

Қазақстан Республикасында нефрологиялық көмек көрсетуді ұйымдастыру стандартын бекіту туралы

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2022 жылғы 14 қазандағы № ҚР ДСМ-114 бұйрығы. Қазақстан Республикасының Әділет министрлігінде 2022 жылғы 17 қазанда № 30187 болып тіркелді.

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасының 2020 жылғы 7 шілдедегі Кодексі 7-бабының 32) тармақшасына сәйкес БҰЙЫРАМЫН:

1. Осы бұйрыққа қосымшаға сәйкес Қазақстан Республикасында нефрологиялық көмек көрсетуді ұйымдастыру стандарты бекітілсін.

2. Осы бұйрыққа 1-қосымшаға сәйкес Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің кейбір бұйрықтарының күші жойылды деп танылсын.

3. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Медициналық көмекті ұйымдастыру департаменті Қазақстан Республикасының заңнамасында белгіленген тәртіппен:

1) осы бұйрықты Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркеуді;

2) осы бұйрықты ресми жариялағаннан кейін оны Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің интернет-ресурсында орналастыруды;

3) осы бұйрықты Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркегеннен кейін он жұмыс күні ішінде Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Заң департаментіне осы тармақтың 1) және 2) тармақшаларымен көзделген іс-шаралардың орындалуы туралы мәліметтерді ұсынуды қамтамасыз етсін.

4. Осы бұйрықтың орындалуын бақылау жетекшілік ететін Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау вице-министріне жүктелсін.

5. Осы бұйрық алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі.

*Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрі*

А. Ғиният

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрі
2022 жылғы 14 қазандағы
№ ҚР ДСМ-114 бұйрығына
қосымша

Қазақстан Республикасында нефрологиялық көмек көрсетуді ұйымдастыру стандарты

1-тарау. Жалпы ережелер

1. Осы Қазақстан Республикасында нефрологиялық көмек көрсетуді ұйымдастыру стандарты (бұдан әрі – Стандарт) "Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасының Кодексі 7-бабының 32) тармақшасына сәйкес (бұдан әрі – Кодекс) әзірленді және Қазақстан Республикасында нефрологиялық көмек көрсетуді ұйымдастыру процесіне қойылатын талаптарды белгілейді.

2. Осы Стандартта пайдаланылатын терминдер мен анықтамалар:

1) автоматтандырылған перитонеалдық диализ (бұдан әрі – АПД) - пациенттің қатысуынсыз диализ ерітіндісін енгізуді және шығаруды қамтамасыз ететін арнайы аппараттардың (циклерлердің) көмегімен жүзеге асырылатын перитонеалдық диализ әдісі (берілген бағдарлама бойынша циклдер ішперде қуысында ерітіндіні ауыстырудың автоматты циклдерін жүзеге асырады), сондай-ақ модификациялары бар плазмаферез, плазмаалмасу, плазмосорбция және гемосорбция, альбуминді диализ, оның ішінде КХ сәйкес бір ағынды альбуминді диализ;

2) бейінді маман – жоғары медициналық білімі, денсаулық сақтау саласында сертификаты бар медицина қызметкері;

3) гемодиализ (бұдан әрі - ГД) – "Жасанды бүйрек" аппаратында жүргізілетін организмнен зат алмасудың уытты өнімдерін шығару, су және электролиттік теңгерімдердің бұзылуын қалыпқа келтіру мақсатында айналымдағы экстракорпоралдық қан мен диализдейтін ерітіндінің арасындағы төмен молекулалы субстанциялар мен сұйықтықтарды жартылай өткізгіш мембрана арқылы диффузиялық және сүзгілік тасымалдау қағидатына негізделген әдіс;

4) бүйректі алмастыру терапиясы (бұдан әрі – БАТ) – бүйрек жеткіліксіздігіне және басқа да себептерге байланысты адамның денесінде жиналған уытты заттар мен артық сұйықтықты жою мақсатында қолданылатын әдістердің жиынтығы;

5) динамикалық байқау – пациенттің денсаулық жағдайын жүйелі түрде байқау, сондай-ақ осы байқаудың нәтижелері бойынша қажетті медициналық көмек көрсету;

6) клиникалық хаттама (бұдан әрі – КХ) - пациенттің белгілі бір ауруы немесе жай-күйі кезіндегі профилактика, диагностика, емдеу, медициналық оңалту және паллиативтік медициналық көмек бойынша ғылыми дәлелденген ұсынымдар;

7) міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру (бұдан әрі – МӘМС) – әлеуметтік медициналық сақтандыру қорының активтері есебінен медициналық көрсетілетін қызметтерді тұтынушыларға медициналық көмек көрсету жөніндегі құқықтық, экономикалық және ұйымдастырушылық шаралар кешені;

8) мультидисциплинарлық топ (бұдан әрі – МДТ) – пациент организмнің функциялары мен құрылымдарының бұзылу сипатына, оның клиникалық жай-күйінің ауырлығына қарай қалыптасатын әртүрлі мамандар тобы;

9) онлайн-гемодиасүзгілеу (бұдан әрі – оГДС) – "Жасанды бүйрек" аппаратында жүргізілетін алмастыру ерітіндісін вена ішіне енгізе отырып, экстракорпоралдық

айналымдағы қан мен диализдейтін ерітіндінің арасындағы төмен және орташа молекулалы субстанциялардың және сұйықтықтың жартылай өткізгіш мембранасы арқылы диффузиялық, сүзгілік және конвекциялық тасымалдау қағидатына негізделген әдіс. On-line нұсқасында алмастырғыш ерітінді диализатты стерильдейтін сүзгілеу жолымен "Жасанды бүйрек" аппаратында дайындалады;

10) тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі (бұдан әрі – ТМККК) – бюджет қаражаты есебінен берілетін медициналық көмектің көлемі;

11) тұрақты амбулаториялық перитонеалдық диализ (бұдан әрі – ТАПД) – құрсақ қуысындағы диализдік ерітіндіні ауыстыру (тәулігіне бірнеше рет) науқастарға амбулаториялық жағдайда (үй жағдайында) дербес жүргізілетін перитонеалдық диализ әдісі;

12) ультрасүзгілеу (бұдан әрі – УС) модификациялары бар жалғасқан БАТ- бүйректі алмастыру терапиясы (бұдан әрі – БАТ), перитонеалдық диализ (бұдан әрі – ПД) - диффузиялық алмасу, төмен және орташа молекулалық және белоктық субстанциялардың "перитонеалдық мембрана" арқылы сүзгіш және конвекциялық тасымалдау қағидатына, сондай-ақ ішперде қуысындағы диализдейтін ерітіндідегі қаннан алынатын сұйықтыққа негізделген бүйректі алмастыратын терапия әдісі.

2-тарау. Нефрологиялық көмек көрсету құрылымы, негізгі бағыттары мен тәртібі

1-параграф. Жалпы ережелер

3. Қазақстан Республикасында нефрологиялық көмек көрсетуді ұйымдастыру үшін медициналық ұйымның (бұдан әрі – МҰ) құрылымында мынадай бөлімшелер ұйымдастырылады:

1) меншік нысанына қарамастан емханаларда (облыстық, аудандық, қалалық деңгейдегі) көп бейінді стационарлардың консультациялық-диагностикалық бөлімшесінде, консультациялық-диагностикалық орталықтарда, диализ бөлімшелерінде, орталықтарында (бұдан әрі – ДБ және (немесе) ДО) мамандандырылған нефрологиялық кабинет (бұдан әрі – Кабинет);

2) қалалық, облыстық деңгейдегі, республикалық маңызы бар қалалардың және ғылыми ұйымдардың көп бейінді ауруханаларының (балалар, ересектер) құрылымындағы нефрологиялық бөлімше немесе меншік нысанына қарамастан аудандық, қалалық деңгейлердегі көп бейінді ауруханалардың (балалар, ересектер) құрылымындағы нефрологиялық төсектер;

3) аудандық, қалалық, облыстық, республикалық деңгейлерде және меншік нысанына қарамастан ғылыми ұйымдарда стационарды алмастыратын жағдайларда (ересектер және (немесе) балалар) тәуліктік стационар жағдайында диализ бөлімшесі (бұдан әрі – ДБ) және диализ орталығы (бұдан әрі-ДО);

4) нефрологиялық орталық нефрологиялық бөлімше, тәуліктік стационар жағдайында диализ төсектері және (немесе) диализ бөлімшесі және республикалық маңызы бар ғылыми ұйымда бір МҰ-да стационарды алмастыратын жағдайларда диализ орталығы (ересектер және (немесе) балалар) болған жағдайда ұйымдастырылады. Нефрологиялық орталықтың құрамына қосымша нефрологиялық пациенттерге арналған медициналық оңалту кабинеті, бөлімшесі кіреді.

4. БАТ-қа диализ (гемо- және перитонеалды) және бүйректі трансплантаттау жатады. БАТ әдістері интермиттелген және ұзартылған болып бөлінеді. Интермиттирлеу әдістері емшараның ұзақтығы 6 сағаттан аспауымен сипатталады. Ұзартылғандар интермиттирлеуші (8-12 сағат) және ұзақ (12-24 сағат) болып бөлінеді;

5. Нефрологиялық көмек көрсететін МҰ қызметінің негізгі бағыттары:

1) ерте диагностикалауға, асқынулардың өршуі мен дамуының профилактикасына, несеп бөлу жүйесі ауруларымен сырқаттанушылықты, мүгедектікті және өлім – жітімді емдеуге және төмендетуге, бүйректің созылмалы ауруы (бұдан әрі - БСА) бар пациенттердің өмір сүру ұзақтығын ұлғайтуға және сапасын жақсартуға, оның ішінде диализге дейінгі сатысын ұзартуға бағытталған іс-шараларды ұйымдастыру және өткізу ;

2) несеп шығару жүйесі ағзаларының патологиясы (бүйректің жіті және созылмалы гломерулярлық және интерстициалдық аурулары, бүйректің және зәр шығару жүйесінің даму ақаулары, кант диабеті кезінде бүйректің қайталама зақымдануы, жүрек-қантамыр патологиясы және аутоиммундық аурулар, несеп-тас ауруы, бүйректі трансплантаттаудан кейінгі жай-күй, бүйректің жіті жеткіліксіздігі немесе бүйректің жіті зақымдануы (бұдан әрі – БЖЗ) және БСА бар пациенттерге КХ-ға сәйкес емдеудің барлық кезеңдерінде сабақтастықты сақтай отырып медициналық көмек көрсету.

