

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТЫВА
(Минздрав РТ)**

П Р И К А З

«14» 01 2026 г.

№ 5пр/26

г. Кызыл

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

В соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 17 апреля 2025 г. № 222н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «неонатология» и от 20 октября 2020 г. № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», в целях дальнейшего совершенствования оказания медицинской помощи новорожденным детям на территории Республики Тыва, **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить прилагаемые:

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

алгоритм оказания медицинской помощи новорожденным детям на этапе родовспомогательных учреждений;

алгоритм госпитализации новорожденных, заболевших после выписки из родовспомогательных учреждений.

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

2.1. обеспечить организацию деятельности отделений, в которых оказывается медицинская помощь новорожденным детям, а также рекомендуемые для данных отделений штатные нормативы и стандарт оснащения в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 17 апреля 2025 г. № 222н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «неонатология»;

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

3. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Республики Тыва от 16 января 2024 г. № 58пр/24 «О мерах по совершенствованию медицинской помощи новорожденным детям на территории Республики Тыва».

4. Настоящий приказ вступает в силу со дня официального опубликования.

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

6. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Республики Тыва Ховалыг Н.М.

Министр



А.К. Югай

Утвержден
приказом Министерства
здравоохранения
Республики Тыва
от «12» 01. 2026 № 5 нр/26

ПЕРЕЧЕНЬ

медицинских организаций Республики Тыва, оказывающих
медицинскую помощь новорожденным детям

Медицинские организации 1 группы

ГБУЗ РТ «Монгун-Тайгинская центральная кожуунная больница»;
ГБУЗ РТ «Бай-Тайгинская центральная кожуунная больница»;
ГБУЗ РТ «Овюрская центральная кожуунная больница»;
ГБУЗ РТ «Сут-Хольская центральная кожуунная больница»;
ГБУЗ РТ «Чаа-Хольская центральная кожуунная больница»;
ГБУЗ РТ «Чеди-Хольская центральная кожуунная больница»;
ГБУЗ РТ «Тандинская центральная кожуунная больница им. М.Т. Оюна»;
ГБУЗ РТ «Тес-Хемская центральная кожуунная больница»;
ГБУЗ РТ «Эрзинская центральная кожуунная больница»;
ГБУЗ РТ «Каа-Хемская центральная кожуунная больница»;
ГБУЗ РТ «Пий-Хемская центральная кожуунная больница»;
ГБУЗ РТ «Тере-Хольская центральная кожуунная больница»;
ГБУЗ РТ «Тоджинская центральная кожуунная больница».

Медицинские организации 2 группы

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

Медицинские организации 3 группы

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

Утвержден
приказом Министерства
здравоохранения
Республики Тыва
от «12» 01.2026 № 5нр/26

АЛГОРИТМ

оказания медицинской помощи новорожденным детям на этапе родовспомогательных учреждений

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

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

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

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

4. Перед рождением ребенка акушерке необходимо исключить наличие сквозняков, закрыть окна и двери родильного зала, включить источник лучистого тепла над столиком новорожденного, согреть лоток, пеленки для приема новорожденного, проконтролировать температуру воздуха родильного зала по термометру, находящегося в родильном зале. Оптимальная температура воздуха должна быть не менее 24⁰ С. После рождения необходимо немедленно обернуть ребёнка теплой пеленкой, мягко, без грубых движений, поменяв первую влажную пеленку на сухую.

5. После рождения фиксируется время рождения в часах и минутах, оценка новорожденного осуществляется по шкале Апгар в конце первой минуты (60 секунд) и 5 минут после рождения.

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

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

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

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

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

11. При рождении здорового доношенного ребенка в родильном зале осуществляются мероприятия, направленные на профилактику гипотермии и обеспечение грудного вскармливания, а также мероприятия по уходу, взвешивание и антропометрии новорожденного. Новорожденный осматривается врачом-неонатологом (врачом-педиатром), результаты осмотра фиксируются в истории развития новорожденного (в том числе в электронной) (заполняется «Карта первичной и реанимационной помощи новорожденному в родильном зале», если проводилась помощь; страница «Осмотр новорожденного в родзале»). Новорожденные, не имеющие признаков заболеваний, переводятся из родовых залов (операционных) медицинских организаций в палаты совместного пребывания матери и ребенка или отделения новорожденных физиологические для дальнейшего оказания им медицинской помощи в плановой форме.

