



**краевое государственное учреждение здравоохранения
«Ачинская межрайонная больница»
КГБУЗ «Ачинская МРБ»**

ПРИКАЗ

«26» сентября 2018 г.

№ 47 осн

г. Ачинск

«Об организации медицинской помощи по профилю «нефрология» гражданам в возрасте 18 лет и старше в КГБУЗ «Ачинская МРБ»»

В целях исполнения приказа Министерства здравоохранения Красноярского края № 631 орг, приказа Министерства здравоохранения РФ от 18.01.2012 № 17 н, приказа Министерства здравоохранения РФ от 13.08.2002 № 254,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Заведующим поликлиниками:

1.1. Организовать в медицинской организации по месту жительства «Д» наблюдение больных с ХБП, находящихся на хроническом программном гемодиализе, с учетом объема и частоты обследований, обозначенных в Приложении № 1 к приказу «Частота и объем обследований у больных с ХБП».

1.2. Организовать ведение пациентов с ХБП 1- 5 стадиями согласно Алгоритма ведения пациентов с ХБП 1 – 5 ст.

1.3. Организовать динамическое (диспансерное) наблюдение пациентов с ХБП, в том числе получающих заместительную почечную терапию методом гемодиализа, и пациентов, перенесших трансплантацию почки, с учетом рекомендаций нефролога, других специалистов и результатов обследований, рекомендаций и информации этапных эпикризов, оформленных в отделении диализа, направление пациентов с ХБП при наличии показаний в ККБ.

1.4. Организовать ежемесячное оформление этапного эпикриза (протокол динамического наблюдения за пациентом, находящемся на программном (хроническом) гемодиализе) с результатами анализов и рекомендациями, согласно Приложению № 3.

1.5. Организовать распространение пациентам с ХБП, находящимся на хроническом программном гемодиализе, памяток – рекомендаций согласно Приложению № 2 к приказу.

1.6. Организовать проведение вакцинации против гепатита В пациентам с ХБП, которым планируется проведение заместительной почечной терапии методом гемодиализа в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.03.2014 г. № 125н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям».

1.7. При появлении пациента с впервые установленным диагнозом ХБП не позднее 5-ти дней с момента установления диагноза передать сведения по Таблице № 1 в ОМО для введения пациента в Нефрологический мониторинг.

1.8. При изменении стадии ХБП, выявлении осложнений, выбытии пациента не позднее 5-ти дней передать информация в ОМО для актуализации информации в Нефрологическом мониторинге о пациенте.

2. Заведующему отделением диализа:

2.1. Обеспечить оказание заместительной почечной терапии методом гемодиализа и маршрутизацию пациентов в отделение диализа КГБУЗ «Ачинская МРБ» г. Ачинска, Ачинского района, Бирилюкского района, г. Боготола, Боготольского района, Большеулуйского района, Тухтетского района с диагнозом N 18 – ХБП 5 стадии.

2.2. Обеспечить ежемесячное оформление этапного эпикриза каждому пациенту, получающему процедуры диализа в 2-х экземплярах, один экземпляр передавать пациенту.

2.3. Осуществлять мониторинг, коррекцию, рекомендации по диете, водному балансу, артериальной гипертензии, анемии, нарушениям фосфорно-кальциевого обмена, сосудистому доступу.

2.4. Проводить обучение и консультирование пациентов, находящихся на программном гемодиализе, и их родственников методам контроля и профилактики осложнений диализного доступа, а так же осложнений ХБП.

2.5. Вносить сведения о пациентах с ХБП со стабильным течением в Нефрологический мониторинг согласно Приложению № 4 ежеквартально до 20 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

2.6. Формировать Отчет о работе отделения диализ КГБУЗ «Ачинская МРБ» в соответствии с приказом МЗ РФ от 13.08.2002 № 254.

3. Утвердить «Положение о деятельности отделения диализа КГБУЗ «Ачинская МРБ».

4. Врачам, оказывающим пациентам с ХБП, первичную медико – санитарную и специализированную помощь принять в работу Чек – лист критериев качества специализированной медицинской помощи взрослым по профилю «нефрология» (Приложение № 5 к приказу) для оценки выполнения стандарта оказания медицинской помощи, порядка и соблюдения маршрутизации.

5. Руководителям структурных подразделений ознакомить с приказом сотрудников.

