

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі

Приказ Министра
здравоохранения Республики
Казахстан от 30 декабря 2019 года
№ ҚР ДСМ-152. Зарегистрирован
в Министерстве юстиции
Республики Казахстан 5 января
2020 года № 19817Министерство здравоохранения Республики
Казахстан

Об утверждении Стандарта организации оказания детской хирургической помощи в Республике Казахстан

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

1. Утвердить прилагаемый Стандарт организации оказания детской хирургической помощи в Республике Казахстан.

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

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

2) размещение настоящего приказа на интернет-ресурсе Министерства здравоохранения Республики Казахстан;

3) в течение десяти рабочих дней после государственной регистрации настоящего приказа 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 вице-министра здравоохранения Республики Казахстан Актаеву Л.М.



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

**Министр здравоохранения
Республики Казахстан**

Е. Биртанов

Утвержден приказом/
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от _____ 2019 года
№ ____

Стандарт организации оказания детской хирургической помощи в Республике Казахстан

Глава 1. Общие положения

1. Стандарт организации оказания детской хирургической помощи в Республике Казахстан (далее – Стандарт) разработан в соответствии с подпунктом б) пункта 1 статьи 7 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения» (далее – Кодекс).

2. Настоящий Стандарт устанавливает правила, общие принципы и характеристики к организации оказания медицинской помощи детям и новорожденным при хирургической патологией на амбулаторно-поликлиническом, стационарном, стационарозамещающем уровнях вне зависимости от формы собственности и ведомственной принадлежности.

3. Термины и определения, используемые в настоящем Стандарте:

1) профильный специалист – медицинский работник с высшим медицинским образованием, имеющий сертификат по определенной специальности;

2) портал бюро госпитализации – единая система электронной регистрации, учета, обработки и хранения направлений пациентов на плановую госпитализацию в стационар в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи;

3) ребенок – лицо, не достигшее восемнадцатилетнего возраста (совершеннолетия);

4) неотложная медицинская помощь – медицинская помощь при внезапных острых заболеваниях, травмах, резком ухудшении состояния здоровья, обострении хронических заболеваний, без явных признаков угрозы жизни пациента;

5) скорая медицинская помощь (далее – СМП) – является форма предоставления медицинской помощи при возникновении заболеваний и состояний, требующих экстренной медицинской помощи для предотвращения существенного вреда здоровью и (или) устранения угрозы жизни, а также при необходимости транспортировки органов (части органов) для последующей трансплантации;

6) экстренная медицинская помощь – медицинская помощь, требующая безотлагательного медицинского вмешательства для предотвращения существенного вреда здоровью или устранения угрозы жизни при внезапных острых заболеваниях, травмах, резком ухудшении состояния здоровья, обострении хронических заболеваний.

7) гарантированный объем бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП) – объем медицинской помощи, предоставляемой за счет бюджетных средств по перечню, определяемому Правительством Республики Казахстан, гражданам Республики Казахстан, оралманам, а также иностранцам и лицам без гражданства, постоянно проживающим на территории Республики Казахстан;

8) обязательное социальное медицинское страхование (далее - ОСМС) — комплекс правовых, экономических и организационных мер по оказанию медицинской помощи потребителям медицинских услуг за счет активов фонда социального медицинского страхования.

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

10) регионализация – распределение стационарных медицинских организаций по возможности оказания ими специализированной медицинской хирургической помощи по трем уровням в соответствии со степенью риска хирургического вмешательства с учетом распределения кадровых и материально-технических ресурсов, а также объемов потребления медицинской помощи.

Глава 2. Общие правила оказания детской хирургической помощи

4. Оказание детской хирургической помощи детям осуществляется в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС.

Общими правилами оказания детской хирургической помощи являются: оказание доврачебной, квалифицированной и специализированной хирургической помощи, высокотехнологичных медицинских услуг детям хирургической патологией.

