



«ВЫБОР МОДАЛЬНОСТИ ЗПТ у ВОЗРАСТНЫХ ПАЦИЕНТОВ»

Конакова И.Н., Шостка Г.Д., Земченков А.Ю.

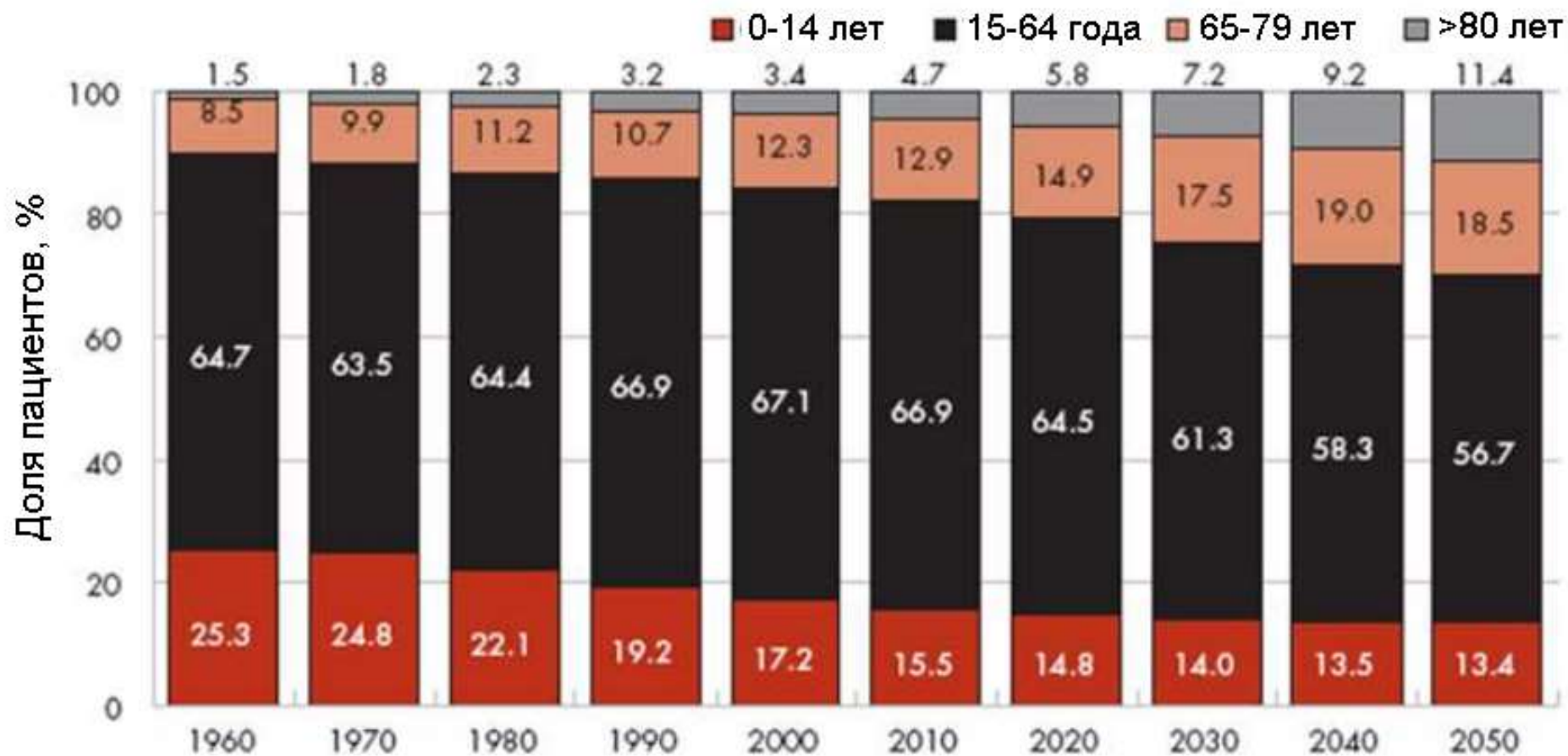
Санкт – Петербург

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%.

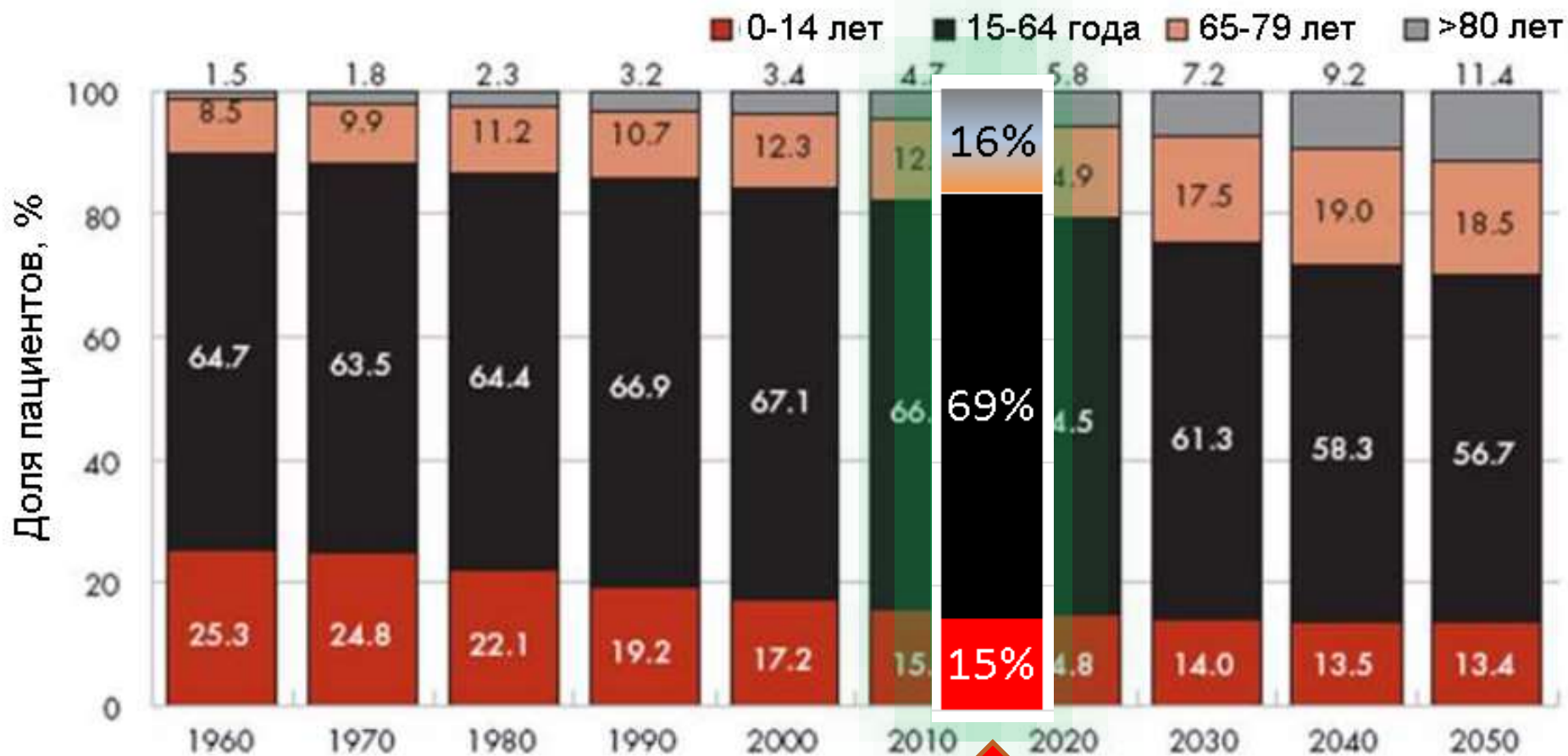


ВОЗРАСТНАЯ СТРУКТУРА НАСЕЛЕНИЯ ЕВРОПЫ В ПРОШЛОМ И ПРОГНОЗ НА ПЕРСПЕКТИВУ



Sources: Eurostat – Demographic statistics (1960-2000) and 2004-based Eurostat population projections, trend scenario, baseline variant (2010-2050).

