

КАЧЕСТВЕННОЕ ДОДИАЛИЗНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ КАК ГАРАНТ УСПЕХА ПРОГРАММЫ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ДИАЛИЗА

СПбГБУЗ «Городская Мариинская больница»

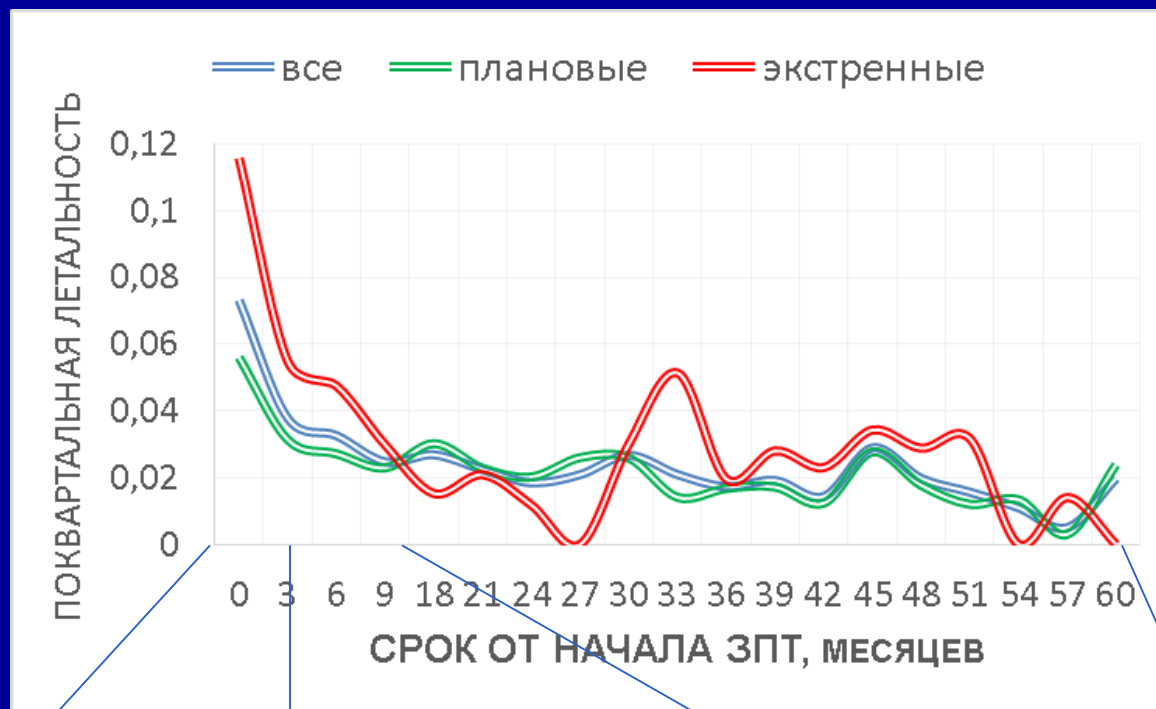
Кафедра внутренних болезней, клинической фармакологии и
нефрологии СЗГМУ

Герасимчук Р.П., Земченков А.Ю.

Задачи нефрологического наблюдения в концепции ХБП

- Замедление прогрессирования ХБП
 - Специфическая нефропротективная терапия
 - ингибиторы АПФ и блокаторы рецепторов к ангиотензину II,
 - глифлозины при СД 2 типа
 - Неспецифическая кардионефропротекция:
 - Малобелковая диета
 - Контроль АД
 - Контроль лекарственной терапии
 - Коррекция осложнений ХБП (анемия, МКН ХБП)...
- Ознакомление пациента с возможными вариантами заместительной терапии
- Своевременное формирование диализного доступа
- Своевременное (подготовленное) начало заместительной терапии

Летальность в зависимости от варианта начала диализа



| летальность | за 3 первых месяца | в среднем за второй- четвертый квартал первого года лечения | в среднем за квартал второго-пятого года лечения |
|----------------------------|-----------------------|---|--|
| все пациенты (n=2548) | 7,3% > | 3,2±0,7% ≈ | 2,0±0,6% |
| экстренное начало (n=1134) | 11,6% > | 4,4±1,3% ≈ | 2,2±1,3% |
| плановое начало (n=1414) | 5,6% > | 2,7±0,4% ≈ | 1,9±0,7% |

