



**Об утверждении Положения об организациях, оказывающих
анестезиологическую и реаниматологическую помощь населению Республики
Казахстан**

Утративший силу

Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 9 июня 2011 года № 372. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 13 июля 2011 года № 7059. Утратил силу приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 апреля 2023 года № 78.

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

В соответствии со статьями 7 и 32 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года "О здоровье народа и системе здравоохранения",

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить прилагаемое Положение об организациях, оказывающих анестезиологическую и реаниматологическую помощь населению Республики Казахстан.

2. Департаменту организации медицинской помощи Министерства здравоохранения Республики Казахстан (Тулегалиева А.Г.) обеспечить государственную регистрацию настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан.

3. Юридическому департаменту Министерства здравоохранения Республики Казахстан (Таласпаева А.С.) обеспечить официальное опубликование настоящего приказа после его государственной регистрации в Министерстве юстиции Республики Казахстан.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на вице-министра здравоохранения Республики Казахстан Байжунусова Э.А.

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

И.о. Министра

С. Мусинов

Утверждено приказом
и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 09 июня 2011 года № 372

Положение

об организациях, оказывающих анестезиологическую и

реаниматологическую помощь населению Республики Казахстан

1. Общие положения

1. Настоящее Положение об организациях, оказывающих анестезиологическую и реаниматологическую помощь населению Республики Казахстан (далее - Положение) регламентирует деятельность структурных подразделений анестезиологической и реаниматологической службы, оказывающих анестезиологическую и реаниматологическую помощь в организациях здравоохранения.

2. Анестезиологическая помощь и интенсивная терапия организуется в следующих организациях здравоохранения независимо от формы собственности и ведомственной принадлежности:

- 1) оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь;
- 2) оказывающих стационарную помощь;
- 3) организации скорой медицинской помощи и санитарной авиации;
- 4) организации медицины катастроф;
- 5) научных организациях в области здравоохранения;
- 6) национальный холдинг.

3. Основные понятия, используемые в настоящем Положении:

1) анестезиологическая помощь - комплекс приемов и мер по защите больного от повреждающих факторов при хирургических вмешательствах, родах, перевязках, манипуляциях и сложных методах исследования;

2) гипербарическая оксигенация - метод лечения больных, с помощью повышенного давления кислорода в специальной камере;

3) детоксикационные методы - метод очистки организма от отравляющих веществ, шлаков;

4) интубация - введение интубационной трубки в дыхательные пути, с целью поддержания дыхания;

5) инфузионная терапия - введение растворов внутривенно;

6) клиническая смерть - острая остановка кровообращения и дыхания (в течении 5 минут), при которой возможно восстановление всех жизненно важных функций организма;

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

8) интенсивное наблюдение - комплекс мер, направленных на раннюю диагностику изменений гомеостаза, происходящих в организме при операциях и угрозе развития критического состояния;

9) метаболические расстройства - расстройства связанные с нарушением обмена веществ;

10) паллиативная терапия - операция которая облегчает состояние больного, не устраняя основной причины;

11) премедикация - медикаментозная подготовка больного к анестезии, с целью уменьшения нежелательного влияния анестезии;

12) реанимационная помощь - комплекс мероприятий по восстановлению и поддержанию систем жизнеобеспечения больного, вследствие заболевания, травмы, оперативного вмешательства и других причин, комплекс приемов и мер по выведению больного из критического состояния;

13) трансфузионная терапия - введение компонентов крови внутривенно;

14) экстракорпоральная детоксикация - методы очистки организма, вне тела организма с помощью сорбентов;

15) экстубация - удаление интубационной трубки из дыхательных путей, при восстановлении самостоятельного дыхания.

4. Структура анестезиологической помощи и интенсивной терапии зависит от задач, решаемых организацией здравоохранения, ее коечной мощности, организационно-штатной структуры, материально-технического обеспечения и уровня подготовки специалистов в соответствии с правилами аккредитации и лицензирования, устанавливаемыми законодательством в области здравоохранения Республики Казахстан.

2. Структурные подразделения организаций, оказывающих анестезиологическую и реаниматологическую помощь

1) группа анестезиологии и реанимации;

2) отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии;

3) отделение анестезиологии;

4) отделение реанимации и интенсивной терапии;

5) центр анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии.

§ 1 Группа анестезиологии и реанимации

5. Группа анестезиологии и реанимации организуется в составе организаций здравоохранения (центральные районные больницы, поликлиники, в том числе стоматологические, дневные стационары, женские консультации), оказывающие хирургическую и акушерско-гинекологическую помощь и составляет не более 5 врачей анестезиологов-реаниматологов.

6. В организациях здравоохранения (центральные районные больницы при наличии хирургических коек), оказывающих стационарную помощь

круглосуточно и имеющих в штате группу анестезиологии и реанимации, в составе одного из профильных отделений организуется палата (не менее две койки) для интенсивного наблюдения и лечения больных. При этом не менее одна койка для оказания реанимационной помощи детям.

7. Основными задачами группы анестезиологии и реанимации являются:

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

2) осуществление комплекса мероприятий по восстановлению и поддержанию систем жизнеобеспечения больных, возникших вследствие заболевания, травмы, оперативного вмешательства и других причин;

3) повышение уровня теоретических знаний и обучение медицинского персонала лечебно-профилактических учреждений практическим навыкам реанимационной помощи.

8. В соответствии с основными задачами группа анестезиологии и реанимации:

1) определяет метод анестезии, осуществляет медикаментозную предоперационную подготовку и проведение анестезии при операциях, родах, диагностических и лечебных процедурах;

2) устанавливают показания для лечения и дальнейшего пребывания больных в палатах для интенсивного наблюдения и лечения, осуществляют перевод больных в профильные отделения стационара после стабилизации функции жизненно важных органов с рекомендациями по лечению и обследованию на ближайшие сутки;

3) проводят, по показаниям, реанимационные мероприятия больным в отделениях;

4) консультируют врачей других специальностей по вопросам практической анестезиологии и реаниматологии;

5) осуществляют взаимосвязь и преемственность в работе с другими отделениями;

6) организуют и проводят конференции по вопросам анестезиологии и реаниматологии;

7) ведут документацию, обеспечивают учет и отчетность по формам и в сроки, установленные уполномоченным органом в области здравоохранения.

