



## МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТЫВА

(Минздрав РТ)

### П Р И К А З

«16» 01 2024 г.

№ 58 нр/24

г. Кызыл

#### О мерах по совершенствованию медицинской помощи новорожденным детям на территории Республики Тыва

В соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 921н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «неонатология» и от 20 октября 2020 г. № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», в целях дальнейшего совершенствования оказания медицинской помощи новорожденным детям на территории Республики Тыва, **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить прилагаемые:

перечень медицинских организаций Республики Тыва, оказывающих медицинскую помощь новорожденным детям;

алгоритм оказания медицинской помощи новорожденным детям на этапе родовспомогательных учреждений;

алгоритм госпитализации новорожденных, заболевших после выписки из родовспомогательных учреждений.

2. Главным врачам медицинских организаций Республики Тыва, в структуре которых находятся родильные дома (отделения), отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных, отделения патологии новорожденных, педиатрические отделения реанимации и интенсивной терапии, педиатрические отделения, имеющие лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «неонатология»:

1) обеспечить организацию деятельности отделений, в которых оказывается медицинская помощь новорожденным детям, а также рекомендуемые для данных отделений штатные нормативы и стандарт оснащения в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012г. № 921н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «неонатология»;

2) организовать оказание медицинской помощи новорожденным детям согласно алгоритмам, утвержденным пунктом 1 настоящего приказа.

3. Разместить настоящий приказ на «Официальном интернет-портале правовой информации» ([www.pravo.gov.ru](http://www.pravo.gov.ru)) и официальном сайте Министерства здравоохранения Республики Тыва в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

Министр



А.К. Югай

Утвержден  
приказом Минздрава РТ

от «16» 02 2024 № 58пр/дч

## **ПЕРЕЧЕНЬ**

медицинских организаций Республики Тыва, оказывающих  
медицинскую помощь новорожденным детям

### **Медицинские организации 1 группы**

ГБУЗ РТ «Монгун-Тайгинская центральная кожуунная больница»  
ГБУЗ РТ «Бай-Тайгинская центральная кожуунная больница»  
ГБУЗ РТ «Овюрская центральная кожуунная больница»  
ГБУЗ РТ «Сут-Хольская центральная кожуунная больница»  
ГБУЗ РТ «Чаа-Хольская центральная кожуунная больница»  
ГБУЗ РТ «Чеди-Хольская центральная кожуунная больница»  
ГБУЗ «Тандинская центральная кожуунная больница» Республики  
Тыва  
ГБУЗ РТ «Тес-Хемская центральная кожуунная больница»  
ГБУЗ РТ «Эрзинская центральная кожуунная больница»  
ГБУЗ РТ «Каа-Хемская центральная кожуунная больница»  
ГБУЗ РТ «Пий-Хемская центральная кожуунная больница»  
ГБУЗ РТ «Тере-Хольская центральная кожуунная больница»  
ГБУЗ РТ «Тоджинская центральная кожуунная больница»  
ГБУЗ РТ «Дзун-Хемчикский межкожуунный медицинский центр»

### **Медицинские организации 2 группы**

ГБУЗ РТ «Барун-Хемчикский межкожуунный медицинский центр»  
ГБУЗ РТ «Улуг-Хемский межкожуунный медицинский центр им. А.Т.  
Балгана»

### **Медицинские организации 3 группы**

ГБУЗ РТ «Перинатальный центр Республики Тыва»  
ГБУЗ РТ «Республиканская детская больница»

## АЛГОРИТМ

### оказания медицинской помощи новорожденным детям на этапе родовспомогательных учреждений

1. При ведении родов у всех женщин необходимо обеспечить готовность к оказанию первичных реанимационных мероприятий новорожденному.

Независимо от прогноза и факторов риска рождения ребёнка в асфиксии, персонал, участвующий в приёме родов, должен владеть первичной реанимацией новорождённого.

2. Дежурный врач - неонатолог при принятии смены обязан проверить исправность используемого оборудования, наличие лекарственных препаратов, необходимых для проведения первичной реанимационной помощи, перед родами - ознакомиться с анамнезом матери и медицинской документацией для оценки перинатальных рисков для новорожденного, подготовить место для проведения первичной реанимации новорожденного, обеспечить присутствие 2-х и более специалистов, владеющих навыками первичной реанимации в полном объеме при прогнозировании рождения ребенка с необходимостью проведения реанимационных мероприятий.

