

Suvestinė redakcija nuo 2004-12-01 iki 2007-12-29

Įsakymas paskelbtas: Žin. 2004, Nr. [149-5425](#), i. k. 1042250ISAK000V-661

LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRAS

**Į S A K Y M A S
DĖL DIALIZĖS PASLAUGŲ TEIKIMO BENDRŲJŲ IR SPECIALIŲJŲ REIKALAVIMŲ
PATVIRTINIMO**

2004 m. rugsėjo 23 d. Nr. V-661
Vilnius

Siekdamas reglamentuoti dializės paslaugų teikimą:

1. T v i r t i n u Dializės paslaugų teikimo bendruosius ir specialiuosius reikalavimus (pridedama).

2. L a i k a u netekusiais galios:

2.1. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. kovo 15 d. įsakymą Nr. 116 „Dėl Hemodializės procedūros bazinės kainos ir kokybės reikalavimų patvirtinimo“ (Žin., 1999, Nr. [28-810](#));

2.2. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. spalio 28 d. įsakymo Nr. 468 „Dėl SAM įsakymų 1998 06 18 Nr. 329, 1999 01 11 Nr. 17, 1999 01 22 Nr. 45, 1999 02 25 Nr. 92, 1999 03 09 Nr. 110, 1999 03 15 Nr. 116, 1999 03 16 Nr. 120, 1999 05 10 Nr. 229, 1999 05 27 Nr. 256 dalinio pakeitimo ir papildymo“ (Žin., 1999, Nr. [93-2718](#)) 1.6 punktą;

2.3. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. gegužės 11 d. įsakymo Nr. V-355 „Dėl iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų apmokamų brangiųjų tyrimų ir procedūrų sąrašo ir bazinių kainų patvirtinimo“ (Žin., 2004, Nr. [80-2849](#)) 4 punktą.

3. P a v e d u įsakymo vykdymą kontroliuoti Sveikatos apsaugos ministerijos sekretoriui pagal administruojamą sritį.

SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRAS

JUOZAS OLEKAS

DIALIZĖS PASLAUGŲ TEIKIMO BENDRIEJI IR SPECIALIEJI REIKALAVIMAI**I. APIBRĖŽIMAI**

1. Dializės paslaugas teikianti įstaiga (toliau – DPTĮ) – tai organizacinė struktūra (tarnyba, skyrius, poskyris, atskira gydymo įstaiga), kurioje gali būti atliekamos dializės procedūros. DPTĮ skirstomos į teikiančias ambulatorines ir/ar stacionarines dializės paslaugas.

2. Dializės – tai bendras gydymo metodų, skirtų organizmui apvalyti nuo endogeninės ir egzogeninės kilmės kenksmingų medžiagų, elektrolitų bei skysčių pertekliaus ir paremtų medžiagų difuzijos pagal koncentracijos gradientą, filtracijos ir konvekcijos pro pusiau laidžią membraną principais, grupės pavadinimas.

3. Hemodializė (toliau – HD) – tai gydymo metodas, kurį taikant kenksmingų medžiagų ir skysčių perteklius iš kraujo pro pusiau laidžią dirbtinę membraną yra šalinamas į dializei naudojamą tirpalą. Pagal dializei naudojamo tirpalo sudėtį HD gali būti acetatinė arba bikarbonatinė. Pagal gydomų pacientų ir atliekamos HD sudėtingumą, HD yra skirstoma į paprastąją ir sudėtingąją:

3.1. paprastosios HD – tai nuolatos, planine tvarka, sergantiesiems galutiniu inkstų nepakankamumu atliekamos HD. Paprastosioms HD priskiriamos su tiesiogine pakaitinio tirpalo gamyba susijusios procedūros;

3.2. sudėtingosiomis HD yra laikomos stacionare pacientams atliekamos HD:

3.2.1. sergantiems ūminiu inkstų nepakankamumu;

3.2.2. apsinuodijusiems;

3.2.3. skubos tvarka pacientams, sergantiems lėtiniu inkstų nepakankamumu ir kuriems jau atliekamos dializės (žr. 50 p.);

3.2.4. iki pirmųjų aštuonių HD, kai sergantiesiems lėtiniu inkstų nepakankamumu dėl ryškios ureminės intoksikacijos reikia staiga pradėti gydymą HD;

3.2.5. įvykus arterioveninės jungties komplikacijoms (trombozei, infekcijai ir kt.), kai būtina implantuoti dializei skirtą centrinės venos kateterį;

3.2.6. kai dar negalima pradėti PD arba negalima tęsti PD dėl atsiradusių PD komplikacijų ir yra būtina implantuoti dializei skirtą centrinės venos kateterį.

4. Ilgos trukmės inkstų pakaitinės terapijos metodai (toliau – ITIPTM) – tai dializės, atliekamos arterioveniniu arba venoveniniu būdu, rūšys, kurių bendras bruožas yra ilga trukmė ir lėta atlikimo sparta. Joms priskiriama:

4.1. ilgos trukmės hemofiltracija (toliau – HF) – tai dializės metodas, kurį taikant kenksmingų medžiagų ir skysčių perteklius iš kraujo pro pusiau laidžią dirbtinę membraną yra šalinamas kartu su pakaitinio tirpalo srove;

4.2. ilgos trukmės ultrafiltracija (toliau – UF) – tai dializės metodas, kurį taikant iš kraujo pro pusiau laidžią dirbtinę membraną yra šalinamas skysčių perteklius;

4.3. ilgos trukmės hemodiafiltracija (toliau – HDF) – tai kombinuotos dializės metodas, kurį taikant atliekamos kartu HD ir HF.

5. Peritoninė dializė (toliau – PD) – tai dializės, kurią taikant kenksmingų medžiagų ir skysčių perteklius iš kraujo šalinamas pro pilvaplėvę į dializei naudojamą tirpalą, esantį pilvo ertmėje, rūšis. PD gali būti ir aparatinė, atliekama specialia aparatūra.

II. BENDRIEJI REIKALAVIMAI

6. Pradedanti teikti HD paslaugas įstaiga turi įrengti tuo pačiu adresu ne mažiau kaip 8 nuolat veikiančias vietas, kuriose bus atliekama HD, ir per metus atlikti ne mažiau kaip 3000 HD.

