

# Рекомендации Российского диализного общества по оценке качества оказания медицинской помощи при подготовке к началу заместительной почечной терапии и проведении лечения диализными методами взрослых пациентов с ХБП V стадии

Разработаны в феврале-мае 2014 г.

Приняты в июне 2014 г.

## **Рабочая группа:**

*Андрусев А.М. (Москва)*

*Бевзенко А.Ю. (Хабаровск)*

*Вишневский К.А. (Санкт-Петербург)*

*Герасимчук Р.П. (Санкт-Петербург)*

*Земченков А.Ю. (Санкт-Петербург)*

*Назаров А.В. (Екатеринбург)*

*Ряснянский В.Ю. (Санкт-Петербург)*

*Селютин А.А. (Оренбург)*

*Шило В.Ю. (Москва)*

*Шутов Е.В. (Москва)*

*Ямпольский А.Ф. (Краснодар)*

## Оглавление

1. Пациенты с ХБП-V на преддиализном этапе и на этапе начала диализной терапии . . . . .	12
1.1. . . . . .	12
1.1.1. Наблюдение пациентов с ХБП V стадии на преддиализном этапе и при начале диализной терапии. . . . .	12
1.1.2. Лечебные мероприятия и общие подходы к ведению больного с ХБП V стадии на преддиализном этапе и при начале диализной терапии . . . . .	13
1.1.3. Вакцинация против гепатита В больного с ХБП V стадии на преддиализном этапе и при начале диализной терапии. . . . .	13
1.1.4. Целевые показатели качества лечения и организации помощи пациентам с ХБП V стадии на преддиализном этапе и на этапе начала диализной терапии. . . . .	13
2. Пациенты с ХБП VD стадии.. . . . .	14
2.1. . . . . .	14
2.1.1. Наблюдение пациентов с ХБП VD стадии.. . . . .	14
2.2. Пациенты на гемодиализе . . . . .	14
2.2.1. Наблюдение пациентов на гемодиализе. . . . .	14
2.2.2. Лечебные мероприятия, проводимые пациенту с ХБП V стадии, получающего лечение программным гемодиализом.. . . . .	15
2.2.3. Вакцинация против гепатита В пациентов с ХБП V стадии, получающих лечение программным гемодиализом. . . . .	15
2.2.4. Целевые показатели качества лечения и организации помощи при проведении программного гемодиализа. . . . .	15
2.2.5. Сеансы гемодиализа у пациентов с ХБП V стадии, получающих лечение программным гемодиализом. . . . .	16
2.2.6. Организация лечения гемодиализом пациентов с ХБП V стадии в отделении диализа. . . . .	16
2.2.7. Оснащение диализного (нефрологического) отделения (центра) оборудованием для проведения гемодиализа. . . . .	16
2.3. Пациенты на перитонеальном диализе. . . . .	17
2.3.1. Наблюдение пациентов на перитонеальном диализе . . . . .	17
2.3.2. Лечебные мероприятия, проводимые пациенту с ХБП V стадии, получающему лечение перитонеальным диализом.. . . . .	18
2.3.3. Вакцинация против гепатита В пациентов с ХБП V стадии, получающих лечение перитонеальным диализом.. . . . .	18
2.3.4. Целевые показатели качества лечения и организации помощи при проведении перитонеального диализа.. . . . .	18
2.3.5. Обмены перитонеального диализа у пациентов с ХБП V стадии, получающих лечение перитонеальным диализом.. . . . .	19
2.3.6. Организация лечения перитонеальным диализом пациентов с ХБП V стадии в отделении диализа. . . . .	19
2.3.7. Оснащение оборудованием для проведения перитонеального диализа диализного (нефрологического) отделения (центра). . . . .	19

## 1. Пациенты с ХБП-V на преддиализном этапе и на этапе начала диализной терапии

### 1.1.

#### 1.1.1. Наблюдение пациентов с ХБП V стадии на преддиализном этапе и при начале диализной терапии

Пациенты с выявленной хронической почечной недостаточностью – Хронической болезнью почек V стадии (СКФ менее 15 мл/мин) должны наблюдаться у нефролога не реже одного раза в месяц с обязательным лабораторным контролем в соответствии со стандартом.

