

Об утверждении Стандарта организации оказания анестезиологической и реаниматологической помощи в Республике Казахстан

Утративший силу

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 16 октября 2017 года № 763. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 1 ноября 2017 года № 15953. Утратил силу приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 апреля 2023 года № 78.

Сноска. Утратил силу приказом Министра здравоохранения РК от 26.05.2023 № 78 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

В соответствии с подпунктом 6) пункта 1 статьи 7 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года "О здоровье народа и системе здравоохранения" **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить прилагаемый Стандарт организации оказания анестезиологической и реаниматологической помощи в Республике Казахстан.

2. Департаменту организации медицинской помощи Министерства здравоохранения Республики Казахстан в установленном законодательством Республики Казахстан порядке обеспечить:

1) государственную регистрацию настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан;

2) в течение десяти календарных дней со дня государственной регистрации настоящего приказа направление его копии в бумажном и электронном виде на казахском и русском языках в Республиканское государственное предприятие на праве хозяйственного ведения "Республиканский центр правовой информации" для официального опубликования и включения в Эталонный контрольный банк нормативных правовых актов Республики Казахстан;

3) в течение десяти календарных дней после государственной регистрации настоящего приказа направление его копии на официальное опубликование в периодические печатные издания;

4) размещение настоящего приказа на интернет-ресурсе Министерства здравоохранения Республики Казахстан после его официального опубликования;

5) в течение десяти рабочих дней после государственной регистрации настоящего приказа представление в Департамент юридической службы Министерства здравоохранения Республики Казахстан сведений об исполнении мероприятий, предусмотренных подпунктами 1), 2), 3) и 4) настоящего пункта.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на вице-министра здравоохранения Республики Казахстан Актаеву Л.М.

4. Настоящий приказ вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования.

*Министр здравоохранения
Республики Казахстан*

Е. Биртанов

Утвержден
Приказом Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 16 октября 2017 года № 763

Стандарт

организации оказания анестезиологической и реаниматологической помощи в Республике Казахстан

Глава 1. Общие положения

1. Стандарт организации оказания анестезиологической и реаниматологической помощи в Республике Казахстан (далее – Стандарт) разработан в соответствии с подпунктом 6) пункта 1 статьи 7 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года "О здоровье народа и системе здравоохранения" (далее – Кодекс) и устанавливает общие принципы к организации оказания анестезиологической и реаниматологической помощи населению на амбулаторно-поликлиническом, стационарном и стационарозамещающем уровнях.

2. Штаты организаций здравоохранения, оказывающих анестезиологическую и реаниматологическую помощь, за исключением организаций являющихся государственными предприятиями на праве хозяйственного ведения, товариществами с ограниченной ответственностью, акционерными обществами, устанавливаются в соответствии с типовыми штатами и штатными нормативами организаций здравоохранения, утвержденными приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 апреля 2010 года № 238 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 6173).

3. Термины и определения, используемые в настоящем Стандарте:

1) анестезиологическое пособие – комплекс лечебных и диагностических мероприятий, направленных на защиту пациента от операционной травмы, обеспечивающих все компоненты современного наркоза и поддерживающих функции жизненно важных органов и систем во время оперативного вмешательства, при инвазивных методах исследования, в послеоперационном периоде;

2) анестезиологическая помощь – комплекс мер, направленных на защиту больного от повреждающих факторов при хирургических вмешательствах, родах, перевязках, инвазивных вмешательствах и методах исследования;

3) лекарственный формуляр организации здравоохранения – перечень лекарственных средств для оказания медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования, сформированный на основе казахстанского национального лекарственного формуляра и утвержденный руководителем организации здравоохранения в порядке, определяемом уполномоченным органом;

4) интенсивная терапия – профилактика и лечение тяжелых, но обратимых функциональных и метаболических расстройств, угрожающих больному гибелью, с использованием методов искусственного поддержания или замещения функций органов и систем;

5) медицинская помощь в системе обязательного социального медицинского страхования – объем медицинской помощи, предоставляемый потребителям медицинских услуг за счет активов фонда социального медицинского страхования;

6) реаниматологическая помощь – комплекс мер, направленных на выведение больных и пострадавших из терминального состояния (реанимация), а также нормализацию и поддержание жизненно важных функций организма (интенсивная терапия), нарушенных вследствие остро возникших заболеваний, травмы, оперативного вмешательства и других критических состояний независимо от причин, вызвавших эти нарушения;

7) гарантированный объем бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП) – единый по перечню медицинских услуг объем медицинской помощи, оказываемой гражданам Республики Казахстан и оралманам, определяемый в соответствии с постановлением Правительства Республики Казахстан от 15 декабря 2009 года № 2136 "Об утверждении перечня гарантированного объема бесплатной медицинской помощи".

Глава 2. Основные направления деятельности организаций, оказывающих анестезиологическую и реаниматологическую помощь в Республике Казахстан

4. Основными направлениями деятельности медицинских организаций, оказывающих анестезиологическую и реаниматологическую помощь (далее – МО) являются:

1) оказание квалифицированной и специализированной медицинской помощи пациентам;

2) осуществление комплекса мероприятий по подготовке и проведению обезболивания при операциях, родах, специализированных диагностических и лечебных процедурах;

3) проведение обширного комплекса мероприятий по восстановлению и поддержанию нарушенных жизненно важных функций организма при различных критических состояниях вследствие заболевания, травм, оперативных вмешательств, родов до стабилизации их деятельности;

4) преемственность действий на всех этапах лечения с целью обеспечения безопасности жизни пациентов;

5) постоянное повышение уровня теоретических знаний, совершенствование практических навыков и обучение медицинского персонала практическим навыкам в области анестезиологии и реанимации.

5. Оказание анестезиологической и реаниматологической помощи осуществляется в следующих формах:

1) амбулаторно-поликлинической помощи (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);

2) стационарной помощи (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение);

3) стационарозамещающей помощи (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения).

6. Анестезиологическая и реаниматологическая помощь осуществляется в следующих отделениях организаций здравоохранения:

1) группе анестезиологии и реанимации (далее – Группа);

2) отделении анестезиологии (далее – ОА);

3) отделении реанимации и интенсивной терапии (далее – ОРИТ);

4) отделении анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии (далее – ОАРИТ);

5) центре анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии (далее ЦАРИТ).

7. Перечень оснащения отделений организаций здравоохранения, осуществляющих анестезиологическую и реаниматологическую помощь медицинской техникой, изделиями медицинского назначения и медицинской мебелью приведен в приложении 1 к настоящему Стандарту.

8. Анестезиологическую и реаниматологическую помощь населению осуществляет специалист с высшим медицинским образованием имеющий сертификат специалиста по специальности "Анестезиология и реаниматология (взрослая, детская)" или "Анестезиология и реаниматология (перфузиология, токсикология) (взрослая)", Анестезиология и реаниматология (перфузиология,

токсикология, неонатальная реанимация) (детская) (далее – врач анестезиолог-реаниматолог) соответствующий форме, утвержденной приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 28 августа 2015 года № 693 "Об утверждении Правил проведения сертификации специалистов в области здравоохранения" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 12134).

9. Руководит отделением анестезиологии и реаниматологии организации здравоохранения врач анестезиолог-реаниматолог высшей (или первой, при отсутствии высшей) квалификационной категории, с высоким уровнем профессиональной подготовки.

Глава 3. Организация оказания анестезиологической и реаниматологической помощи в Республике Казахстан

10. Анестезиологическая и реаниматологическая помощь населению оказывается в рамках ГОБМП, в системе обязательного социального медицинского страхования и на платной основе в медицинских организациях, независимо от форм собственности.

11. Отделения анестезиологии и реаниматологии размещаются в непосредственной близости к хирургическим отделениям и операционному блоку.

