



**Министерство
здравоохранения Нижегородской области**

П Р И К А З

12.02.2024

315-121/24П/од

№ _____

г. Нижний Новгород

**О внесении изменений в приказ от 16.12.22
№315-1100/22П/од "Об организации работы
регионального дистанционного детского
консультативного центра с выездными
анестезиолого-реанимационными
бригадами"**

В соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 июня 2013 г. №388н (ред. от 21.02.2020) «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи», от 25 декабря 2012 г. №909н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям по профилю "анестезиология и реаниматология"», от 15 ноября 2012 г. №921н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "неонатология"» в целях совершенствования оказания медицинской помощи детям, нуждающимся в интенсивной терапии и реанимации в медицинских организациях, а также с целью снижения младенческой и детской смертности в Нижегородской области

п р и к а з ы в а ю:

1. Внести изменения в приказ от 16.12.2022 №№315-1100/22П/од «Об организации работы регионального дистанционного детского консультативного центра с выездными анестезиолого-реанимационными бригадами ГБУЗ НО «Нижегородская областная детская клиническая больница» (далее – Приказ 1100) в части:

1.1. пункт 1.3. Приказа 1100 изложить в следующей редакции:

«1.3. Две выездные специализированные экстренные консультативные бригады скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации (педиатрические) для оказания экстренной консультативной скорой медицинской помощи и медицинской эвакуации новорожденных и детей до 3 лет (включительно), в том числе и с инфекционной патологией, по городу Нижнему Новгороду, по Нижегородской области и за пределы региона в составе регионального дистанционного детского консультативного центра с

выездными анестезиолого-реанимационными бригадами (далее – РДКЦ) отделения экстренной консультативной скорой медицинской помощи ГБУЗ НО «Нижегородская областная детская клиническая больница»» (далее - ОЭКСП);

1.2. пункт 1.4. Приказа 1100 изложить в следующей редакции:

«1.4. Одну выездную специализированную экстренную консультативную бригаду скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации для оказания экстренной консультативной скорой медицинской помощи и медицинской эвакуации детей от 4 до 17 лет (включительно) по Нижегородской области и за пределы региона (за исключением больных детей с инфекционной патологией) в составе РДКЦ ОЭКСП»;

1.3. приложение №1 Приказа 1100 (Положение об РДКЦ ГБУЗ НО «Нижегородская областная детская клиническая больница») изложить в редакции приложения № 1 к настоящему приказу;

1.4. приложение №2 Приказа 1100 (Алгоритм оказания дистанционной консультативной анестезиолого-реанимационной медицинской помощи детям при экстренных и неотложных состояниях) изложить в редакции приложения № 2 к настоящему приказу;

1.5. приложение №6 Приказа 1100 (Карта динамического интенсивного наблюдения) изложить в редакции приложения № 3 к настоящему приказу;

1.6. пункт 3.8. Приказа 1100 исключить;

1.7. пункт 3.10. Приказа 1100 изложить в следующей редакции:

«3.10. привлечение к дежурствам в качестве внешних совместителей специалистов (врачей анестезиологов – реаниматологов) ГБУЗ НО «Детская городская клиническая больница №1 Приокского района г.Н.Новгорода», ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №40 Автозаводского района г.Н.Новгорода», ГБУЗ НО «Дзержинский перинатальный центр», ГБУЗ НО «Родильный дом №4 Ленинского района г.Н.Новгорода», ГБУЗ НО «Родильный дом №1 Нижегородского района г.Н.Новгорода», ГБУЗ НО «Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А. Семашко»»;

1.8. пункт 4 Приказа 1100 исключить;

1.9. пункт 5 Приказа 1100 изложить в следующей редакции:

«5. Главным врачам ГБУЗ НО «Детская городская клиническая больница №1 Приокского района г.Н.Новгорода» (Гурьева Е.В.), ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №40 Автозаводского района г.Н.Новгорода» (Мануйленко О.В.), ГБУЗ НО «Дзержинский перинатальный центр» (Рыжова Н.К.), ГБУЗ НО «Родильный дом №4 Ленинского района г.Н.Новгорода» (Биткина Э.Н.), ГБУЗ НО «Родильный дом №1 Нижегородского района г.Н.Новгорода» (Ниманихина А.В.), ГБУЗ НО «Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А.Семашко» (Богданов С.И.) обеспечить направление специалистов (анестезиологов-реаниматологов, неонатологов), подведомственных медицинских организаций, для трудоустройства в качестве

внешних совместителей на выездных специализированных экстренных консультативных бригадах скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации РДКЦ ОЭКСМП»;

1.10. пункт 6.3. Приказа 1100 изложить в следующей редакции:

«6.3. обеспечить медицинскую эвакуацию детей после консультации специалистами РДКЦ при согласовании перевода ребенка в медицинскую организацию третьего уровня выездными специализированными экстренными консультативными бригадами скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации РДКЦ ОЭКСМП ГБУЗ НО «Нижегородская областная детская клиническая больница» (телефон 8(831) 467-12-22; 8-930-270-10-03)».