3) БЖЗ, 3-5-сатыдағы БСА пациенттерді, оның ішінде бүйректі трансплантаттауды басынан өткерген, БАТ және эфференттік терапияның басқа да түрлерін алатын пациенттерді есепке алу және динамикалық байқау;

4) бүйрек аурулары мәселелері бойынша халыққа және денсаулық сақтау субъектілеріне ақпараттық-консультациялық және ұйымдастырушылық-әдістемелік көмек көрсету;

5) ғылыми-зерттеу қызметіне қатысу және жүргізу, клиникалық нефрология саласында инновациялық технологияларды енгізу;

6) МҰ-да қолданылатын ақпараттық жүйенің (бұдан әрі – АЖ) қолданыстағы АЖ-мен интеграциялануын қамтамасыз ету болып табылады.

6. Бүйрек аурулары бар пациенттерге мамандандырылған медициналық көмекті бейінді мамандар көрсетеді және мамандандырылған емдеу әдістерімен (БГД, ТАПД, АПД, оГДС, ГФ, УФ) БАТ немесе бүйректі трансплантаттау жүргізуді қамтиды.

7. Бүйрек аурулары бар пациенттерге жоғары технологиялық медициналық қызметтерді (бұдан әрі – ЖТМК) Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау

министрінің 2020 жылғы 8 желтоқсандағы № ҚР ДСМ-238/2020 бұйрығымен (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 21746 болып тіркелген) бекітілген Мамандандырылған, оның ішінде жоғары технологиялық медициналық көмек көрсету қағидаларына сәйкес бейінді мамандар көрсетеді.

8. Бүйрек аурулары бар пациенттерге паллиативтік көмек Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 27 қарашадағы № ҚР ДСМ-209/2020 бұйрығымен бекітілген (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 21687 болып тіркелген) Қазақстан Республикасында ересек халыққа паллиативтік медициналық көмек көрсетуді ұйымдастыру стандарттарына сәйкес көрсетіледі.

Ескерту. 8-тармақ жаңа редакцияда - ҚР Денсаулық сақтау министрінің 18.12.2025 № 166 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

9. Нефрологиялық бейіндегі, оның ішінде бүйректің бөлу функциясын немесе БАТ алмастырудың мамандандырылған әдістерінің кешенін алатын пациенттерді медициналық оңалту Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 7 қазандағы № ҚР ДСМ-116/2020 бұйрығымен (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 21381 тіркелген) бекітілген медициналық оңалту көрсету қағидаларына сәйкес жүзеге асырылады.

10. МО "Денсаулық сақтау саласындағы есепке алу құжаттаманың нысандарын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2020 жылғы 30 қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығына (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 21579 болып тіркелген) (бұдан әрі – № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрық) және "Денсаулық сақтау саласындағы есепті құжаттама нысандарын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 22 желтоқсандағы № ҚР ДСМ-313/2020 бұйрығына (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 21879 болып тіркелген) бұдан әрі – № ҚР ДСМ-313/2020 бұйрығы) сәйкес есепті құжаттама бекітілген денсаулық сақтау саласындағы есептік құжаттама нысандарына сәйкес МҰ медициналық құжаттаманы жүргізуді қамтамасыз етеді.

11. Нефрологиялық көмек Кодекстің 116-бабында көзделген медициналық көмек көрсету деңгейінде көрсетіледі, Кодекстің 117-бабында көрсетілген нысандарда және КХ сәйкес ұсынылады.

12. Нефрологиялық көмек:

1) тәулік бойы медициналық байқау мен емдеу көзделмейтін амбулаториялық жағдайларда, оның ішінде тәулік бойы жұмыс істейтін стационарлардың қабылдау бөлімшелерінде;

2) тәулік бойы медициналық байқау, емдеу, күтім, сондай-ақ тамақпен бірге төсек-орын беру көзделетін стационарлық жағдайларда, оның ішінде емдеу

басталғаннан кейін алғашқы тәуліктердің ішінде тәулік бойы байқау көзделетін "бір күннің" терапиясы және хирургиясы жағдайларында;

3) тәулік бойы медициналық байқау мен емдеу қажет етілмейтін және төсек-орын беріле отырып, күндізгі уақытта медициналық байқау мен емдеу көзделетін стационарды алмастыратын жағдайларда көрсетіледі;

4) МҰ-дан тыс:

1) медициналық көмек көрсетудің екінші және үшінші деңгейлеріндегі МҰ-дан емдеуді жалғастыру үшін тұрғылықты жеріндегі МҰ-ға медициналық сүйемелдеуді қажет ететін пациентті жеткізу үшін медициналық авиацияны пайдалану;

2) экстракорпоралдық гемокоррекция әдістерімен терапия көрсету үшін медициналық персонал мен медициналық бұйымдарды, жылжымалы (далалық) медициналық кешендер мен медициналық поездарды, далалық госпиталдарды, трассалық медициналық-құтқару пункттерін жеткізу үшін;

3) қашықтықтан медициналық қызмет көрсету кезінде ы қамтиды.

13. Жедел медициналық көмек, оның ішінде бүйрек аурулары бар пациенттерге медициналық авиацияны тарта отырып, "Жедел медициналық жәрдем, оның ішінде медициналық авиацияны тарта отырып көрсету қағидаларын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 30 қарашадағы № ҚР ДСМ-225/2020 бұйрығына (Нормативтік құқықтық актілерде мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 21713 болып тіркелген) сәйкес жүзеге асырылады.

14. Осы стандартқа сәйкес нефрологиялық көмек көрсетуді ұйымдастыруды және үйлестіруді облыстың, республикалық маңызы бар қалалардың және астананың жергілікті атқарушы органдарының (бұдан әрі – ЖАО) бұйрығымен айқындалған құрамында нефрологиялық бөлімшесі/төсектері бар стационардың МҰ бірінші басшысы жүзеге асырады.

2-параграф. Амбулаториялық жағдайларда нефрологиялық көмек көрсетуді ұйымдастыру тәртібі

15. Бүйрек аурулары бар пациенттерге МСАК-ты (бұдан әрі – медициналық-санитариялық алғашқы көмек) жалпы практика дәрігерлері (отбасылық дәрігерлер), учаскелік терапевтер, педиатрлар, фельдшерлер, акушерлер, кеңейтілген практика (жалпы практика) мейіргерлері, учаскелік мейіргерлер, әлеуметтік қызметкерлер, денсаулық сақтау саласындағы психологтар көрсетеді.

16. Амбулаториялық жағдайларда пациенттерді ерте диагностикалау және динамикалық байқау КХ-ға сәйкес жүргізіледі.

17. Нефрологиялық көмек:

1) дәрігердің қарап-тексеруі, бүйректің зақымдану белгілерін анықтауы және аурудың сатысын, этиологиясын және белсенділік дәрежесін айқындау үшін КХ-ға сәйкес клиникалық-диагностикалық зерттеулер жүргізуі;

2) № ҚР-ДСМ 175/2020 бұйрығына сәйкес № 097/е нысаны бойынша амбулаториялық пациенттің медициналық картасынан үзінді көшірмені және медициналық ақпараттық жүйеге (бұдан әрі-МАЖ) деректерді енгізе отырып, № ҚР ДСМ-313/2020 бұйрығына сәйкес есептік құжаттаманы ресімдей отырып, пациентті консультациялық – диагностикалық көмек көрсетуге жіберуді;

3) даму қаупі топтарын қалыптастыру, сатысы мен нозологиялық нысандарына қарай БСА асқынуларының үдеуі мен дамуының профилактикасы, сондай-ақ бүйрек аурулары бар пациенттерді есепке алу мен динамикалық бақылауды МСАК мамандары КХ-ға сәйкес нефрологтардың ұсыныстарын ескере отырып жүргізуді;

4) КХ және халықаралық ұсынымдарға сәйкес МДТ нефролог дәрігерлерінің ұсынымдарын ескере отырып, мамандандырылған медициналық көмек пен ЖТМК көрсету үшін МҰ емдеуге жатқызуға іріктеу мен жіберуді;

5) "Созылмалы аурулары бар адамдарға медициналық көмек көрсетуді ұйымдастыру, байқаудың мерзімділігі мен мерзімдерін, диагностикалық зерттеулердің міндетті минимумы мен еселігі қағидаларын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 23 қазандағы № ҚР ДСМ-149/2020 бұйрығына (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 21513 болып тіркелген) сәйкес әртүрлі генездегі, оның ішінде операциядан кейінгі (трансплантаттаудан кейінгі) кезеңде бүйрегі зақымданған пациенттерді динамикалық байқауды;

6) нефрологиялық аурулары, БСА және БЖЗ бар, оның ішінде диализдік терапия алатын және бүйректі трансплантаттаудан кейін операцияны басынан өткерген (иммуносупрессивтік терапияны мониторингілеуді, инфекциялық асқынулардың профилактикасын және уақтылы анықтауды қоса алғанда) пациенттерді медициналық оңалтуды;

7) "Белгілі бір аурулары (жай-күйі) бар Қазақстан Республикасы азаматтарының жекелеген санаттарын тегін және (немесе) жеңілдікпен қамтамасыз ету үшін дәрілік заттар мен медициналық бұйымдардың тізбесін бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 21 жылғы 5 тамыздағы № ҚР ДСМ-75 бұйрығына (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 23885 болып тіркелген) сәйкес бүйрек аурулары бар пациенттерді (БЖЗ-ға пациенттерді қоса алғанда) дәрілік заттармен қамтамасыз етуді ұйымдастыру мен мониторингілеуді;