6. Действие приказа от 19.10.2016 г. № 503 ахв «О диспансерном наблюдении больных с ХПН, находящихся на хроническом программном диализе, в КГБУЗ «Ачинская МРБ» отменить.

7. Контроль исполнения приказа возложить на заместителя главного врача по медицинской части З. Л. Штей, заместителя главного врача по АПР Т. В. Морозкину.

8. Секретарю ознакомить с приказом (Т. И. Гатальскую, Т. В. Морозкину, З. Л. Штей, Е. А. Залетова, А. А. Курасову, Е. В. Палагину, В. И. Прокопьеву, А. В. Комаровскую).

Главный врач

Д. Ю. Лебедев

Исполнитель:
Зам. главного врача по ОМР
Т.И. Гатальская

ПОЛОЖЕНИЕ О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТДЕЛЕНИЯ ДИАЛИЗА КГБУЗ «АЧИНСКАЯ МРБ»

1. Настоящее Положение определяет организацию деятельности отделения диализа Ачинской МРБ, оказывающей медицинскую помощь по профилю «нефрология».
Отделение оказывает заместительную почечную терапию методом диализа в соответствии с маршрутизацией приказа МЗ КК от 16)7.2018 № 631 орг:
 - при наличии диагноза N18 с ХБП 5 стадии;
 - пациентам – г. Ачинска, Ачинского района, Бирилюсского района, г. Боготола, Боготольского района, Большеулуйского района, Тухтетского района.
2. Отделение диализа возглавляет заведующий, назначаемый на должность и освобождаемый от должности руководителем Ачинской МРБ соответствующий Квалификационным требованиям к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения по специальности «нефрология».
3. Структура и штатная численность отделения диализа устанавливается на основании штатного расписания, согласованного с МЗ КК, исходя из объема проводимой лечебно-диагностической работы и численности обслуживаемого населения и с учетом рекомендуемых штатных нормативов:
 - заведующий отделением врач – анестезиолог – реаниматолог – 1,0 ст.;
 - врач анестезиолог – реаниматолог – 2,5 ст.;
 - средний медицинский персонал – 5,5 ст.;
 - младший медицинский персонал - 4,0 ст.Отделение диализа работает на 5 коек в 3 смены (15 коек).
4. На должность врача отделения назначается специалист, соответствующий Квалификационным требованиям к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием по специальности «нефрология».
5. На должности среднего медицинского персонала отделения назначаются специалисты, соответствующие Квалификационным характеристикам должностей работников в сфере здравоохранения.
6. Отделение осуществляет следующие функции:
 - 6.1. Лечение методом экстраперитонеального диализа больных, нуждающихся в заместительной почечной терапии; оказание сопутствующей лечебно-диагностической помощи в соответствии с утвержденными стандартами и рекомендациями по ведению больных, проходящих лечение в отделении;
 - 6.2. Госпитализация больных, находящихся на амбулаторном экстраперитонеальном диализе, при наличии медицинских показаний (осложнения диализного доступа и/или диализной терапии; осложнения терминальной хронической почечной недостаточности, в том числе инфекционные, кардиоваскулярные и др.) и необходимости коррекции режима диализа;
 - 6.3. Динамическое наблюдение больных с хронической почечной недостаточностью на преддиализной стадии (4 стадии хронической болезни почек), а также реципиентов аллогенной почки с выраженной дисфункцией трансплантата, нуждающихся в возобновлении лечения диализом;
 - 6.4. Регистрация и учет больных, ожидающих начало диализа, потенциальных реципиентов, подлежащих трансплантации почки, а также больных, которым выполнена трансплантация почки;
 - 6.5. Ведение Нефрологического мониторинга;

6.6. Лечение больных после трансплантации почки при отсутствии регионального центра трансплантации почки или возможности их лечения в нефрологическом отделении;

6.7. Оказание при необходимости консультативной помощи врачам других медицинских организаций по вопросам диагностики и лечения почечной недостаточности;

6.8. Разработка и проведение мероприятий по повышению качества лечебно-диагностической работы медицинской организации с целью снижения летальности, увеличения продолжительности и качества жизни больных, получающих лечение диализом, а также находящихся под наблюдением отделения реципиентов аллогенной почки;

6.9. Проведение обучения больных с хронической почечной недостаточностью и их родственников методам контроля и профилактики осложнений диализного доступа, а также осложнений хронической почечной недостаточности.