2. Главным врачам государственных бюджетных учреждений министерства здравоохранения Нижегородской области:

2.1. организовать работу в соответствии с настоящим приказом;

2.2. издать внутренние приказы об исполнении настоящего приказа в зависимости от функции и уровня организации, ознакомить всех заинтересованных сотрудников о порядке маршрутизации детей;

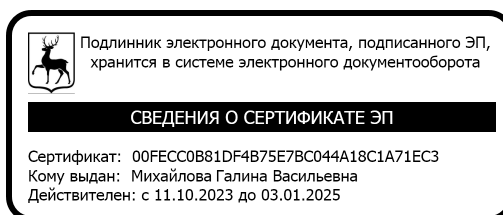
2.3. назначить ответственных лиц за своевременную оперативную передачу информации и проведение дистанционных консультаций;

2.4. обеспечить ежедневный доклад о всех консультациях и переводах детей на утренней ВКС с министерством здравоохранения Нижегородской области.

3. Директору ГБУЗ НО «Нижегородский медицинский информационно-аналитический центр» (Шафета Д.А.) разместить настоящий приказ на сайте министерства здравоохранения Нижегородской области и направить в медицинские организации.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра Карпову Г.Н.

Министр



Г.В.Михайлова

**Положение о региональном дистанционном детском
консультативном центре с выездными бригадами ГБУЗ
НО «Нижегородская областная детская клиническая
больница»**

1. Общие положения

1.1 Региональный дистанционный консультативный центр для детей с выездными анестезиолого-реанимационными бригадами ГБУЗ НО «Нижегородская областная детская клиническая больница (далее - РДКЦ) создается как самостоятельная структурная единица медицинской организации.

1.2. РДКЦ осуществляет методическое руководство работой отделений реанимации и анестезиологии медицинских организаций, оказывающих помощь детям Нижегородской области от 0 суток жизни до 17 лет включительно.

1.3. Настоящее Положение об РДКЦ (далее – Положение) определяет организацию деятельности РДКЦ.

1.4. Основной целью деятельности РДКЦ является снижение младенческой и детской смертности, профилактика инвалидизации детей, перенесших критическое состояние, путем организации своевременной высококвалифицированной консультативной и лечебной помощи детям, находящихся в медицинских организациях (далее - МО) г. Нижнего Новгорода и МО Нижегородской области.

2. Функции РДКЦ

2.1. оказание круглосуточной экстренной реанимационно-консультативной помощи детям Нижегородской области в возрасте от 0 до 17 лет включительно в стационарах государственных бюджетных медицинских организаций, в том числе специализированной профильной консультативной помощи (хирургической, неврологической, педиатрической, анестезиолого-реанимационной, кардиохирургической, нейрохирургической, комбустиологической, инфекционной и др.) с привлечением специалистов и главных специалистов министерства здравоохранения Нижегородской области соответствующих профилей;

2.2. Проведение оперативного мониторинга-пациентов реанимационного профиля 0-17 лет включительно медицинских организаций Нижегородской области;

2.3. Организация и проведение медицинской эвакуации детей в возрасте от 0 до 17-х лет (включительно), требующих анестезиолого-реанимационной помощи в г. Нижний Новгород и Нижегородской области.

2.4. Осуществление эвакуации детей, нуждающихся в оказании специализированной помощи в ФЦ МЗ РФ, по предварительному согласованию с использованием ТМК.

2.5. Проведение анализа летальных исходов и осложнений у детей в государственных медицинских организациях;

2.6. Оказание консультативно-методической помощи специалистам государственных медицинских организаций по вопросам оказания неотложной помощи детям;

2.7. Организация экстренной госпитализации детей в возрасте от 0 до 17 лет включительно в специализированные отделения при наличии медицинских показаний;

2.8. Анализ работы РДКЦ с предоставлением ежемесячных отчетов в министерство здравоохранения Нижегородской области в срок до 5 числа месяца, следующего за отчетным.

3. Оснащение РДКЦ.

3.1 Телефонная связь

3.2 Мобильная телефонная связь.

3.3 Видеосвязь

3.4 Транспортные средства: реанимобили класс С педиатрический (от 0 до 17 лет включительно), оснащенные необходимым медицинским оборудованием и техническими средствами, позволяющими проводить лечение больных в критическом состоянии (проведение интенсивной терапии) в автономном режиме в течение 6-8 часов (транспортными кювезами для новорожденных с ИВЛ, аппаратами ИВЛ для детей от 1 года, шприцевыми и перистальтическими насосами, транспортными мониторами и электроотсосами, ларингоскопами с набором клинков, диагностическим оборудованием КОС, глюкометр) (Привести в строгое соответствие с приказом Минздрава России № 909н, № 388н).

