

Протокол заседания
Объединенной комиссии по качеству медицинских услуг
№ 00

г. Астана

29 марта 2019 г. в 16.00 ч.

Председательствовал: директор Департамента организации медицинской помощи Министерства здравоохранения Республики Казахстан, заместитель председателя Объединенной комиссии по качеству медицинских услуг Хорошаш А.Н.

Присутствовали:

Члены Объединенной комиссии по качеству медицинских услуг:
Бюрабекова Л.В., Ахметниязова Л.М., Кусаинова А.С., Айыпханова А.Т., Байжунусов Э.А., Кульжанов М.К. *(в селекторном режиме)*, Султанов Р.С., Отепова Г.Д., Есимов Д.С., Ахмадьяр Н.С., Койков В.В., Телешева А.Н.

Приглашенные:

Оспанова Ж.О., Давлетчина А.Х., Аукенов Н.Е., Табаров А.Б., Ким А.А., Медеубеков У.Ш, Нокербекова Б.М., Мусаева К.К., Утегенова А.К., Маткеримов А.Ж.

1. Рассмотрение клинического протокола «Спонтанный пневмоторакс»

Докладчик: руководитель Центра рационального использования лекарственных средств и медицинских технологий РЦРЗ МЗ РК
Табаров А.Б.

По представленной информации Табарова А.Б. пересмотрен клинический протокол диагностики и лечения «Спонтанный пневмоторакс» (2013 года) (далее – Проект КП «Спонтанный пневмоторакс»).

Проект КП «Спонтанный пневмоторакс» приведен в соответствии с Регламентом по разработке/пересмотру КП; разработан алгоритм на введение пациентов с первичным и вторичным (рецидивирующим) пневмотораксом, детализированы показания для направления в стационар для оказания экстренной госпитализации.

Проект КП «Спонтанный пневмоторакс» согласован Казахстанским обществом хирургов, имеются 2 рецензии.

Республиканским центром развития здравоохранения (далее – РЦРЗ) проведена экспертная оценка Проекта КП «Спонтанный пневмоторакс» и выносится на рассмотрение Объединенной комиссии по качеству медицинских услуг (далее – ОКК).

Обсуждение:

Хорошаш А.Н.: «Члены ОКК! Приступаем к обсуждению, прошу задавать вопросы»

Ахмадьяр Н.С.: «В целом спонтанный пневмоторакс относится к неотложным состояниям, при которых проводятся соответствующие манипуляции, поэтому в данном проекте КП нет лекарственных средств. Думаю, данный проект КП нужно расписать не как протокол диагностики и лечения, а как процедурный протокол»

Такабаев А.К.: «Коллеги! Данная манипуляция шифруется как операция со своим шифром и является малой хирургией, поэтому нам нужен протокол диагностики и лечения»

Медеубеков У.Ш.: «В основном спонтанный пневмоторакс возникает вследствие заболевания. Вносить его как протокол медицинского вмешательства нельзя, потому что при пневмотораксе уже применяются различные виды вмешательства, в том числе торакоскопия, пункция и т.д. Поэтому должен быть как клинический протокол диагностики и лечения»

Табаров А.Б.: «Да, согласен. Есть комплекс диагностических исследований и комплекс лечебных мероприятий, поэтому документ должен быть в виде клинического протокола диагностики и лечения»

Хорошаш А.Н.: «Члены ОКК! Есть еще вопросы, предложения?»

Есимов Д.С.: «В целом вопросов больше нет. Вносится предложение одобрить КП «Спонтанный пневмоторакс»»

Хорошаш А.Н.: «Коллеги? Если других вопросов и мнений нет, то прошу проголосовать. На голосование выносится вопрос - одобрить КП «Спонтанный пневмоторакс». Кто «за»? Все. Кто «против»? Нет. Кто «воздержался»? Нет. Единогласно одобрено».

Рекомендовано ОКК:

1. Клинический протокол диагностики и лечения «Спонтанный пневмоторакс» по профилю «Хирургия» - **одобрить**.

2. Рассмотрение клинического протокола «Открытая торакальная травма (ранение легких, сердца, крупных сосудов)»

*Докладчик: руководитель Центра рационального использования лекарственных средств и медицинских технологий РЦРЗ МЗ РК
Табаров А.Б.*

По представленной информации Табарова А.Б. разработан новый клинический протокол диагностики и лечения «Открытая торакальная травма (ранение легких, сердца, крупных сосудов)» (далее – Проект КП ««Открытая торакальная травма (ранение легких, сердца, крупных сосудов)»»).

Проект КП «Открытая торакальная травма (ранение легких, сердца, крупных сосудов)» составлен в соответствии с Регламентом по разработке/пересмотру КП; внедрен алгоритм диагностики и лечения; расписаны методы хирургического лечения; описаны показания и противопоказания к операциям, возможные послеоперационные осложнения и пути профилактики хирургических заболеваний; синхронизирован с актуальными международными рекомендациями.

Проект КП «Открытая торакальная травма (ранение легких, сердца, крупных сосудов)» согласован с Казахстанским обществом хирургов, имеется одна положительная рецензия.

РЦРЗ проведена экспертная оценка Проекта КП «Открытая торакальная травма (ранение легких, сердца, крупных сосудов)» и выносятся на рассмотрение ОКК.

Обсуждение:

Хорошаш А.Н.: *«Коллеги! Пожалуйста, какие есть вопросы? У разработчиков есть, что добавить?»*

Медеубеков У.Ш.: *«Клинические протоколы «Открытая торакальная травма» и «Закрытая торакальная травма» были разработаны, так как в Республике Казахстан нет данных протоколов. Ранее наши врачи пользовались клиническим протоколом «Политравма», а сейчас мы выносим отдельными протоколами как должно быть»*

Кульжанов М.К.: *«В целом документ подготовлен хорошо. Вопросов нет. Вносится предложение одобрить КП «Открытая торакальная травма (ранение легких, сердца, крупных сосудов)»»*

Хорошаш А.Н.: *«Спасибо, коллеги! Если вопросов больше нет, то прошу проголосовать. Кто «за»? Все. Кто «против»? Нет. Кто «воздержался»? Нет. Единогласно одобрено.»*

Рекомендовано ОКК:

1. Клинический протокол диагностики и лечения «Открытая торакальная травма (ранение легких, сердца, крупных сосудов)» по профилю «Хирургия» - **одобрить.**

3. Рассмотрение клинического протокола «Закрытая торакальная травма»

*Докладчик: руководитель Центра рационального использования лекарственных средств и медицинских технологий РЦРЗ МЗ РК
Табаров А.Б.*

По представленной информации Табарова А.Б. разработан новый клинический протокол диагностики и лечения «Закрытая торакальная травма» (далее – Проект КП «Закрытая торакальная травма»).

Проект КП «Закрытая торакальная травма» разработан в соответствии с Регламентом по разработке/пересмотру КП; включен диагностический алгоритм в зависимости от тяжести торакальной травмы; детализированы показания для направления в стационар и показания для экстренной госпитализации; разработана тактика лечения в зависимости от степени тяжести состояния пациента на всех этапах оказания медицинской помощи; разработана карта наблюдения, маршрутизация пациента, даны рекомендации по дальнейшему ведению; подробно описана структура медицинского вмешательства, предоперационной подготовки в зависимости от тяжести состояния пациента; включены рекомендации по оказанию неотложной хирургической помощи пациентам торакальной травмой, по определению показаний и противопоказаний к торакотомии синхронизированы с актуальными международными рекомендациями.

Проект КП «Закрытая торакальная травма» согласован с Казахстанским обществом хирургов, имеется одна положительная рецензия.

РЦРЗ проведена экспертная оценка Проекта КП «Закрытая торакальная травма» и выносится на рассмотрение ОКК.

Обсуждение:

Хорошаш А.Н.: *«Коллеги! Пожалуйста, какие есть вопросы?»*

Байжунусов Э.А.: *«Вопросов нет. Проект изучен, предлагается одобрить Проект КП «Закрытая торакальная травма»»*

Хорошаш А.Н.: *«Спасибо, коллеги! Если вопросов нет, то прошу проголосовать. Кто «за»? Все. Кто «против»? Нет. Кто «воздержался»? Нет. Единогласно одобрено».*

Рекомендовано ОКК:

1. Клинический протокол диагностики и лечения «Закрытая торакальная травма» по профилю «Хирургия» - **одобрить.**

4. Рассмотрение клинического протокола «Вентральная грыжа»

*Докладчик: руководитель Центра рационального использования лекарственных средств и медицинских технологий РЦРЗ МЗ РК
Табаров А.Б.*

По представленной информации Табарова А.Б. пересмотрен клинический протокол «Вентральная грыжа» (2013 года) (далее – Проект КП «Вентральная грыжа»).

