



**ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
КОСТРОМСКОЙ ОБЛАСТИ**

**ПРИКАЗ**

от «05» 08. 2019 г.

№ 399

Об утверждении Порядка оказания  
медицинской помощи новорожденным  
детям Костромской области

В целях повышения качества оказания медицинской помощи новорожденным детям в медицинских организациях Костромской области, снижения младенческой, в том числе неонатальной смертности, в соответствии со статьей 37 Федерального закона от 21.11. 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 № 921н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «неонатология» (далее – Приказ МЗ РФ от 15.11.2012 № 921н)

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить:

1) Порядок оказания медицинской помощи по профилю «неонатология» в медицинских организациях Костромской области в соответствии с Приложением № 1 к настоящему приказу;

2) Протокол транспортировки новорожденных детей на территории Костромской области в соответствии с Приложением № 2 к настоящему приказу;

3) Схему маршрутизации новорожденных в Костромской области по профилю «неонатология».

2. Главным врачам медицинских организаций Костромской области:

1) взять под личный контроль оказание качественной медицинской помощи новорожденным детям в соответствии с утвержденными клиническими рекомендациями по неонатологии и настоящим Порядком;

2) обеспечить:

- незамедлительную готовность родильных залов к оказанию первичной реанимационной помощи новорожденным детям в соответствии с

методическим письмом Минздрава России «Первичная и реанимационная помощь новорожденным детям» от 21.04.2010г. № 15-4/10/2-3204с;

- оперативное оказание первичной реанимационной помощи новорожденным детям реанимационной командой из 3-х человек и более, закрепив это приказом медицинской организации;

- безопасность проведения фототерапии;

- строгий контроль за санитарно-эпидемиологическим состоянием и профилактикой возникновения внутрибольничной инфекции в соответствии с методическими рекомендациями Министерства здравоохранения РФ «Система профилактики и контроля госпитальной инфекции в отделениях (палатах) реанимации и интенсивной терапии для новорожденных в акушерских стационарах и детских больницах» от 28.06. 2017 года;

- обучение медицинского персонала, присутствующего в родильном зале во время родов, на циклах тематического усовершенствования «Первичная реанимационная помощь новорожденным в родильном зале» и «Стабилизация состояния новорожденных после первичной реанимации в родильном зале» 1 раз в 5 лет;

- профессиональную подготовку врачей-неонатологов работающих в ПИТ для новорожденных детей на циклах тематического усовершенствования по вопросам респираторной терапии в неонатологии 1 раз в 5 лет;

- проведение 2 раза в год тренингов оказания первичной реанимационной помощи новорожденным в родильном доме для медицинского персонала, присутствующего в родильном зале во время родов;

- исполнение приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16.01.2013 № 7н «О внесении изменений в приложения № 1 и № 3 приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27.12.2011 № 1687н «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке его выдачи».

3. Главному врачу ОГБУЗ «Костромская областная клиническая больница им. Королёва Е.И.» Алексееву М.В.:

- 1) доукомплектовать выездную реанимационную неонатальную бригаду квалифицированными специалистами со средним медицинским образованием (фельдшерами или медицинскими сестрами) с возложением на них ответственности за подготовку реанимационного места в реанимобиле и воздушном транспорте к транспортировке и помощи врачу при проведении транспортировки новорожденного ребёнка, а реанимобиль для новорожденных необходимым оборудованием;

- 2) обеспечить:

- дополнительную оплату медицинским работникам выездной реанимационной неонатальной бригады за время, затраченное на стабилизацию состояния новорожденного ребёнка перед переводом;

- перевод новорожденных и детей из родовспомогательных и медицинских организаций Костромской области в ОГБУЗ «Костромская областная детская больница» и в медицинские организации, оказывающие высокотехнологичную и специализированную медицинскую помощь.

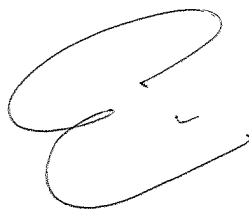
4. Главным врачам ОГБУЗ «Костромская областная клиническая больница им. Королёва Е.И.» Алексееву М.В. и ОГБУЗ «Родильный дом г. Костромы» Федоренко А.В. обеспечить техническую готовность родильных залов к оказанию первичной реанимационной помощи детям с ОНМТ и ЭНМТ.

5. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя директора департамента здравоохранения Костромской области Стрелец В.Г. и главного внештатного специалиста департамента здравоохранения Костромской области по неонатологии Куксаса Э.П.

6. Признать утратившим силу приказ департамента здравоохранения Костромской области от 15 ноября 2015 г. № 635 «О реализации Порядка оказания медицинской помощи новорождённым детям Костромской области».

7. Приказ вступает в силу с момента его подписания

Директор департамента



Е.В.Нечаев

Порядок оказания медицинской помощи по профилю «Неонатология»  
на территории Костромской области

1. Настоящий Порядок устанавливает правила оказания медицинской помощи в медицинских организациях Костромской области новорожденным детям в период от рождения и до полных 28 суток жизни, а также новорожденным старше 28 дней, находящимся на лечении в отделениях патологии новорожденных и недоношенных детей после окончания перинатального периода, в том числе:

- доношенным детям, родившимся при сроке беременности от 37 до 42 недель;
- недоношенным детям, родившимся при сроке беременности от 22 недель до 37 недель;
- переношенным детям, родившимся при сроке беременности 42 недели и более.

2. Медицинская помощь новорожденным детям оказывается в виде:

- первичной медико-санитарной помощи;
- скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи;
- специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

3. Медицинская помощь новорождённым детям может оказываться в следующих условиях:

- амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение);
- в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
- стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

4. Первичная медико-санитарная помощь новорожденным детям включает в себя мероприятия по профилактике болезней, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, санитарно-гигиеническому просвещению родителей новорожденных детей.

5. Первичная медико-санитарная помощь новорожденным детям включает:

- первичную доврачебную медико-санитарную помощь;
- первичную врачебную медико-санитарную помощь;
- первичную специализированную медико-санитарную помощь.

Первичная доврачебная медико-санитарная помощь новорожденным детям осуществляется в амбулаторных условиях медицинскими работниками со средним медицинским образованием.

Первичная врачебная медико-санитарная помощь новорожденным детям осуществляется в амбулаторных условиях врачом-педиатром участковым, врачом общей практики (семейным врачом).

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь новорожденным детям оказывается в медицинских организациях акушерского, неонатологического и педиатрического профиля.

В случае рождения ребенка в медицинской организации акушерского профиля новорожденному ребёнку оказывается специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь.

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь новорожденным, требующим срочного медицинского вмешательства, оказывается врачебными выездными бригадами скорой медицинской помощи в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 20.06. 2013 г. № 388н «Об утверждении порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи» с изменениями и дополнениями 22 января, 5 мая 2016 г., 19 апреля 2019 г. Зарегистрировано в Минюсте РФ 16 августа 2013 г., регистрационный № 29422.

Бригада скорой медицинской помощи в первые часы жизни новорождённого ребенка, родившегося вне медицинской организации, доставляет новорождённого ребёнка:

1) нуждающегося в интенсивном лечении, в том числе детей, родившихся ранее 34 недель беременности:

- из городского округа г. Кострома и Костромского муниципального района в отделение анестезиологии и реанимации по оказанию медицинской помощи новорождённым детям ОГБУЗ «Костромская областная детская больница» (обязательно сделать предварительный звонок дежурному врачу неонатологу 8-(4942) 53-00-81, 53-00-11 или дежурному врачу анестезиологу-реаниматологу тел. 8-(4942) 53-00-42);

- из муниципальных районов Костромской области (исключая Костромской муниципальный район) - в акушерские стационары (ОГБУЗ Буйская ЦРБ, ОГБУЗ Вохомская МБ, ОГБУЗ Волгореченская ГБ, ОГБУЗ Галичская ОБ, ОГБУЗ Мантуровская ОБ, ОГБУЗ Нерехтская ЦРБ, ОГБУЗ Шарьинская ОБ им. Каверина В.Ф.) находящихся наиболее ближе и доступнее от места рождения новорождённого ребёнка с последующим его переводом в ОГБУЗ «Костромская областная детская больница» с учётом транспортабельности, при отсутствии транспортабельности в ближайшее медицинское учреждение;

2) не нуждающегося в интенсивном лечении, переводится в медицинскую организацию акушерского профиля для оказания медицинской помощи в стационарных условиях:

а) из городского округа г. Кострома

- с тяжёлой экстрагенитальной патологией у матери (анемия тяжёлой степени, артериальная гипертензия, миокардит, пороки сердца, ревматизм, заболевания печени, заболевания почек, заболевания соединительных тканей, болезни желудочно-кишечного тракта, болезни дыхательных путей, вирусные инфекции), требующей участия специалистов многопрофильного учреждения здравоохранения в акушерский стационар ОГБУЗ «Костромская областная клиническая больница им. Королёва Е.И.» с обязательным предварительным звонком дежурному врачу акушеру-гинекологу тел. 8(4942) 55-76-13) или начальнику службы по акушерству и гинекологии Костромской областной клинической больницы Горюнову Алексею Александровичу сот. тел. 8-910-956-89-45;

- при отсутствии тяжёлой экстрагенитальной патологии у матери в ОГБУЗ «Родильный дом г. Костромы» (с обязательным предварительным звонком дежурному врачу акушеру-гинекологу тел. 8(4942) 51-46-79) или заместителю главного врача по лечебной части Соколову Василию Вадимовичу сот. тел. 8-920-645-87-62;

б) из Костромского муниципального района - в акушерский стационар ОГБУЗ «Костромская областная клиническая больница им. Королёва Е.И.» (с обязательным предварительным звонком дежурному врачу акушеру - гинекологу тел. 8(4942) 55-76-13) или начальнику службы по акушерству и гинекологии Костромской областной клинической больницы Горюнову Алексею Александровичу сот. тел. 8-910-956-89-45;

в) из других муниципальных районов Костромской области - в акушерские стационары находящихся наиболее ближе и доступнее от места рождения новорождённого ребёнка с последующим переводом новорождённого в ОГБУЗ «Костромская областная детская больница» при условии транспортабельности.

3) на время проведения плановой и внеплановой дезинфекции акушерского стационара ОГБУЗ «Костромская областная клиническая больница им. Королёва Е.И.» или ОГБУЗ «Родильный дом г. Костромы» все новорождённые дети, родившиеся вне медицинской организации не требующие интенсивного лечения, доставляются из городского округа г. Костромы и Костромского муниципального района в работающий в это время акушерский стационар из указанных в настоящем подпункте.

10. Медицинская помощь при наличии состояний, которые требуют проведения интенсивной терапии, оказывается в организации, в которой проводилось родоразрешение, или в профильной медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь детям.

11. При рождении здорового доношенного ребенка проводятся процедуры по уходу за новорожденным, в том числе направленные на поддержку грудного вскармливания и профилактику гипотермии.

Новорожденный осматривается врачом-неонатологом (врачом-педиатром), результаты осмотра фиксируются в истории развития новорожденного (обязательно заполняется «Карта первичной и реанимационной помощи новорожденному в родильном зале», страница «Осмотр новорожденного в родильном зале» с указанием

предварительного диагноза и назначения профилактики геморрагической болезни с учётом показаний/противопоказаний.

Спустя 2 часа после рождения врач-неонатолог делает в истории развития новорожденного запись о состоянии ребенка (при переводе его в отделение для новорожденных) в разделе «Первичный осмотр новорожденного» с обязательным указанием даты и точного времени (часы и минуты) осмотра и назначения вакцинации против вирусного гепатита В с учётом показаний/противопоказаний, после чего новорожденный с матерью переводятся в послеродовое отделение..

В случае необходимости по тяжести состояния или другим объективным причинам запись первичного осмотра новорожденного может быть выполнена ранее 2 часов после рождения с обязательным указанием даты и точного времени (часы и минуты) осмотра.

В течение первых суток жизни ребенка, врач-неонатолог (врач-педиатр) проводит клинический осмотр новорожденного не менее двух раз с контролем температуры тела, частоты дыхания и частоты сердцебиения. Результаты осмотров вносятся в медицинскую документацию новорожденного.

12. В течение первых суток жизни новорожденный ребёнок осматривается медицинской сестрой каждые 3-3,5 часа с целью оценки состояния и определения показаний для очередного осмотра врачом-неонатологом (врачом-педиатром) и оказания медицинской помощи. Результаты осмотров и отметки о выполненных назначениях вносятся в медицинскую документацию новорожденного.

13. Врач-неонатолог осматривает новорожденного ребёнка ежедневно, а при ухудшении его состояния с такой частотой, которая определена медицинскими показаниями, но не реже одного раза в 3 часа. Результаты осмотров вносятся в медицинскую документацию новорожденного, где должно быть отражено следующее:

- тяжесть состояния с подробным описанием по органам и системам и отражением динамики состояния;

- показатели мониторинга жизнедеятельности; температуры тела, частоты дыхания, частоты сердцебиения, артериального давления, сатурации кислорода, темпа диуреза;

- метод кислородотерапии или респираторной поддержки, параметры ИВЛ (в том числе СРАР);

- обоснование и назначение лечения с указанием конкретных препаратов и доз, в частности: расчет объема и состав инфузионной терапии, парентерального питания, кардиотонических препаратов, антибактериальной терапии, трансфузии препаратов крови и других лекарственных средств по показаниям.

14. В стационарных условиях медицинской организации акушерского профиля на основании информированного добровольного согласия родителей оформленного по рекомендуемому образцу добровольного информированного согласия на проведение профилактических прививок детям или отказа от них, утвержденному приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26.01.2009 г. № 19н, осуществляется проведение профилактических прививок согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.03.2014 г. № 125н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря

профилактических прививок по эпидемическим показаниям» (с изменениями от 16 июня 2016 г., 13 апреля 2017 г., 19 февраля, 24 апреля 2019 г).

На основании информированного добровольного согласия родителей проводится проведение профилактики геморрагической болезни новорождённых. Данные о проведенных профилактических прививках вносятся в медицинскую документацию новорожденного.

15. В медицинской организации акушерского, неонатологического или педиатрического профиля в сроки, установленные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22.03.2006 г. № 185 «О массовом обследовании новорожденных детей на наследственные заболевания», осуществляется забор крови новорожденного для проведения неонатального скрининга.

Перед выпиской новорожденному осуществляется аудиологический скрининг. Данные о проведенных неонатальном и аудиологическом скринингах вносятся в медицинскую документацию новорожденного.

16. Выписка новорожденного осуществляется при его удовлетворительном состоянии и отсутствии медицинских показаний к направлению в стационарные условия медицинской организации неонатологического или педиатрического профиля.

17. Чтобы не пропустить критический ВПС в родильном доме перед выпиской, необходимо провести оценку цвета кожных покровов, оценить пульсацию периферических артерии. При снижении пульсации на периферических артериях измерить АД на правой руке и любой ноге, провести пульсоксиметрию на правой руке и любой ноге (лучше одномоментно). Данные обследования записать в истории развития новорождённого.

18. Рекомендуемое время пребывания здорового новорожденного в родильном доме от 2 - 5 суток. В выписном эпикризе из истории развития новорожденного ребёнка врач-неонатолог (врач-педиатр) указывает полную информацию о ребёнке, о всем проведенном объеме обследования, оценки физического развития и лечения, о вакцинации, профилактики геморрагического синдрома, неонатальном и аудиологическом скринингах.

19. Информация на амбулаторный педиатрический этап о выписке новорожденного ребёнка передается ответственным сотрудником родильного дома (отделения) в день выписки ребенка.

20. При наличии медицинских показаний первичная реанимация новорожденным после рождения осуществляется в медицинских организациях, где произошли роды, а также в машинах скорой медицинской помощи.

Проведение первичной реанимации новорожденного обеспечивают следующие медицинские работники:

1) врачи, фельдшера или акушерки бригад скорой и неотложной медицинской помощи, осуществляющие транспортировку рожениц;

2) врачи и медицинские работники со средним медицинским образованием акушерско-гинекологических отделений родильных домов, акушерских стационаров и больниц, в обязанности которых входит оказание помощи во время родов (врач акушер-гинеколог, врач анестезиолог-реаниматолог, медицинская сестра-анестезист, медицинская сестра, акушерка);



3) врачи и медицинские работники со средним медицинским образованием отделений новорожденных родильных домов, акушерских стационаров, детских и многопрофильных больниц (врач-неонатолог, врач-анестезиолог-реаниматолог, врач -педиатр, медицинская сестра).

При родах, происходящих в медицинской организации акушерского профиля, присутствует врач-неонатолог, а в его отсутствие - акушерка или медицинская сестра, имеющие специальные знания, навыки и набор оборудования для оказания первичной реанимации новорожденному.

При проведении сердечно-легочной реанимации новорожденному врачу-неонатологу или медицинскому работнику со средним медицинским образованием (акушерка, медицинская сестра), который ее проводит, оказывают помощь не менее двух медицинских работников с высшим или со средним медицинским образованием.

21. В акушерских стационарах II группы (ОГБУЗ «Костромская областная клиническая больница им. Королёва Е.И.» и ОГБУЗ «Родильный дом г. Костромы») имеющих в своём составе палаты интенсивной терапии новорождённых, интенсивная терапия проводится в объеме, необходимом для полной стабилизации состояния новорождённого ребенка, включая аппаратную искусственную вентиляцию легких с последующим переводом новорождённого ребёнка не позднее 3-го дня жизни (двое суток) в отделение анестезиологии и реанимации по оказанию медицинской помощи новорождённым ОГБУЗ «Костромская областная детская больница» или в отделение реанимации и интенсивной терапии новорождённых ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова Минздрава России» с учётом транспортабельности и наличия мест в данных медицинских организациях.

