



ВЫБОР МОДАЛЬНОСТИ ЗПТ у ВОЗРАСТНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Сестрорецк, 11 декабря 2016 г.

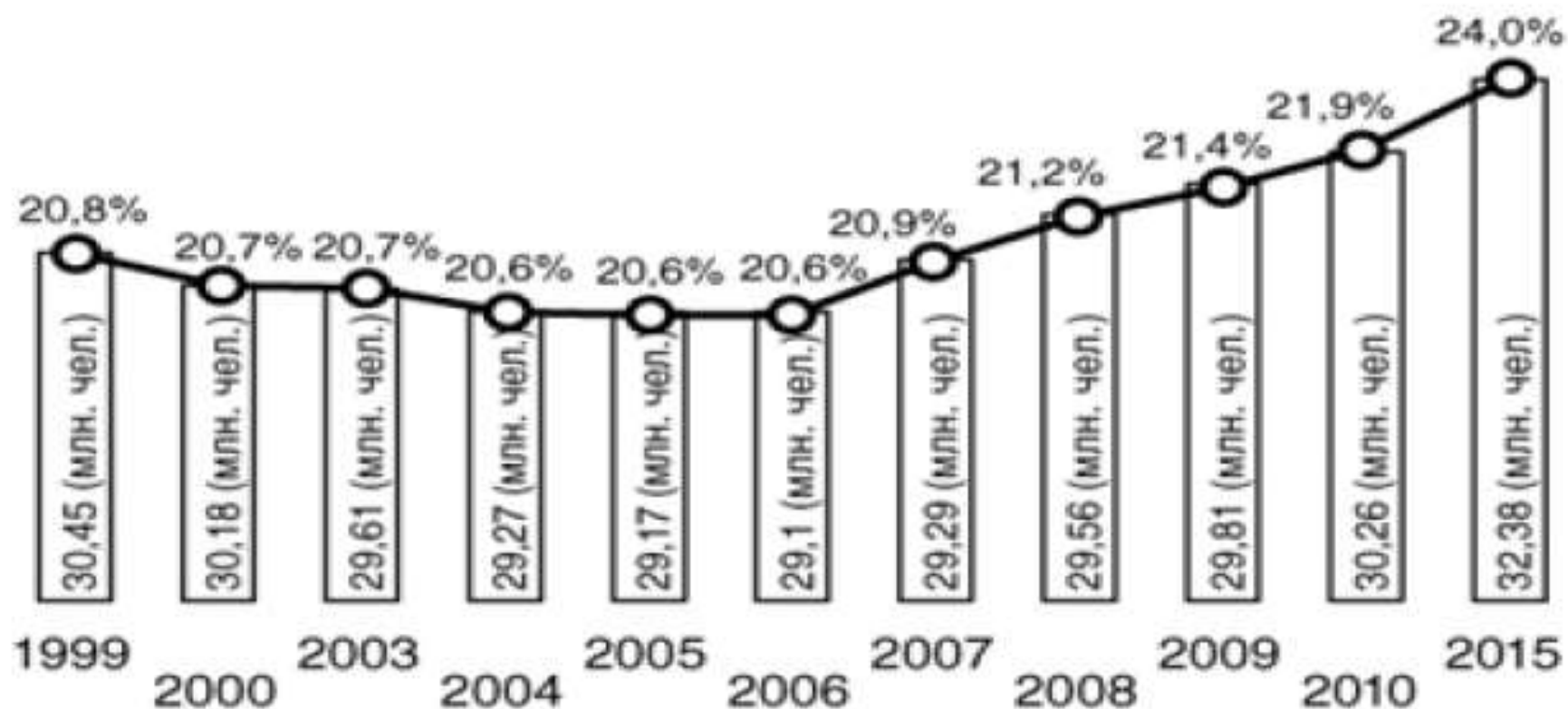
АКТУАЛЬНОСТЬ

- Демографическое постарение становится государственной проблемой в каждой стране. Пожилые люди составляют значительную долю в конечной стадии ХВП. Доля населения США в возрасте старше 65 лет увеличилась с 4% (около 3 млн. при населении в 65 млн.) в 1900 году, до 12% (35 млн. при населении в 280 млн.) в 2000 году. Доля пожилых людей, по прогнозам, возрастет до 20% к 2030 году.
- В большинстве развитых стран мира группа пожилых и престарелых людей является самой быстрорастущей частью пожилого населения и к 2025 году более 20% населения промышленно развитых стран будут составлять лица в возрасте 65 лет и старше, из которых группа в возрасте 80 лет и более составит 27%.
- В России также увеличивается индекс демографического старения. Из общей численности населения доля лиц 60 лет и старше составляет 23,7%.