9. Руководство группой анестезиологии и реанимации осуществляется старшим врачом анестезиологом-реаниматологом с наибольшим опытом работы. Старший врач группы назначается руководителем организации здравоохранения в установленном порядке. Старший врач группы назначает ответственного

дежурного врача анестезиолога-реаниматолога, в задачу которого входит координация деятельности дежурной службы в дежурную ночную смену, в выходные и праздничные дни.

10. Группа анестезиологии и реаниматологии обеспечивается:

1) специальным оборудованием и аппаратурой в операционных и в палате для интенсивного наблюдения и лечения, в том числе, для искусственного поддержания и контроля жизненно важных функций организма;

2) подсобными помещениями: для медицинского персонала, для хранения аппаратуры, медикаментов, белья;

3) лекарственными средствами в количествах, необходимых для полноценного проведения обезболивания, реанимации и интенсивной терапии.

§ 2. Отделение

анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии

11. Отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии организуются в составе организаций здравоохранения, оказывающих стационарную помощь круглосуточно, вне зависимости от их коечного фонда, если штатная численность врачей анестезиологов-реаниматологов более 5 и при наличии в палатах реанимации и интенсивной терапии не менее 6 коек.

12. Отделения анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии организуются в следующих организациях здравоохранения:

1) в научных организациях в области здравоохранения, республиканских, областных больницах для взрослых и детей, независимо от их мощности;

2) в городских больницах хирургического профиля, в многопрофильных больницах и диспансерах, медсанчастях, родильных домах, перинатальных центрах, больницах, являющихся центрами по оказанию экстренной, в том числе терапевтической помощи, инфекционных больницах для взрослых и детей;

3) в центральных районных больницах при наличии хирургических коек. При этом не менее 30 % коек выделяется для оказания реанимационной помощи детям;

4) в детских городских больницах, имеющих отделения патологии и выхаживания недоношенных, детских инфекционных больницах, перинатальных центрах, независимо от их мощности;

5) в многопрофильных больницах мощностью 500 и более коек (из них не менее 200 хирургического профиля) и в детских больницах мощностью 250 и более коек (из них не менее 100 хирургического профиля), помимо отделения анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии допускается также организация по мере производственной необходимости специализированного отделения (отделений) реанимации и интенсивной терапии.

13. Основными задачами отделения анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии являются:

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

2) осуществление комплекса мероприятий по восстановлению и поддержанию систем жизнеобеспечения пациентов, возникших вследствие заболевания, травмы, оперативного вмешательства и других причин;

3) повышение уровня теоретических знаний и обучение медицинского персонала лечебно-профилактических организаций практическим навыкам реанимационной помощи.

14. В соответствии с основными задачами отделения анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии его медицинские работники:

1) определяют метод анестезии, осуществляют медикаментозную предоперационную подготовку и проведение анестезии при операциях, родах, диагностических и лечебных процедурах, а также при детоксикационных методах интенсивной терапии;

2) осуществляют наблюдение за состоянием больных в посленаркозном периоде в палатах послеоперационного пробуждения до стабилизации функции жизненно важных органов;

3) устанавливают показания для дальнейшего лечения больных в отделении анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии, переводят больных в профильные отделения стационара после стабилизации функции жизненно важных органов с рекомендациями по лечению и обследованию на ближайшие сутки;

4) проводят по показаниям реанимацию и интенсивную терапию, в том числе и методами экстракорпоральной детоксикации и гипербарической оксигенации больным в палатах реанимации и интенсивной терапии;

5) проводят, по показаниям, реанимацию больных в других отделениях;

6) осуществляют взаимосвязь и преемственность в работе с другими отделениями;

7) консультируют врачей других отделений по вопросам практической анестезиологии и реаниматологии;

8) организуют и проводят клинические конференции по вопросам анестезиологии и реаниматологии.

15. Руководство отделением анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии осуществляется заведующим, наиболее опытным врачом анестезиологом-реаниматологом. Заведующий отделением назначается руководителем организации здравоохранения. Заведующий отделением назначает ответственного дежурного врача анестезиолога-реаниматолога, в

задачу которого входит координация деятельности дежурной службы в дежурную ночную смену, в выходные и праздничные дни.

16. Операционные залы, палаты реанимации и интенсивной терапии и палаты послеоперационного пробуждения отделения анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии должны быть обеспечены следующим медицинским оборудованием:

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

2) аппараты искусственной вентиляции легких по 1 на каждую койку в палатах послеоперационного пробуждения;

3) аппараты искусственной вентиляции легких в палатах реанимации и интенсивной терапии в количестве не менее $2/3$ от количества коек, а в неонатальной службе по 1 на каждую койку и 1 резервный;

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

5) мониторы по количеству аппаратов искусственной вентиляции легких в палатах послеоперационного пробуждения;

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

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

8) электроаспираторы (отсосы) по количеству аппаратов искусственной вентиляции легких в палатах послеоперационного пробуждения;

9) электроаспираторы (отсосы) по количеству аппаратов искусственной вентиляции легких в палатах реанимации и интенсивной терапии и 1 резервный (допускается использование централизованной вакуумной магистрали);

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

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

17. Отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии оснащается медикаментами и инфузионными средствами в количествах, необходимых для полноценного проведения обезболивания, реанимации и интенсивной терапии (на случай массовых поступлений в отделении создается неприкосновенный запас, утверждаемый по количеству и номенклатуре для каждого учреждения).

18. Отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии имеет следующие вспомогательные помещения: для медицинского персонала, для

дежурного персонала, предусматривающими возможность кратковременного отдыха (сна) и принятия пищи в течение суток, раздевалкой и санпропускником, душевыми, комнатой личной гигиены женщины, отдельным туалетом, помещениями для хранения аппаратуры, медикаментов, инфузионных сред, белья.

При наличии палат интенсивной терапии и реанимации отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии имеет также реанимационный зал, помещение для проведения детоксикационных мероприятий, лечебных манипуляций, процедурную, перевязочную, отдельные палаты для детей раннего возраста, септических и инфекционных больных.

19. Отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии областной больницы координирует деятельность по данной специальности для всей области

20. Отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии может быть базой кафедр организаций образования в области здравоохранения.

21. Число коек в отделении анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии должно быть 6 или 12.

22. Учитывая интенсивность труда медицинского персонала структурных подразделений анестезиологической и реаниматологической службы, стоимость медицинской аппаратуры и медикаментозного лечения, при расчете показателей работы палат реанимации и интенсивной терапии за полные койко-дни должны считаться и день поступления, день убытия больного, а также время до суточного пребывания независимо от его продолжительности. Койки палат реанимации и интенсивной терапии не входят в число сметных коек медицинских организаций. Лица, поступившие в состоянии биологической смерти, в составе больных палат реанимации и интенсивной терапии не числятся.

23. Экспресс-лаборатория является составной частью отделения анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии (реанимации и интенсивной терапии), ее сотрудники входят в штатное расписание отделения анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии (реанимации и интенсивной терапии) и подчиняются непосредственно заведующему этим отделением. Методическое руководство работой лаборатории может осуществлять старший врач-лаборант, выделяемый из числа сотрудников этой лаборатории, или заведующий общепольничной клинической лабораторией, который назначается руководителем организации здравоохранения в установленном порядке. Недопустимо выведение экспресс-лаборатории из состава отделения анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии (реанимации и интенсивной терапии).

24. Основной задачей экспресс-лаборатории отделения анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии (реанимации и интенсивной терапии) (далее - экспресс-лаборатория) является проведение круглосуточного контроля основных биохимических, клинических и других лабораторных показателей жизненно важных функций организма у больных в палатах реанимации и интенсивной терапии, во время операции, в раннем послеоперационном периоде, а также больным в любом отделении организации здравоохранения, перед экстренными операциями по назначению врача анестезиолога-реаниматолога.

25. Экспресс-лаборатория использует преимущественно экспресс-методы, занимающие минимальное время. В то же время отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии (реанимации и интенсивной терапии) может использовать общепольничную клиническую, бактериологическую и другие лаборатории, по мере необходимости (для сложных и специальных исследований).

26. Экспресс-лаборатория должна находиться в непосредственной близости от палат реанимации и интенсивной терапии.

27. Перечень обязательных лабораторных исследований включает:

- 1) определение показателей кислотно-основного состояния крови;
- 2) исследование содержания газов крови (напряжение кислорода, насыщение гемоглобина кислородом, уровень кислорода);
- 3) определение концентрации калия, натрия, хлора, кальция, магния в плазме (сыворотке) крови;
- 4) определение коагулирующих свойств крови (коагулограмма или тромбоэластограмма);
- 5) время свертывания крови, протромбиновый индекс, время свободного гепарина, тромбиновое время, частично активированное тромбопластиновое время, концентрация фибриногена, фибриноактивности плазмы крови (лизис эуглобулинов) и цельной крови (по Котовщиковой), ретракция кровяного сгустка, количество тромбоцитов;
- 6) паракоагуляционные тесты: этаноловый, протаминсульфатный, бета-нафтоловый (программа-минимум), содержание продуктов деградации фибриногена и фибрина (ПДФ), растворимых комплексов фибринмономеров, максимальная свертывающая активность крови (по аутокоагуляционному тесту), активность XIII факторов свертывания, активность антитромбина III (программа максимум);
- 7) исследование концентрации гемоглобина, свободного гемоглобина (степень гемолиза), показателей гематокрита, лейкоцитов (подсчет лейкоцитарной формулы), содержание белка, мочевины, глюкозы, активности амилазы, осмолярности крови и мочи, расчет лейкоцитарного индекса интоксикации;

8) определение активности некоторых ферментов (аланинаминотрансфераза (АЛТ), аспаратаминотрансфераза (АСТ), лактатдегидрогеназа (ЛДГ), щелочная фосфатаза (ЩФ), креатининфосфат (КФ), креатинфосфокиназа (КФК)), а также концентрации миоглобина;

9) определение некоторых показателей (помимо упомянутых выше электролитов): плотность, рН, концентрация глюкозы, креатинина, количество мочевины, выделяемой за сутки (в граммах), определение содержания амилазы, эритроцитов;

10) определение резус-фактора лабораторными методами;

11) определение концентрации алкоголя и его суррогатов в крови и моче и других показателей по необходимости.

28. В экспресс-лаборатории детских учреждений здравоохранения и родильных домов (перинатальных центров) должны быть анализаторы, позволяющие определять основные биохимические показатели и коагулограмму микрометодами (с забором крови до 1 мл).

29. Экспресс-лаборатория обеспечивается минимальным перечнем оборудования согласно приложению 3 к настоящему Положению.

30. Штаты укомплектовываются в соответствии с нормативами утвержденными местными органами государственного управления здравоохранением области (городов Астаны и Алматы) в установленном порядке

§ 3. Отделение анестезиологии

31. Отделение анестезиологии является самостоятельным структурным подразделением медицинской организации и организуется в многопрофильных, областных, городских организациях здравоохранения, научных организациях здравоохранения, независимо от их мощности, в случаях ежедневного выполнения более десяти общих анестезий, при наличии штатной численности врачей-анестезиологов более 6, и имеющее в своем составе палаты послеоперационного пробуждения с числом коек не более 6 для выхода больного из анестезии.

Целью организации отделений анестезиологии является оказание анестезиологической помощи и наблюдение за больными в посленаркозном периоде до перевода в профильное отделение либо в отделение реанимации и интенсивной терапии.

