



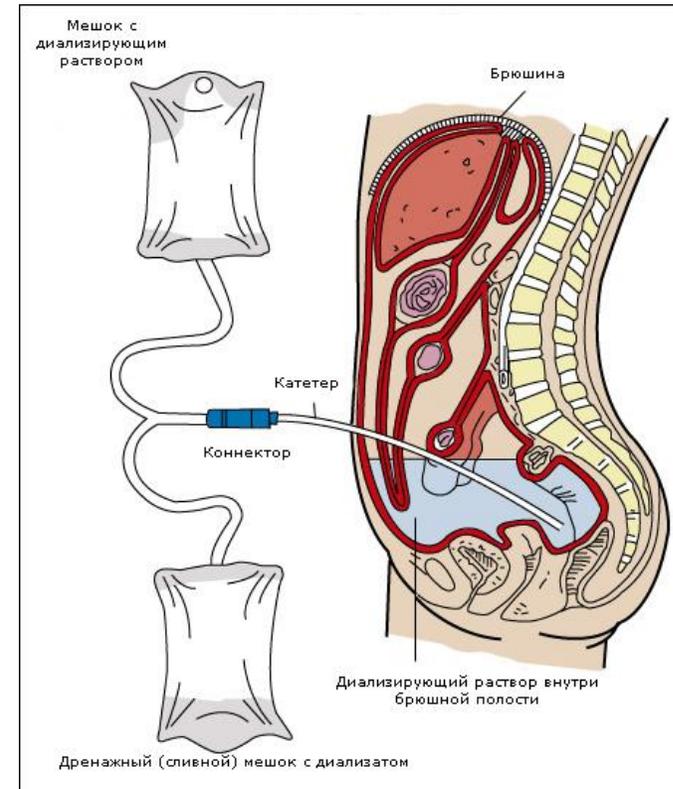
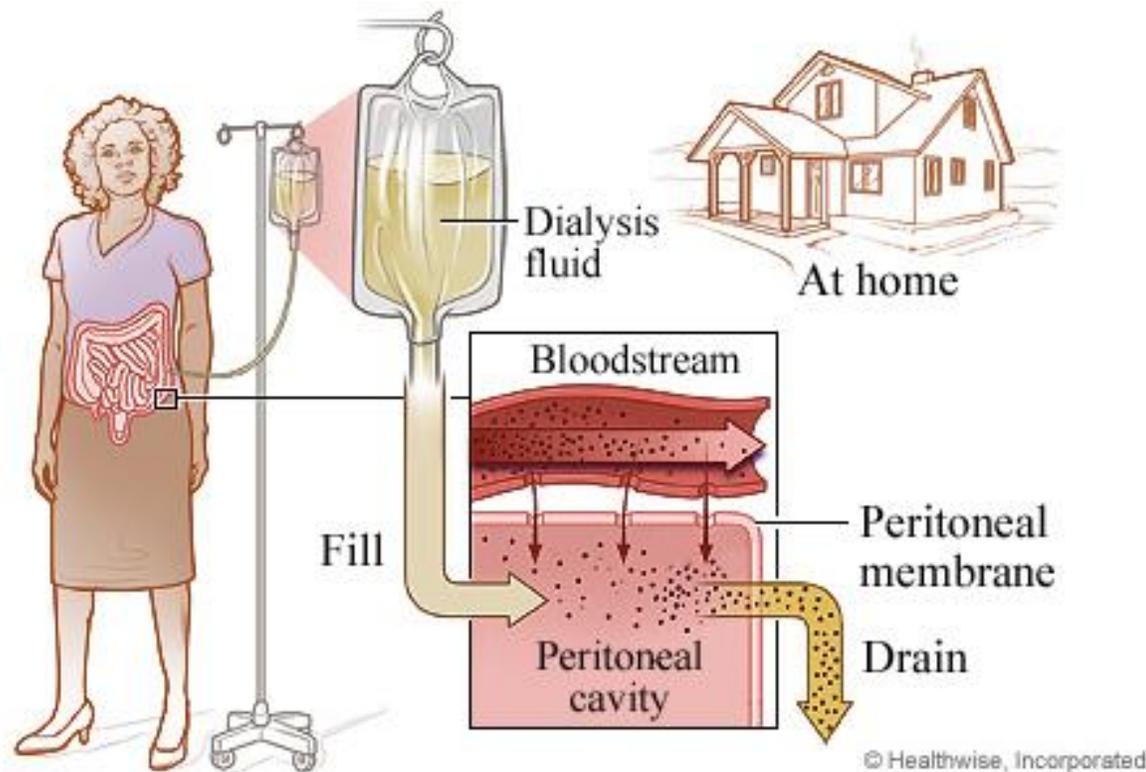
Перитонеальный диализ