3. Рекомендовано при ведении родов у всех женщин обеспечить комплекс мер для поддержания оптимальной температуры тела новорожденного для профилактики гипотермии.

4. Перед рождением ребенка акушерке необходимо исключить наличие сквозняков, закрыть окна и двери родильного зала, включить источник лучистого тепла над столиком новорожденного, согреть лоток, пеленки для приема новорожденного, проконтролировать температуру воздуха родильного зала по термометру, находящегося в родильном зале. Оптимальная температура воздуха должна быть не менее 24<sup>0</sup> С. После рождения необходимо немедленно обтереть ребёнка теплой пеленкой, мягко, без грубых движений, поменяв первую влажную пеленку на сухую.

5. Рекомендовано при ведении родов у всех женщин проводить осмотр новорожденного с оценкой его состояния по шкале Апгар.

6. Первый осмотр новорожденного необходимо проводить непосредственно после рождения, с целью оценки состояния новорожденного, исключения видимых врожденных пороков развития.

7. Оценка состояния ребенка по шкале Апгар производится через 1 минуту (60 секунд) и 5 минут после рождения. Не следует использовать оценку по Апгар как единственный критерий для обоснования диагноза асфиксии. Термин асфиксия не должен применяться, если нет доказательств нарушений газообмена (кислотно-основного состояния крови).

8. Всех новорожденных, не требующих проведения реанимационных мероприятий после рождения, выкладывать на живот и грудь матери, обеспечив контакт «кожа к коже», для улучшения постнатальных исходов и стимуляции грудного вскармливания.

9. Рутинная санация верхних дыхательных путей у детей, родившихся с чистыми амниотическими водами проводится только по показаниям.

10. Осуществлять ранее прикладывание к груди всех новорожденных, которые могут самостоятельно получать грудное молоко, если их состояние стабильно, а мать и ребенок готовы к кормлению.

11. Обеспечить антимикробную офтальмологическую обработку после родов для всех новорожденных для профилактики инфекционных заболеваний глаз тетрациклиновой глазной мазью в индивидуальной упаковке. Мазь наносят в асептических условиях, после протирания каждого века стерильной медицинской марлей, профилактическое средство помещается в каждый нижний конъюнктивальный мешок в виде полосы длиной 1 см. Средство следует наносить легким массажем век, а избыток раствора или мази можно удалить через одну минуту.

12. При рождении здорового доношенного ребенка в родильном зале осуществляются мероприятия, направленные на профилактику гипотермии и обеспечение грудного вскармливания, а также мероприятия по уходу, взвешивание и антропометрии новорожденного. 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 родзале»). При отсутствии противопоказаний ребенок вместе с матерью переводится в отделение (палату) совместного пребывания.

13. В отделении новорожденных/послеродовом отделении врач-неонатолог (врач-педиатр) осуществляет осмотр новорожденного в возрасте двух часов жизни, в том числе проводит клинико-инструментальный скрининг на критические врожденные пороки сердца методом пульсоксиметрии согласно Инструкции по проведению неонатального скрининга на наличие врожденных пороков сердца у новорожденных (приложение № 1 к настоящему Алгоритму) и по результатам осмотра определяет:

- 1) показания к назначению профилактики геморрагической болезни;
- 2) показания/противопоказания к назначению вакцинации против гепатита В;

3) динамику дальнейшего наблюдения.

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

15. Медицинской сестрой (акушеркой) новорожденный осматривается каждые 3 часа в течение первых суток жизни 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.

16. В дальнейшем здоровый новорожденный осматривается врачом-неонатологом (врачом-педиатром) ежедневно в течение всего времени пребывания в родильном доме (в отделении), результаты осмотров вносятся в медицинскую документацию ребенка.

17. Проведение профилактических прививок новорожденным детям организуется и проводится в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 декабря 2021 г. № 1122н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок» (далее – приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок»), с учетом добровольного информированного согласия родителей (законных представителей) на проведение профилактических прививок новорожденным, оформленного по рекомендуемому образцу добровольного информированного согласия на проведение профилактических прививок детям, утвержденному приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 января 2009 г. № 19н «О рекомендуемом образце добровольного информированного согласия на проведение профилактических прививок или отказа от них». Отказ от вакцинации должен быть оформлен в листе добровольного информированного согласия (отказа) на проведение профилактических прививок детям в соответствии с рекомендуемым образцом.

