



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

П Р И К А З

от 28.06.2023 № 83-12

г. Саратов

О совершенствовании оказания медицинской помощи новорожденным детям на территории Саратовской области

На основании Положения о министерстве здравоохранения Саратовской области, утвержденного постановлением Правительства Саратовской области от 01.11.2007 № 386-П «Вопросы министерства здравоохранения Саратовской области», в целях обеспечения доступности и повышения качества медицинской помощи, оказываемой новорожденным детям на территории Саратовской области, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 № 921н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «неонатология»,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1.1 примерную схему действий оказания медицинской помощи новорожденным детям на этапе родовспомогательного учреждения (акушерского отделения, родильного дома, перинатального центра) (приложение № 1);

1.2 маршрутизацию новорожденных в отделения реанимации и интенсивной терапии (приложение № 2);

1.3 маршрутизацию новорожденных в отделения второго этапа лечения и выхаживания (приложение № 3);

1.4 маршрутизацию новорожденных с инфекционно-воспалительными заболеваниями, представляющими эпидемиологическую опасность (приложение № 4);

1.5 маршрутизацию новорожденных с хирургической патологией (приложение № 5);

1.6 маршрутизацию новорожденных с врожденными пороками сердца (приложение № 6).

2. Главным врачам медицинских организаций, подведомственных министерству здравоохранения Саратовской области, обеспечить:

2.1 оказание медицинской помощи по профилю «неонатология» в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 № 921н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи

по профилю «неонатология» (далее – Приказ № 921н), в т.ч. в соответствии с рекомендуемыми штатными нормативами;

2.2 ведение медицинской документации в соответствии с формами, утвержденными Приказом № 921н;

2.3 принятие мер по оснащению медицинской организации необходимым оборудованием в соответствии с Приказом № 921н;

2.4 оказание медицинской помощи новорожденным детям и их госпитализацию в соответствии приложениями № 1, 2 3, 4, утвержденными настоящим приказом.

3. Главному врачу ГУЗ «СОДКБ»:

3.1 обеспечить работу отделения экстренной консультативной скорой медицинской помощи во взаимодействии с медицинскими организациями, осуществляющими оказание медицинской помощи детям, в т.ч. новорожденным;

3.2 обеспечить транспортировку новорожденных, требующих реанимационной помощи, в медицинские организации выездной бригадой экстренной консультативной скорой медицинской помощи.

4. Главному врачу ГУЗ «СОССМП» обеспечить транспортировку новорожденных со сроком гестации более 37 недель и массой более 2500 грамм без кардиореспираторных нарушений.

5. Настоящий приказ подлежит официальному опубликованию в средствах массовой информации.

6 Настоящий приказ вступает в силу со дня его опубликования.

7. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра – начальника управления по охране материнства и детства министерства здравоохранения Саратовской области.

Министр



О.Н. Костин

**Примерная схема действий
оказания медицинской помощи новорожденным детям на этапе
родовспомогательного учреждения (акушерского отделения, родильного
дома, перинатального центра)**

1. 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 антропометрия 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 родильном зале» с указанием предварительного диагноза).

При отсутствии противопоказаний, ребенок вместе с матерью переводится в послеродовое отделение.

2. В отделении новорожденных/послеродовом отделении врач-неонатолог (врач-педиатр) осуществляет осмотр новорожденного в возрасте двух часов жизни и определяет:

показания к назначению профилактики геморрагической болезни;
показания/противопоказания к назначению вакцинации против гепатита В;
динамику дальнейшего наблюдения.

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.

Медицинской сестрой новорожденный осматривается в течение первых суток жизни каждые 3 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.

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

4. Проведение профилактических прививок осуществляется согласно приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 6 декабря 2021 года № 1122н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок» на основании 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 года № 19н «О рекомендуемом образце добровольного информированного согласия на проведение профилактических прививок или отказа от них». Данные о проведенных профилактических прививках вносятся в медицинскую документацию новорожденного с указанием:

назначения вакцинации в дневнике осмотра с указанием названия вакцины, дозы, способа введения и сведений о вакцине (серия, номер, завод-изготовитель, срок хранения) и подписью врача;

противопоказаний к вакцинации при их наличии, при этом противопоказания должны быть четко отражены в дневнике осмотра с подписью врача.