12. В зависимости от состояния новорожденного и времени его перевода в отделение новорожденных физиологическое или палату совместного пребывания матери и ребенка, повторный осмотр дежурным врачом-неонатологом (врачом – педиатром) проводится либо в родовом зале (операционной) родовспомогательной медицинской организации перед переводом, либо в отделении новорожденных физиологическом, но не позднее, чем через 2 часа после рождения. Также проводит клинко-инструментальный скрининг на критические врожденные пороки сердца методом пульсоксиметрии,

согласно Инструкции по проведению неонатального скрининга на наличие врожденных пороков сердца у новорожденных (приложение № 1 к настоящему Алгоритму) и по результатам осмотра определяет:

- 1) показания к назначению профилактики геморрагической болезни;
- 2) показания/противопоказания к назначению вакцинации против гепатита В;
- 3) динамику дальнейшего наблюдения.

13. В течение первых суток жизни новорожденный осматривается медицинской сестрой (медицинским братом) каждые 3 - 3,5 часа с целью оценки состояния и, при необходимости, оказания ему медицинской помощи. Результаты осмотров и отметки о выполненных назначениях вносятся в медицинскую документацию новорожденного (электронную медицинскую документацию).

14. В течение первых суток жизни новорожденный осматривается медицинской сестрой (медицинским братом) каждые 3 - 3,5 часа с целью оценки состояния и, при необходимости, оказания ему медицинской помощи. Результаты осмотров и отметки о выполненных назначениях вносятся в медицинскую документацию новорожденного (электронную медицинскую документацию).

15. Ежедневный осмотр новорожденного проводится не реже 1 раза в день, в случае ухудшения состояния новорожденного – с той кратностью, которая необходима по состоянию новорожденного, но не реже 1 раза в 6 часов. Результаты осмотров вносятся в медицинскую документацию новорожденного (электронную медицинскую документацию).

16. С целью предупреждения развития геморрагической болезни новорожденному рекомендуется введение витамина К в первые часы после рождения (применяется менадиона натрия бисульфит 1% раствор). Необходимо учитывать, что его действие начнется через 8-24 часа после введения. Менадиона натрия бисульфит вводится путем внутримышечного введения лекарственных препаратов. Суточная доза препарата составляет: для новорожденных – 1-1,5 мг/кг/сут. (или 0,1-0,15 мл/кг/сут.), но не более 4 мг/сут.; Кратность введения – от 1 до 2-3 раз в сутки. Противопоказания: гиперкоагуляция, тромбоэмболия, гемолитическая болезнь новорожденных. С осторожностью – при дефиците глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы. Введение витамина К проводится после получения письменного согласия матери и/или законного представителя пациента).

17. Проведение профилактических прививок новорожденным детям организуется и проводится в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 декабря 2021 г. № 1122н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка

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

18. Вакцинопрофилактика туберкулеза новорожденным детям проводится в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 марта 2003 г. № 109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации».

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

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

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

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

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

21. Обследование новорожденных на наследственные заболевания (неонатальный скрининг) регламентируется приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 апреля 2022 г. № 274н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи пациентам с врожденными и (или) наследственными заболеваниями», в соответствии с которыми осуществляется взятие крови у новорожденных для проведения неонатального скрининга (у доношенных - на 1-е сутки жизни, у недоношенных - на 7-е сутки жизни). Сведения о проведенном неонатальном скрининге вносятся в медицинскую документацию новорожденного.

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

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

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

23. Выписка новорожденного осуществляется при удовлетворительном состоянии и отсутствии медицинских показаний для госпитализации в стационар неонатологического (педиатрического) профиля. Рекомендуемая длительность пребывания здорового новорожденного в родовспомогательном учреждении до 4 суток, в случаях необходимости наблюдения при транзисторных состояниях с риском реализации в патологическое состояние и (или) в случае места жительства

пациента в зоне обслуживания фельдшерско-акушерских пунктов/общих врачебных практик длительность пребывания допустима до 5 суток.

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

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

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

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

3) метод респираторной терапии, параметры искусственной вентиляции легких;

4) обоснование и назначение лечения с указанием конкретных препаратов и доз, в частности расчет объема и состав инфузионной терапии, парентерального питания, кардиотонических препаратов, антибактериальной терапии, трансфузии препаратов крови.

26. В родовспомогательных медицинских организациях 1 уровня врач – неонатолог (врач – педиатр) принимает участие в родах у пациенток любой группы перинатального риска в любое время суток. Врач – неонатолог (врач – педиатр) принимает участие в родах у пациенток любой группы перинатального риска в родовспомогательных медицинских организациях 2 уровня в любое время суток. Врач – неонатолог (врач анестезиолог – реаниматолог отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных) принимает участие в родах у пациенток любой группы перинатального риска в родовспомогательных медицинских организациях 3 уровня круглосуточно.