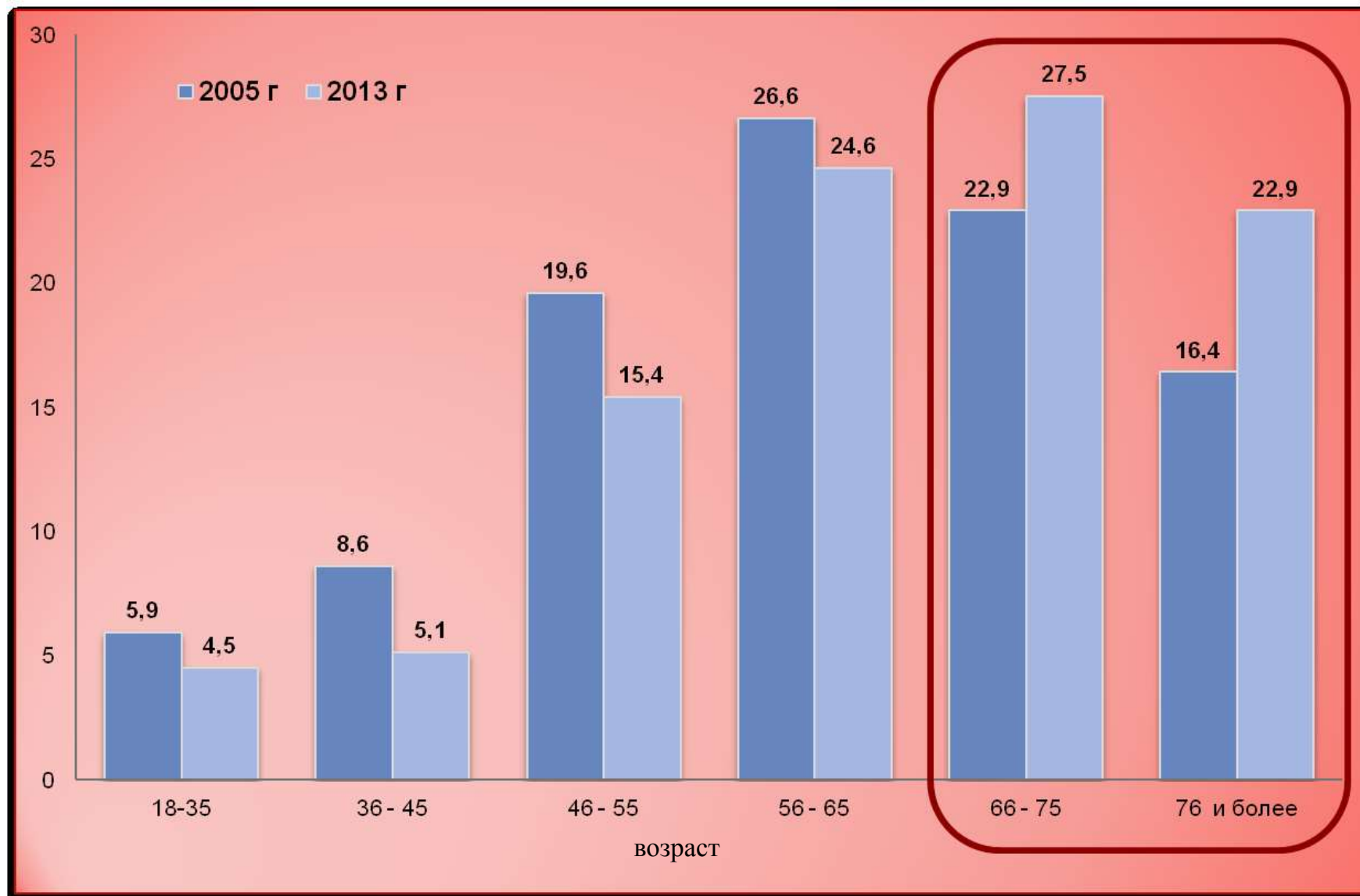


АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Численность населения России старше трудоспособного возраста



ИЗМЕНЕНИЕ ВОЗРАСТНОГО СОСТАВА (%) У БОЛЬНЫХ ГНЦ В 2013 Г ПО СРАВНЕНИЮ С 2005 Г



ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

наличие инволюционных функциональных и морфологических изменений со стороны различных органов и систем;
часто наличие двух и более заболеваний у одного больного (полиморбидность);
преимущественно хроническое течение заболеваний;
атипичность клинических проявлений заболеваний;
наличие “старческих” болезней;
социально-психологическая дезадаптация.



МЕХАНИЗМЫ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПОЧЕК

снижение почечного кровотока

снижение процесса ультрафильтрации почек

снижение канальцевого транспорта веществ

снижение осмотического концентрирования и разведения мочи

снижение инкреторной деятельности почек



Достоверно установлены корреляции между:

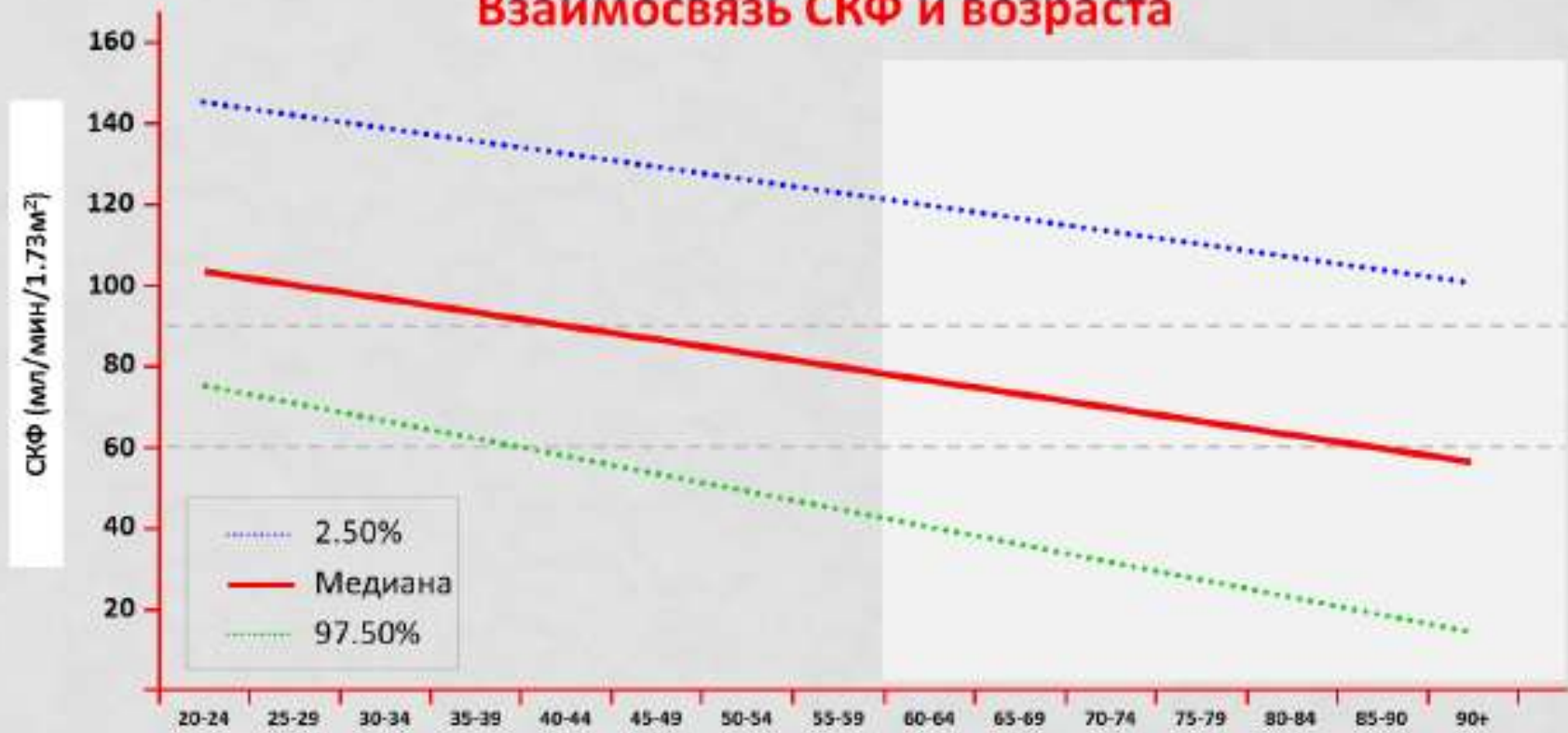
возрастом ↔ величиной АД ↔ СКФ ↔ почечного
сосудистого сопротивления

Отмечается значительное увеличение доли лиц пожилого и старческого возраста среди пациентов с почечной патологией

ПРИЧИНЫ

Немодифицируемый фактор - возраст данного контингента больных

Взаимосвязь СКФ и возраста



Снижение функции почек наблюдается у 36% лиц в возрасте старше 60 лет (у лиц трудоспособного возраста в 16% случаев)

По данным Государственного регистра пациентов, страдающих болезнями почек в РФ на 01.01.2012

Проведенные исследования канадских ученых-медиков доказали, что нелеченная почечная недостаточность чаще встречается у пожилых.

Изучали информацию о СКФ почти 2 млн. взрослых жителей Канады в период 2002 и 2008 г.г.