Доступ в рЦВК
АВФ



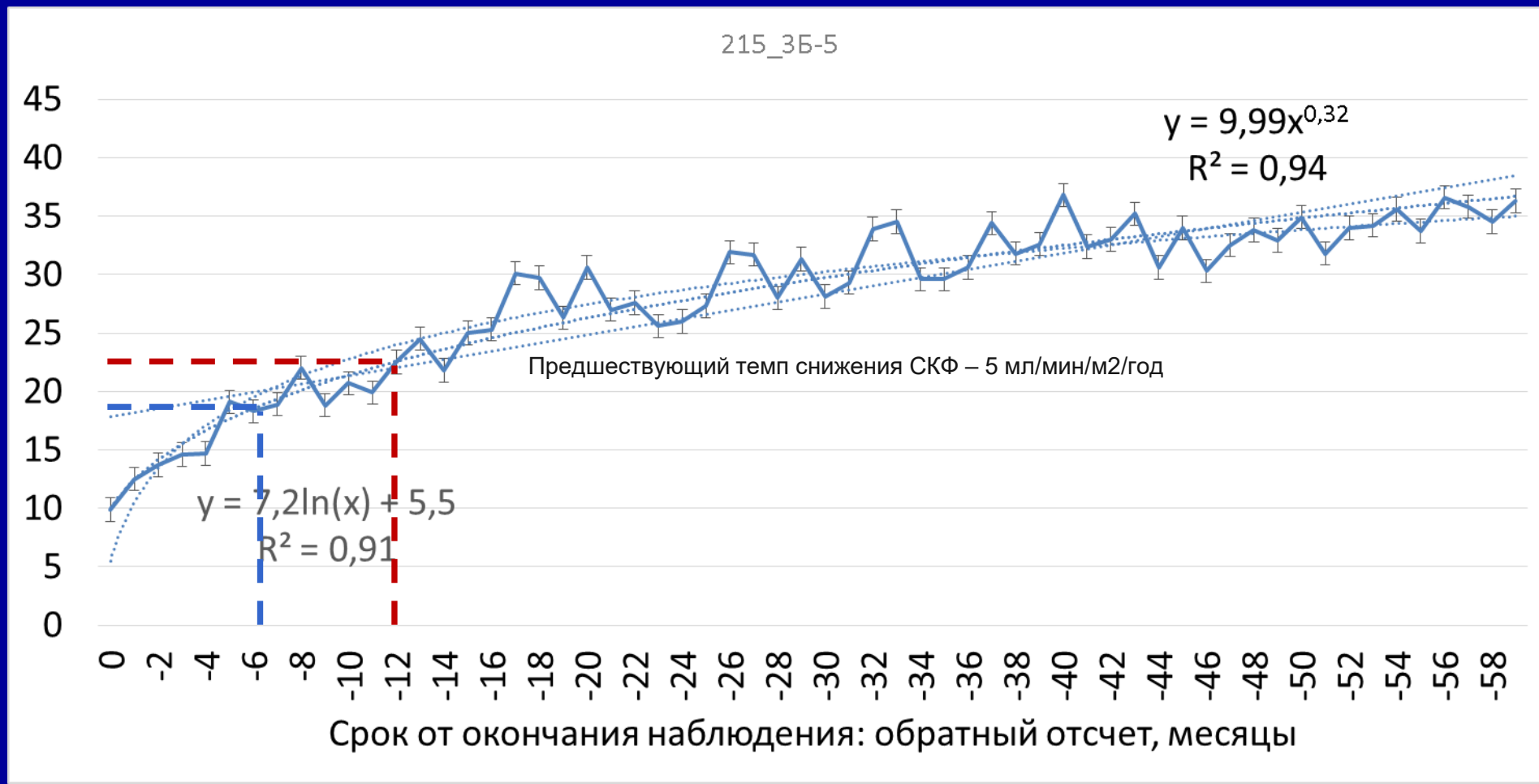
Земченков А.Ю. и соавт. Сроки начала и другие факторы на старте диализа, влияющие на выживаемость: Санкт-Петербургский регистр пациентов на ЗПТ. Нефрология и диализ, 2017; 19(2): 255-270.

Национальные рекомендации: Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению

