

Dr Graham Woodrow — Chair, Dr Stanley L. Fan, Dr Christopher Reid, Jeannette Denning, Andrew Neil Pyrah

## Настанови з клінічної практики

### Перитонеальний діаліз у дорослих і дітей, 2017

#### Резюме рекомендацій керівництва з клінічної практики для перитонеального діалізу

## Clinical Practice Guideline

### Peritoneal Dialysis in Adults and Children, 2017

#### Summary of Clinical Practice Guidelines for Peritoneal Dialysis

For cite: *Почки*. 2018;7(3):211-216. doi: 10.22141/2307-1257.7.3.2018.140206

#### 1. Перитонеальний діаліз (ПД) (рекомендації 1.1–1.5)

*Рекомендація 1.1.1. ПД: обладнання та ресурси*

Ми рекомендуємо проводити перитонеальний діаліз в контексті комплексної й інтегрованої нирковозамісної терапії (НЗТ), включаючи гемодіаліз (у тому числі як засіб тимчасового лікування), трансплантацію й консервативну допомогу. Як безперервний амбулаторний перитонеальний діаліз (БАПД), так і автоматизований перитонеальний діаліз (АПД) у всіх його формах має бути доступним (1С).

*Рекомендація 1.1.2. ПД: обладнання та ресурси*

Ми рекомендуємо, щоб спеціалізована медсестринська група ПД була частиною багатопрофільної команди (1С).

*Рекомендація 1.1.3. ПД: обладнання та ресурси*

Ми рекомендуємо, щоб скрізь, де це можливо, кожна установа мала призначеного провідного клініциста для ПД (1С).

*Рекомендація 1.1.4. ПД: обладнання та ресурси*

Ми рекомендуємо, щоб допомога при ПД була доступною для пацієнтів, які бажають проводити домашній діаліз, але не можуть виконувати ПД самостійно, у тому числі як тимчасовий захід, коли пацієнт, який є або стане незалежним, не може виконувати ПД самостійно в даний час (1С).

*Рекомендація 1.2. ПД: обладнання та ресурси*

Ми рекомендуємо, щоб усі обладнання та рідини, що використовуються для введення та моніторингу те-

#### 1. Peritoneal Dialysis (PD) (Guidelines PD 1.1–1.5)

*Guideline 1.1.1 — PD: Equipment and Resources*

We recommend that Peritoneal Dialysis should be delivered in the context of a comprehensive and integrated service for renal replacement therapies, including haemodialysis (including temporary backup facilities), transplantation and conservative care. Both continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) and automated peritoneal dialysis (APD), in all its forms should be available (1C).

*Guideline 1.1.2 — PD: Equipment and Resources*

We recommend that a dedicated PD nursing team should be part of the multidisciplinary team (1C).

*Guideline 1.1.3 — PD: Equipment and Resources*

We recommend that where feasible, each unit has a designated lead clinician for PD (1C).

*Guideline 1.1.4 — PD: Equipment and Resources*

We recommend that assisted PD should be available to patients wishing to have home dialysis treatment but unable to perform self-care PD, including as a temporary measure where a patient who is, or will become, independent is unable to perform PD alone (1C).

*Guideline 1.2 — PD: Equipment and Resources*

We recommend that all equipment and fluid used in the delivery and monitoring of PD therapies

рапії, відповідали належним стандартам медичних рідин і пристроїв (1C).

Ми рекомендуємо, щоб використання систем відключення було стандартним, за винятком клінічних протипоказань (1A).

*Рекомендація 1.4. ПД: обладнання та ресурси*

Ми рекомендуємо застосовувати біосумісні розчини для ПД (розчини, які мають нормальний рН і/або низьку концентрацію продуктів розщеплення глюкози) у пацієнтів, які страждають від інфузійного болю (2B).

*Рекомендація 1.5. ПД: обладнання та ресурси*

Ми вважаємо, що для кращого збереження залишкової функції нирок для тривалого (> 12 місяців) використання можна застосовувати біосумісні розчини для ПД (нормальний рН і/або низькі концентрації продуктів розпаду глюкози) (2B).