Проект КП «Вентральная грыжа» составлен в соответствии с Регламентом по разработке/пересмотру КП; детализирована классификация; разработан диагностический алгоритм; определена дифференцированная тактика лечения; разработаны карта наблюдения, маршрутизация пациента и даны рекомендации по дальнейшему ведению.

Проект КП «Вентральная грыжа» согласован с Казахстанским обществом хирургов, имеется одна положительная рецензия.

РЦРЗ проведена экспертная оценка Проекта КП «Вентральная грыжа» и выносится на рассмотрение ОКК.

Обсуждение:

Хорошаш А.Н.: *«Коллеги! Есть вопросы? У разработчиков есть, что добавить?»*

Медеубеков У.Ш.: *«Нет, все включено. Проект КП составлен в соответствии с Регламентом по разработке/пересмотру КП»*

Ахмадьяр Н.С.: *«В Проект КП включены новые лекарственные средства?»*

Медеубеков У.Ш.: *«Нет»*

Ахмадьяр Н.С.: *«В целом вопросов больше нет. Предлагаю одобрить КП «Вентральная грыжа»»*

Хорошаш А.Н.: *«Хорошо, спасибо! Если вопросов больше нет, то приступаем к голосованию. На голосовании выносится вопрос: одобрить КП «Вентральная грыжа». Кто «за»? Все. Кто «против»? Нет. Кто «воздержался»? Нет. Единогласно одобрено».*

Рекомендовано ОКК:

1. Клинический протокол диагностики и лечения «Вентральная грыжа» по профилю «Хирургия» - **одобрить**.

5. Рассмотрение клинического протокола «Политравма»

*Докладчик: руководитель Центра рационального использования лекарственных средств и медицинских технологий РЦРЗ МЗ РК
Табаров А.Б.*

По представленной информации Табарова А.Б. пересмотрен клинический протокол диагностики и лечения «Политравма» (2013 года) (далее – Проект КП «Политравма»).

Проект КП «Политравма» составлен в соответствии с Регламентом по разработке/пересмотру КП; детализирована классификация политравмы, определена дифференцированная тактика лечения; даны особенности диагностики политравмы в зависимости от локализации, тяжести осложнений; определены показания и противопоказания к методам экстренной визуальной диагностики, детализированы критерии визуальной диагностики; введена сортировка пострадавших на основании оценки их общего состояния, характера повреждений и возникших осложнений с учетом прогноза; определены показания для экстренной госпитализации; разработаны карта наблюдения, маршрутизация пациента, даны рекомендации по предоперационной подготовке, антибиотикопрофилактике, дальнейшему послеоперационному ведению; описаны особенности диагностики политравмы, детализированы особенности хирургической тактики; описаны структура медицинского вмешательства, особенности предоперационной подготовки в зависимости от тяжести состояния пациента; даны рекомендации по диагностике, тактике ведения, выбору метода хирургического лечения, определению показаний и противопоказаний к операции синхронизированы с актуальными международными рекомендациями.

Проект КП «Политравма» согласован с Казахстанским обществом хирургов, имеется одна положительная рецензия.

РЦРЗ проведена экспертная оценка Проекта КП «Политравма» и выносится на рассмотрение ОКК.

Обсуждение:

Хорошаш А.Н.: *«Коллеги! Приступаем к обсуждению. Есть, что добавить у разработчиков?»*

Медеубеков У.Ш.: *«Уважаемые члены ОКК! Предыдущий КП по политравме был разработан врачами скорой медицинской помощи, в котором указаны только этапы догоспитальной помощи при политравме. В данном Проекте КП мы постарались отработать и расписать все этапы лечения на всех уровнях оказания медицинской помощи»*

Кульжанов М.К.: *«В целом вопросов нет. Вносится предложение одобрить Проекта КП «Политравма»»*

Хорошаш А.Н.: *«Коллеги! Если вопросов нет, то прошу проголосовать. На голосование выносится вопрос: одобрить Проекта КП «Политравма». Кто «за»? Все. Кто «против»? Нет. Кто «воздержался»? Нет. Единогласно одобрено».*

Рекомендовано ОКК:

1. Клинический протокол диагностики и лечения «Политравма» по профилю «Хирургия» - **одобрить**.

6. Рассмотрение клинического протокола «Острый холецистит»

*Докладчик: руководитель Центра рационального использования лекарственных средств и медицинских технологий РЦРЗ МЗ РК
Табаров А.Б.*

По представленной информации Табарова А.Б. пересмотрен клинический протокол диагностики и лечения «Острый холецистит» (2013 года) (далее – Проект КП «Острый холецистит»).

Проект КП «Острый холецистит» составлен в соответствии с Регламентом по разработке/пересмотру КП; разработан диагностический алгоритм в зависимости от тяжести течения острого холецистита; разработаны карта наблюдения, маршрутизация пациента, даны рекомендации по дальнейшему ведению; рекомендации по оказанию неотложной хирургической помощи пациентам с острым холециститом, по определению показаний и противопоказаний к операции, по выбору метода операции, синхронизированы с актуальными международными рекомендациями.

Проект КП «Острый холецистит» согласован с Казахстанским обществом хирургов, имеется одна положительная рецензия.

РЦРЗ проведена экспертная оценка Проекта КП «Острый холецистит» и выносится на рассмотрение ОКК.

Обсуждение:

Хорошаш А.Н.: *«Коллеги! Есть, что добавить у разработчиков?»*

Медеубеков У.Ш.: *«Нет»*

Хорошаш А.Н.: *«Члены ОКК! Если вопросов нет, то предлагается одобрить Проект КП «Острый холецистит». Кто «за»? Все. Кто «против»? Нет. Кто «воздержался»? Нет. Единогласно одобрено».*

Рекомендовано ОКК:

1. Клинический протокол диагностики и лечения «Острый холецистит» по профилю «Хирургия» - *одобрить*.

7. Рассмотрение клинического протокола «Геморрой»

*Докладчик: руководитель Центра рационального использования лекарственных средств и медицинских технологий РЦРЗ МЗ РК
Табаров А.Б.*

По представленной информации Табарова А.Б. пересмотрен клинический протокол диагностики и лечения «Геморрой» (2013 года) (далее – Проект КП «Геморрой»).

Проект КП «Геморрой» составлен в соответствии с Регламентом по разработке/пересмотру КП; разработан диагностический алгоритм в зависимости от тяжести осложнения геморроя; разработаны карта наблюдения, маршрутизация пациента, даны рекомендации по дальнейшему ведению; рекомендации по оказанию неотложной хирургической помощи пациентам с геморроидальной болезнью, по определению показаний и противопоказаний к операции, по выбору метода лечения синхронизированы с актуальными международными рекомендациями.

Проект КП «Геморрой» согласован с Казахстанским обществом хирургов, имеется 2 положительные рецензии.

РЦРЗ проведена экспертная оценка Проекта КП «Геморрой» и выносится на рассмотрение ОКК.

Обсуждение:

Хорошаш А.Н.: *«Коллеги! Приступаем к обсуждению. У разработчиков есть, что добавить?»*

Тян Л.В.: *«Уважаемые члены ОКК! Данный протокол был составлен после изучения международных руководств Дании, США. На основе этого был пересмотрен клинический протокол с учетом ведения лечения этого заболевания стационароразмещающими технологиями, с учетом внедрения новых технологий, которые на сегодняшний день у нас имеются. Это позволяет более 2/3 пациентов лечить на амбулаторном уровне. Мы описали в данном клиническом протоколе подробно логику этих пациентов, от начала обращения до конечного этапа, включая консервативную терапию, малоинвазивные методы и оперативное лечение»*

Хорошаш А.Н.: *«Коллеги! Спасибо. Вопросы есть у членов ОКК? Если вопросов нет, то предлагается одобрить КП «Геморрой». Кто «за»? Все. Кто «против»? Нет. Кто «воздержался»? Нет. Единогласно одобрено».*

Рекомендовано ОКК:

1. Клинический протокол диагностики и лечения «Геморрой» по профилю «Хирургия» - *одобрить*.