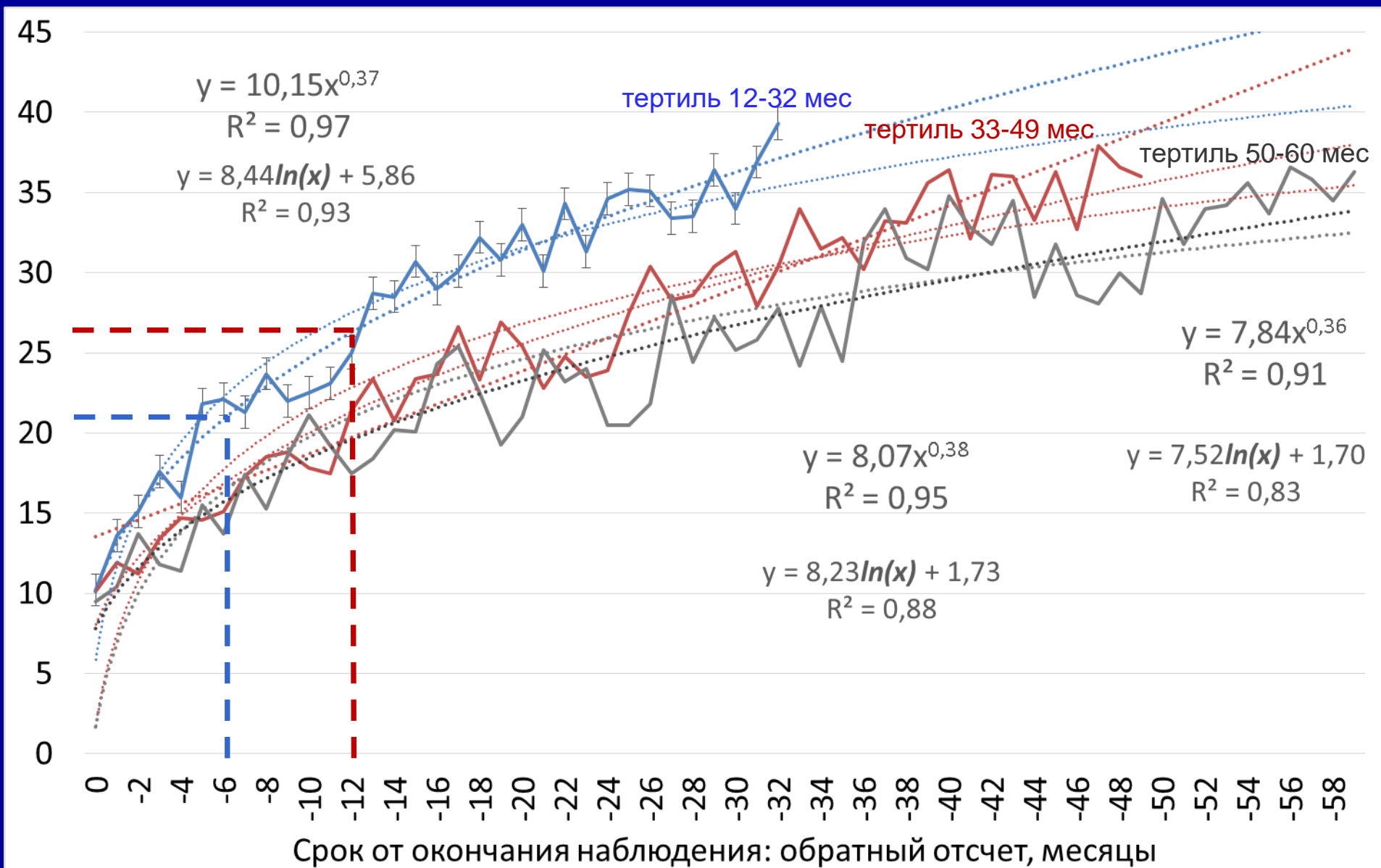
| стадия | рСКФ | Действие |
|--------|------------------|--|
| 0 | ≥ 90 | Скрининг и снижение риска ХБП |
| C1 | ≥ 90 | Диагностика и лечение основного заболевания Лечение сопутствующих заболеваний Замедление прогрессирования ХБП (ренопротекция) Снижение риска ХБП |
| C2 | 60-89 | + Оценка прогрессирования ХБП |
| C3a | 45-59 | + оценка и терапия осложнений ХБП |
| C3b | 30-44 | + коррекция доз лекарственных препаратов |
| C4 | 15-29 | + подготовка к заместительной почечной терапии |
| C5 | <15 (или ЗПТ) | Заместительная почечная терапия + оценка и терапия осложнений ХБП |

