

**ПРАВИЛА**  
**организации анестезиологической помощи и седации**  
**КГП на ПХВ**  
**«Больница скорой медицинской помощи» УЗ ОА**  
**АХЛ.3-ПРВ.025.26**

|                            |                                                                                                    |                         |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| КГП на ПХВ<br>«БСМП» УЗ ОА | Документированная процедура<br><b>Правила организации<br/>анестезиологической помощи и седации</b> | Код: АХЛ.3-ПРВ.025.26   |
|                            |                                                                                                    | Версия: 3 от 06.01.2026 |
|                            |                                                                                                    | Страница 1 из 23        |

| КГП на ПХВ «БСМП» УЗ ОА |                                                                    |                                 |                                                                                       |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Код                     | АХЛ.3-ПРВ.025.26                                                   |                                 |                                                                                       |
| Название документа:     | <b>Правила организации анестезиологической помощи и седации</b>    |                                 |                                                                                       |
| Утверждены:             | Приказом директора КГП на ПХВ «БСМП» УЗ ОА № 14-О от 05.01.2026 г. |                                 |                                                                                       |
| Разработчик:            | Должность                                                          | ФИО                             | Подпись                                                                               |
|                         | Зав. отделением ОАРИТ                                              | Токенов Д.С.                    |                                                                                       |
|                         | Зав. опер. блоком                                                  | Досжигитова С. С.               |                                                                                       |
|                         | Нач. ВАиБП                                                         | Камбарбаев А.И.                 |    |
| Согласовано:            | Зам. директора по медицинской части и стратегическому развитию     | Маралбаев А.Р.                  |    |
|                         | Зам. директора по контролю качества медицинских услуг              | Джамединов К.М.                 |   |
|                         | Заместитель директора по АХР и сестринскому делу                   | Баспакова Г.С.                  |  |
| Версия: 3 от 06.01.2026 |                                                                    | Копия №__ / __ /<br>подпись ФИО |                                                                                       |

г. Семей, 2026

Дата последнего пересмотра  
Дата следующего пересмотра

2026  
2029

|                            |                                                                                                    |                         |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| КГП на ПХВ<br>«БСМП» УЗ ОА | Документированная процедура<br><b>Правила организации<br/>анестезиологической помощи и седации</b> | Код: АХЛ.З-ПРВ.025.26   |
|                            |                                                                                                    | Версия: 3 от 06.01.2026 |
|                            |                                                                                                    | Страница 2 из 23        |

## Оглавление

- 1 Назначение
- 2 Область применения
- 3 Термины, определения и сокращения
- 4 Ответственность и полномочия
- 5 Ресурсы/оснащение
- 6 Описание Правила проведения анестезиологических процедур и седации
  - 6.1.Седация
  - 6.2.Премедикация
  - 6.3. Анестезия
  - 6.4. Использование реверсивных агентов
  - 6.5. Пробуждение
- 7. Документирование
- 8. Ссылки
- Лист регистрации изменений*
- Лист ознакомления*

|                            |                                                                                                    |                         |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| КГП на ПХВ<br>«БСМП» УЗ ОА | Документированная процедура<br><b>Правила организации<br/>анестезиологической помощи и седации</b> | Код: АХЛ.3-ПРВ.025.26   |
|                            |                                                                                                    | Версия: 3 от 06.01.2026 |
|                            |                                                                                                    | Страница 3 из 23        |

## 1. Назначение

Основной целью анестезиологического обеспечения пациентов является оказание высокотехнологичной медицинской услуги на высоком современном уровне, осуществлять весь комплекс мероприятий по подготовке и проведению седации и анестезии при плановых и экстренных оперативных вмешательствах, диагностических и лечебных процедурах; адекватная защита организма пациента от операционного стресса.

Настоящие правила регулируют оказание услуг седации и анестезии.

## 2. Область применения:

Отделения, где проводятся плановые и экстренные оперативные вмешательства, диагностические и лечебные процедуры, требующие общей анестезии, умеренной или глубокой седации в КГП на ПХВ «Больница скорой медицинской помощи» УЗ ОА (далее - БСМП).

## 3. Термины, определения и сокращения

### 3.1 Термины

Термины и определения, применяемые в настоящих правилах, соответствуют ISO 9000-2015 Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь.

### 3.2 Определения

**3.2.1. Седация** – это лечебный сон, действие которого рассчитано строго на время проведения процедуры. Седация применяется с целью сделать неприятную или болезненную процедуру максимально комфортной для пациента.

**3.2.2. Анестезия** - уменьшение чувствительности тела или его части вплоть до полного прекращения восприятия информации об окружающей среде и собственном состоянии.

**3.2.3. Премедикация** – это предварительная медикаментозная подготовка. Назначается анестезиологом по показаниям. Назначаемая до начала анестезии премедикация, направлена на коррекцию волеического статуса, торможение автономных рефлексов блуждающего нерва, обеспечения седативного и анксиолитического эффектов (снятие тревожного состояния), для профилактики осложнений во время вводного наркоза.

**3.2.4. Хирургическое вмешательство, хирургическая помощь, оперативное вмешательство или операция** – это проведение инвазивной лечебно-диагностической процедуры, которая подразумевает разрез, надрез, удаление, изменение, или введение лечебно-диагностических инструментов в организм человека.

|                            |                                                                                                    |                         |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| КГП на ПХВ<br>«БСМП» УЗ ОА | Документированная процедура<br><b>Правила организации<br/>анестезиологической помощи и седации</b> | Код: АХЛ.3-ПРВ.025.26   |
|                            |                                                                                                    | Версия: 3 от 06.01.2026 |
|                            |                                                                                                    | Страница 4 из 23        |

**3.2.5.Прединдукционный осмотр** - непосредственно перед началом седации и анестезии **врач** проводит прединдукционную оценку состояния пациента. Она проводится и документируется вместе с предоперационным осмотром врачом для определения готовности к седации и анестезии в медицинской карте.