32. Основными задачами отделения анестезиологии являются:

1) осуществление комплекса мероприятий по подготовке и проведению анестезии при операциях, родах, диагностических и лечебных процедурах, а также при детоксикационных методах интенсивной терапии;

2) осуществление комплекса мероприятий по восстановлению и поддержанию функции систем жизнеобеспечения при оперативных вмешательствах;

3) осуществление наблюдения за состоянием больных, в посленаркозном периоде в палатах послеоперационного пробуждения до перевода в профильное отделение либо в отделение реанимации и интенсивной терапии;

4) повышение уровня практических навыков медицинского персонала учреждения в области реанимации;

5) организуют и проводят клинические конференции по вопросам анестезиологии;

б) ведут документацию, обеспечивают учет и отчетность по формам и в сроки, установленные уполномоченным органом в области здравоохранения.

33. В соответствии с основными задачами отделения анестезиологии его медицинские работники проводят:

1) оценку тяжести состояния больного перед операцией, определение степени анестезиологического риска;

2) определение показаний и проведение при необходимости интенсивной терапии с целью подготовки больного к операции;

3) назначение премедикации и выбора метода анестезии;

4) мониторинг функционального состояния больного во время анестезии и интенсивной терапии и оценка операционно-анестезиологического риска анестезии согласно приложению 1 к настоящему Положению и проведение терапии с целью профилактики и устранения опасных для жизни больного функциональных и метаболических расстройств;

5) пробуждение больных после общей анестезии, если нет показаний для продленного поддержания медикаментозного сна;

б) устранение болевого синдрома, обусловленного различными причинами, в том числе больным с неизлечимыми заболеваниями, с помощью специальных методов.

34. Для анестезиологического обеспечения операций, родов, перевязок, сложных диагностических исследований, а также детоксикационных методов интенсивной терапии в операционных, перевязочных и в диагностических кабинетах оборудуются рабочие места врачей-анестезиологов, которые оснащаются соответствующим медицинским оборудованием, изделиями медицинского назначения и лекарственными средствами. Для проведения экстренной анестезии рабочие места врачей анестезиологов и аппаратура должны находиться в постоянной готовности к работе.

35. Врач-анестезиолог дает исчерпывающую информацию больному или его законным представителям о рекомендуемом методе анестезии и получает от него

информационное согласие пациента на данный метод анестезии по форме согласно приложению 2 к настоящему Положению. В случаях, когда состояние больного не позволяет выразить ему свою волю (находится в шоковом, коматозном состоянии; страдает тяжелым психическим заболеванием; не достигший возраста восемнадцати лет; признан в установленном законом порядке недееспособным) экстренная анестезия проводится на основании письменного согласия законных представителей, при отсутствии законных представителей на основании решения консилиума, а при невозможности собрать консилиум решение принимает врач-анестезиолог с последующим уведомлением должностных лиц медицинской организации. Результаты осмотра, свое заключение с отметкой о согласии больного (законных представителей, решение консилиума) на избранный метод анестезии врач-анестезиолог заносит в медицинские документы.

36. При высокой степени риска анестезии врач-анестезиолог рекомендует лечащему врачу провести дополнительные лечебно-диагностические мероприятия, совместно с лечащим врачом (оперирующим хирургом) принимает решение об отсрочке или отмене операции.

37. Врач-анестезиолог осуществляет мониторинг функционального состояния больного во время анестезии и интенсивной терапии и оценку операционно-анестезиологического риска анестезии согласно приложению 1 к настоящему Положению, при необходимости проводит инфузионную терапию, назначает трансфузионную терапию, осуществляет другие меры с целью профилактики и лечения функциональных и метаболических расстройств. О возникновении осложнений во время анестезии врач-анестезиолог немедленно докладывает заведующему отделения структурного подразделения анестезиологической и реаниматологической службы.

38. Врач-анестезиолог во время проведения анестезии, не выполняет иные работы, кроме анестезии, наблюдает за больными в палате реанимации и интенсивной терапии, в палате послеоперационного пробуждения, осуществляет трансфузионную терапию.

39. Врач-анестезиолог ведет протокол анестезии независимо от длительности анестезии и анестезиологическую карту при длительности анестезии более 30 минут.

40. Врач-анестезиолог не покидает операционную во время проведения анестезии до окончания оперативного вмешательства (при возникновении острой необходимости возможна замена врача-анестезиолога с фиксацией состояния больного на время замены в анестезиологической карте и в истории болезни).

41. При транспортировке больного в палату послеоперационного пробуждения, профильного отделения или палату реанимации и интенсивной

терапии после окончания операции и анестезии, врач-анестезиолог сопровождает больного до палаты и передает дежурному врачу. В медицинскую документацию вносится запись о состоянии больного, время, должность, фамилия и имя дежурного врача, который принял под наблюдение больного.

42. Палаты послеоперационного пробуждения предназначены для наблюдения за больными в посленаркозном периоде. Палаты послеоперационного пробуждения организуются в составе отделения анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии или отделения анестезиологии в случаях ежедневного выполнения более десяти общих анестезий, при наличии штатной численности врачей анестезиологов более 6 количество коек в палате послеоперационного пробуждения должно быть не менее 3 и не более 6.

43. Решение о необходимости перевода больного после операции в палату послеоперационного пробуждения или в палату реанимации и интенсивной терапии принимает врач анестезиолог-реаниматолог, проводивший анестезию.

44. Руководство отделением анестезиологии осуществляется заведующим, врачом анестезиологом-реаниматологом, имеющим соответствующий сертификат специалиста, наибольший опыт работы. Заведующий отделением назначается руководителем организации здравоохранения. Заведующий отделением назначает ответственного дежурного врача-анестезиолога, в задачу которого входит координация деятельности дежурной службы в дежурное ночное время, в выходные и праздничные дни.

