

Приказ

Об утверждении Стандарта организации оказания нефрологической помощи в Республике Казахстан

В соответствии с подпунктом 32) статьи 7 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения" приказываю:

1. Утвердить стандарт организации оказания нефрологической помощи в Республике Казахстан согласно приложению к настоящему приказу.
2. Признать утратившими силу некоторые приказы Министерства здравоохранения Республики Казахстан согласно приложению 1 к настоящему приказу.
3. Департаменту организации медицинской помощи Министерства здравоохранения Республики Казахстан в установленном законодательством Республики Казахстан порядке обеспечить:
 - 1) государственную регистрацию настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан;
 - 2) размещение настоящего приказа на интернет-ресурсе Министерства здравоохранения Республики Казахстан после его официального опубликования;
 - 3) в течение десяти рабочих дней после государственной регистрации настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан представление в Юридический департамент Министерства здравоохранения Республики Казахстан сведений об исполнении мероприятий, предусмотренных подпунктами 1) и 2) настоящего пункта.
4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на курирующего вице-министра здравоохранения Республики Казахстан.
5. Настоящий приказ вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования.

**Министр здравоохранения
Республики Казахстан
А. Гиният**

Приложение к приказу
Министр здравоохранения
Республики Казахстан
от 14 октября 2022 года
№ ҚР ДСМ-114

**Стандарт
организации оказания нефрологической помощи в Республике Казахстан**

Глава 1. Общие положения

1. Настоящий стандарт организации оказания нефрологической помощи в Республике Казахстан (далее – Стандарт) разработан в соответствии с подпунктом 32) статьи 7 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения" (далее – Кодекс) и устанавливает требования к организации оказания нефрологической помощи в Республике Казахстан.

2. Термины и определения, используемые в настоящем Стандарте:

1) автоматизированный перитонеальный диализ (далее – АПД) – метод перитонеального диализа, который осуществляется с помощью специальных аппаратов (циклеров), обеспечивающих введение и выведение диализного раствора без участия пациента (циклер по заданной программе осуществляет автоматические циклы замены раствора в брюшной полости), а также плазмаферез с модификациями, плазмообмен, плазмасорбция и гемосорбция, альбуминовый диализ, в том числе однопоточный альбуминовый диализ в соответствии с КП;

2) профильный специалист – медицинский работник с высшим медицинским образованием, имеющий сертификат в области здравоохранения;

3) гемодиализ (далее – ГД) – метод, основанный на принципе диффузионного и фильтрационного переноса через полупроницаемую мембрану низкомолекулярных субстанций и жидкости между циркулирующей экстракорпорально кровью и диализирующим раствором с целью удаления из организма токсических продуктов обмена веществ, нормализации нарушений водного и электролитного балансов, проводимый на аппарате "Искусственная почка";

4) заместительная почечная терапия (далее – ЗПТ) – совокупность методов, применяемых в целях удаления токсичных веществ и лишней жидкости, скопившихся в теле человека в связи с почечной недостаточностью и другими причинами;

5) динамическое наблюдение – систематическое наблюдение за состоянием здоровья пациента, а также оказание необходимой медицинской помощи по результатам данного наблюдения;

6) клинический протокол (далее – КП) – научно доказанные рекомендации по профилактике, диагностике, лечению, медицинской реабилитации и паллиативной медицинской помощи при определенном заболевании или состоянии пациента;

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

8) мультидисциплинарная группа (далее – МДГ) – группа различных специалистов, формируемая в зависимости от характера нарушения функций и структур организма пациента, тяжести его клинического состояния;

9) онлайн-гемодиализация (далее – оГДФ) – метод, основанный на принципе диффузионного, фильтрационного и конвекционного переноса через полупроницаемую мембрану низко- и среднемолекулярных субстанций и жидкости между циркулирующей экстракорпорально кровью и диализирующим раствором с внутривенным введением раствора замещения, проводимый на аппарате "Искусственная почка", в варианте on-line замещающий раствор готовится аппаратом "Искусственная почка" путем стерилизующей фильтрации диализата;

10) гарантированный объем бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП) – объем медицинской помощи, предоставляемой за счет бюджетных средств;

11) постоянный амбулаторный перитонеальный диализ (далее – ПАПД) – метод перитонеального диализа, в котором замена диализирующего раствора в брюшной полости (несколько раз в сутки) проводится самостоятельно пациентам в амбулаторных условиях (в домашних условиях);

12) ультрафильтрация (далее – УФ) продолженная заместительная почечная терапия (далее – ЗПТ) с модификациями, перитонеальный диализ (далее – ПД) – метод заместительной почечной терапии, основанный на принципе диффузионного обмена, фильтрационного и конвекционного переноса через "перитонеальную мембрану" (брюшину) низко- и среднемолекулярных и белковых субстанций, а также жидкости из крови в диализирующий раствор, находящийся в полости брюшины.

Глава 2. Структура, основные направления и порядок оказания нефрологической помощи

Параграф 1. Общие положения

3. Для организации оказания нефрологической помощи в Республике Казахстан в структуре медицинской организации (далее – МО) организуются следующие подразделения:

1) специализированный нефрологический кабинет (далее – Кабинет) в поликлиниках (областного, районного, городского уровней), консультативно-диагностическом отделении многопрофильных стационаров, консультативно-диагностических центрах, отделениях и (или) центрах диализа (далее – ОД и (или) ЦД) независимо от форм собственности;

2) нефрологическое отделение в структуре многопрофильных больниц (детских, взрослых) на городском, областном уровнях, городов республиканского значения и научных организаций или нефрологические койки в структуре многопрофильных больниц (детских, взрослых) на районном и городском уровнях, независимо от форм собственности;

3) отделение диализа (далее – ОД) в условиях круглосуточного стационара и центр диализа (далее – ЦД) в стационарозамещающих условиях (взрослые и (или) детские) на районном, городском, областном, республиканском уровнях и в научных организациях, независимо от форм собственности;

4) нефрологический центр организовывается при наличии нефрологического отделения, коек, и (или) отделения диализа в условиях круглосуточного стационара и центра диализа в стационарозамещающих условиях (взрослые и (или) детские), находящееся в одном МО на городском, областном уровнях, научных организациях республиканского значения. Дополнительно в состав нефрологического центра входят: Кабинет, отделение медицинской реабилитации для нефрологических пациентов.

4. К ЗПТ относят диализ (гемо- и перитонеальный) и трансплантацию почки, которая позволяет восстановить весь спектр утраченных функций почек. Методы ЗПТ подразделяются на интермиттирующие и продленные. Интермиттирующие методы характеризуются длительностью процедуры не более 6 часов. Продленные подразделяются на интермиттирующие (8-12 часов) и продолжительные (12-24 часа).