7. Vienai HD vietai turi būti skiriamas ne mažesnis kaip 8 m² plotas. Kiti reikalavimai nustatomi remiantis Lietuvos higienos norma HN 47-1:2003. Procedūros gali būti atliekamos ir kituose padaliniuose, pvz., intensyviosios terapijos, įrengtose ir šiuos kokybės reikalavimus atitinkančiose darbo vietose.

8. DPTĮ, atliekančiose PD, turi būti:

8.1. specialiai įrengtas ne mažiau kaip 10 m² kambarys, skirtas PD pacientams mokytis;

8.2. patalpos PD tirpalams saugoti, atitinkančios sterilių tirpalų sandėliavimo sąlygas (0–25°C).

9. Iki 2008 m. dializės paslaugas galės teikti šiuo metu šias paslaugas teikiantys gydytojai (nefrologai, vaikų nefrologai, anesteziologai-reanimatologai, intensyviosios terapijos gydytojai, internistai, klinikiniai toksikologai, vaikų intensyviosios terapijos, vidaus ligų, šeimos gydytojai, chirurgai). Nuo 2008-01-01 dializės paslaugas galės teikti tik gydytojai nefrologai, vaikų nefrologai, anesteziologai-reanimatologai, intensyviosios terapijos gydytojai, klinikiniai toksikologai, vaikų intensyviosios terapijos gydytojai. Norintys teikti HD paslaugas gydytojai anesteziologai-reanimatologai, intensyviosios terapijos gydytojai, klinikiniai toksikologai, vaikų intensyviosios terapijos gydytojai privalo išlaikyti siauros specializacijos šios srities kvalifikacijos kėlimo kursus (ne mažiau kaip 72 val. pagal universiteto patvirtintą programą) ir privalo papildomai tobulintis dializių srityje, ne mažiau kaip 72 val. per 5 metus, pagal universiteto patvirtintą programą. Jei HD atlieka gydytojai, neturintys nefrologo ar vaikų nefrologo licencijos, toje DPTĮ pacientams ne rečiau kaip kartą per mėnesį turi būti užtikrintos nefrologo konsultacijos.

10. Dializės slaugos specialistais gali būti bendrosios praktikos, vaikų, anesteziologijos ir intensyviosios terapijos slaugytojai (-os), baigę (-usios) kvalifikacijos kėlimo kursus dializės srityje.

11. DPTĮ, kuriose atliekamos paprastosios HD, maksimalus vieno gydytojo vienu metu prižiūrimų pacientų skaičius – 8, slaugos specialisto – 3.

12. DPTĮ, kuriose atliekamos sudėtingosios HD, maksimalus vieno gydytojo vienu metu prižiūrimų pacientų skaičius – 6, slaugos specialisto – 2.

13. PD pacientus gydyti gali gydytojai nefrologai (vaikus – vaikų nefrologai), išlaikę siauros specializacijos kvalifikacijos kėlimo kursus PD srityje pagal universiteto patvirtintą programą.

14. PD pacientus apmokyti ir prižiūrėti gali bendrosios praktikos, vaikų, anesteziologijos ir intensyviosios terapijos slaugytojai (-os), baigę (-usios) kvalifikacijos kėlimo kursus PD srityje.

15. Implantuoti kateterį, apmokyti ligonį ir pradėti PD gali tik tos ASPĮ, kuriose dirba atitinkamai parengtas ir PD patirtį turintis medicinos personalas (ne mažiau kaip 3 gydytojai ir 2 slaugos specialistai).

16. Prižiūrėti PD ligonius gali tos ASPĮ, kuriose dirba atitinkamai parengtas ir PD patirtį turintis medicinos personalas (ne mažiau kaip 2 gydytojai ir 2 slaugos specialistai).

17. 1,0 etato krūviu dirbantis gydytojas gali stebėti ir gydyti ne daugiau kaip 40 PD pacientų.

18. 1,0 etato krūviu dirbantis slaugos specialistas gali prižiūrėti ne daugiau kaip 25 PD pacientus.

19. Jeigu vykstama pas pacientus į namus planinio vizito, 1,0 etato krūviu dirbantis slaugos specialistas gali prižiūrėti ne daugiau kaip 15 pacientų. Planinių vizitų pas pacientus vykstama tam, kad būtų galima įvertinti PD atlikimo kokybę namų sąlygomis ne rečiau kaip:

19.1. pirmąjį mėnesį – 1 kartą, po to vieną kartą per metus;

19.2. jei pacientas negali atvykti konsultacijai pats – kartą per 2 mėnesius, paimant kraują tyrimams.

20. Kiekvienoje DPTĮ turi būti reanimacinės pagalbos priemonės (elektrokardiografas, defibriliatorius, laringoskopas, intubacinių vamzdelių rinkinys, Ambu tipo kvėpavimo aparatas ir būtinų vaistų rinkiniai ūmiems gyvybinių funkcijų sutrikimams gydyti, nurodyti sveikatos apsaugos ministro 2003 m. birželio 17 d. įsakymu Nr. V-357 „Dėl gaivinimo standartų patvirtinimo“ (Žin., 2003, Nr. 2914).

21. DPTĮ, kuriose atliekamos sudėtingos dializės, turi būti visą parą budintis HD postas, įstaiga turi atitikti bendruosius II lygio chirurgijos paslaugų teikimo reikalavimus, o įstaigos, teikiančios PD paslaugas, papildomai turi atitikti II lygio nefrologijos paslaugų teikimo specialiuosius reikalavimus.

22. Dializių įranga (medicinos prietaisai) turi atitikti Lietuvos medicinos normos MN 4:2001 „Medicinos prietaisų saugos techninis reglamentas“ reikalavimus. Medicinos prietaisai turi turėti atitikties deklaracijas ir būti paženklinėti CE atitikties ženklu nustatyta tvarka.

23. Dializių įranga turi būti sukomplektuota, įdiegta ir prižiūrima pagal gamintojo kartu su prietaisu pateiktus naudojimo ir priežiūros dokumentus, laikantis Lietuvos medicinos normos MN 101:2003 „Medicinos prietaisų instaliavimo, eksploatavimo ir naudojimo tvarka sveikatos priežiūros įstaigose“ ir Lietuvos higienos normos HN 47-1:2003 „Sveikatos priežiūros įstaigos. Higieninės ir epidemiologinės priežiūros reikalavimai“.