4. Структура РДКЦ

4.1. РДКЦ возглавляет заведующий отделением, врач-анестезиолог – реаниматолог и организует работу в соответствии с настоящим положением, действующим законодательством, представляет интересы Отделения, несет ответственность за его деятельность. На должность заведующего назначается

специалист, соответствующий Квалификационным требованиям к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 8 октября 2015 года № 707н «Об утверждении 11 Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки», имеющий стаж работы по специальности не менее 5 лет, владеющий в полном объеме навыками оказания экстренной, в том числе –реанимационной помощи. Заведующий отделением назначается на должность и освобождается от должности главным врачом ГУЗ НОДКБ по представлению заместителя главного врача (если он в подчинении)

4.2. В РДКЦ предусмотрены:

- Три круглосуточные выездные реанимационно-консультативные бригады по оказанию помощи детям от 0 до 17 лет включительно в Нижегородской области и городе Н.Новгород:

- 3 врача анестезиолога-реаниматолога
- 3 медсестры-анестезиста
- 3 водителя-санитара
- Диспетчер по принятию и регистрации консультаций, выездов

5. Документация РДКЦ

- Информированное добровольное согласие на выполнение транспортировки в (Приложение № 5) к приказу;
- Карта динамического интенсивного наблюдения (Приложение № 6) к приказу;
- Карта транспортировки новорождённого (Приложением № 7) к приказу;
- Карта транспортировки от 1 мес. до 17 лет включительно (Приложение № 9) к приказу;
- Формализованная карта оценки состояния новорожденного (Приложение № 10) к приказу;
- Формализованная карта оценки состояния ребенка старше 1 мес. (Приложение №11) к приказу;
- Форма журнала учета консультаций, вызовов (Приложение № 12) к приказу;
- Отчет о работе РДКЦ (Приложение № 13) к приказу.

6. Отчетность РДКЦ

- 6.1. Ежедневная отчетность дежурного врача заведующему отделением:
- отчет о наблюдавшихся детях за истекшие сутки 7:30-8:00;
 - отчет о выездах реанимационных бригад за истекшие сутки.

6.2. Ежемесячная, квартальная, годовая отчетность (заместителю главного врача НОДКБ по организационно методической работе: таблицы, отражающие статистические данные о работе Отделения).

7. Права врачей медицинских организаций (далее – МО) и врача РДКЦ

7.1. Врачи МО имеют право обратиться в РДКЦ за консультацией в каждом неясном случае диагностики, наблюдения и лечения детей всех возрастов в тяжелом состоянии (после осмотра анестезиолога-реаниматолога МО, а при его отсутствии - дежурного врача).

7.2. Врач МО имеет право подать заявку в РДКЦ на консультацию и при необходимости перегоспитализацию силами анестезиолога – реанимационной консультативной бригады ребенка от 0 до 17 лет включительно в тяжелом состоянии.

7.3. Руководитель медицинской организации или его заместитель обеспечивает работу специалистов выездной бригады, в том числе, по требованию ответственного врача выездной бригады: привлекает к работе специалистов медицинской организации для проведения консультаций, диагностических вмешательств и операций; проводит дополнительные лабораторные и инструментальные исследования с использованием имеющегося в медицинской организации оборудования, реактивов и расходных материалов; обеспечивает неснижаемый запас лекарственных препаратов и медицинских изделий, необходимых для оказания экстренной и неотложной помощи и предоставляет их для оказания медицинской помощи пациенту или пострадавшему

7.4. Врач РДКЦ имеет право переадресовать консультацию главным внештатным специалистам областных учреждений соответствующего профиля.

7.5. Врач выездной анестезиолога – реанимационной бригады РДКЦ имеет право принимать тактическое решение о необходимости выезда, показаниях к перегоспитализации, в соответствии с результатом ознакомления и анализом документации, представленной МО согласно требованиям, а также изменять тактическое решение на месте консультации в рамках существующего Положения, с учетом динамики клинического состояния пациента и объективными показателями пациента на момент осмотра.

8. Ответственность сторон

8.1. Врачи МО несут персональную ответственность за:

- Полноту и достоверность заполнения документации (динамического и выписного эпикриза, информированного согласия и другой предусмотренной настоящим Положением документации)
- своевременную передачу информации в РДКЦ, сроков ДИН; (смотри Алгоритм)
- объективность передаваемой информации;
- регистрацию факта обращения в РДКЦ по телефону и объективность записи рекомендаций врача РДКЦ и тактического решения в истории болезни, Карте ДИН (Приложение №6);
- выполнение данных рекомендаций (в случае невозможности выполнения рекомендаций из-за изменившейся ситуации или непредвиденных технических проблем врач МО должен немедленно поставить об этом в известность врача консультанта РДКЦ);
- до приезда консультативной бригады, врач МО стационара, обратившийся в РДКЦ, несет полную ответственность за больного.

Назначения и рекомендации, сформулированные в ходе дистанционной консультации, носят рекомендательный характер. При изменении состояния пациента, выявлении новых заболеваний и синдромов, развитии осложнений - рекомендации консультанта выполняются лечащим врачом в части, не противоречащей порядкам, стандартам и клиническим рекомендациям (протоколам лечения) при выявленной патологии. Для коррекции назначений незамедлительно проводится повторная дистанционная консультация.

