

Пациенториентированный подход при заместительной почечной терапии ХБП 5 стадии

Андрусёв А.М.
Медицинский руководитель направления
Хронический диализ, Россия и СНГ
АО Компания «Бакстер»

Кафедра нефрологии ФДПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова



Выбор пациентами метода диализа при ХБП 5

Рутинная
клиническая
практика

Method and Location of Dialysis 2005 - 2009							
Mode of Treatment		2005	2006	2007	2008	2009	
Aust	Peritoneal Dialysis	APD	817	991	1151	1273	1293
		CAPD	1043	1056	984	964	884
		Total	1860	2047	2135	2237	2177
	HD	Hospital	2308	2365	2301	2323	2351
		Home	820	893	949	948	963
Satellite		3651	3951	4333	4627	4850	
Total	6779	7209	7583	7898	8164		
NZ	Peritoneal Dialysis	APD	185	218	246	288	328
		CAPD	533	548	499	474	462
		Total	718	766	745	762	790
	HD	Hospital	559	563	613	619	681
		Home	298	322	328	331	369
Satellite		303	347	383	390	420	
Total	1160	1232	1324	1340	1470		

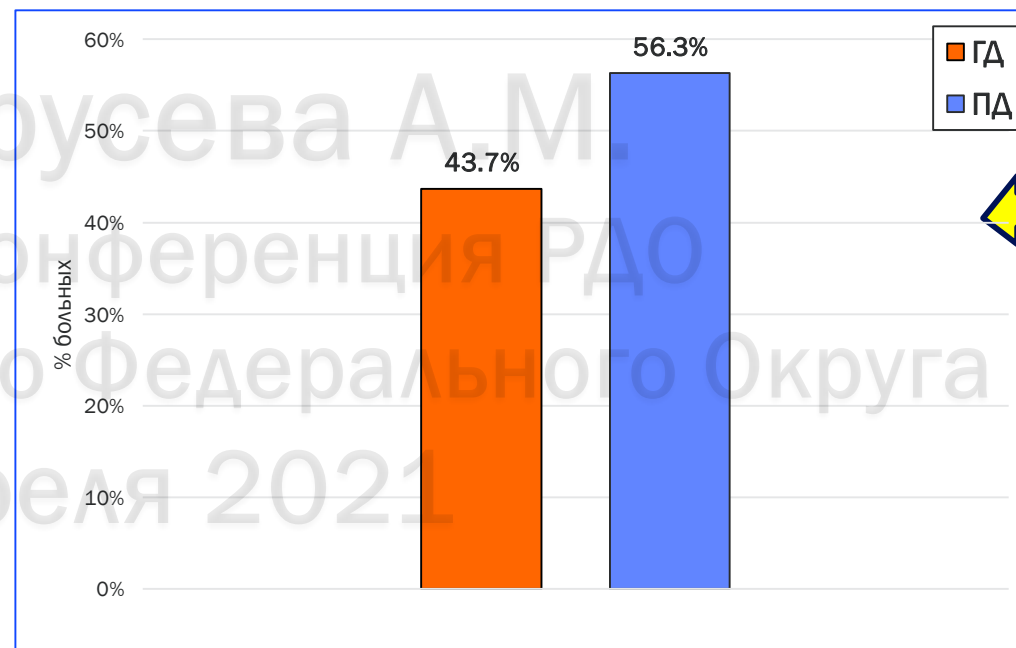
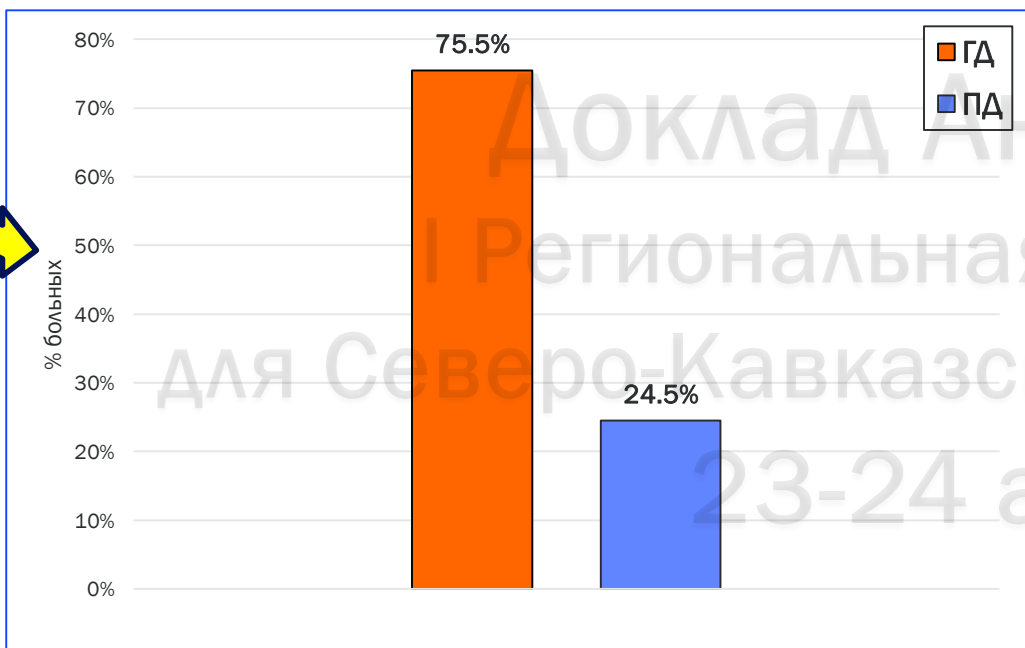
Variable	Early-Start Group (N=404)	Late-Start Group (N=424)
Medications (%)		
ACE inhibitor	48.8	47.6
Angiotensin II blocker	21.0	21.1
Statins	56.7	55.7
Erythropoietin-stimulating agent	40.1	41.5
Planned dialysis method (%)		
Continuous ambulatory peritoneal dialysis	57.7	54.9
Hemodialysis	42.3	45.1
Clinical characteristics		
Weight (kg)	81.6±18.4	82.5±19.5
Body-mass index	29.0±5.8	28.9±6.1
Blood pressure (mm Hg)		
Systolic	148.3±20.9	148.7±20.1
Diastolic	79.4±11.1	78.1±11.4
Results of blood tests*		
Creatinine (µmol/liter)	532.2±130.7	528.3±121.8
Glomerular filtration rate (ml/min/1.73 m ²)		
With Cockcroft-Gault equation	13.0±1.4	13.1±1.4
With MDRD equation	9.8±2.3	9.9±2.2
Albumin (g/liter)	38.5±5.1	38.4±4.8
Phosphate (nmol/liter)	1.8±0.4	1.8±0.4
Hemoglobin (g/liter)	114.0±16.7	113.7±16.6

Клиническое исследование.

Наблюдение до диализа:

- Ранее начало: 32,5 (9,8–84,2) мес.
- Позднее начало: 29,4 (9,8–75) мес.

Обсуждение с пациентами перспектив терапии, преимуществ и рисков ПД и ГД



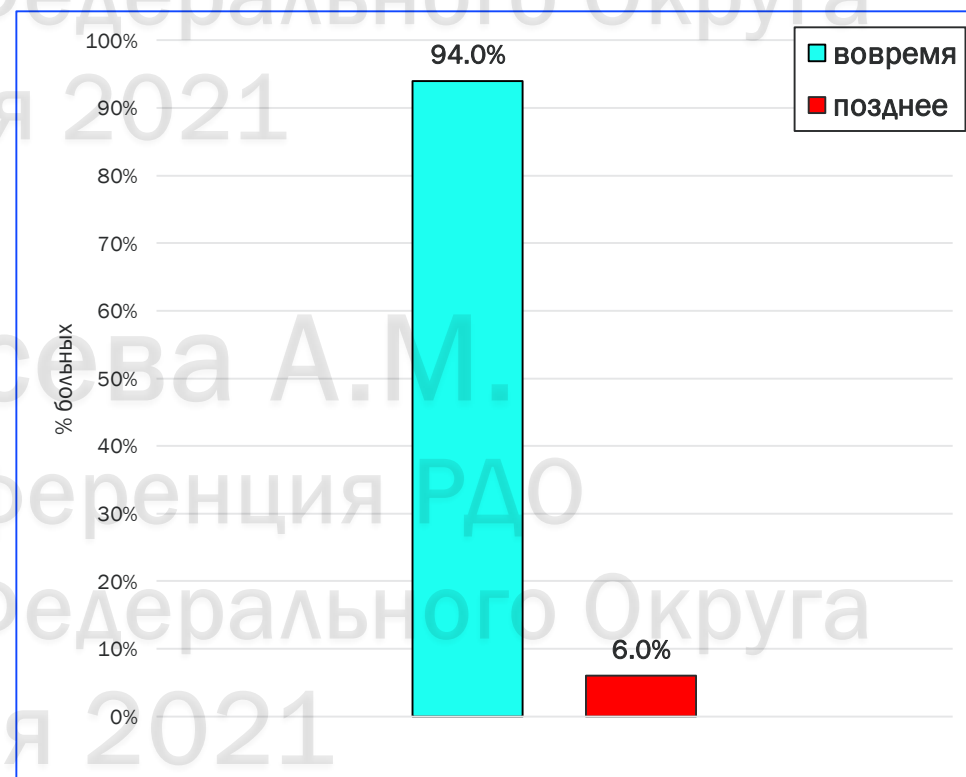
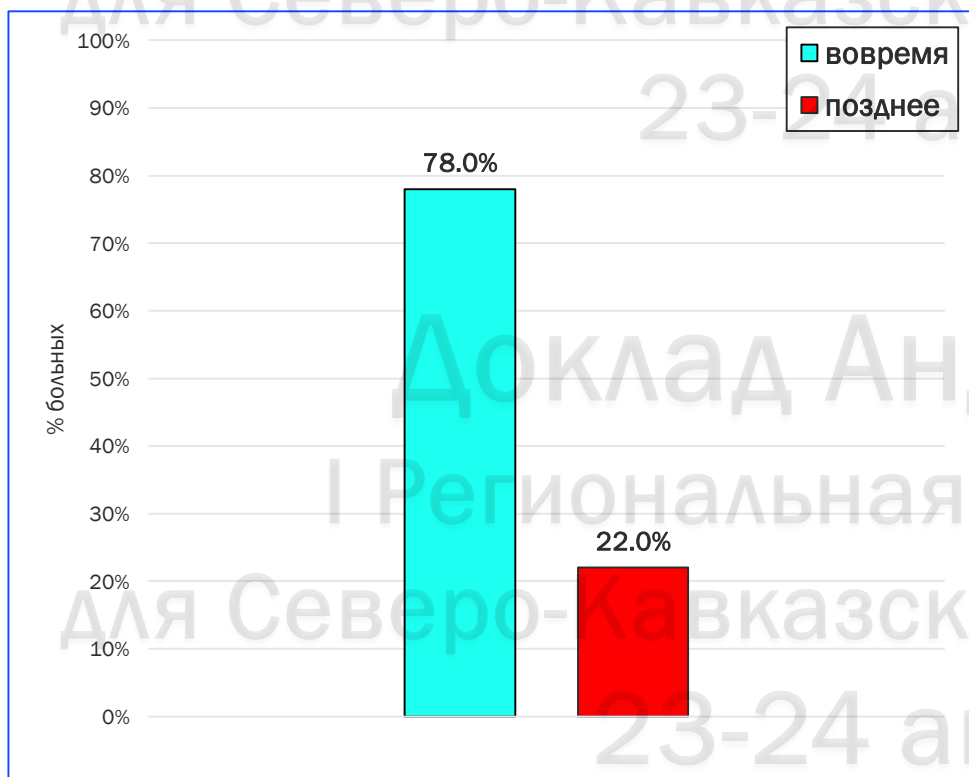


