

# МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТУЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

## П Р И К А З

23 октября 2018 года

№ 623-Осс

### О совершенствовании организации медицинской помощи новорожденным и недоношенным детям

В целях совершенствования организации медицинской помощи новорожденным и недоношенным детям, улучшения оказания медицинской помощи по профилю «неонатология», снижения младенческой смертности, а также в соответствии с Положением о министерстве здравоохранения Тульской области, утвержденным постановлением правительства Тульской области от 11.12.2012 № 698, приказываю:

1. Главному врачу ГУЗ «Тульский областной перинатальный центр» создать на базе вверенной медицинской организации выездную неонатологическую бригаду и организовать ее работу в соответствии с положением о выездной неонатологической бригаде (Приложение № 1).
2. Утвердить Порядок перевода и госпитализации новорожденных детей в медицинские организации Тульской области (приложение № 2).
3. Утвердить порядок определения приоритетности выездов выездной неонатологической бригады (Приложение № 3).
4. Утвердить перечень состояний, являющихся противопоказанием для транспортировки новорожденных (Приложение № 4).
5. Утвердить карту дистанционного интенсивного наблюдения новорожденного (Приложение № 5).
6. Утвердить вкладыш в историю болезни новорожденного, оставленного на месте (Приложение № 6).
7. Утвердить карту вызова/транспортировки (Приложение № 7).
8. Контроль за выполнением настоящего приказа возложить на директора департамента здравоохранения министерства здравоохранения Тульской области Е.С. Дурнову.
9. Настоящий приказ вступает в силу со дня официального опубликования.

Заместитель министра  
здравоохранения  
Тульской области



Т.А. Сёмина

## **ПОЛОЖЕНИЕ о выездной неонатологической бригаде**

### **1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

1.1 Выездная неонатологическая бригада (далее - ВНБ) организована на базе отделения реанимации и интенсивной терапии для новорожденных Государственного учреждения здравоохранения «Тульский областной перинатальный центр» (далее – ГУЗ «ТОПЦ») и предназначена для оказания специализированной консультативной, экстренной и плановой лечебной помощи новорожденным с витальными нарушениями жизнедеятельности или высоким риском их развития, находящимся на лечении в медицинских организациях Тульской области.

1.2. Общее руководство бригадой осуществляет заведующий отделением реанимации и интенсивной терапии для новорожденных (далее – ОРИТН) ГУЗ «ТОПЦ», который руководствуется в своей деятельности Конституцией Российской Федерации, Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ, Законом РФ «О защите прав потребителей» от 7.02.1992 г. № 2300-1, Приказом Минздрава России 15.11.2012 г. № 921н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «неонатология», Уставом ГУЗ «ТОПЦ» и иными нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения Российской Федерации, Министерства здравоохранения Тульской области и настоящим Положением.

1.3. Основным принципом работы является взаимозаменяемость ВНБ и персонала отделения реанимации и интенсивной терапии для новорожденных. Функционирующей структурной единицей ВНБ является бригада, работающая круглосуточно по принципу «дежурства на дому» и состоящая из анестезиолога - реаниматолога, прошедшего подготовку по неонатологии, медицинской сестры, прошедшей специализацию по педиатрии; водителя, прошедшего специальный инструктаж и обучение работе на специализированной машине.

1.4. Бригада не может привлекаться для целей, не входящих в задачи выездной неонатологической бригады, за исключением особых условий и чрезвычайных ситуаций по распоряжению или приказу Министерства здравоохранения Тульской области.

### **2. ОСНОВНЫЕ ФУНКЦИИ ВЫЕЗДНОЙ НЕОНАТОЛОГИЧЕСКОЙ БРИГАДЫ**

2.1. Консультативная помощь и дистанционное интенсивное наблюдение.

Дистанционное интенсивное наблюдение (далее - ДИН) - это передача информации о пациенте с витальными нарушениями или высоким риском их развития из медицинских организаций Тульской области, а также передача в эти медицинские организации консультативной информации из ВНБ, с четко определенной периодичностью по вопросам оценки состояния новорожденного и проведения мероприятий интенсивной терапии.

Результатами ДИН являются:

- проведение круглосуточного наблюдения новорожденных детей, находящихся в медицинских организациях Тульской области путем проведения заочных консультаций реаниматологами консультантами ВНБ. Периодичность контактов с врачами стационаров определяется состоянием новорожденного;
- регистрация паспортных данных матери, данных о состоянии новорожденного, заключения о степени тяжести в карте наблюдения новорожденного;
- проведение врачебных консультаций по лечению новорожденных по телефону с необходимой коррекцией терапии в зависимости от динамики состояния пациента;
- принятие решения о дальнейшей лечебной тактике по отношению к данному больному:
  - а) организация телемедицинских консультаций новорожденных с витальными нарушениями или высоким риском развития таких нарушений специалистами ГУЗ «ТОПЦ», ГУЗ Тульской детской областной клинической больницы в соответствии с профилем организации;
  - б) инициация выезда в медицинские организации области выездной бригады для консультации на месте и эвакуации новорожденных.

## 2.2. Лечебная деятельность.

2.2.1. Проведение очных консультаций врачами выездной реанимационной бригады.

2.2.2. Маршрутизация новорожденных с витальными нарушениями или высоким риском их развития, находящихся под наблюдением ВНБ, в профильные отделения с выполнением специальных методов терапии во время транспортировки.

## 2.3. Учебно-методическая деятельность.

2.3.1. Участие в проведении паспортизаций акушерских стационаров по вопросам кадрового и аппаратного обеспечения с целью определения возможностей данной медицинской организации для оказания помощи новорожденным с витальными нарушениями или высоким риском их развития.

2.3.2. Участие в разработке и внедрении методических рекомендаций по наиболее актуальным проблемам реанимации и интенсивной терапии новорожденных детей для врачей районных стационаров и их внедрение.