**3.2.6.ВЧД** - внутричерепное давление.

**3.2.7.МС** - медикаментозная седация.

### **3.3 Сокращения**

**3.3.1. JCI** – Joint Commission International (Объединенная международная комиссия).

**3.3.2. КМИС** – Комплексная медицинская информационная система

**3.3.3. БСМП** - Больница скорой медицинской помощи

**3.3.4. МЦБП** – Международные цели безопасности пациентов.

**3.3.5. ОМКиБП** – Отдел менеджмента качества и безопасности пациентов

**3.3.6. КГП на ПХВ** – казенное государственное предприятие на правах хозяйственного ведения

**3.3.7. СМК** - система менеджмента качества

**3.3.8. ДП** - документированная процедура

**3.3.9. ISO (ИСО)** – International Standard Organization

**3.3.10. СТ** – стандарт

**3.3.11. РК** – Республика Казахстан

Применяемые сокращения соответствуют Руководству по качеству и СМК-ДП.7.5.3.19 Документированная процедура. Управление документированной информацией.

## **4. Ответственность:**

Врачи и средний медицинский персонал Отделения анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии.

## **5. Ресурсы/оснащение:**

**5.1.**Монитор для слежения за жизненно важными функциями организма;

**5.2.**Наркозный аппарат с испарителем соответствующего анестетика, одноразовым дыхательным контуром нужного размер, дыхательным фильтром, натронной извести, системой утилизации отработанных газов;

**5.3.**Отсос с регулируемым уровнем вакуума, аспирационные катетеры необходимых размеров;

**5.4.**Дефибриллятор;

**5.5.**Ларингоскоп с набором прямых и изогнутых клинков;

**5.6.**Запасные лампочки и батарейки для ларингоскопа;

|                            |                                                                                                    |                         |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| КГП на ПХВ<br>«БСМП» УЗ ОА | Документированная процедура<br><b>Правила организации<br/>анестезиологической помощи и седации</b> | Код: АХЛ.3-ПРВ.025.26   |
|                            |                                                                                                    | Версия: 3 от 06.01.2026 |
|                            |                                                                                                    | Страница 5 из 23        |

- 5.7.Эндотрахеальные трубки, ларингеальные маски разных размеров, комбьюти и т.д;
- 5.8.Шприц для раздувания манжетки, фиксатор или лейкопластырь для фиксации трубки;
- 5.9.Проводник (стиллет) для эндотрахеальной трубки;
- 5.10.Оснащение для санации (работающий аспиратор с наконечниками и катетерами);
- 5.11.Ингаляционные и в/в анестетики;
- 5.12.Набор для катетеризации центральных вен;
- 5.13.Кислородные баллоны и т.д.

## **6. Описание**

### **6.1.Правила проведения анестезиологических процедур и седации.**

Стандарты оказания услуг седации и анестезии едины для всех сотрудников ОАРИТ. Анестезиологические услуги находятся под управлением и контролем заместителя директора по лечебной работе и заведующего ОАРИТ. Врач, принимающий участие или проводящий умеренную и глубокую седацию или анестезию должен быть квалифицирован, компетентен и обладать достаточными знаниями и клиническим опытом в следующих вопросах:

6.1.1. требования к мониторингу и контролю жизненно важных функций организма;

6.1.2. реагирование на осложнения;

6.1.3. использование реверсивных агентов;

6.1.4. критерии восстановления и пробуждения;

6.1.5. фармакология и прикладная физиология лекарственных препаратов, используемых для анестезии и седации (в т.ч., пропофол, миорелаксанты, седативные препараты, наркотические анальгетики и др.);

6.1.6. физиологические особенности взрослого и детского организма и пожилого населения;

6.1.7. выбор метода седации и анестезии;

6.1.8. прогнозирование возможных осложнений и пути их немедленного устранения, включая реанимационные мероприятия;

6.1.9. мониторинг состояния пациента (например, проходимость дыхательных путей, АД (артериальное давление находится под постоянным контролем), частота и глубина дыхания (адекватность вентиляции находится под постоянным контролем), пульс, температура, цвет кожных покровов, выделительная функция почек, глубина седации, инфузионная терапия и т.д.)

6.1.10. особенности восстановительного периода;

|                            |                                                                                                    |                         |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| КГП на ПХВ<br>«БСМП» УЗ ОА | Документированная процедура<br><b>Правила организации<br/>анестезиологической помощи и седации</b> | Код: АХЛ.3-ПРВ.025.26   |
|                            |                                                                                                    | Версия: 3 от 06.01.2026 |
|                            |                                                                                                    | Страница 6 из 23        |

6.1.11. основы реанимационных мероприятий: врач должен иметь действующий сертификат о прохождении углубленного курса реанимации (ACLS);

6.1.12. использование медицинского оборудования.

## **6.2. Предварительный осмотр и информированное согласие**

Предварительный осмотр (консультация) врача позволяет получить информацию, необходимую для:

6.2.1. выявления проблем дыхательных путей;

6.2.2. выбора умеренной или глубокой седации;

6.2.3. выбора анестезии и плана анестезиологической помощи;

6.2.4. безопасного проведения индукции и поддержания седации и анестезии на основе предварительного осмотра с учетом выявленных факторов риска и с учетом вида проводимой седации и анестезии;

6.2.5. интерпретации показателей при мониторинге пациента во время седации и анестезии, и после пробуждения;

6.2.6. определения необходимости аналгезии после операции.

## **6.3. Пациент должен быть осмотрен врачом до операции или непосредственно перед операцией в экстренных ситуациях.**

Осмотр документируется в медицинской карте, где врач оценивает и определяет:

6.3.1. данные анамнеза (семейный анамнез, аллергия, непереносимость лекарственных препаратов);

6.3.2. физическое состояние (в том числе, сердечно-сосудистая система, система дыхания, нервная система, опорно-двигательная система и показатели ЧД, ЧСС, АД, температура, водно-электролитный статус и др.);

6.3.3. данные лабораторных исследований (патология в результатах лабораторных и функциональных методов исследования);

6.3.4. имеются ли противопоказания для проведения седации и нейроаксиальных методов анестезии;

6.3.5. план анестезии (с учетом потребностей и физиологических особенностей пациента, объема операции/процедуры, показаний, противопоказаний, побочных эффектов, предпочтений пациента или его родителей/опекунов).

6.3.6. при необходимости врач назначает дополнительные исследования и консультации специалистов.