Выбор пациентами метода диализа при ХБП 5

Рутинная
клиническая
практика

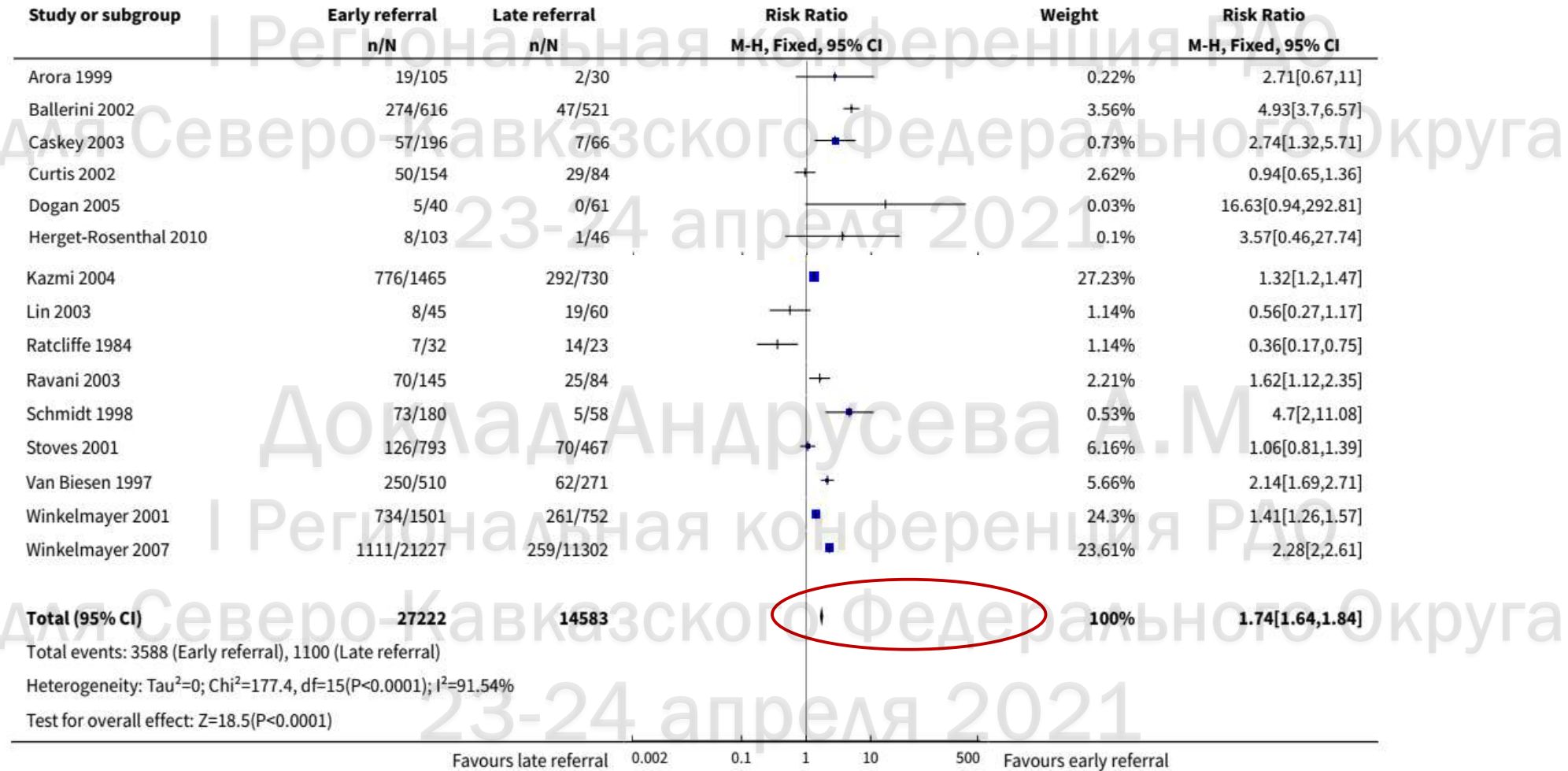
Клиническое исследование.
Наблюдение до диализа:
• Ранее начало: 32,5 (9,8–84,2) мес.
• Позднее начало: 29,4 (9,8–75) мес.

Начало диализа: вовремя и позднее



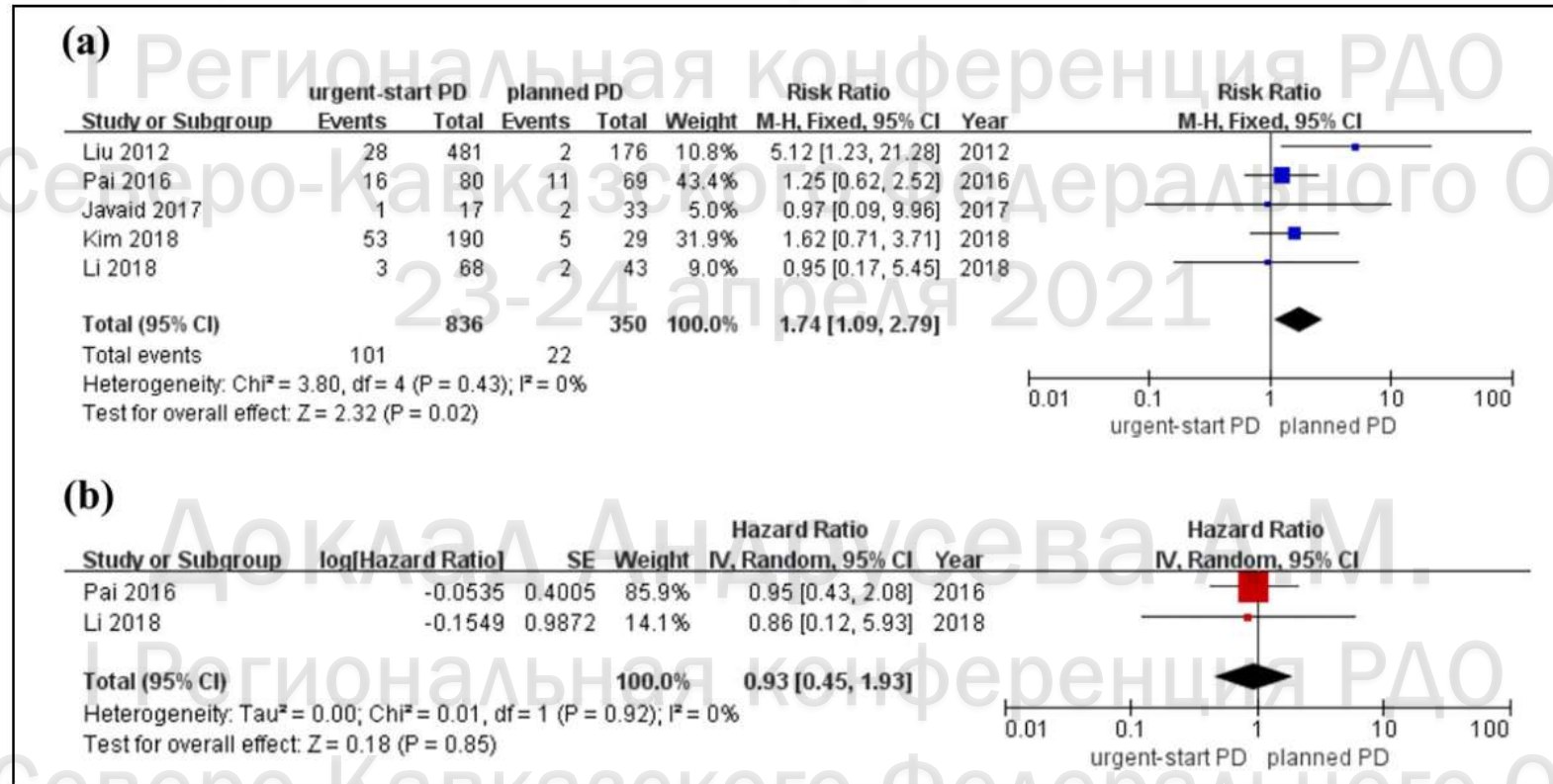
Позднее начало диализа снижает вероятность выбора врачами ПД....