#### 1.1.2. Лечебные мероприятия и общие подходы к ведению больного с ХБП V стадии на преддиализном этапе и при начале диализной терапии

Лечебные мероприятия, дополняющие обследование и терапию по стандарту и по основному заболеванию	Доля получающих терапию пациентов
Пациенту на стадии ХБП-V и/или его родственникам должна быть предоставлена достаточная информация для осознанного выбора начального метода лечения ХПН: перитонеальный диализ, гемодиализ (ГД), трансплантация, консервативная терапия с обязательным разъяснением основных показаний/противопоказаний к проведению того или иного вида заместительной почечной терапии (ЗПТ), а также основных осложнений ХБП и каждого из видов ЗПТ.	100%
Предоставление пациенту возможности осознанного выбора метода диализа лечения с учетом медицинских показаний и противопоказаний при плановом начале ЗПТ.	100%
Пациенту на стадии ХБП-V должен быть окончательно сформирован постоянный доступ для диализа до начала диализной терапии <sup>1</sup> .	70%
Временный сосудистый доступ для ГД (центральный венозный катетер – ЦВК) должен планироваться на срок не более 30 дней. При более длительном предполагаемом сроке использования временного доступа для ГД следует устанавливать туннельный ЦВК.	30% от начинающих ГД
Для пациентов без сахарного диабета своевременным является начало диализа при снижении остаточной функции почек до 10-8 мл/мин (СКД-ЕП) или ранее, при наличии явной уремической интоксикации, неконтролируемой гипергидратации и артериальной гипертензии, некорректируемых анемии, белково-энергетической недостаточности, ацидоза, гиперкальциемии и другой симптоматики.	–
Для пациентов с сахарным диабетом допустимым является начало диализа при СКФ 15 мл/мин (СКД-ЕП) или ранее (но не ранее 20 мл/мин) при наличии явной уремической интоксикации, неконтролируемой гипергидратации и артериальной гипертензии, некорректируемых анемии, белково-энергетической недостаточности, ацидоза, гиперкальциемии и другой симптоматики или наличии тяжелой сопутствующей патологии или инфекционных осложнений.	–
Для пациентов с недиабетическими нефропатиями своевременным является начало диализа при снижении остаточной функции почек до СКФ 10-8 мл/мин (СКД-ЕП), но не позднее 6-5 мл/мин (СКД-ЕП).	–
Установка ЦВК для ГД должна проводиться под ультразвуковым контролем.	80% от установленных ЦВК
Установка ЦВК для ГД должна сопровождаться обязательным рентгеновским контролем положения катетера при использовании в качестве доступа яремных или подключичных вен.	100% от установленных ЦВК
При выявлении признаков локального инфицирования ЦВК для ГД или признаков системной катетер-ассоциированной инфекции катетер должен быть удален в максимально короткие сроки.	100% от числа пациентов с ЦВК в качестве сосудистого доступа

<p>В соответствии со стандартом и клиническими рекомендациями проводится:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– гипотензивная терапия</li> <li>– антианемическая терапия</li> <li>– терапия вторичного гиперпаратиреоза</li> <li>– коррекция гиперфосфатемии</li> <li>– коррекция белково-энергетической недостаточности</li> </ul>	
--	--

<sup>1</sup> *Оптимальные сроки начала использования артерио-венозной фистулы (АВФ): не ранее чем через 2 месяца после формирования. Оптимальные сроки начала использования ГД-катетера: не ранее чем через 1 месяц после имплантации*

### 1.1.3. Вакцинация против гепатита В больного с ХБП V стадии на преддиализном этапе и при начале диализной терапии

Описание	Доля пациентов	Ориентировочная доза
Оптимальной является вакцинация первично, до начала терапии диализом (при отсутствии маркеров гепатита В). В последующем – каждые пять лет.	85%	схема 0-1-2-12 в двойной дозе

### 1.1.4. Целевые показатели качества лечения и организации помощи пациентам с ХБП V стадии на преддиализном этапе и на этапе начала диализной терапии