8) "Еңбекке уақытша жарамсыздыққа сараптама жүргізу, сондай-ақ еңбекке уақытша жарамсыздық парағын немесе анықтамасын беру қағидаларын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 18 қарашадағы № ҚР ДСМ-198/2020 бұйрығына (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде 2020 жылғы 20 қарашада № 21660 болып тіркелген) сәйкес еңбекке уақытша жарамсыздық сараптамасын жүргізуді;

9) Қазақстан Республикасы Премьер-Министрінің орынбасары – Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрінің 2023 жылғы 29 маусымдағы № 260 бұйрығымен (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 32922 болып тіркелген) бекітілген медициналық-әлеуметтік сараптама жүргізу қағидаларына сәйкес мүгедектікті анықтау мен белгілеу үшін медициналық-әлеуметтік сараптама жүргізуге жіберуді;

10) 1-5-сатыдағы БСА, RIFLE (Райфл): Risk (Риск), Injury (Инжури), Failure (Фэйлз), Lost (Лост), End Stage Renal Disease (Энд Стэйдж Ренал Дизиз) бойынша халықаралық сыныптамаға сәйкес барлық сатыдағы БЖЗ бар пациенттердің деректерін тіркеу және мониторинг үшін БСА сатысын көрсете отырып МҰ АЖ тұрақты енгізу, БАТ уақтылы басталуы және пациенттер маршрутының сабақтастығын қамтиды. АЖ болмаған немесе жеткіліксіздігі жағдайда пациенттерді тіркеу БСА электрондық тіркеліміне жүзеге асырылады;

1-ден 3 а-ға дейінгі сатылардағы БСА бар пациенттерді тіркеуді МСАК деңгейінде жалпы практика дәрігерлері (отбасылық дәрігерлер), учаскелік терапевтер, педиатрлар жүргізеді. БСА 3б-мен 5 кезең бойынша пациенттерді тіркеуді емхананың, кабинеттің, нефрологиялық орталықтың нефролог дәрігерімен бірлесіп жүргізеді.

Ескерту. 17-тармаққа өзгеріс енгізілді - ҚР Денсаулық сақтау министрінің м.а. 03.12.2024 № 102 (алғаш ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

18. Амбулаториялық жағдайларда бүйрек аурулары бар пациенттерге консультациялық-диагностикалық көмекті КХ-ға сәйкес нефролог дәрігер, жалпы практика дәрігері, басқа да бейінді мамандар көрсетеді.

19. Кабинеттің негізгі функциялары:

1) МСАК дәрігерінің жолдамасы бойынша бүйрек аурулары бар пациенттерге және олардың даму қаупі жоғары адамдарға мамандандырылған медициналық көмек көрсету ;

2) мынадай патологиясы бар адамдарды динамикалық бақылауды ұйымдастыру және байқау:

1. бастан өткерген БЖЗ-дан кейін;
2. бүйректі трансплантаттаудан кейін;
3. әртүрлі этиологиядағы бүйректің бастапқы және қайталама зақымдануы;
4. 3-5- сатыдағы БСА;

3) амбулаториялық дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету тиімділігін мониторингтеуді және бақылауды қамтамасыз ету үшін БСА өршу факторларын түзету (артериалдық гипертензия, қант диабет, анемия, жүрек функциясының жеткіліксіздігі);

4) пациенттерді зерттеп-қарауға және консультацияға жіберу;

5) бүйрек және аралас патология аурулары кезінде уақытша еңбекке жарамсыздық пен мүгедектік туралы мәселелерді шешуде ұсынымдар беру;

6) бүйрек аурулары бар пациенттерді КХ сәйкес мамандандырылған стационарлық немесе стационарды алмастыратын емдеуге іріктеу және жіберу;

7) емдеудің ЖТМК (жоғары технологиялық ағза алмастырушы әдістерін) уақтылы көрсету, оның ішінде ДБ және (немесе) ДО БАТ (ГД, ПД) үшін, КХ сәйкес күту парағына қосу үшін бүйректі трансплантаттауға бүйрек аурулары бар пациенттерді іріктеу және жіберу;

8) КХ сәйкес бүйректі трансплантаттау бойынша операцияны бастан өткерген пациенттердің жай-күйін қадағалап-қарау және мониторингілеу;

9) бүйрек аурулары бар пациенттерді нефропротективтік терапияның, диагностикалаудың және емдеудің жаңа әдістерін практикаға енгізу;

10) тіркелген орны бойынша "Жалпы практика дәрігері", "Педиатрия" мамандықтары бойынша дәрігерлермен сабақтастық және өзара іс-қимыл жасау;

11) бекітілген (қызмет көрсетілетін) халықтың арасында бүйрек аурулары бойынша статистикалық деректерді талдау және 3-5-сатысындағы БСА бар диспансерлік пациенттердің, оның ішінде БАТ алатын пациенттердің электрондық тіркелімін (бұдан әрі – ДНЭТ) жүргізе отырып, есептік және есептік құжаттаманы жүргізу;

12) халықты санитариялық-гигиеналық ағарту жөніндегі іс-шараларды әзірлеу және өткізу, "бүйрек аурулары бар пациенттерге арналған мектептер" өткізуді ұйымдастыру және қатысу;

13) амбулаториялық жағдайларда БСА бар пациенттерді қамтамасыз ету мақсатында дәрілік заттар мен медициналық бұйымдарға өтінім жасауға қатысу;

14) БЖЗ және БСА бар пациенттердің ағынын үйлестіру, пациенттің қозғалыс бағытын үйлестіру және КХ-ға сәйкес нефрологиялық көмек көрсету кезінде сабақтастықты қамтамасыз ету;

15) қолданыстағы АЖ-мен интеграцияланған МҰ МАЖ-ға деректерді енгізу, деректерді жүйелеу үшін цифрлық және онлайн технологияларды қолдану, есептілікті қалыптастыру және индикаторлар серпінін қадағалау.

3-параграф. Бүйректің созылмалы ауруы бар пациенттерге медициналық көмек көрсетудің кезеңдері мен деңгейлеріндегі үйлестіру және сабақтастық

20. Облыстың, республикалық маңызы бар қалалар және астана деңгейінде ЖАО бұйрығымен өңірдің нефрологиялық көмегінің жауапты үйлестірушісі (бұдан әрі - өңірдің жауапты үйлестірушісі) айқындалады.

21. МСАК, консультациялық-диагностикалық көмек немесе стационар деңгейінде БСА бар пациенттерді ерте анықтау және қадағалап-қарау бойынша біліктілікті арттыру курстарынан өткен МҰ медицина қызметкерлерінің қатарынан нефрологиялық көмек көрсету үйлестірушісі (бұдан әрі – НККУ) тағайындалады.

22. НККУ міндеттеріне мыналар кіреді:

1) МҰ-ға БЖЗ және БСА бар пациенттердің бар-жоғы туралы ақпарат жинау;

- 2) БСА тіркелімін қалыптастыру;
- 3) өңірдің жауапты үйлестірушісіне есептілікті ұсыну;
- 4) МСАК дәрігерлеріне консультациялық көмек;
- 5) МСАК дәрігерлерін БЖЗ және БСА бар пациенттерді ерте диагностикалау және жүргізу, АЖ-ға маркерлер қою мәселелеріне оқыту;
- 6) МҰ-ға және одан әрі пациенттің бағыты бойынша БЖЗ және БСА бар пациенттердің ағынын үйлестіру.

23. Амбулаториялық жағдайларда бүйрек аурулары бар пациенттерді зерттеп-қараудың барлық кезеңі АЖ-да маркерлерді көрсете отырып мыналар көрсетіледі:

1. МСАК маманы N00-N08 диагнозы, сондай-ақ амбулаториялық деңгейде алғаш рет белгіленген N00-N08 диагнозы бар СНЭТ-тен үзінді-көшірме болған кезде гломерулярлық аурулар (бұдан әрі - "ГЛА") маркерін қояды және пациентті үш жұмыс күні ішінде нефрологқа жібереді; "ГЛА" маркері аурулардың және денсаулыққа байланысты проблемалардың халықаралық статистикалық жіктемесінің оныншы қайта қарау кодына (бұдан әрі –АХЖ-10) сәйкес N00-N08 диагноздарымен диспансерлік есепке (бұдан әрі – Д-есеп) қою кезінде алынады;

2. МСАК маманы кез келген кезектілікпен екі оқиға басталған кезде "ГЛА-мен Д-есепке алу" маркерін қояды:

- 1) N00-N08 диагнозымен Д-есепке алу;
- 2) АХЖ-10 сәйкес N00-N08 диагноздарымен стационардан шығару;
- 3) амбулаториялық деңгейде АХЖ-10 сәйкес алғаш рет N00-N08 белгіленген диагнозы болғанда.

МСАК маманы нефрологтың консультациясынан кейін қосымша зерттеп-қарау жүргізеді және пациентті ұсынымдарға сәйкес бақылайды. "ГЛА-мен Д-есепке алу" маркері нефрологтың консультациясынан кейін есептен шығару кезінде алынады.

3. МСАК маманы кез келген реттілікпен оқиғалар басталған кезде "БСА" маркерін қояды:

- 1) АХЖ-10 сәйкес N18.1-N18.5; N18.9 диагнозымен СНЭТ-тен шығару кезінде.
- 2) АХЖ-10 сәйкес T86.1 трансплантатталған бүйрек қабылданбаған кезде;
- 3) 90 мл / мин-ден аз болған кезде ШСЖ кезінде.

АХЖ-10 сәйкес Маркер N18.1-N18.5; N18.9 диагноздарымен Д-есепке қою кезінде алынады.

4. МСАК маманы кез келген реттілікпен екі оқиға басталған кезде "БСА-мен Д-есепке алу" маркерін қояды:

- 1) АХЖ-10 сәйкес D-N18.1-N18.5; N18.9. диагнозымен есепке алу;
 - 2) АХЖ-10 сәйкес N18.1-N18. 5; N18. 9 диагноздарымен стационардан шығару;
 - 3) АХЖ-10 сәйкес T86.1 трансплантатталған бүйрек қабылдамаған кезде.
- "БСА-мен Д-есепке алу" маркері пациент қайтыс болған кезде алынады.

