



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТЫВА
(Минздрав РТ)

П Р И К А З

«16» 01 2026 г.

№ 54р/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 № 5нр/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 № 54р/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 обтереть 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 раннее 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 клинико-инструментальный скрининг на критические врожденные пороки сердца методом пульсоксиметрии,

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

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

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 ежечасное пре- и постдуктальное измерение пульсоксиметрии и САД, оценка периферической пульсации пре- и постдуктально, цвета кожных покровов и слизистых, а также оценка темпов диуреза.

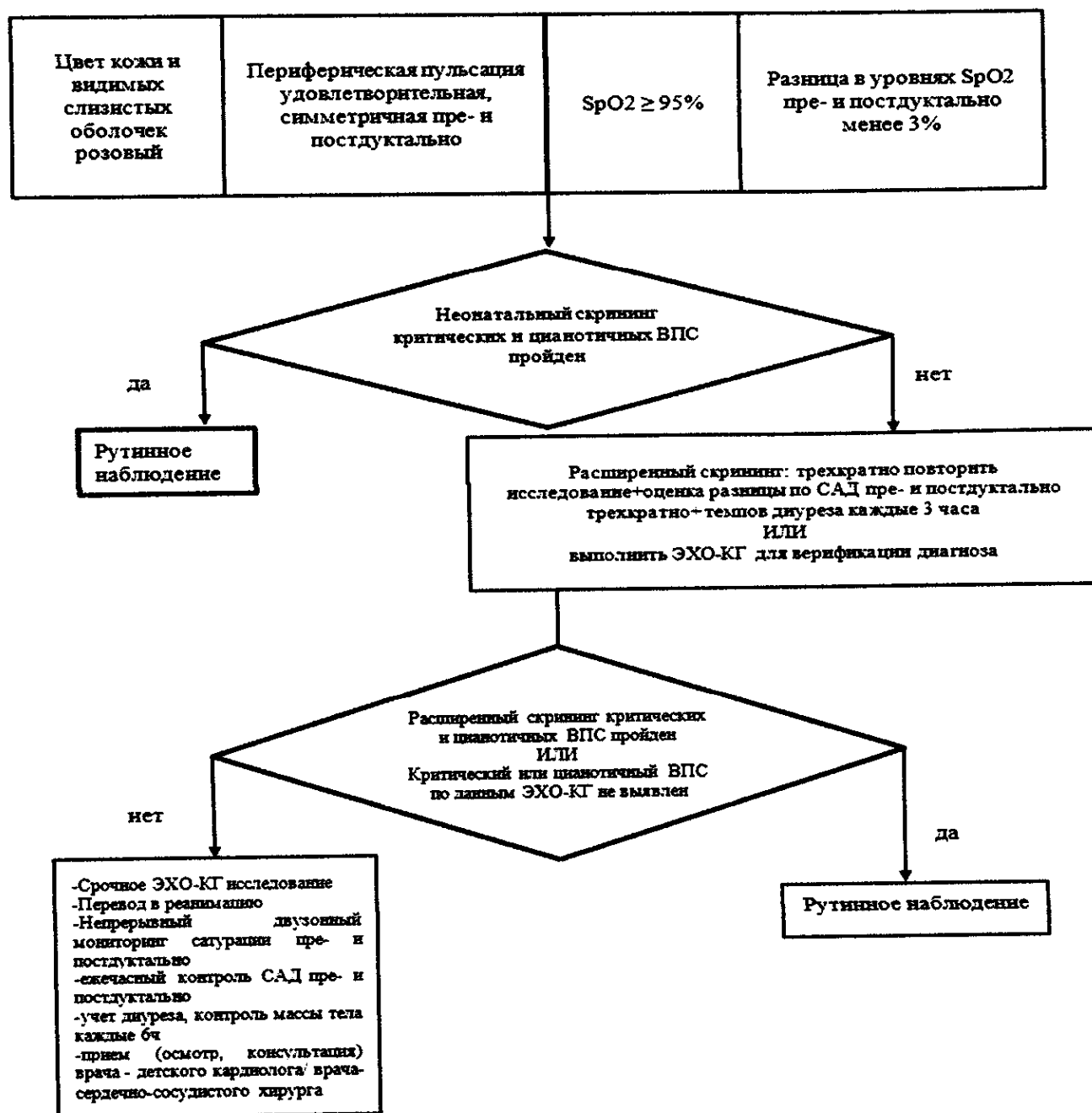
Расширенный скрининг ВПС является «пройденным» при:

- 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);

6) новорожденные с любой перинатальной патологией и заболеваниями с атипичным и осложненным течением и/или без эффекта от лечения в учреждениях 2 и 1 группы (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, инкурабельные врожденные аномалии развития, инкурабельные врожденные и наследственные заболевания (хромосомные, генетические, обмена веществ, эндокринные)), и ему проведен весь необходимый комплекс диагностических и лечебных мероприятий, но требуется наблюдение, вскармливание и уход в условиях стационара, показана его выписка в отделение патологии новорожденных, либо педиатрические отделения учреждений 2 и 1 группы, либо на паллиативные койки этих учреждений, с учетом места жительства родителей.

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 (нозологии 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 отделения 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 (нозологией 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).