

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
11 лютого 2016 року № 89

**УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ
ВТОРИННОЇ (СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ) ТА ТРЕТИННОЇ
(ВИСОКОСПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ) МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

**ПІДГОТОВКА ХВОРИХ ДО ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ДІАЛІЗУ ТА ЙОГО
ІНІЦІАЦІЯ**

Перелік умовних скорочень

АГ – артеріальна гіпертензія
АПД – автоматизований перитонеальний діаліз
АТ – артеріальний тиск
БЕН – білково-енергетична недостатність
БРА – блокатори рецепторів до ангіотензину II
ГПН – гостре пошкодження нирок
ГД – гемодіаліз
ЕКГ – електрокардіографія
ЕФГДС – езофагогастроуденоскопія
ЗАК – загальний аналіз крові
ЗАС – загальний аналіз сечі
ЗНФ – залишкова функція нирок
іАПФ – інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту
ІМТ – індекс маси тіла
ЛПВЩ – ліпопротеїди високої щільності
ЛПНЩ – ліпопротеїди низької щільності
НЗТ – ниркова замісна терапія
НПД – нічний інтермітуючий перитонеальний діаліз
ПАПД – постійний амбулаторний перитонеальний діаліз
ПД – перитонеальний діаліз
ПДГ – продукти деградації глюкози
ППТ – площа поверхні тіла
ПТГ – паратиреоїдний гормон
ПЦПД – постійний циклічний перитонеальний діаліз
РКВУ – ризик кардіоваскулярних ускладнень
стБВА – стандартизований білковий еквівалент виведення азоту
УЗД – ультразвукове дослідження
ХХН – хронічна хвороба нирок
ШКФ – швидкість клубочкової фільтрації
ССг – кліренс креатиніну
 Kt/V_{urea} – показник адекватності перитонеального діалізу
РЕТ – тест перитонеальної рівноваги

I. ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

1.1. Діагноз: Хронічна хвороба нирок (ХХН) V стадії: гломерулонефрит (нозологічна основа ХХН), ПД (дата початку).

1.2. Шифр згідно МКХ-10: N 18.0.

1.3. Протокол призначений для лікарів-нефрологів.

1.4. Мета протоколу – стандартизувати діагностику та лікування пацієнтів старше 18 років з хронічною хворобою нирок V стадії, які лікуються методом перитонеального діалізу (ПД).

1.5. Дата складання протоколу – грудень 2015 рік.

1.6. Дата перегляду протоколу – грудень 2018 рік.

1.7. Список та контактна інформація осіб, які брали участь у розробці протоколу:

Кравченко Василь Віталійович	в.о. директора Медичного департаменту МОЗ України, голова;
Хобзей Микола Кузьмич	директор Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги Міністерства охорони здоров'я України, д.мед.н., професор (голова до 19.05.2014);
Колесник Микола Олексійович	директор Державної установи «Інститут нефрології НАМН України», член-кореспондент НАМН України, д.мед.н., професор, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Нефрологія», заступник голови з клінічних питань;
Ліщишина Олена Михайлівна	директор департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», к.м.н., заступник голови з методології;
Аблогіна Олена Валеріївна	лікар-нефролог Державної установи «Інститут нефрології Академії медичних наук України»;
Березняк Тетяна Іванівна	завідувач відділення нефрології та діалізу Державної установи «Інститут нефрології Академії медичних наук України»;
Біленко Олена Володимирівна	лікар-нефролог Державної установи «Інститут нефрології Академії медичних наук України»;

Степанова
Наталія
Михайлівна

головний науковий співробітник відділу нефрології та діалізу Державної установи «Інститут нефрології Академії медичних наук України», д.мед.н.;

Методичний супровід та інформаційне забезпечення

Горох Євгеній
Леонідович

начальник Відділу якості медичної допомоги та інформаційних технологій Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», к.т.н.;

Мельник Євгенія
Олександрівна

начальник Відділу доказової медицини Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України»;

Мігель Олександр
Володимирович

завідувач сектору економічної оцінки медичних технологій Департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України»;

Шилкіна Олена
Олександрівна

начальник Відділу методичного забезпечення новітніх технологій у сфері охорони здоров'я Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України».

Адреса для листування: Департамент стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», м. Київ. Електронна адреса: medstandards@dec.gov.ua.

Електронну версію документу можна завантажити на офіційному сайті МОЗ України: <http://www.moz.gov.ua> та в Реєстрі медико-технологічних документів: <http://www.dec.gov.ua/mtd/reestr.html>

Рецензенти:

Шейман Борис
Семенович

завідувач відділення токсикології та екстракорпоральних методів детоксикації Національної дитячої спеціалізованої лікарні «ОХМАТДИТ»; д.мед.н., професор;

Красюк Едуард
Костянтинівич

директор Київського міського науково - практичного центру нефрології та діалізу, к.м.н.

1.8. Коротка інформація

Станом на 01.01.2014 року, за даними Національного реєстру хворих на хронічну хворобу нирок, методом перитонеального діалізу (ПД) в Україні лікуються 769 хворих, що становить 13% у загальній структурі нирково-замісної терапії.

II. ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА

III. ОСНОВНА ЧАСТИНА

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
I. Догоспітальний етап/організація надання медичної допомоги		
<p>1. Своєчасна діагностика ХХН IV – V ст. дозволяє попередити ускладнення та своєчасно підготувати пацієнтів до НЗТ.</p> <p>2. Усім пацієнтам з ХХН-V ст., які потребують лікування ПД медична допомога надається у спеціалізованій лікувальній установі, яка у своїй структурі має центр нефрології та діалізу.</p>	<p>1. За досягнення рівня ШКФ 15 мл/хв/1,73 м², необхідно забезпечити щомісячне спостереження за пацієнтом, звертаючи особливу увагу на контроль АГ, гіпергідратації, діагностику та корекцію білково-енергетичної недостатності (БЕН). Слід вчасно спланувати формування діалізного доступу.</p> <p>2. Пацієнтів із ХХН IV ст. (ШКФ < 30 мл/хв/1,73 м²) слід вчасно проінформувати щодо існуючих методів НЗТ. Члени родини пацієнта або його опікуни також повинні бути проінформовані про доступні методи НЗТ.</p> <p>3. З метою запобігання пізнього початку діалізу (ШКФ < 6 мл/хв/1,73 м²), питання про його початок слід розглядати коли ШКФ становить</p>	<p>1. Для ініціації лікування ПД-пацієнтів кожний центр нефрології та діалізу повинен:</p> <ul style="list-style-type: none"> - створити ПД-команду, до складу якої входять лікар-нефролог, медсестра та хірург; - мати відповідне обладнання та приміщення для навчання, практичних занять і відпочинку пацієнтів; - мати програму навчання хворих методиці проведення ПАПД та протоколи лікування цим методом. <p>2. Перед початком лікування слід виключити протипоказання до застосування ПД.</p>

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
	<p>8-10 мл/хв/1,73 м². Пацієнтам з цукровим діабетом діаліз може бути розпочатий раніше (при досягненні ШКФ 15 мл/хв/ 1,73 м²).</p> <p>4. Усіх пацієнтів необхідно підготувати до початку ПД належним чином. Лікар має надати пацієнту всю необхідну інформацію щодо лікування цим методом.</p> <p>5. Пацієнтам із ХХН IV-V ст. необхідно заздалегідь провести вакцинацію проти гепатиту В та регулярно контролювати її ефективність.</p> <p>6. Не існує підстав віддавати перевагу постійному амбулаторному перитонеальному діалізу (ПАПД) або автоматизованому перитонеальному діалізу (АПД), за умов відсутності негативних змін індивідуальних транспортних характеристик очеревини хворого та забезпечення адекватного діалізу. Під час вибору варіанту ПД слід керуватися уподобаннями хворого.</p>	<p>3. Хворим на ХХН IV-V ст, яким планується лікування методом ПД слід провести наступну підготовку:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Бакпосів з носу та при виявленні носійства <i>S.aureus</i> – санація (мупіроцинова назальна мазь 2 р/д впродовж 14 днів), (додаток 6); - Вакцинація проти гепатиту В (0, 1, 2 та 6 місяці); - Навчання пацієнта асептичній техніці ПД (додаток 7). - Контроль та корекція анемії, порушень мінерально-кісткового обміну, артеріальної гіпертензії; - Обстеження з метою виявлення серцево-судинних захворювань та іншої супутньої патології.

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
II. Госпіталізація		
<p>1. Для початку лікування методом ПД, у зв'язку із необхідністю імплантації катетеру, пацієнт має бути госпіталізований до спеціалізованого нефрологічного відділення (центру).</p> <p>2. Після початку ПД і призначення діалізної прескрипції пацієнт виписується для продовження лікування в амбулаторному режимі.</p>	<p>1. За винятком певних станів (див. р. I п.3), ПД слід розпочинати за тижневого ниркового $Kt/V_{urea} < 2,0$. Станами, що дозволяють відтермінувати початок діалізу, незважаючи на зменшення ниркового тижневого $Kt/V_{urea} < 2,0$, є:</p> <ul style="list-style-type: none"> - стабільна вага тіла або збільшення ваги тіла за відсутності набряків; - нормальні параметри стану харчування; - стандартизований показник білкового БВА $>0,8$ г/кг/д. - повна відсутність клінічних ознак та симптомів уремії. <p>2. Для своєчасного початку лікування та належного навчання хворого, необхідно заздалегідь планувати імплантацію перитонеального катетеру.</p> <p>3. У кожному центрі повинна бути сформована команда, яка займається імплантацією перитонеальних катетерів та доглядом за ними.</p> <p>4. Кожен центр має мати необхідні умови та</p>	<p>1. Оцінити тяжкість стану хворого та наявність показань до проведення ПД.</p> <p>2. З метою запобігання виникнення ранніх катетер-асоційованих ускладнень та уникнення проведення тимчасового ГД, навчання пацієнтів бажано розпочинати за 6 тижнів, у крайньому випадку за 10 діб, до необхідного початку лікування методом ПД.</p> <p>3. За необхідності перед імплантацією катетеру додатково можна виконати ЕФГДС та призначити консультацію хірурга й ін. спеціалістів</p> <p>4. Перитонеальний катетер слід встановлювати, щонайменш, за два тижні до початку лікування ПД. За умов необхідності діалізу саме в цей період, його слід проводити малими об'ємами у горизонтальному положенні.</p> <p>5. Передопераційна підготовка має включати:</p> <ul style="list-style-type: none"> - виключення наявності у хворого кил та