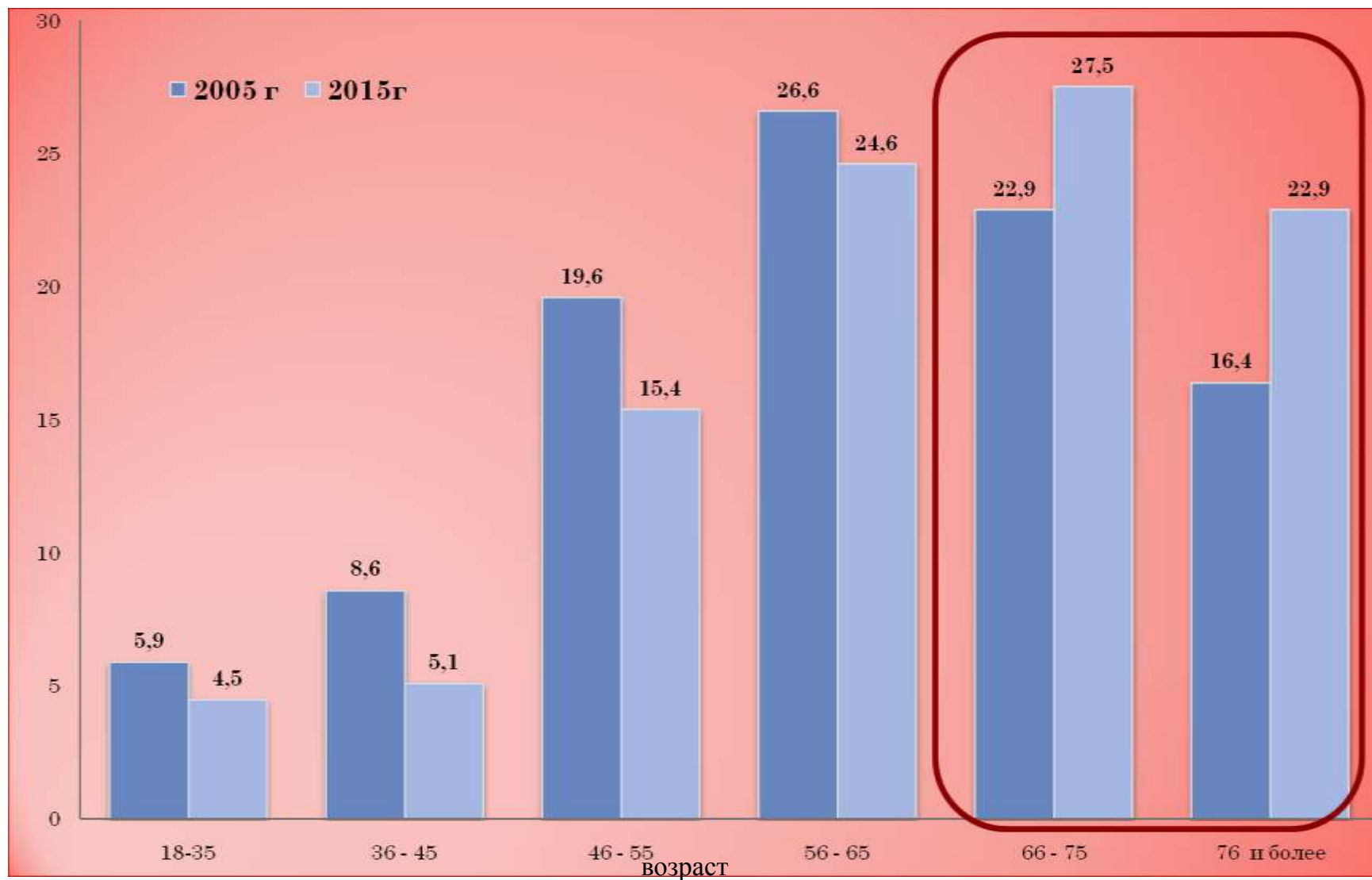
ВОЗРАСТНАЯ СТРУКТУРА НАСЕЛЕНИЯ ЕВРОПЫ В ПРОШЛОМ И ПРОГНОЗ НА ПЕРСПЕКТИВУ



Санкт-Петербург

Sources: Eurostat – Demographic statistics (1960-2000) and 2004-based Eurostat population projections, trend scenario, baseline variant (2010-2050).