2.3.3. Участие в выставках, конференциях, семинарах по направлению деятельности.

#### 2.4. Аналитическая деятельность.

2.4.1. Предоставление главным специалистам МЗ Тульской области, администрации медицинских организаций информации о дефектах при оказании экстренной помощи детям по мере необходимости.

2.4.2. Еженедельное предоставление оперативной сводки главному врачу ГУЗ «ТОПЦ».

### 3. РЕГЛАМЕНТ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВНБ.

#### 3.1. Осуществление динамического интенсивного наблюдения (ДИН).

##### 3.1.1. Больные подлежащие наблюдению ВНБ

Наблюдению ВНБ и постановке на учет подлежат новорожденные с витальными нарушениями или высоким риском их развития, находящиеся на лечении в медицинских организациях Тульской области. Информацию о новорожденном в ВНБ передает врач неонатолог, анестезиолог-реаниматолог, педиатр, акушер-гинеколог, либо любой специалист, оказывающий медицинскую помощь новорожденному в медицинских организациях на момент обращения.

Информация о таком новорожденном должна быть передана после оказания ему экстренной врачебной помощи, но не позднее 2 часов с момента поступления новорожденного.

Любое обращение в ВНБ по поводу консультации пациента неонатального возраста со стороны врачей районных стационаров подлежит обязательной регистрации в рабочей документации ВНБ.

Дистанционное интенсивное наблюдение производится заведующим отделением реанимации и интенсивной терапии для новорожденных ГУЗ «ТОПЦ», либо дежурным врачом ОРИТН, в ночное время и в выходные дни — дежурным врачом ОРИТН.

##### 3.1.2. Постановка новорожденного на учет.

Под постановкой новорожденного на учет ВНБ подразумевается: Заполнение специального бланка (Приложение «Карта интенсивного наблюдения новорожденного»). В карте отмечаются паспортные данные, анамнез жизни, анамнез настоящего заболевания, соматический статус и лабораторные данные, информация о проведенной терапии, рекомендации консультанта ВНБ по дальнейшей терапии.

##### 3.1.3. Задачи дистанционного интенсивного наблюдения.

Задачей дистанционного интенсивного наблюдения является выдача рекомендаций по наблюдению за пациентом врачу медицинской организации, оказывающему медицинскую помощь новорожденному, наблюдаемого ВНБ, и по его лечению.

Рекомендации по лечению включают:

- Расчет физиологических потребностей в жидкостях, электролитах, белках, углеводах и калораже для новорожденного.

- Составление программы по инфузионной терапии на конкретный временной интервал в зависимости от состояния пациента.
- Рекомендации по респираторной поддержке.
- Рекомендации по поддержке центральной гемодинамики с расчетом дозы вазопрессоров.
- Рекомендации по проведению рациональной антибактериальной терапии, средств иммунокоррекции.
- Подробных рекомендаций по различным видам симптоматической терапии необходимой для конкретного новорожденного.

В зависимости от изменения состояния пациента в динамике меняются и рекомендации по лечению. При проведении дистанционного — интенсивного наблюдения в карте интенсивного наблюдения реаниматолог-консультант определяет диагностическое представление о новорожденном, определяет функциональный статус пациента путем отношения его к одному из классов тяжести.

#### 3.1.4. Ответственность за достоверность передаваемой информации.

При осуществлении дистанционного — интенсивного наблюдения, специалист, передающий информацию в ВНБ, несет полную ответственность за ее достоверность.

Реаниматолог консультант ВНБ несет ответственность, как за качество проводимой консультации, так и за принятое решение, связанное с выездом или невыездом к новорожденному выездной бригады, основанное на полученных данных.

Ответственность за выполнение лечебных рекомендаций до приезда выездной бригады полностью лежит на враче стационара, осуществляющем интенсивную терапию пациенту на месте.

#### 3.1.5. Класс тяжести больного как основа лечебной деятельности ВНБ.

При определении больных, наблюдаемых ВНБ, по тяжести состояния и ближайшего прогнозирования развития заболевания лежит разделение больных на классы тяжести. В основу деления на уровни (классы) тяжести положена степень инвазивности терапии, необходимой для достижения стабильности состояния и компенсации основных систем жизнеобеспечения. При оценке класса тяжести детей используется четырехбалльная система.

Для соотнесения пациента к конкретному классу тяжести производится оценка по семи функциональным системам включающих: ЦНС, систему внешнего дыхания, сердечно-сосудистую систему, функцию ЖКТ, функцию почек, функцию кроветворных органов и состояние метаболизма. Оценка систем производится исходя из понятий компенсации, субкомпенсации, декомпенсации или субдекомпенсации на фоне проводимой терапии, соответственно I, II, III и IV класс. Оценка функциональных систем производится реаниматологом — консультантом ВНБ.

I класс тяжести: физиологически стабильные пациенты, состояние которых компенсировано средствами плановой терапии, традиционной для неонатальных отделений. Не нуждаются в переводе.

2 класс тяжести: пациенты, требующие проведения поддерживающей терапии и компенсированные на фоне такой терапии, требующие круглосуточного наблюдения медперсонала и периодического врачебного контроля с возможной коррекцией терапии. Специфические средства и методики интенсивной терапии не применяются. Перевод в стационар более высокого уровня может быть связан с лучшими возможностями наблюдения за больными.

3 класс тяжести: больные с декомпенсацией деятельности одной из функциональных систем, которая эффективно устраняется средствами заместительной и поддерживающей интенсивной терапии, возможной только в палатах интенсивной терапии; требующие постоянного специализированного наблюдения или мониторинга, либо больные с субкомпенсацией двух и более функциональных систем. Стабилизация состояния достигается средствами интенсивной заместительной и поддерживающей терапии. Показан перевод в стационар более высокого уровня для проведения интенсивной терапии и интенсивного наблюдения.