## 2. Перитонеальний діаліз (ПД) (рекомендації ПД 2.1–2.4)

*Рекомендація 2.1. ПД: підготовка до перитонеального діалізу*

Ми рекомендуємо, щоб всі пацієнти (і батьки педіатричних пацієнтів), де це можливо, були належним чином підготовлені до нирковозамісної терапії, і це повинно включати отримання інформації й навчання стосовно лікування ПД, що проводиться досвідченим членом мультидисциплінарної команди. Пацієнти, які з будь-якої причини починають НЗТ позапланово, повинні отримати цю інформацію, коли це буде можливо (1C). Необхідно мати доступ до швидкої освіти, можливість термінового введення катетера ПД при раптовому призначенні ПД і можливість запропонувати це тим пацієнтам, які терміново починають НЗТ і хочуть тимчасово уникнути гемодіалізу (1C).

*Рекомендація 2.2. ПД: підготовка до перитонеального діалізу*

Ми рекомендуємо, де це можливо, планування часу постановки катетера ПД з урахуванням зручності для пацієнта, початок тренувань тривалістю від 10 днів до 6 тижнів перед початком НЗТ, що є необхідним для корекції ранніх катетерних проблем без необхідності тимчасового гемодіалізу (1C).

*Рекомендація 2.3. ПД: підготовка до перитонеального діалізу*

Ми рекомендуємо, щоб процедура введення катетера ПД була виконана відповідно до правил перитонеального доступу ниркової асоціації. Процедура для педіатричного ПД рутинно виконується під загальним наркозом (не оцінюється).

*Рекомендація 2.4. ПД: Підготовка до перитонеального діалізу*

Ми рекомендуємо періопераційний догляд за катетером і тактику щодо усунень ускладнень катетера (витік, грижі, обструкція) виконувати згідно з Рекомендаціями міжнародного товариства з перитонеального діалізу (2005), а для дітей — Керівництва з європейського елективного хронічного ПД (2001) (не оцінюється).

should comply with the relevant standards for medical fluids and devices (1C).

We recommend that the use of disconnect systems should be standard unless clinically contraindicated (1A).

*Guideline 1.4 — PD: Equipment and Resources*

We suggest that biocompatible PD solutions (solutions that have normal pH and/or low concentrations of glucose degradation products) should be used in patients experiencing infusion pain (2B).

*Guideline 1.5 — PD: Equipment and Resources*

We suggest that biocompatible PD solutions (normal pH and/or low concentrations of glucose degradation products) may be considered for better preservation of residual renal function with long term (> 12 month) use (2B).

## 2. Peritoneal Dialysis (PD) (Guidelines PD 2.1–2.4)

*Guideline 2.1 — PD: Preparation for Peritoneal Dialysis*

We recommend that all patients (and parents of paediatric patients) should, where possible, be adequately prepared for renal replacement therapy and this should include receiving information and education about PD treatment, delivered by an experienced member of the MDT. Patients commencing RRT in an unplanned fashion for whatever reason should receive this information once appropriate (1C). Fast track education and urgent PD catheter insertion with acute start of PD should be available, and be offered to suitable patients urgently starting on RRT who wish to avoid temporary haemodialysis (1C).

*Guideline 2.2 — PD: Preparation for Peritoneal Dialysis*

We recommend that, where possible, timing of PD catheter insertion should be planned to accommodate patient convenience, commencement of training between 10 days and 6 weeks and before RRT is essential to enable correction of early catheter-related problems without the need for temporary haemodialysis (1C).

*Guideline 2.3 — PD: Preparation for Peritoneal Dialysis*

We recommend that PD catheter insertion practice should be managed according to the Renal Association Peritoneal Access Guidelines. Paediatric PD access procedures will routinely be performed under general anaesthetic (Ungraded).

*Guideline 2.4 — PD: Preparation for Peritoneal Dialysis*

We recommend that peri-operative catheter care and catheter complications (leaks, hernias, obstruction) should be managed according to the International Society of Peritoneal Dialysis guidelines 2005, and for children, the European Elective Chronic Peritoneal Dialysis Guideline 2001 (Ungraded).