ИЗМЕНЕНИЕ ВОЗРАСТНОГО СОСТАВА (%) У БОЛЬНЫХ ГНЦ В 2015 Г ПО СРАВНЕНИЮ С 2005 Г

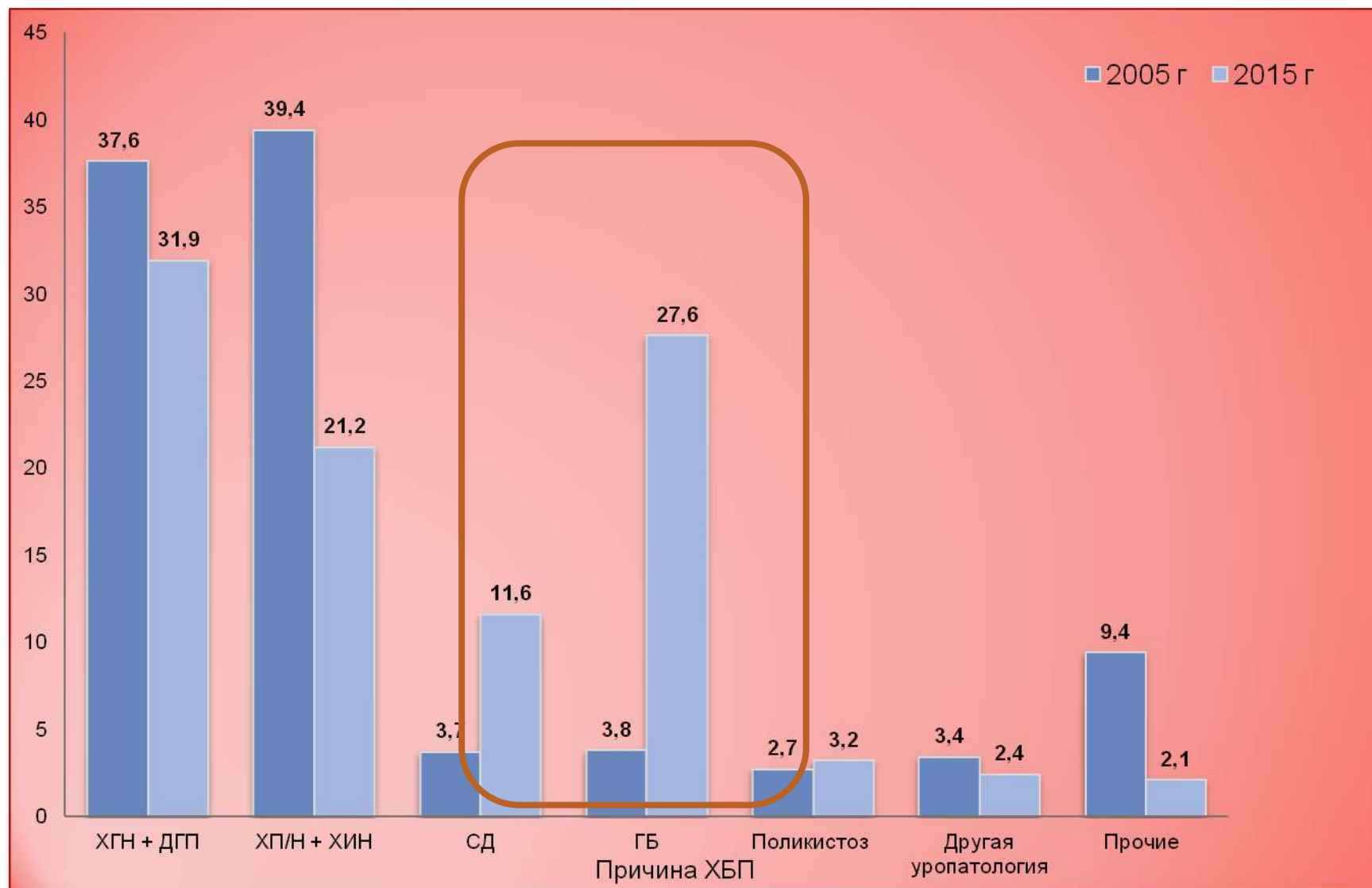


ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

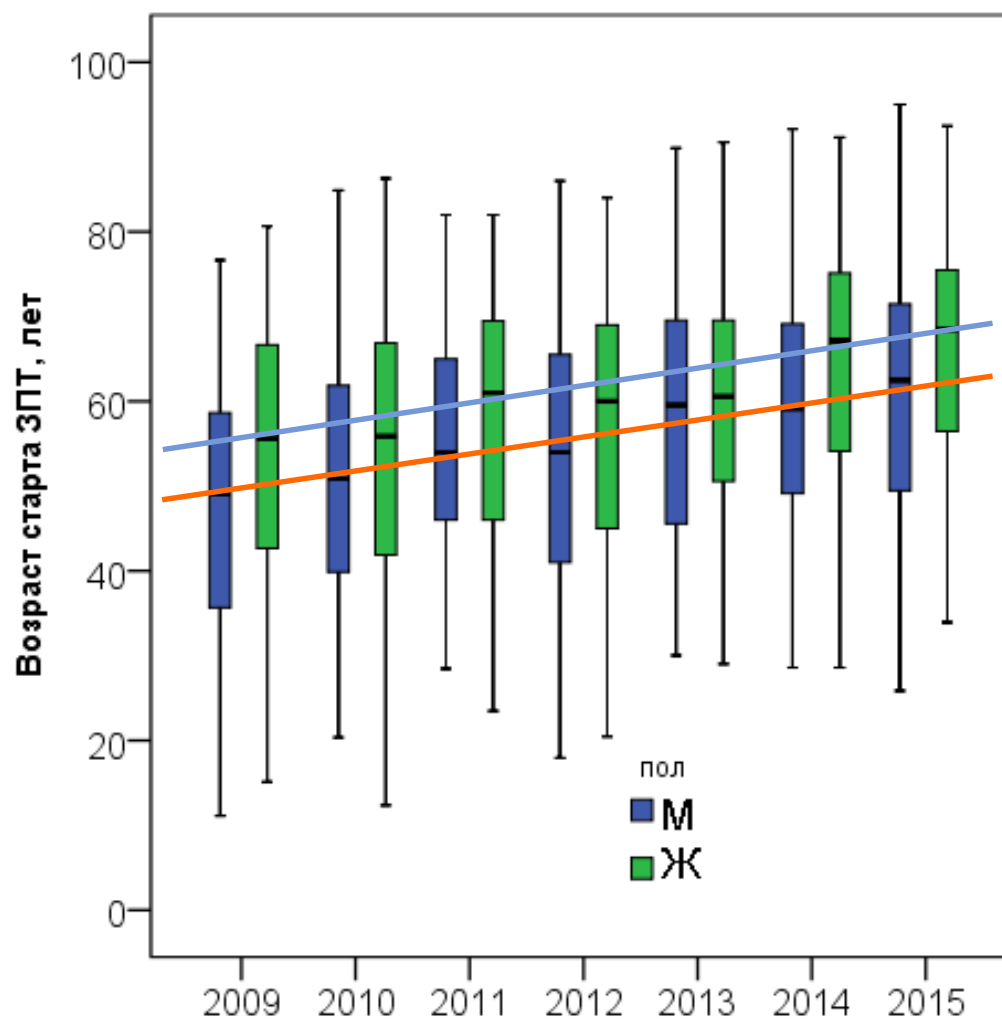
- - наличие инволюционных функциональных и морфологических изменений со стороны различных органов и систем;
- Часто наличие двух и более заболеваний у одного больного (полиморбидность)
- Преимущественно хроническое течение болезней
- Атипичность клинических проявлений заболеваний
- Наличие «старческих болезней»
- Социально-психологическая адаптация
- снижение функции почек при нормальном старении происходит параллельно с гистологическими признаками атрофии канальцев, интерстициального фиброза, утраты клубочков и склероза сосудов.
- Однако факты свидетельствуют, что снижение $\text{pСКФ} \leq 60 \text{ мл/мин/1,73 м}^2$ не следует рассматривать только как следствие нормального старения, поскольку распространенность ассоциированных с ХБП осложнений, таких как анемия, ацидоз, гиперфосфатемия и гиперпаратиреоз при $\text{pСКФ} \leq 60$ повышена по сравнению с $\text{pСКФ} > 60 \text{ мл/мин/1,73 м}^2$, особенно при более выраженном снижении pСКФ .



ИЗМЕНЕНИЕ СТРУКТУРЫ ПРИЧИН ХБП 3-5 СТ (%) У БОЛЬНЫХ ГНЦ В 2015 Г ПО СРАВНЕНИЮ С 2005 Г



ВОЗРАСТ СТАРТА ЗПТ В СПб



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**



- Наличие сопутствующих заболеваний, ограниченная продолжительность жизни, дряхлость и низкий функциональный статус у этих больных создают значительные трудности при выборе тактики ведения и оказании оптимальной помощи.
- Дряхлость чаще наблюдается у пожилых пациентов с ХБП, чем при ее отсутствии, и ассоциирована с неблагоприятными исходами.
- Факторы риска прогрессирования ХБП у лиц пожилого возраста:
 - низкая расчетная скорость клубочковой фильтрации (pСКФ),
 - высокий исходный уровень протеинурии,
 - острое повреждение почек,
 - низкий уровень сывороточного альбумина
 - наличие сердечной недостаточности.



- Помимо более высокого бремени сопутствующих заболеваний, у пожилых пациентов выше вероятность наличия дряхлости и функциональных нарушений, которые ассоциированы с увеличением заболеваемости и смертности.
- ***Критерии дряхлости***
- 1) Истощение
- 2) Низкая физическая активность
- 3) Непреднамеренная потеря массы тела
- 4) Медленная скорость ходьбы
- 5) Слабость
- *Присутствие трех из пяти критериев говорит о наличии дряхлости*



Clinical Practice Guideline
on management of older
patients with chronic
kidney disease stage 3b
or higher (eGFR < 45 ml/
min/1.73m²)

Клинические рекомендации
по лечению
пожилых пациентов
с хронической болезнью
почек стадии 3Б и выше
(рСКФ < 45 мл/мин/1,73м²)



Таблица 1 Баллы шкалы Bansa1

| | |
|--|-------|
| Категории и значения | баллы |
| Возраст (лет) | |
| 70-74 | 0 |
| 75-79 | 1 |
| 80-84 | 2 |
| 85+ | 4 |
| Пол | |
| женский | 0 |
| мужской | 1 |
| Раса | |
| черные | 0 |
| белые | 1 |
| рСКФ (мл/мин/1,73м²) | |
| 50-59 | 0 |
| 40-49 | 1 |
| 30-39 | 2 |
| <30 | 4 |
| Отношение альбумин/креатинин в моче | |
| < 30 мг/г | 0 |
| ≥ 30 мг/г | 1 |
| Сахарный диабет | |
| нет | 0 |
| есть | 1 |
| Курение | |
| нет | 0 |
| в прошлом | 1 |
| да | 2 |
| Сердечная недостаточность | |
| нет | 0 |
| да | 2 |
| Инсульт в анамнезе | |
| нет | 0 |
| да | 1 |

ШКАЛА БАНЗАЛЯ

Риск летального исхода в течение 5 лет оценивается в зависимости от набранных баллов следующим образом¹:

| | | | | | | | | | | | |
|---------|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| Баллы | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | ≥10 |
| Риск, % | 4 | 6 | 9 | 13 | 19 | 28 | 40 | 54 | 69 | 84 | 98 |

На популяции пациентов из Канады (N=3449)⁴ была разработана серия моделей, предсказывающих прогрессирование продвинутых стадий ХБП до почечной недостаточности, требующей заместительной почечной терапии (Таблица 1); рамкой выделена модель 6 с наилучшими операционными характеристиками.

Таблица 3. Модели предсказания прогрессирования ХБП3-5 до тХПН

| | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|------|------|-------------------|------|-------------------|-------------------|
| Исходная СКФ, на каждые 5 мл/мин/1,73м ²) | 0,54 | 0,57 | 0,58 | 0,60 | 0,61 | 0,64 |
| Возраст, на каждые 10 лет | 0,75 | 0,80 | 0,80 | 0,79 | 0,82 | 0,82 |
| Мужской пол | 1,46 | 1,26 | 1,27 | 1,34 | 1,16 ^b | 1,26 |
| Log отношения альбумин/креатинин ^c | | 1,60 | 1,61 | 1,55 | 1,42 | 1,37 |
| Сахарный диабет | | | 0,86 ^b | | | 0,88 ^b |
| Артериальная гипертензия | | | 1,17 ^b | | | 0,89 ^b |
| АД сист., на каждые 10 ммHg | | | | 1,15 | | 1,14 |
| АД диаст., на каждые 10 ммHg | | | | 1,10 | | 1,15 |
| Масса тела, на каждые 10 кг | | | | 0,91 | | 0,91 |
| Альбумин сыворотки, на 5 г/л | | | | | 0,84 | 0,83 |
| Фосфаты сыворотки, на 0,3 ммоль/л | | | | | 1,27 | 1,34 |
| Бикарбонаты сыворотки, на 1 ммоль/л | | | | | 0,92 | 0,93 |
| Кальций сыворотки, на 0,25 ммоль/л | | | | | 0,81 | 0,82 |
| C статистика ^d | 0,89 | 0,91 | 0,91 | 0,92 | 0,92 | 0,92 |
| Информационный критерий Akaike ^d | 4834 | 4520 | 4521 | 4463 | 4432 | 4378 |

Калькуляторы on-line

по 4 переменным (исходная СКФ, возраст, пол, отношение альбумин/креатинин) - модель 3

https://qxmd.com/calculate/calculator_308/kidney-failure-risk-equation-4-variable

по 8 переменным (исходная СКФ, возраст, пол, отношение альбумин/креатинин, альбумин, фосфаты, бикарбонаты и кальций в сыворотке) – модель 6

https://qxmd.com/calculate/calculator_125/kidney-failure-risk-equation-8-variable



Пациенты старше 65 лет с подтвержденной СКФ 15 мл/мин < рСКФ < 45

мл/мин

Предсказание риска летальности

Предсказание риска прогрессирования до тХПН

Шкала BANSAL

Шкала KRFE

Да

Высокий ?

