

# Сила и подводные камни

## клинических рекомендаций: на примере рекомендаций

### KDIGO по ОПП

Asghar Rastegar, MD.

Professor of Medicine

Section of Nephrology

Yale School of Medicine

1/4/2014



AR Moscow 2013

A. Rastegar©



# Зачем разрабатывать рекомендации по ОПП?

- ОПП – частая патология.
- ОПП ассоциируется с крайне тяжелым прогнозом (заболеваемость и смертность).
- Высокая стоимость лечения пациента с ОПП.
- ОПП можно рано диагностировать и потенциально предотвратить.
- В практике разработано достаточно подходов к предотвращению, диагностике, лечению и достижению благоприятных исходов ОПП.
- Клинические практические рекомендации могут позволить снизить число этиологических факторов ОПП, улучшить прогноз и снизить стоимость лечения.
- Формальные рекомендации не включены в эту презентацию.

# Зачем разрабатывать рекомендации по ОПП?

## ➤ Частота:

➤ Развитые страны: 2.2/1000 населения J Am Soc Nephrol 2007; 18: 1292–1298.

➤ Развивающиеся страны: нет данных

## ➤ Высокая смертность (ОР):

➤ RIFLE: R:2.5, I: 5.4, F: 10.1

➤ AKIN: Стадии I: 2.2, II: 6.1, III: 8.6 Crit Care Med 2006; 34: 1913–1917.

## ➤ Высокая стоимость:

➤ RIFLE-R: 1.6X цена в сравнении с контролем

➤ RIFLE-F: 2X цена в сравнении с контролем Nephrol Dial Transplant (2008) 23: 1970–1974

# KDIGO: ОПП

- Цель моего выступления:
  - Обзор рекомендаций KDIGO по ОПП
  - Анализ 3 выборочных разделов
  - Обсудить силу и подводные камни клинических практических рекомендаций со специальным акцентом на KDIGO-ОПП

# KDIGO: ОПП

- Цель моего выступления:
  - Обзор рекомендаций KDIGO по ОПП
  - Анализ 3 выборочных разделов
  - Обсудить силу и подводные камни клинических практических рекомендаций со специальным акцентом на KDIGO-ОПП

# Клинические практические рекомендации KDIGO по ОПП

- Созданы в 2011, опубликованы в 2012
- Работа над Рекомендациями продолжается
- Содержание:
  - Определение и классификация
  - Риск
  - Оценка степени
  - Предотвращение
  - Лечение



Оценка процесса разработки КР:  
анализ рекомендаций, исследование и определение значимости  
(AGREEII)

- AGREE II содержит 23 пункта разделенных на 6 областей:
  - Назначение и пределы возможностей
  - Вовлечение заинтересованных сторон
  - Точность формулирования
  - Ясность изложения
  - Применимость
  - Независимость редакторов

# Анализ AGREEII применительно к рекомендациям KDIGO по ОПП

Область	Балл (1-7)	Масштаб разброса баллов (0.0-1.0)
Назначение и пределы возможностей	6.0 +/-0.9	0.83
Вовлечение заинтересованных сторон	5.6+/-1.8	0.58
Точность формулирования	6/0+/-1.0	0.76
Ясность изложения	4.9+/-0.9	0.73
Применимость	4.6+/-1.8	0.53
Независимость редакторов	6.1+/-0.9	0.85

Modified from Pavelsky et al. Am J Kidney Dis. 2013;61(5):649-672



# Клинические практические рекомендации KDIGO по ОПП

- Созданы в 2011, опубликованы в 2012
- Работа над Рекомендациями продолжается
- Содержание:
  - Определение и классификация
  - Риск
  - Оценка степени
  - Профилактика
  - Лечение

# Содержание; дополнительные разделы

- Контроль гликемии
- Использование диуретиков про ОПП
- Терапия вазодилататорами: дофамин, фенолдапам и натрийуретический пептид
- Воздействие фактора роста
- Антагонисты рецепторов аденозина
- Профилактика ОПП, вызванного аминогликозидами и амфотерецином
- Контраст-индуцированное ОПП

## Оценка качества доказательств

Степень	Качество доказательности	Значение
A	Высокое	Мы уверены, что истинный эффект близок к рассчитываемому эффекту
B	Среднее	Истинный эффект близок к рассчитываемому эффекту, но может и существенно отличаться
C	Низкое	Истинный эффект может существенно отличаться от рассчитываемого эффекта
D	Очень низкое	Рассчитываемый эффект очень неопределенный и может быть весьма далек от истинного