Целевые показатели	Диапазон	Доля пациентов в целевом диапазоне
АД, мм рт.ст.*	<ul style="list-style-type: none"> <li>• при протеинурии менее 3 г/сут – <math>\leq 140/90</math> мм рт.ст.</li> <li>• при протеинурии <math>\geq 3</math> г/сут и более – <math>\leq 130/80</math> мм рт.ст.</li> </ul>	не менее 60%
Гемоглобин, г/л*	$\geq 95$	не менее 85%
Ферритин, мкг/л*	$> 100$	не менее 90%
Альбумин крови <sup>#</sup> у пациентов без сахарного диабета, г/л*	не менее 40	не менее 75%
Альбумин крови <sup>#</sup> у пациентов с сахарным диабетом, г/л*	не менее 35	не менее 70%
Общий кальций крови, скорректированный на альбумин*	в пределах локальной лабораторной нормы	не менее 85%
Фосфаты крови*	в пределах локальной лабораторной нормы	не менее 55%
Паратгормон (интактный), пг/мл*	85-150	не менее 70%
Формирование АВФ в качестве сосудистого доступа для ГД – не менее чем за 2 месяца до начала ГД		не менее 60% от начинающих ГД
Имплантация катетера для перитонеального диализа – не менее чем за 1 месяц до начала ПД		не менее 40% от начинающих ПД
Начало гемодиализа пациентам без сахарного диабета не позднее снижения СКФ до 6 мл/мин (СКД-ЕРІ)		не менее 85%
Начало гемодиализа у пациентов с сахарным диабетом – не позднее снижения СКФ до 10-8 мл/мин (СКД-ЕРІ)		не менее 85%
Первичным сосудистым доступом для ГД должна быть нативная АВФ		не менее 70%
При позднем начале диализа (высокой азотемии, выраженном ацидозе, нестабильной гемодинамике) сеансы ГД следует проводить в ежедневном режиме до снижения азотемии и стабилизации состояния пациента (оптимальным является использование низкопоточного ГД) или использовать продленные/продолжительные методики ЗПТ		до 30% от вновь начинающих диализ пациентов – до 10 сеансов (при использовании ГД в интермиттирующем режиме)

\* среди преддиализных пациентов и пациентов, планоно начинающих диализ

# при определении реагентом «бромкрезоловый зеленый»

## 2. Пациенты с ХБП VD стадии

### 2.1.

#### 2.1.1. Наблюдение пациентов с ХБП VD стадии

<p>Суммарное число пациентов в регионе на ЗПТ (гемодиализ, перитонеальный диализ, трансплантация почки) должно превышать 450 чел./млн. населения. Рациональное распределение между видами ЗПТ определяется соответствующими возможностями в регионе, плотностью населения, распределением населения по территории региона, наличием (удаленностью) центров трансплантации. Долю перитонеального диализа среди пациентов на диализной терапии следует поддерживать на уровне не менее 15% (и выше при удаленности места жительства пациента от диализного центра и ограничениях в обеспечении гемодиализом и трансплантацией почки). Долю пациентов с функционирующим трансплантатом следует повышать до 40% от общего числа больных на ЗПТ, так как этот метод является наименее затратным и обеспечивает наилучшие показатели выживаемости и качества жизни пациентов с ХБП V стадии. Превентивная трансплантация (при СКФ 18-15 мл/мин) является оптимальным первым видом ЗПТ для пациентов, не имеющих медицинских противопоказаний и ограничений по возрасту. При отсутствии возможности выполнения превентивной трансплантации почки методом выбора для большинства пациентов является перитонеальный диализ (с учетом медицинских противопоказаний и социальных ограничений). Этот метод обеспечивает наиболее благоприятные результаты, по крайней мере – в ранние сроки после трансплантации, при условии своевременного начатого лечения (при СКФ <math>\geq 8</math> мл/мин).</p>	<p>Население региона – _____</p> <p>Целевое число пациентов на диализе – _____</p> <p>ВСЕГО на ЗПТ – _____</p>
<p>Для оценки долгосрочных результатов лечения с учетом возраста, пола, основного диагноза и коморбидности пациенты должны на индивидуальной основе включаться в общенациональный регистр пациентов, получающих ЗПТ.</p>	<p>Не менее 85% от числа, получающих ЗПТ</p>

### 2.2. Пациенты на гемодиализе

#### 2.2.1. Наблюдение пациентов на гемодиализе

<p>Предполагаемое число гемодиализных пациентов при удовлетворительном качестве выявления пациентов с почечной недостаточностью, удовлетворительном качестве их лечения диализом и рациональном распределении по видам ЗПТ – 350 чел./млн. населения, и выше при меньшей доле (отсутствии) перитонеального диализа и/или трансплантации. Первичное обследование и создание первичного сосудистого доступа проводится в стационаре.</p> <p>Пациенты, получающие программный гемодиализ в амбулаторном режиме, должны постоянно наблюдаться врачом-нефрологом в центре диализа (отделении диализа, нефрологическом отделении) в соответствии со <b>стандартом медицинской помощи пациентам с хронической болезнью почек 5 стадии, получающим лечение гемодиализом</b>. При необходимости проведения стационарного лечения пациенты госпитализируются в профильное отделение стационара экстренно или планово по направлению центра диализа (отделения диализа, нефрологического отделения).</p> <p>Необходимый объем обследования на амбулаторном и стационарном этапах лечения определяется установленными <b>стандартами</b> и дополняется мероприятиями п. 2.1.1. (но ими может не исчерпываться):</p>	<p>Население региона – _____</p> <p>Целевое число пациентов на гемодиализе – _____</p>
---	--