8. Рассмотрение клинического протокола «Абсцесс кожи, фурункул и карбункул других локализаций»

*Докладчик: руководитель Центра рационального использования лекарственных средств и медицинских технологий РЦРЗ МЗ РК
Табаров А.Б.*

По представленной информации Табарова А.Б. пересмотрен клинический протокол диагностики и лечения «Абсцесс кожи, фурункул и карбункул других локализаций» (2013 года) (далее – Проект КП «Абсцесс кожи, фурункул и карбункул других локализаций»).

Проект КП «Абсцесс кожи, фурункул и карбункул других локализаций» составлен в соответствии с Регламентом по разработке/пересмотру КП; внедрены алгоритм диагностики и лечения на каждом уровне оказания медицинской помощи; пересмотрены методы хирургического лечения; описаны показания и противопоказания к операциям, возможные послеоперационные осложнения и пути профилактики хирургических заболеваний; синхронизирован с актуальными международными рекомендациями.

Проект КП «Абсцесс кожи, фурункул и карбункул других локализаций» согласован с Казахстанским обществом хирургов, имеется одна положительная рецензия.

РЦРЗ проведена экспертная оценка Проекта КП «Абсцесс кожи, фурункул и карбункул других локализаций» и выносится на рассмотрение ОКК.

Обсуждение:

Хорошаш А.Н.: *«Коллеги! Приступаем к обсуждению. У разработчиков есть, что добавить?»*

Медеубеков У.Ш.: *«Согласно тем данным, которые мы озвучивали на итоговом совещании по хирургии, выяснилось, что за год в стране около 5 000 больных с гнойными воспалительными заболеваниями кожи и подкожной клетчатки получают стационарное лечение. И нам нужно было пересмотреть и четко определить показания для госпитализации в стационар, оказание стационарной помощи и показания к вмешательствам. Потому что имеется превышение госпитализации, из-за того, что в клиническом протоколе четко не расписаны, какие пациенты должны оперироваться на стационарном уровне и какие на амбулаторном уровне. Поэтому мы пересмотрели и включили алгоритм»*

Хорошаш А.Н.: *«Коллеги, есть вопросы? Если нет вопросов, то предлагается одобрить КП «Абсцесс кожи, фурункул и карбункул других локализаций». Прошу проголосовать. Кто «за»? Все. Кто «против»? Нет. Кто «воздержался»? Нет. Единогласно одобрено.»*

Рекомендовано ОКК:

1. Клинический протокол диагностики и лечения «Абсцесс кожи, фурункул и карбункул других локализаций» по профилю «Хирургия» - *одобрить.*

9. Рассмотрение клинического протокола «Гастродуоденальное кровотечение»

*Докладчик: руководитель Центра рационального использования лекарственных средств и медицинских технологий РЦРЗ МЗ РК
Табаров А.Б.*

По представленной информации Табарова А.Б. пересмотрен клинический протокол диагностики и лечения «Гастродуоденальное кровотечение» (2014 года) (далее – Проект КП «Гастродуоденальное кровотечение»).

Проект КП «Гастродуоденальное кровотечение» составлен в соответствии с Регламентом по разработке/пересмотру КП; разработан диагностический алгоритм гастродуоденальных кровотечений; разработана тактика лечения в зависимости от эндоскопических критериев кровотечения и от степени тяжести кровопотери; определены показания и противопоказания для эндоскопического гемостаза; разработана карта наблюдения, маршрутизация пациента, даны рекомендации по дальнейшему ведению; рекомендации по диагностике, тактике ведения, выбору метода хирургического лечения, определению показаний и противопоказаний к операции синхронизированы с актуальными международными рекомендациями.

Проект КП «Гастродуоденальное кровотечение» согласован с Казахстанским обществом хирургов, имеется 2 положительные рецензии.

РЦРЗ проведена экспертная оценка Проекта КП «Гастродуоденальное кровотечение» и выносится на рассмотрение ОКК.

Обсуждение:

Хорошаш А.Н.: *«Коллеги! Есть, что добавить у разработчиков?»*

Ахмадьяр Н.С.: *«По данному протоколу в 2014 году я сама принимала участие в его разработке. И в этом году, когда мы пересматривали его, на стадии обсуждения, встал вопрос об исключении из этого протокола лекарства Перфторан. Перфторан – это российская разработка, фторсодержащий переносчик кислорода, препарат не получил международного признания, и нет его в международных рекомендациях, было рекомендовано не включать его в этот протокол, с чем разработчики согласились. И мы в данном протоколе убрали лекарственный препарат Перфторан»*

Хорошаш А.Н.: *«Спасибо. Вопрос к разработчикам, Улугбек Шалхарович, скажите, пожалуйста, в проекте КП предполагаются все виды гемостаза: и лекарственный, и механический, и электрический, в том числе и с помощью аргоноплазменной коагуляции?»*

Медеубеков У.Ш.: *«Коллеги, спасибо за вопросы. Действительно, мы исключили препарат Перфторан, а также по поводу второго вопроса гемостаза, то да, мы специально в этом году разделили на заседании кровотечения варикозно-расширенных вен*

пищевода, где совершенно другая хирургическая тактика и гастродуоденальное кровотечение, где тактика хирурга должна быть другой. Здесь мы все виды эндоскопического, хирургического и консервативного гемостаза полностью прописали»

Хорошаш А.Н.: «Коллеги! Спасибо за обсуждение, действительно, очень нужный протокол. Есть еще вопросы? Если вопросов нет, то предлагается одобрить КП «Гастродуоденальное кровотечение». Прошу проголосовать. Кто «за»? Все. Кто «против»? Нет. Кто «воздержался»? Нет. Единогласно одобрено».

Рекомендовано ОКК:

1. Клинический протокол диагностики и лечения «Гастродуоденальное кровотечение» по профилю «Хирургия» - **одобрить.**

10. Рассмотрение клинического протокола «Острый панкреатит»

*Докладчик: руководитель Центра рационального использования лекарственных средств и медицинских технологий РЦРЗ МЗ РК
Табаров А.Б.*

По представленной информации Табарова А.Б. пересмотрен клинический протокол диагностики и лечения «Острый панкреатит» (2015 года) (далее – Проект КП «Острый панкреатит»).

Проект КП «Острый панкреатит» составлен в соответствии с Регламентом по разработке/пересмотру КП; даны особенности диагностики острого панкреатита; определены показания и противопоказания к методам визуальной диагностики в динамике, детализированы критерии визуальной и лабораторной диагностики (С-реактивный белок) диагностики; даны рекомендации по диагностике, тактике ведения, выбору метода хирургического лечения, определению показаний и противопоказаний к малоинвазивным вмешательствам.

Проект КП «Острый панкреатит» согласован с Казахстанским обществом хирургов, имеется одна положительная рецензия.

РЦРЗ проведена экспертная оценка Проекта КП «Острый панкреатит» и выносятся на рассмотрение ОКК.

Обсуждение:

Хорошаш А.Н.: «Коллеги! Хорошо, у разработчиков есть, что добавить?»

Медеубеков У.Ш.: «У разработчиков добавить нечего, но мы полностью пересмотрели протокол в соответствии с теми проблемами, которые выявили по экстренной хирургической службе. Панкреонекроз и панкреатит одни из первых мест занимают по смертности. И в старом протоколе не было таких лабораторных исследований как С-реактивный белок и т.д. Мы здесь постарались для практического здравоохранения полностью расписать алгоритм и тактику ведения пациента. Спасибо»

Аукенов Н.Е.: «В Проекте КП в списке литературы даются ссылки на руководства 2000-2004 года. Неужели нет новейших руководств? Насколько они актуальны на сегодняшний день?»

Медеубеков У.Ш.: «Коллеги! Да, конечно, имеются много новейших международных руководств. Естественно, что сейчас есть новые предложения по

изменению тактики ведения больного, вплоть до кормления больного с первых дней после операций. И этот вопрос нами неоднократно был обсужден с коллегами и с Казахстанским обществом хирургов, было очень много дискуссий. Коллегиально было принято решение, что на сегодняшний день будем принимать именно ту тактику, которая расписана в данных международных руководствах»

Отепова Г.Д.: «Уточните, пожалуйста, почему нет ни одного гастроэнтеролога среди разработчиков данного протокола?»