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
	<p>оснащення для імплантації та реімплантації перитонеального катетеру.</p> <p>5. У кожному центрі має бути локальний протокол імплантації катетеру.</p> <p>6. Катетер можна імплантувати за методикою Монкріфа, лапароскопічно, або за Сельдінгером.</p> <p>7. Кожен центр повинен вести облік ускладнень ПД-катетеру.</p> <p>8. Перед операцією слід профілактично застосовувати антибіотики.</p> <p>9. Післяопераційний догляд включає в себе асептичний догляд за місцем виходу катетеру під час загоєння. Пов'язку слід застосовувати з метою іммобілізації катетеру для запобігання травмування та кровотечі з місця виходу катетеру.</p> <p>10. З метою зменшення частоти інфікування місця виходу катетера рекомендується застосування мазі з мупіроцином або</p>	<p>спайкового процесу;</p> <ul style="list-style-type: none"> - обстеження на назальне носійство <i>Staphylococcus aureus</i> та, у разі його виявлення – санація; - визначення необхідної довжини катетеру; - маркування місця виходу катетера у положенні пацієнта сидячи або стоячи; - підготовка кишківника до операції за допомогою послаблюючих лікарських засобів; - забезпечення випорожнення сечового міхура; - профілактичний прийом антибіотику. <p>6. Після імплантації необхідно:</p> <ul style="list-style-type: none"> - промити катетер фізіологічним або діалізуючим розчином; - іммобілізувати катетер; - утримувати місце виходу катетеру сухим та, за відсутності показань, не змінювати пов'язку до повного загоєння (додаток 10). <p>7. Для передопераційної профілактики можна використовувати цефалоспорини I покоління (цефазолін 1 г, перорально за 1-2 години до операції або довенно за півгодини).</p>

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
	гентаміцином.	<p>Альтернативою є ванкомицин 1 г в/в.</p> <p>8. Пов'язку не слід міняти частіше, ніж раз на тиждень протягом перших двох тижнів, за умов відсутності кровотечі та/або підозри на інфікування.</p> <p>9. Як у ранньому післяопераційному періоді, так і після періоду загоєння, місце виходу катетера слід утримувати сухим. Не можна використовувати оклюзивні пов'язки. Після періоду загоєння рекомендується міняти пов'язку щоденно. (додаток 11)</p>
III. Лікування		
Лікування методом ПД здійснює мультидисциплінарна команда, до складу якої входять необхідні спеціалісти (лікар, медсестра, хірург).	<p>1. Безпосередньо навчання пацієнтів та контроль за лікуванням виконують 1 лікар та 1 медична сестра на кожні 20 хворих.</p> <p>2. Доступними повинні бути як ПАПД, так і АПД. Для пацієнтів які бажають проводити ПД в амбулаторних умовах, але неспроможні виконувати процедуру самостійно, необхідні процедури виконує помічник чи опікун .</p>	<p>1. Медична сестра є ключовою фігурою у веденні ПД-пацієнтів , і повинна бути цілодобово доступною у телефонному режимі. Медична сестра повинна володіти знаннями, необхідними для підготовки хворого до лікування ПД (див. протокол тренінгу пацієнтів методики ПД).</p> <p>2. Лікар контролює роботу медсестри, безпосередньо оглядає пацієнтів 1 р/міс</p>

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
	<p>3. Розчини для ПД повинні відповідати сучасним Європейським стандартам якості; обладнання для їх виробництва має відповідати діючим стандартам (ISO 9001/2 and EN 46001/2).</p> <p>4. Розчини з низьким вмістом продуктів деградації глюкози (ПДГ) та лактатом чи бікарбонатом або їх комбінацією у якості буферу мають переваги над розчинами на основі глюкози і лактату.</p> <p>5. Розчини з низьким вмістом кальцію слід використовувати у пацієнтів з гіперкальціємією. Однак, необхідно моніторувати вміст кальцію у крові задля виключення гіпокальціємії.</p> <p>6. Лікування ПАПД зазвичай необхідно починати з 4-х обмінів на добу, об'єм мішка визначається площею поверхні тіла (ППТ): при ППТ 1,06-1,73 м² об'єм рідини 2,0 л, при ППТ 1,73-2,0 м² об'єм рідини 2,5 л, при ППТ 2,0-2,5 м² об'єм рідини може сягати 3 л.</p>	<p>та здійснює лікування у випадку виникнення будь яких ускладнень.</p> <p>3. Розчини, що містять 7,5% Ікодекстрину, рекомендовано використовувати у пацієнтів з гіпергідратацією, пов'язаною з недостатньою перитонеальною ультрафільтрацією, а також для запобігання надмірної експозиції глюкози. Розчин слід застосовувати тільки один раз на добу для запобігання підвищення концентрації мальтози і високомолекулярних полімерів у плазмі.</p> <p>5. Доцільність використання розчинів з амінокислотами слід розглядати у пацієнтів з білково-енергетичною недостатністю (БЕН), як частину стратегії поліпшення нутріційного статусу. Розчини з амінокислотами слід застосовувати тільки один раз на добу задля запобігання розвитку уремічних симптомів та метаболічного ацидозу.</p> <p>6. У пацієнтів з наявністю больових відчуттів під</p>

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
	<p>7. Рекомендовано уникати діалізних прескрипцій, результатом яких є реабсорбція рідини.</p> <p>8. Не варто використовувати діалізні режими з рутинним використанням 3,86% гіпертонічного розчину глюкози. За показань необхідно використовувати ікодекстрин та діуретики.</p> <p>9. Безперервний 24-годинний режим ПД має переваги перед інтермітуючим режимом.</p> <p>10. Показаннями до АПД є:</p> <ul style="list-style-type: none"> - неможливість досягти адекватної ультрафільтрації і кліренсу застосовуючи ПАПД; - необхідність уникнення високого інтраперитонеального тиску; - вибір пацієнта. <p>11. Для оцінки функції перитонеальної мембрани, слід проводити тест перитонеальної рівноваги (PET).</p> <p>12. Необхідно регулярно контролювати функцію перитонеальної мембрани, використовуючи тест</p>	<p>час інфузії перитонеального розчину рекомендується застосування біологічно сумісних розчинів (з рН=7,4 та низькою концентрацією ПДГ)</p> <p>7. Техніка проведення ПАПД викладена у додатку 9.</p> <p>8. Менший об'єм інфузії або число обмінів $< 4 \times 2$ л/д може бути використано у пацієнтів з індексом маси тіла (ІМТ) $< 18,5$ кг/м² та/або у осіб з нормальним рівнем протеїну крові і загальним $Kt/V > 1.7$.</p> <p>9. Для АПД початкова прескрипція повинна бути спрямована на досягнення $Kt/V \geq 1,7$, з кількістю нічних обмінів в межах від 3 до 5. Обов'язково слід враховувати транспортну характеристику перитонеальної мембрани (додаток 9).</p> <p>10. За умов відсутності залишкової функції нирок (ЗФН) АПД слід застосовувати у поєднанні з тривалими денними обмінами з метою досягнення адекватного кліренсу.</p>

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
	<p>перитонеальної рівноваги (PET).</p> <p>13. Цільовими величинами адекватності діалізу є як тижневий Kt/V_{urea} й CCr, так і рівень ультрафільтрації.</p> <p>14. Для підрахунку адекватної дози ПД можна використовувати як розрахункові формули, так і комп'ютерне моделювання .</p> <p>15. Мінімальне цільове значення тижневого перитонеального Kt/V_{urea} у пацієнтів з анурією – 1,7.</p> <p>16. Наявність залишкової функції нирок може компенсувати недосягнення цільових значень Kt/V_{urea}.</p> <p>17. У частини «низьких транспортерів» на АПД можна досягти цільових значень Kt/V_{urea}, але перитонеальний кліренс креатиніну залишиться низьким. У даних пацієнтів на додаток до цільового значення Kt/V_{urea} в 1,7 – слід забезпечити перитонеальний кліренс креатиніну ≥ 45 л/тиждень/1,7м².</p>	<p>11. Розчин, що містить ікодекстрин має перевагу над розчинами на основі глюкози для тривалого (>8-годинного) «dwell».</p> <p>12. Приливний ПД (ППД) показаний пацієнтам з болями під час інфузії або дренивання ПД-розчину. Іншим показанням для приливної ПД є повільний дренаж.</p> <p>13. Техніка проведення тесту перитонеальної рівноваги викладена у додатку 4.</p> <p>14. PET рекомендовано проводити через 6 тижнів після початку лікування і кожні півроку. Об'єм добового діурезу та добової ультрафільтрації необхідно моніторувати кожен місяць.</p> <p>15. Не слід здійснювати PET з 2,27% або 3,86% розчином глюкози раніше, ніж через 4 тижні після початку ПД. PET необхідно повторювати, якщо наявні нез'ясовані або неочікувані зміни водного балансу або ультрафільтрації.</p> <p>16. Розрахунок загального</p>

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
	<p>18. Загальний кліренс розчинених речовин (отримана доза ПД + ЗФН) повинні оцінюватися 2-3 рази протягом перших 6 місяців від початку лікування ПД.</p> <p>19. Можливі причини невдачі, пов'язані з хворим, у досягненні адекватної дози ПД, слід вчасно досліджувати та усувати. Основними є: - відмова виконувати лікувальні рекомендації; - брак розуміння важливості точного виконання лікарських призначень; - помилки виконання збору проб.</p> <p>20. Можливі причини невдачі, пов'язані з персоналом, у досягненні адекватної дози ПД слід вчасно виявляти та усувати. Основними є: - помилки у діалізній прескрипції; - неадекватний контроль отриманої дози; - неадекватне навчання хворого.</p> <p>21. Усім ПД пацієнтам слід здійснювати регулярний контроль водного балансу.</p>	<p>Kt/V повинен проводитися через 4-6 тижнів після початку ПД (додаток 5). За умов погіршення стану пацієнта або появи проблем з ультрафільтрацією Kt/V розраховується раніше.</p> <p>17. У пацієнтів з ІМТ > 25 кг/м² або ожирінням, для розрахунку Kt/V слід використовувати показник його ідеальної маси тіла.</p> <p>18. Якщо цільові значення не досягнуті, слід ретельно перевірити наявність ознак гіпергідратації, уремії та БЕН. У разі їх встановлення бов'язковими є відповідні зміни у лікуванні.</p> <p>19. Точне визначення загального Kt/V_{urea} і загального C_{Cr} вимагає добового збору сечі і діалізату та аналізу сироватки (сечовина, креатинін). Перитоніти унеможливають вимірювання дози діалізату мінімум на місяць.</p> <p>20. Обов'язковим є дотримання правил збору проб: - для хворих з сечовипусканням не</p>

