

ISSN 2313-1276

ҚАЗАҚСТАНДАҒЫ ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯ
ТРАНСПЛАНТ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ



№1(8)
2018



Министерство здравоохранения Республики Казахстан

**Республиканский центр по координации трансплантации
и высокотехнологичных медицинских услуг**

ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯ В КАЗАХСТАНЕ

ҚАЗАҚСТАНДАҒЫ ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯ

Научно – практический медицинский журнал

№ 1 (8) 2018



Астана

**ҚАЗАҚСТАНДАҒЫ
ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯ
ЖУРНАЛЫ**

**ЖУРНАЛ ТРАСПЛАНТОЛОГИЯ
В КАЗАХСТАНЕ**

**Ғылыми тәжірибелік журнал 2014 жылы
тіркелген**

*№ 14321-Ж мерзімдік басылым және (немесе)
ақпараттық агенттілікті есепке қою туралы
куәлік*

Бас редактор - Досқалиев Ж.А.
Бас редактордың орынбасары - Жарықов С.Н.
Жауапты хатшы – Баймағамбетова Г.Б.
Техникалық редактор – Демонов Л.А.

Редакциялық кеңес

Ахметов В.И.
Байгенжин А.Қ.
Байжүнісов Е.Ә.
Баймаханов Б.Б.
Беркинбаев С.Ф.
Боранбаева Р.З.
Ботабекова Т.К.
Бүркітбаев Ж.Қ.
Калиев А.А.
Keun-Young You
Kwang-Woong Lee
Касимов Н.К.
Пя Ю.В.
Раманқұлов Е.М.
Сейсембаев М.А.
Сұлтанәлиев Т.А.
Төлегалиева А.Г.
Шайдаров М.З.
Цой А.В.

Редакциялық алқасы

Абуов М.Қ.
Алтынова В.Қ.
Асқаров М.Б.
Бекбосынов С.Т.
Досқали М.
Жүсіпова А.С.
Құттымұратов Ф.М.
Рысбеков М.М.
Сачко А.А.
Ташев И.А.
Туғанбекова С.К.
Тұрғанбекова А.А.
Чорманов А.Т.
Шаймарданова Ф.М.

РЕДАКЦИЯНЫҢ МЕКЕНЖАЙЫ

«Транспланттауды және жоғары технологиялық
медициналық қызметті үйлестіру жөніндегі
республикалық орталық» шаруашылық жүргізу
құқығындағы республикалық мемлекеттік кәсіпорны
Қазақстан Республикасы Астана қ., Сілеті көшесі 30
Телефоны 8 (7172) 55-98-10
E-mail:journal@transplant.kz

**Научно-практический журнал основан в 2014
году**

*Свидетельство о постановке на учет
периодического печатного издания и (или)
информационного агентства №14321-Ж*

Главный редактор – Досқалиев Ж.А.
Заместитель главного редактора – Жариков С.Н.
Ответственный секретарь – Баймағамбетова Г.Б.
Технический редактор – Демонов Л.А.

Редакционный совет

Ахметов В.И.
Байгенжин А.К.
Байжунусов Э.А.
Баймаханов Б.Б.
Беркинбаев С.Ф.
Боранбаева Р.З.
Ботабекова Т.К.
Буркитбаев Ж.К.
Калиев А.А.
Keun-Young You
Kwang-Woong Lee
Касимов Н.К.
Пя Ю.В.
Раманкулов Е.М.
Сейсембаев М.А.
Султаналиев Т.А.
Түлегалиева А.Г.
Шайдаров М.З.
Цой А.В.

Редакционная коллегия

Абуов М.К.
Алтынова В.К.
Асқаров М.Б.
Бекбосынов С.Т.
Досқали М.
Жусупова А.С.
Құттымұратов Г.М.
Рысбеков М.М.
Сачко А.А.
Ташев И.А.
Туғанбекова С.К.
Турғанбекова А.А.
Чорманов А.Т.
Шаймарданова Г.М.

АДРЕС РЕДАКЦИИ

РГП на ПХВ «Республиканский центр
по координации трансплантации и
высокотехнологичных медицинских услуг»
Республика Казахстан, г. Астана, ул. Сілеті, 30
Телефон: 8 (7172) 55-98-10
E-mail:journal@transplant.kz

Колонка редактора

Уважаемые коллеги!

Представляем Вашему вниманию новый номер журнала за 2018 год. С момента первой трансплантации сердца в Казахстане в 2012 году прошло уже 6 лет и за это время развитие трансплантологии в республике достигло определённых успехов. В стране выполняются трансплантации печени, почек, сердца, поджелудочной железы и роговицы. Начиная с 2015 года выполняется трансплантация легких. В планах казахстанских трансплантологов проведение трансплантации сердца и печени детям, выполнение пересадки органных комплексов. В стране растет количество трансплантированных пациентов, в среднем на 300 человек в год пополняются их ряды. Качество операций находится на уровне зарубежных клиник. К примеру, выживаемость реципиентов почки в течение 1 года составила 95-97%, аналогичный показатель у реципиентов печени - 85% и у реципиентов сердца – 86%.

Создан Республиканский координационный центр по трансплантации, который в 2018 году приобрел статус республиканского государственного предприятия, подведомственного Министерству здравоохранения Республики Казахстан. В 2019 году запланирована цифровизация трансплантологической службы в Казахстане, которая соединит все центры трансплантации, лаборатории тканевого типирования, донорские стационары и службу санитарной авиации, позволит в оперативном режиме проводить подбор и поиск донорских органов к пациентам на листе ожидания.

Одновременно с ростом достижений отечественной трансплантологии совершенствуется и законодательная база. Внесены изменения и дополнения в Кодекс «О здоровье народа и системе здравоохранения» в части развития трансплантологии, актуализированы подзаконные акты касательно констатации смерти мозга и регистрации волеизъявления граждан Казахстана на посмертное донорство.

Однако не все так гладко, в стране по-прежнему существует острая нехватка донорских органов, сокращается количество центров трансплантаций, растёт число пациентов на листе ожидания, отсутствует программа наблюдения и реабилитации реципиентов в организациях ПМСП.

Министерством здравоохранения РК разрабатывается комплексный план решения этих проблем, который позволит всесторонне и на совершенно новом качественном уровне оказывать трансплантологическую помощь населению страны. Требуется современный подход к пониманию роли органов местного управления, руководителей организаций здравоохранения в развитии донорского процесса в регионе, назрела необходимость разработки стандартов реабилитации реципиентов и объединения усилий врачей трансплантологов, нефрологов, гепатологов и других специалистов в целях дальнейшего продвижения службы в РК и интеграции с международным трансплантационным сообществом.

Задача медицинских работников страны, и в первую очередь трансплантационных координаторов, в ближайшие 5 лет увеличить донорскую активность в 10-раз. Довести удельный вес пересадок от кадаверного донора до 40-50% от общего количества выполняемых операций в стране, развить международный туризм.

С уважением, главный редактор журнала

Ж. Доскалиев

СЕЛЕКТОРНОЕ СОВЕЩАНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН: МАТЕРИАЛЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ деятельности Центров трансплантаций на соответствие индикаторам оценки работы за 2017 – 2018 гг.

9 ноября 2018 года

Астана

В соответствии с п. 5.3 Технической спецификации по реализации государственного задания «Создание системы координации в области трансплантологии» (договор №72 от 16.03.2018 г.), РГП на ПХВ «Республиканский центр по координации трансплантации и высокотехнологичных медицинских услуг» Министерства здравоохранения Республики Казахстан (далее – «РЦКТВМУ») проведен ретроспективный анализ деятельности организаций здравоохранения, допущенных к изъятию, заготовке, хранению, консервации, транспортировке органов (части органов) и трансплантации органов (части органов) в соответствии с приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 29 июня 2015 года № 534 «Об утверждении Правил формирования перечня организаций здравоохранения по изъятию, заготовке, хранению, консервации, транспортировке тканей (части ткани), или органов (части органов) и трансплантации тканей (части тканей) или органов (части органов)».

Для оценки работы применялись следующие критерии и индикаторы:

1. Количество выполненных трансплантаций в год.
2. Выживаемость реципиентов за контрольный период.
3. Количество специалистов, прошедших повышение квалификации.

Для проведения статистического анализа выживаемости использовались множительные оценки Каплана-Мейера. Обработка результатов анализа проведена с использованием программного продукта «STATISTICA Base» компании «StatSoft Inc.».

Для анализа была использована выгрузка базы данных по проведенным органным трансплантациям в восьми центрах трансплантации РК в период с 1.01.2017 г. по 31.10.2018 г., представленная Республиканским центром электронного здравоохранения (далее – РЦЭЗ):

- 1) АО «Национальный научный кардиохирургический центр»;
- 2) АО «Национальный научный медицинский центр»;
- 3) АО «Национальный научный центр онкологии и трансплантологии»;
- 4) КФ «University Medical Center» АО «Национальный научный центр материнства и детства»;
- 5) АО «Национальный научный центр хирургии имени А.Н. Сызганова»;
- 6) ГКП «Городская больница скорой медицинской помощи» УЗ Акима, г. Шымкент;
- 7) ГКП на ПХВ «Актюбинский медицинский центр» ГУ УЗ Актюбинской области;
- 8) РГП на ПХВ «Научно-исследовательский институт кардиологии и внутренних болезней».

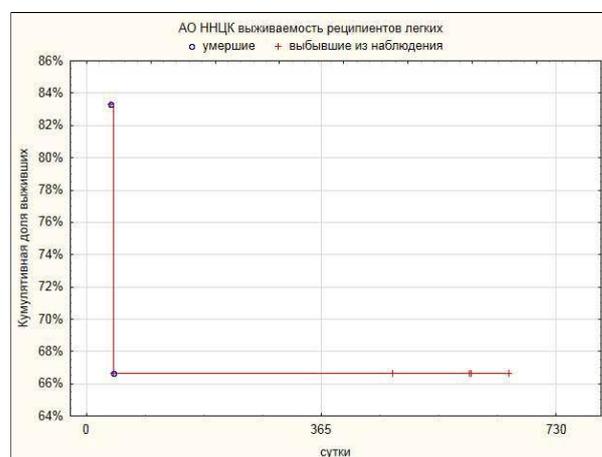
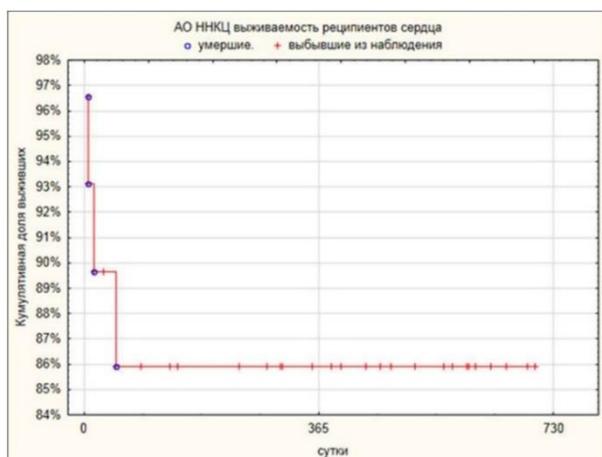
1. АО «Национальный научный кардиохирургический центр» (таблица 1)

Трансплантация	Количество выполненных трансплантаций в год	Оценка по количеству	Выживаемость	Оценка по качеству	Вывод
сердца	2017 г. – 19 2018 г. – 8	соответствует	86%	соответствует	соответствует
легких	2017 г. – 6 2018 г. – 0	соответствует предупреждение за 2018 год	67%	соответствует	соответствует
Подготовка кадров	прошли специализацию 4 специалиста	соответствует			соответствует

Трансплантация сердца за анализируемый период проведена 27 пациентам. Прогноз по годичной выживаемости реципиентов сердца составил 86% (станд. ошибка 0,06).

Трансплантация лёгких проведена 6 реципиентам, 2 из которых скончались (через 38 и 43 дня после операции). Прогноз по годичной выживаемости составил 67% (станд. ошибка 0,19). В 2018 году трансплантации легких не было.

По количеству подготовленных специалистов (4) клиника соответствует требуемому индикатору.



2. АО «Национальный научный медицинский центр» (таблица 2)

Трансплантация	Количество выполненных трансплантаций в год	Оценка по количеству	Выживаемость	Оценка по качеству	Вывод
почки	2017 г. – 32 2018 г. – 0	Предупреждение по показателю 2018 года	100%	Соответствует за 2017 год	Предупреждение по показателю 2018 года

печени	2017 г. – 5 2018 г. – 0	Исключение из списка Центров трансплантации, рекомендации по отмене лицензии по показателю 2018 года	100%	Соответствует за 2017 год	Исключение из списка Центров трансплантации, рекомендации по отмене лицензии по показателю 2018 года
Подготовка кадров	Нет данных	Не соответствует			Исключение из списка Центров трансплантации, рекомендации по отмене лицензии по показателю 2018 года

В 2017 году в клинике выполнены 31 трансплантация почек и 5 трансплантаций печени. Выживаемость реципиентов почек и печени, прооперированных в 2017 году – 100%. В 2018 не проведено ни одной трансплантатами органов вследствие ликвидации отделения трансплантологии (приказ АО «ННМЦ» от 19 октября 2017 года № 417 «О распределении коечного фонда»). Врачи-трансплантологи уволены.

3. Филиал Корпоративного фонда «UniversityMedicalCenter»
«Национальный научный центр материнства и детства» (таблица 3)

Трансплантация	Количество выполненных трансплантаций в год	Оценка по количеству	Выживаемость	Оценка по качеству	Вывод
почки	2017 г. – 8 2018 г. – 6	Индикатор не применяется	100%	Соответствует	Индикатор не применяется
печени	2017 г. – 1 2018 г. – 1	Индикатор не применяется	100%	Соответствует	Индикатор не применяется
Подготовка кадров	Специалистов не прошли обучение, специализацию	Не соответствует			Индикатор не применяется

Трансплантация почки за отчётный период проведена 15 детям, выживаемость - 100%. Проведено 2 трансплантации печени, оба реципиента живы. За отчётный период специалисты не прошли подготовку по трансплантации.

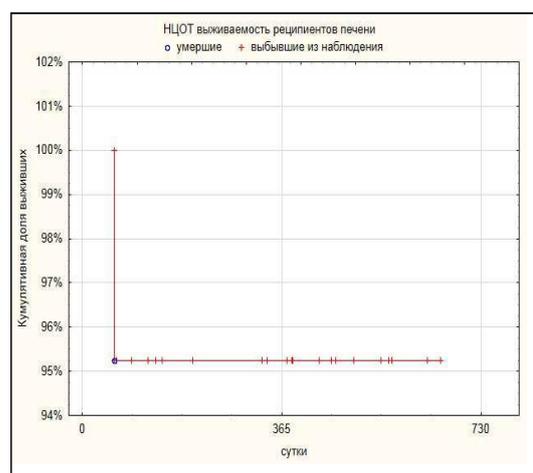
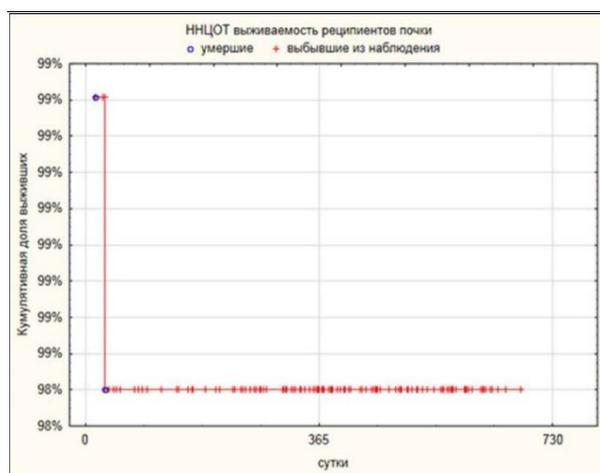
4. АО «Национальный научный центр онкологии и трансплантологии»
(таблица 4)

Трансплантация	Количество выполненных трансплантаций в год	Оценка по количеству	Выживаемость	Оценка по качеству	Вывод
почки	2017 г. – 55 2018 г. – 71	Соответствует	98%	Соответствует	Соответствует
печени	2017 г. – 15 2018 г. – 7	Соответствует	95%	Соответствует	Соответствует
Подготовка кадров	Прошли специализацию 2 специалиста	Соответствует			Соответствует

За отчётный период трансплантация почки проведена 126 реципиентам, прогноз по годичной выживаемости реципиентов составил 98% (станд. ошибка 0,01). Проведена трансплантация почки 24 иностранным гражданам, которые были выписаны в удовлетворительном состоянии, 1 иностранный реципиент почки умер на 16 сут. после операции, второй - гражданин Казахстана, умер на 31 сут. после операции.