26. Первичная и реанимационная помощь новорожденному после рождения при наличии медицинских показаний осуществляется в строгом соответствии с Методическим письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 4 марта 2020 г. № 15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» врачом-неонатологом (врачом-

педиатром, анестезиологом-реаниматологом). В случае отсутствия врача-неонатолога (врача-педиатра) (в родовспомогательных учреждениях 1 группы) проведение первичной и реанимационной помощи новорожденному должно обеспечиваться врачами и медицинскими работниками со средним медицинским образованием, имеющими специальные знания и навыки по оказанию первичной и реанимационной помощи новорожденным (акушерами-гинекологами, анестезиологами-реаниматологами, акушерками, медицинскими сестрами-анестезистами, медицинскими сестрами неонатологических отделений).

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

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

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

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

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

29. Новорожденные с перинатальной патологией и заболеваниями, требующие дальнейшего обследования, лечения и выхаживания, но не требующие лечения в отделении реанимации и интенсивной терапии, из родовспомогательных учреждений переводятся в отделения второго этапа выхаживания (отделения патологии новорожденных, педиатрические отделения) учреждений 2 либо 3 уровней в зависимости от характера и тяжести патологии

согласно Маршрутизации новорожденных из родовспомогательных учреждений в отделения второго этапа выхаживания (приложение № 3 к настоящему Алгоритму).

ИНСТРУКЦИЯ

проведения неонатального скрининга на наличие врожденных пороков
сердца
у новорожденных

1. С целью раннего выявления риска наличия критических и цианотичных врожденных пороков сердца (ВПС), не выявленных на этапе пренатальной диагностики, новорожденному ребенку рекомендуется проведение комплекса исследований для диагностики врожденных пороков сердца.

2. Комплекс исследований для диагностики ВПС включает в себя оценку цвета кожных покровов и слизистых оболочек, а также определение пре- и постдуктально (на правой руке и любой ноге): периферической пульсации, пульсоксиметрии и, при необходимости (при выявлении ослабленной периферической пульсации), систолического артериального давления (САД).

3. Скрининг на ВПС проводится в 36-48 часов жизни новорожденного при соблюдении ряда условий: ребенок должен быть сыт и согрет, находиться в состоянии спокойного бодрствования или сна; при использовании одного монитора измерение показателей пульсоксиметрии и АД на правой руке и ноге должно проводиться в максимально близкие сроки. Пульсоксиметрия и измерение артериального давления на периферических артериях проводится непрямым осциллографическим методом. Для измерения АД используют одноразовые манжеты (детские: 3,3-5,6 см; 4,2-7,1 см; 5,4-9,1 см; 6,9-11,7 см). Диаметр манжеты должен по крайней мере две трети длины правого плеча или бедра и охватывать всю окружность руки или ноги. Измерение АД и пульсоксиметрии при отсутствии возможности одномоментного измерения пре- и постдуктально проводится последовательно, с небольшими промежутками времени (не более 1-2 минут); при смене состояния активности новорожденного во время измерений (сон-бодрствование, бодрствование-плач) необходимо проводить повторное измерение через 5 минут после достижения состояния покоя.

4. Интерпретация результатов: после определения цвета кожных покровов и слизистых оболочек, оценки периферической пульсации и

разницы показателей пульсоксиметрии пре- и постдуктально, первичный скрининг на ВПС является «пройденным» при:

- 1) определении удовлетворительной периферической пульсации, симметричной на правой плечевой и бедренных артериях;
- 2) визуализации розового цвета кожных покровов и видимых слизистых оболочек;
- 3) пульсоксиметрии пре- и постдуктально 95% и более, регистрации разницы уровня сатурации пре- и постдуктально менее 3%.

При «пройденном» первичном скрининге ВПС ребенок может быть выписан домой с пометкой в истории болезни «скрининг на критические ВПС пройден».

При «не пройденном» первичном скрининге ВПС показано проведение расширенного скрининга ВПС: трехкратное ежедневное пре- и постдуктальное измерение пульсоксиметрии и САД, оценка периферической пульсации пре- и постдуктально, цвета кожных покровов и слизистых, а также оценка темпов диуреза.