При включении в исследование СКФ пациентов соответствовал границам нормы пациентов данного возраста

Через пять лет 5,4 % участников исследования поступили на лечение по поводу почечной недостаточности, а у 0,17 % обнаружены признаки начальной почечной недостаточности

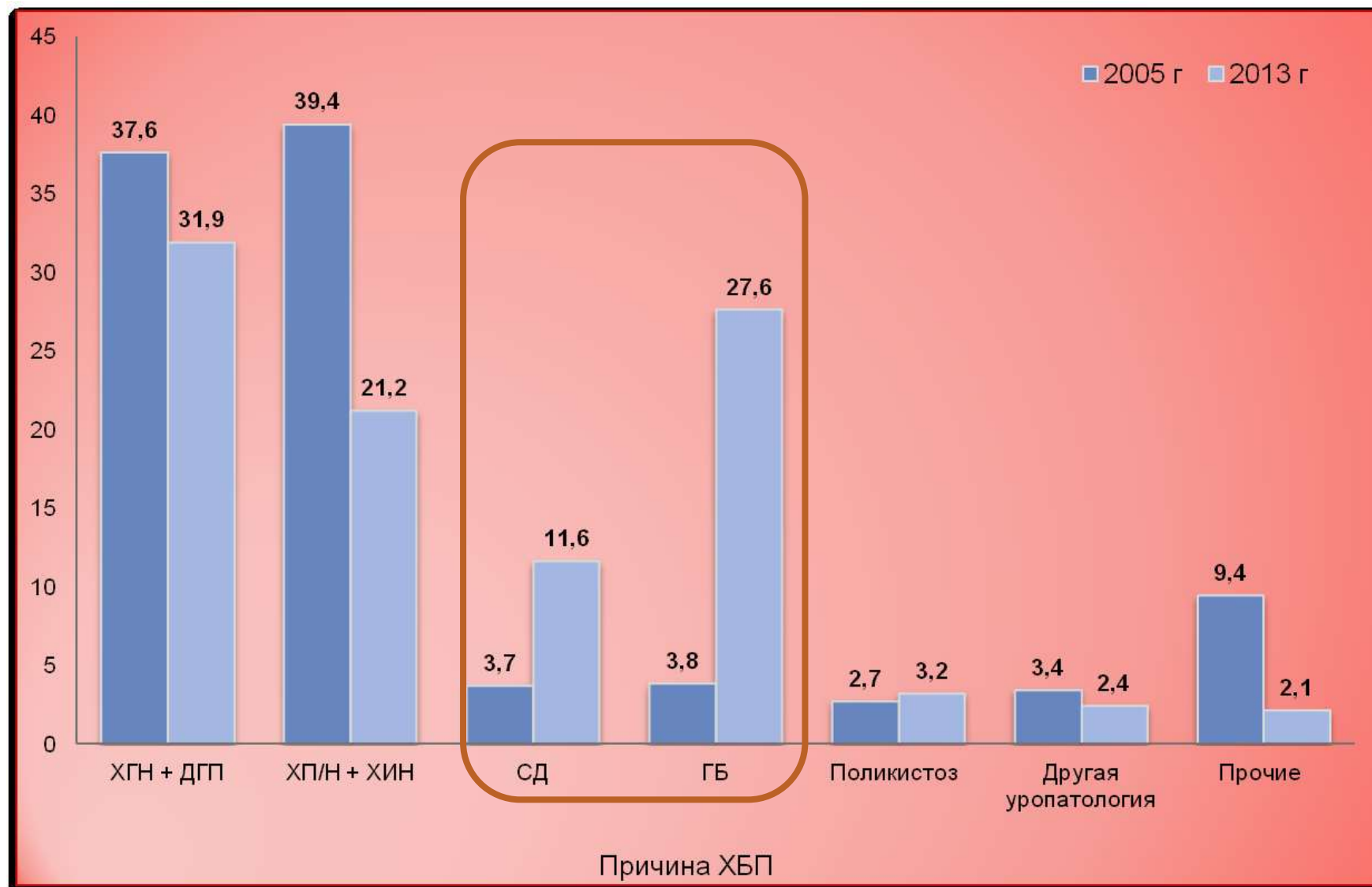
http://thetherapy.ru/news/pochechnaya_nedostatochnost_u_pozhilyh.html ©

Thetherapy.ru

«Паспортный» возраст сам по себе не может быть достаточным основанием для принятия клинических решений. Необходимо оценка функционального статуса, качества жизни и предпочтений каждого отдельного пациента.



ИЗМЕНЕНИЕ СТРУКТУРЫ ПРИЧИН ХБП 3-5 СТ (%) У БОЛЬНЫХ ГНЦ В 2013 Г ПО СРАВНЕНИЮ С 2005 Г



Отмечается значительное увеличение доли лиц пожилого и старческого возраста среди пациентов с патологией почек и мочевыводящей системы

ПРИЧИНЫ

- Немодифицируемый фактор - возраст данного контингента больных
- Большую роль играет коморбидность (доброкачественная гиперплазия предстательной железы, простатит, сахарный диабет, гипертоническая болезнь, заболевания бронхо-легочной системы и т.д.) часто встречающиеся у пожилых людей
- У пожилых пациентов заболевания почек и мочевыводящих путей часто начинаются и длительное время протекают без выраженных клинических симптомов.

Хронизация процесса на фоне малосимптомных и латентных форм заболеваний почек является самой частой причиной развития осложнения - хроническая почечная недостаточность.

БЕЗУСЛОВНО, ЧТО ЛЕЧЕНИЕ ПОЖИЛОГО ЧЕЛОВЕКА С ХБП НА ВСЕХ ЭТАПАХ СОПРЯЖЕНО СО ЗНАЧИТЕЛЬНЫМИ ТРУДНОСТЯМИ.

- Именно пожилые – первая группа, у которой следует избегать полипрагмазии и чаще возникают осложнения лекарственной терапии.
- При развитии тХПН именно в этой категории возникают проблемы выбора метода заместительной почечной терапии.
- Кроме того, ряд клинических исследований (в частности исследование IDEAL, 2010 г.) показали, что раннее начало ЗПТ не приносит пожилым больным пользы.
- **Пожилые имеют высокую распространенность сопутствующей патологии, которые сокращают продолжительность жизни, снижают принятие обоснованных решений**



ЛЕЧЕНИЕ ХБП 5СТ. У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

- Гемодиализ
- Перитонеальный диализ
- Консервативное лечение
- Паллиативное лечение
- Каждый четвертый пациент, начинающий диализ в США, в возрасте 75 лет (база(USRDS).
- В США средняя продолжительность жизни после начала диализа составляет 15,6 месяцев для пациентов 80-84 лет; 11,6 месяцев – для пациентов 85-98 лет, 8,4 месяца – для пациентов 90 лет и старше.
- 1-летняя выживаемость после начала диализной терапии для всех больных 80 лет и старше составляет – 54%. 20% - умирают в течении первых 3-х месяцев после начала лечения; 10% - 65-79 лет.



ЧТО ВЛИЯЕТ НА ВЫБОР ПАЦИЕНТОМ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ НА ПРЕДДИАЛИЗНОЙ СТАДИИ ?