Нет

Оценить болезненность

Да

Высокая ?

Да

Высокий ?

Нет

Принять риск летальности >> риска прогрессирования

Принять риск летальности низким

Риск прогрессирования высокий

Риск прогрессирования низкий

Совместное решение:

- Нефропротекция
- Додиализное консультирование:
 - выбор модальности, включая консервативное лечение
 - предсказание риска при решении вопроса, начинать диализ или нет (шкала REIN)
- Планирование углубленной помощи

Совместное решение :
· Нефропротекция
· Не провоцировать стресс тХПН и последующего диализа

Совместное решение:
· Нефропротекция
· Не провоцировать стресс тХПН и последующего диализа
· Планирование углубленной помощи

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).
- С 1980 по 2012 года изменилась популяция диализных пациентов:
- пациенты в возрасте 65-74 (на начало диализа) - увеличилось на 47%,
- в возрасте ≥ 75 (пожилых людей) увеличилось на 300% .
- 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 ПРЕДИАЛИЗНОЙ СТАДИИ ?

- Решение о начале ЗПТ 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
- Решения о начале диализной терапии у пожилых больных следует принимать с учетом продолжительности жизни, рисков и преимуществ каждого метода диализа, качества жизни и предпочтений пациента и ухаживающих за ним лиц.
- **Первостепенное значение имеет ориентированный на пациента подход.**
- Предпочтительнее совместное принятие решений и мультидисциплинарный подход, при котором информация о прогнозе и оцениваемых рисках и преимуществах терапии согласуется с предпочтениями и стоимостью у конкретного пациента.



ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДИАЛИЗА ПРОТИВ КОНСЕРВАТИВНОГО УПРАВЛЕНИЯ

| Потенциальные преимущества диализа | Потенциальные недостатки диализа |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Возможно дольше выживания• Может улучшить аппетит• Могут спасти жизнь в некоторых ситуациях• Социальный контакт/взаимодействие с персоналом диализа и пациентов | <p>Несколько болезненными процедурами доступа</p> <ul style="list-style-type: none">• Потеря остаточной функции почек• Диализная усталость, гипотония, ишемия сердца, и функциональные расстройства• Повышенный риск внезапной смерти и инсульта• Потери времени на диализ и госпитализации• Высокая смертность, первые 3 месяца• Больше шансов умереть в больнице против консервативного лечения |



КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИСКУССИЙ О ДИАЛИЗЕ ПРОТИВ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

| Клинические Вопросы | Предложили отслеживать ^б | | комментарии |
|---|-------------------------------------|---|--|
| | диализ | консервативная | |
| Траектории СКФ | | | СКФ определяется как темп падения расчетной СКФ (рскф) в год |
| Медленная (< 3 мл/мин/1,73 м ² /год) | | | |
| Низкая коморбидность ^г | | <input type="checkbox"/> | Пациенты вряд ли будут направлены на ЗПТ |
| Высокая коморбидность | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> • | Эти пациенты, скорее всего, останутся в консервативном лечении из-за медленной потери функции почек и высокой вероятностью смерти от сопутствующей патологии |



КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИСКУССИЙ О ДИАЛИЗЕ ПРОТИВ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

| Клинические Вопросы | Предложил отслеживать ^б | | комментарии |
|---------------------------------------|---|---|---|
| | диализ | консервативная | |
| Траектории снижения СКФ | | | СКФ определяется как темп падения расчетной СКФ (рскф) в год |
| Средний (3-5 мл/мин/1,73 м2 /год) | | | |
| Низкая коморбидность ^г | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | Эти пациенты имеют большой шанс начать ЗПТ. |
| Высокая коморбидность | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Пациенты остаются на консервативном лечении |

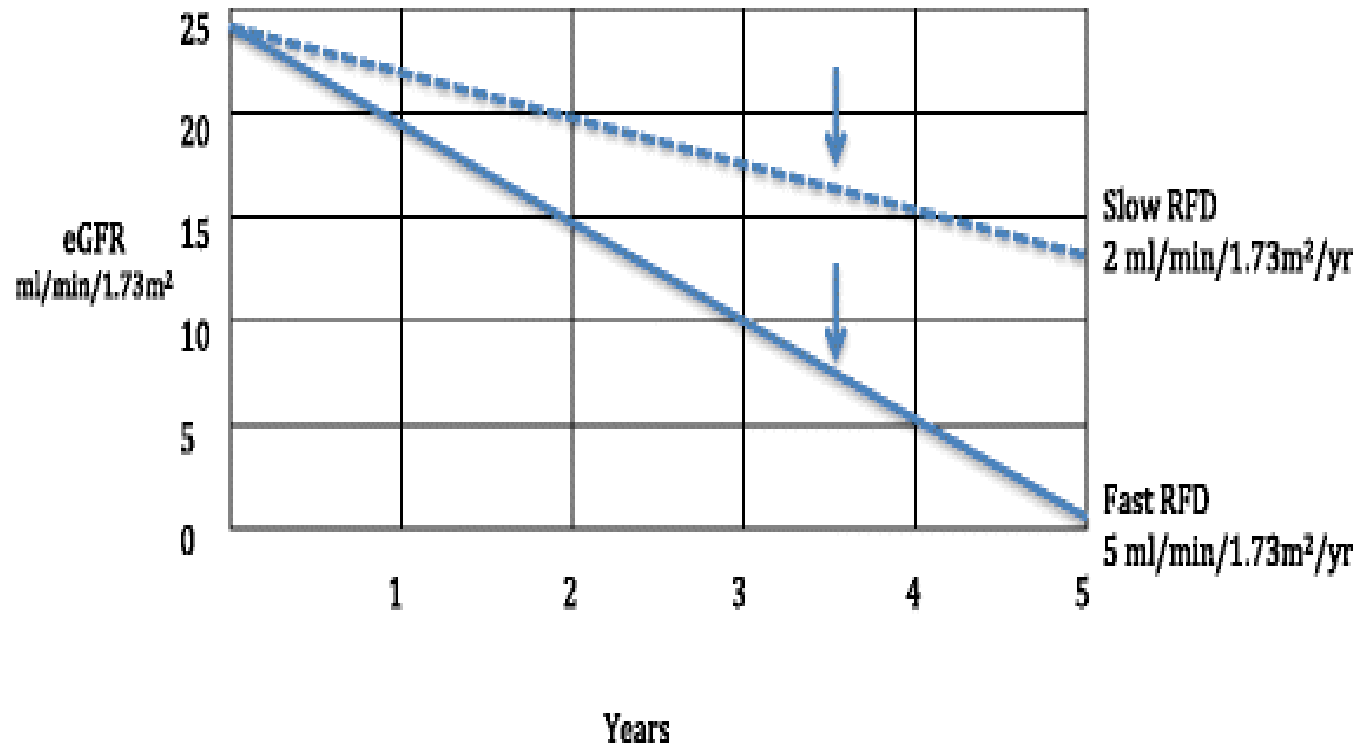


КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИСКУССИЙ О ДИАЛИЗЕ ПРОТИВ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

| Клинические Вопросы | Предложил отслеживать ^б | | комментарии |
|---|------------------------------------|----------------|---|
| | диализ | консервативная | |
| Траектории снижения СКФ | | | СКФ определяется как темп падения расчетной СКФ (рскф) в год |
| Быстрый (более 5 мл/мин/1,73 м2 /год) | | | |
| Низкая коморбидность ^г | □□□ | | Пациенты могут рассматриваться для ЗПТ. |
| Высокая коморбидность | | □□ | Низкая вероятность консервативного лечения (упор на лечение критических состояний) |



75-ЛЕТНИЙ ПАЦИЕНТ ИМЕЕТ ПРОГНОЗИРУЕМУЮ 3.5-ЛЕТНИЮ ВЫЖИВАЕМОСТЬ.



