

Monika Lichodziejewska-Niemierko^{1, 2, 3}, Ewa Malek³, Anna Witkowska⁴

¹Klinika Nefrologii Transplantologii i Chorób Wewnętrznych Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

²Zakład Medycyny Paliatywnej Katedry Medycyny Rodzinnej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

³Stacja Dializ Otrzewnowych Fresenius Nephrocare w Gdańsku

⁴Fresenius Medical Care Polska

Dializa asystowana w placówkach medycznych i opiekuńczych — doświadczenia własne

Assisted dialysis in medical institutions and nursing homes — own experience

ABSTRACT

Assisted peritoneal dialysis is performed by a helper in patients with end-stage renal disease, who in presence of mental and physical disability are not capable of carrying out the exchanges. Increasing number of elderly patients commencing dialysis is in many countries the reason for development of assisted peritoneal dialysis which can provide acceptable survival and good quality of life. In this paper we report four patients who required assisted dialysis at

the different stages of their lives in medical or nursing institutions. The education and reeducation programs for the staff, essentials of communication and control visits are discussed. It is important to create the functioning models of assisted peritoneal dialysis in Poland which would offer the benefits of this therapy in patient's place of stay, give a chance of professional rehabilitation and favor improvement of the quality of life also at the end of it.

Forum Nefrologiczne 2010, vol. 3, no 4, 277–283

Key words: assisted peritoneal dialysis

WSTĘP

Asystowana dializa otrzewnowa polega na wykonywaniu procedur dializy otrzewnowej przez osoby trzecie i bywa proponowana pacjentom w podeszłym wieku, niesamodzielnym i niepełnosprawnym fizycznie i mentalnie. Zapewnia ona tym chorym łagodną metodę dializoterapii, sprzyjającą dobrej jakości życia, którą można prowadzić w domu chorego lub w placówkach opieki zdrowotnej. W krajach, takich jak Francja, Kanada czy kraje skandynawskie, istnieją rozwiązania praktyczne prowadzenia asystowanej dializy otrzewnowej (logistyka, finansowanie), natomiast w Polsce ciężar prowadzenia tej metody spoczywa na ogół na rodzinie

[1–4]. Placówki opieki zdrowotnej czy ośrodki opiekuńcze niechętnie przyjmują chorych dializowanych otrzewnowo, chociaż, jak się wydaje, wiele z nich jest predysponowanych do zapewnienia opieki takim pacjentom wraz z oferowaniem wykonywania procedur dializy otrzewnowej.

W gdańskim ośrodku dializy otrzewnowej w latach 2007–2009 było 15% pacjentów dializowanych przy pomocy osoby trzeciej: członka rodziny lub personelu hospicjum [5]. Byli to pacjenci w podeszłym wieku (średnia wieku 69 lat), prawie połowę stanowili chorzy na cukrzycę. Większość chorych korzystała z automatycznej dializy otrzewnowej, jednak aż u ponad 43% pacjentów prowadzący dializę wybrali ciągłą ambulatoryjną dializę otrzewnową.

Adres do korespondencji:

dr hab. n. med. Monika Lichodziejewska-Niemierko prof. nadzw. GUMed
Klinika Nefrologii Transplantologii
i Chorób Wewnętrznych Gdańskiego
Uniwersytetu Medycznego
ul. Dębinki 7, 80–211 Gdańsk
tel.: (58) 349 28 22
e-mail: lichotek@gumed.edu.pl

»Asystowana dializa otrzewnowa polega na wykonywaniu procedur dializy otrzewnowej przez osoby trzecie«

Dla potrzeb szkolenia personelu zakładów opieki zdrowotnej opracowano program edukacji obejmujący teoretyczne i praktyczne zagadnienia dotyczące prowadzenia dializy otrzewnowej. Szkolenie prowadzono na terenie tych placówek jednocześnie dla pielęgniarek i lekarzy. Poniżej przedstawiono program szkolenia:

I. Szkolenie teoretyczne

Osoba prowadząca — nefrolog

Pokaz przezroczy

Czas trwania około 1,5 godz.