### 3. Перитонеальний діаліз (ПД) (рекомендації ПД 3.1–3.3)

*Рекомендація 3.1. ПД: водно-сольовий кліренс*

Ми рекомендуємо, щоб залишкова сеча й кліренс малих розчинних компонентів ПД визначались щонайменше кожні шість місяців або частіше, якщо це залежить від залишкової функції нирок, для досягнення цільових значень кліренсу або за біохімічними показниками для дорослих і дітей.

Обидва кліренси (сечовини і/або креатиніну) можуть використовуватися для контролю адекватності діалізу й повинні інтерпретуватися в межах методів (1C).

*Рекомендація 3.2.1. ПД: водно-сольовий кліренс*

Ми рекомендуємо розглядати поєднано показники сечового й перитонеального Kt/V сечовини понад 1,7/тиждень або кліренс креатиніну понад 50 л/тиждень/1,73 м<sup>2</sup> як мінімальні дози лікування для дорослих (1A). Ми рекомендуємо/радімо, щоб цільові значення кліренсу для дітей були як мінімум такі як для дорослих (1C).

*Рекомендація 3.2.2. ПД: водно-сольовий кліренс*

Ми рекомендуємо збільшити дозу діалізу пацієнтам, які мають уремичні симптоми, або у випадку неадекватного збільшення росту в дітей, навіть якщо вони відповідають мінімальним цільовим значенням кліренсу (1B).

*Рекомендація 3.3. ПД: водно-сольовий кліренс*

Ми рекомендуємо надавати перевагу 24-годинному режиму ПД замість переривчастого для пацієнтів з анурією (1B).

### 4. Перитонеальний діаліз (ПД) (рекомендації ПД 4.1–4.5)

*Рекомендація 4.1. ПД: ультрафільтрація й управління рідиною*

Ми рекомендуємо регулярно контролювати функцію перитонеальної мембрани (через 6 тижнів після початку лікування й принаймні щорічно або за наявності клінічних показань), використовуючи тест на перитонеальну рівновагу (PET) або еквівалентний йому. Щоденні об'єми сечі й перитонеальної ультрафільтрації з відповідною корекцією при перевантаженні повинні контролюватися щонайменше кожні шість місяців (1C).

*Рекомендація 4.2. ПД: ультрафільтрація й управління рідиною*

Ми рекомендуємо уникати схем діалізу, що призводять до реабсорбції рідини. Пацієнти з високим або середньо транспортним розчином, які мають найбільший ризик цього ускладнення, повинні бути розглянуті для призначення автоматичного ПД та ікодекстрину (1A).

*Рекомендація 4.3. ПД: ультрафільтрація й управління рідиною*

Ми рекомендуємо, щоб режими діалізу, що призводять до рутинного використання гіпертонічних (3,86 %) обмінів глюкози, були мінімізовані. Де це доцільно, слід використовувати ікодекстрин або діуретики (1B).

*Рекомендація 4.4. ПД: ультрафільтрація й управління рідиною*

Ми рекомендуємо, щоб стратегії лікування, які сприяють збереженню функції або об'єму нирок, засто-

### 3. Peritoneal Dialysis (PD) (Guidelines PD 3.1–3.3)

*Guideline 3.1 — PD: Solute Clearance*

We recommend that both residual urine and peritoneal dialysis components of small solute clearance should be measured at least six monthly or more frequently if dependant on residual renal function to achieve clearance targets or if clinically or biochemically indicated in adults and in children. Both urea and/or creatinine clearances can be used to monitor dialysis adequacy and should be interpreted within the limits of the methods (1C).

*Guideline 3.2.1 — PD: Solute Clearance*

We recommend that a combined urinary and peritoneal Kt/V urea of 1.7/week or a creatinine clearance of 50L/week/1.73m<sup>2</sup> should be considered as minimal treatment doses for adults (1A). We recommend/suggest that clearance targets for children should be a minimum of those for adults (1C).

*Guideline 3.2.2 — PD: Solute Clearance*

We recommend that the dose of dialysis should be increased in patients experiencing uraemic symptoms, or inadequate growth in children, even if meeting minimum clearance targets (1B).

*Guideline 3.3 — PD: Solute Clearance*

We recommend that a continuous 24 hour PD regime is preferred to an intermittent regime for anuric patients (1B).