12. В операционном блоке в каждой операционной (перевязочной) оборудуют рабочее место для врача анестезиолога-реаниматолога и оснащают наркозно-дыхательной и контрольно-диагностической аппаратурой (кардиомонитор, пульсоксиметр, капнограф), вакуумным аспиратором, дефибриллятором, шприцевым дозатором, анестезиологическим столиком с необходимым набором лекарственных препаратов и принадлежностей для интубации трахеи. Для проведения экстренной анестезии в ургентной операционной аппаратуру и принадлежности для проведения анестезии поддерживают в постоянной готовности к работе.

13. На территории операционного блока организуется палата "пробуждения" (для выхода больного из анестезии), которая позволяет освобождать операционный стол и рационально использовать койки отделения реанимации и интенсивной терапии. В палату "пробуждения" под интенсивное наблюдение помещают больных после хирургических вмешательств до полного восстановления сознания, стабилизации дыхания и кровообращения с последующим переводом в профильное отделение или при наличии медицинских показаний в отделение анестезиологии и реаниматологии. Пробуждение больного после анестезии (наркоза, операции) отражается в анестезиологической карте.

14. Для работы в палате "пробуждения" формируется временная бригада в составе врача анестезиолога-реаниматолога и медицинской сестры (анестезиста) из числа сотрудников отделения анестезиологии и реаниматологии.

15. В организациях здравоохранения, оказывающих экстренную помощь населению в приемном отделении организуется реанимационная палата или реанимационный зал (входят в состав ОРИТ или ОАРИТ). Экстренная помощь в реанимационной палате или реанимационном зале обеспечивается анестезиологами-реаниматологами ОРИТ или ОАРИТ.

16. Анестезиологическая помощь населению предусматривает проведение анестезиологического пособия и включает:

- 1) подготовку пациентов (взрослых и детей) к анестезии и операции;
- 2) проведение различных методов анестезии;
- 3) обеспечение безопасности пациента во время хирургического лечения;
- 4) ведение пациентов в периоде восстановления после анестезии.

17. Перед проведением анестезиологического пособия врач анестезиолог-реаниматолог осуществляет:

1) оценку функционального состояния пациента с учетом основного и сопутствующих заболеваний;

2) контакт с пациентом в рамках коммуникативных взаимоотношений (врач-пациент) с целью психологической подготовки к анестезии и оперативному вмешательству;

3) информирование пациента или его законного представителя о рекомендуемом методе анестезии, возможности возникновения наиболее частых и серьезных осложнений во время анестезии с последующим получением письменного добровольного согласия на анестезиологическое обеспечение по форме письменного добровольного согласия пациента при инвазивных вмешательствах, утвержденной приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 20 мая 2015 года № 364 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 11386), а также на переливание компонентов и (или) препаратов донорской крови по форме согласно приложению 4 к Правилам хранения, переливания крови, ее компонентов и препаратов, утвержденным приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 6 ноября 2009 года № 666 "Об утверждении Номенклатуры, Правил заготовки, переработки, хранения, реализации крови и ее компонентов, а также Правил хранения, переливания крови, ее компонентов и препаратов" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 5925) (далее – Приказ № 666);

4) разработку стратегии ведения пациента в пред-, интра- и послеоперационном периоде;

5) подготовку рабочего места.

18. Лекарственное обеспечение осуществляется в соответствии с Правилами обеспечения лекарственными средствами граждан, утвержденными приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30 сентября 2015 года № 766 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 12199).

19. Для определения операционно-анестезиологического риска, выбора метода анестезии и проведения предоперационной подготовки, осмотр пациента проводится врачом анестезиологом-реаниматологом перед плановым хирургическим вмешательством не позднее, чем за 24-48 часов до предполагаемой операции, а в случае экстренного вмешательства - сразу после принятия решения о необходимости ее выполнении.

Допускаются ситуации, когда осмотр пациента проводится одним врачом анестезиологом-реаниматологом, а анестезиологическое пособие проводится другим врачом анестезиологом-реаниматологом.

20. Для определения анестезиологического риска перед операцией врачом анестезиологом-реаниматологом проводится оценка физического состояния пациента и степени органной дисфункции по шкале в соответствии с приложением 2 к настоящему Стандарту.

21. Пациенту в зависимости от срочности проведения оперативного вмешательства проводится объем предоперационного обследования пациентов в соответствии с приложением 3 к настоящему Стандарту.

22. При состояниях, угрожающих жизни пациента и требующих экстренного оперативного вмешательства осуществляется перевод пациента в операционную без лабораторной диагностики и одновременно проводят лечебные мероприятия. Забор анализов для лабораторной диагностики проводится по экстренным показаниям в операционной.

23. При выявлении во время осмотра изменения или ухудшения состояния пациента, несоответствия клинических и лабораторно-инструментальных данных, врач анестезиолог-реаниматолог направляет пациента на дополнительное обследование.

24. Назначения врача анестезиолога-реаниматолога выполняются лечащим или дежурным врачом хирургического профиля. Дооперационная подготовка пациента при необходимости (в зависимости от степени тяжести состояния пациента) проводится в отделении реанимации и интенсивной терапии. Повторно осмотр пациента проводится непосредственно перед анестезией.

25. Врач анестезиолог-реаниматолог назначает и контролирует исполнение лечебно-диагностических мероприятий, а в случаях невыполнения его назначений, отмены или неполного дополнительного обследования, действуя в интересах пациента, откладывает плановую операцию до выполнения его требований по обследованию и подготовке пациента. В данном случае врач анестезиолог-реаниматолог информирует об этом заведующих анестезиологическим и профильным хирургическим отделением, а также составляет четкую и аргументированную запись в медицинской карте.

26. Результаты оценки функционального состояния пациента заполняются перед анестезией и вносятся в медицинскую карту.

27. Оформление и ведение первичной медицинской документации осуществляется в соответствии с приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907 "Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 6697) (далее – Приказ № 907);

28. Перед проведением анестезиологического пособия врачом анестезиологом-реаниматологом и медицинской сестрой (анестезистом) осуществляется подготовка рабочего места в операционной:

- 1) проверка наркозного-дыхательного аппарата, тестирование вентилятора;
- 2) проверка подачи кислорода;
- 3) проверка мониторов, дефибриллятора;
- 4) проверка работоспособности отсоса;
- 5) проверка необходимых средств для обеспечения проходимости дыхательных путей (ларингоскоп, клинки, эндотрахеальные трубки, воздуховоды, маски);
- 6) приготовление шприцев для введения анестетиков и препаратов для реанимации (все шприцы идентифицируются этикеткой или подписываются);
- 7) проверка системы для внутривенного введения, соединения внутривенных систем, в тех случаях когда соединения внутривенных систем и магистралей не просматриваются (под простынями), не имеют двойную фиксацию;
- 8) обеспечение дополнительным оборудованием.

29. При проведении анестезиологического пособия врач анестезиолог-реаниматолог следит за всеми изменениями в состоянии больного, своевременно и четко фиксирует их в медицинской документации, правильно интерпретирует, возникшие изменения, применяет своевременные методы коррекции состояния пациента.

30. Врач анестезиолог-реаниматолог не проводит одновременно анестезиологическое пособие в нескольких операционных, анестезиологическое

пособие и переливание компонентов и (или) препаратов донорской крови, совмещение работы в палатах для реанимации и интенсивной терапии.

31. Врач анестезиолог-реаниматолог находится в операционной во время проведения анестезиологического пособия до окончания оперативного вмешательства. Допускается устраивать кратковременный перерыв (20-30 мин) через каждые 2-3 часа работы. Общая продолжительность непрерывной работы анестезиологической бригады составляет не более 6 часов.

При возникновении экстраординарной ситуации, как связанной, так и не связанной с профессиональной деятельностью, допускается замена врача.

