



ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

П Р И К А З

« 27 » 11 2019 г.

№ 1017

О проведении в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы скрининга с целью раннего выявления критических врожденных пороков сердца у новорожденных

В целях совершенствования оказания медицинской помощи новорожденным, раннего выявления и дифференциальной диагностики критических врожденных пороков сердца у новорожденных, а также снижения младенческой смертности **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить:

1.1. Положение о проведении скрининга на наличие критических врожденных пороков сердца у новорожденных и карту скрининга на выявление критических врожденных пороков сердца у новорожденных (приложение 1 к настоящему приказу).

1.2. Форму отчета о проведении скрининга на наличие критических врожденных пороков сердца у новорожденных (приложение 2 к настоящему приказу).

1.3. Форму отчета о проведении консультаций специализированной выездной экстренной консультативной бригадой по профилю кардиология (детям) (приложение 3 к настоящему приказу).

2. Руководителям медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих медицинскую помощь новорожденным в стационарных условиях, обеспечить:

2.1. Проведение скрининга на наличие критических врожденных пороков сердца у новорожденных в соответствии с утвержденным Положением (пункт 1.1 настоящего приказа).

2.2. Организацию экстренного перевода ребенка в специализированный стационар при выявлении данных за наличие критического врожденного порока сердца по результатам скрининга.

2.3. Направление в организационно-методический отдел по неонатологии Департамента здравоохранения города Москвы (далее – ОМО по неонатологии)

сводных ежемесячных отчетов о проведении скрининга на наличие критических врожденных пороков сердца у новорожденных в соответствии с утвержденной формой отчета (приложение 2 к настоящему приказу).

Срок: до 5 числа месяца, следующего за отчетным.

3. Главному врачу Государственного бюджетного учреждения города Москвы «Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова» Департамента здравоохранения города Москвы **Плаунову Н.Ф.** обеспечить:

3.1. Работу специализированной выездной экстренной консультативной бригады по профилю кардиология (детям) по вызовам медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих медицинскую помощь новорожденным в стационарных условиях.

3.2. Направление в ОМО по неонатологии ежемесячных отчетов о работе выездной экстренной консультативной бригады по профилю кардиология (детям) в соответствии с утвержденной формой (приложение 3 к настоящему приказу).

Срок: до 5 числа месяца, следующего за отчетным.

4. Заместителю главного внештатного специалиста сердечно-сосудистого хирурга (детская сеть) Департамента здравоохранения города Москвы **Абрамяну М.А.** и главному внештатному специалисту неонатологу Департамента здравоохранения города Москвы **Гореву В.В.** обеспечить укомплектование специализированной выездной экстренной консультативной кардиологической (детям) бригады скорой медицинской помощи Государственного бюджетного учреждения города Москвы «Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова» Департамента здравоохранения города Москвы квалифицированным медицинскими работниками и представить свои предложения главному врачу Государственного бюджетного учреждения города Москвы «Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова» Департамента здравоохранения города Москвы **Плаунову Н.Ф.**

Срок: до 15 декабря 2019 года.

5. Главным внештатным специалистам Департамента здравоохранения города Москвы: детскому кардиологу **Труниной И.И.**, неонатологу **Гореву В.В.**, заместителю главного внештатного специалиста сердечно-сосудистого хирурга (детская сеть) Департамента здравоохранения города Москвы **Абрамяну М.А.** обеспечить оказание организационно-методической помощи руководителям медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы при организации проведения скрининга на наличие критических врожденных пороков сердца у новорожденных.

6. Признать утратившим силу приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 21 мая 2018 года № 347 «О проведении в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы скрининга новорожденных с целью раннего выявления врожденных пороков сердца».

7. Контроль исполнения настоящего приказа возложить на заместителя руководителя Департамента здравоохранения города Москвы **Хавкину Е.Ю.**

**Министр Правительства Москвы,
руководитель Департамента
здравоохранения города Москвы**



А.И. Хрипун

Положение о проведении скрининга на наличие критических врожденных пороков сердца у новорожденных

1. Настоящее Положение регулирует вопросы организации проведения в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы (далее – медицинские организации) скрининга на наличие критических врожденных пороков сердца у новорожденных (далее – скрининг) с целью раннего выявления и дифференциальной диагностики врожденных пороков сердца у новорожденных, снижения младенческой смертности.

2. Скрининг проводится всем новорожденным на 3 – 4 сутки жизни ребенка (или при выписке из родильного дома), в один этап, врачом или специально подготовленной медицинской сестрой во всех медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих медицинскую помощь новорожденным в стационарных условиях.

3. Скрининг включает:

– симметричную оценку пульсации периферических артерий верхних и нижних конечностей;

– пульсоксиметрию на правой руке и любой ноге одновременную (желательно) или последовательную (без значительного временного промежутка между исследованиями) с указанием разницы в насыщении между конечностями в процентах;

– измерение артериального давления на правой руке и любой ноге.