4 класс тяжести: физиологически нестабильные больные с декомпенсацией функций более одной системы жизнеобеспечения, получающие критическую заместительную терапию с частой коррекцией ее режимов в течение суток, требующие постоянного мониторинга и врачебного наблюдения. Относительная стабилизация жизненных функций достигается ценой критических, опасных, но жизненно оправданных средств терапии. Показано лечение в специализированном реанимационном отделении.

Больные 1-2 классов не требуют проведения специфических для ОРИТ методов интенсивной терапии, исход заболевания у них предположительно хороший. Эти больные составляют группу больных низкого риска.

Больные 3-4 классов тяжести характеризуются декомпенсированными нарушениями функциональных систем, требующими применения средств и методов интенсивной и/или критической терапии и зависимыми от такой терапии. Эти пациенты составляют группу больных высокого риска с небольшой вероятностью выживания при лечении вне ОРИТ.

Для врачей медицинских организаций, оказывающих помощь новорожденным, обязательным является:

- обращение в ВНБ в течение 2 часов от поступления в стационар новорожденного 3-го класса тяжести.
- обращение в ВНБ сразу же после выполнения неотложных жизнеберегающих мероприятий, но не позднее 2 часов после регистрации развившегося критического состояния для пациентов 4-го класса тяжести.

3.1.6. Рекомендации врачу медицинской организации и внесение их в медицинскую документацию.

Врач реаниматолог-консультант ВНБ фиксирует рекомендации по лечению больного в карте интенсивного наблюдения больного.

Врач медицинской организации, оказывающий помощь новорожденному, подробно регистрирует в истории болезни рекомендации врача ВНБ и несет

ответственность за правильность записи рекомендаций, вне зависимости от того согласен он с рекомендациями или не согласен.

В случае невозможности выполнения рекомендаций врача ВНБ по техническим или иным причинам, врач медицинской организации, оказывающий помощь новорожденному, обязан сообщить об этом реаниматологу консультанту ВНБ. При отсутствии доступной альтернативной замены принципиально значимого метода или средства терапии, врач ВНБ делает заключение о несоответствии уровня возможностей данного стационара потребностям данного больного. Выезд выездной бригады к данной категории новорожденных является приоритетным. Маршрутизация таких новорожденных в специализированное отделение, где возможно оказание медицинской помощи в требуемом объеме, является обязательной.

#### 3.1.7. Экспертная оценка тяжести состояния больного.

На основе анализа функционального состояния систем жизнеобеспечения и проводимого лечения врач консультант делает заключение о тяжести состояния больного с отнесением больного к одному из четырех классов тяжести настоящего «Положения».

#### 3.1.8. Принятие тактического решения.

Под тактическим решением понимается согласованное заключение врача ВНБ и лечащего врача об уровне дальнейшего лечения ребенка. Решение принимается исходя из анализа состояния ребенка и характера заболевания, прогнозирования динамики состояния и заключения о соответствии потребностей больного в необходимых методах и объеме медицинской помощи и реальными возможностями данного стационара их обеспечить.

Вариантами тактического решения являются:

- продолжение ДИН с указанием конкретного времени следующего сеанса связи;
- выезд в медицинскую организацию выездной бригады и степень его срочности;
- снятие больного с учета ВНБ и указание причины снятия с учета.

Тактическое решение согласовывается с врачом районного стационара. При разногласии арбитром является заведующий отделением реанимации и интенсивной терапии новорожденных ГУЗ «ТОПЦ», на базе которого создана ВНБ, полномочный принимать окончательное тактическое решение.

#### 3.1.9. Динамическое интенсивное наблюдение (ДИН).

ДИН подразумевает периодическую связь врача ВНБ с лечащим врачом медицинской организации, оказывающим помощь новорожденному, по телефону с передачей и регистрацией информации о больном для разработки дальнейшей программы обследования, лечения и наблюдения за ребенком;

Основой ДИН является формализованная схематичная передача и регистрация информации о больном с оценкой физиологической стабильности работы систем жизнеобеспечения организма.

Регламентация частоты наблюдений:

- больные 1 класса тяжести не требуют ДИН и снимаются с учета;

- для больных 2 класса тяжести — интервал ДИН — 12 часов;
- для больных 3 класса тяжести — интервал ДИН — 6 часов;
- для больных 4 класса тяжести — интервал ДИН — 3 часа.

При необходимости или непредвиденном изменении ситуации ДИН проводится по мере необходимости.

Ответственным за своевременное ДИН является лечащий врач медицинской организации, оказывающий помощь новорожденному. Врач медицинской организации, оказывающий помощь новорожденному, обязан предоставлять врачу ВНБ всю требуемую информацию о больном и выполнять рекомендации.

Каждый сеанс ДИН заканчивается принятием тактического решения. В случае продолжения ДИН указывается точное время последующего сеанса связи.

#### 3.1.10. Принятие решения о выезде в стационары Тульской области.

Выезд в районные стационары выездной бригады выполняется на основании решения и указания врача реаниматолога - консультанта. Он же определяет приоритетность выезда. В случае необходимости выезда одновременно в несколько стационаров, реаниматолог - консультант принимает решение об их очередности на основании регламента очередности выездов выездной бригады (см. Приложение «Определение приоритетности выездов выездной бригады»).

Показания к выезду в стационары Тульской области:

1. Для проведения консультации на месте новорожденным с витальными нарушениями или высоким риском их развития, находящимся в медицинских организациях Тульской области с целью уточнения диагноза и коррекции терапии.

2. Для проведения сложных лечебных манипуляций, которые не могут быть осуществлены местными специалистами.

3. Для транспортировки новорожденных с витальными нарушениями или высоким риском их развития в специализированные отделения и центры.