32. Во время замены врача анестезиолога-реаниматолога особенности течения анестезии и операции, оценка степени тяжести состояния пациента, основных показателей жизнедеятельности организма отражаются (на момент замены и по возвращении в операционную) в анестезиологической карте и медицинской карте больного и закрепляются подписями двух врачей анестезиологов-реаниматологов. В случае, когда замена происходит по причине внезапного ухудшения состояния или болезни врача анестезиолога-реаниматолога, проводившего анестезиологическое пособие, записи в медицинской документации, закрепляются подписью заведующего отделением, в выходные и праздничные старшим дежурным врачом.

33. При проведении анестезиологического пособия во время оперативного вмешательства, врач анестезиолог-реаниматолог проводит мониторинг основных систем гомеостаза: оценку механики дыхания (адекватность проходимости дыхательных путей и вентиляции путем осмотра и аускультации), системы дыхания (капнометрия, при необходимости анализ газов крови и КОС), системы кровообращения (инвазивное или неинвазивное измерение артериального давления, измерение центрального венозного давления при необходимости, контроль ЧСС, анализ ЭКГ), оксигенации (пульсоксиметрия), температуры (температурный датчик или термометр), глубины анестезии (биспектральный индекс при его наличии).

34. Врач анестезиолог-реаниматолог во время анестезии осуществляет рациональную инфузионную и медикаментозную терапию с учетом тяжести состояния больного, особенностей возраста (детского, пожилого), а также назначает трансфузионную терапию, которая выполняется другим врачом в соответствии с пунктом 35 настоящего Стандарта).

35. Переливание компонентов и (или) препаратов донорской крови проводит врач-трансфузиолог или врач (лечащий или дежурный врач по профилю), не участвующий в операции или проведении анестезиологического пособия, допущенный к проведению трансфузионной терапии приказом первого руководителя организации здравоохранения в соответствии с Правилами

хранения, переливания крови, ее компонентов и препаратов, утвержденными Приказом № 666.

36. Решение о переводе пациента из операционного блока в отделения анестезиологии и реаниматологии или в профильное отделение принимает врач анестезиолог-реаниматолог, проводивший анестезию по согласованию с заведующим, при его отсутствии со старшим дежурным врачом. Транспортировка пациента осуществляется медицинскими работниками профильного отделения в сопровождении врача анестезиолога-реаниматолога.

37. Организация реаниматологической помощи предусматривает организацию и проведение при различных критических состояниях и патологиях жизненно важных органов интенсивной терапии и реанимации, включая восстановление дыхания, поддержание кровообращения, нормализацию водно-электролитного баланса, кислотно-основного состояния, восполнение объема циркулирующей крови.

38. Реаниматологическая помощь пациентам включает:

1) профилактику и лечение боли и болезненных ощущений у пациентов с болевым синдромом, выбор вида обезболивания в соответствии с соматическим статусом пациента, характером и объемом вмешательства (роды, операция и другие лечебно-диагностические процедуры);

2) поддержание и (или) искусственное замещение обратимо нарушенных функций жизненно важных органов и систем при состояниях, угрожающих жизни пациента;

3) проведение лечебных и диагностических мероприятий пациентам во время реанимации и интенсивной терапии;

4) лабораторный и функциональный мониторинг за адекватностью интенсивной терапии;

5) лечение заболевания, вызвавшего развитие критического состояния;

6) проведение по показаниям лечения методами экстракорпоральной детоксикации, гемокоррекции, гипербарической оксигенации, различными вариантами электроимпульсной терапии и распространенными современными методами лечения;

7) консультацию врачей других отделений по вопросам интенсивной терапии.

39. Пациент во время нахождения в ОРИТ по лечебному профилю, продолжает числиться за своим профильным отделением. Лечащим врачом пациента является врач анестезиолог-реаниматолог.

40. Решение о тактике, объеме интенсивной терапии и сроках пребывания в реанимации принадлежит врачу анестезиологу-реаниматологу, при этом вопросы

хирургической тактики и специфического лечения заболевания входят в компетенцию второго лечащего врача (хирург, травматолог, гинеколог или другие).

41. Заведующий профильного (по основному заболеванию) отделения (лечащий врач по профилю) или врач, оперировавший пациента до перевода в отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии ежедневно проводит осмотр пациента и выполняет лечебно-диагностические мероприятия, оформляет паспортную часть медицинской карты больного, пишет ежедневные дневниковые записи, обоснование клинического диагноза, этапные эпикризы, в случаях неблагоприятного исхода лечения больного оформляет посмертные эпикризы, организует консилиумы, а в выходные и праздничные дни данные мероприятия осуществляются дежурным врачом по профилю.

42. Лечащим врачом анестезиологом-реаниматологом производится запись о состоянии пациента в медицинской карте пациента каждые 6-8 часов, то есть 3-4 раза в сутки. У пациентов с критическими состояниями записи врача следуют каждые 2-4 часа, в зависимости от изменений в состоянии, с оценкой динамики и эффективности методов интенсивной терапии и реанимации, прогноза ситуации. Заведующий отделением и (или) клинический руководитель также оставляет запись о состоянии пациента в медицинской карте, не реже одного раза в сутки (в выходные и праздничные дни – старший дежурный врач анестезиолог-реаниматолог).

43. При ухудшении или изменении состояния пациента врач анестезиолог-реаниматолог в медицинской карте подробно описывает ситуацию с указанием времени происшествия и проведенных лечебно-диагностических или реанимационных мероприятий. При наличии медицинских показаний лечение пациента проводят с привлечением профильных специалистов. Обоснование необходимых консультаций профильных специалистов, заключение о проведенных консультациях, также вносятся в медицинскую карту.

44. Лист назначения и карта основных показателей состояния больного и назначений в отделении (палате) реанимации и интенсивной терапии, утвержденные Приказом № 907 заполняются врачом-реаниматологом на ближайшие 12-24 часа ежедневно, с учетом динамики состояния больного, далее передают медицинской сестре, которая хронологически точно регистрирует выполнение назначений, отражает измеряемые показатели гемодинамики и дыхания, температуры тела, подсчитывает водный баланс, диурез, количество отделяемого по зондам, дренажам, из свищей, с поверхности ран, потери со рвотой и другое не менее 2 раз в сутки.

45. Перевод пациентов из отделения анестезиологии и реаниматологии в отделения по профилю заболевания или в палаты интенсивного наблюдения

осуществляется после стабилизации функций жизненно важных органов лечащим врачом анестезиологом-реаниматологом по согласованию с заведующим (при его отсутствии старшим врачом анестезиологом-реаниматологом) и после осмотра заведующим (или лечащим врачом) профильного отделения, куда переводится больной. В экстренных случаях перевод осуществляется без согласования с заведующим (или лечащим врачом) профильного отделения.

46. При наличии показаний, требующих узкоспециализированной медицинской помощи, осуществляется перевод пациента из отделения реанимации и интенсивной терапии в другой стационар по согласованию с руководителем или заместителем руководителя организации здравоохранения. Переводной эпикриз оформляется лечащим врачом профильного отделения (или дежурным врачом по профилю). Транспортировку осуществляет врачебная (реанимационная) бригада "Скорой помощи".

47. Перевод пациента в отделения анестезиологии и реаниматологии из профильных отделений осуществляется после консультации врача анестезиолога-реаниматолога по согласованию с заведующим отделением реанимации и интенсивной терапии, а в его отсутствие, по согласованию со старшим дежурным врачом анестезиологом-реаниматологом.

48. Реанимационные мероприятия не проводятся:

1) при наличии признаков биологической смерти (на основании наличия трупных изменений);

2) при наступлении состояния клинической смерти на фоне прогрессирования ранее достоверно установленных неизлечимых заболеваний или неизлечимых последствиях острой травмы, несовместимой с жизнью (наличие письменного заключения врачей в медицинской карте).