5. Основными направлениями деятельности МО, оказывающих нефрологическую помощь, являются:

1) организация и проведение мероприятий, направленных на раннюю диагностику, профилактику прогрессирования и развития осложнений, лечение и снижение заболеваемости, инвалидизации и смертности от заболеваний мочевыделительной системы, увеличение продолжительности и улучшение качества жизни пациентов с хронической болезнью почек (далее – ХБП), в том числе продление додиализной стадии;

2) оказание медицинской помощи пациентам с патологией органов мочевыделительной системы (острые и хронические гломерулярные и интерстициальные заболевания почек, пороки развития почек и мочевыделительной системы, вторичное поражение почек при сахарном диабете, сердечно-сосудистой патологии и аутоиммунных заболеваниях, мочекаменной болезни, состояние после трансплантации почки, острая почечная недостаточность или острое повреждение почек (далее – ОПП) и ХБП с соблюдением преемственности на всех этапах лечения в соответствии с КП;

3) учет и динамическое наблюдение пациентов с ОПП, ХБП 3-5 стадий, в том числе пациентов, перенесших трансплантацию почки, полиорганную недостаточность, получающих ЗПТ и другие виды эфферентной терапии;

4) оказание информационно-консультативной и организационно-методической помощи населению и субъектам здравоохранения по вопросам заболеваний почек;

5) участие и проведение научно-исследовательской деятельности, внедрение инновационных технологий в области клинической нефрологии;

6) обеспечение интеграции информационных систем (далее – ИС), применяемых в МО, с существующими ИС.

6. Специализированная медицинская помощь пациентам с заболеваниями почек оказывается профильными специалистами и включает проведение ЗПТ специализированными методами лечения (программный гемодиализ (далее – ПГД), ПАПД, АПД, оГДФ, ГФ, УФ) или трансплантацией почки.

7. Высокотехнологичная медицинская помощь (далее – ВТМП) пациентам с заболеваниями почек оказывается профильными специалистами в соответствии с Правилами оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, утвержденными приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 8 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-238/2020 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21746).

8. Паллиативная помощь пациентам с заболеваниями почек оказывается в соответствии со Стандартом организации оказания паллиативной медицинской помощи, утвержденным приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 27 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-209/2020 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21687).

9. Медицинская реабилитация пациентов нефрологического профиля, в том числе получающих комплекс специализированных методов замещения выделительной функции почек или ЗПТ, осуществляется в соответствии с Правилами оказания медицинской реабилитации, утвержденными приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 октября 2020 года № ҚР ДСМ-116/2020 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21381).

10. МО обеспечивают ведение медицинской документации в соответствии с приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № ҚР-ДСМ-175/2020 "Об утверждении форм учетной документации в области здравоохранения" (далее – приказ № ҚР-ДСМ 175/2020) (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21579) и отчетную документацию в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 22 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-313/2020 "Об утверждении форм отчетной документации в области здравоохранения" (далее – приказ № ҚР ДСМ-313/2020) (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21879).

11. Нефрологическая помощь оказывается на уровнях оказания медицинской помощи, предусмотренных в статье 116 Кодекса, предоставляется в формах, указанных в статье 117 Кодекса, и согласно КП.

12. Нефрологическая помощь оказывается:

1) в амбулаторных условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения, в том числе в приемных отделениях круглосуточных стационаров;

2) в стационарных условиях, предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение, лечение, уход, а также предоставление койко-места с питанием, в том числе при случаях терапии и хирургии "одного дня", предусматривающих круглосуточное наблюдение в течение первых суток после начала лечения;

3) в стационарозамещающих условиях, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения и предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время с предоставлением койко-места;

4) вне МО:

1) использование медицинской авиации для доставки пациента, нуждающегося в медицинском сопровождении в МО по месту жительства для продолжения лечения из МО вторичного и третичного уровней оказания медицинской помощи;

2) для доставки медицинского персонала и медицинских изделий для оказания терапии методами экстракорпоральной гемокоррекции, передвижных (полевых) медицинских комплексах и медицинских поездах, полевых госпиталях, трассовых медико-спасательных пунктах;

3) при оказании дистанционных медицинских услуг.

13. Скорая медицинская помощь, в том числе с привлечением медицинской авиации пациентам с заболеваниями почек, осуществляется в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-225/2020 "Об утверждении правил оказания скорой медицинской помощи, в том числе с привлечением медицинской авиации (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21713).

14. Организацию и координацию оказания нефрологической помощи в соответствии с настоящим Стандартом осуществляет руководитель МО, имеющей в составе нефрологическое отделение/нефрологические койки, определенной приказом местных исполнительных органов (далее – МИО) области, городов республиканского значения и столицы.

Параграф 2. Порядок организации оказания нефрологической помощи в амбулаторных условиях

15. ПМСП (далее – первичная медико-санитарная помощь) пациентам с заболеваниями почек оказывается врачами общей практики (семейными врачами), участковыми терапевтами, педиатрами, фельдшерами, акушерами, медицинскими сестрами расширенной практики (общей практики), участковыми медицинскими сестрами, социальными работниками, психологами в области здравоохранения.

16. Ранняя диагностика и диспансерное наблюдение за пациентами в амбулаторных условиях проводится в соответствии с КП.

17. Нефрологическая помощь включает в себя:

1) осмотр врачом, выявление признаков поражения почек и проведение клинико-диагностических исследований в соответствии с КП для определения стадии, этиологии и степени активности заболеваний;

2) направление пациента на оказание консультативно-диагностической помощи с оформлением выписки из медицинской карты амбулаторного пациента по форме № 097/у в соответствии с приказом № ҚР-ДСМ 175/2020 и отчетную документацию в соответствии с приказом № ҚР ДСМ-313/2020, с внесением данных в медицинскую информационную систему (далее – МИС);

3) формирование групп риска развития, профилактика прогрессирования и развития осложнений ХБП в зависимости от стадии и нозологических форм, а также учет и динамическое наблюдение пациентов с заболеваниями почек проводится специалистами ПМСП с учетом рекомендаций нефрологов в соответствии с КП;

4) отбор и направление на госпитализацию в МО для оказания специализированной медицинской помощи и ВТМП с учетом рекомендаций врачей нефрологов и МДГ в соответствии с КП;

5) динамическое наблюдение за пациентами с поражением почек различного генеза, в том числе в послеоперационном (посттрансплантационном) периоде, включающее мониторинг активности заболевания, контроль и коррекцию иммуносупрессивной терапии, в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 октября 2020 года № ҚР ДСМ 149/2020 "Об утверждении правил организации оказания медицинской помощи лицам с хроническими заболеваниями, периодичности и сроков наблюдения, обязательного минимума и кратности диагностических исследований" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21513);

6) медицинскую реабилитацию пациентов с нефрологическими заболеваниями, ХБП и ОПП, в том числе получающих диализную терапию и перенесших операцию после трансплантации почки (включая мониторинг концентрации препаратов иммуносупрессивной терапии, профилактику и своевременное выявление инфекционных осложнений);

7) организацию и мониторинг обеспечения пациентов с заболеваниями почек (включая пациентов на ЗПТ) лекарственными средствами согласно приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 августа 2021 года № ҚР ДСМ-75 "Об утверждении Перечня лекарственных средств и медицинских изделий для бесплатного и (или) льготного амбулаторного обеспечения отдельных категорий граждан Республики Казахстан с определенными заболеваниями (состояниями)" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 23885);

8) проведение экспертизы временной нетрудоспособности в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 18 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-198/2020 "Об утверждении правил проведения экспертизы временной нетрудоспособности, а также выдачи листа или справки о временной нетрудоспособности" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21660);

9) направление на проведение медико-социальной экспертизы для определения и установления инвалидности в соответствии с приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30 января 2015 года № 44 "Об утверждении Правил проведения медико-социальной экспертизы" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 10589);

10) регистрацию и регулярное внесение данных пациентов с ХБП 1-5 стадии, ОПП всех стадий согласно международной классификации ОПП по RIFLE (Райфл): Risk (Риск), Injury (Инжури), Failure (Фэйлз), Lost (Лост), End Stage Renal Disease (Энд Стэйдж Ренал Дизиз) в ИС МО с указанием стадии ХБП для мониторинга, своевременного начала ЗПТ и обеспечения преемственности маршрута пациентов. При недоступности или отсутствии ИС, регистрация пациентов осуществляется в Электронный регистр ХБП.