В случае выписки новорожденного ранее третьих суток жизни или отказа родителей от вакцинации ребенка ответственный сотрудник родильного дома (отделения, перинатального центра) передает информацию в детскую поликлинику по месту жительства с обязательным указанием факта не проведенной вакцинации. Отказ от вакцинации должен быть оформлен в листе добровольного информированного согласия на проведение профилактических прививок детям по рекомендуемому образцу.

5. В сроки, установленные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.04.2022 № 274н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи пациентам с врожденными и (или) наследственными заболеваниями» осуществляется забор крови у новорожденных для проведения расширенного неонатального скрининга (доношенным – на 2-е сутки жизни, недоношенным – на 7-е сутки жизни).

В случае выписки новорожденного ранее четвертых суток жизни ответственный сотрудник родильного дома (отделения, перинатального центра) передает информацию в детскую поликлинику по месту жительства с обязательным указанием факта не проведенного неонатального скрининга и точной даты его проведения на дому.

6. Перед выпиской новорожденному осуществляется аудиологический скрининг, результаты которого вносятся в медицинскую документацию новорожденного.

7. Выписка новорожденного осуществляется при удовлетворительном состоянии и отсутствии медицинских показаний для госпитализации в стационар неонатологического или педиатрического профиля. Рекомендуемое время пребывания здорового новорожденного в родильном доме 2–5 суток. В выписном эпикризе из истории развития новорожденного врач-неонатолог (врач-педиатр) указывает полную информацию о ребенке, обо всем проведенном объеме обследования и лечения, о вакцинации, неонатальном и аудиологическом скринингах.

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

8. При ухудшении состояния новорожденного врач-неонатолог (врач-педиатр) осуществляет динамическое наблюдение за ребенком 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 искусственной вентиляции легких (далее – ИВЛ) (в том числе спонтанное дыхание с положительным давлением на выдохе (далее – 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.

9. При родах у женщин любого перинатального риска, происходящих в медицинской организации акушерского профиля 2 и 3 уровня, обязательно присутствует врач-неонатолог; в родовспомогательных учреждениях 1 уровня в случае родов у женщин среднего и высокого перинатального риска, а также в случае осложнений при физиологических родах, обязательно присутствует врач-неонатолог (врач-педиатр) в любое время суток, прошедший цикл обучения по оказанию первичной реанимационной помощи на кафедре скорой, неотложной, анестезиологической-реанимационной помощи и симуляционных технологий ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им.В.И.Разумовского Минздрава России».

Первичная и реанимационная помощь новорожденному после рождения при наличии медицинских показаний осуществляется в медицинских организациях, где произошли роды, в строгом соответствии с протоколом Методического письма Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 № 15-4/11/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» врачом-неонатологом (врачом-педиатром). В их отсутствие (в родовспомогательных учреждениях 1 уровня) 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.

10. После оказания реанимационной помощи новорожденным на этапе родового зала последующая интенсивная терапия проводится в медицинской

организации, где произошли роды, в объеме, необходимом для полной стабилизации состояния ребенка, включая аппаратную ИВЛ, 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.

11. Интенсивная терапия в отделениях реанимации и интенсивной терапии в полном объеме, соответствующем медико-экономическому стандарту определенной нозологии, проводится в медицинских учреждениях 3 уровня:

- 1) ГУЗ «Клинический перинатальный центр Саратовской области»;
- 2) ГУЗ «СГКБ № 8»;
- 3) ГУЗ «СОДКБ»;
- 4) ГАУЗ «ЭГКБ № 1».

12. Новорожденные с перинатальной патологией и заболеваниями, требующие дальнейшего обследования, лечения и выхаживания, но не требующие лечения в отделении реанимации и интенсивной терапии, из медицинской организации акушерского профиля переводятся в отделение патологии новорожденных медицинской организации неонатологического или педиатрического профиля, либо в отделение по профилю заболевания («детская хирургия», «детская кардиология», «детская инфекция»).