7. Отделение обеспечено возможностью лабораторного контроля качества диализной терапии путем биохимических исследований во время диализа и в междиализном периоде.

8. При наличии медицинских показаний для оказания медицинской помощи, требующей круглосуточного медицинского наблюдения больной направляется из отделения диализа для оказания медицинской помощи в прочие отделения Ачинской МРБ или Краевые медицинские организации в соответствии с порядками направления.

9. Отделение используется в качестве клинической базы медицинских образовательных организаций среднего профессионального образования.

Частота и объем обследований у больных с ХБП

Стадия ХБП	Объем и частота обследований
I-2	<p>Общий анализ мочи – 1 раз в год; Биохимический анализ крови с определением содержания креатинина, мочевой кислоты, общего холестерина, триглицеридов, глюкозы – 1 раз в год; Обязательный расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле СКD-EPI или другой формуле/номограмме – 1 раз в год; Развернутый анализ крови – 1 раз в год; УЗИ почек – 1 раз в год; Вакцинация от гриппа (кроме гломерулонефрита, системных васкулитов, диффузных заболеваний соединительной ткани с поражением почек)</p>
3	<p>Общий анализ мочи – 2 раза в год; Биохимический анализ крови с определением содержания креатинина, мочевой кислоты, общего холестерина, триглицеридов, глюкозы, начиная – 2 раза в год; + с 3Б стадии фосфор, кальций, калий, альбумин⁴ Развернутый анализ крови – 2 раза в год; Обязательный расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле СКD-EPI или другой формуле/номограмме – 2 раза в год; УЗИ почек – 1 раз в год; Вакцинация от гриппа (кроме гломерулонефрита, системных васкулитов, диффузных заболеваний соединительной ткани с поражением почек)</p>
4	<p>Общий анализ мочи – раз в 3 месяца Биохимический анализ крови с определением содержания креатинина, мочевой кислоты, общего холестерина, триглицеридов, глюкозы, фосфора, кальция, калия, альбумин - раз в 3 месяца; Развернутый анализ крови – раз в 3 месяца; Обязательный расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле СКD-EPI или любой другой формуле/номограмме – раз в 3 месяца; УЗИ почек – раз в 6 месяцев Вакцинация от гриппа (кроме гломерулонефрита, системных васкулитов, диффузных заболеваний соединительной ткани с поражением почек); Решение вопроса о возможном виде заместительной почечной терапии, формировании сосудистого доступа при СКФ ниже 20 мл/мин – консультация нефролога диализного центра</p>
5	<p>Общий анализ мочи – раз в 3 месяца; Биохимический анализ крови с определением содержания креатинина, мочевой кислоты, общего холестерина, триглицеридов, глюкозы, фосфор, кальций, калий, альбумин - 1 раз в месяц; Развернутый анализ крови – 1 раз в месяц; Обязательный расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле СКD-EPI или любой другой формуле/номограмме – 1 раз в месяц; УЗИ почек – раз в 6 месяцев; Вакцинация от гриппа (кроме гломерулонефрита, системных васкулитов, диффузных заболеваний соединительной ткани с поражением почек) Решение вопроса о формировании сосудистого доступа/имплантации катетера для перитонеального диализа и сроках начала заместительной почечной терапии</p>

СКФ – скорость клубочковой фильтрации

ХБП – хроническая болезнь почек

Алгоритм ведения пациентов с хронической болезнью почек 1-5 ст. (далее - ХБП)

(рекомендация по диагностике, выявлению ХБП для врачей терапевтов, врачей общей практики)

Под ХБП следует понимать наличие любых маркеров, связанных с повреждением почек и персистирующих в течение более 3 месяцев вне зависимости от нозологического диагноза (таблица 1).