8.2. Врач-консультант выездной бригады РДКЦ несет персональную ответственность за:

- соблюдение сроков ДИН (совместно с лечащим врачом МО);
- четкость и обоснованность рекомендаций;
- регистрацию времени выезда и возвращения выездной бригады;
- четкость и правильность ведения документации РДКЦ;
- составление ежедневных сводок работы РДКЦ и передачу их руководству больницы.
- передачу информации о больном из МО в РДКЦ (посредством ДИН);
- принятое тактическое решение в рамках своих обязанностей;
- соблюдение правил безопасной транспортировки

9. Дефектура

9.1. Дефекты организационные.

9.2. Дефекты лечения и наблюдения.

Под организационными дефектами работы понимается нарушение правил взаимоотношений МО и РДКЦ по субъективным причинам:

- нарушение сроков постановки больного на учет в РДКЦ (позднее обращение)- ответственность на враче МО;
- передача необъективной информации в РДКЦ - ответственность на враче МО;
- нарушение времени ДИН - ответственность на враче МО и враче-консультанте РДКЦ;
- несоблюдение формы записи медицинской документации -ответственность на враче РДКЦ и враче МО;

Под дефектами наблюдения и лечения больного понимается несоответствие качества и объема медицинской помощи больному вследствие субъективных причин со стороны лечащего персонала:

- неправильный режим инфузионной терапии;
- неправильный выбор инотропной и вазоактивной терапии;
- неправильный выбор антибактериальной терапии;
- неправильный выбор режима седации и обезболивания;
- неправильный режим респираторной терапии;
- неправильные дозировки лекарств;
- ятрогенные осложнения;
- несоблюдение принципов асептики.

При обнаружении дефектов или нарушении технологии и принципов работы персонала РДКЦ врачи МО обязаны довести информацию в письменной форме до администрации МО, заведующего отделением ОРИТ (ОРИТН) и администрации ГБУЗ НО «НОДКБ».

При обнаружении дефектов в диагностике, лечении, наблюдении за детьми в тяжелом состоянии со стороны врачей МО заведующий РДКЦ обязан довести информацию в письменной форме администрации ГБУЗ НО «НОДКБ» (заместителю главного врача по организационно методической работе) и сообщить об этом главному педиатру области.

Устные заявления сторон считаются недействительными и рассмотрению на административном уровне не подлежат.

Алгоритм оказания реанимационно-консультативной помощи детям на территории Нижегородской области

1. Заявка на проведение консультации в РДКЦ

Заявка на проведение консультации от МО области в РДКЦ ГБУЗ НО «Нижегородская областная детская клиническая больница» принимается по номерам телефонов РДКЦ:

Прием вызовов: 8 (831) 467-12-22

Мобильный телефон +79302701003

E-mail: drkc@nodkb.ru

Вся информация о пациенте направляется по защищенному каналу связи (випнет), при необходимости консультации заполняется в ЕЦП.

Консультации проводятся в форме телемедицинского консультирования в форме «врач-врач» (в соответствии с ФЗ-323, приказом от 2017 г. №965н).

2. Постановка больного на учет.

Постановке на учет в РДКЦ подлежат все пациенты отделений реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) медицинских организаций НО (включая областные) в возрасте 0-17 лет и пациенты не реанимационных отделений с декомпенсацией или высокой вероятностью декомпенсации витальных функций.

Показания к постановке на учет детей в РДКЦ:

- Шок любой этиологии.
- Острая хирургическая патология, гинекологические заболевания (перекрут кисты яичника, дисфункциональные маточные кровотечения).
- Инородные тела дыхательных путей.
- Травмы: черепно-мозговые тяжелой степени, торакальные с повреждением легких и плевральными осложнениями, скелетные.
- Ожоги (для МО I, II уровней).
- Инфекционно-воспалительные заболевания ЦНС.
- Неинфекционные заболевания ЦНС.
- Болезни крови и кроветворения с осложнениями.
- Болезни почек (острая почечная недостаточность, хроническая почечная

недостаточность в стадии суб - и декомпенсации, нефротический синдром, осложненный гиповолемическим шоком).

- Эндокринные заболевания (сахарный диабет в стадии декомпенсации, недиабетическая гипогликемическая кома, острая надпочечниковая недостаточность и хроническая надпочечниковая недостаточность в стадии декомпенсации).

- Осложненные инфекционные заболевания.

- Болезни органов дыхания (астматический статус, бронхиолиты, стеноз гортани 2 или 3 степени, бронхолегочная дисплазия, тяжелые пневмонии, новая коронавирусная инфекция COVID-19).

- Воздействие внешних причин (утопления, повешения, укусы животных, электротравмы, отравления).

