



ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КОСТРОМСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

от 15 июля 2022г.

№ 697

О порядке оказания
медицинской помощи новорожденным детям
на территории Костромской области

В целях повышения качества оказания медицинской помощи новорожденным детям в медицинских организациях Костромской области, снижения младенческой смертности, в том числе неонатальной смертности, в соответствии со статьёй 37 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 № 921н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «неонатология» (далее – Приказ МЗ РФ от 15.11.2012 № 921н)

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

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

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

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

2. Главным врачам медицинских организаций Костромской области:

1) взять под личный контроль оказание качественной медицинской помощи новорожденным детям в соответствии с утвержденными клиническими рекомендациями по неонатологии, приказами департамента здравоохранения Костромской области по профилю «неонатология» и настоящим Порядком;

2) обеспечить:

- незамедлительную готовность родильных залов к оказанию первичной реанимационной помощи новорождённым детям в соответствии с методическим письмом Минздрава России «Первичная и реанимационная помощь новорожденным детям» от 21.04.2010 г. №15-4/10/2-3204с;

- строгий контроль за санитарно-эпидемиологическим состоянием и профилактикой возникновения внутрибольничной инфекции в соответствии санитарными правилами и нормами СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней» и методическими рекомендациями Министерства здравоохранения РФ «Система профилактики и контроля госпитальной инфекции в отделениях (палатах) реанимации и интенсивной терапии для новорождённых в акушерских стационарах и детских больницах» от 28.06.2017 года;

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

- обучение врачей-неонатологов, врачей анестезиологов-реаниматологов в симуляционно-тренинговых центрах ФГБУ «Ивановский НИИ Материнства и детства им. В.Н. Городкова», ФГБУ «НМИЦ АГП им. ак. В.И. Кулакова» Минздрава России и других федеральных центрах;

- повышение квалификации акушерок, детских медицинских сестёр и медицинских сестёр ОРИТН/ОАР/ПИТН в симуляционно-тренинговых центрах ФГБУ «Ивановский НИИ Материнства и детства им. В.Н. Городкова» и ФГБУ «НМИЦ АГП имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России;

- активное использование телемедицинские консультации (ТМК) с головным учреждением – ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России;

- профессиональную подготовку врачей-неонатологов врачей анестезиологов-реаниматологов оказывающих медицинскую помощь новорождённым детям на циклах тематического усовершенствования по вопросам респираторной терапии в неонатологии 1 раз в 5 лет;

- проведение 2 раза в год тренингов оказания первичной реанимационной помощи новорожденным детям при рождении для медицинского персонала, присутствующего во время родов;

- проведение ЭКГ и ЭХО-кардиографии новорождённым детям.

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

1) доукомплектовать отделение экстренной и плановой консультативной помощи анестезиологами-реаниматологами «неонатального» профиля и квалифицированными медицинскими сестрами по профилю «неонатология» с возложением на них ответственности за подготовку оборудования в реанимобиле и воздушном транспорте к транспортировке и помощи врачу при проведении транспортировки

новорождённого ребёнка, а реанимобиль для новорождённых необходимым оборудованием;

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

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

5. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя директора департамента здравоохранения Костромской области по лечебно-профилактической работе А.Н. Мавренкову и главного внештатного специалиста департамента здравоохранения Костромской области по неонатологии Э.П. Куксаса.

6. Признать утратившим силу приказ департамента здравоохранения Костромской области от 05 августа 2019 г. № 399 «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи новорождённым детям Костромской области».

7. Приказ вступает в силу с момента его подписания.

Директор департамента



Н.В. Гирин

Приложение № 1 к приказу
департамента здравоохранения
Костромской области
от «15» 07 2022г. № 697

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

1. Настоящий Порядок устанавливает правила оказания медицинской

помощи в областных государственных бюджетных учреждениях здравоохранения Костромской области новорожденным детям в период от рождения и до полных 28 суток жизни, а также новорожденным старше 28 дней, находящимся на лечении в отделениях патологии новорожденных и недоношенных детей после окончания перинатального периода, в том числе:

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

2. Медицинская помощь новорожденным детям оказывается в виде:

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

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

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

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

5. Первичная медико-санитарная помощь новорожденным детям включает:

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

- первичную специализированную медико-санитарную помощь.

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

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

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

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

8. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь новорожденным, требующим срочного медицинского вмешательства, оказывается врачебными выездными бригадами скорой медицинской помощи в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 20 июня 2013 г. № 388н «Об утверждении порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи» с изменениями и дополнениями 22 января, 5 мая 2016 г., 19 апреля 2019 г. Зарегистрировано в Минюсте РФ 16 августа 2013 г., регистрационный № 29422.

