

ინტეგრირებული მიდგომა თირკმლის
ჩანაცვლებითი თერაპიის კონტექსტში

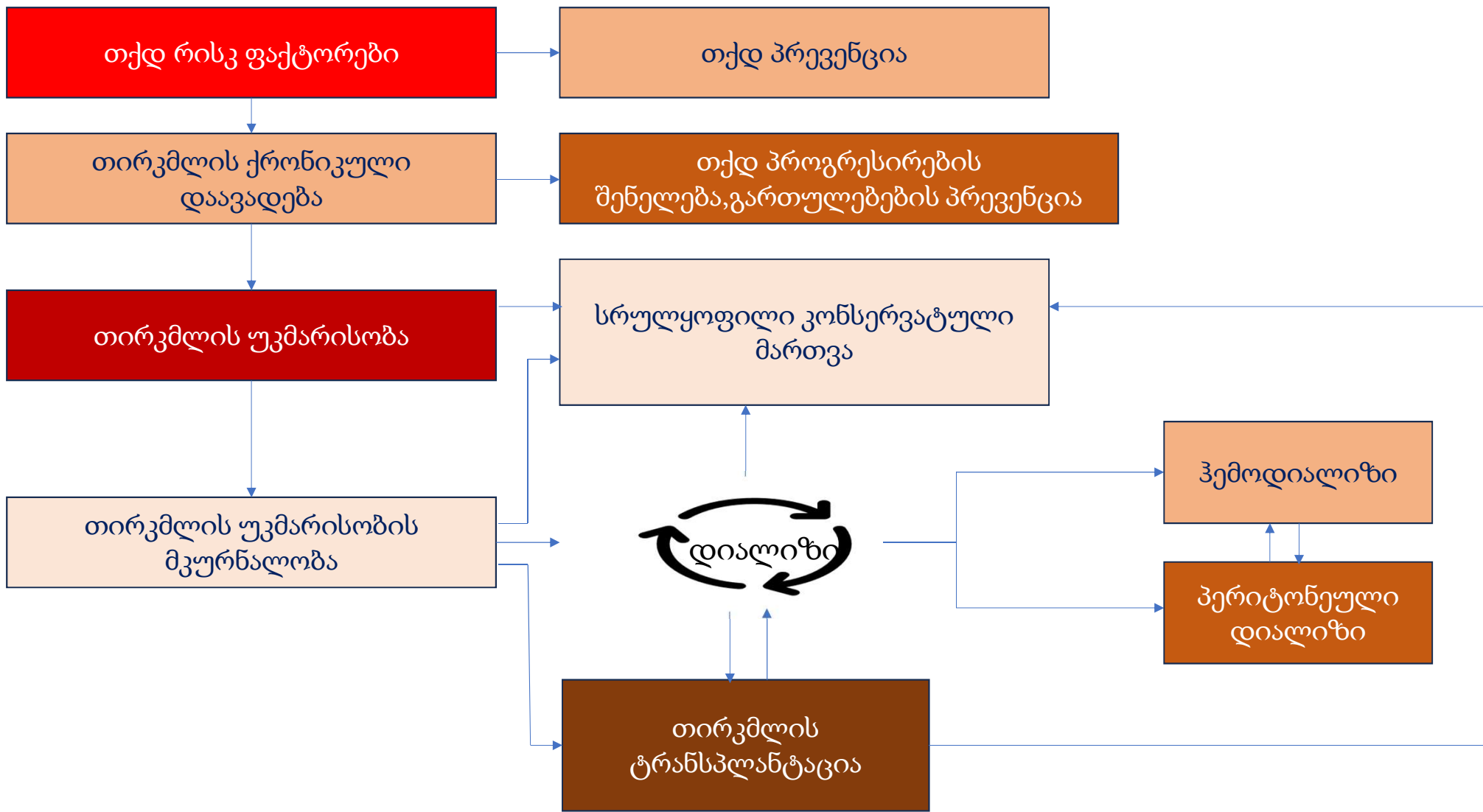
თ.კასრაძე

კლინიკური შემთხვევა

- 56 წლის კაცი
- დიაგნოზი: უცნობი გენეზის ნეფროსკლეროზი, თქდ IV სტადია (გფს 17მლ/წთ/1.73მ²)
- თანმხლები დაავადებები: არ აღინიშნება
- მიმდინარე თერაპია: ნატრიუმის ბიკარბონატი 2 გ 2 ჯერ დღეში; ამლოდიპინი 10მგ 1 აბი 1 ჯერ დღეში; ლიზინოპრილი 10მგ 1 აბი 1 ჯერ დღეში; კალციუმის აცეტატი 950მგ 1 აბი 2 ჯერ დღეში, კალციტრიოლი 0.5მკგ 2 აბი 3 ჯერ კვირაში;
- პაციენტთან რეკომენდებულ იქნა თირკმლის ჩანაცვლებითი თერაპიისთვის (თჩთ) მზადების დაწყება
- თჩთ რომელ მეთოდს შესთავაზებდით?
- პაციენტს ამ ეტაპზე არ ყავს დონორი; ქვეყანაში არ არის გვამყრი დონაციის პროგრამა

დიალიზის დაგეგმვის განხილვა

- რა სარგებელს მოუტანს პაციენტს დიალიზით მკურნალობა? (გადარჩენა; ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება)
- არის თუ არა პაციენტი სწორედ შერჩეული დიალიზით მკურნალობისთვის?
- არის თუ არა დიალიზით დაწყება შესაძლებელი (პროგრამაში ჩართვა)? მომლოდინეთა სია?
- როგორ მოხდება დიალიზით მკურნალობის ანაზღაურება? პაციენტის მიერ ასანაზღაურებელი იქნება თუ არა მკურნალობის რომელიმე კომპონენტი (მედიკამენტები? კვლევები? ტრანსპორტირება)?
- შესაძლებელია თუ არა თირკმლის ტრანსპლანტაციის დაგეგმვა? და განიხილება თუ არა ის პერსპექტივაში?
- შესაძლებელია თუ არა დიალიზის მოდალობებს შორის არჩევანის გაკეთება? თუ შესაძლებელია ახსნილია და შეთავაზებულია თუ არა პაციენტისთვის თითოეული მეთოდი?
- შესაძლებელია თუ არა წინასწარ შეიქმნას სადიალიზზე მიდგომა (ავ ფისტულა? პდ კათეტერის იმპლანტაცია?) რათა თავიდან იქნას აცილებული დიალიზის ურგენტული დაწყება (ცენტრალური ვენური კათეტერის იმპლანტაცია ან პდ გადაუდებელი დაწყება)
