

Об утверждении стандарта организации оказания детской онкологической и гематологической помощи в Республике Казахстан

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 13 августа 2024 года № 60 . Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 14 августа 2024 года № 34930.

В соответствии с подпунктом 32) статьи 7 и статьи 138 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения" ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить стандарт организации оказания детской онкологической и гематологической помощи в Республике Казахстан согласно приложению, к настоящему приказу.

2. Департаменту охраны здоровья матери и ребенка Министерства здравоохранения Республики Казахстан в установленном законодательством Республики Казахстан порядке обеспечить:

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

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

3) в течение десяти рабочих дней после государственной регистрации настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан представление в Юридический департамент Министерства здравоохранения Республики Казахстан сведений об исполнении мероприятий, предусмотренных подпунктами 1) и 2) настоящего пункта.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на курирующего вице-министра здравоохранения Республики Казахстан.

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

*Министр здравоохранения
Республики Казахстан*

А. Альназарова

Приложение к приказу
Министр здравоохранения
Республики Казахстан
от 13 августа 2024 года № 60

Стандарт организации оказания детской онкологической и гематологической помощи в Республике Казахстан

Глава 1. Общие положения

1. Настоящий стандарт организации оказания детской онкологической и гематологической помощи в Республике Казахстан (далее – Стандарт) разработан в соответствии с подпунктом 32) статьи 7 и статьей 138 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения" (далее – Кодекс) и устанавливает требования и правила к процессам организации оказания медицинской помощи детям с онкологическими и гематологическими заболеваниями в организациях здравоохранения в соответствии с законодательством Республики Казахстан в области здравоохранения.

2. Детская онкологическая и гематологическая помощь оказывается детям в формах и условиях согласно статьям 117, 118 Кодекса в соответствии с маршрутом пациента с онкологическим и гематологическим заболеванием согласно приложению 1 к настоящему Стандарту.

3. Медицинские организации (далее – МО) обеспечивают выполнение мероприятий, направленных на профилактику, раннюю диагностику, лечение, динамическое наблюдение пациентов с соблюдением преемственности на всех этапах оказания детской онкологической и гематологической помощи.

4. Детская онкологическая и гематологическая помощь предоставляется в соответствии с постановлениями Правительства Республики Казахстан от 16 октября 2020 года № 672 "Об утверждении перечня гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и признании утратившими силу некоторых решений Правительства Республики Казахстан", от 20 июня 2019 года № 421 "Об утверждении перечня медицинской помощи в системе обязательного социального медицинского страхования" субъектами здравоохранения, претендующими на оказание медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП) и в системе обязательного социального медицинского страхования независимо от форм собственности.

5. Оказание детской онкологической и гематологической помощи проводится в соответствии с клиническими протоколами диагностики и лечения, утвержденными Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг (далее – ОКК) Министерства здравоохранения Республики Казахстан, а при их отсутствии в соответствии с современными достижениями науки и практики в области детской онкологии и гематологии с учетом принципов доказательности. При необходимости терапии препаратом, который не входит в клинический протокол диагностики и лечения, назначение препарата осуществляется по решению консилиума профильных специалистов.

6. МО обеспечивают ведение форм учетной документации в области здравоохранения в соответствии с приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020 "Об утверждении форм учетной документации в области здравоохранения, а также

инструкций по их заполнению" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21579) (далее – приказ № ҚР ДСМ-175/2020).

7. Детская онкологическая и гематологическая помощь на платной основе предоставляется в соответствии с утвержденным приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 29 октября 2020 года № ҚР ДСМ-170/2020 "Об утверждении правил оказания платных услуг субъектами здравоохранения и типовой формы договора по предоставлению платных медицинских услуг (помощи)" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21559).

8. Отказ от детской онкологической и гематологической помощи регламентирован статьей 136 Кодекса.

9. Термины и определения, используемые в настоящем Стандарте:

1) законные представители ребенка – родители (родитель), усыновители (удочерители), опекун или попечитель, приемный родитель (приемные родители), приемный профессиональный воспитатель (приемные профессиональные воспитатели), патронатный воспитатель и другие заменяющие их лица, осуществляющие в соответствии с законодательством Республики Казахстан заботу, образование, воспитание, защиту прав и законных интересов ребенка;

2) динамическое наблюдение – систематическое наблюдение за состоянием здоровья населения, а также оказание необходимой медицинской помощи по результатам данного наблюдения;

3) клинический протокол (далее – КП) – научно доказанные рекомендации по профилактике, диагностике, лечению, медицинской реабилитации и паллиативной медицинской помощи при определенном заболевании или состоянии пациента;

4) МО – организация здравоохранения, основной деятельностью которой является оказание медицинской помощи;

5) первичная медико-санитарная помощь (далее – ПМСП) – место первого доступа к медицинской помощи, ориентированной на нужды населения, включающей профилактику, диагностику, лечение заболеваний и состояний, оказываемых на уровне человека, семьи и общества;

6) мультидисциплинарная группа (далее – МДГ) – группа различных специалистов, формируемая в зависимости от характера нарушения функций и структур организма пациента, тяжести его клинического состояния;

7) трансплантация – пересадка органов (части органа) и (или) тканей (части ткани) на другое место в организме или в другой организм;

8) Детская онкологическая и гематологическая помощь – комплекс медицинских услуг, направленных на диагностику и раннее выявление злокачественных

новообразований и доброкачественных заболеваний системы крови и кроветворных органов и их терапию, сохранение и восстановление здоровья детей с онкологическими и гематологическими заболеваниями.

Сноска. Пункт 9 с изменением, внесенным приказом и.о. Министра здравоохранения РК от 31.03.2025 № 26 (вводится в действие с 01.07.2025).

Глава 2. Структура организаций, оказывающих детскую онкологическую и гематологическую помощь

10. На первичном уровне детская онкологическая и гематологическая помощь осуществляется МО первичной медико-санитарной помощи и консультативно-диагностической помощи (далее – КДП), в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 24 августа 2021 года № ҚР ДСМ-90 "Об утверждении Правил оказания первичной медико-санитарной помощи" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 24094).

11. На вторичном уровне детская онкологическая и гематологическая помощь осуществляется на уровне многопрофильных областных детских больниц (далее – ОДБ) и / или городских детских больниц (далее – ГДБ) – в отделении детской онкологии и гематологии, соматических отделениях с наличием онкологических, гематологических или паллиативных коек и в консультационно-диагностических отделениях.

12. На третичном уровне детская онкологическая и гематологическая помощь осуществляется в соответствующих отделениях детских МО республиканского уровня, за исключением случаев, требующих проведения лучевой терапии и операций при опухолях центральной нервной системы.

13. Медицинская помощь в стационарозамещающих условиях детям осуществляется организациями ПМСП, ОДБ, ГДБ, детских МО республиканского уровня в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 июня 2023 года № 106 "Об утверждении стандарта оказания медицинской помощи в стационарозамещающих условиях в Республике Казахстан" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 32740).

14. Республиканские МО, оказывающие детскую онкологическую и гематологическую помощь на третичном уровне, осуществляют организационно-методическую помощь специалистам первичного и вторичного уровней.

15. Уполномоченный орган в сфере здравоохранения закрепляет общую координацию детской онкологической и гематологической помощи за детской МО республиканского уровня (далее – Координационный центр).

Глава 3. Основные задачи и направления деятельности организаций, оказывающих детскую онкологическую и гематологическую помощь

16. Основными задачами и направлениями деятельности МО, оказывающих детскую онкологическую и гематологическую помощь, являются:

1) профилактика, ранняя диагностика с соблюдением преемственности на всех этапах оказания медицинской помощи;

2) лечение и медицинская реабилитация детей с онкологическими и гематологическими заболеваниями, в том числе с использованием инновационных и (или) уникальных методов диагностики и лечения;

3) проведение мероприятий, направленных на увеличение выживаемости детей с онкологическими и гематологическими заболеваниями, улучшение качества их жизни, снижение смертности;

4) осуществление комплекса мер по переливанию крови и ее компонентов совместно с МО и/или специалистами, осуществляющими деятельность по специальности "трансфузиология" в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 20 октября 2020 года № ҚР ДСМ-140/2020 "Об утверждении номенклатуры, правил заготовки, переработки, контроля качества, хранения, реализации крови, ее компонентов, а также правил переливания крови, ее компонентов" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21478);

5) проведение информационно-разъяснительной работы среди населения;

6) оказание паллиативной помощи в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 27 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-209/2020 "Об утверждении стандарта организации оказания паллиативной медицинской помощи" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21687), при наличии медицинских показаний.

Глава 4. Порядок оказания детской онкологической и гематологической помощи

Параграф 1. Порядок оказания детской онкологической и гематологической помощи в амбулаторных условиях

17. Детская онкологическая и гематологическая помощь в амбулаторных условиях включает ПМСП и специализированную помощь.

18. Детская онкологическая и гематологическая помощь в амбулаторных условиях оказывается врачами общей практики, педиатрами, детскими онкологами и гематологами, врачами смежных специальностей, медицинской сестрой (медицинским братом) расширенной практики, медицинской сестрой (медицинским братом) общей практики, медицинской сестрой участковой (медицинским братом участковым), медицинской сестрой специализированной (медицинским братом специализированным

), медицинской сестрой (медицинским братом) медицинского пункта в организациях образования (далее – специалистами сестринского дела), фельдшерами, специалистами по социальной работе в области здравоохранения в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 21 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-305/2020 "Об утверждении номенклатуры специальностей и специализаций в области здравоохранения, номенклатуры и квалификационных характеристик должностей работников здравоохранения" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21856) (далее – приказ № ҚР ДСМ-305/2020), а также психологами.

19. Детская онкологическая и гематологическая помощь в ПМСП осуществляется по обращаемости или в сроки обязательные для динамического контроля (далее – декретированные сроки) в соответствии с КП, после окончания интенсивного курса терапии.

20. Детская онкологическая и гематологическая помощь в ПМСП оказывается в:

- 1) медицинском пункте;
- 2) фельдшерско-акушерском пункте;
- 3) врачебной амбулатории (Центр семейного здоровья);
- 4) центре ПМСП;
- 5) поликлинике (районной, городской).

21. На уровне ПМСП проводятся:

1) профилактические осмотры детей в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-264/2020 "Об утверждении правил, объема и периодичности проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения, включая детей дошкольного, школьного возрастов, а также учащихся организаций технического и профессионального, послесреднего и высшего образования" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21820);

2) клинический осмотр врача;

3) лабораторное и инструментальное обследование;

4) назначение лечения в соответствии с выявленной нозологией и утвержденными КП;

5) мониторинг лабораторных показателей на фоне продолженной или поддерживающей терапии онкологического или гематологического заболевания;

6) динамическое наблюдение после перенесенного курса интенсивной химиотерапии злокачественных новообразований (далее - ЗНО) в декретированные сроки.

7) проведение экспертизы временной нетрудоспособности в соответствии с Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 18 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-198/2020 "Об утверждении правил проведения экспертизы временной

нетрудоспособности, а также выдачи листа или справки о временной нетрудоспособности" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21660);

8) оформление заключений на медико-социальную экспертизу в соответствии с приказом Заместителя Премьер-Министра - Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 29 июня 2023 года № 260 "Об утверждении Правил проведения медико-социальной экспертизы" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 32922) (далее – правила МСЭ);

9) проведение информационно-разъяснительной работы среди населения по ранним симптомам онкологических и гематологических заболеваний у детей;

10) оказание психологической и медико-социальной помощи пациентам с онкологическими и гематологическими заболеваниями;

11) направление на госпитализацию детей, нуждающихся в стационарной медицинской помощи.