9. Бригада скорой медицинской помощи впервые часы жизни новорождённого ребенка, родившегося вне медицинской организации, доставляет новорождённого ребёнка:

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

- из городского округа г. Кострома и Костромского муниципального района в отделение анестезиологии и реанимации по оказанию медицинской помощи новорождённым детям ОГБУЗ «Костромская областная детская больница» (далее – ОРИТН КОДБ) с обязательным предварительным звонком дежурному врачу анестезиологу-реаниматологу по телефону 8-(4942) 33-14-62);

- из муниципальных районов Костромской области (исключая Костромской муниципальный район) - в акушерские стационары I Б группы (ОГБУЗ Буйская центральная районная больница, ОГБУЗ Волгореченская городская больница, ОГБУЗ Галичская окружная больница, ОГБУЗ Мантуровская окружная больниц, ОГБУЗ Нерехтская центральная районная больница, ОГБУЗ Шарьинская окружная больница им. Каверина В.Ф.) находящихся наиболее ближе и доступнее от места рождения новорождённого ребёнка с последующей его медицинской перегоспитализацией в ОГБУЗ «Костромская областная детская больница»;

2) не нуждающегося в интенсивном лечении и родившегося в 34 недели беременности и позже доставляют в медицинскую организацию акушерского профиля для оказания медицинской помощи в стационарных условиях:

а) из городского округа г. Кострома:

- с гестационным возрастом от 34 недель с тяжёлой экстрагенитальной патологией у матери (анемия тяжёлой степени, артериальная гипертензия, миокардит, пороки сердца, ревматизм, заболевания печени, заболевания почек, заболевания соединительных тканей, болезни желудочно-кишечного тракта, болезни дыхательных путей, вирусные инфекции и др.), требующей участия специалистов многопрофильного учреждения здравоохранения в акушерский стационар ОГБУЗ «Костромская областная клиническая больница им. Королёва Е.И.» (обязательно сделать предварительный звонок дежурному врачу акушеру-гинекологу тел. 8(4942) 55-76-13).

- с гестационным возрастом от 34 недель при отсутствии тяжёлой экстрагенитальной патологии у матери - в ОГБУЗ «Родильный дом г. Костромы» (обязательно сделать предварительный звонок дежурному врачу акушеру-гинекологу тел. 8(4942) 51-46-79);

б) из Костромского муниципального района - в акушерский стационар ОГБУЗ «Костромская областная клиническая больница им. Королёва Е.И.» (обязательно сделать предварительный звонок дежурному врачу акушеру - гинекологу тел. 8(4942) 55-76-13).

в) из других муниципальных районов Костромской области - в акушерские стационары находящихся наиболее ближе и доступнее от места рождения новорождённого ребёнка с последующей эвакуацией новорождённого в ОГБУЗ «Костромская областная детская больница» по показаниям.

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

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

11. При рождении здорового доношенного ребенка проводятся процедуры по уходу за новорожденным, в том числе направленные на поддержку грудного вскармливания и профилактику гипотермии, после чего новорожденный с матерью переводятся в послеродовое отделение.

Новорождённый ребёнок оценивается по шкале Апгар в конце 1 минуты и через 5 минут, а также согласно методическим письмом Минздравсоцразвития России «Первичная и реанимационная помощь новорожденным детям» от 21.04.2010 г. №15-4/10/2-3204 через 10 минут, если оценка по шкале Апгар через 5 минут не достигла 7 баллов.

Если кровь матери с отрицательным резус-фактором или группой O (I), то необходимо определить группу крови с резус-фактором, прямую пробу

Кумбса, уровень общего билирубина и гемоглобина в крови из пуповины непосредственно сразу после рождения. При отсутствии такой возможности в акушерских стационарах 1 группы, беременные женщины должны своевременно направляться на родоразрешение в акушерские стационары 2 группы ОГБУЗ ОГБУЗ «Костромская областная клиническая больница им. Королёва Е.И.» и ОГБУЗ Родильный дом г. Костромы.

Всем новорождённым детям в обязательном порядке в родильном зале осуществляется заполнение вкладыш-карты первичной и реанимационной помощи новорождённому в родильном зале, предусмотренной Приложением № 5 методическим письмом Минздравсоцразвития России «Первичная и реанимационная помощь новорожденным детям» от 21.04.2010 года №15-4/10/2-3204.

В родильном зале (по назначению врача-неонатолога или врача-педиатра) акушеркой или медицинской сестрой новорождённому ребёнку с целью профилактики геморрагического синдрома с учётом показаний/противопоказаний проводится внутримышечное введение 1% раствора Менадиона натрия бисульфата (викасола – витамина К3) однократно, из расчёта 1 мг/кг (0,1 мл/кг), но не более 0.4 мл.

Детям с риском гемолитической болезни новорождённого (от матерей с группой крови O(I) и отрицательным резус-фактором) внутримышечное введение 1% раствора Менадиона натрия бисульфата (викасола – витамина К3) проводится сразу после исключения гемолитической болезни новорождённого на основании клинико-лабораторных данных.

