

АСИСТИРАНАТА ПЕРИТОНЕАЛНА ДИАЛИЗА – ВЪЗМОЖНОСТ ЗА РАВЕН ДОСТЪП ДО БЪБРЕЧНО-ЗАМЕСТВАЩО ЛЕЧЕНИЕ С ПЕРИТОНЕАЛНА ДИАЛИЗА

Росица Зорчева, Дарина Дамянова, Боряна Иванова, Светла Стайкова

*Клиника по нефрология, УМБАЛ „Св. Марина“ – Варна
Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“ – Варна*

ASSISTED PERITONEAL DIALYSIS - OPPORTUNITY FOR EQUAL ACCESS TO RENAL REPLACEMENT THERAPY BY PERITONEAL DIALYSIS

Rositsa Zortcheva, Darina Damyanova, Boryana Ivanova, Svetla Staykova

*Clinic of Nephrology, St. Marina University Hospital,
Medical University of Varna*

РЕЗЮМЕ

Достиженията на науката и диализните технологии позволиха пациентите в краен стадий на хронично бъбречно заболяване (ХБЗ) да продължат да живеят като започват бъбречно-заместващо лечение с перитонеална диализа (ПД), хемодиализа (ХД) или бъбречна трансплантация – „подарен живот“. Препоръчва се първоначалната заместителна терапия да бъде ПД, като на по-късен етап се преминава към ХД, ако дотогава не е осъществена бъбречна трансплантация. През последните години нараства броят на възрастните пациенти с физическа или интелектуална невъзможност да осъществяват самостоятелно ПД – те или започват ХД, или (много често) подписват информирано несъгласие за бъбречно-заместващо лечение. За тези пациенти е подходяща асистирана ПД, която дава възможност за по-добро качество на живот. На асистирана ПД преминават и пациенти, провеждали ПД самостоятелно, при които са възникнали заболявания или усложнения, когато не могат да се справят сами.

Дали всички пациенти, които са показани, имат равен шанс да започнат бъбречно-заместващо лечение с асистирана ПД?

В България асистирана ПД не е регламентирана като медико-социална дейност, но определено има пациенти, които се нуждаят от асистенция – при тях такава се осигурява от обучени членове на семействата. Има пациенти, които не могат да разчитат на асистенция от близките, а вероятно в хосписи и старчески домове има пациенти, които също нямат шанс да се възползват от предимствата на асистирана ПД. В много държави в Европа и света съществува медико-социална мрежа, предоставяща възможност за асистирана ПД. Регламентирането в България на асистирана ПД като вид медико-социална дейност, провеждана от обучен персонал в домовете на пациентите, в хосписи и старчески домове, би позволило всеки пациент да има равен достъп до асистирана ПД и равен шанс за по-добро качество на подарения живот.

Ключови думи: заместителна терапия на бъбречната функция, перитонеална диализа, асистирана перитонеална диализа, качество на живот, хемодиализа

ABSTRACT

Advances in science and dialysis technology have allowed patients with end-stage renal disease (ESRD) to continue living by starting renal replacement therapy (RRT) - peritoneal dialysis (PD), hemodialysis (HD) or renal transplantation – “a gifted life”. It is recommended that the initial RRT be PD, and later switch to HD if no renal transplantation has been performed yet. In recent years, there has been an increase of elderly patients with a physical or intellectual inability to perform PD alone - they either begin HD or (all too often) sign an informed disagreement on RRT. Assisted PD (aPD) is appropriate for these patients. Assisted PD is also indicated in patients on PD who have developed complications/illnesses that make them unable to cope on their own.

Do all patients have an equal chance of starting assisted PD? In Bulgaria, assisted PD is not regulated as a medico-social activity, but there are patients who need assistance. Usually that is done by trained family members. There are patients, however, who cannot rely on the help of relatives, and those in hospices and nursing homes who do not have the chance

to benefit from the assisted PD. In many European countries, there is a medico-social network providing assisted PD. The regulation of assisted PD in Bulgaria as a type of medico-social activity done by trained staff in patients' homes, hospices and nursing homes would allow every patient to have equal access to assisted PD and an equal chance for a better quality of life.