Analysis 4.1. Comparison 4 Renal replacement therapy, Outcome 1 Peritoneal dialysis.



Экстренное начало ПД vs плановое начало ПД

Летальность

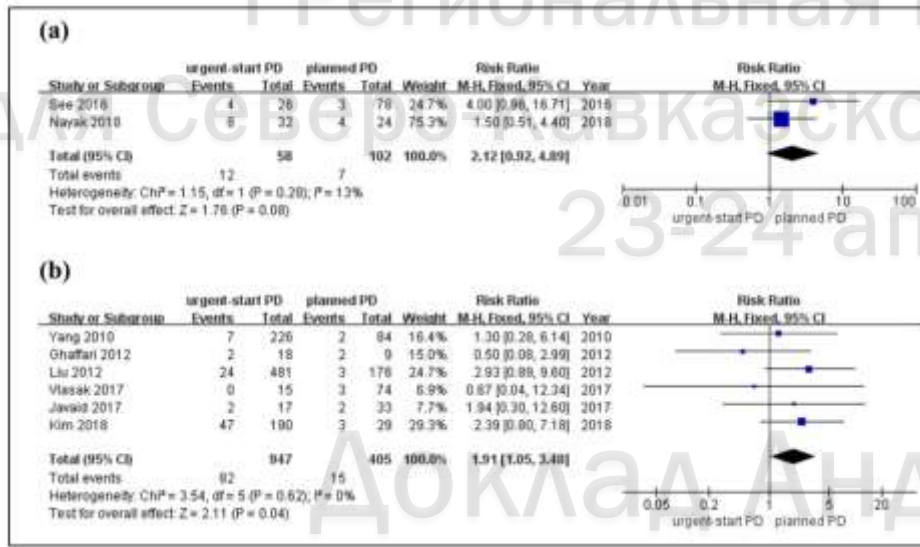


(a) Forest plot comparing the all-cause mortality between urgent-start PD and planned PD. (b) Forest plot comparing the all-cause mortality between urgent-start PD and planned PD using adjusted data. PD: peritoneal dialysis

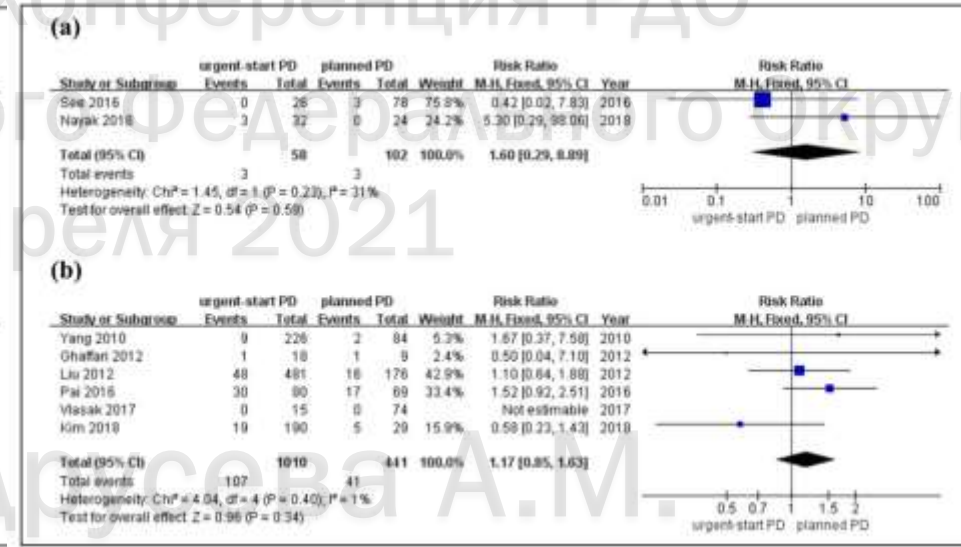
Экстренное начало ПД vs плановое начало ПД

Дисфункция ПД-катетера

Перитониты



Forest plot comparing the catheter mechanical dysfunction between urgent-start PD and planned PD (a) in case-control studies and (b) in cohort studies.



Forest plot comparing the peritonitis between urgent-start PD and planned PD (a) in case-control studies and (b) in cohort studies.

Экстренное начало ЗПТ: ПД vs гемодиализ

Доклад Андрусева А.М.

I Региональная конференция РДО

для Северо-Кавказского Федерального Округа

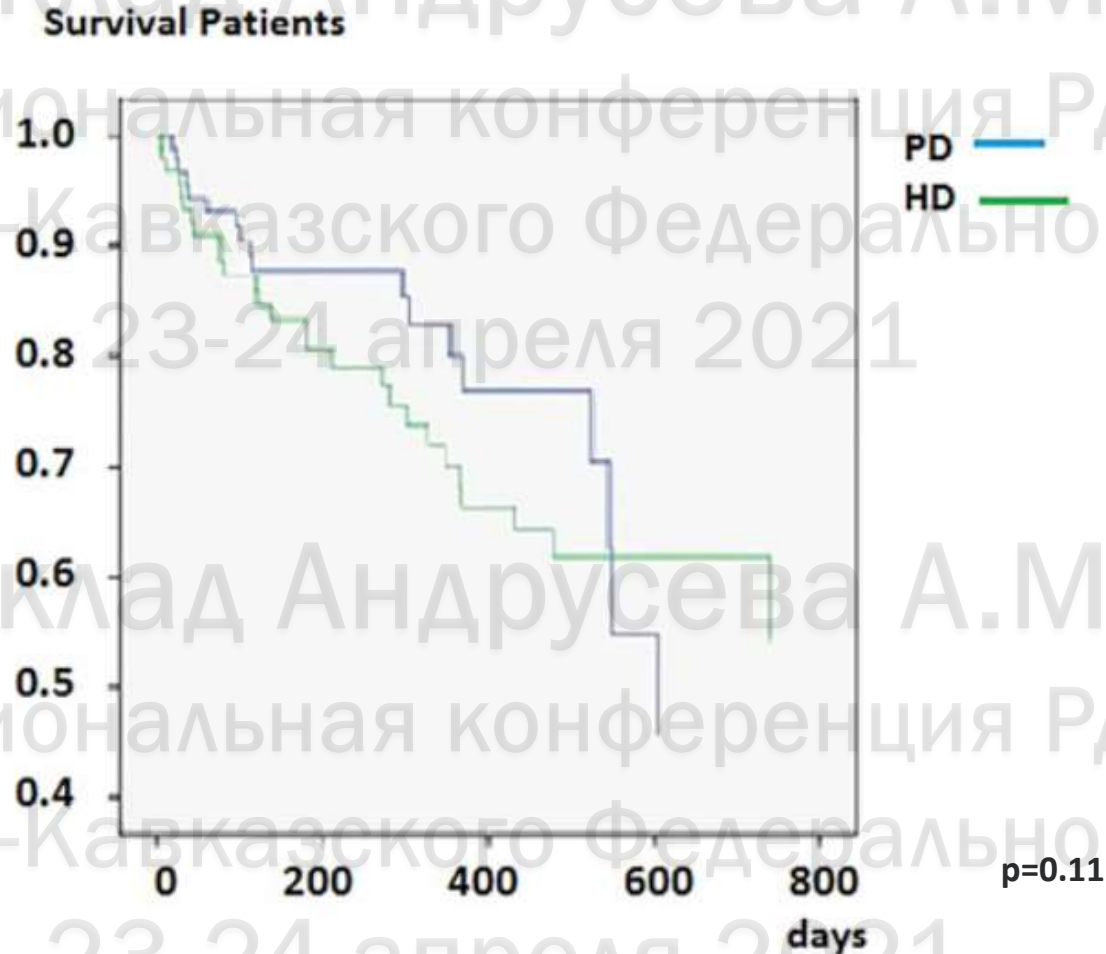
23-24 апреля 2021

Доклад Андрусева А.М.

I Региональная конференция РДО

для Северо-Кавказского Федерального Округа

23-24 апреля 2021



Survival curve, by Cox regression, of patients treated with urgent-start dialysis according to treatment group, adjusted for eGFR, serum albumin and blood Hb concentration, age and CCI.

D. B. Dias et al. Peritoneal Dialysis International. March 2020.

doi: 10.1177/0896860820915021

Экстренное начало ЗПТ: ПД vs гемодиализ

Какие пациенты сравниваются?

Table 1. Clinical characteristics of patients submitted to urgent-start PD and HD.