Маршрутизация новорожденных в отделение реанимации и интенсивной терапии медицинских организаций

1. Новорожденный, состояние которого потребовало проведения реанимационной помощи на этапе родового зала и/или интенсивной терапии, сразу после окончания мероприятий по первичной стабилизации состояния должен быть зарегистрирован в педиатрическом реанимационно-консультативном центре отделения экстренной консультативной скорой медицинской помощи ГУЗ «СОДКБ» (далее - РКЦ), контактный телефон 8 (8452) 39-38-07.

2. Дежурный врач РКЦ регистрирует новорожденного в системе динамического интенсивного наблюдения, обсуждает с лечащим врачом состояние ребенка и мероприятия, направленные на стабилизацию состояния; принимает решение и сообщает о времени выезда в медицинскую организацию для очной консультации и/или перегоспитализации пациента.

3. Врач родильного дома (отделения, перинатального центра) до приезда бригады РКЦ осуществляет согласованные с врачом РКЦ мероприятия по стабилизации состояния ребенка, готовит подробную и достоверную выписку из медицинской документации, копию полиса обязательного медицинского страхования матери (полиса ребенка, при наличии), информированное согласие на транспортировку и лечение в медицинскую организацию, в которую переводится ребенок.

4. При прибытии в медицинскую организацию врач РКЦ совместно с лечащим (дежурным) врачом и с заведующим отделением осматривают ребенка, оценивают его транспортабельность и принимают решение о возможности перегоспитализации ребенка. Результаты осмотра врач РКЦ фиксирует в медицинской документации новорожденного. В случае если состояние ребенка признается транспортабельным, врач РКЦ принимает решение о перегоспитализации ребенка в специализированное лечебное учреждение в соответствии с порядком маршрутизации. Решение о перегоспитализации принимается совместно врачом РКЦ и заведующим отделением (лечащим/дежурным врачом) медицинской организации, в которое планируется транспортировать больного. В случае, если состояние ребенка расценивается как нетранспортабельное, врач РКЦ в дневнике осмотра подробно прописывает рекомендации по дальнейшей тактике, а также определяет время заочной и дату следующей очной консультации.

Рекомендуемые критерии для принятия решения о нетранспортабельности новорожденных детей

1. Необходимость при проведении ИВЛ - давления на вдохе более 25 см. вод. ст. и концентрации кислорода более 60% для достижения показателя сатурации более 95%.

2. Необходимость кардиотонической поддержки дофамином в дозе более 7

мкг/кг/мин. или адреналином в любой дозе.

3. Некупированный судорожный синдром.
4. Нестабилизованная температура тела.
5. Признаки продолжающегося кровотечения.
6. Недренированный пневмоторакс либо дренированный с признаками сохраняющегося внутригрудного напряжения.
7. Дестабилизация состояния ребенка при перекладывании в транспортную систему.

Маршрутизация новорожденных в отделения реанимации и интенсивной терапии

Наименование медицинской организации	Наименование медицинской организации 3 уровня	Выездная бригада
0 (нулевой) уровень Медицинские организации, не имеющие в составе неонатальных коек, оказывающие неотложную и экстренную помощь: ГУЗ СО «Аркадакская РБ» ГУЗ СО «Балтайская РБ» ГУЗ СО «Воскресенская РБ» ГУЗ СО «Ивантеевская РБ» ГУЗ СО «Краснопартизанская РБ» ГУЗ СО «Новобурасская РБ» ГУЗ СО «Романовская РБ» ГУЗ СО «Саратовская РБ» ГУЗ СО «МСЧ ГО ЗАТО Светлый» ГУЗ СО «Турковская РБ» ГУЗ СО «Хвалынская РБ им. Бржозовского»	ОРИТН ГУЗ «СОДКБ»	ОЭКСП ГУЗ «СОДКБ»
I (первый) уровень Медицинские организации, имеющие в составе неонатальные койки, в том числе необеспеченные круглосуточным пребыванием врачей неонатологов. ГУЗ СО «Аткарская РБ» ГУЗ СО «Александрово-Гайская РБ им. В.П. Дурнова» ГУЗ СО «Базарно-Карабулакская РБ» ГУЗ СО «Дергачевская РБ» ГУЗ СО «Духовницкая РБ»	ОРИТН ГУЗ «СОДКБ»	ОЭКСП ГУЗ «СОДКБ»