Трансплантация печени проведена 22 реципиентам, прогноз по годичной выживаемости реципиентов печени составил 95% (станд. ошибка 0,05).

По количеству подготовленных специалистов (2) клиника соответствует требуемому индикатору.

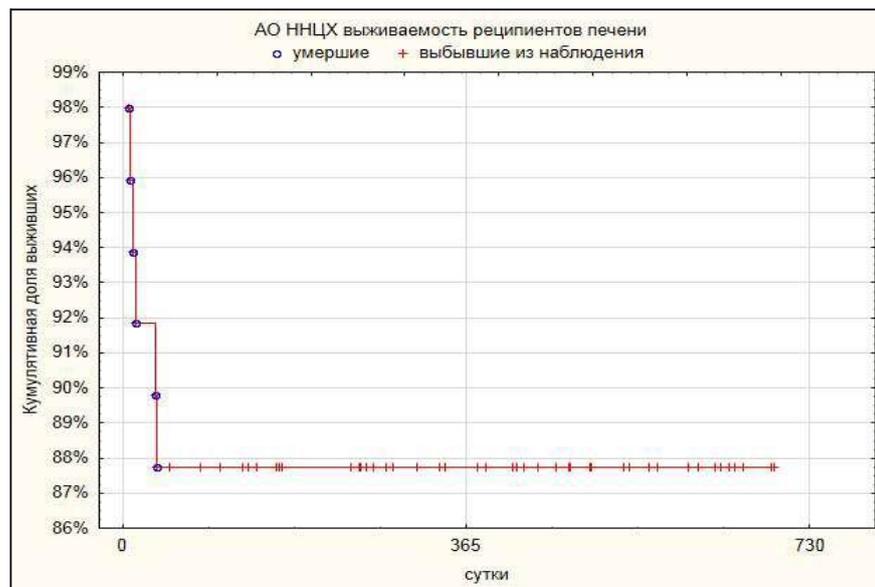


5. АО «Национальный научный центр им. А.Н. Сызганова» (таблица 5)

Трансплантация	Количество выполненных трансплантаций в год	Оценка по количеству	Выживаемость	Оценка по качеству	Вывод
почки	2017 г. – 53 2018 г. – 31	Соответствует	100%	Соответствует	Соответствует
печени	2017 г. – 29 2018 г. – 17	Соответствует	88%	Соответствует	Соответствует
Подготовка кадров	Данные не представлены	Не соответствует			Не соответствует

За отчётный период трансплантация почек проведена 84 реципиентам, выживаемость – 100%. Трансплантация печени выполнена 46 реципиентам, умерло 6 (через 7, 8, 11, 14, 35 и 37 суток после операции), прогноз по годичной выживаемости реципиентов печени составил 88% (станд. ошибка 0,04).

Данные по количеству подготовленных специалистов не представлены.



6. Городская клиническая больница №7 акимата г. Алматы (таблица 6)

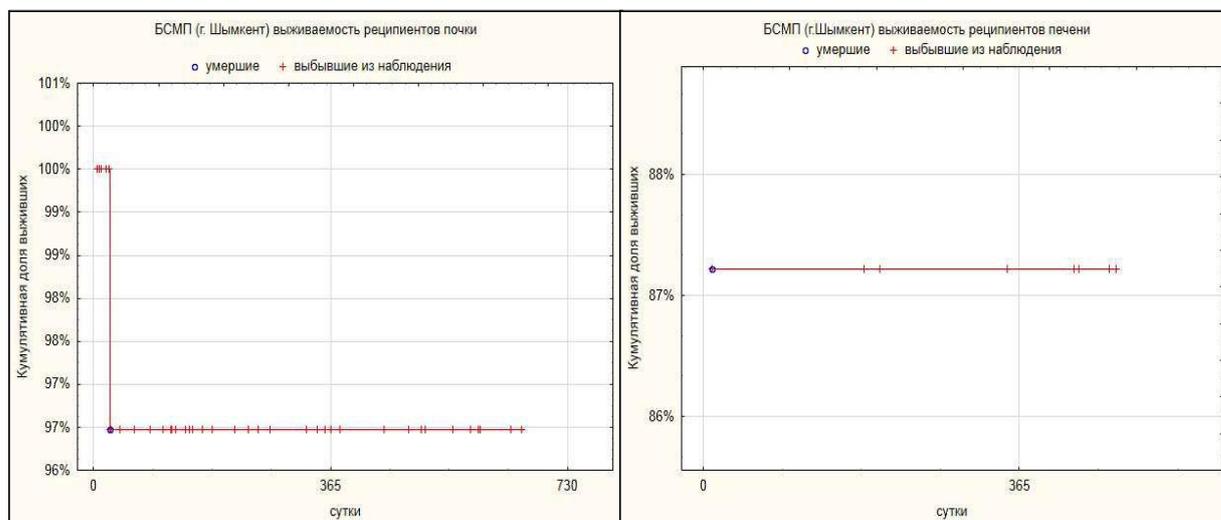
Трансплантация	Количество выполненных трансплантаций в год	Оценка по количеству	Выживаемость	Оценка по качеству	Вывод
почки	2017 г. – 0 2018 г. – 0	Исключение из списка Центров трансплантации			Исключение из списка Центров трансплантации
печени	2017 г. – 0 2018 г. – 0	Исключение из списка Центров трансплантации, рекомендации по отмене лицензии			Исключение из списка Центров трансплантации, рекомендации по отмене лицензии
Подготовка кадров	0 специалистов прошли обучение, специализацию	Исключение из списка Центров трансплантации, рекомендации по отмене лицензии			Исключение из списка Центров трансплантации, рекомендации по отмене лицензии

За отчётный период в клинике не выполнено ни одной операции по трансплантации органов.

7. ГКП «Городская больница скорой медицинской помощи» акимата г. Шымкент (таблица 7)

Трансплантация	Количество выполненных трансплантаций в год	Оценка по количеству	Выживаемость	Оценка по качеству	Вывод
почки	2017 г. – 16 2018 г – 32	Соответствует	97%	Соответствует	Соответствует

печени	2017 г. – 5 2018 г – 3	Соответствует за 2017 год Исключение из списка Центров трансплантации, рекомендации по отмене лицензии по показателю 2018 года	87%	Соответствует	Исключение из списка Центров трансплантации, рекомендации по отмене лицензии по показателю 2018 года
Подготовка кадров	За 2017 -2018 гг. прошли специализацию 2 специалиста	Соответствует			Соответствует



За отчётный период трансплантация почки проведена 48 реципиентам, выживаемость за первый год составила 97% (станд. ошибка 0,03). Проведена трансплантация почки 17 иностранным гражданам, которые были выписаны в удовлетворительном состоянии, проследить наличие осложнений и возможного наступления летального исхода не представляется возможным в виду отсутствия их регистрации в РПН.

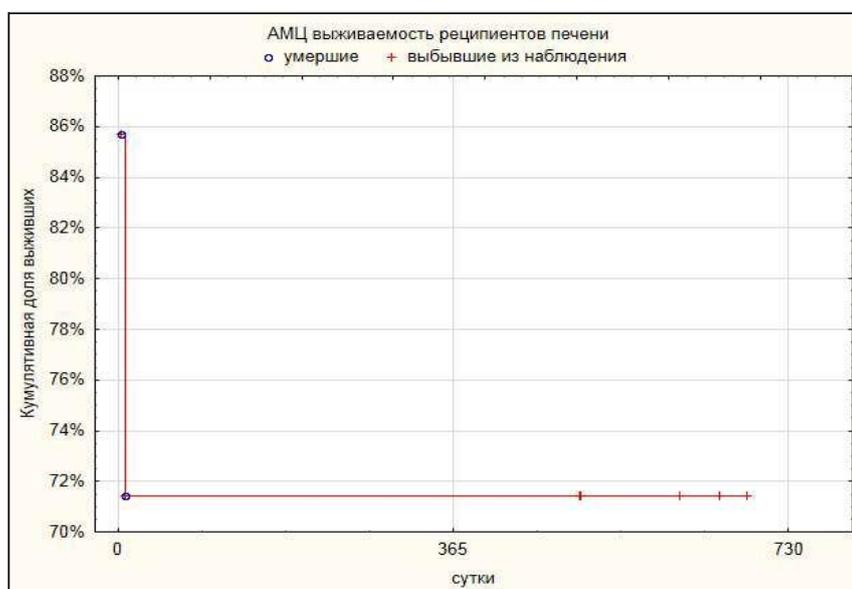
Трансплантация печени проведена 8 реципиентам, прогноз по годичной выживаемости реципиентов печени составил 87% (станд. ошибка 0,12).

По количеству подготовленных специалистов (2) клиника соответствует требуемому индикатору.

8. ГКП на ПХВ «Актюбинский медицинский центр», г. Актюбе» (таблица 8)

Трансплантация	Количество выполненных трансплантаций в год	Оценка по количеству	Выживаемость	Оценка по качеству	Вывод
почки	2017 г. – 12 2018 г. – 4	Соответствует за 2017 год Предупреждение по показателю 2018 года	100%	Соответствует	Соответствует за 2017 год Предупреждение по показателю 2018 года

печени	2017 г. – 6 2018 г. – 1	Соответствует за 2017 год Исключение из списка Центров трансплантации, рекомендации по отмене лицензии по показателю 2018 года	71%	Соответствует	Соответствует за 2017 год Исключение из списка Центров трансплантации, рекомендации по отмене лицензии по показателю 2018 года
Подготовка кадров	За 2017 -2018 гг. прошли специализацию 2 специалиста	Соответствует			Соответствует



За отчётный период трансплантация почки проведена 16 реципиентам, выживаемость в течение первого года после операции составила 100%.

Трансплантация печени проведена 7 реципиентам, после операции умерло 2 реципиента (4, 8 сутки после операции), прогноз по годичной выживаемости реципиентов печени составил 71% (станд. ошибка 0,17).

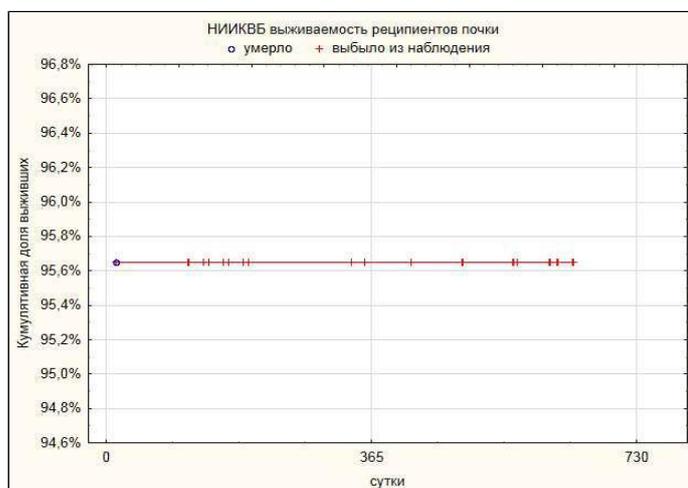
По количеству подготовленных специалистов (2) клиника соответствует требуемому индикатору.

9. РГП на ПХВ «Научно-исследовательский институт кардиологии и внутренних болезней» (таблица 9)

Трансплантация	Количество выполненных трансплантаций в год	Оценка по количеству	Выживаемость	Оценка по качеству	Вывод
почки	2017 г. – 15 2018 г. – 8	Соответствует за 2017 год. Предупреждение по показателю 2018 года	96%	Соответствует	Соответствует за 2017 год. Предупреждение по показателю 2018 года

Подготовка кадров	Специалисты не прошли обучение, специализацию	Исключение из списка Центров трансплантации, рекомендации по отмене лицензии			Исключение из списка Центров трансплантации, рекомендации по отмене лицензии
-------------------	---	--	--	--	--

За отчётный период трансплантация почки проведена 23 реципиентам, умер 1 реципиент (13 сутки после операции), прогноз по годичной выживаемости реципиентов почки составил 96% (станд. ошибка 0,04). С августа 2018 года отделение трансплантологии не функционирует. Врачи-трансплантологи уволены.



Директор «Республиканского центра по координации трансплантации и высокотехнологичных медицинских услуг» МЗ РК

С. Жариков



**Всемирная Организация
Здравоохранения**

Исследование Донорство органов и трансплантация

СТРАНА: КАЗАХСТАН

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДСТАВЛЕНА:

Имя: Жариков Серик
 Должность: Заместитель директора
 Организация: Учреждение «Республиканский координационный центр по трансплантации»
 Адрес: Z00F3B5 Республика Казахстан, Астана, ул. Сілеті 30, офис 20
 Телефон: +007 7172 558450 Факс: +007 7172 558454
 E-mail: rcct@inbox.ru
www.transplant.kz

Дата: 07/09/2018

ОСНОВНЫЕ СВЕДЕНИЯ О СТРАНЕ:

	<u>Да</u>	<u>Нет</u>
-Наличие функционирующей ¹ трансплантационной программы	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Наличие функционирующей программы донорства органов от посмертных доноров	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Наличие функционирующей программы донорства органов от живых доноров	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

А 1/ ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СИСТЕМА

¹ Определение функционирующей программы: программа, выполняющая или в состоянии выполнить свои непосредственные функции

2. Национальный научный центр онкологии и трансплантологии, г. Астана;
3. Национальный научный кардиохирургический центр, г. Астана;
4. Национальный научный медицинский центр, г. Астана;
5. Национальный научный центр материнства и детства, г. Астана;
6. Научно-исследовательский институт кардиологии и внутренних болезней, г. Алматы;
7. Городская больница скорой медицинской помощи, г. Шымкент;
8. Актюбинская областная больница, г. Актобе.

4. Связана ли страна с международной организацией распределения органов?

Да Если да, пожалуйста, уточните с какой: _____
 Нет

5. Участвуют ли Этические комитеты в донорской и/или трансплантационной активности?

Да
 Нет

5.1. Если да, на каком уровне? (Пожалуйста, отметьте **только** высший уровень ответственности)

Национальный
 Областной/Окружной/Региональный/Федеральный
 Местный/Госпитальный

6. Наличие лица (лиц), ответственных за управление вопросами донорства и/или трансплантации органов на национальном уровне?

Донорства: Да
 Нет

Трансплантации: Да
 Нет

Того и другого
 (донорства и трансплантации): Да
 Нет

7. Существуют ли реестры для учета социально-демографических, клинических и/или эпидемиологических сведений о донорах?

	<u>Да</u>	<u>Нет</u>
- Посмертных	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Живых	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Существуют ли реестры выполненных трансплантаций/результатов на местах (каждый раз при ответе «Да», пожалуйста, отмечайте **только** высший уровень ответственности)

			Уровень		
	Да	Нет	Национальный	Областной/ Региональный/ Окружной	Местный/ Госпитальный
<u>- Посттрансплантационное наблюдение реципиентов:</u>					
- Почки	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Печени	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Сердца	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Легкого	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Поджелудочной железы	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>- Посттрансплантационное наблюдение живых доноров:</u>					
- Почки	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Печени	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Легкого	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Существует ли система надзора, основанная на отчетности о неблагоприятных событиях у реципиентов трансплантированных органов?

- Да
 Нет

9.1 Если да, пожалуйста, отметьте **только высший** уровень ответственности:

- Национальный уровень
 Областной/Окружной/Региональный/
 Федеральный уровень
 Местный/Госпитальный уровень

10. Существует ли система надзора, основанная на отчетности о неблагоприятных событиях у живых доноров и реципиентов органов?

- | | Да | Нет |
|----------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| Реципиенты органов | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Живые доноры органов | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

10.1 Если да, пожалуйста, отметьте **только** высший уровень ответственности:

- Национальный уровень
 Областной/Окружной/Региональный/
 Федеральный уровень
 Местный/Госпитальный уровень

11. Пожалуйста, укажите название компетентного органа (нов), если таковой имеется, осуществляющего контроль за безопасностью и качеством на национальном уровне:

Некоммерческое акционерное общество «Фонд социального медицинского страхования», созданное в соответствии с постановлением Правительства Республики Казахстан от 01 июля 2016 года № 389 (ФСМС):

12. Существуют ли методические общественные образовательные программы в области донорства и трансплантации органов на уровне школьного образования?

Да
 Нет

13. Существуют ли внутри страны образовательные тренинги для согласования работы персонала, вовлеченного в:

Заготовку органов

<u>Да</u>	<u>Нет</u>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Трансплантацию органов

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------

14. Существуют ли нижеперечисленные процессы для посмертных доноров, основанных на каких-либо протоколах, стандартах или руководствах на национальном/региональном уровне

	<u>Да</u>	<u>Нет</u>
14.1. Идентификация посмертного донора	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.2. Критерии отбора доноров	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.3. Скрининг на трансмиссивные болезни (опухоли, инфекции, другое)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Существуют ли национальные/региональные/местные утвержденные рекомендации для оценки донора при трансплантации от живого донора?