## **6.4. Врач берет у пациента «Информированное согласие на седацию/анестезию (анестезиологическое пособие)» (см. Правила получения**

|                            |                                                                                                    |                         |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| КГП на ПХВ<br>«БСМП» УЗ ОА | Документированная процедура<br><b>Правила организации<br/>анестезиологической помощи и седации</b> | Код: АХЛ.3-ПРВ.025.26   |
|                            |                                                                                                    | Версия: 3 от 06.01.2026 |
|                            |                                                                                                    | Страница 7 из 23        |

информированного согласия). При информировании пациента или членов его семьи обсуждаются:

- 6.4.1.риски планируемой анестезии;
- 6.4.2.польза, преимущества планируемой анестезии;
- 6.4.3.возможные осложнения планируемой анестезии;
- 6.4.4.альтернативные методы анестезии.

Врач должен стараться, чтобы пациент либо член семьи / законный представитель были психологически готовы к проведению седации и информированы о вышесказанном понятным для пациента способом и на понятном для него языке.

Согласие подписывает пациент либо член семьи / законный представитель и врач. Если невозможно получить письменное согласие, согласие берется по телефону у члена семьи / законного представителя. Если это чрезвычайный, экстренный случай (дорожно-транспортное пришествие, аварии, много пострадавших и т.д.), то на месте решение принимает консилиум из трех врачей.

## **6.5. Преиндукционный осмотр**

6.5.1. Непосредственно перед началом седации и анестезии врач проводит преиндукционную оценку состояния пациента. Она проводится и документируется отдельно от предоперационного осмотра врача , для определения готовности к седации анестезии в медицинской карте.

6.5.2. Оценивается и документируется уровень сознания, исходный профиль гемодинамики и дыхания, жизненно-важных функций физиологического состояния пациента (АД измеряется не реже каждые 15 минут, ЧСС, PS, частота дыхания и адекватная вентиляция легких, SpO<sub>2</sub>, температура тела и т.д.).

## **6.6. Мониторинг**

6.6.1.Первый и наиболее важный компонент при седации и анестезии, включая мониторинг анестезиологического оборудования и пациента, это непрерывное присутствие бдительного (врача и анестезиста) в течение всего периода седации и анестезиологических процедур.

6.6.2.Методы мониторинга зависят от статуса пациента перед седацией и анестезией, выбора анестезиологического пособия, сложности и других процедур, проводимых в ходе седации и анестезии.

6.6.3.Согласно профессиональной практике, во время седации и анестезии, и после проведения происходит непрерывный мониторинг жизненно-важных функций физиологического состояния пациента (АД измеряется каждые 15

|                            |                                                                                                    |                         |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| КГП на ПХВ<br>«БСМП» УЗ ОА | Документированная процедура<br><b>Правила организации<br/>анестезиологической помощи и седации</b> | Код: АХЛ.3-ПРВ.025.26   |
|                            |                                                                                                    | Версия: 3 от 06.01.2026 |
|                            |                                                                                                    | Страница 8 из 23        |

минут, ЧСС, PS, SpO<sub>2</sub>, частота дыхания и адекватная вентиляция легких находятся под постоянным контролем!).

6.6.4. Результаты мониторинга отражаются в медицинской карте больного.

6.6.5. Все пациенты должны наблюдаться и мониторироваться в объеме, соответствующем состоянию функционирования их нервной системы, жизненно-важных функций и тяжести заболевания, с обеспечением оксигенации, пульсоксиметрии, вентиляции и адекватного кровообращения: в том числе и показатели SpO<sub>2</sub>, ЧД, ЧСС, АД, пульс, температура, водно-электролитный статус и др.).

## 6.7. Седация

**Умеренная седация** – медикаментозная депрессия сознания, при которой пациенты реагируют на словесную или легкую тактильную стимуляцию, могут сотрудничать. Спонтанное дыхание адекватно, гемодинамика не страдает.

**Глубокая седация** – медикаментозная депрессия сознания (сон), при которой пациенты не могут быть легко пробуждены, но реагируют на повторную или болезненную стимуляцию. Возможны нарушения проходимости дыхательных путей. Гемодинамика не страдает.

Адекватный уровень седации для каждого пациента будет определяться течением основного заболевания и необходимостью выполнения тех или иных диагностических и лечебных манипуляций.

### Принципы проведения седации:

6.7.1. Тактика седативной терапии в настоящее время ориентирована на достижение поверхностных уровней седации с возможностью сотрудничества с пациентами. Это позволяет своевременно выявлять изменения состояния пациентов, оценивать их неврологический статус.

6.7.2. Обычно стремятся поддерживать уровень седации в пределах 1–4 по шкале Ramsay (см. ниже), уровень 5–6 считается чрезмерным. Естественно, что более глубокая степень седации требуется для пациентов, находящихся на ИВЛ.

6.7.3. Важнейшими критериями адекватности седации являются сроки восстановления у больных самостоятельного дыхания и перевода их в профильные отделения. Кроме того, при оценке качества седации необходимо учитывать такие показатели, как число случаев самоэкстубации пациентов, удаления ими венозных катетеров, зондов, дренажей и т.д.

6.7.4. В настоящее время задачи седации не могут быть решены моно терапией. Различные комбинации седативных препаратов, вводимые путем подбора их доз до достижения желаемого эффекта, позволяют снизить

|                            |                                                                                                    |                         |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| КГП на ПХВ<br>«БСМП» УЗ ОА | Документированная процедура<br><b>Правила организации<br/>анестезиологической помощи и седации</b> | Код: АХЛЗ-ПРВ.025.26    |
|                            |                                                                                                    | Версия: 3 от 06.01.2026 |
|                            |                                                                                                    | Страница 9 из 23        |

суммарные дозы, минимизировать побочные действия препаратов и уменьшить их кумуляцию.

6.7.5. Седативные препараты могут вводиться либо болюсно, либо в виде постоянной инфузии. При болюсном введении возможны периоды как чрезмерной, так и недостаточной седации. **Инфузия седативных препаратов обеспечивает оптимальный и предсказуемый уровень седации с минимальными побочными эффектами.**

6.7.6. Для большинства пациентов (за исключением получающих миорелаксанты, а также пациентов с тяжелой ЧМТ), рекомендуется ежедневное прерывание инфузии седативных препаратов до состояния выхода из медикаментозного сна. Это позволяет оценить возможности самостоятельного дыхания пациентов, провести более информативное неврологическое обследование пациента и т.д. Резкое прекращение седации может сопровождаться возбуждением пациента.