- პაციენტის მიერ დიალიზზე უარის შემთხვევაში უზრუნველყოფილია თუ არა ადექვატური კონსერვატული თერაპია?



The ISN framework for developing dialysis programs low-resource settings: *Increasing access to integrated ESKD care as part of universal health coverage. Kidney Int. 2010.05/151.51 522*



თქდ მართვა თირკმლის უკმარისობის განვითარებამდე

პროგრესირების შენელება
მეორადი პრევენცია
გართულებების და თანმხლები დაავადებების მართვა

თქდ სკრინინგი, ადრეული აღმოჩენა, პირველადი პრევენცია

თქდ პირველადი პრევენცია

Framework to support decision makers in promoting kidney health and implementing integrated kidney care

თირკმლის ჩანაცვლებითი თერაპიის დაგეგმვა

მოზრდილებში გფს $<15-20 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ ან თქთ რისკი $>40\%$ ბოლო 2 წელში დაგეგმეთ პრეემპტიური თირკმლის ტრანსპლანტაცია ან თირკმლის ჩანაცვლებითი თერაპიისთვის სადიალიზე მიდგომის შექმნა

თქდ პაციენტების პრე- დიალიზში რეფერალის გეგმა

- ყველა თქდ პაციენტისთვის უნდა იყოს ხელმისაწვდომი დიალიზით მკურნალობის ყველა სერვისი
- მას შემდგომ რაც გფს <30 მლ/წთ/1.73მ² უნდა განხორციელდეს დიალიზში მომუშავე ნეფროლოგთან რეფერალი
- თით დაწყების მოსალოდნელი ვადა 1 წელი- რეკომენდებულია დიალიზით მკურნალობის დაგეგმვის დაწყება
- დიალიზის დაწყების ჩვენება ძირითადად განისაზღვრება მას შემდგომ რაც ვლინდება თქდ ტერმინალური სტადიის სიმპტომები, რომლებიც არ ემორჩილება კონსერვატულ თერაპიას (მაგ: ჰიპერკალემია, ჰიპერვოლემია და ა.შ; ძირითადად მას შემდგომ რაც გფს <10 მლ/წთ/1.73მ²