Динамика рСКФ от ХБПЗБ к ХБП5

N = 302



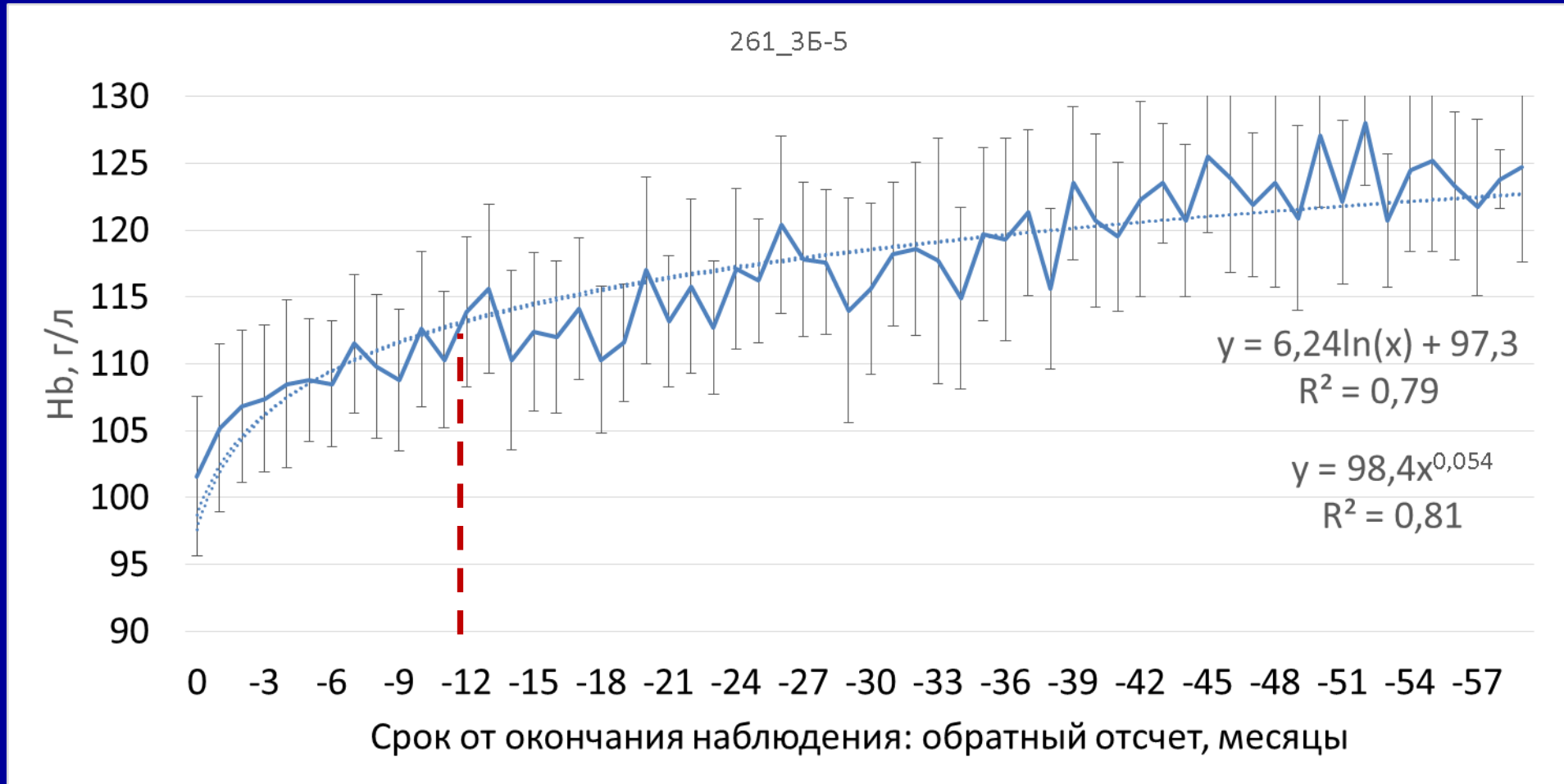
Динамика рСКФ от ХБПЗБ к ХБП5



Динамика Hb

при прогрессировании от ХБПЗБ к ХБП5

N = 302



Показатели МКН-ХБП при попадании на преддиализное наблюдение в отделение диализа Мариинской больницы
(2015-2018 гг)

СКФ ср. – 10,2 мл/мин

ПТГ 358 [157, 620] пг/мл

>300 пг/мл – **58%**

>600 пг/мл – **31%**

>800 пг/мл – **14%**

Са 2,08±0,20 ммоль/л;

< 2,1 ммоль/л – **55%**

Р 1,81 ±0,5 ммоль/л;

>1,44 ммоль/л – 76%

> 1,78 ммоль/л – **42%**

Скрининг в популяции пациентов на ГД Северо-Западного региона РФ
(2014-2015 гг.)

| | В нашем исследовании | В мире , DOPPS, 2012г. |
|-----------------------------------|----------------------|------------------------|
| ПТГ - 408(160÷655) пг/мл | | |
| Выше 300 пг/мл | 60,0% | 9,6 - 55,0% |
| Выше 600 пг/мл | 27,7% | 1,0 – 24,3% |
| Кальций - 2,19±0,24ммоль/л | | |
| Ниже 2,1 ммоль/л | 32,4% | 11,5 - 25,4% |
| Фосфор - 1,77±0,69 ммоль/л | | |
| Выше 1,78 ммоль/л | 42,7% | 19,1 - 43,7% |
| 25(ОН)D | | |
| Ниже 75 нмоль/л | 91,3% | - |

Выводы анализа

- У пациентов, начавших заместительную терапию и ранее наблюдавшихся в ГНЦ, в течение последнего года наблюдения, начиная с СКФ 22-28 мл/мин, отмечалось значимое увеличение темпов прогрессирования СКФ и анемии, требующее увеличения частоты приемов, для своевременного принятия решения о тактике лечения (визиты 1 раз в 1-2 месяца).
- Обязателен регулярный лабораторный контроль:
 - Азотемии каждый визит (оценка темпов снижения СКФ)
 - Анемии (гемоглобина каждый визит и показателей феррокинетики изначально с последующей индивидуальной частотой определения)
 - МКН ХБП (Са и P25 каждый визит, (ОН)D однократно, ПТГ 1 раз в 3 месяца)
- + Клиническая оценка проявлений уремии для своевременного начала диализа