49. Комиссионно (консилиумом врачей) осуществляются мероприятия по подтверждению диагноза смерти головного мозга человека в целях решения вопроса о возможности использования органов и (или) тканей умершего для трансплантации, с последующим извещением соответствующей медицинской организации, осуществляющей изъятие, хранение и транспортировку органов и (или) тканей человека для трансплантации в соответствии с Правилами констатации биологической смерти или необратимой гибели головного мозга (смерти мозга), и прекращения искусственных мер по поддержанию жизненно важных функций органов после констатации биологической смерти или необратимой гибели головного мозга (смерти мозга), утвержденными приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 11 августа 2010 года № 622 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 6449). Комиссия заполняет и

подписывает протокол установления диагноза смерти мозга, который имеет значение для прекращения реанимационных мероприятий и трансплантации органов.

50. Оценка качества организации оказания анестезиологической и реаниматологической помощи осуществляется по следующим индикаторам:

- 1) летальность (общая и досуточная);
- 2) случаи смерти на операционном столе и в первые 24 часа после операции;
- 3) частота осложнений после анестезиологического пособия;
- 4) ятрогенные осложнения в связи с лечебно-диагностическими манипуляциями и процедурами (каждый показатель рассчитывается по отдельности: частота пневмоторакса, гемоторакса после катетеризации подключичной вены и другое);
- 5) случаи внутрибольничной инфекции и реинфицирования.

51. Качество оказываемых медицинских услуг в медицинских организациях, оказывающих анестезиологическую и реаниматологическую помощь, независимо от форм собственности, осуществляется в соответствии с Правилами организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг, утвержденными приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 27 марта 2015 года № 173 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 10880).

52. Анализ эффективности деятельности отделений анестезиологии и реаниматологии, по оценке собственных процессов и процедур, внедрению стандартов в области здравоохранения, применению внутренних индикаторов и внешних индикаторов осуществляется посредством оценки соответствия пороговых значений индикаторов в динамике.

53. Анестезиологическая и реаниматологическая помощь пациентам на амбулаторно-поликлиническом и стационарозамещающем уровне осуществляется врачом анестезиологом-реаниматологом и включает:

- 1) осмотр пациента перед плановым хирургическим вмешательством не позднее, чем за 24-48 часов до предполагаемой операции, повторный осмотр пациента непосредственно перед анестезией;
- 2) обеспечение анестезиологического пособия при лечебно-диагностических манипуляциях, оперативных вмешательствах;
- 3) лечение болевого синдрома различного генеза, профилактику и лечение боли в послеоперационном периоде, в том числе в амбулаторных условиях;
- 4) проведение комплекса противошоковых мероприятий;
- 5) проведение комплекса неотложных мер реанимации и интенсивной терапии;

6) мониторинг контроль жизненно важных функций организма при проведении анестезии во время операции;

7) оформление и ведение первичной медицинской документации в соответствии с Приказом № 907.

54. При возникновении у пациента на амбулаторно-поликлиническом и стационарном уровнях осложнений или ухудшения состояния, требующего круглосуточного наблюдения, осуществляется незамедлительный перевод и госпитализация пациента в стационар для обеспечения круглосуточной медицинской помощи.

55. Анестезиологическая и реаниматологическая помощь пациентам на стационарном уровне осуществляется врачом анестезиологом-реаниматологом и включает:

1) осмотр пациента перед плановым хирургическим вмешательством не позднее, чем за 24-48 часов до операции, а в случае экстренного вмешательства – сразу после принятия решения о необходимости его выполнения. При назначении дополнительного обследования, повторный осмотр непосредственно перед анестезией;

2) профилактику и лечение боли и болезненных ощущений у пациентов, выбор вида обезболивания в соответствии с соматическим статусом пациента, характером и объемом, вмешательства и его неотложностью;

3) проведение комплекса противошоковых мероприятий;

4) осуществление комплекса мероприятий по подготовке к анестезии, ее проведению при операциях, родах, перевязках, диагностических и (или) лечебных процедурах;

5) интенсивное наблюдение за состоянием пациента после окончания анестезии и проведение комплекса мероприятий по восстановлению и поддержанию нарушенных жизненно-важных функций организма, возникших вследствие анестезии, оперативного вмешательства, осложнений основного заболевания;

6) проведение комплекса интенсивной терапии и реанимации у пациентов разного профиля при различных критических состояниях;

7) поддержание и (или) искусственное замещение обратимо нарушенных функций жизненно важных органов и систем при состояниях, угрожающих жизни пациента;

8) проведение лечебных и диагностических мероприятий взрослым и детям во время анестезии, реанимации и интенсивной терапии;

9) применение различных методов лечения в зависимости от профиля (экстракорпоральная детоксикация, электрокардиостимуляция, гемокоррекция,

гипербарическая оксигенация, парентеральное питание, различные варианты электроимпульсной терапии);

10) мониторинг жизненно важных функций организма при проведении анестезии и (или) интенсивной терапии, реанимации с целью обеспечения безопасности пациентов (взрослых и детей);

11) оказание помощи в проведении реанимации пациентам в других отделениях медицинской организации;

12) консультирование врачей других отделений медицинской организации по вопросам интенсивной терапии и неотложной помощи;

13) проведение анализа качества работы и разработку мероприятий по их улучшению;

14) оформление и ведение медицинской документации в соответствии с Приказом № 907.

56. Медицинская помощь врачами анестезиологами-реаниматологами предоставляется после получения письменного добровольного согласия пациента либо его законного представителя на проведение лечебно-диагностических мероприятий, анестезии.

57. Оказание медицинской помощи без согласия пациента либо его законного представителя в соответствии с пунктом 1 статьи 94 Кодекса допускается в отношении лиц, находящихся в шоковом, коматозном состоянии, не позволяющем выразить свою волю; страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих; страдающих тяжелыми психическими расстройствами (заболеваниями); страдающих психическими расстройствами (заболеваниями) и совершивших общественно опасное деяние. Оказание медицинской помощи без согласия граждан продолжается до исчезновения вышеуказанных состояний.

Согласие на оказание медицинской помощи в отношении несовершеннолетних и граждан, признанных судом недееспособными, дают их законные представители. При отсутствии законных представителей решение об оказании медицинской помощи принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно медицинский работник с последующим уведомлением должностных лиц медицинской организации.

58. Отказ от медицинской помощи с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинских документах и подписывается пациентом либо его законным представителем, а также медицинским работником. В случае отказа от подписания пациентом либо его законным представителем отказа от медицинской помощи осуществляется соответствующая запись об этом в медицинской документации и подписывается медицинским работником в соответствии со статьей 93 Кодекса.

Глава 4. Организация оказания помощи группой анестезиологии и реанимации

59. В составе организации здравоохранения (центральные районные, межрайонные больницы, поликлиники, в том числе стоматологические, дневные стационары, женские консультации), оказывающей пациентам терапевтическую или хирургическую, акушерско-гинекологическую помощь организуется Группа в составе не менее 3 врачей анестезиологов-реаниматологов.

60. Организации здравоохранения, для работы Группы оборудуют палаты интенсивной терапии в составе отделений хирургического или терапевтического профилей с учетом возможности помещения в них пациентов после оперативного вмешательства или нуждающихся в интенсивной терапии.

61. Руководство Группой осуществляется старшим врачом анестезиологом-реаниматологом с опытом работы не менее 3 лет и высоким уровнем квалификации.

62. Организация оказания анестезиологической и реаниматологической помощи осуществляется в соответствии с главой 3 настоящего Стандарта.