Медеубеков У.Ш.: «Спасибо за вопрос. Дело в том, что пациент с панкреатитом попадает к нам на хирургическую койку. Считается хирургической патологией, а к гастроэнтерологии относится хронический панкреатит. И соответственно, пациенты с хроническим панкреатитом лечатся и наблюдаются у гастроэнтерологов, а когда речь идет об остром панкреатите, у которого уже имеется грозное осложнение, как панкреонекроз с высокой степенью летальности, то это уже чисто хирургическая патология. И клинический протокол предназначен для хирургов, поэтому разработчики именно хирурги»

Хорошаш А.Н.: «У нас есть 6 основных хирургических патологий, которые приносят нам наибольшую смертность от хирургических заболеваний, и одно из них острый панкреатит. Да, действительно, стык может быть, но что касается хронического панкреатита, то там конечно занимаются гастроэнтерологи. А что касается острого панкреатита, то это прямое показание для госпитализации в хирургическое отделение, соответственно, поэтому хирурги занимаются данными пациентами»

Кульжанов М.К.: «Вопросов нет, есть предложение. Мы знаем, что сейчас медицина – это очень быстрое обновление знаний и технологий. Эти данные есть во многих рекомендациях и протоколах со ссылкой на 10-20-летние протоколы. А нужно учитывать и ссылаться на 5-10-летние руководства. Мир развивается. А сейчас мы ссылаемся на руководства 2000-ого года. Поэтому прошу принять это замечание. И РЦРЗ нужно за этим отслеживать, чтобы не попадали в финальную версию протокола, основывающиеся на очень старых руководствах. А в целом предлагается одобрить проект КП «Острый панкреатит»»

Хорошаш А.Н.: «Спасибо, Максут Каримович! Замечания принимаются. Если вопросов нет, то предлагается этот протокол принять, с учетом тех замечаний, которые прозвучали. Я думаю, в целом, ссылки на современные методы диагностики и лечения острого панкреатита существенно не повлияют на сам клинический протокол. Если нет других замечаний, то протокол предлагается принять. Кто «За?»»

Байжунусов Э.А.: «Коллеги! Можно добавить? Я просмотрел внимательно все эти протоколы, и по диагностике панкреатита тот же симптом Мандоро, Керте и так далее, они были известны еще в 20-30-х годах прошлого века. Никто еще ничего другого не придумал и поэтому в части диагностики и симптоматики протоколы остаются, а в части добавления ПЦР диагностики, компьютерной томографии в этом есть и новизна, особенно много чего добавлено в части лапароскопических технологий. Поэтому утверждать, чтобы не смотрели старые протоколы и руководства немножко ошибочно. Все-таки нужно основываться на старые протокола, а также добавлять и новое»

Хорошаш А.Н.: «Принято. Хорошо, коллеги еще есть вопросы, замечания, предложения? Предлагается принять данный проект протокола, есть другие предложения? Нет. Если нет, то приступаем к голосованию. Кто «за»? Все. Кто «против»? Нет. Кто «воздержался»? Нет. Единогласно одобрено».

Рекомендовано ОКК:

1. Клинический протокол диагностики и лечения «Острый панкреатит» по профилю «Хирургия» - *одобрить*.

11. Рассмотрение клинического протокола «Острая кишечная непроходимость»

*Докладчик: руководитель Центра рационального использования лекарственных средств и медицинских технологий РЦРЗ МЗ РК
Табаров А.Б.*

По представленной информации Табарова А.Б. пересмотрен клинический протокол «Острая кишечная непроходимость» (2015 года) (далее – Проект КП «Острая кишечная непроходимость»).

Проект КП «Острая кишечная непроходимость» согласован с Казахстанским обществом хирургов, имеется одна положительная рецензия; составлен в соответствии с Регламентом по разработке/пересмотру КП; разработан диагностический алгоритм в зависимости от вида непроходимости; разработана тактика лечения в зависимости от степени тяжести состояния пациента на всех этапах оказания медицинской помощи; разработаны карта наблюдения, маршрутизация пациента, даны рекомендации по дальнейшему ведению; даны рекомендации по оказанию неотложной хирургической помощи пациентам с острой кишечной непроходимостью, по определению показаний и противопоказаний к операции.

РЦРЗ проведена экспертная оценка Проекта КП «Острая кишечная непроходимость» и выносится на рассмотрение ОКК.

Обсуждение:

Хорошаш А.Н.: *«Коллеги! Прошу задавать вопросы»*

Ахмадьяр Н.С.: *«Коллеги! Можно вопрос? Данный КП пересматривается с 2015 года, то есть протоколу всего 2 года. Почему Вы решили данный протокол через 2 года пересмотреть? Что нового появилось в рамках пересмотра?»*

Медеубеков У.Ш.: *«Да, мы пересмотрели его в связи с тем, что необходимо было в тактике лечения внести изменения, а так же в старом протоколе не было информации по послеоперационной спаечной кишечной непроходимости. Дело в том, что очень много пациентов, которым выставляют такой диагноз, как частичная послеоперационная спаечная кишечная непроходимость и т.д. Есть категории пациентов, которые поступают с острой кишечной непроходимостью через какое-то определенное время. Здесь мы добавили именно послеоперационную спаечную кишечную непроходимость, тактику ведения»*

Нокербекова Б.М.: *«Коллеги! Разрешите добавить. В принципе, Улугбек Шалхарович, сказал все, но в самом протоколе мы разделили все - по послеоперационной спаечной кишечной непроходимости, ранняя и поздняя спаечная непроходимость. А также то, что называется парез кишечника при перитонитах и т.д. Тактику лечения, когда приступать к операции, как лечить, потом мы очень много внимания уделили диагностике, именно времени наблюдения пассажа по желудочно-кишечному тракту. Спасибо»*

Ахмадьяр Н.С.: «Вообще для хирургов, кишечная непроходимость — это большая проблема. Пациенты с данной патологией переживают одну, и две, и три операции. И вопрос профилактики этой кишечной непроходимости очень актуальный. Вопрос: что нового в мире, в руководствах именно не с точки зрения оперативного вмешательства, а с точки зрения лекарственной терапии? Чем сейчас в мире обрабатывают кишечник, чтобы не было рецидива кишечной непроходимости? Чтобы больной не подвергался этим бесчисленным оперативным вмешательствам. Есть ли что нового, и ввели ли вы его в протокол?»

Нокербекова Б.М.: «Спасибо за вопрос, Нуржамал Садыровна! Дело в том, что сейчас, мы конечно, пользуемся всеми современными технологиями по профилактике спаечной болезни. Тот же Мезогель, те же пластины Калгана, мы конечно, применяем все, что широко применяется во всем мире. И все это прописано в данном проекте КП в части профилактики»

Ахмадьяр Н.С.: «Спасибо»

Хорошаш А.Н.: «Хорошо, коллеги, есть еще вопросы? Если вопросов нет, то прошу принять данный КП «Острая кишечная непроходимость». Кто «за»? Все. Кто «против»? Нет. Кто «воздержался»? Нет. Единогласно одобрено».

Рекомендовано ОКК:

1. Клинический протокол диагностики и лечения «Острая кишечная непроходимость» по профилю «Хирургия» - **одобрить**.

12. Рассмотрение клинического протокола «Механическая желтуха»

*Докладчик: руководитель Центра рационального использования лекарственных средств и медицинских технологий РЦРЗ МЗ РК
Табаров А.Б.*

По представленной информации Табарова А.Б. пересмотрен клинический протокол «Механическая желтуха» (2015 года) (далее – Проект КП «Механическая желтуха»).

Проект КП «Механическая желтуха» согласован с Казахстанским обществом хирургов, имеется одна положительная рецензия; составлен в соответствии с Регламентом по разработке/пересмотру КП; разработан диагностический алгоритм в зависимости от тяжести механической желтухи; детализированы показания для направления в стационар и показания для экстренной госпитализации; разработаны карта наблюдения, маршрутизация пациента, даны рекомендации по дальнейшему ведению; рекомендации по диагностике, тактике ведения, выбору метода лечения, определению показаний и противопоказаний к эндоскопической папиллосфинктеротомии (далее – ЭПСТ) и хирургическому лечению синхронизированы с актуальными международными рекомендациями.