Подготовили:
студентка 1.5.04В группы
Магомедова Мадина Магомедовна
и
студентка 1.5.04Б группы
Лян Виктория Вячеславовна

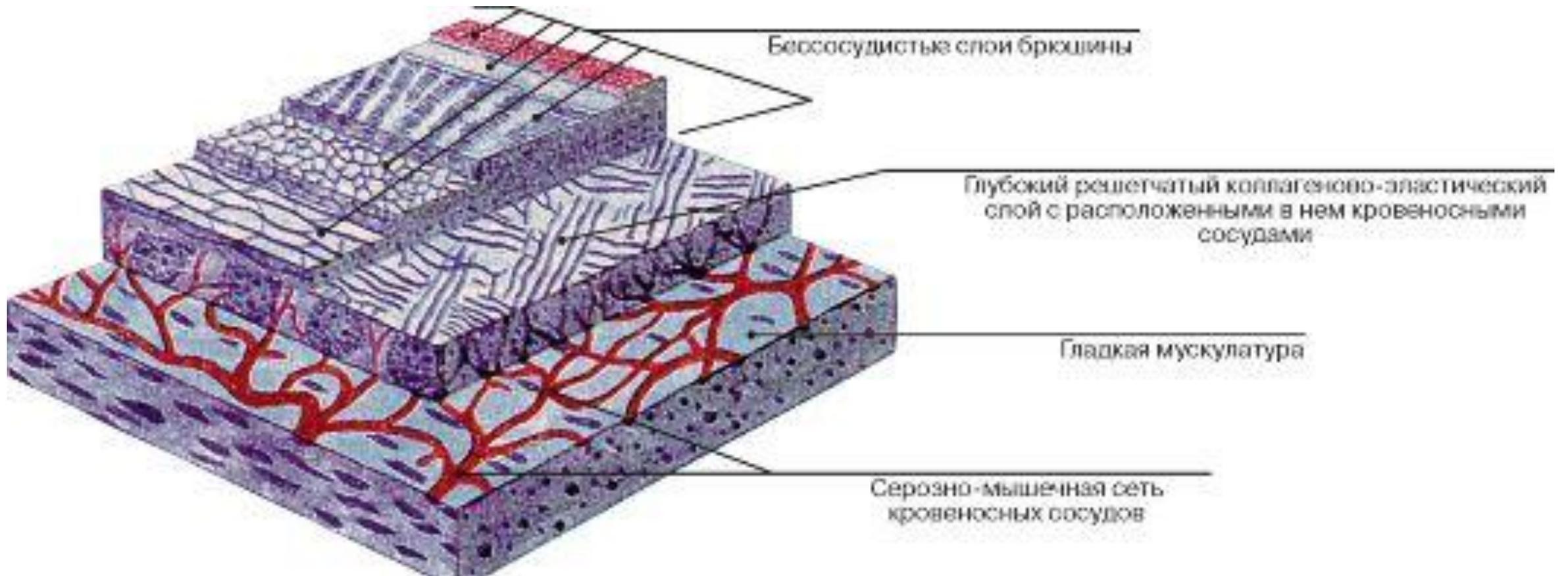
Историческая справка

- С начала 80-х годов XX века перитонеальный диализ активно внедряется в практику лечения пациентов с V стадией ХБП и становится одним из полноправных методов заместительной почечной терапии (ЗПТ).
- Доля ПД-больных в общей диализной популяции в разных странах различна. Это связано как исторически сложившейся практикой, так и причинами экономического характера. Доля ПД от общего числа пациентов на диализе: в США составляет 9,5%, в Европе - 11,7%, в Японии - всего 2,6%. В Гонконге процент пациентов, получающих лечение ПД, равен 71,8%, Мексике – 45%.
- В России перитонеальный диализ начинает свое развитие с 1991 года, вначале в педиатрической практике, а с середины 90-х годов - для лечения терминальной ХПН у взрослых. В России ПД получают 7,4% больных на диализе.

Перитонеальный диализ (ПД) - интракорпоральный специализированный метод очищения крови от эндо- и экзогенных токсинов с одновременной коррекцией водно-солевого баланса, метаболических расстройств путем диффузии и фильтрации растворов веществ через брюшину как естественную полупроницаемую мембрану.



Особенности строения брюшины