Zagadnienia:

- epidemiologia chorób nerek;
- kryteria dyskwalifikacji do leczenia nerkozastępczego;
- rodzaje dostępnych terapii nerkozastępczych;
- podstawy fizjologii i zasad działania dializy otrzewnowej, skład płynów;
- rodzaje dializy otrzewnowej;
- zalety i wady dializy otrzewnowej;
- dieta i podstawowe leki;
- powikłania — rozpoznanie i postępowanie: niewłaściwa funkcja cewnika, odwodnienie, przewodnienie, zapalenie ujścia cewnika, dializacyjne zapalenie otrzewnej;
- zasady opieki wielospecjalistycznej nad pacjentem z przewlekłą chorobą nerek;
- kontakt z personelem ośrodka dializ i organizacja wizyt kontrolnych.

II. Szkolenie praktyczne

Osoba prowadząca — pielęgniarka nefrologiczna i pielęgniarka firmy dostarczającej sprzęt do dializ

Materiały audiowizualne (DVD), ulotki, własne materiały edukacyjne, fartuch treningowy (tzw. sztuczny brzuch), zestawy do ciągłej ambulatoryjnej dializy otrzewnowej, automatycznej dializy otrzewnowej, zestawy opatrunkowe

Czas trwania około 2 godz.

Zagadnienia:

- praktyczne: (pokaz, ćwiczenia indywidualne na fartuchu treningowym, samodzielne wykonanie wymiany płynu dializacyjnego u pacjenta pod nadzorem pielęgniarki nefrologicznej):
 - wykonanie wymiany ciągłej ambulatoryjnej dializy otrzewnowej lub automatycznej dializy otrzewnowej według procedury;
 - wykonanie zmiany opatrunku worków cewnika Tenckhoffa;

- podawanie leków do worka z płynem dializacyjnym.

— teoretyczne:

- przechowywanie i podgrzewanie worków;
- przygotowanie pomieszczenia i sprzętu do wykonania wymiany płynu;
- oznaczenie płynów do dializy otrzewnowej, zasady ich stosowania w zależności od stężenia glukozy;
- postępowanie ze zużytym sprzętem;
- rodzaje środków do dezynfekcji, plastrów na ujście cewnika;
- sposób odpowiedniego zabezpieczenia opatrunku;
- dbanie o higienę osobistą pacjenta (rodzaju używanej bielizny, stosowanej kąpiel);
- kontrola bilansu płynów (prowadzenie kart dializ, obliczanie ultrafiltracji).

III. Szkolenie przypominające (reedukacja) dla pielęgniarek placówki medycznej

Osoby prowadzące: pielęgniarki ośrodka dializ i firmy dostarczającej sprzęt

Czas trwania 1–1,5 godz.

Zagadnienia:

- przygotowanie miejsca i sprzętu do wymian;
- podgrzewanie worków;
- wykonywanie wymian z zastosowaniem odpowiedniej techniki;
- zmiana opatrunku na ujściu cewnika;
- prowadzenie dokumentacji dializy otrzewnowej;
- postępowanie ze zużytym sprzętem i dializatem;
- zasady kontaktowania się z ośrodkiem dializy otrzewnowej;
- wizyty kontrolne.

W niniejszym artykule przedstawiono historię czterech pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek, którzy wymagali asystowanej dializy otrzewnowej z różnych przyczyn i na różnych etapach leczenia, a zwłaszcza u kresu życia.