22. Детская онкологическая и гематологическая помощь в амбулаторных условиях включает в себя проведение поддерживающей терапии в соответствии с КП.

23. Поддерживающая терапия проводится противоопухолевыми, иммуносупрессивными и другими препаратами согласно КП, в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 августа 2021 года № ҚР ДСМ - 75 "Об утверждении Перечня лекарственных средств и медицинских изделий для бесплатного и (или) льготного амбулаторного обеспечения отдельных категорий граждан Республики Казахстан с определенными заболеваниями (состояниями)" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 23885).

24. Детская онкологическая и гематологическая помощь в амбулаторных условиях обеспечивает динамическое наблюдение в декретированные сроки детей с онкологическими и гематологическими заболеваниями согласно следующим приложениям к настоящему Стандарту:

1) приложение 2 – "Алгоритм динамического наблюдения детей с острым лейкозом и лимфобластным вариантом неходжкинской лимфомы";

2) приложение 3 – "Алгоритм динамического наблюдения детей с лимфомой Ходжкина";

3) приложение 4 – "Алгоритм динамического наблюдения детей с нефробластомой";

4) приложение 5 – "Алгоритм динамического наблюдения детей с нейробластомой";

5) приложение 6 – "Алгоритм динамического наблюдения детей с герминогенными опухолями";

6) приложение 7 – "Алгоритм динамического наблюдения детей с опухолями центральной нервной системы";

7) приложение 8 – "Алгоритм динамического наблюдения детей с медуллобластомой";

8) приложение 9 – "Алгоритм динамического наблюдения детей с остеогенной саркомой";

9) приложение 10 – "Алгоритм динамического наблюдения детей с саркомой мягких тканей";

10) приложение 11 – "Алгоритм динамического наблюдения детей с саркомой Юинга";

11) приложение 12 – "Алгоритм динамического наблюдения детей с ретинобластомой";

12) приложение 13 – "Алгоритм динамического наблюдения детей с гепатобластомой";

13) приложение 14 – "Алгоритм динамического наблюдения детей с назофарингеальной карциномой";

14) приложение 15 – "Алгоритм динамического наблюдения детей с раком щитовидной железы";

15) приложение 16 – "Алгоритм динамического наблюдения детей с гистиоцитозом из клеток Лангерганса";

16) приложение 17 – "Алгоритм динамического наблюдения детей с апластической анемией";

17) приложение 18 – "Алгоритм динамического наблюдения детей с наследственными нарушениями свертываемости крови".

25. Детская онкологическая и гематологическая помощь в амбулаторных условиях обеспечивает динамическое наблюдение после трансплантации гемопоэтических стволовых клеток в декретированные сроки детей с онкологическими и гематологическими заболеваниями согласно следующим приложениям к настоящему Стандарту:

1) приложение 19 – "План динамического наблюдения детей в посттрансплантационном периоде на первичном уровне (городов, областей)";

2) приложение 20 – "План динамического наблюдения детей в посттрансплантационном периоде на третичном уровне";

26. Специализированная медицинская помощь на амбулаторном уровне осуществляется врачом детским онкологом и гематологом по направлению врача ПМСП или другого профильного специалиста, при выявлении (подозрении) у ребенка заболевания системы крови и кроветворных органов, ЗНО.

27. Специализированная медицинская помощь на амбулаторном уровне включает:

1) динамическое наблюдение детей с онкологическими и гематологическими заболеваниями и детей после трансплантации гемопоэтических стволовых клеток в декретированные сроки согласно приложениям 2 - 20 к настоящему Стандарту;

2) проведение диагностических манипуляций (исследование общего и биохимического анализа крови, определение онкомаркеров, лучевые методы диагностики) при подозрении на ЗНО или его рецидив;

3) направление на госпитализацию детей, нуждающихся в стационарной или стационарозамещающей медицинской помощи;

4) привлечение врачей смежных специальностей для консультативной помощи при наличии медицинских показаний;

5) предоставление детям с онкологическими или гематологическими заболеваниями заключения для проведения первичного и/или повторного освидетельствования (переосвидетельствования) при проведении медико-социальной экспертизы в соответствии с правилами МСЭ;

6) направление на медицинскую реабилитацию и восстановительное лечение детей в стойкой ремиссии заболевания.

Параграф 2. Порядок оказания детской онкологической и гематологической помощи в стационарных и стационарозамещающих условиях

28. Детская онкологическая и гематологическая помощь в стационарных условиях осуществляется в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 24 марта 2022 года № ҚР ДСМ-27 "Об утверждении Стандарта оказания медицинской помощи в стационарных условиях в Республике Казахстан" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 27218) (далее – приказ № ҚР ДСМ-27).

29. Детская онкологическая и гематологическая помощь в стационарных условиях включает специализированную и высокотехнологичную медицинскую помощь.

30. Детская онкологическая и гематологическая помощь в стационарных условиях оказывается:

1) на первичном уровне в районных больницах при необходимости оказания экстренной или паллиативной помощи;

2) на вторичном уровне – в ОДБ и ГДБ;

3) на третичном уровне – в соответствующих отделениях республиканских МО.

31. Показаниями для госпитализации детей с онкологическими и гематологическими заболеваниями являются:

1) наличие кровотечения со слизистых, выраженный кожный геморрагический синдром;

2) наличие лимфопролиферативного синдрома;

3) наличие длительной лихорадки на фоне комбинированной антибактериальной терапии, при условии исключения инфекционных заболеваний;

4) наличие выраженного анемического синдрома;

5) наличие изменений в общем анализе крови в виде анемии, тромбоцитопении, лейкоцитоза или лейкопении, нарушения соотношения элементов лейкоцитарной формулы;

6) наличие или подозрение на опухолевидное образование любой локализации;

7) инфекционные, геморрагические и другие осложнения, возникающие у пациента с установленным диагнозом онкологического или гематологического заболевания;

8) подозрение на рецидив онкологического или гематологического заболевания.

32. Госпитализация детей с онкологическими и гематологическими заболеваниями осуществляется в плановом порядке посредством портала "Бюро госпитализации" в ОДБ, ГДБ и МО республиканского уровня.

33. МО, оказывающие детскую онкологическую и гематологическую помощь, обеспечивают мультидисциплинарный подход к лечению детей.

34. Оказание стационарной помощи на третичном уровне включает:

1) проведение специализированной медицинской помощи или высокотехнологичной медицинской помощи согласно утвержденным КП;

2) верификацию или подтверждение клинического диагноза на основании проведенного лабораторного и инструментального обследования согласно КП;

3) оценку эффективности и безопасности применения лекарственных средств, медицинских изделий и лечебного питания у детей с онкологическими и гематологическими заболеваниями;

4) определение тактики терапии на уровне еженедельных советов МДГ;

5) своевременную диагностику осложнений основного заболевания и проведение сопроводительной терапии;

6) обеспечение психологической поддержки детям с онкологическими и гематологическими заболеваниями и их законным представителям на этапах протокольного лечения;

7) обучение законных представителей детей с онкологическими и гематологическими заболеваниями правилам ухода и питания детей в период стационарного лечения.

35. При отсутствии ответа на терапию, проводимую согласно КП, развития у пациента резистентности (нечувствительности) и/или осложнений, препятствующих дальнейшему продолжению лечения, комиссия МДГ МО республиканского уровня принимает решение на применение видов терапии, не предусмотренных в КП основываясь на международном опыте.

36. После окончания курса лечения в МО республиканского уровня пациент направляется на вторичный и первичный уровень для дальнейшего динамического наблюдения.

37. Госпитализация по экстренным показаниям осуществляется в МО вторичного уровня вне зависимости от наличия направления, в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 2 апреля 2021 года № ҚР ДСМ - 27 "Об утверждении Стандарта организации оказания экстренной медицинской помощи в приемных отделениях медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях в Республике Казахстан" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 22493).

38. При экстренной госпитализации заполняется медицинская документация по форме № 001/у "Медицинская карта стационарного пациента", утвержденная приказом № ҚР ДСМ – 175/2020 включая информированное согласие пациента (законного представителя) на предоставление ему медицинской помощи.

39. Оказание детской онкологической и гематологической помощи в стационарных условиях на вторичном уровне включает:

- 1) первичную диагностику онкологического и гематологического заболевания;
- 2) проведение заместительной гемотрансфузионной терапии;
- 3) организацию консультаций и консилиумов врачами смежных специальностей;
- 4) проведение лечения гематологических заболеваний;
- 5) проведение диагностических манипуляций в декретированные сроки и при подозрении на рецидив заболевания;
- 6) лечение осложнений терапии в период между блоками химиотерапии;
- 7) эндолюмбальное и парентеральное введение химиопрепаратов поддерживающей терапии согласно КП острых лейкозов у детей;
- 8) оказание интенсивной терапии при наличии медицинских показаний;
- 9) оказание паллиативной медицинской помощи при онкологических и гематологических заболеваниях у детей;
- 10) проведение информационно-разъяснительной работы среди законных представителей детей, пропаганда здорового образа жизни;
- 11) организацию дистанционных медицинских услуг с МО республиканского уровня в сложных диагностических случаях;
- 12) перевод детей с онкологическими и гематологическими заболеваниями на третичный уровень;

40. Объем диагностических исследований, разрешенных к выполнению на вторичном уровне определен приложением 21 к настоящему Стандарту.

41. Госпитализация в МО республиканского уровня детей с онкологическими и гематологическими заболеваниями, нуждающихся по заключению лечащего врача в дополнительном уходе, осуществляется с законным представителем ребенка.

42. Законному представителю ребенка с онкологическими и гематологическими заболеваниями, находящегося в отделении интенсивной терапии, предоставляется возможность телесного (кожного) контакта и участие в уходе.

43. После завершения стационарного лечения пациентам на руки выдается выписной эпикриз из медицинской карты стационарного больного по форме 001-1/у "Выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного пациента", согласно приказу № ҚР ДСМ – 175/2020 с рекомендациями для определения программы динамического наблюдения в организации ПМСП по месту жительства.

44. Детская онкологическая и гематологическая помощь в стационарозамещающих условиях (экстренная и плановая) осуществляется в соответствии с приказом № ҚР ДСМ-27.

45. Детская онкологическая и гематологическая помощь в стационарозамещающих условиях оказывается врачами в:

- 1) дневных стационарах МО республиканского уровня;
- 2) дневных стационарах (койках) районной, межрайонной больниц, ОДБ, ГДБ;
- 3) дневных стационарах организаций ПМСП;
- 4) стационарах на дому организациями ПМСП.

46. Стационарозамещающая терапия (далее – СЗТ) осуществляется педиатром, врачом общей практики, детским онкологом и гематологом и включает:

1) оказание специализированной медицинской помощи, не требующей госпитализации в стационар с круглосуточным наблюдением;

2) оказание экстренной и плановой медицинской помощи детям, согласно утвержденным КП;

3) проведение необходимого минимального диагностического обследования согласно КП при наличии или подозрении на рецидив основного заболевания;

4) проведение инвазивных методов диагностики при динамическом наблюдении пациентов, завершивших основной курс химиотерапии;

5) ежедневный осмотр врача и заведующего отделением;

6) организацию консультаций врачей смежных специальностей и консилиумов при наличии медицинских показаний;

7) направление на госпитализацию или перевод в стационар с круглосуточным наблюдением, при наличии клинических проявлений рецидива основного заболевания, подтвержденного лабораторными исследованиями;

8) консультирование и обучение законных представителей детей по вопросам ухода, рационального питания и эмоциональной поддержки ребенка в период лечения.