63. Анестезиологическая и реаниматологическая помощь населению, оказываемая врачами анестезиологами-реаниматологами Группы включает:

1) осуществление комплекса мероприятий по подготовке и проведению анестезии при операциях, родах, диагностических и лечебных процедурах;

2) оказание комплекса мероприятий по восстановлению и поддержанию жизненно важных функций организма пациентов, возникших вследствие заболевания, травмы, родов, оперативного вмешательства;

3) мониторинг жизненно важных функций организма при проведении анестезии (во время операции), интенсивной терапии, реанимации для обеспечения безопасности пациентов;

4) клиническую оценку степени нарушений систем дыхания, кровообращения и выделения;

5) коррекцию острой кровопотери посредством инфузионно-трансфузионной терапии;

6) поддержание кровообращения с помощью инфузии кристаллоидных и коллоидных растворов, применения вазопрессоров, наружного массажа сердца;

7) комплексную терапию острых нарушений дыхания, включая восстановление проходимости дыхательных путей, ингаляцию кислорода, искусственную вентиляцию легких;

8) уменьшение боли и общих нервно-рефлекторных реакций анальгетическими и нейролептическими средствами, проводниковыми блокадами, ингаляцией общих анестетиков;

9) терапию интоксикационного синдрома методом форсированного диуреза;

10) профилактику и лечение инфекционных осложнений лекарственными средствами;

11) восстановление водно-электролитного баланса и коррекцию кислотно-основного состояния;

12) энергетическое обеспечение частичным или полным парентеральным питанием и энтеральным введением питательных смесей;

13) наблюдение за состоянием больного после окончания анестезии до восстановления и стабилизации жизненно важных систем организма;

14) проведение мероприятий по восстановлению и поддержанию нарушенных жизненно важных функций организма, возникших у больных в профильных отделениях медицинской организации;

15) осуществление взаимосвязи и преемственности в работе с другими отделениями;

16) обеспечение правильного оформления и ведения медицинской документации (в соответствии с Приказом № 907).

64. При невозможности оказания медицинской помощи по профилю "Анестезиология и реаниматология" силами Группы, пациент переводится в медицинскую организацию, оказывающую круглосуточную медицинскую помощь по профилю "Анестезиология и реаниматология". При переводе транспортировка пациентов осуществляется по линии санитарной авиации.

Глава 5. Организация оказания помощи отделением анестезиологии

65. ОА организуется в структуре организаций здравоохранения, оказывающих стационарную и стационарозамещающую помощь в зависимости от коечной мощности, профиля организации и при наличии штатной численности врачей анестезиологов-реаниматологов не менее 6.

66. Организация оказания анестезиологической и реаниматологической помощи в ОА осуществляется в соответствии с главой 3 настоящего Стандарта.

67. Врачом анестезиологом-реаниматологом ОА осуществляется:

1) осмотр и оценка функционального состояния пациента;

2) оценка тяжести состояния пациента перед операцией, определение степени анестезиологического риска;

3) определение показаний и проведение при необходимости интенсивной терапии с целью подготовки пациента к операции;

4) назначение премедикации и выбор метода анестезии;

5) проведение анестезиологического пособия и защита пациента от хирургической агрессии;

б) пробуждение пациента после общей анестезии или его перевод после операции в палату "пробуждения", или в палату реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ).

Глава 6. Организация оказания помощи отделением реанимации и интенсивной терапии

68. ОРИТ организуется в структуре организаций здравоохранения, оказывающих стационарную помощь в зависимости от коечной мощности, профиля организации и при наличии штатной численности врачей анестезиологов-реаниматологов не менее 6.

69. ОРИТ (взрослых и детей) разделяют на многопрофильные неспециализированные и в зависимости от профиля пациентов специализированные: кардиохирургические, нейрохирургические, инфекционные, противотуберкулезные, токсикологические, акушерско-гинекологические, неонатальные и другое.

70. В ОРИТ предусматривается не менее 6 коек, при наличии более 12 коек создается второе отделение.

71. Организация оказания анестезиологической и реаниматологической помощи осуществляется в соответствии с главой 3 настоящего Стандарта.

72. В ОРИТ подлежат госпитализации пациенты (взрослые и дети) с острыми расстройствами гемодинамики различной этиологии (острая сердечно-сосудистая недостаточность, все виды шоков), острыми расстройствами дыхания, другими расстройствами функций жизненно важных органов и систем (центральной нервной системы, паренхиматозных органов и других органов и систем), острыми нарушениями обменных процессов, больные после оперативных вмешательств, или других медицинских вмешательств и процедур, повлекших за собой нарушение функции систем жизнеобеспечения или при реальной угрозе их развития, требующие гемодинамического мониторинга, дыхательной поддержки и интенсивного ухода, тяжелым течением сепсиса любой этиологии, анемии тяжелой степени, синдроме диссеминированного внутрисосудистого свертывания, с острыми нарушениями мозгового кровообращения, кровоизлиянием в мозг, тяжелыми ожогами, отравлениями, утоплениями, больные в восстановительном периоде после агонии и клинической смерти, новорожденные с тяжелой хирургической и соматической патологией, беременные женщины, роженицы и родильницы с тяжелой акушерской и экстрагенитальной патологией.

73. В ОРИТ из приемного отделения госпитализируются больные при наличии у них показаний для проведения реанимации или интенсивной терапии, за исключением случаев повреждения внутренних органов, продолжающегося

кровотечения или состояний, требующих экстренного оперативного вмешательства когда больные незамедлительно транспортируются в операционный блок.

74. Показания к госпитализации в ОРИТ определяет врач анестезиолог-реаниматолог. При возникновении спорных вопросов и конфликтных ситуаций окончательное решение для помещения пациента в палату реанимации или палату интенсивной терапии принимает заведующий отделением или старший дежурный врач анестезиолог-реаниматолог.

75. Не подлежат переводу в ОРИТ пациенты из других отделений с заболеваниями, лечение которых сводится к паллиативной терапии (декомпенсированные стадии онкологических заболеваний, циррозе печени, декомпенсации хронической сердечной недостаточности). Недопустимо рассматривать ОРИТ как место пребывания инкурабельных больных для освобождения других отделений от тяжелобольных, пациентов в безнадежном состоянии.

76. В условиях ОРИТ пациентам осуществляются комплекс мероприятий по восстановлению и поддержанию систем жизнеобеспечения, вследствие заболевания, травмы, осложнения родов, оперативного вмешательства, отравления, утопления.

77. Анестезиологическая и реаниматологическая помощь в ОРИТ включает:

1) оказание экстренной и плановой квалифицированной, специализированной медицинской помощи пациентам, в том числе с применением и внедрением новых методов диагностики, лечения неотложных состояний;

2) ежедневный осмотр пациентов с участием заведующего отделением, наблюдение пациента в динамике, с описанием изменения в дневниках, обоснованием изменения в назначениях. Кратность написания дневников зависит от динамики изменения в состоянии больных и необходимости коррекции назначений (у стабильных больных интервал фиксации их состояния в медицинской карте составляет 6 часов). Подробно описываются время приема и передачи больного по смене, моменты интубации, перевода на спонтанное дыхание, экстубации и других ответственных или сложных манипуляций, обоснование необходимости в трансфузионной терапии, обезболивании наркотическими анальгетиками;

3) определение наличия у пациентов тех или иных синдромов, соответствующих основному или сопутствующему заболеванию, или осложнениям;

4) постоянный мониторинг функционального состояния больного;

5) расширенный комплекс мероприятий по реанимации и интенсивной терапии;

6) привлечение консультантов любой специальности и любого уровня для верификации основного и сопутствующего заболевания, дифференциальной диагностики и определения тактики лечения;

7) установление показаний для лечения в отделении реанимации и интенсивной терапии, перевод больных в профильные отделения после стабилизации функции жизненно важных органов с рекомендациями по лечению и обследованию на ближайшие сутки (заведующими профильными отделениями обеспечивают незамедлительный прием больных, переведенных из ОРИТ);

8) консультацию врачей профильных отделений по вопросам практической реаниматологии;

9) организацию и проведение клинических конференций по вопросам реаниматологии и интенсивной терапии;

10) оформление и ведение медицинской документации в соответствии с Приказом № 907;

11) анализ эффективности работы отделения и качества оказываемой медицинской помощи, разработка и проведение мероприятий по повышению качества оказания медицинской помощи и снижению больничной летальности.

