

ПРОЕКТ

СТАНДАРТ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК V СТ., ЯКІ ЛІКУЮТЬСЯ ГЕМОДІАЛІЗОМ

А. ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА

Діагноз: Хронічна хвороба нирок V Д ст.
Шифр згідно МКБ-10: N18

РОЗРОБНИКИ

- Колесник М. О. д.мед.н., професор, директор ДУ «Інститут нефрології АМН України»
Законь К. М. зав. відділенням інтенсивної нефрології ДУ «Інститут нефрології АМН України»
Кулизький М. В. к.мед.н., провідний науковий співробітник відділу нефрології та діалізу ДУ «Інститут нефрології АМН України»
Дудар І. О. д. мед. н., с. н. с., зав. відділом еферентних технологій ДУ «Інститут нефрології АМН України»
Дударенко В. Б. с. н. с., відділу нефрології та діалізу ДУ «Інститут нефрології АМН України»
Гончар Ю. І. к. мед. н., старший науковий співробітник відділу еферентних технологій ДУ «Інститут нефрології АМН України»
Ліксунова Л. О. завідувача відділення нефрології та діалізу ДУ «Інститут нефрології АМН України»

РЕЦЕНЗЕНТИ

- Шейман Б. С. д.мед.н., зав. відділенням токсикології та екстракорпоральних методів детоксикації національної дитячої спеціалізованої лікарні (ОХМАТДИТ) МОЗ України
Красюк Е. К. к.мед.н., директор КМНПЦНтаГ
Дата наступного оновлення – 2013 р.

Б. СТАНДАРТ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ РОЗРОБЛЕНИЙ НА ОСНОВІ КЛІНІЧНИХ НАСТАВОВ І ДАНИХ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ

Положення стандарту медичної допомоги	Обґрунтування	Критерії якості медичної допомоги
I. Організація надання медичної допомоги		
Усім пацієнтам з ХХН-V, які потребують лікування ГД медична допомога надається в лікувальній установі, яка у своїй структурі має центр нефрології та діалізу.	Доведено, що своєчасно розпочате лікування ГД збільшує тривалість і покращує якість життя та рівень соціальної реабілітації пацієнтів з ХХН-V [3, 6, 7].	Обов'язкові: 1. Визначена процедура направлення пацієнтів на лікування ГД. 2. Визначені: – показання та протипоказання до лікування ГД; – режими проведення ГД, дози ГД, типи діалізаторів та складу діалізуючого розчину, режими антикоагуляції тощо; – підходи до діагностики та лікування анемії у пацієнтів на ГД; – підходи до діагностики та лікування мінерально-кісткових порушень у пацієнтів на ГД; – підходи до контролю стану та догляду за судинним доступом для ГД; – підходи до оцінки та корекції харчового статусу пацієнта на ГД; – підходи до діагностики, профілактики та лікування серцево-судинних ускладнень; – підходи до діагностики і лікування синдрому хронічного запалення; – хімічні і мікробіологічні параметри води для ГД, об'єм та кратність їх визначення; – графік проведення регламентних робіт, включаючи дезінфекцію апаратів для ГД, системи водопідготовки, водогону та водовідведення води після ГД і діалізних залів; – підходи до ведення пацієнтів з гепатитами В та С, ВІЛ, які потребують лікування ГД;