Да
 Нет

16. Существует ли в программе посмертного донорства прозрачная система² с заданными критериями отбора реципиентов и распределения донорских органов (Если нет программы посмертного донорства, пожалуйста, переходите к вопросу 18)?

16.1 Отбор реципиентов:

Да	<input type="checkbox"/>
Нет	<input checked="" type="checkbox"/>

16.2 Распределение донорских органов:

Да	<input type="checkbox"/>
Нет	<input checked="" type="checkbox"/>

² Поддержание общественного доступа к регулярно обновляемым всеобъемлющим данным и информации.

17. Отметьте критерии, если таковые имеются, которые применяются для обеспечения справедливого и равномерного **распределения донорских органов**

	<u>Да</u>	<u>Нет</u>
17.1 Клинические критерии (возраст, тяжесть состояния и т.п.)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.2 Совместимость (отсутствие антител реципиента к групповым антигенам крови, присутствующих в трансплантируемом органе)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.3 Время в «Листе ожидания»	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.4 Географические критерии	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.5 Другое (уточните): если пациент был донором	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Наличие «Листа ожидания» для:

	<u>Да</u>	<u>Нет</u>
- Почки	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Печени	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Сердца	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Легкого	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18.1 Если да, на каком уровне он регулируется?

	<u>Почка</u>	<u>Печень</u>	<u>Сердце</u>	<u>Легкое</u>
Национальном	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Областной/Окружной/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Региональном /Федеральном	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Местный/Госпитальный	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Существуют ли критерии исключения для кандидатов на трансплантацию органов?

	<u>Да</u>	<u>Нет</u>
- Иностранцы	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Другое	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Если да, пожалуйста, прокомментируйте: _____

20. Существует ли механизм, обеспечивающий конфиденциальность и неприкосновенность частной жизни доноров и реципиентов?

Да
Нет

21. Существуют ли механизмы **национального уровня** на местах контролирующе:

- | | | |
|---|--|------------------------------|
| 21.1 Однозначную идентификацию органа каждого <u>донора</u> | Да <input checked="" type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| 21.2 Однозначную идентификацию каждого органа <u>реципиента</u> | Да <input checked="" type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| 21.3 Однозначную идентификацию каждого <u>органа</u> | Да <input checked="" type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |

22. Существует ли система или механизмы на местах, обеспечивающие контроль использования донорских органов?

- Да Если да, пожалуйста, прокомментируйте: **все процедуры протоколируются, проводится донорский аудит.**
 Нет

23. Оплачиваются ли расходы на заготовку донорских органов? (Пожалуйста, отметьте, когда применимо)

- | | | |
|---|-------------------------------------|---|
| Государством | <input checked="" type="checkbox"/> | Пожалуйста, уточните: в случае, когда реципиент – не резидент Республики Казахстан |
| Частными медицинскими страховыми компаниями | <input type="checkbox"/> | |
| Реципиентами | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Другое | <input type="checkbox"/> | |

24. Оплачиваются ли расходы на трансплантацию? (Пожалуйста, отметьте, когда применимо)

- | | | |
|---|-------------------------------------|--|
| Государством | <input checked="" type="checkbox"/> | Пожалуйста, уточните: в случае, когда реципиент – не резидент Республик Казахстан |
| Частными медицинскими страховыми компаниями | <input type="checkbox"/> | |
| Реципиентами | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Другое | <input type="checkbox"/> | |

25. Оплачивают ли реципиенты стоимость посттрансплантационного ухода и лекарственного обеспечения?

- Да Если да: Полностью Частично
 Нет

Пожалуйста, прокомментируйте, если необходимо: _____

26. Оплачивают ли живые доноры какие-либо вмешательства (диагностические, терапевтические, хирургические), связанные с трансплантацией и последующим наблюдением?

- Да Если да: Полностью Частично
 Нет

Пожалуйста, прокомментируйте, если необходимо: частично оплачиваются отдельные диагностические исследования, не входящие в Перечень ГОБМП (гарантированный объем бесплатной медицинской помощи), оплачиваемый государством

Трансплантации, выполняющиеся за рубежом:

27. Существуют ли договоры сотрудничества или соглашения, позволяющие пациентам выполнять трансплантации за рубежом?

Да
Нет

Если да, пожалуйста, прокомментируйте в соответствии, с какими программами и уточните страны: **Направление пациентов на трансплантацию за рубеж (Индия, Республика Беларусь) осуществляется в соответствии с постановлением Правительства Республики Казахстан от 4 декабря 2009 года № 2016 «Правила направления граждан Республики Казахстан на лечение за рубеж за счет бюджетных средств». После процедуры отбора, с зарубежными трансплантационными клиниками заключаются договоры о лечении по конкретным пациентам.**

28. В случае, если реципиенты выезжают за рубеж для трансплантации (в соответствии с договором сотрудничества или нет): обеспечен ли реципиент посттрансплантационным наблюдением после возвращения в страну проживания?

Да
Нет

29. Реципиенты и живые доноры выезжают за рубеж вместе?

Да, всегда
Да, иногда
Нет

29.1 Обеспечен ли живой донор посттрансплантационным наблюдением после возвращения в страну проживания?

Да
Нет

30. Пожалуйста, используйте это пространство для дальнейших разъяснений любого из вопросов:

Пояснения по вопросу 29: Реципиент-ребенок, при направлении на трансплантацию за рубеж, выезжает вместе с живым донором

А 2/ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО

Примечание:

“Юридический документ”: включает, например, законодательство, указы, распоряжения, правила, административные процедуры, постановления Правительства, другие обязательные правительственные требования, или решения любого другого лица, уполномоченного Правительством принимать такие решения.

31. Распространяются ли требования юридических документов на какие-либо аспекты донорства и трансплантации органов?

Да
 Нет

31.1 Если да, распространяются ли на следующие аспекты?

	<u>Да</u>	<u>Нет</u>
Донорство органов от посмертных доноров	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Донорство органов от живых доноров	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Распределение донорских органов	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Трансплантация органов	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Торговля органами	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32. Намеревается ли Правительство в настоящее время принять новые или пересмотреть имеющиеся юридические документы по этим субъектам и/или упущенным/непредвиденным субъектам?

Да Нет

33. Должны ли медицинские организации, руководство больниц или клинических подразделений, или любые другие лица, которые осуществляют нижеперечисленные процедуры, быть официально уполномочены на это (Правительством или любым другим лицом, уполномоченным Правительством на выдачу такого рода разрешений):

33.1 Изъятие органов Да Нет

33.1.1 Если да, какие типы медицинских организаций, больниц, клинических подразделений или других структур могут быть уполномочены на выполнение этой деятельности?

	<u>Да</u>	<u>Нет</u>
- Государственные или аккредитованные государством	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Некоммерческие негосударственные	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Коммерческие негосударственные	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

33.2 Трансплантация органов Да Нет

33.2.1 Если да, какие типы медицинских учреждений, больниц, клинических подразделений или других структур могут быть уполномочены на выполнение этой деятельности?

	<u>Да</u>	<u>Нет</u>
Государственные или аккредитованные государством	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Некоммерческие негосударственные	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Коммерческие негосударственные	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

34. Существуют ли юридические документы/правовые требования для медицинских учреждений, больниц, клинических подразделений или других структур об отчетности Правительству о трансплантациях, выполняемых в стране?

Да Нет

35. Является ли свидетельство о смерти юридическим документом для всех смертей в стране?

Да Нет

35.1 Является ли свидетельство о смерти юридическим документом для некоторых, но не для всех смертей?

Да Нет

Если да, пожалуйста, укажите, в каком контексте: _____

36. Указаны ли критерии определения смерти в каком-либо юридическом документе?

Да Нет

Если да:

	<u>Да</u>	<u>Нет</u>
36.1 Является ли определение смерти вынесенным на основании неврологических критериев (т.е. смерти мозга)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36.2 Является ли определение смерти вынесенным на основании критериев остановки кровообращения/дыхания (смерть от остановки кровообращения)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Посмертное донорство

37. Указан ли тип требуемого согласия (презумпция согласия или изъявленное согласие) для изъятия органов у посмертного донора в каком-либо юридическом документе в стране? **Презумпция согласия указана в Кодексе Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения».**

Да Нет Если нет, пожалуйста, переходите к вопросу 38.

37.1. Если да, какой тип согласия требуется для изъятия органов от посмертного донора?

37.1.1 Презумпция согласия Да Нет Если нет, пожалуйста, переходите к вопросу 37.1.2.

37.1.1.a Существует ли правовой механизм для выражения несогласия на изъятие донорских органов (например, паспорт, реестр отказов и т.д.)?

Да Нет

37.1.1.b Несмотря на презумпцию согласия, предусмотренную законодательством, всегда ли, как показывает практика, требуется изъявленное согласие родственников?

Да Нет

37.1.2 Изъявленное согласие Да Нет

37.1.2.a Возможно ли зарегистрировать решение стать донором органов (после смерти) в персональном официальном документе (например, в паспорте, водительских правах и т.п.)?

Да Нет

37.1.2.b Является ли согласие семьи или ближайших родственников достаточным для изъятия органов в случае, если умерший:

- Не изъявлял желания стать донором органов Да Нет

- Заявлял в прошлом об отказе стать донором органов Да Нет

37.1.2.c Является ли несогласие семьи или ближайших родственников основанием для не изъятия органов в случае, если умерший:

- Не изъявлял намерений стать донором органов Да Нет

- Выражал в прошлом намерение стать донором органов Да Нет

37.1.2.d Существует ли реестр идентифицированных доноров, которые уже заявили о своем намерении стать донорами органов?

Да Нет

37.2. Является ли согласие стать донором органов действительным для всех органов?

Да
 Нет Пожалуйста, прокомментируйте: _____

38. Существуют ли официально разрешенные методы стимулирования для получения согласия семьи умершего на изъятие донорских органов (в форме денежных выплат или другого вознаграждения в денежном выражении)?

Да Нет

38.1 Если да, регулируются ли они на уровне государства?

Да Нет

Пожалуйста, прокомментируйте:

39. Существуют ли юридические документы для медицинских учреждений, больниц, клинических подразделений или других структур, обязывающие предоставлять информацию о фактических донорах³ для посмертного донорства?

Да Нет

Донорство от живых доноров

40. Является ли донорство от неродственных доноров официально разрешенным?

Да Нет

41. Существуют ли разрешения/требования, необходимые для донорства от живых доноров?

	<u>Да</u>	<u>Нет</u>
41.1 Разрешение Этического комитета	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
41.2 Внешняя медицинская консультация	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41.3 Судебное разрешение	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
41.4 Психиатрическое обследование донора	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41.5 Письменное согласие донора	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41.6 Другое: Пожалуйста, уточните: _____	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

³ Фактический донор согласно Порядку забора донорских органов (Мадридская резолюция): Приемлемый, давший согласие донор **А**. Донор, у которого операционный разрез был сделан с целью изъятия органа для трансплантации и/или **В**. Донор, у которого, по крайней мере, **был изъят один орган** в целях трансплантации. **Примечание: для заполнения этого опросника, пожалуйста, учитывайте только фактических доноров В.**

В случае, когда донором хочет стать человек, имеющий с реципиентом тканевую совместимость, но не являющийся родственником, необходимо представить нотариально заверенный документ о безвозмездном донорстве.

42. Существуют ли юридические документы, требующие информировать донора о рисках и последствиях, связанных с трансплантацией?

Да Нет

43. Является ли финансовое стимулирование (включающее денежные выплаты или награды в денежном выражении) живого донора законным?

Да Нет

Если да:

43.1 Регулируется ли оно конкретно государством?

Да Нет

43.2 Какое стимулирование разрешено?

Если нет:

43.3 Тем не менее, предлагается или происходит ли стимулирование потенциальных живых доноров?

Да Пожалуйста, прокомментируйте: _____
Нет

44. Существуют ли юридические ограничения на покрытие расходов, связанных с живым донорством?

Да
Нет

45. Существуют ли юридические требования для системы здравоохранения - любого уровня: национального, регионального, местного - для медицинских учреждений, больниц, подразделений или любых других структур, для обеспечения ухода за живым донором в случае ухудшения здоровья или неблагоприятных медицинских последствий, связанных с донорством?

Да Нет

Пожалуйста, уточните: **В соответствии с законодательством страны, медицинское обеспечение живых доноров, в случае ухудшения здоровья или при неблагоприятных медицинских последствиях, связанных с донорством, осуществляется в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и оплачивается государством.**

46. Существуют ли нормативные/юридические требования для реестров наблюдений/исходов донорства от живых доноров?

Да Нет

46.1. Если да, существует ли юридический документ, обязывающий включать эту информацию в установленный реестр?

Да Нет

47. Существует ли прямой запрет в каком-либо юридическом документе на торговлю органами/коммерческую трансплантацию?

Да Нет

47.1. Если да, существуют ли штрафы/наказания?

Да Нет

47.2. Если да, пожалуйста, укажите, что конкретно запрещено: **Запрещены принудительное изъятие тканей и (или) органов (части органов) человека и их пересадка. Купля-продажа тканей и (или) органов (части органов) человека также запрещена.**

«Принуждение к изъятию или незаконное изъятие органов и тканей человека для трансплантации либо иного использования, а равно совершение незаконных сделок в отношении органов и тканей человека – наказываются лишением свободы на срок до 5 лет...»

48. Является ли ввоз в Вашу страну или вывоз в другую страну органов (в целях трансплантации) разрешенным, запрещенным или конкретно не рассматривающимся вопросом в юридических документах?

Разрешенным: Да Нет Не указано

Запрещенным: Да Нет Не указано

48.1 Если да, это юридический документ, в котором указано, что любой импорт/экспорт органов должен быть предметом контроля/надзора со стороны Министерства здравоохранения или других органов власти?

Да Нет

48.2 Если нет, тем не менее, это происходит?

Да Нет

Общие комментарии (просьба также сообщить подробнее, если **законодательство** не является единым для всей страны):

А 3/ ЕЖЕГОДНАЯ ТРАНСПЛАНТАЦИОННАЯ АКТИВНОСТЬ

Где применимо, пожалуйста, уточняйте: не выполняется (НВ) или не применимо (НП)

Ежегодные данные об активности, относящейся к году: **2017 г.**

Популяция/население: **18 037 000**

49. Количество официально зарегистрированных трансплантационных центров	Количество центров, где выполняются трансплантации:
49.1 Почки:	7
49.2 Печени:	6
49.3 Сердца:	1
49.4 Легкого:	1
49.5 Поджелудочной железы:	3
49.6 Тонкого кишечника:	0

50. Актуальный посмертный донор органов⁴ (ADD) по полу и возрасту: **24**

Зеленые колонны: Каждый раз, когда возможно, пожалуйста, укажите на число доноров согласно следующим категориям возраста: дети-доноры (менее чем 15 лет); 15 - 59 лет; ≥ 60 лет; и число доноров пол по полу: мужчина и женщина.

	Всего	(< 15 лет)	(15 - 59 лет)	(≥ 60 лет)	Мужчины ADD	Женщины ADD
Число актуальных посмертных доноров:	24	0	21	3	13	11
50.1 Число актуальных доноров с диагнозом смерть мозга (ДСМ), т.е. фактические посмертные доноры, у которых смерть была определена на основании неврологических критериев	24	0	21	3	13	11
50.2 Число актуальных асистолических доноров (АСД), т.е. фактические посмертные доноры, у которых смерть была определена на основании критериев остановки кровообращения	0	0	0	0	0	0

⁴ Фактический посмертный донор, согласно Порядку забора донорских органов (Мадридская резолюция): Приемлемый, давший согласие донор **А**. Донор, у которого операционный разрез был сделан с целью изъятия органа для трансплантации и/или **В**. Донор, у которого **был изъят хотя бы один орган** в целях трансплантации. **Примечание: для заполнения этого опросника, пожалуйста, учитывайте только фактических доноров В.**

51. Число эффективных посмертных доноров⁵ (UDD): 24

Зеленые колонны: Каждый раз, когда возможно, пожалуйста, укажите на число доноров согласно следующим категориям возраста: дети-доноры (менее чем 15 лет); 15 - 59 лет; ≥ 60 лет; и число доноров пол полу: мужчина и женщина.