РЦРЗ проведена экспертная оценка Проекта КП «Механическая желтуха» и выносится на рассмотрение ОКК.

Обсуждение:

Хорошаш А.Н.: «Коллеги! Приступаем к обсуждению. У разработчиков есть, что добавить?»

Медеубеков У.Ш.: «Да, уважаемые члены комиссии, дело в том, что в данном протоколе сделали акцент на то, чтобы больные с механической желтухой госпитализировались в экстренном порядке, потому что встречаются факты, когда пациенты месяцами ходят по разным специалистам. И уже практически, в декомпенсированном состоянии с ДВС-синдромом поступают к хирургам на операционный стол с множественными осложнениями. Здесь мы попробовали сделать акцент на определение показаний к экстренной госпитализации, времени, тактике лечения, при этом мы включили сюда новые технологии, которые необходимо проводить, и широко применять как чрескожные, чреспеченочные холангиостомии, т.е. первым этапом операции по механической желтухе для декомпрессии желчных путей. И уже в холодный период оперировать, потому что многие хирурги регионов сразу берут больных с механической желтухой на открытую операцию, которые приводят к большим процентам осложнений и летальности. Осложнения в виде кровотечений и т.д. Спасибо»

Байжунусов Э.А.: «При наличии механической желтухи и калькулезного холецистита, каким протоколом вы будете пользоваться?»

Медеубеков У.Ш.: «Если имеется механическая желтуха у больного с желчнокаменной болезнью, то мы будем пользоваться данным протоколом. Здесь мы описали в протоколе механизмы, тактику ведения больных с механической желтухой, как калькулезной этиологии, так и онкологической этиологии»

Байжунусов Э.А.: «Как потом оплачивать этот случай, как механическую желтуху или как осложнение холецистита механической желтухой? Или же допустим, опухоль головки поджелудочной железы с механической желтухой, там тоже же в протоколе все это прописано?!»

Медеубеков У.Ш.: «Да, Эрик Абеневич, Вы абсолютно правы. Хирурги будут пользоваться кодом, как механическая желтуха»

Байжунусов Э.А.: «Думаю, что это должно быть не отдельным протоколом, а включено в КП при холецистите с желтухой, либо опухоль с желтухой. На сегодняшний день уже имеются два протокола, сейчас рассматривается третий протокол при механической желтухе, где прописываются все эти методы. Думаю, это неправильно»

Хорошаш А.Н.: «Улугбек Шалхарович, что послужило основанием для разработки именно отдельного клинического протокола?»

Медеубеков У.Ш.: «Аскар Насибулович, дело в том, что это одна из самых сложных категорий пациентов. Во-первых, их очень много, больных с данным заболеванием, во-вторых, необходимо чтобы хирурги в практическом здравоохранении использовали единую тактику больных, ведение больных, потому что, данным протоколом определили, каких больных с механической желтухой отправить на наружное дренирование холедоха и т.д. Здесь четко расписана тактика врача, как поступать в зависимости от тяжести больного, в зависимости от этиологии механической желтухи. Это обязательно нужно делать, чтобы уменьшить летальность»

Табаров А.Б.: «Коллеги! Данный протокол от 2015 года, а в настоящее время он актуализируется»

Байжунусов Э.А.: «Тогда нужно было сделать протокол, тактика лечения немеханической желтухи при гепатите В и С. Само по себе желтуха — это же как синдром, следствие определенного заболевания. Если вот допустим, по этиологии протокола идти, то в принципе, это должно идти как с соответствующим заболеванием: тактика лечения калькулезного холецистита с механической желтухой, опухоль головки поджелудочной железы с механической желтухой и т.д. Но, если, все

эти симптомы объединены в одно и механическая желтуха выводится как класс, то, думаю, это правильно»

Хорошаш А.Н.: «Вопрос идет о том, что механическая желтуха все-таки достаточно часто встречающееся осложнение, и действительно, которое приводит зачастую к летальным исходам. И для того, чтобы предотвратить это, и создать единую тактику, и создан этот КП, который на сегодняшний день обновляется.

Коллеги! в целом предлагаю принять данный КП, в связи с тем, что он необходим, для практического здравоохранения, а также в связи с высоким летальным исходом при данной патологии. Есть еще вопросы и предложения? Если нет, то предлагается принять. Прошу проголосовать. Кто «за»? Все. Кто «против»? Нет. Кто «воздержался»? Нет. Единогласно одобрено».

Рекомендовано ОКК:

1. Клинический протокол диагностики и лечения «Механическая желтуха» по профилю «Хирургия» - **одобрить**.

13. Рассмотрение клинического протокола «Венозные тромбозы и тромбофлебиты, посттромбофлебитический синдром»

*Докладчик: руководитель Центра рационального использования лекарственных средств и медицинских технологий РЦРЗ МЗ РК
Табаров А.Б.*

По представленной информации Табарова А.Б. пересмотрен клинический протокол диагностики и лечения «Венозные тромбозы и тромбофлебиты, посттромбофлебитический синдром» (2015 года) (далее – Проект КП «Венозные тромбозы и тромбофлебиты, посттромбофлебитический синдром»).

Проект КП «Венозные тромбозы и тромбофлебиты, посттромбофлебитический синдром» согласован с Казахстанским обществом сосудистых хирургов, имеется один рецензент.

Проект КП «Венозные тромбозы и тромбофлебиты, посттромбофлебитический синдром» разработан в соответствии с Регламентом по разработке/пересмотру КП; детализированы показания для направления в стационар и показания для экстренной госпитализации; дополнена тактика лечения в зависимости от степени тяжести осложнения на всех этапах оказания медицинской помощи.

РЦРЗ проведена экспертная оценка Проекта КП «Венозные тромбозы и тромбофлебиты, посттромбофлебитический синдром» и выносятся на рассмотрение ОКК.

Обсуждение:

Хорошаш А.Н.: «Коллеги! Приступаем к обсуждению. Есть вопросы?»

Ахмадьяр Н.С.: «При данном заболевании очень сложная терапия, в части применения антикоагулянтов. При этом, антикоагулянты применяется 3 типа. Начиная с гепарина, потом переходят на низкомолекулярные антикоагулянты. Мною разработчикам представлены замечания. Нужно тщательно расписать переход и

подбор этой терапии, поскольку это, так скажем «ювелирная терапия» очень высокого риска. И известно, что венозные тромбозы — это очень серьезный вопрос, а в самом КП в первичном варианте прописано только применение антикоагулянтов и все. И разработчики наши замечания приняли, изменения внесли именно в части терапии консервативного медикаментозного тромбоза, контроль назначения, оценка эффективности применения этих препаратов»

Хорошаш А.Н.: «Спасибо, еще вопросы есть?»

Аукенов Н.Е.: «Какие отражены особенности в этом КП у данных больных во время беременности?»

Маткеримов А.Ж.: «Нет, это не касается беременных. Это те пациенты, у которых произошел тромбоз глубоких вен, либо страдают посттромбофлебитическим синдромом. Да, действительно, здесь используется 3 группы антикоагулянтов: нефракционированный гепарин, низкомолекулярный гепарин, антагонисты витамина К и новые пероральные антикоагулянты. К сожалению, мы не можем четко для каждого пациента прописать в этом протоколе, потому что имеется тромбоз глубоких вен у тех пациентов, у кого есть язвенная болезнь. Например, с активным кровотечением и для них выбирается другая тактика. Есть пациенты с онкоассоциированной патологией (в стадии распада, 3-4 стадия и др.), там тоже выбор препарата должен быть индивидуальным для каждого пациента. При этом, выбор метода лечения должен оставаться за сосудистым хирургом, который должен полностью обследовать пациента и после этого сам решить, какой метод лечения и вид лекарства он выберет. Спасибо»

Хорошаш А.Н.: «Коллеги, есть еще вопросы? Если нет, то предлагается принять данный КП. Прошу проголосовать. Кто «за»? Все. Кто «против»? Нет. Кто «воздержался»? Нет. Единогласно одобрено».