U chorego T.M. (82 lata) ze schyłkową niewydolnością nerek, nadciśnieniem tętniczym, chorobą niedokrwienną serca, migotaniem przedsionków i cechami niewydolności serca rozpoczęto dializoterapię otrzewnową w maju 1998 roku. Pacjent pozostawał wcześniej pod opieką przyklinicznej poradni nefrologicznej, a podczas wizyt zapoznał się z metodami leczenia nerkozastępczego. Chory mieszkał samotnie, ale codziennie opie-

kowały się nim opiekunka i córka. Wobec braku bezwzględnych przeciwwskazań do dializy otrzewnowej oraz decyzji pacjenta, którego wyborem była dializa otrzewnowa, w kwietniu 1998 roku w znieczuleniu miejscowym założono cewnik Tenckhoffa, a po 2 tygodniach rozpoczęto ciągłą ambulatoryjną dializę otrzewnową oraz szkolenie z zakresu teorii i procedur dializy otrzewnowej. Wobec nisko położonego ujścia cewnika otrzewnowego i trudności w opianowaniu procedury zmiany opatrunku w czynności tej przeszkolono opiekunkę i córkę pacjenta. Typowy, w ośrodku gdańskim, program szkolenia, który trwa 5–7 dni, przedłużono do 2 tygodni. W tym czasie chory opanował zagadnienia teoretyczne oraz samodzielne wykonywanie wymian i satysfakcjonująco zaliczył egzamin teoretyczny i praktyczny kończący szkolenie.

W okresie pierwszych 16 miesięcy dializoterapii nie obserwowano powikłań dializy, a chory cieszył się dobrą jakością życia. W kolejnych miesiącach stwierdzano kilkakrotne zaostrzenia przewlekłej niewydolności serca oraz nawracające zapalenie ujścia cewnika i otrzewnej (na podstawie badania bakteriologicznego stwierdzono gronkowca skórniego), wobec czego w styczniu 2000 roku usunięto cewnik otrzewnowy i przeniesiono chorego do programu hemodializy. Chory źle znosił transport i zabiegi hemodializy, cenił prowadzenie dializy w przyjaznych warunkach domowych i wobec wyraźnego życzenia chorego ponownie założono cewnik Tenckhoffa i rozpoczęto ciągłą ambulatoryjną dializę otrzewnową. W kolejnych miesiącach obserwowano postępującą inwalidyzację, osłabienie oraz duszność. Chory wymagał pomocy przy wykonywaniu wymian, a jesienią 2000 roku zaprzestał samodzielnego wykonywania wymian. Ponadto w badaniach radiologicznych klatki piersiowej potwierdzono rozpoznanie guza płuc, jednak z uwagi na zły stan ogólny nie prowadzono dalszej diagnostyki i leczenia onkologicznego, po konsultacji pulmonologicznej i onkologicznej, zapewniając odpowiednie postępowanie objawowe.

Wobec braku możliwości wykonywania zabiegów dializy otrzewnowej i udzielenia całodobowej opieki w domu rodzina pacjenta zapewniła choremu pobyt w Domu Seniora. W placówce tej personel ośrodka dializy otrzewnowej przeprowadził omówione we wstępie szkolenie teoretyczne i praktyczne w zakresie dializoterapii otrzewnowej (ciągła ambulatoryjna dializa otrzewnowa). W trak-

cie pobytu w Domu Seniora nie obserwowano powikłań dializoterapii otrzewnowej. Chory zmarł 23.12.2000 roku wśród objawów schyłkowej niewydolności serca i progresji choroby nowotworowej.

Chora B.B. (53 lata) ze zwężeniem prawej tętnicy nerkowej, złośliwym nadciśnieniem i niewydolnością nerek, którą rozpoznano w 1989 roku podczas hospitalizacji z powodu zawału serca. Ponadto w 1986 roku wykonano częściową resekcję jelita z powodu choroby Leśniowskiego-Crohna oraz usunięto wyrostek robaczkowy. W latach 1991–2000 poddawano ją zabiegom hemodializy. Dwukrotnie wykonano zabieg przeszczepienia nerki (w 1992 r., powrót do programu hemodializ — 1995 r., kolejny przeszczep w 2000 r., niewydolność przeszczepu w 2006 r.). W 2003 roku przeżyła udar niedokrwienny, po którym stwierdzano objawy ubytkowe w postaci afazji czuciowo-ruchowej i niedowładu połowicznego prawostronnego.