	Всего	(< 15 лет)	(15 - 59 лет)	(≥ 60 лет)	Мужчины UDD	Женщины UDD
Number of utilized deceased organ donors:	24	0	21	3	13	11
51.1 Число эффективных доноров с диагнозом смерть мозга (ДСМ), т.е. эффективные доноры, у которых смерть была определена на основании неврологических критериев	24	0	21	3	13	11
51.2 Число эффективных асистолических доноров (АСД), т.е. эффективные доноры, у которых смерть была определена на основании критериев остановки кровообращения	0	0	0	0	0	0

Number of living organ donors⁶:

	Total	Male (Total)	Female (Total)
Почки - Число живых доноров	165	86	79
Печень - Число живых доноров	52	35	17
Легкое - Число живых доноров	0	0	0

⁵ Эффективный донор: фактический донор, хотя бы один орган которого был трансплантирован (Порядок забора донорских органов. Мадридская резолюция).

⁶ Живой донор - живой человек, от которого органы были изъяты в целях трансплантации.

52. ТРАНСПЛАНТАЦИОННАЯ АКТИВНОСТЬ (В этом разделе для каждого пункта указывайте, пожалуйста, число трансплантаций⁷, осуществляемых только в пределах Вашей страны)
 Правая зеленая колонка: Если возможно, указывайте, пожалуйста, количество трансплантаций детям (<15 лет)

52.1 ПОЧКА

		Количество трансплантаций (включая детям)	Количество трансплантаций детям (<15 лет)	Мужчины Реципиент	Женщины Реципиент
От посмертных доноров	Всего – все комбинации от посмертных доноров (включая трансплантацию почки + любого другого органа, трансплантации от ДСМ и АСД, трансплантация одной или двух почек):	43	9	23	20
	От ДСМ:	43	9		
	От АСД:	0	0		
	Одной почки:	43	9		
	Двух почек ⁸ :	0	0		
От живых доноров	Всего:	165	6	86	79
	Родственные доноры:	165	6		
	Неродственные доноры:	0	0		
ВСЕГО (всего от посмертных доноров + всего от живых доноров):		208	15	109	99

⁷ Определение пересадки органа: передача человеческих органов от донора к реципиенту получателю с целью восстановления функции (функций) в теле.

⁸ Одна трансплантация двух почек (“единым блоком”) считается одной трансплантацией.

⁹ Живой донор - живой человек, от которого органы были изъяты в целях трансплантации. У живого донора есть одно из следующих трех возможных отношений с получателем:

Связанный А/:

А1/, Генетически связанный:

1-я степень - генетический родственник: родитель, родной брат, потомки

2-я степень - генетический родственник, например, прародитель, внук, тетя, дядя, племянница, племянник,

Кроме 1-й или 2-й степени, генетически связанный, например, кузен

А2/, Эмоционально связанный: супруг (если не генетически связанный); родственники со стороны супруга (-и); приемный ребенок; друг

В/, Не связанный - не связанный ни генетически, ни эмоционально.

52.2 ПЕЧЕНЬ

		Количество трансплантаций (включая детям)	Количество трансплантаций детям (<15 лет)	Мужчины Реципиент	Женщины Реципиент
От посмертных доноров	Всего – все комбинации (включая трансплантацию печени + любого другого органа, трансплантации от ДСМ и АСД, сплит и домино-трансплантации ⁹):	11	0	8	3
	От ДСМ:	11	0		
	От АСД:	0	0		
Домино-трансплантации		0	0	0	0
От живых доноров	Доли /или сегмента (ов) от 1 донора	52	1		
	Доли /или сегмента (ов) от 2 доноров	0	0		
	Всего:	52	1	35	17
ВСЕГО (всего от посмертных доноров + всего от живых доноров):		63	1	43	20

52.3 СЕРДЦЕ

		Количество трансплантаций (включая детям)	Количество трансплантаций детям (<15 лет)	Мужчины Реципиент	Женщины Реципиент
Всего – все комбинации (включая трансплантацию сердца + любого другого органа):		19	0	8	11
Сердце-легкие¹⁰		0	0	0	0

¹⁰ Разделенная пересадка печени - это, когда печень донора делится на части и пересаживается больше, чем одному реципиенту (Изменения от UNOS).

¹¹ Домино-трансплантация: Процедура, при которой происходит изъятие органа от одного кандидата на трансплантацию и немедленно пересаживается второму пациенту, при этом первый пациент получает новый орган от посмертного донора.

¹² Одна пересадка комплекса "сердце-легкие" считается как одна пересадка легкого, одна пересадка сердца и одна пересадка комплекса "сердце-легкие"

52.4 ЛЕГКОЕ

		Количество трансплантаций (включая детям)	Количество трансплантаций детям (<15 лет)	Мужчины Реципиент	Женщины Реципиент
От посмертных доноров	Всего – все комбинации (включая трансплантацию легкого + любого другого органа, трансплантации от ДСМ и АСД, одного и двух легких, сердце-легкие):	5	0	2	3
	От ДСМ:	5	0		
	От АСД:	0	0		
	Одного легкого:	5	0		
	Двух легких ¹³ :	0	0		
От живых доноров:		0	0	0	0
ВСЕГО (Всего от посмертных доноров + Всего от живых доноров):		5	0	2	3

52.5 ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА

		Количество трансплантаций (включая детям)	Количество трансплантаций детям (<15 лет)	Мужчины Реципиент	Женщины Реципиент
Всего – все комбинации, (включая только трансплантацию поджелудочной железы, поджелудочной железы + любого другого органа, трансплантации от ДСМ и ДНС):		0	0	0	0
От ДСМ:		0	0	0	0

¹³ Одну пересадку двойного легкого рассматривают как одну пересадку.

От АСД:	0	0	0	0
Только поджелудочной железы:	0	0	0	0
Почки и поджелудочной железы:	0	0	0	0

52.6 ТОНКАЯ КИШКА

	Количество трансплантаций (включая детям)	Количество трансплантаций детям (<15 лет)	Мужчины Реципиент	Женщины Реципиент
Всего – все комбинации (включая трансплантацию тонкого кишечника + любого другого органа):	0	0	0	0
Только тонкого кишечника:	0	0	0	0

52.7 ОБЩЕЕ ЧИСЛО РЕЦИПИЕНТОВ, КОТОРЫМ БЫЛА ВЫПОЛНЕНА ТРАНСПЛАНТАЦИЯ

в Вашей стране за указанный период

Пример: Реципиент, которому трансплантировали более чем один орган: почку-печень-сердце = учитывается как один реципиент.

	Количество реципиентов, которым была выполнена трансплантация (включая детей)	Количество детей-реципиентов, которым была выполнена трансплантация (<15 лет)	Мужчины Реципиент	Женщины Реципиент
От посмертных доноров	78	9	41	37
От живых доноров	217	7	121	96
ВСЕГО (Всего от посмертных доноров + Всего от живых доноров):	295	16	162	133

53. ЛИСТ ОЖИДАНИЯ (ЛО):

53.1 ПОЧКА

Число пациентов, включенных в ЛО первый раз в течение 2017 г.	756
Общее число когда-либо ¹² активных ¹³ в ЛО пациентов в течение 2017 г.	2353
Число пациентов, ожидающих трансплантацию (только активные кандидаты) на 31 декабря:	2465
Число умерших пациентов из ЛО в течение указанного года:	91
Число пациентов в терминальной стадии заболеваний почек, находящихся на лечении диализом на 31 декабря (если нет точных данных, пожалуйста, укажите приблизительные данные и укажите, что это число является приблизительным)	4227

53.2 ПЕЧЕНЬ

Число пациентов, включенных в ЛО первый раз в течение 2017 г.	24
Общее число когда-либо активных в ЛО пациентов в течение 2017 г.	303
Число пациентов, ожидающих трансплантацию (только активные кандидаты) на 31 декабря:	325
Число умерших пациентов из ЛО в течение указанного года:	16

53.3 СЕРДЦЕ

Число пациентов, включенных в ЛО первый раз в течение 2017 г.	34
Общее число когда-либо активных в ЛО пациентов в течение 2017 г.	88
Число пациентов, ожидающих трансплантацию (только активные кандидаты) на 31 декабря	102
Число умерших пациентов из ЛО в течение указанного года:	10

¹⁴ Активные в любой момент в течение года.

¹⁵ Активный кандидат - кандидат на трансплантацию, подходящий в данный момент времени для рассмотрения на трансплантацию органа. Некоторые кандидаты на трансплантацию временно классифицируются как “неактивные” своими трансплантационными центрами т.к. они имеют медицинские противопоказания или нуждаются в выполнении других приемлемых процедур

53.4 ЛЕГКОЕ

Число пациентов, включенных в ЛО первый раз в течение 2017 г.	4
Общее число когда-либо активных в ЛО пациентов в течение 2017 г.	3
Число пациентов, ожидающих трансплантацию (только активные кандидаты) на 31 декабря	4
Число умерших пациентов из ЛО в течение указанного года:	1

53.5 ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА

Число пациентов, включенных в ЛО первый раз в течение 2017 г.	0
Общее число когда-либо активных в ЛО пациентов в течение 2017 г.	0
Число пациентов, ожидающих трансплантацию (только активные кандидаты) на 31 декабря	0
Число умерших пациентов из ЛО в течение указанного года:	0

53.6 ТОНКАЯ КИШКА

Число пациентов, включенных в ЛО первый раз в течение 2017 г.	0
Общее число когда-либо активных в ЛО пациентов в течение 2017 г.	0
Число пациентов, ожидающих трансплантацию (только активные кандидаты) на 31 декабря	0
Число умерших пациентов из ЛО в течение указанного года:	0

54. ТРАНСПЛАНТАЦИИ ЗА РУБЕЖОМ

54.1 Количество пациентов, являющихся гражданами отчитываемой страны, которым за указанный год была выполнена трансплантация за рубежом от живого или посмертного донора: **5** (почки – 2, печень – 1, легкое – 2).

54.1.1 Если о каких-либо случаях указано в 54.1, пожалуйста, укажите страну/страны, в которых были выполнены трансплантации: **Данные трансплантации были выполнены в Индии (4) и на Украине (1).**

54.2 Количество живых доноров, являющихся гражданами отчитываемой страны, которые в течение указанного года выезжали за рубеж для донорства: *нет данных.*

54.2.1 Если о каких-либо случаях указано в 54.2, пожалуйста, укажите страну/страны, в которых были изъяты органы для донорства: _____

54.3 Дополнительная информация:

НОРМАТИВНЫЕ ПРАВОВЫЕ АКТЫ В ОБЛАСТИ ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі

БҰЙРЫҚ

25.09.2018

№ ҚР ДСМ-18

«Биологиялық өлімді немесе бас миының біржола семуін (мидың өлімін) растау және биологиялық өлім немесе бас миының біржола семуі (мидың өлімі) расталғаннан кейін ағзалардың өмірлік маңызды функцияларын қолдау жөніндегі жасанды шараларды тоқтату қағидаларын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы 11 тамыздағы № 622 бұйрығына өзгерістер енгізу туралы

«Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасының 2009 жылғы 18 қыркүйектегі Кодексінің [169-бабының 10-тармағына](#) сәйкес **БҰЙЫРАМЫН:**

1. «Биологиялық өлімді немесе бас миының біржола семуін (мидың өлімін) растау және биологиялық өлім немесе бас миының біржола семуі (мидың өлімі) расталғаннан кейін ағзалардың өмірлік маңызды функцияларын қолдау жөніндегі жасанды шараларды тоқтату қағидаларын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы 11 тамыздағы № 622 бұйрығына (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 6449 болып тіркелген, «Егемен Қазақстан» газетінде 2010 жылғы 2 қарашадағы № 452-455 (26298) жарияланған) мынадай өзгеріс енгізілсін:

Көрсетілген бұйрықпен бекітілген Биологиялық өлімді немесе бас миының біржола семуін (мидың өлімін) растау және биологиялық өлім немесе бас миының біржола семуі (мидың өлімі) расталғаннан кейін ағзалардың өмірлік маңызды функцияларын қолдау жөніндегі жасанды шараларды тоқтату қағидалары осы бұйрыққа қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын.

2. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Медициналық көмекті ұйымдастыру департаменті Қазақстан Республикасының заңнамасында белгіленген тәртіппен:

1) осы бұйрықты Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркеуді;

2) осы бұйрықты мемлекеттік тіркеген күнінен бастап күнтізбелік он күн ішінде оның қазақ және орыс тілдеріндегі электрондық түрдегі көшірмесін Қазақстан Республикасының нормативтік құқықтық актілерінің Эталондық бақылау банкіне ресми жариялау және қосу үшін «Республикалық құқықтық ақпарат орталығы» шаруашылық жүргізу құқығындағы республикалық мемлекеттік кәсіпорнына жіберуді;

3) осы бұйрықты ресми жарияланғаннан кейін Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің интернет-ресурсында орналастыруды;

4) осы бұйрықты мемлекеттік тіркелгеннен кейін он жұмыс күнінің ішінде Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Заң қызметі департаментіне

осы тармақтың 1), 2), және 3) тармақшаларында көзделген іс-шаралардың орындалуы туралы мәліметтерді ұсынуды қамтамасыз етсін.

3. Осы бұйрықтың орындалуын бақылау Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау вице-министрі Л.М.Ақтаеваға жүктелсін.

4. Осы бұйрық алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі.

**Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрі**

Е. Біртанов

Қазақстан Республикасы

Денсаулық сақтау
министрінің
№

бұйрығына қосымша

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау және
әлеуметтік даму министрінің
2015 жылғы 8 маусымдағы
№ 459 бұйрығымен
бекітілген

Биологиялық өлімді немесе бас миының біржола семуін (мидың өлімін) растау және биологиялық өлім немесе бас миының біржола семуі (мидың өлімі) расталғаннан кейін ағзалардың өмірлік маңызды функцияларын қолдау жөніндегі жасанды шараларды тоқтату қағидалары

1-тарау. Жалпы ережелер

1. Биологиялық өлімді немесе бас миының біржола семуін (мидың өлімін) растау және биологиялық өлім немесе бас миының біржола семуі (мидың өлімі) расталғаннан кейін ағзалардың өмірлік маңызды функцияларын қолдау жөніндегі жасанды шараларды тоқтату қағидалары (бұдан әрі - Қағидалар) «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасының 2009 жылғы 18 қыркүйектегі Кодексіне сәйкес әзірленген.

2. Осы Қағидаларда келесідей ұғымдар пайдаланылады:

1) биологиялық өлім өмірлік маңызды функциялар біржола тынатын, организм тіршілігінің тоқтауын білдіреді;

2) бас миының біржола семуі (мидың өлімі) – бас миының бүкіл қатпарының семуімен қатар жүретін, бас миы жасушаларының интегралдық функцияларын толық жоғалтуы. Мидың өлімі адамның биологиялық өліміне теңестіріледі;

3) консилиум - кемінде үш дәрігердің қатысуымен диагноз қою, емдеу тактикасын айқындау және ауруды болжау мақсатында адамды зерттеу.

2-тарау. Биологиялық өлімді немесе бас миының біржола семуін (мидың өлімін) растау тәртібі

3. Биологиялық өлімді медицина қызметкері мынадай белгілердің жиынтығы негізінде растайды:

- 1) жүрек қызметінің тоқтауы;
- 2) тыныс алудың тоқтауы;
- 3) орталық жүйке жүйесі жұмысының тоқтауы.

4. Бас миының біржола семуі (мидың өлімі) оның бастапқы немесе қайталама зақымдануының нәтижесінде дамиды.

5. Мидың алғашқы зақымдануының салдары кезінде бас миының біржола семуі (мидың өлімі) бассүйек ішіндегі қысымның көтерілуі немесе төмендеуі салдарынан және соған байланысты ми қанайналымының тоқтауынан дамиды.

6. Мидың бастапқы зақымдануына:

- 1) ауыр бас сүйек-ми жарақаты;
- 2) спонтанды және өзге де бассүйек ішіндегі қанның құйылуы;
- 3) мидың инфаркты;
- 4) ми ісігі;
- 5) бассүйек ішіндегі миға операциялық араласулар жатады.

7. Мидың қайталама зақымдануы кезінде бас миының біржола семуі (мидың өлімі) әртүрлі генездің гипоксиясы нәтижесінде, соның ішінде жүрек тоқтаған кезде және ұзаққа созылған шоктың салдарынан жүйелі қанайналымы тоқтағанда немесе күрт нашарлағанда дамиды.