4. По результатам скрининга заполняется «Карта скрининга на выявление критических врожденных пороков сердца у новорожденных», которая вносится в историю развития новорожденного (форма № 097/у). Отметка о проведении скрининга («Скрининг ВПС проведен, дата и результат проведения скрининга, подпись с расшифровкой») ставится в «Обменную карту» (сведения родильного дома, родильного отделения больницы о новорожденном) – форма № 113/у и в выписной эпикриз (в случае перевода ребенка в другую медицинскую организацию) – форма 027/у.

5. Основанием для перевода ребенка в специализированный стационар или (при невозможности перевода) для консультации ребенка врачом детским кардиологом является:

– центральный цианоз или серость кожных покровов;

– отсутствие или значительное ослабление пульсации артерий конечностей, олигурия;

– отрицательная разница в значениях систолического артериального давления на нижних конечностях по сравнению с артериальным давлением на правой руке на 15 мм рт. ст. и более;

– превышение показателя насыщения крови кислородом по данным пульсоксиметрии на правой руке на 3% и выше в сравнении с показателями пульсоксиметрии на ноге;

– клинические признаки недостаточности кровообращения 2А степени.

6. При наличии показаний к переводу в специализированный стационар, в связи с выявленной врожденной патологией сердечно-сосудистой системы, перевод осуществляется в установленном порядке.

7. Все новорожденные дети с множественными дефектами развития и подозрением на синдромальную патологию (независимо от наличия или отсутствия шума в сердце), аномальным расположением сердца в грудной клетке и атипичным расположением печени в брюшной полости должны быть переведены в неонатальные отделения/отделения 2-го этапа медицинских организаций, имеющих в своей структуре кардиологические или кардиохирургические койки.

Карта скрининга на выявление критических врожденных пороков сердца у новорожденных

Ф.И.О. (матери, возраст) _____

Дата рождения ребенка _____

Пол _____, срок гестации _____, вес при рождении _____

Наименование медицинской организации _____

Дата проведения скрининга: _____ 20__ г.

№ п/п	Параметры		Отметка
1.	Пульсация артерий конечностей		
1.1	Правая рука (лучевая/локтевая артерии)	отчетливая	
		сниженная	
		отсутствует	
1.2	Нога (дорзальная артерия стопы/бедренная артерия)	отчетливая	
		сниженная	
		отсутствует	
2.	Пульсоксиметрия на конечностях одновременная (%)	правая рука	
		нога	
		разница в %	
3.	Регистрация артериального давления одновременная (мм.рт.ст.)	правая рука	
		нога	
4.	Дополнительные сведения: подозрения на синдромальную патологию, множественные пороки развития		
5	Результат скрининга		Положительный/отрицательный

Ф.И.О. медицинского работника _____, подпись _____

должность _____

Приложение 2
к приказу Департамента
здравоохранения города Москвы
от 27.11.2019 г. № 1017

**Форма отчета о проведении скрининга на наличие
критических врожденных пороков сердца у новорожденных**

Название медицинской организации:								
Период (месяц, год)	Родилось живыми (детей)	Скрининг проведен (кол-во новорожденных)	Количество новорожденных с положительным скринингом	Количество новорожденных, консультированных врачом выездной бригады	Число новорожденных с установленным диагнозом ВПС			
					Всего детей	Выписано домой	Переведено в МО ДЗМ (с указанием МО)	Переведено в другие МО (с указанием МО)
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Отчет представляется в организационно-методический отдел по неонатологии Департамента здравоохранения города Москвы, в формате Excel, ежемесячно, в срок до 5 числа месяца следующего за отчетным.

Руководитель

медицинской организации _____,
(Ф.И.О.) (подпись)

МП

Ф.И.О. исполнителя: _____

контактный телефон: _____

Приложение 3
к приказу Департамента
здравоохранения города Москвы
от 17.11.2019 г. № 1017

**Форма отчета о проведении консультаций специализированной выездной
экстренной консультативной бригадой по профилю кардиология (детям) СС и НМП им. А.С. Пучкова**

Ф.И.О. матери	Дата рождения ребенка, пол	Место жительства (региональная принадлежность)	Диагноз МО	Диагноз выездной бригады	Принятые меры (с указанием МО, в которую переведен ребенок)
1	2	3	5	6	7

Отчет представляется в организационно-методический отдел по неонатологии Департамента здравоохранения города Москвы, в формате Excel, ежемесячно, в срок до 5 числа месяца следующего за отчетным.

Руководитель

медицинской организации _____,
(Ф.И.О.) (подпись)

МП

Ф.И.О. исполнителя: _____

контактный телефон: _____