DOI: 10.28996/2618-9801-2020-2-168-169

Комментарий к публикации перевода на русский язык статьи «Начало диализа, выбор метода, доступ и программы лечения: итоги конференции KDIGO (Инициатива по улучшению глобальных исходов заболеваний почек) по спорным вопросам»

Commentary on the publication of a translation into Russian of the article "Dialysis initiation, modality choice, access, and prescription: conclusions from a Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Controversies Conference"

Перевод публикации по итогам конференции KDIGO по спорным вопросам **начала диализа, выбора метода, доступа и программы лечения** доставил мне много удовольствия и вызвал желание поделиться некоторыми попутно возникшими мыслями.

Вначале меня привлекла фраза *«Единственным абсолютным противопоказанием к хроническому гемодиализу является отсутствие возможности сосудистого доступа или гемодинамическая нестабильность»*. Я полагаю, что отсутствие доступа само по себе не может являться противопоказанием к проведению процедуры гемодиализа, оно создает **невозможность** проведения процедуры при наличии показаний к ней. Не думаю, что в условиях современной юридически-поддерживаемой ятрофобии эти терминологические тонкости вполне бесполезны, в ряде случаев они могут сыграть решающую роль в судебных решениях. Мне кажется, в следующей редакции национальных рекомендаций мы должны более четко обозначить такую разницу. Кстати, границы и условия гемодинамической нестабильности, составляющей противопоказания для проведения процедур гемодиализа, на мой взгляд, должны быть так же четко очерчены.

Далее мое внимание привлекла фраза об инкрементном (постепенном) диализе. Мой личный, более чем 40-летний опыт работы в отделении диализа, позволяет мне полагать, что идея редких процедур гемодиализа с гипотетической возможностью учащения их «когда-то потом» очень легко усваивается большинством пациентов, независимо от пола, возраста и уровня образования. К сожалению, только ограниченное число пациентов в России готовы без колебаний и внутреннего сопротивления перейти с двухразового диализа на трехразовый при снижении остаточной функции почек. И, кстати, и измерение этой остаточной функции у пациента находящегося на гемодиализе – непростое дело: никакие формулы расчета СКФ в этот период неприменимы, а определение СКФ как среднего арифметического между клиренсом мочевины и клиренсом креатинина также затруднительно, так как для высокой точности этих измерений требуется, скорее всего, сбор и измерение всего количества мочи за междиализный интервал (и тут нужно принять во внимание и необходимость хранения собранной мочи в холодильнике). Поскольку при таком методе сбора мочи усредняются концентрации и мочевины и креатинина, то для точного вычисления их клиренсов следует дважды или трижды в течение междиализного периода брать пробу крови, чтобы иметь и усредненную концентрацию этих метаболитов в крови. Так как правила требуют при проведении инкрементного диализа определять остаточную функцию почек не реже 6 раз в год, задача становится очень нелегкой. Поэтому я предлагаю по достоинству оценить фразу авторов статьи *«…в настоящее время достаточные доказательства для широкого применения инкрементного диализа в качестве основного инструмента для сохранения остаточной функции почек отсутствуют»* и сделать соответствующие выводы. Начать инкрементный диализ легко, закончить его трудно.

Современная парадигма партнерства пациента и врача провозглашает, что *«Подход к выбору метода лечения в идеале должен быть индивидуальным, пациенто-ориентированным, с вовлечением пациента в выбор метода диализа в контексте целей ухода, местных ресурсов, фактических расходов самого пациента, вместимости региональных медицинских учреждений*

и медицинской осуществимости», но при этом попутно возникают вопросы относительно медицинской грамотности пациента и его компетентности при принятии решений.