22. В акушерских стационарах I группы ответственным врачом-неонатологом или врачом-педиатром одновременно с началом проведения интенсивной терапии новорождённому ребёнку вызывается выездная реанимационная бригада санавиации тел. 8 (9442) 55-45-63 или 55-37-51.

23. О всех новорождённых детях с внезапными острыми заболеваниями и состояниями представляющими угрозу жизни и сложных случаях сообщать по телефону главному внештатному специалисту департамента здравоохранения Костромской области по неонатологии Куксасу Эдуарду Петровичу сот. тел. 8-906-524-11-16 и главному специалисту департамента здравоохранения Костромской области по детской анестезиологии и реанимации Антипову Олегу Владимировичу сот. тел. 8-910-953-12-96.

24. В сложных случаях ответственный дежурный врач-неонатолог или педиатр проводит консультирование по телефону:

- с заведующим реанимационно-консультативного блока отделения реанимации и интенсивной терапии новорождённых ФГУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова Минздравсоцразвития России» Корниловым Андреем Валерьевичем моб. 89022424338 или дежурным ответственным врачом данного отделения тел. 8-(4932) 336277;

- с ответственным врачом реанимационно-консультативной бригады ГБУЗ ЯО ОПЦ тел. 8(4852) 78-83-94 или с дежурным врачом анестезиологом реаниматологов ОРИТН ГБУЗ ЯО ОПЦ тел. 8(4852) 78-81-47, 78-81-47.

25. Выездная бригада (врач-неонатолог, врач анестезиолог-реаниматолог, фельдшер или медицинская сестра), находящаяся в штате санавиации, совместно с медицинской организацией, имеющей акушерский стационар 1

группы, где родился новорожденный, организует лечение, необходимое для стабилизации состояния новорожденного перед транспортировкой, и после достижения стабилизации состояния осуществляет его перевод в ОГБУЗ «Костромская областная детская больница».

Решение о возможности переводе (транспортировки) новорожденного ребёнка принимается ответственным врачом санавиации.

В случаях отказа в переводе новорождённого ребёнка в ОГБУЗ «Костромская областная детская больница», предоставлять информацию по сложившейся ситуации главному специалисту департамента здравоохранения Костромской области по неонатологии Куксасу Эдуарду Петровичу по тел. 8-906-524-11-16.

26. При подозрении и (или) выявлении у новорожденного ребёнка острой хирургической патологии он неотложно переводится в отделение анестезиологии и реанимации по оказанию медицинской помощи новорождённым ОГБУЗ «Костромская областная детская больница». Транспортировка проводится после совместного определения комплекса мероприятий по диагностике, стабилизации состояния, предтранспортивной подготовке и условий транспортировки с заведующим детского хирургического отделения Юдиным Алексеем Ивановичем сот. тел. 8 (910) 375-20-00, в нерабочее время с дежурным детским хирургом тел 8-(4942) 53-28-72.

27. При выявлении у новорожденного инфекционных заболеваний, представляющих эпидемическую опасность, его перевод осуществляется неотложно в ОГБУЗ «Окружная больница Костромского округа № 1».

28. При выявлении у новорожденного ребёнка в акушерских стационарах ОГБУЗ «Костромская областная клиническая больница им. Королёва Е.И.» или ОГБУЗ «Родильный дом г. Костромы» заболеваний, которые излечиваются в сроки не более 10 суток и не представляют эпидемической опасности для окружающих, наблюдение, обследование и лечение новорожденного осуществляется в данных медицинских организациях, в которых он родился, при наличии условий для диагностики и лечения данного заболевания.

При выявлении у новорожденного ребёнка в акушерских стационарах I уровня заболеваний он должен быть переведен на обследование и лечение в ОГБУЗ «Костромская областная детская больница».

29. При наличии медицинских показаний для консультации и оказания медицинской помощи новорожденным привлекать врачей-специалистов по специальностям, предусмотренным Номенклатурой специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.10.2015 № 700н, в том числе специалистов по функциональной и ультразвуковой диагностике для проведения ЭКГ, ЭХО-кардиографии, УЗИ внутренних органов, почек головного мозга новорождённым детям.

30. При наличии показаний новорожденный ребёнок, не нуждающийся в проведении реанимационных мероприятий, из медицинской организации акушерского профиля с перинатальной патологией и заболеваниями,

требующими дальнейшего обследования, лечения и выхаживания, переводятся в ОГБУЗ «Костромская областная детская больница»:

1) недоношенные новорождённые дети в отделение выхаживания недоношенных детей (тел. 8-(4942) 53-00-11);

2) доношенные новорождённые дети в отделение патологии новорождённых детей (8-(4942) 53-00-81).

31. Оказание специализированной, за исключением высокотехнологичной, медицинской помощи осуществляется в федеральных государственных медицинских организациях, находящихся в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации, при необходимости установления окончательного диагноза в связи с нетипичностью течения заболевания, отсутствии эффекта от проводимой терапии и (или) повторных курсов лечения при вероятной эффективности других методов лечения, высоком риске хирургического лечения в связи с осложненным течением основного заболевания или наличием сопутствующих заболеваний, необходимости дообследования в диагностически сложных случаях и (или) комплексной предоперационной подготовке у новорожденных с осложненными формами заболевания, сопутствующими заболеваниями, при необходимости повторной госпитализации по рекомендации указанных федеральных государственных медицинских организаций в соответствии с Порядком направления граждан Российской Федерации в федеральные государственные учреждения, находящиеся в ведении Министерства здравоохранения РФ для оказания специализированной медицинской помощи, приведенным в приложении к Порядку организации оказания специализированной медицинской помощи, утвержденному Приказом Минздрава РФ от 02.12.2014 № 796н (ред. от 27.08.2015) «Об утверждении Положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи» (Зарегистрировано в Минюсте России 02.02.2015 N 35821).

32. При наличии у новорожденного медицинских показаний к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи направление в медицинскую организацию, оказывающую высокотехнологичную медицинскую помощь, осуществляется в соответствии с Порядком направления граждан Российской Федерации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете Министерству Российской Федерации, с применением специализированной информационной системы, утвержденным приказом Минздрава России от 29.12.2014 № 930н (ред. от 27.08.2015) «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы» (Зарегистрировано в Минюсте России 31.12.2014 № 35499).

33. При подозрении у новорожденного ребёнка критических врождённых пороков сердца требующих экстренного перевода в кардиохирургический центр (Простая транспозиция магистральных сосудов; Синдром гипоплазии правых или левых отделов сердца; Критическая коарктация/перерыв дуги аорты; Критический стеноз/атрезия легочной артерии; Критический стеноз клапана аорты; Аномальное отхождение левой коронарной артерии от легочной

артерии) или подозрения на ВПС при которых оперативное вмешательство показано в 1-ый месяц жизни (Общий артериальный ствол; Тотальный аномальный дренаж легочных вен; Единственный желудочек сердца; Атрезия трёхстворчатого клапана; Атриовентрикулярная коммуникация полная форма; Умеренная КА с признаками нарастания градиента; Умеренный стеноз ЛА с нарастанием градиента) в экстренном порядке новорождённый ребёнок должен быть переведён в отделение анестезиологии и реанимации по оказанию медицинской помощи новорождённым детям многопрофильной больницы ОГБУЗ «Костромская областная детская больница» с учётом его транспортабельности.

Врачи-специалисты медицинской организации в которой родился ребенок уточняют диагноз (экстренная консультация кардиолога и проведение УЗИ сердца). При подтверждении диагноза организуется экстренный перевод новорождённого ребёнка в кардиохирургический стационар (Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева г. Москва или др.) в следующем порядке:

1) направляется выписка из истории новорождённого ребёнка (в соответствии с приложением № 4 приказа департамента здравоохранения Костромской области от 26 мая 2015 года № 318 (с изменениями 20.09.2016, и 24.12.2018) «Об утверждении административного регламента по предоставлению департаментом здравоохранения Костромской области государственной услуги по направлению граждан Российской Федерации, проживающих на территории Костромской области для оказания высокотехнологичной медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется за счет средств федерального бюджета) с полным подробным описанием ЭХО-КС, и состоянием ребенка на момент подготовки выписки, по вопросам консультаций и госпитализаций с указанием в теме письма - «Экстренно!» и названием медицинской организации по следующим электронным адресам:

- регистратура НЦССХ им. А.Н. Бакулева: [205\\_kabinet@bakulev.ru](mailto:205_kabinet@bakulev.ru) и [205\\_kabinet@mail.ru](mailto:205_kabinet@mail.ru), перезвонить по телефону 8(495) 4147910 и убедиться в том, что выписка дошла до адресата;

- ординаторская отделения экстренной хирургии новорожденных и детей первого года жизни НЦССХ им. А.Н. Бакулева [4147920@mail.ru](mailto:4147920@mail.ru), перезвонить по телефону 8(495) 4147795 и убедиться в том, что выписка дошла до адресата.

