

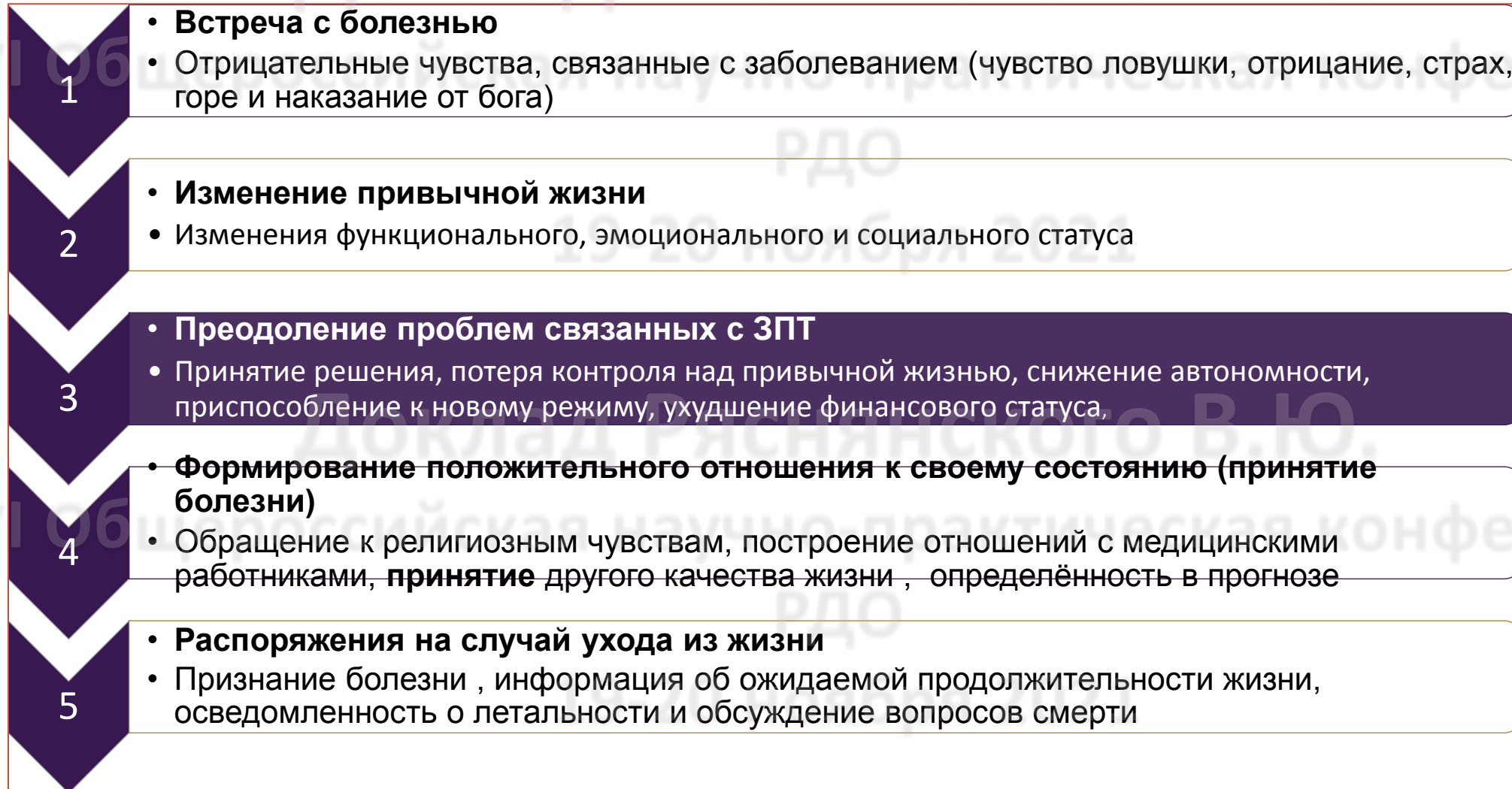
КОНЦЕПЦИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ХБП 5 – ОТКАЗ ИЛИ АЛЬТЕРНАТИВА?

XVI Общероссийская научно-практическая конференция РДО

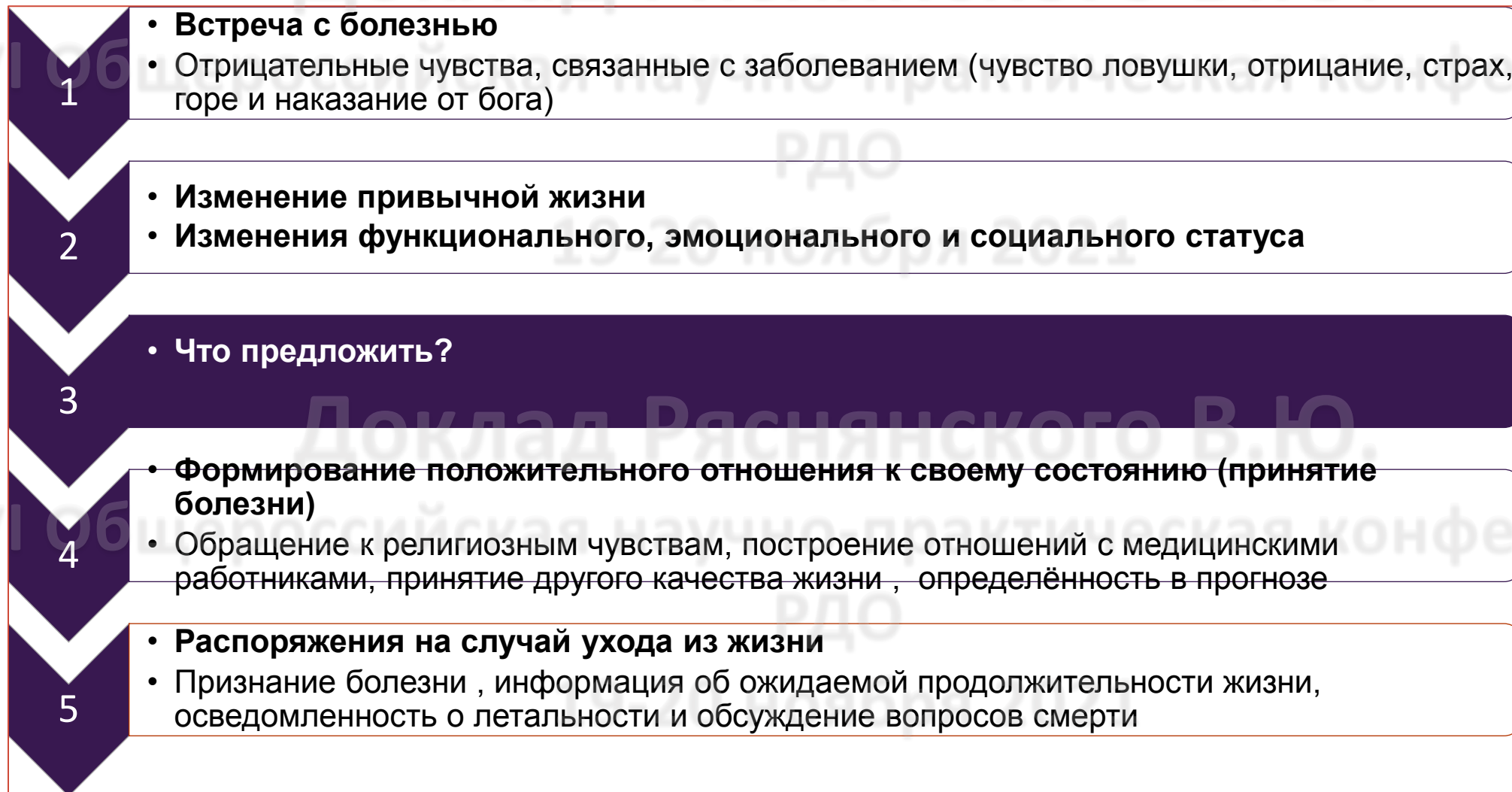
Ряснянский Владимир Юрьевич
Медицинский директор
Группа компаний НефроМед

19.11.2021

Траектория адаптации пациента с ХБП5 к диализу



Траектория адаптации пациента с ХБП5, которому диализ проводиться не будет?



ПЛАН

1. Рациональность выбора консервативной терапии вместо диализа
2. Определение
3. Критерии отбора
4. Принятие решения
5. Наблюдение и помощь пациентам с тХПН, не получающим ЗПТ

Доклад Ряснянского В.Ю.

XVI Общероссийская научно-практическая конференция

РДО

19-20 ноября 2021

Доклад Ряснянского В.Ю.
XVI Общероссийская научно-практическая конференция
РДО
19-20 ноября 2021

Рациональность выбора консервативной терапии вместо диализа

Частота выбора консервативной терапии у лиц старше 75 лет (Великобритания, опрос руководителей клиник)