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

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

При выявлении у новорождённого клиники дыхательной недостаточности в первые минуты и часы после родов врач-неонатолог (врач-педиатр) даёт оценку функции дыхания ребёнка на момент перевода по шкале Silverman для недоношенных и шкале Downes для доношенных (приложение 1 и 2, приложения № 2 «Положение о порядке транспортировки новорождённых детей на территории Костромской области»).

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

12. В течение первых суток жизни новорожденный осматривается медицинской сестрой каждые 3 - 3,5 часа (с обязательным проведением пульсоксиметрии на правой руке и любой ноге) с целью оценки состояния и при необходимости оказания ему медицинской помощи. Результаты осмотров вносятся в медицинскую документацию новорожденного.

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

14. В стационарных условиях медицинской организации акушерского профиля на основании информированного добровольного согласия родителей на проведение профилактических прививок новорожденным, оформленного порекомендуемому образцу добровольного информированного согласия на проведение профилактических прививок детям или отказа от них, утвержденному приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 января 2009 г. № 19н, осуществляется проведение профилактических прививок согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.12.2021 № 1122н "Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок" (зарегистрирован 20.12.2021 года № 66435).

Данные о проведенных профилактических прививках вносятся в медицинскую документацию новорожденного.

15. В медицинской организации акушерского, неонатологического или педиатрического профиля в сроки, установленные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22 марта 2006 г. № 185 "О массовом обследовании новорожденных детей на наследственные заболевания", осуществляется забор крови новорожденного для проведения неонатального скрининга.

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

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

Чтобы не пропустить критический ВПС в акушерском стационаре перед выпиской, врач-неонатолог проводит специализированный осмотр и обследование новорожденного ребёнка:

- оценка цвета кожных покровов;
- оценка пульса на a. radialis и a. femoralis
- измерение артериального давления на правой руке и любой ноге;

- пульсоксиметрия на правой руке и любой ноге (желательно одномоментная);
- подсчёт частоты дыхания и оценка его характера;
- аускультация сердца и лёгких;
- оценка расположения сердца в грудной полости и печени в брюшной полости;
- оценка наличия синдромальной патологии и других дефектов развития;
- электрокардиографическое исследование и УЗИ сердца по показаниям.

Данные обследования записать в истории развития новорождённого.

Все новорождённые дети с синдромом Дауна или подозрением на другую синдромальную патологию, а также с множественными дефектами развития (не зависимо от наличия или отсутствия шума в сердце) должны быть обследованы кардиологом в течение первых дней жизни или переведены в ОГБУЗ Костромская областная детская больница для обследования.

Новорождённые с подозрением на ВПС и выявленными ВПС не могут быть выписаны домой из акушерского стационара без консультации кардиолога и решения вопроса о тактике дальнейшего наблюдения.

17.Рекомендуемое время пребывания здорового новорожденного в родильном доме 2 - 5 суток. В выписном эпикризе из истории развития новорожденного ребёнка врач-неонатолог (врач-педиатр) указывает полную информацию о ребенке, о всем проведенном объеме обследования и лечения, о вакцинации, профилактике геморрагической болезни новорождённого, неонатальном и аудиологическом скринингах.

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

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

Проведение первичной реанимации новорожденного обеспечивают следующие медицинские работники:

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

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

3) врачи и медицинские работники со средним медицинским образованием отделений новорожденных родильных домов, акушерских

стационаров, детских и многопрофильных больниц (врач-неонатолог, врач-анестезиолог-реаниматолог, врач-педиатр, медицинская сестра).

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

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

20. В акушерских стационарах II группы (ОГБУЗ «Костромская областная клиническая больница им. Королёва Е.И.» и ОГБУЗ «Родильный дом г. Костромы») имеющих в своём составе палаты интенсивной терапии новорождённых, интенсивная терапия проводится в объеме, необходимом для полной стабилизации состояния новорождённого ребенка, включая аппаратную искусственную вентиляцию легких с последующим переводом новорождённого ребёнка в ОРИТН ОГБУЗ КОДБ с учётом транспортабельности и наличия подготовленного свободного места.

