LIETUVOS RESPUBLIKOS
SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRO
Į S A K Y M A S

# DĖL DIALIZUOJAMŲJŲ PACIENTŲ IR PACIENTŲ, KURIEMS PERSODINTAS INKSTAS, GYDYMO KOMPENSUOJAMAISIAIS VAISTAIS TVARKOS APRAŠO PATVIRTINIMO

2011 m. rugpjūčio 5 d. Nr. V-759
Vilnius

Siekdamas užtikrinti kokybiškas asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir tinkamą ambulatorinį gydymą kompensuojamaisiais vaistais:

1. T v i r t i n u pridedamą Dializuojamųjų pacientų ir pacientų, kuriems persodintas inkstas, gydymo kompensuojamaisiais vaistais tvarkos aprašą.

2. P r i p a ž į s t u netekusiu galios Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. rugpjūčio 14 d. įsakymo Nr. 422 „Dėl ligų diagnostikos bei ambulatorinio gydymo, kompensuojamo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, metodikų patvirtinimo“ (Žin., 2002, Nr. 90-3880) 1.2 punktą.

SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRAS RAIMONDAS ŠUKYS

PATVIRTINTA
Lietuvos Respublikos
sveikatos apsaugos ministro
2011 m. rugpjūčio 5 d.
įsakymu Nr. V-759

# DIALIZUOJAMŲJŲ PACIENTŲ IR PACIENTŲ, KURIEMS PERSODINTAS INKSTAS, GYDYMO KOMPENSUOJAMAISIAIS VAISTAIS TVARKOS APRAŠAS

## I. BENDROSIOS NUOSTATOS

1. Dializuojamųjų pacientų ir pacientų, kuriems persodintas inkstas, gydymo kompensuojamaisiais vaistais tvarkos aprašas (toliau – Aprašas) nustato ligų ir sveikatos problemų, pagal Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos problemų klasifikacijos Australijos modifikaciją TLK-10-AM žymimų kodais Z49.1, Z49.2 ir Z94.0, diagnozavimo, gydymo kompensuojamaisiais vaistais, gydymo efektyvumo vertinimo ir stebėjimo tvarką.

2. Apraše vartojamos sąvokos:

**Lėtinis inkstų nepakankamumas** (N18) – tai progresuojantis glomerulų filtracijos greičio (toliau – GFG) mažėjimas dėl negrįžtamos nefronų žūties, sergant lėtinėmis inkstų ligomis.

Skiriamos lėtinės inkstų ligos (toliau – LIL) stadijos (atsižvelgiant į GFG):

1 stadija (N18.1) – inkstų pažeidimas, kai GFG normalus ar padidėjęs (GFG ? 90 ml/min./1,73 $m^2$);

2 stadija (N18.2) – GFG 60–89 ml/min./1,73 $m^2$;

3 stadija (N18.3) – GFG 30–59 ml/min./1,73 $m^2$;

4 stadija (N18.4) – GFG 15–29 ml/min./1,73 $m^2$;

5 stadija (N18.5) – GFG <15 ml/min./1,73 $m^2$.

**Pakaitinė inkstų terapija** – tai bet kurios formos inkstų funkciją pakeičiantis gydymas (dializė, inksto persodinimas), taikomas pacientams, sergantiems 5 stadijos LIL.

**Dializuojamieji pacientai** (Z49.1 ir Z49.2) – tai paskutinės stadijos lėtiniu inkstų nepakankamumu sergantys pacientai, kuriems taikomas inkstus pakeičiantis gydymas dialize (hemodialize ar peritonine dialize).

**Predializuojamieji pacientai** – tai lėtiniu inkstų nepakankamumu sergantys pacientai, kuriems gali prireikti dializės (kai GFG <60 ml/min./ 1,73 $m^2$ – N18.3, N18.4, N18.5).