Регистрация пациентов с ХБП с 1 по 3а стадиями проводится ежегодно врачами общей практики (семейными врачами), участковыми терапевтами, педиатрами на уровне ПМСП. Регистрация пациентов с ХБП 3б-5 стадиями проводится врачами нефрологами поликлиники, Кабинета, нефрологического центра.

18. Консультативно-диагностическую помощь пациентам с заболеваниями почек в амбулаторных условиях оказывает врач нефролог, врач общей практики, другие профильные специалисты согласно КП.

19. Основными функциями Кабинета являются:

1) оказание специализированной медицинской помощи пациентам с заболеваниями почек и лицам с высоким риском их развития по направлению врача ПМСП;

2) организация и проведение динамического наблюдения лиц со следующей патологией:

1. после перенесенной ОПП;

2. после трансплантации почки;

3. первичные и вторичные поражения почек различной этиологии;

4. ХБП 3-5 стадии;

3) коррекция факторов прогрессирования ХБП (артериальная гипертензия, сахарный диабет, анемия, сердечная недостаточность) для обеспечения мониторинга и контроля эффективности амбулаторного лекарственного обеспечения;

- 4) направление пациентов на обследование и консультацию;
- 5) выдача рекомендаций в решении вопросов о временной нетрудоспособности и инвалидности при болезнях почек и смежной патологии;
- 6) отбор и направление пациентов с заболеваниями почек на специализированное лечение в стационарных или стационарозамещающих условиях в соответствии с КП;
- 7) плановая подготовка, отбор и направление пациентов с заболеваниями почек для своевременного оказания ВТМП (органозамещающих методов лечения), в том числе ЗПТ (ГД, ПД) в ОД и (или) ЦД по решению МДГ, на трансплантацию почки для включения в лист ожидания в соответствии с КП;
- 8) ведение и мониторинг состояния пациентов, перенесших операцию по трансплантации почки в соответствии с КП;
- 9) внедрение в практику новых методов нефропротективной терапии, диагностики и лечения пациентов с заболеваниями почек;
- 10) преемственность и взаимодействие с врачами по специальности "Врач общей практики", "Педиатрия" по месту прикрепления;
- 11) анализ статистических данных по заболеваниям почек среди прикрепленного (обслуживаемого) населения и ведение учетной и отчетной документации с ведением электронного регистра диспансерных пациентов (далее – ЭРДБ) с ХБП 3-5 стадией, электронного регистра ХБП, в том числе пациентов, получающих ЗПТ;
- 12) организация и участие в проведении "школы для пациентов с заболеваниями почек";
- 13) участие в составлении заявки на лекарственные средства и медицинские изделия с целью обеспечения пациентов с ХБП в амбулаторных условиях;
- 14) координация потока пациентов с ОПП и ХБП, координация маршрута движения пациента и обеспечение преемственности при оказании нефрологической помощи, в соответствии с КП;
- 15) занесение данных в ИС МО, интегрированную с существующими ИС, применение цифровых и онлайн технологий для систематизации данных, формирование отчетности и отслеживание динамики индикаторов.

Параграф 3. Координация и преемственность на этапах и уровнях оказания медицинской помощи пациентам с хронической болезнью почек

20. На уровне области, городов республиканского значения и столицы приказом МИО определяется ответственный координатор нефрологической помощи региона (далее – ответственный координатор региона).
21. На уровне ПМСП, консультативно-диагностической помощи и стационара назначается координатор оказания нефрологической помощи (далее – КОНП) из числа медицинских работников МО, прошедших курсы повышения квалификации по раннему выявлению и ведению пациентов с ХБП, утвержденный приказом первого руководителя.
22. В задачи КОНП входит:
 - 1) сбор информации в МО о наличии пациентов с ОПП и ХБП;

- 2) формирование Регистра ХБП;
- 3) предоставление отчетности ответственному координатору региона;
- 4) консультативная помощь врачам ПМСП;
- 5) обучение врачей ПМСП вопросам ранней диагностики и ведения пациентов с ОПП и ХБП, выставлению маркеров в ИС;
- 6) координация потока пациентов с ОПП и ХБП в МО и далее по маршруту пациента.

23. Весь период обследования пациентов с заболеваниями почек в амбулаторных условиях отображается в ИС с указанием маркеров:

1. Специалист ПМСП при наличии выписки из ЭРСБ с диагнозом N00-N08, а также впервые установленном диагнозе N00-N08 на амбулаторном уровне выставляет маркер Гломерулярные болезни (далее – "ГлБ") и направляет пациента к нефрологу в течение трех рабочих дней; маркер "ГлБ" снимается при постановке на диспансерный учет (далее – Д-учет) с диагнозами N00-N08 в соответствии с кодом международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее – МКБ 10);

2. Специалист ПМСП выставляет маркер "Д-учет с ГлБ" при наступлении обоих событий в любой последовательности:

- 1) Д-учет с диагнозами N00-N08 в соответствии с МКБ 10;
- 2) выписка со стационара с диагнозами из: N00-N08 в соответствии с МКБ 10;
- 3) при впервые установленном диагнозе N00-N08 в соответствии с МКБ 10 на амбулаторном уровне.

Специалист ПМСП после консультации нефролога проводит дообследование и наблюдает пациента согласно рекомендациям. Маркер "Д-учет с ГлБ" снимается при снятии с учета после консультации нефролога.

3. Специалист ПМСП выставляет маркер "ХБП" при наступлении событий в любой последовательности:

- 1) при выписке из ЭРСБ с диагнозами N18.1-N18.5; N18.9 в соответствии с МКБ 10;
- 2) при отторжении трансплантированной почки T86.1 в соответствии с МКБ 10;
- 3) при СКФ менее 90мл/мин.

Маркер снимается при постановке на Д-учет с диагнозами N18.1-N18.5; N18.9 в соответствии с МКБ 10.

4. Специалист ПМСП выставляет маркер "Д-учет с ХБП" при наступлении обоих событий в любой последовательности:

- 1) Д-учет с диагнозами N18.1-N18.5; N18.9 в соответствии с МКБ 10;
- 2) выписка из стационара с диагнозами N18.1-N18.5; N18.9 в соответствии с МКБ 10;
- 3) при отторжении трансплантированной почки T86.1 в соответствии с МКБ 10.

Маркер "Д-учет с ХБП" снимается при наступлении смерти пациента.

5. Специалист ПМСП выставляет маркер "ОПП" при выписке из ЭРСБ с диагнозом N17, N19 в соответствии с МКБ 10, а также пациентам, которые не прошли МДГ, но получают гемодиализ до 3-х месяцев после установки диагноза.

Маркер "ОПП" снимается при выздоровлении от ОПП или при постановке на Д- учет с диагнозами N18.1-N18.5; N18.9 в соответствии с МКБ 10.

24. Для обеспечения индивидуального подхода и выбора тактики оказания медицинской помощи пациентам, нуждающимся в ЗПТ, в МО, имеющей нефрологическое отделение/ койки в составе многопрофильного стационара, создаются МДГ.

Состав МДГ формируется под руководством КОНП стационара, в составе врача нефролога, лечащего врача, терапевта и профильных специалистов по необходимости.