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
	<p>22. У пацієнтів зі збереженим діурезом високі дози діуретиків збільшують екскрецію натрію і об'єм сечі.</p> <p>23. Вживання натрію повинно бути обмежено у пацієнтів з гіперволемією.</p> <p>24. Мінімальний цільовий об'єм перитонеальної ультрафільтрації у пацієнтів з анурією – 1,0 літр на добу.</p> <p>25. З метою своєчасної корекції об'єму ультрафільтрації необхідно ретельно контролювати водний баланс у пацієнтів з анурією, у яких щоденна ультрафільтрація складає менше 750 мл/д.</p> <p>26. Слід надавати перевагу стратегіям лікування, які зберігають функцію нирок, а саме використовувати інгібітори ангіотензин-перетворюючого ферменту (іАПФ), блокатори до рецепторів ангіотензину II (БРА), діуретики та уникати епізодів дегідратації.</p> <p>27. Пацієнти із АГ повинні бути обстежені на предмет гіперволемії і, за необхідності, лікування слід проводити,</p>	<p>менше 3 разів на добу достатній збір сечі за 24 години, при менш частому сечовипусканні рекомендується 48 годинний збір;</p> <ul style="list-style-type: none"> - у хворих на ПАПД забір крові можна проводити у будь-який зручний час; - у хворих на НПД забір крові слід проводити у середині денного «сухого» періоду; - у хворих на ПЦПД забір крові слід проводити на середині періоду денних обмінів. <p>21. Плановий вимір загального Kt/V_{urea} і загального C_{Cr} слід виконувати тільки за стабільного стану хворого (тобто стабільні вага, концентрації сечовини і креатиніну) та, як мінімум, через 4 тижні після перенесеного перитоніту.</p> <p>22. Після зміни режиму ПД або значних змін у клінічному статусі (госпіталізація, втрата ваги), але за відсутності нещодавно перенесеного перитоніту, вимірювання даних параметрів повинні бути проведені протягом наступних 4 тижнів, а потім – кожні 4 місяці.</p>

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
	згідно вище наведених рекомендацій.	<p>23. Найбільш ефективною стратегією у разі необхідності підвищення діалітичної дози у хворих, які лікуються ПАПД є збільшення об'єму діалітичного розчину або додавання додаткових обмінів. Проте слід враховувати збільшення ризику механічних ускладнень та інфікування.</p> <p>24. Найбільш ефективними стратегіями у разі необхідності підвищення діалітичної дози у хворих, які лікуються АПД є додавання 1 денного обміну та збільшення об'єму нічних обмінів.</p> <p>25. Немає підстав змінювати цільові дози у хворих різних субпопуляцій (цукровий діабет, літні, тощо), за винятком хворих зі зниженим харчуванням, у яких цільова доза діалізу при розрахунку Kt/V_{urea} помножується на відношення $V_{бажаний}/V_{актуальний}$. Для розрахунку CCr у таких хворих цільова доза помножується на відношення бажаної та актуальної ППТ $ППТ_{бажана} / ППТ_{актуальна}$.</p>

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
		<p>26. Для хворих, які починають діаліз вперше, і/ або для хворих з достатньою ЗФН, перше вимірювання слід провести між 2 та 4 тижнем від початку лікування. Для хворих, які переводяться з інших видів НЗТ на ПД та/ або для пацієнтів з анурією, перший вимір необхідно виконати через 2 тижні від початку лікування. Для встановлення вихідної величини за наступні 5 місяців слід провести 1-2 додаткових вимірювання.</p> <p>27. Для вимірювання отриманої дози діалізу слід оцінювати 2 показники: кліренс креатиніну (CCr), стандартизований до ППТ та загальний тижневий Kt/V_{urea}.</p> <p>28. Після 6 місяців лікування загальний Kt/V_{urea}, загальний CCr та БВА слід вимірювати кожні 4 місяці, якщо не змінювалась діалізна прескрипція або не сталося суттєвих змін у клінічному статусі.</p> <p>29. ЗФН слід оцінювати шляхом розрахунку ниркового компоненту</p>

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
		<p>Kt/V_{urea} і ШКФ – як розрахункового середнього показника між кліренсом креатиніну і сечовини.</p> <p>30. Слід регулярно контролювати ЗФН: за можливості – кожні 1-2 місяці, але не рідше, ніж кожні 4-6 місяців. За зниження об'єму сечі необхідно внести відповідні зміни у діалізній прескрипції.</p> <p>31. Під високими дозами діуретиків розуміють фуросемід 250 мг щоденно.</p> <p>32. Вживання натрію слід обмежити до 65 ммоль (1500 мг) на добу або менше.</p> <p>33. Для підтримки еуволемії необхідно:</p> <ul style="list-style-type: none"> - обмежити вживання рідини та солі; - застосовувати за показаннями діуретики у пацієнтів із збереженим діурезом; - оптимізація перитонеальної ультрафільтрації через прескрипцію. <p>Проте, обмежуватись тільки переліченими заходами не варто.</p>

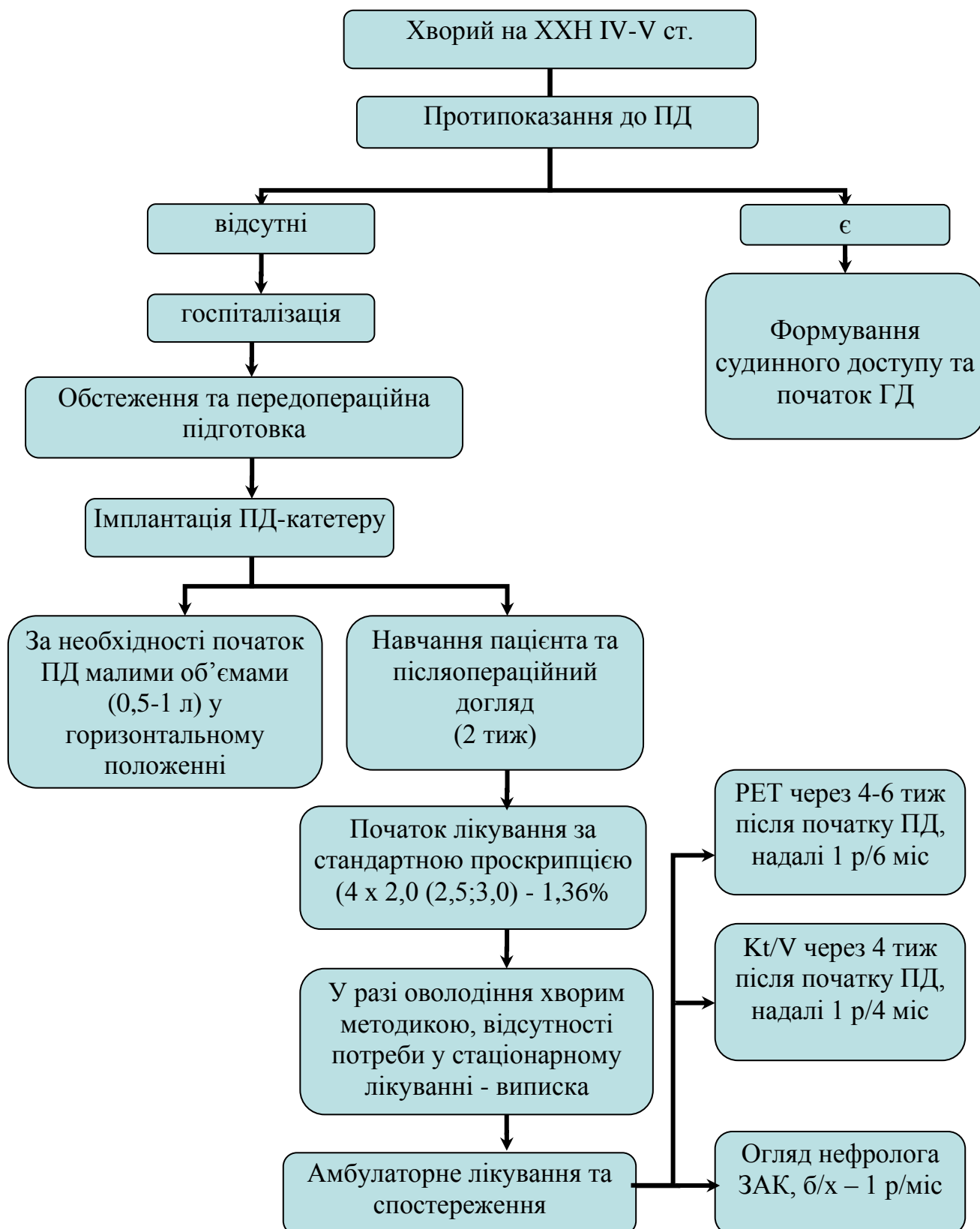
Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
		<p>34. Пацієнтам з високим і середньовисоким перитонеальним транспортом, які мають найвищий ризик виникнення проблем із підтримкою волемії, бажано призначати розчини, до складу якого входить ікодекстрин та АПД.</p> <p>35. Для досягнення еуволемії може з'явитися необхідність у гіпертонічному 3,86% розчині з глюкозою. Однак, його тривале застосування небажане.</p> <p>36. До препаратів, які зберігають функцію нирок належать: іАПФ, БРА, діуретики.</p> <p>37. Цільовий АТ у хворих, які лікуються методом ПД має бути 130/80 мм. рт.ст. або нижче; оптимальний АТ – невизначений.</p> <p>38. Препаратами вибору у хворих з АГ є іАПФ або БРА. Проте, при призначенні антигіпертензивних лікарських засобів необхідно комплексно оцінювати стан пацієнта.</p>
V. Виписка з рекомендаціями на післягоспітальний період		