ГУЗ СО «Екатериновская РБ» ГУЗ СО «Ершовская РБ» ГУЗ СО «Калининская РБ» ГУЗ СО «Красноармейская РБ» ГУЗ СО «Краснокутская РБ» ГУЗ СО «Лысогорская РБ» ГУЗ СО «Марксовская РБ» ГУЗ СО «Новоузенская РБ» ГУЗ СО «Озинская РБ» ГУЗ СО «Перелюбская РБ» ГУЗ СО «Петровская РБ» ГУЗ СО «Питерская РБ» ГУЗ СО «Ровенская РБ» ГУЗ СО «Ртищевская РБ» ГУЗ СО «Самойловская РБ» ГУЗ СО «Советская РБ» ГУЗ СО «Татищевская РБ» ГУЗ СО «Федоровская РБ»		
II (второй) уровень (группа) Медицинские организации и перинатальные центры, имеющие в своей структуре палаты интенсивной терапии для новорожденных ГУЗ СО «Вольская РБ» ГУЗ СО «БГКБ» ГУЗ СО «Балашовская РБ» ГУЗ СО «Пугачевская РБ» ГУЗ «СГКБ № 10»	ОРИТН ГУЗ «Клинический перинатальный центр Саратовской области»	ОЭКСП ГУЗ «СОДКБ»

При отсутствии мест в отделении реанимации и интенсивной терапии регламентированного маршрута перегоспитализация ребенка осуществляется в ОРИТН ближайшей медицинской организации с наличием мест по согласованию с заведующим отделением (дежурным врачом).

Обязательные показания к госпитализации в отделения реанимации и интенсивной терапии учреждений 3 уровня:

1. Недоношенные новорожденные с гестационным возрастом менее 32 недель и массой тела при рождении менее 1500 граммов, требующие продленной ИВЛ и интенсивной терапии, из родовспомогательных учреждений 1 уровня (коды по МКБ-10: P07.0, P07.2). В ситуациях, когда с учетом состояния ребенка необходимо сократить длительность транспортировки, либо в процессе транспортировки возникают экстренные ситуации или ухудшение состояния ребенка, а также в случае отсутствия мест в учреждении 3 уровня, пациенты указанной группы госпитализируются в учреждение 2 уровня, по согласованию сторон.

2. Новорожденные с дыхательной недостаточностью тяжелой степени, обусловленной различными причинами и заболеваниями, требующей проведения высокочастотной ИВЛ (коды по МКБ-10: класс XVI).

3. Новорожденные с любой перинатальной патологией и заболеваниями с атипичным и осложненным течением и/или без эффекта от лечения в учреждениях 2 уровня (коды по МКБ-10: класс XVI).

Показания к перегоспитализации из учреждений 3 уровня в учреждения 2 уровня

На этапе учреждений 3 уровня в случаях, когда у ребенка выявлена врожденная патология, либо сформировались состояния с неблагоприятным прогнозом для жизни и здоровья, либо при наличии паллиативного состояния (тяжелое перинатальное поражение нервной системы с формированием или риском формирования органического заболевания, incurable врожденные аномалии развития, incurable врожденные и наследственные заболевания (хромосомные, генетические, обмена веществ, эндокринные) и ему проведен весь необходимый объем диагностических и лечебных мероприятий, но требуется продолжение ИВЛ как жизнеобеспечивающего мероприятия, возможен его перевод в отделение реанимации и интенсивной терапии учреждений 2 уровня (или 1 уровня по месту жительства родителей/законных представителей).