45. Отделение анестезиологии обеспечивается:

1) специальным оборудованием и аппаратурой в операционных и палатах выхода из анестезии, в том числе, для искусственного поддержания и контроля жизненно важных функций организма;

2) палатами послеоперационного пробуждения;

3) специально оборудованными помещениями для проведения анестезиологических пособий, помещениями для персонала, хранения оборудования, лекарственных средств и изделий медицинского назначения, трансфузионных сред, белья;

4) для лечебно-диагностических целей врач отделения анестезиологии может привлекать специалистов из других лечебно-диагностических подразделений организации здравоохранения.

46. Штаты укомплектовываются в соответствии с нормативами утвержденными местными органами государственного управления здравоохранением области (городов Астаны и Алматы) в установленном порядке

§ 4. Отделение реанимации и интенсивной терапии

47. Отделение реанимации и интенсивной терапии является самостоятельным структурным подразделением медицинской организации и организуется в многопрофильных, областных, городских организациях здравоохранения, научных организациях здравоохранения хирургического, терапевтического и педиатрического профиля, независимо от их мощности, при наличии штатной численности врачей-реаниматологов более 10 или при наличии в структуре организации здравоохранения отделения анестезиологии.

48. Число коек в отделении реанимации и интенсивной терапии должно быть не более 12, а в специализированных отделениях реанимации и интенсивной терапии не менее 6 коек. При наличии более 12 коек создается второе отделение.

49. В палаты реанимации и интенсивной терапии подлежат госпитализации больные с острыми расстройствами гемодинамики различной этиологии (острая сердечно-сосудистая недостаточность, травматический шок, гиповолемический шок, кардиогенный шок и др.), острыми расстройствами дыхания, другими расстройствами функций жизненно важных органов и систем (центральной нервной системы, паренхиматозных органов и др.), острыми нарушениями обменных процессов, больные после оперативных вмешательств, повлекших за собой нарушение функции систем жизнеобеспечения или при реальной угрозе их развития, тяжелыми отравлениями.

50. Основными задачами отделения реанимации и интенсивной терапии являются:

1) осуществление комплекса мероприятий по восстановлению и поддержанию систем жизнеобеспечения, вследствие заболевания, травмы, оперативного вмешательства и других причин у пациентов, поступающих из отделений организации здравоохранения или доставленных скорой медицинской помощью;

2) проведение по показаниям лечения методами экстракорпоральной детоксикации и гипербарической оксигенацией;

3) повышение уровня практических навыков медицинских работников медицинской организации в области реанимации;

4) осуществляют по показаниям проведение лечения методами экстракорпоральной детоксикации и гипербарической оксигенацией как пациентов палат реанимации и интенсивной терапии, так и пациентов других отделений организации здравоохранения;

5) осуществляют взаимосвязь и преемственность в работе с другими отделениями.

51. В соответствии с основными задачами отделения реанимации и интенсивной терапии его медицинские работники:

1) принимая больного, описывают его состояние при поступлении с указанием имеющихся место синдромов, фиксирует и интерпретирует данные обследований. Наблюдая пациента в динамике, фиксирует изменения в дневниках, обосновывает изменения в назначениях. Кратность написания дневников зависит от динамики тяжести состояния, отражая конкретные изменения в состоянии больных и необходимости коррекции назначений (у стабильных больных интервал фиксации в истории болезни их состояния может быть 8 часов). Обязательно описание приема и передачи больного по смене, моменты интубации, перевода на спонтанное дыхание, экстубации и других ответственных или сложных манипуляций, обоснование необходимости в трансфузионной терапии, обезболивании наркотическими анальгетиками;

2) определяют наличие у больного тех или иных синдромов, соответствующих основному или сопутствующему заболеванию, или осложнениям, проводят мониторинг функционального состояния больного во время интенсивной терапии, осуществляет комплекс мероприятий по реанимации и интенсивной терапии, привлекают консультантов любой специальности и любого уровня для верификации основного и сопутствующего заболевания, дифференциальной диагностики и определения тактики лечения. Учитывая, что больные, поступающие в палаты реанимации и интенсивной терапии, числятся в составе профильных отделений, паспортную часть истории болезни, обоснование клинического диагноза, этапные и посмертные эпикризы, выписки пишутся врачом профильного отделения или заведующим профильного отделения;

3) устанавливают показания для лечения в отделении реанимации и интенсивной терапии, переводят больных в отделения стационара после стабилизации функции жизненно важных органов с рекомендациями по лечению и обследованию на ближайшие сутки (заведующие профильными отделениями организации здравоохранения обеспечивают незамедлительный прием больных, переведенных из палат реанимации и интенсивной терапии);

4) консультируют врачей других отделений по вопросам практической реаниматологии;

5) организуют и проводят клинические конференции по вопросам реаниматологии и интенсивной терапии;

6) ведут документацию, обеспечивают учет и отчетность по формам и в сроки, установленные уполномоченным органом в области здравоохранения.

52. В палате реанимации и интенсивной терапии лечащим врачом больного назначается один из врачей-реаниматологов. Врач, являвшийся лечащим врачом

больного до перевода его в палату реанимации и интенсивной терапии, либо врач-хирург, выполнивший операцию, обязан ежедневно осматривать больного, выполнять все лечебно-диагностические мероприятия в пределах своей компетенции и контролировать их эффективность, неся при этом полную и персональную ответственность за своевременность и качество лечения.

53. Больные в критическом состоянии, экстренно поступающие в палаты реанимации и интенсивной терапии, с неуточненным диагнозом, переводятся в профильные отделения, в том числе в отделения других организаций здравоохранения, только после проведения неотложных лечебных мероприятий и стабилизации нарушений жизненно важных функций.

54. В палату реанимации и интенсивной терапии не подлежат переводу из профильных отделений больные с заболеваниями, лечение которых сводится к паллиативной терапии (декомпенсированные стадии онкологических больных).

55. Для обеспечения постоянной готовности к немедленному приему и качественному лечению больных в критических состояниях одна койка структурного подразделения анестезиологической и реаниматологической службы должна быть резервной и свободной. Нахождение в палатах реанимации и интенсивной терапии большего количества больных, чем коек допустимо только при возникновении чрезвычайной ситуации, связанной с массовым поступлением пострадавших.

