

Заместительная почечная терапия и консервативное лечение

Руководство NICE опубликовано Октябрь 2018 года
nice.org.uk/guidance/ng107

Обзор

Сокращенный вариант. Адаптировано – С.А. Шурьяк

Данное руководство охватывает заместительную почечную терапию (диализ и трансплантацию) и консервативное лечение для людей с хроническими заболеваниями почек 4 и 5 стадий. Оно направлено на улучшение качества жизни путем предоставления рекомендаций по планированию, началу и изменению лечения и координации помощи.

NICE также разработал руководство по хроническим заболеваниям почек у взрослых.

Для кого предназначено это руководство?

- ✓ Медицинские работники
- ✓ Персонал, осуществляющий заместительную почечную терапию и консервативное лечение
- ✓ Люди с хроническими болезнями почек 4 и 5 стадии, их семьи и опекуны

Рекомендации

Пациенты имеют право участвовать в обсуждениях и принимать обоснованные решения относительно своего лечения.

Принятие решений с использованием руководства NICE объясняет, как мы используем слова, чтобы показать силу (или определенность) наших рекомендаций, содержит информацию о назначении лекарств (включая использование их не по назначению), профессиональные рекомендации, стандарты и законы (в том числе о согласии и умственных способностях) и меры предосторожности.

1.1. Показания к началу диализа

1.1.1 Следуйте рекомендациям по критериям в рекомендациях NICE по хроническим заболеваниям почек у взрослых.

1.1.2 Рассмотрите возможность начала диализа, если симптомы уремии влияют на повседневную жизнь, биохимические показатели или неконтролируемая перегрузка жидкости, или предполагаемая скорость клубочковой фильтрации (СКФ), составляющая примерно 5–7 мл/мин/1,73 м² при отсутствии видимых симптомов.

1.1.3 Убедитесь в том, что решение о начале диализа принимается совместно лицом (или, в случае необходимости, членами его семьи или лицами, осуществляющими уход) и командой, проводящей лечение.

1.1.4 Перед началом диализа в ответ на проявляющиеся симптомы имейте в виду, что некоторые симптомы могут быть вызваны не почечными заболеваниями.

1.2. Подготовка к заместительной почечной терапии или консервативному лечению

Когда проводить оценку и подготовку

1.2.1 Начинать оценку и подготовку заместительной почечной терапии (ЗПТ) или консервативного лечения необходимо, по крайней мере, за 1 год до начала терапии, в том числе для пациентов с неудачной трансплантацией.

Как проводить оценку и подготовку

1.2.2 Вовлекать пациента и членов его семьи или лиц, осуществляющих уход (в зависимости от обстоятельств), в совместное принятие решений в ходе оценки и подготовки, чтобы они включали следующее:

- клиническая подготовка
- психосоциальная оценка, подготовка и поддержка
- индивидуальные предпочтения человека в отношении типа и времени начала ЗПТ
- влияние решений на повседневную жизнь.

1.3. Выбор методов заместительной почечной терапии или консервативного лечения

1.3.1 Предложите выбор ЗПТ или консервативного лечения людям, которые могут нуждаться в ЗПТ [1].

1.3.2 Необходимо, чтобы решения о методах ЗПТ или консервативном лечении принимались совместно с лицом (или с членами его семьи или лицами, осуществляющими уход за детьми или взрослыми, с ограниченными возможностями) и командой здравоохранения с учетом:

- прогнозируемого качества жизни
- прогнозируемой продолжительности жизни
- предпочтения человека (см. рекомендации в разделе 1.8)
- другие факторы, такие, как условия совместного проживания.

1.3.3 Предлагать пациентам (и членам их семей или лицам, осуществляющим уход, в зависимости от обстоятельств) регулярные возможности:

- пересмотреть решение относительно методов ЗПТ или консервативного лечения;
- обсудить любые проблемы или изменения в их предпочтениях.

Трансплантация

1.3.4. Обсудите отдельные факторы, которые влияют на риски и преимущества трансплантации, со всеми людьми, которые могут нуждаться в ЗПТ, и членами их семей или лицами, осуществляющими уход (в зависимости от обстоятельств).