5. ПМСП детям с хирургическими заболеваниями оказывается врачами по специальности «Педиатрия», «Общая медицина», «Лечебное дело», имеющий сертификат специалиста по специальности «Детская хирургия (неонатальная хирургия)» (далее – врач детский хирург) в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 28 апреля 2015 года № 281 «Об утверждении Правил оказания первичной медико-санитарной помощи и Правил прикрепления граждан к организациям первичной медико-санитарной помощи» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 11268), а также в соответствии с перечнем ГОБМП, утвержденным постановлением Правительства Республики Казахстан от 15 декабря 2009 года № 2136 «Об утверждении перечня гарантированного объема бесплатной медицинской помощи».

6. Консультативно-диагностическая помощь (далее – КДП) детям с хирургическими заболеваниями предоставляется в соответствии с Правилами оказания КДП, утвержденными приказом исполняющего обязанности Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 28 июля 2015 года № 626 «Об утверждении Правил оказания консультативно-диагностической помощи» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 11958).

7. Плановая госпитализация осуществляется через портал Бюро госпитализации по результатам клинико-лабораторных показателей для проведения комплексной терапии в условиях круглосуточного стационара и стационарозамещающих условиях.

8. Стационарная помощь детям с хирургическими заболеваниями осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 29 сентября 2015 года № 761 «Об утверждении Правил оказания стационарной помощи» (зарегистрирован в

Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 12204) (далее – Приказ № 761) и в соответствии с клиническими протоколами (далее – КП).

9. Экстренная госпитализация пациентов при неотложных состояниях, требующих реанимационных мероприятий, осуществляется в ближайшем стационаре.

10. Высокотехнологичные медицинские услуги оказываются врачами детскими хирургами в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 февраля 2017 года № 12 «Об утверждении Правил предоставления высокотехнологичных медицинских услуг» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 14868).

Глава 3. Общие принципы и характеристики деятельности организаций здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь детям с хирургическими заболеваниями

11. Общие принципы деятельности МО, оказывающих медицинскую помощь детям с хирургическими заболеваниями являются:

1) проведение мероприятий по профилактике и ранней диагностике врожденных пороков развития у плода (далее - ВПР) в антенатальном периоде, в том числе участие в пренатальных консилиумах по вопросам пролонгации или прерывания беременности у женщин при подозрении или верификации ВПР в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 9 сентября 2010 года № 704 «Об утверждении Правил организации скрининга» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 6490) (далее – приказ № 704);

2) диагностику, лечение, профилактику и динамическое наблюдение за пациентами с пороками развития и хирургическими заболеваниями;

3) консультативную помощь детям с хирургической патологией;

4) осмотры и динамическое наблюдение за детьми, перенесших оперативное вмешательство;

5) проведение специализированной реабилитации пациентов с хирургическими заболеваниями с целью восстановления нарушенных функций организма, снижения инвалидизации;

б) оказание консультативной, диагностической и лечебной помощи с детскими хирургическими заболеваниями, в соответствии с выявленной нозологией и утвержденными клиническими протоколами, а также дальнейшее диспансерное наблюдение и реабилитации.

12. Детская хирургическая помощь осуществляется в следующих структурных подразделениях организаций здравоохранения:

1) кабинет детского хирурга в организациях здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь (районная, городская поликлиники, консультативно-диагностический центр (на городском и областном уровне));

2) центр амбулаторной хирургии (далее - ЦАХ) для оказания стационарозамещающей помощи детям в организациях здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую (городская поликлиника, консультативно-диагностический центр (на городском и областном уровне) и стационарную помощь (консультативно-диагностическое отделение при многопрофильных детских городских и областных больницах);

3) детские хирургические койки в организациях здравоохранения, оказывающих стационарную помощь на базе районных больниц;

4) неонатальные хирургические койки в организациях здравоохранения, оказывающих стационарную помощь на городском и областном уровнях (многопрофильные детские больницы, перинатальные центры), республиканских организациях здравоохранения;

5) детское хирургическое отделение в организациях здравоохранения, оказывающих стационарную помощь на городском и областном уровнях (детские больницы в виде многопрофильного стационара), научных организациях в области здравоохранения, республиканских организациях здравоохранения;

б) центр (отделение) хирургии новорожденных в организациях здравоохранения, оказывающих стационарную помощь на городском и областном

уровне (многопрофильные детские больницы, перинатальные центры), научных организациях в области здравоохранения, республиканских организациях здравоохранения.