Параграф 3. Порядок оказания скорой медицинской помощи, в том числе с привлечением медицинской авиации детям с онкологическими и гематологическими заболеваниями

47. Скорая медицинская помощь, в том числе с привлечением медицинской авиации детям с онкологическими и гематологическими заболеваниями оказывается в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-225/2020 "Об утверждении правил оказания скорой медицинской помощи, в том числе с привлечением медицинской авиации" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21713).

48. Транспортировка детей с онкологическими и гематологическими заболеваниями при необходимости оказания им скорой медицинской помощи, в том числе с привлечением медицинской авиации, в МО республиканского уровня осуществляется:

фельдшерскими выездными бригадами скорой медицинской помощи, прошедшими подготовку по специальности "фельдшер бригад скорой медицинской помощи";

врачебными выездными бригадами скорой медицинской помощи;

специализированными выездными бригадами скорой медицинской помощи, прошедшими подготовку по специальности "скорая и неотложная медицинская помощь";

мобильными бригадами медицинской авиации.

49. Скорая медицинская помощь пациентам с онкологическими и гематологическими заболеваниями предоставляется при:

1) непосредственной угрозе жизни, которая без своевременной медицинской помощи может привести к утяжелению состояния или летальному исходу;

2) наличии высокого риска возникновения непосредственной угрозы для жизни в любое время.

50. Оказание скорой медицинской помощи осуществляется выездными бригадами, оснащенными необходимым лечебно-диагностическим оборудованием, медикаментами и укомплектованными подготовленным квалифицированным медицинским персоналом.

51. Для транспортировки детей с онкологическими и гематологическими заболеваниями по линии медицинской авиации проводится гемотрансфузионная поддержка, обеспечивающая профилактику осложнений во время транспортировки.

52. Транспортировка детей с онкологическим и гематологическим заболеваниями осуществляется при условии:

1) отсутствия активного кровотечения со слизистых оболочек;

2) стабильной гемодинамики;

3) отсутствия признаков острого нарушения мозгового кровообращения;

4) согласования с принимающей медицинской организацией.

Глава 5. Штаты организаций здравоохранения, оказывающих детскую онкологическую и гематологическую помощь

53. Структура и штатная численность кабинета детского онколога и гематолога для оказания КДП в амбулаторных условиях устанавливаются руководителем МО, исходя из объема лечебно-диагностической работы и численности пациентов, но не менее 0,05 врачебных штатных единиц на 10 тысяч детского населения.

54. Для оказания КДП в амбулаторных условиях на 1 врачебную ставку определяется 1 ставка среднего медицинского персонала.

55. Минимальные штатные нормативы отделения детской онкологии и гематологии МО, оказывающей стационарную помощь на вторичном уровне, определены приложением 22 к настоящему Стандарту. При отсутствии отделения, на 8 гематологических и онкологических коек устанавливается не менее 1 врачебной штатной единицы.

56. Минимальные штатные нормативы отделения детской онкологии и гематологии МО, оказывающей стационарную помощь на третичном уровне, определены приложением 23 к настоящему Стандарту.

57. Минимальные штатные нормативы отделения трансплантации костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток (далее – ТГСК) определены приложением 24 к настоящему Стандарту.

58. Минимальные штатные нормативы дневного стационара для детей с онкологическими и гематологическими заболеваниями определены приложением 25 к настоящему Стандарту.

Глава 6. Минимальное оснащение медицинскими изделиями

59. Минимальное оснащение кабинета детского онколога и гематолога для оказания КДП в амбулаторных условиях определено приложением 26 к настоящему Стандарту.

60. Минимальное оснащение отделения детской онкологии и гематологии МО, оказывающей стационарную помощь определено приложением 27 к настоящему Стандарту.

61. Минимальное оснащение отделения ТГСК определено приложением 28 к настоящему Стандарту.

62. Минимальное оснащение дневного стационара для детей с онкологическими и гематологическими заболеваниями определено приложением 29 к настоящему Стандарту.

Глава 7. Порядок организации проведения трансплантации костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток при оказании детской онкологической и гематологической помощи

63. ТГСК осуществляется МО, имеющими лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая трансплантацию костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток.

64. ТГСК проводится в плановом порядке в стационарных условиях в виде высокотехнологичной медицинской помощи.

65. ТГСК осуществляется в виде:

- 1) трансплантации аутологичного костного мозга;
- 2) трансплантации аутологичных гемопоэтических стволовых клеток периферической крови;
- 3) трансплантации аллогенного костного мозга;
- 4) трансплантации аллогенных гемопоэтических стволовых клеток периферической крови;
- 5) трансплантации аллогенных гемопоэтических стволовых клеток пуповинной (плацентарной) крови.

66. Для проведения ТГСК изъятие костного мозга и забор гемопоэтических стволовых клеток периферической крови, осуществляются у живого донора, включая:

- 1) пациента (реципиента), нуждающегося в трансплантации аутологичного костного мозга или гемопоэтических стволовых клеток;
- 2) лицо, находящееся в биологической родственной связи с пациентом (реципиентом), нуждающимся в трансплантации аллогенного костного мозга или гемопоэтических стволовых клеток (далее – родственный донор);
- 3) лицо, не находящееся в биологической родственной связи с пациентом (реципиентом), нуждающимся в трансплантации аллогенного костного мозга или гемопоэтических стволовых клеток (далее – неродственный донор).

67. Подбор и активация неродственного донора, а также забор, осуществляется регистром гистотипированных доноров с учетом результатов типирования генов гистосовместимости человека.

68. Условиями госпитализации пациента (реципиента) для проведения ТГСК являются:

- 1) наличие медицинских показаний к трансплантации;
- 2) наличие результатов медицинского обследования пациента (реципиента);
- 3) отсутствие у пациента (реципиента) медицинских противопоказаний к трансплантации костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток;
- 4) наличие полностью или частично совместимого донора, в том числе гаплоидентичного (с гистосовместимостью 50 %) донора;
- 5) наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и нотариального согласия на проведение трансплантации костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток от законных представителей ребенка.

69. В МО, осуществляющей ТГСК, проводится медицинское обследование потенциального пациента (реципиента) в соответствии с КП в целях:

- 1) определения необходимого объема и сроков проведения предтрансплантационной подготовки;
- 2) оценки наличия ремиссии или рецидива основного заболевания;
- 3) планирования мероприятий по профилактике осложнений ТГСК;
- 4) определения результатов предшествующего лечения (первая или последующие ремиссия основного заболевания, резистентность к лечению, рецидив основного заболевания) если после медицинского обследования, прошло более 30 дней или медицинское обследование было проведено не в полном объеме;
- 5) тканевого типирования и инициирования поиска донора.

70. Порядок осуществления ТГСК:

- 1) МО, в которой проводится наблюдение и лечение пациента, нуждающегося в проведении ТГСК, проводит типирование генов гистосовместимости реципиента и сиблингов (родных братьев и сестер);
- 2) при отсутствии совместимого сиблинга проводится запрос в регистры костного мозга для поиска неродственного донора;
- 3) при отсутствии совместимого родственного и неродственного донора в регистрах костного мозга проводится типирование генов гистосовместимости родителей;
- 4) при наличии совместимого сиблинга или неродственного донора в регистрах костного мозга, или родственного частично совместимого донора, решение о сроках и виде предполагаемой трансплантации принимает консилиум МДГ;
- 5) предтрансплантационная подготовка пациента (реципиента) включает высокодозную химиотерапию и (или) лучевую терапию, иммуносупрессивную терапию и проводится в стационарных условиях.

Объем и сроки проведения предтрансплантационной подготовки устанавливаются решением консилиума МДГ;

6) МО, выполнившая ТГСК, до выписки из стационара направляет в органы государственного управления здравоохранением, по месту жительства пациента, сведения о проведенной трансплантации и назначении лекарственных препаратов для профилактики осложнений с указанием их международных непатентованных наименований и режима приема в целях организации своевременного обеспечения пациента указанными лекарственными препаратами.

71. Для изъятия костного мозга (далее – КМ) или забора гемопоэтических стволовых клеток (далее – ГСК) медицинское обследование потенциального донора проводится в организации ПМСП по месту прикрепления.

72. Медицинское обследование потенциального донора включает в себя проведение иммунологических, молекулярно-генетических методов обследования, необходимых

для определения тканевой гистосовместимости пары донор-реципиент, а также выявления у донора медицинских противопоказаний для изъятия КМ или забора ГСК.

73. Изъятие КМ и забор ГСК проводится с целью трансплантации или заготовки методом криоконсервации.

74. Забор ГСК осуществляется в отделении ТГСК и (или) отделении онкологии/гематологии.

75. Для осуществления деятельности по забору и обработке КМ и (или) ГСК в МО создаются лаборатория клеточных технологий и отдел клинической трансфузиологии.

76. Изъятие КМ выполняется детскими онкологами и гематологами, врачами – трансфузиологами, врачами анестезиологами и реаниматологами в условиях операционной в присутствии врача-анестезиолога-реаниматолога методом миелоэкспузии.

77. Перед проведением изъятия КМ методом миелоэкспузии проводится осмотр донора врачом-анестезиологом-реаниматологом.

78. Забор ГСК периферической крови выполняется врачом-трансфузиологом в условиях помещения предназначенного для этих целей, методом аппаратного цитафереза.

79. После изъятия КМ и забора ГСК проводится их трансплантация реципиенту полностью либо частично, в соответствии с КП.

80. При частичной трансплантации, проводится криоконсервация неиспользованных КМ и ГСК, для возможной повторной трансплантации.

81. При изъятии с целью заготовки, осуществляется криоконсервация КМ и ГСК и при необходимости фракций донорских лимфоцитов для обеспечения возможности их последующих инфузий.

82. Для уменьшения риска нежелательных реакций, улучшения результатов трансплантации в соответствии с КП осуществляется обработка КМ и ГСК.

83. Хранение КМ осуществляется организациями, имеющими лицензию на медицинскую деятельность, включая работы (услуги) по изъятию и хранению органов и (или) тканей человека для трансплантации в государственной системе здравоохранения.

84. Хранение ГСК осуществляется организациями, имеющими лицензию на медицинскую деятельность, включая работы (услуги) по хранению гемопоэтических стволовых клеток.

85. Хранение КМ и ГСК осуществляется от момента их изъятия (забора) до введения пациенту (реципиенту).

86. Хранение КМ, до 72 часов от момента его изъятия, осуществляется при температуре от +2 до +8 градусов Цельсия.

87. Хранение КМ, свыше 72 часов от момента его изъятия, при условии обработки и криоконсервирования, осуществляется при температуре от -140 до -196 градусов Цельсия.

88. Хранение ГСК и фракций донорских лимфоцитов:

при температуре от +2 до +8 градусов Цельсия осуществляется не более 8 часов от момента их забора (заготовки);

при температуре от +4 до +6 градусов Цельсия осуществляется от 8 до 72 часов от момента их забора (заготовки);

при температуре от -140 до -196 градусов Цельсия осуществляется свыше 72 часов от момента их забора (заготовки), при условии обработки и криоконсервирования.

89. Хранение криоконсервированных КМ, ГСК (кроме ГСК пуповинной (плацентарной) крови) и фракций донорских лимфоцитов прекращается в следующих случаях:

1) смерти потенциального пациента (реципиента) или пациента (реципиента), которому была проведена ТГСК;

2) отсутствия у потенциального пациента (реципиента) или пациента (реципиента), которому была проведена ТГСК, медицинских показаний к ТГСК или инфузии фракций донорских лимфоцитов в течение пяти лет с даты изъятия КМ или забора ГСК у донора.