Treatment decisions for older adults with advanced chronic kidney disease

Steven J. Rosansky, Email author, Jane Schell, Joseph Shega, Jennifer Scherer, Laurie Jacobs, Cecile Couchoud, Deidra Crews and Matthew McNabney

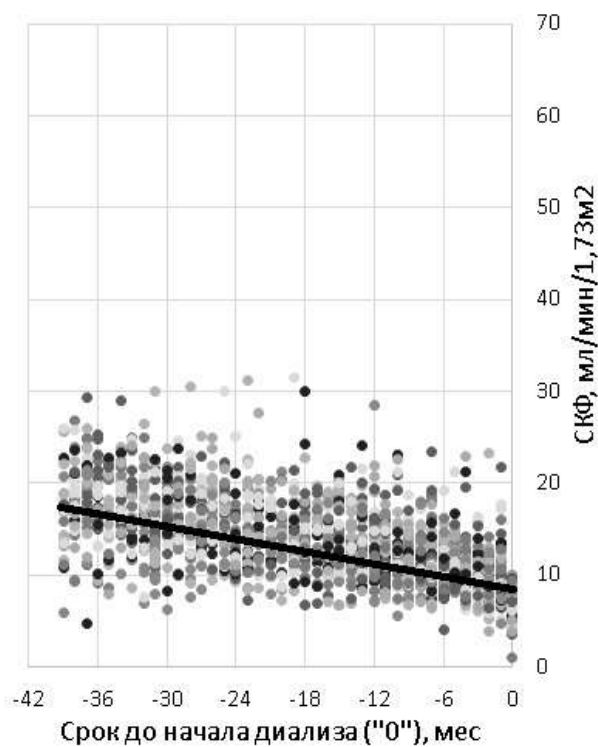
BMC Nephrology BMC series – open, inclusive and trusted 2017:18:200

ГРАДАЦИЯ ТЕМПА ПРОГРЕССИИ ХБП

| Прогрессия ХБП | Значения ΔСКФ мл/мин/мес. |
|------------------------------|--|
| Благополучное течение | до 0,20 |
| Умеренная | 0,2 - 0,35 |
| Значимая | 0,35 – 0,50 |
| Стремительная | более 0,50 |

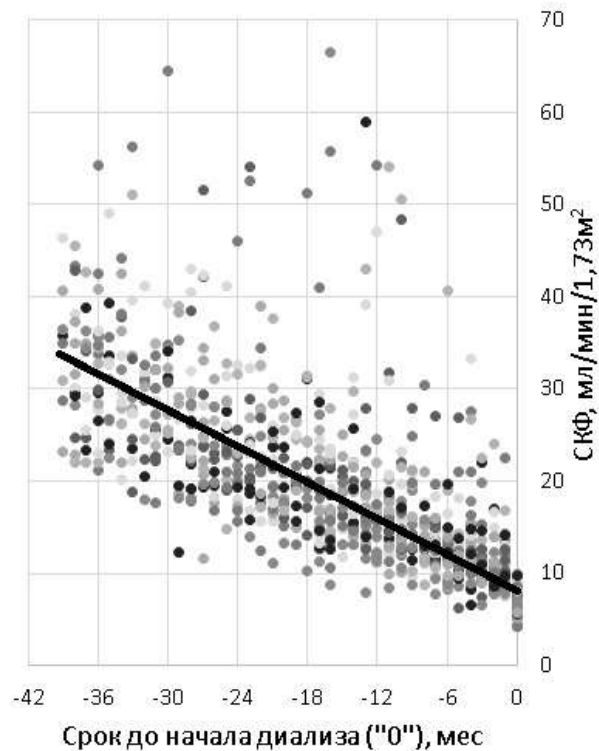
ТРАЕКТОРИИ СНИЖЕНИЯ РСКФ, САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

Группа медленного снижения СКФ



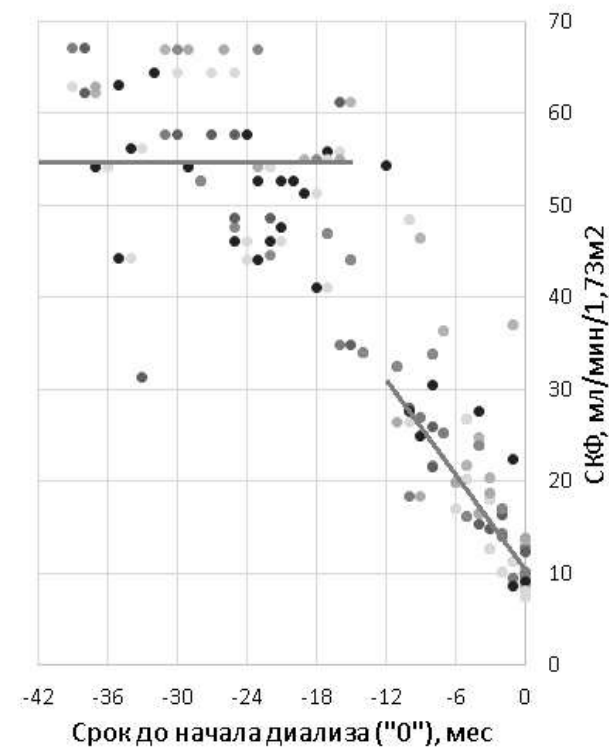
65±13 лет

Группа быстрого снижения СКФ



58±18 лет **

Группа ускоренного снижения СКФ



61±14 лет

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.



ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ХБП 5 ст.:

СРАВНЕНИЕ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ И ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИИ

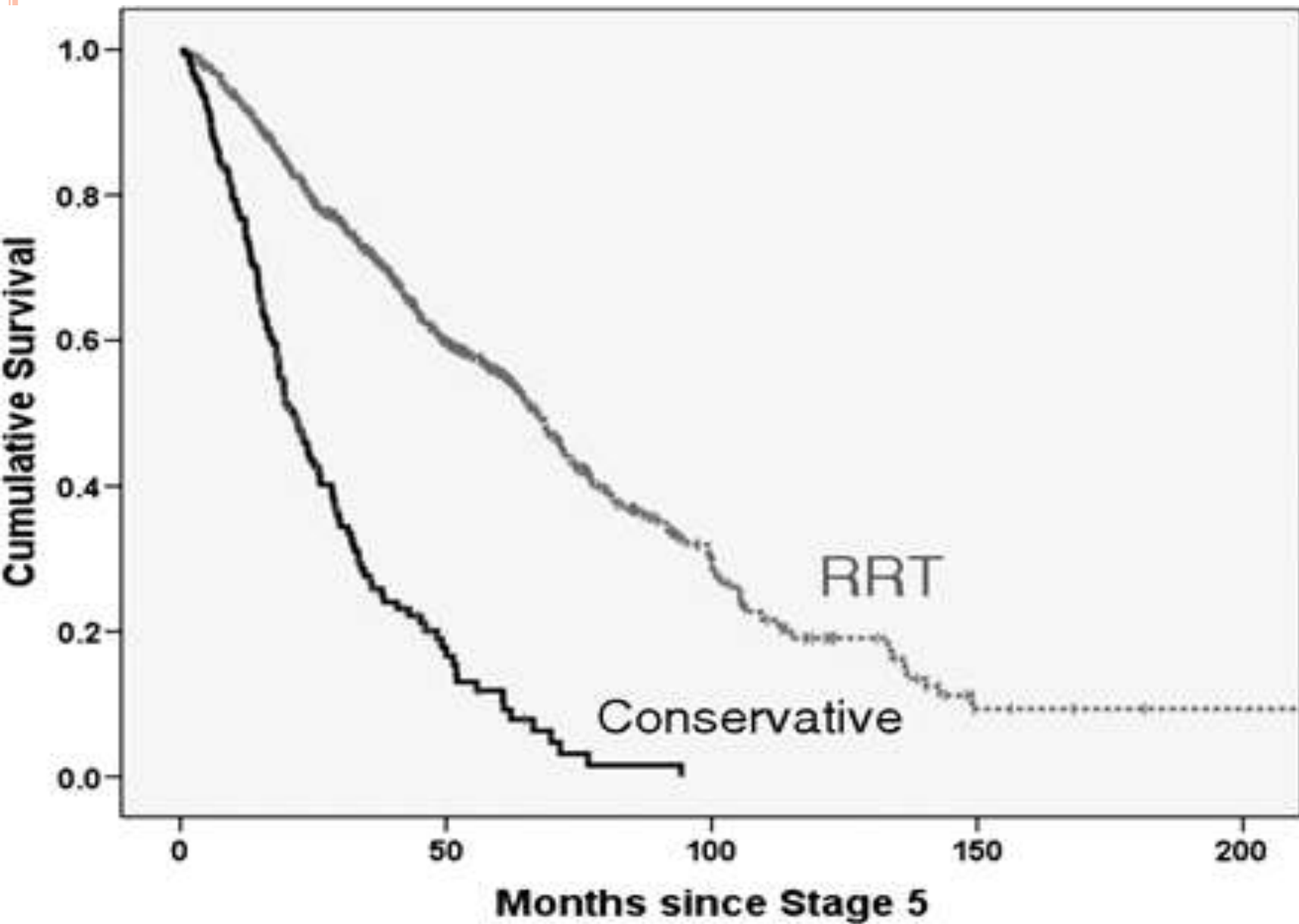
- Цель - выживание пациентов на консервативном лечении по сравнению с пациентами, получавших ЗПТ.
- **Результаты.** 18-летний период, изучены 844 пациента, 689 (82%) из которых получали ЗПТ и 155 (18%) были на консервативном лечении.. Медиана выживаемости - меньше на консервативном лечении, чем на ЗПТ (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.