В сложных случаях проводить консультирование с дежурным врачом анестезиологом-реаниматологом ОРИТН ОГБУЗ КОДБ по телефону 8-(4942) 33-14-62) или экстренную телемедицинскую консультацию с федеральными центрами РФ;

21. В акушерских стационарах I группы (ОГБУЗ Вохомская межрайонная больница, ОГБУЗ Нейская районная больница, ОГБУЗ Островская районная больница, ОГБУЗ Буйская центральная районная больница, ОГБУЗ Волгореченская городская больница, ОГБУЗ Галичская окружная больница, ОГБУЗ Мантуровская окружная больниц, ОГБУЗ Нерехтская центральная районная больница, ОГБУЗ Шарьинская окружная больница им. Каверина В.Ф.) ответственным врачом-неонатологом, врачом-педиатром или дежурным врачом-терапевтом одновременно с началом проведения интенсивной терапии новорождённому ребёнку вызывается дежурный врач анестезиолог-реаниматолог «неонатального» профиля отделение экстренной и плановой консультативной помощи ОГБУЗ Костромская областная клиническая больница (далее – санавиация) по телефону 8 (9442) 55-45-63 или 55-37-51 и до приезда врача анестезиолога-реаниматолога «неонатального» профиля на место, консультируются с ним по телефону.

22. Врач анестезиолог-реаниматолог «неонатального» профиля санитарной авиации, совместно с медицинской организацией имеющей акушерский стационар I группы, где родился новорожденный, организует лечение, необходимое для стабилизации состояния новорожденного перед транспортировкой, и после достижения стабилизации состояния и транспортабельности осуществляет его перевод в ОГБУЗ Костромская областная детская больница.

Решение о возможности перевода (транспортировки) новорожденного ребёнка принимается анестезиолог-реаниматолог «неонатального профиля санитарной авиации.

23. О всех новорождённых детях с внезапными острыми заболеваниями и состояниями представляющими угрозу жизни и сложных случаях сообщать по телефону главному внештатному специалисту департамента здравоохранения Костромской области по неонатологии Куксасу Эдуарду Петровичу сот. тел. 8-9060524-11-16.

24. При подозрении и (или) выявлении у новорожденного острой хирургической патологии он неотложно переводится в ОРИТН ОГБУЗ КОДБ. Транспортировка проводится после совместного определения комплекса мероприятий по диагностике, стабилизации состояния, предтранспортной подготовке и условий транспортировки с дежурным врачом детским хирургом ОГБУЗ КОДБ тел. 8-(4942) 53-28-72) и дежурным врачом анестезиологом-реаниматологом ОРИТН ОГБУЗ КОДБ тел. 8-(4942) 33-14-62).

25. При выявлении у новорожденного инфекционных заболеваний, представляющих эпидемическую опасность, его перевод осуществляется неотложно в инфекционное отделение ОГБУЗ Костромская областная детская больница.

26. При выявлении у новорожденного заболеваний, которые излечиваются в сроки не более 10 суток и не представляют эпидемической опасности для окружающих, наблюдение, обследование и лечение новорожденного осуществляется медицинской организацией, в которой он родился, при наличии в ней условий для диагностики и лечения данного заболевания.

При отсутствии в акушерском стационаре врача-неонатолога, новорождённый ребёнок должен переведён на обследование и лечение в ОПНиНД ОГБУЗ Костромская областная детская больница.

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

28. При наличии показаний новорожденный ребёнок, не нуждающийся в проведении реанимационных мероприятий, из медицинской организации акушерского профиля с перинатальной патологией и заболеваниями, требующими дальнейшего обследования, лечения и выхаживания, переводятся в ОПНиНД ОГБУЗ «Костромская областная детская больница» тел. (8-(4942) 53-00-81).

29. Оказание специализированной, за исключением высокотехнологичной, медицинской помощи осуществляется в федеральных государственных медицинских организациях, находящихся в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации, при необходимости установления окончательного диагноза в связи с нетипичностью течения заболевания, отсутствии эффекта от проводимой терапии и (или) повторных курсов лечения при вероятной эффективности других методов лечения, высоком риске хирургического лечения в связи с осложненным течением основного заболевания или наличием сопутствующих заболеваний, необходимости дообследования в диагностически сложных случаях и (или) комплексной предоперационной подготовке у новорожденных с осложненными формами заболевания, сопутствующими заболеваниями, при необходимости повторной госпитализации по рекомендации указанных федеральных государственных медицинских организаций в соответствии с Порядком направления граждан Российской Федерации в федеральные государственные учреждения, находящиеся в ведении Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, для оказания специализированной медицинской помощи, приведенным в приложении к Порядку организации оказания специализированной медицинской помощи, утвержденному приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16 апреля 2010 г. № 243н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 12 мая 2010 г., регистрационный № 17175), а также при наличии у больного медицинских показаний - в федеральных государственных медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь, в соответствии с Порядком направления граждан органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения к месту лечения при наличии медицинских показаний, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 октября 2005 г. № 617 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 27 октября 2005 г., регистрационный № 7115).

30. При наличии у новорожденного медицинских показаний к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи направление в медицинскую организацию, оказывающую высокотехнологичную медицинскую помощь, осуществляется в соответствии с Порядком направления граждан Российской Федерации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации, с применением специализированной информационной системы, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 декабря 2011 г. № 1689н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 8 февраля 2012 г., регистрационный № 23164).