2) если ситуация экстренная - позвонить по экстренному телефону новорожденных НЦ ССХ им. А.Н.Бакулева 8-903-726-03-43 или 89104686843 (Нефёдова Инесса Евгеньевна). Во время разговора - представиться, сказать на какую электронную почту отправили выписку, представить информацию о ребёнке и задать вопрос о возможности и условиях перевода новорождённого ребёнка в Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева;

3) незамедлительно выслать в департамент здравоохранения Костромской области на электронную почту: [lpp@mail.dzo-kostroma.ru](mailto:lpp@mail.dzo-kostroma.ru) или [detotdel@mail.dzo-kostroma.ru](mailto:detotdel@mail.dzo-kostroma.ru), (Пакиной Ольге Сергеевне тел. 8(4942) 45-76-03) документы, необходимые для предоставления ВМП. **Все телефоны и электронные адреса только для служебного использования.**

34. В случае отказа родителей новорожденного ребёнка от родительских прав или в случае, если родители оставили новорожденного в медицинской организации акушерского профиля без оформления документов, новорожденный ребёнок подлежит переводу в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей ОГБУЗ «Костромская областная детская больница».

35. В случае если проведение медицинских манипуляций, связанных с оказанием неонатологической медицинской помощи, может повлечь возникновение болевых реакций у новорожденного ребёнка, такие манипуляции проводятся с обезболиванием.

36. В случае ухудшения состояния новорождённого ребёнка после выписки из акушерского стационара (родильного дома) на дому, новорождённые дети госпитализируются:

1) при условии транспортабельности:

а) Поназыревский район, Вохомский район, Октябрьский район, Павинский район, Пыщугский район, Шарьинский район, г. Шарья в ОГБУЗ «Шарьинская окружная больница им. В.Ф. Каверина» при необходимости с последующей переводом в ОГБУЗ «Костромская областная детская больница»;

в) Кологривский район, Межевской район, Нейский район, Кадыйский район, Макарьевский район, Мантуровский район, г. Мантурово в ОГБУЗ «Мантуровская окружная больница» при необходимости с последующим переводом в ОГБУЗ «Костромская областная детская больница»;

в) Солигаличский район, Чухломской район, Антроповский район, Парфеньевский район, Галичский район, г. Галич в ОГБУЗ «Галичская окружная больница» при необходимости с последующим переводом в ОГБУЗ «Костромская областная детская больница»;

г) Буйский район, г.Буй в ОГБУЗ «Буйская городская больница» при необходимости с последующим переводом в ОГБУЗ «Костромская областная детская больница»;

г) Красносельский район, Нерехтский район и г. Нерехта, г. Волгореченск, Судиславский район, Сусанинский район, Островский район в ОГБУЗ «Костромская областная детская больница»;

2) при условии нетранспортабельности из районов Костромской области (исключая Костромской район и г. Кострому) в педиатрические палаты (боксы), находящихся ближе и доступнее всего от места нахождения больного новорождённого ребёнка с последующим переводом новорождённого в отделение анестезиологии и реанимации новорожденных ОГБУЗ «Костромская областная детская больница» с учётом транспортабельности и медицинских показаний.

3) г. Кострома и Костромской район в любой ситуации госпитализируется в ОГБУЗ «Костромская областная детская больница».

Обо всех сложных ситуациях сообщать по телефону главному внештатному специалисту департамента здравоохранения Костромской области по неонатологии Куксасу Эдуарду Петровичу сот. тел. 8-906-524-11-16 и главному внештатному специалисту департамента здравоохранения

Костромской области по детской анестезиологии и реанимации Антипову  
Олегу Владимировичу сот. тел. 8-910-953-12-96.

## Положение о порядке транспортировки новорождённых детей на территории Костромской области

I. Порядок подготовки новорождённого ребёнка к перегоспитализации на этапе акушерского стационара.

1. В течение 2-х часов от момента рождения недоношенного ребёнка, констатации тяжёлого состояния или любых сомнений, возникающих при оценке состояния и проведении терапии у новорождённого ребёнка, врач акушерского стационара (врач-неонатолог, педиатр, анестезиолог-реаниматолог или акушер-гинеколог) (далее – врач акушерского стационара), в котором осуществляется курация ребенка, должен обратиться за консультативной помощью и решением вопроса о перегоспитализации новорождённого ребёнка к:

- дежурному врачу детского Центра анестезиологии-реанимации на базе ОГБУЗ «Костромская областная детская больница» в соответствии с приказом департамента здравоохранения Костромской области от 26.07.2019 № 389 «Об открытии детского Центра анестезиологии-реаниматологии Костромской области»;

- главному специалисту департамента здравоохранения Костромской области по неонатологии Куксасу Эдуарду Петровичу по тел. 8-906-524-11-16 (для предоставления информации по сложившейся ситуации).

2. При необходимости перевода дежурному врачу необходимо связаться с дежурным фельдшер отделения плановой и экстренной консультативной медицинской помощи ОГБУЗ «Костромская областная клиническая больница имени Королёва Е.И.» (далее - санавиация) тел. 8 (9442) 55-45-63, 55-37-51:

1) в журнале фиксирует: дату, время обращения, место рождения (акушерский стационар), фамилию ребёнка, пол, дату и время рождения, срок гестации, антропометрические данные (вес, рост), оценку по шкале Апгар, оценку состояния новорождённого;

2) связывает врача акушерского стационара с дежурным врачом-неонатологом или детским анестезиологом-реаниматологом санавиации (далее - врач санавиации);

3) организует выезд неонатологической бригады в медицинскую организацию согласно графику выездов.

3. Врач акушерского стационара:

- созванивается с дежурным врачом санавиации, консультируется, информирует о состоянии пациента, ведущих синдромах, проблемах и проводимом лечении;

- по показаниям осуществляет вызов дежурного врача санавиации на консультацию повторным звонком на санавиацию;

- все рекомендации дежурного врача санавиации заносит в историю развития новорожденного с указанием даты и времени консультации, ФИО консультировавшего по телефону специалиста;

- в случае отказа врача санавиации приехать на консультацию, врач акушерского стационара обязан зафиксировать данный факт в истории развития новорождённого.

#### 4. Дежурный врач санавиации:

- в телефонном режиме даёт рекомендации по диагностическим мероприятиям и лечению, с целью улучшения состояния новорождённого и подготовки его к транспортировке;

- сообщает время своего выезда для проведения перевода новорождённого ребёнка.

До приезда консультанта в ходе подготовки новорожденного ребенка к транспортировке врач акушерского стационара обязан:

1) строго соблюдать все четыре принципа готовности к переводу, к которым относятся:

**NB! нормальная температура тела,**

**NB! удовлетворительные сердечная деятельность и показатели центральной гемодинамики с адекватной микроциркуляцией,**

**NB! удовлетворительные показатели оксигенации, то есть должна быть обеспечена адекватная респираторная поддержка,**

**NB! нормальный уровень глюкозы в крови.**

2) оценивать тяжесть дыхательной недостаточности у новорождённых детей с дыхательными нарушениями не находящемся на ИВЛ каждые 30 минут по специальным шкалам:

- доношенных новорождённых детей по шкале Downes приложение 1;

- недоношенных новорождённых детей по шкале Сильвермана приложение 2;

3) вклеить в историю развития новорожденного результаты оценки тяжести дыхательной недостаточности по шкале Downes или по шкале Сильвермана;

4) передать информацию дежурному врачу санавиации о тяжести дыхательных нарушений согласно оценке по шкале Downes или по шкале Сильвермана;

5) отразить в медицинской документации и в переводном эпикризе все обсуждаемые клинические симптомы, их динамика и основные показатели: температура тела (аксиллярная), ЧСС, ЧД, сатурация, симптом белого пятна, пульсация на периферических артериях, АД с обязательным указанием среднего АД, темп диуреза, гликемия;

6) зафиксировать все назначения в индивидуальном листе интенсивной терапии, вариант которой представлен в приложении 3;

7) при наличии показания для перегоспитализации:

- информировать мать о необходимости перегоспитализации ребенка и подготовке к ней;



- подготовить пакет сопроводительных документов, который включает: выписной эпикриз приложение 7, ксерокопии паспорта, страхового полиса и СНИЛС матери;

- зафиксировать в переводном эпикризе факт осведомленности матери о перегоспитализации, закрепив согласие матери на перевод, обследование и лечение (консервативной и оперативное) ее подписью.