Keywords: renal replacement therapy, peritoneal dialysis, assisted peritoneal dialysis, quality of life, hemodialysis

По данни на СЗО между 11 и 13% от световната популация е засегната от бъбречни заболявания. Хронифицирането на тези заболявания може да доведе до хронично бъбречно заболяване (ХБЗ), което еволюира до терминална бъбречна недостатъчност, изискваща заместително лечение. През последните десетилетия както в световен мащаб, така и в България, се отбелязва нарастване честотата на диабета, хипертонията, метаболитния синдром, автоимунните заболявания и др., в хода на които се ангажират и бъбреците. При скрининг за България на Българската бъбречна асоциация (2007 г.) е установено, че съществува хронично бъбречно заболяване при 53% от диабетците, при 45% при хипертониците, както и при 58% от изследваните на възраст над 60 години. Благодарение на достиженията на науката и бързото развитие на диализните технологии, пациентите с терминален стадий на хронично бъбречно заболяване имат шанс да продължат да живеят като започват бъбречно-заместващо лечение с перитонеална диализа (ПД), хемодиализа (ХД) или бъбречна трансплантация – „подарен живот“. Съвременната стратегия е първоначалната заместителна терапия да бъде ПД, която има редица предимства – по-продължително запазване на остатъчната бъбречна функция, по-добро качество на живот и др. На по-късен етап се преминава към ХД, в случай че дотогава не е осъществена бъбречна трансплантация. Дали всички пациенти, които се нуждаят от бъбречно-заместващо лечение, имат равен шанс да продължат да живеят при по-добро качество на живот като започват ПД?

Нараства броят на възрастни пациенти с физическа или интелектуална невъзможност да осъществяват самостоятелно ПД, които не могат да се обслужват сами, нямат близки или близките им нямат възможност да помагат за провеждане на ПД – тези пациенти или започ-

ват ХД, или (твърде често) подписват информирано несъгласие за бъбречно-заместващо лечение. При тази група пациенти е подходящо бъбречно-заместващо лечение чрез асистирана ПД. На асистирана ПД преминават и пациенти, които за различно дълъг период от време са провеждали ПД самостоятелно, но в хода на лечението възникнат нови заболявания, усложнения на придружаващи заболявания и състояния или промени в менталния статус, изискващи асистенция.

В България асистираната ПД не е регламентирана като медико-социална дейност, но определено има пациенти, които се нуждаят от асистенция – при някои от тях тя се осигурява от обучени членове на семействата. Има пациенти, които не могат да разчитат на асистенция от близките, а вероятно в хосписи и старчески домове има пациенти, които също нямат шанс да се възползват от предимствата на асистирана ПД. В много държави в Европа и света съществува медико-социална мрежа, предоставяща възможност за асистирана ПД.

Съществуват различни **модели на асистирана ПД (1):**

1. CAPD с двойна торбичка

Може да се прилага, ако асистиращ член от семейството, който е поел този ангажимент. Нерационална по отношение на организацията и времето, което изисква от асистиращия, в случай че се осъществява от външно за семейството лице. Асистиращият осъществява 4 смени на разтвори всеки ден.

2. CAPD с неразчленяваща се система с ултравиолетово облъчване

Това е най-разпространената асистирана ПД, която минимизира времето за престой на асистиращата медицинска сестра в дома на болния. Сестрата телефонира на пациента да започне процедурата дрениране. Когато тя пристигне в дома на пациента дренирането е приключило. Тя отстранява старата тор-

ба и съчленява нова торба. Стартира вливането на разтвора и напуска дома на пациента. След като приключи вливането, пациентът прикрепва празната торба към тялото си сам.

3. Апаратна ПД с две визити на медицинска сестра

Първата визита е сутрешна и по-продължителна: медицинската сестра освобождава пациента от апарата, отстранява старите консумативи и зарежда апарата с нови консумативи за включване вечерта. Втората визита е вечерна и кратка: сестрата свързва пациента с апарата и стартира програмата. Пациентът е инструктиран в случай на аларма през нощта да натисне стоп-бутона и да позвъни на дежурния в диализния център.

4. Апаратна ПД с една визита на медицинска сестра

Медицинската сестра осъществява само продължителната сутрешна визита, а вечерта пациентът или близките му осъществяват свързването с апарата и стартират процедурата със старт-бутона.