**Inksto persodinimas (transplantacija)** – tai operacija, kurios metu kito žmogaus inkstas persodinamas (transplantuojamas) paskutinės stadijos lėtiniu inkstų nepakankamumu sergančiam pacientui inksto funkcijai atkurti.

3. Pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiantis gydytojas ar gydytojas specialistas, pagal savo kompetenciją atlikę tyrimus ir įtarę arba diagnozavę lėtinį inkstų nepakankamumą, jo komplikacijas, dializuojamojo ar paciento, kuriam persodintas inkstas, pablogėjusią būklę, pacientą siunčia konsultuotis pas gydytoją nefrologą (vaikų nefrologą).

4. Lėtinį inkstų nepakankamumą ir su juo susijusias būkles diagnozuoja, šiame Apraše nustatytą gydymą skiria, tikslina ir vaistus išrašo gydytojas nefrologas (vaikų nefrologas). Po nefrologo (vaikų nefrologo) konsultacijos vaistus gali išrašyti gydytojai, teikiantys hemodializės paslaugas Dializės paslaugų teikimo bendrųjų ir specialiųjų reikalavimų, patvirtintų sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 23 d. įsakymu Nr. V-661 (Žin., 2004, Nr. 149-5425) nustatyta tvarka.

Dializuojamą pacientą nuolatos stebintis gydytojas nefrologas (vaikų nefrologas) gali išrašyti ir kitų Apraše nenurodytų kompensuojamųjų vaistų, kuriuos pacientas nuolat vartoja ir kurie skiriami vaistinio preparato charakteristikų santraukoje nurodytoms terapinėms indikacijoms gydyti arba kurie paskirti kitos profesinės kvalifikacijos gydytojo specialisto, nekeisdamas anksčiau paskirto gydymo.

5. Parenkant gydymą laikomasi šių principų:

5.1. pradedama gydyti pradine vaisto doze ir vertinamas gydymo poveikis;

5.2. nustačius pakankamą vaisto poveikį, gydymas tęsiamas mažiausia veiksminga palaikomąja vaisto doze;

5.3. jei vaisto poveikis nepakankamas, dozė laipsniškai didinama, kol pasiekiamas poveikis, neviršijant maksimalios terapinės dozės;

5.4. generinius analogus turintiems vaistams teikiama pirmenybė renkantis tos pačios farmakoterapinės grupės vaistus;

5.5. gydymas kitu tos pačios farmakoterapinės grupės vaistu motyvuotu gydančio gydytojo sprendimu keičiamas, jei gydant pirmiau pasirinktu vaistu nepavyko pasiekti terapinio poveikio arba jei atsiradusių pašalinių vaisto poveikių sukeliama rizika tapo didesnė už pasiektą terapinį poveikį, arba jei kito vaisto charakteristikos geriau atitinka individualius paciento poreikius.

## II. PACIENTŲ, SERGANČIŲ LĖTINIU INKSTŲ NEPAKANKAMUMU, INKSTINĖS ANEMIJOS GYDYMAS KOMPENSUOJAMAISIAIS ERITROPOEZĘ SKATINANČIAIS VAISTAIS IR GELEŽIES PREPARATAIS (TLK-10-AM KODAI N18.3, N18.4, N18.5, Z49.1, Z49.2, Z94.0)

6. Eritropoezę skatinantys vaistai (toliau – ESV) – tai vaistai, kurie skatina eritropoezę, tiesiogiai ar netiesiogiai veikdami eritropoetino receptorius. Atsižvelgiant į jų pusinės eliminacijos periodo trukmę, skiriami trumpo ir ilgo poveikio ESV:

6.1. trumpo poveikio ESV skiriami 2–3 kartus per savaitę;

6.2. ilgo poveikio ESV skiriami nuo 1 karto per savaitę iki 1–2 kartų per mėnesį, atsižvelgiant į paciento organizmo atsaką.

7. Gydytojas, skirdamas ir išrašydamas ESV, turi individualiai pacientui parinkti tinkamą vaisto dozę, užtikrindamas racionalų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų naudojimą.