**Существует несколько условий оптимизации седации/анальгезии:**

6.7.7. контроль уровня седации при помощи специальных шкал;

6.7.8. выбор оптимальных препаратов в соответствии с их фармакокинетическими и фармакодинамическими свойствами;

6.7.9. использование синергетических свойств комбинаций опиоидов и гипнотиков.

**Методы оценки седации:**

Оценка степени медикаментозной депрессии сознания должна являться обязательным компонентом протокола седации. Для определения степени седации используют субъективные методы (шкалы) и объективные (инструментальные).

**Шкалы оценки седации:**

Для оценки седации рекомендуется рутинное использование утвержденных шкал. Чаще всего применяется шкала оценки степени седации Ramsay, а также шкала оценки возбуждения – седации Richmond.

**Таблица 1. Шкала оценки степени седации Ramsay**

|                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 - Пациент бодрствует, беспокоен, взволнован, нетерпелив.                                                    |
| 2 - Пациент бодрствует, сотрудничает с врачом, ориентирован, спокоен.                                         |
| 3 - Пациент в сознании, но реагирует только на команды.                                                       |
| 4 - Пациент дремлет, но реагирует на прикосновение или громкий звук.                                          |
| 5 - Пациент спит, вяло отвечает на прикосновение или громкий звук, но активно реагирует на болезненный стимул |

6 - Пациент спит и не реагирует на раздражители.

**Таблица 2. Шкала оценки возбуждения-седации Richmond**

| Баллы | Состояние                        | Описание                                                                           |
|-------|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| +4    | Буйное                           | Явное агрессивное поведение; непосредственная опасность для персонала              |
| +3    | Выраженное возбуждение           | Тянет или удаляет трубки (и) или катетеры (и) или агрессивное поведение            |
| +2    | Возбуждение                      | Частые нецелеустремленные движения или десинхронизация с респиратором              |
| +1    | Беспокойство                     | Беспокоен или тревожен, не агрессивен                                              |
| 0     | Спокойствие                      |                                                                                    |
| -1    | Сонливость                       | Не полностью бдителен, но пробуждается (более 10 секунд), открывает глаза на голос |
| -2    | Легкая седация                   | Короткое (менее 10 секунд) пробуждение с открыванием глаз на голос                 |
| -3    | Средняя седация                  | Никакой реакции (не открывает глаза) на голос                                      |
| -4    | Глубокая седация                 | Реакция (любое движение) на физический стимул                                      |
| -5    | Невозможность разбудить больного | Никакого ответа на голосовой или физический стимул                                 |

## 6.8.Инструментальные методы

Объективная оценка уровня медикаментозной депрессии сознания применяется у пациентов, находящихся в глубокой седации или получающих миорелаксанты. Методы объективного исследования включают оценку вариабельности жизненно-важных функций физиологического состояния пациента (АД измеряется каждые 15 минут, ЧСС, PS, So2, частота дыхания и адекватная вентиляция легких находятся под постоянным контролем!).

### Показания к седации:

- 6.8.1. Купирование возбуждения любого генеза;
- 6.8.2. Интенсивная терапия делирия, в том числе, алкогольного;

|                            |                                                                                                    |                         |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| КГП на ПХВ<br>«БСМП» УЗ ОА | Документированная процедура<br><b>Правила организации<br/>анестезиологической помощи и седации</b> | Код: АХЛЗ-ПРВ.025.26    |
|                            |                                                                                                    | Версия: 3 от 06.01.2026 |
|                            |                                                                                                    | Страница 11 из 23       |

6.8.3. Обеспечение комфортного состояния пациентов при проведении инвазивных диагностических и лечебных манипуляций;

6.8.4. Снижение потребления организмом кислорода.

### 6.9. Препараты, используемые для анальгезии и седации

Идеальный седативный препарат должен характеризоваться быстрым началом действия, легкой управляемостью эффекта, элиминацией, не зависящей от состояния функции печени и почек, отсутствием кумуляции, минимумом побочных эффектов, быстрым восстановлением сознания после прекращения его введения. В настоящее время не существует идеального седативного препарата, впрочем, идеального анальгетика тоже.

Для кратковременной седации в настоящее время рекомендуется использовать мидазолам и/или пропофол, для седации средней длительности и более – пропофол.

С точки зрения безопасности инфекционных осложнений длительной седации предпочтительно использовать Диприван ЭДТА, поскольку ЭДТА обладает бактериостатическим действием в отношении Гр+; Гр- микроорганизмов и грибов рода Candida.

**Таблица 3. Дозы препаратов для седации:**

| Препарат    | Болюсное введение                  | Постоянная инфузия                       |
|-------------|------------------------------------|------------------------------------------|
| Мидазолам   | 0,02–0,08 мг/кг каждые 0,5-2 часа  | 0,04–0,2 мг/кг/час                       |
| Пропофол    | Не рекомендуется                   | 5–80 мкг/кг/мин<br>или 0,3–4,8 мг/кг/час |
| Галоперидол | 0,03–0,15 мг/кг каждые 0,5–6 часов | 0,04–0,15 мг/кг/час                      |

**6.9.1. Барбитураты (тиопентал натрия и гексенал).** Обладают выраженным седативным и противосудорожным эффектом, снижают внутричерепное давление (ВЧД) и потребление кислорода головным мозгом. Длительность эффекта определяется дозой и продолжительностью введения. Метаболизм преимущественно осуществляется в печени. Основным недостатком барбитуратов является обусловленная ими гипотензия за счет снижения периферического сосудистого сопротивления и прямой депрессии миокарда, особенно у пациентов с сопутствующей кардиальной патологией и гиповолемией. Применение барбитуратов требует постоянного мониторинга гемодинамики, в т.ч., контроля ЦВД и прямого измерения АД, а в ряде случаев параллельной инотропной поддержки.

|                            |                                                                                                    |                         |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| КГП на ПХВ<br>«БСМП» УЗ ОА | Документированная процедура<br><b>Правила организации<br/>анестезиологической помощи и седации</b> | Код: АХЛ.3-ПРВ.025.26   |
|                            |                                                                                                    | Версия: 3 от 06.01.2026 |
|                            |                                                                                                    | Страница 12 из 23       |

Это ограничивает их применение ситуациями, требующими глубокого угнетения ЦНС (эпилептический статус, выраженная внутричерепная гипертензия). Барбитураты обладают мощным иммуносупрессивным эффектом, поэтому на фоне их применения возрастает риск легочной инфекции, зачастую протекающей ареактивно, без лейкоцитоза и гипертермии. Более выраженная степень релаксации мышц диафрагмы рта (по типу механизмов сонного апноэ) уже при поверхностных уровнях седации тиопенталом предопределяет клиническую значимость дыхательных расстройств, требующих восстановления проходимости верхних дыхательных путей.