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
<p>Всі пацієнти, які лікуються ПД перебувають на диспансерному спостереженні у діалізованому центрі.</p>	<p>Всі пацієнти повинні бути обізнані із необхідністю постійного моніторингу водного балансу, ваги тіла, АТ, щомісячного огляду та графіком обстеження, а також із можливими ускладненнями, за наявності яких вони повинні негайно звернутись до діалізного центру.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Спостереження лікарем-нефрологом, 1р/міс. • Контроль біохімічних показників крові (сечовина, креатинін, альбумін, електроліти), протеїнурії 1 р/міс. • Контроль та корекція АТ • Призначення іАПФ або БРА з метою збереження ЗФН • Контроль дисліпідемії (ліпідограма 1 р рік) (тригліцериди, загальний холестерин, ЛПНЩ, ЛПВЩ) та її корекція (дієта, призначення статинів) • Контроль ЗАК щонайменше 1 р/міс • За наявності анемії її оцінка (індекс еритроцитів, число ретикулоцитів, відсоток насичення трансферину залізом, сироватковий феритин) та корекція. • Контроль рівнів кальцію, фосфору 1р/міс, ПТГ 1р/6 міс та корекція за необхідності. • Контроль ЗФН щомісячно • Kt/V_{urea} слід вимірювати через 4 тижні після початку лікування ПД, 2-3 рази протягом перших 6 місяців лікування, а надалі 1 р/4 міс • PЕТ слід виконувати

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
		через 4-6 тижні після початку лікування ПД, а надалі 1 р/6 міс (дод. 4)

IV. ОПИС ЕТАПІВ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

4.1. Алгоритм ініціації ПАПД



4.2. Показання та протипоказання до застосування ПД

ПД показаний:

- хворим, які віддають перевагу ПД або не бажають лікуватися ГД;
- хворим, які мають протипоказання до лікування методом ГД (тобто хворим із серцевою або коронарною недостатністю, вираженими судинними захворюваннями або за умов неможливості створення адекватно функціонуючого судинного доступу, включаючи біль- шість дітей молодшого віку);
- хворим, які віддають перевагу домашньому діалізу.

Абсолютні протипоказання до ПД :

- задокументована втрата функції перитонеальної мембрани або виражений спайковий процес у черевній порожнині;
- відсутність фізичної або розумово здатності проводити ПД за відсутності асистента;
- некореговані механічні дефекти, що перешкоджають проведенню ефективного ПД або збільшують ризик інфекцій (хірургічно не виправна кила, пупкова кила, незрощення передньої черевної стінки, діафрагмальна кила або екстрофія сечового міхура).

Відносні протипоказання до ПД:

- нещодавнє введення до очеревини чужорідних тіл (наприклад, на 4 місяці слід відкласти ПД після судинного протезування у черевній порожнині, вентрикулярно-перитонеального шунтування);
- підтікання діалізату з черевної порожнини;
- обмеження за розмірами тіла (надвисокий зріст);
- непереносимість об'ємів діалізату, необхідних для досягнення адекватної дози ПД;
- запальні або ішемічні захворювання кишківника;
- інфекції шкіри або черевної стінки;
- ожиріння (у невисоких осіб);
- тяжка БЕН;
- часті епізоди дивертикуліту.

Наступні умови не повинні розглядатися як протипоказання до ПД:

- літній вік;
- ожиріння;
- застійна серцева недостатність;
- полікістоз нирок;
- дивертикуліт;
- портальна гіпертензія;
- трансплантація печінки.

Показання до переведення хворого з ПД на лікування ГД:

- відсутність медичних, технічних та психо-соціальних протипоказань до ГД та неможливість досягнення цільового Kt/V_{urea} , C_{Cr} та ультрафільтрації;
- надлишкова втрата білку з діалізатом з тяжкою БЕН, резистентною до активної терапії (відносно показання);
- тяжка неконтрольована гіпертригліцеридемія;
- неприйнятно висока частота виникнення перитонітів або інших ускладнень ПД;

V. РЕСУРСНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВИКОНАННЯ ПРОТОКОЛУ

На момент затвердження цього уніфікованого клінічного протоколу засоби матеріально-технічного забезпечення дозволені до застосування в Україні. При розробці та застосуванні локальних клінічних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) (далі – ЛПМД (КМП)) необхідно перевірити реєстрацію в Україні засобів матеріально-технічного забезпечення, які включаються до ЛПМД (КМП), та відповідність призначення лікарських засобів Інструкції для медичного застосування лікарського засобу, затвердженій Міністерством охорони здоров'я України. Державний реєстр лікарських засобів України знаходиться за електронною адресою <http://www.drlz.kiev.ua/>.

5.2. Вимоги для закладів охорони здоров'я, які надають вторинну, третинну медичну допомогу

Лікування методами перитонеального діалізу виконується в обласному, міському центрах нефрології та діалізу

5.2.1. Кадрові ресурси

Лікарі: нефролог, хірург, мікробіолог-вірусолог, лаборант; медичні сестри. За необхідності залучаються лікарі інших спеціальностей.

5.2.2. Матеріально-технічне забезпечення

Оснащення: наявність відповідного приміщення та обладнання для надання допомоги пацієнтам з ХХН-V ст., що лікуються методом перитонеального діалізу (зокрема, АПД), а також для навчання та занять із пацієнтами; наявність клініко-діагностичної та бактеріологічної лабораторій; апарат УЗД. Інше – відповідно до Табеля оснащення.

Витратні матеріали і лікарські засоби для проведення постійного амбулаторного перитонеального діалізу (ПАПД):

№ з/п	Найменування
1.	Ковпачок дезінфікуючий (роз'єднуємий, з антисептиком);
2.	Затискач вихідного каналу (перемикач магістралей);

3.	Трубка перехідна підвищеної міцності (подовжувач катетера з запірним механізмом);
4.	Адаптер до катетера для перитонеального діалізу;
5.	Катетер для перитонеального діалізу (для дорослих, з завитком та двома дакроновими манжетами);
6.	Розчини для перитонеального діалізу із вмістом глюкози (1,36%; 2,27%; 3,86%);
7.	Розчин для перитонеального діалізу тривалої дії (без вмісту глюкози);
8.	Розчин для перитонеального діалізу із вмістом амінокислот (без вмісту глюкози).

Витратні матеріали і лікарські засоби для проведення автоматизованого перитонеального діалізу (АПД):

№ з/п	Найменування
1.	Ковпачок дезінфікуючий (який роз'єднується, з антисептиком);
2.	Двохкомпонентний роз'єднувальний ковпачок, що містить дезінфікуючий ковпачок (роз'єднувальний, з антисептиком) та утримуючий фіксатор;
3.	Трубка перехідна підвищеної міцності (подовжувач катетера з запірним механізмом);
4.	Адаптер до катетера для перитонеального діалізу;
5.	Катетер для перитонеального діалізу (для дорослих, з завитком та двома дакроновими манжетами);
6.	Касета до апарату для автоматизованого перитонеального діалізу (з чотирма конекторами);
7.	Дренажний комплект до апарату для автоматизованого перитонеального діалізу (ємністю 15 л);
8.	Розчини для перитонеального діалізу із вмістом глюкози (1,36%; 2,27%; 3,86%)
9.	Розчин для перитонеального діалізу тривалої дії (без вмісту глюкози)

Інші лікарські засоби: гентаміцин, етанол, мупіроцин, повідон-йод, фуросемід.

VI. ІНДИКАТОРИ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

6.1. Перелік індикаторів якості медичної допомоги

6.1.1. Наявність у закладі, що надає спеціалізовану (високоспеціалізовану) медичну допомогу, локального протоколу з проведення гемодіалізу/перитонеального діалізу.

6.2.1.А) Наявність у закладі, що надає спеціалізовану (високоспеціалізовану) медичну допомогу локального протоколу з проведення гемодіалізу/перитонеального діалізу

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги

Індикатор ґрунтується на положеннях уніфікованих клінічних протоколів вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги з хронічною хворобою нирок.

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів (ЛПМД) в регіоні. Якість медичної допомоги пацієнтам, відповідність надання медичної допомоги вимогам ЛПМД, відповідність ЛПМД чинному УКПМД даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження ЛПМД в закладах охорони здоров'я.

Бажаний рівень значення індикатора:

2016 рік – 90%

2017 рік та подальший період – 100%.

Г) Інструкція з обчислення індикатора

а) Організація (ЗОЗ), яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються закладами, що надають спеціалізовану (високоспеціалізовану) медичну допомогу, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх закладів, що надають спеціалізовану (високоспеціалізовану) медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

ґ) Знаменник індикатора складає загальна кількість закладів, що надають спеціалізовану (високоспеціалізовану) медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить

інформацію про кількість закладів, що надають спеціалізовану (високоспеціалізовану) медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування.

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість закладів, що надають спеціалізовану (високоспеціалізовану) медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності локального протоколу ведення пацієнта із хронічною хворобою нирок (наданий екземпляр ЛПМД). Джерелом інформації є ЛПМД, наданий закладом, що надає спеціалізовану (високоспеціалізовану) медичну допомогу.

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

**В.о. директора Медичного департаменту
МОЗ України**

В. Кравченко

VII. Перелік літературних джерел, використаних при розробці уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги

1. Електронний документ «Лікування методом перитонеального діалізу хворих на хронічну хворобу нирок V стадії. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах», 2015.
2. Наказ МОЗ України від 23.02.2000 № 33 «При штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я».
3. Наказ МОЗ України від 14.02.2012 № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування».
4. Наказ МОЗ України від 30.09.2003 №65/462 «Про поліпшення якості та організації системи медичної допомоги дорослим хворим нефрологічного профілю».
5. Наказ МОЗ України від 30.03.2015 № 183 «Про затвердження сьомого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».
6. Наказ МОЗ України від 02.03.2011 № 127 «Про затвердження примірних табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення центральної районної (районної) та центральної міської (міської) лікарень».
7. Наказ МОЗ України від 03.11.2008 №631 «Про затвердження примірного табелю оснащення медичним обладнанням та виробами медичного призначення обласної лікарні».
8. Наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України».

АЛТ													
АСТ													
Феритин													
%нас. трансферин													
СРП													
ПТГ													
Місце виходу катетеру													

4. Госпіталізації протягом року*

Причина госпіталізації	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.												
2.												
3.												
4.												