8. Dializuojamiems pacientams ESV rekomenduojama skirti į veną, o predializuojamiems pacientams ir pacientams, kuriems persodintas inkstas, – po oda. ESV parenkami ir skiriami įvertinus šiuos kriterijus:

8.1. pacientams, kuriems persodintas inkstas, taip pat gydomiems peritonine dialize bei predializuojamiems pacientams, pradedant gydymą ESV, teikiama pirmenybė ilgo poveikio ESV;

8.2. hemodialize gydomiems pacientams, kurie anksčiau nebuvo gydomi ESV, gydymą rekomenduojama pradėti trumpo poveikio ESV;

8.3. gydymo tikslas – pasiekti ir palaikyti hemoglobino (toliau – Hb) kiekį 110 g/l ir hematokritą (toliau – Ht) nuo 0,30 iki 0,36;

8.4. nepasiekus tikslinės Hb koncentracijos maksimaliomis trumpo poveikio ESV dozėmis, gydymą galima keisti ilgo poveikio ESV;

8.5. gydymas ESV pradedamas, kai Hb<110 g/l ir Ht<0,33, nustačius feritino atsargas. Feritino kiekis kraujo serume turi būti ? 100mcg/l. Jei feritino kiekis kraujo serume <100 mcg/l, prieš pradedant gydymą ESV, reikia papildyti geležies atsargas (išskyrus ligonius, kuriems buvo alerginių reakcijų, skiriant geležies preparatus);

8.6. Hb ir Ht būtina tirti ne rečiau kaip kartą per mėnesį, feritino kiekį kraujo serume – ne rečiau kaip kas 3 mėnesius. Prieš tiriant feritino kiekį kraujo serume pacientas turi nevartoti geležies preparatų ne trumpiau kaip 7 dienas;

8.7. pradinė trumpo veikimo ESV dozė:

8.7.1. Hb 90–109 g/l – 50 TV/kg per savaitę;

8.7.2. Hb 80–89 g/l – 100 TV/kg per savaitę;

8.7.3. Hb 70–79 g/l – 150 TV/kg per savaitę;

8.7.4. Hb < 70 g/l – > 150 TV/kg per savaitę;

8.8. pradinė darbepoetino alfa dozė (0,45 mcg/kg) skiriama vieną kartą per savaitę;

8.9. siekiama, kad Hb kiekis didėtų 10–20 g/l per mėnesį. Jei Hb kiekis didėja <10 g/l per mėnesį, Ht < 0,02, trumpo veikimo ESV dozę didinti 50 proc., darbepoetino alfa – 25 procentais. Jei Hb kiekis didėja >20 g/l per mėnesį, Ht > 0,08, ESV dozę mažinti 25–50 procentų;

8.10. sumažėjus Hb < 110 g/l, pirmą mėnesį ESV dozė nekeičiama (išskyrus atvejus, kai Hb sumažėja mažiau kaip 100 g/l – tada dozė didinama nedelsiant). Jei po mėnesio nustatoma, kad Hb < 110 g/l, ESV dozė didinama. Jei nustatoma Hb 110–120 g/l, ESV dozė nekeičiama;

8.11. padidėjus Hb > 120 g/l, pirmą mėnesį dozė nekeičiama. Jei po mėnesio išlieka Hb >120g/l, ESV dozė mažinama;

8.12. jei, skiriant minimalias ESV dozes dar 1 mėnesį, Hb išlieka > 120 g/l, gydymas ESV laikinai nutraukiamas;

8.13. eritropoetinų dozė negali būti didesnė negu 20000 TV per savaitę, darbepoetino alfa – 100 mcg per savaitę;

8.14. darbepoetino alfa savaitės dozę (mcg per savaitę) galima perskaičiuoti padalijus bendrą EPO savaitės dozę (TV per savaitę) iš 200.

9. Kas mėnesį sekant Hb ir Ht tyrimų reikšmes ir nustačius Hb <110 g/l, vėl skiriamas gydymas ESV pagal 8 punkte nustatytus kriterijus.