თირკმლის დაავადების საბოლოო სტადიის მქონე პაციენტების მართვის ინტეგრირებული მიდგომა

კონსერვატიული თერაპია

- უარი დიალიზზე
- არ საჭიროებს დიალიზის მიდგომას

პრეემპტიური თირკმლის ტრანსპლანტაცია

- დიალიზის მიდგომა არ სჭირდება
- დიალიზის მიდგომა შესაძლოა დასჭირდეს მომავალში საჭიროების შემთხვევაში

ჰემოდიალიზი

- სისხლძარღვოვანი მიდგომის დაგეგმვა:
 - ❖ ავ ფისტულა
ან
 - ❖ ავ პროთეზი
ან
 - ❖ ცენტრალური ვენური კათეტერი

პერიტონეული დიალიზი

- საჭიროა პდ კათეტერის იმპლანტაცია
- სისხლძარღვოვანი მიდგომა არ სჭირდება; შესაძლოა დასჭირდეს მომავალში საჭიროების შემთხვევაში

დიალიზის მოდალობის განაწილება განისაზღვრება ფაქტორებით ინდივიდუალური მომსახურების დონეზე და ფაქტორებით, რომლებიც დაკავშირებულია ეკონომიკურ და პოლიტიკური გარემოსთან

ეკონომიური/პოლიტიკური ფაქტორები

მომსახურების ღირებულება:

ექიმის ანაზღაურება
- ჩატარებული სერვისის მიხედვით
- ჰდ-ის სასარგებლოდ

ნაციონალური ჯანდაცვის პირობები: ჰდ პირველი

ჰემოდიალიზის ცენტრების ხელმისაწვდომობა; უპირატესობა მიანიჭეთ თუ სერვისი ხელმისაწვდომია და ფინანსდება

მომსახურების ფაქტორები;
კლინიცისტი: მიკერძოება, გამოცდილება, ჰდ პაციენტის შერჩევაზე შეხედულებები;
ინფრასტრუქტურა: პრედიალიზში პაციენტის ინფორმირების შესაძლებლობები; ქირურგიული მხარდაჭერა; პაციენტის ტრენინგის პროცესი; სპეციალიზებული ექთანი და მულტიდისციპლინური მხარდაჭერა
სწავლება: ახალგაზრდა ნეფროლოგები (რეზიდენტი), უმცროსი ექიმი, ექთანი

ჰდ ხსნარის მიწოდების ინფრასტრუქტურა:
- თუ ლიმიტირებულია განაპირობებს ჰდ უპირატესობას

ჰდ ხსნარის ღირებულება:
- მალალი - ჰდ -ის სასარგებლოდ
- დაბალი - ჰდ -ის სასარგებლოდ

პრედიალიზში პაციენტის ინფორმირება, განათლება
- ჰდ სასარგებლოდ

ოჯახის მხარდაჭერის კულტურა:
- ჰდ -ის სასარგებლოდ (დაბალი შემოსავლების ქვეყნებში)

Key performance indicators for facilities:
- ჰდ პაციენტების %
- ავ ფისტულით პაციენტების %
- ძირითადად კავშირშია დაფინანსებასთან

ნეფროლოგიის ნაციონალური საზოგადოება:
- ტრენინგის სასწავლო გეგმა
- ნაციონალური გაიდლაინი
- ადგილობრივი შეხვედრების ორგანიზება

პაციენტზე ორიენტირებული ჯანდაცვა- ჰდ-ს სასარგებლოდ

მომსახურების ანაზღაურება; ჰდ ან ჰდ

The ISN framework for developing dialysis programs low-resource settings: *Increasing access to integrated ESKD care as part of universal health coverage. Kidney Int. 2019;95(4S):S1-S33*

კლინიკური შემთხვევა

➤ 71 წლის კაცი

➤ დიაგნოზი: შაქრიანი დიაბეტი ტ2 ინსულინდამოკიდებული, თქდ V სტადია (გფს 15მლ/წთ/1.73მ²); კორონარული არტერიების სტენტირების შემდგომი პერიოდი; გქუ

➤ პაციენტი საჭიროებს ხშირს ჰოსპიტალიზაციებს ჰიპერვოლემიის გამო

➤ თქო რომელ მეთოდს შესთავაზებდით?