56. Нахождение больных легкой и средней степени тяжести в структурных подразделениях анестезиологической и реаниматологической службы, а также выписка больного в связи с выздоровлением должна рассматриваться как неправильная организация работы отделения.

57. Руководство отделением реанимации и интенсивной терапии осуществляется заведующим, врачом-реаниматологом, имеющим соответствующий сертификат специалиста и наибольший опыт работы. Заведующий отделением назначается руководителем организации здравоохранения. Заведующий отделением назначает ответственного дежурного врача-реаниматолога, в задачу которого входит координация деятельности дежурной службы в дежурное ночное время, в выходные и праздничные дни.

58. Отделение реанимации и интенсивной терапии должно быть обеспечено:

1) специальным оборудованием и аппаратурой, в том числе для искусственного поддержания и контроля жизненно важных функций организма;

2) для лечебно-диагностических целей врачи отделения реанимации и интенсивной терапии могут привлекать специалистов других лечебно-диагностических подразделений организации здравоохранения;

3) лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения, трансфузионными средами, необходимыми для проведения реанимации и

интенсивной терапии в соответствии со стандартами, утвержденными в установленном порядке;

4) специально оборудованными помещениями для проведения реанимации и интенсивной терапии, экстракорпоральной детоксикации, гипербарической оксигенации, для изоляции инфекционных больных, для персонала, для хранения оборудования, лекарственных средств и изделий медицинского назначения, трансфузионных сред, белья.

59. Администрация организации здравоохранения закрепляет за отделением реанимации и интенсивной терапии врачей-специалистов профильных отделений для неотложной лечебно-консультативной помощи.

60. Штаты укомплектовываются в соответствии с нормативами утвержденными местными органами государственного управления здравоохранением области (городов Астаны и Алматы) в установленном порядке

§ 5. Центр анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии

61. Центр анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии (далее - ЦАРИТ) организуется в научных организациях в области здравоохранения, оказывающих круглосуточную специализированную и высокоспециализированную помощь, при наличии в составе организации трех и более отделений анестезиолого-реанимационного профиля.

ЦАРИТ является научно-методическим и координирующим центром анестезиологической и реаниматологической помощи республики и создается для совершенствования качества профессиональной деятельности анестезиологической и реаниматологической помощи на основе интеграции медицинской науки, профессионального образования и практического здравоохранения.

62. В состав ЦАРИТ включаются следующие структурные подразделения:

- 1) отделение анестезиологии;
- 2) отделения реанимации и интенсивной терапии;
- 3) специализированные отделения реанимации и интенсивной терапии;
- 4) отделение (кабинет) экстракорпоральных методов лечения;
- 5) отделение (кабинет) гипербарической оксигенации;

63. Основными задачами ЦАРИТ являются:

1) организация и координация деятельности оказания анестезиологической и реаниматологической помощи с обеспечением взаимодействия всех входящих в состав ЦАРИТ подразделений организации здравоохранения;

2) осуществление методических и консультативных мероприятий по вопросам оказания анестезиологической и реаниматологической помощи населению организациями здравоохранения;

3) сбор и анализ отчетов организаций здравоохранения по оказанию анестезиологической и реаниматологической помощи населению;

4) осуществление комплекса мероприятий, направленных на совершенствование и дальнейшее развитие анестезиологической и реаниматологической помощи республики;

5) разработка и совершенствование алгоритмов оказания анестезиологической и реаниматологической помощи;

6) разработка методических рекомендаций по совершенствованию оказания анестезиологической и реаниматологической помощи, а также по оптимизации использования в медицинских организациях материально-технического оборудования, предназначенного для анестезиологической и реаниматологической помощи;

7) осуществление комплекса мероприятий, направленных на повышение уровня теоретических знаний и практических навыков медицинских работников организаций здравоохранения в области анестезиологии и реанимации.

64. Руководство ЦАРИТ осуществляется заведующим, который назначается руководителем научной организации в области здравоохранения.

65. На должность заведующего ЦАРИТ назначается врач анестезиолог-реаниматолог, имеющий высшую квалификационную категорию по специальности, ученую степень, стаж работы не менее 5 лет в качестве заведующего отделением анестезиологии и реанимации либо реанимации и интенсивной терапии.

66. Руководитель ЦАРИТ осуществляет координацию деятельности всех входящих в состав ЦАРИТ подразделений по оказанию анестезиологической и реаниматологической помощи с обеспечением взаимодействия с другими структурными подразделениями организации здравоохранения.

67. Штаты ЦАРИТ укомплектовываются в установленном порядке уполномоченным органом в области здравоохранения.

Приложение 1
к Положению об организациях,
оказывающих анестезиологическую
и реаниматологическую помощь
населению Республики Казахстан

**Мониторинг функционального состояния
больного во время анестезии и интенсивной терапии и оценка
операционно-анестезиологического риска**

1. Под мониторингом функционального состояния больного во время анестезии и интенсивной терапии понимают постоянное наблюдение за состоянием жизненно важных функций организма больного с использованием комплекса мероприятий и технических средств.

2. Различают 2 вида мониторинга: базовый и специализированный.

Базовый мониторинг - основной мониторинг за состоянием жизненно важных функций организма больного с использованием комплекса мероприятий и технических средств, который выполняется в обязательном порядке при любых видах анестезии и интенсивной терапии.