Маршрутизация новорожденных в отделения второго этапа лечения и выхаживания медицинских организаций

1. При выявлении у новорожденного на этапе родильного дома (отделения) заболеваний, которые требуют терапии более 5–7 суток и/или дополнительной диагностики и выхаживания, ребенок подлежит перегоспитализации в отделения второго этапа лечения и выхаживания – отделения патологии новорожденных и недоношенных детей (далее – ОПННД) или педиатрических отделений с неонатологическими койками медицинских учреждений 2 уровня (ГУЗ СО «БГКБ», ГУЗ «ЭДКБ»):

1.1 диагностике и лечению в ОПННД или педиатрических отделений с неонатологическими койками учреждений 2 уровня подлежат новорожденные с перинатальной патологией и заболеваниями с клиническими формами легкой и средней степени тяжести (коды по МКБ-10: класс XVI).

1.2 диагностике и лечению в ОПННД учреждений 3 уровня подлежат новорожденные с перинатальной патологией и заболеваниями с клиническими формами тяжелой степени, а также новорожденные, требующие дальнейшей специализированной или высокотехнологичной медицинской помощи (коды по МКБ-10: класс XVI).

Основным учреждением является ГУЗ «Клинический перинатальный центр Саратовской области», контактные телефоны: ОПННД 8(8452) 49-06-20 и 8(8452) 49-06-32.

При отсутствии мест или проведении плановых противоэпидемиологических мероприятий в ОПННД ГУЗ «Клинический перинатальный центр Саратовской области» перегоспитализация новорожденных проводится в ОПННД ГУЗ «СОДКБ» и педиатрических отделений с неонатологическими койками учреждений 2 уровня (ГУЗ СО «БГКБ», ГУЗ «ЭДКБ»).

Маршрутизация новорожденных, требующих перегоспитализации из медицинских организаций 1-2 уровня в отделения патологии новорожденных и недоношенных детей

МО 1-2 уровня	МО 3 уровня	Выездная бригада
0 (нулевой) уровень Медицинские организации, не имеющие в составе неонатальных коек, оказывающие неотложную и экстренную помощь ГУЗ СО «Аркадакская РБ» ГУЗ СО «Балтайская РБ» ГУЗ СО «Воскресенская РБ» ГУЗ СО «Ивантеевская РБ» ГУЗ СО «Краснопартизанская	ГУЗ «Клинический перинатальный центр Саратовской области» ОПННД	Скорая медицинская помощь районных больниц

<p>РБ» ГУЗ СО «Новобурасская РБ» ГУЗ СО «Романовская РБ» ГУЗ СО «Саратовская РБ» ГУЗ СО «МСЧ ГО ЗАТО Светлый» ГУЗ СО «Турковская РБ» ГУЗ СО «Хвалынская РБ им. Бржозовского»</p>		
<p>I (первый) уровень Медицинские организации, имеющие в составе неонатальные койки, в том числе необеспеченные круглосуточным пребыванием врачей неонатологов. ГУЗ СО «Аткарская РБ» ГУЗ СО «Александрово - Гайская РБ им. В.П. Дурнова» ГУЗ СО «Базарно- Карабулакская РБ» ГУЗ СО «Дергачевская РБ» ГУЗ СО «Духовницкая РБ» ГУЗ СО «Екатериновская РБ» ГУЗ СО «Ершовская РБ» ГУЗ СО «Калининская РБ» ГУЗ СО «Красноармейская РБ» ГУЗ СО «Краснокутская РБ» ГУЗ СО «Лысогорская РБ» ГУЗ СО «Марксовская РБ» ГУЗ СО «Новоузенская РБ» ГУЗ СО «Озинская РБ» ГУЗ СО «Перелюбская РБ» ГУЗ СО «Петровская РБ» ГУЗ СО «Питерская РБ» ГУЗ СО «Ровенская РБ» ГУЗ СО «Ртищевская РБ» ГУЗ СО «Самойловская РБ» ГУЗ СО «Советская РБ» ГУЗ СО «Татищевская РБ» ГУЗ СО «Федоровская РБ»</p>	<p>ГУЗ «Клинический перинатальный центр Саратовской области» ОПННД</p>	<p>Скорая медицинская помощь районных больниц</p>
<p>II (второй) уровень Медицинские организации и перинатальные центры, имеющие в своей структуре палаты интенсивной терапии для новорожденных ГУЗ СО «Вольская РБ»</p>	<p>ГУЗ «Клинический перинатальный центр Саратовской области» ОПННД</p>	<p>Скорая медицинская помощь районных больниц и ГУЗ «СОССМП»</p>