5. МСАК маманы ХАЖ-10 сәйкес N17, N19 диагнозымен СНЭТ-тен шығарылған кезде, сондай-ақ МДТ-дан өтпеген, бірақ диагноз қойылғаннан кейін 3 айға дейін гемодиализ алатын пациенттерге "БЖЗ" маркерін қояды.

"БЖЗ" маркері БЖЗ-дан сауыққан кезде немесе АХЖ-10 сәйкес N18.1-N18.5; N18.9 диагноздарымен Д-есепке алынған кезде алынады.

24. Көп бейінді стационар құрамындағы нефрологиялық бөлімшеде/төсектерде нефрологиялық көмек көрсететін МҰ-да бүйрек аурулары бар БАТ-қа мұқтаж пациенттерге медициналық көмек көрсетудің жеке тәсілін және тактикасын таңдауды қамтамасыз ету үшін стационар деңгейінде МДТ құрылады.

Стационардың НККУ-інің басшылығымен құрамында нефролог дәрігер, емдеуші дәрігер, терапевт және қажет болған жағдайда бейінді мамандар бар МДТ-ның құрамы қалыптастырылады.

25. МДТ функциялары:

1) осы Стандартта және КХ белгіленген критерийлерге сәйкес БАТ жоспарлы бастауға көрсеткіштерді айқындау, диагностика алқалық таңдау, емдеу тактикасы және БАТ таңдау модальдығы;

2) бүйрек функциясының жіті жеткіліксіздігі (бұдан әрі - БЖЖ) және БСЖ бар науқастарға гемодиализді жалғастыру, бастау және тоқтату, ТБЖЖ бар науқастарда ТБЖЖ түрінде бастау, ТБЖЖ-ның бір түрінен екіншісіне ауыстыру, бүйректі транспланттауға жіберу, ТБЖЖ-ның жеке бағдарламасын түзету туралы шешім қабылдау;

3) бүйректі трансплантаттауға кандидаттарды (пациенттерді) бағалау және ағзалардың әлеуетті реципиенттерінің тіркеліміне енгізу (бұдан әрі – тіркелім) Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 30 қарашадағы № ҚР ДСМ-226/2020 бұйрығына (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 21717 болып тіркелген) (бұдан әрі – ҚР ДСМ № ҚР ДСМ-226/2020 бұйрығы) сәйкес дербес деректерді жинауға және өңдеуге пациенттің келісімімен жүргізіледі;

4) трансплантаттауға науқастарды іріктеу трансплантаттау орталықтарының МДТ шешімі негізінде жүзеге асырылады.

5) пациентке қолжетімді нысанда емдеу қағидаттарын түсіндіру және емдеу түрін таңдау құқығын беру;

6) ЖАО бекіткен тізімге сәйкес пациентке өзі тұратын өңірде бар барлық ДБ және (немесе) ДО немесе нефрологиялық орталықтар туралы ақпарат беру.

26. МДТ қорытындысын осы Стандартқа 1-қосымшаға сәйкес сәйкес МҰ бас дәрігерінің қолы қойғызып Стационардың НККУ ресімдейді және өңірдің жауапты үйлестірушісіне, әлеуметтік медициналық сақтандыру қорына (бұдан әрі - ӘлМСҚ) электрондық пошта арқылы жібереді, кейіннен МДТ отырыстарының журналына жазбаны автоматты түрде қалыптастыра отырып "Денсаулық сақтау саласындағы

есепке алу құжаттамасының нысандарын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2020 жылғы 30 қазандағы №ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 21579 болып тіркелген) бекітілген (бұдан әрі - ҚР ДСМ № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығы) № 052/е нысаны бойынша амбулаториялық пациенттің медициналық картасы (бұдан әрі – амбулаториялық пациенттің медициналық картасы) және (немесе) №001/е нысаны бойынша стационарлық пациенттің медициналық картасы (бұдан әрі – стационарлық пациенттің медициналық картасы) медициналық ақпараттық жүйеге (бұдан әрі-МАЗ) енгізеді.

"Тіркелімді қалыптастыру және жүргізу қағидаларын бекіту туралы" (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 21717 болып тіркелген), ҚР ДСМ №ҚР ДСМ-226/2020 бұйрығының 8, 9 және 18-тармақтарына сәйкес бүйректің ықтимал реципиентінің тіркеліміне енгізу және мониторинг жүргізу мақсатында МДТ қорытындысы Трансплантаттау жөніндегі үйлестіру орталығына беріледі.

27. МСАК деңгейінде БСА-ның 4-5-сатысы бар, БТА-ға мұқтаж пациент анықталған жағдайда, НККУ оны жоспарлы немесе шұғыл тәртіппен нефрологиялық төсектері бар стационарға жібереді, онда стационарлық НККУ-нің қатысуымен МДТ жүргізіледі.

4-параграф. Бүйректі алмастыру терапиясын көрсетуді ұйымдастыру тәртібі

28. БАТ-да бүйрек аурулары бар пациенттерге жеке тәсілдерді қамтамасыз етуді және диагностика әдістерін, емдеу тәсілін таңдау мен динамикалық байқауды, емдеудің тиімділігіне мониторингті аудандық, қалалық, облыстық, республикалық деңгейлерде және меншік нысанына қарамастан ғылыми ұйымдарда бейінді маман жүргізеді.

29. БЖЗ кезінде БАТ КХ-ға және осы Стандартқа сәйкес көрсеткіштер бойынша тәуліктік стационарда жүргізіледі.

30. БЖЗ бар пациенттерде бүйректен тыс қанды шұғыл тазалауды жүргізу үшін көрсетілімдер, БЖЗ кезінде БАТ рәсімдерінің баламалылық өлшемшарттары, БАТ жалғастырылған әдістемелерін жүргізу үшін көрсетілімдер КХ-мен және осы Стандартпен регламенттелген.

31. L, E (RIFLE) (Райфл) сатыларында БЖЗ бар пациенттерді стационардан тәулік бойы бақылаумен стационарды алмастыратын жағдайлардағы БАТ-қа ауыстыру, КХ өлшемшарттарына және осы Стандартқа сәйкес жүргізіледі.

32. Ай сайын ДБ және (немесе) ДО бүйрек функциясы қалпына келтірілгенге дейін стационарлық жағдайдан стационарды алмастыратын деңгейге ауыстырылған БЖЗ бар пациенттердің бүйрек функциясының мониторингін жүзеге асырады. Бүйрек функциясының тұрақты жоғалуы кезінде МДТ-ның қайта шешімімен пациент БАТ-қа ауыстырылады.

33. БАТ жүргізу мәселесін шешу үшін БСА бар пациенттерді шұғыл және жоспарлы емдеуге жатқызу осы Стандарттың 51-тармағына сәйкес тәулік бойы стационарда жүзеге асырылады.

34. 5-сатыда БЖЗ және БСА бар пациенттерге БАТ шұғыл емшарасын жүргізу туралы шешімді осы Стандарттың 44 және 47 тармақтарына сәйкес ДБ және (немесе) ДО нефролог дәрігері, реаниматолог-анестезиолог дәрігері қабылдайды.

35. БАТ-да 4-5-сатыдағы БСА бар пациенттерді жоспарлы іріктеуді осы Стандарттың 45-тармағында белгіленген көрсеткіштерге сәйкес нефролог дәрігер жүзеге асырады.

36. 5-сатыдағы БСА бар пациентке БАТ бастағанға дейін МСАК дәрігері немесе ДБ және (немесе) ДО дәрігері БАТ түрлегі туралы ақпаратты ұсынады.

37. ГД ДБ және (немесе) ДО стандартты аптасына кемінде 12 сағат жүргізіледі, рәсімдердің жиілігін арттыру немесе кеміту осы Стандарттың 49-тармағында айқындалған өлшемшарттарға сәйкес жүзеге асырылады.

38. ПД пациенттің өзі үйдегі стационар деңгейінде, ДБ және (немесе) ДО нефролог дәрігерінің бақылауымен жүргізеді. ПД бағдарламасы - КХ сәйкес тәулігіне кемінде 4 айырбас.

ПД алатын өңір пациенттерінің жай-күйіне мониторингті уәкілетті орган айқындаған ДБ және (немесе) ДО жүргізеді.

39. Пациентті ДБ және (немесе) ДО-ға қабылдау С, В гепатиттерінің вирустарына тексеру нәтижелері, В гепатиті кезінде вакцинациялау және (немесе) қайта вакцинациялау деректері болған кезде жүзеге асырылады.

40. ТАПД және (немесе) АПД амбулаториялық негізде үйде алатын пациенттер тіркелген жері бойынша тұрақты клиникалық-диагностикалық тексеруден өтеді, БСА КХ-ға сәйкес қажетті шығыс материалдарымен, медициналық бұйымдармен (бұдан әрі-МБ) қамтамасыз етіледі. ТАПД және (немесе) АПД алатын пациенттер "Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде және (немесе) міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде дәрілік заттармен және медициналық бұйымдармен қамтамасыз ету қағидаларын, сондай-ақ тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде және (немесе) міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде дәрілік заттар мен медициналық бұйымдарға қажеттілікті қалыптастыру қағидалары мен әдістемесін бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы 20 тамыздағы № ҚР ДСМ-89 бұйрығына (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 24069 болып тіркелген) сәйкес тіркелген жері бойынша дәрілік заттармен қамтамасыз етіледі.

41. Пациенттің жай-күйін және ТАПД және (немесе) АПД үйлесімділігін қадағалап-қарауды, мониторингін КХ-ға сәйкес ДБ және (немесе) ДО-ның нефролог дәрігері жүзеге асырады.

42. ТАПД және (немесе) АПД терапиясының асқынулары бар пациенттер стационар жағдайында емдеуге жатқызылады.

43. БАТ тиімділігі осы Стандарттың 56 және 57-тармақтарына сәйкес қол жеткізілген нысаналы деңгейлермен бағаланады.