*Вказати причину та кількість днів госпіталізації в кожному місяці.

5. Ускладнення діалізного лікування*

Місяць	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Інфекція місця виходу катетера												
Інфекція тунеля												
Перитоніт												
Інші												

*Вказується кількість ускладнень за місяць.

5. Серологічні обстеження

Тип	Вид обстеження	Дата	Результат
HBV*			
HCV*			
HIV**			
RW **			

* визначається не рідше ніж 1 раз на 3 міс

** визначається не рідше ніж 1 раз на рік

6. Щеплення проти гепатиту В

Назва препарату	Доза	Дата

Додаток 3
до Уніфікованого клінічного
протоколу вторинної (спеціалізованої)
та третинної (високоспеціалізованої)
медичної допомоги «Підготовка
хворих до перитонеального діалізу та
його ініціація»

ТЕХНІКА ПРОВЕДЕННЯ ТЕСТУ ПЕРИТОНЕАЛЬНОЇ РІВНОВАГИ

Етапи	Послідовність проведення маніпуляції
1. Підготовка оснащення	1. Дезінфікуючий розчин 2. Маска 3. Шприци 4. Пробірки 5. Контейнери для забору проб ексфузату
2. Підготовка до проведення ПЕТ	Протягом 10 хвилин у черевну порожнину вливають 2,0 л діалізуючого розчину (2,27% глюкози), під час чого хворий через кожні 400 мл повертається з боку на бік.
3. Етап I (одразу після вливання розчину)	Одразу після введення зливають у дренуючий мішок 200 мл розчину, кілька разів перемішують вміст. Шприцом відбирають 10 мл у пробірку (Проба I), решту 190 мл повертають у черевну порожнину. Пробірку відносять до лабораторії (визначають вміст сечовини, креатиніну та глюкози).
3. Етап II (через 2 години після вливання розчину)	Зливають у дренуючий мішок 200 мл розчину, кілька разів перемішують вміст. Шприцом відбирають 10 мл у пробірку (Проба II), решту 190 мл повертають у черевну порожнину. Пробірку відносять до лабораторії (визначають вміст сечовини, креатиніну та глюкози). У пацієнта набирають 10 мл венозної крові у пробірку та відносять до лабораторії (визначають вміст сечовини, креатиніну та глюкози).
4. Етап III (через 4 години після вливання розчину)	Через 4 години після інсталяції діалізуючого розчину у черевну порожнину протягом 15-20 хв. дренують черевну порожнину. Кілька разів перемішують вміст та шприцом відбирають 10 мл у пробірку (Проба III). Пробірку відносять до лабораторії (визначають вміст сечовини, креатиніну та глюкози). Визначають вміст дренажного мішку.

5. Етап IV	Розрахунок діалізуючої здатності очеревини для низькомолекулярних розчинних речовин: $A = Cr(\text{проба I}) / Cr_{\text{крові}}$ $B = Cr(\text{проба II}) / Cr_{\text{крові}}$ $C = Cr(\text{проба III}) / Cr_{\text{крові}}$ Розрахунок проникності очеревини для глюкози: $D = Gl(\text{проба II}) / Gl(\text{проба I})$ $E = Gl(\text{проба III}) / Gl(\text{проба I})$
------------	---

Додаток 4
до Уніфікованого клінічного
протоколу вторинної (спеціалізованої)
та третинної (високоспеціалізованої)
медичної допомоги «Підготовка
хворих до перитонеального діалізу та
його ініціація»

**ЗРАЗОК ОФОРМЛЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ПЕТ-ТЕСТУ У МЕДИЧНІЙ
КАРТІ АМБУЛАТОРНОГО ХВОРОГО**

Дата: _____

ПІБ _____

Дані ПЕТ

Тип розчину:

	Кров	Діалізат		
	2 год	0	2 год	4 год
Креатинін				
Сечовина				
Глюкоза				
Ультрафільтрація, мл				

Показник	Результат
A(1/C _{cr})	
B(2/C _{cr})	
C(3/C _{cr})	
D(Γ_2/Γ_0)	
E(Γ_4/Γ_0)	

С	
0.34-0.50	низький
0.50-0.65	середньонизький
0.65-0.81	середньовисокий
0.81-1.03	високий

Е	
0.12-0.26	високий
0.26-0.38	середньовисокий
0.38-0.49	середньонизький
0.49-0.61	низький

Додаток 5
до Уніфікованого клінічного
протоколу вторинної (спеціалізованої)
та третинної (високоспеціалізованої)
медичної допомоги «Підготовка
хворих до перитонеального діалізу та
його ініціація»

ТЕХНІКА ВИМІРЮВАННЯ КТ/V ПРИ ПАПД

Етапи	Послідовність проведення маніпуляції
1. Збирання сечі	Протягом доби пацієнт збирає сечу – з 7 ⁰⁰ до 7 ⁰⁰ . Зібрану сечу кілька разів перемішують та відливають 10 мл у пробірку, зазначаючи загальний об'єм добової сечі. Пробірку відносять до лабораторії (визначають вміст сечовини та креатиніну).
2. Збирання діалізату	Протягом доби пацієнт здійснює ЛД обміни згідно програми ПАПД. Медична сестра після проведення кожного обміну відбирає шприцом 10 мл ексфузату у пробірку та ставить пробірку у холодильник, зазначивши об'єм кожного мішку. Через добу медична сестра відбирає з кожної пробірки 0,1% від загального об'єму мішку, з якого набрано дану пробу та виливає ці проби в одну пробірку, зазначивши на ній загальний об'єм ексфузату протягом доби. Пробірку відносять до лабораторії (визначають вміст сечовини та креатиніну).
3. Взяття крові	У пацієнта набирають 10 мл венозної крові у пробірку та відносять до лабораторії (визначають вміст сечовини та
4. Розрахунок ниркового КТ/V	<p>1. Розрахунок ниркового кліренсу сечовини: $(RCl_{Ur}) = (Ur_{сечі} / Ur_{крові}) * V_{сечі} / 1440$, де: RCl_{Ur} - нирковий кліренс сечовини, $Ur_{сечі}$ – концентрація сечовини у сечі, $Ur_{крові}$ - концентрація сечовини у крові, $V_{сечі}$ – об'єм сечі.</p> <p>2. Розрахунок тижневого ниркового кліренсу сечовини: Тижневий кліренс сечовини = $RCl_{Ur} * 10080$</p> <p>3. Розрахунок ниркового КТ/V_r: $KT/V_r = \text{Тижневий кліренс сечовини} / V_{Ur}$, де: V_{Ur} – об'єм розподілення сечовини (визначається за номограмами).</p>
5. Розрахунок перитонеального КТ/V	<p>1. Розрахунок перитонеального кліренсу сечовини (PCL_{Ur}) визначається як добуток загального об'єму діалізату, який пацієнт використав протягом доби на к-ть днів у тижні.</p> <p>2. Розрахунок тижневого перитонеального КТ/V_p: $KT/V_p = PCL_{Ur} / V_{Ur}$</p>
5. Розрахунок загального КТ/V	Розрахунок загального КТ/V: $KT/V = KT/V_r + KT/V_p$

Додаток 6
до Уніфікованого клінічного
протоколу вторинної (спеціалізованої)
та третинної (високоспеціалізованої)
медичної допомоги «Підготовка
хворих до перитонеального діалізу та
його ініціація»

ТЕХНІКА ВЗЯТТЯ МАЗКА З ЗІВА ТА НОСУ

Етапи	Послідовність проведення маніпуляції
1. Підготовка медсестри	1. Приготувати направлення. 2. Одягніть маску, окуляри, промаркований халат, гумові рукавички для взяття мазка.
2. Підготовка оснащення	1. Прикріпіть до пробірки направлення. 2. Візьміть стерильний шпатель. 3. Підготуйте пробірки для дослідження - 2 шт. 5. Спиртівка. 6. Сірники.
3. Послідовність дії медсестри	<ol style="list-style-type: none">1. Посадіть, пацієнта обличчям до джерела світла і попросіть його широко відкрити рота.2. Лівою рукою за допомогою шпателя придавіть корінь язика донизу, а правою вийміть із пробірки тампон і обережно не торкаючись слизової оболонки щоки і язика підведіть тампон до мигдаликів. а) в ділянці розміщення нальоту зробіть мазок по поверхні мигдаликів, обережно вийміть тампон із порожнини рота і вставте тампон в пробірку не торкаючись зовнішньої її поверхні. Перед тим горловину пробірки проведіть над спиртівкою, б) якщо нальоту немає, то мазок із зіва робіть в послідовності, спочатку провести тампон по ньобній дужці, потім мигдаликах і задній стінці глотки.3. Потім лівою рукою злегка підніміть кінчик носа, а правою обережно введіть стерильний ватний тампон обертаючими рухами в правий, а потім в лівий нижній носовий ходи.4. Проведіть горловину пробірки над вогнем спиртівки і вставте тампон у пробірку, не торкаючись зовнішньої її поверхні.
4. Дезінфекція оснащення	<ol style="list-style-type: none">1. Шпателі замочіть у дезрозчині, витримайте експозицію.2. Промийте холодною водою, просушіть.3. Відправте до стерилізації у сухожаровий шкаф.

Додаток 7
до Уніфікованого клінічного протоколу
вторинної (спеціалізованої) та третинної
(високоспеціалізованої) медичної допомоги
«Підготовка хворих до перитонеального
діалізу та його ініціація»

АСЕПТИЧНА ТЕХНІКА ПД (Запобіжні заходи під час виконання обмінів ПД)

Дотримання асептичної техніки є важливою умовою виконання ПД, що дозволяє попередити розвиток інфекційних ускладнень та подовжити виживання методики ПД.

Необхідні предмети догляду: чиста вода, антибактеріальне мило, чисті одноразові рушники, розчин антисептичного засобу, що містить етанол, маска.