18. Вакцинопрофилактика туберкулеза новорожденным детям проводится в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок», приказом Министерства здравоохранения

Российской Федерации от 21 марта 2003 г. № 109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации».

19. Вакцинопрофилактика против гепатита «В» новорожденным детям проводится в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок», санитарных правил и норм СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней», утвержденных Постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28 января 2021 г. № 4, пунктом 11 «Специфическая профилактика гепатита В» МУ 3.1.2792-10 «Эпидемиологический надзор за гепатитом В», инструкциями к препаратам вакцины против гепатита «В».

20. Сведения о проведенных профилактических прививках вносятся в медицинскую документацию новорожденного с указанием:

факта назначения вакцинации в дневнике осмотра с подписью врача;

противопоказаний к вакцинации при их наличии, с их четким отражением в дневнике осмотра с подписью врача;

факта выполнения вакцинации медицинской сестрой с указанием названия вакцины, дозы, способа введения и сведений о вакцине (серия, номер, завод-изготовитель, срок хранения) и ее подписью.

В случае выписки новорожденного ранее третьих суток жизни в медицинской документации, в том числе в выписном эпикризе указывается факт и причина не проведенной вакцинации против туберкулеза. Ответственный сотрудник родовспомогательного учреждения передает информацию в соответствующую детскую поликлинику с обязательным указанием факта не проведенной вакцинации.

21. Обследование новорожденных на наследственные заболевания (неонатальный скрининг) регламентируется приказом Министерства здравоохранения РФ от 21 апреля 2022 г. № 274н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи пациентам с врожденными и (или) наследственными заболеваниями», в соответствии с которыми осуществляется взятие крови у новорожденных для проведения неонатального скрининга (у доношенных - на 2-е сутки жизни, у недоношенных - на 7-е сутки жизни). Сведения о проведенном неонатальном скрининге вносятся в медицинскую документацию новорожденного.

В случае выписки новорожденного ранее четвертых суток жизни или отказа родителей от неонатального скрининга ответственный сотрудник родовспомогательного учреждения передает информацию в соответствующую детскую поликлинику с обязательным указанием факта не проведенного неонатального скрининга и точной даты его проведения на дому.

22. Перед выпиской, на третьи - четвертые сутки жизни, новорожденному осуществляется аудиологический скрининг приборами для регистрации отоакустической эмиссии, а также регистрация факторов риска по тугоухости и глухоте.

Аудиологический скрининг проводится в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации от 29 марта 1996 г. № 108 «О введении аудиологического скрининга новорожденных и детей 1-го года жизни». Результаты аудиологического скрининга вносятся в медицинскую документацию новорожденного, в том числе в выписной эпикриз.

23. Выписка новорожденного осуществляется при удовлетворительном состоянии и отсутствии медицинских показаний для госпитализации в стационар неонатологического (педиатрического) профиля. Рекомендуемая длительность пребывания здорового новорожденного в родовспомогательном учреждении до 4 суток, в случаях необходимости наблюдения при транзисторных состояниях с риском реализации в патологическое состояние и/или в случае места жительства пациента в зоне обслуживания фельдшерско-акушерских пунктов/общих врачебных практик длительность пребывания допустима до 5 суток.

В выписном эпикризе из истории развития новорожденного врач-неонатолог (врач-педиатр) указывает полную информацию о новорожденном, в том числе все результаты обследования, сведения о проведенном лечении, а также сведения о вакцинации, неонатальном и аудиологическом скринингах. Информация о выписке новорожденного на амбулаторный педиатрический этап передается ответственным сотрудником родовспомогательного учреждения в день выписки ребенка.

24. При ухудшении состояния новорожденного врач-неонатолог (врач-педиатр) осуществляет динамическое наблюдение за ребенком с такой частотой, которая определяется медицинскими показаниями, но не реже одного раза в 3 часа. Результаты осмотров вносятся в медицинскую документацию новорожденного, где должно быть отражено следующее:

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

2) показатели мониторинга жизнедеятельности: температура тела, частота дыхания, частота сердцебиения, артериальное давление, сатурация кислорода, темп диуреза;

3) метод респираторной терапии, параметры искусственной вентиляции легких;

4) 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.

25. Врач-неонатолог ведет роды у пациенток любой группы перинатального риска в родовспомогательных учреждениях 2 и 3 группы. В родовспомогательных учреждениях 1 группы врач-неонатолог (врач-педиатр) также ведет все роды, в любое время суток.