90. Транспортировка КМ и ГСК из МО, осуществившей изъятие КМ или забор ГСК, в МО для проведения трансплантации, осуществляется специалистами, обученными транспортировке ГСК и КМ.

91. Температурный режим и условия транспортировки КМ и ГСК обеспечиваются в соответствии с КП. Расстояния и длительность транспортировки согласовываются с МО осуществляющей трансплантацию.

92. Транспортировка КМ и ГСК, не подвергавшихся криоконсервированию, осуществляется в двойном контейнере.

Внутренний контейнер должен быть герметичен и предотвращать протекание клеточной взвеси.

Внешний контейнер должен быть выполнен из материала, устойчивого к механическому повреждению, включая повреждение острым предметом, перепадам давления и температуры.

93. Транспортировка криоконсервированных КМ или ГСК осуществляется в транспортируемом криогенном контейнере при температуре от -140 до -196 градусов Цельсия.

94. При проведении досмотра багажа на объектах транспорта не допускается рентгеновское облучение контейнера с КМ и ГСК.

95. В отделении трансплантации КМ и ГСК предусматриваются:

изолированные палаты (боксы) для трансплантации КМ и ГСК, оснащенные системой очистки воздуха, подводкой медицинских газов, туалетными комнатами с душевыми кабинами, входящими в состав трансплантационного бокса либо расположенные отдельно на территории отделения (блока);

процедурный кабинет с ламинарным шкафом для разведения лекарственных препаратов, приготовления растворов;

процедурный кабинет для медицинских манипуляций;

помещение для хранения КМ и ГСК (до 72 часов);

комната для хранения медицинского оборудования;

комната для хранения растворов и расходных материалов;

кабинет заведующего отделением;

кабинет для врачей (ординаторская);

кабинет старшей медицинской сестры;

комната для среднего медицинского персонала;

кабинет сестры-хозяйки;

комната для приема пищи лиц, осуществляющих уход;

комната для уборочного инвентаря;

душевая и туалет для медицинского персонала;

душевая и туалет для лиц, осуществляющих уход;

санитарный пропускник для обеспечения биологической безопасности пациентов (реципиентов) в раннем посттрансплантационном периоде;

помещение для сбора грязного белья, судномоечной машины (если не предусмотрены иные методы обработки суден).

Приложение 1
к Стандарту организации
оказания онкологической
и гематологической помощи
детскому населению
в Республике Казахстан

Маршрут пациента с онкологическим и гематологическим заболеванием

Первичный уровень: При подозрении на онкологическое или гематологическое заболевание пациент обращается к врачу педиатру или врач общей практики, где осуществляется осмотр с проведением рутинных методов лабораторно-инструментального исследования.

Вторичный уровень: Участковый врач (педиатр, врач общей практики) при подозрении на онкологическое или гематологическое заболевание направляет ребенка на консультацию к онкологу/гематологу детскому, где проводится дополнительный объем диагностических исследований для установления диагноза (клинические анализы, миелограмма, онкомаркеры, инструментальные – ультразвуковое

исследование, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография и другие). При подтверждении диагноза онкологического или гематологического заболевания врач по специальности "Детский онколог и гематолог" направляет ребенка для полной верификации диагноза и на дальнейшее специализированное лечение в детские медицинские организации (далее – МО) республиканского уровня.

Третичный уровень: В детских МО республиканского уровня проводится окончательная верификация диагноза (иммуногистохимия, молекулярно-генетическая, иммунофенотипирование, FISH (ФИШ), онкомаркеры) и определяется дальнейшая тактика ведения пациентов.

Лучевая терапия детям проводится в медицинских организациях, имеющих лицензию на проведение лучевых методов терапии у детей.

Дети с подозрением на злокачественное новообразование центральной нервной системы направляются в медицинские организации имеющих лицензию на оказание нейрохирургической помощи детям.

Диагностика ретинобластомы у детей проводится на базе организации республиканского уровня по офтальмологическому профилю совместно с детскими МО республиканского уровня.

После завершения интенсивного курса лечения на третичном уровне ребенок выписывается и направляется на первичный уровень с соответствующими рекомендациями. При необходимости продолжить поддерживающую химиотерапию на амбулаторном уровне по рекомендациям специалистов республиканских центров участковый врач делает заявку на необходимые химиопрепараты, организывает исследование общего анализа крови и биохимического анализа крови ребенка еженедельно и контролирует выполнение поддерживающей терапии пациентом.

В декретированные сроки дети участковым врачом (педиатр, врач общей практики) направляются на областной (городской) или республиканский уровни для контроля динамики заболевания и коррекции поддерживающей терапии

Пациент с подозрением на онкологическое или гематологическое заболевание	Уровень оказания помощи	Пациент с верифицированным диагнозом онкологического или гематологического заболевания
1. Осмотр врача; 2. Рутинные лабораторные и инструментальные методы диагностики;	Первичный	1. Динамическое наблюдение; 2. Организация лабораторной диагностики в период продолженной терапии; 3. Лекарственное обеспечение в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 августа 2021 года № ҚР ДСМ-75 "Об утверждении перечня лекарственных средств и медицинских изделий для бесплатного и (или) льготного

3. Направление на госпитализацию на вторичный или третичный уровень.		амбулаторного обеспечения отдельных категорий граждан Республики Казахстан с определенными заболеваниями (состояниями)" (зарегистрирован в реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 23885); 4. Паллиативная помощь при необходимости.
Кабинет детского онколога/гематолога 1. Первичная диагностика; 2. Определение уровня оказания медицинской помощи; 3. Направление на госпитализацию при необходимости.	Вторичный	Кабинет детского онколога/гематолога 1. Динамическое наблюдение (осмотр детского онколога и гематолога, лабораторный контроль, лучевая диагностика); 2. Коррекция поддерживающей химиотерапии, иммуносупрессивной терапии, заместительной терапии; 3. Консультации смежных специалистов при необходимости; 4. Направление на госпитализацию при необходимости; 5. Паллиативная помощь.
Отделение областной/городской детской больницы 1. Первичная диагностика пациентов с подозрением на онкологическое или гематологическое заболевание в объеме исследований, указанных в приложении 22 к данному стандарту; 2. Сопроводительная терапия и подготовка пациента к транспортировке на третичный уровень.		Отделение областной/городской детской больницы 1. Эндолюмбальное введение химиопрепаратов на поддерживающей химиотерапии; 2. Лечение осложнений в межблочный период; 3. Диагностика при подозрении на рецидив заболевания; 4. Лечение гематологических заболеваний; 5. Паллиативная терапия.
1. Верификация диагноза на основании цитоморфологии, патоморфологии, иммунологических, цитогенетических,		1) Проведение специализированной медицинской помощи или высокотехнологичных медицинских услуг согласно утвержденным клиническим протоколам; 2) Работа мультидисциплинарной группы; 3) Психологическая поддержка; 4) Лучевая терапия детям проводится в медицинских организациях, имеющих лицензию

молекулярно-генетических, лучевых и функциональных методов диагностики; 2. Диагностика опухолей сетчатки глаза проводится в Казахском научно-исследовательском институте глазных болезней; 3. Направление на госпитализацию при необходимости.	Третичный	на проведение лучевых методов терапии у детей; 5) Оперативное лечение опухолей центральной нервной системы осуществляется в медицинских организациях, имеющих лицензию на оказание нейрохирургической помощи детям; 6) Динамическое наблюдение (осмотр детского онколога и гематолога, лабораторный контроль, лучевая диагностика); 7) Коррекция поддерживающей химиотерапии, иммуносупрессивной терапии, заместительной терапии; 8) Консультации смежных специалистов при необходимости; 9) Терапия рецидива заболевания; 10) Паллиативная помощь.
---	-----------	--

Приложение 2
к Стандарту организации
оказания онкологической
и гематологической помощи
детскому населению
в Республике Казахстан

Алгоритм динамического наблюдения детей с острым лейкозом и неходжкинской лимфомы

Осмотр и обследование на первичном и вторичном уровнях	Кратность осмотра и обследования		
	1-й год	2-й год	3-5 лет
Оценка физического состояния, клинический осмотр педиатра, врача общей практики, онколога/гематолога детского	1 раз в неделю	1 раз в месяц	1 раз в 6 месяцев
Общий анализ крови на поддерживающей терапии	1 раз в неделю	1 раз в неделю	1 раз в год
Общий анализ крови без поддерживающей терапии	1 раз в месяц	1 раз в месяц	1 раз в год
Биохимия крови (общий белок, альбумин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, лактатдегидрогеназа, билирубин общий и с	1 раз в 2 недели		1 раз в 6 месяцев

фракциями, мочевины, креатинин, ферритин, щелочная фосфатаза)		1 раз в месяц	
Миелограмма	по показаниям	по показаниям	по показаниям
Ликворограмма	по показаниям	по показаниям	по показаниям
Позитронно-эмиссионная томография фтордезоксиглюкозой*	по показаниям	по показаниям	по показаниям
Ультразвуковое исследование органов брюшной полости	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год	по показаниям
Электрокардиография	по показаниям	по показаниям	по показаниям
Эхокардиография	по показаниям	по показаниям	по показаниям
Реоэнцефалография	по показаниям	по показаниям	по показаниям
Электроэнцефалография	по показаниям	по показаниям	по показаниям
Иммуноферментный/иммунохемилюминисцентный анализ на гепатиты "В", "С"	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год	по показаниям
Полимеразно-цепная реакция на гепатиты "В", "С"	1 раз в 6 месяцев	1 раз в 6 месяцев	по показаниям
Консультация гепатолога, оториноларинголога, стоматолога,	1 раз в 6 месяцев	1 раз в 6 месяцев	по показаниям
Консультация эндокринолога	1 раз в 3 месяца	1 раз в 6 месяцев	по показаниям
Консультация, кардиолога, невролога, психолога	1 раз в 3 месяца	1 раз в 6 месяцев	по показаниям
Осмотр и обследование на третичном уровне	1 раз в 3 месяца	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год

* - Примечание: для пациентов с неходжкинской лимфомой

Приложение 3
к Стандарту организации
оказания онкологической
и гематологической помощи
детскому населению
в Республике Казахстан

Алгоритм динамического наблюдения детей с лимфомой Ходжкина

Обследование и осмотр на первичном и вторичном уровнях	Кратность осмотра и обследования				
	1-й год	2-й год	3-й год	4-й год	5-й год
Оценка физического					

состояния, клинический осмотр педиатра, врача общей практики	1 раз в месяц	1 раз в 3 месяца	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год	1 раз в год
Осмотр областного детского онколога/гематолога	1 раз в 3 месяца	1 раз в 3 месяца	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год	1 раз в год
Осмотр детского эндокринолога	1 раз в год	1 раз в год	1 раз в год	1 раз в год	1 раз в год
Общий анализ крови	1 раз в неделю	1 раз в неделю	1 раз в 3 месяца	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год
После лучевой терапии средостения и/или легких: функция внешнего дыхания	1 раз в год	Индивидуально			
Ультразвуковое исследование органов брюшной полости	1 раз в 3 месяца	1 раз в 3 месяца	1 раз в 6 месяцев	1 раз в 6 месяцев	1 раз в 6 месяцев
Ультразвуковое исследование периферических лимфоузлов	1 раз в 3 месяца	1 раз в 3 месяца	1 раз в 6 месяцев	1 раз в 6 месяцев	1 раз в 6 месяцев
Магнитно-резонансная томография/Компьютерная томография с контрастным усилением пораженного органа	1 раз в 3 месяца	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год	1 раз в год	1 раз в год
После лучевой терапии шеи: гормоны щитовидной железы	1 раз в год	1 раз в год	1 раз в год	1 раз в год	1 раз в год
Электрокардиография/Эхокардиография	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год	1 раз в год	1 раз в год	1 раз в год
Позитронно-эмиссионная томография с	По назначению специалистов третичного уровня				