Базовый мониторинг:

Мониторируемые параметры	Группа анестезиологии и реанимации	Отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии, отделение анестезиологии, отделение реанимации и интенсивной терапии, ЦАРИТ
ЧД	Визуально по показаниям (при наличии монитора непрерывно)	Непрерывно
SpO ₂	Непрерывно	Непрерывно
ЧСС	Непрерывно	Непрерывно
АД	По Короткову, каждые 5 мин (при наличии монитора непрерывно)	Непрерывно
ЭКГ	При наличии кардиографа - не реже 1 раз в сутки, кардиомонитора непрерывно	Непрерывно
Термометрия	По показаниям (непрерывно при наличии оборудования)	Непрерывно
ЦВД	При в/в инфузии 2-4 раза в сутки	При в/в инфузии 2-4 раза в сутки
Диурез	Почасовой	Почасовой
Кислотно-основное состояние и газы крови	При ИВЛ вместе с исследованиями кислотно-основного состояния. Кратность по показаниям, но не реже 1 раза в сутки (при наличии оборудования)	При ИВЛ вместе с исследованиями кислотно-основного состояния. Кратность по показаниям, но не реже 1 раза в сутки
Анестезиологические газы	Непрерывно (при наличии оборудования)	Непрерывно
FetCO	При ИВЛ непрерывно (при наличии оборудования)	При ИВЛ непрерывно

Специализированный мониторинг - дополнительный мониторинг за состоянием жизненно важных функций организма больного с использованием комплекса мероприятий и технических средств, который выполняется в обязательном порядке при: искусственной вентиляции легких, острой дыхательной недостаточности, острой церебральной недостаточности, острой гемодинамической недостаточности.

Специализированный мониторинг при ИВЛ:

Мониторюемые параметры	Группа анестезиологии и реанимации	Отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии, отделение анестезиологии, отделение реанимации и интенсивной терапии, ЦАРИТ
Базовый мониторинг	+	+
Механика дыхания: P _i P, PEEP, V _t V _e , I:E, легочно-торакальный комплайнс (Comp)	Непрерывно при остром повреждении легких и РДСВ	Непрерывно при остром повреждении легких и РДСВ
F _{et} CO ₂	Непрерывно	непрерывно
PaO ₂ /FiO ₂	1-2 раза в сутки при РДСВ и обязательно при смене режимов ИВЛ	1-2 раза в сутки при РДСВ и обязательно при смене режимов ИВЛ

Специализированный мониторинг при острой церебральной недостаточности (ОЦН):

Мониторюемые параметры	Группа анестезиологии и реанимации	Отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии, отделение анестезиологии, отделение реанимации и интенсивной терапии, ЦАРИТ
Базовый мониторинг	+	+
ВЧД	1 раз в сутки методом ЛП	1 раз в сутки методом ЛП или субдуральным датчиком
ЭЭГ	1 раз в сутки (желательно)	1 раз в сутки
Параметры ТКДГ		1 раз в сутки

Специализированный мониторинг при острой дыхательной недостаточности (ОДН):

Мониторюемые параметры	Группа анестезиологии и реанимации	Отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии, отделение анестезиологии, отделение
------------------------	------------------------------------	---

		реанимации и интенсивной терапии, ЦАРИТ
Базовый мониторинг	+	+
АД стабильное	Каждые 2-3 часа	Непрерывно
АД нестабильное	Каждые 5-15-60 мин	Непрерывно
ЦВД	При инфузионной терапии 1-2 раза в сутки	Не реже 1-2 раза в сутки
ИВЛ	По стандарту	По стандарту
PaO ₂ /FiO ₂		1-2 раза в сутки при РДСВ и обязательно при смене режимов ИВЛ
ДЛА (давление в легочной артерии)		По показаниям при возможности

Специализированный мониторинг при острой гемодинамической недостаточности (ОГН):

Мониторимые параметры	Группа анестезиологии и реанимации	Отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии, отделение анестезиологии, отделение реанимации и интенсивной терапии, ЦАРИТ
Базовый мониторинг	+	+
АД стабильное	Каждые 2-3 часа	Непрерывно
АД нестабильное	Каждые 5-15 мин (при возможности непрерывно)	Непрерывно
ЦВД	При инфузионной терапии 1 раз в час	При инфузионной терапии 1 раз в час
УО, МОС		По показаниям при возможности
ДЛА		По показаниям при возможности

3. Операционно-анестезиологический риск оценивается по объективному состоянию больного, объему и характеру предстоящего оперативного вмешательства и видом анестезиологического обеспечения.

4. Оценка объективного состояния больного, объема и характера предстоящего оперативного вмешательства осуществляются в баллах.

5. Оценка объективного состояния больного:

1) больные, у которых заболевание локализовано и не вызывает системных расстройств (практически здоровые люди) - 1 балл;

2) больные с легкими или умеренными расстройствами, которые в небольшой степени нарушают жизнедеятельность организма без выраженных сдвигов гомеостаза - 2 балла;

3) больные с тяжелыми системными расстройствами, которые значительно нарушают жизнедеятельность организма, но не приводят к нетрудоспособности - 3 балла;

4) больные с тяжелыми системными расстройствами, которые создают серьезную опасность для жизни и приводят к нетрудоспособности - 4 балла;

5) больные, состояние которых настолько тяжело, что можно ожидать их смерти в течение 24 часов - 5 баллов.

6. Оценка объема и характера предстоящего оперативного вмешательства:

1) операции небольшого объема (операции на поверхности тела и органах брюшной полости: удаление поверхностно расположенных и локализованных опухолей; вскрытие небольших гнойников; ампутация пальцев кистей и стоп; перевязка и удаление геморроидальных узлов; неосложненные аппендэктомии и грыжесечения; пластика периферических нервов; ангиография и эндовазальные вмешательства, другие аналогичные по сложности и объему вмешательства) - 1 балл;

2) операции среднего объема (удаление поверхностно расположенных злокачественных опухолей, требующих расширенного вмешательства; вскрытие гнойников, располагающихся в полостях; ампутация сегментов верхних и нижних конечностей; операции на периферических сосудах; осложненные аппендэктомии и грыжесечения, требующие расширенного вмешательства; пробные торакотомии и лапаротомии; вскрытие гнойников, располагающихся в интракраниальном и интравертебральном пространстве; неосложненные дискэктомии; пластика дефектов черепа; эндоскопическое удаление гематом; другие аналогичные по сложности и объему вмешательства) - 2 балла;