10. Hemodialize gydomiems pacientams skiriami intraveniniai geležies preparatai. Pacientams, gydomiems peritonine dialize, ar pacientams, kuriems persodintas inkstas, rekomenduojama skirti gydymą intraveniniais geležies preparatais.

11. Lėtiniu inkstų nepakankamumu sergantiems pacientams feritino koncentracija turi būti palaikoma 200–500 mcg/l. Jei feritino koncentracija < 100 mcg/l, nustatomas absoliutus geležies deficitas.

12. Predializuojamiesiems pacientams geležies stokai mažinti pradžioje skiriami geriamieji geležies preparatai (100–200 mg elementinės geležies per parą). Jeigu per 3 mėnesius feritino kiekis kraujo serume nepasiekia 100 mcg/l, skiriami intraveniniai geležies preparatai.

13. Prieš pradedant skirti intraveninius geležies preparatus, reikia ištirti feritino kiekį kraujo serume. Geležies preparatai skiriami, įvertinus feritino koncentraciją kraujyje, pagal toliau nurodytą schemą:

**Pacientų, sergančių lėtiniu inkstų nepakankamumu, inkstinės anemijos gydymas intraveniniais geležies preparatais**

| **Feritino kiekis kraujo serume (mcg/l ar ng/ml)** | **Intraveninių geležies preparatų skyrimas** |
|---|---|
| **<100** | 100–500 mg per parą elementinės geležies, neviršijant 1000 mg dozės Feritino kiekis kraujo serume tiriamas ne anksčiau kaip praėjus 7 dienoms po paskutinės geležies dozės. Kol feritino kiekis kraujo serume išlieka ne mažesnis nei 100 mcg/l, kartojamas tas pats gydymo kursas |
| **100–300** | 100 mg elementinės geležies 1 kartą per savaitę, feritino kiekį kraujo serume kontroliuojant kas 3 mėnesiai |
| **>300–500** | 100 mg elementinės geležies kas antrą savaitę, feritino kiekį kraujo serume kontroliuojant kas 3 mėnesiai |
| **>500** | Gydymas geležies preparatais į veną nutraukiamas, po 1–3 mėnesių atliekamas kontrolinis feritino kiekio kraujo serume tyrimas ir, jam esant <500 mcg/l, intraveniniai geležies preparatai skiriami pagal |

| Feritino kiekis kraujo serume (mcg/l ar ng/ml) | Intraveninių geležies preparatų skyrimas |
|---|---|
| | anksčiau pateiktas rekomendacijas |

14. Netekus geležies dėl nukraujavimo, būtina nedelsiant tirti feritino kiekį kraujo serume ir atitinkamai tikslinti skiriamo geležies preparato dozę.

## III. LĖTINIU INKSTŲ NEPAKANKAMUMU SERGANČIŲ PACIENTŲ ANTRINIO HIPERPARATIREOIDIZMO GYDYMAS KOMPENSUOJAMAISIAIS VAISTAIS (TLK-10-AM KODAI N18.3, N18.4, N18.5)

15. Pacientų, sergančių lėtiniu inkstų nepakankamumu, antrinis hiperparatireoidizmas pradedamas gydyti vitamino D analogais (alfakalcidoliu), nustačius padidėjusį paratiroidinio hormono (toliau – PTH) kiekį kraujo serume, atsižvelgiant į Ligų ir kompensuojamųjų vaistų joms gydyti sąraše (A sąraše), patvirtintame Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymu Nr. 49 (Žin., 2000, Nr. 10-253; 2010, Nr. 83-4387), nustatytas vaisto alfakalcidolio skyrimo sąlygas. Alfakalcidolio dozė parenkama individualiai, įvertinus LIL stadiją ir PTH koncentraciją:

15.1. esant 3 LIL stadijai, jei PTH >7,7 pmol/l (>70 pg/ml), kalcio kiekis kraujyje ?4 mmol/l, fosforo kiekis kraujyje ?1,5 mmol/l, skiriama pradinė 0,25 mcg/d alfakalcidolio dozė;

15.2. esant 4 LIL stadijai, jei PTH >12,1 pmol/l (>110 pg/ml), kalcio kiekis kraujyje ?2,4 mmol/l, fosforo kiekis kraujyje ? 1,5 mmol/l, skiriama pradinė 0,25 mcg/d alfakalcidolio dozė;

15.3. esant 5 LIL stadijai, jei PTH >33 pmol/l (>300 pg/ml), alfakalcidolis pradedamas skirti taip:

15.3.1. jei PTH >33, bet <66 pmol/l (>300, bet <600 pg/ml), kalcio kiekis ?2,4 mmol/l, fosforo kiekis ? 1,8 mmol/l, skiriama alfakalcidolio dozė 0,5–1,5 mcg po hemodializės arba 3 kartus per savaitę, arba 0,25–0,5 mcg per dieną;

15.3.2. jei PTH 66–110 pmol/l (600–1000 pg/ml), kalcio kiekis ?2,4mmol/l, fosforo kiekis ? 1,8 mmol/l, skiriama alfakalcidolio dozė 1–4 mcg po hemodializės arba 3 kartus per savaitę, arba 0,5–1 mcg per dieną;

15.3.3. jei PTH >110 pmol/l (>1000 pg/ml), kalcio kiekis ?2,4 mmol/l, fosforo kiekis ?1,8 mmol/l, skiriama alfakalcidolio dozė 3–7 mcg po hemodializės arba 3 kartus per savaitę, arba 1–2 mcg per dieną.

16. Kalcio ir (ar) fosforo kiekiui kraujo serume viršijus rekomenduojamas normas ir (ar) PTH sumažėjus ?33 pmol/l (?300 pg/ml), alfakalcidolio dozė mažinama arba vaistas nutraukiamas. PTH kiekis kraujo serume tiriamas ne rečiau kaip kas 3 mėnesius, kalcio ir fosforo kiekiai kraujo serume tiriami ne rečiau kaip kartą per mėnesį.

## IV. DIALIZUOJAMŲJŲ PACIENTŲ IR PACIENTŲ, KURIEMS PERSODINTAS INKSTAS, HIPERKALEMIJOS GYDYMAS KOMPENSUOJAMAISIAIS VAISTAIS (TLK-10-AM KODAI Z49.1, Z49.2, Z94.0)

17. Lėtiniu inkstų nepakankamumu sergantiems pacientams turi būti išaiškinta kalį ribojančios dietos svarba, jos pacientai turi laikytis nuolat.

18. Kai paciento organizme, nepaisant kalį ribojančios dietos, kaupiasi kalis ir vystosi hiperkalemija (t. y. kalio kiekis kraujo serume >6 mmol/l), būtina skirti kalį sujungiančių dervų.

19. Kalio kiekis kraujo serume tiriamas ne rečiau kaip kartą per mėnesį. Atsižvelgiant į tyrimo rezultatą, tikslinama kalį sujungiančių dervų dozė. Jeigu kalio kiekis kraujo serume sumažėja iki 5,0 mmol/l, šio vaisto dozė mažinama. Vaistas nutraukiamas, kai ne mažiau kaip

3 mėnesius kalio koncentracija kraujo serume laikosi mažesnė negu 5,0 mmol/l.

## V. AMBULATORINIS PACIENTO, KURIAM PERSODINTAS INKSTAS, GYDYMAS KOMPENSUOJAMAISIAIS VAISTAIS (TLK-10-AM KODAS Z94.0)

20. Pacientui, kuriam persodintas inkstas, ambulatoriškai skiriamas palaikomasis gydymas imunitetą slopinančiais vaistais (toliau – imunosupresantai).