### 2.2.2. Лечебные мероприятия, проводимые пациенту с ХБП V стадии, получающему лечение программным гемодиализом

#### Лечебные мероприятия, дополняющие обследование и терапию по стандарту и по основному заболеванию

В соответствии со стандартом и клиническими рекомендациями проводится:

- гипотензивная терапия
- антианемическая терапия
- терапия вторичного гиперпаратиреоза
- коррекция гиперфосфатемии
- коррекция белково-энергетической недостаточности
- гиполипидемическая терапия
- другая синдромальная терапия (желудочно-кишечная патология, кардиальная патология, метаболическая терапия)

### 2.2.3. Вакцинация против гепатита В пациентов с ХБП V стадии, получающих лечение программным гемодиализом

Описание	Доля пациентов	Ориентировочная доза
Оптимальным является вакцинация первично, до начала терапии диализом (при отсутствии маркеров гепатита В). В последующем – каждые пять лет.	85%	схема 0-1-2-12 в двойной дозе

### 2.2.4. Целевые показатели качества лечения и организации помощи при проведении программного гемодиализа

Целевые показатели качества	Диапазон	Доля пациентов в целевом диапазоне
АД перед сеансом диализа сидя	<140/90 мм рт.ст.	55%
Продолжительность сеанса ГД при стандартной программе лечения (три сеанса в неделю)	≥240 мин	95% от количества больных, получающих трехразовый ГД
Продолжительность сеансов ГД при более частом ГД	≥720 мин/неделю	100% от количества больных, получающих ГД > 3 сеансов в неделю
Гемоглобин, г/л #	95-120	65%
Ферритин, мкг/л	>100	95%
Kt/V однопуловый (Daugirdas-II)	>1,4	85%
Альбумин* у пациентов без СД, г/л	>40	80%
Альбумин* у пациентов с СД, г/л	>35	80%
Общий кальций крови, скорректированный на альбумин	2,1-2,5	80%
Фосфаты, ммоль/л	0,81-1,78	50%
Паратгормон (интактный), пг/мл	150-600	55%
Паратгормон (интактный), пг/мл**	150-900	90%
Для оценки долгосрочных результатов лечения с учетом возраста, пола, основного диагноза и коморбидности пациенты, получающие ГД, должны на индивидуальной основе включаться в общенациональный регистр пациентов на ЗПТ		100% больных Не менее 85% от числа, получающих ЗПТ

# без учета пациентов с Hb выше 120 г/л без терапии эритропозз-стимулирующими средствами

\* при определении реагентом «бромкрезоловый зеленый»

\*\* дополнительный критерий для исключения существенной доли очень высоких значений ППТ

СД сахарный диабет

### 2.2.5. Сеансы гемодиализа у пациентов с ХБП V стадии, получающих лечение программным гемодиализом

Сеансы гемодиализа у пациентов с СКФ < 8 мл/мин выполняются не реже 3 раз в неделю продолжительностью не менее 4 часов. При более частых сеансах общая продолжительность сеансов не должна быть ниже 12 часов в неделю

### 2.2.6. Организация лечения гемодиализом пациентов с ХБП V стадии в отделении диализа

Параметр	Доля больных	
Пациентов, не способных по уровню физической реабилитации самостоятельно приехать на сеанс диализа, следует доставлять на сеанс ГД и домой после сеанса ГД санитарным или специально выделенным транспортом. Сопровождение медицинским персоналом осуществляется строго по медицинским показаниям, определенным местными органами управления здравоохранением.	В городе – 15%, и более, в сельской местности 25% и более в зависимости от удаленности места жительства от отделения (центра) диализа.	
Интервалы между сменами <sup>#</sup> ГД должны быть $\geq 60$ мин. Время каждого перерыва между сменами ГД следует использовать для проведения дезинфекции/декальцинации аппаратов для гемодиализа (аппарат «искусственная почка») в соответствии с рекомендациями производителя по утвержденной в диализном центре программе.	100%	
Контроль качества воды для диализа проводится по утвержденной в диализном центре программе. Минимальными требованиями программы являются:		
– контроль уровня эндотоксинов в нескольких точках (вода и диализирующий раствор)	1 раз в месяц	100%