13. Оформление медицинской документации и ведение учетно-отчетной документации осуществляется в соответствии с приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907 «Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 6697) (далее – Приказ № 907).

14. Восстановительное лечение и медицинская реабилитация (в том числе реабилитация детей) пациентам с детскими хирургическими заболеваниями осуществляется в соответствии с КП и стандартам организации медицинской помощи Республики Казахстан по медицинской реабилитации, в соответствии с приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 27 февраля 2015 года № 98 «Об утверждении Правил восстановительного лечения и медицинской реабилитации, в том числе детской медицинской реабилитации» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 10678).

Параграф 1. Оказание детской хирургической помощи на амбулаторно – поликлиническом уровне

15. Амбулаторно-поликлиническая помощь детям с хирургическими заболеваниями включает ПМСП и КДП.

16. Первичная диагностика и оказание амбулаторной помощи детям с хирургическим заболеваниями осуществляются в организациях, оказывающих ПМСП.

17. Оказание хирургической помощи на амбулаторно-поликлиническом уровне включает мероприятия по профилактике хирургических заболеваний и детского травматизма, диагностике, лечению, медицинской реабилитации, формированию здорового образа жизни.

18. Хирургическая помощь детям осуществляется врачами детскими хирургами в кабинете детского хирурга (далее – Кабинет), а также ЦАХ в структуре организаций здравоохранения, оказывающих амбулаторно-

поликлиническую помощь или в структуре консультативно-диагностических отделений организаций здравоохранения, оказывающих стационарную помощь.

19. В структуре ЦАХ предусмотрены: смотровой кабинет; комната ожидания; палаты для больных, в том числе одноместные (изолятор); послеоперационные палаты; операционная или операционный блок (при необходимости); палата пробуждения (при необходимости); перевязочная; процедурная; перевязочная (гипсовая) и вспомогательные помещения.

20. ЦАХ использует возможности параклинического отделения организации здравоохранения, на базе которого он организован (лабораторная диагностика, ультразвуковая диагностика, эндоскопия, рентгенологические, бактериологические, гистологические исследования, консультации специалистов и другие).

21. ЦАХ предоставляет специализированную хирургическую помощь в экстренном и плановом порядке, во время рабочих дней согласно трудовому законодательству Республики Казахстан;

22. Хирургическая помощь детям на уровне ЦАХ предусматривает:

1) оказание КДП, лечебной помощи детям, страдающим врожденными пороками развития и приобретенными заболеваниями, требующими хирургической коррекции;

2) применение малоинвазивных методик оперативного вмешательства, с целью исключения осложнений и рецидивов заболевания;

3) оказание экстренной и неотложной медицинской помощи при острых состояниях и (или) хирургической патологии, требующих срочного медицинского вмешательства, в случаях, требующих оказания медицинской помощи в стационарных условиях, направляют пациентов в хирургическое отделение, где обеспечивается круглосуточная медицинская помощь.

23. Врач детский хирург Кабинета осуществляет:

1) КДП и лечебную помощь;

2) динамическое наблюдение за детьми, перенесшие хирургические манипуляции или оперативные вмешательства по поводу хирургической патологии;

3) проведение профилактических осмотров детей на обслуживаемой территории;

4) санитарно-просветительную работу с населением по вопросам профилактики и ранней диагностики хирургических заболеваний у детей и формированию здорового образа жизни;

5) направление детей для оказания медицинской помощи в стационарных условиях при наличии медицинских показаний;

6) направление детей на медико-социальную экспертизу для оформления инвалидности.

24. Госпитализация в ЦАХ предоставляется по направлению специалиста ПМСП или МО с результатами лабораторных, инструментальных исследований и консультаций профильных специалистов.

25. В ЦАХ оперативному вмешательству подлежат дети со следующими заболеваниями:

1) грыжи передней брюшной стенки (паховые, пахово-мошоночные, пупочные, белой линии живота);

2) водянки и кисты оболочек яичка и семенного канатика;

3) фимоз;

4) мягкотканые доброкачественные образования небольших размеров;

5) вросший ноготь.