1.3.5 Включить трансплантацию от живого донора в полное обоснованное обсуждение вариантов ЗПТ.

1.3.6 Предложить упреждающую пересадку от живого донора (при наличии подходящего живого донора) или включение в предварительный список для трансплантации от умершего донора людям, подходящим для этого после проведения полной оценки состояния.

1.3.7 Не исключать возможность трансплантации почки только на основе ИМТ.

Выбор методов диализа

1.3.8 Предложите выбор методов диализа дома или в центре, гарантируя, что решение основано на клинических соображениях и предпочтениях пациента (см. рекомендацию 1.3.2).

1.3.9 Предложите всем людям, которые выбирают перитонеальный диализ, выбор непрерывного амбулаторного перитонеального диализа (CAPD) или автоматического перитонеального диализа (APD), если это целесообразно с медицинской точки зрения.

1.3.10 Следует рассматривать перитонеальный диализ в качестве предпочтительного выбора для детей в возрасте до 2 лет.

Возможные симптомы у людей, получающих заместительную почечную терапию или консервативное лечение

Категория	Симптом
Общая	Диспноэ
	Усталость
	Бессонница
	Зуд
	Вялость
	Боль
	Плохой аппетит
	Отечность
	Вкусовые изменения
	Жажда
	Слабость
	Потеря/увеличение массы тела
Желудочно-кишечные / урологические	Спазмы в животе
	Изменение работы кишечника или частоты мочеиспускания
	Тошнота
Опорно-двигательные	Мышечные спазмы
	Слабость в ногах
Неврологические	Когнитивные нарушения
	Головокружение
	Головная боль
Психологические / поведенческие	Тревожность
	Неудовлетворенность своим видом
	Депрессия
	Нарушения / колебания настроения
	Сексуальная дисфункция

1.3.11 Для людей, которые выбирают гемодиализ / гемодиализацию (HD / HDF):

- рассматривайте HDF, а не HD при стационарном лечении (больница или отделение);
- рассмотрите проведение HDF или HD дома, принимая во внимание пригодность места и возможностей.

1.4. Планирование формирования доступа для диализа

1.4.1 Обсудите с пациентом, членами его семьи и лицами, осуществляющими уход (при необходимости) риск и преимущества различных типов доступа для диализа, например фистулы, имплантата, центрального венозного или перитонеального диализного катетера.

1.4.2 Когда планируется перитонеальный диализ через катетер, установленный открытой хирургической техникой, постарайтесь создать доступ примерно за 2 нед до предполагаемого начала диализа.

1.4.3 Когда HDF или HD планируется через артериовенозную фистулу, стремитесь создать фистулу примерно за 6 мес до предполагаемого начала диализа, чтобы учесть созревание. При принятии решения о сроках, принять во внимание возможность того, что первая фистула не образуется или потребует дальнейшего вмешательства перед использованием.

1.4.4 Предложить ультразвуковое сканирование для определения мест сосудистого доступа для создания артериовенозных фистул для HDF или HD.

1.5. Показания к замене или прекращению заместительной почечной терапии

1.5.1 Предоставить информацию обо всех подходящих с медицинской точки зрения вариантах лечения при обсуждении изменения режима ЗПТ.

1.5.2 Рассмотреть вопрос о смене режима лечения или прекращении ЗПТ, если это показано по медицинским показаниям или по просьбе пациента (или, где это уместно, членов его семьи или опекунов).

1.5.3 Планируйте смену режима лечения или прекращение ЗПТ заранее, когда это возможно.

1.5.4 Не переводите рутинно пациентов с перитонеального диализа на другие методы лечения из-за опасения возможных будущих осложнений, таких, как инкапсулирующийся перитонеальный склероз. Однако следите за факторами риска, такими, как потеря ультрафильтрации.

1.5.5 Обратиться за советом к специалисту о необходимости смены режима лечения, в случае если женщина-пациент забеременела или желает забеременеть.

1.6. Распознавание симптомов

1.6.1 Принимайте во внимание, что у людей, находящихся на ЗПТ или получающих консервативное лечение, могут быть симптомы, приведенные в табл. 1, которые могут влиять на их повседневную жизнь.