78. Заведующий профильным отделением или лечащий врач по профилю, оперировавший врач хирург (в выходные и праздничные дни, в период дежурства в ночное время дежурный врач по профилю) в течение всего периода лечения пациента в ОРИТ проводит ежедневный осмотр пациента, заполняет медицинскую карту пациента и выполняет все лечебно-диагностические мероприятия в пределах своей компетенции, контролирует их эффективность, своевременность и качество лечения.

79. В ОРИТ пациенту при необходимости проведения лечебно-диагностических мероприятий привлекают специалистов из других лечебно-диагностических отделениях организации здравоохранения.

80. Объем диагностических исследований определяется лечащим врачом анестезиологом-реаниматологом в зависимости от основного и сопутствующих заболеваний, а также наличия синдромов органной недостаточности.

81. Для обеспечения постоянной готовности к немедленному приему и качественному лечению больных в критических состояниях, одна койка всегда остается резервной и свободной.

82. Пациенты в критическом состоянии, экстренно поступающие в ОРИТ с неуточненным диагнозом, переводятся в профильные отделения, в том числе в отделения других организаций здравоохранения, только после проведения неотложных лечебных мероприятий и стабилизации нарушений жизненно важных функций.

83. ОРИТ обеспечивается специальным оборудованием и аппаратурой, в том числе для искусственного поддержания и контроля жизненно важных функций организма, лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения, необходимыми для проведения реанимации и интенсивной терапии.

84. В ОРИТ предусмотрены специально оборудованные помещения для проведения реанимации и интенсивной терапии, экстракорпоральной детоксикации, гипербарической оксигенации, для изоляции инфекционных больных, для персонала, для хранения оборудования, лекарственных средств и изделий медицинского назначения, трансфузионных сред, белья.

85. Экспресс-лаборатория является составной частью ОРИТ. Сотрудники экспресс-лаборатории входят в штатное расписание ОРИТ и подчиняются заведующему отделением. Недопустимо выведение экспресс-лаборатории из состава ОРИТ.

86. За ОРИТ закрепляются (приказом главного врача) врачи-специалисты профильных отделений из числа заведующего отделением или старшего врача для неотложной лечебно-консультативной помощи. При возникновении экстренной ситуации оказание неотложной лечебно-консультативной помощи в ОРИТ является приоритетным для врачей-специалистов профильных отделений из числа заведующего отделением или старшего врача.

87. В медицинских организациях, имеющих в своей структуре ОРИТ для новорожденных создается выездная консультативная реанимационная бригада (далее – выездная бригада) с круглосуточным графиком работы.

88. Для организации работы выездной бригады выделяется 5 должностей врачей по специальностям "анестезиология и реаниматология (детская)" и (или) "неонатология", 5 должностей среднего медицинского персонала, 4 должности водителя, 1 должность диспетчера. Из числа врачебного персонала выездной бригады назначается старший врач.

89. При отсутствии в медицинской организации акушерского профиля ОРИТ для новорожденных, главным врачом или ответственным дежурным врачом по медицинской организации вызывается выездная реанимационная бригада из отделения реанимации и интенсивной терапии для новорожденных перинатального центра или медицинской организации неонатологического или педиатрического профиля.

90. Выездная бригада из ОРИТ для новорожденных совместно с медицинской организацией, где родился новорожденный, организует лечение, необходимое для стабилизации состояния новорожденного перед транспортировкой, и после достижения стабилизации состояния осуществляет его перевод в отделение

реанимации и интенсивной терапии для новорожденных перинатального центра или медицинской организации неонатологического или педиатрического профиля.

91. Решение о возможности перевода (транспортировки) новорожденного принимается заведующим отделением (дежурным врачом отделения) медицинской организации акушерского профиля и ответственным врачом выездной реанимационной бригады ОРИТ для новорожденных перинатального центра или медицинской организации неонатологического или педиатрического профиля.

92. При наличии медицинских показаний новорожденный, не нуждающийся в проведении реанимационных мероприятий, из медицинской организации акушерского профиля переводится в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей медицинской организации педиатрического профиля или в детское отделение по профилю заболевания ("детская хирургия", "детская кардиология", "неврология" и другое).

93. Основные направления деятельности выездной бригады:

1) оказание консультативно-реанимационной помощи детям (новорожденным), находящимся в тяжелом состоянии в других стационарах;

2) оказание неотложной медицинской помощи на месте у постели больного, во время транспортировки детей;

3) консультации по телефону для оказания экстренной медицинской помощи детям, находящимся в критическом состоянии;

4) обучение медицинского персонала педиатрических (акушерских) стационаров при оказании неотложной медицинской помощи детям (в том числе новорожденным) членами бригады во время выезда;

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

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

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

96. Администрация организации здравоохранения выделяет помещение для персонала выездной бригады и место для стоянки машины.

97. Персонал выездной бригады:

1) подчиняется главному врачу медицинской организации, 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;

2) взаимозаменяем, имеет специализацию по педиатрической (неонатальной) анестезиологии и реаниматологии (для неонатальной бригады – по неонатологии), владеет методами ургентной диагностики, имеет опыт работы с новорожденными (недоношенными) детьми и детьми раннего возраста.

98. Водитель-санитар реанимобиля проходит специальный инструктаж и обучение по работе на специализированной машине.

99. Все выезды персонала выездной бригады отражаются в журнале выездов.

100. Старший врач выездной бригады:

1) назначается из числа врачей анестезиологов-реаниматологов;

2) осуществляет организационно-методическое руководство работой реанимационной бригады;

3) привлекает к работе бригады при необходимости специалистов соответствующего профиля;

4) осуществляет контроль за комплектацией и использованием оснащения (медицинского оборудования, медикаментов) реанимобиля;

5) проводит анализ качества оказания медицинской помощи детям (в том числе новорожденным, недоношенным) в регионе обслуживания;

6) совершенствование преемственности в работе акушерских и детских медицинских организаций, с целью развития реанимационной помощи детям.

Глава 7. Организация оказания помощи отделением анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии

101. ОАРИТ организуется в структуре организаций здравоохранения, оказывающих стационарную помощь в зависимости от коечной мощности, профиля организации и при наличии штатной численности 6 и более врачей анестезиологов-реаниматологов.

102. ОАРИТ имеет следующие вспомогательные помещения: помещения для медицинского персонала, для дежурного персонала, предусматривающими возможность кратковременного отдыха (сна) и приема пищи в течение суток, с раздевалкой, санпропускники, душевые, комнаты личной гигиены женщины, санузлы, помещения для хранения аппаратуры, медикаментов, инфузионных сред, белья. При наличии палат интенсивной терапии и реанимации ОАРИТ имеет отдельный реанимационный зал, помещение для проведения детоксикационных мероприятий, лечебных манипуляций, процедурную, перевязочную, отдельные палаты для детей раннего возраста, септических и инфекционных больных, экспресс-лабораторию, а также преднаркозную палату и палату "пробуждения" в операционном блоке (из расчета 2 койки на один

хирургический стол, но не более 12 коек на операционный блок, в случаях невозможности выделения отдельных площадей преданаркозную палату и палату "пробуждения" объединяют).

103. Координацию деятельности ОАРИТ выполняет заведующий отделением, а в дежурную ночную смену, выходные и праздничные дни ответственный дежурный врач анестезиолог-реаниматолог, назначаемый заведующим отделением из числа врачей, имеющих высшую (первую, при отсутствии высшей) квалификационную категорию.

104. Организация оказания анестезиологической и реаниматологической помощи осуществляется в соответствии с главой 3 настоящего Стандарта.