Рекомендовано ОКК:

1. Клинический протокол диагностики и лечения «Венозные тромбозы и тромбофлебиты, посттромбофлебитический синдром» по профилю «Ангиохирургия» - **одобрить**.

14. Рассмотрение клинического протокола «Бруцеллез»

*Докладчик: руководитель Центра рационального использования лекарственных средств и медицинских технологий РЦРЗ МЗ РК
Табаров А.Б.*

По представленной информации Табарова А.Б. пересмотрен клинический протокол «Бруцеллез» (2013 года) (далее – Проект КП «Бруцеллез»).

Проект КП «Бруцеллез» согласован с обществом врачей инфекционистов. В данном КП представлена классификация, подробно описаны основные и дополнительные диагностические критерии, стандарты определения случая, подробно представлена интерпретация специфических лабораторных методов диагностики, описан алгоритм диагностики и лечения данных пациентов с учетом международных стандартов и исключены препараты с недоказанной эффективностью.

Проект КП «Бруцеллез» прошел экспертизу РЦРЗ и выносится на рассмотрение ОКК.

Обсуждение:

Хорошаш А.Н.: *«Вопросы, коллеги? У разработчиков есть дополнения?»*

Ким А.А.: *«Уважаемые члены ОКК! Этот протокол был создан путем слияния двух старых протоколов «Острый бруцеллез» и «Хронический бруцеллез»»*

Хорошаш А.Н.: *«Хорошо, спасибо. Если вопросов нет, то предлагается принять. Кто «За»? Единогласно»*

Рекомендовано ОКК:

1. Клинический протокол диагностики и лечения «Бруцеллез» по профилю «Инфекционные болезни (взрослые)» - **одобрить**.

15. Рассмотрение клинического протокола «Конго-крымская геморрагическая лихорадка»

*Докладчик: руководитель Центра рационального использования лекарственных средств и медицинских технологий РЦРЗ
Табаров А.Б.*

По представленной информации Табарова А.Б. пересмотрен клинический протокол «Конго-крымская геморрагическая лихорадка» (2014 года) (далее – Проект КП «Конго-крымская геморрагическая лихорадка»).

Проект КП «Конго-крымская геморрагическая лихорадка» составлен в соответствии с Регламентом по разработке/пересмотру КП; синхронизирован с международными рекомендациями; подробно расписан перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий; поэтапно расписаны диагностические критерии, схемы лечения пациентов; представлен алгоритм маршрутизации пациента и описаны индикаторы эффективности терапии.

Проект КП «Конго-крымская геморрагическая лихорадка» согласован с обществом врачей инфекционистов, имеется одна рецензия.

Проект КП «Конго-крымская геморрагическая лихорадка» прошел экспертизу РЦРЗ и выносится на рассмотрение ОКК.

Обсуждение:

Хорошаш А.Н.: *«Коллеги! Есть вопросы, замечания?»*

Кульжанов М.К.: *«Здесь рецензент и разработчик с Алматы и с одной организации. Я думаю, нужно было брать нейтрального рецензента»*

Хорошаш А.Н.: *«Я немножко поправлю, во-первых, один из разработчиков - представитель «Южно-Казахстанской медицинской академии», все-таки Конго-крымская геморрагическая лихорадка преимущественно у нас на юге Казахстана встречается. Во-вторых, Бегайдарова Розалия Хасановна, она представляет общество врачей инфекционистов, и она представляет «Медицинский университет Караганды»*

Кульжанов М.К.: «В мире очень много публикаций на эту тему, в ВОЗе оно является одним из самых важных вопросов. И я не увидел, что литература, которая указана здесь, как-то обоснована. И разработчикам нужно учесть, что сейчас по данной теме публикуется очень много информации, которыми можно воспользоваться. Спасибо»

Ким А.А.: «Уважаемые коллеги! Данный КП синхронизирован с международными рекомендациями и из данного протокола исключены иммуномодуляторы, в связи с отсутствием доказательной базы»

Аукенов Н.Е.: «У меня такой вопрос, в плане лабораторной диагностики при конго-крымской лихорадки, в основном упор делается на ПЦР-диагностику или вирусологическое исследование? Насколько наши медицинские организации готовы к такой лабораторной диагностике?»

Ким А.А.: «В основном заболевание конго-крымская геморрагическая лихорадка является заболеванием природно-очаговой. И Вы абсолютно правы, что она встречается в Южных регионах. В Южно-Казахстанской медицинской академии и в частности в Областной инфекционной больнице города Шымкента лаборатория, отвечающая всем требованиям современной медицины, где налажена ПЦР-диагностика»

Айыпханова А.Т.: «Коллеги! К сведению разработчиков протокола. Вчера было совещание у вице-министра, состоялась встреча с делегацией Министерства обороны США, который финансирует 3-х летний проект, начиная с этого года и на 3 года вперед. По бесплатной подписке 700 врачей Казахстана будут иметь доступ к источникам литературы, лекций, видеороликам и всякого рода информационным материалам, а также международным руководствам. Почему тема «инфекционные болезни»? Госдепартамент США считает, что, финансируя во всем мире доступ врачей к такой литературе, они обеспечат правильную диагностику опасных инфекционных заболеваний. Но они попросили нас создать на уровне Министерства здравоохранения РК – рабочую группу, и наше Министерство согласилось. Департамент науки и человеческих ресурсов (далее – ДНЧР) будет координатором со стороны рабочей группы, которая решит, каким 700 врачам дадут доступ. То есть они, например, говорят, можно дать доступ врачам инфекционистам стационаров, врачам приемных отделений, врачам определенных ПМСП и т.д. Теперь необходимо, чтобы инфекционисты дали свое письменное предложение в адрес ДНЧР. Это бесплатно и на 3 года. И кстати, литература там переведена на русском и английском языках. Доступ к ВМЛ, там 2 продукта, это система клинических решений (как правильно поставить диагноз через подсказки и алгоритмы) и второе, Best Practice. В конце апреля будет официальный запуск, с участием СМИ и министра. Спасибо»

Табаров А.Б.: «Как раз вот здесь они использовали рекомендации Best Practice 2018 года»

Хорошаш А.Н.: «Спасибо, помимо врачей инфекционистов, я предлагаю, чтобы доступ был и у сотрудников РЦРЗ. Еще вопросы есть? Коллеги предлагается принять, есть другие мнения? Если нет, то кто «За»? Единогласно - принять. Спасибо»

Рекомендовано ОКК:

1. Клинический протокол диагностики и лечения «Конго-крымская геморрагическая лихорадка» по профилю «Инфекционные болезни (взрослые)»- **одобрить.**

16. Рассмотрение клинического протокола «Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом»

*Докладчик: руководитель Центра рационального использования лекарственных средств и медицинских технологий РЦРЗ
Табаров А.Б.*

По представленной информации Табарова А.Б. разработан новый клинический протокол диагностики и лечения «Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом» (далее – Проект КП «Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом»).

Проект КП «Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом» составлен в соответствии с Регламентом по разработке/пересмотру КП; подробно представлен перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий; описан алгоритм диагностики и лечения пациентов с геморрагической лихорадкой с почечным синдромом; описаны этапы оказания медицинской помощи, индикаторы эффективности лечения и критерии выписки из стационара, наблюдение на амбулаторном уровне.

Проект КП «Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом» согласован с Обществом врачей инфекционистов, имеется одна положительная рецензия.

Клинический протокол «Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом» прошел экспертизу РЦРЗ и выносится на рассмотрение ОКК.

Обсуждение:

Хорошаш А.Н.: *«Какие есть вопросы коллеги? У разработчиков есть, что добавить? Если вопросы? Если нет, то спасибо, тогда предлагается принять. Кто «За»? Все. Единогласно - принято»*

Рекомендовано ОКК:

1. Клинический протокол диагностики и лечения «Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом» по профилю «Инфекционные болезни (взрослые)» - *одобрить.*

17. Рассмотрение клинического протокола «Вакцинопрофилактика иммунокомпрометированных пациентов»

*Докладчик: руководитель Центра рационального использования лекарственных средств и медицинских технологий РЦРЗ
Табаров А.Б.*

По представленной информации Табарова А.Б. разработан новый клинический протокол «Вакцинопрофилактика иммунокомпрометированных пациентов» (далее – Проект КП «Вакцинопрофилактика иммунокомпрометированных пациентов»).