1.6.2 На протяжении всего курса ЗПТ и консервативного лечения:

- спрашивайте пациентов о любых симптомах, которые у них есть;
- выясните, связаны ли симптомы с почечным заболеванием, лечением или другой причиной;
- объясните вероятную причину симптомов и то, насколько хорошо лечение сможет их контролировать.

1.7. Диета и жидкости

1.7.1 Предложите пациентам, начинающим диализ или консервативное лечение, пройти полное диетическое обследование у специалиста по почечным диетам. Оно должно включать:

Информация о методах лечения и том, как они могут повлиять на образ жизни

Информация о методах лечения
Что они включают в себя, например, наличие подготовки, время проведения лечения и количество сеансов в день/неделю
Потенциальные выгоды
Преимущества соблюдения схем лечения и потенциальные последствия несоблюдения
Потенциальные неблагоприятные воздействия, их серьезность и способы их устранения
Вероятный прогноз при диализе, после пересадки или при консервативном лечении
Описание процесса пересадки (при необходимости)
Изменение режима ЗПТ и возможные последствия (то есть влияние на жизнь человека или как это может повлиять на будущее лечение, или результаты)
Пересмотр решений о лечении
Прекращение лечения и планирование ухода из жизни
Информация о влиянии методов лечения на образ жизни
Способность человека или опекуна самостоятельно проводить и корректировать лечение
Возможное влияние лечебной диеты и контроля приема жидкости
Как лечение может сочетаться с повседневными делами, такими, как работа, школа, хобби, семейные обязанности и поездки на работу или отдых
Как лечение может повлиять на сексуальную функцию, фертильность и планирование семьи
Возможности для поддержания социального взаимодействия
Как лечение может повлиять на форму тела
Как лечение может влиять на физическую активность (например, следует ли избегать контактных видов спорта после трансплантации, следует ли избегать плавания при перитонеальном диализе)
Нужно ли будет изменить дом пациента, чтобы приспособить его для лечения
Сколько времени или поездок потребуется для лечения или обучения
Доступность транспорта
Гибкость режима лечения
Необходимость в дополнительной поддержке или услугах
Лечение включает ЗПТ, консервативное лечение и лечебную диету

- историю изменения массы тела;
- потребление жидкости;
- натрий;
- калий;
- фосфат;
- белок;
- калорий;
- микроэлементы (витамины и минералы).

1.7.2 После трансплантации предложите обследование у диетолога, имеющего подготовку и навыки в этой области.

1.7.3 Пересмотреть диету и потребление жидкости, когда:

- обстоятельства человека меняются (например, при изменении режима ЗПТ);

- по биохимическим показателям или телесным изменениям (например, непреднамеренная потеря массы тела);
- по просьбе пациента (где это уместно, членов его семьи или опекунов).

1.7.4 Предоставлять индивидуальную информацию, консультации и постоянную поддержку по вопросам диеты и потребления жидкости человеку и членам его семьи или лицам, осуществляющим уход (в зависимости от обстоятельств). Информация должна быть в доступном формате и учитывать культурные потребности и убеждения человека.

1.7.5 Следуйте рекомендациям по диете и фосфатсвязывающим веществам в руководстве NICE по хроническим заболеваниям почек (стадия 4 или 5): лечение гиперфосфатемии.

1.8. Информация, обучение и поддержка

1.8.1 Чтобы позволить людям, их семьям и лицам, осуществляющим уход (при необходимости), принимать обоснованные решения, необходимо предлагать им сбалансированную и точную информацию о:

- всех доступных им методах лечения (включая методы ЗПТ и консервативное лечение);
- как лечение может повлиять на их жизнь.

В табл. 2 приведена более подробная информация о методах лечения и о том, как они могут повлиять на образ жизни.

1.8.2 Следует осознавать психологическое состояние пациента, которому предлагается ЗПТ или консервативное лечение, и обсудить, какая психологическая поддержка может быть предложена для принятия решений.

1.8.3 Обсудите с пациентом, какие варианты лечения для него возможны, и объясните почему другие варианты могут быть не подходящими или не рекомендованными.

1.8.4 Предоставляйте устную и письменную информацию и поддержку заранее, чтобы у пациентов было время полностью понять варианты своего лечения и принять обоснованные решения. Информация должна быть в доступном формате.