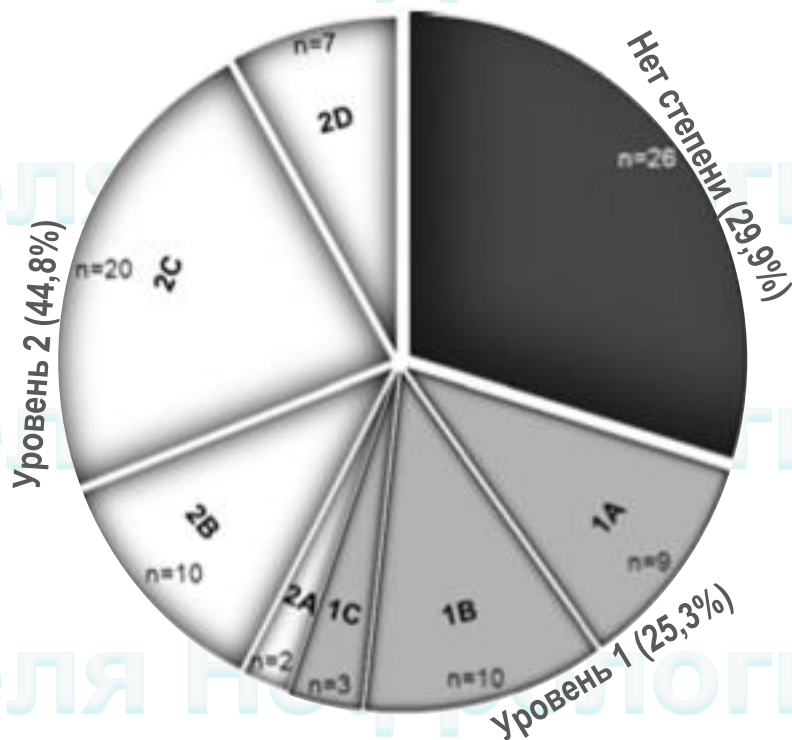
## Оценка качества доказательств

Степень	Качество доказательности	Значение
A	Высокое	Мы уверены, что истинный эффект близок к рассчитываемому эффекту
B	Среднее	Истинный эффект близок к рассчитываемому эффекту, но может и существенно отличаться
C	Низкое	Истинный эффект может существенно отличаться от рассчитываемого эффекта
D	Очень низкое	Рассчитываемый эффект очень неопределенный и может быть весьма далек от истинного

## Оценка степени рекомендаций

Степень*	Следствия		
	Для пациентов	Для клиницистов	Организация здравоохранения
Уровень 1 «мы рекомендуем»	Большинство людей в Вашей ситуации согласятся с рекомендуемыми действиями, и только меньшинство – не согласятся	Большинство пациентов должны получать рекомендуемое лечение	Рекомендация может быть оценена как потенциальная база для разработки инструкций и оценки критериев качества
Уровень 2 «мы предлагаем»	Большинство людей в Вашей ситуации согласятся с рекомендуемыми действиями, но многие не согласятся	Различные варианты могут подойти разным пациентам. Каждому пациенту следует помочь принять решение о лечении в соответствии с его предпочтениями	Рекомендация может потребовать длительного обсуждения с привлечением заинтересованных сторон, прежде чем будут разработаны инструкции