24. Vartojamos tik vienkartinės priemonės (dializatoriai, hemofiltrai, kraujo magistralės, punkcinės adatos ir kt.), gatavi koncentruoti druskų tirpalai, sausos druskos ar jų mišiniai, kurie turi atitikti 22 ir 23 punktuose keliamus reikalavimus ir naudojami laikantis gamintojo nustatytų konkrečių hemodializės prietaisų tipų techninių charakteristikų ir pateiktų naudojimosi instrukcijų.

25. HD turi būti naudojamas išvalytas vanduo. Vandens valymo įrenginiai turi turėti: mechaninį filtrą, vandens minkštiklį, aktyvintos anglies filtrą, reversinės osmozės įrenginį. Jei geležies kiekis vandenyje viršija normą, turi būti atliekamas nugeležinimas.

26. Vieną kartą per mėnesį turi būti tikrinamas dializei naudojamo vandens užteršimas mikroorganizmais įstaigos vadovo nustatyta tvarka.

27. HD naudojamame išvalytame vandenyje mikroorganizmų kiekis turi būti mažesnis kaip 200 KfV/ml (KfV – kolonijas formuojantis vienetas). Jei vandens mikroorganizmų kiekis yra daugiau kaip 200 KfV/ml, turi būti atliekama dezinfekcija.

28. Jei mikroorganizmų kiekis mažesnis kaip 200 KfV/ml, dezinfekcija atliekama kas 6 mėn. įstaigos vadovo nustatyta tvarka.

29. Leidžiami cheminių medžiagų kiekiai valytame vandenyje, kuris naudojamas HD:

29.1. kalcio – 2 mg/l arba 0,05 mmol/l;

29.2. magnio – 2 mg/l arba 0,08 mmol/l;

29.3. kalio – 2 mg/l arba 0,08 mmol/l;

29.4. natrio – 50 mg/l arba 2,2 mmol/l.

30. Kalcio, magnio, kalio, natrio kiekis HD naudojamame vandenyje turi būti tiriamas ne rečiau kaip 1 kartą per mėnesį.

31. Arseno, bario, chromo, gyvsidabrio, kadmio, seleno, sidabro, švino, fluoridų, nitratų, sulfatų, cianidų kiekius vandentiekio vandenyje turi kontroliuoti visuomenės sveikatos tarnybos. HD naudojamame vandenyje papildomai vieną kartą per metus reikia tirti aliuminio, vario, cinko kiekius.

32. Vienkartinės priemonės prieš dializių pradžią turi būti užpildomos ir perplaunamos pagal jų panaudojimo instrukcijų reikalavimus.

33. Po dializių panaudotos ir su krauju susilietusios vienkartinės priemonės turi būti nukenksminamos, o dializei panaudotas tirpalas šalinamas, laikantis higienos reikalavimų.

34. DPTĮ turi būti parengti ir įstaigos vadovo patvirtinti atliekamų gydymų procedūrų aprašymai.

35. Dializėmis gydomų pacientų duomenys bei kita svarbi informacija yra fiksuojama jų medicininiuose dokumentuose. Paprastosiomis HD gydomiems pacientams taip pat yra pildomi

tyrimų lapas, ambulatorinis HD gydomo paciento ir paciento stebėjimo lapas (2 priedas). Sudėtingosiomis HD gydomiems pacientams pildomas paciento stebėjimo lapas.

III. INFORMACIJOS TEIKIMO TVARKA

36. Hemodializės paslaugas teikiančios įstaigos du kartus per metus (iki birželio 1 d. ir iki gruodžio 1 d.) informuoja teritorines ligonių kasas (toliau – TLK), su kuriomis yra sudariusios sutartis dėl hemodializės paslaugų teikimo, apie tai, kokiam pacientų kiekiui tuo metu teikia paslaugas, ir apie tai, kokiam kiekiui galėtų teikti.

37. ASPI, kurios pacientui pirmą kartą suformuoja arterioveninę jungtį arba implantuoja pastovų kateterį, kartą per mėnesį įstaigos vadovo pasirašytu raštu apie tai informuoja TLK. Rašte nurodomas paciento vardas, pavardė, asmens kodas, gyvenamoji vieta, gydymo stacionare istorijos numeris, diagnozė, glomerulų filtracijos greitis, data, nuo kurios pradėtos teikti hemodializės paslaugos, arba orientacinė data, nuo kurios planuojama jas pradėti teikti.

IV. PAPRASTOSIOS HD SPECIALIEJI REIKALAVIMAI

38. Indikacijos, rodančios, kad pacientams, sergantiems lėtiniu inkstų nepakankamumu, reikia taikyti gydymą paprastosiomis HD (esant bent vienam iš šių pokyčių):

38.1. glomerulų filtracijos greitis – $10\text{--}15\text{ ml/min./1,73 m}^2$;

38.2. aiškūs uremijos klinikiniai simptomai (ureminis gastritas, pasireiškiantis anoreksija, pykinimu, vėmimu, kraujavimu iš skrandžio erozijų; CNS veiklos sutrikimai: dėmesio susilpnėjimas, depresija ar euforija, darbingumo sumažėjimas; varginantis odos niežėjimas, „neramių kojų“ sindromas);

38.3. sergant diabetine nefropatija, HD galima pradėti taikyti anksčiau – kai glomerulų filtracijos greitis – $15\text{--}20\text{ ml/min./1,73 m}^2$.

39. Kontraindikacijos, rodančios, kad pacientams, sergantiems lėtiniu inkstų nepakankamumu, negalima taikyti HD:

39.1. ligonio raštiškas atsisakymas gydytis;

39.2. terminalinės kitų ligų stadijos (pvz., išplitęs piktybinis procesas);

39.3. neurologinės ligos, sukeliančios ryškius negrįžtamus organinius CNS pažeidimus ir psichikos sutrikimus (Alzheimerio liga ir kt.);

39.4. pastovi hipotenzija, nekoreguojama vaistais, kai sistolinis AKS mažesnis kaip 80 mmHg;

39.5. psichinės ligos, dėl kurių neįmanomas ligonio bendradarbiavimas su jį gydančiu medicinos personalu.