ГУЗ СО «БГКБ» ГУЗ СО «Балашовская РБ» ГУЗ СО «Пугачевская РБ» ГУЗ «СГКБ № 10»		
--	--	--

Маршрутизация новорожденных детей после выписки из родовспомогательных учреждений

В случае возникновения заболевания у новорожденного на дому после выписки из родовспомогательного учреждения (отделения второго этапа выхаживания) и необходимости лечения в ОППНД, ребенок госпитализируется в ОППНД педиатрических стационаров 2-3 уровня (ГУЗ «СОДКБ», ГУЗ «СГДБ № 7», ГУЗ «ЭДКБ»). В случае ургентной ситуации – в ближайшее отделение реанимации и интенсивной терапии медицинской организации любого уровня.

Показания к перегоспитализации из медицинских организаций 3 уровня в медицинские организации 2 уровня

На этапе медицинских организаций 3 уровня в случаях, когда у ребенка выявлена врожденная патология, либо сформировались состояния с неблагоприятным прогнозом для жизни и здоровья, либо при наличии паллиативного состояния (тяжелое перинатальное поражение нервной системы с формированием или риском формирования органического заболевания, incurable врожденные аномалии развития, incurable врожденные и наследственные заболевания (хромосомные, генетические, обмена веществ, эндокринные), и ему проведен весь необходимый объем диагностических и лечебных мероприятий, но требуется наблюдение, вскармливание и уход в условиях стационара, показан его перевод в ОППНД, педиатрические соматические отделения учреждений 2 уровня, либо на паллиативные койки этих медицинских организаций, по месту жительства родителей.

Маршрутизация новорожденных с инфекционно-воспалительными заболеваниями, представляющими эпидемиологическую опасность

1. Под инфекционно-воспалительными заболеваниями новорожденных, представляющими эпидемиологическую опасность, следует понимать следующие инфекционные заболевания:

пиодермии любой этиологии (везикулопустулез, пузырьчатка, эксфолиативный дерматит Риттера, псевдофурункулез Фигнера, некротическая флегмона, рожистое воспаление, гнойный мастит);

герпетическая инфекция кожи и слизистых оболочек;

кандидоз кожи и слизистых оболочек;

менингит (энцефалит, менингоэнцефалит) любой этиологии;

гепатит любой этиологии;

острые кишечные инфекции;

генерализованные формы инфекционно-воспалительных заболеваний, в том числе неустановленной этиологии;

энтеровирусные инфекции (энцефаломиокардит новорожденных);

острые манифестные формы врожденной краснухи.

1.1. На этапе родовспомогательного учреждения (акушерского отделения, родильного дома, перинатального центра) и отделений второго этапа выхаживания новорожденных при выявлении у новорожденного инфекционно-воспалительных заболеваний, представляющих эпидемическую опасность, при условии, что состояние ребенка не требует лечения в отделении реанимации и интенсивной терапии с протезированием витальных функций, его перегоспитализация осуществляется в ГУЗ «СОИКБ имени Н.Р. Иванова».

1.2. На этапе отделений реанимации и интенсивной терапии перинатальных центров и педиатрических стационаров при выявлении у новорожденного выше указанных инфекционно-воспалительных заболеваний, требующих дальнейшего лечения в отделении реанимации и интенсивной терапии, возможность перегоспитализации новорожденного, требующего протезирования витальных функций, решается коллегиально с привлечением профильных специалистов, в том числе с помощью телемедицинских консультаций.