8. Бас миының біржола семуі (мидың өлімі) белгіленуі үшін мынадай клиникалық белгілердің жиынтығы (бұдан әрі – белгілер жиынтығы) болуы қажет:

- 1) естің толық және тұрақты болмауы (Глазго кома шкаласы бойынша 3 балл);
- 2) бүкіл бұлшықеттің атониясы;
- 3) ауырсыну тітіркендіргіштеріне реакцияның болмауы;
- 4) қарашықтың тұрақты кеңеюі мен ареактивтілігі және олардың орта қалыпта тұрақтануы;

5) гипотензияға үрдісі, систолалық қысым деңгейінің сынап бағанының 80 миллиметріне тең және одан төмен болуы;

- б) спонтанды гипотермия;
- 7) өз бетімен тыныс алудың қалыпты болмауы.

9. Ересектерде бас миының біржола семуі (мидың өлімі):

- 1) дәріден улануды қоса алғанда уыттанулар;
- 2) алғашқы гипотермия (балалардың дене температурасы 35°C төмен);
- 3) гиповолемиялық шок;
- 4) метаболизмдік эндокриндік кома;
- 5) есірткі заттарының және миорелаксанттардың әсері;
- 6) науқаста белгілі бір ерекше қалып (децеребрациялық немесе декартикациялық)

байқалған кезде анықталмайды;

10. Балаларда бас миының біржола семуі (мидың өлімі):

- 1) дәріден улануды қоса алғанда уыттанулар;
- 2) алғашқы гипотермия (балалардың дене температурасы 35°C төмен);
- 3) гиповолемиялық шок;
- 4) метаболизмдік эндокриндік кома;
- 5) есірткі заттарын және миорелаксанттарды қолдану;
- 6) науқаста белгілі бір ерекше қалып (децеребрациялық немесе декартикациялық)

байқалған кезде;

7) артериялық гипотензия:

1 жастан бастап 3 жасқа дейінгі балаларда бас миының өлімі белгілерін анықтау кезінде систолалық қысым деңгейі 75 мм сын. бағ. төмен емес;

4 жастан бастап 10 жасқа дейінгі балаларда бас мианың өлімі белгілерін анықтау кезінде систолалық қысым деңгейі 85 мм сын. бағ. төмен емес;

11 жастан бастап 18 жасқа дейінгі балаларда бас мианың өлімі белгілерін анықтау кезінде систолалық қысым деңгейі 90 мм сын. бағ. төмен емес;

8) гипоксемия;

9) гипо-/гипернатриемия;

10) гипокалиемия;

11) гипо/гипергликемия жағдайында;

12) 12 айға дейінгі жастағы балаларда анықталмайды.

11. Белгілер жиынтығын анықтауды реанимация бөлімшесі меңгерушісінің басшылығымен, ол болмаған кезде медициналық ұйымның жауапты кезекші дәрігерінің басшылығымен (балаларда белгілердің жиынтығын анықтау «анестезиология және реаниматология» және «неврология» немесе «нейрохирургия» мамандықтары бойынша балалар практикасында кемінде 10 жыл жұмыс тәжірибесі бар 2 маман кезектесіп жүргізеді, алдымен бір дәрігер белгілердің жиынтығын анықтауды жүргізеді, ал екінші дәрігер оның әрекетін бақылайды содан кейін екінші дәрігер белгілер жиынтығын анықтауды жүргізеді, ал бірінші дәрігер оның әрекерін бақылайды) төмендегідей клиникалық тестілер негізінде консилиум жүргізеді:

1) ауырсыну тітіркендіргішіне реакцияны айқындау үшін беттегі үш тармақты нерв нүктелеріне саусақпен, сондай-ақ қол ұшының тырнақ пластиналарын қатты затпен басады (үйлестірілген қимылдардың және қозғалыс реакцияларының, қандай да бір ерекше қалыптың (децеребралдық немесе декартизациялық), аяқ-қолдың кез келгенінде дірілдің немесе қорғану қимылдарының, бастың ауырсынудан қорғану қимылдарының болмауы);

2) фарингеалдық және трахеялық рефлексдерді анықтау үшін тітіркендіру мақсатында трахеяда және жоғарғы тыныс алу жолдарында эндотрахеялық түтікшені, сондай-ақ бронхтағы сөлді сорып алу үшін қойылған (жөтелдің болмауы) катетерді қозғалту жүргізіледі;

3) корнеалдық рефлекті анықтау үшін пациенттің қабағын көтереді, одан кейін дейін дымқыл мақтаның көмегімен мөлдір қабаққа (қабақтың жабылуының болмауы) тигізеді;

4) окулоцефалиялық рефлексдердің болмауын анықтау үшін дәрігер төсектің бас жағында науқастың басы дәрігердің қолдарының арасында тұратындай, ал үлкен саусақтары қабақтарын көтеріп тұратындай қалыпта болады. Басы 90 градусқа бір жаққа бұрылады және осы күйде 3-4 секунд ұстайды, содан кейін сол уақытта қарама-қарсы жаққа бұрылады. Егер басы бұрылған кезде көзі қимылдамаса және ортадағы қалыпты тұрақты сақтап тұрса, бұл окулоцефалиялық рефлексдердің жоқ екенін дәлелдейді. Рефлексдерді зерттеу мойыномыртқасы жарақат алған немесе зақымданған кезде жүргізілмейді;

5) окуловестибулярлық рефлексдерді анықтау үшін екі жақты калориялық сынама өткізіледі, науқастың басы 30 градусқа жоғары көтеріледі, сыртқы есту жолына шағын көлемдегі катетер енгізіледі, сыртқы есту жолын 10 секунд ішінде суық сумен баяу шаю жүргізіледі (температурасы + 20°C, 100 миллилитр). Бас ми діңінің функциялары сақталған кезде 20-25 секундтан кейін нистагм немесе көз нистагмының баяу компонентіне қарай ауытқуы пайда болады. Екі жақтан орындалған калориялық сынама кезінде нистагмның болмауы мен көз алмаларының ауытқуы окуловестибулярлық рефлексдердің жоқ екенін дәлелдейді. Рефлексдерді зерттеу дыбыс жарғағының перфорациясы болған кезде жүргізілмейді;

б) өздігімен тыныс алудың тұрақты болмауын анықтау үшін айырғыш тесттің (апноэтикалық оксигенация тесті) көмегімен науқасты өкпені жасанды желдету (бұдан әрі - ОЖЖ) аппаратынан ажырату жүргізіледі. Тыныс алудың болмауын ОЖЖ аппаратынан

жай ажырату арқылы тіркеуге жол берілмейді, өйткені бұл ретте дамитын гипоксия организмге, ең бастысы ми мен жүрекке зиянды әсерін тигізеді. Айырғыш тест фарингеалдық, трахеалдық, окулоцефалдық және окуловестибулярлық рефлексстерді анықтау нәтижелері алынғаннан кейін өткізіледі. Тест үш элементтен тұрады:

қандағы газ құрамының мониторингі үшін (PaO_2 және PaCO_2) аяқ-қол артерияларының біріне канюляция жүргізіледі;

желдеткішті ажыратар алдында 10-15 минуттың ішінде нормокапнияны (PaCO_2 - 35-45 мм. сын. бағ) және гипероксия (кемінде 200 мм. сын. бағ. PaO_2) $\text{FiO} = 1,0$ (яғни 100 % оттегі), таңдап алынған VE (ӨМЖ - өкпені минуттық желдету), оңтайлы РЕЕР (СОЭЖ - соңғы оң экспираторлық қысым) қамтамасыз ететін режимде ӨЖЖ жүргізіледі;

осы тармақшаның үшінші және төртінші абзацтарында көзделген іс-қимылдарды орындағаннан кейін ӨЖЖ аппараты ажыратылады және эндотрахеялық немесе трахеостомиялық түтікшеге жылдамдығы минутына 6 литр ылғалданған 100% оттегі беріледі. Артериялық қан сынамасын алу арқылы бақыланатын эндогендік көмір қышқылы жиналатын болады. Қан газдарын бақылау кезеңдері:

ӨЖЖ жағдайында тест басталғанға дейін;

100 % оттегімен ӨЖЖ басталғаннан кейін 10-15 минуттан кейін;

ӨЖЖ ажыратқаннан кейін бірден және одан әрі PaCO_2 60 мм. сын. бағ. жеткенге дейін әрбір 10 минут сайын. Егер PaCO_2 осы немесе одан жоғары кезінде өздігінен тыныс алу қимылдары қалпына келмесе, айырғыш тест бас миы діңінің тыныс алу орталығы функцияларының жоқ екенін дәлелдейді. Ең аз тыныс алу қимылдары пайда болғанда ӨЖЖ жылдам қайтадан басталады.

12. 8-тармақта көрсетілген клиникалық тестілер негізінде белгілер жиынтығын анықтау бас миының біржола семуін (мидың өлімін) растау үшін негіз болып табылады.

13. Бір немесе бірнеше клиникалық тесттің күмәнді нәтижелері кезінде, қосымша тестілер орындалады:

1) электроэнцефалограмма (бұдан әрі – ЭЭГ) (белгілер (бір немесе бірнеше) жиынтығының күмәнді нәтижелері болғанда, сонымен қатар омыртқаның мойын бөлігінің жарақатын анықтауда немесе жарақатқа күдіктенгенде, дыбыс жарғағының перфорациясын анықтауда қиындық туындағанда);

2) бастың магистралдық қан тамырларының қанайналымының (жалпы ұйқы және омыртқа артериялары) болмауын анықтау мақсатында бас миы қан тамырларының ангиографиясы (бұдан әрі – панангиография), белгілер (бір немесе бірнеше) жиынтығының күмәнді нәтижелері болғанда жүргізіледі, бұл ретте ЭЭГ тіркеу міндетті емес).

14. Қосымша тестілер мынадай іс-шаралар есебінен іске асырылады:

1) мидың электрге әсер ету үнсіздігі 10 сантиметрден кем емес оның арасындағы қашықтықпен бас терісі электродтарынан жазу және 10 килоомға дейін (бұдан әрі – кОм), бірақ 100 кОм кем емес кедергі кезіндегі, шыңнан шыңға дейінгі белсенділік амплитудасы 2 микровольттен (бұдан әрі – мкВ) аспайтын ЭЭГ жазбасы қабылданады. 10-20 схемасы бойынша орналасқан кемінде 8 инелі электрод және 2 құлақ электроды пайдаланылады. Электродаралық кедергі келтіру 100 кОм кем емес және 10 кОм артық емес, электродаралық қашықтық - кемінде 10 см болуы тиіс. Коммутацияның сақталуы және алдын ала қасақана емес немесе қасақана электродтық артефактілерді құрудың болмауы айқындалады. Жазба энцефалограф арналарында сезімталдығы 2 мкВ/миллиметрден (жиілікті өткізу жолағының жоғарғы шекарасы 30 герцтен төмен емес) артық емес сезімталдықта 0,3 секундтан кем емес тұрақты уақытпен жүргізіледі. Кемінде 8 арнасы бар аппараттар пайдаланылады. ЭЭГ би- және монополярлық қашықтықтар кезінде тіркеледі. Ми қыртысының электрлік әсер ету үнсіздігі бұл жағдайда үздіксіз тіркеудің кемінде 30 минут ішінде сақталуы тиіс. Мидың электрлік әсер ету үнсіздігіне күдіктер болған кезде ЭЭГ қайтадан тіркеу қажет. ЭЭГ жарыққа, қатты дыбысқа және

ауыруға реактивін бағалау: жарықпен, дыбыстық стимуляция және ауырсыну тітіркендіргіштерімен стимуляциялаудың жалпы уақыты кемінде 10 минут. 1 бастап 30 Гц дейінгі жиілікпен берілетін жарық көзі көзден 20 см қашықтықта орналасады. Дыбыс тітіркендіргіштерінің (шертпектердің) қарқындылығы - 100 децибел. Динамик науқас құлағының жанында орналасады. Ең жоғарғы қарқындылық стимулдары стандарттық фото- және фоностимуляторлар арқылы туындайды. Ауырсыну тітіркендіргіштері үшін теріні инемен қатты шаншу қолданылады;

2) ми қан айналымының болмауы анықталған кезде кемінде 30 минут интервалмен мидың төрт магистралдық тамырларын (жалпы ұйқы және омыртқа тамырларының артериялары) контрастық екі еселік панангиографиясы жүргізіледі. Ангиография кезінде орта артериялық қысым кемінде 80 мм. сын. бағ. болуы тиіс. Егер панангиография кезінде ми іші артерияларын ешқайсысы контрастық затпен толтырылмаса, онда бұл ми қанайналымының тоқтағанын дәлелдейді.

15. Ересектерде ми алғашқы зақымданған кезінде бақылаудың ұзақтығы белгілердің жиынтығын анықтаған сәттен бастап кемінде 12 сағатты құрайды. Егер бұл белгілер оларды анықтаған сәттен бастап 12 сағаттан аса сақталса, бұл бас миының біржола семуін (мидың өлімін) растау үшін негіз болып табылады. Белгілердің (бір немесе бірнеше) жиынтығын анықтағаннан кейін ми қанайналымының тоқтауын тіркейтін панангиография және (немесе) мидың спонтанды және шақырылған электр белсенділігінің толық болмауын тіркейтін ЭЭГ жүргізілсе, бақылау кезеңі қысқарады. ЭЭГ және панангиографияны пайдалану мүмкін болмаған кезде бақылау мерзімі белгілер жиынтығын анықтау кезінен бастап 24 сағатқа дейін ұзартылады.

16. Ересектерде ми қайталап зақымданған кезде белгілердің жиынтығын анықтаған сәттен бастап, бақылау ұзақтығы кемінде 24 сағатты құрайды. Қанда уытты заттар болған жағдайда бақылау ұзақтығы қандағы уытты заттар жоғалғаннан кейін 24 сағатқа дейін ұлғаяды, бұл зертханалық зерттеулермен расталады немесе қандағы уытты заттар болуына зертханалық зерттеулер жүргізу мүмкін болмаған жағдайда 72 сағатқа дейін ұзартылады.

17. Балаларда бақылау кезеңі белгілердің жиынтығын анықтаған сәттен бастап зерттеу арасындағы кемінде 12 сағат интервалмен кемінде 24 сағатты құрайды.

18. Пациент бақылаудың 12 және 24 сағат мерзімінде 2 сағатта 1 реттен сирек емес және 3 тәуліктік бақылау мерзімінде 3 сағаттан сирек емес неврологиялық қарап-тексеру кезеңділігімен тұрақты бақылауда болады.

19. Бақылау кезеңі аяқталғаннан кейін консилиум жетекшісі мен оның мүшелері осы Қағидаларға 1-қосымшаға сәйкес нысан бойынша бас миының біржола семуін (мидың өлімін) растау туралы қорытындыны жасайды және қол қояды.

20. Бас миының біржола семуі (мидың өлімі) кезінде осы Қағидаларға 2-қосымшада көрсетілген автоматизмдер мен рефлекстер болуы мүмкін.

3-тарау. Өмірге дем беру жөніндегі жасанды шараларды тоқтату тәртібі

21. Өмірге дем беру жөніндегі жасанды шаралар:

1) биологиялық өлімнің расталуы;

2) жақын туыстары және (немесе) заңды өкілдерінің бірауызды жазбаша келісімі жағдайы кезінде консилиум тіркеген бас миының біржола семуі жағдайында ғана тоқтатылады.

22. Бас миының біржола семуі (мидың өлімі) кезінде өмірге дем беру жөніндегі жасанды шаралар, егер:

1) жақын туыстары және (немесе) заңды өкілдерінің өмірге дем беру жөніндегі жасанды шараларды тоқтатуға келісімі болмаса. Ағзалардың өмірлік маңызды функцияларын қолдау және дене күтімі үшін медициналық ұйымның шығындары

қайтыс болған адамның, оның туыстарының және (немесе) басқа заңды өкілдерінің есебінен өтеледі.

2) транспланттау мақсатында мәйіттің тінін (тінің бөліктерін) немесе ағзаларын (ағза бөліктерін) алу туралы шешім қабылданса жалғастырылады.