Коррекция анемии до начала диализа

- Требуемая коррекция анемия часто встречается до начала заместительной терапии
- Активное применение СЭ (ЭПО) может быть связано с увеличением вероятности более раннего начала заместительной терапии, но может понадобиться при снижении Hb ниже 100 г/л на фоне коррекции других причин
- Приоритетна первичная коррекция железодефицита, с возможностью в/в введения в отделении под наблюдением персонала (в частности при отсутствии значимого эффекта от 1-3 месячного курса перорального железа). Альтернатива - направление в поликлинику по месту жительства.

Коррекция МКН ХБП до начала диализа

- Выраженные минеральные и костные нарушения часто встречаются до начала заместительной терапии
- Возможности профилактики прогрессирования МКН-ХБП на ранних стадиях ограничены контролем за диетой по фосфатам и коррекцией дефицита нативного витамина D
- В случае отсутствия эффекта от коррекции диеты и дефицита витамина D рекомендации поддерживают проведение активной терапии вторичного гиперпаратиреоза, которая должна проводиться с учетом потенциального воздействия на другие компоненты МКН -ХБП



Значимость возможности выбора

- *Мы должны выбирать метод для пациента, а не пациента для метода...*

Выбор метода заместительной терапии – важный этап, позволяющий максимально возможно сохранить социальную активность, вовлеченность пациента в жизнь с учетом медицинских возможностей.

Здоровье человека по данным ВОЗ

- Состояние человека, которому свойственно не только отсутствие болезней или физических дефектов, но полное физическое, душевное и социальное благополучие
- Определяется
 - На 10-15% деятельностью системы здравоохранения
 - На 50-55% условиями и образом жизни
 - На 12-20% генетическими факторами
 - На 25% экологическими условиями

Сохранение социальной активности является важным компонентом здоровья



Информирование о вариантах заместительной терапии

- Представление преимуществ и недостатков всех доступных вариантов заместительной терапии
- Использование наглядных пособий
- Обсуждение практических вопросов с медицинским персоналом и пациентами на заместительной терапии
- *При способности пациента воспринять информацию в условиях стресса связанного с ожидаемым выраженным изменениям в жизни*

| СОДЕРЖАНИЕ | |
|------------|--|
| 4 | ВВЕДЕНИЕ |
| | Для чего служат почки? 5 |
| | Что такое почечная недостаточность? 6 |
| | Острая почечная недостаточность (ОПН)/ |
| | Острое почечное повреждение (ОПП) 6 |
| | Хроническая болезнь почек (ХБП) 6 |
| | Хроническая болезнь почек 8 |
| | На что стоит обратить внимание до постановки диагноза? 8 |
| | Почему возникает хроническая почечная недостаточность? 8 |
| | Как лечить терминальную хроническую почечную недостаточность? 9 |
| | Трансплантация почки 10 |
| | Диализ 10 |
| | Можно ли отсрочить начало диализа 10 |
| | Когда нужно начинать диализ 10 |
| | Наступит ли полное выздоровление после проведения диализа |
| | или пересадки почки? 10 |
| | Диализ: какой вид выбрать? 11 |
| 14 | ПЕРИТОНЕАЛЬНЫЙ ДИАЛИЗ (ПД) |

| | |
|---|-----------|
| ГЕМОДИАЛИЗ | 22 |
| Кому проводится гемодиализ? 22 | |
| Как это работает? 22 | |
| Виды сосудистого доступа для гемодиализа 24 | |
| Преимущества и недостатки гемодиализа 25 | |
| Как гемодиализ отразится на качестве жизни? 26 | |
| Особенности диеты у пациентов на гемодиализе 27 | |
| ПЕРЕСАДКА ПОЧКИ | 30 |
| Что такое пересадка почки? 30 | |
| Кому проводится пересадка почки? 31 | |
| Что нужно для пересадки почки? 32 | |
| Жизнь после пересадки почки 32 | |
| Иммунодепрессанты 32 | |
| Преимущества и недостатки пересадки почки 33 | |
| МЕДИЦИНСКИЕ ТЕРМИНЫ 34 | |



Школа-семинар в рамках додиализного наблюдения

Объединение пациентов в группы «равного» психологического консультирования с регулярными встречами в удобное для пациентов время (изначально 1 раз в неделю)

Задачи школы пациентов:

- создать благоприятную психологическую среду для повышения приверженности лечению,
- помочь участнику ориентироваться в комплексе медицинских услуг,
- сформировать ответственное отношение к своему здоровью,
- повысить мотивацию на социальную адаптацию и информированность о заболевании



Темы групповых занятий в школе пациентов

- Психосоматические аспекты заболевания;
- Методы психической саморегуляции эмоционального состояния;
- Возможности занятия спортом, физические нагрузки и ограничения;
- Ограничения и разрешения по диете;
- Сохранение/продление остаточной функции почек;
- Взаимодействие с родственниками и друзьями (как говорить о диализе?);
- Сексуальное поведение, семейные взаимоотношения;
- Практические аспекты диализной терапии (ПД и ГД)
- Формирование доступа для проведения диализа, вопросы трансплантации почки.