До настоящего времени соответствующие тесты, измеряющие медицинскую грамотность пациента (и TOFHLA, и даже простой, но не очень точный REALM)[1,2] и степень компетентности при принятии решений, связанных с состоянием здоровья[3], в России не применяются, так как они не локализованы, не адаптированы к культурно-языковым условиям России, не ревалидированы, и условия для их применения на практике отсутствуют. Это касается и более современных инструментов, использующих технологии XXI века.[4]

Считаю целесообразной адаптацию уже известных инструментов оценки медицинской грамотности и компетентности пациента и разработку оригинальных российских тестов и их легализации в России. Существующая ситуация, когда способность пациента принимать решения оценивается только в двоичном исчислении (дееспособен/недееспособен) и определяется судом, является совершенно тупиковой для развития истинно партнерских отношений с пациентом и для перспектив развития домашнего диализа в России. И если пациенты индустриально развитых стран *«…действительно считают, что домашний диализ (перитонеальный диализ или гемодиализ) дает возможность жить в относительном комфорте, обеспечивает большую свободу, гибкость и удобство, укрепляет отношения»,* то российские пациенты в большинстве своем даже не осведомлены о таких возможностях.

И, наконец, о самом важном: о своевременности начала хронического диализа. Авторы справедливо отмечают, что *«…оптимальные сроки начала диализа точно неизвестны, а показания к началу диализа в клинической практике разнообразны…».* Но вполне логичное в системе партнерских взаимоотношений утверждение *«Пациентам на последних стадиях ХБП важно предлагать варианты как консервативного лечения, так и лечения диализом в случае развития острого почечного повреждения или тяжелого сопутствующего заболевания»,* как мне кажется, в наших российских условиях чревато осложнениями. Наши пациенты лишены такого наблюдения нефрологами, такой помощи социальных работников, такого содействия со стороны государственных программ диетической поддержки, которые кажутся естественными авторам текста. Почти половина наших пациентов попадает на диализ через отделение реанимации в крайне запущенном состоянии, и сегодняшней нашей целью в России является обеспечение разумно-раннего начала, а не предложение таким пациентам «консервативного лечения», что является в наших условиях эвфемизмом прекращения всякого лечения.

Мой опыт лечения диализом пациентов старше 80 лет и даже старше 90 лет подсказывает мне целесообразность именно диализной поддержки таких пациентов, хотя, безусловно, это только мнение, и мнение, основанное на чисто эмпирическом подходе. Безусловно, большие исследования исходов у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей именно в российских условиях должны прояснить ситуацию, но где мы возьмем пациентов для включения в такие исследования, если широко будем рекомендовать им так называемое «консервативное» лечение и рекомендовать его без учета их медицинской грамотности и способности принимать решения?

Безусловно, *«в принятии решений, в том числе планировании профессионального ухода, могут помочь прогностические модели, разработанные Couchoud et al, Bansal et al и Ivory et al».* Однако упомянутые модели у нас пока не прижились, и я настоятельно советую коллегам наблюдая пациентов в 3-4 стадии ХБП хотя бы строить диаграммы снижения рСКФ, которые при регулярном и длительном наблюдении могут дать ценную информацию, и предсказать верное время для начала вакцинации против гепатита В, выбора модальности ЗПТ, создания диализного доступа, начала терапии диализом. В конце концов упомянутые модели основаны также на использовании предсказания скорости снижения рСКФ и рисков с ней связанных.

Еще раз благодарю редакцию
за предоставленную возможность
быть полезным коллегам.

Алексей Денисов

1 Levent Dumenci et al. Commun Methods Meas. 2013 Jun 18; 7(2): 134–143. On the Validity of the Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) Scale as a Measure of Health Literacy

2 Parker RM et al. J Gen Intern Med. 1995 Oct;10(10):537-41.The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' literacy skills

3 Judith Neugroschl et al. The development and piloting of a capacity assessment tool. J Clin Ethics. 2001 Spring;12(1):17-23

4 Hahn EA et al. J Health Commun. 2011;16 Suppl 3:150-62. Health literacy assessment using talking touchscreen technology (Health LiTT): a new item response theory-based measure of health literacy