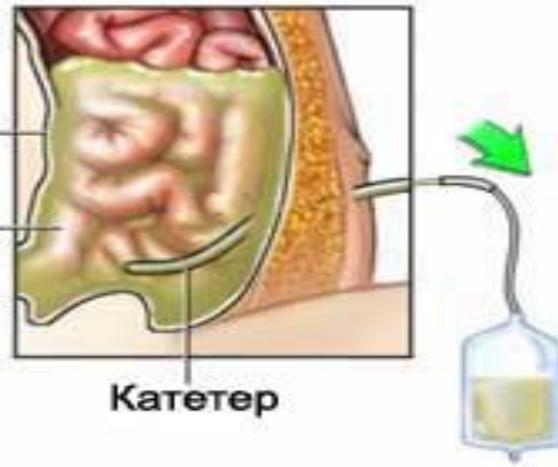
- **Постоянный амбулаторный перитонеальный диализ (ПАПД)** — наиболее распространенный тип перитонеального диализа. Диализат вводят в брюшную полость через трубку, которая называется катетер. Он остается там в течение 3-6 часов, после чего сливается. Живот наполняется новым раствором. Таким образом, кровь всегда очищается.
- **Постоянный циклический перитонеальный диализ (ПЦПД)** — вливание и повторное заполнение брюшной полости диализатом выполняется с помощью специального аппарата. Проводится ночью, во время сна.
- **Прерывистый перитонеальный диализ (ППД)** — используется тот же аппарат, что и при ПЦПД. Он, как правило, проводится в больнице и часто занимает больше времени, чем ПЦПД.

Тип	Длительность	Частота процедуры
ПАПД	3-6 часов, плюс 30 минут для слива жидкости	4 раза в сутки
ПАПД	9-12 часов	Каждую ночь
ППД	12 часов и более	36-42 часов в неделю

Вливание



Слив раствора



Системы для автоматизированного перитонеального диализа (циклеры) - специальные аппараты для проведения автоматизированного ПД, как в домашних условиях и стационаре.

Принцип работы: автоматическое выполнение предписанной программы ПД и точный контроль объемов введения и дренирования ДР, времени экспозиции, количества циклов, температуры ДР и т.д.



ПАПД или АПД?