## II. Порядок взаимодействия врача акушерского стационара, и дежурным врачом санавиации

1. В случае поступления одновременно двух вызовов дежурный врач санавиации определяет приоритетность выездов.

**Приоритетным на территории Костромской области должен быть выезд к новорожденному в тяжелом состоянии в медицинскую организацию (МО) с наиболее слабой материально-технической базой и отсутствием возможности оказания помощи новорожденному обученным персоналом (нет врача-неонатолога).**

2. Тактическое решение о переводе новорожденного (определяет наличие показаний/противопоказаний к перегоспитализации согласно ниже представленному перечню) принимает врач санавиации.

3. Врач санавиации:

- по приезду в акушерское учреждение фиксирует в истории развития новорождённого дату и время приезда, оценивает тяжесть состояния новорождённого по КШОНН (приложение 3);

- выполняя мероприятия по стабилизации состояния новорожденного и готовя его к транспортировке, осуществляет запись в истории развития новорожденного по стандартной схеме (карта-вкладыш, приложение 4), согласно прилагающейся к ней инструкции (приложение 5)

- все назначения по стабилизации новорождённого ребёнка в акушерском стационаре дежурный врач санавиации заносит в лист интенсивной терапии (приложение 6) в истории развития новорожденного, который ведется врачом акушерского стационара.

4. К моменту приезда санавиации должен быть готов переводной эпикриз (вариант эпикриза представлен в приложении 7) в двух экземплярах, оригинал передается санитарной авиации, копия остается в истории развития новорожденного на месте; а также необходимые данные: паспортные, сведения о страховом полисе матери.

5. Дежурный фельдшер санавиации несет ответственность за подготовку реанимационного места в реанимобиле к транспортировке.

**ВВ! Подготовка места подразумевает нагретый кувез, настроенный аппарат ИВЛ с заданными параметрами (при отсутствии навыка настройки аппарата ИВЛ данную функцию выполняет врач санитарной авиации), подготовленные инфузионные помпы с инотропными и вolemическими препаратами, работающее мониторное обеспечение. При необходимости должен быть настроен и подключен аппарат активной аспирации. Полная готовность аппаратуры должна быть проконтролирована врачом.**

***Подчеркиваем, что вся аппаратура, используемая для осуществления транспортировки (автомашина скорой медицинской помощи, транспортный кузов и т.д.) должны находиться в режиме постоянной готовности. Особенно это актуально, для холодного времени года.***

6. В ходе транспортировки дежурный врач санавиации продолжает все необходимые мероприятия по поддержанию жизнедеятельности ребенка (соблюдение температурного режима, ИВЛ, инфузионная терапия, инотропная поддержка, противосудорожная терапия и т.д.).

7. Любые инвазивные манипуляции, выполняемые у новорожденного ребенка дежурным врачом неонатальной реанимационной бригады санавиации на базе акушерского стационара, должны иметь четкое обоснование и добровольное информированное согласие матери (законного представителя ребенка), зафиксированное в истории развития;

8. В ходе транспортировки новорожденного дежурный врач неонатальной реанимационной бригады санавиации фиксирует основные витальные функции: ЧСС, ЧД, АД, сатурацию и температуру тела.

9. Карта транспортировки новорожденного (приложение 8) заполняется согласно инструкции (приложение 9), прилагающейся к ней. Карта транспортировки оформляется в двух экземплярах, оригинал остается в истории болезни принимающего стационара, копия передается главному неонатологу Костромской области Кукасу Эдуарду Петровичу;

10. По окончании перегоспитализации врачом санавиации оформляется журнал транспортировки.

**III. Показаниями для перевода новорожденного являются следующие состояния (при отсутствии противопоказаний для транспортировки):**

1. хирургическая патология новорожденных (в максимально сжатые сроки). Транспортировка проводится после совместного определения комплекса мероприятий по диагностике, стабилизации состояния, предтранспортирной подготовке и условий транспортировки с заведующим детского хирургического отделения Юдиным Алексеем Ивановичем (в нерабочее время с дежурным детским хирургом тел 8-(4942) 53-28-72);

2. дыхательная недостаточность любой степени тяжести;

3. нарушения гемодинамики;

4. инфекционные заболевания (в максимально сжатые сроки);

5. гемолитическая болезнь новорожденного и другие патологические желтухи;

6. геморрагическая болезнь новорожденного и другие нарушения гемостаза;

7. брадикардия и/или апноэ, нарушения сердечного ритма;

8. врожденные аномалии (в том числе ВПС, особенно при подозрении на дуктус-зависимые ВПС), осложняющие течение раннего неонатального периода после консультации с главным кардиологом Костромской области Романовой Ольгой Викторовной тел. 89206407311;

9. тяжелая и среднетяжелая (по показаниям) перинатальная асфиксия, тяжелая и среднетяжелая церебральная ишемия;

10. срок гестации 34 недели и менее и/или вес при рождении < 2200 гр.;

11. гематологические отклонения (тромбоцитопения, среднетяжелая и тяжелая анемия, выраженные бактериальные сдвиги);

12. другие клинические состояния, которые требуют интенсивной терапии (метаболические заболевания, внутричерепное кровоизлияние и др.) или курации новорожденного в условиях второго этапа выхаживания. Желательно, чтобы мать была переведена к ребенку по уходу за ним в максимально сжатые сроки, как только позволит ее состояние.

#### **IV. Перечень состояний, являющихся противопоказанием к транспортировке**

Транспортировка противопоказана до купирования представленных ниже патологических состояний:

- наличие у больного положительной «пробы на переключивание»,
- некупированное кровотечение,
- некупированные судороги,
- наличие некупированного синдрома утечки воздуха (пневмоторакс, пневмомедиастинум и др.),
- некупированная пароксизмальная тахикардия,
- некупированная гипертермия выше 39°C,
- ректальная гипотермия менее 36°C (за исключением случаев, где требуется терапевтическая гипотермия).

Не рекомендуется транспортировка новорожденного ребенка в тяжелом состоянии в случае:

- отсутствия венозного доступа,
- наличия некупированной артериальной гипотонии, декомпенсированных нарушений периферического кровообращения,
- сатурации крови кислородом менее 80%, при отсутствии ВПС,
- наличия тяжелой анемии - гемоглобин менее 70 г/л, эритроциты менее 1,5, Ht менее 20%,
- тяжелой тромбоцитопении менее 30000 и геморрагических нарушений на этом фоне,
- потребности в жестких параметрах ИВ Л, в частности, P<sub>i</sub>P более 15-18 см вод.ст., для поддержания сатурации 90 - 95%.

#### **Порядок взаимодействия дежурного врача неонатальной реанимационной бригады санавиации и врача анестезиолога-реаниматолога (неонатолога) второго этапа выхаживания (порядок передачи больного в профильное отделение)**

1. Дежурный врач неонатальной реанимационной бригады санавиации, находясь в акушерском стационаре, должен объективно информировать по телефону врача принимающего стационара о состоянии ребенка, о ведущих синдромах и методах их коррекции. Должен сообщить температуру в кувезе, необходимую для поддержания температуры тела

ребенка в пределах 36,5 - 37,5°C, параметры ИВЛ, скорость волемиической нагрузки и дозу инотропных препаратов.

2. Дежурный врач неонатальной реанимационной бригады санавиации должен информировать стационар о всех осложнениях и ситуациях, сопровождающихся ухудшением состояния ребенка в дороге, и методах их коррекции.

3. Дежурный врач неонатальной реанимационной бригады санавиации самостоятельно поднимает ребенка в отделение.

4. Передача дежурным врачом неонатальной реанимационной бригады санавиации и прием врачом анестезиологом-реаниматологом (или неонатологом) новорожденного, находящегося в тяжелом состоянии, осуществляется непосредственно в отделении.

5. Дежурный врач неонатальной реанимационной бригады санавиации и врач, принимающий ребенка, на месте совместно осуществляют термометрию и фиксируют указанный показатель в карте транспортировки с указанием времени измерения температуры тела новорожденного. **NB! Градусники, которыми осуществляется измерение температуры тела у новорожденного, должны проходить регулярную проверку и замену по мере выхода из строя. Предпочтение должно оставаться за электронными градусниками. Измерение температуры тела новорожденного неисправными градусниками НЕДОПУСТИМО!** Кроме того, совместно оцениваются такие показатели как ЧСС, ЧД, АД и сатурация крови кислородом по данным монитора, с фиксацией последних в момент передачи в карте транспортировки. Указанная информация подкрепляется подписями обеих сторон;

6. После транспортировки пациента дежурный врач неонатальной реанимационной бригады санавиации передает необходимую сопроводительную документацию (карта транспортировки) врачу профильного специализированного отделения.