# Качество данных и степени рекомендаций

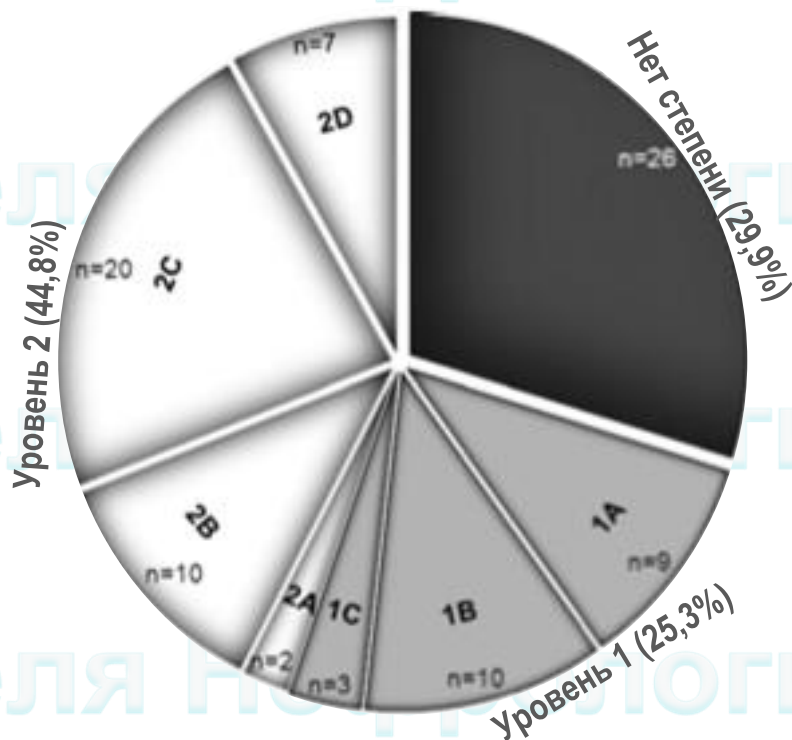


## Рекомендации:

Всего	87
Без степени	30%
Со степенью	70%

Figure 1. Сила рекомендаций и степень доказательств Клинических Практических рекомендаций KDIGO по ОПП. Уровень 1 соотносится к статусу Рекомендаций «мы рекомендуем»; Нет степени – относится к рекомендациям, базирующимся на общем мнении или когда они не подкреплены доказательствами, достаточной силы. Качество доказательств градируется от A до D, где соответствующие буквы характеризуют высокий, средний, низкий и очень низкий уровень доказательств.

# Качество данных и степени рекомендаций



## Рекомендации:

Всего	87
Без степени	30%
Со степенью	70%

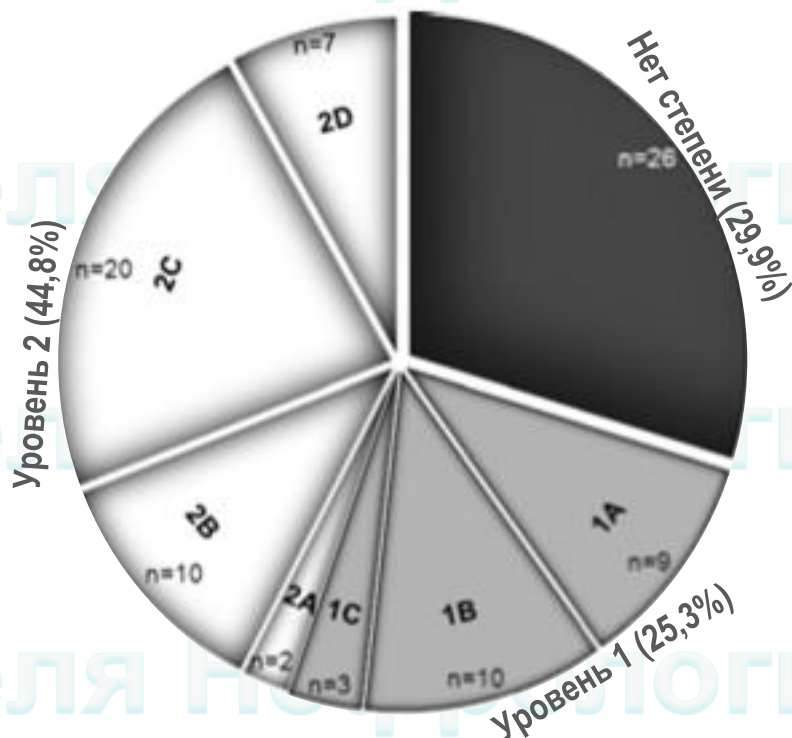
## Качество данных:

A (высокое)	18%
B (среднее)	33%
C (низкое)	37%
D (очень низкое)	12%

Figure 1. Сила рекомендаций и степень доказательств Клинических Практических рекомендаций KDIGO по ОПП. Уровень 1 соотносится к статусу Рекомендаций «мы рекомендуем»; Нет степени – относится к рекомендациям, базирующимся на общем мнении или когда они не подкреплены доказательствами, достаточной силы. Качество доказательств градируется от A до D, где соответствующие буквы характеризуют высокий, средний, низкий и очень низкий уровень доказательств.