Пациенториентированный подход для планового начала ГД

1. Информирование пациента и уточнение его предпочтений
2. Обсуждение медицинских аспектов и возможностей реализации выбора
3. Подготовка пациента
 - 1) Коррекция потенциально корригируемых препятствий (напр.: пластика грыжи)
 - 2) Вакцинация
 - 3) Санация при носительстве Staph. Aureus
 - 4) Обучение самостоятельному проведению медицинских манипуляций (напр.: подкожное введение ЭПО)
 - 5) **Заблаговременное формирование доступа (для ГД)**
4. Выбор предпочтительного режима заместительной терапии
5. Начало ЗТ на основании регулярного контроля клинических и лабораторных данных индивидуально, как правило при СКФ 10-5 мл/мин

«Центры переходного периода»

- Необходимость частых визитов 1 раз в 1-2 месяца с контролем азотемии, анемии и показателей минерального обмена (аналогично ПД)
 - Подготовленный персонал для проведения программ ознакомления/обучения
 - Мультидисциплинарная команда (наблюдающий нефролог, хирург, диетолог, врачи и сестры ГД и ПД)
 - Взаимодействие с врачами других специальностей (кардиологи, урологи, ревматологи)
 - Возможность проведения инфузионной терапии в центре (в частн. для коррекции железодефицита)
-
- В наших условиях оптимальный вариант – центры/программы преддиализного наблюдения на базе отделений стационаров, имеющих возможности проведения как гемо-, так и перитонеального диализа, хирургическую службу.

Программа преддиализного наблюдения в Мариинской больнице

- 114 пациентов с СКФ мене 15 мл/мин
планируется 300 пациентов с СКФ ниже 25 мл/мин и темпом прогрессирования 5 мл/мин/м²/год и выше
- Проведены полные циклы школ для 3 групп пациентов
- 3 нефролога, психолог, диетолог
- Привлечение к процессу обучения/ознакомления хирургов (освещение вопросов доступа и трансплантации), нефрологов отделения диализа, сестер ПД, пациентов, получающих заместительную терапию.

Влияние системы активного преддиализного наблюдения на программу ПД

7 клиник службы здравоохранения Альберты (Канада) 2015-2018 гг.



Состав многопрофильной команды: включал врачей, медсестер для домашнего диализа, медсестер из почечных клиник, менеджеров и социальных работников.

Дополнительное обучение членов команд предоставлению информации о возможных вариантах заместительной терапии

В СПб в 2022г. доля ПД - 5,8%

Увеличение доли планового старта в СПб в 2022

| | Экстр | | Планово | | Всего пац |
|-------------|-------|-----|---------|------------|--------------|
| | пац | % | пац | % | |
| 2019 | 304 | 65% | 164 | 35% | 468 |
| 2020 | 291 | 67% | 145 | 33% | 436 |
| 2021 | 281 | 64% | 156 | 36% | 437 |
| 2022 | 352 | 58% | 252 | 42% | 604 |

+62%

Значимый прирост планового начала

для пациентов на гемодиализе.

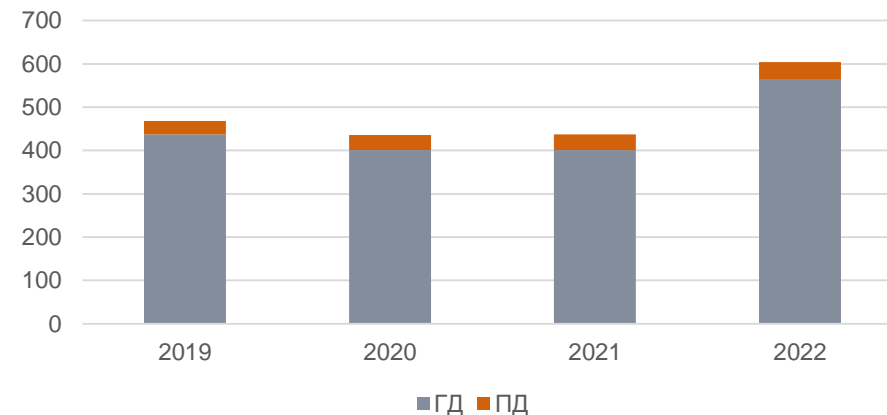
| | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| ГД | 437 | 401 | 401 | 565 |
| ПД | 31 | 35 | 36 | 39 |
| Доля ПД | 6,6% | 8,0% | 8,2% | 6,5% |