40. Indikacijos, rodančios, kad HD gydomiems pacientams galima taikyti HF ar HDF su tiesiogine pakaitinio tirpalo gamyba (indikacijas įvertina ir gydymą parenka pacientą gydantis ar konsultuojantis gydytojas nefrologas):

40.1. ryški hiperfosfatemija (fosforo koncentracija serume didesnė kaip $2,5\text{ mmol/l}$), nekoreguojama dieta ir vaistais, adekvačiai gydant HD;

40.2. kai anemijos korekcijai reikalingos didelės eritropoetino dozės (didesnės kaip 200 VV/kg/sav.), o geležies kiekis koreguotas;

40.3. sunki, invalidumą sukelianti ureminė polineuropatija;

40.4. sunkus ureminis niežulys, sukeliantis miego sutrikimus, besitęsiantis daugiau kaip 3 mėn., adekvačiai gydant HD;

40.5. dializinė kacheksija, kai kūno masės indeksas mažesnis kaip 18 kg/m^2 .

41. Sprendimą dėl arterioveninės jungties formavimo arba pastovaus kateterio implantavimo suaugusiesiems turi priimti ne mažiau kaip trijų nefrologų konsiliumas, o vaikams – trijų vaikų

nefrologų konsiliumas, kai glomerulų filtracijos greitis – 15–20 ml/min./1,73 m², o sergančiųjų diabetine nefropatija glomerulų filtracijos greitis – 15–25 ml/min./1,73 m².

42. Arterioveninių jungčių formavimo tvarka:

42.1. arterioveninės jungtys yra formuojamos ASPI stacionare arba dienos chirurgijos stacionare, kuriose šias operacijas nuolat atlieka urologai, angiochirurgai ar kitų specialybių chirurgai, turintys atitinkamą patirtį (ne mažiau kaip 25 operacijos per metus);

42.2. kai negalima suformuoti natūralios jungties ar tokios jungtys trombuojasi, arterioveninei jungčiai suformuoti naudojami kraujagyslių protezai. Jungčiai formuoti tinka tik tokie kraujagyslių protezai, kuriuos galima daug kartų punktuoti, t. y. PTFE tipo;

42.3. jeigu nėra galimybės suformuoti arterioveninę jungtį, implantuojamas specialus, pastovus dializei skirtas stambių venų kateteris su vienu ar dviem sustorėjimais, skirtais poodiniam tuneliui suformuoti.

43. Procedūros, taikomos sergant lėtiniu inkstų nepakankamumu, reikalavimai:

43.1. savaitinė HD dozė:

43.1.1. standartas – 3 kartai per savaitę po 4 valandas, iš viso – 12 valandų;

43.1.2. pacientui dializė gali būti atliekama rečiau kaip 3 kartus per savaitę, jei:

43.1.2.1. yra liekamoji inkstų funkcija (glomerulų filtracijos greitis – daugiau kaip 8 ml/min./1,73 m²);

43.1.2.2. liekamoji diurezė didesnė kaip 1,5 l/24 val. ir kalio kiekis prieš HD nesiekia 6 mmol/l;

43.1.2.3. pacientas dėl socialinių ar kitų priežasčių (pvz., gyvena toli nuo dializės centro) negali dažniau atvykti į DPTĮ;

43.1.2.4. raštiškai atsisako 3 kartus per savaitę atliekamos dializės;

43.1.3. pacientui dializė gali būti atliekama dažniau kaip 3 kartus per savaitę arba daugiau kaip 12 val./sav., jei:

43.1.3.1. taikant HD išsivystė ureminis perikarditas, pleuritas ar ascitas;

43.1.3.2. progresuoja ureminė encefalopatija ir/ar neuropatija;

43.1.3.3. paciento svoris tarp HD padidėja daugiau kaip 2 kg;

43.1.3.4. nepakankamas kraujo greitis HD metu dėl prastai veikiančios arterioveninės fistulės;

43.1.3.5. dėl širdies nepakankamumo ar išeminės širdies ligos pacientai netoleruoja 4 val. trukmės HD ir/ar nėra pakankamo kraujo srovės greičio (kūno svoris kg x4), o HD efektyvumo rodikliai yra nepakankami;

43.1.3.6. pacientui atliekant dializę 12 val./sav. ir esant pakankamam kraujo ir dializei naudojamam tirpalo (ne mažiau kaip 500 ml/min.) greičiams HD efektyvumas išlieka mažas (Kt/V mažesnis kaip 1);

43.1.3.7. dieta ir vaistais nekoreguojama hiperfosfatemija (didesnė kaip 2 mmol/l);

43.1.3.8. bent viena HD nebuvo kokybiška (per mažas filtruoto skysčio kiekis ar dėl rimtų priežasčių buvo trumpesnė). Šiuo atveju skiriama viena papildoma HD.

44. HD efektyvumo rodikliai:

44.1. kraujo šlapalo šalinimo efektyvumo rodiklis (R). HD atliekant 3 kartus per savaitę, R turi būti mažesnis kaip 0,43, o atliekant 2 kartus per savaitę – mažiau kaip 0,35;

44.2. dializės efektyvumo rodiklis (Kt/V). HD atliekant 3 kartus per savaitę, Kt/V turi būti 1,0 ir daugiau, kai HD atliekama 2 kartus per savaitę – daugiau kaip 1,2.

