

# Транспортировка новорождённых и детей в тяжёлом состоянии



Приказ МЗ РБ от 09.08.19 №966 «Об утверждении Инструкции по организации разноуровневой системы акушерско-гинекологической и перинатальной помощи в Республике Беларусь».

Признан утратившим силу приказ МЗ РБ от 23.01.10 №52 «Об утверждении положения о разноуровневой системе перинатальной помощи и порядке её функционирования в Республике Беларусь».

Приказ МЗ РБ от 17.03.14 №254 «Об утверждении протоколов по службе анестезиологии и реаниматологии».

Приказ МЗ РБ от 28.01.11 №81 «Об утверждении клинических протоколов диагностики, реанимации и интенсивной терапии в неонатологии».

Приказ МЗ РБ от 30.09.03 №156 «Об утверждении отраслевых стандартов обследования и лечения детей с патологией неонатального периода в стационарных условиях».

Приказ МЗ РБ от 05.10.92 №184 «О дальнейшем совершенствовании анестезиологической и реанимационной помощи детям».

В РБ определены четыре технологических уровня оказания акушерско-гинекологической и перинатальной помощи:

районный (городской) - I;

межрайонный (городской) -II;

областной (городской) - III;

республиканский - IV.

## **Приложение 6 к приказу МЗ РБ от 09.08.19 №966**

### **Объем медицинской помощи в неонатальном периоде в организациях здравоохранения.**

*Первый технологический уровень.*

уход за здоровыми новорождёнными детьми;  
первичная реанимация новорождённых детей в родильном зале;

выхаживание новорождённых детей с незначительными нарушениями адаптационного периода;

выхаживание маловесных и малых к сроку гестации доношенных новорождённых детей с хорошим сосательным и глотательным рефлексом и их координацией;

лечение неонатальной (патологической) желтухи с применением фототерапии;

предтранспортная подготовка детей, подлежащих переводу в организации

здравоохранения  
технологического уровня.

вышестоящего

*Второй технологический уровень.*

уход за здоровыми новорожденными;  
первичная реанимация новорождённых детей  
в родильном зале;  
выхаживание новорождённых детей с  
гестационным возрастом 34 нед. и более,  
маловесных детей;  
выхаживание новорождённых детей с  
патологической желтухой;  
выхаживание новорождённых детей,  
нуждающихся в длительной кислородной  
терапии и респираторной поддержке;  
новорождённые дети с состояниями и  
заболеваниями, указанными в Приложении 7 к  
настоящей Инструкции после проведения  
консультации врачами-специалистами  
организаций здравоохранения III-IV  
технологических уровней, наличии условий для  
оказания всего объема медицинской помощи и  
отсутствии показаний для перевода на  
вышестоящий технологический уровень;  
предтранспортиная подготовка детей,  
подлежащих переводу в организации  
здравоохранения вышестоящего  
технологического уровня.

### *Третий технологический уровень.*

первичная реанимация новорождённых детей в родильном зале;

оказание всего объема, в том числе экстренной и неотложной, медицинской помощи новорождённым детям:

с физиологическим и патологическим течением периода адаптации;

родившимся в сроке беременности менее 34 нед. и/или массой тела ниже 1500 г;

требующим специальной или длительной респираторной поддержки;

с состояниями и заболеваниями, указанными в Приложении 7 к настоящей Инструкции;

предтранспортиная подготовка детей, подлежащих переводу в организации здравоохранения вышестоящего технологического уровня.

### *Четвёртый технологический уровень.*

первичная реанимация новорождённых детей в родильном зале;

оказание всего объема, в том числе экстренной и неотложной, медицинской помощи новорожденным детям:

с физиологическим и патологическим течением периода адаптации;

родившимся в сроке беременности менее 28 нед. и/или массой тела ниже 1000 г;  
требующим специальной или длительной респираторной поддержки;  
с состояниями и заболеваниями, указанными в Приложении 7 к настоящей Инструкции.