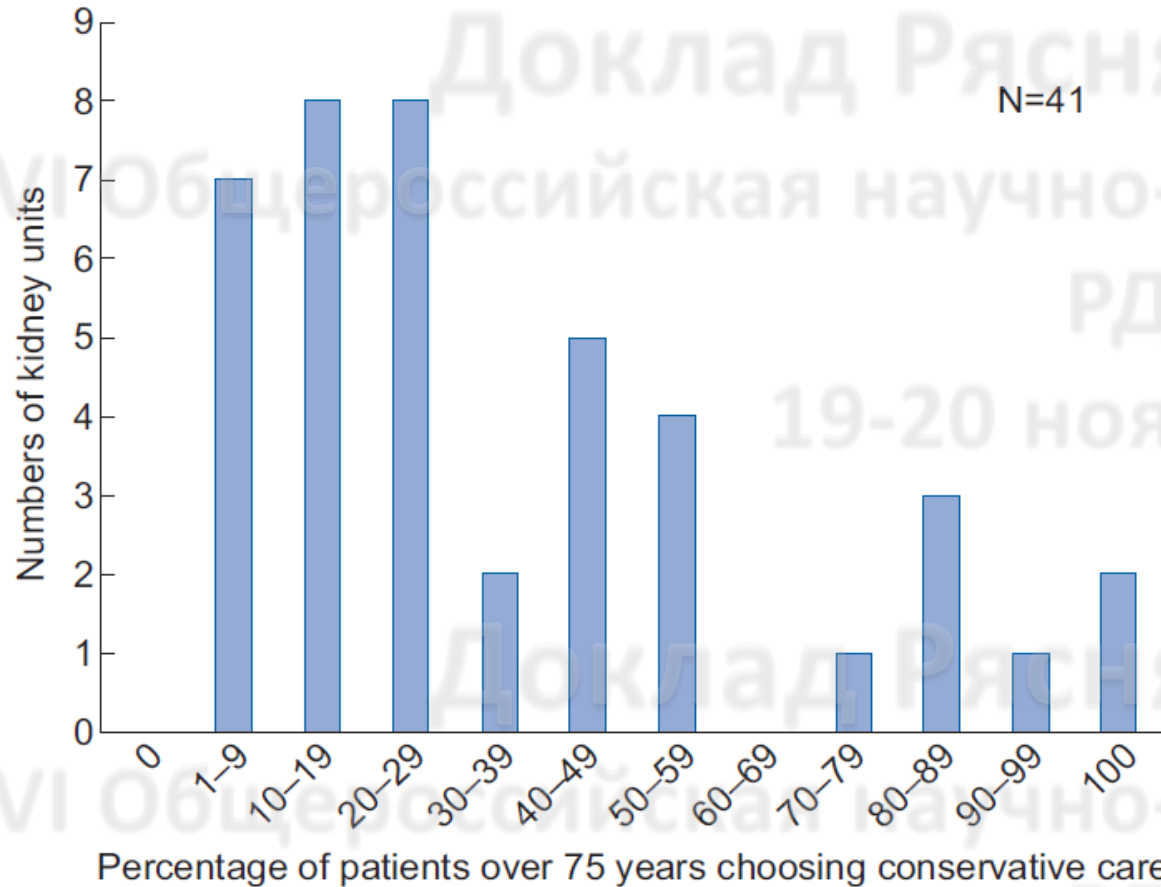


FIGURE 1: Percentage of patients with Stage 5 CKD choosing conservative care based on a survey of clinical directors asked the question: ‘In the calendar year 2012, what percentage of CKD5 patients aged 75+ years opted for conservative care?’ [27].

Процент пациентов старше 75 лет, выбравших консервативную терапию в их подразделениях
В 7 клиниках из 42 <10% , в то же время в 6 эти цифры превысили 80%

Выживаемость пациентов получающих консервативную терапию вместо диализа

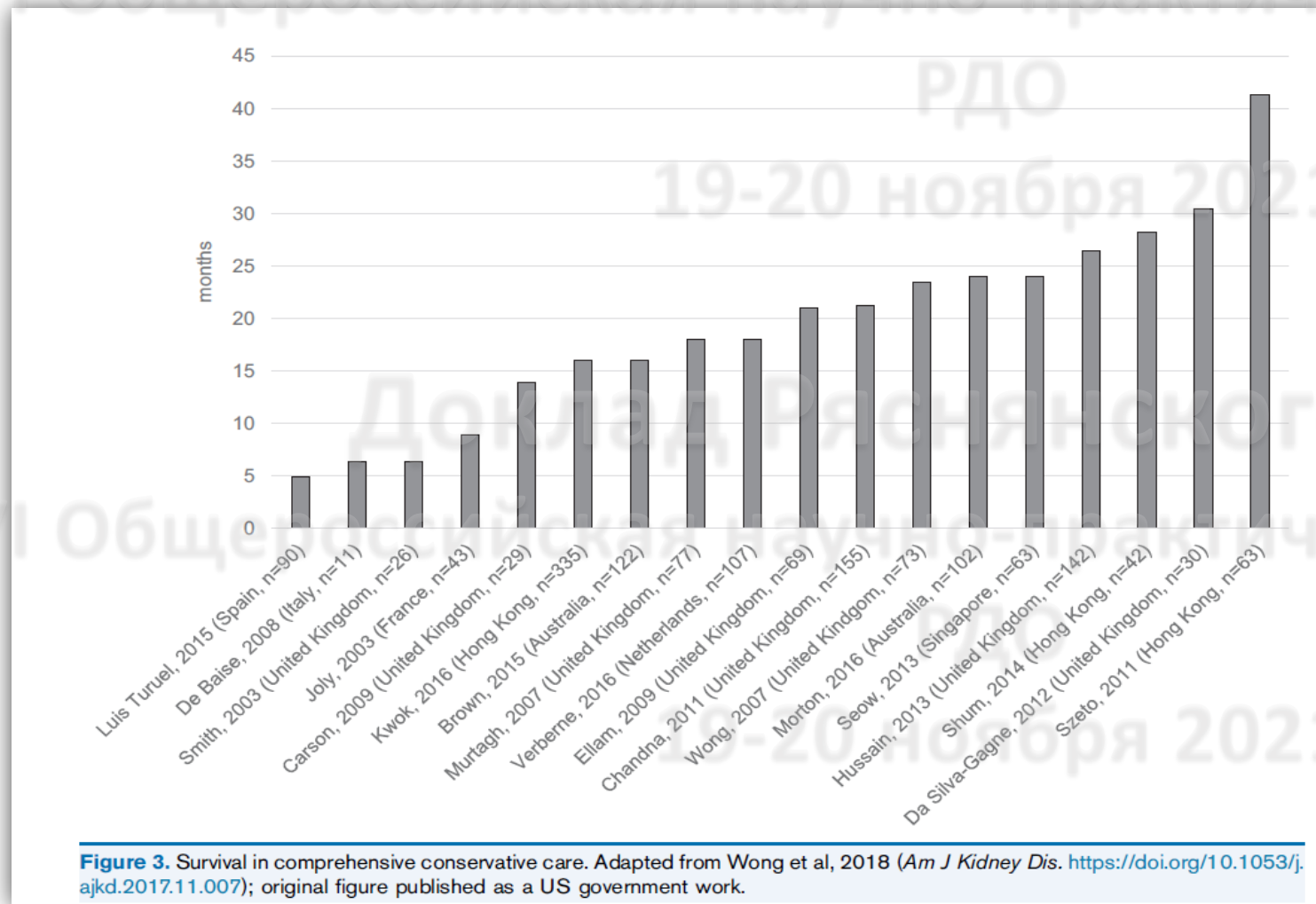


Figure 3. Survival in comprehensive conservative care. Adapted from Wong et al, 2018 (*Am J Kidney Dis.* <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2017.11.007>); original figure published as a US government work.

Gelfand SL, Scherer JS, Koncicki HM. Kidney Supportive Care: Core Curriculum 2020. *Am J Kidney Dis.* 2020 May;75(5):793-806. doi: 10.1053/j.ajkd.2019.10.016. Epub 2020 Mar 12. PMID: 32173108.

CADTH

CADTH RAPID RESPONSE REPORT:
SUMMARY WITH CRITICAL APPRAISAL

Conservative Management of Chronic Kidney Disease in Adult Patients: A Review of Clinical Effectiveness and Cost-Effectiveness

Service Line: Rapid Response Service
Version: 1.0
Publication Date: July 10, 2020
Report Length: 47 Pages

Рассмотренные темы

Диализ

Консервативная
терапия
(СКФ<10)

Выживаемость

Качество жизни
(сравнение пожилых)

Экономическая
эффективность

Subramonian A, Frey N. Conservative Management of Chronic Kidney Disease in Adult Patients: A Review of Clinical Effectiveness and Cost-Effectiveness [Internet]. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2020 Jul 10. PMID: 33296153.

CADTH

CADTH RAPID RESPONSE REPORT:
SUMMARY WITH CRITICAL APPRAISAL

Conservative Management of Chronic Kidney Disease in Adult Patients: A Review of Clinical Effectiveness and Cost-Effectiveness

Service Line: Rapid Response Service
Version: 1.0
Publication Date: July 10, 2020
Report Length: 47 Pages

Рассмотренные темы	Диализ	Консервативная терапия (СКФ<10)
Выживаемость	выше	
Качество жизни (сравнение пожилых)	Нет разницы	Нет разницы
Экономическая эффективность		выше

Subramonian A, Frey N. Conservative Management of Chronic Kidney Disease in Adult Patients: A Review of Clinical Effectiveness and Cost-Effectiveness [Internet]. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2020 Jul 10. PMID: 33296153.

Выводы

- Выбор консервативной терапии вместо диализа обычное явление, накоплен определённый массив, позволяющий судить о рациональности такого выбора
- В целом выживаемость этих пациентов ниже, но есть и определённые плюсы (качество жизни для определённых категорий и экономическая эффективность)

Доклад Ряснянского В.Ю.

XVI Общероссийская научно-практическая конференция

РДО

19-20 ноября 2021

Доклад Ряснянского В.Ю.

XVI Общероссийская научно-практическая конференция

РДО

Определение

19-20 ноября 2021

Концепция поддерживающей терапии при ХБП

(Kidney Disease: Improving Global Outcomes. Executive summary of the KDIGO Controversies Conference on Supportive Care in Chronic Kidney Disease: developing a roadmap to improving quality care, 2015)