4. Окончательное решение о целесообразности выезда в стационар принадлежит реаниматологу - консультанту, а не врачу медицинской организации, оказывающему помощь новорожденному на месте. В сложных случаях для решения вопроса о целесообразности выезда привлекается заведующий отделением детской реанимации и интенсивной терапии ГУЗ «ТОПЦ», на базе которого создана ВНБ, главный внештатный специалист неонатолог ДЗ МЗ Тульской области.

Выезд бригады может быть отложен или отменен по причине опасных дорожных или погодных условий (сильный мороз, гололед, снежные заносы, наводнения и т.д.), создающих реальную опасность для бригады и пациента, с отметкой причины отмены или отсроченного выезда в журнале регистрации вызовов выездной неонатологической бригады.

#### 3.2. Работа выездной бригады в стационарах Тульской области.



Выездная неонатологическая бригада предназначена для оказания специализированной круглосуточной медицинской помощи наиболее тяжелым контингентам больных новорожденных, находящихся в медицинских организациях Тульской области; для транспортировки детей, нуждающихся в проведении интенсивной терапии на межгоспитальном этапе; для консультативной помощи врачам медицинской организации по лечению детей в критическом состоянии.

В состав бригады входят: анестезиолог-реаниматолог, имеющий дополнительную подготовку по неонатологии или врач-неонатолог, имеющий дополнительную подготовку по анестезиологии и реаниматологии, медицинская сестра.

В распоряжение бригады выделяется специально оборудованный автомобиль «реанимобиль», укомплектованный согласно порядку оказания медицинской помощи по профилю «неонатология».

Вопрос о целесообразности маршрутизации новорожденного из стационара и обеспечение ее безопасности решает врач выездной бригады. В сложных ситуациях к решению привлекается заведующий отделением реанимации и интенсивной терапии новорожденных ГУЗ «ТОПЦ», на базе которого создана ВНБ.

Врачи медицинских организаций, в котором находится ребенок, обязаны всесторонне содействовать работе бригады (обеспечение лекарственными средствами, выполнение срочных анализов, организация работы на месте и др.),

Присутствие лечащего врача и/или заведующего отделением медицинской организации во время консультативного выезда бригады обязательно.

Все претензии администрации стационаров направляются к заведующему отделением реанимации и интенсивной терапии новорожденных ГУЗ «ТОПЦ», на базе которого создана ВНБ и главному внештатному специалисту неонатологу департамента здравоохранения министерства здравоохранения Тульской области.

**3.2.1** Лечебная работа врача выездной бригады - консультация больного на месте.

Проводится каждому больному, к которому выезжает бригада вне зависимости от его состояния: комиссионный (с врачами медицинской организации, в которой находится новорожденный) осмотр пациента, установление диагноза, осуществление лечебных и диагностических мероприятий, способствующих стабилизации или улучшению состояния пациента и, при наличии медицинских показаний, транспортировку его в лечебно-профилактическое учреждение более высокого уровня.

После осмотра больного и выполнения необходимых манипуляций врач бригады делает соответствующую запись в истории болезни пользуясь бланком-вкладышем врача выездной неонатологической бригады (см. Приложение «Карта вызова»). При заполнении медицинской документации реаниматолог выездной бригады пользуется следующей схемой записи:

- Цель выезда.
- Оценка тяжести состояния и его трактовка.
- Объективный статус с оценкой функционального состояния ЦНС, дыхательной, сердечно-сосудистой и др. систем;
- Трактовка анализов и специальных методов обследования;
- Запись о показаниях и выполнении манипуляций,
- Заключение: обоснование причин тяжести состояния, выделение ведущего звена патогенеза;
- Клинический диагноз;
- Обоснование тактического решения;

Для детей, оставленных на месте — план дальнейшего лечения с учетом возможного изменения состояния в ту или иную сторону по схеме: дата, время; должность и фамилия врача выездной бригады;

- 1) Кормление (чем, когда и в каком количестве);
- 2) Режим респираторной терапии;
- 3) Лекарственные препараты через рот (какие именно, часы приема, дозы);
- 4) Лекарственные препараты в/м (какие именно, часы, дозы);
- 5) Лекарственные препараты в/в струйно;
- 6) Расчет инфузионной терапии, объем, состав, скорость инфузии;
- 7) ФТЛ, температурный режим, ингаляции и проч.;
- 8) План дальнейшего обследования, консультации специалистов;
- 9) Определение режима дистанционного наблюдения.
- 10) Подпись.

(См. Приложение «ВКЛАДЫШ В ИСТОРИЮ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО ОСТАВЛЕННОГО НА МЕСТЕ»).

3.2.2. Маршрутизация новорожденного в специализированное отделение:

После осмотра больного и выполнения необходимых манипуляций врач бригады делает соответствующую запись в медицинской документации. В ней указывается обоснование решения о маршрутизации и план интенсивной терапии во время транспортировки в зависимости от риска транспортировки. Все вопросы плановой маршрутизации новорожденных (готовность стационара к приему ребенка, дата и время госпитализации, получение согласия на госпитализацию) осуществляются в соответствии с маршрутизацией новорождённых, принятой в Тульской области, и должны быть решены администрацией медицинской организации, в которой находится пациент, до выезда ВНБ.

Вопросы экстренной маршрутизации новорожденных (готовность стационара к приему ребенка, дата и время госпитализации, получение согласия на госпитализацию), возникшие во время вызова ВНБ, решаются в соответствии с маршрутизацией новорождённых, принятой в Тульской области и должны быть решены администрацией медицинской организации, в которой находится пациент в максимально короткие сроки.

Перед госпитализацией новорожденного врач ВНБ должен лично по телефону убедиться в готовности приема ребенка принимающим стационаром.

### 3.2.3 Риск транспортировки.

Выделяют четыре степени риска транспортировки:

1 степень риска. Дети с отсутствием риска развития витальных нарушений. Соответствуют 1-й степени тяжести. Терапия при проведении транспортировки не требуется. Не требуют госпитализации силами ВНБ.