## **Приложение 7 к приказу МЗ РБ от 09.08.19 №966**

**Перечень показаний для вызова выездной реанимационно-консультативной педиатрической (неонатальной) бригады.**

*Выезд ВРКБ организаций здравоохранения II технологического уровня в организации здравоохранения I технологического уровня:*

асфиксия при рождении, оценка по шкале Апгар 5 баллов и менее в конце 5-ой минуты жизни;

недоношенные с массой тела менее 2000 г, маловесные при рождении новорождённые с массой тела ниже 10-го перцентиля;

родовые травмы, приступы судорог;

острая дыхательная недостаточность (синдром дыхательных расстройств, аспирация, пневмонии и т.д.), все состояния, требующие ИВЛ;

острая сердечная недостаточность (в том числе нарушения сердечного ритма,

нетипированные врожденные пороки сердца и т.п.);

острая почечная недостаточность;

патологическая гипербилирубинемия;

острый анемический синдром (гематокрит <35 л/л, гемоглобин <120 г/л);

геморрагический синдром, синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови;

симптоматика шока;

септические состояния, характерные признаки генерализации инфекции;

ребенок от матери с сахарным диабетом: недоношенный или крупновесный к сроку гестации с нестабильным гликемическим профилем;

экстренные хирургические состояния в период новорожденности (подозрение на врожденную аномалию развития, хирургическую патологию);

трудные для диагностики ситуации — «неясный ребенок»;

врожденные эндокринные и наследственные заболевания.

*Вызов ВРКБ организаций здравоохранения III технологического уровня в организации здравоохранения II и I технологического уровня:*

показания согласно п. 1 настоящего Приложения при отсутствии клинической стабилизации состояния ребенка (новорождённого) в течение 6-12 часов;

недоношенные с гестационным возрастом при рождении менее 28 нед. для оказания неотложной помощи и составления плана дальнейшего ведения (в т.ч. сроков повторных осмотров и перевода);

ВРКБ II технологического уровня на выезде более 2 часов;

врождённые пороки развития, требующие неотложного хирургического лечения.

*Вызов ВРКБ ГУ «РНПЦ «Мать и дитя»:*

роды в организациях здравоохранения республиканского подчинения;

в организации здравоохранения нижестоящего технологического уровня по согласованию с директором/ заместителем директора ГУ «РНПЦ «Мать и дитя».

**Положение о выездной реанимационно-консультативной неонатальной (педиатрической) бригаде.**

ВРКБ формируется в организациях здравоохранения, выполняющих функции II-IV технологических уровней.

*Задачами ВРКБ являются:*

проводить консультации (в том числе посредством телекоммуникационных систем) организации здравоохранения нижестоящего технологического уровня с целью организации оказания экстренной медицинской помощи детям (новорожденным), находящимся в тяжелом и критическом состоянии;

определить показания для перевода в организации здравоохранения вышестоящего технологического уровня и условия транспортировки пациента;

оказать реанимационно-консультативную помощь детям (новорожденным), находящимся в тяжелом состоянии в организациях здравоохранения нижестоящего технологического уровня и во время транспортировки;

транспортировать пациента в ОАиР при отсутствии противопоказаний с соблюдением условий транспортировки.

*Оснащение ВРКБ включает:*

транспортный инкубатор;

источник кислорода (резерв не менее 5 часов эксплуатации), помимо баллонов, имеющихся в транспортном инкубаторе;

транспортный аппарат ИВЛ с компрессором, работающий в режимах традиционной

вентиляции и имеющий режим СРАР с регулятором концентрации кислорода и увлажнителем с подогревом газовой смеси;

кислородный ингалятор с дозатором;

дыхательный мешок саморасправляющийся с клапаном сброса избыточного давления;

набор масок разных размеров для ручной ИВЛ;

ларингоскоп с клинками (Miller 00, 0, 1) и набором эндотрахеальных трубок ( $\varnothing$  2,0; 2,5; 3,0; 3,5) и коннекторов, проводники для эндотрахеальной трубки, зажим Magill для назотрахеальной интубации;

оральные воздуховоды (0-5);

электрический отсос, работающий от бортовой сети и наборы катетеров для аспирации (Fr 5, 6, 8, 10);

монитор с функциями электрокардиографии, тонометрии, термометрии, пульсоксиметрии с набором манжет и датчиков;

портативный глюкометр;

аппарат для определения параметров кислотно-основного состояния крови;

термометр электронный;

фонендоскоп;

гастральные зонды;

мочевые катетеры;

стерильный набор для дренирования плевральной полости;

пупочные венозные и артериальные катетеры (Fг 3,5; 4,0; 5; 6);

канюли для катетеризации периферических сосудов;

Вызов ВРКБ к новорожденному ребенку осуществляется при возникновении заболеваний и состояний в соответствии с Приложением 7 к настоящей Инструкции.