Продовження таблиці

		<ul style="list-style-type: none"> – підходи до ведення пацієнтів з цукровим діабетом, які потребують лікування ГД; – підходи до профілактики та лікування інтрадіалізних ускладнень ГД (гіпотензія, гіпертензія, дизеквілібріум-синдром, судоми, аритмії та ін.). <ol style="list-style-type: none"> 3. Наявність форми реєстрації кожного проведеного ГД, його режиму та стану хворого до, під час та після сеансу. 4. Наявність розподілу хворих за лікарями-нефрологами, які відповідають за ведення пацієнтів у міждіалізний період. 5. Наявність відповідних приміщень та обладнання для надання допомоги пацієнтам з ХХН-V методом ГД. 6. Наявність планових теоретичних та практичних програм для всього персоналу, який задіяний у наданні допомоги пацієнтам з ХХН-V методом ГД. 7. Допомога надається командою, яка складається із спеціально підготованого персоналу, яка не менше 1 разу на місяць аналізує лікування хворих та вносить необхідні зміни. 8. Обов'язковими членами бригади є лікарі-нефрологи та медичні сестри; важливим є залучення інших фахівців.
II. Діагностика		
<p>Об'єм діагностики визначається локальним протоколом та здійснюється у центрі нефрології та діалізу.</p>	<p>Докази свідчать, що своєчасна та адекватна діагностика зменшує кількість ускладнень та збільшує тривалість і якість життя у хворих з ХХН V Д [3, 6, 7].</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Всім пацієнтам діагностичні тести проводяться в об'ємі та з частотою: <ul style="list-style-type: none"> – ЕКГ не рідше одного разу на рік; – рентгенографія органів грудної клітки не рідше одного разу на рік; – ЕхоКГ не рідше одного разу на рік; – визначення eKt/V не рідше одного разу на місяць; – біохімічний аналіз крові (сечовина, креатинін, загальний білок, альбумін, фракції білірубину, АЛТ, АСТ, глюкоза, калій, натрій, кальцій (загальний або іонізований), фосфор, магній) не рідше одного разу на місяць; – загальний аналіз крові не рідше одного разу на місяць; – визначення загального холестерину, тригліцеридів крові та інших показників ліпідного профілю не рідше одного разу на рік; – визначення показників харчового статусу не рідше 1 разу на 6 місяців; – визначення паратиреоїдного гормону крові не рідше 1 разу на 6 місяців; – насичення трансферину і сироваткового феритину проводиться до початку лікування ЕСЗ, далі відповідно протоколу лікування анемії; – визначення HBsAg, антитіл до HCV не рідше одного разу на 3 місяці; – визначення антитіл до ВІЛ, реакції Вассермана не рідше 1 разу на рік.

Продовження таблиці

		<ol style="list-style-type: none"> Стан пацієнта оцінюється бригадою з надання допомоги пацієнтам з ХХН-V Д, не рідше 1 разу на місяць. Стан кожного нового пацієнта з ХХН-V повинен оцінюватись бригадою з надання допомоги пацієнтам з ХХН-VД, не пізніше 24 годин з моменту поступлення.
III. Лікування		
У разі відсутності протипоказань та наявності згоди, хворому з ХХН V ст. необхідно розпочати лікування методом ГД. У деяких хворих лікування може бути розпочате при стадії ХХН IV, підстави для цього визначаються локальним протоколом.	Своєчасно розпочатий та адекватний ГД забезпечує більшу тривалість життя та вищий рівень реабілітації [3, 6, 7].	Обов'язкові: <ol style="list-style-type: none"> Діагностичні тести проводяться у повному обсязі з відповідною частотою. Лікування пацієнтів з ХХН-V ГД проводиться відповідно до локального протоколу. Пацієнти з анемією отримують лікування препаратами заліза і еритропоетину. Катетер не повинен бути постійним судинним доступом більше ніж у 10% пацієнтів. У 90% хворих постійним судинним доступом є нативна артеріо-венозна фістула. Тривалість діалізної сесії не менше 4 годин не менше 3-х разів на тиждень. У 90% хворих тижневе eKt/V більше 1,2. Бажані: <ol style="list-style-type: none"> У всіх хворих постійним судинним доступом є нативна артеріо-венозна фістула. Тривалість діалізної сесії близько 5 годин три рази на тиждень. У всіх хворих eKt/V \approx 1,4.
IV. Рекомендації при виписці із стаціонару		
Пацієнт, що отримує інтермітуючий діаліз при відсутності супуніх захворювань, що потребують стаціонарного лікування, переводиться на амбулаторний режим.	Своєчасно розпочатий та адекватний ГД забезпечує більшу тривалість життя та вищий рівень реабілітації [3, 6, 7].	Обов'язкові: <ol style="list-style-type: none"> Дотримання дієти з обмеженням вживання натрію, калію, фосфору, води) Профілактика серцево-судинних ускладнень
V. Реабілітація		
За виникнення необхідності, члени команди визначають проблеми і залучають фахівців з проблем реабілітації пацієнтів.	Своєчасно розпочатий та адекватний ГД забезпечує більшу тривалість життя та вищий рівень реабілітації [3, 6, 7].	Програма реабілітації визначається індивідуально залежно від рівня коморбідності.
VI. Профілактика		
ХХН захворювання, що має свій стадійний незворотній розвиток. При ХХН V стадії хворі потребують проведення інтермітуючого ГД, який дозволяє подовжити їх тривалість та якість життя.	Профілактика ускладнень ХХН-VД дозволить збільшити тривалість та якість життя пацієнтів.	Обов'язкові: <ol style="list-style-type: none"> Постійне спостереження лікарем-нефрологом. Зменшення рівня коморбідності. Мінімізація прогресування КВУ.