Таблица 1. Маркеры повреждения почек

Маркер	Примечания	Интерпретация
Повышенная альбуминурия/ протеинурия	Повышение уровня альбумина в суточной моче; повышение уровня белка в суточной моче или утренней порции мочи	Уровень суточной альбуминурии выше 30 мг/сут Уровень суточной или разовой протеинурии выше нормальных значений для данной лаборатории
Стойкие изменения в осадке мочи	Эритроцитурия (гематурия), цилиндринурия, лейкоцитурия (пиурия)	Мочевой осадок обусловлен хроническим почечным заболеванием (хронический гломерулонефрит, хронический пиелонефрит, поликистоз почек, хронический тубулоинтерстициальный нефрит, поражением почек при системных васкулитах, диффузных заболеваниях соединительной ткани)
Изменения биохимического и электролитного состава	Изменение сывороточной концентрации креатинина, мочевины, мочевой кислоты, калия, фосфора, кальция	Повышение сывороточной концентрации креатинина, мочевины, мочевой кислоты, калия, фосфора, снижение сывороточной концентрации кальция
Изменения почек по данным лучевых методов исследования	Изменение размеров почек, аномалии развития почек, поликистоз почек, гидронефроз	Изменение размеров почек: длинник менее 9,5-10 см или более 12-13 см (при поликистозе почек), толщина паренхимы менее 1,2-1,3 см (по данным УЗИ почек)
Патоморфологические изменения в ткани почек, выявленные при прижизненной нефробиопсии	Признаки необратимого повреждения почечных структур, специфические для каждого хронического заболевания, универсальные маркеры нефросклероза	Патоморфологические изменения характерные для первичной (гломерулонефрит, амилоидоз и др.) или вторичной нефропатии (диабетическая, гипертоническая нефропатия и др.)
Стойкое снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) менее 60 мл/мин	Указывает на наличие ХБП даже при отсутствии других маркеров повреждения почек (кроме повышения уровня креатинина)	Снижение скорости клубочковой фильтрации ниже 60 мл/мин регистрируемое в течение более 3 месяцев, при отсутствии повышенной альбуминурии/протеинурии, стойких изменений в анализах мочи, изменений почек по данным лучевых методов обследования

Рекомендации по диете для пациентов с почечной недостаточностью, находящихся на хроническом гемодиализе

Вы на диализе и Вам необходимо провести коренные изменения в вашем питании. Соблюдать диету нелегко, но важно помнить, что диализная машина сама не может восстанавливать организм полностью, а некоторые питательные вещества (прежде всего это калий, фосфор и натрий) создают осложнения для вашего организма.

1. Больше энергии - для покрытия энергетических затрат на диализе необходима высококалорийная пища. Жир является для организма основным поставщиком энергии (более 40%). Пациенту на гемодиализе показано богатое жирами питание. Принято, что 1/3 суточного потребления жиров должны составлять растительные жиры (подсолнечное, оливковое, кукурузное масла), а в 2/3 животные жиры (свиное сало, сливочное масло, жирная свинина, сметана). Растительные масла следует использовать с винегретами, салатами, разного вида закусками, при приготовлении соусов и т.п. В этом виде масла лучше усваиваются. Около 45% энергии организм получает из углеводов. При переработке жиров и углеводов не образуется токсических веществ, которые накапливались бы в организме за междуализный период. В ряде углеводовосодержащих продуктов содержится достаточно большое количество калия. Богаты углеводами: сахар, мёд, зерновые, макаронные изделия, картофель, фрукты, овощи.

2. Меньше натрия (поваренная соль) - пища должна готовиться без применения соли, так как в продуктах питания содержится количество соли достаточное для нормального функционирования организма. Но не обязательно есть пресную пищу, вы можете улучшить вкус пищи, применяя различные приправы: лавровый лист, базилик, тмин, красный перец, корицу, гвоздику, чеснок, мяту, горчицу. Из приправ к пище следует исключить: кетчуп, майонез, соевый соус, маринованные приправы.

3. Меньше жидкости - за междуализный период для нормально функционирования организма допускается прибавка 1% от «сухого веса» в день. Пища на 60-90% состоит из воды, желательно воду, чай не пить. Приём воды заменять фруктами и овощами (свежий огурец, яблоко, груша, апельсин, мандарин, грейпфрут). Учитывайте жидкость, принятую с лекарствами, продукты, которые при комнатной температуре принимают жидкое состояние (например, мороженое), кофе и чай, супы. При несоблюдении этого правила увеличивается объём циркулирующей крови, сердце круглосуточно работает как у человека, идущего быстрым шагом, и быстрее изнашивается. Повышается артериальное давление, увеличивая риск смерти от инсульта, инфаркта, отёка лёгких.