W 2006 roku z powodu schyłkowej niewydolności graftu podjęto decyzję o konieczności dializoterapii. Wobec braku dostępu naczyniowego i niesamodzielności chorej przedstawiono rodzinie pacjentki możliwość dializoterapii otrzewnowej. Rodzina wzięła udział w szkoleniu przeddializacyjnym prowadzonym przez ośrodek dializy otrzewnowej i wyraziła zgodę na prowadzenie automatycznej dializy otrzewnowej. W maju 2006 roku założono w znieczuleniu miejscowym cewnik Tenckhoffa, który następnie, wobec trudności w drenażu płynu, w zabiegu laparoskopowym reponowano, uwalniając zrosty obecne w jamie otrzewnowej, które prawdopodobnie powstały po poprzednich zabiegach chirurgicznych. W zakresie procedur automatycznej dializy otrzewnowej wyszkolono opiekunkę oraz córkę pacjentki. Chorą dializowano w domu do marca 2007 roku bez powikłań. Wiosną 2007 roku wobec zmiany miejsca zamieszkania oraz czasowego braku możliwości prowadzenia dializy przez opiekunkę rodzina umieściła pacjentkę w hospicjum stacjonarnym Caritas w Sopocie. Zorganizowano szkolenie dla personelu hospicjum według programu omówionego we wstępie, które objęło zagadnienia teoretyczne prowadzone przez lekarza ośrodka dializy otrzewnowej oraz praktyczne prowadzone przez pielęgniarkę ośrodka dializ przy współpracy pielęgniarki z firmy dostarczającej sprzęt dializacyjny. W czasie pobytu chorej w hospicjum udzielano kilkakrotnie porad telefonicznych personelowi hospicjum,

a lekarz i pielęgniarka pochodzący z ośrodka dializ przeprowadzali wizyty kontrolne na terenie hospicjum. Nie obserwowano powikłań. Po 2 miesiącach pobytu chorą wypisano do domu pod opiekę rodziny. W maju 2007 roku chora zmarła w domu.

Chora S.Ż. (68 lat) z przewlekłą niewydolnością nerek w przebiegu nefropatii nadciśnieniowej, chorobą wieńcową, po zawale serca w 2003 roku i zabiegu przeszłowania aortalno-wieńcowego w 2006 roku, z miażdżycą zarostową tętnic kończyn dolnych rozpoczęła w styczniu 2007 roku samodzielną dializoterapię w programie ciągłej ambulatoryjnej dializy otrzewnowej. Pacjentka uczestniczyła w standardowym programie szkolenia. Egzamin praktyczny i teoretyczny zaliczyła satysfakcjonująco, a podczas wizyt kontrolnych w ośrodku dializ obserwowano optymalne parametry adekwatności dializy i dobrą jakość życia. W maju 2008 roku przeżyła udar niedokrwienny prawej półkuli mózgu, który pozostawił nieznaczny niedowład kończyny górnej i upośledzenie ruchomości kończyny dolnej (chód za pomocą kuli). Pacjentkę przeszkolono w wykonywaniu wymian ciągłą ambulatoryjną dializę otrzewnową z położeniem nacisku na aseptykę procedur u chorego poruszającego się o kulach.

We wrześniu 2008 roku doszło do kolejnego udaru niedokrwiennego z objawami porażenia połowiczego lewostronnego i afazji czuciowo-ruchowej, w wyniku którego chora utraciła możliwość samodzielnego wykonywania wymian. Rozważano przeniesienie chorej do programu przewlekłej hemodializy, jednak pacjentka nie wyrażała zgody, a rodzina podjęła decyzję o prowadzeniu dializy otrzewnowej w domu. Przeszkolono najbliższych członków rodziny oraz zatrudnioną przez rodzinę opiekunkę. Przez okres pobytu w domu chorą intensywnie rehabilitowano, uzyskując znaczną poprawę (poruszanie się za pomocą wózka inwalidzkiego). W styczniu 2009 roku pacjentkę zakwalifikowano do programu rehabilitacji w ramach pobytu w Szpitalu Rehabilitacyjnym w Dzierżąźnie. Personel oddziału rehabilitacji wyraził chęć szkolenia i zgodę na wykonywanie procedur dializy otrzewnowej, wobec czego przeprowadzono szkolenie teoretyczne i praktyczne według omówionego już schematu. W czasie 5-tygodniowego pobytu chorą intensywnie rehabilitowano, nie obserwowano powikłań dializoterapii. Personel oddziału rehabilitacji pozostawał w stałym kontakcie z ośrodkiem dializ, a okresowe ob-