Биологиялық өлімді немесе
бас миының біржола семуін
(мидың өлімін) растау және
биологиялық өлім немесе бас
миының біржола семуі (мидың өлімі)
расталғаннан кейін ағзалардың өмірлік
маңызды функцияларын қолдау жөніндегі
жасанды шараларды тоқтату
қағидаларына
1-қосымша

Бас миының біржола семуін (мидың өлімін) растау туралы қорытынды

Тегі _____ Аты _____

Әкесінің аты _____

(бар болса)

Туған күні _____ Жасы _____ Ауру тарихының № _____

Ми өліміне әкелген аурудың диагнозы

Консилиум құрамында:

Анестезиолог-реаниматолог дәрігердің (Т.А.Ә.) (бар болса)

Невролог (нейрохирург) дәрігердің (Т.А.Ә.) (бар болса)

Басқа тартылған мамандардың (Т.А.Ә.) (бар болса)

_____ сағаттың ішінде науқастың жағдайын зерттеп-қарады және мыналарды растады:

1. Ми өлімі диагнозын белгілеуге кедергі келтіретін мынадай факторлар алынып тасталды (факторларды растау «алынып тасталды» деген сөзбен белгіленеді):

артериялық систолалық қысым _____

(цифрлармен көрсету)

1) ректалдық температура _____

(цифрлармен көрсету)

2) дәрілік улануларды қоса алғанда уыттанулар _____

3) миорелаксанттар _____

4) есірткі заттары _____

5) метаболизмдік немесе эндокриндік комалар _____

6) гиповолемиялы шок _____

7) бастапқы гипотермия _____

2. Үлкен жартышардың және бас миы діңі функцияларының тоқтауын көрсететін мынадай белгілер тіркелген (қосымша тестілердің белгілері мен деректерін растау «иә» немесе «жоқ» деген сөздермен белгіленеді):

1) естің толық және тұрақты болмауы (кома) _____

2) өз бетінше тыныс алудың болмауы _____

3) қатты ауырсыну тітіркендіргіштеріне (тригеминалдық нүктелерді, кеудені басу) және кез-келген басқа да жұлынның мойын бөлігінде тұйықтаушы рефлексстердің болмауы _____

4) барлық бұлшықеттің атониясы _____

5) көз қарашығының жарықты сезінбеуі _____

6) қарашықтың диаметрі _____

7) корнеалдық рефлексстердің болмауы _____

8) окулоцефалиялық рефлексстердің болмауы _____

9) окуловестибулярлық рефлексстердің болмауы _____

10) фарингеалдық және трахеялық рефлексстердің болмауы (эндотрахеялық түтікшені қозғалу және тыныс алу жолдарының санациясы кезінде) _____

11) айырғыш тесті кезінде өз бетінше тыныс алмауы:

a. тексеру басталғанға дейін $PaCO_2$ мм. сын. бағ. _____

(цифрмен көрсету)

b. апноэ тексерудің соңында $PaCO_2$ мм. сын. бағ. _____

(цифрмен көрсету)

c. апноэ тексерудің соңында PaO_2 мм. сын. бағ. _____

(цифрмен көрсету)

3. Қосымша (растайтын) тестілер (қосымша тестілердің деректерін растау «иә» немесе «жоқ» деген сөздермен белгіленеді) электроэнцефалограмма (мидың толық электрлік әсер ету үнсіздігі) _____

церебралдық панангиография (миішілік артериялар толуының болмауы) _____

4.

Түсініктеме: _____

5. Қорытынды:

Жоғарыда көрсетілген нәтижелерді қарап және оларды түсіндіру кезінде ми өлімі диагнозының негізінде Биологиялық өлімді немесе бас миының біржола семуін растау жөніндегі қағидаларды басшылыққа ала отырып, науқас _____

(тегі, аты, әкесінің аты) (бар болса)

қайтыс болғанын куәландырамыз.

Күні _____ Қайтыс болған уақыты _____
(күні, айы, жылы) (сағ., минут)

Комиссияға кіретін дәрігерлердің қолы:

дәрігердің (Т.А.Ә.) (бар болса)

_____ дәрігердің
(Т.А.Ә.) (бар болса)

_____ дәрігердің
(Т.А.Ә.) (бар болса)

_____ дәрігердің
(Т.А.Ә.) (бар болса)

_____ дәрігердің
(Т.А.Ә.) (бар болса)

Реанимация бөлімшесі меңгерушісінің Т.А.Ә. және қолы

Биологиялық өлімді немесе бас миының біржола семуін (мидың өлімін) растау және биологиялық өлім немесе бас миының біржола семуі (мидың өлімі) расталғаннан кейін ағзалардың өмірлік маңызды функцияларын қолдау жөніндегі жасанды шараларды тоқтату қағидаларына 2-қосымша

Арқа автоматизмдері мен рефлекстері

Дененің бөлігі	Кездесетін белгілер
Омыртқаның мойын бөлігі	Тонустық мойын рефлекстері: мойын бұлшықеті спазмасының контрактурасы, бастың бұрылуына жауап ретінде сан-жамбас буынының бүгілу, бастың бұрылуына шынтақ буынындағы бүгілу, бастың бұрылуына жауап ретінде иықты түсіру, басты жан-жақты спонтанды бұру.
Қол	Бір жақты жазылу - пронация. Саусақтарды жеке жыбырлату. Иықты бүгу және көтеру, қолдарын қосқан жағдай сипатталған.
Дене	Дененің ассиметриялық опистотоникалық қалпы. Отыру қалпын келтіретін белден денені бүгу. Құрсақ рефлекстері.
Аяқ	Тықылдатуға жауап ретінде саусақтарды бүгу. Үш рет бүгілу феномені. Бабин симптомы.

Министерство здравоохранения Республики Казахстан**ПРИКАЗ**

25.09.2018

№ ҚР ДСМ-18

О внесении изменения в приказ исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 11 августа 2010 года № 622 «Об утверждении Правил констатации биологической смерти или необратимой гибели головного мозга (смерти мозга), и прекращения искусственных мер по поддержанию жизненно важных функций органов после констатации биологической смерти или необратимой гибели головного мозга (смерти мозга)»

В соответствии с пунктом 10 статьи 169 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения» **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Внести в приказ исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 11 августа 2010 года № 622 «Об утверждении Правил констатации биологической смерти или необратимой гибели головного мозга (смерти мозга), и прекращения искусственных мер по поддержанию жизненно важных функций органов после констатации биологической смерти или необратимой гибели головного мозга (смерти мозга)» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 6449, опубликован 2 октября 2010 года в газете «Казахстанская правда» № 260-261 (26321-26322)), следующее изменение:

Правила констатации биологической смерти или необратимой гибели головного мозга (смерти мозга), и прекращения искусственных мер по поддержанию жизненно важных функций органов после констатации биологической смерти или необратимой гибели головного мозга (смерти мозга), утверждённые указанным приказом, изложить в новой редакции, согласно приложению к настоящему приказу.

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

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

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

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

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

Приложение
к приказу Министра
здравоохранения Республики
Казахстан
от _____ № _____

Утверждены
приказом Министра
здравоохранения и социального
развития Республики Казахстан
от 8 июня 2015 года № 459

**Правила
констатации биологической смерти или необратимой гибели головного мозга
(смерти мозга), и прекращения искусственных мер по поддержанию жизненно
важных функций органов после констатации биологической смерти или
необратимой гибели головного мозга (смерти мозга)**

Глава 1. Общие положения

1. Правила констатации биологической смерти или необратимой гибели головного мозга (смерти мозга), и прекращения искусственных мер по поддержанию жизненно важных функций органов после констатации биологической смерти или необратимой гибели головного мозга (смерти мозга) (далее – Правила) разработаны в соответствии с Кодексом Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения».

2. В настоящих Правилах используются следующие понятия:

- 1) биологическая смерть представляет собой прекращение жизнедеятельности организма, при котором жизненно важные функции необратимо угасли;
- 2) необратимая гибель головного мозга (смерть мозга) – полная утрата интегральной функции клеток головного мозга, сопровождающаяся гибелью всего вещества головного мозга. Смерть мозга, приравнивается к биологической смерти человека;
- 3) консилиум – исследование лица в целях установления диагноза, определения тактики лечения и прогноза заболевания с участием не менее трех врачей.

**Глава 2. Порядок констатации биологической смерти или необратимой гибели
головного мозга (смерти мозга)**

3. Биологическая смерть констатируется медицинским работником на основании совокупности следующих признаков:

- 1) остановка сердечной деятельности;
- 2) прекращение дыхания;

3) прекращение функций центральной нервной системы.

4. Необратимая гибель головного мозга (смерть мозга) развивается в результате его первичного или вторичного повреждения.

5. Необратимая гибель головного мозга (смерть мозга) при первичных повреждениях мозга развивается вследствие повышения или понижения внутричерепного давления и обусловленного им прекращения мозгового кровообращения.

6. К первичным повреждениям мозга относятся:

- 1) тяжелая черепно-мозговая травма;
- 2) спонтанные и иные внутричерепные кровоизлияния;
- 3) инфаркт мозга;
- 4) опухоли мозга;
- 5) внутричерепные оперативные вмешательства на мозге.

7. Необратимая гибель головного мозга (смерть мозга) при вторичных повреждениях мозга развивается в результате гипоксии различного генеза, в том числе при остановке сердца и прекращении или резком ухудшении системного кровообращения, вследствие длительно продолжающегося шока.

8. Необратимая гибель головного мозга (смерть мозга) устанавливается на основании совокупности следующих признаков (далее – совокупности признаков):

- 1) полное и устойчивое отсутствия сознания (3 балла по шкале комы Глазго);
- 2) атония всех мышц;
- 3) отсутствие реакции на болевые раздражители;
- 4) устойчивое расширение и ареактивность зрачков и их фиксация в среднем положении;
- 5) тенденция к гипотензии, уровень систолического давления равен 80 миллиметров ртутного столба и ниже;
- 6) спонтанная гипотермия;
- 7) устойчивое отсутствие самостоятельного дыхания.

9. Необратимая гибель головного мозга (смерть мозга) у взрослых не устанавливается при:

- 7) интоксикации, включая лекарственную;
- 8) первичной гипотермии (у детей температура тела ниже 35°C);
- 9) гиповолемическом шоке;
- 10) метаболической эндокринной коме;
- 11) действии наркотизирующих средств и миорелаксантов;
- 12) наличии у пациента специфической позы (децеребрационная или декартикционная).

10. Необратимая гибель головного мозга (смерть мозга) у детей не устанавливается при:

- 1) интоксикации, включая лекарственную;
- 2) первичной гипотермии (у детей температура тела ниже 35°C);
- 3) гиповолемическом шоке;
- 4) метаболической эндокринной коме;
- 5) действии наркотизирующих средств и миорелаксантов;
- 6) наличии у пациента специфической позы (децеребрационная или декартикционная);

7) артериальной гипотензии:

у детей от 1 до 3 лет при определении признаков гибели головного мозга уровень систолического давления не ниже 75 мм рт.ст.;

у детей от 4 до 10 лет при определении признаков гибели головного мозга уровень систолического давления не ниже 85 мм рт.ст.;

у детей от 11 до 18 лет при определении признаков гибели головного мозга уровень систолического давления не ниже 90 мм рт.ст.

- 8) гипоксемии;
- 9) гипо-/гипернатриемии;
- 10) гипокалиемии;
- 11) гипо/гипергликемии;
- 12) возрасте до 12-ти месяцев.

11. Выявление совокупности признаков проводится консилиумом, под руководством заведующего реанимационным отделением, а во время его отсутствия – дежурным врачом медицинской организации (у детей определение совокупности признаков проводится 2-мя специалистами с опытом работы не менее 10 лет в детской практике по специальности «анестезиология и реаниматология» и «неврология» или «нейрохирургия», поочередно, вначале один доктор проводит определение совокупности признаков, а второй доктор наблюдает за его действиями, затем второй доктор проводит определение совокупности признаков, а первый доктор наблюдает за его действиями) на основании следующих клинических тестов:

1) для определения болевых рефлексов проводят надавливание пальцем в точках выхода ветвей тройничного нерва на лице, а также надавливание твёрдым предметом на ногтевые пластины пальцев кисти (отсутствие координированных движений и двигательных реакций, какой-либо специфической позы (децеребрационный или декартикативный), дрожи или защитных движений в любой из конечностей, головы в ответ на боль);

2) для определения фарингеальных и трахеальных рефлексов проводят движение эндотрахеальной трубки в трахее и в верхних дыхательных путях с целью раздражения, а также движение катетера в бронхах для аспирации секрета (отсутствие кашля);

3) для определения корнеального рефлекса приподнимают веко пациента, затем при помощи слегка влажного кусочка ваты дотрагиваются до роговицы (отсутствие смыкания век);

4) для определения отсутствия окулоцефалических рефлексов врач занимает положение у изголовья кровати так, чтобы голова больного удерживалась между кистями врача, а большие пальцы приподнимали веки. Голова поворачивается на 90 градусов в одну сторону и удерживается в этом положении 3-4 секунды, затем в противоположную сторону на то же время. Если при поворотах головы движения глаз не происходит и они стойко сохраняют срединное положение, то это свидетельствует об отсутствии окулоцефалических рефлексов. Исследование рефлексов не проводят при наличии или при подозрении на травматическое повреждение шейного отдела позвоночника;

5) для определения окуловестибулярных рефлексов проводится двусторонняя калорическая проба, голову больного поднимают на 30 градусов выше горизонтального уровня, в наружный слуховой проход вводится катетер малых размеров и производится медленное орошение наружного слухового прохода холодной водой (температура +20°C, 100 миллилитров) в течение 10 секунд. При сохранной функции ствола головного мозга через 20-25 секунд появляется нистагм или отклонение глаз в сторону медленного компонента нистагма. Отсутствие нистагма или отклонения глазных яблок при калорической пробе, выполненной с двух сторон, свидетельствует об отсутствии окуловестибулярных рефлексов. Исследование рефлексов не проводят при наличии перфорации барабанных перепонки;

6) для определения устойчивого отсутствия самостоятельного дыхания проводят отключение больного от аппарата искусственной вентиляции легких (далее - ИВЛ) с помощью разъединительного теста (тест апноэтической оксигенации). Регистрация отсутствия дыхания не допускается простым отключением от аппарата ИВЛ,

так как развивающаяся при этом гипоксия оказывает вредное влияние на организм и, прежде всего, на мозг и сердце. Разъединительный тест проводится после того, как получены результаты по определению фарингеальных, трахеальных, окулоцефалических и окуловестибулярных рефлексов. Тест состоит из трех элементов:

для мониторинга газового состава крови (PaO_2 и $PaCO_2$) канюлируется одна из артерий конечности;

перед отсоединением вентилятора в течение 10-15 минут проводится ИВЛ в режиме, обеспечивающем нормакапнию ($PaCO_2$ - 35-45 мм рт.ст.) и гипероксию (PaO_2 не менее 200 мм рт.ст.) - $FiO = 1,0$ (то есть 100% кислород), с подобранным VE (МВЛ - минутная вентиляция легких) и оптимальным РЕЕР (ПКЭД положительное конечное экспираторное давление);

после выполнения действий, предусмотренных абзацами третьим и четвертым настоящего подпункта аппарат ИВЛ отключают и в эндотрахеальную или трахеостомическую трубку подают увлажненный 100% кислород со скоростью 6 литров в минуту. Происходит накопление эндогенной углекислоты, контролируемое путем забора проб артериальной крови. Этапы контроля газов крови:

до начала теста в условиях ИВЛ;

через 10-15 минут после начала ИВЛ 100% кислородом;

сразу после отключения от ИВЛ и далее через каждые 10 минут пока $PaCO_2$ не достигнет 60 мм рт.ст. Если при 60 мм рт.ст $PaCO_2$ и выше, спонтанные дыхательные движения не восстанавливаются, разъединительный тест свидетельствует об отсутствии функций дыхательного центра ствола головного мозга. При появлении минимальных дыхательных движений ИВЛ немедленно возобновляется.

12. Определение совокупности признаков на основании клинических тестов, указанных в пункте 8, является основанием для констатации необратимой гибели головного мозга (смерть мозга).

13. При сомнительных результатах одного или нескольких клинических тестов, выполняются дополнительные тесты:

3) электроэнцефалограмма (далее – ЭЭГ) (при сомнительных результатах совокупности признаков (одного или нескольких), а также в случае сложности в установлении травмы или подозрении на травму шейного отдела позвоночника, перфорации барабанных перепонок);

4) ангиография сосудов головного мозга (далее – панангиография) (при сомнительных результатах совокупности признаков (одного или нескольких), с целью определения отсутствия мозгового кровообращения магистральных сосудов головы (общие сонные и позвоночные артерии), при этом регистрации ЭЭГ не обязательна).