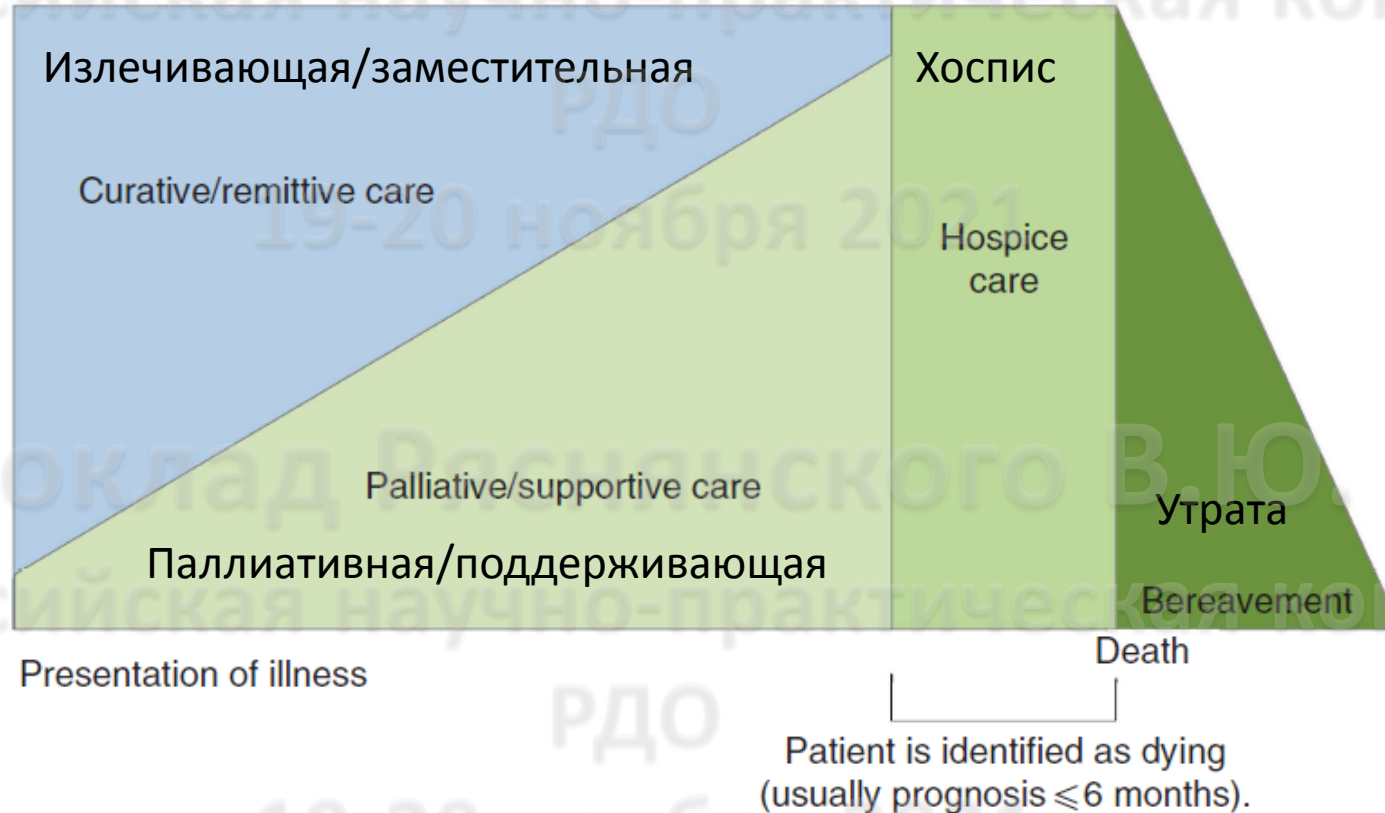


Figure 1 | Conceptual framework for supportive care in chronic kidney disease (CKD).

Влияние паллиативной помощи на показатели качества



FIGURE 1. The impact of palliative care consultations on quality metrics at the end-of-life. Adapted from results of referenced studies [70–73].

Что выбрать?

Определения

Паллиативная помощь

Поддерживающая терапия

Комплексная консервативная терапия

Найдите разницу

Поддерживающая (паллиативная) помощь

- [Паллиативная](#) медицинская помощь представляет собой комплекс мероприятий, включающих медицинские вмешательства, мероприятия психологического характера и уход, осуществляемые в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан и направленные на облегчение боли, других тяжелых проявлений заболевания. 323 ФЗ4, Статья 36.
Паллиативная медицинская помощь

Комплексная консервативная терапия

Плановая комплексная помощь, ориентированная на ХБП 5, включающая:

- **Нефропротекцию**
- **Профилактику и лечение осложнений**
- Совместное принятие решений
- **Активная коррекция симптоматики**
- Подробное общение по течению заболевания и прогнозу, в т.ч. предварительное планирование ухода
- Психологическая поддержка
- Социальная и семейная поддержка
- Культурные и духовные сферы

Renal supportive care, palliative care and end-of-life care:
 Perceptions of similarities, differences and challenges
 Australia and New Zealand

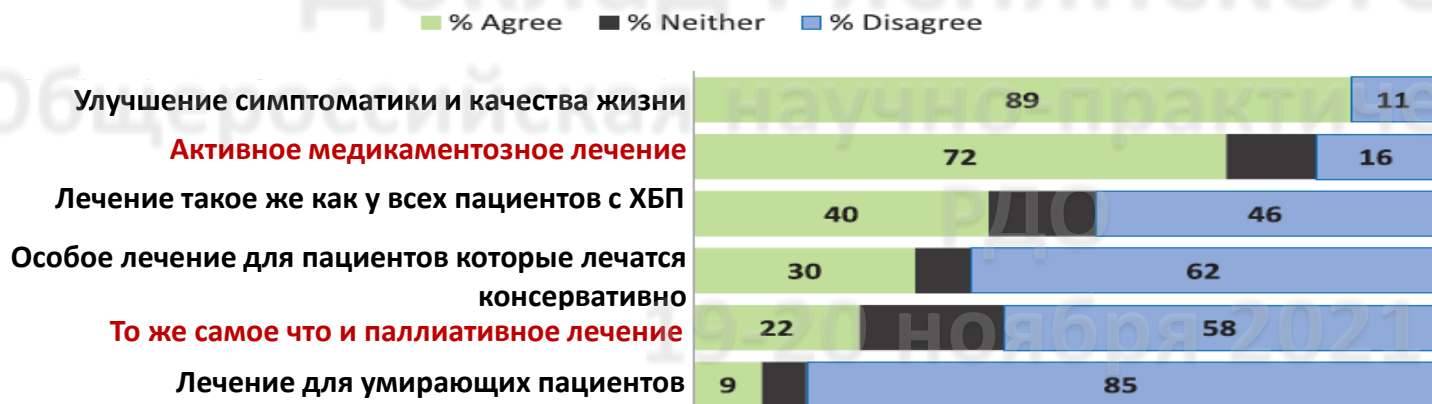


FIGURE 2 Views on renal supportive care: “From your experience RSC is...”. QOL, quality of life; CKD, chronic kidney disease; RSC, renal supportive care

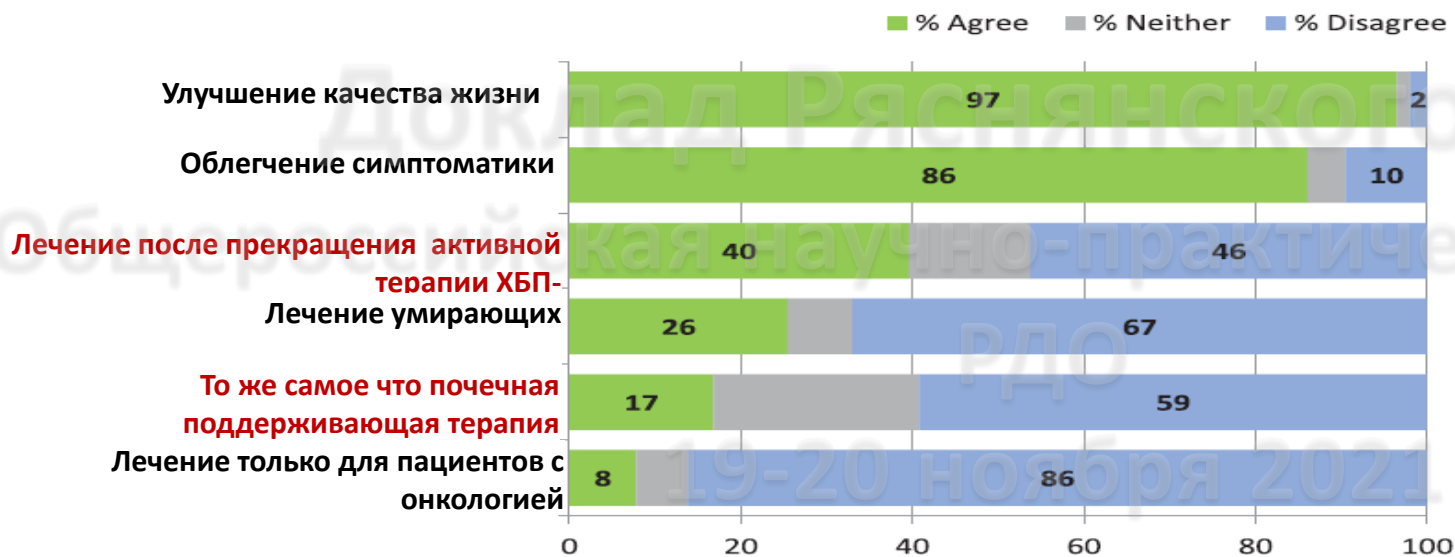


FIGURE 3 Views on Palliative Care From your clinical experience, specialist palliative care (SPC) is... CKD, chronic kidney disease; SPC, specialist palliative care

Increasing access to integrated ESKD care as part of universal health coverage



OPEN



Figure 6 | An overview of the contribution of supportive and comprehensive conservative care to overall care in end-stage kidney disease. Dashed gray lines represent a period of stability, which may be short or long. Supportive care should be offered at each stage of the disease, including information, education, relief of pain and associated symptoms, nutritional support, and social and spiritual care. CKD, chronic kidney disease.