31. При подозрении у новорождённого ребёнка критических врождённых пороков сердца требующих экстренного перевода в кардиохирургический центр (Простая транспозиция магистральных артерий; Синдром гипоплазии правых отделов сердца или левых отделов сердца, Критическая коарктация/перерыв дуги аорты; Критический стеноз/атрезия лёгочной артерии; Критический стеноз клапана аорты; Аномальное отхождение левой коронарной артерии от легочной артерии) или подозрение на ВПС при которых оперативное вмешательство показана в 1-ый месяц жизни (Общий артериальный ствол; Тотальный аномальный дренаж лёгочных вен; Единственный желудочек сердца; Атрезия трёхстворчатого клапана; Атриовентрикулярная коммуникация полная форма; Умеренная КА с признаками нарастания градиента; Умеренный стеноз ЛА с нарастанием градиента) в экстренном порядке новорождённый ребёнок должен быть переведён в ОРИТН КОДБ, с учётом его транспортабельности.

32. В ОГБУЗ «Костромская областная детская больница» уточняется диагноз, проводится лечение и организуется перевод и транспортировка новорождённого в Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева г. Москва в следующем порядке:

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

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

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

2) если ситуация экстренная провести экстренную ТМК с НЦ ССХ им. А.Н.Бакулева;

3) незамедлительно выслать в отдел организации медицинской помощи и профилактической работы департамента здравоохранения Костромской области на электронную почту: lpp@mail.dzo-kostroma.ru, для Кобзарь Лидии Владимировны тел. 8(4942) 45-76-03) документы, необходимые для предоставления ВМП согласно административному регламенту № 318 от 26.05.2015 года.

33. В случае отказа родителей новорожденного ребёнка от родительских прав или в случае, если родители оставили новорожденного в медицинской организации акушерского профиля без оформления документов, новорожденный ребёнок подлежит переводу в ОПНиНД ОГБУЗ «Костромская областная детская больница».

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

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

1) из районов Костромской области (исключая Костромской район и г. Кострому) в педиатрические палаты (боксы), находящихся ближе и доступнее всего от места нахождения больного новорождённого ребёнка с последующей медицинской перегоспитализацией новорождённого в ОГБУЗ «Костромская областная детская больница» с учётом транспортабельности и медицинских показаний;

2) из Костромского района и г. Костромы в ОГБУЗ «Костромская областная детская больница».

Обо всех сложных ситуациях сообщать:

- врачу анестезиологу-реаниматологу «неонатального» профиля санавиации по телефонам 8 (9442) 55-45-63/55-37-51 или дежурному врачу анестезиологу-реаниматологу ОГБУЗ КОДБ по телефону 8-(4942) 33-14-62);

- главному специалисту департамента здравоохранения Костромской области по неонатологии Куксасу Эдуарду Петровичу по телефону 8-906-524-11-16.

Положение о порядке транспортировки
новорождённых детей на территории
Костромской области

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

1. В течение 2-х часов от момента рождения недоношенного ребёнка, констатации тяжёлого состояния или любых сомнений, возникающих при оценке состояния и проведении терапии у новорождённого ребёнка, врач акушерского стационара (врач-неонатолог, педиатр, анестезиолог-реаниматолог или акушер-гинеколог) (далее – врач акушерского стационара), в котором осуществляется курация ребенка, должен обратиться за консультативной помощью и решением вопроса о перегоспитализации новорождённого ребёнка к дежурному фельдшеру санавиации по телефонам 8 (9442) 55-45-63/55-37-51;

2. Дежурный фельдшер санавиации:

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

2) связывает врача акушерского стационара с врачом анестезиологом-реаниматологом «неонатального» профиля санавиации (далее – врач санавиации);

3) в случае необходимости организует выезд врача анестезиолога-реаниматолога «неонатального» профиля и медицинской сестры «неонатального» профиля;

3. Врач акушерского стационара:

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

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

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

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

4. Дежурный врач санавиации:

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

- сообщает время своего выезда для проведения перегоспитализации новорождённого ребёнка.

5. Врач акушерского стационара до приезда консультанта в ходе подготовки новорожденного ребенка к транспортировке врач акушерского стационара обязан:

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

NB! нормальная температура тела,

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

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

NB! нормальный уровень глюкозы в крови.