	General N= 184	PD N (93)	HD N (91)	p Value
Clinical and laboratory characteristics				
Age (years)	59 ± 16	58 ± 17	60 ± 15	0.49
Age > 65 years (%)	78 (42.3)	38 (40.8)	40 (43.9)	0.67
Male sex (%)	99 (53.8)	51 (54.8)	48 (52.7)	0.77
DM (%)	65 (35.3)	35 (37.6)	46 (50.5)	0.10
CCI	5.7 ± 3	6 ± 3	5 ± 3	0.61
BMI (kg/m ²)	25.8 ± 5.7	25.5 ± 5.9	26.0 ± 5.4	0.67
Initial creatinine (mg/dL)	8.6 ± 3.6	9.1 ± 4.1	8.0 ± 2.8	0.09
Initial GFR (mL/min)	6.8 ± 3.3	6.4 ± 3.0	7.1 ± 3.5	0.10
Initial diuresis (mL/24 h)	825 (387.5–1425)	850 (225–1300)	1000 (487.5–1625)	0.11
Initial albumin (g/dL)	3.2 ± 0.6	3.1 ± 0.6	3.3 ± 0.6	0.06
Initial Hb (g/dL)	9.6 ± 1.9	9.5 ± 1.8	9.8 ± 2.0	0.44
CKD aetiology (%)				
Diabetes	65 (36.0)	35 (37.6)	30 (33.0)	0.61
Hypertension	31 (16.6)	16 (17.2)	15 (16.4)	0.94
Glomerulopathy	23 (12.4)	13 (13.9)	10 (11.0)	0.69
Obstructive	12 (6.5)	6 (6.4)	6 (6.6)	0.79
Other causes	53 (28.5)	23 (24.7)	30 (33.0)	0.28
Dialysis indications (%)				
Uraemia	145 (78.0)	82 (88)	63 (69.3)	0.003
Hypervolemia	19 (10.4)	6 (7.0)	13 (14.3)	0.13
Anuria	14 (7.6)	3 (3.0)	11 (12.0)	0.04
Refractory hyperkalaemia	3 (2.0)	1 (1.0)	2 (2.2)	0.98
Refractory HF	3 (2.0)	1 (1.0)	2 (2.2)	0.98

PD: peritoneal dialysis; HD: haemodialysis; DM: diabetes mellitus; CCI: Charlson comorbidity index; BMI: body mass index; GFR: glomerular filtration rate; CKD: chronic kidney disease; HF: heart failure.

D. B. Dias et al. Peritoneal Dialysis International. March 2020.

doi: 10.1177/0896860820915021

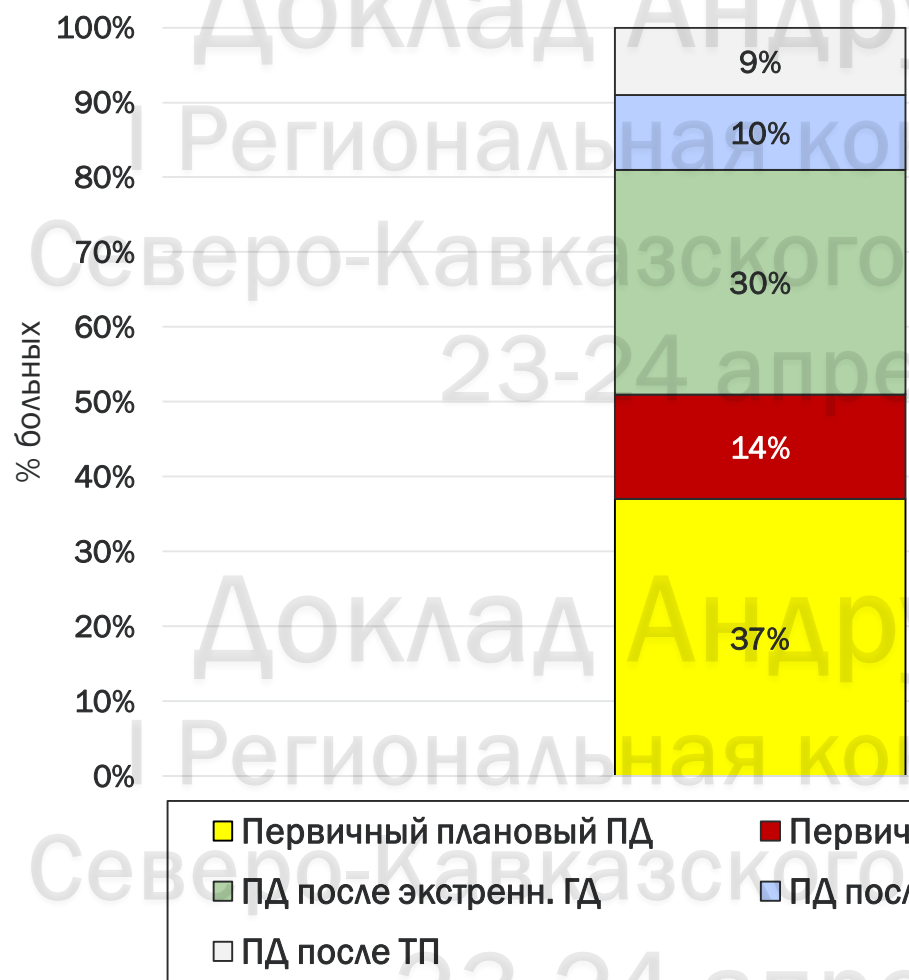
KDIGO-2018: экстренное и внеплановое начало перитонеального диализа

Экстренный перитонеальный диализ не является удачным выбором для пациентов, нуждающихся в экстренном диализе **в связи с гиперкалиемией, перегрузкой объемом или выраженной уремией.**

В тех случаях, когда состояние пациента позволяет прогнозировать эффективность ПД, ключевыми факторами успешного начала экстренной терапии являются:

1. Возможность установки перитонеального катетера в течение 48 часов (любым методом*)
2. Наличие персонала, обученного правильно использовать ПД-катетер сразу после его установки и правильно проводить процедуры ПД
3. Административная поддержка как в условиях стационара, так и в амбулаторных условиях
4. Выбор подходящих кандидатов для срочного перитонеального диализа
5. Использование протоколов на каждом этапе экстренного диализа (от выбора пациента для перитонеального диализа до медицинского наблюдения после выписки)

Варианты начала ПД (ХБП): клиническая практика



Критерии для принятия решения о варианте начала ПД:
остаточная функция почек (СКФ + объем мочи), общее состояние (интоксикация, электролитные нарушения, гипергидратация, сопутствующая патология), вариант нефропатии (диабет), возраст

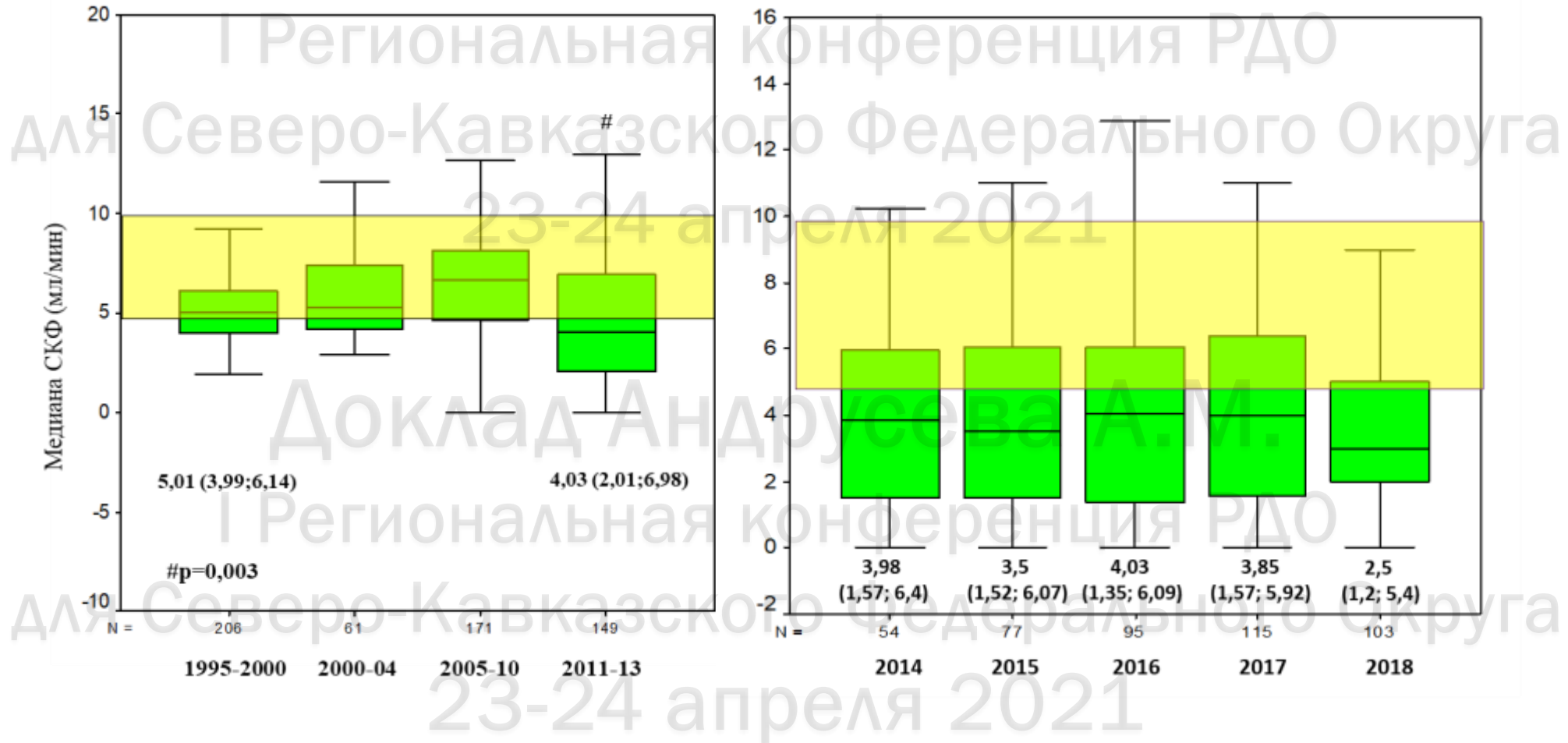
- Первичный плановый ПД
- Первичный экстренный ПД
- ПД после экстренн. ГД
- ПД после прогр. ГД
- ПД после ТП

Апрель 1995 – февраль 2019
N=1487

Исходная СКФ у пациентов ПД

в зависимости от года начала лечения

Доклад Андрусева А.М.



Что знают пациенты о ХБП, о ЗПТ и ее перспективах?