При невозможности транспортировки пациента врач ВРКБ указывает в медицинской документации параметры функций жизненно важных органов и систем, объем оказания медицинской помощи для стабилизации состояния пациента.

**Неготовность пациента к транспортировке устанавливается в индивидуальном порядке на основании комплексной оценки его состояния и примерного перечня критериев:**

Масса тела при рождении <1000 г, гестационный возраст < 28 нед. в первые 3 суток после рождения;

Шок независимо от этиологии;

Нестабильная гемодинамика: ЧСС >190 уд./мин. или <100 уд./мин., среднее АД <35 мм

рт. ст. (для недоношенных детей среднее АД должно быть не ниже нормы гестационного возраста в неделях + 5 мм рт. ст.);

Необходимость применения вазопрессорных лекарственных средств в дозах: допамин более 10 мкг/кг/мин., эпинефрин или норэпинефрин 0,2 мкг/кг/мин и более или совместное применение двух и более кардиотонических препаратов;

Пароксизмальная тахикардия;

Высокая потребность в дотации кислорода (ЧД  $\geq$  60/мин.,  $FiO_2 > 0,6$ ,  $P_{in} \geq 30$  mbar,  $SpO_2$  90% и менее), «жесткие» параметры

ИВЛ, необходимость использования высокочастотной ИВЛ и оксида азота;

Некупированный синдром утечки воздуха (пневмоторакс, пневмомедиастинум и др.);

После проведения заместительной сурфактантной терапии в течение не менее 6 часов после последнего введения;

Некупируемый судорожный синдром;

Внутричерепное кровоизлияние при лабораторных признаках гипокоагуляции;

Наличие клинических проявлений коагуляционных нарушений; уровень тромбоцитов менее  $50 \times 10^9$ /л;

Гипербилирубинемия, требующая операции заменного переливания крови;

Анемия, требующая коррекции препаратами крови;

Гипотермия: температура тела пациента  $\leq 36,0^{\circ}\text{C}$ .

В исключительных случаях при отсутствии возможности оказания квалифицированной медицинской помощи пациенту на I уровне, учитывая возможности организации здравоохранения и специфику патологии, решение о транспортировке принимает врач ВРКБ.

**Приказ Главного управления здравоохранения Гродненского областного исполнительного комитета от 27.11.2017 №1024 «О совершенствовании работы выездных реанимационных консультативных бригад УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница».**

*Перечень противопоказаний к транспортировке:*

Пациенты в вегетативном состоянии и с хроническими заболеваниями (в том числе онкологическими), в состояниях, при которых смерть является логическим завершением основного патологического процесса, а лечение сводится к облегчающей страдания терапии.

*Вегетативное состояние - состояние пациента, характеризующееся необратимой потерей функции головного мозга (декортикацией) при сохранении вегетативных функций организма;*

Шок независимо от этиологии.

Продолжающееся кровотечение.

Агональное состояние.

Необходимость в инфузии допамина в дозе 10 мкг/кг/мин и более, адреналина или норадреналина в любой дозе для поддержания гемодинамики (для учреждений здравоохранения II уровня).

Угрожающее жизни нарушение сердечного ритма.

Недоношенные с массой тела при рождении менее 1000 г, гестационным возрастом менее 28 недель в первые трое суток жизни из перинатальных центров II уровня.

Гипербилирубинемия, требующая проведения ОЗПК из роддомов II уровня.

*Критерии готовности пациента к транспортировке:*

Стабильность гемодинамики;

Адекватность микроциркуляции;

Нормализация уровня гликемии;

Нормализация показателей кислотно-основного обмена и газового состава крови;  
Отсутствие клинических проявлений коагуляционных нарушений.

Важным этапом в оценке транспортабельности ребёнка является так называемая проба на переключивание пациента в транспортный инкубатор на транспортный аппарат ИВЛ с подключением другого оборудования (транспортного монитора, инфузионных насосов и т.д.). При этом не так уж редко бывает ухудшение состояния. До выяснения причин ухудшения и стабилизации состояния начинать транспортировку нельзя.