7. После транспортировки пациента дежурным фельдшером санитарной авиации с использованием необходимого расходного материала (контур для аппарата ИВЛ, назальные канюли и прочие приспособления) осуществляется текущая дезинфекция указанных материалов и оборудования, а также салона автомобиля в случае наличия инфекционной патологии у новорожденного;

8. В истории болезни врач стационара в первичном статусе фиксирует температуру тела ребенка с указанием времени измерения.

9. Транспортировка новорожденного ребенка из машины до подготовленного реанимационного места осуществляется с соблюдением необходимых условий (транспортный инкубатор с аппаратной ИВЛ, ИВЛ мешком Амбу с подачей кислорода по необходимости).

10. К моменту поступления ребенка в стационар в нем должно быть подготовлено реанимационное место.

**Готовность** отделения реанимации и интенсивной терапии для новорожденных на базе ОГБУЗ «Костромская областная детская больница» к приему новорожденного в **тяжелом состоянии**

*ВВ! Подготовка места подразумевает нагретый кувез, настроенный аппарат ИВЛ с заданными параметрами, подготовленные инфузионные помпы с инотропными и вolemическими препаратами, работающее мониторное обеспечение. При необходимости должен быть настроен и подключен аппарат активной аспирации. Полная готовность аппаратуры должна быть проконтролирована врачом анестезиологом-реаниматологом принимающей медицинской организации.*

## ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

1. Врачи акушерских стационаров города и области несут персональную ответственность за:

- своевременную передачу информации дежурному фельдшеру санитарной авиации;
- объективность передаваемой информации;
- регистрацию факта обращения в санавиацию;
- выполнение рекомендаций, данных врачом санавиации по телефону;
- до приезда санавиации врач акушерского стационара, обратившийся в санавиацию, несет полную ответственность за пациента.

2. Дежурный врач неонатальной реанимационной бригады санавиации несет персональную ответственность за:

- получение и регистрацию подробной информации о пациенте;
- принимаемое тактическое решение;
- четкость и обоснованность рекомендаций;
- своевременность выезда бригады к пациенту;
- регистрацию времени выезда и возвращения выездной бригады;
- четкость и правильность ведения документации по транспортировке;
- составление ежедневных сводок работы по транспортировке и передачу их руководству.

Приложение 1  
**Положения о порядке  
 транспортировки новорождённых детей  
 на территории Костромской области**

**Модифицированная форма оценка тяжести РДС (модифицированная шкала Downes)**

Оценка тяжести дыхательной недостаточности проводится в случаях развития дыхательной недостаточности после рождения у доношенного новорождённого ребёнка.

Баллы	Частота дыхания	Цианоз	Втяжение грудной клетки	Затруднённый выдох (стон)	Характер дыхания при аускультации
0	<60	нет при 21% O <sub>2</sub>	нет	нет	пуэрильное
1	60-80	есть, исчезает при 40% O <sub>2</sub>	умеренное	выслушивается стетоскопом	изменено или ослаблено
2	>80 или апноэ	исчезает при O <sub>2</sub> >40%	значительное	слышно на расстоянии	плохо проводится

Тактика дыхательной терапии зависит от суммарной балльной оценки по шкале Downes:

- суммарная оценка в 2-3 балла соответствует легкой тяжести РДС, наблюдение и оценка по шкале в динамике;
- суммарная оценка в 4-6 баллов – средней тяжести, показана неинвазивная респираторная терапия (назальный СРАР);
- суммарная оценка в 7 и более баллов – тяжелое течение РДС, показан перевод на ИВЛ.

**Оценка тяжести РДС по модифицированной шкале Downes**

Клинические критерии	Дата осмотра _____									
	Время осмотра									
Частота дыхания										
Цианоз										
Втяжение грудной клетки										
Затруднённый выдох (стон)										
Характер дыхания при аускультации										
<b>ВСЕГО баллов</b>										

Подпись врача неонатолога \_\_\_\_\_

Приложение 2  
**Положения о порядке  
 транспортировки новорождённых детей  
 на территории Костромской области**

**Шкала Сильвермана**

Клинические признаки	Оценка в баллах		
	0	1	2
Движение грудной клетки	Грудь и живот равномерно участвуют в акте дыхания	Аритмичное, неравномерное дыхание	Парадоксальное дыхание
Втяжение межреберий	Нет	Не резко выражено	Резко выражено
Втяжение грудины	Нет	Не резко выражено	Резко выражено
Положение нижней челюсти	Рот закрыт, нижняя челюсть не западает	Рот закрыт, нижняя челюсть западает	Рот открыт, челюсть западает
Дыхание	Спокойное, ровное	При аускультации слышен затруднённый выдох	Стонущее, слышно на расстоянии

Тактика дыхательной терапии зависит от суммарной балльной оценки по шкале Сильвермана:

- суммарная оценка в 2-3 балла соответствует легкой тяжести РДС, наблюдение и оценка по шкале в динамике;
- суммарная оценка в 4-6 баллов – средней тяжести, показана неинвазивная респираторная терапия (назальный СРАР);
- суммарная оценка в 7 и более баллов – тяжелое течение РДС, показан перевод на ИВЛ.

**Оценка тяжести РДС по шкале Сильвермана**

Клинические критерии	Дата осмотра							
	Время осмотра							
Движение грудной клетки								
Втяжение межреберий								
Втяжение грудины								
Положение нижней челюсти								
Дыхание								
<b>ВСЕГО баллов</b>								

Подпись врача неонатолога \_\_\_\_\_

Приложение 3  
**Положения о порядке  
 транспортировки новорождённых детей  
 на территории Костромской области**

Оценка тяжести состояния ребёнка при осмотре по шкале КШОНН\*(В.А. Буштырев и со-  
 авт., 2005г.)

	Системы	ал- лы	Клинические маркеры	Время транспор- тировки		
				еред	В пути ка- жды 3 часа	осле
.	НС	Ц	отсутствие сознания, мышечная атония, адинамия, арефлексия			
			мышечная гипотония, гиподинамия, гипорефлексия, вялая реакция на осмотр			
			нормальные рефлексы, нормальный тонус			
.	дыха- тельная система	Д	нуждается в ИВЛ или находится на спонтанном дыхании с повышенным давлением на выдохе через носовые канюли или интубационную трубку			
			нуждается в кислороде через кислородную маску или носовой катетер			
			обходится без кислорода			
.	Сердечно- сосуди- стая система	С	выраженная брадикардия (<100 уд. в мин.) или тахикардия(>170 уд. в мин.), артериальная гипотония			
			умеренная тахикардия (160-170 уд. в мин.)			
			нормальная ЧСС, нормальное АД			
.	Печень	П	увеличена более 2 см			
			увеличение печени менее 2 см			
			размеры печени не увеличены			
.	очевы- дели- тельная система	М	анурия, гематурия			
			олигоурия			
			нормальный почасовой диурез			
.	Кожа	К	выраженная желтуха, выраженная бледность, цианоз, кровоизлияния диapedезного характера			
			умеренная бледность с периоральным и акроцианозом			



			нормальная окраска кожи			
Температура тела			гипертермия (>37,2С) или выраженная гипотермия (ниже 36,0°)			
			умеренная гипотермия (36,4°-36,0°С)			
			нормальная температура (36,5°-37,2°С)			

\*По шкале КШОНН проводится оценка состояния как недоношенного, так и доношенного новорождённого.

Показания к межгоспитальной транспортировке недоношенных детей определяются по шкале КШОНН в зависимости от количества баллов:

- 1-2 балла – среднетяжёлое состояние, новорождённый может оставаться в акушерском учреждении 1 и 2 го уровня;

- 3-5 баллов – тяжёлое состояние, требуется транспортировка в отделение патологии новорождённых (далее ОПН) или отделение недоношенных детей (далее ОНД);

- 6-8 баллов – очень тяжёлое состояние, требуется транспортировка в отделение реанимации и интенсивной терапии новорождённых (далее ОРИТН) на 3 уровень;

- 9-14 баллов – крайне тяжёлое состояние; транспортировка противопоказана, требуется стабилизация состояния новорождённого ребёнка.

Приложение 4  
**Положения о порядке  
транспортировки новорождённых детей  
на территории Костромской области**

**Карта-вкладыш в историю развития новорожденного и медицинскую карту стационарного больного**

История развития новорожденного № \_\_\_\_\_ ФИО матери \_\_\_\_\_  
Дата рождения « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ час \_\_\_\_\_ мин. Возраст \_\_\_\_\_ час.  
Врач РКБ \_\_\_\_\_ Дата работы « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г. и  
Время работы с \_\_\_\_\_ час \_\_\_\_\_ мин. по \_\_\_\_\_ час \_\_\_\_\_ мин.