26. Хирургические вмешательства предоставляется после получения информированного согласия по форме письменного добровольного согласия от законного представителя в соответствии с Приказом от 20 мая 2015 года № 364 «Об утверждении формы письменного добровольного согласия пациента при инвазивных вмешательствах» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 11386), с подробным инструктажем о послеоперационном поведении и своевременном информировании врача хирурга об изменении состояния здоровья в послеоперационном периоде.

27. После отбора детей детский хирург законным представителям дает рекомендации по подготовке к операции и список обследования (анализов), а

также дополнительно заключение педиатра о состоянии здоровья ребенка и отсутствии контактов с инфекционными больными, действительное в течение 3 суток.

28. Для определения операционно-анестезиологического риска, выбора метода анестезии и проведения предоперационной подготовки, осмотр пациента проводится врачом анестезиологом-реаниматологом (детским), в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 16 октября 2017 года № 763 «Об утверждении Стандарта организации оказания анестезиологической и реаниматологической помощи в Республике Казахстан» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 15953) (далее – приказ № 763).

29. Пребывание ребенка в ЦАХ не превышает 8 часов, в течение которых он получает весь спектр лечебно-диагностических мероприятий, включая осмотр, операцию, послеоперационный осмотр и выписку.

30. Врач детский хирург дает законным представителям рекомендации по уходу за ребенком, активному образу жизни, ограничению тяжелых физических нагрузок.

31. Повторный осмотр осуществляется на 7-е сутки после операции.

Параграф 2. Оказание детской хирургической помощи на стационарном уровне

32. Показанием для госпитализации является оказания квалифицированной, специализированной медицинской помощи, а также высокотехнологичных медицинских услуг с круглосуточным медицинским наблюдением.

33. Госпитализация пациента в стационар осуществляется:

1) в плановом порядке - по направлению специалистов ПМСП или МО в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС;

2) по экстренным показаниям - вне зависимости от наличия направления;

3) на платной основе в соответствии с утвержденным приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30 апреля 2015 года № 304 «Об утверждении Правил и условий оказания платных услуг в организациях здравоохранения и Типовой формы договора на оказание платных

услуг в организациях здравоохранения» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 11341).

34. Скорая медицинская помощь детям с хирургическими заболеваниями на догоспитальном этапе осуществляется бригадами скорой медицинской помощи в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 3 июля 2017 года № 450 «Об утверждении Правил оказания скорой медицинской помощи в Республике Казахстан» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 15473) (далее – приказ № 450):

35. Хирургическая помощь на стационарном уровне осуществляется:

1) на неонатальных хирургических койках в структуре МО третьего уровня регионализации перинатальной помощи (перинатальных центров) или неонатальных койках в структуре хирургических отделений детских городских, областных больниц;

2) в отделении (центре) хирургии новорожденных в организациях здравоохранения, оказывающих стационарную помощь на базе перинатальных центров на городском и областном уровне, научных организаций в области здравоохранения, национального холдинга в области здравоохранения, республиканских организаций здравоохранения.

36. На районном уровне детским хирургом оказывается квалифицированная хирургическая помощь при острых хирургических заболеваниях и травмах, а также плановое лечение наиболее распространенных хирургических заболеваний (грыжесечение, фимоз).

37. На городском уровне, многопрофильных детских и областных больницах, республиканских организациях здравоохранения при подозрении или выявлении у детей хирургической патологии детский хирург осуществляют полный объем общехирургической помощи, в профильных отделениях, в соответствии с видом хирургической помощи (отделения челюстно-лицевой хирургии, оториноларингологии, офтальмологии, травматологии, ортопедии, урологии, кардиохирургии, нейрохирургии).

38. Научные организации в области здравоохранения оказывают специализированную хирургическую помощь и высокотехнологичные медицинские услуги детям.

39. Плановая госпитализация в стационар через портал Бюро госпитализации осуществляется в приемном отделении МО с заполнением врачом приемного покоя медицинской документации, утвержденной приказом № 907, при наличии медицинских показаний после получения письменного добровольного согласия законного представителя пациента на проведение лечебно-диагностических мероприятий, в том числе инвазивных манипуляций в соответствии с приказом № 761.