- Решение о начале диализа должно быть совместное решение, принятое пациентом и нефрологом, после полной информации о потенциальных рисках и преимуществах ЗПТ ”.
- Необходимо предоставление информации, которая доступна, легко воспринимаемая; должно иметься достаточно времени для принятия решений в условиях прогрессирования заболевания .
- Для выбора метода лечения должны быть оценены когнитивные функции, психосоциальные факторы, сопутствующая патология.
- Необходимо сфокусироваться на важных личностных факторах, которые оказывают влияние на решение пациента, иметь широкую сеть социальной поддержки, оценить мобильность пациента, поддержку семьи , доход



КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- Консервативная терапия: т.е. лечение без диализа, но с адекватной поддержкой может служить популярным выбором при высоком риске связанных с диализом осложнений, ухудшающих прогноз.
- Консервативная терапия является законным вариантом для ослабленных, пожилых пациентов с ХБП, у которых диализ не может привести к улучшению качества и продолжительности жизни.
- Вонг *и соавт.*- проанализированы 73 пациента с ХБП 5ст., 1-летняя выживаемость составила 65% (средняя продолжительность выживания, 1,95 года). , в течении 2х лет 60% пациентов не имели госпитализаций. Среди пациентов, которые умерли, 71% умерли дома.
- Мерта *и соавт.* – проанализированы 129 пациентов ;52 выбрали ЗПТ и 77- консервативное лечение.. У пациентов на ЗПТ 2-х летняя выживаемость 76% по сравнению с 47% для тех, кто получает консервативное лечение. (Однако, этого не наблюдалось у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями или высокой коморбидностью).
- Карсон *и соавт.* - пациенты на диализе живут дольше, чем на консервативном лечении (медиана выживаемости, 37.8 месяцев против 13.9 месяцев, соответственно), но больше времени проводят в больнице (173 дня против 16) . Тех, кто получает консервативное лечение были в четыре раза больше шансов умереть дома или в хосписе .



ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ПАТОЛОГИИ ПОЧЕК



Диета со сниженным содержанием белка;

*Основной проблемой для пожилых пациентов является нарушение
нутрицитивного статуса, которое может возникать и с сохраненной
функцией почек, но всегда прогрессирует при возникновении ХБП.*

Контроль АД: иАПФ или БАР;

Контроль гликемии;

Применение статинов для удержания уровня холестерина ЛПНП;

Назначение антиагрегантов для профилактики тромбозов;

Применение эритропоэтина – при наличии анемии;

Применение активных метаболитов витамина D – при гиперпаратиреозидизме;

Прекращение курения с целью профилактики прогрессирования
атеросклероза.

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ УСТРАНЕНИИ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ПРОГРЕССИЮ ХБП 3 - 4 СТ.

№	Исследуемый фактор и его значимость при наблюдении	Стадия ХБП			
		3А	3Б	4	5
1	ИАПФ и БРА	+	+	+	-
2	На сыворотки 135 – 144 ммоль/л	-	+	+	-
3	Альбумин сыворотки < 35,0 г/л	+	+	+	+
4	Кетоаналоги аминокислот	+	-	+	+
5	Фосфаты > 1,43 ммоль/л	-	+	+	-
	Фосфаты > 1,25-1,43ммоль/л	-	-	-	+
6	Витамин Д и его аналоги	-	+	+	+
7	Мочевая кислота > 461 ммоль/л	-	+	-	-
8	Гемоглобин 90 – 119 г/л	-	-	-	+
	100-119 г/л	-	-	+	-
	110-129 г/л	-	+	-	-
9	Глюкоза > 6,0 ммоль/л	-	+	+	-
10	Холестерин 3,5-6,0 ммоль/л	-	+	+	-

**НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ (МБД + КА) НА ДОДИАЛИЗНОМ ЭТАПЕ:
102 ПАЦИЕНТА (62.4 ±11.3 ЛЕТ)
СРЕДНЕЕ ВРЕМЯ НАБЛЮДЕНИЯ: 90 ±63 МЕС.**

Результаты:

- **выживаемость:** 1-год: 97%
2-год: 88%
5-год: 60%
10-год: 33%
- **возраст является значимым фактором, влияющим на смертность**
- **строгая МБД позволила отсрочить начало диализа на 15.4 мес.**

Chauveau et al. (2009): Long-term outcome on renal replacement therapy in patients who previously received a keto acid-supplemented very-low-protein diet. Am J Clin Nutr, 2009. doi:10.3945/ajcn.2009.27980.

В 1953 году Evans et al. впервые применили натриевую катион-обменную смолу для снижения уровня калия в клинической практике [Evans BM, Jones NC, Milne MD, et al. Ion-exchange resins in the treatment of anuria. Lancet, 1953, 265: 791-795].

Кальциевая катион-обменная смола активно изучалась во многих исследованиях. Изучение проводилось и у нас в 5 клинических научных центрах.

Лонч Калимейта состоялся в 1975 году.

- ✓ Калимейт является препаратом, эффективно снижающим уровень сывороточного калия у пациентов с гиперкалиемией на фоне почечной недостаточности
- ✓ Калимейт обладает удовлетворительным профилем безопасности и переносимости

« МНОГОЦЕНТРОВОЕ, ОТКРЫТОЕ, СРАВНИТЕЛЬНОЕ, РАНДОМИЗИРОВАННОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ, БЕЗОПАСНОСТИ И ПЕРЕНОСИМОСТИ ПРЕПАРАТА КАЛИМЕЙТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРКАЛИЕМИИ У БОЛЬНЫХ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, НЕ НУЖДАЮЩИХСЯ В ПРОВЕДЕНИИ ДИАЛИЗА»

- Результаты исследования позволяют сделать вывод, что лекарственный препарат Калимейт эффективно снижает уровень сывороточного калия у пациентов с гиперкалиемией на фоне хронической почечной недостаточности, не получающих диализ, обладает удовлетворительным профилем безопасности и переносимости



Преимущества Калимейта

- ✓ Отсутствие риска возникновения гипертензии, обусловленной натрием²⁸
- ✓ Отсутствие у калимейта нежелательных лекарственных реакции, связанные с дисбалансом кальция³⁰
- ✓ Целевой зоной для ионного обмена является ободочная кишка²⁷



► Калимейт – оптимальное средство связывания калия у пациентов с почечной недостаточностью

²⁸Kamel KS, Wei C. Controversial issues in the treatment of hyperkalaemia. *Nephrol Dial Transplant* 2003; 18: 2216-2218.

³⁰Suzuki H et al Sodium and Kidney Disease. *Nephrol* 2007; 155: 90-101

²⁷Information of FDA. Drug Kayexalate® SODIUM POLYSTYRENE SULFONATE, USP Cation-Exchange Resin, Reference ID: 2879874 Revised December 2010

ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ И ХОСПИС

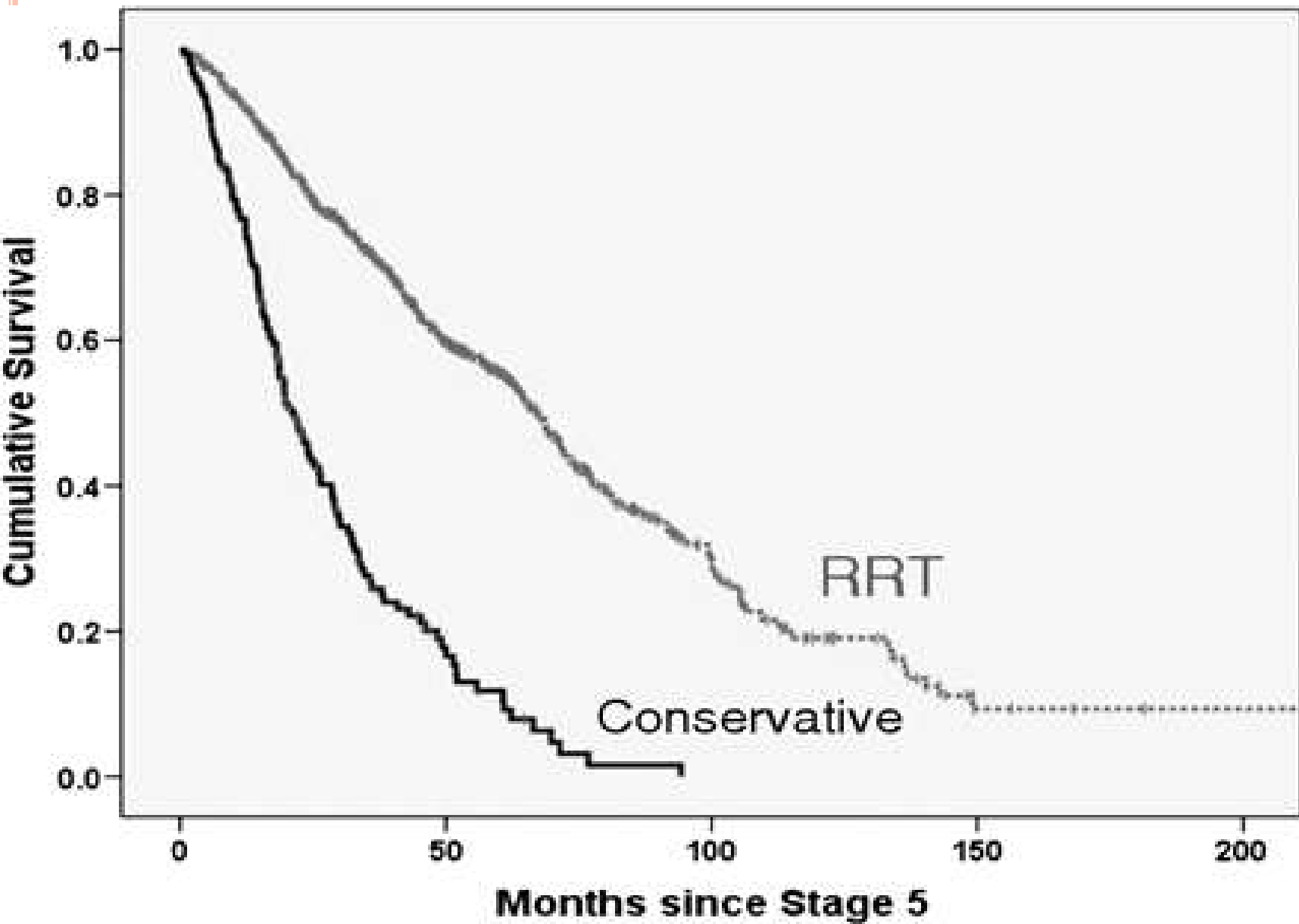
- Прекращение диализа наблюдается чаще среди пожилых пациентов и могут быть особенно подходящими для людей с тяжелой функциональные и когнитивные нарушения . USRDS данные демонстрируют увеличение снятия с возрастом .
- при этом большинство смертей связаны с сопутствующими заболеваниями, а не с уреимией. (с анурией пациенты обычно погибают через 8-12 дней, с остаточной функцией, некоторые могут прожить несколько месяцев).

Возрастная группа	Процент выхода из диализа (%)
0-44	12
45-64	16
65-74	23
75-84	30
≥85	35

ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ХБП 5 ст.: СРАВНЕНИЕ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ И ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИИ

- Цель - выживание пациентов на консервативном лечении по сравнению с пациентами, получавших ЗПТ.
- **Результаты.** 18-летний период, изучены 844 пациента, 689 (82%) из которых получали ЗПТ и 155 (18%) были на консервативном лечении.. Медиана выживаемости - меньше на консервативном лечении, чем на ЗПТ (21.2 против 67.1 месяцев: $p < 0,001$). Возраст, наличие сопутствующей патологии и наличие диабета являются независимыми детерминантами низкой выживаемостью пациентов на ЗПТ. У больных на консервативном лечении, однако, возраст > 75 лет и женский пол являются независимыми предикторами лучшей выживаемости.

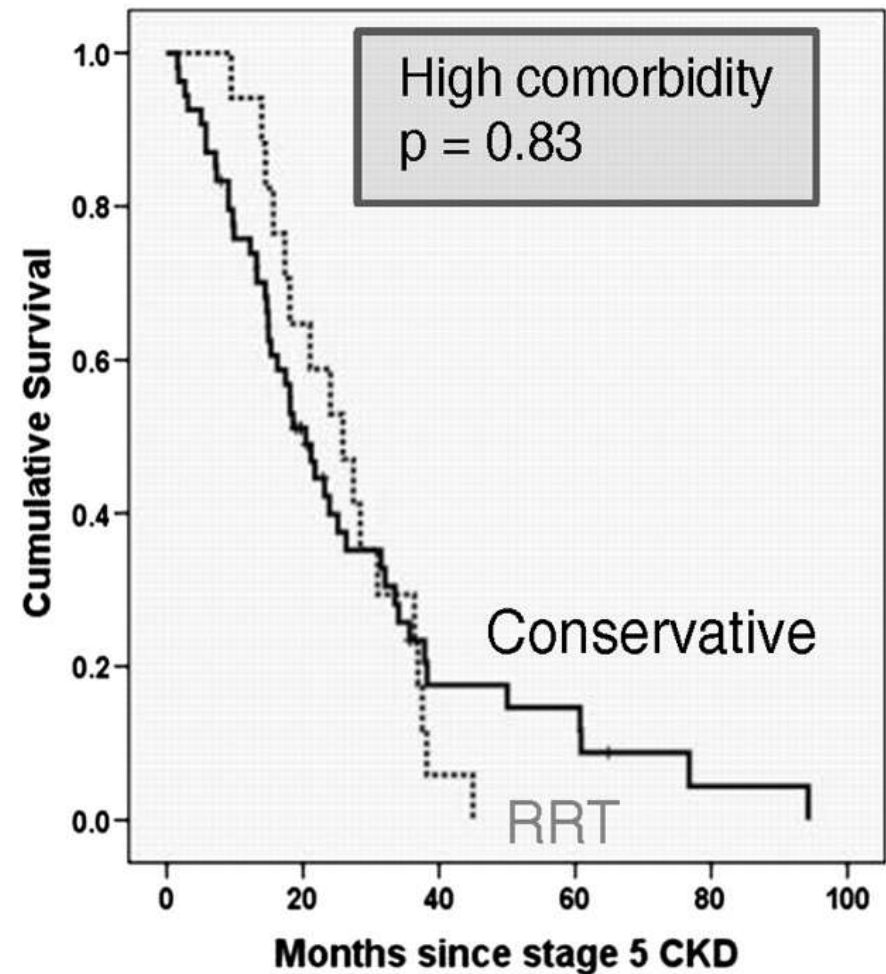
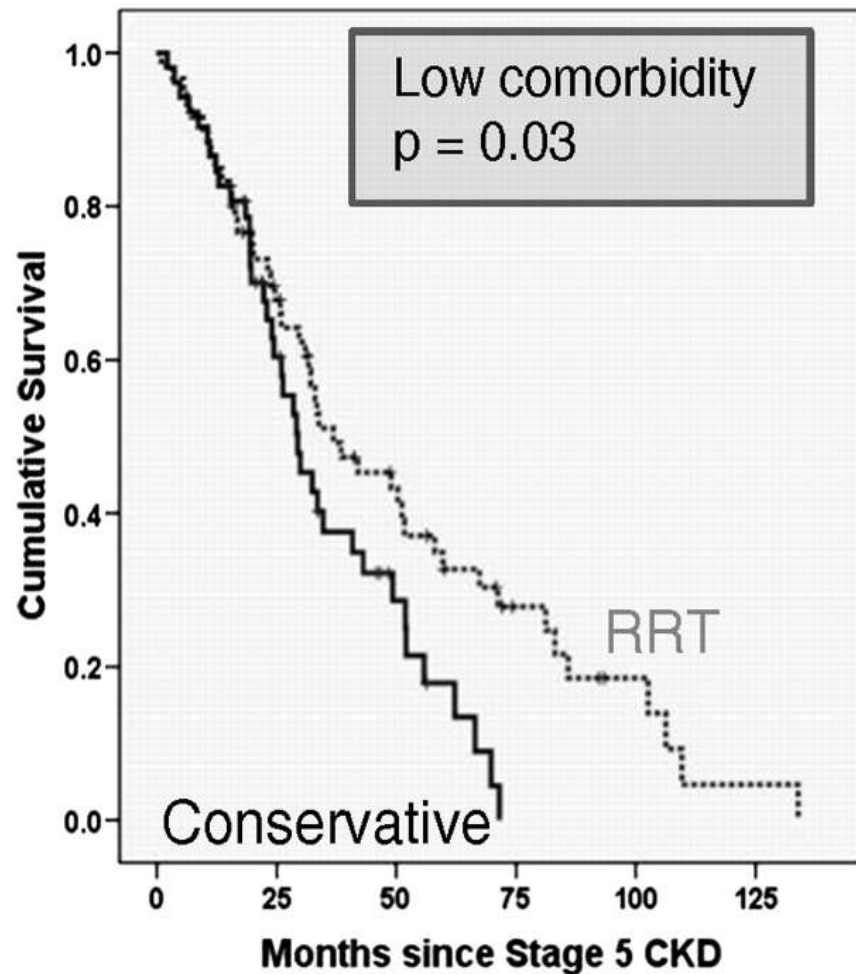