Проект КП «Вакцинопрофилактика иммунокомпрометированных пациентов» составлен в соответствии с Регламентом по разработке/пересмотру КП; представлены иммунокомпрометированные состояния; представлены показания и противопоказания к проведению вакцинации и подробно описаны показания и противопоказания, требования к проведению процедуры.

Проект КП «Вакцинопрофилактика иммунокомпрометированных пациентов» согласован с Обществом врачей инфекционистов, имеется одна положительная рецензия.

Клинический протокол «Вакцинопрофилактика иммунокомпрометированных пациентов» прошел экспертизу РЦРЗ и выносится на рассмотрение ОКК.

Обсуждение:

Хорошаш А.Н.: *«У разработчиков есть, что добавить? Коллеги, есть вопросы, предложения, замечания по данному протоколу?»*

Ахмадьяр Н.С.: *«Там, единственный вопрос по пневмококку. Вы пишете именно 12 тип, а у нас еще и 13 и 15 есть. Так вот, мы будем конкретно вид прописывать?»*

Айыпханова А.Т.: *«Как раз по данному поводу в РЦРЗ проводился круглый стол год назад, потому что на рынке 2 конкурирующие фармакологические компании, одна 13, другая 15»*

Табаров А.Б.: *«Прописаны только штаммы»*

Ким А.А.: *«Уважаемые члены ОКК! Я согласна с Вашими замечаниями»*

Хорошаш А.Н.: *«Хорошо, тогда предлагается принять, с учетом доработки в части штаммов вакцинопрофилактики. Кто «За»? Все. Единогласно – одобрить, с учетом высказанных замечаний»*

Рекомендовано ОКК:

1. Клинический протокол диагностики и лечения «Вакцинопрофилактика иммунокомпрометированных пациентов» по профилю «Инфекционные болезни (взрослые)» - **одобрить**, с учетом высказанных замечаний.

18. Рассмотрение клинического протокола «Сочетание ВИЧ/ТБ инфекция»

*Докладчик: руководитель Центра рационального использования лекарственных средств и медицинских технологий РЦРЗ
Табаров А.Б.*

По представленной информации Табарова А.Б. разработан новый клинический протокол диагностики и лечения «Сочетанная ВИЧ/ТБ инфекция» (далее – Проект КП «Сочетанная ВИЧ/ТБ инфекция»).

Проект КП «Сочетанная ВИЧ/ТБ инфекция» согласован с Ассоциацией общественного здоровья, имеются две положительные рецензии; составлен в соответствии с Регламентом по разработке/пересмотру КП; описаны

клинические состояния проявлений заболевания и его осложнений; подробно расписан перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий; подробно расписаны основные методы лечения, диспансерного наблюдения пациентов с сочетанной инфекцией; указаны индикаторы эффективности лечения.

Клинический протокол «Сочетанная ВИЧ/ТБ инфекция» прошел экспертизу РЦРЗ и выносится на рассмотрение ОКК.

Обсуждение:

Хорошаш А.Н.: *«У разработчиков есть, что добавить? Коллеги, есть вопросы? Если нет, предлагается принять. Кто «За»? Единогласно. Спасибо»*

Рекомендовано ОКК:

1. Клинический протокол диагностики и лечения «Сочетанная ВИЧ/ТБ инфекция» по профилю «Инфекционные болезни (взрослые)» - **одобрить.**

19. Рассмотрение клинического протокола «Ранний сифилис»

*Докладчик: руководитель Центра рационального использования лекарственных средств и медицинских технологий РЦРЗ
Табаров А.Б.*

По представленной информации Табарова А.Б. пересмотрен клинический протокол диагностики и лечения «Ранний сифилис» (2014 года) (далее – Проект КП «Ранний сифилис»).

Проект КП «Ранний сифилис» согласован с Казахстанской ассоциацией дерматовенерологов, дерматокосметологов; составлен в соответствии с Регламентом по разработке/пересмотру КП; впервые синхронизирован с актуальными международными рекомендациями; впервые адаптирован алгоритм диагностики с целью устранения невалидных методов диагностики и профилактики ложноотрицательных результатов и адаптации с лучшими мировыми практиками для получения статуса страны, свободной от передачи сифилиса от матери ребенку (требование экспертов ВОЗ); впервые переход на амбулаторное лечение сифилиса приведен в соответствие с международными рекомендациями; впервые индикаторы эффективности терапии сифилиса идентичны требованиям ВОЗ и СДС; составлен в соответствии с приказом МЗ РК № 882 от 27 ноября 2017 года «Об утверждении государственного норматива сети организаций здравоохранения».

Клинический протокол «Ранний сифилис» прошел экспертизу РЦРЗ и выносится на рассмотрение ОКК.

Обсуждение:

Хорошаш А.Н.: «Хорошо, разработчикам есть, что добавить? Коллеги, есть вопросы?»

Ахмадьяр Н.С.: «Единственное, что, когда мы пересматривали протокол, мы предложили убрать препарат Азитромицин. Во-первых, в международных руководствах его нет, во-вторых, Азитромицин - это тот препарат, который при неправильном введении, при однократном приеме, из-за своей фармакокинетики действует 24 часа, и может развиться устойчивость к данному препарату. В связи с этим, было предложено Азитромицин исключить из протокола»

Табаров А.Б.: «Ваши рекомендации мы учли, но считаем, что Азитромицин нужно оставить, потому что основное лечение сифилиса это бета-лактамы, т.е. пенициллины. И, соответственно, есть люди, у которых есть аллергия на пенициллины, и мы можем оставить пациента вообще без лечения. А Азитромицин является альтернативным методом лечения»

Хорошаш А.Н.: «Коллеги! Мы можем указать данный препарат, как препарат второго ряда? Это указано в КП?»

Табаров А.Б.: «Да, есть, это прописано в КП. Пенициллины являются препаратами первого ряда, а если у пациента имеется аллергия на Пенициллин, то назначается препарат второго ряда Азитромицин»

Ахмадьяр Н.С.: «Препаратами второго ряда прописаны цефалоспорины, т.е. Цефтриаксон. Как правило, если есть аллергия на Пенициллин, то мы предполагаем, что у 10% может быть непереносимость Цефалоспорина, это во-первых. А во-вторых, в международных руководствах Азитромицина нет»

Табаров А.Б.: «Целесообразно оставить лекарственный препарат Азитромицин в качестве альтернативного лечения сифилиса»

Айыпханова А.Т.: «Поддерживаю данное предложение»

Байжунусов Э.А.: «У меня такой вопрос: Бициллин-1, это торговое название или международное непатентованное название (далее – МНН)?»

Утегенова А.К.: «Это торговое название»

Байжунусов Э.А.: «А Доксцицилин - это тоже торговое название или МНН?»

Табаров А.Б.: «Это МНН, тетрациклиновый ряд»

Байжунусов Э.А.: «А разве в протоколе можно писать торговые названия препаратов?»

Ахмадьяр Н.С.: «Нет, пишем только МНН, но в проектах КП были прописаны торговые названия. Даны замечания, попросили везде прописать МНН препаратов. РЦРЗ и разработчики все отработали»

Хорошаш Н.С.: «Хорошо, коллеги есть еще вопросы? Если вопросов нет, то предлагаю принять. Кто «За»? Все. Единогласно - одобрить».

Рекомендовано ОКК:

1. Клинический протокол диагностики и лечения «Ранний сифилис» по профилю «Дерматовенерология» - **одобрить**, с учетом высказанных замечаний.

2. Разработчикам в клиническом протоколе диагностики и лечения «Ранний сифилис»:

1) лекарственные препараты прописать в виде МНН;

2) оставить лекарственный препарат Азитромицин в качестве альтернативного лечения сифилиса.

20. Рассмотрение клинического протокола «Поздний сифилис»

*Докладчик: руководитель Центра рационального использования лекарственных средств и медицинских технологий РЦРЗ
Табаров А.Б.*

По представленной информации Табарова А.Б. разработан новый клинический протокол диагностики и лечения «Поздний сифилис» (далее – Проект КП «Поздний сифилис»).