<sup>#</sup> смена – одновременно выполняемые сеансы ГД определенному руководителем медицинской организации количеству пациентов и по утвержденному медицинской организацией графику

### 2.2.7. Оснащение диализного (нефрологического) отделения (центра) оборудованием для проведения гемодиализа

Система водоподготовки		
	параметр	количество
Система очистки воды, производительность в расчете на 1 гемодиализный аппарат (аппарат «искусственная почка») при проведении стандартного ГД	Не менее 1 л/мин	В зависимости от количества аппаратов для ГД
Система очистки воды, производительность в расчете на 1 гемодиализный аппарат (аппарат «искусственная почка») при проведении гемодиализа <i>on-line</i> (ГДФ)	Не менее 2 л/мин	В зависимости от количества аппаратов для ГДФ
Смена наполнителей фильтров и мембран	в соответствии с рекомендациями производителя и по утвержденной в центре (отделении) программе	
Результаты LAL-теста	<0,25	95% проб воды/диализирующего раствора
Контроль качества воды	100% больных, получающих ГД и ГДФ	

Аппараты для гемодиализа (аппараты «искусственная почка»)		
	Доля аппаратов	
Минимальные требования: бикарбонатный диализ, точное управление ультрафильтрацией (волюметрическое, флоуметрическое)	100%	
Дополнительные опции:	минимальная доля аппаратов в отделении	рациональная доля аппаратов в отделении
– гемодиафильтрация <i>on-line</i>	10%	30%
– контроль изменения объема крови	0%	100%
– автоматическое измерение АД	0%	50%
– фильтры диализата	на ГДФ аппаратах	100%
– оценка рециркуляции по сосудистому доступу (в качестве опции аппарата или в виде автономного устройства)	10%	30%
– оценка гидратации инструментальными методами (оборудование может быть не связано с гемодиализными аппаратами)	0%	Не менее 85% от числа получающих ПД

## 2.3. Пациенты на перитонеальном диализе

### 2.3.1. Наблюдение пациентов на перитонеальном диализе

<p>Предполагаемое число пациентов на перитонеальном диализе при рациональном распределении больных в регионе по видам ЗПТ – не менее 30 чел./млн.</p> <p>Первичное обследование и лечение больного проводится в стационаре в соответствии со <b>стандартом медицинской помощи при начале лечения перитонеальным диализом</b>.</p> <p>Пациенты могут получать лечение методикой постоянного амбулаторного перитонеального диализа (ПАПД), автоматизированного перитонеального диализа (АПД) или комбинацией ПАПД и АПД.</p> <p>Пациенты, получающие лечение перитонеальным диализом в амбулаторном режиме, должны наблюдаться врачом-нефрологом постоянно (не реже одного раза в месяц) в соответствии со <b>стандартом медицинской помощи пациентам с хронической болезнью почек 5 стадии, получающим лечение перитонеальным диализом</b>. Осмотры врача с проведением обменов ПД и забор проб биологических жидкостей для лабораторных исследований осуществляются при посещениях пациентом отделения (центра) диализа (нефрологического отделения) или при патронаже на дому с осмотрами и контролем за проведением процедуры обмена ПД врачом-нефрологом или медицинской сестрой отделения (центра) диализа (нефрологического отделения).</p> <p>При необходимости проведения стационарного лечения пациенты госпитализируются в профильное отделение стационара экстренно или планово по направлению центра диализа (отделения диализа, нефрологического отделения). Необходимый объем обследования на амбулаторном и стационарном этапах лечения определяется установленными <b>стандартами</b> и дополняется мероприятиями п. 2.4.1. (но может не исчерпываться ими):</p>	<p>Население региона – _____</p> <p>Целевое число пациентов на перитонеальном диализе – _____</p>
---	---

### 2.3.2. Лечебные мероприятия, проводимые пациенту с ХБП V стадии, получающему лечение перитонеальным диализом

Лечебные мероприятия, дополняющие обследование и терапию по стандарту и по основному заболеванию		
В соответствии со стандартом и клиническими рекомендациями проводится: – гипотензивная терапия – нефропротекторная терапия – антианемическая терапия – терапия вторичного гиперпаратиреоза – коррекция гиперфосфатемии – коррекция белково-энергетической недостаточности – гиполипидемическая терапия – другая синдромальная терапия (желудочно-кишечная патология, кардиальная патология, метаболическая терапия)		
Сеансы гемодиализа (вспомогательные)	Доля пациентов от числа больных, получающих ПД	Ориентировочная доза
	10%	15 сеансов в год