44. БАТ бастау көрсетілген консервативтік әдістермен түзетуге келмейтін асқынулар:

- 1) көлемнен артық жүктеме және/немесе гипертензия;
- 2) гиперкалиемиа;
- 3) метаболикалық ацидоз;
- 4) рефрактерлік анемия;
- 5) бақыланбайтын гиперфосфатемия;
- 6) салмақтың тез жоғалуы және нутрициялық мәртебенің нашарлауы.

45. Бүйректі алмастыратын бағдарламалық терапияға жоспарлы ауыстыруға шумақтық (гломерулярлық) сүзгілеу жылдамдығының (бұдан әрі – ШСЖ) деңгейі болып табылады.

- 1) $\text{ШСЖ} \leq 6$ мл/мин-терапияны бастау үшін абсолюттік көрсетілім;
- 2) $\text{ШСЖ} < 10$ мл/мин, - уремияның бір және одан да көп симптомдары болған кезде: бақыланбайтын гипергидратация және ісінулер, бақыланбайтын гипертензия, нутритивтік мәртебенің және қышқыл-негізгі жай-күйінің прогрессивті бұзылуы;
- 3) $\text{ШСЖ} \leq 20$ мл/мин - жоғары қаупі бар пациенттерде (бақыланбайтын ісінулер, диабеттік нефропатия және нефротикалық синдром кезінде, жүрек фракциясы төмен, коморбидік жай-күйлері бар пациенттерде).

Анурия немесе олигурия (диурез < 600 мл/тәулік) бар пациенттерге ГД сеанстарын аптасына кемінде 3 рет, жалпы тиімді диализ уақыты 720 минуттан артық жүргізу ұсынылады.

Тәуліктік диурезі > 600 мл пациенттерге сеанстар жиілігін (аптасына 1-2 рет) және/немесе жалпы тиімді диализдік уақытты (аптасына 240-690 минут) азайта отырып, ГД емдеуді бастау мүмкіндігін жеке тәртіппен қарастыру ұсынылады.

46. Диализ аппараттары бар стационарға немесе алмастырушы бүйрек терапиясын жүргізу үшін, сондай-ақ өңірде стационар болмаған кезде ДБ және (немесе) ДО шұғыл емдеуге жатқызу "Қазақстан Республикасында стационарлық жағдайларда медициналық көмек көрсету стандартын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2022 жылғы 24 наурыздағы № 27 бұйрығымен бекітілген стационарлық жағдайларда медициналық көмек көрсету қағидаларымен (нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 27218 болып тіркелген) сәйкес жүзеге асырылады.

47. БСА-ның 4-5 сатысы бар және/немесе БСА-ға күдікті пациенттерде шұғыл алмастырушы бүйрек терапиясының абсолюттік көрсеткіштері болып табылады:

1) қан сарысуындағы несепнәр 37,5 ммоль/л жоғары, ШСЖ <5 мл/мин төмендеуі (қант диабетімен ауыратын науқастарда – ШСЖ <10 мл/мин кезінде);

2) ЭКГ-да сипатты өзгерістері бар түзетілмейтін 6,5 ммоль/л жоғары гиперкалиемия ;

3) гипермагнезиемия >4 ммоль/л ануриямен және терең сіңір рефлекстерінің болмауымен;

4) қанның рН 7,15-тен кем;

5) диуретиктерге сезімтал емес гипervолемия;

6) мидың және өкпенің ісінуі түріндегі қауіпті клиникалық көріністер, уремиялық коматозды немесе коматозға дейінгі жай-күй, уремиялық энцефалопатияның, уремиялық перикардиттің, плевриттің, уремиялық қан кету синдромының, тұрақты құсу синдромының, эритропоэтиндермен емге келмейтін уремиялық генездің анемиясының, жаппай ісінудің, диуретиктерге, анасарктерге резистентті, дене салмағының прогрессивті төмендеуінің клиникалық көріністері.

48. БЖЗ бар пациенттерде шұғыл бүйрек алмастыру терапиясына қатысты салыстырмалы көрсеткіштер мыналар болып табылады:

1) қан креатининінің 48 сағат ішінде 26 мкмоль/л-ге және/немесе 7 күн ішінде бастапқыдан 1,5 және одан да көп есе артуы (деректер болмаған кезде КП сәйкес базальды креатининге бағдарлану);

2) диурез 6 сағаттың ішінде 0,5 мл/кг/сағ кем;

3) бастапқы деңгейден 2 есе ШСЖ төмендеуі;

4) креатинин мен несепнәрдің үдемелі өсуі бар бүйрек патологиясы бар жүкті, босанатын және босанғаннан кейінгі кезеңдегі әйелдер.

Бүйрек зақымдануы бар преэклампсия болған жағдайда жүкті және босанатын әйелдер көп бейінді стационардың акушерлік және гинекология бөлімшесіне емдеуге жатқызылады, онда БАТ жүргізу мүмкіндігі, оның ішінде қажет болған жағдайда – БАТ-ты күн сайын жүргізудің көзделуі болып табылады.

Барлық жағдайлар зертханалық және аспаптық мәліметтермен расталады.

БСА диагнозы расталмаған және/немесе БЖЗ-ға күдікті пациенттерде несепнәрі клиренсі бойынша өлшенген ШСЖ шамасы және оның динамикасы бойынша ГД/ГДФ рәсімдерінің дозасын, жиілігін және ұзақтығын түзету, несепнәр мен диурез клиренсін мұқият клиникалық мониторингтей отырып, бүйрек қызметін қалпына келтіру және диализдік терапияны тоқтату үшін жағдай жасау мақсатында диализдік терапия қарқындылығын біртіндеп арттыру және несепнәр мен диурез клиренсінің жиілігін/ұзақтығын пропорционалды ұлғайту тәсілін қолдану қажет.

49. Кезектен тыс гемодиализге немесе оГДС-ға көрсеткіштер:

1) дәрі-дәрмектік түзетілмейтін гиперфосфатемия;

2) бақыланбайтын ісінулер (гипергидратация) және гипертензия;

3) $Kt/V < 1,0$ аптасына 12 сағаттық гемодиализ кезінде және толық емес диализдің (тамыр қол жетімділігінің жеткіліксіздігі, рециркуляция, аппараттардың техникалық ақаулықтары) басқа себептерінің болмауы кезінде;

аптасына 12 сағаттық гемодиализ кезінде және диализдің басқа себептері (тамырлық қолжетімділіктің жеткіліксіздігі, рециркуляция, "Жасанды бүйрек" аппараттардың техникалық ақаулары) болмаған кезде диализдің сапа индикаторы (бұдан әрі- Kt/V) $< 1,0$. Kt/V -тазарту дәрежесінің диализ дозасының индексі, мұндағы К-диализатордың несеп бойынша нақты клиренсі (мл/мин), t-гемодиализ уақыты (мин), V- синдром гломерулярлық сүзгілеу жылдамдығының тез (сағат-күн) төмендеуі салдарынан дамидын бүйрекпен шығарылатын азотты (несепнәр, креатининді қоса алғанда) және азотсыз метаболизм өнімдерінің (электролиттер деңгейінің, қышқыл-негіз тепе-теңдігінің, сұйықтық көлемінің бұзылуымен) жиналуына әкелетін несептің таралу көлемі (мл);

4) V сатысы БСА бар жүктілік (жүктіліктің бүкіл кезеңі ГД немесе оГДС аптасына 6 рет).

50. БАТ-ға абсолюттік және салыстырмалы қарсы көрсеткіштер – КХ-ға сәйкес.

51. 5-сатыдағы СБА кезінде бағдарламалық диализ рәсімдерінің барабарлылық өлшемшарттары БГД кезінде бір ай ішінде гемодиализдің орташа адекваттылық индексі $kt/v > 1,3$ немесе СБА КХ-ға сәйкес ТАПД және (немесе) АПД кезінде бір апта $kt/v > 2,0$, болып табылады, сондай-ақ ПГД және тұрақты ПД алатын пациенттер арасында бірінші жылдың өлім-жітімі 10%-дан аспайды.

Бұл өлшемшарттар диализдік емдеуді жаңадан бастаған (3 айдан кем) пациенттерде ескерілмейді.

52. КХ-ға сәйкес мынадай көрсеткіштер БАТ алатын пациенттерде 5-сатыдағы БСА асқынуларын емдеудің барабар өлшемшарттары:

1) гемоглобин - ферритинмен бірге 100 мкг/л кем емес 100 г/л жоғары, трансферриннің қанығу пайызы – 30-40%, гипохромды эритроциттердің пайызы 2,5% кем және сарысулық темірдің қалыпты деңгейі;

2) қан сарысуының фосфоры-1,78 ммоль/л артық емес;

3) қан сарысуындағы паратгормон-150-300 пг/мл;

4) сарысулық альбумин-35 грамм/л төмен емес;

5) жалпы кальций - 2,10 – 2,54 ммоль/л болып табылады;

Бұл өлшемшарттар диализдік емдеуді алғашқы бастаған (3 айдан кем) пациенттерде ескерілмейді.

53. Көп бейінді клиникалардың құрамында ДБ шұғыл және жоспарлы түрде мамандандырылған медициналық көмек көрсетеді. ДО мамандандырылған медициналық көмекті жоспарлы түрде ұсынады.

