: ГУЗ «Краевая клиническая больница», ГУЗ «Краевая детская клиническая больница»	ГУЗ «Краевая клиническая больница» ГУЗ « Краевая детская клиническая больница»
	Зона № 2, граница	Травмацентр 3	ГУЗ

Улетовского р-на – граница Хилокского р-на, от 40 км. до 216 км. - 176 км.	уровня: ГУЗ «Улетовская ЦРБ»	«Улетовская ЦРБ» ГУЗ «Краевая клиническая больница» ГУЗ « Краевая детская клиническая больница»
Зона № 3, граница Хилокского р-на – граница Петровск- Забайкальского р- на, от 216 км. до 363 км. - 147 км.	Травмацентр 3 уровня: ГУЗ «Хилокская ЦРБ»	ГУЗ «Хилокская ЦРБ» ГУЗ «Петровск- Забайкальская ЦРБ» ГУЗ «Краевая клиническая больница» ГУЗ « Краевая детская клиническая больница»
Зона № 4, граница Петровск- Забайкальского р-на – граница Забайкальского края, от 363 км. до 469 км. - 106 км.	Травмацентр 2 уровня: ГУЗ «Петровск- Забайкальская ЦРБ»	ГУЗ «Петровск- Забайкальская ЦРБ» ГУЗ «Краевая клиническая больница» ГУЗ « Краевая детская клиническая больница»

**Зоны ответственности  
медицинских организаций Забайкальского края  
на автодороге федерального значения А-166 «Чита-Забайкальск»**

ФАД № и наименование	№ Зоны ответственности и протяженность района	Ответственное ЛПУ в зоне ФАД	Скорая медицинская помощь	
			К-во бригад всего	В т. ч. фельдшерск их
1	2	3	6	7

<b>А-166</b> <b>«Чита –</b> <b>Забайкальск</b> <b>(Маньчжурия</b> <b>КНР)</b>	Зона № 1 Читинский р-н от 12 — 58 46 км	<b>ГУЗ «Читинская ЦРБ»</b>	4	3
	Зона № 2 Карымский р-н с 58 — 99 41 км	<b>ГУЗ «Карымская ЦРБ»</b>	3	3
	Зона № 3 Агинский р-н с 99 — 163 64 км	<b>ГУЗ «Агинская Окружная больница»</b>	2	1
	Зона № 4 Могойтуйский р-н с 163 — 234 71 км	<b>ГУЗ «Могойтуйская ЦРБ»</b>	2	2
	Зона № 5 Оловянинский р-н с 234 — 349 115 км	<b>ГУЗ «Оловянинская ЦРБ»</b>	2	2
	Зона № 6 Борзинский р-н с 349 — 404 55 км	<b>ГУЗ «Борзинская ЦРБ»</b>	3	3
	Зона № 7 Забайкальский р-н с 404 — 480 76 км	<b>ГУЗ «Забайкальская ЦРБ»</b>	3	3