Доклад Андрусева А.М.

I Региональная конференция РДО
для Северо-Кавказского Федерального Округа
23-24 апреля 2021

Доклад Андрусева А.М.

I Региональная конференция РДО
для Северо-Кавказского Федерального Округа
23-24 апреля 2021

Медицинский персонал утверждает, что информирует больных о методе ПД...

Доклад Андрусева А.М.
I Региональная конференция РДО
для Северо-Кавказского Федерального Округа
23-24 апреля 2021

28th FEBRUARY - 2nd MARCH 2021
GOING 100% VIRTUAL
EuroPD

EKHA
EUROPEAN KIDNEY
HEALTH ALLIANCE

In your centre, is it a standard procedure to offer candidates for RRT information about peritoneal dialysis?

Country	Yes (%)	No (%)
FR	85	15
UK	95	5
NL	100	0
SP	88	12
GR	50	50
SL	83	17
LI	73	27

Percentage of professionals

Legend: No (Red), Yes (Blue)

FR UK NL SP GR SL LI

Raymond Vanholder

INTERNATIONAL SOCIETY FOR PERITONEAL DIALYSIS

EUROPD

“It’s the Economy, Stupid! Association Between Reimbursement Policy and PD Uptake”
R. Vanholder. 01.03.2021. Joint ISPD and EuroPD Congress - 2021

Пациенты в этом не уверены...

Доклад Андрусева А.М.



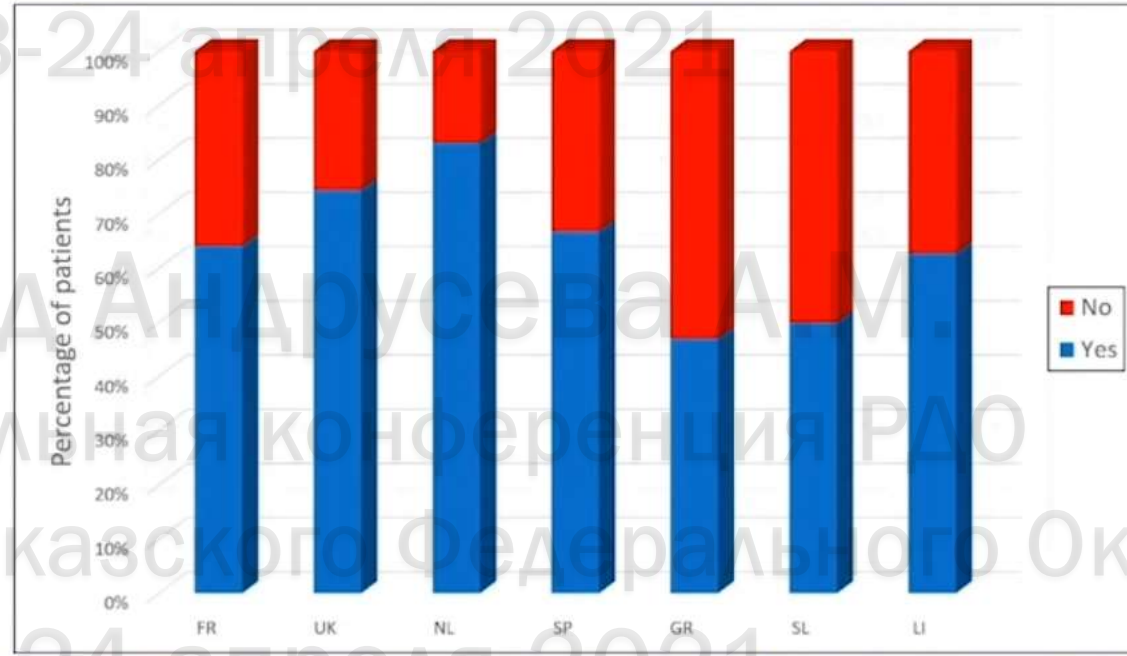
28th FEBRUARY - 2nd MARCH 2021
GOING 100% VIRTUAL



In the period before the start of RRT, do you think you received enough information about peritoneal dialysis?



Raymond Vanholder



“It’s the Economy, Stupid! Association Between Reimbursement Policy and PD Uptake”
R. Vanholder. 01.03.2021. Joint ISPD and EuroPD Congress - 2021



Что знают пациенты о ХБП, о ЗПТ и ее перспективах?



Перитонеальный диализ

- ✓ ПАПД
- ✓ АПД

Гемодиализ:

- ✓ в диализном центре
- ✓ домашний

Трансплантация почки:

- ✓ живой донор
- ✓ трупный донор

Консервативная терапия

- Выбор вида терапии: перспективность и эффективность для конкретного больного?
- Этапы лечения?

обучение

подготовка к терапии

терапия

возможная смена приоритетов в течение жизни пациента на ЗПТ (ослабленные и крайне старые, коморбидные, паллиативные больные и т.д.)

В какой мере пациенты информированы о концепции интегрированного подхода к ЗПТ и о своих возможных приоритетах?

Основная цель: обеспечить максимальную продолжительность жизни пациента с максимальным ее качеством



Критерии приоритезации:

➤ **Медицинские**

- ✓ Риск смерти
- ✓ Выживаемость

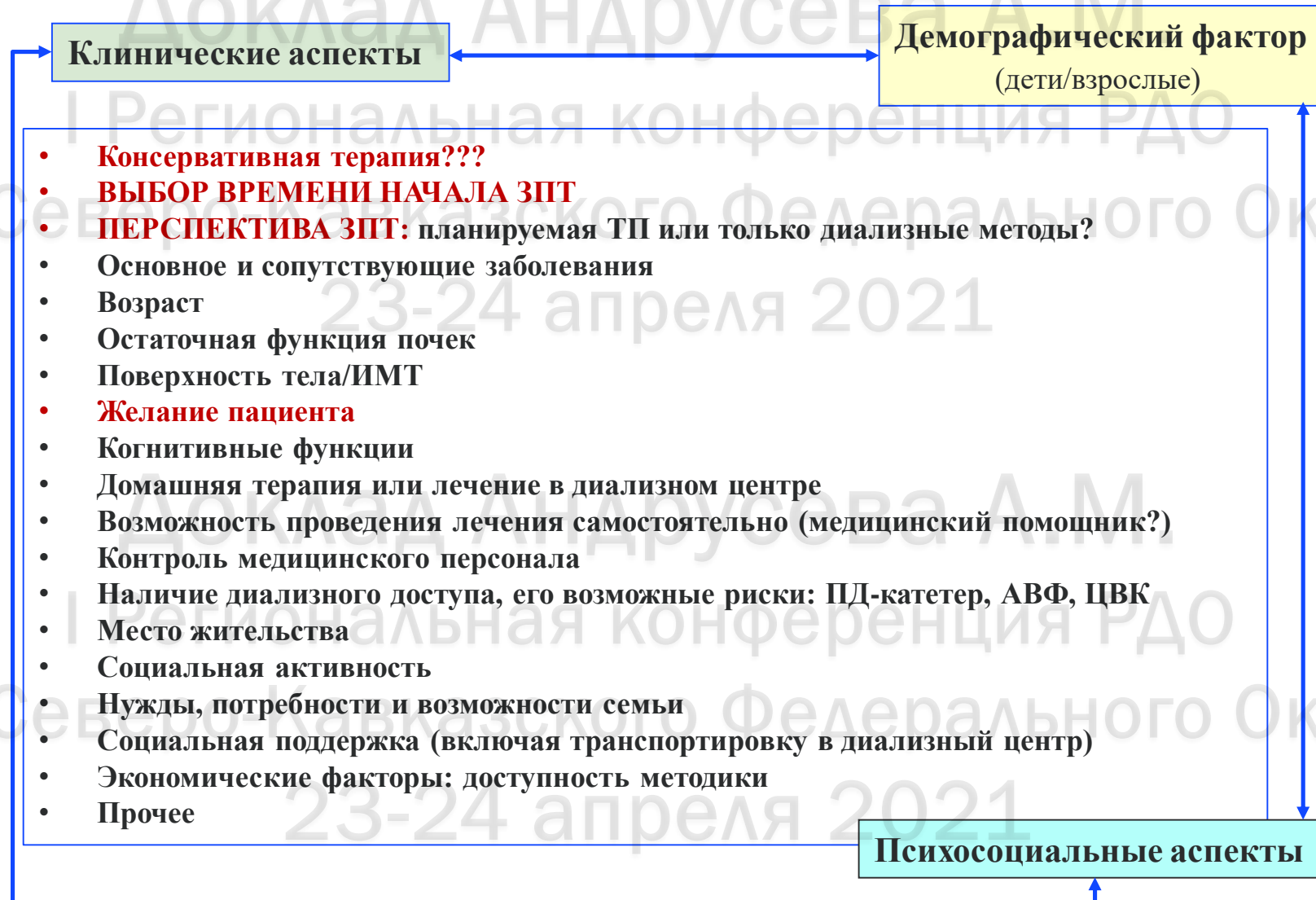
➤ **Социальные**

- ✓ Качество жизни (HRQOL)
- ✓ Социальная реабилитация

➤ **Экономические**

- ✓ Стоимость лечения
- ✓ Снижение нагрузки на систему здравоохранения
- ✓ Увеличение доли работающих граждан

Что мы знаем о пациенте?



Что мы знаем о пациенте?

Доклад Андрусева А.М.

I Региональная конференция РДО
для Северо-Кавказского Федерального Округа

Март 2021 г.: РФ, город N.: комиссия по отбору больных на ЗПТ проводится без участия пациентов.

Доклад Андрусева А.М.