jawy przewodnienia i odwodnienia korygowano zmianą stężeń glukozy w płynie dializacyjnym i płynoterapią. Pomimo postępów rehabilitacji chora nie odzyskała sprawności umożliwiającej samodzielne wykonywanie wymian. Przez kolejny rok dializę otrzewnową prowadzono w domu i Domu Seniora, obserwując postępujący zespół otępienny i niewydolność sercowo-naczyniową. W tym okresie chorą kilkakrotnie hospitalizowano z powodu zapalenia płuc, podejrzenia zatorowości płucnej, zakażenia dróg moczowych. W 2010 roku rozpoznano guza piersi. W wykonanej biopsji nie stwierdzono komórek nowotworowych, ale dalszej diagnostyki nie prowadzono z uwagi na zły stan ogólny chorej i brak zgody. W kwietniu 2010 roku wobec pogarszającego się stanu chorej i braku możliwości zapewnienia całodobowej właściwej opieki w domu uzgodniono przyjęcie pacjentki do hospicjum Caritas w Sopocie. Pielęgniarki z ośrodka dializy otrzewnowej oraz firmy zapewniającej sprzęt do dializy przeprowadziły krótkie szkolenie przypominające (program reedukacji). Pacjentka otrzymała właściwą opiekę paliatywną, a dializoterapia otrzewnowa (ciągła ambulatoryjna dializa otrzewnowa) przebiegała bez powikłań. Personel ośrodka dializ oraz pielęgniarka z firmy Fresenius raz w miesiącu przeprowadzali wizyty kontrolne na terenie hospicjum. W czerwcu 2010 roku obserwowano pogarszający się stan chorej, hipotonię i zaburzenia świadomości. Pacjentkę hospitalizowano w Klinice Nefrologii, stwierdzając zapalenie otrzewnej wywołane *E. coli*, najpewniej w przebiegu niedokrwienia jelit. Chora zmarła w 3. dobie pobytu wśród objawów nieodwracalnej niewydolności wielonarządowej.

Chorego Z.H. (73 lata) z rozpoznąną od 1997 roku przewlekłą niewydolnością nerek o nieustalonej etiologii, chorobą wieńcową, po przebytych zawale serca zakwalifikowano do leczenia nerkozastępczego metodą dializy otrzewnowej. Nie stwierdzano medycznych ani psychosocjalnych przeciwwskazań do metody, a chory po szkoleniu przeddializacyjnym świadomie wybrał ciągłą ambulatoryjną dializę otrzewnową. We wrześniu 2007 roku założono cewnik Tenckhoffa, a w listopadzie rozpoczęto zabiegi dializy otrzewnowej i szkolenie. Przez kolejne miesiące chory dializował się samodzielnie bez powikłań, podczas wizyt kontrolnych obserwowano dobrą adekwatność dializy i jakość życia. Wiosną 2009 roku podczas wizyty w ośrodku dializ stwierdzono