105. Анестезиологическая и реаниматологическая помощь пациентам включает:

1) оказание специализированной медицинской помощи пациентам в экстренном и плановом порядках, в том числе высокотехнологичные медицинские услуги;

2) определение метода анестезии, осуществление медикаментозной предоперационной подготовки и проведение разных методик анестезии при различных оперативных вмешательствах, родах, диагностических и лечебных процедурах;

3) наблюдение за состоянием больных в посленаркозном периоде в палатах "пробуждения" до восстановления сознания и стабилизации функции жизненно важных органов;

4) оценку степени нарушений функции жизненно важных органов и систем и проведение расширенного комплекса мероприятий по реанимации и интенсивной терапии при различных критических ситуациях, в том числе методами экстракорпоральной детоксикации, гипербарической оксигенации, электрокардиостимуляции;

5) интенсивное наблюдение (экспресс-контроль состояния систем жизнеобеспечения, а также метаболизма с использованием методов лабораторной и функциональной диагностики, мониторинга дыхания и кровообращения), полноценная и целенаправленная коррекция расстройств;

6) проведение реанимационных мер пациентам (при наличии показаний) в других отделениях;

7) установление показаний для дальнейшего лечения больных в условиях ОАРИТ, а также перевод больных из ОАРИТ в профильные отделения после стабилизации функции жизненно важных органов с рекомендациями по лечению и обследованию на ближайшие сутки;

8) консультирование врачей других отделений по вопросам практической анестезиологии и реаниматологии;

9) оформление и ведение медицинской документации в соответствии с Приказом № 907;

10) анализ эффективности работы отделения и качества оказываемой медицинской помощи, разработка и проведение мероприятий по повышению качества оказания медицинской помощи и снижению летальности.

106. Операционные залы, палаты реанимации и интенсивной терапии ОАРИТ (ОРИТ) обеспечиваются следующим медицинским оборудованием:

1) аппараты искусственной вентиляции легких или наркозно-дыхательные аппараты соответственно по количеству операционных столов в плановых и экстренных операционных залах;

2) аппараты искусственной вентиляции легких в палатах реанимации и интенсивной терапии в количестве 1 на каждую койку и 1 резервный;

3) мониторы по количеству операционных столов в плановой и экстренной операционных;

4) мониторы в палатах реанимации и интенсивной терапии по количеству коек и 1 резервный;

5) электроаспираторы (отсосы) по количеству операционных столов в плановой и экстренной операционных;

6) электроаспираторы (отсосы) по количеству коек в палатах реанимации и интенсивной терапии и 1 резервный (допускается использование централизованной вакуумной магистрали);

7) перфузоры (шприцевые насосы) по количеству операционных столов в плановой и экстренной операционных;

8) перфузоры (шприцевые насосы) и инфузоматы не менее 3 единиц на каждую койку палаты реанимации и интенсивной терапии.

107. ОАРИТ обеспечивается медикаментами и инфузионными средствами в количествах, необходимых для полноценного проведения обезболивания, реанимации и интенсивной терапии (на случай массовых поступлений в отделении предусматривается их запас).

108. ОАРИТ возможно предусмотреть как учебно-клиническую базу кафедр организаций образования в области здравоохранения.

109. В состав ОАРИТ для проведения лабораторных исследований экспресс методами включена экспресс-лаборатория, которая располагается в непосредственной близости от палат реанимации и интенсивной терапии.

110. Методическое руководство работой экспресс-лаборатории осуществляет старший врач-лаборант или заведующий общепольничной клинической лабораторией. Недопустимо выведение экспресс-лаборатории из состава ОАРИТ.

Глава 8. Организация оказания помощи Центром анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии

111. ЦАРИТ организуется в организациях здравоохранения, оказывающих круглосуточную специализированную и высокоспециализированную помощь, при наличии в составе организации трех и более отделений по профилю "Анестезиология и реаниматология".

112. Координирует деятельность ЦАРИТ врач анестезиолог-реаниматолог высшей квалификационной категории, с наличием научной степени, стажа работы не менее 15 лет и являющийся членом профессиональной ассоциации анестезиологов-реаниматологов.

113. В состав ЦАРИТ включаются следующие отделения:

- 1) отделение анестезиологии;
- 2) отделения реанимации и интенсивной терапии;
- 3) специализированные отделения реанимации и интенсивной терапии;
- 4) отделение (кабинет) экстракорпоральных методов лечения;
- 5) отделение (кабинет) гипербарической оксигенации;
- 6) выездные консультативно-диагностические бригады;
- 7) клиническая лаборатория;
- 8) другие кабинеты (лаборатории, отделения), предназначенные для обследования и лечения тяжелобольных и пострадавших.

114. Организация оказания анестезиологической и реаниматологической помощи осуществляется в соответствии с главой 3 настоящего Стандарта.

115. ЦАРИТ предусматривает:

- 1) оказание специализированной и высокоспециализированной анестезиологической и реаниматологической помощи пациентам;
- 2) организацию и осуществление выездных консультаций тяжелым больным в любой организации здравоохранения по профилю анестезиология и реаниматология;
- 3) осуществление комплекса мероприятий, направленных на совершенствование и дальнейшее развитие анестезиологической и реаниматологической помощи;
- 4) оказание организационно-методической и практической помощи медицинским организациям по профилю анестезиология и реаниматология;
- 5) осуществление и внедрение мероприятий, направленных на повышение качества лечебно-диагностической работы и снижение летальности;
- 6) разработку типовых, рабочих программ для обучения по своим наработкам по инновационным технологиям.

**Перечень оснащения отделений организаций здравоохранения, осуществляющих
анестезиологическую и реаниматологическую помощь**

№ п/п	Наименование изделий медицинского назначения и медицинской техники	Анестезиолого-реаниматологический профиль			
		количество изделий при наличии коек в стационаре			
		до 200 коек	200-400 коек	400-500 коек	свыше 500 коек
I. Медицинская техника					
1	Анализатор кислотно-основного состояния и газов крови	1 на 6 коек	1 на 6 коек	1 на 6 коек	1 на 6 коек
2	Аппарат для определения центрального венозного давления	1 на 6 коек	1 на 6 коек	1 на 6 коек	1 на 6 коек
3	Аппарат дыхательный ручной (комплекты дыхательные для ручной искусственной вентиляции легких (далее – ИВЛ))	2 на 6 коек	2 на 6 коек	2 на 6 коек	2 на 6 коек
4	Аппарат ИВЛ (в комплекте с аспиратором) портативный	1 на 6 коек	1 на 6 коек	1 на 6 коек	1 на 6 коек
5	Аппарат ИВЛ стационарный	по количеству коек в отделении плюс 1	по количеству коек в отделении плюс 1	по количеству коек в отделении плюс 1	по количеству коек в отделении плюс 1
6	Аппарат рентгеновский диагностический передвижной *	1	1	1	1

7	Аппарат ультразвуков о г о исследования (далее – УЗИ) с дуплексной приставкой	1	1	1	1
8	Аппарат УЗИ с доплеровской приставкой портативный	1	1	1	1
9	В е с ы медицинские (разные)	*	*	*	*
10	Дефибриллят ор-монитор	1	2	4	4
11	Дозатор шприцевой	по количеству коек	по количеству коек	по количеству коек	по количеству коек
12	Ингалятор ультразвуков ой	1 на 3 койки	1 на 3 койки	1 на 3 койки	1 на 3 койки
13	Кардиомонит о р прикроватный с центральным пультом и полным набором функций	по количеству коек	по количеству коек	по количеству коек	по количеству коек
14	Кардиостиму лятор чрезпищеводн ый	*	*	*	*
15	Консоль потолочная реанимацион н а я двухплечевая	1 на 6 коек	1 на 6 коек	1 на 6 коек	1 на 6 коек
16	Кровать медицинская функциональ н а я (реанимацион ная) с боковыми ограждениям и	6	12	18	24