Расширенный скрининг ВПС является «пройденным» при:

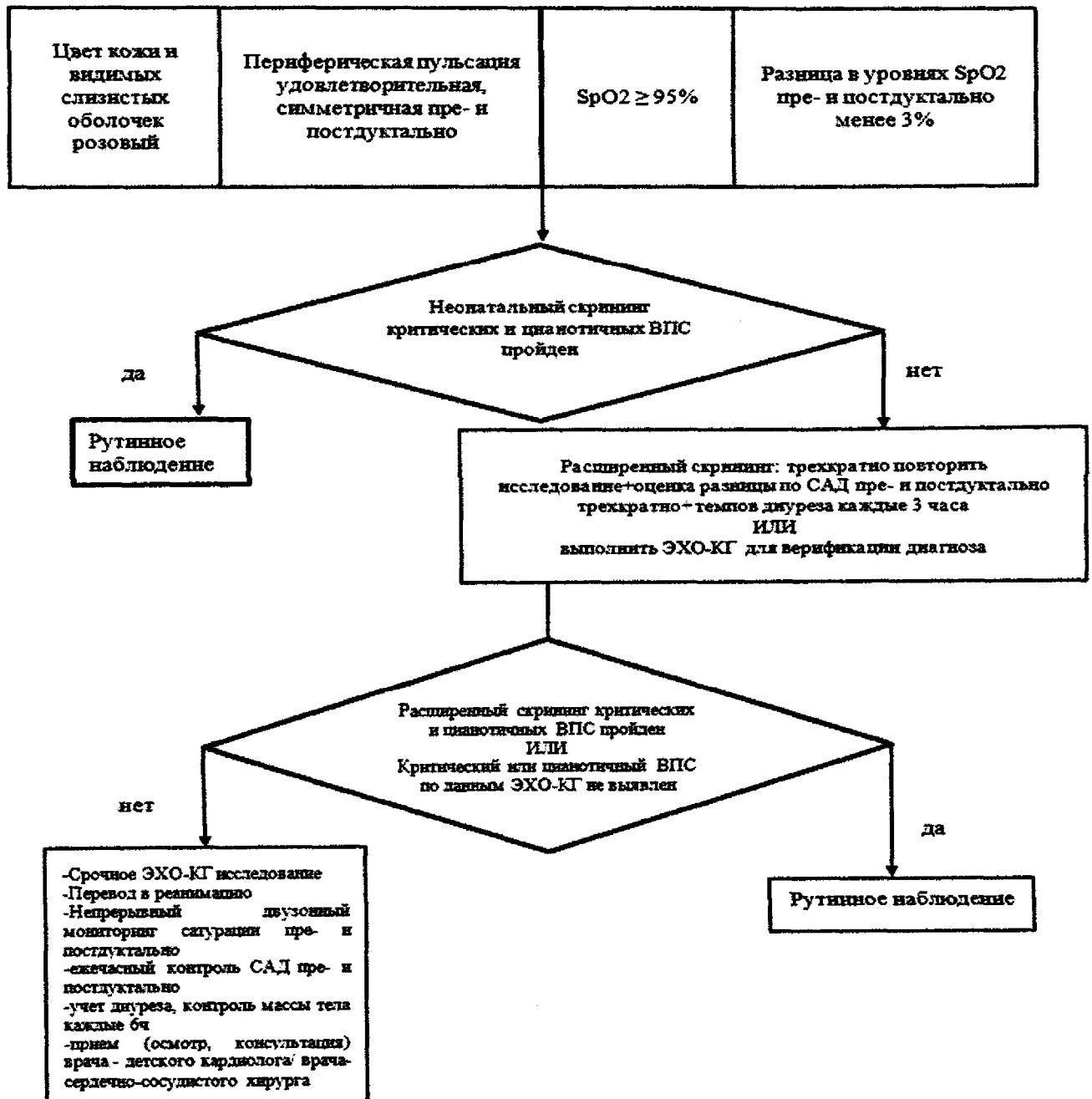
- 1) определении удовлетворительной периферической пульсации, симметричной на правой локтевой и бедренных артериях;
- 2) визуализации розового цвета кожных покровов и видимых слизистых оболочек; наличии адекватных темпов диуреза;
- 3) пульсоксиметрии пре- и постдуктально 95% и более, регистрации разницы пульсоксиметрии пре- и постдуктально менее 3% в динамике;
- 4) регистрации разницы уровня САД пре- и постдуктально 10 мм рт. ст. и менее.

5. Новорожденному ребенку в случае «не пройденного» комплекса исследований для диагностики врожденных пороков сердца с целью исключения критического ВПС необходимо назначить дополнительное исследование – эхокардиографию.

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

ПОРЯДОК

проведения неонатального скрининга критических
и цианотичных ВПС у детей 36-48 часов жизни



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

МАРШРУТИЗАЦИЯ

новорожденных из родовспомогательных учреждений в отделения реанимации и интенсивной терапии

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

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

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

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

5. В случае если состояние ребенка расценивается как нетранспортабельное, врач РКЦН в дневнике осмотра подробно прописывает рекомендации по дальнейшей тактике, а также определяет время заочной и дату следующей очной консультации и продолжает наблюдение до стабилизации состояния.