**6.9.2.Бензодиазепины.** Относятся к числу наиболее популярных седативных препаратов, быстро устраняют тревогу, обладают противосудорожным эффектом, вызывают амнезию, снижают ВЧД и потребность головного мозга в кислороде. Отношение к отдельным препаратам этой группы и способам их применения с годами существенно изменилось. Применение диазепама выгодно с экономических позиций, поскольку он имеет десятикратное преимущество по цене и двукратное по мощности действия. Тем не менее, в большинстве развитых стран при выборе для седации препарата бензодиазепинового ряда сегодня отдают предпочтение мидазоламу. Преимуществами мидазолама являются его водорастворимость, быстрое распределение (20 мин), короткий период полувыведения (90 мин), а также отсутствие активных метаболитов. Недостатками диазепама являются длительный период полувыведения (44 часа) и наличие активного метаболита десметилдиазепама с периодом полувыведения 93 часа.

Все эти данные справедливы для разового введения препаратов относительно сохранным пациентам, в то же время, большинство фармакокинетических преимуществ мидазолама утрачивается, когда его назначают в виде инфузии пациентам, находящимся в критическом состоянии. Метаболизм мидазолама существенно нарушается у многих пациентов за счет нарушения функциональной активности ферментов (цитохромы Р450). Функциональную активность ферментов подавляют такие факторы, как гипоксия, медиаторы воспаления, нарушения нормального режима питания, различные препараты (барбитураты, флуконазол, некоторые антибиотики). В этих условиях период полувыведения может быть существенно удлинен (в среднем, до 21 часа), появляются клинически значимые признаки кумуляции препарата. Седация мидазоламом теряет управляемый характер. Существенное удлинение времени экскреции мидазолама создает угрозу реседации после отмены препарата. «Окна» для диагностических потребностей достигаются введением

|                            |                                                                                                    |                         |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| КГП на ПХВ<br>«БСМП» УЗ ОА | Документированная процедура<br><b>Правила организации<br/>анестезиологической помощи и седации</b> | Код: АХЛЗ-ПРВ.025.26    |
|                            |                                                                                                    | Версия: 3 от 06.01.2026 |
|                            |                                                                                                    | Страница 13 из 23       |

антагониста флумазенила. Однократная доза флумазенила способна поддерживать состояние пробуждения в течение 45–60 минут. При ослаблении действия пациент вновь возвращается в состояние седации.

Все бензодиазепины умеренно снижают минутную вентиляцию за счет уменьшения дыхательного объема, несколько уменьшают сердечный выброс и оказывают симпатолитическое действие со снижением АД.

**6.9.3.Пропофол.** Внутривенный гипнотик, в малых дозах характеризуется седативным и гипнотическим эффектом, развивающимся в течение 1–2 минут после начала введения. Уровень седации легко контролируется изменением дозы и скорости инфузии. Восстановление уровня сознания после прекращения введения происходит быстро (<30 мин). Фармакодинамика препарата не изменяется при развитии органной дисфункции. По вышеуказанным характеристикам приближается к «идеальному» седативному препарату. Для достижения седации в пределах 2–3 уровня по шкале Рамсея, оптимальной является скорость инфузии препарата  $0,71 \pm 0,31$  мг/кг/час, плазменная концентрация при этом сохраняется в пределах  $\leq 1$  мкг/мл. Известно, что особые требования предъявляются к седации у пациентов с черепно-мозговой травмой (ЧМТ). Основной задачей ведения этих пациентов является предупреждение вторичного повреждения головного мозга. При этом основные усилия направляют на контроль ВЧД, поддержание адекватной церебральной перфузии и снижение метаболических потребностей головного мозга. Есть мнение, что пропофол в этих случаях является седативным препаратом выбора. За счет короткой продолжительности действия он особенно ценен в тех случаях, когда пациент нуждается в частой оценке неврологического статуса. Помимо снижения потребности мозга в кислороде он оказывает прямое вазоконстрикторное действие, сохраняя способность сосудов мозга реагировать на изменения  $PaCO_2$  и перфузионного давления.

В некоторых исследованиях отмечена большая, по сравнению с другими седативными препаратами, частота развития возбуждения пациентов после прекращения инфузии пропофола. Объясняют этот эффект слишком быстрым пробуждением. Другие побочные эффекты препарата включают гипотензию и брадикардию, которые являются дозо-зависимыми и наиболее часто наблюдаются при болюсном, а не инфузионном режиме введения. Гемодинамические эффекты обусловлены вазодилатирующим и умеренным кардиодепрессивным действием пропофола. Коррекция гемодинамики обычно легко достигается снижением скорости инфузии пропофола и восполнением объема циркулирующей жидкости. Тем не менее, следует с осторожностью относиться к использованию пропофола у пациентов пожилого возраста,

|                            |                                                                                                    |                         |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| КГП на ПХВ<br>«БСМП» УЗ ОА | Документированная процедура<br><b>Правила организации<br/>анестезиологической помощи и седации</b> | Код: АХЛ.З-ПРВ.025.26   |
|                            |                                                                                                    | Версия: 3 от 06.01.2026 |
|                            |                                                                                                    | Страница 14 из 23       |

пациентов с неустраненной гиповолемией и нестабильной гемодинамикой.