45. HD metu slaugos specialistas registruoja unifikuotame ligonio sekimo lape šiuos parametrus:

45.1. kraujo tėkmės greitį;

45.2. HD trukmę;

45.3. ultrafiltracijos dydį;

45.4. ligonio svorį prieš ir po HD;

- 45.5. pulsą, arterinį kraujospūdį;
- 45.6. vartotus medikamentus ir skysčių kieki;
- 45.7. komplikacijas HD metu.
- 46. HD gydomo paciento stebėjimas ir priežiūra:
 - 46.1. Pacientai turi būti stebimi, tiriami ir gydomi gydytojų nefrologų, o vaikai – vaikų nefrologų. Reikia stengtis, kad ligonis turėtų nuolatinį gydytoją. Ligonio stebėjimo, tyrimų duomenys bei skiriami ambulatoriniam gydymui vaistai registruojami ambulatoriniame HD gydomo ligonio lape, asmens sveikatos istorijoje ar gydymo stacionare istorijoje.
 - 46.2. Pacientai, nesirgę virusiniu B hepatitu ir neturintys virusinio B hepatito antikūnų (antiHBs), turi būti skiepijami, stebint antikūnų (antiHBs) susidarymą.
 - 46.3. Pacientai turi būti maitinami prieš, per ar po kiekvienos HD procedūros.
- 47. HD gydomo ligonio tyrimų periodiškumas:
 - 47.1. vieną kartą per mėnesį tiriama:
 - 47.1.1. kalio kiekis kraujo serume prieš ir, jeigu reikia, po HD;
 - 47.1.2. natrio kiekis kraujo serume prieš ir, jeigu reikia, po HD;
 - 47.1.3. šlapalo kiekis kraujo serume prieš ir po HD;
 - 47.1.4. HD efektyvumo rodiklis (Kt/V) arba kraujo šlapalo šalinimo efektyvumo rodiklis (R);
 - 47.1.5. kreatininas kraujo serume prieš HD;
 - 47.1.6. bendras ir/ar jonizuotas kalcis kraujo serume;
 - 47.1.7. fosforas kraujo serume;
 - 47.1.8. baltymas kraujo serume;
 - 47.1.9. bendras kraujo tyrimas (Hb, eritrocitų skaičius, Ht);
 - 47.2. vieną kartą per 3 mėnesius tiriami kraujo serumo rodikliai:
 - 47.2.1. CRB;
 - 47.2.2. kepenų fermentai (GOT, GPT, šarminė fosfatazė);
 - 47.2.3. geležis arba feritinas;
 - 47.2.4. albuminas;
 - 47.2.5. šlapimo rūgštis (jeigu tyrimai vienerius metus yra normalūs, juos galima kartoti vieną kartą per metus);
 - 47.2.6. cholesterolis (jeigu tyrimai vienerius metus yra normalūs ir pacientas nevartoja cholesterolio kiekį mažinančių vaistų, tyrimą galima kartoti vieną kartą per metus);
 - 47.2.7. parathormonas (jeigu parathormono kiekis vienerius metus yra mažesnis kaip norma ir pacientui neskiriami aktyvaus vit. D preparatai, tyrimą galima kartoti 2 kartus per metus);
 - 47.3. du kartus per metus tiriama paros diurezė ir glomerulų filtracijos greitis, jeigu pacientui dėl liekamosios inkstų funkcijos (glomerulų filtracijos greitis daugiau kaip 8 ml/min./1,73 m²) dializė yra atliekama 2 kartus per savaitę;
 - 47.4. vieną kartą per metus atliekami šie tyrimai:
 - 47.4.1. krūtinės ląstos rentgenograma;
 - 47.4.2. pilvo organų echoskopija;
 - 47.4.3. ezofagogastroduodenofibroskopija;
 - 47.4.4. širdies echoskopija, EKG;
 - 47.4.5. osteodensitometrija;
 - 47.4.6. riešo rentgenograma vaikams;
 - 47.4.7. hepatito B ir C žymenys (HBsAg, antiHBcor, antiHBs, antiHCV);
 - 47.5. potencialiems inksto transplantacijos recipientams papildomai atliekami tyrimai du kartus per metus:
 - 47.5.1. hepatito B ir C žymenys (HBsAg, antiHBcor, antiHBs, antiHCV);
 - 47.5.2. RPR (dėl sifilio) ir TPHA (atliekamas, jei teigiamas RPR);
 - 47.5.3. ŽIV antikūnai.

47.6. Kiti papildomi tyrimai atliekami pagal sveikatos būklės rodiklius. Skubiais atvejais bei norint tikslinti gydymą, tyrimus galima atlikti dažniau.

V. SUDĖTINGOSIOS HD SPECIALIEJI REIKALAVIMAI

48. Indikacijos, rodančios, kad pacientams, sergantiems ūminiu inkstų nepakankamumu, reikia atlikti HD (esant bent vienam iš šių pokyčių grupių):

48.1. Absoliučios indikacijos:

48.1.1. ryškūs klinikiniai uremijos požymiai (ureminė koma, traukuliai);

48.1.2. hipervolemija, pasireiškianti plaučių ar smegenų pabrinkimu;

48.1.3. biocheminiai kraujo pokyčiai (esant bet kuriam vienam iš šių pokyčių):

48.1.3.1. hiperkalemija – daugiau kaip 6,5 mmol/l ar jai būdingi EKG pakitimai;

48.1.3.2. acidozė (standartinis bikarbonatas – mažiau kaip 15 mmol/l);

48.1.3.3. hiponatremija – mažesnė kaip 120 mmol/l.

48.2. Santykinės indikacijos:

48.2.1. klinikiniai uremijos požymiai (ureminė encefalopatija, pykinimas ir vėmimas, acidozinis kvėpavimas, hemoraginė diatezė);

48.2.2. diuretikais nepagydoma hipervolemija su gresiančiu plaučių ar smegenų pabrinkimu;

48.2.3. biocheminiai kraujo pokyčiai (esant bet kuriam vienam iš šių pokyčių):

48.2.3.1. hiperkalemija – daugiau kaip 6 mmol/l be jai būdingų EKG pakitimų;

48.2.3.2. kreatininas serume – daugiau kaip 500–600 μ mol/l;

48.2.3.3. šlapalas serume – daugiau kaip 30 mmol/l.

49. Kontraindikacijos, dėl kurių pacientams, sergantiems ūminiu inkstų nepakankamumu, negalima taikyti HD (išskyrus atvejus, kai HD atliekama gydytojų konsiliumo sprendimu):

49.1. šokas, nekoreguojamas medikamentais;

49.2. nesustabdomas vidinis kraujavimas, keliantis pavojų gyvybei.

