МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КРЫМ

ПРИКАЗ

от 13.10.2017 г. № 2133

г.Симферополь

Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям Республики Крым с острым почечным повреждением

В соответствии с Положением о Министерстве здравоохранения Республики Крым, утвержденным постановлением Совета министров Республики Крым от 27.06.2014 №140 и в целях совершенствования организации оказания неотложной нефрологической помощи детскому населению Республики Крым,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1.Утвердить:

1.1. Порядок организации специализированной помощи детям Республики Крым с острым почечным повреждением, требующим проведения методов заместительной почечной терапии. (Приложение №1).

1.2. Протокол проведения метода заместительной почечной терапии. (Приложение №2).

1.3. Протокол проведения метода экстракорпоральной гемокоррекции. (Приложение №3).

1.4. Протокол проведения метода экстракорпоральной поддержки печени. (Приложение №4).

1.5. Инструкцию по заполнению протокола проведения метода заместительной почечной терапии; протокола проведения метода экстракорпоральной гемокоррекции; протокола проведения метода экстракорпоральной поддержки печени. (Приложение №5).

2. Руководителям медицинских организаций Республики Крым организовать своевременный перевод больных в ГБУЗ РК «РДКБ», при диагностировании острого почечного повреждения, требующего проведения заместительной почечной терапии в соответствии с Приложением №1.

3. Главному врачу ГБУЗ РК «Республиканская детская клиническая больница» организовать круглосуточное оказание лечебно-диагностической помощи с возможностью проведения заместительной почечной терапии детям с острым почечным повреждением.
4. Главному внештатному специалисту МЗ РК по специальности «Детская нефрология» Тукиной А.М. совместно с главным внештатным специалистом МЗ РК по специальности «Педиатрия» Машковской Д.В. согласовывать перевод детей, требующих проведение заместительной почечной терапии, в нефрологическое отделение и отделение анестезиологии и интенсивной терапии ГБУЗ РК «Республиканская детская клиническая больница».
5. Контроль за выполнением приказа оставляю за собой.

Заместитель министра А.Шаклунов

Приложение №1
к приказу МЗ РК
от «13» 10 2017 г. № 2133

Порядок организации специализированной медицинской помощи детям с острым почечным повреждением, требующим проведения методов заместительной почечной терапии

1. Специализированная медицинская помощь детскому населению Республики Крым с острым почечным повреждением, требующим проведения методов заместительной почечной терапии, осуществляется в отделениях нефрологии или анестезиологии и реанимации ГБУЗ РК «Республиканская детская клиническая больница», имеющему аппарат для проведения заместительной почечной терапии и экстракорпоральной гемокоррекции, аппарат для проведения перитонеального диализа.

2. При проведении процедур заместительной почечной терапии и экстракорпоральной гемокоррекции использовать следующие формы протоколов:

- форму протокола проведения метода заместительной почечной терапии (приложение№ 2);

-форму протокола проведения метода экстракорпоральной гемокоррекции (приложение №3);

- форму протокола проведения метода экстракорпоральной поддержки печени (приложение №4) .

Приложение №2
к приказу МЗ РК
от 13 10 2017г №2133

«____» _____ 20_____г. _____
Дата ГБУЗ РК «РДКБ»

с_____ по _____ _____
Время Отделение

ПРОТОКОЛ ПРОВЕДЕНИЯ МЕТОДА ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИИ
№_____

1. Ф.И.О. больного_____.Медицинская карта №_____

Возраст_____ Пол _____ Вес больного до_____ Вес больного после _____

2. **Показания к ЗПТ**_____

3. **На аппарате**: _____ 4. **Сосудистый доступ**_____

5. **Проведен метод:** 1.Гемодиализ/Гемодиафильтрация на АИП 2. 2.Ультрафильтрации крови SCUF 3. Гемофильтрации крови. **CVVH** ☐ 4. Гемодиафильтрации **(CVVHDF или CVVHD)** ☐

6. **Использованы следующие расходные материалы**:

- Набор магистралей с гемофильтром, комплект_____
- Гемофильтр или диализатор _____ Жидкий ацидный концентрат_____
- Бикарбонатный картридж _____ Набор магистралей _____ Сливной мешок_____
- Замещающие растворы: _____ К _____ммоль/л _____шт.

7. **Процедура проведена со следующими параметрами**: Скорость кровотока _____мл/мин

Скорость замещающего раствора - (предилюция)_____, (постдилюция)_____

Скорость диализирующего раствора _____, Длительность процедуры _____час.