Длительная инфузия пропофола в некоторых ситуациях может привести к развитию ряда метаболических расстройств, объединяемых под названием «пропофол-инфузионного синдрома». Данный синдром характеризуется метаболическим ацидозом, брадиаритмией, недостаточностью кровообращения. Возможны также гепатомегалия и рабдомиолиз. Впервые эти осложнения были описаны в детской практике, однако есть несколько сообщений и о развитии пропофол-инфузионного синдрома у взрослых пациентов с черепно-мозговой травмой. Факторами риска считаются: а) инфузия пропофола более 48 часов, б) скорость инфузии > 4 мг/кг/час, в) наличие инфекции дыхательных путей (у детей).

Большинство специалистов полагает, что преимущества использования пропофола для седации перевешивают гипотетическую и крайне малую вероятность развития вышеуказанного осложнения.

**6.10.Премедикация** — введение медикаментозных средств перед операцией с целью снижения частоты интра- и послеоперационных осложнений.

**Премедикация** - необходима для решения нескольких задач:

- 6.10.1. снижение эмоционального возбуждения;
- 6.10.2. нейровегетативная стабилизация;
- 6.10.3. снижение реакций на внешние раздражители;
- 6.10.4. создание оптимальных условий для действия анестетиков;
- 6.10.5. профилактика аллергических реакций на средства, используемые при анестезии;
- 6.10.6. уменьшение секреции желез.

**Основные препараты для премедикации:**

Для премедикации используют следующие основные группы фармакологических веществ:

6.10.7. **Снотворные средства** (барбитураты: этаминал натрий, фенobarбитал).

6.10.8. **Транквилизаторы** (диазепам, феназепам). Эти препараты оказывают снотворное, противосудорожное, гипнотическое и амнезическое действие, устраняют тревогу и потенцируют действие общих анестетиков, повышают порог болевой чувствительности. Все это делает их ведущими средствами премедикации.

6.10.9. **Нейролептики** (аминазин, дроперидол).

6.10.10. **Антигистаминные средства** (димедрол, супрастин, тавегил).

|                            |                                                                                                    |                         |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| КГП на ПХВ<br>«БСМП» УЗ ОА | Документированная процедура<br><b>Правила организации<br/>анестезиологической помощи и седации</b> | Код: АХЛЗ-ПРВ.025.26    |
|                            |                                                                                                    | Версия: 3 от 06.01.2026 |
|                            |                                                                                                    | Страница 15 из 23       |

6.10.11. **Наркотические анальгетики** (промедол, морфин). Устраняют боль, оказывают седативный и снотворный эффект, потенцируют действие анестетиков.

6.10.12. **Холинолитические средства** (атропин, метацин). Препараты блокируют вагусные рефлексы, тормозят секрецию желез.

#### **Схемы премедикации:**

Выбор схемы основан на особенностях каждого пациента, предстоящего вида анестезии и объема операции. Наибольшее распространение получили следующие схемы премедикации:

6.10.13. Детям в возрасте от 1 года до 8-10 лет вводят калипсол (в дозе 5мг/кг) и атропин (0,1 мг/кг или 0,1мл 1% раствора на 10 кг).

6.10.14. Детям в возрасте от 7 до 15 лет за 30-60 минут до операции в/м вводят 0,1мл 0,1% раствора атропина, в/м дополнительно вводят кетамин из расчета 5мг/кг.

6.10.15. Пациентам в возрасте от 15 лет и старше за 60 минут до операции в/м вводят 1% раствор атропина (0,1мг/кг), седуксен (сибазон) - 0,2мг/кг, 1% раствор димедрола (0,4мл на 10 кг), фентанил (0,02мг/кг) или 1% раствор морфина (0,2мг/кг).

6.10.16. Пациентам старше 15 лет с пороками и заболеваниями сердца и с повышенным коронарным риском назначают: снотворные (фенобарбитал - 0,5-1 мг/кг или ноксирон - 1,5мг), нейролептики (пипольфен - 0,5мг/кг), транквилизаторы (седуксен - 0,05-0,15мг/кг), наркотические анальгетики (1% раствор морфина - 0,1 мг/кг или 2% раствор промедола - 0,2мг/кг или 0,005% раствор фентанила - 0,01 мг/кг).

6.10.17. Взрослым за 60 минут до операции в/м вводят 1% раствор атропина (0,1 мг/кг), седуксен или реланиум (0,2мг/кг), 1% раствор морфина (0,2мг/кг) или 2% раствор промедола (0,4мг/кг) или 0,005% раствор фентанила (0,02мг/кг).

**Перед экстренной операцией** больным вводят наркотический анальгетик и атропин (промедол 2% — 1,0, + атропин — 0,01 мг/кг). По показаниям возможно введение антигистаминных средств.

Обычная схема премедикации включает в себя: За 30 мин до операции — промедол 2% — 1,0, +атропин (0,01 мг/кг), +димедрол (0,3 мг/кг).

#### **6.11. Анестезия.**

##### **Виды медицинской анестезии:**

**Общая анестезия, или наркоз** — полная потеря всей чувствительности, часто с разным уровнем нарушения сознания.

**Местная анестезия** — потеря чувствительности какого-то

|                            |                                                                                                    |                         |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| КГП на ПХВ<br>«БСМП» УЗ ОА | Документированная процедура<br><b>Правила организации<br/>анестезиологической помощи и седации</b> | Код: АХЛ.З-ПРВ.025.26   |
|                            |                                                                                                    | Версия: 3 от 06.01.2026 |
|                            |                                                                                                    | Страница 16 из 23       |

определенного участка тела. По участку блокирования передачи нервного импульса местная анестезия подразделяется на следующие подвиды:

6.11.1. Спинальная анестезия — блокирование передачи импульса на уровне корешков спинномозговых нервов путём введения анестетика в субдуральное пространство.

6.11.2. Эпидуральная анестезия — блокирование передачи импульса на уровне корешков спинномозговых нервов путём введения анестетика в эпидуральное пространство.

6.11.3. Комбинированная спинно-эпидуральная анестезия — комбинация спинальной и эпидуральной анестезии.

6.11.4. Проводниковая анестезия — блокирование передачи импульса на уровне ствола нерва или нервных сплетений.

6.11.5. Инфильтративная анестезия — блокирование передачи импульса на уровне болевых рецепторов и мелких нервных ветвей.

В зависимости от вида чувствительности, который нарушен, анестезия бывает:

- полная анестезия (блок всех видов чувствительности);
- частичная анестезия (блок определенного вида чувствительности).