В различните държави се прилагат различни модели на асистирана ПД (2). Във Франция – CAPD с двойна торбичка, CAPD с неразчленяваща се система с ултравиолетово облъчване и апаратна ПД. В Белгия и Норвегия се прилагат CAPD и апаратна ПД, в Дания и Швеция – само апаратна ПД, в Холандия – само CAPD, във Великобритания – само апаратна ПД с 1 визита и съдействие от семейството (2). Практиката в тези държави е показала, че за обучението на асистиращите медицински сестри е необходимо учудващо малко време – 2.5 часа теория и 2.5 часа практика в дома на пациента под ръководството на обучаваща сестра в Дания, половин ден във Франция и 4 дни във Великобритания (3 дни във фирмен център и 1 ден в диализен център) (2).

Натрупаният опит във визираните европейски държави показва, че асистираната апаратна ПД може да бъде привлекателна опция за заместителна терапия на бъбречната функция за изтощени и немощни или физически-зависими пациенти в напреднала възраст с ХБН (3).

ПОКАЗАНИЯ ЗА АСИСТИРАНА ПД:

- ◆ трудно подвижни пациенти, които обикновено са в много напреднала възраст;

- ◆ инвалиди, приковани на легло или в инвалидна количка след травми и др.;
- ◆ пациенти с амавроза или значително намаляване на зрението (най-често диабетизи);
- ◆ с тремор или с артрити със засягане на ставите на ръцете и нарушена координация на движенията в тях;
- ◆ прекарвали инсулти с остатъчна пареза;
- ◆ пациенти с когнитивни проблеми;
- ◆ със забавено интелектуално развитие и/или ментален дефицит;
- ◆ с психични заболявания.

ПРЕДИМСТВА НА АСИСТИРАНАТА ПД:

1. Възможност да се удължи животът на пациента в комфортна домашна обстановка или в най-добрата обстановка, която той може да си позволи, при по-добро качество на живот (4).
2. Спестяване на неудобства, болки и страдания, свързани с транспортирането на пациента до хемодиализен център за провеждане на ХД три пъти седмично (4).
3. Възможност за увеличаване броя на лекуваните пациенти с ограничени ресурси и без капиталови инвестиции – не са необходими нито помещения, нито закупуване на апаратура.
4. По-ниска цена за осигуряване на заместително лечение в сравнение с другите възможни методи. Дори след като се отчете заплащането на асистиращите медицински сестри, асистираната ПД остава по-евтина от ХД в диализен център, главно за сметка на транспортните разходи (3,5).

Независимо от специалната селекция на пациентите за тези програми, някои автори съобщават резултати съпоставими с международните стандарти за остри перитонити и за преживяемост при ПД (3,6).

В заключение, предвид визираните предимства на асистираната ПД както за пациентите, така и за обществото, смятаме, че е необходимо регламентиране на асистираната ПД като вид медико-социална дейност, провеждана от обучен персонал в домовете на пациентите или в хосписи и старчески домове, за да може всеки пациент в България да има равен шанс за достъп до бъбречно-заместващо

лечение чрез асистирана ПД и равен шанс за по-добро качество на подарения живот.

ЛИТЕРАТУРА

1. Brown EA. PD in elderly. In: Peritoneal dialysis – from basic concepts to clinical excellence. Contrib Nephrol. Eds C Ronco, C Crepaldi, DN Cruz, Basel, Karger, 2009, vol 163, 264-269.
2. Brown EA., M. Dratwa, J.V. Povlsen. Assisted peritoneal dialysis - an evolving dialysis modality. Nephrol Dial Transplant, 2007, 22: 3091-3092
3. Laplante S, K. H, Simons B et al. Offering assisted peritoneal dialysis is a cost-effective alternative to the current care pathway in frail elderly patients. Int J Healthc Manag, 2013; 6: 27–36.
4. Alscher MD. Assisted peritoneal dialysis. 2018, Chapter 3. 17 – 23.
5. Dratwa M. Cost of home assistance for peritoneal dialysis: results of a European survey. Kidney Int 2008; 73: S72–S75
6. Brown EA, Wilkie M. Assisted peritoneal dialysis as an alternative to in-center hemodialysis. Clin J Am Soc Nephrol 2016; 11: 1522–1524.

Адрес за кореспонденция:
доц. д-р Росица Зорчева, д.м.
Клиника по нефрология
УМБАЛ „Св. Марина“ – Варна
бул. „Хр. Смирненски“ 1
Варна, 9010
e-mail: zortcheva@mail.bg