Проект КП «Поздний сифилис» согласован с Казахстанской ассоциацией дерматовенерологов, дерматокосметологов; имеется одна положительная рецензия; составлен в соответствии с Регламентом по разработке/пересмотру КП; составлен в соответствии с классификацией МКБ-10, где все формы позднего сифилиса объединены в одном протоколе, что повысит качество диагностики и лечения в Республики Казахстан в соответствии с международными рекомендациями; представлен перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий; расписаны основные методы специфической терапии в соответствии с международными рекомендациями; впервые индикаторы эффективности терапии сифилиса идентичны требованиям ВОЗ и СДС.

Клинический протокол прошел экспертизу РЦРЗ и выносится на рассмотрение ОКК.

Обсуждение:

Хорошаш А.Н.: «Коллеги, есть вопросы? Если нет, то предлагаю проголосовать. Кто «За»? Все. Единогласно»

Рекомендовано ОКК:

1. Клинический протокол диагностики и лечения «Поздний сифилис» по профилю «Дерматовенерология» - **одобрить.**

21. Рассмотрение клинического протокола «Врожденный сифилис»

*Докладчик: руководитель Центра рационального использования лекарственных средств и медицинских технологий РЦРЗ
Табаров А.Б.*

По представленной информации Табарова А.Б. разработан новый клинический протокол диагностики и лечения «Врожденный сифилис» (далее – Проект КП «Врожденный сифилис»).

Проект КП «Врожденный сифилис» согласован с Казахстанской ассоциацией дерматовенерологов, дерматокосметологов; имеется одна положительная рецензия; составлен в соответствии с Регламентом по разработке/пересмотру КП; синхронизирован с актуальными международными рекомендациями; впервые протокол приведен в соответствии с классификацией раннего и позднего врожденного сифилиса

по МКБ-10; подробно расписан перечень основных (алгоритм диагностики в соответствии ECDC) и дополнительных диагностических мероприятий, и дифференциальный диагноз врожденного сифилиса; представлены основные методы специфической терапии в соответствии с международными рекомендациями, ВОЗ и СДС; впервые индикаторы эффективности терапии сифилиса идентичны требованиям ВОЗ и СДС.

РЦРЗ проведена экспертная оценка проекта клинического протокола «Врожденный сифилис» и выносится на рассмотрение ОКК.

Обсуждение:

Хорошаш А.Н.: *«Коллеги, есть вопросы? Если нет, то предлагаю проголосовать. Кто «За»? Все. Единогласно»*

Рекомендовано ОКК:

1. Клинический протокол диагностики и лечения «Врожденный сифилис» по профилю «Дерматовенерология» - *одобрить.*

22. Рассмотрение клинического протокола «Болезни органов дыхания»

*Докладчик: руководитель Центра рационального использования лекарственных средств и медицинских технологий РЦРЗ МЗ РК
Табаров А.Б.*

По представленной информации Табарова А.Б. разработан новый клинический протокол реабилитации «Болезни органов дыхания» (далее – Проект КП «Болезни органов дыхания»).

Проект КП «Болезни органов дыхания» согласован с Ассоциацией реабилитологов и курортологов РК; имеются три положительные рецензии; составлен в соответствии с Регламентом по разработке/пересмотру КП; подробно расписан перечень основных и дополнительных критериев для реабилитации; подробно расписаны основные и дополнительные объемы медицинской реабилитации; описаны индикаторы эффективности оздоровления; в приложениях таблицы нормативов диагностических проб оценки функциональных состояний бронхолегочной системы, физического состояния детей; разработана таблица динамики показателей эффективности оздоровления детей, где учтены показатели основных диагностических обследований. На основании суммирования данных обследований определяется эффект от проведенного курса реабилитации.

РЦРЗ проведена экспертная оценка проекта клинического протокола «Болезни органов дыхания» и выносится на рассмотрение ОКК.

Обсуждение:

Хорошаш А.Н.: *«Коллеги! Приступаем к обсуждению. Этот протокол по детям?»*

Табаров А.Б.: *«Да, это только реабилитация»*

Мусаева К.К.: *«Хотелось бы отметить, что при обострении основного заболевания медикаментозная терапия будет основываться на клинические протокола 2017 года для детей с бронхиальной астмой, поэтому медикаментозная терапия тоже необходима»*

Табаров А.Б.: *«Да, вот если, например, пациент у вас находится на реабилитации, и он получает медицинскую помощь согласно протоколу реабилитации, то есть только реабилитационные мероприятия. Но если у него возникает обострение заболевания, то он будет уже лечиться по протоколу самого заболевания, то есть, если бронхиальная астма, то лечится по протоколу «Бронхиальная астма». Все препараты, все методы диагностики и другое будут использоваться в соответствии с этим протоколом»*

Хорошаш А.Н.: *«Хорошо, спасибо. Есть еще вопросы? Если нет, то предлагаю проголосовать. Кто «За»? Все. Единогласно. Спасибо»*

Рекомендовано ОКК:

1. Клинический протокол реабилитации «Болезни органов дыхания» - **одобрить.**

23. Рассмотрение клинического протокола «Заболевания мочеполовой системы»

*Докладчик: руководитель Центра рационального использования лекарственных средств и медицинских технологий РЦРЗ
Табаров А.Б.*

По представленной информации Табарова А.Б. разработан новый клинический протокол реабилитации «Заболевания мочеполовой системы» (далее – Проект КП «Заболевания мочеполовой системы»).

Проект КП «Заболевания мочеполовой системы» согласован с Ассоциацией реабилитологов и курортологов РК; имеются три положительные рецензии; составлен в соответствии с Регламентом по разработке/пересмотру КП; подробно расписан перечень основных и дополнительных критериев для реабилитации; подробно расписаны основные и дополнительные объемы медицинской реабилитации; описаны индикаторы эффективности оздоровления; в протокол включены все виды реабилитационных услуг, оказываемых в санаториях с учетом детского возраста.

РЦРЗ проведена экспертная оценка проекта клинического протокола «Болезни органов дыхания» и выносится на рассмотрение ОКК.

Обсуждение:

Хорошаш А.Н.: *«Хорошо, коллеги, есть вопросы? Если нет, то предлагаю проголосовать. Кто «За»? Все. Единогласно»*

Рекомендовано ОКК:

1. Клинический протокол реабилитации «Заболевания мочеполовой системы» - **одобрить.**

24. Рассмотрение клинического протокола «Заболевания желудочно-кишечного тракта»

*Докладчик: руководитель Центра рационального использования лекарственных средств и медицинских технологий РЦРЗ
Табаров А.Б.*

По представленной информации Табарова А.Б. разработан новый клинический протокол реабилитации «Заболевания желудочно-кишечного тракта» (далее – Проект КП «Заболевания желудочно-кишечного тракта»).

Проект КП «Заболевания желудочно-кишечного тракта» согласован с Ассоциацией реабилитологов и курортологов РК; имеются три положительные рецензии; составлен в соответствии с Регламентом по разработке/пересмотру КП; подробно расписаны основные и дополнительные объемы медицинской реабилитации; описаны индикаторы эффективности оздоровления.

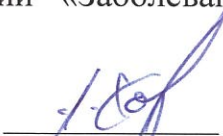
РЦРЗ проведена экспертная оценка проекта клинического протокола «Заболевания желудочно-кишечного тракта» и выносится на рассмотрение ОКК.

Обсуждение:

Хорошаш А.Н.: *«Хорошо, коллеги, тогда предлагается принять протокол. Предлагаю проголосовать. Кто «За»? Все. Единогласно»*

Рекомендовано ОКК:

1. Клинический протокол реабилитации «Заболевания желудочно-кишечного тракта» - **одобрить.**

 Хорошаш А.Н.

 Аманжолова З.Д.

 Каракен К.А.

 Кусаинова А.С.

камандирович Умертаев А.К.

✓ АК Ахметниязова Л.М.

✓ Айраке Бюрабекова Л.В.

✓ Аман Айыпханова А.Т.

камандирович Петухова Н.М.

✓ Асетир Байжунусов Э.А.

камандирович Сегизбаева А.К.

✓ ДС Есимов Д.С.

✓ МК Кульжанов М.К.

✓ Аман Отепова Г.Д.

✓ Рустам Султанов Р.С.

камандирович Костюк А.В.

✓ А Ахмадьяр Н.С.

✓ Койков Койков В.В.

✓ А Телешева А.Н.
(секретарь)