фтордезоксиглю козой					
Осмотр врача детского онколога и гематолога на третичном уровне *	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год	1 раз в год	1 раз в год	1 раз в год

* - Примечание: с результатами обследования (компьютерная томография / магнитно-резонансная томография, ультразвуковая диагностика, онкомаркеры), проведенного по месту жительства

Приложение 4
к Стандарту организации
оказания онкологической
и гематологической помощи
детскому населению
в Республике Казахстан

Алгоритм динамического наблюдения детей с нефробластомой

Обследование и осмотр на первичном и вторичном уровнях	Кратность осмотра и обследования			
	1-й год	2-й год	3-й год	4-5 год
Оценка физического состояния, клинический осмотр педиатра, врача общей практики	1 раз в 3 месяца	1 раз в 3 месяца	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год
Осмотр областного детского онколога/ гематолога	1 раз в 3 месяца	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год	1 раз в год
Развернутый общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (общий белок, креатинин, мочевина, аланинаминотрансф е р а з а , аспартатаминотранс фераза, билирубин, лактатдегидрогиназ а)	1 раз в 3 месяца	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год	1 раз в год
Ультразвуковое исследование органов брюшной полости и почек	1 раз в месяц	1 раз в 6 месяцев	1 раз в 6 месяцев	1 раз в 6-12 месяцев

Компьютерная томография органов грудной клетки	1 раз в 3 месяца	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год	1 раз в год
Магнитно-резонансная томография/ Компьютерная томография органов брюшной полости и почек с контрастным усилением	1 раз в 3 месяца	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год	1 раз в год
Электрокардиография / Эхокардиография	1 раз в 6 месяцев	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год	1 раз в год
Проведение аудиометрии	1 раз в год	1 раз в год	1 раз в год	1 раз в год
Осмотр детского онколога / гематолога на третичном уровне*	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год	1 раз в год	1 раз в год

* - Примечание: с результатами лучевых методов обследования (компьютерная томография /магнитно-резонансная томография, ультразвуковая диагностика), проведенных по месту жительства

Приложение 5
к Стандарту организации
оказания онкологической
и гематологической помощи
детскому населению
в Республике Казахстан

Алгоритм динамического наблюдения детей с нейробластомой

Обследование и осмотр на первичном и вторичном уровнях	Кратность осмотра и обследования		
	1-год	2-5 годы	После 5-лет
Оценка физического состояния, клинический осмотр педиатра, врача общей практики	1 раз в месяц	1 раз в 3 месяца	1 раз в год
Осмотр врача детского онколога и гематолога вторичного уровня	1 раз в месяц	1 раз в 3 месяца	1 раз в год
Метаболиты катехоламинов в моче (гомованилиновая и ванилилминдальная кислоты), по месту жительства	1 раз в месяц	1 раз в 3 месяца	1 раз в год
Лактатдегидрогеназа, ферритин и		1 раз в	

нейронспецифическаяэн- лаза по месту жительства	1 раз в месяц	3 месяца	1 раз в год
Ультразвуковое исследование очага поражения по месту жительства	1 раз в месяц	Каждые 3-6 месяцев	1 раз в год
Электрокардиография/ эхокардиография, аудиометрия, контроль функции почек, гормоны щитовидной железы, кривая роста, половое развитие	1 раз в год	1 раз в год	-
Магнитно-резонансная томография/ Компьютерная томография очага поражения с контрастным усилением по месту жительства	1 раз в 3 месяца	1 раз в 3-6 месяцев	По показаниям
Сцинтиграфия с мета-йод-бензил-гуаниди- ном	По показаниям специалистов третичного уровня		
Позитронно-эмиссионная томография/ Компьютерная томография	По показаниям специалистов третичного уровня		
Осмотр врача детского онколога и гематолога на третичном уровне*	1 раз в 3 месяца).	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год
Миелограмма	По показаниям		

* - Примечание: с результатами обследования (компьютерная томография / магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование, онкомаркеры), проведенного по месту жительства

Приложение 6
к Стандарту организации
оказания онкологической
и гематологической помощи
детскому населению
в Республике Казахстан

Алгоритм динамического наблюдения детей с герминогенными опухолями

Обследование и осмотр на первичном и вторичном уровнях	Кратность осмотра и обследования		
	1-год	2-год	3-5 лет
Оценка физического состояния, клинический осмотр педиатра, врача общей практики	1 раз в 1 месяц	1 раз в 3 месяца	1 раз в 6 месяцев.

Осмотр врача детского онколога и гематолога вторичного уровня	1 раз в 3 месяца	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год
Ультразвуковое исследование органов брюшной полости по месту жительства	1 раз в 3 месяца	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год
Ультразвуковое исследование очага поражения по месту жительства	1 раз в 6 недель	1 раз в 3 месяца	1 раз в 6-12 месяцев
Компьютерная томография органов грудной клетки	1 раз в 3-6 месяцев	1 раз в 6-12 месяцев	1 раз в год
Магнитно-резонансная томография/ Компьютерная томография очага поражения с контрастным усилением по месту жительства	1 раз в 3 месяца	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год
Аудиометрия (если пациент получал химиотерапию препаратами платины)	1 раз в год	1 раз в год	1 раз в год
Общий анализ крови и биохимия крови (общий белок, креатинин, мочевина, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, билирубин, лактатдегидрогеназа)	1 раз в 3 месяца	по показаниям	по показаниям
Опухолевые маркеры по месту жительства: альфа-фетопротеин и β-хорионического гонадотропина человека)	1 раз в месяц	1 раз в 3 - 6 месяцев	1 раз в 6-12 месяцев
Осмотр эндокринолога, детского гинеколога	По показаниям	По показаниям	По показаниям
Осмотр врача детского онколога и гематолога на третичном уровне*	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год	1 раз в год
Позитронно-эмиссионная томография с фтордезоксиглюкозой / Компьютерная томография **	по показаниям		

* - Примечание: с результатами обследования (компьютерная томография / магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование, онкомаркеры), проведенного по месту жительства.

** - Примечание: направляется областным онкологом.

Приложение 7
к Стандарту организации
оказания онкологической
и гематологической помощи
детскому населению
в Республике Казахстан

Алгоритм динамического наблюдения детей с опухолями центральной нервной системы

Обследование и осмотр на первичном и вторичном уровнях	Кратность осмотра и обследования			
	1-год	2-год	3-год	4-5 год
Оценка физического состояния, клинический осмотр педиатра, врача общей практики	1 раз в 3 месяца	1 раз в 3 месяца	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год
Осмотр врача детского онколога и гематолога вторичного уровня	1 раз в 3 месяца	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год	1 раз в год
Осмотр невролога по месту жительства	1 раз в 3 месяца	1 раз в 3 месяца	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год
Осмотр нейрохирурга по месту жительства	По рекомендации невролога			
Магнитно-резонансная томография головного мозга с контрастным усилением по месту жительства	1 раз в 3 месяца	1 раз в 3-6 месяцев	1 раз в 6 месяцев	1 раз в 6-12 месяцев
Магнитно-резонансная томография спинного мозга с контрастным усилением по месту жительства	1 раз в 3-6 месяцев	1 раз в 6-12 месяцев	1 раз в 6-12 месяцев	1 раз в 12 месяцев
Компьютерная томография органов грудной клетки по месту жительства	По показаниям			

Позитронно-эмиссионная томография с метионином	1 раз в год			
Аудиограмма (при проведении терапии с препаратами платины)	1 раз в год			
Электроэнцефалография	Индивидуально По назначению невролога			
Эндокринолог	По назначению невролога, участкового врача			
Офтальмолог	1 раз в год и по показаниям			
Электрокардиография, эхокардиография	1 раз в год			
Осмотр врача детского онколога и гематолога на третичном уровне*	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год	1 раз в год	1 раз в год

* - Примечание: с результатами обследования (компьютерная томография / магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование), проведенного по месту жительства

Приложение 8
к Стандарту организации
оказания онкологической
и гематологической помощи
детскому населению
в Республике Казахстан

Алгоритм динамического наблюдения детей с медуллобластомой

Обследование и осмотр на первичном и вторичном уровнях	Кратность осмотра и обследования			
	1-год	2-год	3-год	4-5 год
Оценка физического состояния, клинический осмотр педиатра, врача общей практики	1 раз в 3 месяца	1 раз в 3 месяца	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год
Осмотр врача детского онколога и гематолога вторичного уровня	1 раз в 3 месяца	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год	1 раз в год
Осмотр невролога	1 раз в 3 месяца	1 раз в 3 месяца	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год
Осмотр нейрохирурга по месту жительства	По рекомендации невролога			

Магнитно-резонансная томография головного мозга с контрастным усилением	1 раз в 3 месяца	1 раз в 3-6 месяцев	1 раз в 6 месяцев	1 раз в 6-12 месяцев
Магнитно-резонансная томография спинного мозга с контрастным усилением	1 раз в 3 месяца	1 раз в 3-6 месяцев	1 раз в 6 месяцев	1 раз в 6-12 месяцев
Цитология ликвора	1 раз в 6 месяцев (для пациентов с инициальной стадией M1-M4)	По медицинским показаниям		
Компьютерная томография органов грудной клетки	По медицинским показаниям			
Позитронно-эмиссионная томография с метионином	1 раз в год			
Аудиограмма (при проведении терапии с препаратами платины)	1 раз в год			
Электроэнцефалография	По назначению невролога			
Эндокринолог	По назначению невролога, участкового врача			
Офтальмолог	1 раз в год и по показаниям			
Электрокардиография , эхокардиография	1 раз в год			
Осмотр врача детского онколога и гематолога на третичном уровне*	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год	1 раз в год	1 раз в год

* - Примечание: с результатами обследования (компьютерная томография / магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование, онкомаркеры), проведенного по месту жительства

Приложение 9
к Стандарту организации
оказания онкологической
и гематологической помощи
детскому населению
в Республике Казахстан

Алгоритм динамического наблюдения детей с остеогенной саркомой

	Кратность осмотра и обследования			

Обследование и осмотр на первичном и вторичном уровнях	1-год	2-год	3-год	4-5 год
Оценка физического состояния, клинический осмотр педиатра, врача общей практики	1 раз в 3 месяца	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год	1 раз в год
Осмотр врача детского онколога и гематолога вторичного уровня	1 раз в 3 месяца	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год	1 раз в год
Компьютерная томография органов грудной клетки по месту жительства	1 раз в 3 месяца	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год	1 раз в год
Рентгенограмма очага поражения по месту жительства	1 раз в 3 месяца	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год	1 раз в год
Компьютерная томография (при наличии импланта) и л и магнитно-резонансная томография конечности с контрастоусиление м	1 раз в 3 мес.	1 раз в 6 мес	1 раз в год	1 раз в год
Эхокардиография	1 раз в год	1 раз в год	1 раз в год	1 раз в год
Аудиограмма	1 раз в год	1 раз в год	1 раз в год	1 раз в год
Развернутый общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (общий белок, креатинин, мочеви́на, аланинаминотрансф е р а з а , аспаргатаминотранс фераза, билирубин, лактатдегидрогиназ а, щелочная фосфатаза)	1 раз в год	1 раз в год	1 раз в год	1 раз в год
Остеосцинтиграфия костей	1 раз в год			
Позитронно-эмиссионная томография с				