Транспортировка при времени в пути более 30 минут является стрессом, а время в пути более 60 минут рассматривается как полный аналог хирургического вмешательства, поскольку вредные факторы того и другого совпадают: травма, холод, боль. При транспортировке травмирующими факторами выступают ускорения (курсовые, боковые, тряска), эквивалентом боли может служить добавочный стрессор – шум, при этом следует учитывать и исходные параметры детей в критических состояниях (необходимость повышения

концентрации кислорода в инспираторном газе, применения вазопрессоров, невозможность полной ликвидации гипоксемии). Таким образом, принципиальная схема эффектов вредных факторов транспортировки практически не отличается от схемы формирования системного воспалительного ответа.

Перед транспортировкой новорождённого ребёнка заполняется карта транспортировки, которая подписывается двумя врачами-специалистами (врачом ВРКБ и врачом-специалистом организации здравоохранения, в которой находится пациент перед транспортировкой).

В процессе транспортировки в карту вносятся данные мониторинга состояния ребёнка (температура тела, ЧСС, АД, SpO<sub>2</sub>, параметры ИВЛ) и объём оказанной медицинской помощи.

Временные интервалы (периодичность) заполнения карты определяет врач ВРКБ. Карта транспортировки хранится в медицинской карте стационарного пациента организации здравоохранения, в которую госпитализирован новорождённый ребёнок.

УТВЕРЖДЕНО  
Приказ Министерства  
здравоохранения  
Республики Беларусь  
17.03.2014г. № 254

Учреждение здравоохранения \_\_\_\_\_ Контактный телефон \_\_\_\_\_  
Транспортная бригада УЗ \_\_\_\_\_

### ПРОТОКОЛ ТРАНСПОРТИРОВКИ ПАЦИЕНТА

Ф.И.О. \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_  
Возраст (новород-сутки) \_\_\_\_\_ Пол: \_\_\_\_\_ Дата рождения (для детей): \_\_\_\_\_  
Стационар (отделение), где находился \_\_\_\_\_ с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_  
Стационар (отделение) куда транспортируется \_\_\_\_\_  
Транспортировка согласована с ФИО, должность, тел. \_\_\_\_\_  
Диагноз (патологический синдром) \_\_\_\_\_

Операция (дата \_\_\_\_\_)

### СТАТУС ПАЦИЕНТА ПЕРЕД ТРАНСПОРТИРОВКОЙ

Состояние: средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое. Степень компенсации \_\_\_\_\_ Тяжесть обусловлена: \_\_\_\_\_

PS \_\_\_\_\_ АД \_\_\_\_\_ SpO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ ЧД \_\_\_\_\_ ЭКГ \_\_\_\_\_

Тоны сердца ритмичные, аритмия с ЧСС \_\_\_\_\_ Сознание: ясное, спутанное, сопор, кома, медикаментозный сон. Седация \_\_\_\_\_ Оценка по шкале Глазго \_\_\_\_\_ б, большой родничок (для новорожд) \_\_\_\_\_ Глазные симптомы: нистагм, фотореакция зрачков -/+, зрачки D S \_\_\_\_\_. Мышечный тонус: достаточный, повышен, снижен, отсутствует. Кожные покровы: телесного цвета, бледные, акроцианоз, цианотичные, желтушные. Симптом «бледного пятна» \_\_\_\_\_ Сыпь: геморрагическая, аллергическая, опрелости, пролежни, некроз. Тургор тканей: достаточный, снижен, отеки. Дыхание: отсутств/самоств носовое, ровное, ритмичное, поверхностное, одышка инспират-экспират., участие крыльев носа, втяжение межреберий, через интубационную трубку, ИВЛ \_\_\_\_\_ ЧД \_\_\_\_\_ при санации из трахеи \_\_\_\_\_

Легкие: дыхание проводится по всем полям, ослаблено (справа, слева), жесткое, пуэрильное, хрипы (сухие, влажные, крепитация). Живот: мягкий, доступный пальпации, напряжен, вздут, запавающий, перистальтика \_\_\_\_\_ По дренажам: \_\_\_\_\_ Диурез: \_\_\_\_\_

Нь \_\_\_\_\_ Э \_\_\_\_\_ Нт \_\_\_\_\_ КОС компенс/субкомпенс/декомпенс; ацидоз/алкалоз