**6.12. Преданестезиологическая оценка и осмотр пациента:** является основой составления плана анестезии для определения того, какие наблюдения из мониторинга во время анестезии и восстановления могут быть значительны, и использования послеоперационной анальгезии. Осмотр, проводимый перед анестезией, позволяет получить информацию необходимую для:

- определения проблем дыхательных путей;
- выбора анестезии и плана анестезиологической помощи;
- безопасного назначения подходящего анестетика на основе оценки пациента, определенных рисков и типа процедуры;
- интерпретации данных мониторинга жизненных функций пациента вовремя анестезии.

#### **6.12.1. Голодная пауза**

Рекомендуется придерживаться голодной паузы не менее 6 часов для плановых операций. В экстренном случае, когда показано проведение анестезии, но не была соблюдена голодная пауза, решение принимается на основании экстренности и необходимости глубины анестезии и промывается желудок зондовым методом.

#### **6.12.2. Риск анестезии.**

Система оценки Американской ассоциации анестезиологов (ASA) физического состояния пациента была первоначально введена как простое

|                            |                                                                                                    |                         |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| КГП на ПХВ<br>«БСМП» УЗ ОА | Документированная процедура<br><b>Правила организации<br/>анестезиологической помощи и седации</b> | Код: АХЛ.З-ПРВ.025.26   |
|                            |                                                                                                    | Версия: 3 от 06.01.2026 |
|                            |                                                                                                    | Страница 17 из 23       |

описание физического состояния пациента. Несмотря на кажущуюся простоту, она остается одной из немногих систем описания пациента, которая коррелирует с риском анестезии и операции. Однако оценка не отражает всех аспектов анестезиологического риска, поскольку она не учитывает таких критериев, как возраст или трудность интубации. Тем не менее, она чрезвычайно полезна и должна проводиться у всех пациентов перед операцией.

| Класс | Оценка                                                                                       |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| I     | Нормальный здоровый субъект                                                                  |
| II    | Пациенты с системными расстройствами средней тяжести                                         |
| III   | Пациенты с тяжелым системным некомпенсированным заболеванием                                 |
| IV    | Пациенты с некомпенсированным системным заболеванием, представляющим постоянную угрозу жизни |
| V     | Умирующие пациенты, у которых не ожидается выживания в течение 24 часов                      |
| E     | Добавляется как суффикс при экстренных операциях                                             |

### 6.12.3. Оценка риска:

Предоперационная оценка риска охватывает два широких вопроса:

- находится ли пациент в оптимальном состоянии для анестезии;
- превосходит ли ожидаемое от операции улучшение состояния анестезиологический риск, обусловленный сопутствующим заболеванием.

Каждая анестезиологическая процедура планируется и документируется, а анестезия и используемый метод записывается в медицинской карте стационарного больного.

Применение анестезии должно быть тщательно спланировано и записано в медицинской карте. План включает информацию о других осмотрах пациента и определяет необходимое анестезиологическое пособие, метод введения, другие медикаменты и препараты, растворы, методы мониторинга жизненно-важных функций физиологического состояния пациента: АД (каждые 15 минут), ЧСС, PS, So<sub>2</sub>, частота дыхания и адекватная вентиляция легких находятся под постоянным контролем и предполагаемую помощь в послеоперационном периоде. Анестетик, дозировка (если есть) и методы анестезирования документируются в медицинской карте.

**6.13. Использование реверсивных агентов.** Глубокая седация или сон, опиоидная анальгезия, депрессия дыхания центрального генеза, ретро- или антероградная амнезия, послеоперационный делирий, когнитивные нарушения, нейромышечная блокада — вот далеко не полный перечень остаточных

|                            |                                                                                                    |                         |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| КГП на ПХВ<br>«БСМП» УЗ ОА | Документированная процедура<br><b>Правила организации<br/>анестезиологической помощи и седации</b> | Код: АХЛ.3-ПРВ.025.26   |
|                            |                                                                                                    | Версия: 3 от 06.01.2026 |
|                            |                                                                                                    | Страница 18 из 23       |

эффектов анестезии, требующих обратимости. Врач, осуществляя анестезиологическое обеспечение (медикаментозная седация — МС), должен владеть принципами обратимости (реверсии) ее эффектов. Из сказанного следует, что реверсия возможна тремя путями:

- 1) естественным — за счет метаболизма использованных лекарственных средств агонистического действия;
- 2) индуцированным — применением специфических антагонистических препаратов к лекарственным средствам - агонистам;
- 3) посредством комбинации обоих путей.

В реализации такого подхода большое значение имеет фармакокинетика средств-агонистов (гипнотиков и анестетиков, опиоидов и мышечных релаксантов), которыми достигаются основные компоненты анестезиологического обеспечения. С учетом трудностей при дифференцировании основных причин остаточных медикаментозных депрессивных эффектов (так называемая постмедикация), особенно касающихся функции дыхания в восстановительном периоде.

Восстановление нейромышечной проводимости не исчерпывает необходимости применения других антагонистов для полноценной нормализации функционирования органов и систем после общей анестезии. В равной мере это можно отнести и к медикаментозной седации в процессе вмешательств: восстановление сознания не всегда предполагает адекватность самостоятельного дыхания, депримируемого опиоидом и т.д. С учетом значимости процесса социализации пациента после анестезии принцип агонист-антагонистической реверсии с использованием реверсивных агентов разной направленности и механизма действия представляется возможной и эффективной альтернативой традиционному подходу к спонтанному восстановлению после медикаментозной седации или общей анестезии. Нельзя исключить целесообразность этой методики и в некоторых других областях по седации и анестезии при отсутствии специальных показаний к пролонгированному восстановительному периоду.

#### **6.14. Пробуждение.**

**6.14.1. Пробуждение и мониторинг пациента:** по окончании процедуры пациент пробуждается на манипуляционном столе/ каталке; состояние пробуждения и решение о переводе принимает врач и документируется в медицинской карте. Непрерывно проводится мониторинг параметров: насыщенность кислорода, АД, ЧДД, пульс и документируется не реже, чем каждые 15 минут.