ჰემოდიალიზის შედარებითი და აბსოლუტური უკუჩვენებები

ჰდ აბსოლუტური უკუჩვენებები

- სისხლძარღვოვანი მიდგომის სრული ამოწურვა
- ჰდ პროცედურის სრული აუტანლობა (არასტაბილური ჰემოდინამიკა);
- შეუფერებლად მცირე ზომა ჰდ-ის ცირკულაციისთვის

ჰდ შედარებითი და/ან გამოსწორებადი უკუჩვენებები

- ტრანსპორტირებასთან დაკავშირებული სირთულეები
- კოაგულოპათია

პერიტონეული დიალიზის შედარებითი და აბსოლუტური უკუჩვენებები

პდ აბსოლუტური უკუჩვენებები

- დოკუმენტირებული ულტრაფილტრაციის კარგვა

პოტენციური ბარიერები პდ დაწყებისათვის (გადაწყვეტილება იქნას მიღებული რისკის და სარგებლის გათვალისწინებით:

- მუცლის ღრუზე ჩატარებული ოპერაციები, შეხორცებები
- ფიზიკალური, კოგნიტიური და ფსიქოლოგიური დარღვევები
- ანურია და დიდი სხეულის მასის ინდექსი
- ნაწლავის მძიმე ანთებითი დაავადება
- მწვავე აქტიური დივერტიკულიტი
- ილევოსტომა ან კოლოსტომა
- მრავლობითი ან არაკორეგირებადი დიდი ზომის მუცლის კედლის თიაქრები
- ვერნტიკულოპერიტონეალური შუნტი

დიალიზის გადაუდებელი vs გეგმიური დაწყება (შესაძლებელია როგორც პდ ასევე ჰდ)

გადაუდებელი დიალიზის დაწყება (სიცოცხლისთვის საშიში გართულებების გამოვლინებიდან) <48 საათში დაწყება

➤ სადიალიზე მიდგომა არ არის შექმნილი

➤ ხშირ შემთხვევაში დიალიზის მოდალობა წინასწარ არ არის შერჩეული

➤ პაციენტი საჭიროებს გადაუდებელ ჰოსპიტალიზაციას

➤ დიალიზის იმ მოდალობის დაწყება, რომელიც არ იყოს პაციენტის მიერ წინასწარ შერჩეული

გეგმიური დიალიზი > 48 საათში დაწყება

➤ დიალიზის მოდალობა შერჩეულია

➤ სადიალიზე მიდგომა შექმნილია და მზადყოფნაშია დიალიზის დაწყებისათვის

ნეფროლოგთან გვიანი მიმართვიანობის პრევენციის სტრატეგიები

პროვაიდერი	სტრატეგია
პირველადი ჯანდაცვა	<ul style="list-style-type: none"> ➤ თქვდ რისკ ჯგუფების გამოვლენა ➤ სკრინინგი (გფს, uACR, რისკის წინასწარგანსაზღვრა ➤ თქვდ პრევენცია- თერაპია ➤ ნეფროლოგთან დროული მიმართვიანობა
ლაბორატორია	<p>➤ გფს და uACR ტესტირება, ავტომატური რისკის რეპორტირება და განმარტებები შედეგების ველში; ინტეგრირებული ელექტრონული სამედიცინო ჩანაწერები</p>
საყოველთაო ჯანდაცვა	<p>რეგიონალური თქვდ სკრინინგი და დიაგნოსტიკა; პაციენტებისთვის ადრეული მიწოდება რისკების შესახებ; სკრინინგის საჭიროების შესახებ ელექტრონული შეტყობინებები; თქვდ ცნობადობის ამაღლების შეხვედრები</p>