Выбор варианта перитонеального диализа (ПАПД или АПД) определяется клинической и социальной ситуацией, а также возможностями диализного центра. В качестве **относительных показаний** к выбору в пользу АПД можно считать:

- очень высокие показатели перитонеального транспорта в условиях крайне низкой ОФП или анурии, особенно при большой поверхности тела
- лечение больных с осложнениями, обусловленными высоким интраперитонеальным давлением
- лечение пациентов, детей и взрослых, не способных самостоятельно проводить процедуру ПАПД (АПД выполняется медицинским ассистентом)

Время начала диализа у каждого больного определяется индивидуально. Диализ должен быть начат при наличии **одного из** перечисленных и **при сочетании** следующих симптомов, выявленных при снижении ОФП:

- признаки уремии: серозит, нарушения кислотно-основного (ацидоз) и электролитного баланса, кожный зуд;
- невозможность консервативными методами контролировать статус гидратации и/или артериальное давление;
- прогрессивное снижение статуса питания, рефрактерное к диетическому вмешательству;
- энцефалопатия и когнитивные нарушения

Начало диализного лечения при уровне СКФ ниже 5 мл/мин/1.73 м² может быть отложено в исключительных случаях:

1. у пациентов с отсутствием клинической симптоматики уремии на период созревания артерио-венозной фистулы или полного заживления послеоперационной раны после имплантации ПД-катетера
2. пациентам в стабильном состоянии, при отсутствии выраженной симптоматики уремии
3. при условии соблюдения пациентом жесткой диеты и наличии возможности проводить весь ему комплекс соответствующей консервативной медикаментозной терапии под наблюдением врача-нефролога

ПД обладает **рядом преимуществ** по сравнению со стандартным программным ГД (в диализном центре):

- ПД является домашним видом диализа;
- значительно дольше сохраняется ОФП;
- более гладкий ближайший послеоперационный период и отдаленные результаты трансплантации;
- выживаемость больных, получающих ПД, не уступает выживаемости пациентов ГД;
- стоимость лечения ПД ниже ГД в 1,25 – 2,35 раз.

Показания к ПД у пациентов с ХБП 5 стадии:

1. отсутствие возможности создания сосудистого доступа для гемодиализа
2. детский возраст (особенно: 0-5 лет)
3. предпочтение проведения диализной терапии в домашних условиях
4. тяжелые, не корригируемые доступными методами, синдиализные сердечно-сосудистые осложнения, которые влияют на переносимость процедуры гемодиализа, в частности, гемодинамически значимые нарушения ритма сердца, интрадиализная гипотензия;
5. заболевания и состояния, которые могут влиять на возможность перемещения больных и транспортировки их в диализный центр, удаленность места жительства;
6. пациенты молодого возраста - кандидаты на трансплантацию почки;
7. осознанный выбор больного

Противопоказания к ПД

Абсолютные:

1. активные воспалительные заболевания брюшной полости
2. выраженная ишемическая болезнь кишечника
3. распространенные злокачественные онкологические заболевания брюшной полости
4. спаечная болезнь и выраженный спаечный процесс в брюшной полости
5. врожденные или приобретенные анатомические дефекты передней брюшной стенки и/или брюшной полости и диафрагмы;
6. тяжелые хронические обструктивные легочные заболевания(III, IV стадия ХОБЛ)

Относительные:

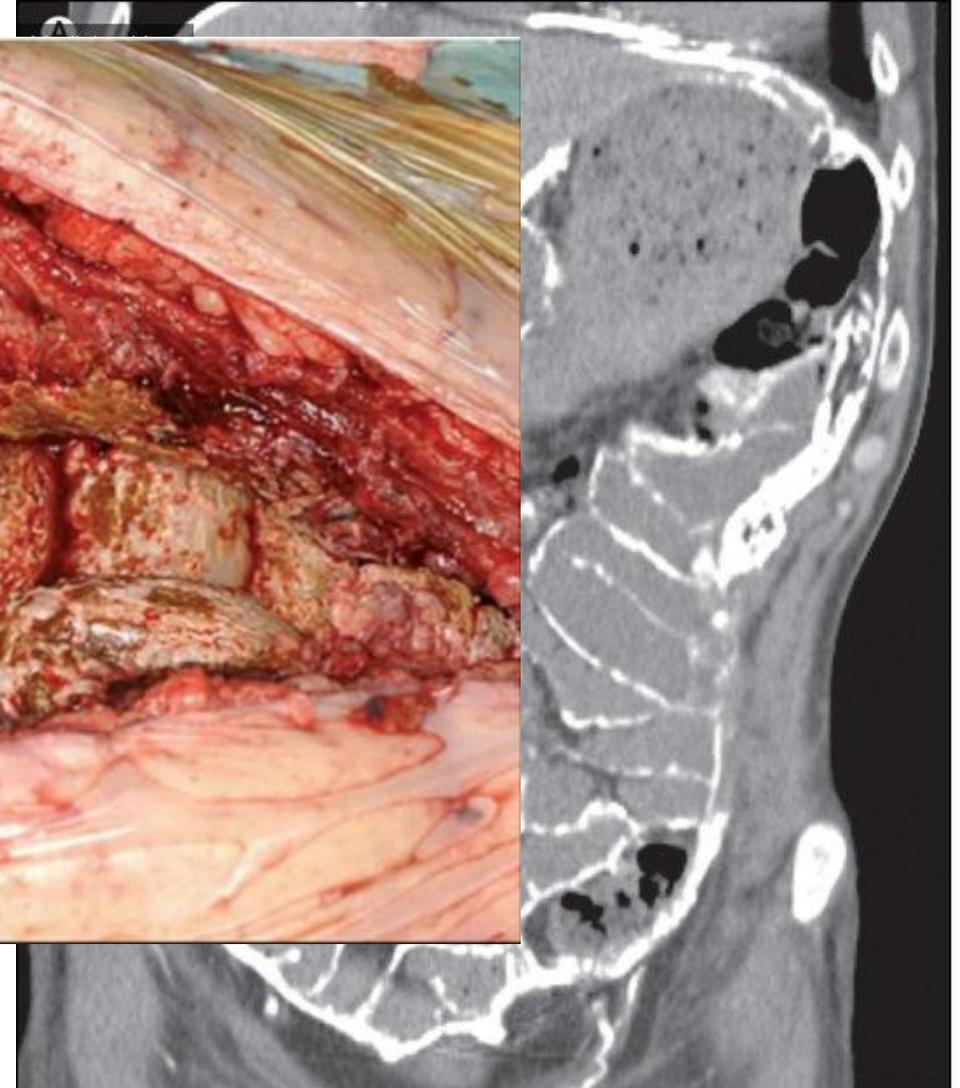
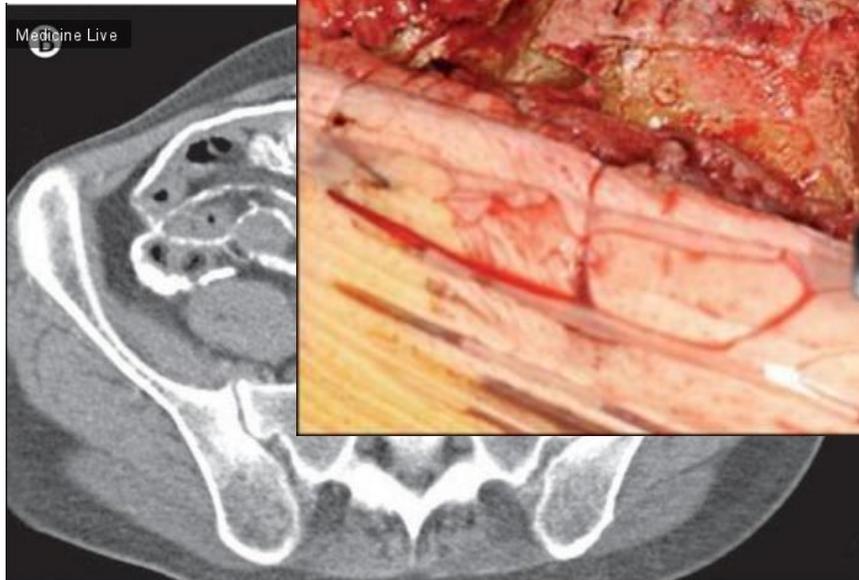
1. выраженное ожирение;
2. поликистозная болезнь почек (при чрезмерно больших размерах почек);
3. низкие транспортные характеристики перитонеальной мембраны (требуется оценка ОФП и поверхности тела пациента);
4. наличие энтеростом и/или уростом
5. выраженная БЭН (белково-энергетическая недостаточность)
6. крайне низкая ОФП или анурия при большой поверхности тела пациента
7. отсутствие достаточного интеллекта и мотивации, алкоголизм и наркомания, тяжелые психические расстройства, деменция, тяжелые социальные или санитарно-гигиенические условия жизни
8. выраженные нарушения двигательной активности рук или зрения
9. множественные повторные грыжи передней брюшной стенки
10. хронический панкреатит с частыми обострениями, дивертикулит в анамнезе
11. массивная цитостатическая и/или глюкокортикоидная терапия