25. Функциями МДГ являются:

1) определение показаний к плановому началу ЗПТ в соответствии с критериями, установленными настоящим Стандартом и КП, коллегиальный выбор методов диагностики, тактики лечения и модальности выбора ЗПТ;

2) принятие решения о продолжении, начале и прекращении гемодиализа больным с острой почечной недостаточностью (далее – ОПН) и ХБП, начале в виде ЗПТ у больных с терминальной хронической почечной недостаточностью (далее –ТХПН), переводе с одного вида ЗПТ на другой, направлении на трансплантацию почки, коррекция индивидуальной программы ЗПТ;

3) оценка кандидатов (пациентов) на трансплантацию почки и включение в регистр потенциальных реципиентов органов (далее – регистр) проводится в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-226/2020 "Об утверждении правил формирования и ведения регистра" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21717) и согласия пациента на сбор и обработку персональных данных;

4) отбор пациентов на трансплантацию осуществляется на основании решения МДГ центров трансплантаций;

5) разъяснение пациенту в доступной форме принципов лечения и предоставление права выбора вида лечения;

6) предоставление пациенту информации обо всех имеющихся в регионе его проживания, по принципу территориальной доступности, ОД и (или) ЦД, или нефрологических центров согласно утвержденного МИО списка.

26. Заключение МДГ оформляется согласно приложению 1 к настоящему Стандарту КОНП стационара за подписью главного врача МО и отправляется ответственному координатору региона, в фонд социального медицинского страхования (далее-ФСМС) по электронной почте, а также выдается на руки пациенту и вносится в информационную систему (далее – ИС), медицинскую карту амбулаторного пациента по форме № 052/У (далее – Медицинская карта амбулаторного пациента) и (или) медицинскую карту стационарного пациента по форме № 001/У (далее – Медицинская карта стационарного пациента), утвержденные приказом № ҚР-ДСМ 175/2020 и отчетную документацию в соответствии с приказом № ҚР ДСМ-313/2020, с последующим автоматическим формированием записи в журнале заседаний МДГ.

С целью включения в регистр и мониторинга потенциального реципиента почки согласно пунктам 8, 9 и 18 приказа министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 ноября 2020 года № ДСМ-226/2020 "Об утверждении правил формирования и ведения регистра" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21717), заключение МДГ передается в РГП на ПХВ "Республиканский центр по координации трансплантации и высокотехнологичных медицинских услуг".

27. При выявлении на уровне ПМСП пациента с ХБП 4-5 стадии, нуждающегося в ЗПТ, КОНП направляет его в плановом или экстренном порядке в стационар, имеющий нефрологические койки, где проводится МДГ с участием КОНП стационара.

Параграф 4. Порядок организация оказания заместительной почечной терапии

28. Обеспечение индивидуального подхода и выбора методов диагностики, тактики лечения и динамического наблюдения, мониторинг эффективности лечения пациентов с заболеваниями почек на ЗПТ проводится профильным специалистом на районном, городском, областном, республиканском уровнях и в научных организациях, независимо от форм собственности.

29. ЗПТ при ОПП проводится в круглосуточном стационаре по показаниям в соответствии с КП и настоящим Стандартом.

30. Показания для экстренного проведения внепочечного очищения крови у пациентов с ОПП, показатели адекватности процедур ЗПТ при ОПП, показания для проведения продолженных методик ЗПТ регламентированы КП и настоящим Стандартом.

31. Перевод пациентов с ОПП стадиями L, E (RIFLE) (Райфл) из стационара с круглосуточным наблюдением на ЗПТ в стационарозамещающих условиях производится по заключению МДГ, в соответствии с критериями КП и настоящим Стандартом.

32. Ежемесячно ОД и (или) ЦД осуществляет мониторинг функции почек пациентов с ОПП, переведенных из стационарных условий в стационарозамещающие условия до восстановления функции почек. При стойкой утрате функции почек повторным решением МДГ пациент переводится на ЗПТ.

33. Экстренная и плановая госпитализация пациентов с ХБП для решения вопроса проведения ЗПТ осуществляется в круглосуточном стационаре в соответствии с пунктом 46 настоящего Стандарта.

34. Решение о проведении экстренной процедуры ЗПТ пациентам с ОПП и ХБП 5 стадией принимает врач-нефролог ОД и (или) ЦД, врач реаниматолог-анестезиолог в соответствии с пунктами 44 и 47 настоящего Стандарта.

35. Плановый отбор пациентов с ХБП 4-5 стадиями на ЗПТ осуществляется врачом нефрологом в составе МДГ и с показаниями, обозначенными в пункте 45 настоящего Стандарта.

36. Пациенту с ХБП 5 стадией до начала ЗПТ врачом ПМСП или врачом ОД и (или) ЦД предоставляется информация о видах ЗПТ.

37. ГД в ОД и (или) ЦД проводится стандартно не менее 12 часов в неделю, увеличение или уменьшение кратности процедур осуществляется в соответствии с показаниями, определенными в пункте 49 настоящего Стандарта.

38. ПД проводится самим пациентом на уровне стационара на дому, под контролем врача нефролога ОД и (или) ЦД. Программа ПД – не менее 4 обменов в сутки в соответствии с КП.

Мониторинг состояния пациентов региона, получающих ПД проводит ОД и (или) ЦД, определенное уполномоченным органом.

39. Прием пациента в ОД и (или) ЦД осуществляется при наличии результатов обследования на вирусы гепатитов С, В, данных вакцинации и (или) ревакцинации при гепатите В.

40. Пациенты, получающие ПАПД и (или) АПД амбулаторно на дому, проходят регулярное клинико-диагностическое обследование по месту прикрепления, обеспечиваются необходимыми расходными материалами, медицинскими изделиями (далее – МИ) в ОД и (или) ЦД, в соответствии с КП ХБП. Лекарственными средствами пациенты, получающие ПАПД и (или) АПД, обеспечиваются по месту прикрепления согласно приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан от 20 августа 2021 года № ҚР ДСМ-89 "Об утверждении правил обеспечения лекарственными средствами и медицинскими изделиями в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования, а также правил и методики формирования потребности в лекарственных средствах и медицинских изделиях в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 24069).

41. Ведение, мониторинг состояния пациента и адекватности ПАПД и (или) АПД осуществляет врач нефролог ОД и (или) ЦД согласно КП.

42. Пациенты с осложнениями ПАПД и (или) АПД терапии, подлежат госпитализации в стационарных условиях.

43. Эффективность ЗПТ оценивается достигнутыми целевыми показателями в соответствии с пунктами 51 и 52 настоящего Стандарта.

44. Осложнения, не поддающиеся коррекции консервативными методами, при которых показано начало ЗПТ:

- 1) перегрузка объемом и (или) гипертензия;
- 2) гиперкалиемия;
- 3) метаболический ацидоз;
- 4) рефрактерная анемия;
- 5) неконтролируемая гиперфосфатемия;
- 6) быстрая потеря веса и ухудшение нутриционного статуса.

45. Показанием к плановому переводу на программную заместительную почечную терапию является уровень скорости клубочковой (гломерулярной) фильтрации (далее – СКФ):

- 1) СКФ ≤ 6 мл/мин является абсолютным показанием для начала терапии;

2) СКФ <10 мл/мин – при наличии одного и более симптомов уремии: неконтролируемая гипергидратация и отеки, неконтролируемая гипертензия, прогрессивное нарушение нутритивного статуса и кислотно-основного состояния;

3) СКФ \leq 20 мл/мин – у пациентов высокого риска, (неконтролируемые отеки, при диабетической нефропатии и нефротическом синдроме, пациенты с низкой сердечной фракцией, коморбидными состояниями).