26. Первичная и реанимационная помощь новорожденному после рождения при наличии медицинских показаний осуществляется в строгом соответствии с Методическим письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 4 марта 2020 г. № 15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» врачом-неонатологом (врачом-педиатром, анестезиологом-реаниматологом). В случае отсутствия врача-неонатолога (врача-педиатра) (в родовспомогательных учреждениях 1 группы) проведение первичной и реанимационной помощи новорожденному должно обеспечиваться врачами и медицинскими работниками со средним медицинским образованием, имеющими специальные знания и навыки по оказанию первичной и реанимационной помощи новорожденным (акушерами-гинекологами, анестезиологами-реаниматологами, акушерками, медицинскими сестрами-анестезистами, медицинскими сестрами неонатологических отделений).

При проведении сердечно-легочной реанимации ребенку врачу-неонатологу (врачу-педиатру) или, в его отсутствие, другому медицинскому работнику, который ее проводит, оказывают помощь не менее двух медицинских работников с высшим или со средним медицинским образованием, имеющих специальные знания и навыки по оказанию реанимационной помощи новорожденным.

27. После оказания реанимационной помощи новорожденному на этапе родового зала последующая интенсивная терапия проводится в медицинском учреждении, где произошли роды, в объеме, необходимом для полной стабилизации состояния ребенка, включая аппаратную искусственную вентиляцию легких, заместительную сурфактантную терапию, инфузионную терапию и парентеральное питание, антибактериальную, гемостатическую терапию, а также неотложную помощь при соответствующих состояниях, такую как трансфузия препаратов крови, в том числе заменное переливание крови, пункция и дренирование плевральных полостей, люмбальная пункция.

28. Интенсивная терапия в отделениях реанимации и интенсивной терапии в полном объеме, соответствующем стандарту медицинской помощи по определенной нозологии, проводится:

1) в родовспомогательном учреждении 3 группы (ГБУЗ РТ «Перинатальный центр РТ») - всем группам новорожденных;

2) в родовспомогательных учреждениях 1 и 2 группы интенсивная терапия проводится в базовом объеме стандарта медицинской помощи по определенной нозологии до момента перевода пациента согласно Маршрутизации новорожденных из родовспомогательных учреждений в отделения реанимации и интенсивной терапии (приложение № 2 к настоящему Алгоритму).

29. Новорожденные с перинатальной патологией и заболеваниями, требующие дальнейшего обследования, лечения и выхаживания, но не требующие лечения в отделении реанимации и интенсивной терапии, из родовспомогательных учреждений переводятся в отделения второго этапа выхаживания (отделения патологии новорожденных, педиатрические отделения) учреждений 2 либо 3 группы в зависимости от характера и тяжести патологии согласно Маршрутизации новорожденных из родовспомогательных учреждений в отделения второго этапа выхаживания (приложение № 3 к настоящему Алгоритму).

Приложение № 1  
к Алгоритму оказания медицинской  
помощи новорожденным детям на этапе  
родовспомогательных учреждений

## ИНСТРУКЦИЯ

проведения неонатального скрининга на наличие  
врожденных пороков сердца у новорожденных

1. Для скрининга используется метод пульсоксиметрии.
2. Скрининг выполняет средний медицинский персонал родильного дома (отделения), прошедший специальное обучение.
3. Пульсоксиметрия новорожденному проводится дважды:
  - на 2-3 час жизни;
  - на 3 сутки перед проведением БЦЖ.
4. Пульсоксиметрия может проводиться в любое время при наличии показаний.
5. Измерение сатурации проводится на правой руке и левой ноге новорожденного.
6. Проводя исследование, необходимо убедиться, что пульсоксиметр достоверно отслеживает ЧСС ребенка.
7. Полученные результаты (сатурация, ЧСС) заносятся в историю развития новорожденного.
8. По полученным результатам проводится интерпретация исследования:
  - «отрицательно» - данных за критическое состояние нет;
  - «положительно» - ребенку требуется дальнейшее обследование для исключения ВПС, ПЛГН или других заболеваний.
- Интерпретация результата «отрицательно» - сатурация  $>95\%$ , с разницей в руках и ногах  $<3\%$ .
- Интерпретация результата «положительно»:
  - если любое из измерений сатурации  $<90\%$ ;
  - сатурация 90 - 95% на руке и ноге в трех измерениях с интервалом в 1 час;
  - разница сатурации на руке и ноге  $>3\%$  в трех измерениях с интервалом в 1 час.
9. При результате «положительно»:
  - экстренное информирование врача-неонатолога (врача акушера-гинеколога, педиатра);
  - подсчет частоты дыхания, ЧСС, измерение А/Д на руках и ногах новорожденного;
  - перевод ребенка в ПИТ с мониторингом ЧД, ЧСС, А/Д, сатурации.