54. ДБ және (немесе) ДО функциялары:

1) көрсетілетін көмектің және КХ деңгейіне сәйкес 5-сатыдағы БЖЗ бар, L, E (RIFLE) (Райфл) кластарымен БСА бар пациенттерге БАТ жүргізу;

2) пациентті БАТ түрлері туралы хабардар ету;

3) диализ, оның ішінде перманентті катетер жүргізу үшін уақытша қол жеткізуді қамтамасыз ету;

4) қажет болған кезде тұрақты қан тамыры қолжетімділігін қалыптастыру,

5) 5-сатыдағы БСА бар пациентке ГД және (немесе) ПД бағдарламасын енгізу және тандау;

6) ДБ және (немесе) ДО жұмысының кестесіне сәйкес бүйрек ауруларын диагностикалау және емдеу мәселелерінде амбулаториялық деңгейде МҰ-ға консультациялық көмек көрсету;

7) осы Стандарттың 2 - қосымшасына сәйкес "Диализдың (гемодиализ, перитонеалдық диализ) сапалық индикаторлары" нысаналы индикаторларға баса назар аудара отырып, МАЖ-ды енгізуді қамтамасыз ету;

8) әлеуетті реципиенттер тіркелімінде тұрған адамдарда бастапқы пациенттерді типтеу HLA (Эйч Эль Эй) жүйесі бойынша тексеру және лейкоцитарлық антиденелер деңгейін мониторингтеу мақсатында ағзалардың әлеуетті реципиенттерінің тіркелімін қалыптастыруға және жүргізуге, сондай-ақ қан алуды қамтамасыз етуге қатысу;

9) қосалқы мердігерлікті жүзеге асыру кезінде пациенттерді тасымалдау үшін қосалқы мердігерлік қатынастар шеңберінде шарт жасасу;

10) 2-қосымшаға сәйкес диализдік емшара картасы мен көшірме эпикризді ресімдеу, пациентке АЖ-ға бекіте отырып, тіркелген жері бойынша емханаға шығару эпикризін беру;

11) үйдегі стационар деңгейінде ТАПД алатын пациенттің ауру тарихын жаба отырып АЖ толтыру.

55. Жаңа ДБ және (немесе) ДО-ны жоспарлау жұмыс істеп тұрған ДБ/ДО арасындағы қашықтықты, БАТ-ға қажеттілікті Облыстардың, республикалық маңызы бар қалалардың және астананың денсаулық сақтау басқармасының/қоғамдық денсаулық сақтау басқармасының бақылауымен өңір халқының санын ескере отырып жүргізіледі.

ДБ/ДО аппараттардың саны екіден кем емес және жиырмадан артық емес және 10 жұмыс істеушіге бір резервтік аппарат болуы тиіс.

56. ОД және (немесе) ОД үй-жайларының жиынтығы мен алаңдарына қойылатын талаптар, пациенттерге, оның ішінде парентеральдық вирустық гепатиттері бар пациенттерге диализдік көмекті ұйымдастыру "Денсаулық сақтау объектілеріне қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар" санитариялық қағидаларын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 11 тамыздағы № ҚР ДСМ-96/2020 бұйрығына (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 21080 болып тіркелген) және сәулет, қала құрылысы

және құрылыс саласындағы мемлекеттік нормативтердің талаптарына сәйкес жүзеге асырылады.

57. Гемодиализге арналған сұйықтықтарды дайындауға, гемодиализге арналған ерітінділердің сапасына және қанды тазартуға арналған жүйелерге қойылатын талаптар стандарттау саласындағы қолданыстағы заңнамаға сәйкес іске асырылады.

5-параграф. Стационарлық жағдайларда нефрологиялық көмек көрсетуді ұйымдастыру тәртібі

58. Тәуліктік стационар деңгейіндегі аурулары бар пациенттерге мамандандырылған көмек көрсету үшін КЖ сәйкес зертханалық, аспаптық тексеру және емдеу жүргізе отырып, көп бейінді стационардың құрамында нефрологиялық бөлімше/нефрологиялық төсектер көзделген.

59. Пациенттерге шұғыл, жоспарлы мамандандырылған нефрологиялық көмек аумақтық, ведомстволық бағыныстылығына және меншік нысанына қарамастан "Нефрология (ересектер, балалар)" мамандығы бойынша медициналық қызметке мемлекеттік лицензиясы бар медициналық ұйымдар көрсетеді.

60. Ауданаралық, қалалық, облыстық деңгейлердегі, республикалық маңызы бар қалалардағы және ғылыми ұйымдардағы көпбейінді ауруханалар (балалар, ересектер) меншік нысанына қарамастан, анестезиология және реанимация бөлімшесі жағдайында арнайы емдеу әдістерімен (бағдарламалық гемодиализ, ПАПД, АӨД, оГДС, гемофилтрация, УФ, плазмаферез) БЖА және БСА бар пациенттерге БАТ көрсетеді.

61. Бүйрек аурулары бар, оның ішінде тәулік бойы стационар жағдайында БАТ жүргізуге мұқтаж пациенттерді жоспарлы және шұғыл емдеуге жатқызу портал – Емдеуге жатқызу бюросы (бұдан әрі - Портал) арқылы немесе жедел медициналық көмек желісі, өз бетінше жүгінуі бойынша және тұрғылықты жеріне және тіркелген жеріне қарамастан пациентті жеткізудің кез келген басқа да тәсілдері кезінде ТМҚКК шеңберінде және (немесе) МӘМС жүйесінде жүзеге асырылады.

Стационарлық жағдайда:

1) перитонеальдық катетерді имплантаттау/ қайта имплантаттау;

2) артериовеноздық фистула (бұдан әрі – АВФ), тамырлық протезді (аутовен, алловен, синтетикалық) (бұдан әрі – ТП-мен АВФ), стент-графт, баллондық ангиопластика қалыптастыру;

3) КХ сәйкес пациенттерде бүйректі трансплантаттаудан кейін ересектерге және балаларға ерте немесе алыстатылған трансплантаттаудан кейінгі кезеңде БАТ жүргізіледі.

62. Шұғыл емдеуге жатқызуға мынадай пациенттер жатады:

1) қан креатининінің 48 сағат ішінде 26 мкмоль/л-ге және/немесе 7 күн ішінде бастапқыдан 1,5 және одан да көп есе артуы (деректер болмаған кезде КП сәйкес базальды креатининге бағдарлану);

- 2) диурез 6 сағаттың ішінде 0,5 мл/кг/сағ кем;
- 3) бастапқы деңгейден 2 есе ШСЖ төмендеуі;
- 4) бүйрек функциясының бірінші рет анықталған бұзылуы (несепнәр 30 ммоль/л-ден астам, креатинин 300 мкмоль/л-ден астам, калий 6,5 ммоль/л-ден астам) немесе креатинин, мочеви́на және қан калийі деңгейлерінің үдемелі өсуі, сондай-ақ осы көрсеткіштердің әрқайсысы оқшауланған (несепнәр өсімі тәулігіне 5 ммоль/л-ден астам, креатинин-88-177 мкмоль/л-ден астам, калий – 0,5 ммоль/л-ден астам);
- 5) олигурия немесе анурия 24 сағаттан артық;
- 6) созылмалы бүйрек ауруы пайда болған немесе асқынған кезде анамнезінде БЖЗ-ны бастан өткерген;
- 7) бүйрек патологиясы бар жүкті, босанатын және босанғаннан кейінгі кезеңдегі әйелдер. Бүйрек зақымдануы бар преэклампсия болған кезде жүкті және босанатын әйелдер көп бейінді стационардың акушерлік және гинекология бөлімшесіне емдеуге жатқызылады, онда БАТ жүргізу мүмкіндігі, оның ішінде қажет болған жағдайда – күн сайын БАТ жүргізу көзделген;
- 8) бүйрек ауруларынан зардап шегетін, жүрек, тыныс алу функциясының жеткіліксіздігі белгілері бар пациенттер; инфекциялар; дене салмағының үдемелі төмендеуі немесе патологиялық жиынтығы кезінде; консервативтік терапияға, гиперкалиеми́яға, метаболикалық ацидозға резистентті пациенттер;
- 9) 5-сатыдағы БСА бар пациенттер, уақытша тамырлық қол жетімділікті орнату және (немесе) тұрақты тамырлық қол жетімділікті қайта қалыптастыру үшін жұмыс істемейтін тамырлық қол жетімділігі бар БАТ алатын пациенттер;
- 10) БСА-ның КХ-мен көзделген жай-күйі.

63. Диагнозды морфологиялық верификациялау, жүргізілетін терапияны индукциялау, іріктеу, түзету үшін бүйректің бастапқы және қайталама аурулары бар пациенттер, оның ішінде иммуносупрессивтік препараттар көрсетілімдер бойынша нефробиопсия жүргізу үшін жоспарлы тәртіппен емдеуге жатқызылады.

64. Медициналық құжаттаманы ресімдеу № ҚР ДСМ-313/2020 бұйрығымен бекітілген МҰ бастапқы медициналық құжаттама нысандарына сәйкес жүзеге асырылады. Шығарылғаннан кейін пациент туралы ақпарат тіркелген жері бойынша МСАК ұйымына АЖ арқылы беріледі.

3-тарау. Нефрологиялық көмек көрсететін денсаулық сақтау ұйымдары қызметкерлерінің штаты

65. Алып тасталды - ҚР Денсаулық сақтау министрінің м.а. 03.12.2024 № 102 (алғаш ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

66. ДБ және (немесе) ДО шеңберінде БТА рәсімдерін жүргізуді "Денсаулық сақтау саласындағы мамандарға қосымша және формальды емес білім беру қағидаларын,

денсаулық сақтау саласындағы қосымша және формальды емес білімнің білім беру бағдарламаларын іске асыратын ұйымдарға қойылатын біліктілік талаптарын, сондай-ақ қосымша және формальды емес білім беру арқылы денсаулық сақтау саласындағы мамандар алған оқудың нәтижелерін тану қағидаларын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 21 желтоқсандағы № ҚР ДСМ-303/2020 бұйрығына (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 21847 болып тіркелген) сәйкес біліктілікті арттыру курсы бар бейінді маман жүргізеді.

67. МҰ нефрологиялық кабинетінің медицина персоналының ұсынылатын штат нормативтері:

- 1) 50 000 тұрғынға шаққанда нефролог дәрігер;
- 2) мейіргер-нефролог дәрігердің 2 лауазымына 1 лауазым;
- 3) санитар – кабинетке 0,5 лауазым.