- Новорожденные:

рожденные в асфиксии тяжелой степени (находящиеся в медицинских организациях I, II уровней);

находящиеся на респираторной поддержке с момента рождения или переведенные на ИВЛ в результате развития дыхательной недостаточности (находящиеся в медицинских организациях I, II уровней);

с врожденными пороками развития, требующие экстренного оперативного лечения.

Под постановкой больного на учет в РДКЦ подразумевается: предоставление полноценной, объективной на момент консультации информации врачом МО об анамнезе заболевания, динамике течения заболевания и мероприятиях, проведенных врачом согласно установленным стандартам, на момент требования консультации.

Первичная постановка на учет в РКЦ осуществляется не позднее 60 мин. от момента госпитализации в ОРИТ или декомпенсации/угрозы декомпенсации витальных функций.

Данные предварительно оформляются врачом МО согласно настоящему Положению (Приложение №5, Приложение №6, Приложение №7, Приложение №9, Приложение №10, Приложение №11) настоящего приказа, с направлением их в отделение РДКЦ по каналам защищенной связи (drkc@nodkb.ru).

Обязательно отмечаются: паспортные данные, ФИО врача, время консультации, анамнез настоящего заболевания, соматический статус и лабораторные данные, информация о проведенной терапии, рекомендации реаниматолога – консультанта РДКЦ по дальнейшей терапии.

Информацию о больном старше 1 месяца жизни передает анестезиолог-реаниматолог лечебного учреждения, проводящий лечение, информацию о

новорожденных – врач неонатолог (реаниматолог, педиатр, акушер) МО, где произошли роды. При отсутствии данных специалистов на момент поступления в МО больного с витальными нарушениями информацию передает дежурный врач.

Пациенты, требующие консультативной помощи РДКЦ, в течение 60 мин от момента госпитализации в ОРИТ, декомпенсации или возникновения угрозы декомпенсации витальных функций должны быть осмотрены врачом анестезиологом-реаниматологом, по показаниям – профильным специалистом, выполнены необходимые дополнительные исследования в соответствии с клиническими рекомендациями и клинической ситуацией (ОАК, ОАМ, б/х анализ крови, коагулограмма, и др.) (УЗ- и рентгенологические исследования), для уточнения характера патологии.

3. Обязанности врача МО, осуществляющей консультацию в РДКЦ.

Любое обращение в РДКЦ по поводу консультации больного детского возраста со стороны врачей МО подлежит обязательной регистрации в журнале регистрации обращений, а также аудиофиксации.

При осуществлении дистанционного - интенсивного наблюдения специалист МО, передающий информацию в отделение, несет полную ответственность за ее достоверность. Карта ДИН (Приложение №6) оформляется врачом МО совместно с врачом консультантом, прикрепляется в историю болезни, с передачей дубликата в РДКЦ по каналам защищенной связи (drkc@nodkb.ru).

Ответственность за выполнение лечебных рекомендаций до приезда консультативной бригады полностью лежит на враче МО, осуществляющем интенсивную терапию данного больного на месте.

4. Экспертная оценка тяжести состояния больного.

На основе анализа состояния витальных функций и проводимого лечения врач консультант РДКЦ делает заключение о тяжести состояния больного с отнесением больного к одному из четырех классов тяжести (Приложение № 3, 4) с дальнейшим принятием тактического решения.

В зависимости от изменения состояния больного в динамике меняются и рекомендации по лечению.

Врач МО подробно регистрирует в истории болезни рекомендации врача РДКЦ (Карта ДИН - Приложение №6) и несет ответственность за правильность записи рекомендации, вне зависимости от того согласен он с рекомендациями

или не согласен.

В случае невозможности выполнения рекомендаций врача консультанта по техническим или иным причинам, врач МО обязан сообщить об этом врачу консультанту.

При отсутствии доступной альтернативы принципиально значимому методу или средству терапии, врач консультант делает заключение о несоответствии уровня возможностей данного стационара потребностям данного больного. Выезд консультативной бригады к данной категории больных приоритетен.

5. Принятие тактического решения.

Вариантами тактического решения являются:

- продолжение ДИН с указанием времени следующего сеанса связи;
 - выезд реанимационной бригады в МО.
 - снятие больного с учета с указанием причины снятия с учета.
- Решение о необходимости и возможности перевода (транспортировки) ребенка принимается заведующим отделением (дежурным врачом отделения) инициирующим консультацию, врачом выездной реанимационной бригады реанимационно-консультативного блока по согласованию с заведующим отделением (дежурным врачом отделения) принимающего отделения.
- Решение принимается, исходя из анализа состояния ребенка, характера заболевания, прогнозирования динамики, состояния и заключения о соответствии потребностей больного в необходимых методах и объеме медицинской помощи реальным возможностям данного стационара по их обеспечению.

Тактическое решение согласовывается с врачом МО. При разногласии позиций - арбитром является заведующий РДКЦ, а также заведующий профильным отделением ГБУЗ НО «НОДКБ», полномочный принимать окончательное тактическое решение. В сложных случаях, для решения вопроса о целесообразности выезда, привлекается заместитель главного врача ГБУЗ «НОДКБ» по хирургии или педиатрии (в зависимости от профиля пациента).