Противопоказания к транспортировке:

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

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

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

4) некупированный судорожный синдром;

5) нестабилизированная температура тела;

6) признаки продолжающегося кровотечения, нескорригированная анемия тяжелой степени;

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

8) дестабилизация состояния ребенка при перекладывании в транспортную систему.

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

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

8. Показания к госпитализации в отделения реанимации и интенсивной терапии учреждений 3 группы:

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

В ситуациях, когда с учетом состояния ребенка необходимо сократить

длительность транспортировки, либо в процессе транспортировки возникают экстренные ситуации или ухудшение состояния ребенка, пациенты указанной группы госпитализируются в палату интенсивной терапии межкожуунных медицинских центров (ГБУЗ РТ «Барун-Хемчикский ММЦ», ГБУЗ РТ «Дзун-Хемчикский ММЦ», ГБУЗ РТ «Улуг-Хемский ММЦ»), по согласованию сторон;

2) новорожденные с дыхательной недостаточностью, обусловленной различными причинами и заболеваниями, требующей проведения ИВЛ (коды по МКБ-10: P00-P96);

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

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

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

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

9. Перевод из ГБУЗ РТ «Перинатальный центр РТ» в ГБУЗ РТ «Республиканская детская больница» осуществляется в случаях направления ребенка на основании решения врачебной комиссии на оказание паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях согласно приказу Минздрава РТ от 16 октября 2025 г. № 1450пр/25 «О совершенствовании оказания паллиативной медицинской помощи детскому населению на территории Республики Тыва» (тяжелое перинатальное поражение нервной системы с формированием или риском формирования органического заболевания, инкурабельные врожденные аномалии развития, инкурабельные врожденные и наследственные заболевания (хромосомные, генетические, обмена веществ, эндокринные).

Приложение № 4
к Алгоритму оказания медицинской
помощи новорожденным детям на этапе
родовспомогательных учреждений

МАРШРУТИЗАЦИЯ

новорожденных из родовспомогательных учреждений
в отделения второго этапа выхаживания

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

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

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

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

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

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

2) новорожденные с антенатально или постнатально выявленными либо предполагаемыми врожденными пороками сердца, требующие дальнейшего обследования и/или лечения (в т.ч. последующего

кардиохирургического лечения в Федеральных клиниках за пределами республики) (коды по МКБ-10: Q20 - Q28);

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

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

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

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

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

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

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

3) новорожденные для изоляции от туберкулезного очага.

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

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

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

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

9. Новорожденные с перинатальной патологией и заболеваниями легкой и средней степени тяжести из ГБУЗ РТ «Тес-Хемская ЦКБ», ГБУЗ РТ «Эрзинская ЦКБ», ГБУЗ РТ «Тере-Хольская ЦКБ», ГБУЗ РТ «Тандинская ЦКБ», ГБУЗ РТ «Пий-Хемская ЦКБ», ГБУЗ РТ «Тоджинская ЦКБ», ГБУЗ РТ «Каа-Хемская ЦКБ» госпитализируются в ГБУЗ РТ «Перинатальный центр РТ», при отсутствии свободных мест в ГБУЗ РТ «Республиканская детская больница».

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

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

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

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

АЛГОРИТМ

госпитализации новорожденных, заболевших после выписки из родовспомогательных учреждений

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

2. Новорожденные с заболеваниями средней и легкой степени тяжести (нозологрии по МКБ-10: класс XVI) госпитализируются в отделения патологии новорожденных межкожуунных медицинских центров (ГБУЗ РТ «Барун-Хемчикский ММЦ», ГБУЗ РТ «Улуг-Хемский ММЦ») согласно Маршрутизации новорожденных, из родовспомогательных учреждений в отделения второго этапа выхаживания (приложение № 4 к Алгоритму оказания медицинской помощи новорожденным на этапе родовспомогательных учреждений).

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

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

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

Сразу после окончания базовых мероприятий по стабилизации состояния ребенка обеспечить проведение консультации в реанимационно-консультативном центре для новорожденных ГБУЗ РТ «Перинатальный центр РТ» (РКЦН). Дальнейшая маршрутизация и транспортировка пациента в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОАР) ГБУЗ РТ «Республиканская детская

больница» осуществляется бригадой РКЦН ГБУЗ РТ «Перинатальный центр РТ» по согласованию сторон в период новорожденности (28 суток), свыше 28 суток бригадой центра анестезиологии и реаниматологии (ЦАР) ГБУЗ РТ «Республиканская детская больница».

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

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

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