### 4. Peritoneal Dialysis (PD) (Guidelines PD 4.1–4.5)

*Guideline 4.1 — PD: Ultrafiltration and Fluid Management*

We recommend that peritoneal membrane function should be monitored regularly (6 weeks after commencing treatment and at least annually or when clinically indicated) using a peritoneal equilibration test (PET) or equivalent. Daily urine and peritoneal ultrafiltration volumes, with appropriate correction for overfill, should be monitored at least six-monthly (1C).

*Guideline 4.2 — PD: Ultrafiltration and Fluid Management*

We recommend that dialysis regimens resulting in fluid reabsorption should be avoided. Patients with high or high average solute transport, at greatest risk of this problem, should be considered for APD and icodextrin (1A).

*Guideline 4.3 — PD: Ultrafiltration and Fluid Management*

We recommend that dialysis regimens resulting in routine utilisation of hypertonic (3.86 %) glucose exchanges should be minimised. Where appropriate this should be achieved by using icodextrin or diuretics (1B).

*Guideline 4.4 — PD: Ultrafiltration and Fluid Management*

We recommend that treatment strategies that favour preservation of renal function or volume should

совувалися там, де це можливо. До них належить використання ІАПФ, БРА (лише для дорослих) і діуретиків, а також уникнення епізодів дегідратації (1B).

*Рекомендація 4.5. ПД: ультрафільтрація й управління рідиною*

Ми рекомендуємо, щоб пацієнти з анурією, які є надмірно гідратованими й постійно досягають щоденного рівня ультрафільтрації менше від 750 мл у дорослих (або еквівалентний обсяг для розміру тіла в педіатрії), ретельно контролювались.

Ці пацієнти можуть отримати певні переваги при зміні призначень і/або модальності (1B).

## 5. Перитонеальний діаліз (ПД) (рекомендації ПД 5.1–5.2)

*Рекомендація 5.1. ПД: інфекційні ускладнення*

*Рекомендація 5.1.1. Інфекційні ускладнення ПД: стратегії профілактики*

Ми рекомендуємо, щоб підрозділи ПД здійснювали регулярний аудит показників поширеності перитоніту й рівнів інфікування виходів катетера, включаючи визначення причинного мікроорганізму, лікування й наслідки. Вони повинні мати активний діалог з відділенням мікробіології й командою з контролю за інфекціями для розробки оптимальних протоколів лікування й профілактики (1B).

*Рекомендація 5.1.2. Інфекційні ускладнення ПД: стратегії профілактики*

Ми рекомендуємо застосовувати системи БАПД за принципом «змивання перед заповненням» (1A).

*Рекомендація 5.1.3. Інфекційні ускладнення ПД: стратегії профілактики*

Ми рекомендуємо, щоб пацієнти (і/або опікуни або батьки) регулярно переглядали свою техніку встановлення (принаймні щороку або частіше, якщо це показано, наприклад після епізоду інфікування, пов'язаного з ПД, або значної перерви для пацієнта, який виконує ПД) і отримували посилене навчання, якщо їх техніка не відповідає стандарту (1C).

*Рекомендація 5.1.4. Інфекційні ускладнення ПД: стратегії профілактики*

Ми рекомендуємо, щоб початкове введення катетера супроводжувалося антибіотикопротифілактикою (1B).

*Рекомендація 5.1.5. Інфекційні ускладнення ПД: стратегії профілактики*

Ми рекомендуємо, щоб інвазивні процедури супроводжувались антибіотикопротифілактикою й звільненням живота від діалізної рідини протягом періоду, відповідного процедурі (1C).

*Рекомендація 5.1.6. Інфекційні ускладнення ПД: стратегії профілактики*

Ми рекомендуємо застосовувати місцеве введення антибіотиків для зменшення частоти виникнення інфекції й перитоніту (1A).

*Рекомендація 5.2. ПД: інфекційні ускладнення*

*Рекомендація 5.2.1. Інфекційні ускладнення ПД: лікування*

Ми рекомендуємо, щоб інфекції вихідного отвору підозрювались за наявності болю, набряку, кірки й се-

be adopted where possible. These include the use of ACEi, ARBs (in adults only) and diuretics, and the avoidance of episodes of dehydration (1B).