4. Меньше калия - крайне необходимо строго следить за поступлением калия, повышенное содержание которого ведёт к мышечной слабости, нарушению сердечного ритма и, как следствие, к внезапной смерти от остановки сердца. Очень много калия содержится в овощах и определённых видах фруктов: картофель, помидоры, бобы, бананы, абрикосы, киви, чернослив, чёрная и красная смородина, все высушенные плоды и орехи. Содержание калия можно уменьшить на 30% от исходного, если овощи мелко нарезать, вымочить, отварить, во время варки один или два раза менять воду. Овощные отвары в пищу не употреблять. Нельзя употреблять в пищу все консервированные продукты! Из фруктов рекомендуется употреблять: яблоки, груши, цитрусовые, дыню (количество съеденных фруктов учитывать при подсчёте суточного объёма выпитой жидкости).

5. Белок и фосфор – пациент на гемодиализе должен получать белка значительно больше, чем в додиализный период. Ориентировочно 1-1,2 г. на 1 кг массы тела. Большинство богатых белками пищевых продуктов содержит фосфор. Его избыток в норме выводится почками, а при ХПН фосфор, накапливаясь в организме, запускает механизм с участием парацитовидных желёз, который, в конечном итоге, приводит к повышенной ломкости костей, отложению кальция в сосудах и высокому риску смерти от сердечно-сосудистых заболеваний. Из белковых продуктов наиболее подходят: баранина, свинина, индейка, кролик, курица, телятина, яичный белок, рис. Продукты с высоким содержанием фосфора: яичный желток, молоко и молочные продукты (разрешено употреблять масло и сметану), готовые варёные колбасы, субпродукты (печень, почки, сердце), бобовые растения, рыба и

море продукты, ржаные продукты и отруби, овсяные хлопья, орехи, шоколад, кофе, фосфат содержащие минеральные напитки и Cola-напитки.

Рекомендации по уходу за артерио-венозной фистулой

1. Ежедневно проверяйте, функционирует ли фистула.
2. Следите за любым кровотечением после гемодиализа. Если кровотечение после гемодиализа длится
3. дольше обычного, следует обратиться к врачу.
4. Не поднимайте тяжести той рукой, на которую установлена артерио- венозная фистула.
5. Не спите на руке, на которой установлена артерио-венозная фистула.
6. Не носите одежду или украшения, сдавливающие руку, на которой установлена артерио-венозная фистула.
7. Не измеряйте артериальное давление на руке, на которой установлена артерио-венозная фистула.
8. Соблюдайте чистоту в области артерио-венозной фистулы.
9. Не применяйте какие-либо лосьоны или кремы в области артерио- венозной фистулы.
10. Следите за артериальным давлением и не допускайте междиализной прибавки более 1% от «сухого веса» в день.
11. Перед каждым сеансом гемодиализа обязательно мойте фистульную руку теплой водой.

Приложение № 3
к приказу министерства
здравоохранения
Красноярского края
от 16.07.2018 г. № 631-орг

Этапный эпикриз
(протокол динамического наблюдения за пациентом, находящемся
на программном гемодиализе)

Этапный эпикриз диализного больного за _____ месяц ____ год

Больной (ая) ФИО _____

Диагноз: _____

Дата начала диализа _____

Режим диализа _____ часов ____ раза в неделю (недельная доза диализа _____ часов)
на диализаторе _____ в режиме _____

СУХОЙ ВЕС _____ кг. Междиальная прибавка в весе составляет от _____ до
_____ кг, _____ % Колебания сухого веса тела за месяц: потеря/прибавка веса на _____ кг,
_____ %

Площадь диализатора - ____ м²

Сосудистый доступ - АВФ/протез/2ПК,
н/з, с/з, в/з, левого/правого предплечья, плечо

Рекомендуемые места пункции АВФ/протеза

Особенности пункции АВФ/Протеза

Скорость кровотока - _____ мл/мин

Программы по УЛЬТРАФИЛЬТРАЦИИ - _____

Программы по КОНДУКТИВНОСТИ - _____

ДИАЛИЗИРУЮЩИЙ РАСТВОР - бикарбонатный/ацетатный, уровень бикарбоната _____
ммоль/л, калий _____ ммоль/л, кальций _____ ммоль/л, глюкоза _____ ммоль/л

АНТИКОАГУЛЯЦИЯ - гепарин/_____ Исходная доза: _____ МЕ/кг;
поддерживающая доза: _____ МЕ/час, варфарин _____ мг

АНТИАГРЕГАНТЫ _____ доза _____

ОСЛОЖНЕНИЯ сеанса диализа: нет, есть (гипотония, гипертония, зуд, судороги,
головная боль, боль в пояснице, кардиалгии, нарушение ритма, тошнота, рвота,

ДИЕТА: соблюдает, не соблюдает: гиперкалиемия нет, есть; гиперфосфатемия нет, есть;

ПИТЬЕВОЙ РЕЖИМ: соблюдает, не соблюдает.