**6.14.2.** После пробуждения умеренной и глубокой седации врач должен убедиться, что достигнуты критерии пробуждения:

- жизненно важные функции (как правило, частота сердечных сокращений, артериальное давление и частота дыхания, температура тела,) вернулись к нормальному уровню;
- пациент бодрствует (или возвращается к исходному уровню сознания), и нет риска потери сознания;

|                            |                                                                                                    |                         |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| КГП на ПХВ<br>«БСМП» УЗ ОА | Документированная процедура<br><b>Правила организации<br/>анестезиологической помощи и седации</b> | Код: АХЛ.З-ПРВ.025.26   |
|                            |                                                                                                    | Версия: 3 от 06.01.2026 |
|                            |                                                                                                    | Страница 19 из 23       |

- осуществлена профилактика тошноты, рвоты и оценка боли.

6.14.3. После пробуждения решение врача и его рекомендации по переводу (передача в клиническое отделение) и дальнейшему лечению основывается на состоянии пациента и документируется в медицинской карте.

#### 6.15. Оценка уровня сознания - Шкала Глазго (GCS-Glasgow Coma Score).

Состояние больного, согласно шкале комы Глазго, оценивается по трем признакам, каждый из которых оценивается в баллах. Баллы суммируются.

##### 1) Открывание глаз:

- спонтанное - 4 балла;
- как реакция на голос - 3 балла;
- как реакция на боль - 2 балла;
- отсутствует - 1 балл.

##### 2) Речевая реакция:

• пациент ориентирован, дает быстрый и правильный ответ на заданный вопрос - 5 баллов

- пациент дезориентирован, спутанная речь - 4 балла
- словесная окрошка, ответ по смыслу не соответствует вопросу - 3 балла
- нечленораздельные звуки в ответ на заданный вопрос - 2 балла
- отсутствие речи - 1 балл

##### 3) Двигательная реакция:

• выполнение движений по команде - 6 баллов;  
• целесообразное движение в ответ на болевое раздражение (отталкивание) - 5 баллов;

- отдергивание конечности в ответ на болевое раздражение - 4 балла;
- патологическое сгибание в ответ на болевое раздражение - 3 балла;
- патологическое разгибание в ответ на болевое раздражение - 2 балла;
- отсутствие движений - 1 балл.

#### Интерпретация полученных результатов по шкале комы Глазго:

15 баллов - сознание ясное;

13-14 баллов – оглушение;

9-12 баллов – сопор;

4-8 баллов – кома;

3 балла - гибель коры.

| Критерии перевода пациента                    | Балл |
|-----------------------------------------------|------|
| <b>Цвет кожи и видимых слизистых</b>          |      |
| Розовый                                       | 2    |
| Бледный или серый                             | 1    |
| Цианотичный                                   | 0    |
| <b>Дыхание</b>                                |      |
| Больной способен глубоко дышать и кашлять     | 2    |
| Дыхание поверхностное, но газообмен адекватен | 1    |

|                            |                                                                                                    |                         |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| КГП на ПХВ<br>«БСМП» УЗ ОА | Документированная процедура<br><b>Правила организации<br/>анестезиологической помощи и седации</b> | Код: АХЛ.3-ПРВ.025.26   |
|                            |                                                                                                    | Версия: 3 от 06.01.2026 |
|                            |                                                                                                    | Страница 20 из 23       |

|                                               |   |
|-----------------------------------------------|---|
| Апноэ или обструкция дыхательных путей        | 0 |
| <b>Кровообращение</b>                         |   |
| АД в пределах 20% от нормы                    | 2 |
| АД в пределах 20-50% от нормы                 | 1 |
| АД отличается от нормы более чем на 50%       | 0 |
| <b>Сознание</b>                               |   |
| Бодрствует, доступен к контакту, ориентирован | 2 |
| Просыпается, но вновь легко засыпает          | 1 |
| Не реагирует на внешние стимулы               | 0 |
| <b>Активность</b>                             |   |
| Активные движения во всех конечностях         | 2 |
| Активные движения в двух конечностях          | 1 |
| Движения в конечностях отсутствуют            | 0 |
| Итого:                                        |   |

9-10 баллов: перевод пациента на обычное мониторирование.

7-8 баллов: это непрерывное мониторирование, присутствие бдительного врача в течение всего периода, до улучшения показателей баллов.

Ниже 7 баллов: продолжить наблюдение, мониторирование в том режиме: как при седации и анестезии, до улучшения показателей баллов.

## 7. Документирование:

7.1. Информированное согласие на анестезиологическое пособие;

7.2. Осмотр анестезиолога в медицинской карте стационарного больного;

7.3. Наркозная карта, записи в палате пробуждения.

## 8. Ссылки:

8.1. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 апреля 2023 года № 78 «Об утверждении стандарта организации оказания анестезиологической и реаниматологической помощи в Республике Казахстан».

8.6. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 21 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-299/2020. «Об утверждении правил аккредитации в области здравоохранения»

8.7. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 ноября 2021 года № ҚР ДСМ – 111 «Об утверждении стандартов аккредитации медицинских организаций»

8.8. Стандарты аккредитации Международной объединенной комиссии (Joint Commission International Accreditation Standards for Hospital – 7th Edition) для больниц, 7-е издание, 2021., США.

### Лист регистрации изменений

[illegible]

|                            |                                                                                                    |                         |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| КГП на ПХВ<br>«БСМП» УЗ ОА | Документированная процедура<br><b>Правила организации<br/>анестезиологической помощи и седации</b> | Код: АХЛ.3-ПРВ.025.26   |
|                            |                                                                                                    | Версия: 3 от 06.01.2026 |
|                            |                                                                                                    | Страница 22 из 23       |

**Лист ознакомления**

| №  | Ф.И.О. | Должность | Дата | Подпись |
|----|--------|-----------|------|---------|
| 1  |        |           |      |         |
| 2  |        |           |      |         |
| 3  |        |           |      |         |
| 4  |        |           |      |         |
| 5  |        |           |      |         |
| 6  |        |           |      |         |
| 7  |        |           |      |         |
| 8  |        |           |      |         |
| 9  |        |           |      |         |
| 10 |        |           |      |         |
| 11 |        |           |      |         |
| 12 |        |           |      |         |
| 13 |        |           |      |         |
| 14 |        |           |      |         |
| 15 |        |           |      |         |