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

- доношенных новорождённых детей по шкале Downes (приложение 1);

- недоношенных новорождённых детей по шкале Сильвермана (приложение)

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

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

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

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

7) при наличии показания для перегоспитализации:

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

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

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

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

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

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

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

3. Врач санавиации:

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

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

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

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

5. Дежурный фельдшер санавиации несет ответственность за подготовку реанимационного места в реанимобиле к транспортировке. NB! Подготовка места подразумевает нагретый кувез, настроенный аппарат ИВЛ с заданными параметрами (при отсутствии навыка настройки аппарата ИВЛ данную функцию выполняет врач санитарной авиации), подготовленные инфузионные помпы с инотропными и вolemическими препаратами, работающее мониторное обеспечение. При необходимости должен быть настроен и подключен аппарат активной аспирации. Полная готовность аппаратуры должна быть проконтролирована врачом. Подчёркиваем, что вся аппаратура, используемая для осуществления транспортировки (автомашина скорой медицинской помощи, транспортный кувез и т.д.) должны находиться в режиме постоянной готовности. Особенно это актуально, для холодного времени года.

6. В ходе транспортировки дежурный врач санавиации продолжает все необходимые мероприятия по поддержанию жизнедеятельности ребенка

(соблюдение температурного режима, ИВЛ, инфузионная терапия, инотропная поддержка, противосудорожная терапия и т.д.).

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

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

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

10. По окончании перегоспитализации врачом санавиации оформляется журнал транспортировки.

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

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

2. дыхательная недостаточность любой степени тяжести;

3. нарушения гемодинамики;

4. инфекционные заболевания (в максимально сжатые сроки);

5. гемолитическая болезнь новорожденного и другие патологические желтухи;

6. геморрагическая болезнь новорожденного и другие нарушения гемостаза;

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

8. врожденные аномалии (в том числе ВПС, особенно при подозрении на дуктус-зависимые ВПС);

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

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

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

12. другие клинические состояния, которые требуют интенсивной терапии (метаболические заболевания, внутричерепное кровоизлияние и др.) или курации новорожденного в условиях второго этапа выхаживания.

Желательно, чтобы мать была переведена к ребенку по уходу за ним в максимально сжатые сроки, как только позволит ее состояние.

IV. Перечень состояний, являющихся противопоказанием к транспортировке.

Транспортировка противопоказана до купирования представленных ниже патологических состояний:

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

Не рекомендуется транспортировка новорожденного ребенка в тяжелом состоянии в случае:

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

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

1. Дежурный врач санавиации:

1) находясь в акушерском стационаре, должен объективно информировать по телефону врача принимающего стационара о состоянии ребенка, о ведущих синдромах и методах их коррекции. Должен сообщить температуру в кувезе, необходимую для поддержания температуры тела ребенка в пределах $36,5 - 37,5^{\circ}\text{C}$, параметры ИВЛ, скорость волемиической нагрузки и дозу инотропных препаратов;

2) должен информировать стационар о всех осложнениях и ситуациях, сопровождающихся ухудшением состояния ребенка в дороге, и методах их коррекции;

3) самостоятельно поднимает ребенка в отделение;

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

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

4. После транспортировки пациента дежурный врач санавиации передает необходимую сопроводительную документацию (карта транспортировки) врачу профильного специализированного отделения.

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

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

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

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

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

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

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН.

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

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

2. Дежурный врач санавиации несет персональную ответственность за:

- получение и регистрацию подробной информации о пациенте;
- принимаемое тактическое решение;
- четкость и обоснованность рекомендаций;
- своевременность выезда бригады к пациенту;
- регистрацию времени выезда и возвращения выездной бригады;
- четкость и правильность ведения документации по

транспортировке;

- составление ежедневных сводок работы по транспортировке и передачу их руководству.

Положения о порядке транспортировки
новорождённых детей на территории
Костромской области

Модифицированная форма оценка тяжести РДС (модифицированная шкала Downes).

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

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

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

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

| Клинические критерии | Дата осмотра _____ | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|--------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | Время осмотра | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| Частота дыхания | | | | | | | | | | |
| Цианоз | | | | | | | | | | |
| Втяжение грудной клетки | | | | | | | | | | |
| Затруднённый выдох (стон) | | | | | | | | | | |
| Характер дыхания при аускультации | | | | | | | | | | |
| ВСЕГО баллов | | | | | | | | | | |

Подпись врача неонатолога _____

Приложение № 2
Положения о порядке
транспортировки новорождённых детей
на территории Костромской области

Шкала Сильвермана

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

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

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

Оценка тяжести РДС по шкале Сильвермана

| Клинические критерии | Дата осмотра | | | | | | | |
|--------------------------|---------------|--|--|--|--|--|--|--|
| | Время осмотра | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| Движение грудной клетки | | | | | | | | |
| Втяжение межреберий | | | | | | | | |
| Втяжение грудины | | | | | | | | |
| Положение нижней челюсти | | | | | | | | |
| Дыхание | | | | | | | | |
| ВСЕГО баллов | | | | | | | | |

Подпись врача неонатолога _____

Приложение № 3
Положения о порядке
транспортировки новорождённых детей
на территории Костромской области

Оценка тяжести состояние ребёнка при осмотре по шкале КШОНН*)
(В.А. Буштырев и соавт., 2005г.)