Пациентам с анурией или олигурией (диурез <600 мл/сутки) рекомендуется проводить сеансы ГД не менее 3 раз в неделю с общим эффективным диализным временем более 720 минут.

Пациентам с суточным диурезом >600 мл рекомендуется в индивидуальном порядке рассмотреть возможность начать лечение ГД с уменьшением частоты сеансов (1-2 раза в неделю) и/или общего эффективного диализного времени (240-690 минут в неделю).

46. Экстренная госпитализация пациента в стационар с наличием диализных аппаратов, а при отсутствии стационара в регионе – в ОД и (или) ЦД для проведения ЗПТ осуществляется в соответствии с Правилами оказания медицинской помощи в стационарных условиях, утвержденных приказом министра здравоохранения Республики Казахстан от 24 марта 2022 года № 27 "Об утверждении Стандарта оказания медицинской помощи в стационарных условиях в Республике Казахстан" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 27218).

47. Абсолютными показаниями к экстренной заместительной почечной терапии у пациентов с ХБП 4-5 стадии и/или подозрением на ОПП являются:

1) мочевины сыворотки крови свыше 37,5 ммоль/л, снижение СКФ <5 мл/мин (у пациентов сахарным диабетом – при СКФ <10 мл/мин);

2) некорригируемая гиперкалиемия свыше 6,5 ммоль/л с характерными изменениями на ЭКГ;

3) гипермагниемия >4 ммоль/л с анурией и отсутствием глубоких сухожильных рефлексов;

4) рН (пиаш) крови менее 7,15;

5) гиперволемию, нечувствительную к диуретикам;

6) угрожающие клинические проявления в виде отека головного мозга и легких, уремическое коматозное или предкоматозное состояние, клинические проявления уремической энцефалопатии, уремического перикардита, плеврита, синдрома уремической кровоточивости, постоянной рвоты, анемии уремического генеза, не поддающейся терапии эритропоэтинами, массивных отеков, резистентных к диуретикам, анасарке, прогрессивном снижении массы тела.

48. Относительными показаниями к экстренной заместительной почечной терапии у пациентов с ОПП являются:

1) повышение креатинина крови на 26 мкмоль/л в течение 48 часов и/или в 1,5 и более раза от исходного в течение 7 дней (при отсутствии данных ориентироваться на базальный креатинин согласно КП);

2) диурез менее 0,5 мл/кг/ч за 6 часов;

3) снижение СКФ в 2 раза от исходной;

4) беременные, роженицы и женщины в послеродовом периоде с прогрессирующим нарастанием креатинина и мочевины.

При наличии преэклампсии с поражением почек беременные и роженицы госпитализируются в отделение акушерства и гинекологии многопрофильного стационара, в котором предусмотрена возможность проведения ЗПТ, в том числе при необходимости – проведение ЗПТ ежедневно

Все состояния подтверждаются лабораторно-инструментальными данными.

У пациентов с неподтвержденным диагнозом ХБП и/или подозрением на ОПП корректируется доза, частота и длительность процедур ГД/ГДФ по величине СКФ, измеренной по клиренсу мочевины, и ее динамики, применяется тактика постепенного увеличения интенсивности диализной терапии с тщательным клиническим мониторингом клиренса мочевины и диуреза, и пропорционального увеличения частоты/длительности процедур, с целью создания условий для восстановления функции почек и прекращения диализной терапии.

49. Показания к внеочередному гемодиализу или оГДФ:

1) медикаментозно некорректируемая гиперфосфатемия;

2) неконтролируемые отеки (гипергидратация) и гипертензия;

3) индикатор качества диализа (далее – Kt/V) $<1,0$ при 12 часовом гемодиализе в неделю и отсутствии других причин недодиализа (недостаточность сосудистого доступа, рециркуляция, технические неполадки аппаратов "Искусственная почка"). Kt/V – индекс диализной дозы степени очистки, где K – фактический клиренс диализатора по мочеvine (в мл/мин), t – время гемодиализа (в мин), V – объем распределения мочевины (в мл) синдром, который развивается вследствие быстрого (часы-дни) снижения скорости клубочковой фильтрации, приводящей к накоплению азотистых (включая мочеvinу, креатинин) и неазотистых продуктов метаболизма (с нарушением уровня электролитов, кислотно-щелочного равновесия, объема жидкости), экскретируемых почками;

4) беременность с ХБП V стадией (весь период беременности ГД или оГДФ 6 раз в неделю).

50. Абсолютные и относительные противопоказания к ЗПТ – в соответствии с КП.

51. Показателями адекватности процедур программного диализа при ХБП 5 стадии являются средний индекс адекватности гемодиализа $kt/v >1,3$ за месяц при ПГД или недельный $kt/v >2,0$ при ПАПД или АПД в соответствии КП ХБП, а также летальность первого года среди пациентов, получающих ПГД и постоянный ПД, не более 10%.

Данные показатели не учитываются у пациентов, вновь начавших диализное лечение (менее 3 месяцев).

52. Показателями адекватности лечения осложнений ХБП 5 стадии у пациентов, получающих ЗПТ, являются следующие показатели:

1) гемоглобин – выше 100 г/л в сочетании с ферритином не менее 100 мкг/л, процентом насыщения трансферрина – 30-40%, процентом гипохромных эритроцитов менее 2,5% и нормальным уровнем сывороточного железа;

2) фосфор сыворотки крови – не более 1,78 ммоль/л;

- 3) паратгормон в сыворотке крови – 150-300 пг/мл;
- 4) сывороточный альбумин – не ниже 35 грамм/л;
- 5) общий кальций – 2,10 – 2,54 ммоль/л.

Данные показатели не учитываются у пациентов, впервые начавших диализное лечение (менее 3 месяцев).

53. ОД в составе многопрофильных клиник оказывает специализированную медицинскую помощь в экстренном и плановом порядке. ЦД предоставляет специализированную медицинскую помощь в плановом порядке и экстренном порядке.

54. Функции ОД и (или) ЦД:

- 1) проведение ЗПТ пациентам с ХБП 5 стадии, с ОПП классами L, E (RIFLE) (Райфл) в соответствии с уровнем оказываемой медицинской помощи и КП;
- 2) информирование пациента о видах ЗПТ;
- 3) обеспечение временного доступа для проведения диализа, в том числе перманентного катетера;
- 4) формирование постоянного сосудистого доступа при необходимости;
- 5) введение и подбор программы ГД и (или) ПД пациенту с ХБП 5 стадии;
- 6) оказание консультативной помощи МО в амбулаторных условиях в вопросах диагностики и лечения заболеваний почек в соответствии с графиком работы ОД и (или) ЦД;
- 7) обеспечение наличия ИС с акцентом на целевые индикаторы согласно приложению 2 "Индикаторы качества диализа (гемодиализ, перитонеальный диализ)" к настоящему Стандарту;
- 8) участие в формировании и ведении регистра потенциальных реципиентов органов, а также в обеспечении забора крови с целью обследования по системе HLA (Эйч Эль Эй) – типирования первичных пациентов и мониторинга уровня лейкоцитарных антител у лиц, стоящих в регистре потенциальных реципиентов;
- 9) заключение договора в рамках субподрядных отношений для транспортировки пациентов при осуществлении субподряда;
- 10) оформление карты диализной процедуры и выписного эпикриза согласно приложению 2, выдача выписного эпикриза на руки пациенту, в поликлинику по месту прикрепления, с прикреплением в ИС;
- 11) заполнение ИС с закрытием истории болезни пациента, получающего ПАПД на уровне стационара на дому.