Приложение № 2  
к Алгоритму оказания медицинской  
помощи новорожденным детям на этапе  
родовспомогательных учреждений

## МАРШРУТИЗАЦИЯ

### новорожденных из родовспомогательных учреждений в отделения реанимации и интенсивной терапии

1. Новорожденный, состояние которого потребовало проведения реанимационной помощи на этапе родового зала и/или интенсивной терапии, сразу после окончания мероприятий интенсивной терапии по первичной стабилизации состояния должен быть зарегистрирован в реанимационно-консультативном центре для новорожденных ГБУЗ РТ «Перинатальный центр РТ» (далее - РКЦН) (контактный телефон – 8 (39422) 64427).

2. Дежурный врач РКЦН регистрирует новорожденного в формализованной истории болезни, обсуждает с лечащим врачом состояние ребенка и мероприятия, направленные на стабилизацию состояния. При наличии показаний для очной консультации и/или перевода пациента сообщает о дате/времени выезда в медицинское учреждение.

3. Врач-неонатолог (врач-педиатр) родовспомогательного учреждения до приезда бригады РКЦН осуществляет согласованные с врачом РКЦН мероприятия по стабилизации состояния ребенка, готовит подробную и достоверную выписку из медицинской документации, копию полиса обязательного медицинского страхования, информированное добровольное согласие на транспортировку и лечение в медицинскую организацию (далее - МО), в которое переводится ребенок.

4. При прибытии в МО врач РКЦН совместно с лечащим (дежурным) врачом и с заведующим отделением осматривают ребенка, оценивают его транспортабельность и принимают решение о возможности перевода ребенка. Результаты осмотра врач РКЦН фиксирует в медицинской документации новорожденного. В случае если состояние ребенка признается транспортабельным, врач РКЦН принимает решение о переводе ребенка в специализированную МО в соответствии с порядком маршрутизации, а также с учетом гестационного возраста, характера патологии и длительности маршрута. Решение о переводе принимается совместно с врачом РКЦН и заведующим отделением (лечащим/дежурным врачом) МО, в которое планируется транспортировать больного.

5. В случае если состояние ребенка расценивается как нетранспортабельное, врач РКЦН в дневнике осмотра подробно прописывает рекомендации по

дальнейшей тактике, а также определяет время заочной и дату следующей очной консультации и продолжает наблюдение до стабилизации состояния.

Противопоказания к транспортировке:

1) необходимость при проведении искусственной вентиляции легких (далее - ИВЛ) давления на вдохе более 25 см вод. ст. и концентрации кислорода более 60% для достижения показателя сатурации кислорода более 90%;

2) при врожденных пороках сердца - показатель сатурации кислорода менее 75%;

3) необходимость кардиотонической поддержки дофамином в дозе более 7 мкг/кг/мин. или адреналином в любой дозе;

4) некупированный судорожный синдром;

5) нестабилизированная температура тела;

6) признаки продолжающегося кровотечения, нескорригированная анемия тяжелой степени;

7) не дренированный пневмоторакс, либо дренированный с признаками сохраняющегося внутригрудного напряжения;

8) дестабилизация состояния ребенка при перекладывании в транспортную систему.

6. Основным учреждением является ГБУЗ РТ «Перинатальный центр РТ», контактные телефоны: РКЦН – контактный телефон - 8 (39422) 6-44-27, оказывает помощь новорожденным, родившимся в ГБУЗ РТ «Перинатальный центр РТ», также в это отделение могут госпитализироваться новорожденные из межкожуунных медицинских центров и родильных отделений ЦКБ (коды по МКБ-10: P00-P96, Q00-Q99), за исключением детей с этапа педиатрических отделений МО республики.

7. Решение о госпитализации пациента в ОРИТН ГБУЗ РТ «Перинатальный центр РТ» принимает заведующий ОРИТН совместно с заместителем по педиатрической помощи.