ჰემოდიალიზისთვის სისხლძარღვოვანი მიდგომის დაგეგმვა

განიხილეთ სიცოცხლის ხანგრძლივობით პერსპექტივა >1 წელი

სიცოცხლის ხანგრძლივობის პროგნოზი ცუდია

- კონსერვატიული თერაპიის გაგრძელება; პერიოდულად ხელახლა შეაფასეთ ცვლილებები

სიცოცხლის ხანგრძლივობის პროგნოზი კარგია

სისხლძარღვების შეფასება სისხლძარღვოვანი მიდგომისათვის

სისხლძარღვოვანი მიუდგომლობა

განიხილეთ გრძელვადიანი სადიალიზე კათეტერის იმპლანტაციის საკითხი

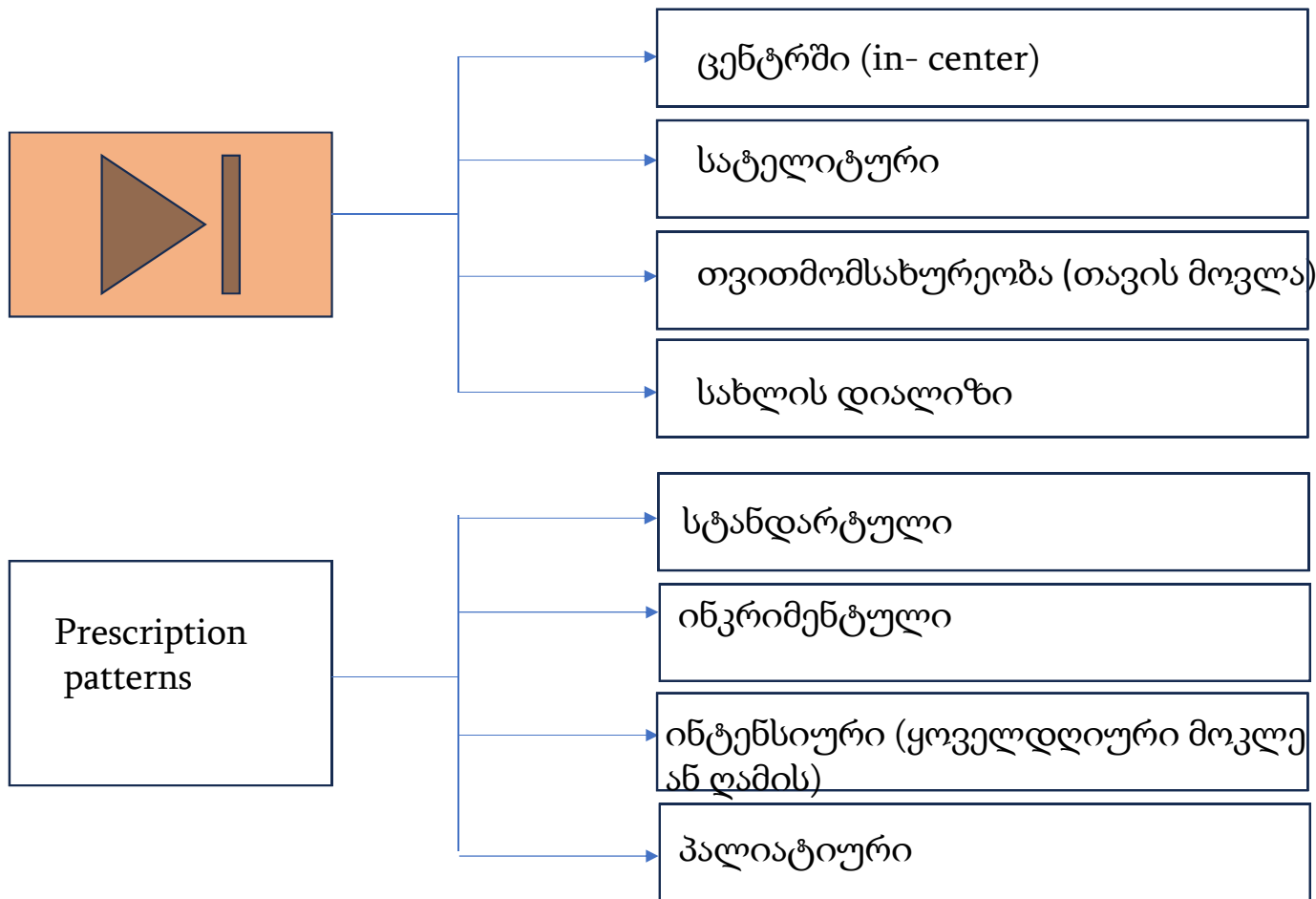
შესაძლებელია სისხლძარღვოვანი მიდგომის შექმნა

ოპტიმალური ავ ანასტომოზის გეგმა: წინამხრის ავ ფისტულა მხრის ავ ფისტულა ავ პროთეზი