Доля пациентов на ПД значительно снизилась

НАЧАЛО ЗТ В 2022, СПБ ГНЦ

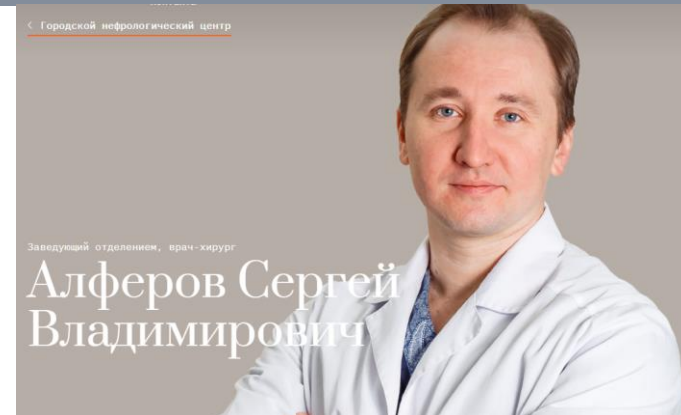


Распределение по варианту начала ЗТ в 2022, СПБ ГНЦ



Причины успеха

1. Утверждение тарифов на формирование сосудистого доступа в программе ОМС (не убыточных)
2. Увеличение количества «свободных» мест в гемодиализных центрах после пандемии



Лидеры по количеству плановых пациентов

- | | |
|-------------------|--------|
| 1. Мариинская | 45 пац |
| 2. ВМА | 25 пац |
| 3. Купчинский ЦАД | 22 пац |
| 4. Bbraun ОП1 | 14 пац |

Преимущества перитонеального диализа

- Клинические

связаны с большей физиологичностью

- ✓ Замедление снижения остаточной функции почек
- ✓ Ниже риск смерти в течение первых лет лечения у пациентов молодого возраста
- ✓ Меньше риск ранних осложнений после трансплантации

Jansen M.A. et al., 2002

Goldfarb-Rumyantzev et al., 2005

Haef, et al nephrol Dial Transplant. 2002

- Социальные

- ✓ Отсутствие восстановительного периода после процедуры
- ✓ Вовлеченность пациента в процесс лечения
- ✓ Лучшее качество жизни пациентов
- ✓ Повышение возможностей сохранения трудоспособности
- ✓ Возможность получать ЗПТ, проживая вдали от диализного центра

Lindsay, et al. Clin J Am Soc Nephrol. 2006

Kutner, et al J Am Nephrol. 2010

- ✓ Большие возможности изоляции и удаленного наблюдения в эпоху COVID

Дополнительные преимущества АД



- Меньшее количество процедур подключения для выполнения заливок с большим количеством свободного времени днем
- В большинстве случаев возможность продолжения учебы или работы (наименьшее влияние на социальную активность)
- Более высокая приверженность пациента лечению



Клинический | Отчеты | Настройки клиники | Администрирование пациентов

Пользователи

Действия

- Вернуться на панель управления лечением
- Данные пациента Claria
- Отчет о лечении Claria
- Настройки устройства Claria

002, 2017

Дата рождения: 01 Январь 1971

Идентификатор пациента клиники:

Идентификатор пациента Baxter: O-03071-1216243

Лечащий врач: RG, PG

Homechoice Claria

Выбор временного интервала: 7 Дней(ей)