Признаки ГИПЕРГИДРАТАЦИИ: нет, есть (отеки _____,
асцит, гидроторакс):

Мероприятия для уменьшения гипергидратации: не проводились -

_____, увеличение объема УФ, увеличение диализного времени.

Динамика: положительная, отрицательная, без динамики.

Признаки ПЕРИКАРДИТА: нет, есть (боли в прекардиальной области, шум трения перикарда, перикардиальный выпот по данным ЭХО-КГ, признаки сдавления сердца (артериальная гипотония, тахикардия, набухание шейных вен, парадоксальный пульс), специфические изменения ЭКГ (снижение вольтажа);

Мероприятия: не проводились, проводились (увеличение диализного времени, НПВП _____, ГКС _____ мг, пункция перикарда, секвестрация перикарда, перикардэктомия). Динамика: положительная, отрицательная, без динамики

Признаки ПОЛИНЕЙРОПАТИИ: нет, есть (синдром беспокойных ног, парестезии, покальвание в конечностях, отсутствие уверенности при движении, нарушение походки, нарушение чувствительности, мышечная слабость, отсутствие глубоких сухожильных рефлексов, отвислая стопа, изменение походки).

Мероприятия: не проводились, проводились (витамины группы В, препараты тиоктовой к-ты, прозерин, увеличение частоты диализов, гемодиализация).

Динамика: положительная, отрицательная, без динамики.

Признаки ОСТЕОПАТИИ: нет, есть (боли в костях, проксимальная миопатия, фиброзный остеоит (уровень ПТГ _____ пг/мл (превышает 250-300 пг/мл),

Rg -графия кистей, проксимальной части большеберцовой кости, шейки бедра или плечевой кости, нижней поверхности латерального конца ключицы дата _____ результат _____ -

(субпериостальные эрозии фаланг, проксимальной части большеберцовой кости, шейки бедра или плечевой кости, нижней поверхности латерального конца ключицы),

Денситометрия дата _____ результат _____

адинамическая болезнь кости (остеомалация, переломы _____, ПТГ (снижен < 100

пг/мл) _____, гиперкальциемия).

Мероприятия: контроль гиперфосфатемии (приемом фосфат-связывающих препаратов, препарат _____ доза _____ дата назначения _____) и кальциемии (прием препаратов витамина D препарат _____ доза _____ дата

назначения _____), мимпара _____ доза, дата назначения _____; подавление образования ПТГ назначением витамина D или профилактика избыточной супрессии ПТГ (диализирующий раствор с низким содержанием кальция) К _____ ммоль/л.

Консультация эндокринного хирурга дата _____ заключение _____

Паратиреоидэктомия дата _____

Динамика: положительная, отрицательная, без динамики.

АНЕМИЯ: незначительная, умеренная, выраженная, последние цифры: Нв - _____ г/л.

Динамика за месяц: положительная, отрицательная - _____ г/л/мес, без динамики. Гемотрансфузии: не проводились, проводились _____ раз.

Осложнения: нет, да (внутрисосудистый гемолиз, лихорадка, аллергические, анафилактические реакции). ЭРИТРОПОЭТИН: не получает – причина _____

_____, получает (эпоэтин альфа/бета) дата назначения _____ в дозе _____. Коррекция дозы в течение месяца: без изменений, увеличена, уменьшена - на сколько _____ ЕД, причина _____.