I. Перед обміном	
1.	Переконайтеся, що приміщення добре освітлено
1.	Закрийте всі двері та вікна
2.	Вимкніть вентилятори та кондиціонери
3.	Проконтролюйте відсутність доступу домашніх тварин до кімнати, в якій виконується обмін
4.	Зберіть всі необхідні для процедури предмети
5.	Перевірте новий мішок (концентрацію глюкози у розчині, прозорість, термін придатності, об'єм, вагу і наявність дефектів)
6.	Одягніть маску (стосується кожного приймаючого участь у проведенні процедури, включаючи пацієнта, асистента і медсестру)
7.	Продезинфікуйте робочу поверхню
8.	Вимийте руки антибактеріальним милом
9.	Ретельно висушіть руки чистим одноразовим рушником
II. Під час обміну	
1.	<p>НЕ ТОРКАЙТЕСЯ стерильної частини системи для ПД, включаючи:</p> <ul style="list-style-type: none"> • порт для введення медикаментів на новому мішку; • кінчик конектора магістралей; • будь-які з'єднання на подвійній "Y"- системі мішків або комплекти циклеру; • різьбу перехідної трубки (подовжувача катетера) або захисного ковпачка.
2.	Не кашляйте, не чхайте на будь-які стерильні частини
3.	Під час використання подвійної "Y"-системи мішків переконайтеся, що ви промили систему перед заповненням
4.	Переконайтеся, що новий захисний ковпачок надійно прикручений до перехідної трубки наприкінці процедури обміну
III. Завершення процедури	
1.	Дотримуйтесь заходів безпеки, утилізуючи діалізат, який прирівнюється за

	ризиком небезпеки до крові та рідин організму
2.	Промийте отвір затискачів з милом і водою, дайте висохнути у відкритому стані, кінцями зверненими донизу
3.	Вимийте та висушіть руки

Асептична техніка застосовується під час:

- навчання пацієнта (*хворий проводить процедуру саме так, як його навчили*).
- будь-якої перерви у лікуванні ПД, медичній сестрі рекомендується повторно проводити навчання з асептичної техніки виконання ПД;
- виконання ПД-обміну;
- планового огляду хворого;
- кожного обміну з метою зменшення ризику контамінації, медичній сестрі рекомендується навчати пацієнтів та / або асистентів, доглядачів як розпізнавати та уникати потенційних джерел забруднення.

Гігієна рук

Руки є живильним середовищем для мікроорганізмів. На шкірі долоней знаходяться безмежна кількість мікроорганізми. Неякісне миття та брудні руки підвищують ризик потрапляння мікроорганізмів інтралюменарним шляхом, в результаті чого шанси виникнення перитоніту та інших інфекційних ускладнень значно збільшуються. За умов якісно вимитих та висушених рук знижується ризик виникнення ПД-обумовлених інфекційних ускладнень, що дозволяє подовжити тривалість лікування методом ПД.

Необхідні предмети догляду: чиста вода, антибактеріальне мило, чисті одноразові рушники, розчин антисептичного засобу, що містить спирт, маска.

I. Перед початком	
1.	Зберіть необхідні для процедури предмети догляду
2.	Зніміть усі ювелірні прикраси
3.	Надягніть захисну маску
II. Процедура	
1.	<p>Миття з милом і водою (40-60 секунд):</p> <ul style="list-style-type: none"> • змочіть руки проточною водою; • нанесіть достатню кількість антибактеріального мила, щоб охопити всю поверхню рук; • добре розітріть антибактеріальне мило по всій поверхні рук, створюючи достатню кількість піни (процедура виконується щонайменше 20 секунд). Не забудьте охопити всю поверхню пальців, їх кінчики, великі пальці і тилову поверхню рук; • промийте руки проточною водою; • ретельно висушіть руки одноразовою серветкою / рушником; • щоб не забруднити повторно руки, закрийте кран ліктьом або застосовуючи одноразовий рушник.

2.	Нанесіть на всю поверхню рук антисептичний засіб, що містить спирт, втираючи його, до повного висихання (20-30 секунд). Не забудьте обробити всю поверхню пальців, їх кінчики, великі пальці і тилову поверхню рук;
3.	Руки тепер очищені, не торкайтеся нічого, окрім комплекту витратних матеріалів для ПД.

Гігієна рук застосовується за наступних умов:

- до і після контакту медичного персонала з пацієнтом;
- безпосередньо після контакту з будь-якими речами (*наприклад, стілець, ліжка або одяг*);
- перед виконанням асептичної техніки (*наприклад, обмін ПД або перев'язка місця виходу катетера*);
- після контакту з біологічними рідинами організму.

Додаток 8
до Уніфікованого клінічного
протоколу вторинної (спеціалізованої)
та третинної (високоспеціалізованої)
медичної допомоги «Підготовка
хворих до перитонеального діалізу та
його ініціація»

ТЕХНІКА ПРОВЕДЕННЯ ПРОЦЕДУРИ ОБМІНУ ПАПД

I. Підготовка до проведення обміну:	
1.	Підігрійте контейнер з розчином до температури тіла ($t^{\circ} = 37^{\circ}\text{C}$)
2.	Зберіть предмети, що необхідні для проведення обміну ПД: <ul style="list-style-type: none"> • Мішок з розчином; • Дезінфектант для робочої поверхні; • Дезінфектант для рук; • Два захисних ковпачка; • Одноразовий рушник; • Захисна маска.
3.	За допомогою дезінфектанту коловими рухами від центру до периферії обробіть робочу поверхню
4.	Вимийте руки (див. Додаток № 1)
5.	Огляньте мішок з розчином і переконайтесь, що: <ul style="list-style-type: none"> • контейнер не пошкоджений; • концентрація глюкози відповідає призначенню лікаря; • об'єм мішка з розчином відповідає призначенню лікаря; • розчин прозорий і не містить домішок; • термін придатності розчину дійсний; • перевірте наявність витяжного кільця на конекторі системи магістралей. <p><i>Якщо виявлено дефекти, візьміть новий мішок.</i></p> <p><i>Якщо існує необхідність у додаванні медикаментів в мішок з розчином, використовуючи шприц, введіть розчин приписаного медикаменту в мішок через спеціальний ін'єкційний порт, згідно призначення лікаря та інструкції з використання лікарського засобу.</i></p>
6.	Надірвіть зовнішню упаковку контейнера вздовж нижнього краю
7.	Вийміть систему магістралей, відокремте дренажний мішок від мішка з розчином
8.	Відокремте порт мішка з розчином від контейнера мішка, стисніть його та переконайтесь у відсутності підтікань у всіх зонах ущільнень, портах і на передній / задній панелях контейнера
9.	Повісьте мішок з розчином на штатив
10.	Покладіть дренажний мішок на підлогу
11.	Затисніть обидва затискача на магістралях
12.	Одягніть захисну маску
13.	Продезінфікуйте руки
14.	Вивільніть перехідну трубку та покладіть на рушник


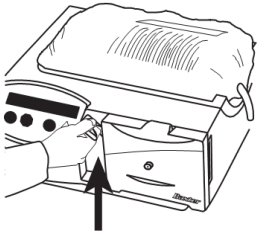


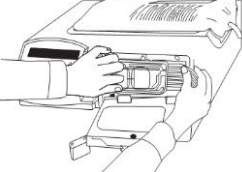
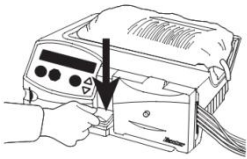
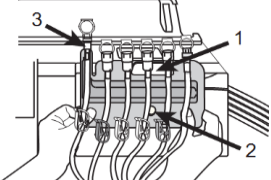
II. З'єднання	
1.	Зірвіть витяжне кільце* на конекторі магістралей * Зверніть увагу, що витяжні кільця на магістралях маркіровані різними кольорами, в залежності від концентрації глюкози в розчині: ЖОВТИЙ - 1,36 % ЗЕЛЕНИЙ - 2,27 % ЧЕРВОНИЙ - 3,86 %
2.	Зніміть захисний ковпачок з перехідної трубки
3.	Негайно приєднайте перехідну трубку до конектора магістралей, накручуючи конектор на різьбу перехідної трубки, <i>при цьому категорично забороняється торкатися руками темно-синьої частини перехідної трубки</i>
III. Процедура зливу (дренування)	
1.	Відкрийте гвинтовий замок на перехідній трубці
2.	Відкрийте затискач на зливній магістралі – розпочалась процедура зливу
3.	З метою полегшення дренування, доцільно виконати декілька дихальних рухів животом, нахили в боки, уперед
4.	Після закінчення процедури зливу продезінфікуйте руки та закрийте гвинтовий замок на перехідній трубці
5.	Закрийте затискач на зливній магістралі
IV. Промивка	
1.	Зламайте кольоровий ламкий клапан, що розташований на межі мішку з розчином та магістралі заповнення
2.	Відкрийте затискач на магістралі заповнення для промивки
3.	Відкрийте затискач на зливній магістралі та порахуйте до «10»
4.	Після завершення процедури промивки, закрийте затискач на зливній магістралі
V. Заповнення	
1.	Продезінфікуйте руки та відкрийте гвинтовий замок на перехідній трубці – розпочалось введення розчину в черевну порожнину
2.	Після завершення процедури заповнення черевної порожнини розчином, повторно продезінфікуйте руки та закрийте гвинтовий замок на перехідній трубці
3.	Закрийте затискач на магістралі заповнення
VI. Від'єднання	
1.	Відкрийте упаковку з новим захисним ковпачком (з метою збереження стерильності захисного ковпачка, не вилучайте його з упаковки до від'єднання від конектора магістралей)
2.	Продезінфікуйте руки та роз'єднайте конектор магістралей від перехідної трубки
4.	Негайно закрийте різьбу перехідної трубки, накручуючи новий захисний ковпачок, <i>при цьому кінчик перехідної трубки слід тримати направленим донизу</i>
5.	Процедура обміну завершена
6.	Перевірте прозорість діалізату. <i>Якщо діалізат мутний, зв'яжіться з діалізічним центром.</i>




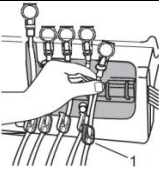
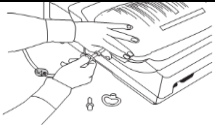
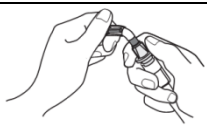
Додаток 9
до Уніфікованого клінічного
протоколу вторинної (спеціалізованої)
та третинної (високоспеціалізованої)
медичної допомоги «Підготовка
хворих до перитонеального діалізу та
його ініціація»