I Региональная конференция РДО
для Северо-Кавказского Федерального Округа

23-24 апреля 2021

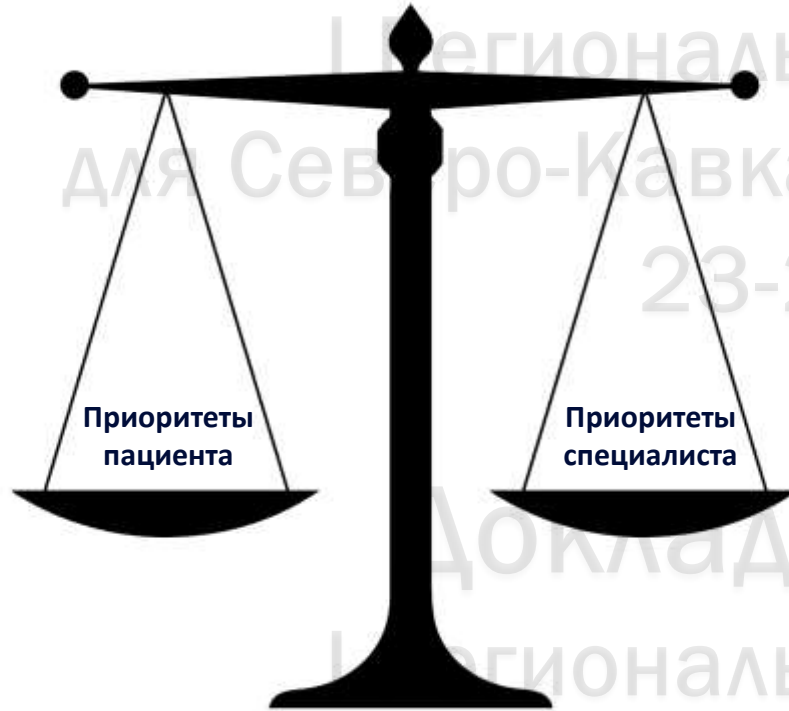
ХБП: баланс приоритетов?

Доклад Андрусева А.М.

Региональная конференция РДО

для Северо-Кавказского Федерального Округа

23-24 апреля 2021



Приоритеты
пациента

Приоритеты
специалиста

Доклад Андрусева А.М.

Региональная конференция РДО

для Северо-Кавказского Федерального Округа

23-24 апреля 2021

ХБП 1-4 стадии

ХБП 5 ст., ЗПТ



ХБП (взрослые, все стадии): приоритеты пациентов и профессионалов



Importance scores for outcomes by patients and caregivers; ordered by the overall score. Shown are median scores, with standard error represented by error bars.

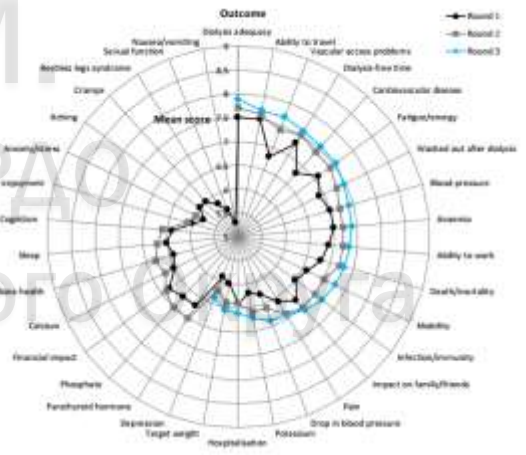
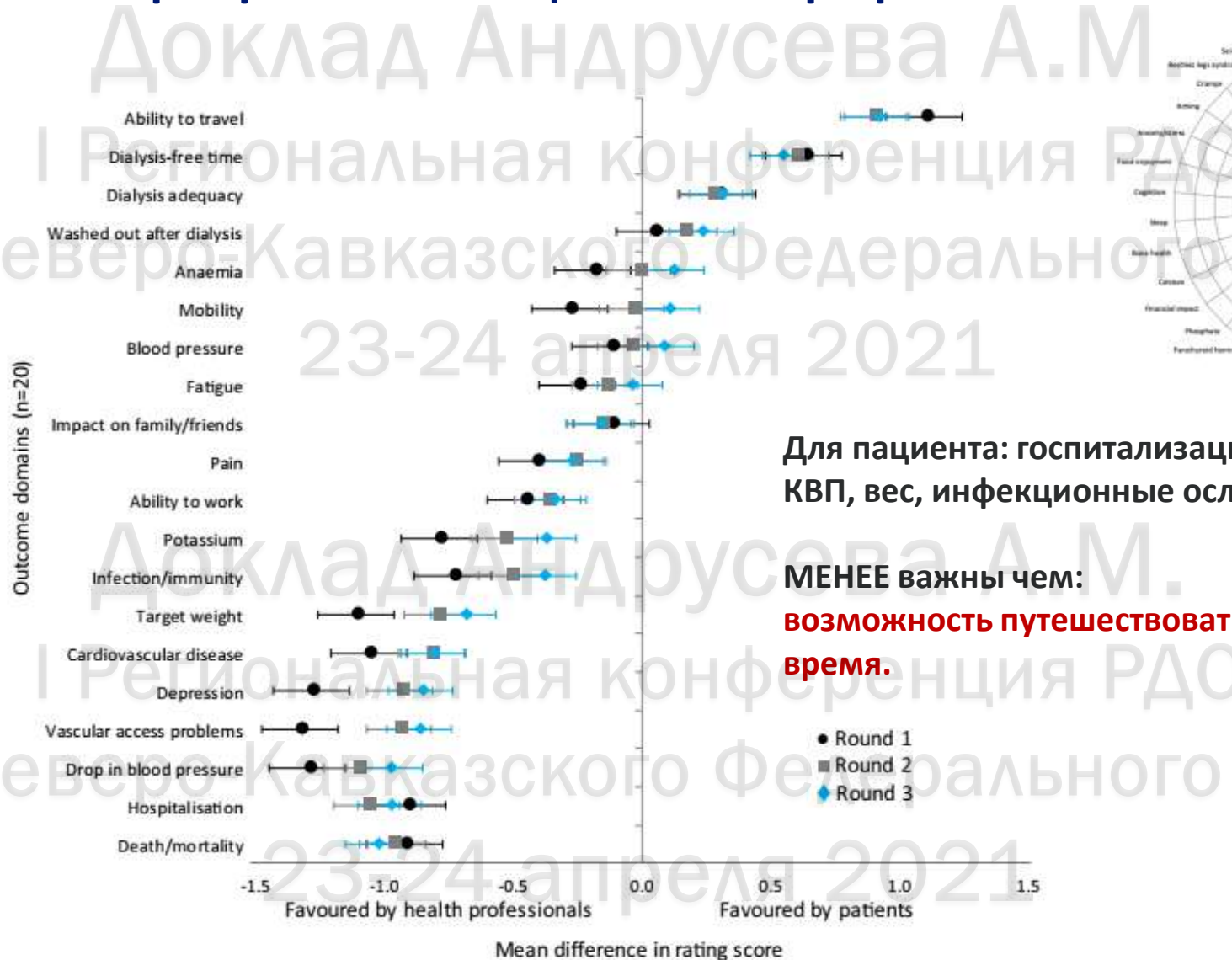
Abbreviations:

- CVD, cardiovascular disease;
- ESKD, end-stage kidney disease;
- PTH, parathyroid hormone.

доклад Андрусева А.М.
 Региональная конференция РДО
 для Северо-Кавказского Федерального Округа
 23-24 апреля 2021



Гемодиализ – бремя терапии: дисбаланс между приоритетами пациентов и профессионалов



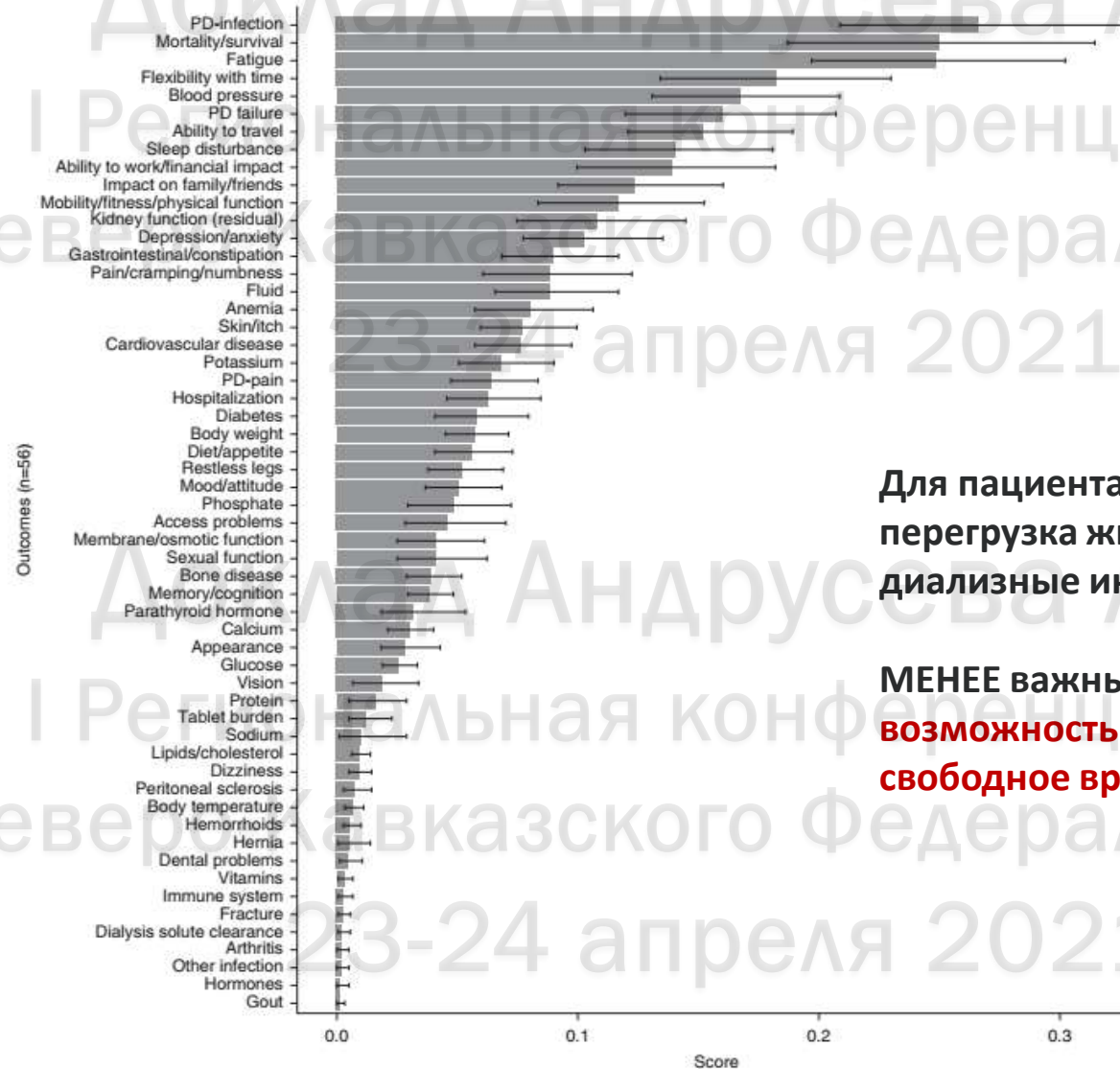
Для пациента: госпитализации, проблемы с доступом, КВП, вес, инфекционные осложнения, калий и др.,