фтордезоксиглюкозой	По показаниям			
Консультация профильных специалистов	По показаниям			
Осмотр врача детского онколога и гематолога на третьичном уровне *	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год	1 раз в год	1 раз в год

* - Примечание: с результатами обследования (компьютерная томография / магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование, онкомаркеры), проведенного по месту жительства

Приложение 10
к Стандарту организации
оказания онкологической
и гематологической помощи
детскому населению
в Республике Казахстан

Алгоритм динамического наблюдения детей с саркомой мягких тканей

Обследование и осмотр на первичном и вторичном уровнях	Кратность осмотра и обследования			
	1-год	2-год	3-5 лет	Больше 5-лет
Оценка физического состояния, клинический осмотр педиатра, врача общей практики	1 раз в 3 месяца	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год	1 раз в год
Осмотр врача детского онколога и гематолога вторичного уровня	1 раз в 3 месяца	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год	1 раз в год
Ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) очага поражения	1 раз в 3 месяца	1 раз в 3-6 месяцев	1 раз в год	1 раз в год
УЗИ регионарных лимфоузлов по месту жительства	1 раз в 3 месяца	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год	1 раз в год
УЗИ органов брюшной полости и малого таза	По показаниям			
Магнитно-резонансная томография очага поражения с контрастным усилением	1 раз в 3 месяца	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год	

Компьютерная томография органов грудной клетки	1 раз в 6 месяцев	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год	По показаниям
Позитронно-эмиссионная томография/компьютерная томография	1 раз в год	1 раз в год	По показаниям	По показаниям
Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (общий белок, креатинин, мочевины, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, билирубин, лактатдегидрогеназа)	1 раз в год	1 раз в год	1 раз в год	1 раз в год
Остеосцинтиграфия костей	1 раз в год в зависимости от группы риска			
Электрокардиография/эхокардиография	1 раз в год			
Консультация профильных специалистов	По показаниям			
Осмотр врача детского онколога и гематолога на третичном уровне *	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год	1 раз в год	1 раз в год

* - Примечание: с результатами обследования (компьютерная томография / магнитно-резонансная томография, УЗИ, онкомаркеры), проведенного по месту жительства

Приложение 11
к Стандарту организации
оказания онкологической
и гематологической помощи
детскому населению
в Республике Казахстан

Алгоритм динамического наблюдения детей с саркомой Юинга

Обследование и осмотр на первичном и вторичном уровнях	Кратность осмотра и обследования				
	1-год	2-год	3-год	4-год	5-10 лет

Оценка физического состояния, клинический осмотр педиатра, врача общей практики	1 раз в 3 месяца	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год	1 раз в год	1 раз в год
Осмотр врача детского онколога и гематолога вторичного уровня	1 раз в 3 месяца	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год	1 раз в год	1 раз в год
Рентген/Компьютерная томография органов грудной клетки	1 раз в 3 месяца	1 раз в 3-6 месяцев	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год	По показаниям
Компьютерная томография/Магнитно-резонансная томография очага поражения с контрастным усилением, по месту жительства	1 раз в 3 месяца	1 раз в 3-6 месяцев	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год	По показаниям
Сцинтиграфия	1 раз в год	По показаниям	По показаниям	По показаниям	
Позитронно-эмиссионная томография / компьютерная томография	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год	По показаниям	По показаниям	По показаниям
Обследование функции легких (если имелись метастазы в легких)	1 раз в 6 месяцев	По показаниям	По показаниям	По показаниям	По показаниям
Электрокардиография, эхокардиография	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год	1 раз в год	1 раз в год	1 раз в год
Общий анализ крови развернутый, биохимический анализ крови (общий белок, креатинин, мочевины,	1 раз в	1 раз в	1 раз в	1 раз в	

аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, билирубин, лактатдегидрогеназа)	6 месяцев	год	год	год	1 раз в год
Осмотр профильных специалистов	По показаниям				
Осмотр врача детского онколога и гематолога на третичном уровне *	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год	1 раз в год	1 раз в год	1 раз в год

* - Примечание: с результатами обследования (компьютерная томография / магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование, онкомаркеры), проведенного по месту жительства

Приложение 12
к Стандарту организации
оказания онкологической
и гематологической помощи
детскому населению
в Республике Казахстан

Алгоритм динамического наблюдения детей с ретинобластомой

Обследование и осмотр на первичном и вторичном уровнях	Кратность осмотра и обследования				
	0-12 мес.	1 год	2 – 4 года	5 лет	6 – 17 лет
Оценка физического состояния, клинический осмотр педиатра, врача общей практики	1 раз в 2 месяца	1 раз в 4 месяца	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год	1 раз в год
Осмотр врача детского онколога и гематолога вторичного уровня	1 раз в 2 месяца	1 раз в 4 месяца	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год	1 раз в год
Осмотр офтальмолога с непрямой офтальмоскопией	1 раз в 2 месяца	1 раз в 4 месяца	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год	

(до 5 лет под общим наркозом)					1 раз в год
Ультразвуковое исследование орбит	1 раз в 1,5 месяца	1 раз в 3 месяца	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год	1 раз в год
Магнитно-резонансная томография головного мозга и орбит с контрастным усилением	1 раз в 3 месяца	1 раз в 3 месяца	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год	1 раз в год
Осмотр эндокринолога	1 раз в год				
Общий анализ крови	1 раз в год				
Аудиограмма	1 раз в год			1 раз в 5 лет	
Консультация генетика					После достижения 17 лет
Консультация профильных специалистов	1 раз в год				
Осмотр врача детского онколога и гематолога на третичном уровне *	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год		1 раз в год	

* - Примечание: с результатами обследования (компьютерная томография / магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование), проведенного по месту жительства

Приложение 13
к Стандарту организации
оказания онкологической
и гематологической помощи
детскому населению
в Республике Казахстан

Алгоритм динамического наблюдения детей с гепатобластомой

Обследование и осмотр на первичном и вторичном уровнях	Кратность осмотра и обследования			
	1 год	2 год	3 год	4-5 год
Оценка физического состояния,	1 раз в	1 раз в	1 раз в	

клинический осмотр педиатра, врача общей практики	месяц	3 месяца	6 месяцев	1 раз в год
Осмотр врача детского онколога и гематолога вторичного уровня	1 раз в 1-3 месяца	1 раз в 3-6 месяцев	1 раз в год	1 раз в год
Онкомаркер – альфа-фетопротеин в сыворотке крови	1 раз в месяц	1 раз в 3 месяца	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год
Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (общий белок, креатинин, мочеви́на, билирубин аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза)	1 раз в 3 месяца	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год	1 раз в год
Коагулограмма (активированное парциальное, тромбопластиновое время, протромбиновый индекс, фибриноген)	1 раз в 6 месяцев		1 раз в год	
Ультразвуковое исследование органов брюшной полости и почек	1 раз в месяц	1 раз в 3 месяца	1 раз в 6 месяцев	1 раз в 6-12 месяцев
Проведение аудиометрии	1 раз в год	1 раз в год	1 раз в год	1 раз в год
Компьютерная томография органов грудной клетки	1 раз в 3 месяца	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год	1 раз в год
Магнитно-резонансная томография/ Компьютерная томография органов брюшной полости и почек с контрастным усилением	1 раз в 3 месяца	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год	1 раз в год
Позитронно-эмиссионная томография с фтордезоксиглюкоз	По показаниям врачей третичного уровня			

ой /Компьютерная томография				
Электрокардиография , эхокардиография	1 раз в 6 месяцев	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год	1 раз в год
Осмотр врача детского онколога и гематолога на третичном уровне*	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год	1 раз в год	1 раз в год

* - Примечание: с результатами обследования (компьютерная томография / магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование) проведенных по месту жительства.

Приложение 14
к Стандарту организации
оказания онкологической
и гематологической помощи
детскому населению
в Республике Казахстан

Алгоритм динамического наблюдения детей с назофарингеальной карциномой

Обследование и осмотр на первичном и вторичном уровнях	Кратность осмотра и обследования			
	1-год	2-год	3-год	4-5 год
Оценка физического состояния, клинический осмотр педиатра, врача общей практики	1 раз в месяц	1 раз в 3 месяца	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год
Осмотр врача детского онколога и гематолога вторичного уровня	1 раз в 1-3 месяца	1 раз в 3-6 месяцев	1 раз в год	1 раз в год
Развернутый общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (общий белок, креатинин, мочевина, билирубин, аланинаминотрансф е р а з а , аспартатаминотранс фераза)	1 раз в 2 недели в течение первых 6 месяцев, затем 1 раз в месяц	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год	1 раз в год
Ультразвуковое исследование органов брюшной полости и почек	1 раз в 3 месяца	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год	1 раз в год

Ультразвуковое исследование лимфатических узлов шеи	1 раз в месяц	1 раз в 3 месяца	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год
Компьютерная томография органов грудной клетки	1 раз в 3 месяца	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год	1 раз в год
Магнитно-резонансная томография/ Компьютерная томография очага поражения и шейного отдела позвоночника с контрастным усилением	1 раз в 3 месяца	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год	1 раз в год
Электрокардиография , эхокардиография	1 раз в 6 месяцев	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год	1 раз в год
После лучевой терапии шеи: гормоны щитовидной железы	1 раз в год	1 раз в год	1 раз в год	1 раз в год
Позитронно-эмиссионная томография с фтордезоксиглюкозой /Компьютерная томография	По показаниям врачей третичного уровня			
Консультация профильных специалистов	По показаниям			
Осмотр врача детского онколога и гематолога на третичном уровне *	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год	1 раз в год	1 раз в год

* - Примечание: с результатами обследования (компьютерная томография / магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование), проведенного по месту жительства

Приложение 15
к Стандарту организации
оказания онкологической
и гематологической помощи
детскому населению
в Республике Казахстан

Алгоритм динамического наблюдения детей с раком щитовидной железы

Обследование и осмотр на	Кратность осмотра и обследования			

первичном и вторичном уровнях	1-год	2-год	3-год	4-5 год
Оценка физического состояния, клинический осмотр педиатра, врача общей практики	1 раз в месяц	1 раз в 3 месяца	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год
Осмотр врача детского онколога и гематолога вторичного уровня	1 раз в 3 месяца	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год	1 раз в год
Осмотр эндокринолога по месту жительства	1 раз в 3 месяца	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год	1 раз в год
Общий анализ крови и общий анализ мочи и биохимический анализ крови (креатинин, мочевина, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, билирубин, кальций, калий, натрий, фосфор, магний)	1 раз в месяц	1 раз в 3 месяца	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год
Контроль за заместительной терапией левотироксином после тиреоидэктомии и лучевой терапии (только при медуллярном раке и неоперабельном дифференцированном раке) шеи; выявление рецидивов - определение уровня сывороточного тиреоглобулина и тиреотропного гормона, паратгормона и кальцитонина	1 раз в 3 мес.	1 раз в 3 мес	1 раз в 6 мес.	1 раз в год или по показаниям
Ультразвуковое исследование ложа опухоли +				

регионарных лимфатических узлов (шейные, над-, подключичные)	1 раз в месяц	1 раз в 3 месяца	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год
Ультразвуковое исследование органов брюшной полости и почек	1 раз в 3 месяца	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год	1 раз в год
Компьютерная томография органов грудной клетки	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год	1 раз в год	1 раз в год
Магнитно-резонансная томография очага поражения с контрастным усилением	1 раз в 3 месяца	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год	1 раз в год
Электрокардиография, эхокардиография	1 раз в 6 месяцев	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год	1 раз в год
Сцинтиграфия	По рекомендациям специалистов третичного уровня			
Консультация профильных специалистов	По показаниям			
Осмотр врача детского онколога и гематолога на третичном уровне *	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год	1 раз в год	1 раз в год

* - Примечание: с результатами обследования (компьютерная томография / магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование) проведенного по месту жительства.