50. Indikacijos, rodančios, kad pacientams, sergantiems lėtiniu inkstų nepakankamumu (esant bent vienam iš šių pokyčių), reikia atlikti HD skubos tvarka:

50.1. metabolinė acidozė (standartinis bikarbonatas – mažiau kaip 15 mmol/l);

50.2. hiperkalemija – daugiau kaip 7 mmol/l ir/ar jai būdingi EKG pokyčiai;

50.3. ureminis perikarditas arba pleuritas;

50.4. diuretikais nepagydoma hiperhidratacija ar plaučių pabrinkimas;

50.5. progresuojanti ureminė encefalopatija ar neuropatija;

50.6. medikamentais nekoreguojama grėsminga arterinė hipertenzija su gresiančia eklampsija;

50.7. hiponatremija – mažesnė kaip 120 mmol/l.

51. Indikacijos HD ūminių apsinuodijimų atvejais – kai medikamentas ar nuodas HD metu gali būti pašalinamas iš organizmo ir galima tikėtis klinikinio efekto (rekomenduojama konsultotis su klinikiniais toksikologais).

52. Atliekant sudėtingas HD, jų skaičių ir dažnį lemia biocheminiai kraujo rodikliai, inkstų pakenkimo laipsnis, ligonio būklė, todėl apie HD skaičių ir trukmę reikia spręsti individualiai.

VI. SPECIALIEJI ITIPTM REIKALAVIMAI

53. ITIPTM yra indikuotini kritiškai sunkios būklės ligoniams, sergantiems ūminiu inkstų nepakankamumu su nestabilia hemodinamika, esant sunkiai gydomai arterinei hipotenzijai ir ryškiai hiperhidratacijai ar/ir ryškiam hiperkatabolizmui.

54. ITIPTM kontraindikacijos:

54.1. intensyvus, gyvybei grėsmingas kraujavimas, kai negalima panaudoti alternatyvių antikoaguliacijos metodų;

54.2. vaistais nekoreguojamas stiprus šokas.

55. Indikacijas ir kontraindikacijas įvertina bei ITPITM metodą parenka gydytojų konsiliumas, kurio organizavimo tvarką turi nustatyti ASPI, kurioje atliekami ITPITM, vadovas. Į konsiliumą turi būti įtrauktas pacientą gydantis gydytojas ir ITPITM įvaldęs gydytojas.

56. ITIPTM taikomi ASPI, atitinkančiose trečio lygio reanimacijos-intensyviosios terapijos paslaugų teikimo specialiuosius reikalavimus.

Punkto pakeitimai:

Nr. [V-824](#), 2004-11-23, Žin., 2004, Nr. 172-6362 (2004-11-30), i. k. 1042250ISAK000V-824

57. ITIPTM atliekami atsižvelgiant į ligonio būklę, todėl konsiliumas arba gydantis gydytojas parenka procedūrų skaičių, pačių procedūrų ir gydymo jomis trukmę.

58. ITIPTM metu slaugos specialistas paciento medicinos dokumentuose registruoja šiuos ir kitus gydytojo nurodytus parametrus:

- 58.1. kraujo tėkmės greitį (nustatomą gydytojo);
- 58.2. procedūros trukmę;
- 58.3. ultrafiltracijos dydį;
- 58.4. pulsą, arterinį kraujospūdį, temperatūrą;
- 58.5. vartotus medikamentus, pakaitinių ir kitų skysčių kieki;
- 58.6. komplikacijas procedūros metu;
- 58.7. atliktus tyrimus.

VII. SPECIALIEJI PD REIKALAVIMAI

59. Indikacijos pradėti PD, sergant ūminiu ar lėtiniu inkstų nepakankamumu, atitinka HD indikacijas. Nustačius indikacijas, pirmenybė pradėti PD arba keisti gydymą HD į PD suteikiama, atsižvelgiant į medicininius ir socialinius kriterijus:

59.1. Medicininiai kriterijai:

59.1.1. pacientams su liekamąja inkstų funkcija (žr. 43.1.2.1 p.) ir turintiems inkstų transplantacijos perspektyvą;

59.1.2. pacientams, kuriems techniškai negalima suformuoti arterioveninės jungties;

59.1.3. pacientams, kurie netoleruoja HD (žemas arterinis kraujospūdis, alergija plastiko paviršiams ir kt.);

59.1.4. pacientams su ryškia širdies ir kraujagyslių sistemos patologija;

59.1.5. pacientams, kuriems pavojingas antikoagulantų skyrimas.

59.2. Socialiniai kriterijai (galimybė gydytis namuose):

59.2.1. vaikams;

59.2.2. dirbantiems ar besimokantiems pacientams, kad galėtų tęsti darbą ar mokslą;

59.2.3. pacientams, gyvenantiems toli nuo dializės centrų arba negalintiems atvykti į juos dėl savo būklės (nevaikštantiesiems, paralyžiuotiems ir kt.).

60. Parenkant aparatinį PD atlikimo būdą, pirmenybė suteikiama:

60.1. vaikams;

60.2. dirbantiems ar besimokantiems pacientams;

60.3. pacientams, kurie patys savarankiškai negali atlikti PD;

60.4. pacientams su diafragmos ar pilvo sienos išvarža;

60.5. pacientams, kuriems neapartinė PD yra nepakankamai efektyvi.

61. Kontraindikacijos pradėti gydymą PD:

61.1. Absoliučios:

61.1.1. paciento atsisakymas;

61.1.2. ūminė uždegiminė žarnyno liga;

61.1.3. hidrotoraksas arba susisiekiiančios pleuros ir pilvaplėvės ertmės.

61.2. Reliatyvios:

61.2.1. anamnezėje buvusios pilvo ertmės operacijos, pilvaplėvės rezekcija arba fibrozė;

61.2.2. aklumas, tetraplegija, ankilozuojantis artritas;

61.2.3. psichinės ligos, dėl kurių neįmanomas ligonio bendradarbiavimas su jį gydančiu personalu;

61.2.4. neseniai (prieš 4–6 mėn.) protezuota aorta ar implantuoti kiti protezai pilve;

61.2.5. grybelinis, tuberkuliozinis peritonitas, žarnų divertikuliozė, kolonostoma, išeminė žarnų liga;

61.2.6. inkstų policistozė, jei labai dideli inkstai;

61.2.7. nekoreguojama hiperlipidemija;

61.2.8. aktyvi pilvo sienos ar odos infekcija;

61.2.9. sunkus socialinis psichologinis prisitaikymas prie šios procedūros (žemas intelektas, blogos gyvenimo sąlygos ir kt.).