6. Динамическое интенсивное наблюдение (ДИН).

ДИН подразумевает периодическую связь врача МО с врачом консультантом РДКЦ по телефону, с передачей и регистрацией информации

о пациенте для разработки дальнейшей программы обследования, лечения и наблюдения за ребенком.

Основой ДИН является формализованная схематичная передача и регистрация информации о больном с оценкой физиологической стабильности работы систем жизнеобеспечения организма.

Регламентация частоты наблюдений:

- больные 1 класса тяжести - не требуют ДИН и на учет не ставятся.
- для больных 2 класса тяжести - интервал ДИН – 12-24 часа;
- для больных 3 класса тяжести - интервал ДИН – 6-8 часов;
- для больных 4 класса тяжести - интервал ДИН – 2-3 часа.

Каждый сеанс ДИН заканчивается принятием тактического решения. В случае продолжения ДИН диспетчером указывается время последующего сеанса связи. При необходимости или непредвиденном изменении ситуации ДИН проводится по мере необходимости.

Ответственность за своевременность и объективность информации, передаваемой для ДИН, в первую очередь несет лечащий врач МО, обратившийся за консультативной помощью в РДКЦ. В случае невозможности телефонной связи и проведения ДИН в назначенное время (+ 1-2 часа от назначенного времени), врач консультант (диспетчер) фиксирует факт отсутствия своевременного наблюдения.

При изменении в состоянии пациента, которое развилось после выезда бригады, врач МО обязан связаться с бригадой РДКЦ (диспетчером) с согласованием дальнейшей тактики лечения и фиксацией рекомендаций в карте ДИН.

7. Выезд анестезиолога – реанимационной консультативной бригады РДКЦ в МО.

Выезд в МО анестезиолога – реанимационной консультативной бригады РДКЦ выполняется на основании анализа предоставленной информации врачом МО, осуществляющей консультативный запрос. В случае необходимости выезда одновременно в несколько МО, врач РДКЦ совместно с зав. отделением принимает решение об их очередности на основании регламента и очередности выездов консультативных бригад.

8. Работа анестезиолога – реанимационной консультативной - консультативной бригады РДКЦ в стационарах МО.

Выездные бригады.

- Выездная бригада детских анестезиологов – реаниматологов предназначена для оказания специализированной консультативной анестезиолого-

реанимационной медицинской помощи наиболее тяжелому контингенту больных детей, находящихся в МО, а также для транспортировки детей, нуждающихся в проведении интенсивной терапии на межгоспитальном этапе.

- При необходимости в состав бригады может быть включен врач любой другой специальности. Формирование многопрофильной бригады осуществляется с участием заместителя главного врача по хирургии. Старшим врачом многопрофильной бригады является детский анестезиолог-реаниматолог.
- Вопрос о целесообразности перегоспитализации ребенка и обеспечении ее безопасности решает врач консультативной бригады совместно лечащим врачом МО, осуществляющей лечение до приезда бригады. В сложных ситуациях к решению привлекается главный специалист министерства здравоохранения по профилю, заведующий и/или заместитель главного врача.
- Врачи МО обязаны всесторонне содействовать работе бригады (обеспечение лекарственными средствами и одноразовыми расходными материалами, выполнение срочных анализов, организация работы на месте и др.).
- Присутствие лечащего врача (или заведующего отделением) МО во время консультативного выезда бригады обязательно.
- В случае обнаружения существенных дефектов в лечении и обследовании детей в МО, врач РДКЦ обязан заполнить дефектную карту и передать ее заведующему.

9. Консультация больного на месте.

Проводится каждому больному, к которому выезжает консультативная бригада, вне зависимости от его состояния. После осмотра больного и выполнения необходимых манипуляций врач бригады делает соответствующую запись в истории болезни (Карта ДИН - Приложение №6).

Врач консультативной бригады РДКЦ ограничивается консультацией на месте в случаях, когда перегоспитализация опасна для жизни и здоровья пациента:

- из-за нестабильного состояния больного и высокой вероятности летального исхода во время транспортировки при возможности организации проведения жизнесберегающих мероприятий на месте;
- наличия у пациента паллиативного статуса, обусловленного грубым органическим поражением ЦНС.

Перечень состояний, являющихся противопоказанием к транспортировке.

Все состояния, являющиеся противопоказанием к транспортировке, делятся на абсолютные и относительные.

Состояния, являющиеся противопоказанием к транспортировке больного:

1) **Абсолютные противопоказания***: при наличии описанных состояний транспортировка невозможна.

