

## ПРОТОКОЛ

### ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ В ОТДЕЛЕНИИ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАЦИИ И ОФОРМЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ.

#### *Поступление пациента:*

1. Вновь поступившие пациенты, требующие неотложных мероприятий, госпитализируются в противошоковую палату (реанимационный зал) где им выполняются все необходимые процедуры.
2. Не допускается использовать персонал палат отделения для выполнения неотложных процедур и манипуляций, если этого не требуют особые обстоятельства.
3. Пациенты госпитализируются в палату реанимации, минуя противошоковую палату, только если они не требуют проведения неотложных диагностических или лечебных процедур.
4. Оказание неотложной помощи проводится в соответствии с имеющимися алгоритмами.
5. Обследование и оценка витальных функций проводится в течение 1-го часа от момента поступления.
6. Обязательный объём обследования для проведения оценки витальных функций:

- Общий анализ крови и лейкоформула

- КЩС, глюкоза, лактат

- Общий белок, альбумин, СРБ, билирубин, АЛТ, АСТ, креатинин, мочевины

- \*Для стабильных пациентов без ЦВК можно ограничиться определением ОАК+лейкоформула и глюкоза крови + лактат из капиллярной крови или однократным исследованием КЩС+глюкоза+лактат из артериальной крови.

7. Первичная оценка витальных функций проводится по системе EVA.

4. Последующее лечение и обследование проводится в соответствии с протоколами и федеральными клиническими рекомендациями.

**Дневниковая запись врача анестезиолога-реаниматолога при поступлении:**

1. Дата и время выполнения записи
2. Время поступления пациента в отделение и краткое перечисление всех проведённых лечебных и диагностических процедур.
3. Предварительный диагноз
4. Краткий анамнез, отражающий развитие нарушения витальных функций
5. Показания для госпитализации в АРО
6. Тяжесть состояния, оценка по системе EVA, вероятность неблагоприятного прогноза.
7. Кратко ведущие нарушения.
8. Описание по системам:
  - *ЦНС*: оценка сознания, боли, судорог с использованием шкал. Препараты для обезболивания, седации, релаксации.
  - *Дыхание*: ЧД, характер одышки, SpO<sub>2</sub>, индекс SpO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>, вид кислородной терапии, поток кислорода, способ проведения, режим и параметры ИВЛ, данные физикального исследования.
  - *Кровообращение*: АД, пульс, наличие и характер аритмии, цвет кожных покровов и тканевой кровотока (ВНК или t<sup>0</sup>C-градиент). Для пациентов с шоком: СИ, УИ, иОПСС, доставка и потребление кислорода. Инотропный/вазопрессорный препарат и его доза. Данные физикального исследования.
  - *Пищеварение*: наличие желудочно-кишечных симптомов, вид энтерального питания, наличие или риск интраабдоминальной гипертензии. Размеры и наличие дисфункции печени. Данные физикального исследования.
  - *Мочевыделение*: вид мочеотделения (самостоятельное, катетер) почасовой диурез, СКФ (при необходимости).
  - *Наличие воспаления*: температура тела, лейкоцитоз, СРБ, наличие очагов инфекции.
9. В заключении указывается выбранный протокол лечения и планируемые мероприятия.

## **Мониторинг и динамическое обследование пациента в отделении реанимации:**

1. Пациент переводится из противошоковой палаты в палату отделения после проведения первичного обследования и неотложных мероприятий.
2. Инструментальные исследования: ЭКГ, УЗИ, Рентгенологические исследования, КТ, МРТ, другие исследования выполняются по назначению врача анестезиолога-реаниматолога и/или профильного специалиста в индивидуальном порядке в соответствии имеющимися показаниями и состоянием пациента.
3. Другие необходимые исследования выполняются в соответствии с требованиями протоколов лечения и клинических рекомендаций (стандартов) по конкретному заболеванию (основному, конкурирующему, сопутствующему) и назначаются профильными специалистами, консультантами или врачом анестезиологом-реаниматологом. При проведении данных исследований должна использоваться презумпция вред/польза, так как излишний объём процедур может быть не безопасен для пациента в виду его возраста и/или тяжести состояния.
4. Исследования, требующие забора до начала специфической терапии выполняются соответствующим образом, но не должны задерживать начало терапии.
  - Бактериологическое обследование крови проводится во всех случаях, когда очаг инфекции не известен. Забор крови проводится в соответствии с требованиями. Материал доставляется в бактериологическую лабораторию или хранится в отделении соответственно правилам хранения (ночное время, выходные и праздничные дни). Необходимый запас сред должен храниться в отделении или оперативном отделе.
  - Анализ кала на детекцию токсинов *C. Difficile* выполняется круглосуточно в экспресс лаборатории. Обследованию подлежат группы риска:
    - А. Любые проявления дисфункции пищеварения, возникшие на фоне приёма антибиотиков
    - Б. Шок/лихорадка с неустановленным очагом
    - В. Дети из асоциальных семей
    - Г. Дети с гипотрофией
    - Д. Дети раннего возраста вскармливающиеся коровьим молоком

- Забор крови для иммунологических исследований (ADAMS 13 и др.) забираются и хранятся до отправки в лабораторию в соответствии с требованиями.