68. Диализ бөлімшесінің штаты (көп бейінді стационар құрамында) мыналарды қамтиды:

- 1) бөлімше меңгерушісі (нефролог дәрігер) – бөлімшеге 1 лауазым;
 - 2) нефролог дәрігер/диализ залының дәрігері (нефролог сертификатымен) – бір ауысымда 10 диализдік орынға 1 лауазым, стационардың 15 төсектік диализ залына 1 лауазымнан кем емес; бір ауысымда 1 дәрігерден кем емес;
 - 3) хирург дәрігер – 60 пациенттерге 1 лауазым;
 - 4) психолог - бір бөлімшеге 1 лауазым;
 - 5) аға мейіргер - бір бөлімшеге 1 лауазым;
 - 6) "Мейіргер ісі" бейіні бойынша біліктілікті арттыру курсы бар жоғары немесе орта медициналық білімі бар мейіргер (диализ залы) – бір ауысымда 4 диализдік орнға 1 лауазым, бірақ диализ залына 1 лауазымнан кем емес.
 - 7) мейіргер-5 пациентке 1 лауазым;
 - 8) палаталық мейіргер -12 төсекке тәулік бойы жұмыс істейтін 1 пост;
 - 9) пациенттерді күту бойынша кіші мейіргер - 1 тәулік бойы 12 төсек орны;
 - 10) шаруашылық бикесі-бөлімшеге 1 лауазым;
 - 11) санитар – бір ауысымда 8 гемодиализдік орынға 1 лауазым;
 - 12) санитар-буфетші – бөлімшеге 2 лауазым;
 - 13) инженер – бөлімшеге 1 лауазым;
 - 14) техник - бөлімшеге 1 лауазым;
69. Амбулаториялық диализ орталығының штаты мыналарды қамтиды:

- 1) бөлімше меңгерушісі (нефролог дәрігер) - бөлімшеге 1 лауазым;
- 2) нефролог дәрігер – нефрологиялық бейіндегі консультациялық-диагностикалық қызметтер көрсететін маман - 25-тен 75 пациентке дейін;

3) нефролог-дәрігер/диализ залының дәрігері (нефролог сертификатымен) – бір ауысымда 8 диализдік орынға 1 лауазым, диализ залына 1 лауазымнан кем емес; бір ауысымда 1 дәрігерден кем емес;

4) хирург дәрігер – 60 пациентке 1 лауазым;

5) психолог - бір бөлімшеге 1 лауазым;

6) аға мейіргере - орталыққа 1 лауазым;

7) "Мейіргер ісі" бейіні бойынша біліктілікті арттыру курсы бар жоғары немесе орта медициналық білімі бар мейірбике (диализ залы) –бір ауысымда 4 диализдік орынға 1 лауазым, бірақ диализ залына 1 лауазымнан кем емес.

8) шаруашылық бикесі - орталыққа 1 лауазым;

9) санитар – бір ауысымда 8 гемодиализдік орынға 1 лауазым;

10) санитар-буфетші - орталыққа 2 лауазым;

11) инженер – орталыққа 1 лауазым;

12) техник - орталыққа 1 лауазым;

4-тарау. Нephрологиялық көмек көрсететін денсаулық сақтау ұйымдарын ұсынылатын медициналық бұйымдармен жарақтандыру

70. Нephрологиялық көмек көрсететін денсаулық сақтау ұйымдарын медициналық бұйымдармен негізгі ұсынылатын жарақтандыру "Денсаулық сақтау ұйымдарын медициналық бұйымдармен жарақтандырудың ең төменгі стандарттарын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 29 қазандағы № КР ДСМ-167/2020 бұйрығының (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 21560 болып тіркелген) талаптарына сәйкес денсаулық сақтау ұйымдарының өтінімдеріне сәйкес ағымдағы қажеттілікпен жүзеге асырылады.

Қазақстан Республикасында
нефрологиялық көмек
көрсетуді ұйымдастыру
стандартына
1- қосымша

Нысан

Мультидисциплинарлық топтың (МДТ) қорытындысы

МҰ атауы _____

Мекенжайы _____

Облыс _____ Қала _____ Аудан _____

Пациент туралы ақпарат

1. Пациенттің ТАӘ(бар болса) _____

2. ЖСН _____

2. Үйінің мекенжайы, Байланыс телефондары _____

3. МСАК бекіту _____

4. МҰ-ға келіп түсті: МСАК бағыты бойынша жоспарлы түрде, өз бетінше жүгінуі, шұғыл (қажеттісінің астын сызу)

5. Диагноз:

А) Негізгі: _____

Б) фондық ауру: _____

В) қосалқы аурулар: _____

6. Ауру күні: _____

7. Жүгінген күні: _____

8. Салмағы _____, кг; жасы _____, жылдар; жынысы _____; креатинин деңгейіне _____ ШСЖ _____ мл/мин; БАТ бастаған сәттегі тәуліктік диурездің көлемі

7. БАТ-та жоспарлы бастау үшін көрсеткіштердің болуы (қажетінің асты сызылсын):

1) $\text{ШСЖ} \leq 6$ мл / мин;

2) $\text{ШСЖ} < 10$ мл/мин – уремияның бір және одан көп симптомдары болған кезде: бақыланбайтын гипергидратация және ісіну, бақыланбайтын гипертензия, нутритивті мәртебенің және қышқылдық-негіздік жай-күйдің прогрессивті бұзылуы;

3) $\text{ШСЖ} \leq 20$ мл/мин – қауіп жоғары пациенттерде (бақыланбайтын ісіну, диабеттік нефропатия және нефротикалық синдром кезінде, жүрек фракциясы төмен, коморбидтік жай-күйі бар пациенттер).

30 ммоль/л жоғары қан сарысуындағы несепнәр және/немесе ШСЖ

5 мл/мин / 1- 73 м2-ден төмендеуі (қант диабетімен ауыратын науқастарда 20 мл / мин 1,73 м2-ден төмен);

рН капиллярлық қанның 7,2-ден стандартты бикарбонаты 20 ммоль / л -дан төмен, буферлік негіздердің тапшылығы аз-10 ммоль/л;

гиперкалиемия 6,5 ммоль/л жоғары;

анурия 24 сағаттан асады.

8. Шұғыл алмастырушы бүйрек терапиясы үшін көрсетілімдердің болуы (қажетінің асты сызылсын):

1) қан сарысуының несепнәрі 30 ммоль/л жоғары, ШСЖ төмендеуі < 5 мл/мин (қант диабеті пациенттерінде – ШСЖ кезінде < 10 мл/мин);

2) 6,5 ммоль/л жоғары түзетілмейтін гиперкалиемия;

3) анурия пациенттерде 12-24 сағаттан артық;

4) ми мен өкпенің ісінуі түріндегі қауіпті клиникалық көріністер, уремиялық коматозды немесе коматозды жай-күй, уремиялық энцефалопатияның, уремиялық перикардиттің, плевриттің, уремиялық қанау синдромының, тұрақты құсудың, эритропозтиндермен емдеуге келмейтін уремиялық генез анемиясының, диуретиктерге, анасарктарға төзімді жаппай ісінулердің, дене салмағының біртіндеп төмендеуінің

клиникалық көріністері. Барлық жағдайлар зертханалық және аспаптық мәліметтермен расталады;

9. БТА-ның түрі (қажеттісінің астын сызу):

гемодиализ; аптасына 3 рет/ аптасына 2 рет/ аптасына 1 рет

перитонеальді диализ;

бүйректі трансплантаттау

Барлық жағдайлар зертханалық және аспаптық мәліметтермен расталады.

10. 4-5 сатыдағы созылмалы бүйрек ауруы бар пациенттің жадынамасымен таныстым: Иә, Жоқ (керегінің астын сызу керек)

11. Пациент ҚДС бекіткен АЖ/ДҚ тізімімен танысты: Иә/Жоқ (қажеттісінің астын сызу)

12. Пациент таңдаған ДБ/ДО атауы: _____

МҰ бас дәрігерінің ТАӘ(бар болса) _____ (қолы)

Нефролог дәрігердің ТАӘ(бар болса) _____ (қолы)

МДТ мүшелері:

ТАӘ(бар болса) _____ (қолы)

ТАӘ(бар болса) _____ (қолы)

М. О. толтырылған күні 20 ____ жылғы " ____ " ____

Ескертпе: қорытынды МАЖ-ға тіркеледі және 3 жұмыс күні ішінде ӘлМСҚ АД-ға жіберіледі

Ескертпе: МСАК- медициналық-санитариялық алғашқы көмек МО-медициналық ұйым МДТ-мультидисциплинарлық топ ШСЖ- шумақтық сүзгілеу жылдамдығы ДБ/ДО – диализ бөлімшесі/диализ орталығы БАТ - бүйректі алмастыру терапиясы ммоль/л - литріне миллимоль АЖ-ақпараттық жүйе ӘлМСҚ – "Әлеуметтік медициналық сақтандыру қоры" КеАҚ

Қазақстан Республикасының
нефрологиялық көмек көрсетуді
ұйымдастыру стандартына
2-қосымша

Диализдың (гемодиализ, перитонеалдық диализ) сапалық индикаторлары Диализдік терапияның сапалық индикаторлары

1. Сарысулық альбумин

Сарысулық альбумин, г/л	Пациенттердің саны			Жиынтығы
	<35	35-40	>40	
Қаңтар-Маусым,%				
Шілде-Желтоқсан, %				

Бұл өлшемшартқа диализ емін жаңадан бастаған (3 айдан аз) пациенттер кірмейді. 35 г/л төмен альбуминнің 6 айлық өлшемінің орташа көрсеткіші 25% аспауы тиіс.

2. Гемоглобин

Гемоглобин, г/л	Пациенттердің саны			
	<100	100-115	>115	Жиынтығы
Қаңтар-Маусым,%				
Шілде-Желтоқсан, %				

Гемоглобиннің 6 айлық өлшемінің орташа көрсеткіші ЭПО препараттарын тағайындағанда 100-115 г/л шегінде болуы тиіс, бұл ретте гемоглобин деңгейі 100 г/л-ден төмен пациенттердің саны 20%-дан аспауы тиіс, 115 г/л кем –пациенттердің 40%-дан азында болуы тиіс. Бұл өлшемшартқа диализ емін жаңадан бастаған (3 айдан аз) пациенттер кірмейді.