utrudnioną komunikację z chorym. Podczas hospitalizacji w Klinice Nefrologii potwierdzono jakościowe zaburzenia świadomości, a na podstawie wykonanego badania tomokomputerowego rozpoznano proces rozrostowy lewego płata czołowego mózgu z naciekiem ciała modelowatego. Materiał pobrany w biopsji stereotaktycznej był niediagnostyczny, a wobec rozległości zmiany i złego rokowania odstąpiono od zabiegu neurochirurgicznego. Konsultujący onkolog zalecił postępowanie paliatywne. W okresie hospitalizacji wymiany ciągłej ambulatoryjnej dializy otrzewnowej prowadził personel Kliniki, jednak wobec występujących u chorego okresowo zaburzeń świadomości i ryzyka niewłaściwego wykonywania wymian oraz z powodu braku zgody rodziny na prowadzenie dializy otrzewnowej podjęto decyzję o zmianie metody leczenia nerkozastępczego na hemodializoterapię. Mimo wielokrotnych rozmów, konsultacji psychiatrycznej (nie było podstaw do ubezwłasnowolnienia chorego), pacjent nie wyrażał zgody na wytworzenie dostępu naczyniowego i zabiegi hemodializy. Chory wyraził zgodę na objęcie go opieką przez hospicjum Caritas w Sopocie. Przeprowadzono spotkanie reedukacyjne dla personelu hospicjum, podczas którego szczególnie nacisk położono na sposób wykonywania wymian ciągłą ambulatoryjną dializą otrzewnową. Od czerwca 2009 roku chory pozostawał pod opieką hospicjum, wizyty kontrolne były przeprowadzane przez personel ośrodka dializ wraz z pielęgniarką firmy Fresenius. W sierpniu 2009 roku rozpoznano zapalenie otrzewnej (w posiewie *Staph. warneri*) i chorego przeniesiono do Kliniki Nefrologii, w której zastosowano wankomycynę, uzyskując dobry efekt. Stan neurologiczny chorego pogarszał się, występowały napady padaczkowe i progresja zaburzeń świadomości. Kontynuowano leczenie paliatywne w hospicjum. We wrześniu 2009 roku chory zmarł z powodu progresji choroby nowotworowej.

DYSKUSJA

Asystowana dializa otrzewnowa powstała z myślą o coraz większej liczbie pacjentów w podeszłym wieku, z licznymi schorzeniami towarzyszącymi, rozpoczynającymi leczenie nerkozastępcze. Chociaż nie ma zgody na temat najodpowiedniejszego rodzaju dializoterapii, to wielu nefrologów uważa, że dializa otrzewnowa oferuje wiele zalet dla tej grupy

pacjentów, między innymi: dializę w przyjaznych warunkach domowych, niezależność od szpitala, brak konieczności transportu, łagodny sposób dializy (bez spadków ciśnienia i zaburzeń rytmu, wolny, ciągły transport cząstek i wody), prosty dostęp do dializy, brak konieczności wytworzenia dostępu naczyniowego. Ponadto wydaje się, że u chorych w podeszłym wieku nie występuje więcej powikłań związanych z metodą ani gorsza jakość życia w porównaniu z młodszymi pacjentami. W tej populacji częstymi problemami są: inwalidztwo fizyczne, upośledzenie wzroku i słuchu, funkcji poznawczych, samotność, depresja, niedostatki finansowe. Oliver i wsp. wśród chorych w podeszłym wieku stwierdzali upośledzenie wzroku u 1/4 z nich, inwalidztwo fizyczne u 1/5, a pogorszenie słuchu u 17% pacjentów [6]. Powyższe schorzenia stanowią problem dla każdego rodzaju dializoterapii, a chorzy ci mogą odnieść korzyść z dializoterapii przeprowadzanej w domu, domu dla przewlekle chorych, domu seniora, hospicjum.

Pierwsze doświadczenia dotyczące asystowanej dializy otrzewnowej pochodzą z Francji, gdzie od czasu wprowadzenia dializoterapii otrzewnowej w 1977 roku, pacjentom niesprawnym oferowano pomoc prywatnej pielęgniarki [7]. Z 11 744 pacjentów dializowanych w latach 1995–2006 56% wymagało pomocy pielęgniarki. Prywatne pielęgniarki opłacane przez francuski fundusz zdrowia dializowały 41% chorych, w tym większość w systemie ciągłej ambulatoryjnej dializy otrzewnowej (jedynie 23% przy udziale automatycznej dializy otrzewnowej). Mniejsza częstość hospitalizacji i powikłań, eliminacja kosztów transportu w populacji wysokiego ryzyka, mimo dodatkowych kosztów pracy pielęgniarek, przekładają się na znaczne oszczędności w ogólnych kosztach dializoterapii.