5. Повторная оценка витальных функций выполняется в зависимости от первичной оценки по системе EVA.

- стабильные пациенты (менее 12 баллов) обследуются в полном объеме каждые 72 часа до момента выписки из отделения. Анализ КЩС, глюкозы и лактата проводится по необходимости, но не реже 2 раз/сут. У пациентов без ЦВК проводится исследование уровня глюкозы, лактата и гемоглобина из капиллярной крови не реже 1 раза в сутки.

- нестабильные пациенты (12-30 баллов) обследуются в полном объеме каждые 24 часа, до стабилизации состояния. Промежуточное обследование КЩС, глюкоза крови, лактат проводится не реже 4-х раз в сутки, или чаще.

- терминальные пациенты и пациенты с необратимыми нарушениями (более 30 баллов) обследуются в полном объеме каждые 12 часов, до стабилизации состояния. Промежуточные диагностические мероприятия (КЩС, глюкоза, лактат) проводятся по необходимости, но не реже чем 1 раз в 4 часа.

- выборочная оценка биохимических показателей проводится по индивидуальным показаниям.

- отдельные лабораторные показатели (ПКТ, АЧТВ, коагулограмма) проводятся по индивидуальным показаниям. Показания к определению и интерпретация полученных значений должны быть отражены в дневниковых записях.

- пациенты, находящиеся в отделении реанимации более 10 суток или по социальным показаниям могут обследоваться по индивидуальному графику.

### ***Дневниковые записи анестезиологов-реаниматологов:***

\*дневниковые записи должны отображать динамику состояния

1. Дата и время записи.

2. Время пребывания в отделении (часы или сутки).

3. Краткие сведения об изменениях в состоянии или лечении за время с момента последней записи.

4. Тяжесть состояния, оценка по системе EVA, вероятность неблагоприятного прогноза. Для проведения оценки используются только клинические показатели, лабораторные показатели оцениваются на момент их последнего исследования.

5. Кратко ведущие нарушения.

6. Описание по системам:

- ЦНС: оценка сознания, боли, судорог с использованием шкал. Препараты для обезболивания, седации, релаксации.

- Дыхание: ЧД, характер одышки, SpO<sub>2</sub>, индекс SpO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>, вид кислородной терапии, поток кислорода, способ проведения, режим и параметры ИВЛ. Данные физикального исследования.

- Кровообращение: АД, пульс, наличие и характер аритмии, цвет кожных покровов и тканевой кровотока (ВНК или tO<sub>2</sub>-градиент). Для пациентов с шоком: СИ, УИ, иОПСС, доставка и потребление кислорода. Инотропный/вазопрессорный препарат и его доза. Данные физикального исследования.

- Пищеварение: наличие желудочно-кишечных симптомов, вид энтерального и объём энтерального питания, наличие или риск интраабдоминальной гипертензии. Размеры и наличие дисфункции печени. Данные физикального исследования.

- Мочевыделение: вид мочеотделения (самостоятельное, катетер) почасовой диурез, СКФ (при необходимости).

- Наличие воспаления: температура тела, лейкоцитоз, СРБ, наличие очагов инфекции.

7. Интерпретация проведённых лабораторных исследований.

8. Оценка эффективности лечения.

9. В заключении планируемые мероприятия и процедуры.

### ***Совместный осмотр с заведующим отделением:***

\*осмотр должен подводить итог терапии проведённой за определённый период.

1. Дата, время осмотра.
2. Длительность пребывания в отделении (часы или сутки).
3. Кратко: причина поступления, диагноз, используемые протоколы лечения, динамика по лечению, осложнения и трудности лечения.
4. Состояние, оценка по EVA, вероятность летального исхода.
5. Оценка витальных функций по системам.
6. Интерпретация проведённых исследований.
7. Оценка показателей физического развития и метаболизма. Расчёт энергопотребности.
8. Оценка параметров водно-электролитного статуса и определение необходимого объёма инфузионной терапии.
9. План мероприятий на ближайшие сутки.

### ***Отдельные дневниковые записи врача анестезиолога-реаниматолога:***

Отдельные дневниковые записи предназначены для фиксации событий происходящих вне времени и выходящих за рамки требований стандартной дневниковой записи. Отдельной дневниковой записью фиксируются нежелательные события, критические инциденты, протоколы интубации или экстубации, отдельные манипуляции и процедуры. Отдельные дневниковые записи выполняются в произвольной форме, но должны содержать следующие элементы:

1. Дата и время записи.
2. Описание события.
3. Принятые диагностические мероприятия.
4. Принятые лечебные мероприятия.
5. Результат проведённых мероприятий.
6. Исход.
7. Если событие растянуто во времени выполняется последовательная хронологическая запись.