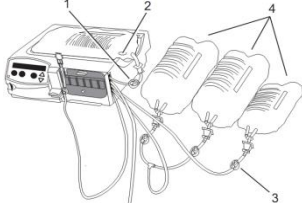
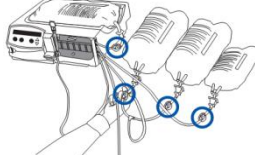
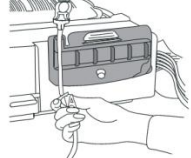

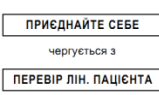
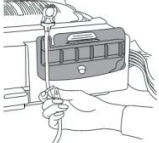
ТЕХНІКА ПРОВЕДЕННЯ АПД

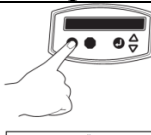

I. Підготовка до проведення обміну:	
1.	<p><u>Розмістіть систему для проведення АПД:</u> Встановіть систему в добре освітленому місці на стійкій, чистій, рівній поверхні (на столі або нічному столику). Стіл має бути достатньо великим, щоб утримувати керуючий блок і всі мішки з розчинами. Переконайтеся у наявності заземленої настінної розетки поблизу. <i>Обов'язково встановлюйте керуючий блок на однаковій з пацієнтом висоті.</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Щоб зменшити швидкість потоку під час дренажу, підніміть керуючий блок приблизно на 15 см, але не вище 30 см (<i>це може призвести до підвищення швидкості потоку під час заповнення та зниження швидкості під час дренивання, що може спричинити біль або дискомфорт під час заповнення та збільшити тривалість етапу зливу. Це може зменшити час затримки або збільшити кількість сигналів тривоги «НИЗЬКИЙ ОБ'ЄМ ЗЛИВУ»</i>).• Щоб збільшити швидкість потоку під час зливу, опустіть керуючий блок приблизно на 15 см, але не нижче 30 см (<i>може призвести до підвищення негативного тиску під час дренивання, якщо перитонеальна мембрана контактує з катетером. Це може спричинити біль, дискомфорт або, в надзвичайних випадках, пошкодження перитонеальної мембрани</i>). <p>Щоб запобігти падінню мішків, не ставте їх один на одного, коли вони порожніють. <i>Падіння мішків може призвести до від'єднання або протікання. Протікання розчину може спричинити контамінацію розчину та магістралей і мати серйозні наслідки (перитоніт, механічне пошкодження або смерть пацієнта).</i></p>
2.	<p><u>Зберіть предмети, що необхідні для проведення обміну АПД:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Мішки з розчином;• Касета до апарату для АПД (з чотирма конекторами);• Дренажний комплект до апарату для АПД (ємністю 15 л);• Рулон клейкої стрічки;• Дезінфектант для рук;• Два захисних ковпачка;• Одноразовий рушник;• Захисна маска.
3.	За допомогою дезінфектанту коловими рухами від центру до

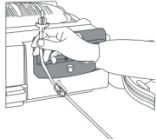
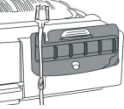



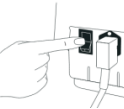
	периферії обробить робочу поверхню
4.	<p><u>Огляньте мішок з розчином і переконайтесь, що:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • контейнер не пошкоджений; • концентрація глюкози відповідає призначенню лікаря; • об'єм розчинів відповідає призначенню лікаря; • розчин прозорий і не містить домішок; • термін придатності розчину дійсний; • перевірте наявність захисних ковпачків з витяжними кільцями на системах магістралей касети, мішка з розчином. <p><i>Якщо виявлено будь-які дефекти, візьміть новий комплект втратних матеріалів для АПД.</i></p>
5.	Надірвіть зовнішню упаковку контейнера вздовж нижнього краю
6.	Вийміть систему магістралей, відокремте дренажний мішок від мішка з розчином
7.	Відокремте порт мішка з розчином від контейнера мішка, стисніть його та переконайтесь у відсутності підтікань у всіх зонах ущільнень, портах і на передній / задній панелях контейнера
8.	<p>Покладіть на піддон нагрівача циклеру тільки один мішок. Край мішка потрібно розмістити навпроти фіксаторів мішка праворуч від піддона нагрівача. Переконайтесь, що мішок повністю покриває сріблясту кнопку датчика нагрівача. Цей мішок буде залишатися на нагрівачі протягом усієї процедури.</p> <p><i>Неправильне встановлення мішка з розчином може призвести до подачі перегрітого або прохолодного розчину.</i></p> <p>Для зручності і з метою уникнення сигналів тривоги під час заповнення: <i>У разі зберігання витратних матеріалів у місці, температура в якому не перевищує 15 °С, заздалегідь увімкніть систему та покладіть мішок на піддон нагрівача за 30–60 хвилин до початку налаштування. Покладіть касету в упаковці вгорі мішка нагрівача.</i></p>
9.	Увімкніть систему (перемикач «Увімкнено/ Вимкнено» розташований на задній панелі керуючого блока поруч зі шнуром живлення)
10.	<p>Протягом кількох секунд перевірте, чи всі символи на інформаційному екрані містять усі пікселі* без миготіння. Потім протягом кількох секунд перевірте, чи всі пікселі символів гаснуть.</p> <p><small>*Пікселі – це невеликі крапки, що формують відображувані букви і цифри</small></p>
11.	Відкрийте упаковку та вийміть комплект одноразової касети
12.	Закрийте усі затискачі (у 4-ходовому наборі 6 затискачів)
13.	Підготуйте дренажний комплект: мішок для дренажу – закрийте затискач на лінії за допомогою захисного кільця синього кольору
14.	<p>Перед завантаженням одноразової касети огляньте неї і магістралі на предмет пошкодження. Використання пошкоджених комплектів може призвести до контамінації розчину або магістралей.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Перевірте гнучкі поверхні касети на наявність очевидних ознак пошкодження, в тому числі надрізів, серйозних деформацій і проколів.

	<ul style="list-style-type: none"> • Переконайтеся, що захисні ковпачки на кінцях магістралей на місці та не пошкоджені. <p><i>Якщо виявлено будь-які дефекти, візьміть новий одноразовий комплект і повторіть контрольну перевірку.</i></p> <p><i>Вм'ятини на магістралях можуть траплятися в одноразових комплектах через гнучкість магістралей. Незначні вм'ятини на трубках є косметичним дефектом і не впливають на функціональність касети.</i></p>
15.	<p>Натисніть кнопку  якщо усе готово для початку процедури. На екрані з'явиться повідомлення «УСТАНОВІТЬ КОМПЛЕКТ»</p>
16.	 <p>Натисніть вгору рукоятку попереду керуючого блока, щоб розблокувати та відчинити дверцята. ПРИМІТКА. Касета повинна бути завантажена протягом 2 хвилин (30 секунд для режиму низького заповнення). Якщо не завантажити касету протягом цього часу, натисніть  і знову  щоб втягнути блокатор на додаткові 2 хвилини (30 секунд)</p>
17.	 <p>Завантажте касету: касета вставляється тільки одним способом – лінії повинні бути спрямовані праворуч від керуючого блока.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Вставте касету нижній краєм уперед, потім притисніть неї вгорі • Потягніть магістралі назад, щоб заблокувати касету в керуючому блоці
18.	 <p>Закрийте дверцята. Натисніть рукоятку вниз, щоб заблокувати дверцята</p>
19.	 <p>Установіть органайзер:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Встановіть довгий проріз органайзера на гачок (1) зверху дверцят; • Нижній проріз органайзера зафіксуйте на штирі (2) попереду дверцят; • Переконайтеся, що кінець лінії пацієнта правильно розміщений в

	органайзері, як показано на малюнку (3).
20.	 <p>Приєднайте дренажний комплект:</p> <ul style="list-style-type: none"> • На 15-літровому мішку для дренажу – закрийте затискач на короткій магістралі, щоб запобігти витоків; • Відкрийте всі затискачі на зливних магістралях.
21.	<p>Приєднайтеся лише тоді, коли повідомлення «ПРИЄДНАЙТЕ СЕБЕ» відобразиться на інформаційному екрані. Приєднання до появи повідомлення може спричинити потрапляння повітря в черевну порожнину (ЧП) та, як наслідок, виникнення плечового та/або черевного болю і призвести до серйозного пошкодження. Це також може призвести до збільшеного інтраперитонеального об'єму (ІПО) за наявності розчину в ЧП до початку зливу. Збільшення ІПО може призвести до відчуття дискомфорту в ЧП, серйозного пошкодження перитонеальної мембрани або, навіть, загибелі пацієнта. Якщо пацієнт або особа, що здійснює догляд за ним, підозрюють перепоповнення ЧП пацієнта, слід негайно натиснути  а потім натиснути  та почати ручний злив (Див. інструкцію з експлуатації «HomeChoice Pro» системи для АПД).</p>
22.	Вимийте та продезінфікуйте руки (Див. Додаток 1)
23.	Одягніть захисну маску
24.	 <p>Зніміть лінію з ЧЕРВОНИМ затискачем (1) з органайзера – вона йде до мішка на нагрівачі.</p>
25.	 <p>Приєднайте лінію, що йде до мішка на нагрівачі: Зірвіть витяжне кільце на магістралі касети та конекторі магістралі мішка з розчином* на нагрівачі та з'єднайте їх.</p> <p>* Зверніть увагу, що витяжні кільця на магістралях мішка з розчином маркіровані різними кольорами, в залежності від концентрації глюкози в розчині:</p> <p style="text-align: right;">ЖОВТИЙ - 1,36 % ЗЕЛЕНИЙ - 2,27 % ЧЕРВОНИЙ - 3,86 %</p>
26.	 <p>Переламайте ламкий клапан</p>

27.	<p>Повторіть вищезазначену процедуру приєднання магістралей касети з усіма мішками із розчином, необхідними для проведення процедури АПД:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Лінії із СИНІМ затискачем призначені для мішка з розчином останнього наповнення з іншим процентним вмістом глюкози. • Лінії з БІЛИМИ затискачами призначені для додаткових мішків із розчином.
28.	 <p><u>Перевірте з'єднання, щоб переконатися в наступному:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Лінія з ЧЕРВОНИМ затискачем з'єднана з мішком із розчином на нагрівачі 2. Мішок із розчином на нагрівачі покриває кнопку нагрівача на правому боці нагрівача 3. Якщо застосовується останнє наповнення з іншою концентрацією глюкози – лінію із СИНІМ затискачем повинно бути приєднано до мішка з розчином для останнього наповнення 4. Приєднано необхідну кількість мішків призначеного лікарем об'єму, щоб забезпечити приписаний лікувальний режим.
29.	 <p>Відкрийте затискачі тільки на магістралях, з'єднаних з мішками з розчином.</p>
30.	 <p>Відкрийте затискач на магістралі пацієнта. Переконайтеся, що кінець магістралі пацієнта правильно розміщені в органайзері.</p>
31.	 <p>Натисніть кнопку пуск - екран зміниться на «ЗАПОВНЕННЯ».</p>
32.	
33.	 <p><u>Перед миттям рук і приєднанням себе переконайтеся, що:</u></p>