2 степень риска. Дети с отсутствием витальных нарушений, но высоким риском их развития. Соответствуют 2-й степени тяжести. При транспортировке требуют проведение мониторинга и неинвазивной терапии. Возможно проведение перегоспитализации силами ВНБ.

3 степень риска. Дети с имеющимися витальными нарушениями, компенсированными методами интенсивной терапии. Соответствуют 3-й степени тяжести. При проведении транспортировки требуют мониторинга витальных функций и продолжения интенсивной терапии. Вероятность развития системной декомпенсации и ухудшения состояния во время транспортировки высокая. Перегоспитализация проводится только силами ВНБ.

4 степень риска. Дети с витальными нарушениями, компенсированными методами интенсивной терапии с параметрами превышающие физиологические или с одновременным поражением нескольких органов систем. При проведении транспортировки требуют проведение мониторинга и продолжения «агрессивной» интенсивной терапии. Высок риск смерти в пути. Перегоспитализация проводится силами выездной бригады только по жизненным показаниям. Обязательно заключение консилиума с участием специалистов дежурной службы районного стационара. Транспортировка проводится только по согласованию с заведующим отделением реанимации и интенсивной терапии для новорожденных ГУЗ «ТОПЦ», на базе которого создана ВНБ и с принимающим стационаром.

Экстренная маршрутизация новорожденных из стационаров Тульской области в специализированные отделения и центры показана:

- 1). В случае невозможности обеспечения больному в данном стационаре необходимого объема медицинской помощи при имеющейся возможности обеспечения ею в учреждении, куда планируется перегоспитализация;
- 2). При возникновении (развитии) ятрогенных осложнений манипуляций или терапии угрожающих жизни или способствовавших утяжелению состояния больного.

При наличии показаний к перегоспитализации больного в стационар более высокого уровня перегоспитализация не выполняется в следующих случаях:

- 1) Грубого органического поражения ЦНС больного как фонового состояния.
- 2) При наличии у больного состояний являющихся противопоказанием к транспортировке (см. Приложение «Перечень состояний, являющихся противопоказанием для транспортировки»).

После принятия решения о перегоспитализации больного реаниматолог выездной бригады должен провести пробу на переукладывание.

Проба на переукладывание заключается в переукладывании больного из кровати (кувеза) на носилки (в кувез) и определения АД, ЧСС и сатурации гемоглобина кислородом до и после переукладывания. Если после проведения пробы АД или ЧСС изменяются больше, чем на 25% от возрастной нормы или у больного появляются судороги (или их эквиваленты), то проба считается положительной, что является противопоказанием к транспортировке. При отрицательной пробе на переукладывание и отсутствия противопоказаний к транспортировке врач выездной бригады выполняет перегоспитализацию.

#### 3.2.4. Передача больного в профильное отделение.

После транспортировки больного врач выездной бригады передает необходимую сопроводительную документацию врачу профильного специализированного отделения и оставляет запись в истории болезни по форме (см. Приложение «КАРТА ВЫЗОВА/ТРАНСПОРТИРОВКИ»). Врач выездной бригады несет персональную ответственность за: принятое тактическое решение; правильность и четкость оформления медицинской документации; соблюдение правил безопасной транспортировки; за правильность и обоснованность проводимого лечения.

#### 3.3. Прекращение динамического интенсивного наблюдения

Возможны следующие варианты прекращения ДИН.

- Прекращение ДИН в связи со стойким улучшением состояния. При стойком улучшении состояния больного, когда в проведении методов интенсивной терапии и интенсивного наблюдения нет необходимости. Вопрос о снятии больного с учета согласовывается с лечащим врачом медицинской организации, оказывающим медицинскую помощь новорожденному.
- Снятие с учета в связи с перегоспитализацией. После перегоспитализации больного ДИН прекращается.
- Снятие с учета в связи со смертью больного.

### **4. ПРАВА ВРАЧЕЙ СТАЦИОНАРОВ ТУЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ И ВНБ.**

4.1. Врачи стационаров Тульской области имеют право обратиться в ВНБ ГУЗ «ТОПЦ» за консультацией в каждом неясном случае диагностики, наблюдения и лечения новорожденных детей в тяжелом состоянии.

4.2. Врачи стационаров Тульской области имеют право подать заявку в ВНБ ГУЗ «ТОПЦ» на перегоспитализацию больного с высоким риском развития витальных нарушений силами выездной бригады.

4.3. Врач-консультант ВНБ имеет право переадресовать консультацию специалистам областных учреждений соответствующего профиля.

4.4. Врач-консультант ВНБ имеет право принимать окончательное тактическое решение.

4.5. Врач выездной бригады имеет право принимать тактическое решение в соответствии с результатом осмотра и анализа документации на месте в рамках существующего положения о показаниях к перегоспитализации.

## 5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН.

5.1. Врачи медицинских организаций Тульской области, оказывающие помощь новорожденному несут персональную ответственность за:

- своевременную передачу информации в ВНБ в соответствии с п. 3.1. данного Положения; объективность передаваемой информации; регистрацию факта обращения в ВНБ по телефону и объективность записи рекомендаций реаниматолога — консультанта и тактического решения в медицинской документации.
- соблюдение сроков ДИН;
- выполнение данных рекомендаций. В случае невозможности выполнения рекомендаций из-за изменившейся ситуации или непредвиденными техническими проблемами врач районного стационара должен поставить об этом в известность реаниматолога — консультанта.

5.2. В период нахождения пациента в медицинской организации, в том числе во время присутствия выездной неонатологической бригады, лечащим врачом новорожденного остается сотрудник медицинской организации, в котором находится пациент. Полномочия врача выездной бригады, как лечащего врача, возникают в момент помещения пациента в специализированный санитарный автомобиль ВНБ.