**Цель выезда** \_\_\_\_\_

**Состояние новорожденного** \_\_\_\_\_ *t тела* \_\_\_\_\_ °C  
Тяжесть состояния обусловлена \_\_\_\_\_

**Кожные покровы** \_\_\_\_\_

**Неврологическая симптоматика.** Коммуникабельность \_\_\_\_\_

Крик \_\_\_\_\_ Двигательная активность \_\_\_\_\_

рефлексы \_\_\_\_\_

Мышечный тонус \_\_\_\_\_ Большой родничок \_\_\_\_\_

Зрачки \_\_\_\_\_ фотореакция \_\_\_\_\_ судороги \_\_\_\_\_

другие особенности \_\_\_\_\_

**Сердечно сосудистая система:** ЧСС \_\_\_\_\_ АД \_\_\_\_\_ среднее АД \_\_\_\_\_ симптом белого пятна \_\_\_\_\_ сек. Пульсация на a. radialis \_\_\_\_\_

на a. femoralis \_\_\_\_\_

Тоны сердца \_\_\_\_\_ шум \_\_\_\_\_

**Дыхание:** Частота дыханий \_\_\_\_\_ Апноэ \_\_\_\_\_ Оценка по шкале Доунса/Сильвермана \_\_\_\_\_

Оксигенотерапия \_\_\_\_\_

Сатурация \_\_\_\_\_ % Интубационная трубка: № \_\_\_\_\_ Глубина стояния \_\_\_\_\_ (см) Отделяемое из трахеи \_\_\_\_\_

**Параметры ИВЛ:** указать название аппарата ИВЛ \_\_\_\_\_

Режим \_\_\_\_\_

вентиляции \_\_\_\_\_ PIP \_\_\_\_\_ PEEP \_\_\_\_\_ MEAN \_\_\_\_\_ FIO2 \_\_\_\_\_ Fset \_\_\_\_\_ Tin \_\_\_\_\_ DO \_\_\_\_\_

Синхронизация \_\_\_\_\_

Экскурии грудной клетки \_\_\_\_\_

Равномерность проведения дыхания \_\_\_\_\_

Хрипы \_\_\_\_\_

Рентгенограмма грудной клетки \_\_\_\_\_

**Желудочно - кишечный тракт:** питание \_\_\_\_\_

Отделяемое из желудка \_\_\_\_\_

Вздутие живота \_\_\_\_\_ перистальтика \_\_\_\_\_

Печень \_\_\_\_\_ Селезенка \_\_\_\_\_ Стул \_\_\_\_\_

Другие особенности \_\_\_\_\_

**Выделение:** введено жидкости всего (до приезда бригады) \_\_\_\_\_

Отеки \_\_\_\_\_ Диурез = \_\_\_\_\_ мл/кг/час

Общий анализ крови (особенности) \_\_\_\_\_

Уровень глюкозы в крови \_\_\_\_\_

Катетеризация вены \_\_\_\_\_

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
ДИАГ-  
НОЗ: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Динамика состояния за период наблюдения: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Манипуляции и лечебные мероприятия \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Вре- мя	АД	ЧСС	ЧД	SatO2	t тела	С-м бело- го пятна	Респираторная терапия с указанием параметров искусственной вентиляции легких						
							FiO2	PIP	PEEP	Fset	Mean	Tin	DO

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Проба на переключивание: \_\_\_\_\_  
Заключение: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Дата и время выезда « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ час \_\_\_\_\_ мин.

Врач \_\_\_\_\_  
( \_\_\_\_\_ )  
ПОДПИСЬ

РКБ \_\_\_\_\_  
ФИО разборчиво

Приложение 5  
**Положения о порядке  
транспортировки новорождённых детей  
на территории Костромской области**

**Инструкция по заполнению  
«Карты-вкладыша в историю развития новорожденного и медицинскую  
карту стационарного больного»**

1. Представляет собой документ формата А-4.
2. Карта - вкладыш предназначен для записи в историю болезни пациента, к которому пребыла бригада.
3. Заполняется врачом-анестезиологом-реаниматологом РКБ.
4. В графе «цель выезда» следует указать, с какой целью была направлена к новорожденному выездная реанимационная бригада (консультация на месте, решение вопроса о переводе, выполнение планового перевода, выполнение манипуляций и пр.).
5. В графе «состояние больного» должна быть указана степень тяжести состояния (средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое, терминальное).
6. Описывается динамика состояния за время наблюдения врача выездной бригады.
7. Отдельно описываются все манипуляции и лечебные мероприятия, проводимые врачом выездной бригады на месте.
8. При принятии решения о перегоспитализации новорожденного проводится проба на перекладывание.
9. В графе «заключение» врач-анестезиолог-реаниматолог выездной бригады описывает свое диагностическое представление о больном, включая выделение ведущих звеньев патогенеза, показания или противопоказания к транспортировке. В конце указывается риск транспортировки.
10. В графе «диагноз» врач-анестезиолог-реаниматолог выездной бригады выставляет свой предварительный диагноз.
11. Карта - вкладыш заполняется в двух экземплярах, один из которых клеивается в историю развития новорожденного или медицинскую карту стационарного больного, к которому была направлена реанимационная бригада, копия доставляется главному неонатологу Калужской области.



по _____ мл че- рез _____ часа																											
Желудочный аспират																											
Диурез _____ мл/кг/час																											
мочевой катетер / памперс																											
Стул																											
Температура тела																											
<b>ГЛЮКОЗА В КРОВИ</b>																											

**МОНИТОРИНГ**

	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8			
Чес																											
Чд																											
АД																											
сред. АД																											
Sat 02																											
Fi02																											
PIP																											
PEEP																											
Fset																											
Tin																											
Mean																											
DO																											
pH																											
pCO2																											
pO2																											
BE																											
HCO3																											

**АНАЛИЗЫ**

НАЗНАЧЕНИЕ	Время	НАЗНАЧЕНИЕ	Время
Общий анализ крови+тромб+ретик		Мазок из желудка по Грамму	
Время свертывания		Смыв из носогл / уха / ануса на флору	
Уровень глюкозы в крови		Общий анализ мочи	
Венозный гематокрит		Копрограмма	
Группа крови и резус-фактор		ПЦР крови / ликвора / носоглотки	

Вес в \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ (- \_\_\_\_\_ )

Подпись медсестры \_\_\_\_\_ Врач \_\_\_\_\_

Приложение 7  
**Положения о порядке  
 транспортировки новорождённых детей  
 на территории Костромской области**

**ПЕРЕВОДНОЙ ЭПИКРИЗ (из родильного дома)**

ФИО матери \_\_\_\_\_ возраст \_\_\_\_\_  
 Адрес: \_\_\_\_\_ телефон: \_\_\_\_\_

Дата родов: / /	Апгар: / /	Гепатит В: серия / /
Время: :	Вес: г.	БЦЖ-М: серия / /
Пол: муж / жен	Длина: см	Неонатальный скрининг: / /
Гр. крови матери: ( )Rh	Окр. головы: см	Аудиоскрининг: / /
Гр. крови ребенка: ( )Rh	Окр. груди: см	прошел / не прошел

**Анамнез:**

Вредные привычки: курение , алкоголь , наркомания  –

Соматические заболевания: \_\_\_\_\_

ВИЧ \_\_\_\_\_ RW \_\_\_\_\_ HbsAg \_\_\_\_\_ гепатит С \_\_\_\_\_ дру-  
 гие \_\_\_\_\_

Гинекологические заболевания и хроническая урогенитальная инфекция: \_\_\_\_\_

Предыдущие беременности: аборт , выкидыш , замершая беременность ,  
 преждевременные роды   
 срочные роды

**Настоящая беременность:** \_\_\_\_\_ На учете в ж/к с \_\_\_\_\_ нед. / не наблюдалась

Течение беременности: \_\_\_\_\_

Титр антител (при наличии) \_\_\_\_\_

Прием антибиотиков: препарат \_\_\_\_\_ срок беременности \_\_\_\_\_ нед.

Профилактика СДР: срок бер-ти \_\_\_\_\_ нед., дексаметазон/бетаметазон, курс завершен/не завершен, доза \_\_\_\_\_

Профилактика ВИЧ: не проводилась / проводилась \_\_\_\_\_

УЗИ данные: \_\_\_\_\_

Роды \_\_\_\_\_ при сроке гестации \_\_\_\_\_ нед. Предлежание головное / ягодичное / ножное / поперечное.  
 Кесарево сечение ДА / НЕТ, экстренное ДА / НЕТ. Показания \_\_\_\_\_

I период: \_\_\_\_\_, II период \_\_\_\_\_, безводный промежуток: \_\_\_\_\_, околоплодные воды: \_\_\_\_\_

Особенности течения родов \_\_\_\_\_

Амниотомия / вакуум-экстракция / акушерские щипцы / окситоцин / простагландины / мед-сон отдых / магне-  
 зия / токолиз (гинипрал / нифедипин / индометацин / магнезия) / антибактериальная терапия в родах (ампицил-  
 лин / эритромицин / цефазолин / пенициллин), курс \_\_\_\_\_ дней, про-  
 чее \_\_\_\_\_

Послед на гистологи ДА/НЕТ, изменения \_\_\_\_\_

**Первичная реанимация:** санация ВДП / тактильная стимуляция / ИВЛ маской / интубация / ИВЛ через ЭТТ /  
 тах FiO2 \_\_\_\_\_%, PIP \_\_\_\_\_ РЕЕР \_\_\_\_\_ / непрямой массаж сердца / адреналин № \_\_\_\_\_ в дозе \_\_\_\_\_ мл / катетери-  
 зация пупочной вены / физраствор № \_\_\_\_\_ в дозе \_\_\_\_\_ мл / сода 4% № \_\_\_\_\_ в дозе \_\_\_\_\_ мл. **Спонтанное дыхание**  
 появилось на \_\_\_\_\_ минуте жизни.