Shahid M. Chandna et al. Nephrol. Dial. Transplant.
2011;26:1608-1614



Comparison of Kaplan–Meier survival curves by modality (RRT vs conservative kidney management) in patients > 75 years.

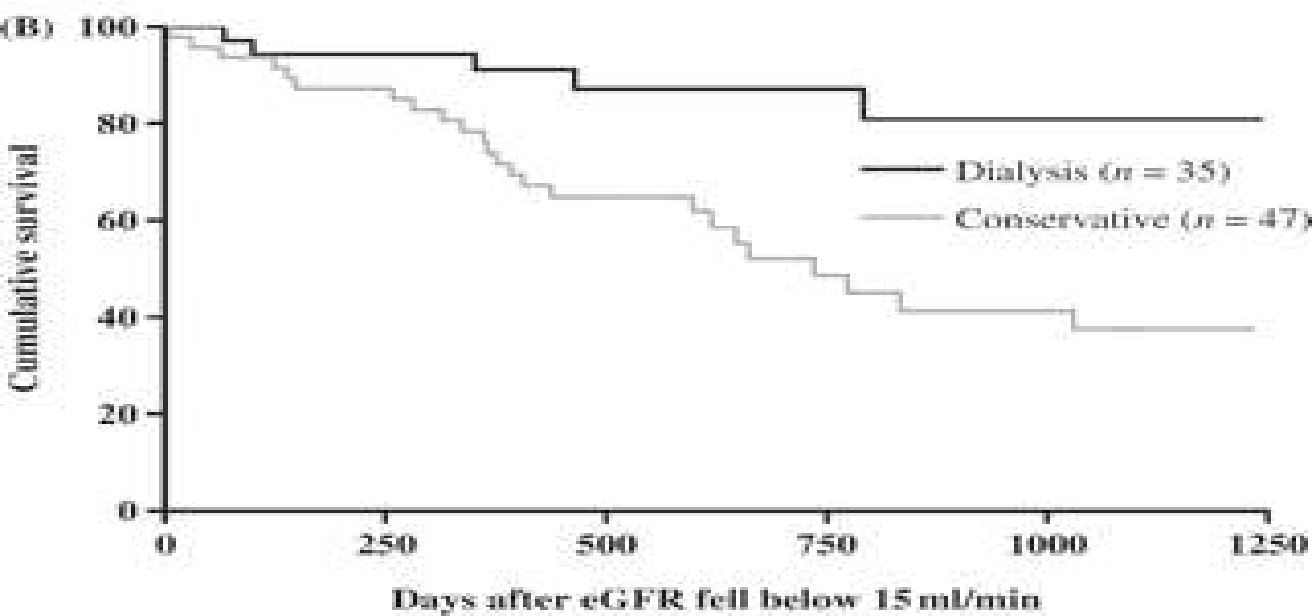
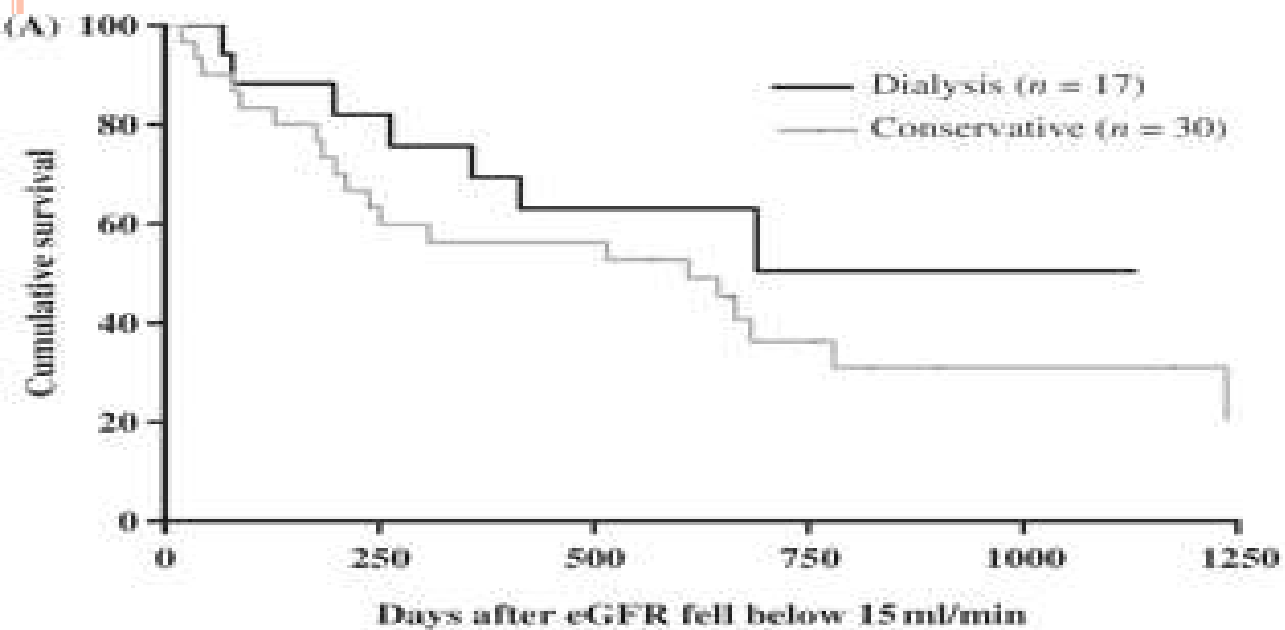