40. При госпитализации пациента врач/медицинская сестра приемного отделения проводят распределение по Тriage системе согласно приказа № 450.

41. При поступлении пациента в стационар между законным представителем пациента и организацией здравоохранения заключается Договор в соответствии с приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 29 мая 2015 года № 418 «Об утверждении типового договора по предоставлению медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, заключаемого между пациентом и медицинской организацией» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 11520).

42. При оказании экстренной медицинской помощи в приемном отделении стационара дежурным врачом хирургом:

1) проводится осмотр не позже 10 минут с момента поступления пациента, при угрожающих жизни состояниях пациента – незамедлительно;

2) оценивается общее состояние пациента, объективный статус, оказывается неотложная медицинская помощь, определяется дополнительных лабораторных и инструментальных исследований для уточнения диагноза и принимается решение о госпитализации пациента или лечения в амбулаторных условиях;

3) в случаях госпитализации пациента в соответствующие отделения оформляется медицинская карта с листом назначений, в которой оценивается общее состояние пациента, подробно и последовательно записываются жалобы, анамнез заболевания и жизни, данные объективного исследования, выявленная патология, клиническая оценка выполненных лабораторных и функциональных исследований, предварительный диагноз, диагностические и лечебные мероприятия;

4) проводится беседа с дальнейшим получением письменного добровольного согласия законного представителя пациента на проведение (с учетом настоящего состояния пациента) лечебно-диагностических мероприятий;

5) в случае отказа пациента от медицинской помощи оформляется отказ согласно статье 93 Кодекса, за исключением случаев, предусмотренных статьей 94 Кодекса.

43. При отсутствии законных представителей решение об оказании медицинской помощи принимает консилиум в составе не менее трех специалистов, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно медицинский работник с последующим уведомлением должностных лиц МО.

44. При госпитализации или переводе в хирургическое отделение (или специализированное по профилю, при его наличии), ребенок наблюдается врачом данного отделения до выписки из стационара.

45. Объемы диагностических и лечебных мероприятий детям с хирургическими заболеваниями на различных этапах оказания медицинской помощи проводится в соответствии с КП.

46. В случаях, когда для окончательной постановки диагноза требуется динамическое наблюдение и полный объем неотложных лечебно-диагностических мероприятий, допускается нахождение пациента в диагностической палате приемного отделения стационара от двух часов до суток в соответствии с правилами оказания стационарной помощи, утвержденными приказом № 761. За этот период проводится полный объем неотложных лечебно-диагностических мероприятий.

47. Оперативное вмешательство по экстренным показаниям операционная бригада врачей детских хирургов начинает не позже двух часов с момента обращения пациента в стационар и постановки диагноза.

48. Дежурный врач хирург по согласованию с ответственным дежурным врачом по стационару назначает время начала операции, а формирование бригады хирургов осуществляет ответственный дежурный врач.

49. Перед хирургическим вмешательством врач по специальности «Анестезиология и реаниматология (детская)» проводит осмотр пациента с целью оценки тяжести состояния, определения сроков, места, длительности

предоперационной подготовки, риска анестезиологического пособия, выбора метода анестезии в соответствии с приказом № 763.

50. В процессе оперативного вмешательства врач хирург производит забор биоматериала у пациента (при его наличии) из брюшной и плевральной полостей, полости абсцесса и направляет для бактериологического исследования биоматериал и определения чувствительности к антибактериальным препаратам, на патоморфологическое и гистологическое исследование.

51. Врач детский хирург оформляет оперативное вмешательство в медицинской карте стационарного больного в виде предоперационного эпикриза, протокола операции с указанием времени начала и окончания операции, направления на гистологическое исследование биоматериала с описанием макропрепарата.

52. После оперативного вмешательства под общей анестезией, ребенок находится в палате пробуждения или в отделении реанимации и интенсивной терапии под наблюдением медицинского работника (врач, медицинская сестра, анестезист (ка)).