# Качество данных и степени рекомендаций



## Рекомендации:

Всего	87
Без степени	30%
Со степенью	70%

## Качество данных:

A (высокое)	18%
B (среднее)	33%
C (низкое)	37%
D (очень низкое)	12%

## Степень рекомендаций:

Уровень 1:	36%
Уровень 2:	64%

Figure 1. Сила рекомендаций и степень доказательств Клинических Практических рекомендаций KDIGO по ОПП. Уровень 1 соотносится к статусу Рекомендаций «мы рекомендуем»; Нет степени – относится к рекомендациям, базирующимся на общем мнении или когда они не подкреплены доказательствами, достаточной силы. Качество доказательств градируется от A до D, где соответствующие буквы характеризуют высокий, средний, низкий и очень низкий уровень доказательств.

## Связь между качеством доказательств и степенью рекомендаций

<u>Рекоменд/КД</u>	<u>#(%)</u>	<u>Общий% (% подгрупп)</u>
• 1A	9(14.8%)	
• 1B	10(16.4%)	
• 1C	3(4.9%)	
• 1D	0(0%)	
• 2A	2(3.3%)	
• 2B	10(16.4%)	
• 2C	20(32.8%)	
• 2D	7(11.5%)	
• Без степени	26(29.9%)	

## Связь между качеством доказательств и степенью рекомендаций

<u>Рекоменд/КД</u>	<u>#(%)</u>	<u>Общий% (% подгрупп)</u>	
• 1A	9(14.8%)	} 31.2%	(86%)
• 1B	10(16.4%)		
• 1C	3(4.9%)		
• 1D	0(0%)		
• 2A	2(3.3%)	} 44.3%	(73%)
• 2B	10(16.4%)		
• 2C	20(32.8%)		
• 2D	7(11.5%)		
• Без степени	26(29.9%)		

# KDIGO: ОПП

- **Цель моего выступления:**
  - Обзор рекомендаций KDIGO по ОПП
  - Анализ 3 выборочных разделов
  - Обсудить силу и подводные камни клинических практических рекомендаций со специальным акцентом на KDIGO-ОПП

# Отдельные разделы рекомендаций KDIGO: качество доказательств и степень рекомендаций

Раздел	# рекомен.	#	степень	# нет степени
Определение и классификация	11	1	1B	10
Профилактика и лечение	25	4	1A	0
		2	2A	
		3	1B	
		5	2B	
		9	1C	
		4	2C	
Диализная терапия	33	3	1A	9
		5	1B	
		2	1C	
		5	2B	
		8	2C	
		1	2D	

# Неделя Нефрологии РДО 2013

Таблица 2 | Стадии и классификация ОПП

Стадия	Креатинин плазмы (SCr)	Объем мочи
1	1.5-1.9 X исходного или >0.3 мг/дл X исходного	<0.5 мл/кг/ч за 6-12 ч
2	2/0-2.9 X исходного	<0.5 мл/кг/ч за >12 ч
3	3.0 X исходного или Повышение SCr to >4.0 мг/дл (>353 мкмоль/л) или начало ЗПТ	<0.3 мл/кг/ч за >24 ч или Анурия за >12 ч



## Раздел 2: ОПП определение

2.1.1: ОПП определяется как: **(нет степени)**

повышение SCr на  $\geq 0.3$  мг/дл ( $\geq 26.5$  мкмоль/л) в течение 48 часов; или повышение SCr до  $\geq 1.5$  раз по сравнению с исходным уровнем (если это известно, или предполагается, что это произошло в течение предшествующих 7 дней); или объем мочи  $< 0.5$  мл/кг/час за 6 часов.

2.1.2: Стадии ОПП, в зависимости от тяжести, выделяются в соответствии со следующими критериями (Таблица 2) **(нет степени)**

2.1.3: Причина ОПП должна быть установлена во всех случаях, когда это возможно. **(нет степени)**

2.2.1: Мы рекомендуем разделять пациентов на группы в соответствии со степенью риска развития ОПП в зависимости от предрасполагающих факторов и воздействий, которым они подвергаются. **(1B)**

2.2.2: Ведение больных должно осуществляться в зависимости от предрасполагающих факторов и воздействий, которым они подвергаются, для снижения риска развития ОПП (см. соответствующие разделы). **(нет степени)**

2.2.3: Следует тщательно мониторировать пациентов с риском развития ОПП, контролируя SCr и измеряя объем мочи. **(нет степени)**. Частоту и продолжительность мониторинга следует определять индивидуально в зависимости от степени риска и конкретной клинической ситуации. **(нет степени)**

2.3.1: Пациенты должны быть незамедлительно обследованы на предмет выявления причины ОПП, причем особенный акцент должен быть сделан на установлении обратимых причин **(нет степени)**