Ведущий патологический синдром: \_\_\_\_\_

Перед транспортировкой необходимо: \_\_\_\_\_

Больной нетранспортабелен на момент осмотра. Указать почему \_\_\_\_\_

Врач транспортной бригады: \_\_\_\_\_

### ПРЕДТРАНСПОРТНАЯ ПОДГОТОВКА

Венозный доступ: периферический \_\_\_\_\_ центральный \_\_\_\_\_ ЦВД \_\_\_\_\_

Катетеризация ранее/перед транспортировкой \_\_\_\_\_

Интубация трахеи (ранее/перед транспорт): трубка N \_\_\_\_\_ через рот/нос (см) \_\_\_\_\_

ИВЛ: аппарат \_\_\_\_\_ FiO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ режим \_\_\_\_\_ вентил. \_\_\_\_\_ Pin \_\_\_\_\_ ДО \_\_\_\_\_

МОД \_\_\_\_\_ PEER \_\_\_\_\_ Flow \_\_\_\_\_ Psup. \_\_\_\_\_ Tin \_\_\_\_\_ I:E \_\_\_\_\_

Рентгенография: \_\_\_\_\_

Транспортная иммобилизация \_\_\_\_\_

Пункция (дренирование) плевральной полости \_\_\_\_\_ Получено: воздух, кровь, выпот \_\_\_\_\_ количество \_\_\_\_\_

Постановка: желудочный зонд (отделяемое) \_\_\_\_\_ Мочевой катетер (к-во мочи) \_\_\_\_\_

Инфузионная терапия (объем, качество, темп введения) \_\_\_\_\_

### ТРАНСПОРТИРОВКА

Время убытия: \_\_\_\_\_ Время прибытия: \_\_\_\_\_ В пути: \_\_\_\_\_ Передан в: \_\_\_\_\_

Положение на спине/на боку. Дыхание самостоятельное, с респираторной поддержкой (подчеркнуть). ИВЛ (изменения параметров или const) \_\_\_\_\_

Кислород ч/з маску, катетер, л/мин \_\_\_\_\_ Согревание \_\_\_\_\_

Мониторинг в пути: ЭКГ, ЧСС, SpO<sub>2</sub>, ЧД, T°, ETCO<sub>2</sub>, диурез, другое \_\_\_\_\_ (подчеркнуть). Инфузионная терапия: \_\_\_\_\_

Медикаменты, другое (осложнения, реанимац. мероприятия): \_\_\_\_\_ Всего: \_\_\_\_\_

### ПРОТОКОЛ МОНИТОРИНГА

Параметр	Исходные данные	Во время	После транспортировки
Состояние (прежнес, ухудшилось, стабильное)			
Сознание			
Судороги			
SpO <sub>2</sub>			
АД			
ЭКГ, ЧСС			
ЧД, ИВЛ			
Температура С <sup>0</sup>			
Диурез			
Отделяемое по жел. зонду, рвота			
Инфузия (объем, качество, темп)			
Другое:			

### СТАТУС ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ ТРАНСПОРТИРОВКИ

Состояние: средней тяжести, тяжелое, очень тяжелое, крайне тяжелое

За время транспортировки состояние: \_\_\_\_\_

Если ухудшилось за счет чего: \_\_\_\_\_

Осложнения \_\_\_\_\_

Сознание: ясное, спутанное, сопор, кома, медикаментозный сон. Оценка по шкале Глазго \_\_\_\_\_ б, большой родничок (у детей): \_\_\_\_\_. Глазные симптомы: нистагм, фотореакция зрачков -/+, зрачки D S \_\_\_\_\_. Мышечный тонус: достаточный, повышен, снижен, отсутствует. Кожные покровы: телесного цвета, бледные, акроцианоз, цианотичные, желтушные. Симптом «бледного пятна» \_\_\_\_\_. Сыпь: геморрагическая, аллергическая, опрелости, пролежни, некроз. Тургор тканей: достаточный, снижен, отеки. Дыхание: носовое, ровное, ритмичное, поверхностное, одышка инспират-экспират., участие крыльев носа, втяжение межреберий, через интубационную трубку. ЧД \_\_\_\_\_ ИВЛ \_\_\_\_\_ при санации из трахеи \_\_\_\_\_

Легкие: дыхание проводится по всем полям, ослаблено (справа, слева), жесткое, пузрильное, хрипы (сухие, влажные, крепитация). Живот: мягкий, доступный пальпации, напряжен, вздут, запавший, перистальтика \_\_\_\_\_