53. На всех уровнях оказания медицинской помощи при затруднении в идентификации диагноза, неэффективности проводимого лечения, заместитель руководителя по медицинской части организует консультацию (осмотр пациента специалистом более высокой квалификации или другого профиля) или консилиум (осмотр пациента, с участием не менее трех специалистов более высокой квалификации, или другого профиля, с проведением дополнительного обследования пациента в целях установления диагноза, определения тактики лечения, прогноза заболевания, а так же решения вопроса о необходимости перевода на другой уровень), включая специалиста республиканского уровня. В вечернее, ночное время, в выходные и праздничные дни - консультацию или консилиум организует ответственный дежурный врач по стационару.

54. Перевод пациентов с острой хирургической патологией из непрофильных стационаров осуществляется после предварительного осмотра и консультации детским хирургом и согласования с руководством (с заведующим отделения хирургии, заместителем главного врача по лечебно-профилактической работе или главным врачом) МО, куда переводится ребенок.

55. Отказ от медицинской помощи с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинских документах и подписывается законным представителем, а также медицинским работником в соответствии со статьей 93 Кодекса.

56. В случае отказа от подписания законным представителем от медицинской помощи осуществляется соответствующая запись об этом в медицинской документации и подписывается медицинским работником.

В случаях, когда промедление выполнения хирургического вмешательства угрожает жизни ребенка, а получить согласие его законного представителя не представляется возможным, то решение принимает врач или консилиум с последующим информированием его законного представителя о принятых мерах, объемах и методах хирургического вмешательства.

57. Хирургическая помощь новорожденным осуществляется врачом детским хирургом, прошедшим повышение квалификации в количестве 216 часов по вопросам неонатальной хирургической помощи (далее – неонатальный хирург).

58. Врач неонатальный хирург принимает участие в консилиумах врачей при решении вопросов о пролонгации или прерывании беременности у женщин, в случае подтверждения врожденной аномалии развития плода с цитогенетическим заключением в соответствии с Приказом № 704.

59. В случае пролонгации беременности по ВПР плода, требующие хирургического лечения сразу после рождения, беременные, роженицы и родильницы для родоразрешения направляются в МО третьего уровня регионализации перинатальной помощи на городском и областном уровне или республиканские организации здравоохранения.

60. В случае рождения новорожденного с ВПР, и отсутствии у него показания к оперативному вмешательству ребенок наблюдается неонатологом совместно с врачом неонатальным хирургом (или детским хирургом) в организации здравоохранения, где проведено родоразрешение роженицы.

61. В случае рождения новорожденного с ВПР, требующего оперативного вмешательства или при выявлении острой хирургической патологии периода новорожденности (ретинопатия, гемодинамический значимый артериальный проток, прогрессирующая гидроцефалии), медицинская помощь осуществляется

врачами неонатологами до перевода в специализированное отделение (центр) или койки хирургии новорожденных в данном регионе.

62. В случае рождения новорожденного с сочетанными пороками развития, не совместимыми с жизнью, ребенок наблюдается неонатологом совместно с врачом неонатальным хирургом (или детским хирургом) в организации здравоохранения, где проведено родоразрешение роженицы для получения симптоматического и посиндромального лечения.

63. К госпитализации на хирургические койки, отделения (центра) открытых в условиях МО третьего уровня регионализации перинатальной помощи подлежат новорожденные доношенные и недоношенные дети до достижения постконцептуального возраста 41 неделя плюс (+) 28 дней.

64. При наличии показаний к оперативному вмешательству подготовку новорожденного к операции осуществляют неонатальный хирург (при его отсутствии врач детский хирург) совместно с врачом по специальности «Анестезиология и реаниматология (перфузиология, токсикология, неонатальная реанимация) (детская)», а на базе МО третьего уровня регионализации перинатальной помощи (городских, областных) или организации республиканского значения совместно с врачом неонатологом отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных. Перед операцией обязателен повторный осмотр врача по специальности «Анестезиология и реаниматология (перфузиология, токсикология, неонатальная реанимация) (детская)».

65. Хирургическая помощь новорожденным в отделении (центре) хирургии новорожденных осуществляется в экстренном и плановом порядке с периода новорожденности до полного выздоровления или стабилизации нарушенных функций организма.