Концепция интегрированной помощи на разных этапах ХБП

Increasing access to integrated ESKD care as part of universal health coverage



OPEN

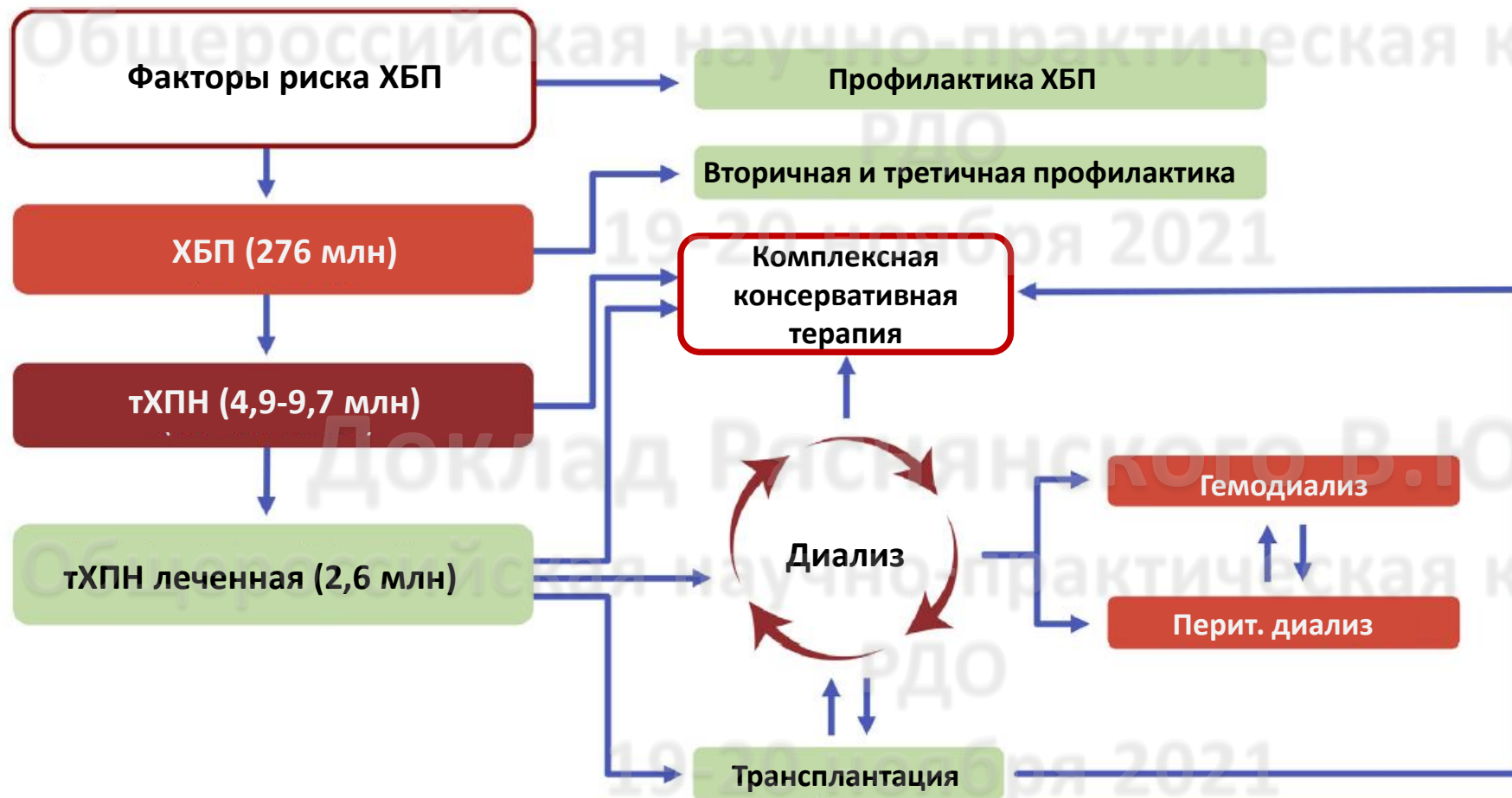


Figure 1 | End-stage kidney disease pathways.

Выводы

- Паллиативная помощь не охватывает всех аспектов связанных с ведением пациентов, которым выбрана консервативная терапия вместо диализа
- Консервативная терапия тХПН должна рассматриваться как часть интегрированной помощи больным ХБП

Доклад Ряснянского В.Ю.

XVI Общероссийская научно-практическая конференция

РДО

19-20 ноября 2021

Доклад Ряснянского В.Ю.

XVI Общероссийская научно-практическая конференция

Критерии отбора

РДО
19-20 ноября 2021

Факторы влияющие на выбор консервативного лечения

Коморбидность

Прогноз

Функциональный статус

Ментальный статус

Возраст

Мнение пациента

Модифицируемый
фактор



Изменение возрастного ценза в отношении старческого возраста на диализе (из данных систематического обзора)



Fig. 2 Authors' minimum age threshold used to define elderly (years) over time (size of dots represent size of studies). Individual study characteristics are listed in Table 1.

Правильно ли это?

- Современные руководства рекомендуют нейтральное отношение к возрасту при решении вопроса о начале ЗПТ

Сравнение ожидаемой продолжительности жизни пациентов получающих ЗПТ (диализ и трансплантация) с популяцией без тХПН

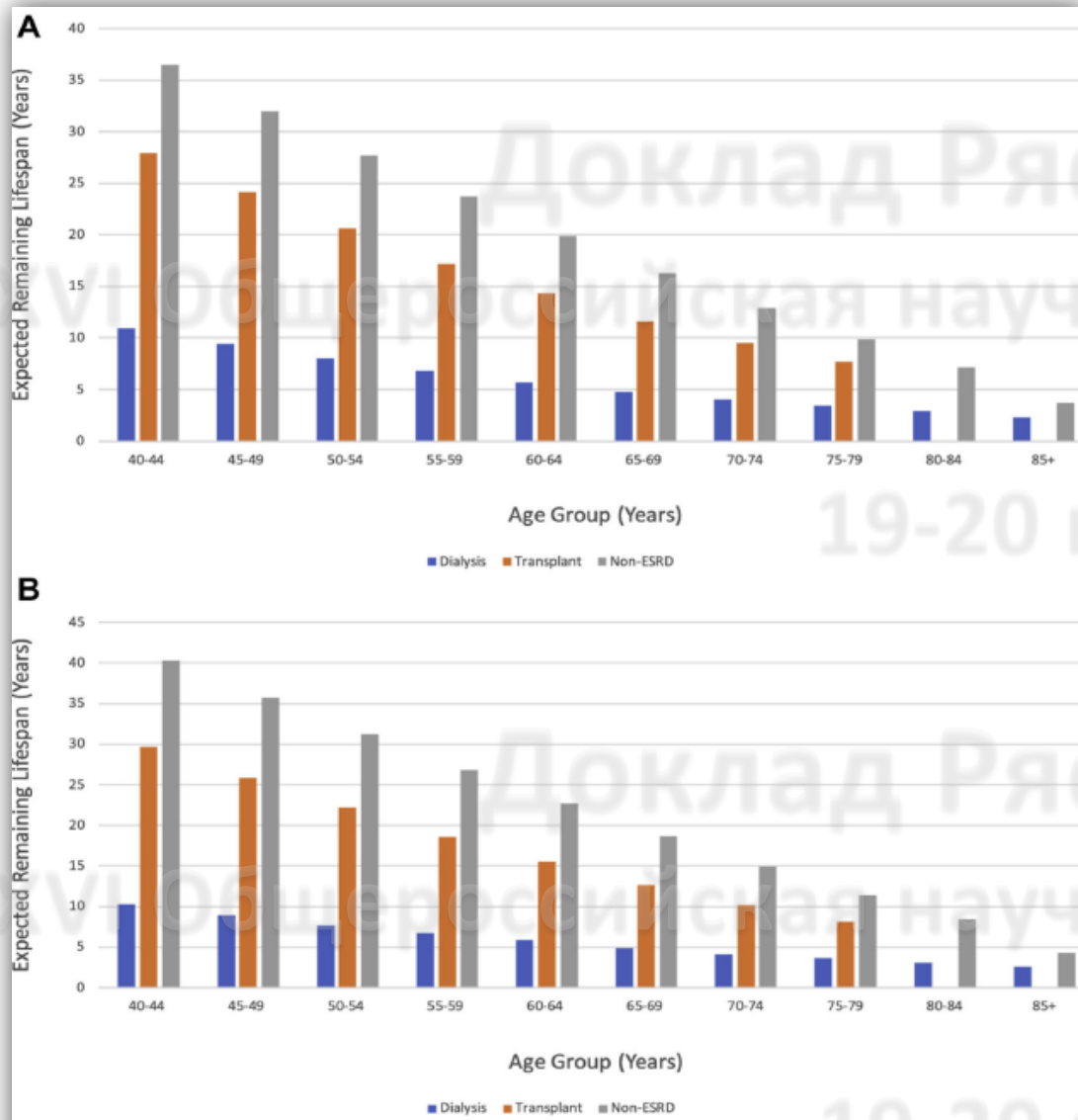


Fig. 3 – Expected life span in male patients (A) and female patients (B) with end-stage kidney disease (ESKD) by treatment modality compared with non-ESKD patients. Data from US Renal Data Service 2020 Annual Report on Chronic Kidney Disease and End Stage Renal Disease.

Разница ожидаемой продолжительности жизни между общей и диализной популяциями в старших возрастных не столь очевидна

Уровень падения СКФ и риск тХПН в зависимости от стадии ХБП и возраста

Table 4. Rate of change in eGFR by age and eGFR at baseline

Baseline eGFR (ml/min per 1.73 m ²)	Age Group	% with Annual eGFR Decrement >3 ml/ min per 1.73 m ²	Adjusted Odds ^a of Annual Decrement in eGFR >3 ml/min per 1.73 m ²
45 to 59 (n = 117,922)	18 to 44	16.62	1.00 (referent)
	45 to 54	21.93	1.23 (1.02 to 1.47)
	55 to 64	22.95	1.23 (1.30 to 1.47)
	65 to 74	25.07	1.28 (1.08 to 1.53)
	75 to 84	28.00	1.48 (1.24 to 1.76)
	85 to 100	34.10	2.00 (1.67 to 2.41)
30 to 44 (n = 57,339)	18 to 44	45.87	1.00 (referent)
	45 to 54	35.30	0.57 (0.45 to 0.72)
	55 to 64	29.90	0.43 (0.34 to 0.54)
	65 to 74	25.41	0.33 (0.27 to 0.41)
	75 to 84	24.30	0.33 (0.27 to 0.42)
	85 to 100	26.03	0.39 (0.31 to 0.49)
15 to 29 (n = 15,694)	18 to 44	52.51	1.00 (referent)
	45 to 54	48.90	0.81 (0.58 to 1.12)
	55 to 64	44.33	0.67 (0.49 to 0.93)
	65 to 74	34.12	0.46 (0.34 to 0.63)
	75 to 84	26.70	0.36 (0.26 to 0.49)
	85 to 100	24.91	0.35 (0.25 to 0.49)
<15 (n = 1768)	18 to 44	46.94	1.00 (referent)
	45 to 54	49.80	1.19 (0.64 to 2.23)
	55 to 64	43.03	0.92 (0.49 to 1.71)
	65 to 74	36.85	0.74 (0.40 to 1.36)
	75 to 84	36.47	0.76 (0.41 to 1.41)
	85 to 100	26.39	0.50 (0.23 to 1.10)

^aAdjusted for race, gender, diabetes, coronary artery disease, peripheral arterial disease, congestive heart failure, cerebrovascular disease, and Charlson score.

Пациенты старших
возрастных групп теряют
СКФ с меньшим темпом

Группа пожилых неоднородна по прогнозу (Тайвань, n=10759)

Table 3. Median survival years in patients greater than or equal to 85 years old or < 85 years old with different Charlson comorbidity index values.