## Раздел 2: ОПП определение (продолжен.)

2.3.2: У пациентов с ОПП необходимо измерять SCr и объем выделяемой мочи для определения стадии (степени тяжести) почечного повреждения в соответствии с Рекомендацией 2.1.2. **(нет степени)**

2.3.3: Ведение больных с ОПП должно осуществляться в соответствии со стадией повреждения (см. Рис. 4) и его этиологией. **(нет степени)**

2.3.4: Пациенты с ОПП должны наблюдаться в течение 3 месяцев на предмет оценки степени восстановления функции почек, повторного эпизода острого почечного повреждения или ухудшения течения имевшей место прежде ХБП. **(нет степени)**

- Если у больного имеется ХБП, то его лечение должно осуществляться в соответствии с Практическими Рекомендациями KDOQI по ведению ХБП (Рекомендации 7-15). **(нет степени)**
- Если у больного нет ХБП, следует иметь в виду, что у такого пациента повышен риск развития хронической болезни почек, и его следует вести в соответствии с практическими Рекомендациями KDOQI (Рекомендация 3 для пациентов с риском развития ХБП). **(нет степени)**

**Степень: 1 (1B)**

**Без степени: 10**

# ОПП определение и классификация: Основная разница между KDIGO, US и ERBP

## KDIGO

2.1.1: ОПП определено, как одно из нижеследующего: повышение SCr на  $\geq 0.3$  мг/дл ( $\geq 26.5$  мкмоль/л) в течение 48 часов; или повышение SCr до  $\geq 1.5$  раз по сравнению с исходным уровнем (если это известно, или

предполагается, что это произошло в течение предшествующих 7 дней); или объем мочи  $< 0.5$  мл/кг/час за 6 часов.

2.1.2: Стадии ОПП, в зависимости от тяжести, выделяются в соответствии со следующими критериями (Таблица 2) (нет степени)

2.1.3: Причина ОПП должна быть установлена во всех случаях, когда это возможно. (нет степени)

## US-KDIGO

В определение ОПП добавлен объем выделяемой мочи

Предостережение об использовании незначительных изменений уровня SCr для диагностики ОПП.

Независимое значение длительности ОПП

## ERBP-KDIGO

1.1.1 Использование единого определения ОПП, основанного на объеме выделяемой мочи и на изменениях SCr. (1C)

1.1.2a Первый документированный уровень SCr в качестве «исходного» использовать предпочтительней, чем анамнестические или расчетные данные. (1C)

1.1.2b Использование расчетного критерия, основанного на изменении объема выделяемой мочи для оценки темпа диуреза, особенно у пациентов без мочевого катетера (1C).  
Для расчета диуреза в мл/мин/кг предпочтительно использовать расчетную идеальную массу тела, нежели чем реальный вес больного. (Без степени)

1.1.3 Причина ОПП должна быть установлена во всех случаях, когда это возможно. Как минимум, больной должен быть обследован на предмет выявления этих причин (Без степени)

# Разногласия в определении ОПП

- Исходный креатинин
- Использование измерения объема выделяемой мочи
- Изолированно уровень креатинина плазмы vs длительность увеличения уровня креатинина

*Kidney Int.* 2010;78(9):926-933.

# ОПП профилактика и лечение: Основные различия между KDIGO, US и ERBP

## KDIGO

3.1.1: При отсутствии геморрагического шока, мы считаем, что использование изотонических растворов электролитов предпочтительней, чем использование коллоидных растворов (альбумин или крахмал) (2B)

3.1.2: Мы рекомендуем использовать вазопрессоры в сочетании с инфузионной терапией у пациентов с вазомоторным шоком с наличием ОПП или с риском его развития. (1C)

3.1.3: Для предотвращения развития или ухудшения ОПП во время хирургических операций у пациентов высокой группы риска (2C) или у больных с септическим шоком (2C) мы предлагаем использовать протокол, основанный на контроле гемодинамических параметров и показателях степени оксигенации.

## US-KDIGO

...соглашаются с рекомендациями по предпочтительному использованию изотонических растворов кристаллоидов, а не коллоидных растворов для поддержания водного баланса у пациентов с ОПП или больных с риском развития ОПП...

Соглашаются с использованием вазопрессоров..... Однако не известно, какой конкретно из препаратов более эффективен у пациентов с ОПП или риском его развития

Полностью соглашаются с использованием протокола, основанного на контроле гемодинамики и оксигенации для предотвращения развития ОПП или увеличения его степени...