Приложение 16
к Стандарту организации
оказания онкологической
и гематологической помощи
детскому населению
в Республике Казахстан

Алгоритм динамического наблюдения детей с гистиоцитозом из клеток Лангерганса

Обследование и осмотр на первичном и вторичном уровнях	Кратность осмотра и обследования		
	1-год	2- год	3-5 годы
Оценка физического состояния, клинический осмотр педиатра, врача общей практики	1 раз в 3 недели	1 раз в 3 месяца	1 раз в 6-12 месяцев
Развернутый общий анализ крови	1 раз в 3 недели	1 раз в 3 месяца	1 раз в 6-12 месяцев

Биохимический анализ крови (общий белок, креатинин, мочеви́на, аланинаминотрансфера́за, аспаргатаминотрансфера́за, билирубин, лактатдегидрогена́за, щелочная фосфата́за)	1 раз в 3 недели	1 раз в 3 месяца	1 раз в 6-12 месяцев
Компьютерная томография очага поражения	1 раз в 3 месяца	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год
Магнитно-резонансная томография	По показаниям	По показаниям	По показаниям
Ультразвуковое исследование органов брюшной полости и почек	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год	По показаниям
Электрокардиография, Эхокардиография	По показаниям	По показаниям	По показаниям
Остеосцинтиграфия	1 раз в год по группе риска		
Иммуноферментный анализ / иммунохемилюминисцентный анализ, полимеразно-цепная реакция на вирусные гепатиты В и С	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год	По показаниям
Консультации врачей гепатолога, отоларинголога, стоматолога	По показаниям	По показаниям	По показаниям
Консультация эндокринолога	1 раз в 3 месяца	1 раз в 6 месяцев	По показаниям
Консультации врачей кардиолога, невролога, психолога	1 раз в 3 месяца	1 раз в 6 месяцев	По показаниям
Осмотр и обследование врача детского онколога и гематолога на третичном уровне *	1 раз в 3 месяца	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год

* - Примечание: с результатами обследования (компьютерная томография / магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование,) проведенного по месту жительства

Приложение 17
к Стандарту организации
оказания онкологической
и гематологической помощи
детскому населению
в Республике Казахстан

Алгоритм динамического наблюдения детей с апластической анемией

Осмотр и обследование	Кратность осмотра и обследования 1-год	Кратность осмотра и обследования 2-год	Кратность осмотра и обследования 3-5 лет
Клинический осмотр педиатра или врача общей практики	При тяжелой, сверхтяжелой форме 1 раз в неделю. При средней, легкой форме 1 раз в месяц	При тяжелой, сверхтяжелой форме 1 раз в неделю. При средней, легкой форме 1 раз в месяц	в 6 При тяжелой, сверхтяжелой форме 1 раз в неделю При средней, легкой форме 1 раз в месяц
Осмотр врача детского онколога и гематолога вторичного уровня	При тяжелой, сверхтяжелой форме 1 раз в неделю. При средней, легкой форме 1 раз в месяц	При тяжелой, сверхтяжелой форме 1 раз в неделю. При средней, легкой форме 1 раз в месяц	При тяжелой, сверхтяжелой форме 1 раз в неделю. При средней, легкой форме 1 раз в месяц
Общий анализ крови с подсчетом тромбоцитов +ретикулоциты	При тяжелой, сверхтяжелой форме 1 раз в неделю При средней, легкой форме 1 раз в месяц	При тяжелой, сверхтяжелой форме 1 раз в неделю При средней, легкой форме 1 раз в месяц	При тяжелой, сверхтяжелой форме 1 раз в неделю При средней, легкой форме 1 раз в месяц
Биохимический анализ крови (глюкоза крови, мочевины, креатинина, аланинаминотрансферазы, билирубин с фракциями)	При тяжелой, сверхтяжелой форме 1 раз в 2 недели При средней, легкой форме 1 раз в месяц	При тяжелой, сверхтяжелой форме 1 раз в 2 недели При средней, легкой форме 1 раз в месяц	При тяжелой, сверхтяжелой форме 1 раз в 2 недели При средней, легкой форме 1 раз в месяц
Исследование функции почек	1 раз в 6 месяцев	1 раз в 6 месяцев	По показаниям
Определение уровня циклоsporина	1 раз в месяц	1 раз в месяц	1 раз в месяц
Ультразвуковое исследование органов брюшной полости	1 раз в 6 месяцев	1 раз в 6 месяцев	1 раз в 6 месяцев
Иммуноферментный / иммунохемилюминисцентный анализ, полимеразно-цепная реакция на гепатиты В, С	1 раз в 3 месяца	1 раз в 3 месяца	1 раз в 3 месяца
Иммуноферментный анализ на вирус иммунодефицита человека	1 раз в 3 месяца	1 раз в 3 месяца	1 раз в 3 месяца
Электрокардиография / Эхокардиография	1 раз в 6 месяцев	1 раз в 6 месяцев	1 раз в 6 месяцев
Консультации врачей гепатолога, невролога, офтальмолога, нефролога, кардиолога	По показаниям	По показаниям	По показаниям
Осмотр и обследование врача детского онколога	1 раз в 3 месяца	1 раз в 6 месяцев	1 раз в 6 месяцев

и гематолога на третичном уровне *			
---------------------------------------	--	--	--

* - Примечание: с результатами обследования (компьютерная томография / магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование,) проведенного по месту жительства

Приложение 18
к Стандарту организации
оказания онкологической
и гематологической помощи
детскому населению
в Республике Казахстан

Алгоритм динамического наблюдения детей с наследственными нарушениями свертываемости крови

Обследования	1-й год	2-й год	С 3-го года
Клинический осмотр детским онкологом и гематологом на вторичном уровне, оценка физического состояния	1 раз в 6 месяцев	1 раз в месяц	1 раз в месяц
Общий анализ крови+ свертываемость	1 раз в год	1 раз в месяц	1 раз в месяц
Биохимический анализ к р о в и (аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, билирубин)	1 раз в год	1 раз в месяц	1 раз в месяц
Электрокардиография / Эхокардиография	1раз в год	1раз в год	1раз в год
Ультразвуковое исследование органов брюшной полости	1раз в год	1раз в год	1 раз в год
Иммуноферментный / иммунохемилюминисцен- тный анализ, полимеразно-цепная реакция на гепатиты В, С	1раз в год	1раз в год	1 раз в год
Контроль уровня дефицитного фактора (VIII, IX и фактора Виллебранда)	1 раз в 6 месяцев	1 раз в 6 месяцев	1 раз в 6 месяцев
Обследование на наличие ингибитора к фактору VIII, IX (в зависимости от вида гемофилии)	1раз в 3 месяцев	1раз в 6 месяцев	1раз в год

[illegible]

[illegible]

Ультразвуковое исследование щитовидной железы			+		+	1 раз в год	1 раз в год	1 раз в год
Ультразвуковое исследование органов брюшной полости	+		+		+	1 раз в год	1 раз в год	1 раз в год
Магнитно-резонансная томография головы					+	по показаниям		
Компьютерная томография органов грудной клетки					+	по показаниям, при хронической реакции трансплантат против хозяина 1 раз в 3-6 месяцев		
Компьютерная томография органов брюшной полости*	по показаниям							
Функция внешнего дыхания (спирография)	+		+		+	2 раза в год	1 раз в год	1 раз в год
Бактериологический посев из зева, полости рта, мочи	по показаниям							
Денситометрия костей, магнитно-резонанс								

на ая томограф и я тазобедре нных суставов	при иммуносупрессивной терапии и наличии асептического некроза -1 раз в 6 месяцев					по показаниям		
Консультация невролога, стоматолога, кардиолога, офтальмолога		+				2 раза в год	1 раз в год	1 раз в год
Консультация эндокринолога, гинеколога				+		2 раза в год	по показаниям	
Консультация психиатра					+	1 раз в год	1 раз в год	1 раз в год

* - Примечание: с результатами обследования (компьютерная томография / магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование,) проведенного по месту жительства

Приложение 20
к Стандарту организации
оказания онкологической
и гематологической помощи
детскому населению
в Республике Казахстан

План динамического наблюдения детей в посттрансплантационном периоде на третичном уровне

Дни/ параметры	61-99	Д +100	101- 179	Д +180	181-364	Д +365	2 год	3-4 годы	>5 лет
Индекс Ланского	1 раз в неделю	+	2 раза в месяц	+	1 раз в месяц	+	1 раз в 3 месяца	2 раза в год	1 раз в год
Общий анализ крови*		+		+		+	+	+	+
Биохимия крови,		+		+		+			

электролиты*									
Концентрация Циклоспорина А или такролимуса	1 раз в неделю	+	1 раз в неделю	+	1 раз в неделю при продолжении приема		еженедельно, при стабильной концентрации	1 раз в месяц	
Определение моноклональных антител		+		+	-	+	по необходимости/согласно протоколу		
Иммуноглобулин G	1 раз в 3 месяца								
Галактоманан		+		+		+			
Миелограмма*		+		+	1 раз в 3 месяца	+		по показаниям	
Цитогенетическое исследование*		+		+	1 раз в 3 месяца	+	1 раз в год	1 раз в год	1 раз в год
Флюорисцентная гибридизация in situ *		+		+		+	1 раз в год	1 раз в год	1 раз в год
Иммунофенотипирование*		+		+		+	1 раз в год	1 раз в год	
Химеризм*		+		+		+	1 раз в год	1 раз в год	
Люмбальная пункция	по показаниям								
Группа крови	по показаниям								
Проба Кумбса	по показаниям								

* - Примечание: по показаниям чаще. При хроническом течении реакции трансплантата против хозяина или наличии смешанного химеризма в динамике кратность и особенности мониторинга устанавливаются индивидуально врачом отделения ТГСК, наблюдающего пациента.

Объем диагностических услуг, разрешенных к выполнению на вторичном уровне

- 1) консультация детского онколога и гематолога;
 - 2) консилиум смежных специалистов при необходимости;
 - 3) лабораторные методы диагностики (общеклинические анализы крови, мочи, миелограмма, онкомаркеры (специфические – при подозрении на гепатобластому и герминогенноклеточные опухоли – альфа-фетопротеин, хорионический гормон человека; нейронспецифическая энолаза, производные катехоламинов (гомованилиновая кислота и ванилилминдальная кислота), ферритин - при подозрении на нейробластому и неспецифические – лактатдегидрогеназа, щелочная фосфатаза), бактериологические исследования);
 - 4) лучевая диагностика (ультразвуковое исследование, рентгенография, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография с или без контрастного усиления, для визуализации первичной опухоли и поражения регионарных лимфоузлов);
 - 5) определение факторов свертывания и ингибиторов к ним, проведение развернутой коагулограммы по показаниям;
 - 6) функциональная диагностика (электрокардиография, электроэнцефалография).
- Не допускается проведение диагностических биопсий и других оперативных вмешательств за исключением экстренных ситуаций с угрозой для жизни ребенка.