В. ІНДИКАТОРИ ЯКОСТІ

1.	Визначена процедури направлення пацієнтів на лікування ГД
2.	Наявні показання та протипоказання до лікування ГД
3.	Наявні підходи до профілактики та лікування ускладнень ГД (гіпотензія, гіпертензія, дизеквілібріум-синдром, судоми, аритмії та ін.)
4.	Визначені режими проведення ГД, який включає виначення доставленої дози ГД, частоти та тривалості сеансів, типу діалізатуру та складу діалізуючого розчину, режиму антикоагуляції
5.	Проводиться діагностика та лікування анемії у пацієнтів на ГД
6.	Проводиться діагностика та лікування мінерально-кісткових порушень у пацієнтів на ГД
7.	Проводиться контроль стану та догляд за судинним доступом для ГД
8.	Проводиться оцінка та корекція харчового статусу пацієнта на ГД
9.	Проводиться діагностика, профілактика та лікування серцево-судинних ускладнень, яка включає контроль артеріальної гіпертензії, синдрому хронічного запалення, порушень обміну ліпідів
10.	Проводиться визначення хімічних і мікробіологічних характеристик води для ГД та діалізуючого розчину
11.	Проводиться регламентні роботи, дезінфекція апаратів для ГД, системи водопідготовки, водогону та водовідведення води для ГД, діалізних залів
12.	Визначені підходи до ведення пацієнтів з гепатитами В та С, ВІЛ, які потребують лікування ГД
13.	Визначені підходи ведення пацієнтів з цукровим діабетом, які потребують лікування ГД
14.	Наявність в ЛЗ форми реєстрації кожного проведеного сеансу ГД, його режиму та стану хворого до, під час та після сеансу
15.	Наявність в історії хвороби (карті амбулаторного хворого) щомісячних записів щодо діагностики та лікування анемії за умови відсутності змін програми лікування; у випадку зміни лікування – при кожній зміні
16.	Наявність в історії хвороби (карті амбулаторного хворого) щомісячних записів щодо діагностики та лікування мінерально-кісткових порушень; у випадку зміни лікування – при кожній зміні
17.	Наявність в історії хвороби (карті амбулаторного хворого) щомісячних записів щодо діагностики, лікування та профілактики серцево-судинних ускладнень (артеріальна гіпертензія, порушення обміну ліпідів); у випадку зміни лікування – при кожній зміні
18.	Наявність в історії хвороби (карті амбулаторного хворого) щомісячних записів щодо призначеної дієти, оцінки харчового статусу пацієнта та заходів з його корекції; у випадку зміни лікування – при кожній зміні
19.	Наявність в історії хвороби (карті амбулаторного хворого) щомісячних записів щодо оцінки стану судинного доступу; у випадку виявлення порушень - частіше
20.	Наявність в історії хвороби (карті амбулаторного хворого) щомісячних записів щодо режиму проведення ГД, яка включає частоту проведення, тривалість сеансу, тип діалізатуру та склад діалізуючого розчину, дозу діалізу
21.	Наявність в історії хвороби (карті амбулаторного хворого) записів, щодо кількості ускладнень гемодіалізу, які під час кожного сеансу так і за календарний місяць
22.	Наявність в історії хвороби (карті амбулаторного хворого) записів щодо діагностики гепатиту В та С, щеплень проти гепатиту В та лікування (при необхідності) кожні 6 місяців
23.	Наявність в історії хвороби (карті амбулаторного хворого) запису, який свідчить про те, що стан пацієнта оцінюється бригадою з надання допомоги пацієнтам не рідше 1 разу на місяць
24.	Наявність в історії хвороби (карті амбулаторного хворого) запису який свідчить про те, що стан нових пацієнтів з ХХН-V оцінюється бригадою з надання допомоги пацієнтам протягом 7 днів з дня поступлення
25.	Катетер з манжетою є постійним судинним доступом не більше ніж у 10% пацієнтів
26.	У не менш ніж 90% хворих постійним судинним доступом є нативна артеріо-венозна фістула
27.	Всі пацієнти отримують лікування не менше 3-х разів на тиждень
28.	У 90% хворих тижневе eKt/V більше 1,2
29.	Наявність планових теоретичних та практичних програм для всього персоналу, який задіяний у наданні допомоги пацієнтам з ХХН-V методом ГД
30.	Наявні протоколи переглядаються не рідше 1 разу на 3 роки.