## ERBP-KDIGO

2.1.1 У пациентов с ОПП или с риском его развития, при отсутствии геморрагического шока, в качестве начальной терапии восполнения внутрисосудистого объема, мы рекомендуем использовать изотонические растворы кристаллоидов, а не коллоидные растворы (альбумин или крахмал).(1B)

2.1.2 Мы рекомендуем использовать вазопрессоры для поддержания перфузионного давления при проведении инфузионной реанимации у пациентов с вазомоторным шоком с ОПП или риском его развития. (1C)

2.1.3 Мы предлагаем использовать протокол коррекции гемодинамики и нарушений параметров оксигенации для предотвращения развития ОПП или увеличения его степени у пациентов высокой группы риска. (2C)

## Раздел 5: Диализная терапия при ОПП

- Выбор времени начала заместительной почечной терапии (ЗПТ) при ОПП
- Критерии прекращения ЗПТ при ОПП
- Антикоагуляция
- Сосудистый доступ для ЗПТ при ОПП
- Диализная мембрана для ЗПТ при ОПП
- Вид ЗПТ для пациентов с ОПП
- Буферные растворы для ЗПТ при ОПП
- Доза заместительной почечной терапии при ОПП



## Раздел 5: Диализная терапия при ОПП

- 33 рекомендации:
  - 9 без степени, 10 уровень 1, 14 уровень 2
  - Качество доказательств: 13/24 А или В
- Анализ Рабочей группы США:
  - В целом согласны с рекомендациями без степени
  - 10 рекомендаций уровня 1: минимальные изменения
  - 14 рекомендаций уровня 2 требуют дальнейшей доработки:
    - Выбор антикоагуляции
    - Использование нетунеллированных катетеров
    - Рутинное использование местных антибиотиков

## Резюме: отдельных рекомендаций KDIGO по ОПП

- Многие из рекомендаций не имеют степени
- Минимальное количество рекомендаций подкреплено доказательствами наиболее высокого уровня (A)
- В определении ОПП имеются значительные разногласия
- Хорошо согласуются с рекомендациями по лечению ОПП и использованию ЗПТ в целом

# KDIGO: ОПП

- Цель моего выступления:
  - Обзор рекомендаций KDIGO по ОПП
  - Анализ 3 выборочных разделов
  - Обсудить силу и подводные камни клинических практических рекомендаций со специальным акцентом на KDIGO-ОПП

# Клинические Рекомендации; сила и подводные камни

- Цели клинических рекомендаций:
  - Улучшить качество помощи
  - Уменьшить различия в практических подходах
  - Снизить цену

# Проблема разработки и внедрения в практику клинических рекомендаций

- Доказательства vs мнения экспертов

# Проблема разработки КР; доказательства vs мнения экспертов

- Доказательства vs мнения экспертов
  - АСС/АНА клинические практические рекомендации:
    - 7,000 рекомендаций:
      - 11% основаны на рандомизированных контролируемых исследованиях
      - 48% на мнениях экспертов

(JAMA. 2009;301(8):831- 84)



# Проблема разработки и внедрения в практику клинических рекомендаций

- Доказательства vs мнения экспертов
- Оценка качества доказательств

# Оценка качества доказательств

## Анализ доказательной базы для оценки качества дизайна исследования\*

Доказательство получено в результате, как минимум, одного рандомизированного контролируемого исследования.

Доказательство получено в результате, контролируемого исследования с хорошим дизайном, без рандомизации.

Доказательство получено в результате, когортного аналитического исследования типа «случай-контроль» с хорошим дизайном, желательно из более чем одного центра или групп исследования.

Доказательство получено в результате, серии интервенционных или неинтервенционных исследований. Драматические результаты неконтролируемых экспериментальных работ (таких как внедрение в практику пенициллина в 1940-х) также могут быть приняты во внимание.

Мнение уважаемых авторов, основанное на клиническом опыте; описательные исследования и описания клинических случаев или отчеты экспертных комитетов.