ВЫБОР МОДАЛЬНОСТИ ЗПТ

- Выбор между гемодиализом (ГД) и перитонеальным диализом (ПД) является нерешенной проблемой у пожилых пациентов с ТПН, которые имеют высокий риск смерти.
- С учетом имеющихся данных, выбор модальности ЗПТ у пожилых пациентов следует подбирать индивидуально, с учетом коморбидных состояний, когнитивных функций, социальной поддержки и функционального состояния.

Великобритания – исследование - у пациентов старше 75 лет, которые выбрали ЗПТ, улучшилась выживаемость по сравнению с теми, кто выбрал консервативное лечение. Однако, исследование показывает, что это преимущество выживания теряется в высоких показателях коморбидности, особенно с ишемической болезнью сердца. У пожилых пациентов сопутствующая патология (особенно ИБС) должна быть ключевым фактором в принятии решений о ЗПТ. Это исследование не пытается выяснить сложный процесс, как и почему принимаются те или иные решения о диализе. Вместо этого исследование описывает выживание после того, как решение было сделано.





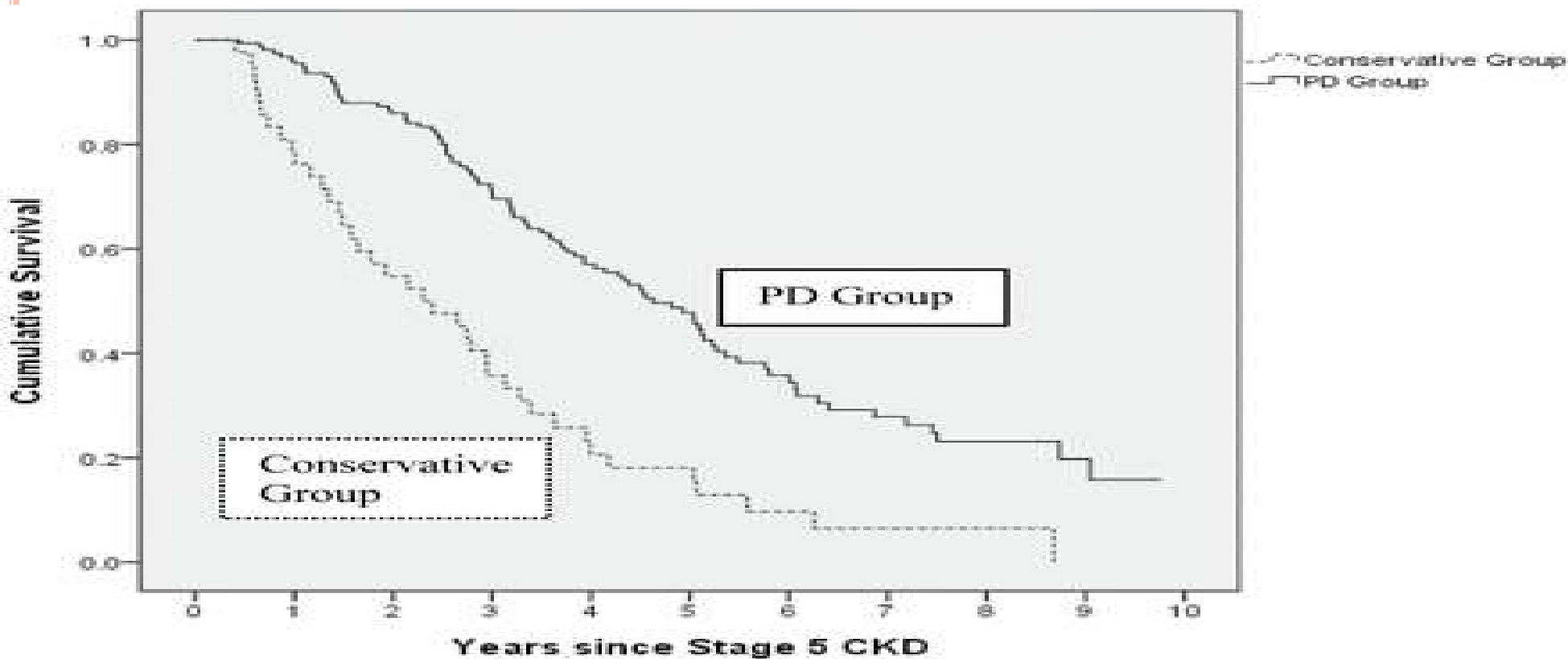
(A) Каплана-Мейера кривые выживания для людей с ишемической болезнью сердца, сравнивая диализа и консервативные группы (B) выживаемости по Каплану-Мейеру кривые для тех, кто без ишемической болезни сердца, сравнивая диализа и консервативные группы (в журнале ранг статистики 12.78, д. 1, $p < 0.0001$).



ПЕРИТОНЕАЛЬНЫЙ ДИАЛИЗ

- ПД может быть жизнеспособным вариантом лечения у пожилых людей с 5 стадией ХБП. ПД может улучшить выживаемость и снизить риск экстренной госпитализации по сравнению с консервативным лечением.
- Ретроспективное когортное исследование было проведено в госпитале королевы Елизаветы в Гонконге. (199 пожилых людей с 5 ст. ХБП в возрасте 65-90 лет, 42 (21,1%) консервативное лечение и 157 (78,9%) – ПД). Цель - сравнить выживание пациентов на ПД и консервативном лечении с 5 ст..