Г. ЛІТЕРАТУРА

1. Наказ МОЗ України від 30.09.2003 №65/462 “Про поліпшення якості та організації системи медичної допомоги дорослим хворим нефрологічного профілю”.
2. Наказ МОЗ України від 3.11.2008 №63 “Про затвердження примірного таблицю оснащення медичним обладнанням та виробами медичного призначення обласної лікарні”.
3. Clinical Practice Guidelines and Clinical Practice Recommendations 2006 Updates Hemodialysis Adequacy.
4. Clinical Practice Guidelines and Clinical Practice Recommendations 2006 Updates Vascular Access <http://www.kidney.org/professionals/kdoqi/>.
5. NKF-K/DOQI CLINICAL PRACTICE GUIDELINES FOR VASCULAR ACCESS: UPDATE 2000 National Kidney Foundation. K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Vascular Access, 2000. Am J Kidney Dis 37:S137-S181, 2001 (suppl 1)
6. European Best Practice Guidelines for haemodialysis adequacy Nephrol Dial Transplant (2002) 17 [Suppl 7]: 5–6
7. Dialysis Adequacy (HD) Guidelines (The CARI guidelines). NEPHROLOGY 2005; 10, S61–S80
8. European Best Practice Guidelines (EBPG) for the Management of Anaemia in Patients with Chronic Renal Failure. Nephrol Dial Transplant (2004) 19 [Suppl 2]: ii1.
9. European Best Practice Guidelines (EBPG) for the Management of Anaemia in Patients with Chronic Renal Failure. Nephrol Dial Transplant (1999) 14 [Suppl 5]: 5.
10. KDOQI Clinical Practice Guidelines and Clinical Practice Recommendations for Anemia in Chronic Kidney Disease 2006 http://www.kidney.org/professionals/kdoqi/guidelines_anemia.
11. K/DOQI Clinical Practice. Guidelines for Cardiovascular Disease in Dialysis Patients. National Kidney Foundation. Am J Kidney Dis. 2005. V. 45 (suppl 3).-P. S1-S154.
12. National Kidney Foundation. K/DOQI Clinical Practice. Guidelines for Bone Metabolism and Disease in Chronic Kidney Disease-2004.

Затверджено Вченою Радою 13.05.10
Протокол № 5