# Неделя Нефрологии РДО 2013

# Неделя Нефрологии РДО 2013

Оценка качества доказательств		
Степень	Качество доказательности	Значение
A	Высокое	Мы уверены, что истинный эффект близок к рассчитываемому эффекту
B	Среднее	Истинный эффект близок к рассчитываемому эффекту, но может и существенно отличаться
C	Низкое	Истинный эффект может существенно отличаться от рассчитываемого эффекта
D	Очень низкое	Рассчитываемый эффект очень неопределенный и может быть весьма далек от истинного

# Проблема разработки и внедрения в практику клинических рекомендаций

- Доказательства vs мнения экспертов
- Оценка качества доказательств
- Лечение специфических болезней vs пациент
  - Больные с несколькими сопутствующими заболеваниями
  - Предпочтения больного

**SOUNDING BOARD**

**Потенциальные проблемы рекомендаций  
по специфическим болезням у пациентов  
с множественной сопутствующей патологией**

Mary E. Tinetti, M.D., Sidney T. Bogardus, Jr., M.D., and Joseph V. Agostini, M.D.

n engl j med 351;27december 30, 2004

**Конец эры болезни**

Mary E. Tinetti, MD, Terri Fried, MD

Med. 2004;116:179–185.

# Проблема разработки и внедрения в практику клинических рекомендаций

- Доказательства vs мнения экспертов
- Оценка качества доказательств
- Лечение специфических болезней vs пациент
  - Больные с несколькими сопутствующими заболеваниями
  - Предпочтения больного
- Оценка влияния КР на исход



# Проблема разработки и внедрения в практику клинических рекомендаций

- Доказательства vs мнения экспертов
- Оценка качества доказательств
- Лечение специфических болезней vs пациент
  - Больные с несколькими сопутствующими заболеваниями
  - Предпочтения больного
- Оценка влияния КР на исход
- Использование рекомендаций для оценки показателя качества

# Проблема разработки и внедрения в практику клинических рекомендаций

- Доказательства vs мнения экспертов
- Оценка качества доказательств
- Лечение специфических болезней vs пациент
  - Больные с несколькими сопутствующими заболеваниями
  - Предпочтения больного
- Оценка влияния КР на исход
- Использование рекомендаций для оценки показателя качества
- Уменьшение степени свободы выбора, индивидуализация и критические суждения

# Проблемы при внедрении в практику клинических рекомендаций

- Уровень врача: подходят ли рекомендации моему пациенту?

# Проблемы при внедрении в практику клинических рекомендаций

- Уровень врача: подходят ли рекомендации моему пациенту?
- Уровень учреждения: достаточно ли ресурсов для применения рекомендаций на практике?

# Проблемы при внедрении в практику клинических рекомендаций

- Уровень врача: подходят ли рекомендации моему пациенту?
- Уровень учреждения: достаточно ли ресурсов для применения рекомендаций на практике?
- Система здравоохранения: поддерживаются рекомендации системой здравоохранения в которой я работаю?

# КР: непредвиденные последствия

- Рекомендация: пациенту с пневмонией антибактериальная терапия должна начинаться в течение первых 4 часов после госпитализации
- Результат применения рекомендации: на 20% увеличилось число случаев неправильной диагностики пневмонии
- Повысилась частота использования антибиотиков у больных без пневмонии

Chest. 2007;131(6):1865-1869.



# КР в действии: успешная модель

- Улучшение контроля артериального давления в большой системе здравоохранения

Jaffe MG et al. *JAMA*. 2013;310(7):699-705.

# КР в действии: успешная модель

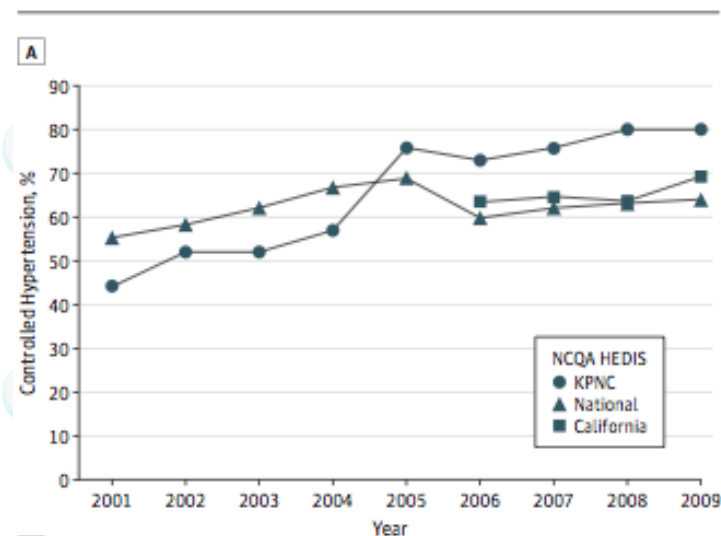
- Улучшение контроля артериального давления в большой системе здравоохранения
- Консорциум Kaiser-Permanente в Северной Калифорнии: 650,000 больных

Jaffe MG et al. *JAMA*. 2013;310(7):699-705.