55. Планирование новых ОД и (или) ЦД производится с учетом расстояния между действующими ОД и (или) ЦД, потребностей в ЗПТ и численности населения региона, под контролем МИО.

Количество аппаратов в ОД/ЦД не менее двух и не более двадцати, и один резервный аппарат на 10 работающих.

56. Требования к набору и площадям помещений ОД и (или) ЦД, организация диализной помощи пациентам, в том числе с парентеральными вирусными гепатитами, осуществляется в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 11 августа 2020 года № ҚР ДСМ-96/2020 "Об утверждении Санитарных правил "Санитарно-эпидемиологические требования к объектам здравоохранения" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21080) и в соответствии с требованиями государственных нормативов в области архитектуры, градостроительства и строительства.

57. Требования к подготовке жидкостей для гемодиализа, качеству растворов для гемодиализа и системам для очистки крови реализуются согласно действующего законодательства в области стандартизации.

Параграф 5. Порядок организации оказания нефрологической помощи в стационарных условиях

58. Для оказания специализированной помощи пациентам с заболеваниями почек на уровне круглосуточного стационара предусмотрены нефрологические отделения/нефрологические койки в составе многопрофильного стационара с проведением лабораторного, инструментального обследования и лечения в соответствии с КП.

59. Экстренная, неотложная и плановая специализированная нефрологическая помощь пациентам оказывается МО, имеющими государственную лицензию на медицинскую деятельность по специальности "Нефрология (взрослая, детская)" независимо от территориальной, ведомственной подчиненности и формы собственности.

60. Многопрофильные больницы (детские, взрослые) на межрайонном, городском, областном уровнях, городах республиканского значения и научных организациях, независимо от форм собственности, оказывают ЗПТ пациентам с ОПП и ХБП специализированными методами лечения (программный гемодиализ, ПАПД, АПД, оГДФ, УФ, гемофильтрация, плазмаферез) в условиях отделения анестезиологии и реанимации.

61. Плановая и экстренная госпитализация пациентов с заболеваниями почек, нуждающихся в проведении ЗПТ в условиях круглосуточного стационара, в отделения нефрологии или/и гемодиализа независимо от формы собственности, осуществляется через портал – Бюро госпитализации (далее – Портал) или по линии скорой медицинской помощи, самообращению, независимо от места жительства и места прикрепления в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС.

В стационарных условиях проводятся:

- 1) имплантация/реимплантация перитонеального катетера;
- 2) формирование АВФ с использованием сосудистого протеза (аутовена, алловена, синтетический) (далее АВФ с СП), стент-графт, баллонная ангиопластика;
- 3) ПТ пациентам при остром кризе отторжения у пациентов после трансплантации почек взрослым и детям в раннем или отдаленном посттрансплантационном периоде в соответствии с КП.

62. Экстренной госпитализации подлежат пациенты, у которых имеется:

- 1) повышение креатинина крови на 26 мкмоль/л в течение 48 часов и/или в 1,5 и более раза от исходного в течение 7 дней (при отсутствии данных ориентироваться на базальный креатинин согласно КП);

- 2) диурез менее 0,5 мл/кг/ч за 6 часов;
- 3) снижение СКФ в 2 раза от исходной;
- 4) впервые выявленное нарушением функции почек (мочевина более 30 ммоль/л, креатинин более 300 мкмоль/л, калий более 6,5ммоль/л) или прогрессирующим нарастанием уровней креатинина, мочевины и калия крови, а также каждого из данных показателей изолированно (прирост мочевины в сутки более 5 ммоль/л, креатинина – более 88-177 мкмоль/л, калия – более 0,5 ммоль/л);
- 5) олигурия или анурия более 24 часов;
- 6) перенесенное ОПП в анамнезе при возникновении или обострении хронического заболевания почек;
- 7) беременные, роженицы и женщины в послеродовом периоде с патологией почек. При наличии преэклампсии с поражением почек, беременные и роженицы госпитализируются в отделение акушерства и гинекологии многопрофильного стационара, в котором предусмотрена возможность проведения ЗПТ, в том числе – проведение ЗПТ ежедневно;
- 8) пациенты, страдающие заболеваниями почек, с признаками сердечной, дыхательной недостаточности; инфекции; при прогрессирующем снижении или патологическом наборе массы тела; резистентной к консервативной терапии гиперкалиемии, метаболическом ацидозе;
- 9) пациенты с ХБП 5 стадии, получающие ЗПТ с нефункционирующим сосудистым доступом для установки временного сосудистого доступа и (или) повторного формирования постоянного сосудистого доступа;
- 10) состояния, предусмотренные КП ХБП.

63. Пациенты с первичными и вторичными заболеваниями почек для морфологической верификации диагноза, индукции, подбора и коррекции проводимой терапии, в том числе иммуносупрессивных препаратов, госпитализируются в плановом порядке для проведения нефробиопсии по показаниям.

64. Оформление медицинской документации осуществляется в соответствии с формами первичной медицинской документации МО, утвержденными приказом № ҚР ДСМ-313/2020. После выписки информация о пациенте передается в организацию ПМСП по месту прикрепления посредством ИС.

Глава 3. Штат работников организаций здравоохранения, оказывающих нефрологическую помощь

65. Штат работников организаций здравоохранения, оказывающих нефрологическую помощь населению, устанавливаются в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 25 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-205/2020 "Об утверждении минимальных нормативов обеспеченности регионов медицинскими работниками" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21679).

66. В рамках ОД и (или) ЦД проведение процедур ЗПТ проводится профильным специалистом с курсом повышения квалификации в соответствии приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 21 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-303/2020 "Об утверждении правил дополнительного и неформального образования специалистов в области здравоохранения, квалификационных требований к организациям, реализующим образовательные программы дополнительного и неформального образования в области здравоохранения, а также правил признания результатов обучения, полученных специалистами в области здравоохранения через дополнительное и неформальное образование" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21847).

67. Штатные нормативы медицинского персонала нефрологического кабинета МО:

- 1) врач нефролог на 50 000 населения;
- 2) медицинская сестра – 1 должность на 2 должности врача-нефролога;
- 3) санитар (-ка) – 0,5 должности на кабинет.

68. Штат отделения диализа (в составе многопрофильного стационара) включает:

- 1) заведующий отделением (врач нефролог) – 1 должность на отделение;
- 2) врач нефролог/врач диализного зала (с сертификатом нефролога) – 1 должность на 8 диализных мест в смену, не менее 1 должности на диализный зал/15 коек стационара; не менее 1 врача в смену;
- 3) врач хирург – 1 должность на 60 пациентов;
- 4) психолог – 1 должность на отделение;
- 5) старшая медицинская сестра – 1 должность на отделение;
- 6) медицинская сестра (диализного зала) с высшим или средним медицинским образованием по профилю "Сестринское дело" с курсом повышения квалификации по ЗПТ – 1 должность на 4 диализных места в смену, но не менее 1 должности на диализный зал.
- 7) медицинская сестра – 1 должность на 5 пациентов;
- 8) медицинская сестра палатная – 1 круглосуточный пост на 12 коек;
- 9) младшая медицинская сестра по уходу за пациентами – 1 круглосуточный пост 12 коек;
- 10) сестра-хозяйка – 1 должность на отделение;
- 11) санитар (-ка) – 1 должность на 8 гемодиализных мест в смену;
- 12) санитарка – буфетчица – 2 должности на отделение;
- 13) инженер – 1 должность на отделение;
- 14) техник – 1 должность на отделение.