W Polsce ponad 20% chorych jest dializowanych przez pomocnika [8]. Zdecydowana większość korzysta z pomocy rodziny. Bardzo rzadko terapię prowadzą osoby obce, w tym personel domów dla przewlekle chorych czy hospicjów. W Polsce nie ma rozwiązań praktycznych oraz finansowania tej metody, a prowadzenie dializy otrzewnowej w placówkach opiekuńczych lub zakładach opieki zdrowotnych wynika z indywidualnego zainteresowania i zaangażowania ich personelu. Wśród pacjentów centrum Sunnybrook w Kanadzie w 53% przypadków asystowaną dializę otrzewnową prowadzą rodziny chorych; ogromnej reszcie pomocą służą pielęgniarki.

▶▶Asystowana dializa otrzewnowa powstała z myślą o coraz większej liczbie pacjentów w podeszłym wieku, z licznymi schorzeniami towarzyszącymi, rozpoczynającymi leczenie nerkozastępcze◀◀

▶▶ Celami terapii proponowanej choremu z przewlekłą chorobą nerek powinny być zarówno przeżycie pacjenta, jak i jego jakość życia ◀◀

Z kolei we Francji tylko u 8% pacjentów leczonych asystowaną dializą otrzewnową w procedury dializy jest włączona rodzina [6, 7].

W niniejszym artykule omówiono historie czterech pacjentów dializowanych asystowaną dializą otrzewnową przez osoby obce w placówkach opiekuńczych i medycznych. Opracowany przez ośrodek gdański program szkolenia, stały kontakt z placówką, w której przebywali chorzy, oraz przeprowadzanie wizyt kontrolnych na jej terenie wpływało na poczucie bezpieczeństwa zarówno chorych, jak i personelu placówek oraz ograniczenie powikłań. Należy zwrócić uwagę na korzyści odnoszone przez chorych z miejsca terapii — dobrą jakość życia, właściwe postępowanie objawowe zapewniane przez specjalistów medycyny paliatywnej i pielęgniarki paliatywne, dializę w przyjaznych warunkach, oszczędzanie chorym uciążliwego transportu. Z kolei prowadzenie dializoterapii otrzewnowej u chorej na oddziale rehabilitacji stworzyło szansę na usprawnienie pacjentki bez konieczności zmiany metody leczenia nerkozastępczego.

Wobec zwiększającej się liczby chorych niepełnosprawnych fizycznie i psychicznie, którzy korzystają z zalet dializy otrzewnowej, konieczne są praktyczne rozwiązania dotyczące prowadzenia asystowanej dializy otrzewnowej. Doświadczenie autorów niniejszego artykułu wskazują, że placówki opiekuńcze i medyczne, które zapewniają całodobową opiekę chorym, wybierają ciągłą ambulatoryjną dia-

lizę otrzewnową jako metodę łatwiejszą i niepowikłaną nocnymi alarmami przygiętych drenów. Wydaje się, że współpraca ośrodka dializ z placówkami, w których przebywa chory, być może udział wolontariuszy w prowadzeniu asystowanej dializy otrzewnowej, może zapewnić tym chorym zintegrowaną opiekę sprzyjającą dobrej jakości życia. Niemniej istotnym problemem jest opieka nad chorymi dializowanymi u kresu życia, obecnie pozostawiająca wiele do życzenia. I w tej sytuacji współpraca z ośrodkami opieki paliatywnej może się przyczynić do poprawy jakości umiarkowania chorych ze schyłkową niewydolnością nerek [9].

Należy pamiętać, że celami terapii proponowanej choremu z przewlekłą chorobą nerek powinny być zarówno przeżycie pacjenta, jak i jego jakość życia, która może być ważniejsza dla chorego w podeszłym wieku, z licznymi schorzeniami towarzyszącymi, zbliżającemu się do kresu życia.