66. Специализированное отделение (центр) хирургии новорожденных разворачивается единым изолированным блоком в МО третьего уровня регионализации стационарной хирургической помощи (городских, областных) или в МО третьего уровня регионализации перинатальной помощи (перинатальные центры) или организации республиканского значения.

67. Отделением (центром) хирургии новорожденных осуществляется:

1) круглосуточная экстренная и плановая специализированная неонатально-хирургическая, интенсивная и реанимационная терапии в соответствии с протоколами диагностики и лечения;

2) организация мероприятий по предупреждению и снижению заболеваемости внутрибольничными инфекциями новорожденных;

3) изучение и внедрение в клиническую практику современных методов диагностики и лечения ВПР у новорожденного на основе принципов доказательной медицины и научно-технических достижений;

4) оказание экстренной неонатологической помощи на местах путем создания мобильных неонатологических врачебных бригад с хирургом-неонатологом в составе, оснащенной наземным автотранспортом с необходимым современным медицинским оборудованием, в необходимых случаях - с использованием санитарной авиации для транспортировки новорожденных с ВПР и другими патологиями, подлежащих хирургическому лечению.

68. После завершения лечения в стационарных условиях пациенту выдается выписка из медицинской карты стационарного больного с результатами проведенного обследования и лечения, рекомендациями по дальнейшей тактике ведения пациента на амбулаторно-поликлиническом уровне. Информация о них (электронная выписка) передается в организацию ПМСП по месту их прикрепления.

69. После выписки из стационара дети наблюдаются у врача детского хирурга по месту прикрепления.

70. Оказание медицинской помощи с детскими хирургическими заболеваниями проводится в соответствии с уровнями регионализации стационарной хирургической помощи в зависимости от степени тяжести заболевания и уровня оказания медицинской помощи, а также наличия возможности лечения пациента на данном уровне.

71. Местные органы государственного управления здравоохранения областей, городов республиканского значения и столицы для организации регионализации медицинской детской хирургической помощи разрабатывают и приказом руководителя утверждают свою схему регионализации с учетом географической доступности, кадровых и материально-технических ресурсов МО.

72. К первому уровню регионализации относятся:

детские хирургические койки в структуре специализированного хирургического отделения (объединенного с другим соматическим отделением) многопрофильных стационаров (районной, центральной районной, межрайонной больниц);

детские хирургические койки и (или) отделения многопрофильных городских стационаров в городах, расположенных в сельской или отдаленной местности.

73. На первом уровне регионализации, врачами детскими хирургами оказывается помощь по жизненным показаниям – базовый комплекс противошоковой и реанимационной терапии, хирургическое вмешательство при экстренной хирургической патологии органов брюшной полости, первичная хирургическая обработка ран, малые операции, а также лечение и сестринский уход основных хирургических заболеваний, требующих планового оперативного вмешательства (при наличии соответствующих квалифицированных кадров и необходимого оборудования) при:

грыжах пупочного кольца и параумблекальной области;

грыжах пахового канала;

варикацеле;

гнойно-воспалительных заболеваниях покровных тканей.

74. К МО второго уровня регионализации стационарной хирургической помощи детям относятся МО, оказывающие специализированную медицинскую помощь и отдельные высокотехнологичные медицинские услуги, обеспеченные высококвалифицированным медицинским персоналом, владеющим современными методами лечения хирургических больных, оснащенные современным лечебно-диагностическим оборудованием и лекарственными препаратами, имеющими круглосуточный хирургический пост, клиническую, биохимическую, бактериологическую лабораторию, отделение реанимации и интенсивной терапии.

75. К организациям второго уровня регионализации стационарной хирургической помощи относятся хирургические отделения и центры многопрофильных стационаров (городских, областных).

76. Хирургическая помощь детям оказывается в хирургических отделениях общего профиля или специализированных отделениях (по специализации профиля: общая хирургия, гнойная хирургия, нейрохирургия, травматология и ортопедия (комбустиология), урология, челюстно-лицевая хирургия, отоларингология, офтальмология, кардиохирургия).