	<ul style="list-style-type: none"> • БІЛИЙ затискач на магістралі пацієнта відкритий; • наявний розчин біля з'єднувача в кінці магістралі пацієнта. <p><i>Якщо рівень рідини не доходить до з'єднувача, заповніть магістраль пацієнта ще раз.</i></p>
II. Приєднання	
1.	Вимийте та продезінфікуйте руки (Див. Додаток 1)
2.	Вивільніть перехідну трубку та покладіть на рушник
3.	Зніміть лінію пацієнта з органайзера
4.	Зніміть захисні ковпачки з перехідної трубки та магістралі пацієнта на касеті
5.	Негайно приєднайте перехідну трубку до конектора касети, накручуючи конектор на різьбу перехідної трубки, <i>при цьому категорично забороняється торкатися руками темно-синьої частини перехідної трубки</i>
III. Процедура зливу (дренування)	
1.	Відкрийте гвинтовий замок на перехідній трубці
2.	Відкрийте затискач на зливній магістралі – розпочалась процедура зливу
	 <p>ПОЧАТКОВИЙ ДРЕНАЖ</p> <p>Процедура завжди розпочинається з ПОЧАТКОВОГО ЗЛИВУ. Під час кожного етапу зливу використаний розчин (діалізат) з ЧП.</p>
3.	З метою полегшення дренування доцільно змінити положення, виконати декілька дихальних рухів животом, повертання на бік.
4.	Перевірте прозорість діалізату. <i>Якщо діалізат мутний, зв'яжіться з діалізним центром.</i>
5.	Після закінчення процедури зливу продезінфікуйте руки та закрийте гвинтовий замок на перехідній трубці
6.	Закрийте затискач на зливній магістралі
IV. Чергування послідовних циклів заповнення та дренування	
1.	Режим лікування АПД призначає лікар, прескрипція залежить від конкретної клінічної ситуації. Налаштування жиклеру здійснюється відповідно до інструкції з експлуатації апарату.
V. Від'єднання (завершення процедури АПД)	
1.	 <p>КІНЕЦЬ ПРОЦЕДУРИ</p> <p>ЗАЧИНІТЬ УСІ ЗАТІСК</p> <p>Натисніть «СТОП». Закрийте всі затискачі.</p>
	Продезінфікуйте руки та закрийте гвинтовий замок на перехідній трубці
2.	Відкрийте упаковку з новим захисним ковпачком (з метою збереження стерильності захисного ковпачка, не вилучайте його з упаковки до від'єднання від конектора магістралей)
4.	Продезінфікуйте руки повторно та роз'єднайте конектор магістралі одноразового комплексу касети від перехідної трубки

	 <p>Встановіть магістраль пацієнта назад в органайзер</p>
5.	<p>Негайно закрийте різьбу перехідної трубки, накручуючи новий захисний ковпачок, <i>при цьому кінчик перехідної трубки слід тримати направленим донизу</i></p>
6.	 <p>Встановіть захисний ковпачок на магістраль пацієнта (<i>застосовується за необхідності в перериванні процедури</i>)</p>
7.	 <p>Підніміть рукоятку, щоб розблокувати та відчинити дверцята</p>
8.	 <p>Зніміть і викиньте одноразовий комплект і мішки з розчином</p>
9.	 <p>Вимкніть циклер</p>
10.	 <p>Натисніть перемикач живлення, щоб вимкнути систему</p>
11.	<p>Процедура АПД завершена</p>
12.	<p>Перевірте на прозорість діалізат. <i>Якщо діалізат мутний, зв'яжіться з діалізічним центром.</i></p>

Додаток 10
до Уніфікованого клінічного
протоколу вторинної (спеціалізованої)
та третинної (високоспеціалізованої)
медичної допомоги «Підготовка
хворих до перитонеального діалізу та
його ініціація»

ДОГЛЯД ЗА ПЕРИТОНЕАЛЬНИМ КАТЕТЕРОМ У РАНЬОМУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ

Післяопераційний догляд за катетером після його встановлення здійснює медична сестра.

Етапи	Послідовність проведення маніпуляції
1. Підготовка медсестри	<ol style="list-style-type: none"> 1. Перша пов'язка на місце виходу катетера накладається безпосередньо після встановлювання катетера. 2. Огляд пацієнта здійснюється мінімум 1 раз на тиждень 3. Перший огляд пов'язки здійснюється на наступний день після встановлювання катетера 4. У випадку забруднення або якщо пов'язка волога через виділення з п/о рани – пов'язку слід замінити у присутності лікаря-нефролога 5. Якщо пов'язка суха та чиста – її не знімають протягом 2 тижнів
2. Підготовка оснащення	<ol style="list-style-type: none"> 1. Маска 2. Стерильні рукавички 3. Стерильні серветки №4 4. Розчин антисептику для оброблення місця виходу катетера 5. Стерильний пінцет 6. Лейкопластир для фіксації пов'язки
3. Послідовність дії медсестри	<ol style="list-style-type: none"> 1. Приєднати до ПД-катетера систему. 2. Ввести в черевну порожнину 500 мл 1,5% р-н діалізату та образувати дренаж (без проведення обміну) 3. Якщо ексфузат прозорий-від'єднати систему та закрити катетер ковпачком 4. Якщо ексфузат каламутний-вказати можливу наявність перитоніту та покликати лікаря. 5. Якщо ексфузат містить кров – одразу ж повторити інсталяцію діалізу до отримання чистого ексфузату. <p>На 10-й день знімають шви п/о рани у випадку хірургічного встановлювання катетера.</p>

Додаток 11
до Уніфікованого клінічного протоколу
вторинної (спеціалізованої) та третинної
(високоспеціалізованої) медичної допомоги
«Підготовка хворих до перитонеального
діалізу та його ініціація»

ЩОДЕННИЙ ДОГЛЯД ЗА МІСЦЕМ ВИХОДУ КАТЕТЕРА

Необхідні предмети догляду: чиста вода, чиста робоча поверхня, антибактеріальне мило, чисті одноразові рушники, чистий одяг, розчин антисептичного засобу, що містить етанол, захисна маска, марлевий тампон або ватні палички, медична клейка стрічка (*гіпоалергенний лейкопластир, який використовується, як бандаж, щоб утримувати пов'язку*), антибактеріальний крем*.

Процедура	
1.	Зберіть необхідні для процедури предмети догляду
2.	Ретельно вимийте руки з антибактеріальним милом і висушіть чистим одноразовим рушником
3.	Обережно зніміть стару пов'язку, щоб не пошкодити МВК
4.	Переконайтеся, що катетер надійно фіксований лейкопластиром до шкіри
5.	Огляньте місце виходу на предмет наявності ознак інфекції (<i>наприклад, гіперемія шкіри навколо МВК, болючість, підтікання рідини, гнійні виділення, припухлість в проекції тунелю</i>)
6.	Попросіть пацієнта прийняти душ (<i>якщо хворий не в змозі це зробити, виконайте туалет МВК безпосередньо в ліжку хворого</i>)
7.	Обережно очистіть антибактеріальним милом та вологим тампоном зону навколо МВК круговими рухами від центру до країв
8.	Добре промийте водою
9.	Обережно промокніть МВК сухим чистим рушником (<i>не використовуйте рушник для тіла</i>)
10.	Нанесіть марлевым тампоном або ватною паличкою невелику кількість антибактеріального крему* навколо місця виходу катетера. Не використовуйте повторно марлевий тампон або ватну паличку
11.	Використовуйте чистий одяг з метою запобігання виникнення інфекційних ускладнень
12.	Запишіть час, дату і стан МВК в медичну документацію (історію хвороби або амбулаторну картку пацієнта)

***Протокол вибору антибактеріальної терапії з метою попередження інфекції МВК (ISPD2010)**

1. Мупіроцин у лікарській формі мазь на МВК*:

- Щодня після миття - усім пацієнтам
- Щодня після миття - лише носіям *Staphylococcus aureus*
- Після підтвердження носійства *Staphylococcus aureus* культуральним методом *ТА / АБО*

2. **Інтраназальне застосування мазі з Мупіроцином двічі на день впродовж 5-7 днів**
 - a. Кожний місяць якщо пацієнт є назальним носієм
 - b. Тільки у відповідь позитивної назальної культури
ТА / АБО
3. **Застосування Гентаміцину у лікарській формі крем/мазь для всіх пацієнтів після проведення туалету місця виходу катетера**
** Уникайте використання Мупіроцинової мазі, якщо пацієнту імплантовано поліуретановий катетер*

Повсякденний догляд за МВК є важливою складовою процедурою методики ПД, оскільки запобігає виникненню ПД-обумовлених інфекційних ускладнень (ІМВК, тунельної інфекції, перитоніту), забезпечує довгострокове успішне лікування перитонеальним діалізом.

Щоденний догляд за МВК включає:

- Щоденний догляд за МВК впроваджується після повного загоєння післяопераційної рани, що зазвичай відбувається від 2-го до 6-го тижня після оперативного втручання;
- Медичний персонал та пацієнти повинні вміти відрізнити «нормальний» стан МВК та патологічно змінений:
 - наприклад, немає почервоніння, болючості, набрякості, серозних або гнійних виділень;
- Пацієнта слід навчати проводити щоденний огляд ПД-катетера, місця виходу і тунелю та негайно повідомляти про будь-які виявлені патологічні зміни в діалізний центр;
- Забороняються будь-які маніпуляції ножицями біля МВК;
Слід завжди фіксувати ПД-катетер лейкопластиром до шкіри;
- Пацієнту рекомендується краще приймати душ, аніж ванну;
- Антибактеріальна терапія призначається згідно ISPD рекомендацій і пацієнти повинні бути інформовані про випадки необхідності використання антибіотиків.