|  |  |
| --- | --- |
| **ПОГОДЖЕНО**  **Заступник Директора**  **Департаменту охорони здоров’я**  **Виконавчого органу Київської міської ради**  **(Київської міської Державної адміністрації)**  **Курмишов О.В. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015 року** | **ЗАТВЕРДЖЕНО**  **Директор**  **Приватне підприємство  «ПАО»**  **Ярошенко О.В. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015 року** |

**ПРИВАТНЕ ПІДПРИЄМСТВО   
«ПАО»**

**ЛОКАЛЬНИЙ ПРОТОКОЛ**

*Надання медичної допомоги хворим на хронічний пієлонефрит.*

1. **ПАСПОРТНА ЧАСТИНА.**
   1. **Діагноз:** *Надання медичної допомоги хворим на хронічний пієлонефрит.*
   2. **Шифр МКХ -10: хронічного пієлонефриту, як самостійних рубрик, не існує.**
2. N11 Хронічний тубуло-інтерстиціальний нефрит;
3. N12 Неуточнений гострий чи хронічний тубуло-інтерстиціальний нефрит.
   1. **Дата складання:**
   2. **Дата перегляду:**
   3. **Наказ по ПРИВАТНОМУ ПІДПРИЄМСТВУ «ПАО» щодо розробки Локального протоколу.**
   4. **Члени робочої групи з розробки локального протоколу:**

|  |  |
| --- | --- |
| **П.І.Б.** | **ПОСАДА** |
| **Сич В.І.** | **Лікар-нефролог** |