5.3. Реаниматолог — консультант несет персональную ответственность за:

- регистрацию и постановку под наблюдение ВНБ больных в соответствии с обращением из медицинской организации Тульской области;
- принимаемое тактическое решение;
- четкость и обоснованность рекомендаций;
- своевременность и полноту передаваемой информации врачу выездной бригады;
- регистрацию времени выезда и возвращения выездной бригады;
- четкость и правильность ведения документации ВНБ.

Контроль за работой ВНБ возложен на заведующего отделением реанимации и интенсивной терапии новорожденных ГУЗ «ТОПЦ», на базе которого создана ВНБ, и заместителя главного врача по детству ГУЗ «ТОПЦ».

---

23. 10. 2019

№ 623-оссе

**Порядок перевода и госпитализации новорожденных детей  
в медицинские организации Тульской области**

1. Дети, родившиеся с экстремально низкой (от 500г до 999г) и очень низкой (от 1000г до 1499г) массой тела в акушерских стационарах I и II уровня после консультации специалистов выездной неонатологической бригады (далее – ВНБ) ГУЗ «Тульский областной перинатальный центр» (далее – ГУЗ «ТОПЦ») и стабилизации состояния переводятся в ГУЗ «Тульская детская областная клиническая больница» (далее – ГУЗ «ТДОКБ»).

2. Вызов специалистов ВНБ в случаях прогнозирования рождения ребенка с экстремально низкой и очень низкой массой тела в родильных отделениях медицинских организаций 1-2 уровня и невозможности экстренного перевода беременной женщины в ГУЗ «ТОПЦ» должен осуществляться незамедлительно.

3. В случае рождения ребенка с экстремально низкой и очень низкой массой тела в ГУЗ «Родильный дом № 1 г. Тулы имени В.С. Гумилевской» (далее – ГУЗ «РД №1» специализированная медицинская помощь ему оказывается в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии для новорожденных (далее – ОРИТН) ГУЗ «РД №1». При необходимости дети консультируются специалистами ВНБ ГУЗ «ТОПЦ».

4. Дети, родившиеся в акушерских стационарах I и II уровня с массой тела более 1500 граммов и требующие реанимации и (или) интенсивной терапии, после консультации специалистов ВНБ ГУЗ «ТОПЦ» и стабилизации состояния переводятся в ГУЗ «ТДОКБ».

5. При родах вне медицинской организации и в медицинской организации, не имеющей родильного отделения:

- недоношенные дети, родившиеся с экстремально низкой и очень низкой массой тела, недоношенные дети, родившиеся с массой тела более 1500 граммов, и доношенные дети, нуждающиеся в реанимации и (или) интенсивной терапии, доставляются реанимобилем ВНБ ГУЗ «ТОПЦ» или бригадой скорой медицинской помощи в ГУЗ «ТДОКБ», в этом случае родильница доставляется в медицинскую организацию в соответствии с приказом министерства здравоохранения Тульской области от 29.12.2018 года № 1138-осн «О порядке маршрутизации пациенток акушерско-гинекологического профиля»;

- доношенные дети, не нуждающиеся в интенсивном лечении, доставляются: в 1 сутки жизни - вместе с родильницей в медицинскую

организацию акушерского профиля согласно порядку маршрутизации пациенток акушерско-гинекологического профиля; после истечения 1-х суток жизни в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей согласно приказу министерства здравоохранения Тульской области № 462-осн от 05.05.2017 «О маршрутизации детского населения по соответствующему профилю для оказания медицинской помощи».

6. При наличии медицинских показаний плановый перевод новорожденных и недоношенных детей из акушерских стационаров 1 и 2 уровня осуществляется в соответствии с приказом министерства здравоохранения Тульской области № 462-осн от 05.05.2017 «О маршрутизации детского населения по соответствующему профилю для оказания медицинской помощи».

7. Перевод новорожденных детей из ОРИТН ГУЗ «ТОПЦ» осуществляется после стабилизации состояния в отделение патологии новорожденных, отделение выхаживания недоношенных детей ГУЗ «Тульская городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Д.Я. Ванькина» (далее - ГУЗ «ТГКБСМП им. Д.Я. Ванькина»), отделение патологии новорожденных ГУЗ «ТДОКБ», отделение патологии новорожденных и недоношенных детей ГУЗ «ТОПЦ». В исключительных случаях, по согласованию с главным внештатным специалистом неонатологом департамента здравоохранения министерства здравоохранения Тульской области и/или главным внештатным специалистом педиатром департамента здравоохранения министерства здравоохранения Тульской области, может осуществляться перевод детей из ОРИТН ГУЗ «ТОПЦ» в реанимационные отделения ГУЗ «ТГКБСМП им. Д.Я. Ванькина» или ГУЗ ТДОКБ.

8. Перевод новорожденных детей из ОРИТН ГУЗ «РД № 1» осуществляется после стабилизации состояния в отделение патологии новорожденных, отделение выхаживания недоношенных детей ГУЗ «ТГКБСМП им. Д.Я. Ванькина», отделение патологии новорожденных ГУЗ «ТДОКБ». В исключительных случаях, по согласованию с главным внештатным специалистом неонатологом и/или главным педиатром, может осуществляться перевод детей из ОРИТН ГУЗ «РД № 1» в реанимационные отделения ГУЗ «ТГКБСМП им. Д.Я. Ванькина» или ГУЗ ТДОКБ.

9. При подозрении и (или) выявлении у новорожденного острой хирургической патологии после консультации детского хирурга либо специалистов ВНБ ГУЗ «ТОПЦ» он неотложно переводится в детское хирургическое отделение ГУЗ «ТДОКБ».