Скорость ультрафильтрации_____мл/час, Дефицит жидкости _____мл

За процедуру введено: Замещающего раствора - (предилюция + постдилюция) _____мл

Диализирующего раствора _____ мл

8. **Антикоагуляция:** ☐ _____ Без антикоагулянтов ☐

Доза антикоагулянтов_____

9. **Процедура протекала**: Без осложнений ☐ С осложнениями ☐

Гипертензия ☐ Гипотензия ☐ Нарушения ритма ☐ Кровотечение ☐ Тромбоз ☐

Замена расходных материалов ☐ _____

Врач _____ **Мед. сестра** _____
(Ф.И.О., подпись) (Ф.И.О., подпись)

Оборотная сторона

10.Состояние_____ШКГ_____ЦВД_____

АД до процедуры _____ мм. рт.ст. АД после процедуры _____мм. рт.ст.

Время процедуры, ч	АД мм рт. ст	ЧСС /мин	Вазопрессоры дозы, в расчете на кг/мин	ИВЛ да/нет	Вводились лекарственные препараты
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					

Приложение №3
к приказу МЗ РК
от 13.10 2017г. №2133

«____» _____ 20_____г. _____
Дата ГБУЗ РК «РДКБ»

с_____ по _____ _____
Время Отделение

ПРОТОКОЛ ПРОВЕДЕНИЯ МЕТОДА ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ГЕМОКОРРЕКЦИИ
№_____

1. Ф.И.О. больного_____ Медицинская карта №_____

Возраст_____Пол_____

2. Показания к методу_____

3.На аппарате:_____4. Сосудистый доступ_____

5. **Проведен метод**: 5.1.Плазмаферез ☐ 5.2.Гемосорбция ☐ 5.3. Каскадная плазмофильтрация ☐

5.4. Селективная сорбция эндотоксина ☐ 5.5. Высокообъемная плазмофильтрация ☐

5.6. Спаренная плазмофильтрация и плазмосорбция (CPFA) ☐ 5.7. Плазмосорбция ☐

5.8. Другой метод_____

6. Использованы следующие расходные материалы:

- Комплект расходных материалов для проведения_____
- Плазмофильтр_____
- Гемосорбент_____
- Иммуносорбент (в том числе для селективной сорбции эндотоксина)_____
- Набор магистралей _____ Сливной мешок _____
- Замещающие растворы: _____ К _____ммоль/л _____шт.

7. Процедура проведена со следующими параметрами: Скорость кровотока _____мл/мин

Скорость плазмаобмена_____мл/час Объем удаленной плазы _____мл

Длительность процедуры _____час. Другие параметры процедуры (CPFA или плазмосорбции)

_____

Замещение: СЗП_____ мл

Альбумин_____%_____мл

Электролитный растворы _____ мл Коллоидный раствор _____мл

8. Антикоагуляция: ☐ _____ Без антикоагулянтов ☐

Доза антикоагулянтов_____

9. Процедура протекала: Без осложнений ☐ С осложнениями ☐

Гипертензия ☐ Гипотензия ☐ Нарушения ритма ☐ Кровотечение ☐ Тромбоз ☐

Замена расходных материалов ☐ Аллергическая реакция ☐ _____

Врач _____ **Мед. сестра** _____
(Ф.И.О., подпись) (Ф.И.О., подпись)

Зав. отделением _____ (Ф.И.О., подпись)

Оборотная сторона

Состояние_____ШКГ_____ЦВД_____

АД до процедуры _____ мм. рт. ст. АД после процедуры _____мм.рт.ст.

Время, час.	АД мм рт. ст	ЧСС/ мин	Вазопрессоры дозы, в расчете на кг/мин	ИВЛ да/нет	Вводились лекарственные препараты,
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					

Приложение №4
к приказу МЗ РК
от 13. 10 2017 № 2123

«____» _____ 20_____г. _____
Дата ГБУЗ РК «РДКБ»

с_____ по _____ _____
Время Отделение

ПРОТОКОЛ ПРОВЕДЕНИЯ МЕТОДА ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ ПЕЧЕНИ
№_____

1. Ф.И.О. больного_____ _____ Медицинская карта №_____
Возраст_____ Вес больного до_____ Вес больного после _____

2. **Показания к методу**_____

3. На аппарате: для экстракорпоральной поддержки функции печени «Prometheus» ☐
для альбуминового диализа "Искусственная печень"- «MARS», гемопроцессор_____ ☐

4. Сосудистый доступ_____

5. **Проведен метод: Альбуминовый гемодиализ**

6. **Использованы следующие расходные материалы**:

- Набор расходных материалов к аппарату " Prometheus " ☐
- Система гемодиализная MARS-Treatment Kit ☐ _____
- Жидкий ацидный концентрат, канистра -_____
- Жидкий бикарбонатный концентрат, канистра _____
- Бикарбонатный картридж:_____
- Набор магистралей _____ Сливной мешок_____
- Замещающие растворы: _____ К _____ммоль/л _____шт.