*Guideline 4.5 — PD: Ultrafiltration and Fluid Management*

We recommend that anuric patients who are overhydrated and consistently achieve a daily ultrafiltration of less than 750 ml in adults (or equivalent volume for body size in paediatrics) should be closely monitored.

These patients may benefit from prescription changes and/or modality switch (1B).

## 5. Peritoneal Dialysis (PD) (Guidelines PD 5.1–5.2)

*Guideline 5.1 — PD: Infectious Complications*

*Guideline 5.1.1 — PD Infectious Complications: Prevention Strategies*

We recommend that PD units should undertake regular audit of their peritonitis and exit-site infection rates, including causative organism, treatment and outcomes. They should enter into active dialogue with their microbiology department and infection control team to develop optimal local treatment and prevention protocols (1B).

*Guideline 5.1.2 — PD Infectious Complications: Prevention Strategies*

We recommend that flush-before-fill dialysis delivery systems should be used for CAPD (1A).

*Guideline 5.1.3 — PD Infectious Complications: Prevention Strategies*

We recommend that patients (and/or carers or parents) should undergo regular revision of their technique (at least annually or more frequently if indicated, such as after an episode of PD-related infection or a significant interruption to the patient performing PD) and receive intensified training if this is below standard (1C).

*Guideline 5.1.4 — PD Infectious Complications: Prevention Strategies*

We recommend that initial catheter insertion should be accompanied by antibiotic prophylaxis (1B).

*Guideline 5.1.5 — PD Infectious Complications: Prevention Strategies*

We recommend that invasive procedures should be accompanied by antibiotic prophylaxis and emptying the abdomen of dialysis fluid for a period commensurate with the procedure (1C).

*Guideline 5.1.6 — PD Infectious complications: Prevention Strategies*

We recommend that topical antibiotic administration should be used to reduce the frequency of exit-site infection and peritonitis (1A).

*Guideline 5.2 — PD: Infectious complications*

*Guideline 5.2.1 — PD Infectious complications: Treatment*

We recommend that exit site infection is suggested by pain, swelling, crusting, erythema and

розних виділень у його ділянці; гнійні виділення завжди вказують на інфекцію. Слід робити мазки на культуру та почати емпіричну терапію пероральними антибіотиками, що охоплюють *S.aureus* і *P.aeruginosa* (1B).

*Рекомендація 5.2.2. Інфекційні ускладнення ПД: лікування*

Ми рекомендуємо, щоб метицилін-стійкі організми (МСО) вимагали системного лікування (наприклад, ванкоміцин) відповідно до місцевої політики контролю за інфекціями (1C).

*Рекомендація 5.2.3. Інфекційні ускладнення ПД: лікування*

Ми рекомендуємо, щоб початкові схеми лікування перитоніту включали дію проти грампозитивних і грамнегативних бактерій, включно з видами *Pseudomonas*, до отримання результату посіву культури й чутливості до антибіотиків (1C).

## 6. Перитонеальний діаліз (ПД) (рекомендації ПД 6.1–6.4)

*Рекомендація 6.1. ПД: метаболічні фактори*

Ми рекомендуємо використовувати стандартні стратегії для оптимізації контролю за діабетом; це має доповнюватись призначенням режимів діалізу, що мінімізують рівень глюкози, включаючи, якщо це можливо, використання безглюкозних розчинів (ікодекстрин та амінокислоти) (1B).

*Рекомендація 6.2. ПД: метаболічні фактори*

Ми рекомендуємо підтримувати рівень бікарбонату плазми в межах норми. Це може бути досягнуто в переважній більшості пацієнтів шляхом регулювання концентрації дози діалізу і/або концентрації дифузійного буфера (1B).

*Рекомендація 6.3. ПД: метаболічні фактори*

Ми вважаємо, що центральне ожиріння може прогресувати або розвиватися в деяких пацієнтів на ПД. Ризик цієї проблеми й пов'язані з цим метаболічні ускладнення, особливо підвищена атерогенність ліпідних профілів і резистентність до інсуліну, може бути зменшена шляхом уникнення надмірного призначення глюкози й використанням ікодекстрину (2C).