| № | Систем ы | Бал- лы | Клинические маркеры | Время транспортировки | | |
|----|-----------------------------|------------|--|-----------------------|----------------------------|-------|
| | | | | Перед | В пути каждые 3 часа | После |
| 1. | ЦНС | 2 | отсутствие сознания, мышечная атония, адинамия, арефлексия | | | |
| | | 1 | мышечная гипотония, гиподинамия, гипорефлексия, вялая реакция на осмотр | | | |
| | | 0 | нормальные рефлексы, нормальный тонус | | | |
| 2. | Дыхательная система | 2 | нуждается в ИВЛ или находится на спонтанном дыхании с повышенным давлением на выдохе через носовые канюли или интубационную трубку | | | |
| | | 1 | нуждается в кислороде через кислородную маску или носовой катетер | | | |
| | | 0 | обходится без кислорода | | | |
| 3. | Сердечно-сосудистая система | 2 | выраженная брадикардия (<100 уд. в мин.) или тахикардия(>170 уд. в мин.), артериальная гипотония | | | |
| | | 1 | умеренная тахикардия (160-170 уд. в мин.) | | | |
| | | 0 | нормальная ЧСС, нормальное АД | | | |
| 4. | Печень | 2 | увеличена более 2 см | | | |
| | | 1 | увеличение печени менее 2 см | | | |
| | | 0 | размеры печени не увеличены | | | |
| 5. | Мочевыделительная система | 2 | анурия, гематурия | | | |
| | | 1 | олигоурия | | | |
| | | 0 | нормальный почасовой диурез | | | |
| 6. | Кожа | 2 | выраженная желтуха, выраженная бледность, цианоз, кровоизлияния диапедезного характера | | | |
| | | 1 | умеренная бледность с периоральным и акроцианозом | | | |
| | | 0 | нормальная окраска кожи | | | |
| 7. | Температура тела | 2 | гипертермия (>37,2С) или выраженная гипотермия (ниже 36,0°) | | | |
| | | 1 | умеренная гипотермия (36,4°-36,0°С) | | | |
| | | 0 | нормальная температура (36,5°-37,2°С) | | | |

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

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

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

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

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

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

Приложение № 4
Положения о порядке
транспортировки новорождённых детей
на территории Костромской области

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

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

Цель выезда _____
Состояние новорожденного _____ t тела _____ °C
Тяжесть состояния обусловлена _____

Кожные покровы _____
Неврологическая симптоматика. Коммуникабельность _____
Крик _____ Двигательная активность _____
рефлексы _____
Мышечный тонус _____ Большой родничок _____
Зрачки _____ фотореакция _____ судороги _____

другие особенности _____
Сердечно сосудистая система: ЧСС _____ АД _____ среднее АД _____ симптом белого
пятна _____ сек. Пульсация на a. radialis _____
на a. femoralis _____
Тоны сердца _____ шум _____
Дыхание: Частота дыханий _____ Апноэ _____ Оценка по шкале Доунса/Сильвермана _____
Оксигенотерапия _____
Сатурация _____ % Интубационная трубка: № _____ Глубина стояния _____ (см)
Отделяемое из трахеи _____
Параметры ИВЛ: указать название аппарата ИВЛ _____
Режим
вентиляции _____ PIP _____ PEEP _____ MEAN _____ FIO2 _____ Fset _____ Tin _____ DO _____
Синхронизация _____
Экскурии грудной клетки _____
Равномерность проведения дыхания _____
Хрипы _____
Рентгенограмма грудной клетки _____
Желудочно - кишечный тракт: питание _____
Отделяемое из желудка _____
Вздутие живота _____ перистальтика _____
Печень _____ Селезенка _____ Стул _____
Другие особенности _____
Выделение: введено жидкости всего (до приезда бригады) _____
Отеки _____ Диурез = _____ мл/кг/час
Общий анализ крови (особенности) _____
Уровень глюкозы в крови _____
Катетеризация вены _____

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: _____

ДИАГНОЗ: _____

Динамика состояния за период
наблюдения: _____

| Время | АД | ЧСС | ЧД | SatO2 | t тела | С-м белог о пятна | Респираторная терапия с указанием параметров искусственной вентиляции легких | | | | | | |
|-------|----|-----|----|-------|-----------|----------------------------|---|-----|------|------|------|-----|----|
| | | | | | | | FiO2 | PIP | PEEP | Fset | Mean | Tin | DO |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

Манипуляции и лечебные мероприятия _____

Проба на переключивание: _____
Заключение: _____

Дата и время выезда « _____ » 20 _____ г. _____ час _____ мин.