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

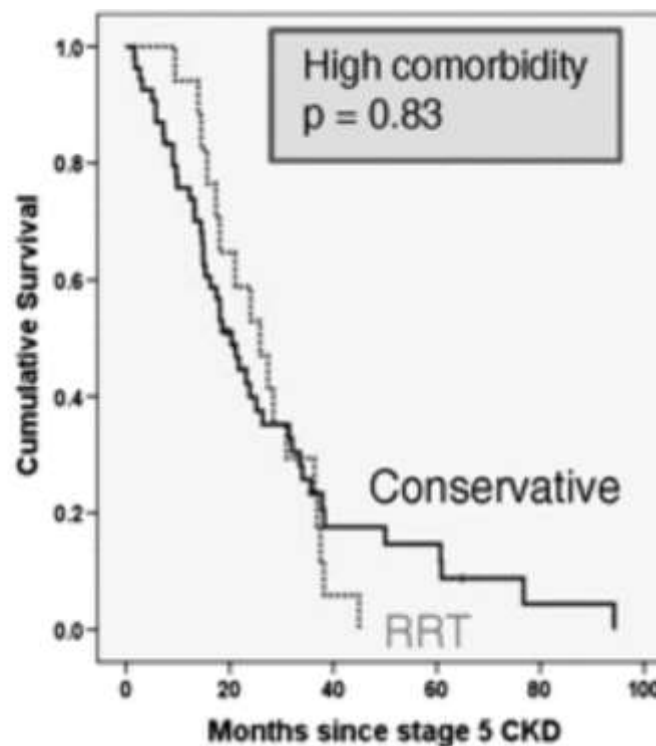
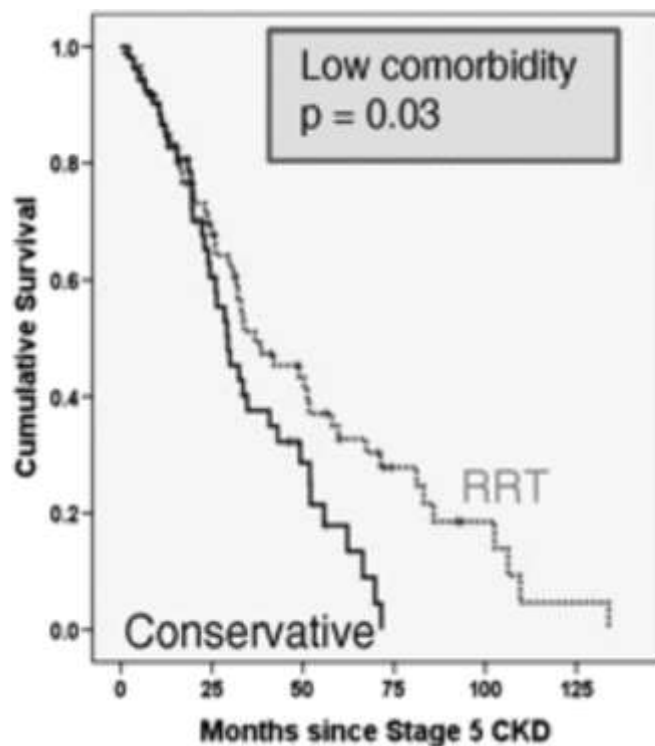
| | Conservative | Dies | P-значение |
|--------------------------|--------------|-------------|------------|
| Количество | 155 (18%) | 689 (82%) | |
| Возраст на этапе 5 (лет) | 77.5 ± 7.6 | 58.5 ± 15.0 | < 0.001 |
| % > 75 лет | 68.4 | 11.2 | < 0.001 |
| % Мужчина | 59.4 | 66.6 | НС |
| % Nobel | 14.2 | 15.7 | НС |
| Shar diabetes % | 35.5 | 34.3 | НС |
| % Высокая Сомо | 49.7 | 17.3 | < 0.001 |





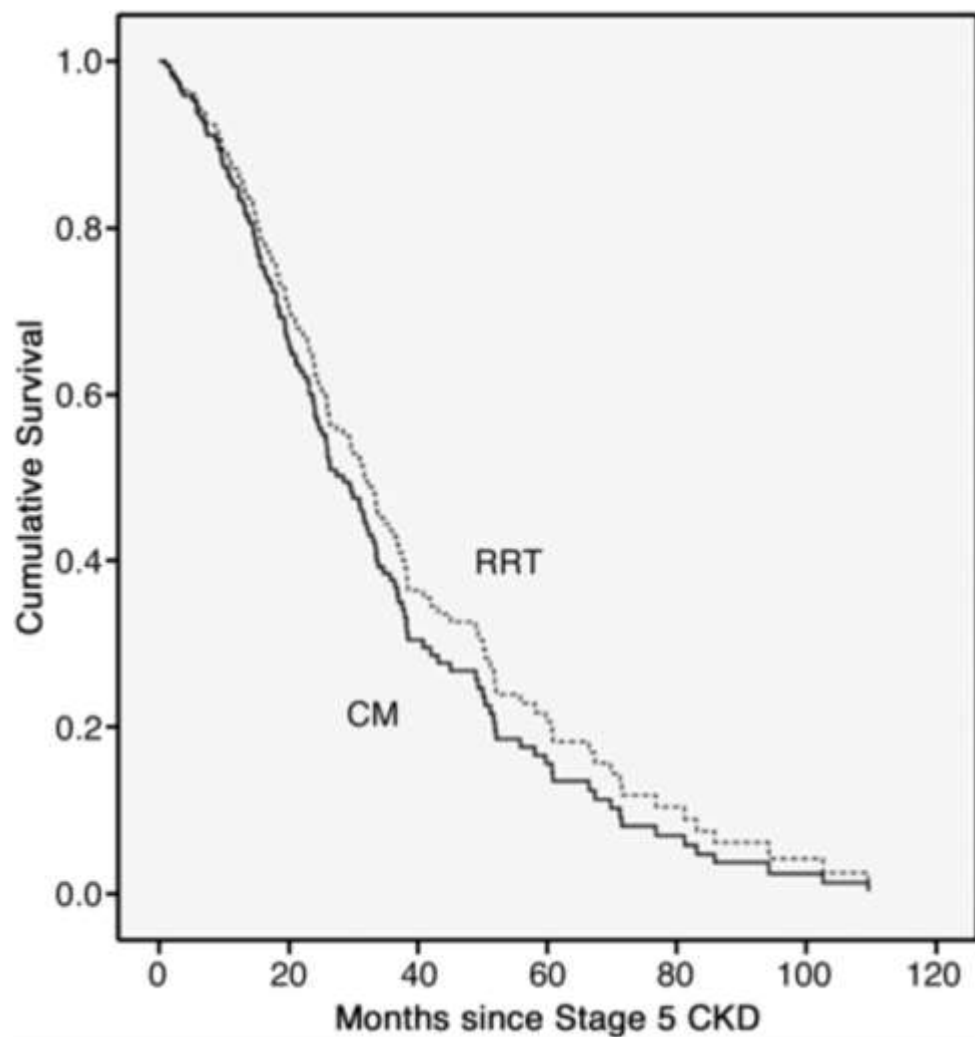
Shahid M. Chandna et al. Nephrol. Dial. Transplant.
2011;26:1608-1614