Диурез: \_\_\_\_\_

Ведущий патологический синдром (указывается у детей): \_\_\_\_\_

Передан врачу персонально (ФИО) \_\_\_\_\_, в час \_\_\_\_\_ мин \_\_\_\_\_

Врач бригады: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / Врач отделения: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

**Приложение 6 к приказу Министерства  
здравоохранения Республики Беларусь  
05.10.1992 №184**

**ПОЛОЖЕНИЕ О ВЫЕЗДНОЙ  
КОНСУЛЬТАТИВНОЙ  
РЕАНИМАЦИОННОЙ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ  
(НЕОНАТАЛЬНОЙ) БРИГАДЕ**

1. Выездная консультативная реанимационная педиатрическая (неонатальная) бригада создается Министерством здравоохранения, областными (городскими) отделами (управлениями) здравоохранения в целях улучшения преемственности в деятельности различных лечебно-профилактических учреждений по оказанию высококвалифицированной медицинской помощи детям, находящимся в критических состояниях, снижения заболеваемости, смертности и инвалидности детей.

2. Выездная консультативная реанимационная педиатрическая (неонатальная) бригада создается в составе отделений анестезиологии-реанимации (отделений интенсивной терапии и реанимации) областных (городских) детских больниц, перинатальных и неонатальных центров

(родовспомогательных учреждений, выполняющих функции этих центров).

Выездная реанимационная педиатрическая (неонатальная) бригада может организовываться в составе межрайонного отделения интенсивной терапии и реанимации. Выездная реанимационная бригада работает круглосуточно.

3. Выездная консультативная реанимационная педиатрическая (неонатальная) бригада входит в состав РКЦ.

4. В соответствии со штатным нормативом для организации выездной реанимационной консультативной педиатрической (неонатальной) бригады выделяется 5,0 должностей врача анестезиолога-реаниматолога (педиатра, неонатолога), 5,0 должностей среднего медицинского персонала, 4,75 должности водителя, 1 должность диспетчера. Из числа врачебного персонала бригады назначается старший по бригаде.

5. Основные задачи:

5.1. оказание консультативно-реанимационной помощи детям (в т.ч. новорожденным), находящимся в тяжелом состоянии в других стационарах региона;

5.2. оказание неотложной медицинской помощи на месте у постели больного, во время транспортировки детей;

5.3. консультации по телефону для оказания экстренной медицинской помощи детям, находящимся в критическом состоянии;

5.4. обучение медицинского персонала педиатрических (акушерских) стационаров при оказании неотложной медицинской помощи детям (в т.ч. новорожденным) членами бригады во время выезда;

5.5. транспортировка больного в отделение анестезиологии-реанимации (отделение интенсивной терапии и реанимации) при наличии показаний к переводу.

6. Для организации работы бригады выделяется транспорт (реанимобиль), оснащенный специальной медицинской аппаратурой и лекарственными средствами.

6.1. На машинах, обеспечивающих реанимационную помощь и осуществляющих транспортировку новорожденных и недоношенных детей, четко соблюдается санитарно-противоэпидемический режим.

6.2. Не допускается использование неонатальных реанимобилей в других целях.

7. Администрация больницы выделяет помещение для персонала бригады и место для стоянки машины.

8. Персонал выездной реанимационной консультативной педиатрической (неонатальной) бригады:

8.1. подчиняется главному врачу медицинского учреждения, на базе которого она функционирует, и заведующему отделением анестезиологии-реанимации (отделением интенсивной терапии и реанимации), входит в штат этого отделения и при отсутствии вызовов и консультаций используется для работы в отделении;

8.2. взаимозаменяемость выездной реанимационной бригады и персонала отделения реанимации входит в должностные инструкции;

8.3. персонал выездной реанимационной бригады должен иметь специализацию по педиатрической (неонатальной) анестезиологии и реаниматологии (для неонатальной бригады – и по неонатологии), владеть методами ургентной диагностики, иметь опыт работы с новорожденными (недоношенными) детьми и детьми раннего возраста. Водитель-санитар реанимобиля должен пройти специальный инструктаж и обучение по работе на специализированной машине.

8.4. Все действия персонала бригады должны быть отражены в соответствующей утвержденной медицинской документации.