1.3. В случае острого заболевания у новорожденного после выписки из родовспомогательного учреждения (отделения второго этапа выхаживания) и необходимости лечения в отделении реанимации и интенсивной терапии, ребенок госпитализируется в отделение реанимации и интенсивной терапии педиатрических стационаров 2 уровня, в случае ургентной ситуации – в ближайшее отделение реанимации и интенсивной терапии медицинской организации любого уровня. При выявлении у ребенка вышеуказанных инфекционно-воспалительных заболеваний и необходимости продолжения лечения в отделении реанимации и интенсивной терапии, диагностика и лечение в полном объеме обеспечивается в педиатрических стационарах; в случае отсутствия эффекта от лечения и/или необходимости дополнительной

диагностики перегоспитализация ребенка осуществляется в отделение реанимации и интенсивной терапии ГУЗ «СОИКБ имени Н.Р. Иванова».

2. Маршрутизация новорожденных детей с врожденным сифилисом и перинатальным контактом по сифилису осуществляется в ГУЗ «ЭДКБ» по согласованию с заместителем главного врача.

2.1. На этапе родовспомогательного учреждения (акушерского отделения, родильного дома, перинатального центра) и отделений второго этапа выхаживания новорожденных при выявлении у новорожденного врожденного сифилиса или перинатального контакта по сифилису, при условии, что состояние ребенка не требует лечения в отделении реанимации и интенсивной терапии с протезированием витальных функций, его перегоспитализация осуществляется в ГУЗ «ЭДКБ».

2.2. На этапе отделений реанимации и интенсивной терапии перинатальных центров и педиатрических стационаров при выявлении у новорожденного вышеуказанных инфекционно-воспалительных заболеваний, требующих дальнейшего лечения в отделении реанимации и интенсивной терапии, возможность перегоспитализации новорожденного, требующего протезирования витальных функций, решается коллегиально с привлечением профильных специалистов, в том числе с помощью телемедицинских консультаций.

3. Новорожденные дети с выявленной инфекционной патологией, состояние которых требует проведения реанимационной помощи и/или интенсивной терапии, транспортируются в ГУЗ «СОИКБ имени Н.Р. Иванова» или ГУЗ «ЭДКБ» выездной бригадой ОЭКСМП ГУЗ «СОДКБ».

4. Новорожденные дети с выявленной инфекционной патологией без нарушения витальных функций транспортируются в ГУЗ «СОИКБ имени Н.Р. Иванова» и ГУЗ «ЭДКБ» выездными бригадами ГУЗ «СОССМП» или санитарным транспортом районных больниц.

Маршрутизация новорожденных с хирургической патологией

1. На этапе родовспомогательного учреждения (акушерского отделения, родильного дома, перинатального центра) и отделений второго этапа выхаживания новорожденных при выявлении у новорожденного хирургической патологии, в том числе врожденных пороков развития, требующих лечения в отделении реанимации и интенсивной терапии и последующего хирургического лечения (коды по МКБ-10: Q00-Q89), проводится комплексное обследование:

- клинический анализ крови;
 - биохимический анализ крови с маркерами воспаления;
 - рентгенологическое обследование;
 - НСГ, УЗИ внутренних органов;
 - ДЭХО КТ при возможности.
- Составляется подробный переводной эпикриз.

При необходимости проводится консультация пациента профильными специалистами, в том числе с помощью телемедицинских технологий.

2. Перегоспитализация новорожденных детей с хирургической патологией осуществляется в Детскую хирургическую клинику Университетской клинической больницы № 1 имени С.Р.Миротворцева по предварительной договоренности с заведующим кафедрой детской хирургии ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им.В.И.Разумовского Минздрава России».

3. Перегоспитализация новорожденных детей с нейрохирургической патологией осуществляется в нейрохирургическое отделение ГУЗ «СОДКБ» по предварительной договоренности с заместителем главного врача по медицинской части.

4. Новорожденные дети с выявленной хирургической патологией, в том числе с врожденными пороками развития, состояние которых требует проведения реанимационной помощи и/или интенсивной терапии, транспортируются выездной бригадой ОЭКСП ГУЗ «СОДКБ».

5. Новорожденные дети с выявленной хирургической патологией, в том числе врожденными пороками развития без нарушения витальных функций, транспортируются силами ГУЗ «СОСМП».