3. Фосфор

Фосфордың деңгейі, ммоль/л (мг/дл)	Пациенттердің саны			
	<1,13 (<3,5)	1,13-1,78 (3,5-5,5)	>1,78 (>5,5)	Жиынтығы
Қаңтар-Маусым,%				
Шілде-Желтоқсан , %				

Фосфордың 6 айлық өлшемінің орташа көрсеткіші 1.13 – 1.78 ммоль/л шегінде болуы тиіс, бұл ретте фосфор деңгейі 1.78 ммоль/л-ден жоғары науқастардың саны 35%-дан аспауы тиіс. Бұл өлшемшартқа диализ емін жаңадан бастаған (3 айдан аз) пациенттер кірмейді.

4. Иондалған кальций

Иондалған кальцийдің деңгейі, ммоль/л	Пациенттердің саны			
	<1,16	1,16-1,32	> 1,32	Жиынтығы
Қаңтар-Маусым,%				
Шілде-Желтоқсан , %				

Иондалған кальцийдің 6 айлық өлшемінің орташа көрсеткіші 1,16 – 1,32 ммоль/л шегінде болуы тиіс, бұл ретте иондалған кальций деңгейі осы диапазоннан жоғары немесе төмен науқастардың саны 35%-дан аспауы тиіс. Бұл өлшемшартқа диализ емін жаңадан бастаған (3 айдан аз) пациенттер кірмейді.

5. Интакттік Паратгормон (иПТГ)

иПТГ деңгейі, пмоль/л	Пациенттердің саны				
	<150	150-300	300-600	> 600	Жиынтығы
Қаңтар-Маусым, %					
Шілде-Желтоқсан, %					

6 айлық иПТГ өлшеулерінің орташа көрсеткіші 150 – 300 пмоль/л шегінде болуы тиіс, бұл ретте иПТГ деңгейі 300 пмоль/л жоғары пациенттердің саны 35%-дан, 600-ден астамы 20%-дан аспауы тиіс. Бұл өлшемшартқа диализ емін жаңадан бастаған (3 айдан

аз) пациенттер кірмейді. 1000 пмоль/л жоғары ПТГ бар 3 ай бойы дәрі-дәрмектік емге резистентті пациенттер паратиреоидэктомияға жіберілуі тиіс.

6. Тамырлық қолжетімділік: АВФ немесе АВ-стент

Тамырлық қолжетімділіктің түрі ГД/оМДФ-да	Пациенттердің саны			
	Тұрақты ТҚ: АВФ немесе АВШ	Перманенттік катетер	уақытша катетер	Жиынтығы
Қаңтар-Маусым,%				
Шілде-Желтоқсан, %				

АВФ немесе АВШ бар пациенттердің саны тамырлық қолжетімділікті қалыптастыруға қарсы көрсетілімдер болмаған кезде 70%-дан артық болуы тиіс. Перманенттік катетері бар пациенттердің саны 25% – дан, қысқа мерзімді тұрақсыз катетері барлар 5%-дан аспауы тиіс. Бұл өлшемшартқа диализ емін жаңадан бастаған (3 айдан аз) пациенттер кірмейді.

7. В және С гепатиттері

Жаңадан алынған пациенттерді қоспағанда, HBsAg (+) және anti-HCV (+) бар пациенттердің орташа 6 айлық өсу көрсеткіші 5%-дан аспауы тиіс.

8. Kt/V несепнәр (гемодиализ)

КТ/V несепнәр	Пациенттердің саны			
	≥1.2	1,4	>1,4	Жиынтығы
Қаңтар-Маусым,%				
Шілде-Желтоқсан, %				

Kt/V өлшеудің орташа көрсеткіші ГД/оМДФ науқастары үшін 1.2 (≥1.2) төмен болмауы тиіс және 30% аспауы тиіс, Kt/V >1,4 кемінде 70% болуы тиіс. Бұл өлшемшартқа ГД-мен (3 айдан аз), тамырлық қолжетімділікпен емді жаңадан бастаған пациенттер, егде жастағылар, гипотензиясы бар, нутрициялық мәртебесі төмен (салмағы төмен) пациенттер кірмейді. Kt/V Daugirdas-2 формуласы бойынша немесе тікелей "жасанды бүйрек" аппаратында емшара кезінде "клиренс монитормы" арқылы есептеледі. Бұл фракциялық клиренсі несепнәрдің таралу көлеміне (V) бөлінген (t – диализ ұзақтығы) уақытқа диализатордың клиренсін (K мл/мин) көбейтіндісі ретінде есептеледі.

9. Kt/V несепнәр (перитонеалдық диализ)

КТ/V несепнәр		Пациенттердің саны	
<1.7	1.7-2.0	>2.0	Жиынтығы
Қаңтар-Маусым,%			
Шілде-Желтоқсан,%			

КТ/V перитонеалдық және резидуалдық бүйректің жалпы көрсеткіштерінің апталық мәні есептеледі. Дене сұйықтығының жалпы көлемі Ватсон формуласы бойынша есептеледі. Жалпы 1,7-ден төмен КТ/V бар пациенттердің саны 40%-дан аспауы тиіс.

Ескертпе: Тоқсан сайын әрбір пациент бойынша БТА тиімділігі туралы есеп бекітілген жері бойынша МСАК-қа, ЖАО-ға және ӘМСҚ-ға жіберіледі.

аббревиатуралардың толық жазылуы:

ЭПО - эритропоэтин иПТГ- интактілі паратгормон ПТГ- паратгормон
АВФ-артериялық-веноздық фистула АВ - артериовенозды ГД - гемодиализ оМДФ -
онлайн гемодиализация ҚҚ - қантамырлық қол жеткізу АВШ -
артериялық-веноздық шунт

А. Диализ ем-шараларының картасы:

Диализ орталығының атауы _____

Өңір _____ Күні _____

Пациенттің ТАӨ (бар болса) _____

Бағдарламалық диализ басталған күн _____

құрғақ салмағы _____ кг

Режимі: _____ еселігі _____ уақыт _____

Диализат: _____

Қосылу әдісі: АV фистула, протез, катетер (уақытша, тұрақты)

Күні							
диализ №							
Басталу уақыты							
Аяқталу уақыты							
Диализатор түрі							
Қан ағымының жылдамдығы мл / мин							
Салмақ қосу, кг							
УК (л)							
ГД дейінгі салмақ							
ГД кейінгі салмақ							
Кондуктивтілік (Na) ерітіндінің №							
Арте-риял ық қысым мм.сынап бағ.	ГД дейін						
	1						
	2						
	3						
	4						
	ГД-дан кейін						
Антикоагулянт							
аскынулар							
Қ о с ы м ш а дәрі-дәрмектер							

Дәрігер							
Мейіргер							

Б. Шығару эпикриз:

Диализ орталығы/диализ бөлімі: орталықтың атауы

Кезең _____

Пациент: ТАӨ (бар болса) _____

Жасы _____

ЖСН _____

МСАК бекітуді ұйымдастыру _____

Бағдарламалық диализ басталған күн _____

Мекенжайы: _____

Диагноз: АХЖ коды _____

карта № : _____

Шағымдар: _____

Өмір анамнезі: _____

Сырқатнама: _____

Объективті мәртебе: _____

Интрадиализдік мәселелер: _____

Құрғақ салмағы: _____ кг орташа диализаралық үстемақы: _____ кг

Диализ барабарлығының орташа айлық индексі kt / v _____

Диализ бағдарламасы

Күні	Диализат ор	Диали зат	Эпоэтин	Темір препара ты	Антикоаг улянт	Қ а н жылдамд ығы	Ағын	Г Д / ГДФ-ға дейінгі және кейінгі АҚ	Уақыт (мин)

Тамырлы қол жетімділік: _____ (орнату күні)

Гемодинамика: диализдік АҚ _____ синдиализдік АҚ _____

—, постдиализдік АҚ _____ мм.сын.Б.

Қосымша дәрілік терапия:

—
Емдеуге жатқызу:

—
_____ Диагностикалық зерттеп-қараулар:

Зертханалық зерттеулердің нәтижелері:

Тестің атауы	Диализге дейін	Диализден кейін	Жүргізу күні
гемоглобин			
сарысулық альбумин			
Жалпы кальций			
глюкоза			
креатинин			
несепнәр			
паратгормон			
калий/натрий			
фосфор			
Сарысулық темір			
ферритин			
трансферин			
гипохромдық эритроциттердің пайызы			
коагулограмма			
ИФА HCV			
HBsAg			
C-реактивтік ақуызок			
Вассерман реакциясы			
АИТВ			

Қорытынды: (гемодиализ терапиясы сапасының индикаторларына талдау жүргізіледі, нысаналы көрсеткіштерге қол жеткізбеу себептері, диализ бағдарламасын өзгерту негіздемесі, дәрілік препараттардың дозасы мен еселігі) _____

Ұсынымдар (МСАК дәрігеріне диализаралық кезеңде пациентті жүргізу бойынша ұсынымдарды көрсете отырып)

Емдеуші дәрігер: _____ ТАӘ (бар болса)

Меңгерушісі. бөлімше : _____ ТАӘ (бар болса) (қолдары) М. О. Күні

Бұйрыққа
1-қосымша

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің күші жойылған кейбір бұйрықтарының тізбесі

1. "Қазақстан Республикасының халқына нефрологиялық көмек көрсететін денсаулық сақтау ұйымдарының қызметі туралы ережені бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2012 жылғы 15 ақпандағы № 86 бұйрығы (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 7461 болып тіркелген).

2. "Қазақстан Республикасының халқына нефрологиялық көмек көрсететін денсаулық сақтау ұйымдарының қызметі туралы ережені бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2012 жылғы 15 ақпандағы № 86 бұйрығына өзгерістер енгізу туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2013 жылғы 19 наурыздағы № 154 бұйрығы (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 8404 болып тіркелген).

3. "Қазақстан Республикасында халыққа нефрологиялық көмек көрсетуді ұйымдастыру стандартын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2013 жылғы 30 желтоқсандағы № 765 бұйрығы (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 9144 болып тіркелген).