PODZIĘKOWANIE

Autorki dziękują dyrektorom medycznym Domu Hospicyjnego Caritas św. Józefa w Sopocie: dr Romanie Ługin i dr n. med. Aleksandrze Modlińskiej oraz wszystkim pielęgniarkom i lekarzom hospicjum za zrozumienie i zaangażowanie, za urzeczywistnienie idei zintegrowanej opieki nad chorym ze schyłkową niewydolnością nerek u kresu życia.

STRESZCZENIE

Asystowana dializa otrzewnowa jest prowadzona przez pomocnika u chorych ze schyłkową chorobą nerek, którzy wobec inwalidyzacji psychicznej i/lub fizycznej nie mogą samodzielnie wykonywać procedur dializy. Wzrastająca liczba chorych w podeszłym wieku, którzy rozpoczynają dializoterapię, w wielu krajach jest powodem rozwoju asystowanej dializy otrzewnowej, która zapewniła akceptowalne przeżycie i dobrą jakość życia. W artykule przedstawiono historie czterech pacjentów, którzy na róż-

nych etapach swojego życia wymagali asystowanej dializy otrzewnowej w placówkach opiekuńczych i medycznych. Omówiono program szkolenia i reedukacji dla pracowników tych jednostek, zasady komunikacji i wizyt kontrolnych. Istotne jest stworzenie w Polsce warunków do funkcjonowania asystowanej dializy, która oferowałaby zalety tej terapii w miejscu pobytu pacjenta, dawałaby szansę rehabilitacji i sprzyjała poprawie jakości życia również u jego kresu.

Forum Nefrologiczne 2010, tom 3, nr 4, 277–283

Słowa kluczowe: asystowana dializa otrzewnowa

1. Lobbedez T., Moldovan R., Lecame M., Hurault de Ligny B., El Haggan W., Ryckelynck J.P. Assisted peritoneal dialysis. Experience in a French renal department. *Perit. Dial. Int.* 2006; 26 (6): 671–676.
2. Povlsen J.V., Ivarsen P. Assisted automated peritoneal dialysis (AAPD) for the functionally dependent and elderly patient. *Perit. Dial. Int.* 2005; 25 (supl. 3): 60–63.
3. Brown E.A., Dratwa M., Povlsen J.V. Assisted peritoneal dialysis — an evolving dialysis modality. *Nephrol. Dial. Transplant.* 2007; 22 (10): 3091–3092.
4. Dimkovic N., Aggarwal V., Khan S., Chu M., Bargman J., Oreopoulos D.G. Assisted peritoneal dialysis: what is it and who does it involve? *Adv. Perit. Dial.* 2009; 25: 165–170.
5. Lichodziejewska-Niemierko M., Jagodziński P., Rutkowski B. One-center experience on assisted peritoneal dialysis in 2007–2009, prezentacja podczas 13. Kongresu ISPD, Meksyk 2010.
6. Oliver M.J., Quinn R.R., Richardson E.P., Kiss A.J., Lamping D.L., Manns B.J. Home care assistance and the utilization of peritoneal dialysis. *Kidney Int.* 2007; 71: 673–678.
7. Verger C., Duman M., Durand P.Y., Veniez G., Fabre E., Ryckelynck J.P. Influence of autonomy and type of home assistance on the prevention of peritonitis in assisted automated peritoneal dialysis patients. An analysis of data from the French Language Peritoneal Dialysis Registry. *Nephrol. Dial. Transplant.* 2007; 22 (4): 1218–1223.
8. Lichodziejewska-Niemierko M., Jagodziński P., Rutkowski B. Assisted peritoneal dialysis (PD) in Poland according to Polish PD Registry 2008. *Perit. Dial. Int.* 2009; 29 (supl. 4): S13.
9. Lichodziejewska-Niemierko M., Majkovicz M., Pietrzak B. Opieka wspierająca nad chorym leczonym metodami nerko-zastępczymi. W: Rutkowski B. (red.). *Leczenie nerko-zastępcze*. Czelej, Lublin 2007: 573–579.