21. Standartinę imunosupresinę gydymo schemą sudaro trys iš toliau išvardytų imunosupresantų: kalcineurino inhibitorius (toliau – KNI) (ciklosporinas ar takrolimuzas) arba mTOR inhibitorius (sirolimuzas), mikofenolinės rūgšties darinys arba azatioprinas ir gliukokortikoidas (metilprednizolonas). Vaistų skyrimo eiliškumas yra toks:

21.1. pirmojo pasirinkimo imunosupresantai taikant standartinę imunosupresinę gydymo schemą persodinus inkstą bei inkstą ir kasą yra KNI (ciklosporinas ar takrolimuzas), mikofenolio rūgšties darinys ir gliukokortikoidas:

21.1.1. ciklosporinas, kaip pirmojo pasirinkimo KNI, skiriamas įprastinės imunologinės rizikos pacientams, kuriems persodintas inkstas. Prieš skiriant kitą vaisto dozę, tiriama vaisto koncentracija kraujyje. Mažiausia veiksminga vaisto koncentracija kraujyje (toliau ? $C_0$) palaikoma nuo 100 iki 300 ng/ml iki 3 mėnesių po operacijos, o praėjus daugiau kaip 3 mėnesiams po operacijos – nuo 50 iki 200 ng/ml;

21.1.2. takrolimuzas, kaip pirmojo pasirinkimo KNI, skiriamas didelės imunologinės rizikos pacientams, kuriems persodintas inkstas arba inkstas ir kasa. Mažiausia veiksminga $C_0$ nuo 5 iki 20 ng/ml palaikoma iki 3 mėnesių po operacijos, o praėjus 3 mėnesiams ? nuo 3 iki 15 ng/ml;

21.1.3. kurį KNI (ciklosporiną ar takrolimuzą) skirti vidutinės imunologinės rizikos pacientams, kuriems persodintas inkstas, sprendžia gydytojų konsiliumas, individualiai įvertinęs galimą vaisto nepageidaujamą poveikį;

21.1.4. ciklosporinas, kaip antro pasirinkimo KNI, skiriamas, jeigu yra išsivystęs takrolimuzo nepageidaujamas poveikis, taip pat kai takrolimuzo skyrimas yra kontraindikuotinas, vadovaujantis šio vaistinio preparato charakteristikų santrauka;

21.1.5. takrolimuzas, kaip antro pasirinkimo KNI, skiriamas, jeigu yra išsivystę ciklosporino pašaliniai reiškiniai, taip pat kai gydymas ciklosporinu yra kontraindikuotinas ir nustačius inksto atmetimo reakciją;

21.1.6. mikofenolinės rūgšties dariniai skiriami kaip nurodyta 21.1. punkte ir gydytojų konsiliumo sprendimu, nesant kontraindikacijų, vietoj azatioprino po nustatytos persodinto inksto atmetimo reakcijos, išsivysčius azatioprino pašaliniams reiškiniams bei atkuriant imunosupresinį gydymą moterims, kurioms mikofenolio rūgšties dariniai buvo nutraukti planuojant nėštumą ir (ar) nėštumo ir (ar) žindymo metu;

21.1.7. gliukokortikoidai (metilprednizolonas) skiriami, persodinus inkstą ar inkstą ir kasą, individualiai parenkant pacientui vaisto dozes nuo 2 mg iki 32 mg per dieną;

21.2. antrojo pasirinkimo imunosupresantai, taikant standartinę imunosupresinę gydymo schemą, perodinus inkstą bei inkstą ir kasą, yra sirolimuzas ir azatioprinas:

21.2.1. sirolimuzas skiriamas pacientams, kuriems po inksto persodinimo operacijos yra išsivystęs KNI pašalinis poveikis ir (ar) kai gydymas KNI kontraindikuotinas, taip pat iš karto po transplantacijos, kai KNI pašalinis poveikis pasireiškė po ankstesnės transplantacijos operacijos, palaikant mažiausią veiksmingą $C_0$ nuo 4 iki 20 ng/ml. Skiriant sirolimuzą vietoj KNI, gydymas KNI nutraukiamas laipsniškai, vadovaujantis vaistinio preparato charakteristikų santrauka;

21.2.2. azatioprinas skiriamas, jei yra išsivystę mikofenolinės rūgšties darinių vartojimo pašaliniai reiškiniai bei planuojant nėštumą, taip pat nėštumo ir žindymo metu.