17	Кушетка медицинская смотровая	*	*	*	*
18	Ларингоскоп с волоконным световодом	4	4	4	4
19	Ларингоскоп универсальный	по количеству операций на столах +2	по количеству операций на столах +2	по количеству операций на столах +4	по количеству операций на столах +6
20	Мониторная система с двумя блоками центрального наблюдения	1 на 6 коек	1 на 6 коек	1 на 6 коек	1 на 6 коек
21	Набор для временной эндокардиальной электрокардиостимуляции	*	*	*	*
22	Инфузионный волюметрический насос (инфузоматы)	по количеству коек	по количеству коек	по количеству коек	по количеству коек
23	Насос (помпа) инфузионный шприцевой	по количеству коек	по количеству коек	по количеству коек	по количеству коек
24	Насос (помпа) для энтерального питания	по количеству коек	по количеству коек	по количеству коек	по количеству коек
25	Негатоскоп общего назначения	1	1	2	2
26	Облучатель бактерицидный передвижной	*	*	*	*
27	Вакуумный аспиратор	по количеству коек	по количеству коек	по количеству коек	по количеству коек
28	Подводка кислорода, вакуума, сжатого воздуха	по количеству коек	по количеству коек	по количеству коек	по количеству коек
29	Прибор для измерения	4	4		4

	артериального давления (тонометр)			4	
30	Прибор для измерения ликворного давления при спинномозговой пункции	*	*	*	*
31	Система для подогрева больного: 1) матрац подогреваемый	3	6	6	9
	2) лампа лучистого тепла	3	6	6	9
32	Система подогрева инфузионных растворов	6	12	14	16
33	Тележка для перевозки больных (каталка)	2	3	5	5
34	Фонендоскоп комбинированный	по количеству кошек и операционных столов	по количеству кошек и операционных столов	по количеству кошек и операционных столов	по количеству кошек и операционных столов
35	Аппарат для холтеровского мониторирования АД и ЭКГ	*	*	*	*
36	Электрокардиограф	1	2	2	3
II. Медицинская мебель					
1	Каталка с подъемником для транспортировки больных или тележка медицинская	1	2	3	3
2	Каркас для открытого лечения ран для взрослых	1	2	3	3

3	Кресло-ката- лка	2	4	4	4
4	Подъемник ванный	*	*	*	*
5	Подъемник д л я тяжелобольн ых	*	*	*	*
6	С т о л анестезиологи ческий	*	*	*	*
7	Стол для медикаментов	4	6	8	10
8	С т о л манипуляцио нный	1	2	4	6
9	С т о л перевязочный	1	2	4	6
10	Столик для стерильного материала	1	2	4	4
11	Столик инструментал ьный	2	2	4	6
12	Столик надкроватный	по количеству коек	по количеству коек	по количеству коек	по количеству коек
13	Тележка комбинирова нная для перевозки чистого и грязного белья	*	*	*	*
14	Тележка медицинская многофункци ональная	*	*	*	*
15	Шкаф для медицинских препаратов группы "А" и "В"	1	2	2	2
16	Ш к а ф медицинский двухстворчат ый	*	*	*	*
17	Шкаф-сейф д л я	1	2		2

	сильнодейств ующих лекарств			2	
18	Холодильник для хранения лекарственны х средств	2	2	3	4

Примечания: * по потребности

Приложение 2
к Стандарту организации оказания
анестезиологической
и реаниматологической помощи
в Республике Казахстан

Шкала оценки физического состояния пациента перед операцией

Класс	Физический статус
I	нормальные здоровые пациенты
II	легкая системная патология, отсутствие функциональных ограничений
III	тяжелая системная патология, со значительными функциональными ограничениями, но не угрожающая жизни
IV	тяжелая системная патология, угрожающая жизни
V	критическое состояние, высока вероятность гибели пациента в течение 24 ч после операции или без нее
VI	пациенты с установленной смертью мозга, чьи органы могут использоваться для целей донорства
При срочных вмешательствах добавляется буква Э (экстренный) к номеру класса	

Приложение 3
к Стандарту организации оказания
анестезиологической
и реаниматологической помощи
в Республике Казахстан

Объем предоперационного обследования пациентов

1. По экстренным показаниям
 - 1) группа крови и резус-фактор;
 - 2) анализ крови на гемоглобин, гематокрит, тромбоциты, время свертывания по Ли-Уайту;
 - 3) общий анализ мочи (катетером);
 - 4) анализ крови на вирус иммунодефицита человека (далее – ВИЧ), австралийский антиген, гепатит С (проводится забор крови для последующего анализа).
2. По срочным показаниям
 - 1) группа крови и резус-фактор;

2) общий анализ крови (подсчет эритроцитов, гемоглобина, гематокрита, лейкоцитов с формулой, тромбоцитов, времени свертывания крови, времени длительности кровотечения, скорости оседания эритроцитов);

3) электрокардиограмма (далее – ЭКГ);

4) консультация терапевта или педиатра;

5) рентгеноскопия или рентгенография грудной клетки (по показаниям);

6) биохимический анализ крови (аланин-трансаминаза, аспарагата-трансаминаза, билирубин, глюкоза, общий белок, мочеви́на, креатинин);

7) коагулограмма (протромбиновый индекс, активированное частичное тромбопластиновое время, фибриноген);

8) анализ крови на ВИЧ, австралийский антиген, гепатит С (проводится забор крови для последующего анализа).

3. Для плановых операций

(срок годности не более 10 суток)

1) общий анализ крови (подсчет эритроцитов, гемоглобина, гематокрита, лейкоцитов с формулой, тромбоцитов, времени свертывания крови, времени длительности кровотечения, скорости оседания эритроцитов);

2) общий анализ мочи;

3) группа крови и резус-фактор;

4) ЭКГ;

5) флюорография (рентгенография) грудной клетки;

6) анализ крови на ВИЧ, австралийский антиген, гепатит С.

7) печеночные пробы;

8) остаточный азот (мочеви́на);

9) глюкоза крови;

10) консультация терапевта;

11) время свертывания по Ли - Уайту и длительность кровотечения.

Дополнительные анализы после осмотра анестезиолога-реаниматолога (не менее чем за 24 часа до операции).

1) коагулограмма;

2) электролиты плазмы крови;

3) общий белок, белковые фракции;

4) остаточный азот (мочеви́на);

5) активность аминотрансфераз;

6) исследования функций внешнего дыхания и сердечно-сосудистой системы – по показаниям;

7) консультация профильных специалистов – по показаниям.

4. При плановых операциях у детей

(срок годности не более 10 суток)

- 1) группа крови и резус-фактор;
- 2) общий анализ крови (подсчет эритроцитов, гемоглобина, гематокрита, лейкоцитов с формулой, тромбоцитов, времени свертывания крови, времени длительности кровотечения, скорости оседания эритроцитов);
- 3) общий анализ мочи;
- 4) коагулограмма;
- 5) электролиты плазмы крови;
- 6) общий белок, белковые фракции;
- 7) мочевины крови;
- 8) активность аминотрансфераз;
- 9) глюкоза крови;
- 10) ЭКГ;
- 11) анализы крови на ВИЧ, австралийский антиген, гепатит С;
- 12) электроэнцефалограмма - по показаниям;
- 13) рентгенография органов грудной клетки (срок годности 3 недели);
- 14) консультация педиатра.

5. Амбулаторная хирургия (в стоматологии, офтальмологии, урологии, хирургии и другое) и малые хирургические (до 1 часа) операции (манипуляции) под общим обезболиванием. Срок годности не более 10 суток.

- 1) группа крови и резус-фактор;
- 2) общий анализ крови (подсчет эритроцитов, гемоглобина, гематокрита, лейкоцитов с формулой, тромбоцитов, времени свертывания крови, времени длительности кровотечения, скорости оседания эритроцитов);
- 3) общий анализ мочи;
- 4) осмотр участкового терапевта (педиатра);
- 5) флюорография (рентгенография);
- 6) анализ крови на ВИЧ, австралийский антиген, гепатит С.