06 Февраль 2020 - 12 Февраль 2020

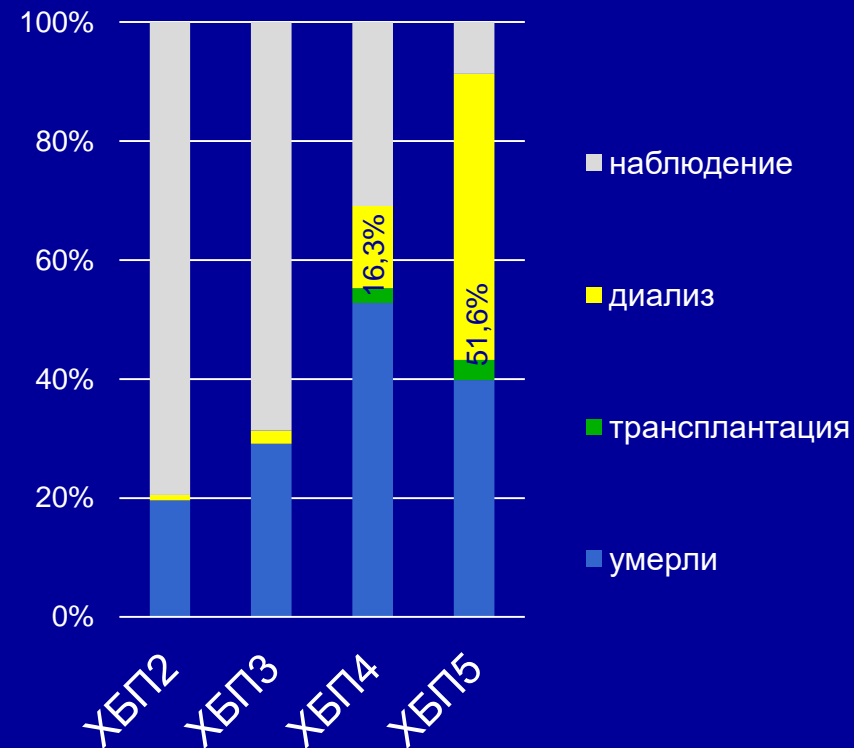
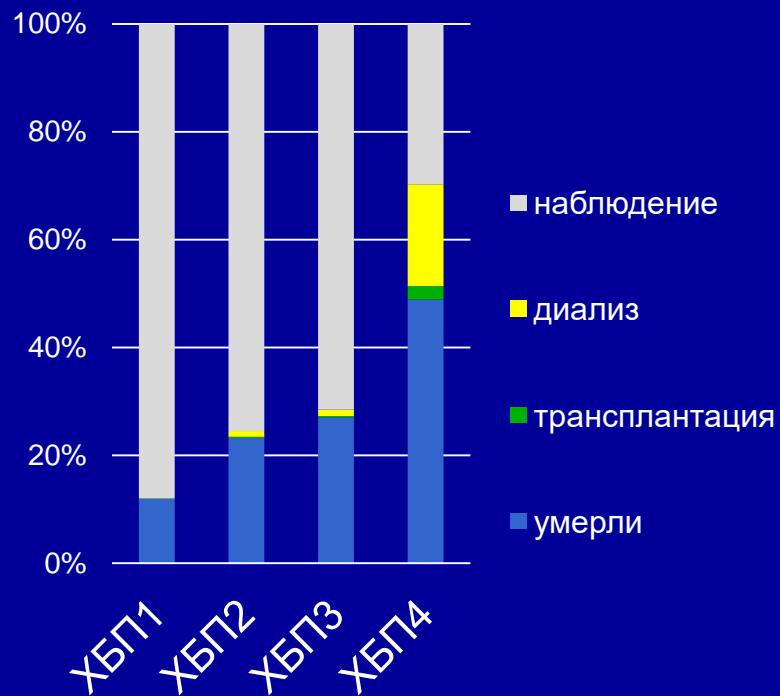
| Данные о лечении | четверг 6 | пятница 7 | суббота 8 | воскресенье 9 | понедельник 10 | вторник 11 | среда 12 |
|--|------------|------------|------------|---------------|----------------|------------|----------|
| Имя программы | Сандаот_од | Сандаот_од | Сандаот_од | Сандаот_од | Сандаот_од | --- | --- |
| Общая УФ (мл) | 242 | -63 | -508 | 818 | -11 | --- | --- |
| УФ при обмене в ручную (мл) | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| УФ начального дренирования (мл) | -238 | -353 | -236 | 367 | -236 | --- | --- |
| УФ дневного цикла (мл) | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Общее количество ночных циклов УФ (мл) | 480 | 290 | -352 | 451 | 225 | --- | --- |

Выводы

- Важным этапом дальнейшего развития является создание центров/программ преддиализного наблюдения на базе отделений с возможностью поведения обоих вариантов заместительной терапии и организации программ обучения с целью подготовленного и своевременного начала ЗТ.
- В данных центрах целесообразно наблюдение пациентов 5 и частично 4 стадий ХБП, у учетом темпов прогрессирования ХБП и наличия сопутствующих проблем, увеличивающих вероятность начала заместительной терапии.
- Основные задачи программы:
 - информирование пациентов о различных вариантах ЗТ для обеспечения осознанного выбора с целью улучшения качества жизни пациентов и реализации преимуществ каждого из методов
 - Обеспечение регулярного наблюдения с частотой визитов 1 раз в 1-2 месяца с контролем прогрессирования снижения СКФ, анемии и МКН-ХБП
 - Заблаговременное формирование доступа для гемодиализа
 - Плановое начало заместительной терапии функции почек с выбором предпочтительного режима лечения
 - Взаимодействие с отделениями диализа города

Судьба пациентов с ХБП

Начало наблюдения -2014 год
Длительность наблюдения – 5 лет



Keith DS et al. Longitudinal Follow-up and Outcomes Among a Population With CKD in a Large Managed Care Organization. Arch Intern Med. 2004;164:659-663

СПб ГНЦ, 2019, неопубликованные данные