62. Sprendimą dėl suaugusiųjų gydymo PD turi priimti ne mažiau kaip trijų nefrologų konsiliumas, o dėl vaikų – trijų vaikų nefrologų konsiliumas.

63. Individualus pacientų apmokymas, implantavus PD kateterį, organizuojamas ambulatoriškai ASPI, kurioje pradedama PD. Stacionare yra apmokomi sunkiai judantys arba nevaikštantys, atvykę iš tolesnių vietovių, gydomi HD pacientai bei pacientai, kuriems reikia skubiai pradėti PD. Jeigu pacientas negali pats atlikti PD – apmokomi jo artimieji (vaikų – tėvai arba globėjai), vaikai gali būti apmokomi palatoje.

64. Minimali apmokymo trukmė – 10 dienų (60 val.) pagal patvirtintą programą (1 priedas). Paciento apmokymas laikomas užbaigtu, kai PD kuruojantis nefrologas (vaikų nefrologas) teigiamai įvertina paciento gebėjimą savarankiškai pakeisti PD tirpalą, užpildyti PD dienyną, pasirinkti reikiamos koncentracijos PD tirpalą, atpažinti pagrindines PD komplikacijas (peritonitą, kateterio tunelio ar angos infekciją ir kt.). Jeigu paciento įgūdžiai yra nepakankami, PD kuruojantis gydytojas pratęsia paciento apmokymą, numatydamas jo trukmę ir tematiką.

65. Gydymo PD pradžia ir pacientų apsilankymų pas medicinos personalą dažnis:

65.1. gydymą PD galima pradėti stacionare ir ambulatoriškai;

65.2. pradėjus gydymą PD, pacientas atvyksta pasitikrinti pas slaugos specialistą po savaitės;

65.3. pirmaisiais gydymo PD metais pacientas pas gydytoją ir slaugos specialistą lankosi ne rečiau kaip 1 kartą per mėn., nuo antrųjų metų – ne rečiau kaip kartą per 2 mėn.

66. Atsiradus PD komplikacijoms, pacientai gydomi ASPI, kuriose dirba PD specialistai.

67. PD efektyvumo rodikliai:

67.1. klinikiniai (gera savijauta, gerai koreguojamas arterinis kraujospūdis, pastovus kūno svoris, patinimų nebuvimas, ureminės intoksikacijos požymių nebuvimas);

67.2. biocheminiai ir funkciniai rodikliai:

67.2.1. savaitinis Kt/V. Pastovi ambulatorinė PD yra adekvati, kai savaitinis Kt/V yra didesnis kaip 1,7/sav., o aparatinė PD adekvati, kai savaitinis Kt/V yra didesnis kaip 2,0/sav.;

67.2.2. kreatinino klirensas. Pastovi ambulatorinė PD yra adekvati, kai kreatinino klirensas yra didesnis kaip 50 l/sav./1,73 m² kūno paviršiaus, o aparatinė PD adekvati, kai kreatinino klirensas yra didesnis kaip 66 l/sav./1,73 m² kūno paviršiaus;

67.2.3. pilvaplėvės laidumo įvertinimas.

68. Gydymo PD efektyvumo rodiklių ir rodiklių, galinčių turėti įtakos PD procedūros režimo pakeitimams, matavimo dažniai:

68.1. per pirmuosius šešis mėnesius nuo PD pradžios Kt/V ir kreatinino klirensas matuojami ne mažiau kaip 2 kartus, vėliau – kas 6 mėn. arba po PD komplikacijų;

68.2. pilvaplėvės laidumas įvertinamas po 1 mėn. nuo PD pradžios, vėliau – kas 6 mėn. arba atsiradus ultrafiltracijos sutrikimams bei paskyrus pacientui aparatinę PD;

68.3. kas 6 mėn. turi būti apskaičiuojama liekamoji inkstų funkcija (tol, kol išlieka) pagal glomerulų filtracijos greitį.

69. PD gydomo paciento tyrimų periodiškumas:

69.1. Vieną kartą per mėnesį tiriama (nuo antrųjų metų ar negalintiems atvykti – kas 2 mėn.):

69.1.1. kalio kiekis kraujo serume;

69.1.2. natrio kiekis kraujo serume;

69.1.3. šlapalo kiekis kraujo serume;

69.1.4. kreatinino kiekis kraujo serume;

69.1.5. bendro ir/ar jonizuoto kalcio kiekis kraujo serume;

69.1.6. fosforo kiekis kraujo serume;

69.1.7. baltymas ir albuminas kraujo serume;

69.1.8. CRB kraujo serume;

69.1.9. gliukozės kiekis kraujo serume;

69.1.10. bendras kraujo tyrimas (Hb, eritrocitų skaičius, Ht).

69.2. Vieną kartą per 3 mėnesius tiriama kraujo serumo rodikliai:

69.2.1. kepenų fermentai (GOT, GPT, šarminė fosfatazė);

69.2.2. geležis arba feritinas;

69.2.3. šlapimo rūgštis (jeigu tyrimai vienerius metus yra normalūs, juos galima kartoti vieną kartą per metus);

69.2.4. cholesterolis ir jo frakcijos, trigliceridai;

69.2.5. parathormonas (jeigu parathormono kiekis vienerius metus yra mažesnis negu nustatyta norma ir pacientui neskiriami aktyvaus vit. D preparatai, tyrimą galima kartoti 2 kartus per metus).

69.3. Vieną kartą per metus atliekami šie tyrimai:

69.3.1. krūtinės ląstos rentgenograma;

69.3.2. pilvo organų echoskopija;

69.3.3. ezofagogastroduodenofibroskopija;

69.3.4. širdies echoskopija ir EKG;

69.3.5. osteodensitometrija;

69.3.6. hepatito B ir C žymenys (HBsAg, antiHBcor, antiHBs, antiHCV).