7. **Процедура проведена со следующими параметрами**: Скорость кровотока _____мл/мин
Скорость альбуминового контура_____мл/мин Длительность процедуры _____час
Скорость замещающего раствора _____ мл/час (Для АИП мл/мин)
Скорость диализирующего раствора _____мл/час (Для АИП мл/мин)
Скорость ультрафильтрации_____мл/час Дефицит жидкости _____мл
За процедуру введено: Замещающего раствора_____мл. Диализирующего раствора_____ мл

8. **Антикоагуляция:** ☐ _____ Без антикоагулянтов ☐
Доза антикоагулянтов_____

9. **Процедура протекала**: Без осложнений ☐ С осложнениями ☐
Гипертензия ☐ Гипотензия ☐ Нарушения ритма ☐ Кровотечение ☐ Тромбоз ☐
Замена расходных материалов ☐ _____

Врач _____ **Мед. сестра**
_____
(Ф.И.О., подпись) (Ф.И.О., подпись)

Зав. отделением _____
(Ф.И.О., подпись)

Оборотная сторона

10.Состояние_____ШКГ_____ЦВД_____

АД до процедуры _____ мм. рт.ст. АД после процедуры _____мм. рт.ст.

Время процедуры, ч	АД мм рт. ст	ЧСС /мин	Вазопрессоры дозы, в расчете на кг/мин	ИВЛ да/нет	Вводились лекарственные препараты
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					

Приложение №5
к приказу МЗ РК
от 13.10 2017 № 2133

Инструкция по заполнению протокола проведения метода заместительной почечной терапии, протокола проведения метода экстракорпоральной гемокоррекции, протокола проведения метода экстракорпоральной поддержки печени.

1. Протокол проведения метода заместительной почечной терапии, протокол проведения метода экстракорпоральной гемокоррекции, протокол проведения метода экстракорпоральной поддержки печени (далее Протокол) заполняется врачом-нефрологом или анестезиологом-реаниматологом, оказывающим медицинскую помощь в условиях стационара и выполняющим методы заместительной почечной терапии и экстракорпоральной гемокоррекции или экстракорпоральной поддержки печени, аппаратного перитонеального диализа.

2. Протокол вклеивается в медицинскую карту стационарного больного (форма № 003/у).

3. Заполнение данных в Протоколе производится путем вписывания необходимых данных и подчеркивания ответов из предложенных вариантов. Записи производятся на русском языке, аккуратно, все необходимые в Протоколе исправления подтверждаются подписью врача, заполняющего Протокол. Допускается запись названий лекарственных препаратов для медицинского применения на латинском языке.

4. В Протоколе указываются наименование медицинской организации и отделение, проводящее метод заместительной почечной терапии.

5. В пункте 1 указываются паспортные данные, а при необходимости и антропометрические данные пациента.

6. В пункте 2 – заболевания, или синдромы, или клинические и/или лабораторные показатели, послужившие основанием для проведения методов.

7. В пункте 4 – сведения о сосудистом доступе и указанием места установки ЦВК.

8. В пункте 5 – сведения о выбранном методе заместительной почечной терапии, экстракорпоральной гемокоррекции или экстракорпоральной поддержке печени.

9. В пункте 6 - сведения о расходных материалах с указанием их наименований, исходя из потребности каждой конкретной процедуры.

10. В пункте 7, 8, 9 – сведения о режимах проведения метода, антикоагулянтной терапии и осложнений, возникших во время процедуры.

11. Пункт 10 (показатели, оценивающие состояние пациента во время процедуры) распечатывается на обратной стороне листа приложений 2.1, 2.2 и 2.3.

12. В пункте 10 оценивается состояние пациента во время проведения процедуры. В графе 1 указывается длительность процедуры в часах, данные во 2 и 3

графу заносятся ежечасно; в 4 и 5 графу данные необходимо заносить только при назначении или изменении дозы вазопрессорных препаратов, ИВЛ; в 6 графу вводятся наименования и дозы лекарственных препаратов для купирования осложнений процедур.

13. При продолжении процедуры более 24 часов оформляется новый Протокол.

14. Протокол подписывается врачом/врачами и медицинской сестрой, проводящей метод заместительной почечной терапии.

15. Протокол проведения метода экстракорпоральной гемокоррекции и протокол проведения метода экстракорпоральной поддержки печени подписывается заведующим отделением.