10. В случае необходимости проведения уникальных методов лечения новорожденным на базе федеральных медицинских учреждений, медицинских организаций иных субъектов Российской Федерации, перевод осуществляется по согласованию с главным внештатным специалистом неонатологом департамента здравоохранения министерства здравоохранения Тульской области, главным внештатным специалистом педиатром департамента здравоохранения министерства здравоохранения Тульской области и главным

специалистом департамента здравоохранения министерства здравоохранения Тульской области по соответствующему профилю (детским хирургом, детским кардиологом и т.д.).

11. Маршрутизация новорожденных из федеральных медицинских учреждений, медицинских организаций иных субъектов Российской Федерации, осуществляется в ГУЗ «ТДОКБ» по согласованию с главным внештатным специалистом неонатологом департамента здравоохранения министерства здравоохранения Тульской области и/или главным внештатным специалистом педиатром департамента здравоохранения министерства здравоохранения Тульской области.

12. 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 ЦНС с формированием или риском формирования органического заболевания, инкурабельные врожденные аномалии развития, инкурабельные врожденные и наследственные заболевания (хромосомные, генетические, эндокринные, болезни обмена веществ) и ему проведен весь необходимый объем диагностических и лечебных мероприятий, но требуется продолжение ИВЛ как жизнеобеспечивающего мероприятия, наблюдение, вскармливание и уход в условиях стационара – возможен его перевод в учреждения 1 и 2 уровня (в отделения реанимации и интенсивной терапии, отделения патологии новорожденных, педиатрические отделения, либо на паллиативные койки этих учреждений) с учетом места жительства родителей (законных представителей).

13. Дети в возрасте до 28 суток, выписанные из учреждений родовспоможения домой, по направлениям участковых врачей-педиатров или бригад скорой помощи госпитализируются: при наличии нарушений витальных функций или высокого риска их развития – в ГУЗ «ТДОКБ», при их отсутствии – в учреждения, определенные приказом министерства здравоохранения Тульской области № 462-осн от 05.05.2017 «О маршрутизации детского населения по соответствующему профилю для оказания медицинской помощи».

---



## **ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРИОРИТЕТНОСТИ ВЫЕЗДОВ ВЫЕЗДНОЙ НЕОНАТОЛОГИЧЕСКОЙ БРИГАДЫ**

Выезды выездной бригады по степени приоритета делятся на три уровня и осуществляются в следующей очередности:

1. Первая степень приоритетности — наличие жизненных показаний:

1.1. Экстренные выезды для принятия участия в жизнесберегающих мероприятиях у больного в критическом состоянии при невозможности обеспечения на месте. Каждый подобный случай требует клинического разбора.

2. Вторая степень приоритетности.

2.1. Выезды к больным, основные функции жизнеобеспечения у которого стабилизированы средствами интенсивной терапии. Приоритетом является выезд в медицинские организации с наиболее слабой материально-технической базой.

2.2. Выезд к детям с витальными нарушениями, требующих проведения специальных методов лечения, операций или экстренных манипуляций, которые не могут быть выполнены местными специалистами.

2.3. Выезд к детям с витальными нарушениями, находящихся под наблюдением реаниматолога в ОРИТ или ПИТ медицинской организации, для уточнения диагноза, участия в сложной интенсивной терапии, для транспортировки в специализированные отделения и центры.

3. Третья степень приоритетности.

3.1. Плановый выезд для консультации или плановой перегоспитализации больного, не требующего проведения мероприятий интенсивной терапии. Выезд планируется к реализации в пределах 48 часов от принятого решения и осуществляется в дневное время при отсутствии необходимости срочных выездов ВНБ.

---

## **ПЕРЕЧЕНЬ СОСТОЯНИЙ, ЯВЛЯЮЩИХСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ТРАНСПОРТИРОВКИ НОВОРОЖДЕННЫХ**

Все состояния являющиеся противопоказанием к транспортировке делятся на абсолютные и относительные.

1. Абсолютные противопоказания (транспортировка противопоказана до купирования патологического состояния):
  - 1.1. Наличие у больного положительной пробы на перекладывание.
  - 1.2. Некупированное кровотечение.
  - 1.3. Наличие синдрома утечки воздуха (пневмоторакс, пневмомедиастинум и др.).
  - 1.4. Нарастание патологической неврологической симптоматики при наличии диагностированного внутричерепного объема.
  - 1.5. Некупированная пароксизмальная тахикардия.
  - 1.6. Наличие декомпенсированных метаболических нарушений по данным КЩС.
  - 1.7. Некупированная лихорадка выше 39С.
  - 1.8. Ректальная гипотермия менее 35С.
  - 1.9. Отсутствие иммобилизации при переломах.
2. Относительные противопоказания: при наличии описанных состояний транспортировка возможна только по жизненным показаниям. Решение о транспортировке оформляется с участием консилиума на месте по согласованию с заведующим отделением реанимации и интенсивной терапии новорожденных ГУЗ «ТОПЦ», на базе которого создана ВНБ, и с принимающим стационаром.:
  - 2.1. Отсутствие венозного доступа при степени тяжести 3 или выше.
  - 2.2. Анизокория при невозможности исключить внутричерепной объем.
  - 2.3. Артериальная гипотония, менее 25% от возрастной нормы.
  - 2.4. Декомпенсированные нарушения периферического кровообращения.
  - 2.5. Сатурация крови кислородом менее 85%, при отсутствии ВПС.
  - 2.6. Наличие анемии - гемоглобин менее 70 г\л, эритроциты менее 1,5, Ht менее 20%.
  - 2.7. Тромбоцитопения менее 35 000.
  - 2.8. Отсутствие Rg-контроля при бронхолегочных заболеваниях или после пункции подключичной вены.
  - 2.9. Параметры ИВЛ требующие давления на вдохе больше 35 см. вод.ст.
  - 2.10. Оперативное вмешательство (полостная операция, операция, выполненная на фоне шока) выполненное менее чем за сутки перед транспортировкой.
  - 2.11. Некупированный судорожный синдром.