- Положительная проба на перекладывание.
- Остановка сердца, возникшая менее чем за сутки до транспортировки.
- Некупированное кровотечение, вне зависимости от времени начала.
- Наличие некупированного синдрома утечки воздуха (пневмоторакс, пневмомедиастинум и др.)
- Клиника прогрессирующего отека мозга (гипо-/гипертермия, брадикардия, гипо-/гипертензия, тахикардия) при наличии диагностированного внутричерепного объема; оценка по ШКТ 6 и менее баллов; нарастающая анизокория.
- Артериальная гипотония (менее 25% от возрастной нормы), рефрактерная к инфузионной и вазопрессорной терапии.
- Оценка по шкале Glasgow ниже 5.
- Оценка по шкале ISS 50 и более баллов.
- Оценка по шкале pSOFA – более 20 баллов.
- Отсутствие иммобилизации при переломах.

При невозможности транспортировки, реаниматолог консультативной бригады предпринимает попытку стабилизировать состояние больного на месте и оставляет лечащему врачу МО рекомендации по лечению и интенсивной терапии (Карта ДИН - Приложение №6).

2). **Относительные противопоказания**: Решение о транспортировке оформляется с участием консилиума на месте и при консультации с заведующим ОРИТ (ОРН) по телефону.

- Отсутствие венозного доступа при степени тяжести 3 или выше.
- Аксилярная гипотермия менее 36,0 °C.
- Анизокория при невозможности исключить внутричерепной объем.
- Сатурация крови кислородом менее 88% на фоне максимально возможной респираторной терапии (при отсутствии у пациента ВПС «синего» типа).
- Наличие анемии (гемоглобин менее 70 г/л, эритроциты менее 1,5, Ht менее 20%).
- Тромбоцитопения менее 35 000.
- Глубокая недоношенность (масса тела менее 500,0).
- Отсутствие Rg-контроля при бронхолегочных заболеваниях или после пункции центральной вены.
- Параметры ИВЛ, требующие давления на вдохе больше 30 см. вод. ст и РЕЕР выше 10 см H₂O.

- Некупированный судорожный синдром.
- Необходимость применения вазопрессоров и инотропов в больших дозах (допамин и/или добутамин свыше 10 мкг/кг/мин, адреналин или норадреналин в дозе свыше 0,1 мкг/кг/мин)

Подготовка пациента к медицинской эвакуации, осуществляется специалистами медицинской организации, подавшей заявку (при необходимости, в процессе подготовки пациента к медицинской эвакуации участвует врач бригады РКЦ) и включает в себя следующие мероприятия:

- электрокардиография.
- исследование общего (клинического) анализа крови, биохимического анализа крови, исследование показателей гемостаза, КОС, определение группы крови и резус-фактора.
- измерение артериального давления, частоты дыхания, частоты сердечных сокращений.
- оценка темпа диуреза.
- по показаниям – дополнительные исследования: рентгенологические исследования, УЗ-диагностика
- надежная иммобилизация переломов длинных трубчатых костей, костей таза.
- при наличии пневмоторакса - установка плеврального дренажа.
- адекватная аналгезия, седация и синхронизация с респиратором.
- для предотвращения развития дыхательной недостаточности во время транспортировки, пациенты с факторами риска должны быть интубированы и переведены на искусственную вентиляцию легких.
- нормализация температурного баланса.
- обеспечение нормоксемии ($SpO_2 \geq 93\%$).
- поддержание нормогликемии (3,5–5,5 ммоль/л).
- перевод пациентов с церебральной недостаточностью (уровень сознания: сопор или кома по шкале Глазго менее 10 баллов) на ИВЛ.
- коррекция гиповолемии и стабилизация гемодинамики.
- обеспечение венозного доступа (периферического или центрального).
- декомпрессия желудка (по показаниям).

После принятия решения о перегоспитализации больного, реаниматолог РДКЦ должен провести пробу на перекладывание*.

Врач реанимационно-консультативной бригады РДКЦ на месте также может проводить мероприятия по стабилизации состояния больного и устранению имеющихся противопоказаний для перегоспитализации.

- Проба на перекалывание заключается в перекалывании больного из кровати (кувеза) на носилки (в кувез) и определения АД, ЧСС и Сатурации гемоглобина кислородом до и после перекалывания. Изменение указанных параметров более чем на 20%, появление судорог или их эквивалентов свидетельствуют о нестабильном состоянии пациента и крайне высоком риске транспортировки, которая может быть осуществлена только по жизненным показаниям. При отрицательной пробе на перекалывание и отсутствия противопоказаний к транспортировке врач РДКЦ выполняет перегоспитализацию по согласованию согласно настоящему положению.

10. Перегоспитализация больного.

После осмотра больного и выполнения необходимых манипуляций врач бригады делает соответствующую запись в истории болезни с обоснованием решения о перегоспитализации и плане терапии во время транспортировки, а также определение степени ее риска.

Медицинская эвакуация пациентов осуществляется в соответствии с Приложением № 1 к Порядку оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 июня 2013 года № 388н.