# КР в действии: успешная модель

- Улучшение контроля артериального давления в большой системе здравоохранения
- Консорциум Kaiser-Permanente в Северной Калифорнии: 650,000 больных
- Результат (5-летнее наблюдение):

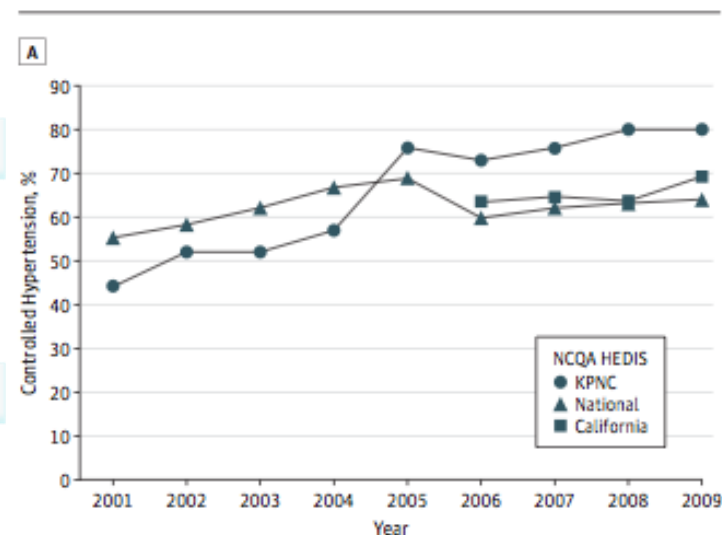
- Контроль гипертонии повысился с 44% до 80% (контроль с 55% до 64%)



Jaffe MG et al. *JAMA*. 2013;310(7):699-705.

# КР в действии: успешная модель

- Ключ к успеху:
  - Рекомендации базируются на доказательствах
  - Объемлющий регистр
  - Единая система измерений
  - Увеличение ресурсов, включая посещения медицинских ассистентов
  - Упрощенная схема лечения: монофармакотерапия



Jaffe MG et al. *JAMA*. 2013;310(7): 699-705.

# КР KDIGO-ОПП; положительная сторона

- Отсутствие конфликта интересов
- Великолепное обобщение соответствующей литературы
- Ценные мнения экспертов
- Помогают определить направления будущих исследований

# КР KDIGO-ОПП; отрицательная сторона

- Рекомендации:
  - Отсутствие доказательств высокой степени силы в поддержку рекомендаций
  - Слишком общие, чтобы быть использованными при ОПП специфической этиологии
  - Сфокусированы на одной патологии, тогда как большинство пациентов имеют большое сопутствующих заболеваний
  - Предполагают использование унифицированных подходов по всему миру
  - Не учитываются предпочтения пациентов



# Направлены ли рекомендации KDIGO-ОПП на решение задач, стоящих перед ISN?

- Цели ISN:
  - Улучшить качество помощи больным с ОПП в мире
  - Улучшить качество помощи больным в регионах с недостаточными ресурсами
- Достигают ли рекомендации KDIGO-ОПП намеченной цели?
  - Случай Уганды

# Уганда: KDIGO-ОПП и помощь больным с ОПП

- Число нефрологов: 3
- Население: 30 миллионов
- Госпиталь Mulago: 1500 коек, находится больных: 2000-2500
- Проблема диагностики и лечения ОПП
- Роль ISN
  - Improve human resource
  - Вступает в поддержку пациентов с заболеваниями почек
  - KDIGO-ОПП и Уганда

# Неделя Нефрологии РДО 2013

## Резюме и заключение

- Рекомендации KDIGO-ОПП:
  - дают хорошее обобщение доказательств и мнений экспертов по поводу диагностики и лечения ОПП
  - Дают реалистичные общие рекомендации по ведению больных в развивающихся странах
  - Рекомендации должны:
    - использоваться только как рекомендации, но не правила
    - не заменять клинического суждения по поводу конкретного больного
    - Быть модифицированы в соответствии с ресурсами, доступными в конкретном регионе, государстве и госпитале

Неделя Нефрологии РДО 2013

Неделя Нефрологии РДО 2013

Неделя Нефрологии РДО 2013

Неделя Нефрологии РДО 2013

Неделя Нефрологии РДО 2013

Неделя Нефрологии РДО 2013

**Thank you!**  
**спасибо**