МЕНЕЕ важны чем:
возможность путешествовать и иметь свободное от ГД время.

Доклад Андрусева А.М.
 I Региональная конференция РДО
 для Северо-Кавказского Федерального Округа
 23-24 апреля 2021



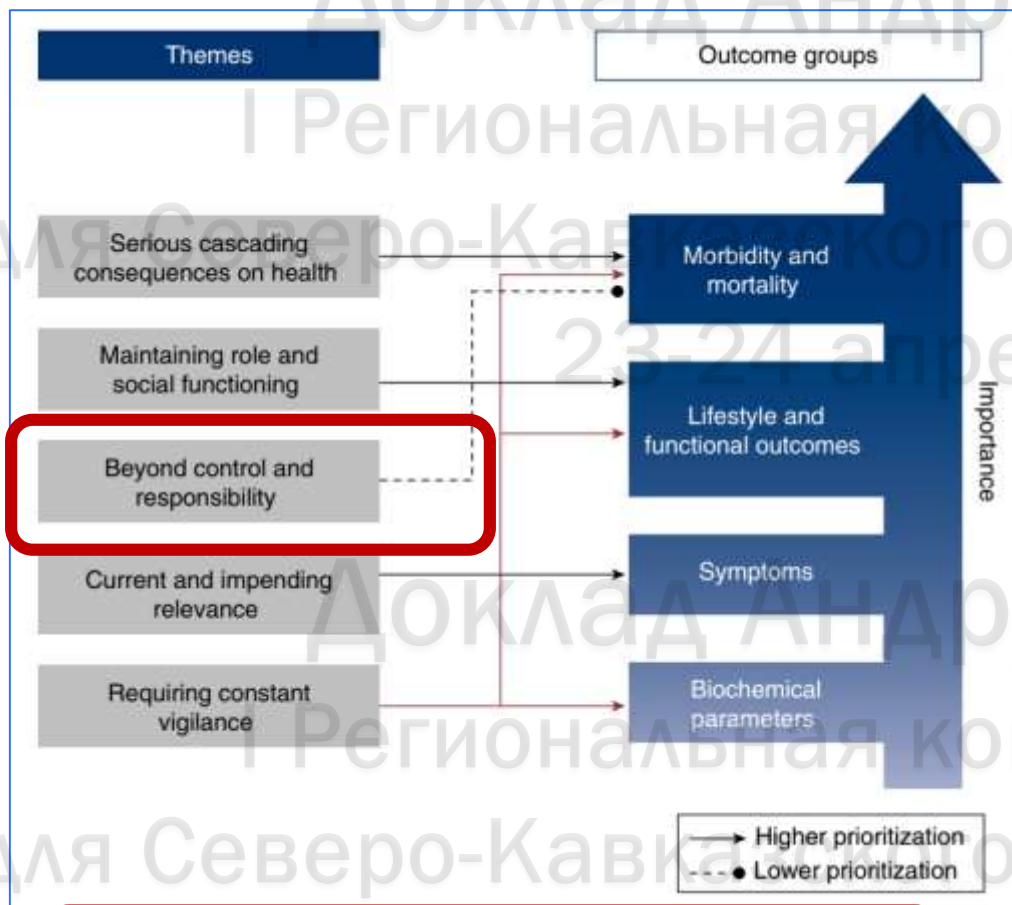
Перитонеальный диализ - время терапии : дисбаланс между приоритетами пациентов и профессионалов



Для пациента: прогрессирование КВП, диабет, анемия, перегрузка жидкостью, МКН (риск переломов!), диализные индексы и др.,

МЕНЕЕ важны чем:
возможность путешествовать, работать, иметь свободное время, общаться с друзьями и семьей и т.д.

Перитонеальный диализ - время терапии : дисбаланс между приоритетами пациентов и профессионалов



Пациент не приоритизирует те исходы, на которые, по его мнению, он не может повлиять.



Manera K.E. et al. Am J Kidney Dis. 2020. 75(3): 404-412

- ✓ “Patients/caregivers gave higher priority to lifestyle and functional outcomes, and morbidity and mortality, compared with biochemical parameters and symptoms”.
- ✓ “...the theme of “beyond control and responsibility” explained the lower prioritizations of morbidity and mortality-related outcomes, as patients felt some outcomes were **inevitable** (e.g., kidney function, mortality)”.

Table 2. Decisions needing to be made by people approaching ESKD.

- Goals of care including advance care planning and resuscitation status
- Renal replacement therapy versus conservative care?
- If choosing dialysis—peritoneal or hemodialysis?
- If choosing hemodialysis—facility based or home?
- If choosing hemodialysis—fistula, graft or catheter?
- If choosing PD—cycler or manual exchanges?
- If choosing PD—incremental or full dose?
- Transplant or not?
- If transplant—living or deceased donor?
- If dialysis—timing of initiation?

Person-centered peritoneal dialysis prescription and the role of shared decision-making

Peter G Blake¹ and Edwina A Brown²

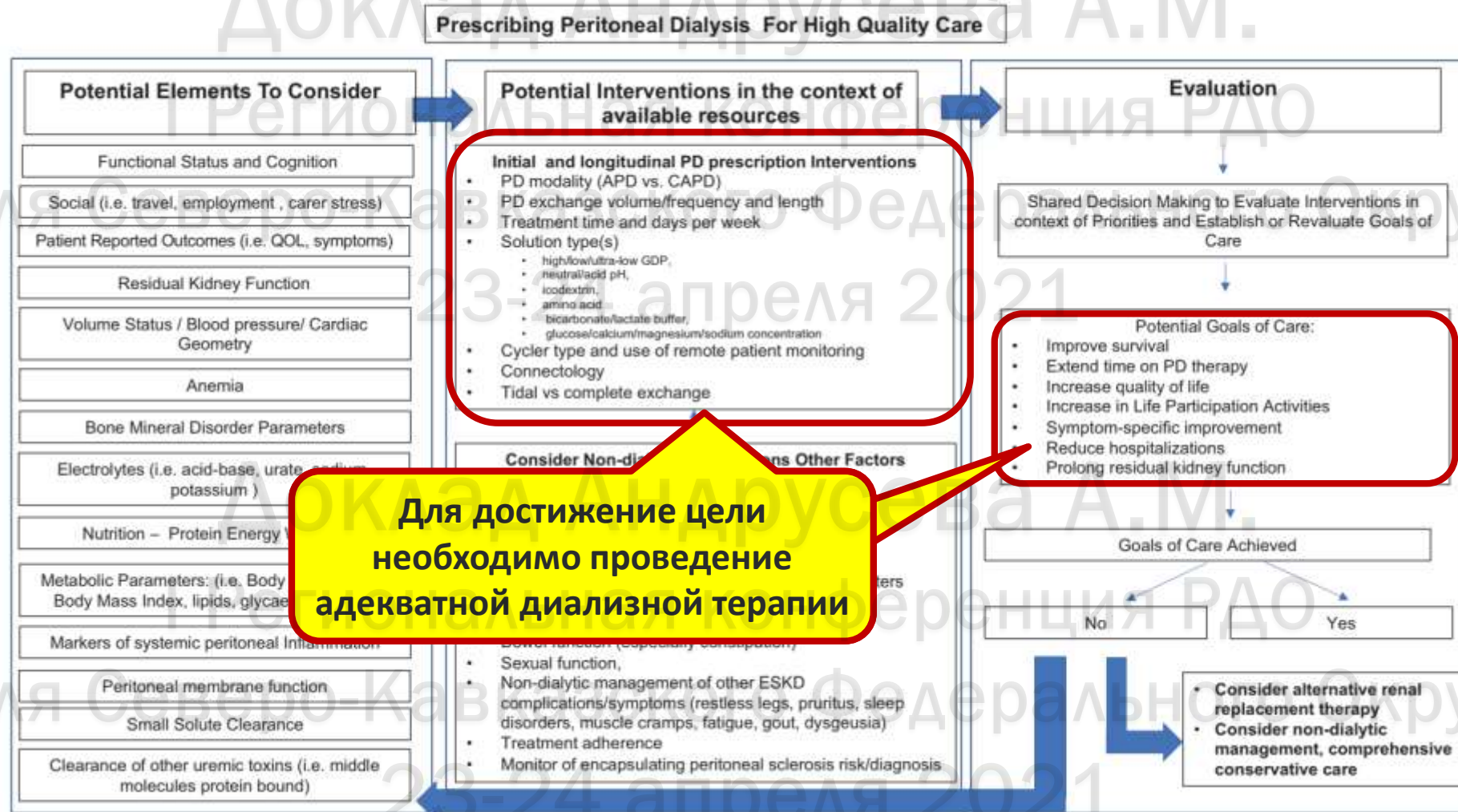
Peritoneal Dialysis International
2020, Vol. 49(3): 302–309
© The Author(s) 2020
Article reuse guidelines:
sagepub.com/journalsPermissions
DOI: 10.1177/0896860819938603
journals.sagepub.com/home/pdi
SAGE

Может быть, если мы будем уделять больше времени общению с пациентами, то мы увидим другое распределение в выборе видов диализа?