Врачом МО непосредственно перед госпитализацией заполняется карта транспортировки (в части данных пациента, анамнеза, терапии). Оставшуюся часть Карты, непосредственно касающуюся транспортировки, заполняет врач РДКЦ в течение транспортировки и по её окончании, с указанием параметров мониторинга и состояния пациента. После завершения эвакуации пациента карта транспортировки вкладывается во вновь открываемую историю болезни, а ее копия остается в архиве РДКЦ.

11. Риск транспортировки.

Выделяют четыре степени риска транспортировки.

1 степень риска - дети с отсутствием риска развития витальных нарушений. Соответствуют 1-й степени тяжести. Терапия при проведении транспортировки не требуется. Не требуют перегоспитализации силами РДКЦ.

2 степень риска - дети с отсутствием витальных нарушений, но высоким риском их развития. Соответствуют 2-й степени тяжести. При транспортировке не требуют проведения постоянного мониторинга и

инвазивной терапии. Возможно проведение перегоспитализации силами врачебной бригады специализированной «Скорой помощи» МО.

3 степень риска - дети с имеющимися витальными нарушениями, компенсированными методами интенсивной терапии. Соответствуют 3-й степени тяжести. При проведении транспортировки требуют мониторинга витальных функций и продолжения интенсивной терапии. Вероятность развития системной декомпенсации и ухудшения состояния во время транспортировки высокая. Перегоспитализация проводится только силами РДКЦ.

4 степень риска - дети с витальными нарушениями, компенсированными методами интенсивной терапии, но с параметрами, превышающими обычно используемые, или с одновременным поражением двух и более органных систем. При проведении транспортировки требуют проведения мониторинга и продолжения «агрессивной» интенсивной терапии. Высок риск смерти в пути. Перегоспитализация проводится силами РДКЦ только по жизненным показаниям. Необходимо заключение консилиума с участием администрации МО или дежурного врача МО, врача консультанта РДКЦ. Транспортировка проводится только по согласованию с заведующим РДКЦ, заведующим принимающим отделением (ОРИТ, ОРИТН) и/или заместителем главного врача учреждений 3 уровня.

12. Снятие больного с учета РДКЦ:

1. Снятие с учета в связи со стойким улучшением состояния, когда в проведении методов интенсивной терапии и интенсивного наблюдения нет необходимости. Вопрос о снятии больного с учета согласовывается с лечащим врачом МО.

2. Снятие с учета в связи с перегоспитализацией. После перегоспитализации больного (транспортировки его в специализированное профильное отделение МО 3 уровня) больной снимается с учета РДКЦ.

3. Снятие с учета в связи со смертью больного.

КАРТА ДИНАМИЧЕСКОГО ИНТЕНСИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Дата _____ Время _____ ЛПУ, ФИО врача: _____					
ФИО _____ д.р. _____ Масса тела _____					
Состояние	стабильное	тяжелое	очень тяжелое	нестабильное	терминальное
Неврологический статус	_____ _____ _____				
Нарушения микроциркуляции: Есть / Нет ОПСС (сек) _____ Сыпь _____					
ЧСС _____ в мин	АД _____ / _____ сред/ _____		Темп. тела _____ °С		
Инотропная поддержка	Дофамин, _____ мкг/кг/мин		Добутамин, _____ мкг/кг/мин		Адреналин, _____ мкг/кг/мин
Дыхание ЧД самост. _____	Спонтанное, адекватное		Спонтанное, неадекватное		ИВЛ/ВИВЛ
	O ₂ _____	SpO ₂ _____	Участие всп. м-ры _____		
ИВЛ / ВИВЛ НСРАР	FiO ₂ _____	PiP _____	PEEP _____	ЧД _{апп} / сам _____ / _____	Ti _____
	SpO ₂ _____	MAP _____	ДО _____	поток _____	Седация: _____
Клинико-лабораторное обследование	pH _____ pCO ₂ _____ pO ₂ _____ BE _____ [HCO ₃ ⁻] _____ BE _____ лактат _____ Hb _____ Ht _____ Эп _____ Le _____ Тр _____ Ne _____ Лимф _____ сахар _____ ОБ. _____ Альб. _____ K ⁺ _____ Na ⁺ _____ Ca ²⁺ _____ Билл _____ Мочев _____ Креат _____ АлАт _____ АсАт _____ СБР _____ ПКТ _____ ПИ _____ АЧТВ _____ Фибр _____				
	Инструментальное обследование _____ _____ _____				
Стул	Был	Не было	Диурез всего _____	Почасовой темп _____ мл/кг/час	Гематурия / Прозрачн. _____
Объём инфузии			_____ мл/кг/сут	Трансфузии _____	
Динамика за время наблюдения (до транспортировки)			_____ _____ _____ _____ _____ _____		
			Без динамики	С улучшением	С ухудшением
Рекомендации по терапии и обследованию			Диагноз предварит: _____ _____ _____ Рекомендации: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____		
Класс тяжести _____			ДИН (интервал) _____		Выезд РКБ _____
Тактическое решение с обоснованием			_____ _____ _____		
Врач-консультант			_____ / _____ Дата/время _____ / _____ подпись _____ расшифровка _____		