9. Старший врач выездной реанимационной бригады:

9.1. назначается из числа наиболее опытных и квалифицированных врачей бригады, должен иметь не менее 3-летний стаж работы анестезиолога-реаниматолога;

9.2. осуществляет организационно-методическое руководство работой реанимационной бригады;

9.3. осуществляет привлечение к работе бригады при необходимости специалистов соответствующего профиля;

9.4. осуществляет контроль за комплектацией и использованием оснащения (мед.оборудование, медикаменты) реанимобиля;

9.5. осуществляет анализ качества оказания медицинской помощи детям (в т.ч. новорожденным, недоношенным) в прикрепленных по региону обслуживания медицинских (акушерских и детских лечебных) учреждениях и с учетом статистических показателей работы учреждений совместно с заведующим отделением анестезиологии-реанимации (отделением интенсивной терапии и реанимации) представляет его в адрес главного врача больницы, в составе которой функционирует бригада, и руководству органов здравоохранения (города, области) предложения по

совершенствованию преемственности в работе акушерских и детских лечебных учреждений и развитию реанимационной помощи детям.

10. Выездная реанимационная консультативная педиатрическая бригада может быть использована для транспортировки тяжелого больного ребенка из областной (городской) детской больницы в республиканские центры (транспортировка "от себя").

**Приложение 8 к приказу Министерства  
Здравоохранения Республики Беларусь  
05.10.1992 N 184**

**ПОЛОЖЕНИЕ ОБ ОБЛАСТНОМ  
ПЕДИАТРИЧЕСКОМ РЕАНИМАЦИОННО-  
КОНСУЛЬТАТИВНОМ ЦЕНТРЕ (РКЦ)  
ОБЛАСТНОЙ  
(ГОРОДСКОЙ) ДЕТСКОЙ БОЛЬНИЦЫ**

Реанимационно-консультативный центр (РКЦ) создается с целью обеспечения системы управления и оказания высококвалифицированной консультативной помощи детям, находящимся в неотложных состояниях, на всей территории области.

Центр организуется на базе отделения анестезиологии и реанимации (отделения интенсивной терапии и реанимации) областной (городской) детской больницы.

РКЦ возглавляет заведующий отделением анестезиологии-реанимации (отделением интенсивной терапии и реанимации), являющийся главным внештатным детским анестезиологом-реаниматологом региона.

Задачи центра

1. Оказание круглосуточной экстренной лечебной и консультативной помощи нуждающимся детям стационаров области.
2. Организация консультативной реанимационной бригады с привлечением по показаниям специалистов соответствующего профиля (педиатр, неонатолог, хирург, инфекционист и др.).
3. Осуществление оперативного контроля за динамикой состояния детей, нуждающихся в интенсивной терапии, в стационарах региона.
4. Решение вопроса госпитализации детей в отделение реанимации и интенсивной терапии областной детской больницы из стационаров региона.
5. Организация и проведение транспортировки больных, находящихся в критических состояниях, в ОИТР областной (городской) детской больницы (или другие профильные стационары, республиканские центры).
6. Проведение организационно-методической работы по улучшению качества

реанимационной помощи и интенсивной терапии детям во всех стационарах области (региона).

7. Организация и проведение на базе детских областных (городских) больниц семинаров, в том числе по экспертной оценке качества лечения детей, находящихся в неотложных состояниях.

8. Проведение анализа летальных исходов и осложнений у больных, консультируемых врачами реанимационно-консультативного центра.

9. Внедрение в региональной службе интенсивной терапии и реанимации современных, более эффективных методов и методик неотложной педиатрии.

10. Штаты РКЦ: штаты АРО (ОИТР) и выездной реанимационно-консультативной бригады.

11. Оснащение РКЦ осуществляется в соответствии с утвержденным перечнем и положениями об АРО (ОИТР) и выездной реанимационной бригаде.

12. При выезде врача (бригады) в район (в другое лечебное учреждение) консультативную помощь в центре осуществляет старший ординатор РКЦ, в вечернее и ночное время - ответственный дежурный анестезиолог-реаниматолог областной (городской) детской больницы.

13. Сотрудники РКЦ в своей работе руководствуются положениями об АРО (ОИТР),

о выездной консультативной реанимационной педиатрической (неонатальной) бригаде.

14. Для РКЦ обязательны для исполнения нормативные документы территориальных органов здравоохранения, Минздрава Республики Беларусь.

15. Контроль за работой РКЦ возлагается на заместителя главного врача по лечебной работе областной (городской) детской больницы.

Спасибо за  
внимание!