Минимальные штатные нормативы отделения детской онкологии и гематологии МО, оказывающей медицинскую помощь на вторичном уровне

№	Штатная единица	Расчет норматива
1	Заведующий отделением	1 на отделение
2	Врач детский онколог и гематолог	1 на 8 коек
3	Врач-трансфузиолог	1 на отделение
4	Врач-диетолог	0,5 ставки на 1 отделение
5	Средний медицинский персонал	
	Старшая медицинская сестра	1 на отделение
	Медсестра палатная	1,5 ставки на 3 койки

	Медсестра процедурного кабинета	1 на отделение
	Медсестра перевязочного кабинета	1 на отделение
6	Младший медицинский персонал	
	Сестра-хозяйка	1 на отделение
	Буфетчица	2 на отделение
	Санитар	1 на 3 койки
7	Медицинский психолог	1 на отделение
8	Социальный работник	1 на отделение
9	Воспитатель	1 на отделение

Приложение 23
к Стандарту организации
оказания онкологической
и гематологической помощи
детскому населению
в Республике Казахстан

Минимальные штатные нормативы отделения детской онкологии и гематологии медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь на третичном уровне

№	Штатная единица	Расчет норматива
1	Заведующий отделением	1 на отделение
2	Врач детский онколог и гематолог	1 на 5 коек
3	Врач-трансфузиолог	1 на отделение
4	Врач-методист	0,5 ставки на отделение
5	Врач-диетолог	0,5 ставки на 1 отделение
6	Средний медицинский персонал	
	Старшая медицинская сестра	1 на отделение
	Медсестра палатная	1,5 ставки на 3 койки
	Медсестра процедурного кабинета	1 на отделение
	Медсестра перевязочного кабинета	1 на отделение
7	Младший медицинский персонал	
	Сестра-хозяйка	1 на отделение
	Буфетчица	2 на отделение
	Санитар	1 на 3 койки
8	Медицинский психолог	1 на отделение
9	Социальный работник	1 на отделение
10	Воспитатель	1 на отделение

Приложение 24
к Стандарту организации
оказания онкологической
и гематологической помощи
детскому населению
в Республике Казахстан

Минимальные штатные нормативы отделения трансплантации костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток

№ п/п	Наименование должности	Количество должностей, ед.
1.	Заведующий - врач-специалист (врач-детский онколог/гематолог) стаж работы по специальности не менее 5 лет, свидетельство о повышении квалификации по вопросам трансплантации костного мозга не менее 108 часов за последние 5 лет	1
2.	врач-детский гематолог/онколог	5,14 на 6 коек (для обеспечения круглосуточной работы)
3.	Медицинский психолог	0,5
4.	Врач-диетолог	0,5
5.	Старшая медицинская сестра	1
6.	Медицинская сестра палатная (постовая)	5,14 на 2 койки (для обеспечения круглосуточной работы)
7.	Медицинская сестра процедурной	1 на 6 коек
8.	Младшая медицинская сестра по уходу за больными	4,75 на отделение (для обеспечения круглосуточной работы)
9.	Санитар	5 на отделение
10.	Сестра-хозяйка	1

Приложение 25
к Стандарту организации
оказания онкологической
и гематологической помощи
детскому населению
в Республике Казахстан

Минимальные штатные нормативы дневного стационара для детей с онкологическими и гематологическими заболеваниями

№	Штатная единица	Расчет норматива
1	Заведующий отделением	1 на отделение
2	Врач детский онколог и гематолог дневного стационара	1 на 15 коек (не менее 1 врача на смену)
3	Врач детский онколог и гематолог кабинета динамического контроля	1 на 16 посещений (не менее 1 врача на смену)
4	Средний медицинский персонал	
	Старшая медицинская сестра	1 на отделение
	Медсестра палатная	Не менее 2 должностей на 15 коек в смену
	Медсестра процедурного кабинета	1 на отделение

	Медсестра перевязочного кабинета	1 на отделение
5	Младший медицинский персонал	
	Сестра-хозяйка	1 на отделение
	Буфетчица	2 на отделение
	Санитар	Не менее 2 должностей на 15 коек в смену
6	Медицинский психолог	1 на отделение
7	Социальный работник	1 на отделение
8	Воспитатель	1 на отделение

Приложение 26
к Стандарту организации
оказания онкологической
и гематологической помощи
детскому населению
в Республике Казахстан

Минимальное оснащение кабинета регионального детского онколога и гематолога

п/п	Наименование оборудования	Требуемое количество, штук
1.	Рабочее место врача, оснащенные персональным компьютером	1
2.	Рабочее место медицинской сестры, оснащенные персональным компьютером	1
3.	Кушетка (функциональная кровать)	1
4.	Кресло (стул) для пациента	2
5.	Шкаф для хранения документов	1
6	Весы электронные для детей до одного года	1
7	Весы электронные	1
8	Ростомер	1
9	Бактерицидная лампа	1
10	Аппарат для измерения артериального давления	1
11	Пульсоксиметр	1
12	Электронный термометр	2
13	Ингалятор аэрозольный	1 на 5 коек
14	Негатоскоп	1

Приложение 27
к Стандарту организации
оказания онкологической
и гематологической помощи
детскому населению
в Республике Казахстан

Оснащение отделения детской онкологии и гематологии

п/п	Наименование оборудования	Требуемое количество, штук
1	Функциональная кровать	По числу коек
2	Функциональная кровать для детей грудного возраста	1 на 4 койки
3	Детские кровати с подогревом или детские матрасы для обогрева	2 штуки
4	Тумба прикроватная	По числу коек
5	Рабочее место м/с оснащенное персональным компьютером	По количеству постов
6	Складные кровати для родителей	По числу коек
7	Шкаф для хранения одежды пациента	По числу коек
8	Шприцевой инфузионный насос	По 1 на койку
9	Инфузомат автоматический	1 на 1 койку
10	Перфузор	1 на 3 койки
11	Аппарат для измерения артериального давления	1 на 6 коек
12	Монитор с функциями определения температуры тела, частоты дыхания, пульсоксиметрии, электрокардиографии, неинвазивным измерением артериального давления	1 на 3 койки
13	Электронный термометр	1 на 1 койку
14	Штатив медицинский (инфузионная стойка)	1 на 1 койку
15	Кресло - каталка	1 на 6 коек
16	Тележка для перевозки пациентов	2
17	Ингалятор аэрозольный	1 на 5 коек
18	Холодильник	4
19	Медицинские шкафы для хранения лекарственных средств, медицинских изделий	2
20	Медицинские тележки для медицинских манипуляций	4
21	Контейнер для транспортировки биоматериалов	5
22	Весы электронные для детей до одного года	2
23	Весы электронные	2
24	Ростомер	2
25	Бактерицидная лампа для процедурной	2

26	Бактерицидная лампа для перевязочной	2
27	Негатоскоп	1
28	Противопролежневый матрас, ячеистый с компрессором	2 (на 20 коек)

Приложение 28
к Стандарту организации
оказания онкологической
и гематологической помощи
детскому населению
в Республике Казахстан

Минимальное оснащение отделения (блока) трансплантации костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток

№ п/п	Наименование	Требуемое количество, шт.
Медицинские изделия		
1.	Набор противошоковый	1
2.	Тележка медицинская реанимационная	1
3.	Шкаф лабораторный вытяжной	1
4.	Дефибрилятор-монитор	1 на 6 коек
5.	Ручной аппарат для искусственной вентиляции легких Амбу с принадлежностями (мешок, маска)	2 на 6 коек
6.	Кровать функциональная	по числу коек
7.	Кроватка неонатальная функциональная	2
8.	Кресло-кровать медицинское функциональное	1
9.	Матрас противопролежневый	2
10.	Насос инфузионный волюметрический	не менее 2 на 1 койку
11.	Насос инфузионный шприцевой	не менее 3 на 1 койку
12.	Насос для энтерального питания	1 на 2 койки
13.	Электроотсос медицинский	1
14.	Монитор пациента (с определением частоты дыхания, частоты сердечных сокращений, неинвазивным измерением артериального давления, температуры, проведением электрокардиографии, пульсоксиметрии, насыщения крови кислородом)	по числу коек
15.	Холодильник фармацевтический	2

16.	Система настенная медицинская для газоснабжения	по числу коек
17.	Кресло-каталка	2
18.	Весы напольные медицинские электронные	по числу коек
19.	Аспиратор медицинский портативный	2
20.	Весы электронные настольные для новорожденных и детей до полутора лет	1
21.	Увлажнитель дыхательных смесей	по числу коек
22.	Электрокардиограф портативный	1
23.	Миксер линейный для хранения тромбоцитов	1
24.	Аппарат для быстрого размораживания, подогрева и хранения в теплом виде плазмы, крови и инфузионных растворов	1
25.	Ростомер	1
26.	Облучатель-рециркулятор воздуха ультрафиолетовый бактерицидный	не менее 1
27.	Укладка экстренной профилактики парентеральных инфекций для оказания первичной медико-санитарной помощи, скорой медицинской помощи, специализированной медицинской помощи и паллиативной медицинской помощи	1
Прочие изделия		
28.	Шкаф для хранения лекарственных средств	2
29.	Сейф для хранения наркотических или психотропных лекарственных препаратов и лекарственных препаратов, содержащих сильнодействующие или ядовитые вещества	1

Приложение 29
к Стандарту организации
оказания онкологической
и гематологической помощи
детскому населению
в Республике Казахстан

Рекомендуемое оснащение отделения дневного стационара с онкологическим/гематологическим профилем

--	--	--

№ п/п	Наименование оборудования	Требуемое количество, штук
1	Функциональная кровать	По числу коек
2	Кресло-кровать медицинское функциональное	1
3	Кресло-каталка	2
4	Функциональная кровать для детей грудного возраста	1 на 5 коек
5	Тумба прикроватная	По числу коек
6	Шкаф для хранения одежды пациента	По числу коек
7	Холодильник	1 для процедурного кабинета 1 для пациентов 1 для персонала
8	Бактерицидная лампа для палат и коридор	4 (зависит от количества палат и площади коридора)
9	Рабочее место м/с оснащенное персональным компьютером и оргтехникой.	Для регистратуры 1 Для постовой медсестры 1
10	Весы электронные для детей до одного года	1
11	Весы электронные	1
12	Ростомер	1
13	Электронный термометр	1 на 1 койку
14	Бактерицидная лампа для процедурной	1
15	Шприцевой инфузионный насос	По 1 на койку
16	Инфузомат автоматический	1 на 1 койку
17	Перфузор	1 на 5 коек
18	Гигрометр	2
19	Аппарат для измерения артериального давления	1 на 5 коек
20	Монитор с функциями определения температуры тела, частоты дыхания, пульсоксиметрии, электрокардиографии, неинвазивным измерением артериального давления	1 на 5 коек
21	Штатив медицинский (инфузионная стойка)	1 на 1 койку
22	Ингалятор аэрозольный	1 на 5 коек
23	Медицинские шкафы для хранения лекарственных средств, медицинских изделий	3
24	Медицинские тележки для медицинских манипуляций	2

25	Передвижной манипуляционный столик	1
26	Контейнер для транспортировки биоматериалов	5
27	Фонендоскоп	
28	Ручной аппарат для искусственной вентиляции легких АМБУ с принадлежностями (мешок, маска)	1 на 5 коек
29	Система настенная медицинская для газоснабжения	по числу коек
30	Аспиратор медицинский портативный	1
31	Пульсоксиметр	1 на 1 койку
32	Стол рабочий	1 на 1 врача
33	Кресло офисное	1 на 1 врача
34	Стулья для посетителей	4
35	Персональный компьютер с оргтехникой (принтер, сканер)	1 на 1 врача
36	Негатоскоп	1
37	Тонометр с манжетами по возрасту	3
38	Бактерицидная лампа для кабинета врача	1 на кабинет
39	Диваны в холле, коридоре	2-3
40	Шкаф для персонала	1 на 2 сотрудника