	Charlson comorbidity index			
	≤3	4-6	7-9	≥10
Median survival years in two age groups				
≥85 years	2.33	1.90	1.67	1.04
< 85 years	4.24	3.14	2.47	1.63

doi: 10.1371/journal.pone.0075318.t003

Просто добавь индекс коморбидности – и уже можно стратифицировать по группам риска

Презентация прогностического индекса French Renal Epidemiology and Information Network (REIN) registry в отношении 6 месячной выживаемости пациентов старше 75 лет

9 факторов риска: ИМТ, диабет, ХСН, поражение периферических сосудов, аритмия, активная онкология, расстройства поведения, внеплановое начало ЗПТ

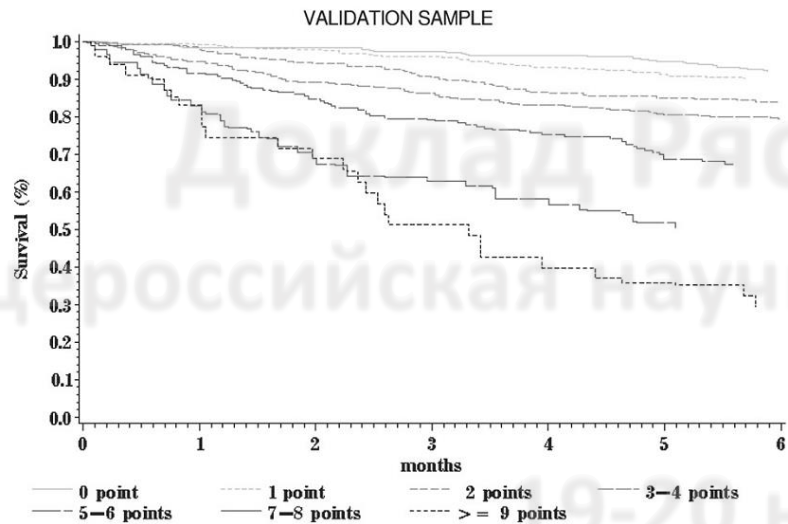


Fig. 2. Mean survival (from five imputed datasets; multiple imputation for missing data) by point score groups in the training sample and the validation sample.



Fig. 3. Distribution (mean frequency from five imputed datasets; multiple imputation for missing data) of patients in the validation sample, by score strata, according to vital status and whether or not they were withdrawn from dialysis within 6 months after starting dialysis.

Особое отношение к старшей возрастной группе

- Ожидаемая продолжительность жизни низкая
- Меньше желания «платить дискомфортом» за неясное улучшение прогноза
- Выше коморбидность
- Выше риск смерти после начала ЗПТ
- Меньше скорость прогрессии (потери СКФ)
- Частое наложение ОПП на фоне гемодинамических проблем
- Больше проблем с мобильностью и зависимостью от других лиц
- Немощность (Frailty Phenotype): истощаемость физическая и психическая, низкая физическая активность, непреднамеренная потеря веса, медленная скорость ходьбы, слабость

Соотношение леченной и нелеченной тХПН в разных возрастных группах

Figure 4. Percentage of Cohort Experiencing Treated Kidney Failure, Untreated Kidney Failure, and Composite Kidney Failure (Treated and Untreated) by Age



Error bars indicate 95% CIs.

Пациенты с СКФ
больше 15 мл/мин,
наблюдение 4,4 года
(Alberta, Canada)

Факторы, влияющие на выбор персоналом консервативной терапии (уремическая симптоматика не главное)

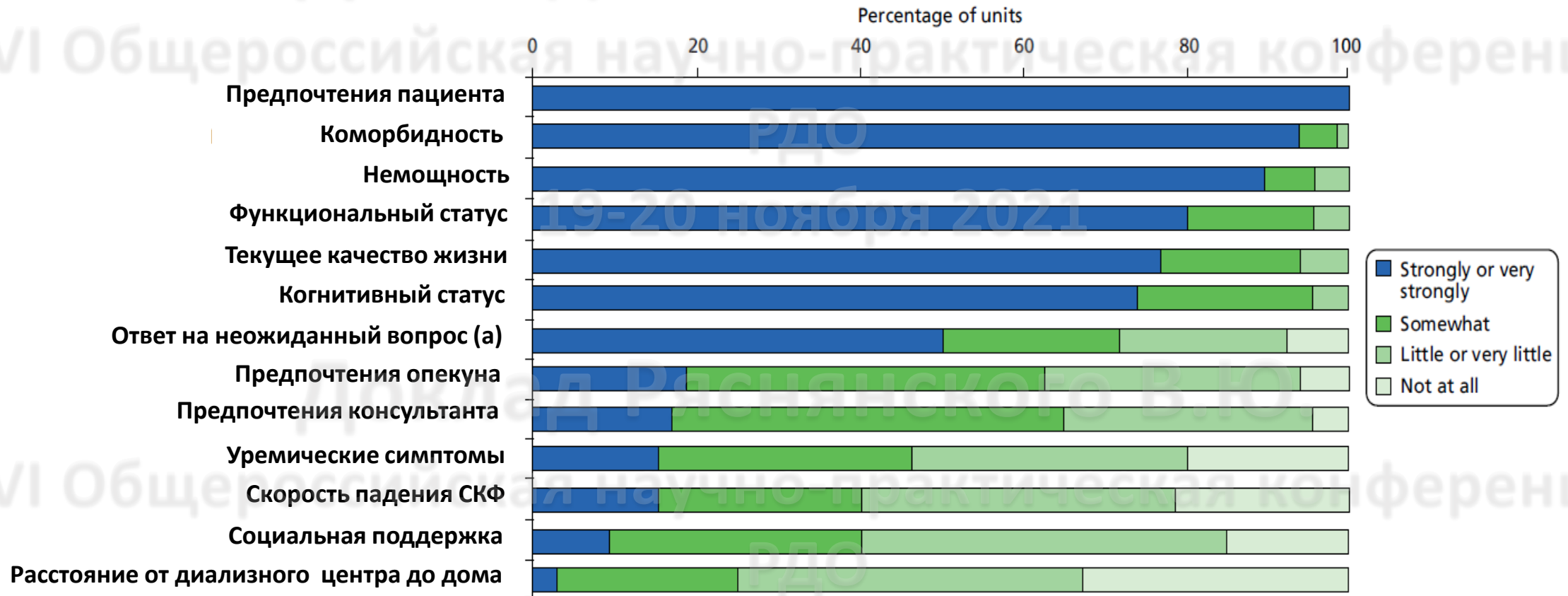


FIGURE 3 Factors likely to influence staff when contemplating the suitability of conservative care for a patient ($n = 65$). a, 'Would I be surprised if this patient died in the next year?' b, $n = 64$ because of missing responses.

Кто на самом деле решает.

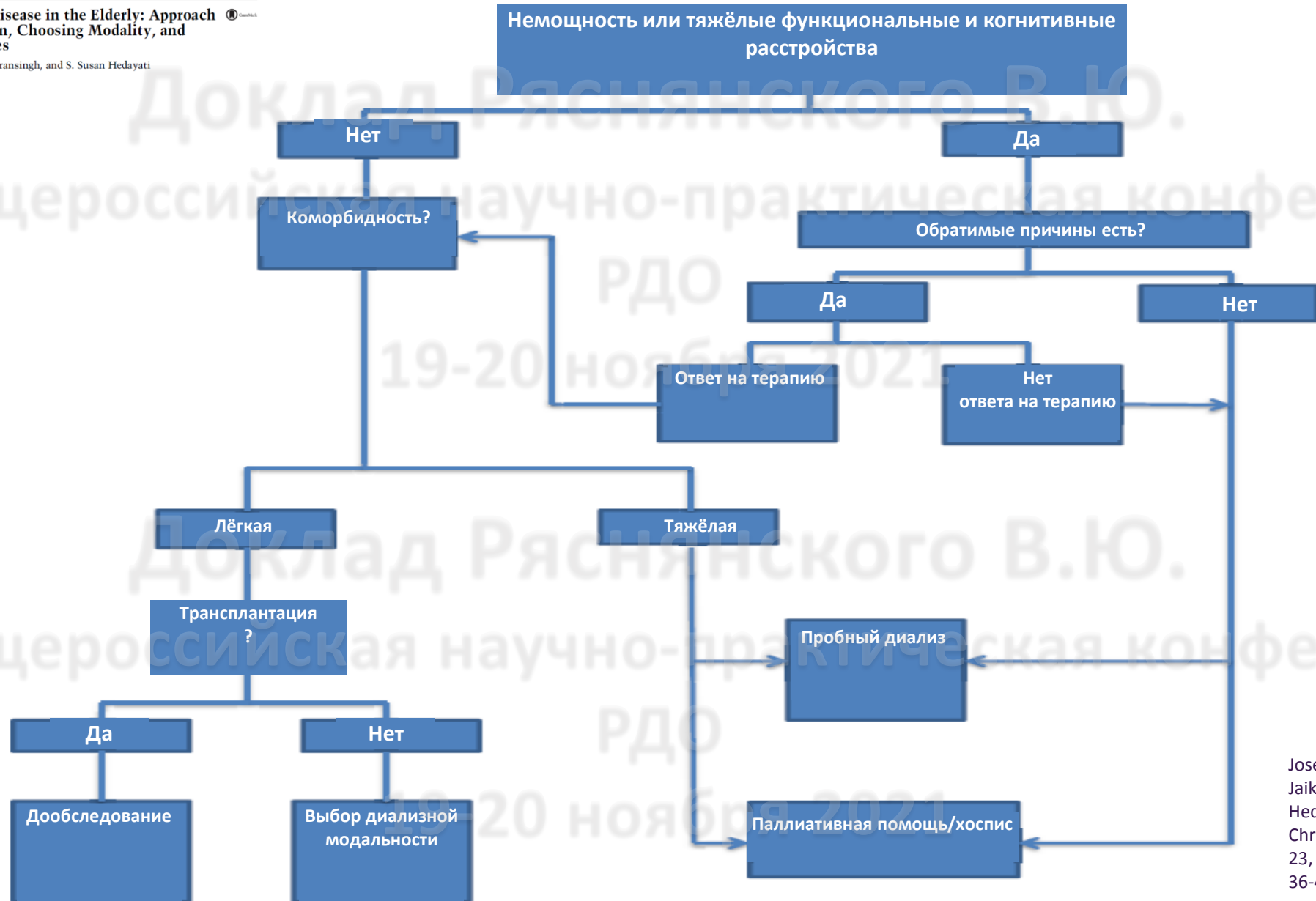
Table 5. When you intended NOT to start RRT, how often did the patient's preference change your decision?

	All (<i>n</i> = 394) <i>n</i> (%)	Low-incidence countries (<i>n</i> = 238) <i>n</i> (%)	High-incidence countries (<i>n</i> = 156) <i>n</i> (%)	Not-for-profit centres (<i>n</i> = 302) <i>n</i> (%)	For-profit centres (<i>n</i> = 92) <i>n</i> (%)
Всегда	39 (10%)	18 (8%)	21 (14%)	31 (10%)	8 (9%)
Часто (>50% случаев)	74 (19%)	37 (16%)	37 (24%)	52 (17%)	22 (24%)
Редко (<50% случаев)	230 (58%)	152 (64%)	78 (50%)	186 (62%)	44 (48%)
Никогда	51 (13%)	31 (13%)	20 (13%)	33 (11%)	18 (20%)

Abbreviations: RRT, renal replacement therapy.