3) операции большого объема (радикальные операции на органах брюшной полости (кроме перечисленных выше); радикальные операции на органах трудной полости; расширенные ампутации конечностей, например, чрезподвздошнокрестцовая ампутация; операции на головном и спинном мозге по поводу объемных образований (конвекситально расположенные опухоли); стабилизирующие операции на грудном и поясничном отделах позвоночника торакотомным и люмботомическим доступами; ликворошунтирующие вмешательства; трансфеноидальное удаление аденом гипофиза; другие аналогичные по сложности и объему вмешательства) - 3 балла;

4) операции, производимые в особых условиях (операции на сердце, крупных сосудах) и другие сложные вмешательства, производимые в условиях искусственного кровообращения, гипотермии; операции на головном мозге при

локализации патологического процесса в задней черепной ямке (стволовая и парастволовая локализация), основании черепа, при больших размерах объемного образования, сопровождающиеся дислокационными явлениями, вмешательства при патологии сосудов головного мозга (клипирование артериальных аневризм), симультантные оперативные вмешательства; другие аналогичные по сложности и объему вмешательства) - 4 балла.

7. Риск, связанный с анестезиологическим обеспечением:

1) различные виды местной анестезии, потенцированные анальгоседацией - 1 балл;

2) проводниковая, эпидуральная, спинальная, внутривенная или ингаляционная анестезия с сохранением спонтанного дыхания или с кратковременной вспомогательной вентиляцией легких через маску наркозного аппарата - 2 балла;

3) комбинированный эндотрахеальный наркоз с использованием ингаляционных и внутривенных средств для наркоза - 3 балла;

4) комбинированный эндотрахеальный наркоз с использованием ингаляционных и внутривенных средств для наркоза в сочетании с проводниковой, эпидуральной и спинальной анальгезией или интенсивной терапией (искусственные гипотермия, гипотония, электрокардиостимуляция и др.) - 4 балла;

5) комбинированный эндотрахеальный наркоз с использованием ингаляционных и внутривенных средств для наркоза в сочетании с искусственным кровообращением и/или в условиях ГБО - 5 баллов.

8. Степень операционно-анестезиологического риска определяется суммой баллов:

1 степень (незначительная) - 3-5 баллов

2 степень (умеренная) - 6-8 баллов

3 степень (значительная) - 9-11 баллов

4 степень (высокая) - 12-14 баллов

5 степень (крайне высокая) - 15-18 баллов.

В истории болезни указывается как цифровое, так и текстовое значение операционно-анестезиологического риска.

9. При выполнении операции по экстренным показаниям запись дополняется буквой "Э".

Информированное согласие пациента на анестезию

В соответствии со статьями 88, 91 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года № 193-IV "О здоровье народа и системе здравоохранения"

Я, _____, 19____ г.р.
(фамилия, имя, отчество)

нахожусь в отделении _____,
и даю свое согласие на проведение анестезии себе (своему ребенку, подопечному)

_____ (вид и компоненты анестезии)

- _____
1. Я информирован (а) о возможных методах и вариантах анестезии, о степени риска и возможных осложнениях.
 2. Я знаю, что в целях максимальной эффективности проводимого лечения, я обязан (а) поставить в известность врача обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем (со здоровьем моего ребенка, подопечного, опекуна), наследственностью, аллергических проявлениях, индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов и продуктов питания, а также о курении табака, злоупотреблении алкоголем или наркотическими препаратами.
 3. Я согласен с предложенным мне вариантом обезболивания

_____ а также на проведение анестезиологических процедур. Мне разъяснены характер и частота наиболее серьезных осложнений, которые могут встретиться при наркозе в моем случае.

4. Я понимаю, что в связи с оперативным вмешательством может возникнуть необходимость в переливании мне крови, ее компонентов (плазмы, эритроцитной, тромбоцитной и лейкоцитной массы) или других белковых препаратов. Понимая возможную необходимость такого лечения, даю на него согласие.

5. Я предупрежден (а) о режиме послеоперационного поведения и возможных последствиях при его нарушении, а также о возможных болевых ощущениях и методах обезболивания.

6. Я поставлен (а) в известность и даю согласие, что анестезиологом будет Ф.И.О. _____

7. Я имел (а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил (а) исчерпывающие ответы

Я ознакомлен (а) со всеми пунктами настоящего документа и согласен (а) с ними.

"__" _____ 20__ года.

Подпись пациента _____

Врач _____

(Ф.И.О., подпись)

Приложение 3
к Положению об организациях,
оказывающих анестезиологическую
и реаниматологическую помощь
населению Республики Казахстан

Минимальный перечень оборудования для экспресс-лаборатории

№	Наименование оборудования	Количество (штук)
1	Дистиллятор	2
2	Холодильник бытовой	2
3	Морозильная камера	2
4	Термостат электрический суховоздушный	2
5	Термостат	2
6	Баня водяная для кипячения	2
7	Весы равноплечные, весы технические, весы аналитические, весы торсионные	по 1
8	Дозатор автоматический пипеточный на 0,01-1 г	2
9	Счетная машина	2
10	Центрифуга гематокритная	2
11	Центрифуга лабораторная настольная	4
12	Центрифуга до 8000 об/мин	1
13	Барометр-анероид, ареометры	1
14	Счетчик клавишный	2
15	Микроскоп	2
16	Секундомер	5

17	Электрокоагулограф	2
18	Микроосмометр	2
19	Анализатор газов крови и кислотно-щелочного состояния	2
20	Калориметр фотоэлектрический	2
21	Спектрофотометр, рефрактометр, биохимический анализатор, анализатор факторов свертывания крови, экспресс-анализатор для определения содержания глюкозы, мочевины	по 1
22	Анализатор содержания электролитов (калий, натрий, хлор, кальций)	1

© 2012. РГП на ПХВ «Институт законодательства и правовой информации Республики Казахстан»
Министерства юстиции Республики Казахстан