1.8.5 Направляйте людей к другим источникам информации и поддержки (например, онлайн-ресурсы, преддиализные классы и общества поддержки).

1.8.6 Помните, что некоторые решения должны приниматься за месяцы до того, как потребуется ЗПТ (например, фистула как минимум за 6 мес до начала диализа).

1.8.7 Будьте готовы обсудить информацию, предоставленную как до, так и после принятия решений, в соответствии с пожеланиями человека.

1.8.8 Принять к сведению информацию, полученную пациентом из других источников (например, от членов семьи и опекунов), и то, как эта информация повлияла на их решение.

1.8.9 Убедитесь, что медицинские работники, предоставляющие информацию, обладают специальными знаниями о поздних стадиях хронических заболеваний почек и навыками для поддержки совместного принятия решений (например,

представление информации в форме, подходящей для стадии принятия решения).

1.8.10 Предлагайте пациентам, которые обратились с опозданием или начали незапланированный диализ, ту же информацию, что и пациентам, которые обратились на ранней стадии.

1.8.11 Следуйте рекомендациям по предоставлению пациентам возможности активно участвовать в их лечении в руководстве NICE по опыту пациентов в службах NHS для взрослых, а также по информации и обучению в руководстве NICE по хроническим заболеваниям почек у взрослых.

1.9. Координация помощи

1.9.1 Предоставьте пациенту контактные данные медицинского работника, ответственного за общее лечение почек:

- до того, как он начнет ЗПТ или консервативное лечение;
- когда он переходит с одного режима на другой.

1.9.2 Координировать уход, чтобы уменьшить его влияние на повседневную жизнь и благополучие (тяжесть лечения) и по возможности избегайте назначения встреч в дни, не относящиеся к диализу, для людей, находящихся на диализе в больнице.

1.9.3 Следуйте рекомендациям по:

- обеспечению подхода к уходу, который учитывает мультиморбидность в руководстве NICE по мультиморбидности;
- непрерывности ухода и взаимоотношений, а также предоставление пациентам возможности активно участвовать в их лечении в соответствии с рекомендациями NICE об опыте пациентов в службах NHS для взрослых.

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

МЕДИКИ УКРАИНЫ МОГУТ РУКОВОДСТВОВАТЬСЯ СОВРЕМЕННЫМИ ПРОТОКОЛАМИ ВООЗ И EUCAST

Украинские врачи теперь могут руководствоваться клиническими рекомендациями ВООЗ в ежедневной практике. Соответствующий приказ МОЗ Украины № 1752 прошел регистрацию в Минюсте Украины. В перечне источников клинических руководств – теперь сайты ВООЗ (WHO) и Еврокомитета, определяющего антимикробную резистентность (EUCAST).

Какие возможности для украинских медиков появляются в связи с данными изменениями? Согласно данным Центра общественного здоровья МОЗ Украины, современная медпрактика давно требовала дополнительных источников клинических руководств. Это важно для введения в сфере социально опасных болезней принципов, основанных на доказательной медицине.

ВООЗ располагает рекомендациями для разных стран, основание для которых – мониторинг и анализ эпидситуации по ВИЧ-инфекции и СПИ-Ду, туберкулезу, уровням дохода населения и т.д. Использование клинических руководств ВООЗ поможет ввести в отечественное здравоохране-

ние методики современной диагностики, терапии и профилактики ВИЧ-инфекции и резистентных форм туберкулеза. Ведь назначить противомикробное средство без определения чувствительности микроорганизмов к нему надлежащим образом невозможно.

Организация EUCAST, протоколы которой теперь могут использовать украинские медики, является на данный момент ведущим ресурсом в вопросах мониторинга противомикробной резистентности: ассоциация непрерывно обновляет показатели чувствительности микроорганизмов, гармонизирует критерии оценивания чувствительности микроорганизмов в европейских странах. Теперь украинскими лабораториями также могут использоваться новые рекомендации, основанные на современных исследованиях, вместо устаревших инструкций. Это является большим шагом в решении проблемы антибиотикорезистентности.

Автор: Светлана Евсева

Источник: Медицинский портал Здоров-Инфо