### 2.3.3. Вакцинация против гепатита В пациентов с ХБП V стадии, получающих лечение перитонеальным диализом

Описание	Доля пациентов	Ориентировочная доза
Оптимальной является вакцинация первично, до начала терапии диализом (при отсутствии маркеров гепатита В). В последующем – каждые пять лет.	85%	схема 0-1-2-12 в двойной дозе

### 2.3.4. Целевые показатели качества лечения и организации помощи при проведении перитонеального диализа

Целевые показатели качества	Диапазон	Доля пациентов в целевом диапазоне
АД сидя	<140/90 мм рт.ст.	65%
Гемоглобин, г/л #	95-120	80%
Ферритин, мкг/л	>100	90%
недельный суммарный Kt/V	>1,7	90%
Объем ультрафильтрации у пациентов с анурией (если не проводятся вспомогательные сеансы гемодиализа)	≥1 л/сут	90%
Альбумин у пациентов без СД*, г/л	≥40	80%
Альбумин у пациентов с СД*, г/л	≥35	70%
Общий кальций крови, скорректированный на альбумин, ммоль/л	2,1 – 2,5	80%
Фосфаты, ммоль/л**	0,81 – 1,78	50%
Паратгормон (интактный), пг/мл	150-600	55%
Паратгормон (интактный), пг/мл	<900	95%
Частота перитонитов (количество эпизодов/число пациенто-месяцев)	<1/18	
Частота инфекции выходного отверстия катетера для ПД (количество эпизодов/число пациенто-месяцев)	<1/36	
Доля пациентов с носительством золотистого стафилококка в носовой полости	не более 10%	

Для оценки долгосрочных результатов лечения с учетом возраста, пола, основного диагноза и коморбидности пациенты, получающие ПД, должны на индивидуальной основе включаться в общенациональный регистр пациентов, получающих ЗПТ.	Не менее 85% от числа, получающих ЗПТ
---	---------------------------------------

# без учета пациентов с Hb выше 120 г/л без терапии эритропоз-стимулирующими средствами

\* при определении реагентом «бромкрезол зеленый»

\*\* лабораторные нормы медицинской организации

### 2.3.5. Обмены перитонеального диализа у пациентов с ХБП V стадии, получающих лечение перитонеальным диализом

Обмены ПД при соблюдении рекомендованных правил асептики и антисептики в амбулаторном режиме могут проводиться: дома, по месту работы пациента, в медицинских учреждениях (при амбулаторных посещениях пациентом диализного центра) или в условиях круглосуточного стационара при госпитализациях.
Обмены ПД проводятся с частотой 2-6 раз в сутки в зависимости от достижения целевых показателей адекватности дозы ПД (с учетом суммарного показателя перитонеальных и остаточных ренальных клиренсов).
Соотношение видов растворов для перитонеального диализа и разовый объем введения у каждого конкретного пациента определяется медицинскими показаниями

### 2.3.6. Организация лечения перитонеальным диализом пациентов с ХБП V стадии в отделении диализа

Выделение для работы с пациентами на перитонеальном диализе сестринского персонала, не занятого проведением гемодиализа	При наличии в отделении (центре) 10 и более пациентов на ПД	
Обеспечение доставки растворов и расходных материалов для ПД пациентам амбулаторного режима лечения на дом за счет средств медицинской организации/ поставщика растворов и расходных материалов для ПД. График доставки должен учитывать возможность фактической коррекции режимов лечения (смена видов растворов, увеличение суточного объема растворов) с отсрочкой не более 2 недель	100%	
Обследование медицинского персонала на носительство стафилококка с элиминацией при его выявлении	100%	2 раза в год
Обследование пациентов на носительство стафилококка с элиминацией при его выявлении	100%	2 раза в год

### 2.3.7. Оснащение оборудованием для проведения перитонеального диализа диализного (нефрологического) отделения (центра)

Наименование	Из расчета минимальной доли больных на АПД (% от общего числа больных на ПД)	Из расчета рациональной доли больных на АПД (% от общего числа больных на ПД)	Из расчета максимальной доли больных на АПД (% от общего числа больных на ПД)
Системы (аппараты) для автоматизированного перитонеального диализа	0%	20%	(до 80%)