#### Показания к госпитализации в отделения реанимации и интенсивной терапии учреждений 3 группы

8. Недоношенные новорожденные с гестационным возрастом 34 недель и менее и массой тела при рождении менее 2000 граммов, требующие интенсивной терапии и продленной ИВЛ, из родовспомогательных учреждений 1 и 2 группы.

В ситуациях, когда с учетом состояния ребенка необходимо сократить длительность транспортировки, либо в процессе транспортировки возникают экстренные ситуации или ухудшение состояния ребенка, пациенты указанной группы госпитализируются в палату интенсивной терапии межкожуунных

медицинских центров (ГБУЗ РТ «Барун-Хемчикский ММЦ», ГБУЗ РТ «Улуг-Хемский ММЦ»), по согласованию сторон.

9. Новорожденные с дыхательной недостаточностью, обусловленной различными причинами и заболеваниями, требующей проведения ИВЛ (коды по МКБ-10: P00-P96).

10. Новорожденные с антенатально или постнатально выявленными либо предполагаемыми врожденными пороками сердца, требующие лечения в отделении реанимации и интенсивной терапии, а также последующего кардиохирургического лечения в медицинских организациях, подведомственных Минздраву России (коды по МКБ-10: Q20-Q28).

11. Новорожденные с любой перинатальной патологией и заболеваниями с атипичным и осложненным течением и/или без эффекта от лечения в учреждениях 1 и 2 группы (коды по МКБ-10: P00-P96).

12. Новорожденные с хирургической патологией, в том числе с врожденными пороками развития, требующие хирургического лечения, госпитализируются в ОРИТН ГБУЗ РТ «Перинатальный центр РТ» за исключением гнойно-воспалительных хирургических заболеваний новорожденных (коды по МКБ-10: Q00-Q89).

13. Новорожденные с врожденной и наследственной патологией (хромосомной, генетической, эндокринной, обменными заболеваниями), требующие лечения в отделении реанимации и интенсивной терапии (коды по МКБ-10: Q90-Q99).

14. Перевод из ГБУЗ РТ «Перинатальный центр РТ» в ГБУЗ РТ «Республиканская детская больница» осуществляется в случаях направления ребенка на основании решения врачебной комиссии на оказание паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях согласно приказу Минздрава РТ от 8 ноября 2023 г. №1429пр/23 «О совершенствовании оказания паллиативной медицинской помощи детскому населению на территории Республики Тыва» (тяжелое перинатальное поражение нервной системы с формированием или риском формирования органического заболевания, инкурабельные врожденные аномалии развития, инкурабельные врожденные и наследственные заболевания (хромосомные, генетические, обмена веществ, эндокринные)).

Приложение № 3  
к Алгоритму оказания медицинской  
помощи новорожденным детям на этапе  
родовспомогательных учреждений

## МАРШРУТИЗАЦИЯ

### новорожденных из родовспомогательных учреждений в отделения второго этапа выхаживания

1. При выявлении у новорожденного на этапе родовспомогательного учреждения заболеваний, которые требуют терапии более 5 суток и/или дополнительной диагностики, а также выхаживания, ребенок подлежит госпитализации в отделения второго этапа лечения и выхаживания - в отделения патологии новорожденных (ОПН), с учетом характера и тяжести патологии.

2. Обследованию и лечению в отделениях патологии новорожденных учреждений 3 группы подлежат новорожденные с перинатальной патологией и заболеваниями, требующие специализированной или высокотехнологичной медицинской помощи, а также новорожденные с заболеваниями с осложненным или атипичным течением и/или без эффекта от лечения в учреждениях 2 и 1 группы (нозологие по МКБ-10: P00-P96, Q00-Q99).

3. Основным учреждением является ГБУЗ РТ «Перинатальный центр РТ», контактный телефон: отделение патологии новорожденных (ОПН) - 8 (39422) 6-07-25.

4. При отсутствии мест в ОПН ГБУЗ РТ «Перинатальный центр РТ» госпитализация новорожденных осуществляется в отделения патологии новорожденных ГБУЗ РТ «Республиканская детская больница» - контактный телефон - 8 (39422) 6-14-04.