Table 3. Potential barriers to shared decision-making in PD and possible solutions.

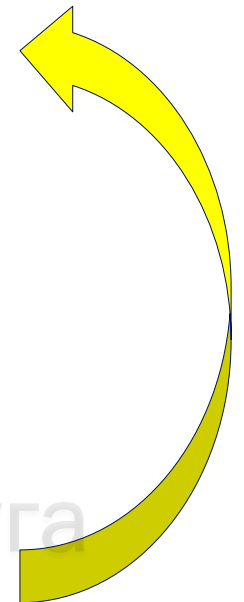
	Potential barrier	Possible solution
Person on PD related	Denial	Small amount of information at a time Avoidance of jargon Access to different methods of giving information Psychosocial support
	Cognitive impairment	
	Limited health literacy	
	Depression	
	Anxiety	
Health-care team related	Different culture to the primary national one	Training health-care teams to be culturally aware and to determine who—person on PD or family—is primary decision-maker
	Acute event so limited time for decision-making	Provide the opportunity for decision-making once urgent clinical situation has been resolved and the patient is stable
	Discomfort with sharing bad news	Communication skills training
Health-care system related	Lack confidence to talk about PD, palliative care, and so on	Appropriate training
	Unrealistic expectations of treatment efficacy or prognosis	Multidisciplinary meetings to discuss individual people on PD
	Limited time with people on PD in clinics	Use of tools to measure patient experience overall and with decision-making
	Lack of privacy in outpatient and inpatient settings	Development of electronic registers to record conversations with people on PD and their decisions
	Lack of continuity—people seen by multiple health-care teams and members	

Пациент-ориентированный подход: ISPD-2020 - назначение целенаправленного высококачественного ПД

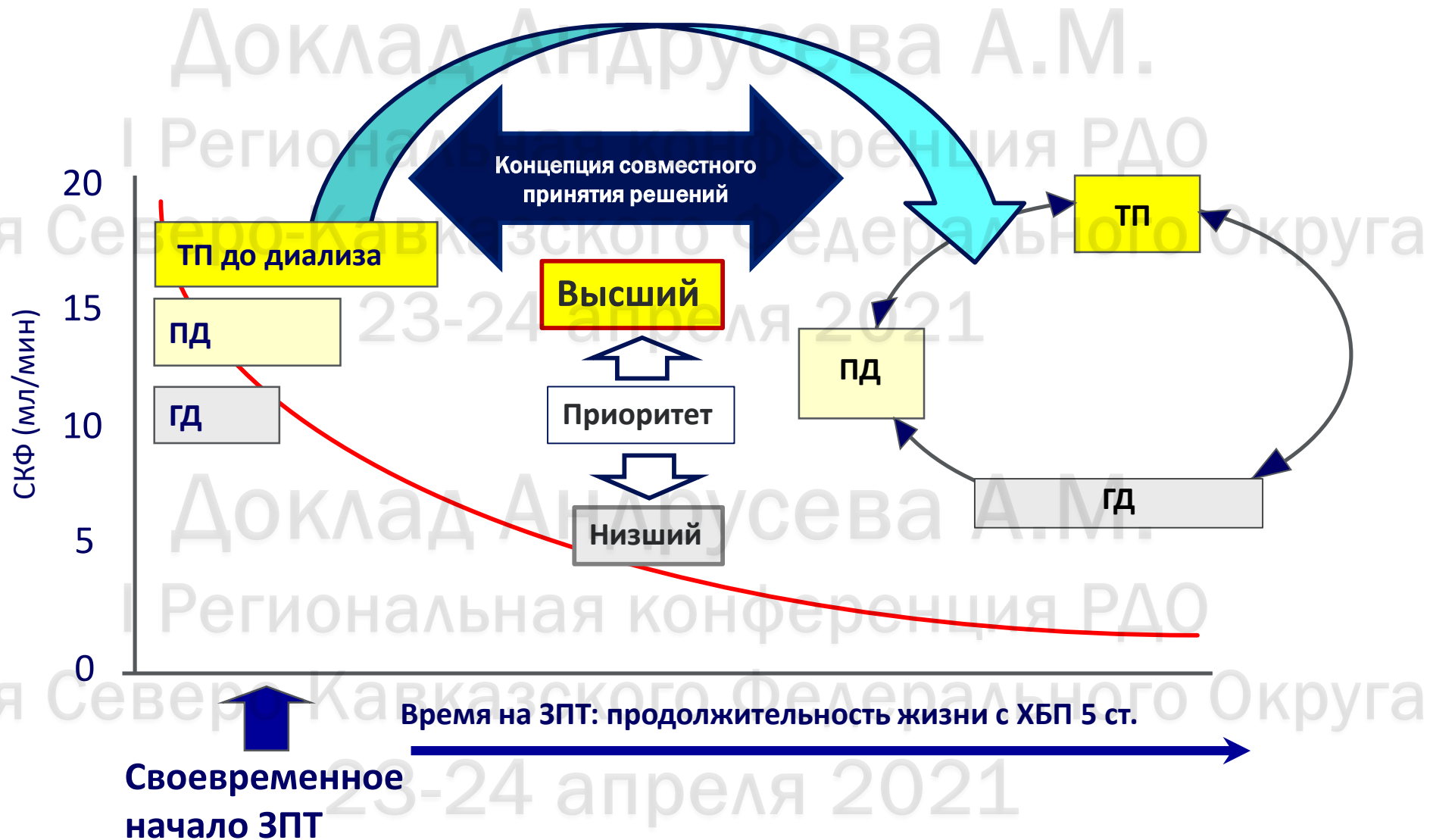


Рекомендации ISPD-2020: назначение целенаправленного высококачественного ПД

Клинические аспекты терапии	Достижение адекватных клиренсов уремических токсинов и ультрафильтрации: 2005 Guidelines on targets for solute and fluid removal in adults being treated with chronic peritoneal dialysis: 2019 Update of the literature and revision of recommendations.
	Точность оценки дозы ПД: Accuracy of the estimation of V and the implications this has when applying Kt/Vurea for measuring dialysis dose in peritoneal dialysis
	Значение сохранения остаточной функции почек: Prescribing high-quality peritoneal dialysis: The role of preserving residual kidney function
	Контроль объема: Volume management as a key dimension of a high-quality PD prescription
	Контроль электролитного баланса, фосфора и питание при ПД: Prescribing high-quality peritoneal dialysis: Moving beyond urea clearance
	Клиническая практика назначения ПД: международное сравнение: International comparison of peritoneal dialysis prescriptions from the Peritoneal Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (PDOPPS)
	Назначение ПД в возрастающей дозе: Incremental peritoneal dialysis
	Адекватность ПД в детской практике: Prescribing peritoneal dialysis for high-quality care in children
	Назначение адекватного ПД в условиях ограниченных ресурсов: Prescribing peritoneal dialysis and achieving good quality dialysis in low and low-middle income countries
Психосоциальные аспекты терапии	Качество жизни и адекватность ПД: Health-related quality of life and adequacy of dialysis for the individual maintained on peritoneal dialysis
	Персон-ориентированная концепция: Person-centered peritoneal dialysis prescription and the role of shared decision-making
	Мультиморбидные, ослабленные, паллиативные больные: Delivering peritoneal dialysis for the multimorbid, frail and palliative patient
	Роль пациента в лечении: The view of the person who is doing or who has done peritoneal dialysis



ХБП 5: интегрированный подход к началу ЗПТ и ее продолжению



Адаптировано по: Lameire N., Van Biesen M., Vanholder R. PDI 20 (Suppl 2):S134-41, 2000;
Mendelssohn D.G., Pierratos A. PDI 22:S5-S9, 2002;
Chaudhary K., Sangha H., Khanna R. Clin J Am Soc Nephrol 6: 447– 456, 2011.
M. Tonelli et al. Kidney International 10 (1), E19-E23, March 01, 2020

Заключение:

- Пациенториентированный подход – это разумный баланс между формальными приоритетами ЗПТ, с точки зрения достижения «твердых» клинических исходов, и качеством жизни пациента и его нуждами
- В основе пациенториентированного подхода лежит концепция совместного принятия решений, принимаемых с учетом демографических, медицинских, психологических и социальных факторов
- Этот подход должен использоваться на всех этапах терапии хронической болезни почек: не только в начале лечения (выбор вида ЗПТ), но и в дальнейшем (назначение оптимальных режимов и схем лечения)
- Приоритеты для пациента могут меняться с течением жизни, поэтому требуется своевременно принимать соответствующие решения о возможности (и необходимости) смены вида терапии или условий ее проведения

Доклад Андрусева А.М.
I Региональная конференция РДО
для Северо-Кавказского Федерального Округа
23-24 апреля 2021

Спасибо за внимание!

Доклад Андрусева А.М.
I Региональная конференция РДО
для Северо-Кавказского Федерального Округа
23-24 апреля 2021