Comparisons by other nephrologist or facility characteristics did not yield statistically significant results.

С другой стороны если врач считает что диализ лучше не начинать – мнение пациента не толь значимо



Joseph R. Berger, Vishal Jaikaransingh, and S. Susan Hedayati Advances in Chronic Kidney Disease, Vol 23, No 1 (January), 2016: pp 36-43

Figure 1. Suggested approach to the elderly patient with end-stage kidney disease.

Выводы

- Критерии для пациентов, для которых с клинических позиций лучше не начинать диализ в основной своей массе ясны
- Но клинические критерии уремии не всегда являются определяющими в окончательном выборе или отказе от диализа, чем старше пациент тем ниже их убедительность

Nephrologists' emotional burden regarding decision-making about dialysis initiation in older adults: a qualitative study



Melissa W. Wachterman^{1,2,3,4*}, Tarikwa Leveille⁴, Nancy L. Keating^{2,4,5}, Steven R. Simon^{1,2,4}, Sushrut S. Waikar^{4,6} and Barbara Bokhour^{7,8}

Nephrologists' attempts to reduce this burden may be reflected in different decision-making styles – paternalistic, informed, and shared decision-making. Shared decision-making may relieve some of the emotional burden while preserving patient-centered care

Эмоциональные барьеры принятия решения

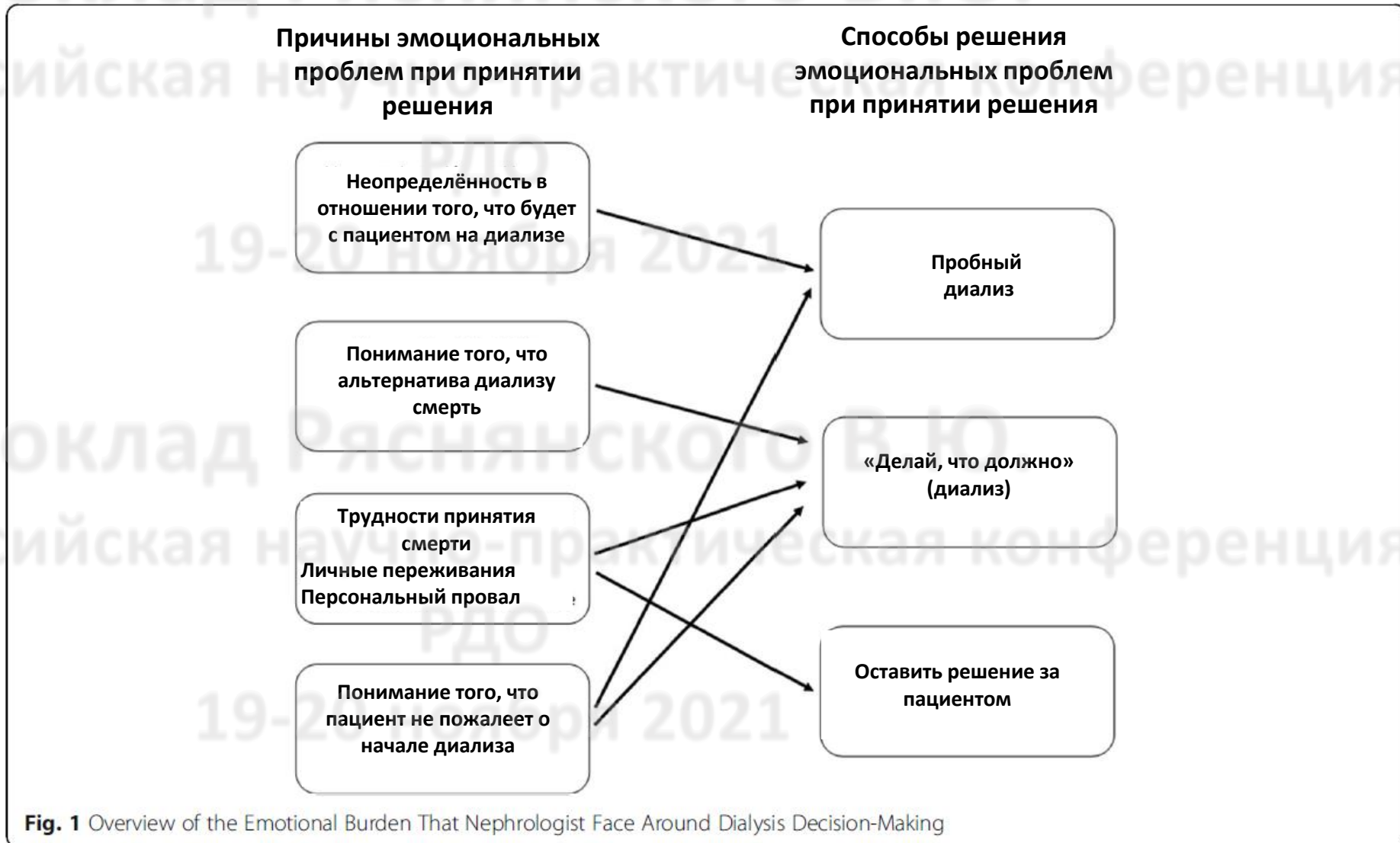


Fig. 1 Overview of the Emotional Burden That Nephrologist Face Around Dialysis Decision-Making

Варианты принятия решений

Вариант выбора
модальности лечения

19-20 ноября 2021
Врач единолично принимает решение

19-20 ноября 2021
Выбор пациента на основе нейтрального предложения
разных модальностей

19-20 ноября 2021
Совместное принятие решения

Доклад Ряснянского В.Ю.

XVI Общероссийская научно-практическая конференция

РДО

19-20 ноября 2021

Доклад Ряснянского В.Ю.

XVI Общероссийская научно-практическая конференция

РДО

19-20 ноября 2021

Совместное принятие решения

Критически важные аспекты для неизлечимо больных

1. Продолжительность жизни
2. Качество жизни
3. Контроль боли и другой симптоматики
4. Поддержка семьи
5. Уверенность в профессиональной помощи при приближении смерти
6. Проведение необходимой терапии

Совместное принятие решения

REVIEW

Open Access



Treatment decisions for older adults with advanced chronic kidney disease

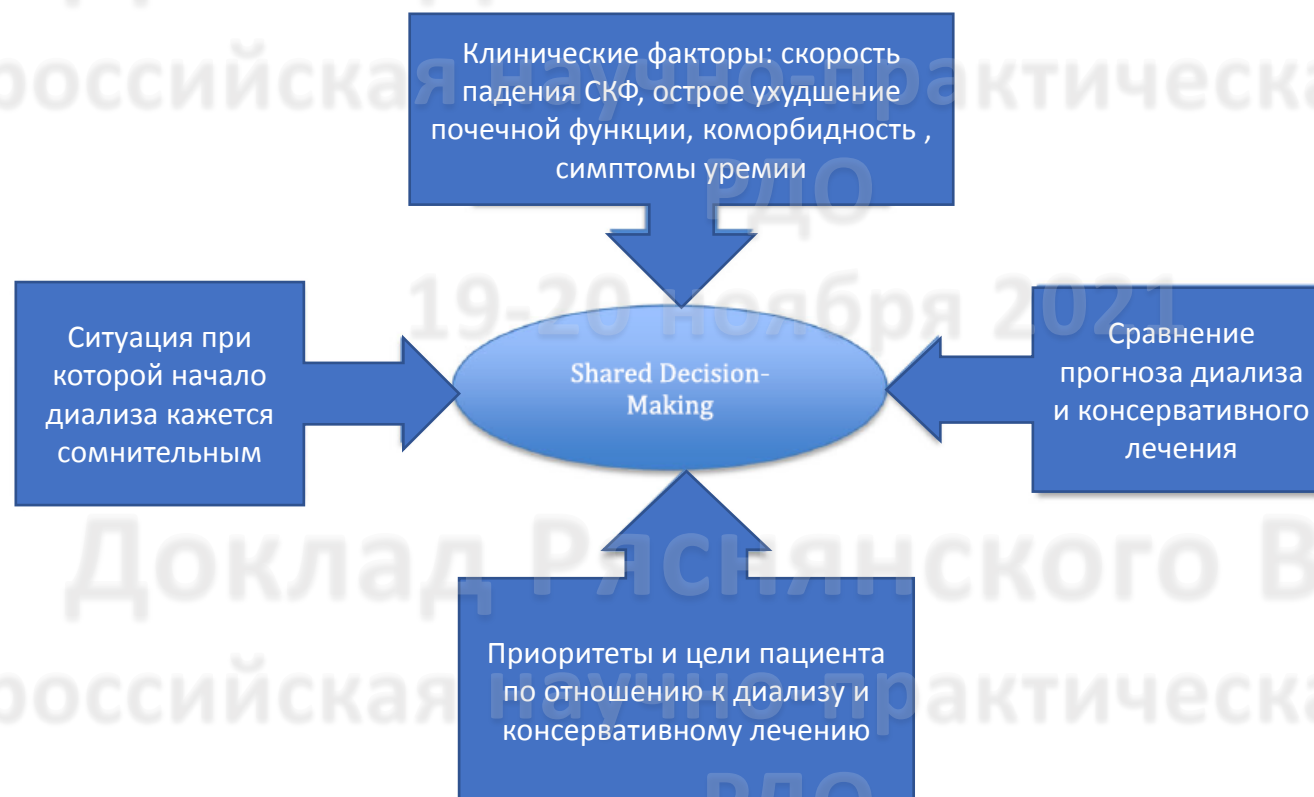


Fig. 1 Framework for management of advanced CKD in older adults. The competing risk of death from non renal causes due to comorbidities and slow loss of renal function, $< 3 \text{ ml/min/1.73 m}^2/\text{year}$ of eGFR [25, 28–30], makes the likelihood of the need for a dialysis decision low. Patient's comorbidities and other parameters are used in tools for survival projections ([34, 35, 38–46] <https://www.qxmd.com/calculate/calculator/3-month-mortality-in-incident-elderly-esrd-patients>). High comorbidity and poor functional status may eliminate any dialysis survival advantage [2, 6, 14, 18, 44, 45]. A patient's priorities and goals should be considered in conjunction with advantages and disadvantages of dialysis (listed in Table 2), in the shared decision process