5. Показания к госпитализации в ГБУЗ РТ «Перинатальный центр РТ»:

1) новорожденные с перинатальной патологией и заболеваниями тяжелой и средней степени тяжести, требующие специализированной или высокотехнологичной медицинской помощи (нозологие по МКБ-10: P00-P96);

2) новорожденные с антенатально или постнатально выявленными либо предполагаемыми врожденными пороками сердца, требующие дальнейшего обследования и/или лечения (в т.ч. последующего кардиохирургического лечения в Федеральных клиниках за пределами республики) (коды по МКБ-10: Q20 - Q28);

3) новорожденные с хирургическими заболеваниями и врожденными пороками развития, требующие дополнительной диагностики, специализированного либо высокотехнологического, в т.ч. хирургического лечения (нозологие по МКБ-10: Q00 - Q89);

4) новорожденные с геморрагическими и гематологическими нарушениями, в том числе с клинически предполагаемой врожденной патологией системы гемостаза и заболеваниями крови, требующие консультаций гематолога, иммунолога, дополнительной диагностики и/или специализированного либо высокотехнологического лечения (нозологические по МКБ-10: P50 - P61);

5) новорожденные с врожденной и наследственной патологией (хромосомной, генетической, эндокринной, заболеваниями обмена веществ, орфанными заболеваниями), требующие консультации генетика, дополнительной диагностики, специализированного либо высокотехнологического лечения (нозологические по МКБ-10: Q90 - Q99);

6) новорожденные с любой перинатальной патологией и заболеваниями с атипичным и осложненным течением и/или без эффекта от лечения в учреждениях 2 и 1 группы (нозологические по МКБ-10: P00-P96).

6. Показания к госпитализации в ГБУЗ РТ «Республиканская детская больница»:

1) новорожденные с перинатальной патологией и заболеваниями средней степени тяжести, требующие специализированной медицинской помощи (нозологические по МКБ-10: P00-P96);

2) новорожденные дети, заболевшие после выписки из родовспомогательных учреждений;

3) новорожденные для изоляции от туберкулезного очага.

7. Обследованию и лечению в отделениях (койках) патологии новорожденных межкожуунных центров (ГБУЗ РТ «Барун-Хемчикский ММЦ», ГБУЗ РТ «Улуг-Хемский ММЦ») подлежат новорожденные с перинатальной патологией и заболеваниями легкой и средней степени тяжести, родившиеся в данных учреждениях, также с прикрепленных ЦКБ (нозологические по МКБ-10: класс XVI):

- в ГБУЗ РТ «Барун-Хемчикский ММЦ» - из ГБУЗ РТ «Бай-Тайгинская ЦКБ», ГБУЗ РТ «Монгун-Тайгинская ЦКБ», ГБУЗ РТ «Овюрская ЦКБ», ГБУЗ РТ «Сут-Хольская ЦКБ», ГБУЗ РТ «Дзун-Хемчикский ММЦ»;

- в ГБУЗ РТ «Улуг-Хемский ММЦ» - из ГБУЗ РТ «Чаа-Хольская ЦКБ» и ГБУЗ РТ «Чеди-Хольская ЦКБ».

8. В процессе обследования новорожденного в случае выявления у него патологии, подлежащей лечению в учреждениях 3 группы, ребенок госпитализируется в ГБУЗ РТ «Перинатальный центр РТ», при отсутствии свободных мест в ГБУЗ РТ «Республиканская детская больница».

9. Новорожденные с перинатальной патологией и заболеваниями легкой и средней степени тяжести из ГБУЗ РТ «Тес-Хемская ЦКБ», ГБУЗ РТ «Эрзинская ЦКБ», ГБУЗ РТ «Тере-Хольская ЦКБ», ГБУЗ РТ «Тандинская ЦКБ», ГБУЗ РТ «Пий-Хемская ЦКБ», ГБУЗ РТ «Тоджинская ЦКБ», ГБУЗ РТ «Каа-Хемская ЦКБ»



госпитализируются в ГБУЗ РТ «Перинатальный центр РТ», при отсутствии свободных мест в ГБУЗ РТ «Республиканская детская больница».

10. Транспортировка из учреждений 1 и 2 группы в межкожуунные медицинские центры и учреждения 3 группы осуществляется медицинским транспортом той медицинской организации, из которого переводится пациент, с обязательным сопровождением медицинского работника.

11. Информация о выписке ребенка из отделений второго этапа лечения и выхаживания на амбулаторный педиатрический этап передается ответственным сотрудником отделения в день выписки ребенка.