14. Дополнительные тесты реализуются за счет следующих мероприятий:

1) за электрическое молчание мозга принимается запись ЭЭГ, в которой амплитуда активности от пика до пика не превышает 2 микровольт (далее мкВ), при записи от скальповых электродов с расстоянием между ними не меньше 10 сантиметров и при сопротивлении до 10 килоом (далее - кОм), но не меньше 100 Ом. Используются игольчатые электроды, не менее 8 расположенные по схеме 10-20 и 2 ушных электрода. Межэлектродное сопротивление - не менее 100 Ом и не более 10 кОм, межэлектродное расстояние - не менее 10 сантиметров. Определяется сохранности коммутаций и отсутствия непредумышленного или умышленного создания электродных артефактов. Запись проводится на каналах энцефалографа с постоянного времени не менее 0,3 секунд при чувствительности не больше 2 мкВ/миллиметр (верхняя граница полосы пропускания частот не ниже 30 герц). Используются аппараты, имеющие не менее 8 каналов. ЭЭГ регистрируется при би- и монополярных отведениях. Электрическое молчание коры мозга сохраняется не менее 30 минут непрерывной регистрации. При наличии сомнений в электрическом молчании мозга необходима повторная регистрация ЭЭГ. Оценка

реактивности ЭЭГ на свет, громкий звук и боль: общее время стимуляции световыми вспышками, звуковыми стимулами и болевыми раздражениями не менее 10 минут. Источник вспышек, подаваемых с частотой от 1 до 30 Гц, находится на расстоянии 20 сантиметров от глаз. Интенсивность звуковых раздражителей (щелчков) - 100 децибел. Динамик находится около уха больного. Стимулы максимальной интенсивности генерируются стандартными фото- и фоностимуляторами. Для болевых раздражений применяются сильные уколы кожи иглой;

2) при определении отсутствия мозгового кровообращения производится контрастная двукратная панангиография четырех магистральных сосудов головы (общие сонные и позвоночные артерии) с интервалом не менее 30 минут. Среднее артериальное давление во время ангиографии удерживается в пределах не менее 80 мм ртутного столба. Если при панангиографии выявляется, что ни одна из внутримозговых артерий не заполняется контрастным веществом, то это свидетельствует о прекращении мозгового кровообращения.

15. Период наблюдения у взрослых при первичном повреждении мозга составляет не менее 12-ти часов с момента выявления совокупности признаков, при сохранении признаков более 12-ти часов, является основанием для констатации необратимой гибели головного мозга (смерти мозга). Период наблюдения сокращается после определения совокупности признаков (одного или нескольких) при проведении панангиография, которая регистрирует прекращение мозгового кровообращения и (или) ЭЭГ, которая регистрирует полное отсутствие спонтанной и вызванной электрической активности мозга. При невозможности использования ЭЭГ и панангиографии, период наблюдения продлевается до 24 часов, с момента выявления совокупности признаков.

16. Период наблюдения у взрослых при вторичном повреждении мозга составляет не менее 24 часов с момента выявления совокупности признаков. При наличии токсических веществ в крови длительность наблюдения увеличивается до 24 часов с момента исчезновения токсических веществ в крови, подтверждённое лабораторными исследованиями, либо до 72 часов, при невозможности проведения лабораторных исследований на наличие токсических веществ в крови.

17. Период наблюдения у детей составляет не менее 24 часов с момента выявления совокупности признаков с интервалами между исследованиями не менее 12-ти часов.

18. Пациент находится под постоянным наблюдением, с периодичностью неврологического осмотра не реже, чем 1 раз в 2 часа при 12-ти и 24 -х часовом сроке наблюдения и не реже 3 часов при 3-х суточном сроке наблюдения.

19. Руководитель и члены консилиума после окончания периода наблюдения составляют и подписывают заключение о констатации необратимой гибели головного мозга (смерти мозга) по форме, согласно приложению 1 к настоящим Правилам.

20. При необратимой гибели головного мозга (смерти мозга) возможны спинальные автоматизмы и рефлексы, указанные в приложении 2 к настоящим Правилам.

Глава 3. Порядок прекращения искусственных мер по поддержанию жизни

21. Искусственные меры по поддержанию жизни прекращаются только при:

1) констатации биологической смерти;

2) необратимой гибели головного мозга, зафиксированной консилиумом, при условии письменного единогласного согласия близких родственников и (или) законных представителей.

22. Искусственные меры по поддержанию жизни при необратимой гибели головного мозга (смерти мозга) продолжаются, если:

3) отсутствует согласие близких родственников и (или) законных представителей на прекращение искусственных мер по поддержанию жизни. Затраты медицинской организации по поддержанию жизненно важных функций органов и ухода за телом возмещаются за счет средств умершего, его родственников и (или) иных законных представителей.

4) принято решение об изъятии у трупа ткани (части ткани) или органов (части органов) с целью трансплантации.

Приложение 1

к Правилам констатации биологической смерти или необратимой гибели головного мозга (смерти мозга) и прекращения искусственных мер по поддержанию жизненно важных функций органов после констатации биологической смерти или необратимой гибели головного мозга (смерти мозга)

Заключение о констатации необратимой гибели головного мозга (смерти мозга)

Фамилия _____ Имя _____

Отчество _____
(при его наличии)

Дата рождения _____ Возраст _____ № истории болезни _____

Диагноз заболевания, приведшего к смерти мозга

Консилиум в составе:

(Ф.И.О (при наличии) врача - анестезиолога-реаниматолога

(Ф.И.О (при наличии) врача – невролога (нейрохирурга)

(Ф.И.О (при наличии) другие привлекаемые специалисты

в течение _____ часов обследовали состояние больного и констатируют что:

1. Исключены следующие факторы, препятствующие установлению диагноза смерти мозга (констатация факторов отмечается словом «исключено»): артериальное систолическое давление _____

(указать цифрами)

8) ректальная температура _____

(указать цифрами)

9) интоксикации, включая лекарственные _____

10) миорелаксанты _____

11) наркотизирующие средства

12) метаболические или эндокринные комы _____

13) гиповолемический шок _____

14) первичная гипотермия

2. Зарегистрированы следующие признаки, указывающие на прекращение функции больших полушарий и ствола головного мозга (констатация признаков и данных дополнительных тестов отмечается словом «да» или «нет»):

12) полное и устойчивое отсутствие сознания (кома)

13) отсутствие самостоятельного дыхания

14) отсутствие реакции на сильные болевые раздражители (надавливание на тригеминальные точки, грудину) и любых других рефлексов, замыкающихся выше шейного отдела спинного мозга

15) атония всех мышц _____

16) зрачки не реагируют на свет _____

17) диаметр зрачков _____

18) отсутствие корнеальных рефлексов _____

19) отсутствие окулоцефалических рефлексов

20) отсутствие окуловестибулярных рефлексов

21) отсутствие фарингеальных и трахеальных рефлексов (при движении эндотрахеальной трубки и санации дыхательных путей) _____

22) отсутствие самостоятельного дыхания во время разъединительного теста:

а. РаСО₂ до начала проверки в мм рт. ст.

(указать цифрами)

б. РаСО₂ в конце проверки апноэ в мм рт. ст.

(указать цифрами)

в. РаО₂ в конце проверки апноэ в мм рт. ст.

(указать цифрами)

3. Дополнительные (подтверждающие) тесты (констатация данных дополнительных тестов отмечается словом «да» или «нет»):

электроэнцефалограмма (полное электрическое молчание мозга)

церебральная панангиография (отсутствие заполнения внутримозговых артерий)

4. Комментарии:

3. Заключение:

Рассмотрев вышеуказанные результаты и руководствуясь в их трактовке Правилами по констатации биологической смерти или необратимой гибели головного мозга на основании диагноза смерти мозга, свидетельствуем о смерти больного

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Дата _____ Время смерти _____
 (число, месяц, год) (час, минута)

Подписи врачей, входящих в комиссию:
 (Ф.И.О.) врача

(Ф.И.О (при наличии) врача)

(Ф.И.О (при наличии) врача)

(Ф.И.О (при наличии) врача)

(Ф.И.О (при наличии) врача)

Ф.И.О. (при наличии) и подпись заведующего отделением реанимации

Приложение 2

к Правилам констатации биологической смерти или необратимой гибели головного мозга (смерти мозга) и прекращения искусственных мер по поддержанию жизненно важных функций органов после констатации биологической смерти или необратимой гибели головного мозга (смерти мозга)

Спинальные автоматизмы и рефлексы

Часть тела	Встречающиеся признаки
шейный отдел позвоночника	Тонические шейные рефлексы: спастическая контрактура мышц шеи, сгибание в тазобедренном суставе в ответ на поворот головы, сгибание в локтевом суставе в ответ на поворот головы, опускание плеча в ответ на поворот головы, спонтанный поворот головы в сторону.
верхние	Одностороннее разгибание — пронация. Изолированное подергивание

конечности	пальцев. Сгибание и подъем плеча, описан случай с соединением рук.
туловище	Асимметричное опистотоническое положение тела. Сгибание туловища в пояснице, имитирующее положение сидя. Брюшные рефлексы.
нижние конечности	Сгибание пальцев в ответ на постукивание. Феномен тройного сгибания. Симптом Бабинского.

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министірілігі

БҰЙРЫҚ

01.02.2018

№ 43

"Қайтыс болғаннан кейін тіндерді (тіннің бөлігін) және (немесе) ағзаларды (ағзалардың бөлігін) транспланттау мақсатында оларды тірі кезінде ерікті түрде құрбандық ету қағидаларын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2015 жылғы 18 мамырдағы № 360 бұйрығына өзгеріс енгізу туралы

Қазақстан Республикасының Әділет министрлігінде 2018 жылғы 22 ақпанда № 16411 болып тіркелді.

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасының 2009 жылғы 18 қыркүйектегі Кодексінің 7-бабы 1-тармағының 118) тармақшасына сәйкес БҰЙЫРАМЫН:

1. "Қайтыс болғаннан кейін тіндерді (тіннің бөлігін) және (немесе) ағзаларды (ағзалардың бөлігін) транспланттау мақсатында оларды тірі кезінде ерікті түрде құрбандық ету қағидаларын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2015 жылғы 18 мамырдағы № 360 бұйрығына (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 11381 болып тіркелген, 2015 жылғы 30 маусымда "Әділет" ақпараттық-құқықтық жүйесінде жарияланған) мынадай өзгеріс енгізілсін:

бұйрықтың тақырыбы мынадай редакцияда жазылсын, орыс тіліндегі мәтін өзгермейді:

"Қайтыс болғаннан кейін тіндерді (тіннің бөлігін) және (немесе) ағзаларды (ағзалардың бөлігін) транспланттау мақсатында оларды тірі кезінде ерікті түрде беру қағидаларын бекіту туралы";

1-тармақ мынадай редакцияда жазылсын, орыс тіліндегі мәтін өзгермейді:

"1. Қайтыс болғаннан кейін тіндерді (тіннің бөлігін) және (немесе) ағзаларды (ағзалардың бөлігін) транспланттау мақсатында оларды тірі кезінде ерікті түрде беру қағидалары бекітілсін.";

Көрсетілген бұйрықпен бекітілген Қайтыс болғаннан кейін тіндерді (тіннің бөлігін) және (немесе) ағзаларды (ағзалардың бөлігін) транспланттау мақсатында оларды тірі кезінде, ерікті түрде құрбандық ету қағидалары осы бұйрыққа қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын.

2. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Медициналық көмекті ұйымдастыру департаменті Қазақстан Республикасының заңнамасында белгіленген тәртіппен:

1) осы бұйрықты Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркеуді;

2) осы бұйрықты мемлекеттік тіркегеннен кейін күнтізбелік он күннің ішінде оның көшірмелерін баспа және электрондық түрде қазақ және орыс тілдерінде Қазақстан Республикасының нормативтік құқықтық актілерінің Эталондық бақылау банкінде ресми жариялау және қосу үшін "Республикалық құқықтық ақпарат орталығы" шаруашылық жүргізу құқығындағы республикалық мемлекеттік кәсіпорнына жіберуді;

3) осы бұйрықты мемлекеттік тіркегеннен кейін күнтізбелік он күннің ішінде оның көшірмесін мерзімдік баспасөз басылымдарына ресми жариялауға жіберуді;

4) осы бұйрықты ресми жариялағаннан кейін Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің интернет-ресурсында орналастыруды;

5) осы бұйрықты мемлекеттік тіркегеннен кейін он жұмыс күнінің ішінде Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Заң қызметі департаментіне осы тармақтың 1), 2), 3) және 4) тармақшаларында көзделген іс-шаралардың орындалуы туралы мәліметтерді ұсынуды қамтамасыз етсін.

3. Осы бұйрықтың орындалуын бақылау Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау вице-министрі Л.М. Ақтаеваға жүктелсін.

4. Осы бұйрық оны алғашқы ресми жариялаған күнінен бастап күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі.

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрі	Е. Біртанов
	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2018 жылғы 1 ақпандағы № 43 бұйрығына қосымша
	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2015 жылғы 18 мамырдағы № 360 бұйрығымен бекітілген

Қайтыс болғаннан кейін тіндерді (тіннің бөлігін) және (немесе) ағзаларды (ағзалардың бөлігін) транспланттау мақсатында оларды тірі кезінде ерікті түрде беру қағидалары 1-тарау. Жалпы ережелер

1. Осы қайтыс болғаннан кейін тіндерді (тіндердің бөлігін) және (немесе) ағзаларды (ағзалардың бөлігін) транспланттау мақсатында оларды тірі кезінде ерікті түрде беру қағидалары (бұдан әрі – Қағидалар) "Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасының 2009 жылғы 18 қыркүйектегі Кодексінің 7-бабы 1-тармағының 118) тармақшасына сәйкес әзірленді және қайтыс болғаннан кейін транспланттау мақсатында тіндерді (тіннің бөлігін) және (немесе) ағзаларды (ағзалардың бөлігін) тірі кезінде ерікті түрде беру тәртібін айқындайды.

2. Қайтыс болғаннан кейін тіндерді (тіннің бөлігін) және (немесе) ағзаларды (ағзалардың бөлігін) транспланттау мақсатында оларды тірі кезінде ерікті түрде беру транспланттау мақсатында қайтыс болғаннан кейін өзінің тіндерін (тіннің бөлігін) және (немесе) ағзаларын (ағзалардың бөлігін) өтеусіз түрде беруді жүзеге асыруға ниет білдірген тұлға туралы мәліметті медициналық–санитариялық алғашқы көмек медициналық ұйымдарының базаға енгізуі арқылы жүзеге асырылады.

3. Осы Қағидаларда мынадай ұғымдар пайдаланылады:

1) денсаулық сақтау саласындағы уәкілетті орган (бұдан әрі – уәкілетті орган) – азаматтардың денсаулығын сақтау, медициналық және фармацевтикалық ғылым, медициналық және фармацевтикалық білім беру, дәрілік заттардың, медициналық мақсаттағы бұйымдар мен медициналық техниканың айналысы, медициналық қызметтер сапасын бақылау саласындағы басшылықты жүзеге асыратын мемлекеттік орган;

2) өтініш беруші - транспланттау мақсатында қайтыс болғаннан кейін тіндерді (тіннің бөлігін) және (немесе) ағзаларды (ағзалардың бөлігін) өтеусіз ерікті түрде беруге ниет білдірген, кәмелет жасқа толған және іс-әрекетке қабілетті адам;

3) қор – БХТ-ға қосымша түрде құрылған, өтініш берушілер туралы мәліметтердің электрондық қоры;

4) БХТ – "Бекітілген халық тіркелімі" мемлекеттік ақпараттық жүйесі;

5) МСАК – медициналық – санитариялық алғашқы көмек ұйымы.

4. Қорға енгізілген мәліметтер, Қазақстан Республикасының заңнамасында көзделген жағдайларды қоспағанда үшінші тұлғаға берілмейді.

2-тарау. Қайтыс болғаннан кейін тіндерді (тіннің бөлігін) және (немесе) ағзаларды (ағзалардың бөлігін) транспланттау мақсатында оларды тірі кезінде ерікті түрде беру тәртібі

5. Қайтыс болғаннан кейін тіндерді (тіннің бөлігін) және (немесе) ағзаларды (ағзалардың бөлігін) транспланттау мақсатында оларды тірі кезінде ерікті түрде беру өтініш берушінің МСАК-қа тікелей және жеке жүгінуі арқылы немесе "электрондық үкіметтің" веб-порталындағы пайдаланушының кабинетін пайдалану арқылы жүзеге асырылады.

6. Жүгіну кезінде өтініш беруші осы Қағидаларға 1-қосымшаға сәйкес нысан бойынша қайтыс болғаннан кейін тіндерді (тіннің бөлігін) және (немесе) ағзаларды (ағзалардың бөлігін) транспланттау мақсатында оларды тірі кезінде ерікті түрде беру туралы өтінішті толтырады және өтініште көрсетілген деректерді тексеру үшін жеке басын куәландыратын құжатты ұсынады.

7. МСАК:

1) өтініш берушіні БХТ-ға бекітудің болуын;

2) өтініште көрсетілген дербес деректерді тексереді.