ПРЕПАРАТЫ ЖЕЛЕЗА (сахарат железа) не получает, получает в дозе _____ дата назначения _____. Коррекция дозы в течение месяца: без изменений, увеличена, уменьшена - на сколько _____ мг, причина _____

Ферритин _____ Трансферрин _____ Сывороточное железа _____ дата _____

ГИПЕРТЕНЗИЯ: нет, есть, колебания АД _____, не корректируется, корректируется

группа	препарат	доза	Дата назначения
Ингибитор АПФ			
Сартан			
Антагонист кальция			
В-адреноблокатор			
А-адреноблокатор			
А,В-адреноблокатор			
Агонист имидазолиновых рецепторов			
Блокатор ренина			
Диуретик			

Госпитализации в течение месяца: нет, да (причина) _____

Результаты анализов за текущий месяц

	Значение		Норма
	До диализа	После диализа	
Нв		Не определяется	
Эритроциты		Не определяется	
Лейкоциты		Не определяется	
Тромбоциты		Не определяется	
СОЭ		Не определяется	
Мочевина			
Креатинин		При необходимости	
Фосфор		При необходимости	
Натрий		При необходимости	
Кальций		При необходимости	
Хлор		При необходимости	
Калий		При необходимости	
Альбумин		Не определяется	
Билирубин, АЛТ, АСТ		Не определяется	
Холестерин общий (1 раз в 6 месяцев)		Не определяется	
Ферритин, трансферрин, сывороточное железо (если больной получает лечение препаратами железа и эритропоэтином) (1 раз в квартал)		Не определяется	
Паратгормон, щелочная фосфатаза, кальций ионизированный (1 раз в полгода)		Не определяется	

При поступлении на гемодиализ/в начале каждого календарного года: ВИЧ, HBS ag, HCV-at, RW;

Оценка эффективности диализной терапии

Критерий	Целевой показатель	Результат	Комментарий
1. адекватность диализа	$Kt/v > 1,3$ Эффективное время диализа в течение недели более 12 часов		
2. костно-минеральный обмен	Уровень фосфора 0,81-1,78 ммоль/л Паратгормон 150-300		
3. статус питания	Альбумин > 35 г/л		
4. Коррекция анемии	Нв 100-120 г/л		
5. Водный баланс	Междиализная прибавка веса не более 5%		
6. Сосудистый доступ	Наличие артерио-венозной фистулы или сосудистого протеза(при возможности: УЗИ контроль через 3-4 месяца после формирования сосудистого доступа; кровотока по фистуле должен быть не менее 500 мл/мин, по протезу не менее 800 мл/мин)		
7. Коррекция АД	Ниже 140/90 мм рт ст		

Рекомендации _____

Врач-нефролог диализного центра _____
Заведующий диализным центром _____

**Алгоритм ведения
единого краевого мониторинга пациентов с хронической болезнью почек**

1. Единый краевой мониторинг пациентов с хронической болезнью почек (далее - Нефрологический мониторинг, ХБП) ведется в Региональной телемедицинской системе (далее - РТС).
2. Доступ к РТС осуществляется в защищенной сети VipNet Министерства здравоохранения Красноярского края по адресу: <http://10.80.99.27>.
Для работы в Нефрологическом мониторинге приказом медицинской организации назначаются специалисты, ответственные за ведение Нефрологического мониторинга.
Для получения доступа специалисты проходят регистрацию в РТС с внесением следующих сведений: Ф.И.О., СНИЛС, телефон и адрес электронной почты.
Регистрационные данные не подлежат передаче третьим лицам.
Обмен сведениями в РТС осуществляется с использованием защищенных каналов связи VipNet.
3. Пациенту, которому проведено исследование креатинина крови, лечащий врач рассчитывает скорость клубочковой фильтрации (далее - СКФ) и определяет уровень риска развития ХБП:
при отсутствии возможности работы в Нефрологическом мониторинге - СКФ и уровень риска развития ХБП рассчитываются по нормограммам;
при работе в Нефрологическом мониторинге - лечащий врач вносит в Нефрологический мониторинг пол пациента и уровень у него креатинина, после чего СКФ и уровень риска развития ХБП рассчитываются автоматически.
4. При высоком уровне риска развития ХБП (4-5 стадия) лечащий врач создает карту пациента в системе Нефрологического мониторинга, заполняет и подписывает первичный осмотр.
5. Врач-консультант краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница» в системе Нефрологического мониторинга:
дает рекомендации по ведению пациента (подбор лекарственной терапии, диспансерное наблюдение, плановое и внеплановое обследование, рекомендации по направлению к врачу-нефрологу краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница»);
при необходимости инициирует направление пациента на врачебную комиссию краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница» по отбору и направлению пациентов на хронический гемодиализ/перитонеальный диализ (далее - врачебная комиссия).
6. Направление пациента на врачебную комиссию оформляется в Нефрологическом мониторинге.
7. Протокол заседания врачебной комиссии, содержащий решение комиссии,

оформляется в Нефрологическом мониторинге.