2.12. Необходимость применения вазопрессоров в дозах, воздействующих на альфаадренорецепторы.

После принятия решения о перегоспитализации больного реаниматолог выездной бригады должен провести пробу на переключивание.

Проба на переключивание заключается в переключивании больного из кровати (кувеза) на носилки (в кувез) и определения АД, ЧСС и Сатурации гемоглобина кислородом до и после переключивания. Если после проведения пробы АД или ЧСС изменяются больше, чем на 25% от возрастной нормы или у больного появляются судороги (или их эквиваленты), то проба считается положительной, что является противопоказанием к транспортировке. При отрицательной пробе на переключивание и отсутствия противопоказаний к транспортировке врач выездной бригады выполняет перегоспитализацию.

---

## КАРТА ДИСТАНЦИОННОГО ИНТЕНСИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ № \_\_\_\_\_ Медицинская организация: \_\_\_\_\_  
 ФИО \_\_\_\_\_ дата и время рождения \_\_\_\_\_

врач консультант \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_ время с \_\_\_\_\_

по \_\_\_\_\_

Ч	ЧС	А	SatO	тем	Респ.поддерж	FiO	PI	PEE	MA	Ti	V
Д	С	Д	2	п	ка	2	Р	Р	Р	п	Р

Цель консультации: \_\_\_\_\_

**Анамнез:**

Заболевания, осложнения во время беременности: \_\_\_\_\_

Вес \_\_\_\_\_ рост \_\_\_\_\_ Оценка по Апгар \_\_\_/\_\_\_

Реанимационные мероприятия: \_\_\_\_\_

Anamnesis morbi: \_\_\_\_\_

Лечение: \_\_\_\_\_

**Status preasens**

Состояние

больного: \_\_\_\_\_

Тяжесть состояния

обусловлена: \_\_\_\_\_

Сознание \_\_\_\_\_ Зрачки \_\_\_\_\_

Патологическая неврологическая симптоматика \_\_\_\_\_

Кожные покровы \_\_\_\_\_  
Слизистые \_\_\_\_\_  
Нарушение  
микроциркуляции \_\_\_\_\_  
Дыхание \_\_\_\_\_

Сердечно-сосудистая система

Инотропная  
поддержка \_\_\_\_\_  
Органы ЖКТ:

стул \_\_\_\_\_ Диурез \_\_\_\_\_ Объем в/в  
инфузии \_\_\_\_\_  
Лабораторные данные

Динамика состояния за период наблюдения:

Манипуляции и лечебные мероприятия:

**Диагноз:**

**Принятое решение:**

Причина отказа в перегоспитализации:

Заключение:

Рекомендации:

---

---

---

---

Подпись

Дата

---

**ВКЛАДЫШ В ИСТОРИЮ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО  
ОСТАВЛЕННОГО НА МЕСТЕ**

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ № \_\_\_\_\_ Медицинская организация:  
ФИО \_\_\_\_\_ возраст \_\_\_\_\_

врач ВНБ \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_ время с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

врем я	Ч Д	ЧС С	А Д	SatO 2	Тем п.	Респ. поддерж ка	FiO 2	PI P	PEE P	MA P	Ti n	V R

Цель консультации: \_\_\_\_\_

Состояние

больного: \_\_\_\_\_

Тяжесть состояния

обусловлена: \_\_\_\_\_

Сознание \_\_\_\_\_ Зрачки \_\_\_\_\_

Патологическая неврологическая симптоматика

\_\_\_\_\_

Кожные покровы \_\_\_\_\_

Слизистые \_\_\_\_\_

Нарушение микроциркуляции \_\_\_\_\_

Дыхание \_\_\_\_\_

Сердечно-сосудистая система

\_\_\_\_\_

Инотропная

поддержка \_\_\_\_\_

Органы ЖКТ:

\_\_\_\_\_





---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Подпись \_\_\_\_\_

Дата

\_\_\_\_\_

**Выездная неонатологическая бригада  
КАРТА ВЫЗОВА/ТРАНСПОРТИРОВКИ**

дата « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. час. \_\_\_\_\_ мин. \_\_\_\_\_  
№ \_\_\_\_\_

Вызывающая МО:		Город				
Вызывает врач Ф.И.О.						
Время поступления вызова	Время выезда	Время прибытия	Время убытия	Время окончания	Время возвращения	Длительность вызова

**Результат вызова:** отмена после выезда / оставлен на месте / доставлен в стационар / смерть до прибытия / смерть в присутствии / смерть в машине / прочее

Сведения о больном

Ф.И.О. больного	
Возр./дата рожд./	Пол: /Масса тела при рождении:
Страховой полис СМО	
Диагноз вызывающей МО	
Повод к вызову	
Дата заболевания:	Дата поступления в МО:
Анамнез и краткая характеристика течения заболевания	_____
Наиболее важные лабораторные данные	_____



**Проба** \_\_\_\_\_ **на**  
**перекладывание:** \_\_\_\_\_

Респираторная поддержка: нет / O<sub>2</sub> маска / NCPAP / ИВЛ  
 и мониторинг в пути:

Время	FiO <sub>2</sub>	Pin	PEEP	Tin	Fr	MAP	ЧСС	SaO <sub>2</sub>	Т тела

**Особенности**  
**транспортировки:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Доставлен** \_\_\_\_\_ **в**  
 \_\_\_\_\_ час \_\_\_\_\_ мин \_\_\_\_\_  
 в \_\_\_\_\_ состоянии, ЧСС \_\_\_\_\_  
 SaO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_

**Подпись** \_\_\_\_\_ **дежурного** \_\_\_\_\_ **врача** \_\_\_\_\_ **МО**

**Бригада:**  
 Врач \_\_\_\_\_ М/сестра \_\_\_\_\_ Водитель \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Карту проверил заведующий отделением  
 Подпись \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_