Treatment decisions for older adults with advanced chronic kidney disease

Диализ плюсы и минусы

Потенциальные плюсы

- Долше продолжительность жизни
- Улучшение аппетита
- Общение с персоналом и пациентами в центре

Потенциальные минусы

- Частые и болезненные пункции
- Потеря остаточной функции почек
- Обусловленные диализом утомляемость, гипотензия и др. осложнения
- Потеря времени на процедуры и госпитализацию
- Повышение летальности в первые 3 мес
- Более вероятный вариант умереть в больнице
- Высокий уровень прекращения процедур

Информированное согласие для пациентов старческого возраста, рассматривающих возможность хронического

диализа

- Диализ может не дать преимущества в выживаемости.
- Пациенты с такой тяжёлой патологией, скорее всего умрут, чем проживут достаточно долго с тХПН.
- Вполне вероятно, что они могут не испытывать никаких функциональных улучшений на диализе и на первом году диализа может произойти значительное функциональное ухудшение.
- Бремя диализа включает необходимость хирургического вмешательства для формирования сосудистого или перитонеального доступа и лечения осложнений сосудистого доступа или перитонеального катетера.
- Во время процедуры диализа могут возникнуть неблагоприятные симптомы, такие как головокружение, усталость и судороги, а также плохое самочувствие после диализа.
- Потребуется время и вероятные расходы на дорогу на диализ и обратно, придётся уделить много часов проведению самой процедуры, что сократит времени на другие более приятные занятия
- Диализ может повлечь за собой ненужные медицинские вмешательства во время непосредственного приближения смерти связанные с инвазивными тестами, процедурами и госпитализаций.
- Отказ от диализа может повлечь за собой значимое ухудшение симптомов уремии, в том числе слабости, тошноты, анорексии, рвоты, сонливости, зуда и подергиваний.

Лучший/худший вариант

ДИАЛИЗ

- Утомляемость, но между диализами дни с хорошим самочувствием
- С течением времени появляется больше осложнений
- Продолжительность жизни 2-3 года

- Сонливость и слабость в дни диализа
- Ухудшение здоровья
- Чаще госпитализации
- Продолжительность жизни 1 год

- Стремительный уход
- Осложнения, госпитализация
- Быстрое ухудшение здоровья
- Времени остаётся мало

Лучший вариант

Наиболее вероятный вариант

Худший вариант

КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ

- Приём медикаментов/диета
- Регулярное посещение врача
- Ухудшение здоровья медленное
- Симптоматика нарастает
- Продолжительность жизни 1-2 года

- Одышка, иногда дни с удовлетворительным самочувствием
- Иногда госпитализации
- Продолжительность жизни 3-9 мес

- Постоянное ощущение дискомфорта
- Госпитализация
- Времени остаётся мало

тХПН: траектория индекса Карновского на последнем году жизни

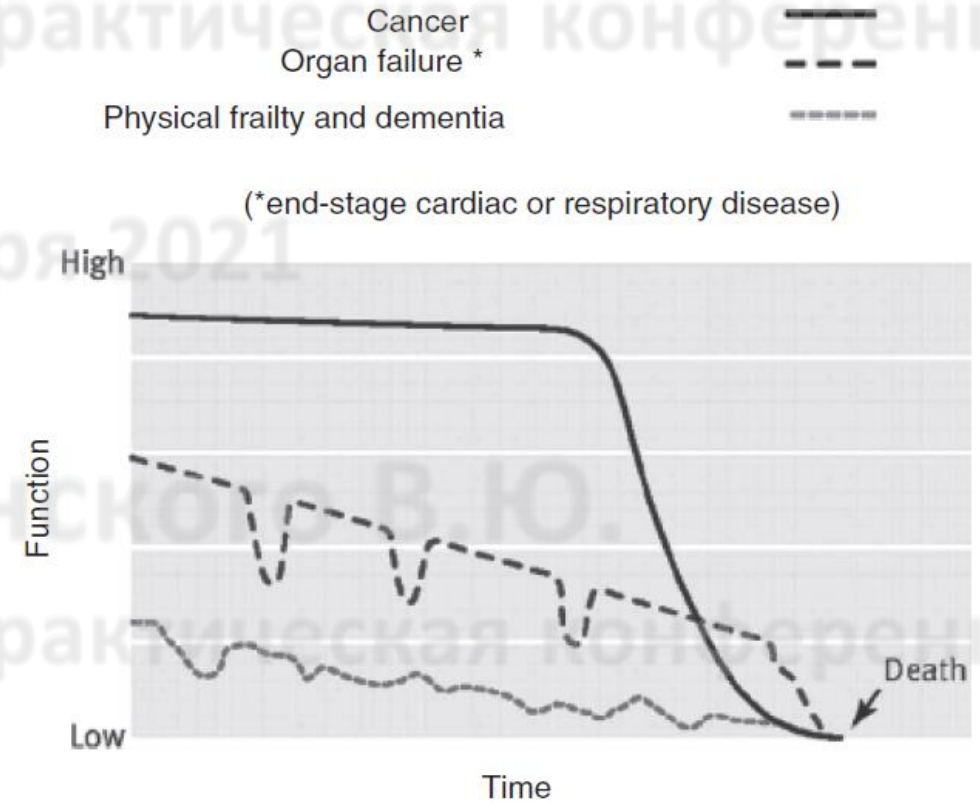
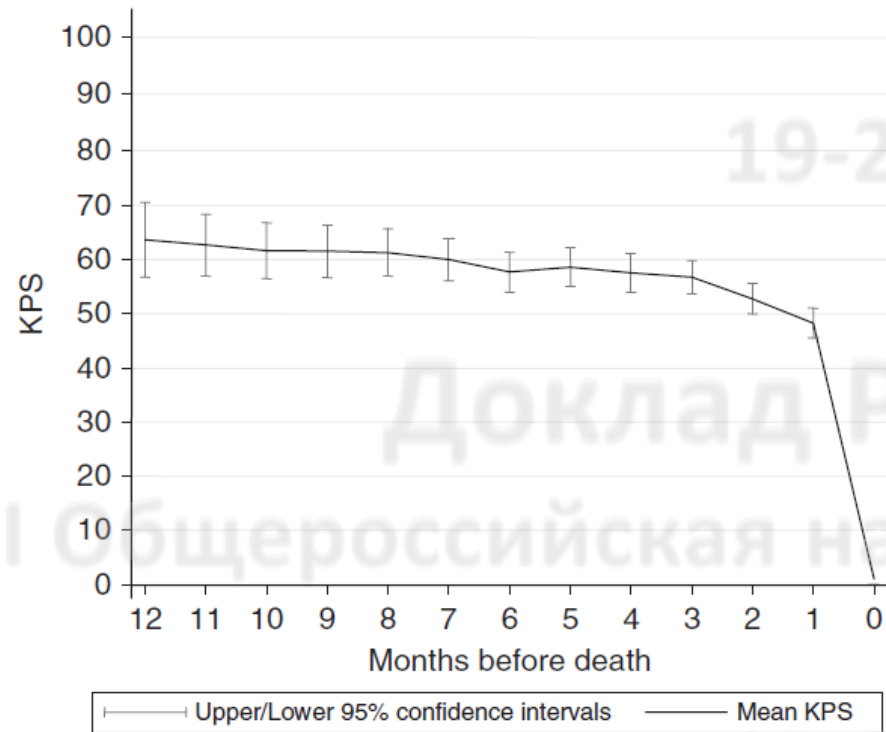


Figure 3. Previously described functional trajectories in the last year of life in other advanced conditions.³

Выводы

- Процесс принятия решения в каждом случае индивидуален в отношении пациента
- Но что хуже – процесс принятия решений во многом зависит от привычки врача
- Вероятно наиболее оптимальный вариант это совместное обсуждение проблемы как с пациентом, так и с его опекунами

Вопрос: а какую альтернативу мы можем предложить?

Доклад Ряснянского В.Ю.

XVI Общероссийская научно-практическая конференция

РДО

19-20 ноября 2021

**Наблюдение и помощь
пациентам с тХПН, не
получающим ЗПТ**

XVI Общероссийская научно-практическая конференция

РДО

19-20 ноября 2021

Вопросы организации

Модели
организации
помощи

Отдельные клиники для ХБП 4-5

Интеграция в систему паллиативной помощи

Интеграция в гериатрическую службу

Интеграция в диализную службу?

Ключевые направления консервативной помощи

(A National Study of Practice Patterns in UK Renal Units in the Use of Dialysis and Conservative Kidney Management to Treat People Aged 75 Years and Over with Chronic Kidney Failure)

Key components of conservative care	% (n)
Терапия ЭПО и железом	100 (65)
Симптомы (оценка и ведение)	100 (65)
Диета	99 (64)
Назначение терапии для коррекции почечных симптомов (задержка жидкости, кожный зуд)	97 (63)
Врачебные консультации	93 (61)
Оценка анализов крови	91 (59)
Поддержка по телефону	88 (57)
Взаимодействие с первичным звеном	80 (52)
Поддержка по телефону опекунов	79 (51)
Планирование действий на случай наступления смерти	77 (50)
Вопросы социальной поддержки соц работника прикрепленного к нефр. центру	63 (41)
Психологическая поддержка	59 (38)
Визиты сотрудников на дом	55 (36)
Советы по изменению домашней обстановки	26 (17)
Other	11 (7)

Оценка симптоматики the Dialysis Symptom Index

Appendix

Dialysis Symptom Index

Instructions

Below is a list of physical and emotional symptoms that people on dialysis may have. For each symptom, please indicate if you had the symptom during the past week by circling "yes" or "no." If "yes," please indicate how much that symptom bothered you by circling the appropriate number.