69.4. Potencialiems inksto transplantacijos recipientams papildomai du kartus per metus tiriama:

69.4.1. hepatito B ir C žymenys (HBsAg, antiHBcor, antiHBs, antiHCV);

69.4.2. RPR (dėl sifilio) ir TPHA (atliekamas, jei teigiamas RPR);

69.4.3. ŽIV antikūnai.

69.5. Pasėliai nuo PD kateterio išėjimo angos ir iš nosiaryklės imami du kartus per metus. PD naudojamo tirpalo pasėliai ir mikroskopinis (citologinis) tyrimai atliekami, esant infekcijos požymiams.

69.6. Kiti papildomi tyrimai atliekami pagal sveikatos būklės rodiklius. Skubiais atvejais bei norint koreguoti gydymą, tyrimus galima atlikti dažniau.

69.7. Nuo antrų metų gydantis nefrologas arba konsiliumas gali nustatyti ir kitokį tyrimų periodiškumą, tyrimai gali būti atliekami ir kitose ASPĮ.

70. Pacientai, nesirgę virusiniu B hepatitu ir neturintys virusinio B hepatito antikūnų, turi būti skiepijami, stebint antikūnų susidarymą.

71. Indikacijos, rodančios, kad PD reikia pakeisti į HD:

71.1. nepavyksta pasiekti efektyvios PD (pagal savaitinį Kt/V, kreatinino klirensą ir ultrafiltraciją);

71.2. pasikartojančios PD komplikacijos (peritonitai, PD kateterio tunelio infekcija, „nesandari“ pilvaplėvė, leidžianti dializei naudojamam tirpalui patekti į ekstraperitoninius audinius);

71.3. nekoreguojama hipertrigliceridemija;

71.4. ligonio prašymas.

72. PD tirpalų ir jų priemonių tiekimo ir individualios apskaitos tvarką nustato Valstybinė ligonių kasa (VLK).

PD PACIENTŲ MOKYMO PROGRAMA (60 VAL.)

1. Peritoninio kateterio, kateterio angos priežiūra, galimi uždegimai, kateterio angos pakitimai (3 val.).
 2. Paciento supažindinimas su PD procedūra (dviejų maišų sistema) ir naudojamais tirpalais (2 val.).
 3. PD sistemos (maišelio) patikrinimas (0,5 val.).
 4. PD tirpalo (maišelio) sušildymas (1,5 val.).
 5. PD procedūrai atlikti reikalingų priemonių paruošimas (1 val.).
 6. Rankų nusiplovimas, nusausinimas, dezinfekavimas (1,5 val.).
 7. Vietos, kur atliekama PD procedūra, dezinfekavimas (1,5 val.).
 8. PD sistemos parengimas naudoti, ir jos tinkamumo procedūrai įvertinimas (1 val.).
 9. PD kateterio prailgintuvo paruošimas procedūrai atlikti (1 val.).
 10. Rankų nusiplovimas, nusausinimas, dezinfekavimas prieš pat procedūrą (1,5 val.).
 11. Maksimaliai steriliai atliekamas kateterio ir PD sistemos sujungimas (0,5 val.).
 12. Dializei naudojamo tirpalo supylimas į pilvaplėvės ertmę ir išleidimas, atliekamas slaugytojo ir atliekamas paciento prižiūrint slaugytojai (25 val.).
 13. Pasiruošimas atjungti PD sistemą nuo kateterio ir jos atjungimas (2 val.).
 14. Iš pilvaplėvės ertmės ištekėjusio skysčio įvertinimas: spalva, drumstumas, fibrino priemaišos, tūris (6 val.).
 15. Paros skysčių pusiausvyros apskaičiavimas (5 val.).
 16. PD dienyno pildymas (5 val.).
 17. Skysčių pusiausvyros reguliavimas, tirpalo koncentracijos parinkimas (2 val.).
 18. Peritonito požymių atpažinimas (0,5 val.).
 19. Patarimai, kaip kontroliuoti skysčius, kaip maitintis, kaip sportuoti ir kt. (2,5 val.).
-

Dializēs paslaugu teikimo
bendruju ir speciāliju
reikalavimu
2 priedas

PACIENTO TYRIMO LAPAS Nr.

[illegible]

[illegible]

Dializės paslaugų teikimo
bendrųjų ir specialiųjų reikalavimų
2 priedas

Alergija _____

Tel _____

AMBULATORINIS HD GYDOMO PACIENTO LAPAS

Nr. _____

Vardas ir pavardė _____

Gydytojas _____

data _____

Asmens kodas □□□□□□□□□□

Ambulatorinės kortelės Nr. _____

Atstumas iki HD (km)

Ūgis _____ Sausas svoris (data) _____

(cm) _____ (kg) _____

Pagrindinė liga (TLK kodas ir nustatymo data)

□. □□. □

Komplikacijos.....

.....

Gretutinės ligos (ir nustatymo data)

1.....

2.....

.....

.....

.....

HD pradžia (data)....., pirmo prijungimo būdas

Arterioveninė fistulė: suformavimo data Komplikacijos (data)

1.

2.

HD savaitinė trukmė (val.) (data)

1.

2.

Liekamoji diurezė (l per parą) (data)

.....

.....

.....

.....

Hospitalizavimas (data, priežastys):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
 Recipientas (*svarstymo*
data)1.....
 2

Inkstų transplantacija (*data, išeitys*)
 1.

.....
 Kraujo grupė..... Rh.....
 Nėštumai (*anamnezėje*)
 Kraujo perpylimai (*anamnezėje*)
 1.
 2.
 3.

Infekcijų markeriai

Data	HB _s Ag	AntiHBs	AntiHB _{cor} Ig M	AntiHCV	AntiCMV IgM	Lues	AntiŽIV	

HBV vakcinacija (*data*).....

HLA tipavimas (*data*).....

Antilimfocitotoksiniai Ak (*data*)

Išeitys (*data*)

Pakeitimai:

1.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-824](#), 2004-11-23, Žin., 2004, Nr. 172-6362 (2004-11-30), i. k. 1042250ISAK000V-824

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 23 d. įsakymo Nr. V-661 "Dėl Dializės paslaugų teikimo bendrųjų ir specialiųjų reikalavimų patvirtinimo" pakeitimo