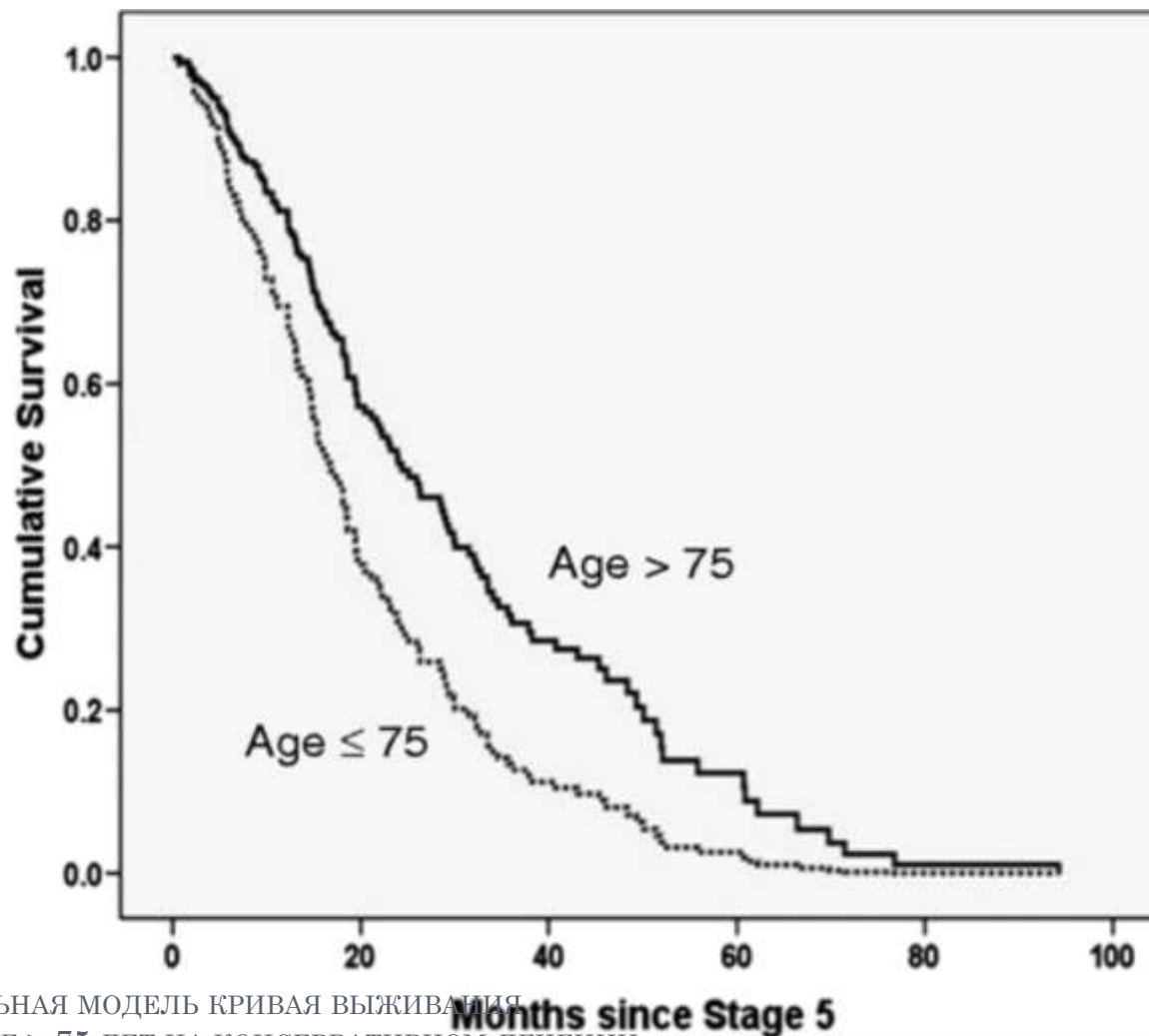
Сравнение выживаемости по Каплану-Мейеру кривые по модальности (ЗПТ против консервативному лечению почек) у пациентов > 75 лет.

From: Survival of elderly patients with stage 5 CKD: comparison of conservative management and renal replacement therapy
 Nephrol Dial Transplant. 2010;26(5):1608-1614.
 doi:10.1093/ndt/gfq630



Кокс-пропорциональная модель выживаемости пациентов в возрасте > 75 лет—с поправкой на возраст, пол, этническую принадлежность, наличие сахарного диабета и наличия высокой коморбидности. Медиана выживаемости пациентов в РРТ лучше < 4 месяцев, что не является статистически значимым ($P = 0.43$).

From: Survival of elderly patients with stage 5 CKD: comparison of conservative management and renal replacement therapy
Nephrol Dial Transplant. 2010;26(5):1608-1614.
doi:10.1093/ndt/gfq630



Кокс-пропорциональная модель кривая выживаемости пациентов в возрасте > 75 лет на консервативном лечении против молодых пациентов—с поправкой на пол, этническую принадлежность, наличие сахарного диабета, наличие высокой коморбидности и СКФ на момент начала исследования. Выживаемость пожилых пациентов значительно лучше, чем у более молодых пациентов (P =

0,009•

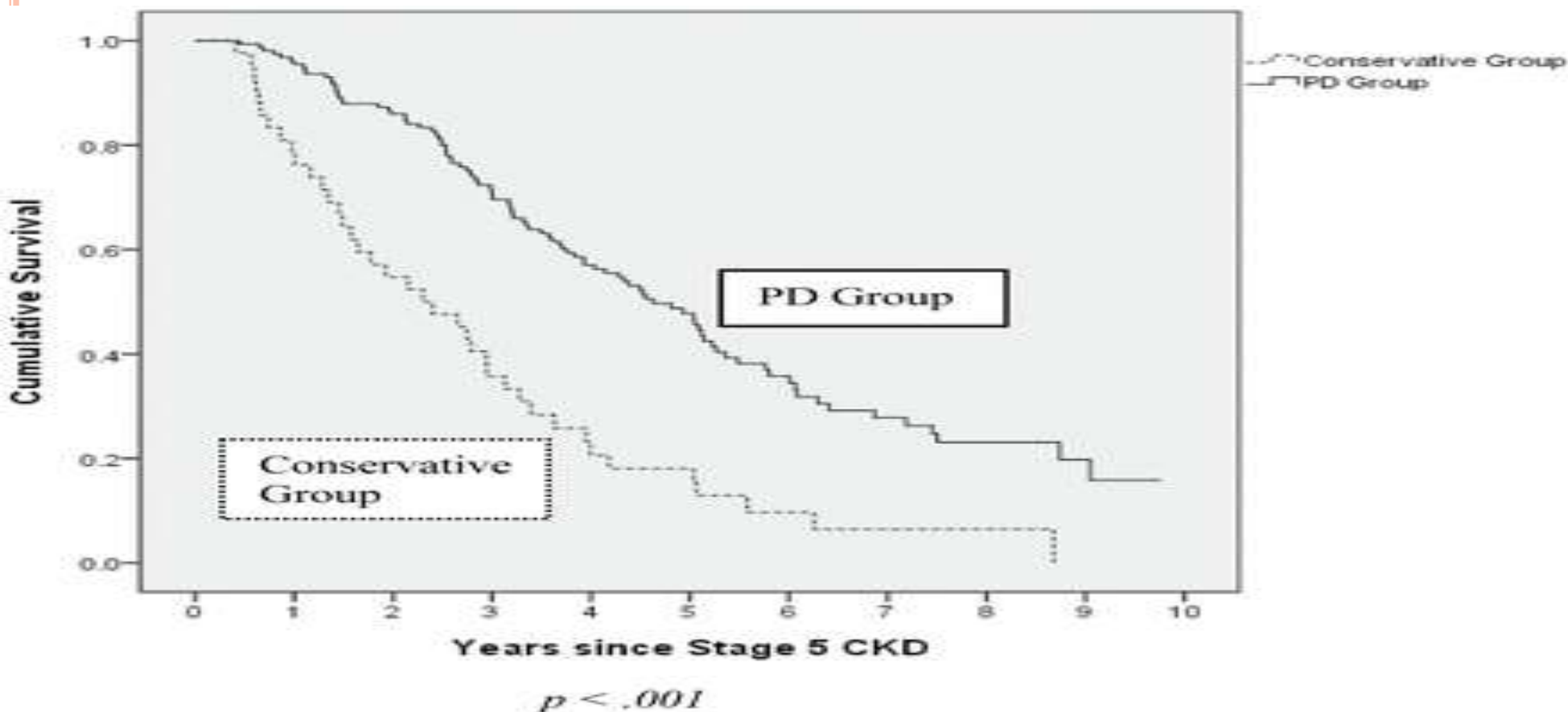
- From: Survival of elderly patients with stage 5 CKD: comparison of conservative management and renal replacement therapy
- Nephrol Dial Transplant. 2010;26(5):1608-1614.