69. Штат центра амбулаторного диализа включает:

- 1) заведующий отделением (врач нефролог) – 1 должность на центр;

- 2) врач нефролог – специалист оказывающий консультативно-диагностические услуги нефрологического профиля – от 25 до 75 пациентов;
- 3) врач нефролог/врач диализного зала (с сертификатом нефролога) – 1 должность на 8 диализных мест в смену, не менее 1 должности на диализный зал; не менее 1 врача в смену;
- 4) врач хирург – 1 должность на 60 пациентов;
- 5) психолог – 1 должность на центр;
- 6) старшая медицинская сестра – 1 должность на центр;
- 7) медицинская сестра (диализного зала) с высшим или средним медицинским образованием по профилю "Сестринское дело" с курсом повышения квалификации по ЗПТ – 1 должность на 4 диализных места в смену, но не менее 1 должности на диализный зал.
- 8) сестра-хозяйка – 1 должность на центр;
- 9) санитар (-ка) – 1 должность на 8 гемодиализных мест в смену;
- 10) санитарка -буфетчица – 2 должности на центр;
- 11) инженер – 1 должность на центр;
- 12) техник – 1 должность на центр.

Глава 4. Оснащение медицинскими изделиями организаций здравоохранения, оказывающих нефрологическую помощь

70. Основное оснащение медицинскими изделиями организаций здравоохранения, оказывающих нефрологическую помощь, осуществляется в соответствии с требованиями приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 29 октября 2020 года № КР ДСМ-167/2020 "Об утверждении минимальных стандартов оснащения организаций здравоохранения медицинскими изделиями" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21560).

Приложение 1
к Стандарту организации
оказания нефрологической
помощи населению
Республики Казахстан

Форма

Заключение мультидисциплинарной группы (МДГ)

Наименование МО _____

Адрес _____

Область _____ Город _____ Район _____

Информация о пациенте

1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) пациента

2. ИИН _____

2. Домашний адрес, контактные телефоны _____

3. ПМСП прикрепления _____

4. Поступил в МО: планоно по направлению ПМСП, самообращение, экстренно (нужное подчеркнуть)

5. Диагноз:

А) Основной: _____

Б) Фононое заболевание:

В) Сопутствующие заболевания:

6. Дата заболевания: _____

7. Дата обращения: _____

8. Вес _____, кг; возраст _____, годы; пол _____; уровень креатинина _____ СКФ _____ мл/мин; Объем суточного диуреза на момент начала ЗПТ _____

7. Наличие показаний для планоного начала ЗПТ (нужное подчеркнуть):

1) СКФ \leq 6 мл/мин;

2) СКФ $<$ 10 мл/мин – при наличии одного и более симптомов уремии: неконтролируемая гипергидратация и отеки, неконтролируемая гипертензия, прогрессивное нарушение нутритивного статуса и кислотно-осноного состояния;

3) СКФ \leq 20 мл/мин – у пациентов высокого риска, (неконтролируемые отеки, при диабетической нефропатии и нефротическом синдроме, пациенты с низкой сердечной фракцией, коморбидными состояниями).

мочевина сыворотки крови свыше 30 ммоль/л и/или снижение СКФ

ниже 5 мл/мин / 1,73м² (у больных сахарным диабетом ниже 20

мл/мин/1,73 м²);

pH капиллярной крови менее 7,2 стандартного бикарбоната ниже 20

ммоль/л, дефицита буферных оснований меньше – 10 ммоль/л;

гиперкалиемия свыше 6,5 ммоль/л;

анурия более 24 часов.

8. Наличие показаний для экстренной заместительной почечной терапии (нужное подчеркнуть):

1) мочевины сыворотки крови выше 30 ммоль/л, снижение СКФ <5 мл/мин (у пациентов сахарным диабетом – при СКФ <10 мл/мин);

2) некорректируемая гиперкалиемия выше 6,5 ммоль/л;

3) анурия более 12-24 часов у пациентов;

4) угрожающие клинические проявления в виде отека головного мозга и легких, уремическое коматозное или предкоматозное состояние, клинические проявления уремической энцефалопатии, уремического перикардита, плеврита, синдрома уремической кровоточивости, постоянной рвоты, анемии уремического генеза, не поддающейся терапии эритропоэтинами, массивных отеков, резистентных к диуретикам, анасарке, прогрессирующем снижении массы тела. Все состояния подтверждаются лабораторно-инструментальными данными;

9. Вид ЗПТ (нужное подчеркнуть):

Гемодиализ 3 раза в неделю/2 раза в неделю//1 раз в неделю;

Перитонеальный диализ;

Трансплантация почки

Все состояния подтверждаются лабораторно-инструментальными данными.

10. Пациент ознакомлен со списком ОД/ЦД, утвержденный УОЗ: Да/нет (нужное подчеркнуть)

11. Наименование ОД/ЦД, которое выбрал пациент: _____

ФИО (при его наличии) главного врача МО _____ (подпись)

ФИО (при его наличии) врача-нефролога _____ (подпись)

Члены МДГ:

ФИО (при его наличии) _____ (подпись)

ФИО (при его наличии) _____ (подпись)

М.П. Дата заполнения " ___ " _____ 20 ___ г.

Примечание: заключение прикрепляется в ИС и отправляется в ФСМС по электронной почте в течение 3х рабочих дней

Примечание:

ПМСП – первичная медико-санитарная помощь

МО – медицинская организация

МДГ-мультидисциплинарная группа

СКФ – скорость клубочковой фильтрации

ОД/ЦД – отделение диализа/центр диализа

ЗПТ – заместительная почечная терапия

ммоль/л – миллимоль на литр

ИС-информационная система

ФСМС – НАО "Фонд социального медицинского страхования"

Приложение 2
к Стандарту организации
оказания нефрологической
помощи в Республике Казахстан

Индикаторы качества диализа (гемодиализ, перитонеальный диализ)

Индикаторы качества диализной терапии:

1. Сывороточный альбумин

Сывороточный альбумин, г/л	Количество пациентов			
	<35	35-40	>40	Итого
Январь-Июнь,%				
Июль-Декабрь,%				

В этот критерий не входят пациенты, вновь начавшие диализное лечение (менее 3 месяцев). Средний показатель 6-месячных измерений альбумина ниже 35 г/л – не более 25%.

2. Гемоглобин

Гемоглобин, г/л	Количество пациентов			
	<100	100-115	>115	Итого
Январь-Июнь,%				
Июль-Декабрь,%				

Средний показатель 6-месячных измерений гемоглобина составляет в пределах 100 – 115 г/л при назначении препаратов ЭПО, при этом количество пациентов с уровнем гемоглобина ниже 100 г/л не более – 20%, менее 115 г/л – у менее, чем 40% пациентов. В этот критерий не входят пациенты, вновь начавшие диализное лечение (менее 3 месяцев).

3. Фосфор

Уровень фосфора, ммоль/л (мг/дл)	Количество пациентов

	<1,13 (<3,5)	1,13-1,78 (3,5-5,5)	>1,78 (>5,5)	Итого
Январь-Июнь,%				
Июль-Декабрь,%				

Средний показатель 6-месячных измерений фосфора составляет в пределах 1.13 – 1.78 ммоль/л, при этом количество пациентов с уровнем фосфора выше 1.78 ммоль/л не более – 35%. В этот критерий не входят пациенты, вновь начавшие диализное лечение (менее 3 месяцев).