*Рекомендація 6.4. ПД: метаболічні фактори*

Ми рекомендуємо розповсюдження інформації про вплив ікодекстрину на аналізи для оцінки амілази й глюкози (з використанням глюкозодегідрогенази) серед пацієнтів, родичів, лабораторій і клінічних працівників (1C).

## 7. Перитонеальний діаліз (ПД) (рекомендація ПД 7.1)

*Рекомендація 7.1. ПД: інкапсульований перитонеальний склероз*

*Рекомендація 7.1.1. ПД: інкапсульований перитонеальний склероз: діагностика*

Ми рекомендуємо, щоб діагностика інкапсульованого перитонеального склерозу (ІПС) включала поєднання клінічних і рентгенологічних ознак кишкової непрохідності та інкапсуляції (1B).

serous discharge; purulent discharge always indicates infection. Swabs should be taken for culture and initial empiric therapy should be with oral antibiotics that will cover *S.aureus* and *P.aeruginosa* (1B).

*Guideline 5.2.2 — PD Infectious complications: Treatment*

We recommend that methicillin resistant organisms (MRSA) will require systemic treatment (e.g. vancomycin) and will need to comply with local infection control policies (1C).

*Guideline 5.2.3 — PD Infectious complications: Treatment*

We recommend that initial treatment regimens for peritonitis should include cover for bacterial Gram positive and Gram negative organisms including *Pseudomonas* species until result of culture and antibiotic sensitivities are obtained. (1C).

## 6. Peritoneal Dialysis (PD) (Guidelines PD 6.1–6.4)

*Guideline 6.1 — PD: Metabolic Factors*

We recommend that standard strategies to optimise diabetic control should be used; these should be complemented by dialysis prescription regimens that minimise glucose, including glucose free-solutions (icodextrin and amino-acids), where possible (1B).

*Guideline 6.2 — PD: Metabolic Factors*

We recommend that plasma bicarbonate should be maintained within the normal range. This can be achieved in the vast majority of patients by adjusting the dialysis dose and/or dialysate buffer concentration (1B).

*Guideline 6.3 — PD: Metabolic Factors*

We suggest that central obesity can worsen or develop in some PD patients. The risk of this problem, and associated metabolic complications, notably increased atherogenicity of lipid profiles and insulin resistance, can be reduced by avoiding excessive glucose prescription and using icodextrin (2C).

*Guideline 6.4 — PD: Metabolic Factors*

We recommend that awareness of the effects of icodextrin on assays for estimation of amylase and glucose (using glucose dehydrogenase) should be disseminated to patients, relatives, laboratory and clinical staff (1C).

## 7. Peritoneal Dialysis (PD) (Guidelines PD 7.1)

*Guideline 7.1 — PD: Encapsulating Peritoneal Sclerosis*

*Guideline 7.1.1 — PD: Encapsulating Peritoneal Sclerosis: Diagnosis*

We recommend that the diagnosis of encapsulating peritoneal sclerosis (EPS) requires the presence of a combination of clinical and radiological features of intestinal obstruction and encapsulation (1B).

*Рекомендація 7.1.2. ПД: інкапсульований перитонеальний склероз: діагностика*

Ми рекомендуємо використовувати рентгенологічну методику для діагностики ІПС (КТ-сканування) (1В).

*Рекомендація 7.1.3. ПД: інкапсульований перитонеальний склероз: діагностика*

Ми рекомендуємо, щоб методи радіологічного й біохімічного скринінгу НЕ вважалися достатньо чутливими й специфічними в клініці для виявлення раннього або неминучого розвитку ІПС у безсимптомних пацієнтів на ПД (1С).

*Рекомендація 7.2. ПД інкапсульований перитонеальний склероз*

*Рекомендація 7.2.1. ПД: інкапсульований перитонеальний склероз: управління*

Ми рекомендуємо, щоб пацієнти з підозрою на ІПС були направлені або задалегідь направлені в підрозділи, які мають досвід хірургічного лікування ІПС. Хірургічне втручання повинно проводитись командою експертів з ІПС (1В).