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..

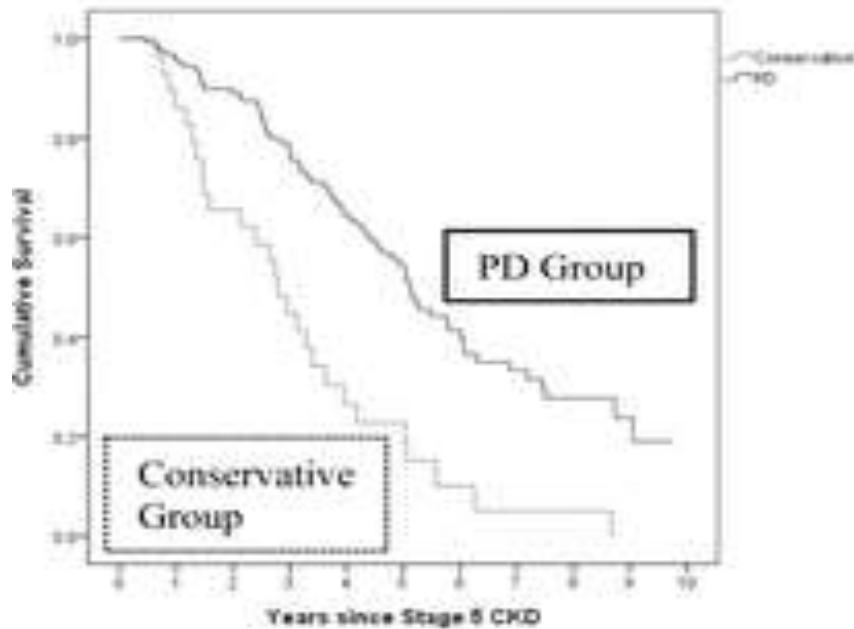


СРАВНЕНИЕ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО И КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ



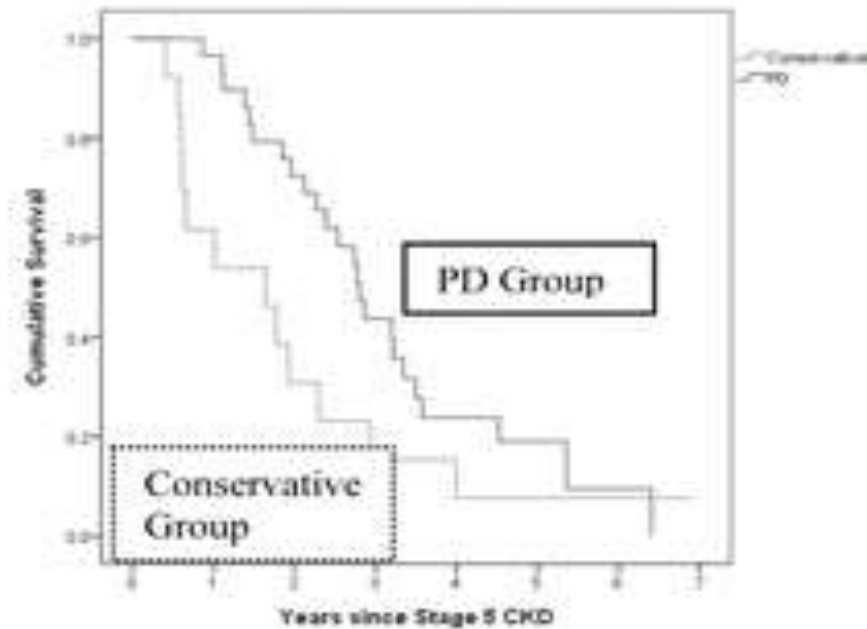
- **Outcomes in Older Adults With Stage 5 Chronic Kidney Disease: Comparison of Peritoneal Dialysis and Conservative Management**
- Chun Keung Shum Kui Fu Tam Wai Leung Chak Tuen Ching Chan Ying Fai MakKa Foon Chau

Participants with low comorbidity (mCCI<6)



$p < .001$

Participants with high comorbidity (mCCI≥6)



$p = .08$

- **Outcomes in Older Adults With Stage 5 Chronic Kidney Disease: Comparison of Peritoneal Dialysis and Conservative Management**

- Chun Keung Shum Kui Fu
Tam Wai Leung Chak Tuen Ching
Chan Ying Fai MakKa Foon Chau

- *The Journals of Gerontology: Series*

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 .



ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ХБП

| Symptom | Impact | Management |
|--------------------------------|--------|--|
| уремический зуд | | накожные средства раздражающие, увлажняющие габапентиноиды, УФО |
| нарушение сна | | «гигиена» сна, воздействие на мешающую сну симптоматику, физические упражнения, коррекция режима дня, простые седативные средства |
| синдром беспокойных ног | | отказ от стимуляторов, «гигиена» сна, аэробные физические упражнения, устройства пневматической компрессии, коррекция гиперфосфатемии и дефицита железа, коррекция режима дня, отказ от препаратов, взаимодействующих с допаминовым путем, попробовать допамин-агонисты, низкие дозы габапентиноидов |

Davison SN. Executive summary of the KDIGO Controversies Conference on Supportive Care in Chronic Kidney Disease: developing a roadmap to improving quality care. *Kidney Int.* 2015;88(3):447-59

ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ХБП

анорексия

связана с неблагоприятными исходами, терапия систематически не оценивалась

тошнота

рвота

запоры

диарея

связь с неблагоприятными исходами и терапия систематически не оценивались

депрессия

связана с неблагоприятным и исходами

РКИ не подтвердили эффективность антидепрессантов, не-РКИ – продемонстрировали

поведенческая терапия
физические упражнения

ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ХБП

боль

Терапия определяется этиологией и тяжестью болевого синдрома.

Физические упражнения и местное тепло при мышечных болях.

При отсутствии эффекта от не-опиоидных анальгетиков – опиоидные. До начала их применения – оценка риска развития зависимости. Использовать стратегии предотвращения зависимости.

Долгосрочных исследования по оценке эффективности терапии болевого синдрома недостаточно

ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ХБП

Table 2 Рекомендации по оценке и коррекции

- Оценивать симптоматику рутинно по валидизированным
- Поэтапный подход: простые – сложные – фармакология (низкие
- Требуются рекомендации по подходам к коррекции
- Коррекция симптоматики – приоритет в исследованиях по ХБП,

Рекомендации по прогнозу

- Tab** · Оценить прогноз и довести его до пациента и семьи, балансируя биомедицинские факты с эмоциональными, культурными аспектами, включая его в процесс принятия общего с пациентом решения в соответствии с его предпочтениями и вероятными преимуществами
- Разработать и подтвердить инструменты для оценки прогноза по наиболее существенным для пациента аспектам

ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ХБП

Table 4 | Shared decision making and ACP recommendations

- Shared decision making is recommended to align treatment with patient and family goals, values, and preferences. Because patients' health status
- Совместное решение учитывает цели, ценности и предпочтения; поскольку они могут меняться, требуется гибкий подход, предусматривающий возможность отложить диализ или отказаться от диализа

Table 5 | Рекомендации по отказу от диализа

- Ta Отказ от диализа этически и клинически приемлем с учетом процесса принятия решений:
- пациент, способный принимать решения, полностью информирован и делает свободный выбор;
 - пациент более не может принимать решения, но ранее определил условия отказа от диализа;
 - пациент более не может принимать решения, но законный представитель отказался от диализа
 - пациент с необратимой утратой мыслительной способности, осмысленного поведения, осознания себя и окружения

ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ХБП

Table 6 | Определение полноценной консервативной

Полноценная консервативная помощь – целостный пациент-ориентированный подход, включающий:

- вмешательства по замедлению прогрессирования ХБП и минимизации осложнений
- совместное принятие решений
- активная коррекция симптоматики
- взаимодействие и планирование
- психологическая поддержка, социальная поддержка
- духовная поддержка в соответствии с культурными традициями

Полноценная консервативная помощь – метод выбора, медицински обоснованная

Консервативная помощь, обусловленная ограничением доступа к ЗПТ

ХБП не выявлена, консервативная помощь оказывается без диагноза и не по профилю

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 > 1,25-1,43 ммоль/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 | - | + | + | - |

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 |

ВЫВОДЫ

- ПД является жизнеспособным вариантом лечения у пожилых людей с 5 стадией 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.