During the past week: Did you experience this symptom?		If "yes": How much did it bother you?				
		Not At All	A Little Bit	Some-what	Quite a Bit	Very Much
1. Constipation	NO					
	YES →	0	1	2	3	4
2. Nausea	NO					
	YES →	0	1	2	3	4
3. Vomiting	NO					
	YES →	0	1	2	3	4
4. Diarrhea	NO					
	YES →	0	1	2	3	4
5. Decreased appetite	NO					
	YES →	0	1	2	3	4
6. Muscle cramps	NO					
	YES →	0	1	2	3	4
7. Swelling in legs	NO					
	YES →	0	1	2	3	4
8. Shortness of breath	NO					
	YES →	0	1	2	3	4
9. Lightheadedness or dizziness	NO					
	YES →	0	1	2	3	4

During the past week: Did you experience this symptom?			If "yes": How much did it bother you?				
			Not At All	A Little Bit	Some-what	Quite a Bit	Very Much
10. Restless legs or difficulty keeping legs still	NO		0	1	2	3	4
	YES →						
11. Numbness or tingling in feet	NO		0	1	2	3	4
	YES →						
12. Feeling tired or lack of energy	NO		0	1	2	3	4
	YES →						
13. Cough	NO		0	1	2	3	4
	YES →						
14. Dry mouth	NO		0	1	2	3	4
	YES →						
15. Bone or joint pain	NO		0	1	2	3	4
	YES →						
16. Chest pain	NO		0	1	2	3	4
	YES →						
17. Headache	NO		0	1	2	3	4
	YES →						
18. Muscle soreness	NO		0	1	2	3	4
	YES →						
19. Difficulty concentrating	NO		0	1	2	3	4
	YES →						
20. Dry skin	NO		0	1	2	3	4
	YES →						
21. Itching	NO		0	1	2	3	4
	YES →						
22. Worrying	NO		0	1	2	3	4
	YES →						

During the past week: Did you experience this symptom?		If "yes": How much did it bother you?				
		Not At All	A Little Bit	Some-what	Quite a Bit	Very Much
23. Feeling nervous	NO					
	YES →	0	1	2	3	4
24. Trouble falling asleep	NO					
	YES →	0	1	2	3	4
25. Trouble staying asleep	NO					
	YES →	0	1	2	3	4
26. Feeling irritable	NO					
	YES →	0	1	2	3	4
27. Feeling sad	NO					
	YES →	0	1	2	3	4
28. Feeling anxious	NO					
	YES →	0	1	2	3	4
29. Decreased interest in sex	NO					
	YES →	0	1	2	3	4
30. Difficulty becoming sexually aroused	NO					
	YES →	0	1	2	3	4

Are there any other symptoms not mentioned on this questionnaire that you have experienced during the past week? _____

The University of Pittsburgh Medical Center



VA Pittsburgh Healthcare System

Advancing Palliative Care in Patients With CKD: From Ideas to Practice



Box 1. Key Lessons Learned in Advancing a Palliative Approach to Kidney Care

- Network structure and organization enables culture and practice changes through shared learning and collaboration
- Culture change across a kidney care system takes time
- Contextualization of strategies to local settings and practice patterns by regional champions is critical
- Involvement of diverse frontline health professionals and patient voices throughout the process ensures relevance and effectiveness
- A rich and accessible information system with a relevant data set is essential for guiding improvement

Chiu HH, Murphy-Burke DM, Thomas SA, Melnyk Y, Kruthaup-Harper AL, Dong JJ, Djurdjev O, Saunders S, Levin A, Karim M, Hargrove GM; BC Renal Palliative Care Committee. Advancing Palliative Care in Patients With CKD: From Ideas to Practice. *Am J Kidney Dis*. 2021 Mar;77(3):420-426.

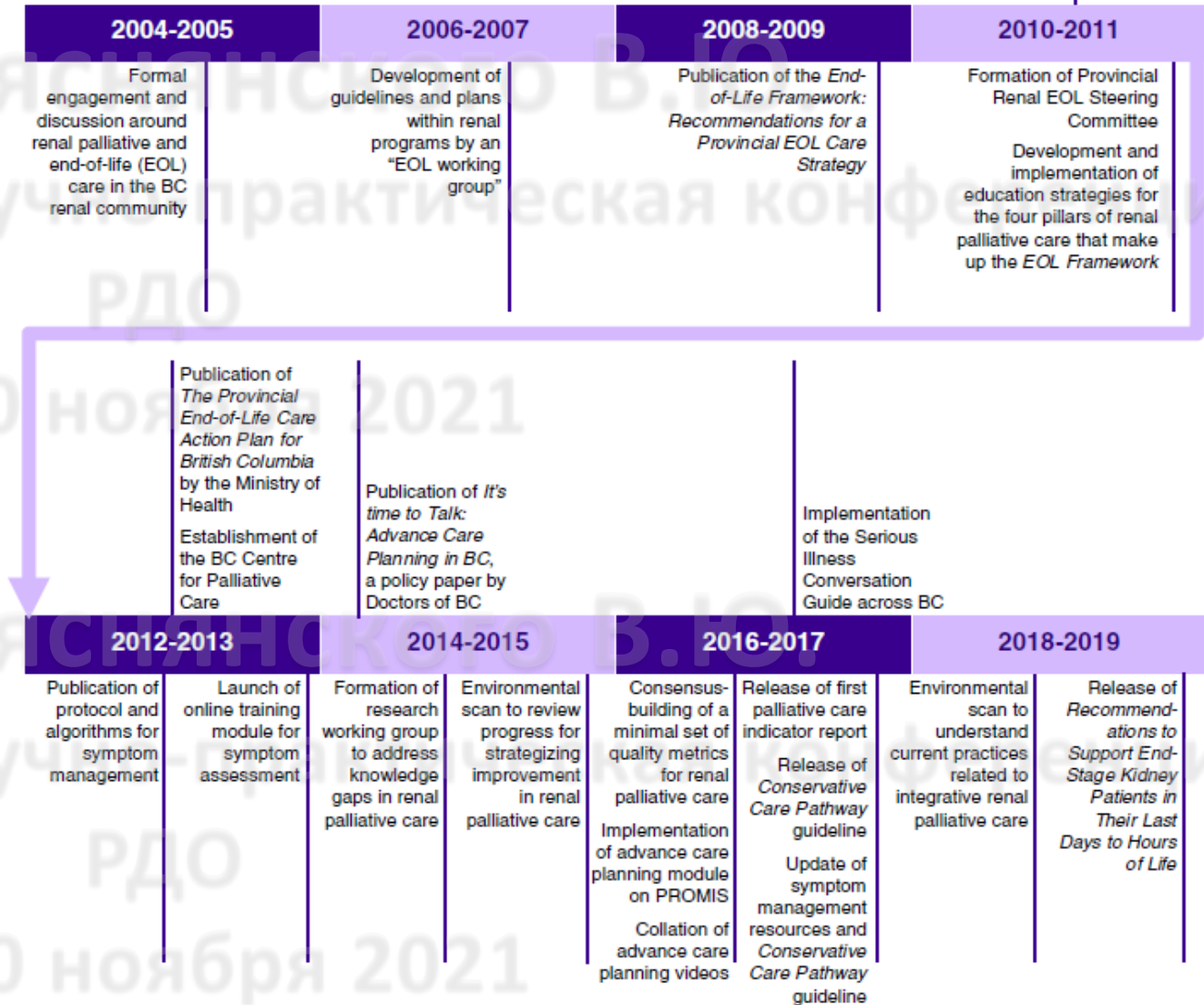


Figure 1. Timeline of renal palliative care activities in British Columbia (BC), Canada.

Наблюдение и помощь пациентам с тХПН, не получающим ЗПТ

- Мы привыкли рассматривать отказ от ЗПТ при тХПН как вариант «приговора», поэтому нередко ситуации мы лечим не смотря ни на что
- В ряде случаев отказ от ЗПТ это лучший вариант лечения
- Чем старше население тем чаще требуется определённость в решении вопросов выбора или отказа от диализа
- Отсутствие регламента не обозначает отсутствие проблемы

19-20 ноября 2021

МАТРИЦА МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ТХПН

Стандартный диализ

Трансплантация

Инкрементный
диализ

Пробный
диализ

Паллиативный
(диализ)

Консервативная
терапия



Спасибо за внимание

Ряснянский Владимир Юрьевич
Группа компаний НефроМед
meddir@nephromed.ru

Стратегия и действия по паллиативной помощи при ХБП

Контроль симптоматики и качества жизни	Регулярная оценка симптомов с помощью валидных инструментов и применение эффективных мер контроля
Прогноз	Регулярная оценка прогноза с помощью валидных инструментов
Коммуникация	Налаживание пациент-ориентированной коммуникации, с пониманием ценностей и предпочтений пациента
Совместное принятие решений	Содействие совместному принятию решений о вариантах заместительной почечной терапии, включая диализ и бездиализный контроль ХБП
Предварительное планирование действий при ухудшении	Определение ценностей и предпочтений пациентов в отношении тяжёлого ухудшения сопряжённого с потерей способности принимать решения за себя и ставить реалистичные жизненные цели. Предварительные распоряжения пациента являются частью этого процесса
Комплексная консервативная помощь	Оценка, выбор и предоставление комплексной консервативной помощи там, где диализ малоэффективен
Пациент-ориентированный диализ	Персонализированное лечение и с соблюдением принципов достоинства, сострадания и уважения к ценностям и предпочтениям пациента
Инкрементный диализ	Внедрение инкрементного гемодиализа в соответствии с показателями остаточной функции почек для уменьшения диализной нагрузки
Паллиативный диализ	Внедрение паллиативного или «комфортного» диализа с индивидуальной адаптацией с целью оптимизации качества жизни и минимизации бремени лечения
Отказ от дальнейшего проведения ЗПТ	Разработка письменных инструкций о том, как и когда обсуждать отказ от диализа и как вести пациентов после отказа
Действия при фатальном ухудшении	Оценка предпочтения пациента в отношении ухода в конце жизни, когда ожидаемая продолжительность жизни меньше 12 месяцев

Градация факторов, влияющих на отказ от диализа (опыт нефрологов)

Table 3. Please indicate the importance of the following factors in your decision NOT to start RRT but to provide conservative palliative treatment instead

	Extremely important <i>n</i> (%)	Quite important <i>n</i> (%)	Slightly important <i>n</i> (%)	Not important at all <i>n</i> (%)
Предпочтения пациента	293 (75%)	72 (18%)	25 (6%)	3 (1%)
Мнение семьи	29 (7%)	169 (43%)	159 (40%)	37 (9%)
Возраст	20 (5%)	176 (45%)	147 (38%)	49 (13%)
Тяжёлые клинические состояния	224 (57%)	142 (36%)	24 (6%)	2 (1%)
Сосудистая деменция	158 (40%)	174 (44%)	53 (14%)	8 (2%)
Низкий ментальный статус	45 (11%)	153 (39%)	143 (36%)	53 (14%)
Низкий физический статус	116 (30%)	177 (45%)	89 (23%)	10 (3%)
Социальная поддержка	19 (5%)	143 (36%)	160 (41%)	71 (18%)

This question was answered by 394 respondents.
Abbreviations: RRT, renal replacement therapy.