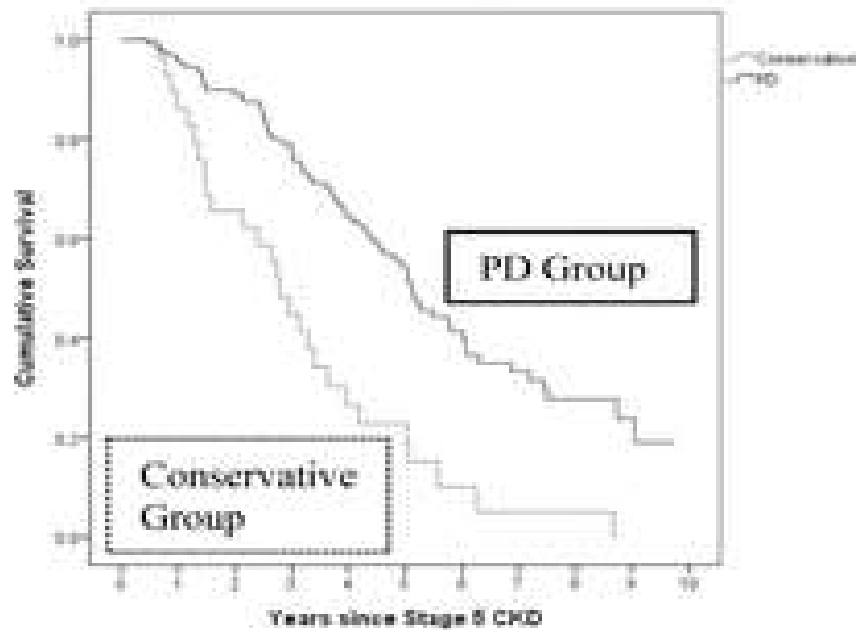




Кривые выживаемости Каплана-Мейера консервативных и перитонеального групп

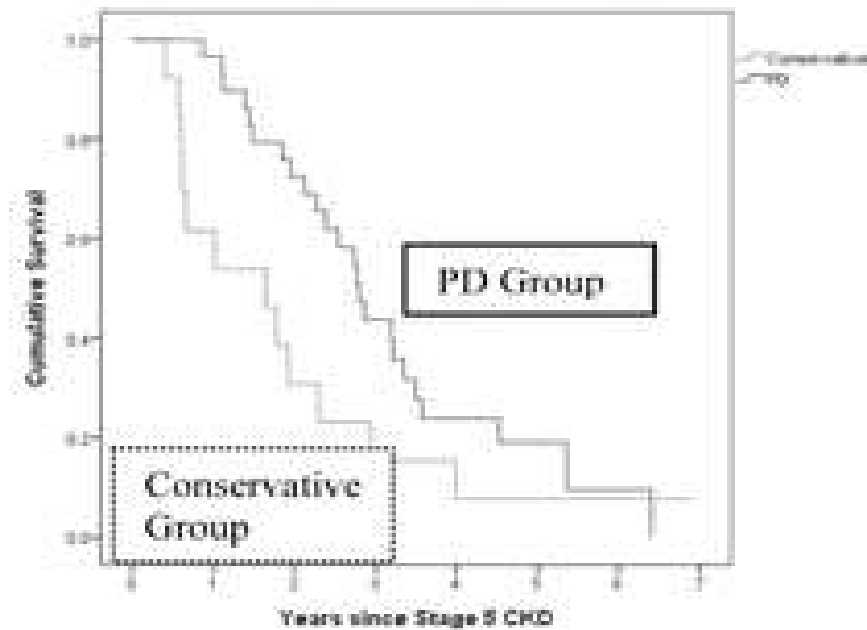


Participants with low comorbidity (mCCI < 6)



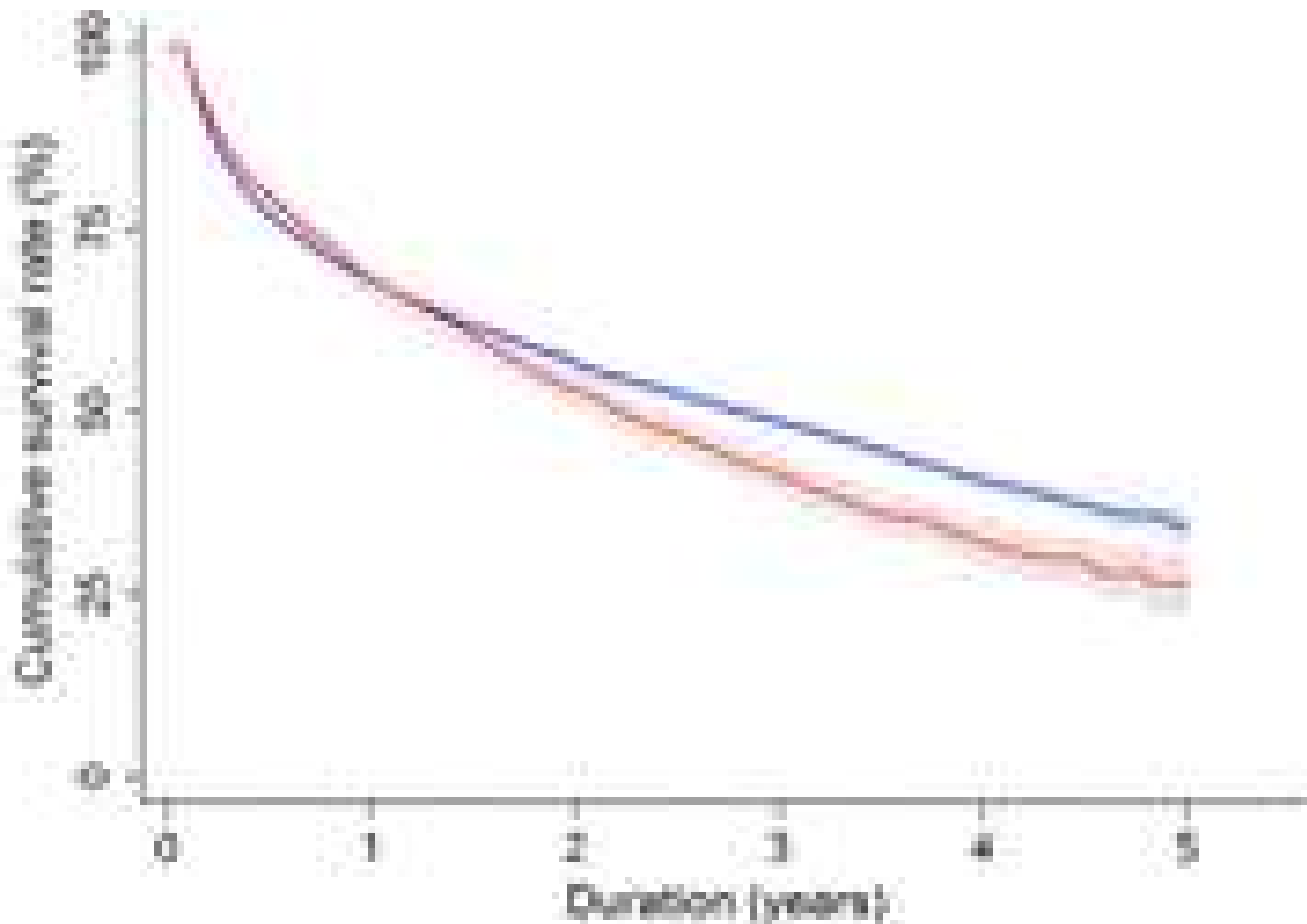
$p < .001$

Participants with high comorbidity (mCCI \geq 6)



$p = .08$





Number at risk

HD	10075	7146	4146	2237	898	8
PD	2390	1467	814	421	166	12



ВЫВОДЫ

- ПД является жизнеспособным вариантом лечения у пожилых людей с 5 стадии ХБП.
- Сам по себе возраст не является противопоказанием к ЗПТ.
- Комплексная гериатрическая оценка важна для принятия решений к началу диализа у пожилых взрослых.
- У пациентов с множеством сопутствующих заболеваний и функциональных нарушений, консервативное ведение предпочтительней ЗПТ.
- Тем не менее, прогнозирования и принятия решений, чтобы начать диализ остаются сложными и должны быть индивидуализированы.