8. Врач медицинской организации, проводящей пациенту заместительную почечную терапию методом гемодиализа/перитонеального диализа, вносит информацию о проведенном обследовании и оказанном лечении и оформляет протокол динамического наблюдения за пациентом, находящемся на программном диализе.

9. Информация вносится:

не позднее 7 дней после установления впервые диагноза ХБП;

в течение 7 дней при изменении стадии ХБП, выявлении осложнений, выбытии пациента (по причине смерти, переезда, проведения трансплантации почки и др.);

не реже 1 раза в 12 месяцев при стабильном течении ХБП (о диспансерном наблюдении, лабораторных данных пациента, о получаемом лечении).

10. При смене места жительства (прикрепления) пациента врач оформляет перевод пациента в другую медицинскую организацию, кроме пациентов, получающих заместительную почечную терапию методом гемодиализа.

Перевод пациента, получающего заместительную почечную терапию методом гемодиализа, в другую медицинскую организацию для получения заместительной почечной терапии методом гемодиализа осуществляется по решению врачебной комиссии.

11. При первичном установлении пациенту диагноза ХБП в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Краевая клиническая больница» информация о диагнозе передается в медицинскую организацию по месту жительства (прикрепления) пациента. Создание карточки пациента и внесение у нее результатов первичного осмотра пациента осуществляются лечащим врачом пациента в медицинской организации по месту его жительства (прикрепления).

Чек - лист
Критерии качества специализированной медицинской помощи
взрослым по профилю «нефрология»
(при оказании амбулаторной и стационарозамещающей помощи)

Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым
 при хронической почечной недостаточности
 (код по МКБ-10: N18)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена консультация врачом-нефрологом (при стадии 3, 4, 5)	Да/Нет
2.	Выполнен анализ мочи общий (при отсутствии анурии)	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, мочеви́на, мочева́я кислота, общий белок, альбумин, глюкоза, холестерин, липопротеины высокой плотности, липопротеины низкой плотности, триглицериды, калий, натрий)	Да/Нет
5.	Выполнено определение белка в суточной моче	Да/Нет
6.	Выполнен расчет скорости клубочковой фильтрации	Да/Нет
7.	Выполнено ультразвуковое исследование почек	Да/Нет
8.	Выполнена эхокардиография (при отсутствии проведения в последние 12 месяцев)	Да/Нет
9.	Выполнена электрокардиография (при стадии 3, 4, 5)	Да/Нет
10.	Выполнено исследование уровня паратиреоидного гормона в крови (при стадии 4, 5) (при отсутствии проведения в последние 3 месяца)	Да/Нет
11.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (ферритин, насыщение трансферрина железом, щелочная фосфатаза, кальция,	Да/Нет

	фосфора, бикарбонат) (при стадиях 3, 4, 5)	
12.	Выполнено исследование уровня 25-ОН витамина D в крови (при стадиях 3, 4, 5 и при отсутствии проведения в последние 12 месяцев)	Да/Нет
13.	Выполнена рентгенография брюшного отдела аорты (при стадиях 3, 4, 5 и при отсутствии проведения в последние 12 месяцев)	Да/Нет
14.	Проведена терапия лекарственными препаратами: ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента и/или антагонистами рецепторов ангиотензина II и/или блокаторами кальциевых каналов и/или бета-адреноблокаторами и/или диуретиками (при повышенном артериальном давлении, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
15.	Проведена терапия лекарственными препаратами железа и/или эпоэтином бета (при анемии, при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
16.	Проведена терапия минерально-костных нарушений лекарственными препаратами для лечения гиперфосфатемии и/или препаратами кальция и/или антипаратиреоидными гормонами и/или препаратами группы витамина D и его аналогов (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
17.	Проведена терапия лекарственными препаратами ингибиторами ГМГ-КоА-редуктазы (при гиперхолестеринемии и отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
18.	Выполнена терапия методами диализа (при наличии медицинских показаний)	Да/Нет