4. Общий кальций

Уровень ионизированного кальция, ммоль/л	Количество пациентов			
	<2,10	2,10 – 2,54	> 2,54	Итого
Январь-Июнь,%				
Июль-Декабрь,%				

Средний показатель 6-месячных измерений ионизированного кальция составляет 2,10 – 2,54 ммоль/л, при этом количество пациентов с уровнем ионизированного кальция выше или ниже этого диапазона не более – 35%. В этот критерий не входят пациенты, вновь начавшие диализное лечение (менее 3 месяцев).

5. Интактный Паратгормон (иПТГ)

Уровень иПТГ, пмоль/л	Количество пациентов				Итого
	<150	150-300	300-600	>600	
Январь-Июнь,%					
Июль-Декабрь,%					

Средний показатель 6-месячных измерений иПТГ составляет в пределах 150 – 300 пмоль/л, при этом количество пациентов с уровнем иПТГ выше 300 пмоль/л не более – 35%, более 600 – не более 20%. В этот критерий не входят пациенты, вновь начавшие диализное лечение (менее 3 месяцев). Пациенты, резистентные к медикаментозной терапии в течение 3х месяцев с ПТГ выше 1000 пмоль/л направляются на паратиреоидэктомию – хирургический метод лечения третичного гиперпаратиреоза при хронической болезни почек путем удаления одной или нескольких паращитовидных желез в случае отсутствия эффекта от консервативной терапии.

6. Сосудистый доступ: АВФ или АВ-стент

Вид сосудистого доступа	Количество пациентов
на ГД или оГДФ	

	Постоянный СД: АВФ или АВШ	Перманентный катетер	Временный катетер	Итого
Январь-Июнь,%				
Июль-Декабрь,%				

Количество пациентов с АВФ или АВШ составляет более 70% при отсутствии противопоказаний к формированию сосудистого доступа. Количество пациентов с перманентным катетером не более – 25%, с кратковременным нетуннельным катетером – не более 5%. В этот критерий не входят пациенты, вновь начавшие диализное лечение (менее 3 месяцев).

7. Гепатиты В и С

Средний 6-месячный показатель прироста пациентов с HBsAg (+) и anti-HCV (+) не более 5%, за исключением вновь взятых пациентов.

8. Kt/V мочевины (гемодиализ)

Kt/V мочевины	Количество пациентов			
	≥1.3	1,3 – 1,4	>1,4	Итого
Январь-Июнь,%				
Июль-Декабрь,%				

Средний показатель измерений Kt/V – не ниже 1.3 (≥ 1.2) для пациентов на ГД и (или) оГДФ, и не превышает 30%, Kt/V – >1,4 составляет не менее, чем у 70%. В этот критерий не входят пациенты, вновь начавшие лечение с ГД (менее 3 месяцев), с проблемным сосудистым доступом, пожилые, пациенты с гипотензией, пониженным нутриционным статусом (низким весом). Kt/V рассчитывается по формуле Daugirdas-2 или непосредственно на аппарате "искусственной почки" во время процедуры посредством "монитора клиренса". Данный фракционный клиренс рассчитывается как произведение клиренса диализатора (К мл/мин) на время (t – длительность диализа), разделенного к объему распределения мочевины (V).

9. Kt/V мочевины (перитонеальный диализ)

Kt/V мочевины	Количество пациентов			
	<1.7	1.7-2.0	>2.0	Итого
Январь-Июнь,%				
Июль-Декабрь,%				

Рассчитывается недельное значение общих показателей перитонеальной и резидуальной почечной Kt/V. Общий объем жидкости тела рассчитывается по формуле Ватсона. Количество пациентов с общим Kt/V ниже 1,7 не допускается превышения 40%.

Примечание:

Ежеквартально отчет направляется в МИО и ФСМС.

расшифровка аббревиатур:

ЭПО – эритропоэтин

иПТГ – интактный паратгормон

ПТГ – паратгормон

АВФ – артерио-венозная фистула

АВ – артериовенозный

ГД – гемодиализ

оГДФ – онлайн гемодиафильтрация

СД – сосудистый доступ

АВШ – артерио-венозный шунт

А. Карта диализных процедур:

Название диализного центра _____

Регион _____

Дата _____

ФИО, пациента _____

Дата начала программного диализа _____

сухой вес _____ кг

Режим: _____ кратность _____ Время _____

Диализат: _____

Способ подключения: А-Vфистула, протез , катетер (временный, перманентный)

Дата							
№ диализа							
Время начала							
Время окончания							
Тип диализатора							
Скорость кровотока мл/мин							

Прибавка в весе, кг									
УФ (л)									
Вес до ГД									
Вес после ГД									
Кондуктивность (Na) N° раствора									
Артериальное давление мм.рт.ст	До ГД								
	1								
	2								
	3								
	4								
	После ГД								
Антикоагулянт									
Осложнения									
Медикаменты дополнительные									
Врач									
Медсестра									

Б. Выписной эпикриз:

Центр диализа/отделение диализа: Название центра

Период _____

Пациент: Фамилия, имя отчество (при его наличии)

Возраст _____

ИИН _____

Организация прикрепления ПМСП _____

Дата начала программного диализа _____

Адрес: _____

Диагноз: Код МКБ _____

№ карты: _____

Жалобы: _____

Анамнез жизни: _____

Анамнез заболевания: _____

Объективный статус: _____

Интрадиализные проблемы: _____

Сухой вес: _____ кг Средняя междиализная прибавка: _____ кг

Среднемесячный индекс адекватности диализа kt/v _____

Диализная программа

Дата	Диализатор	Диализат	Эпоэтин	Препарат железа	Антикоагулянт	Скорость кровотока	Поток	АД до и после ГД/ГДФ	Время (мин)

Сосудистый доступ: _____ (дата установки)

Гемодинамика: додиализное АД _____ синдиализное АД _____, постдиализное

АД _____ мм.рт.ст.

Дополнительная медикаментозная терапия:

Госпитализация: _____

_____ Обследования

диагностические: _____

Результаты лабораторных исследований:

Название теста	До диализа	После диализа	Дата проведения
гемоглобин			
сывороточный альбумин			

общий кальций			
глюкоза			
креатинин			
мочевина			
паратгормон			
калий/натрий			
фосфор			
сывороточное железо			
ферритин			
трансферин			
процент гипохромных эритроцитов			
коагулограмма			
ИФА HCV			
HBsAg			
C-реактивный белок			
Реакция Вассермана			
ВИЧ			

Заключение: (проводится анализ индикаторов качества гемодиализной терапии, причины недостижения целевых показателей, обоснование изменения программы диализа, дозы и кратности лекарственных препаратов) _____

Рекомендации (с указанием рекомендаций для врача ПМСП по ведению пациента в междиализный период) _____

Лечащий врач: _____ ФИО (при его наличии)

Зав. отделением : _____ ФИО (при его наличии)

(подписи)

М.П. Дата

Перечень утративших силу некоторых приказов Министерства здравоохранения Республики Казахстан

1. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 февраля 2012 года № 86 "Об утверждении Положения о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих нефрологическую помощь населению Республики Казахстан" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 7461).
2. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 19 марта 2013 года № 154 "О внесении изменений в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 февраля 2012 года № 86 "Об утверждении Положения о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих нефрологическую помощь населению Республики Казахстан" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 8404).
3. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 декабря 2013 года № 765 "Об утверждении стандарта организации оказания нефрологической помощи населению в Республике Казахстан" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 9144).