Врач _____
(_____)
подпись

РКБ _____
ФИО разборчиво

Приложение № 5
Положения о порядке
транспортировки новорождённых детей
на территории Костромской области

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

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

| | | | | | | | | |
|--|---------------------------------|----|----|----|----|----|---|---|
| не кормить / кормить зонд / соска грудное молоко / ад.смесь _____ | 9 | 12 | 15 | 18 | 21 | 24 | 3 | 6 |
| | по _____ мл через _____ часа | | | | | | | |
| Желудочный аспират | | | | | | | | |
| Диурез _____ мл/кг/час мочевой катетер / памперс | | | | | | | | |
| Стул | | | | | | | | |
| Температура тела | | | | | | | | |
| ГЛЮКОЗА В КРОВИ | | | | | | | | |

МОНИТОРИНГ

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| час | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| чд | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| АД | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| сред. АД | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sat | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FiO2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PIP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PEEP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fset | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tin | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mean | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| pH | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| pCO2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| pO2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HCO3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

АНАЛИЗЫ

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

Вес в _____ : _____ (- _____)

Подпись медсестры _____ Врач _____

Приложение № 7
Положения о порядке
транспортировки новорождённых детей
на территории Костромской области

ПЕРЕВОДНОЙ ЭПИКРИЗ (из родильного дома)

ФИО матери _____

возраст _____

Адрес: _____

телефон: _____

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

Анамнез:

Вредные привычки: курение , алкоголь , наркомания –

Соматические заболевания: _____

ВИЧ _____ RW _____ HbsAg _____ гепатит С _____

другие _____

Гинекологические заболевания и хроническая урогенитальная инфекция: _____

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

срочные роды

Настоящая беременность: _____ На учете в ж/к с _____ нед. / не наблюдалась

Течение беременности: _____

Титр антител (при наличии) _____

Прием антибиотиков: препарат _____

срок беременности _____ нед.

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

Профилактика ВИЧ: не проводилась / проводилась _____

УЗИ данные: _____

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

I период: _____, II период _____, безводный промежуток: _____, околоплодные воды: _____

Особенности течения родов _____

Амниотомия / вакуум-экстракция / акушерские щипцы / окситоцин / простагландины / мед-сон отдых / магнезия / токолиз (гинипрал / нифедепин / индометацин / магнезия) / _____

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Суточный объем, мл/кг/сутки | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Глюкоза, % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Нагрузка глюкозы, мг/кг/минуту | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Аминокислоты, г/кг | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| « _____ » | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Липиды, г/кг | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| « _____ » | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Энтеральное питание « _____ », мл | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Уровень глюкозы в крови, ммоль/л | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Динамика веса | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

■ Медикаментозная терапия

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

ДИАГНОЗ _____

Переводится в ЛПУ _____

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

КАРАНТИН: НЕТ / ДА

Мать ребенка на перевод в _____ согласна _____

Приложение № 8
Положения о порядке
транспортировки новорождённых детей
на территории Костромской области

Карта транспортировки новорожденного

Дата транспортировки « _____ » _____ 20 __ г.
 ФИО матери ребенка _____ пол
 МУЖ // ЖЕН
 Дата рождения « _____ » _____ 20 __ г. _____ час _____ минут
 Адрес _____
 ДИАГНОЗ _____
 Перегоспитализация: (куда) _____
 Подготовка к транспортировке: с _____ час _____ минут по _____ час _____ минут
 МЕРОПРИЯТИЯ на месте: _____
 ТРАНСПОРТИРОВКА: Время выезда « _____ » _____ 20 __ г. _____ час _____ мин.
 Время в пути _____ часов _____ минут. НА РУКАХ // В КУВЕЗЕ.
 Респираторная терапия аппаратом ИВЛ в режиме IPPV // CP AP // IMV:
 PIP _____ PEER _____ FI02 _____ Fset _____ Tin _____ Tex _____ Mean _____
 Инфузионная терапия: НЕТ // ПРОВОДИЛАСЬ: _____
 В/в струйно: НЕТ // ДА:
 Другие манипуляции: _____

Введение сильнодействующих и психотропных препаратов: Наименование:

Доза: _____

Цель введения: _____

Время: _____

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

| Время | | | | | | | | | |
|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| ЧСС | | | | | | | | | |
| АД | | | | | | | | | |
| ЧД | | | | | | | | | |
| Sat02 | | | | | | | | | |
| t тела | | | | | | | | | |

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

С больным переданы следующие документы (НЕТ): _____

Дата и время передачи новорожденного « _____ » _____ 20 __ г. _____ час _____ минут

Бригада: Врач _____ Медсестра _____

Подпись врача, принявшего новорожденного ребенка в отделение _____

Приложение № 9
Положение о порядке
транспортировки новорождённых детей
на территории Костромской области

Инструкция по заполнению «Карты транспортировки новорожденного»

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

Схема маршрутизации новорождённых из медицинских учреждений Костромской области 1-этапа