**Сурфактан** « \_\_\_\_\_ » в родзале ДА/НЕТ, на \_\_\_\_\_ минуте жизни, доза \_\_\_\_\_ мг.

Динамика состояния ребенка \_\_\_\_\_

Максимальная убыль массы на \_\_\_\_\_ сутки \_\_\_\_\_%. Остаток пуповины не отпал/отпал/отсечен на \_\_\_\_\_ сутки  
 жизни. Желтуха с \_\_\_\_\_ суток жизни, фототерапия: ДА / НЕТ, продолжительность \_\_\_\_\_

**Состояние на момент перевода** удовлетворительное / средней тяжести / тяжелое / стабильное / нестабильное

Температура тела \_\_\_\_\_°С, ЧД \_\_\_\_\_ ЧСС \_\_\_\_\_ Sat O2 \_\_\_\_\_%, АД \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ АД ср. \_\_\_\_\_

Параметры ИВЛ/СРАР: режим \_\_\_\_\_, PIP \_\_\_\_\_, РЕЕР \_\_\_\_\_, FiO2 \_\_\_\_\_ MAP \_\_\_\_\_ Fset \_\_\_\_\_,

Tin \_\_\_\_\_,

ДО \_\_\_\_\_ Особенности \_\_\_\_\_

Стул \_\_\_\_\_ Диурез \_\_\_\_\_ мл/кг/час

**ОБСЛЕДОВАНИЕ:**

▪ **Общий анализ крови**

Дата	Эр.	Нв	Нт	Ретик	Тром	Лейк.	Миел	Юн.	п/я	с/я	Лим.	Мон.	Эоз.

▪ **Общий анализ мочи**

Дата	Белок	Сахар	Лейк.	Эритро.	Соли	Бактерии

▪ **Билирубин и другие биохимические показатели**

Дата	Общий	Прямой	О/белок	СРБ	Вен Нт	АЛТ	АСТ	pH	pCO2	pO2	HCO3	BE

- НСГ \_\_\_\_\_
- Рентгенография \_\_\_\_\_
- Другие обследования и посевы \_\_\_\_\_

**ЛЕЧЕНИЕ:** Сосудистый доступ \_\_\_\_\_

▪ **Инфузионная терапия и питание**

Дата	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Сутки жизни										
Суточный объем, мл/кг/сутки										
Глюкоза, %										
Нагрузка глюкозы, мг/кг/минуту										
Аминокислоты, г/кг										
« _____ »										
Липиды, г/кг										
« _____ »										
Энтеральное питание										
« _____ », мл										
Уровень глюкозы в крови, ммоль/л										
Динамика веса										

▪ **Медикаментозная терапия**

Препарат	Дата назначения	Дата отмены	Доза в мг/кг/сут	Кратность введения	Путь введения	Часы введения

**ДИАГНОЗ** \_\_\_\_\_

**Переводится в ЛПУ** \_\_\_\_\_

**К эпикризу прилагаются** прививочный сертификат ребенка; справка о рождении; согласие матери на перегоспитализацию ребенка; ксерокопии документов матери: паспорта, страхового полиса, СНИЛС.

**КАРАНТИН:** **НЕТ / ДА**

**Мать ребенка на перевод в** \_\_\_\_\_ **согласна** \_\_\_\_\_



Приложение 8  
**Положения о порядке  
 транспортировки новорождённых детей  
 на территории Костромской области**

**Карта транспортировки новорожденного**

Дата транспортировки « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

ФИО матери ребенка \_\_\_\_\_ пол МУЖ // ЖЕН

Дата рождения « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ час \_\_\_\_\_ минут

Адрес \_\_\_\_\_

ДИАГНОЗ \_\_\_\_\_

Перегоспитализация: (куда) \_\_\_\_\_

Подготовка к транспортировке: с \_\_\_\_\_ час \_\_\_\_\_ минут по \_\_\_\_\_ час \_\_\_\_\_ минут

МЕРОПРИЯТИЯ на месте: \_\_\_\_\_

ТРАНСПОРТИРОВКА: Время выезда « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ час \_\_\_\_\_ мин.

Время в пути \_\_\_\_\_ часов \_\_\_\_\_ минут. НА РУКАХ // В КУБЕЗЕ.

Респираторная терапия аппаратом ИВЛ в режиме IPPV // CP AP // IMV:

PIP \_\_\_\_\_ PEEP \_\_\_\_\_ FIO2 \_\_\_\_\_ Fset \_\_\_\_\_ Tin \_\_\_\_\_ Tex \_\_\_\_\_ Mean

Инфузионная терапия: НЕТ // ПРОВОДИЛАСЬ: \_\_\_\_\_

В/в струйно: НЕТ // ДА:

Другие манипуляции: \_\_\_\_\_

**Введение сильнодействующих и психотропных препаратов:** Наименование: \_\_\_\_\_

Доза: \_\_\_\_\_

Цель введения: \_\_\_\_\_

МОНИТОРИНГ (каждые 30 мин. транспортировки кроме t тела, которая измеряется в нача. середине и конце пути):

Время										
ЧСС										
АД										
ЧД										
Sat02										
t тела										

Состояние больного за время транспортировки: без ухудшения // с ухудшением. На момент передачи ребенка: ЧСС \_\_\_\_\_ АД \_\_\_\_\_ ЧД \_\_\_\_\_ Sat02 \_\_\_\_\_ Температура тела \_\_\_\_\_ °C

Время: \_\_\_\_\_

С больным переданы следующие документы (НЕТ): \_\_\_\_\_

Дата и время передачи новорожденного « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ час \_\_\_\_\_ минут

Бригада: Врач \_\_\_\_\_ Медсестра \_\_\_\_\_

Подпись врача, принявшего новорожденного ребенка в отделение \_\_\_\_\_

Приложение 9  
**Положение о порядке  
транспортировки новорождённых детей  
на территории Костромской области**

**Инструкция по заполнению «Карты  
транспортировки новорожденного»**

1. Представляет собой документ формата А-4.
2. Карта предназначена для предоставления информации врачу отделения, в которое переводится пациент.
3. Заполняется врачом-анестезиологом-реаниматологом РКБ.
4. Графа «транспортировка» включает: точное время в пути (часы и минуты), в кувете или на руках находился больной, описание респираторной терапии с указанием параметров, описание инфузионной терапии проводимой в пути, болюсное введение медикаментов с подробным описанием (наименование препарата, доза, время введения).
5. Графа «введение психотропных и сильнодействующих препаратов» служит для описания применения соответствующих медикаментов.
6. **ВНИМАНИЕ!** Указав наименование препарата, показание к использованию, введенную дозу и точное время введения, врач должен поставить свою подпись. Медицинская сестра, исполнив распоряжение врача, обязана сделать в карте транспортировки соответствующую запись, заверить её подписью с указанием времени выполнения назначения. Данная запись удостоверяется подписью врача.
7. В графе «мониторинг» врач-анестезиолог-реаниматолог бригады не реже одного раза в 30 минут отмечает витальные показатели пациента за время транспортировки: пульс, артериальное давление, частоту дыхания, сатурацию крови кислородом и температуру.
8. В графе «состояние больного за время транспортировки» врач указывает наличие или отсутствие ухудшения состояния, возникшее во время перевода.
9. В графе «дата и время передачи новорожденного» время передачи больного под наблюдения медицинского персонала должно быть указано с точностью до минуты.
10. Карта транспортировки должна быть заверена подписью врача анестезиолога-реаниматолога РКБ с отчетливым написанием своей фамилии и фамилии медицинской сестры, а также подписью врача того отделения, в которое доставлен новорожденный.
11. Карта транспортировки заполняется в двух экземплярах, один экземпляр передается врачу, принимающему больного, другой (копия) - главному внештатному специалисту департамента здравоохранения Костромской области по неонатологии Костромской области.

Схема маршрутизации новорожденных из медицинских учреждений Костромской области