Осложнения ПД

Неинфекционные	Инфекционные
Перикатетерная подтекание диализата	<u>Диализный перитонит</u>
Нарушение дренажной функции катетера (нарушение дренирования/введения). Экструзия наружной манжеты	Инфекция места выхода ПД-катетера
Отёк подкожной жировой клетчатки передней брюшной стенки и наружных половых органов	Тоннельная инфекция ПД-катетера
Грыжи брюшной стенки	
Гидроторакс	
Боли в животе (абдоминалгии)	
Электролитные нарушения (гипер-, гипонатриемия; гипо-, гиперкалиемия, гипо-, гиперкальциемия)	

Клинический случай

- Пациент 45 лет, с терминальной стадией хронической почечной недостаточности, гемодиализом, перитонитом, перитонеальным альбуртом, по поводу которого поступил на программное перитонеальное диализирование в Addenbrooke's Hospital. Жалобы: боли в животе и признаки гемодинамики.
- Отмечалась выраженная слабость во всех отделах живота. При осмотре выделялась свежая кровь. Проведена предоперационная подготовка на восстановление гемодинамики и санация брюшной полости.



Качество жизни

- У больных на перитонеальном: диализе в сравнении с больными; на гемодиализе показатели, качества жизни по опроснику KDQOL-SF™ оказались достоверно ($p < 0,05$) выше по шкалам эмоционального функционирования: ($47,4 \pm 13,0$ против $37,0 \pm 17,0$ баллов), социального функционирования ($53,5 \pm 12,1$ против $44,4 \pm 13,2$ баллов) обремененности заболеванием почек ($30,3 \pm 12,6$ против $19,8 \pm 16,3$ баллов) и влияния заболевания почек на повседневную деятельность ($60,1 \pm 10,2$ против $52,5 \pm 8,4$ баллов). Показатели качества жизни ухудшались независимо от вида: заместительной почечной терапии с увеличением сроков лечения и возраста больных.
- Больные на автоматическом перитонеальном диализе в сравнении с больными- на постоянном амбулаторном перитонеальном диализе ; оценивали, свое самочувствие выше по шкалам ролевого эмоционального функционирования ($67,5 \pm 13,6$ против $47,4 \pm 13,0$) и социальной поддержки ($80,4 \pm 12,8$ против $65,5 \pm 12,7$).
- У больных на гемодиализе отмечен более высокий уровень депрессии по госпитальной шкале оценки тревоги и депрессии ($8,2 \pm 3,5$ против $7,4 \pm 3,9$), оказывающий неблагоприятное влияние на выживаемость. Летальность у больных с депрессивными симптомами была в 3,5 раза выше, чем у больных без депрессивных симптомов.

* Крылова Мария Ивановна

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ НА ГЕМОДИАЛИЗЕ И ПЕРИТОНЕАЛЬНОМ ДИАЛИЗЕ

Медицинские Диссертации <http://medical-diss.com/medicina/kachestvo-zhizni-bolnyh-na-gemodialize-i-peritonealnom-dialize#ixzz5YBAYCbBV>

Благодарю за внимание!