* 1. **Медико - технологічні документи галузевого рівня на підставі яких був розроблений протокол:**
* [**Наказ МОЗ України від 02.12.2004 № 593 України «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Нефрологія»;**](http://medsprava.com.ua/mcfr/medsprava/2004_593_nakaz.docx)
* **Наказ МОЗ України від 30.09.2003 № 65/462 «Про поліпшення якості та організації системи медичної допомоги дорослим хворим нефрологічного профілю»;**
* **Наказ МОЗ України від 14.02.2012 № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації, що використовується в закладах охорони здоров’я»;**
* **Наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 751 «Про створення і впровадження медико-технологічних документів по стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров’я»;**
  1. **Матеріально-технічне забезпечення (Додаток 1).**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Положення локального Протоколу медичної допомоги | Необхідні дії згідно стандарту | Строки виконання | Виконавці | Індикатори якості медичної допомоги |
| Організація надання медичної допомоги | 1.Запис пацієнта через реєстратуру  Надання допомоги лікарем-нефрологом проводиться в кабінеті лікаря-нефролога  2.Оформлення медичної картки форма 043/o;  3.Оформлення лікарем-нефрологом згоди пацієнта на проведення діагностики, лікування та на проведення операції та знеболення форми 003-6/о;  4.Заповнення виписки із медичної карти амбулаторного хворого 027/о;  5.Заповнення консультаційного висновок спеціаліста 028/o;  6.Оформлення фінансових документів, якщо надана послуга за спец рахунком. | п. 1. до 5 хвилин  -п.2; п.3; п.4; п.5; п.6 – до  30 хвилин | Реєстратор  П.І.Б.  Лікар-нефролог  Сич В.І.  каб.  тел. | Наявність локального протоколу у лікаря.  Наявність у кожного пацієнта медичної картки хворого, форми 043/о |
| Діагностика | При загостренні:  ● клінічна картина та зміни лабораторних і інструментальних показників аналогічні змінам при гострому ПН.  При латентному перебізі:  Клінічні симптоми:  ● періодичне “безпричинне” підвищення температури тіла до субфебрильних цифр;  ● періодично напади пропасниці, особливо у нічний час;  ● загальна слабкість, втомлюваність, головний біль;  ● тошнота, блювота;  ● сухість шкіри;  ● підвищення артеріального тиску.  Місцеві симптоми:  ● відчуття болю (ниючого характеру) та важкості у поперековій ділянці;  ● дизурія, ніктурія, полакіурія;  Загальний аналіз крові:  ● лейкоцитоз, зміщення лейкоцитарної формули вліво (не обов’язково);  ● прискорення швидкості зсідання еритроцитів (ШЗЕ).  Зміни у аналізах сечі:  ● помірна лейкоцитурія;  ● можлива еритроцитурія;  ● помірна протеїнурія (до 1,5 г/л);  ● циліндрурія.  Біохімічний аналіз крові:  ● можуть спостерігатися патологічні зміни аналогічні змінам при гломерулонефриті, але вони менше виражені а частіше взагалі відсутні.  Ультразвукове дослідженнянирок:  ● асиметричні зміни розмірів нирок;  ● розширення та деформація чашково-мискової системи;  ● зменшення нирки (нирок) у розмірі;  ● зменшення товщини паренхіми (як вогнищевого, так і тотального  характеру);  ● відсутнє чітке диференціювання синуса від паренхіми.  Екскреторна урографія:  ● розширення та деформація чашечок, мисок та сечоводів;  ● асиметрія розмірів нирок;  ● зміни показників рено-кортикального індексу, позитивний симптом Ходстона. |  | Лікар-нефролог  Сич В.І.  каб.  тел. | Вчасно поставлений діагноз. Вчасно розпочато лікування. |
| Лікування | 1) комплексність (не тільки антибактеріальна терапія) лікування має бути: етіологічним; патогенетичним; підвищення резистентності нирки до інфекції (покращання кровообігу, обмінних процесів);  2) чим важчий перебіг, тим триваліше лікування;  3) протирецидивна терапія;  4) санаторно-курортне лікування.  Кожне загострення лікується як гострий ПН, але курс лікування продов­жується до 6 тижнів.  Об'єм антибактеріальної терапії визначається видом збудника, ступенем важ­кості хвороби, станом функції нирок.  Протирецидивна терапія.  Основними причинами рецидивуючого перебігу захворювання є: рецидив, реінфекція та неадекватне лікування. Диференціювати реінфекцію та рецидив можно лише за допомогою регулярного микробіологічного обстеження сечі. Також причинами рецидивуючого перебігу можуть бути: неправильна інтерпретація результатів бактеріального дослідження сечі, неадекватна доза антибактеріальних препаратів, недостатня тривалість лікування та неадекватна профілактика.  Виходячи з практичних потреб адекватної оцінки бактеріурії пропонуємо алгоритм інтерпретації результатів бактеріального дослідження сечі. | Протирецидивне лікування проводиться від 2 місяців до 2 років. Наприклад:  І тиждень місяця - клюквовий морс, відвар шипшини, вітаміни. II, III - польовий хвощ (І дес. ложка), корінь солодки (І ст. л.), толокнянка  (І дес. ложка).  IV - антибактеріальні препарати. Або:  І місяць: лист берези, шишки хмелю, кримська троянда  (квіти);  II місяць: плоди суниці, польовий хвощ;  III місяць: листя толокнянки, листя брусники, плоди шипшини.  Плюс: екстракт алое, ехінацин або імунал перші 2 тижні кожного місяця. | Лікар-нефролог  Сич В.І.  каб.  тел. | * клініко-лабораторна ремісія - відсутність клінічних проявів, нормалізація лабораторних показників крові, зменшення лейкоцитурії та відсутність діагностично-значущої бактеріурії (хронічний ускладнений ПН); * без ефекту – відсутність позитивної динаміки клініко-лабораторних   показників. |
| Реабілітація | При ремісії ПН - повне клініко-лабораторне обстеження, а потім рентгенологічне обстеження - 1 раз на 6 місяців. При хронічній нирковій недостатності (ХНН) - раз на 2-3 місяці, при її швидкому прогресуванні - щомісячно повне клініко-лабораторне обстеження.  При латентному ПН - виключити фізичні перевантаження, переохолодження, перегрівання, роботу в нічні зміни.  При рецидивуючому перебізі з частими загостреннями показана денна робота у теплому, сухому приміщенні.  II група інвалідності показана при наявності злоякісної гіпертензії та ХНН II ступеня. |  |  | Дотримання здорового способу життя. |
| Профілактика | Профілактика загострень хронічного ПН: санація вогнищ інфекції, усунен­ня причин, які заважають відтоку сечі, факторів ризику, зокрема безсимптомна бактеріурію у вагітних треба лікувати.  Застосовувати катетер лише в крайніх випадках з наступним призначенням антибактеріальних засобів (5-НОК - 8 таб/добу). |  |  |  |