Показания к выписке новорожденных из медицинских организаций  
3 группы под наблюдение медицинских организаций 2 и 1 группы

12. На этапе учреждений 3 уровня в случаях, когда у ребенка выявлена врожденная патология, либо на фоне перинатальной патологии сформировались состояния и осложнения с неблагоприятным прогнозом для жизни и здоровья, в том числе паллиативное состояние (тяжелое перинатальное поражение нервной системы с формированием или риском формирования органического заболевания, инкурабельные врожденные аномалии развития, инкурабельные врожденные и наследственные заболевания (хромосомные, генетические, обмена веществ, эндокринные)), и ему проведен весь необходимый комплекс диагностических и лечебных мероприятий, но требуется наблюдение, вскармливание и уход в условиях стационара, показана его выписка в отделение патологии новорожденных, либо педиатрические отделения учреждений 2 и 1 группы, либо на паллиативные койки этих учреждений, с учетом места жительства родителей.

Утвержден  
приказом Минздрава РТ

от «16» 01 2024 № 58 пр/24

## АЛГОРИТМ

### госпитализации новорожденных, заболевших после выписки из родовспомогательных учреждений

1. Госпитализация новорожденных детей, заболевших после выписки из родовспомогательных учреждений, осуществляется в отделения патологии новорожденных межкожуунных медицинских центров, имеющие лицензию по профилю «неонатология», с учетом характера и тяжести заболевания, в следующем порядке:

2. Новорожденные с заболеваниями средней и легкой степени тяжести (нозологические по МКБ-10: класс XVI) госпитализируются в отделения патологии новорожденных межкожуунных медицинских центров (ГБУЗ РТ «Барун-Хемчикский ММЦ», ГБУЗ РТ «Улуг-Хемский ММЦ») согласно Маршрутизации новорожденных из родовспомогательных учреждений в отделения второго этапа выхаживания (приложение № 3 к Алгоритму оказания медицинской помощи новорожденным на этапе родовспомогательных учреждений).

В процессе обследования ребенка в случае выявления у него патологии, подлежащей лечению в учреждениях 3 группы, ребенок переводится в ГБУЗ РТ «Республиканская детская больница».

3. Новорожденные с заболеваниями легкой и средней степени тяжести из ГБУЗ РТ «Тес-Хемская ЦКБ», ГБУЗ РТ «Эрзинская ЦКБ», ГБУЗ РТ «Тес-Хемская ЦКБ», ГБУЗ РТ «Тандинская ЦКБ», ГБУЗ РТ «Пий-Хемская ЦКБ», ГБУЗ РТ «Тоджинская ЦКБ», ГБУЗ РТ «Каа-Хемская ЦКБ» переводятся в ОПН ГБУЗ РТ «Республиканская детская больница».

4. В случае заболевания новорожденного после выписки из родовспомогательного учреждения и необходимости его лечения в отделении реанимации и интенсивной терапии, ребенок госпитализируется в ближайшее отделение (палату) реанимации и интенсивной терапии (ПИТ) медицинской организации любой группы, с последующим решением вопроса о необходимости его транспортировки в ГБУЗ РТ «Республиканская детская больница».

Сразу после окончания базовых мероприятий по стабилизации состояния ребенка обеспечить проведение консультации в реанимационно-

консультативном центре для новорожденных ГБУЗ РТ «Перинатальный центр РТ» (РКЦН). Дальнейшая маршрутизация и транспортировка пациента в ОАР ГБУЗ РТ «Республиканская детская больница» осуществляется бригадой РКЦН ГБУЗ РТ «Перинатальный центр РТ» по согласованию сторон в период новорожденности (28 суток), свыше 28 суток бригадой ЦАР ГБУЗ РТ «Республиканская детская больница».

5. На территории муниципального образования города Кызыл новорожденные дети, заболевшие после выписки из родовспомогательных учреждений, госпитализируются:

в ГБУЗ РТ «Республиканская детская больница» - новорожденные с перинатальной патологией (нозологие по МКБ-10: класс XVI), новорожденные, которым требуется лечение в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии, новорожденные с острыми респираторными вирусными инфекциями, внебольничными пневмониями, заболеваниями сердечно-сосудистой системы;

в ГБУЗ РТ «Инфекционная больница» - новорожденные с острыми кишечными инфекциями и острыми вирусными гепатитами, новорожденные с острыми инфекционными заболеваниями различной этиологии, в том числе воздушно-капельными инфекциями (корь, ветряная оспа, краснуха и т.п., в том числе имеющие контакт по указанным заболеваниям).