Примерная схема действий при оказании первичной реанимационной помощи новорожденному с хирургической патологией в родильном зале:

Врожденный порок развития	Клинические признаки	Схема действий
Атрезия пищевода	Антенатально: многоводие. Постнатально: пенистое отделяемое изо рта и носа, непреодолимое препятствие	Постановка желудочного зонда; положение Фаулера; при наличии дыхательных нарушений исключить масочную

	при постановке желудочного зонда, положительная проба Элефанта.	вентиляцию и СРАР; интубация трахеи, перевод на ИВЛ; рентгенологическое обследование.
Гастрошизис		Роды путем операции кесарева сечения; использование только неопудренных перчаток; положение ребенка на спине или боку; наложение скобы на уровне 8- 10см от пупочного кольца; профилактика гипотермии; постановка желудочного зонда; обезболивание; погрузить петли кишечника в стерильный пластиковый пакет, не допуская их перегибания; пуповина со скобой за пределами пластикового пакета; наложение стерильной сухой повязки поверх пластикового пакета.
Высокая/низкая атрезия кишечника	Большое отделяемое из желудка при рождении, срыгивания и рвота.	Постановка желудочного зонда и учет отделяемого; респираторная терапия по показаниям; постановка ПВК/ЦВК, избегать установки пупочного катетера; инфузионная терапия; антибактериальная терапия; рентгенологическое обследование.
Врожденная диафрагмальная грыжа		Немедленная интубация и перевод на ИВЛ; !!! исключить масочную вентиляцию и СРАР; постановка желудочного зонда; катетеризация пупочной вены; волюмнагрузка физиологическим раствором; седатация; рентгенологическое обследование.

Маршрутизация

новорожденных с врожденными пороками сердца

1. С целью раннего выявления врожденных пороков сердца (далее – ВПС) на этапе родовспомогательного учреждения (акушерского отделения, родильного дома, перинатального центра) проводится скрининг на кардиальную патологию:

1 этап проводится сразу после рождения: осмотр и оценка кожных покровов, оценка пульсации периферических артерий конечностей, пульсоксиметрия на правой верхней и нижней конечности, аускультация сердца с подсчетом частоты сердечных сокращений.

2 этап проводится перед выпиской из родильного дома (3-4 сутки жизни): осмотр и оценка кожных покровов, пульсоксиметрия на правой верхней и нижней конечности, измерение артериального давления на правой верхней и любой нижней конечности аускультация сердца и легких, ЭКГ.

2. Консультация кардиолога на этапе родовспомогательного учреждения необходима, если в результате осмотра и первичного обследования обнаружено хотя бы одно отклонение вышеперечисленных показателей. Новорожденные дети с подозрением на ВПС выписываются из родовспомогательного учреждения только после консультации кардиолога и решения вопроса о тактике дальнейшего наблюдения.

На этапе родовспомогательного учреждения (акушерского отделения, родильного дома, перинатального центра) и отделений второго этапа выхаживания новорожденных при выявлении пренатально/постнатально либо предполагаемых ВПС, требующих дообследования и возможно последующего кардиохирургического лечения (коды по МКБ-10: Q20-Q28), проводится:

комплексное обследование: клинический анализ крови, биохимический анализ крови с маркерами воспаления, рентгенологическое обследование, НСГ, УЗИ внутренних органов, ДЭХО КТ;

консультация детского кардиолога/кардиохирурга, в том числе с использованием телемедицинских технологий, для уточнения наличия/отсутствия ВПС и определения дальнейшей тактики ведения новорожденного (наличия/отсутствия показаний к экстренному/неотложному хирургическому лечению, места возможного хирургического лечения, необходимости дополнительных исследований и/или лечебных мероприятий).

Составляется подробный переводной эпикриз.

3. При согласовании даты экстренного/неотложного хирургического лечения ВПС в федеральном центре сердечно-сосудистой хирургии продолжение лечения/выхаживания новорожденного может осуществляться в стационарах 2 уровня до момента транспортировки.

4. При необходимости лечебных мероприятий, выполнение которых невозможно в стационаре 2 уровня, решение о переводе новорожденного в стационар 3-го уровня принимается по результатам консилиума с участием главных внештатных детских специалистов министерства здравоохранения Саратовской области - неонатолога, анестезиолога-реаниматолога, детского кардиолога.