მას შემდგომ რაც შექმნით ჰდ სისხლძარღვოვან მიდგომას განიხილეთ:

- პაციენტთან თირკმლის ტრანსპლანტაციის დროული დაგეგმვა
- ცვკ-ის შემთხვევაში ავ ფისტულის ან ავ პროთეზის დროული შექმნა
- ავ პროთეზის დისფუნქციის შემთხვევაში შესაძლებლობის ფარგლებში დროულად დაიგეგმოს ავ ფისტულის შექმნა

დიალიზის მოდულობის სახეები: ჰემოდიალიზი და პერიტონეული დიალიზი



➤ მიმდინარე გზამკვლევები არ გვაძლევენ პრეემპტიურად დიალიზის დაწყების რეკომენდაციებს

დიალიზის დაწყების ჩვენებები

- კონსერვატულ თერაპიაზე რეზისტენტული აციდოზი, ჰიპერკალემია და ელექტროლიტების სხვა დარღვევები
- ურემიით განპირობებული ნევროლოგიური ნიშნები და სიმპტომები
- პერიკარდიტი
- ანორექსია
- შარდმდენებზე რეზისტენტული ჰიპერჰიდრატაცია, რეზისტენტული ჰიპერტენზია
- მძიმე მალნუტრიცია და წონაში კლება
- ქავილი
- სისხლდენა

გადაუდებელი ჰემოდიალიზის დაწყების ჩვენებები :

- კონსერვატულ თერაპიაზე რეზისტენტული ჰიპერკალემია
- მძიმე ჰიპერვოლემია
- მძიმე ურემია



პაციენტი არ არის ურგენტული პერიტონეული დიალიზის კარგი კანდიდატი

ურგენტული პერიტონეული დიალიზის დაწყების ბარიერები:

- ჰდ კათეტერის იმპლანტაცია ტექნიკურად შეუძლებელია 48 საათში;
- სამედიცინო დაწესებულებების შეზღუდული შესაძლებლობები უზრუნველყოს ურგენტული ჰდ დაწყება და პაციენტის ტრენინგი დროის მცირე მონაკვეთში

5 ძირითადი კრიტერიუმი, აუცილებელი გადაუდებელი პერიტონეული დიალიზის წარმატებული დაწყებისათვის პაციენტებისათვის, რომელთაც პერიტონეული დიალიზი განიხილება ექიმის და პაციენტის მიერ როგორც ოპტიმალური თერაპია

- პერიტონეული დიალიზის იმპლანტაციის შესაძლებლობა 48 საათში
- გამოცდილი პერსონალი, რომელიც უზრუნველყოფს პერიტონეული დიალიზის დაწყებას კათეტერის ჩადგმისთანავე
- ადმინისტრაციული მხარდაჭერა ჰოსპიტალური და ამბულატორიული მომსახურეობა
- ურგენტული ჰდ-სთვის შესაფერისი კანდიდადის შერჩევა
- ურგენტული ჰდ-ის დაწყების პროტოკოლის ზედმიწევნით შესრულება

Dialysis initiation, modality choice, access, and prescription: conclusions from a Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Controversies Conference; Kidney International (2019) 96, 37–47; <https://doi.org/10.1016/j.kint.2019.01.017>

კლინიკური შემთხვევა

➤ 71 წლის კაცი

➤ დიაგნოზი: შაქრიანი დიაბეტი ტ2 ინსულინდამოკიდებული, თქდ V სტადია (გფს 15მლ/წთ/1.73მ²); კორონარული არტერიების სტენტირების შემდგომი პერიოდი; გქუ (EF-35%)

➤ პაციენტი საჭიროებს ხშირს ჰოსპიტალიზაციებს ჰიპერვოლემიის გამო

➤ თქო რომელ მეთოდს შესთავაზებდით?

➤ პერიტონეული დიალიზი

ძირითადი გზავნილები:

დავივიწყოთ “one-size-fits-all” მიდგომა

ინდივიდუალური და პერსონალიზებული მიდგომის უზრუნველყოფა

პაციენტსა და ექიმს შორის კომუნიკაციის გაუმჯობესება
პაციენტისთვის სრულყოფილი ინფორმაციის მიწოდება
მისთვის გასაგებ ენაზე;

თქმულ მკურნალობის მეთოდების ცნობადობის ამაღლება