*Рекомендація 7.2.2. ПД: інкапсульований перитонеальний склероз: управління*

Ми рекомендуємо, щоб пацієнти з ІПС мали своєчасне направлення до дієтолога та моніторинг харчового статусу, підтримку харчування шляхом перорального ентерального втручання або часті необхідні парентеральні добавки (1С).

*Рекомендація 7.2.3 ПД: інкапсульований перитонеальний склероз: управління*

Ми вважаємо, що немає чітких доказів для підтримки рекомендації щодо використання будь-якої медикаментозної терапії для лікування ІПС. Кортикостероїди, імуносупресанти й тамоксифен використовувались у практиці, і вони можуть бути випробувані на розсуд лікаря (2С).

*Рекомендація 7.2.4. ПД: інкапсульований перитонеальний склероз: управління*

Ми пропонуємо зазвичай припинення ПД після діагностики ІПС із переходом на гемодіаліз.

Однак це повинно бути особистим рішенням пацієнта з урахуванням його побажань, очікувань щодо якості й тривалості життя (2С).

*Рекомендація 7.3. ПД: інкапсульований перитонеальний склероз*

*Рекомендація 7.3 1. ПД: інкапсульований перитонеальний склероз: тривалість терапії на ПД*

Ми рекомендуємо не встановлювати оптимальної тривалості перитонеального діалізу або показань для рутинної зміни методів вибору. Рішення щодо тривалості терапії повинні бути адаптовані до індивідуального пацієнта з урахуванням клінічних і соціальних чинників і побажань пацієнта, а також повинні відповідати принципам, викладеним у рекомендаціях ISPD «Тривалість перитонеального діалізу та положення щодо інкапсульованого перитонеального склерозу» (1С). ■

*Guideline 7.1.2 — PD: Encapsulating Peritoneal Sclerosis: Diagnosis*

We recommend that the radiological technique of choice for the diagnosis of encapsulating peritoneal sclerosis (EPS) is CT scanning (1B).

*Guideline 7.1.3 — PD: Encapsulating Peritoneal Sclerosis: Diagnosis*

We recommend that radiological and biochemical screening methods are NOT of sufficient sensitivity and specificity to be used clinically to identify early or imminent development of EPS in asymptomatic PD patients (1C).

*Guideline 7.2 — PD: Encapsulating Peritoneal Sclerosis*

*Guideline 7.2.1 — PD: Encapsulating Peritoneal Sclerosis: Management*

We recommend that patients with suspected encapsulating peritoneal sclerosis (EPS) should be referred or discussed early with units who have expertise in EPS surgery. Surgery should be performed by teams experienced in EPS surgery (1B).

*Guideline 7.2.2 — PD: Encapsulating Peritoneal Sclerosis: Management*

We recommend that patients with EPS should have early dietetic referral and monitoring of nutritional status, with nutritional support by oral enteral, or often parenteral supplementation usually required (1C).

*Guideline 7.2.3 — PD: Encapsulating Peritoneal Sclerosis: Management*

We suggest that there is no clear evidence to support a recommendation for the use of any medical therapy for treating EPS. Corticosteroids, immunosuppressants and tamoxifen have been used, and may be tried at the physician's discretion (2C).

*Guideline 7.2.4 — PD: Encapsulating Peritoneal Sclerosis: Management*

We suggest that PD should usually be discontinued after diagnosis of EPS with transfer to haemodialysis.

However, this should be an individual patient decision considering, patient wishes, life expectancy and quality of life (2C).

*Guideline 7.3 — PD: Encapsulating Peritoneal Sclerosis*

*Guideline 7.3 1— PD: Encapsulating Peritoneal Sclerosis: Duration of PD therapy*

We recommend that there is no optimal duration of peritoneal dialysis or indication for routine elective modality switching. Decisions regarding the duration of therapy should be tailored to the individual patient, taking into account clinical and social factors and patient wishes, and should follow the principles outlined in the ISPD Length of Time on Peritoneal Dialysis and Encapsulating Peritoneal Sclerosis Position Paper (1C). ■

**Переклад: к.м.н. М.Д. Іванова, проф. Д.Д. Іванов  
Редакція: акад. НАМНУ, член-кор. НАНУ проф. Л.А. Пиріг ■**