77. При поступлении в МО второго уровня регионализации стационарной хирургической помощи пациента с хирургическим заболеванием не соответствующим по степени тяжести и отсутствию возможности лечения пациента на данном уровне, проводится оценка риска развития хирургических осложнений, оценка степени риска транспортировки, осуществляется обеспечение неотложных мер по стабилизации состояния пациента и подготовка его к переводу в МО вышестоящего уровня с вызовом мобильной бригады скорой медицинской помощи.

78. Специалисты МО второго уровня регионализации стационарной хирургической помощи оказывают консультативно-диагностическую помощь МО первого уровня.

79. К организациям третьего уровня регионализации хирургической помощи детям, относятся МО, оказывающие высокотехнологичные виды медицинских услуг, вплоть до уникальных операции, обеспеченные высококвалифицированным медицинским персоналом, оснащенные современным лечебно-диагностическим оборудованием и лекарственными препаратами, имеющими круглосуточный хирургический пост, клиническую, биохимическую, бактериологическую лабораторию, отделение реанимации и интенсивной терапии.

80. К организациям третьего уровня регионализации стационарной хирургической помощи относятся хирургические отделения многопрофильных стационаров областных центров, городов республиканского значения, республиканских организаций здравоохранения.

81. Сотрудники МО третьего уровня регионализации стационарной хирургической помощи детям, оказывают консультативно-диагностическую, лечебную и организационно-методическую помощь МО второго и первого уровня, выполняют функции по координации деятельности детской хирургической службы по региону, а также осуществляют тренинги с медицинским персоналом МО первого и второго уровней.

82. Проведение телемедицинских консультаций и направление квалифицированных специалистов для оказания медицинской помощи в форме санитарной авиации проводятся в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 11 декабря 2017 года № 933 «Об утверждении Правил предоставления медицинской помощи в форме санитарной авиации» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 16245).

Параграф 3. Оказание детской хирургической помощи на стационарозамещающем уровне

83. Стационарозамещающая помощь детям с хирургическими заболеваниями осуществляется в соответствии с Правилами оказания стационарозамещающей помощи, утвержденными приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 17 августа 2015 года № 669 «Об утверждении Правил оказания стационарозамещающей помощи» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 12106).

84. Стационарозамещающая помощь детям с хирургическими заболеваниями осуществляется в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС и предоставляется в условиях дневного стационара и/или стационара на дому по направлению специалиста ПМСП или медицинской организации с результатами лабораторных, инструментальных исследований и консультаций профильных специалистов.

85. Противопоказаниями для предоставления стационарозамещающей помощи являются:

- 1) заболевания, требующие круглосуточного проведения лечебных процедур и медицинского наблюдения;
- 2) инфекционные заболевания в период эпидемиологической опасности;
- 3) заболевания, представляющие опасность для окружающих, в соответствии с приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 21 мая 2015 года № 367 «Об утверждении перечня

социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 11512).

86. Врач при оказании стационарозамещающей помощи в дневном стационаре и стационаре на дому осматривает пациента, корректирует проводимое лечение, при необходимости назначает дополнительные лабораторные, инструментальные исследования и консультации профильных специалистов, согласно стандартам организации оказания медицинской помощи профильных служб и руководствуясь клиническими протоколами диагностики и лечения.

87. Дневной стационар предназначен для проведения лечебных мероприятий пациентам с 3-х лет, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения:

1) при ухудшении состояния, требующего круглосуточного наблюдения, пациент госпитализируется в стационар.

2) длительность лечения пациента составляет в дневном стационаре не более 8 рабочих дней.

88. Показаниями для ведения пациента в стационаре на дому являются нарушения функций органов, препятствующих ежедневному посещению дневного стационара пациентом при необходимости получения стационарозамещающей медицинской помощи, а также наличие орфанных (редких) заболеваний у детей, сопряженных с высоким риском инфекционных осложнений и требующих изоляции в период сезонных вирусных заболеваний, для получения регулярной заместительной ферментативной и антибактериальной терапии.

89. Длительность лечения в стационаре на дому составляет не менее 3 рабочих дней и при острых заболеваниях не более 5 рабочих дней, при обострении хронических заболеваний не более 8 рабочих дней.