22. Nestandartinė gydymo imunosupresantais schema pacientui individualiai taikoma išimtiniais atvejais, atsižvelgiant į paciento ir transplantuoto organo (inksto, kasos) būklę, skiriant tris, du ar vieną imunosupresantą.

23. Imunosupresinės schemos pacientui, kuriam persodintas inkstas ar inkstas ir kasa, parenkamos ir keičiamos gydytojų konsiliumo, organizuojamo stacionarinio ar ambulatorinio gydymo metu, sprendimu.

24. Recipiento imunologinė rizika nustatoma prieš transplantaciją gydytojų konsiliumo sprendimu, vadovaujantis Inkstų transplantacijos paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo, patvirtinto sveikatos apsaugos ministro 2006 m. gegužės 12 d. įsakymu Nr. V-381 (Žin., 2006, Nr. 59-2090).

25. Citomegalo virusinė (toliau – CMV) infekcija nustatoma, kai žmogaus kūno skysčiuose ir (ar) audiniuose aptinkama citomegalo virusas arba viruso baltymų, nukleininių rūgščių, nustatomų kraujo serume molekuliniu metodu. Antikūnai prieš CMV (toliau – anti-CMV) nustatomi recipiento ir (ar) donoro kraujo serume serologiniu metodu.

26. Pacientams, kuriems persodintas inkstas, skiriama pirminė ar antrinė CMV infekcijos profilaktika pagal šią schemą:

26.1. kai inksto donoras ir (ar) recipientas turi anti-CMV, valganciklovіro skiriama 900 mg per dieną iki 3 mėnesių po transplantacijos, paros dozę tinkslinant pagal GFG;

26.2. kai inksto donoras turi anti-CMV, o recipientas neturi, valganciklovіro skyrimas profilaktiškai gali būti pratęstas iki 6 mėnesių;

26.3. jei buvo gydyta ūmi CMV infekcija ar liga arba jei persodinto inksto atmetimas gydytas antilimfocitiniais preparatais, gydytojų konsiliumo sprendimu valganciklovіro skiriama *per os* 900 mg per dieną iki 3 mėnesių, paros dozę tikslinant pagal GFG.

27. CMV infekcija gali būti gydoma ambulatoriškai, pirmenybę teikiant gydymui peroraliniais antivirusiniais vaistais gydytojų nefrologų (vaikų nefrologų) konsiliumo sprendimu: skiriama valganciklovіro *per os* 900 mg 2 kartus per dieną, dozę tikslinant pagal GFG. Vidutinė gydymo trukmė – 21 diena. Gydymas baigiamas praėjus 1 savaitei po to, kai viruso neaptinkama kraujyje, arba anksčiau, pasireiškus pašaliniam vaisto poveikiui.

28. Nesant galimybių skirti valganciklovirą *per os*, skiriamas ganciklovіras į veną po 5mg/kg kas 12 val., dozę tikslinant pagal GFG. Vidutinė gydymo trukmė – 21 diena, gydymas baigiamas praėjus 1 savaitei po to, kai viruso neaptinkama kraujyje, arba anksčiau, pasireiškus pašaliniam vaisto poveikiui.

29. Paciento, kuriam persodintas inkstas, stebėsena dėl galimo CMV infekcijos ir (ar) ligos išsivystymo bei gydymo vykdoma Inkstų transplantacijos paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo, patvirtinto sveikatos apsaugos ministro 2006 m. gegužės 12 d. įsakymu Nr. V-381 (Žin., 2006, Nr. 59-2090), nustatyta tvarka.

_____