8. Өтініш берушінің БХТ-ға тіркелуі және өтініште көрсетілген дербес деректерінің сәйкестігі, жеке басын куәландыратын құжат расталған жағдайда МСАК БХТ-ға мынадай мәліметтерді енгізеді:

1) өтініш берушінің дербес деректері және оның байланыс деректері;

2) өтініш берушінің ерікті және өтеусіз беруге өтінішті толтыру күні (күні, айы, жылы);

3) өтініш беруші транспланттау мақсатында қайтыс болғаннан кейін беретін тіндердің (тіннің бөлігінің) және (немесе) ағзалардың (ағзалардың бөлігінің) атауы;

4) күйеуінің (әйелінің), жақын туыстарының деректері;

5) өтініштің электрондық көшірмесі (сканерленген құжат).

2) транспланттау үшін тек қана мына ағзалар мен тіндерді алуға болады:

жүрек _____

бауыр _____

бүйрек _____

көз алмалары _____

тіндер (тері, бұлшық еттер, шеміршек, сүйек тіні, қан жүретін тамыр _____)

3. Осы мақсатта Мен мемлекеттік және медициналық ақпараттық жүйелерде менің дербестендірілген деректерімді өңдеуге келісемін.

4. Өзімнің шешімімді хабардар ету үшін, жақын туыстарымның келесі деректерін ұсынамын (егер 5 тармақ толтырылған жағдайда, толтырылмайды):

1. Ата-аналар _____

(адамның тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда), телефон)

2. Асырап алушылар _____

(адамның тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда), телефон)

3. күйеуі (әйелі) _____

(адамның тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда), телефон)

4. балалар _____

(адамдардың тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда), телефон)

5. ағасы (әпкесі) _____

6. атасы (әжесі) _____

(адамдардың тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда), телефон)

7. немересі _____

(адамдардың тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда), телефон)

3. күйеуі (әйелі) _____
(адамның тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда), телефон)
4. балалар _____
(адамдардың тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда), телефон)
5. ағасы (әпкесі) _____
(адамдардың тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда), телефон)
6. атасы (әжесі) _____
(адамдардың тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда), телефон)
7. немересі _____
(адамдардың тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда), телефон)

4. Жақын туыстарым туралы деректер беруден бас тартамын

(өтініш беруші адамның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), қолы)

_____/_____/_____
Т.А.Ә (бар болған жағдайда) қолы

20__ жылғы "___" _____
(өтінішке қол қойылған күні)

Министерство здравоохранения Республики Казахстан

ПРИКАЗ

01.02.2018

№ 43

О внесении изменения в приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 18 мая 2015 года № 360 "Об утверждении Правил прижизненного добровольного пожертвования тканей (части ткани) и (или) органов (части органов) после смерти в целях трансплантации"

Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 22 февраля 2018 года №16411.

В соответствии с подпунктом 118) пункта 1 статьи 7 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года "О здоровье народа и системе здравоохранения" ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести в приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 18 мая 2015 года № 360 "Об утверждении Правил прижизненного добровольного пожертвования тканей (части ткани) и (или) органов (части органов) после смерти в целях трансплантации" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 11381, опубликован в информационно – правовой системе "Әділет" 30 июня 2015 года) следующее изменение:

в заголовок внесено изменение на государственном языке, текст на русском языке не меняется;

в пункт 1 внесено изменение на государственном языке, текст на русском языке не меняется;

Правила прижизненного добровольного пожертвования тканей (части ткани) и (или) органов (части органов) после смерти в целях трансплантации, утвержденные указанным приказом, изложить в новой редакции согласно приложению к настоящему приказу.

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

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

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

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

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

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

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

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

Министр здравоохранения Республики Казахстан	Е. Биртанов
	Приложение к приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан от 1 февраля 2018 года № 43
	Утверждены приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 18 мая 2015 года № 360

**Правила
прижизненного добровольного пожертвования тканей (части ткани)
и (или) органов (части органов) после смерти в целях трансплантации**

Глава 1. Общие положения

1. Настоящие Правила прижизненного, добровольного пожертвования тканей (части тканей) и (или) органов (части органов) после смерти в целях трансплантации (далее - Правила) разработаны в соответствии с подпунктом 118) пункта 1 статьи 7 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года "О здоровье народа и системе здравоохранения" и определяют порядок прижизненного, добровольного пожертвования тканей (части ткани) и (или) органов (части органов) после смерти в целях трансплантации.

2. Прижизненное добровольное пожертвование тканей (части ткани) и (или) органов (части органов) после смерти в целях трансплантации осуществляется путем внесения медицинской организацией первичной медико-санитарной помощи сведений о лице, изъявившего желание осуществить безвозмездное добровольное пожертвование своих тканей (части ткани) и (или) органов (части органов) после смерти в целях трансплантации в базу.

3. В настоящих Правилах использованы следующие понятия:

1) уполномоченный орган в области здравоохранения (далее - уполномоченный орган) – государственный орган, осуществляющий руководство в области охраны здоровья граждан, медицинской и фармацевтической науки, медицинского и фармацевтического образования, обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, контроля за качеством медицинских услуг;

2) заявитель – совершеннолетнее и дееспособное лицо, изъявившее желание осуществить безвозмездное добровольное пожертвование своих тканей (части ткани) и (или) органов (части органов) после смерти в целях трансплантации;

3) база – электронная база сведений о заявителях, созданная в виде дополнения в РПН;

4) РПН – государственная информационная система "Регистр прикрепленного населения";

5) ПМСП – организация первичной медико-санитарной помощи.

4. Сведения, внесенные в базу, не передаются третьим лицам, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Республики Казахстан.

Глава 2. Порядок прижизненного добровольного пожертвования тканей (части ткани) и (или) органов (части органов) после смерти в целях трансплантации

5. Прижизненное добровольное пожертвование тканей (части ткани) и (или) органов (части органов) после смерти в целях трансплантации осуществляется путем непосредственного и личного обращения заявителя в ПМСП или посредством использования кабинета пользователя на веб-портале "электронное правительство".

6. При обращении заявитель заполняет заявление о прижизненном добровольном пожертвовании тканей (части ткани) и (или) органов (части органов) после смерти в целях трансплантации по форме, согласно приложению 1 к настоящим Правилам и предоставляет документ, удостоверяющий личность, для проверки данных, указанных в заявлении.

7. ПМСП проверяет:

- 1) наличие прикрепления заявителя в РПН;
- 2) персональные данные, указанные в заявлении.

8. В случае подтверждения прикрепления заявителя в РПН и соответствия персональных данных, указанных в заявлении, документу, удостоверяющему личность заявителя, ПМСП вносит в РПН следующие сведения:

- 1) персональные данные заявителя и его контактные данные;
- 2) дата (число, месяц, год) заполнения заявления заявителем добровольности и безвозмездности пожертвования;
- 3) наименование тканей (части ткани) и (или) органов (части органов); которые заявитель жертвует после смерти в целях трансплантации;
- 4) данные супруга (супруги), близких родственников;
- 5) электронную копию заявления (сканированный документ).

9. В случае не подтверждения факта прикрепления заявителя в РПН и несоответствия персональных данных, указанных заявителем, ПМСП отказывает во внесении сведений в базу путем направления в течение трех рабочих дней после даты получения заявления соответствующего уведомления заявителю.

10. В случае внесения сведений в базу в течение трех рабочих дней после даты получения заявления ПМСП направляет соответствующее извещение в произвольной форме заявителю и указанным в его заявлении супруге (супругу), близким родственникам.

11. Заявитель путем обращения в ПМСП может отозвать ранее заявленное прижизненное добровольное пожертвование тканей (части ткани) и (или) органов (части органов) после смерти в целях трансплантации в РПН, по форме согласно приложению 2 к настоящим Правилам.

12. При получении вышеуказанного отказа ПМСП в течение одного рабочего дня, следующего за днем получения отказа, вносит соответствующие сведения в базу.

	<p>Приложение 1 к Правилам прижизненного добровольного пожертвования тканей (части ткани) и (или) органов (части органов) после смерти в целях трансплантации</p>
	<p>Форма</p>

Заявление по внесению сведений о согласии на прижизненное добровольное пожертвование тканей (части ткани) и (или) органов (части органов) после смерти в целях трансплантации

Я, _____

(фамилия, имя, отчество (при его наличии) лица, подающего заявление)

дата рождения " ____ " _____ г.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ИНН

адрес: _____

(наименование документа, удостоверяющего личность, его №,
дата выдачи и кем выдан)

даю добровольное прижизненное согласие, что в случае установленного факта моей смерти (ставится отметка и подпись):

1) любые мои ткани (части ткани) и (или) органы (части органов) могут быть изъяты для трансплантации.

2) только следующие органы и ткани могут быть изъяты для трансплантации:

сердце _____

печень _____

почки _____

глазные яблоки _____

ткани (кожа, мышцы, хрящи, костная ткань,
кровеносные сосуды) _____

3. С этой целью Я согласен на обработку моих персональных данных в государственных и медицинских информационных системах.

4. Для извещения о своем решении, предоставляю следующие данные близких родственников (не заполняется, если заполнен 5 пункт):

1. родители _____
(фамилия, имя, отчество (при его наличии) лица, телефон)

2. усыновители (удочерители) _____
(фамилия, имя, отчество (при его наличии) лица, телефон)

3. супруг (га) _____
(фамилия, имя, отчество (при его наличии) лица, телефон)

4. дети (га) _____
(фамилия, имя, отчество (при его наличии) лица, телефон)

5. брат(сестра) _____

- (фамилия, имя, отчество (при его наличии) лица, телефон)
 6. дедушка (бабушка) _____
 (фамилия, имя, отчество (при его наличии) лица, телефон)
 7. внук (внучка) _____
 (фамилия, имя, отчество (при его наличии) лица, телефон)

5. Отказываюсь предоставлять данные о близких родственниках

(фамилия, имя, отчество (при его наличии) лица, подающего заявление, подпись)

" ____ " _____ 20 __ г.

(дата подписания заявления)

 (подпись заявителя)

	Приложение 2 к Правилам прижизненного добровольного пожертвования тканей (части ткани) и (или) органов (части органов) после смерти в целях трансплантации
	Форма

Заявление

для отзыва внесенных данных о согласии на прижизненное добровольное пожертвование тканей (части ткани) и (или) органов (части органов) после смерти в целях трансплантации в РПН

Я, _____
 (фамилия, имя, отчество (при его наличии) лица, подающего заявление)
 дата рождения " ____ " _____ г.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ИНН

адрес: _____

1. Я отзываю данное мною ранее согласие на прижизненное добровольное пожертвование тканей (части ткани) и (или) органов (части органов) после смерти для трансплантации.
2. С этой целью Я согласен на обработку моих персональных данных в государственных и медицинских информационных системах.
3. Для извещения о своем решении, предоставляю следующие данные близких родственников (не заполняется, если заполнен 4 пункт):

1. родители _____
 (фамилия, имя, отчество (при его наличии) лица, телефон)
2. усыновители (удочерители) _____
 (фамилия, имя, отчество (при его наличии) лица, телефон)

3. супруг (га) _____

-
4. дети (га) _____
(фамилия, имя, отчество (при его наличии) лица, телефон)
5. брат (сестра) _____
(фамилия, имя, отчество (при его наличии) лица, телефон)
6. дедушка (бабушка) _____
(фамилия, имя, отчество (при его наличии) лица, телефон)
7. внук (внучка) _____
(фамилия, имя, отчество (при его наличии) лица, телефон)
-

4. Отказываюсь предоставлять данные о близких родственниках

(фамилия, имя, отчество (при его наличии) лица, подающего заявление, подпись)

_____/_____/_____
Ф.И.О (при его наличии). Подпись

" ____ " _____ 20 ____ г.
(дата подписания)

ИНФОРМАЦИЯ

Порядок публикации статей в журнале «Трансплантология в Казахстане»

1. Публикуемые в журнале статьи принимаются на основании письма редактору и заполненного образца сопроводительного документа, размещенного на сайте transplant.kz.

2. Объем научной статьи не должен превышать 10 страниц машинописного текста, включая список использованной литературы и резюме.

3. Набор статьи должен быть осуществлен в редакторе Microsoft Word, формата А4, книжная ориентация, шрифт Times New Roman, размер шрифта 14; 1,5 интервал, верхнее и нижнее поле 2,5 см., левое 2,5 см., правое 1,5 см., ссылки в квадратных скобках.

4. Предоставить контактную информацию об авторе, с которым будет вестись переписка. Ф.И.О. почтовый адрес, номер контактного телефона и e-mail.

5. Статьи предоставляется на русском/казахском или английском языке с прилагаемым кратким резюме на английском языке.

6. Текстовый материал статьи должны содержать следующую информацию:

- название статьи;
- имена авторов статьи;
- название учреждение;
- резюме.

7. Автор несет ответственность за достоверность сведений, точность цитирования и ссылок на официальные документы и другие источники.

8. Рисунки и схемы предоставляется в электронном виде с расширением JPEG (разрешением не менее 300 точек на дюйм и размером не менее 6 x 9 см.).

9. В случае присутствия в статье рисунка, схемы и графики, которые были опубликованы ранее, необходимо указать оригинальный источник и или предоставить письменное разрешение на их воспроизводство от его правообладателя.

10. Подписи под иллюстрациями (рисунками) печатаются с соблюдением двойного межстрочного интервала на отдельной странице с арабскими цифрами, соответствующим иллюстрации. Когда в иллюстрации для идентификации ее частей используется символы, стрелки, цифры или буквы, в подписи необходимо указать и объяснить каждый из этих символов.

11. Единицы измерений должны быть указаны в соответствующих метрических единицах (метр, килограмм, литр) или в их десятичных кратных единицах.

12. Текст статьи должен состоять из следующих разделов:

- 1) введение
- 2) материалы и методы
- 3) результаты и обсуждение
- 4) выводы
- 5) список литературы

13. Персональная информация, включающая имена, инициалы, номера историй болезни, должна публиковаться, если только пациент (или опекун) дал письменное согласие на такую публикацию. При получении информированного согласия опознаваемому пациенту необходимо показать публикацию. Автор должен сообщить пациенту, будут ли персональные сведения доступны в Интернете или в печатных изданиях после публикации. С учетом соответствующих требований и законодательства, письменное согласие пациента должно храниться в редакции журнала и авторов.

14. Рецензентам не разрешается копировать рукописи и передавать их третьим лицам. Рецензенты должны вернуть или удалить копии рукописей после представления рецензии.

15. Редакционная коллегия журнала оставляет за собой право на научную и литературную коррективу текста без изменения в ней смысловой нагрузки.

16. Материалы для публикации и прилагаемые документы (в отсканированном виде) высылать на электронный адрес редакции: journal@transplant.kz

СОДЕРЖАНИЕ

Колонка редактора	3
Селекторное совещание Министерства здравоохранения Республики Казахстан: материалы и обсуждение	
<i>Доскалиев Ж.А., Жариков С.Н.</i> Анализ деятельности Центров трансплантаций и соответствие индикаторам оценки работы за 2017-2018 гг.	4
<i>Жариков С.Н.</i> Отчет о деятельности службы трансплантологии РК в страновой офис ВОЗ для ежегодного вопросника Глобальной обсерватории по Донорству и Трансплантации (GODT) по итогам работы за 2017 год	12
Нормативные правовые акты в области трансплантологии: приказы	
«Биологиялық өлімді немесе бас миының біржола семуін (мидың өлімін) растау ережесін бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы 11 тамыздағы № 622 бұйрығына өзгерістер енгізу туралы» бұйрық	35
Приказ МЗ РК от 25.09.2018 г. № ҚР ДСМ-18 «О внесении изменений в приказ и. о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 11 августа 2010 года № 622 «Об утверждении Правил констатации биологической смерти или необратимой гибели головного мозга (смерти мозга)»	
Биологиялық өлімді немесе бас миының біржола семуін (мидың өлімін) растау және биологиялық өлім немесе бас миының біржола семуі (мидың өлімі) расталғаннан кейін ағзалардың өмірлік маңызды функцияларын қолдау жөніндегі жасанды шараларды тоқтату қағидаларын бекіту туралы бұйрық	53
Приказ МЗ РК от 1 февраля 2018 года № 43 «О внесении изменения в приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 18 мая 2015 года № 360 "Об утверждении Правил прижизненного добровольного пожертвования тканей (части ткани) и (или) органов (части органов) после смерти в целях трансплантации".	
Информация	
Требования к публикациям	66

ДЛЯ ЗАМЕТОК

Подписано в печать 21.11.2018 г. Формат 60x90 1/8. Объем 12,75 п.л.
Бумага офсетная. Печать офсетная. Тираж 30 экз. Заказ №

Отпечатано: Типография «**Indesign studio**»
г. Астана, ул. Кенесары, 52-178

