



VIA MEDICA

www.fn.viamedica.pl

Bożena Guzik

Fresenius Nephrocare Polska Sp. z o.o., Ośrodek Dializ nr 60 Centrum Dializ Fresenius w Zabrze

Starość wczoraj, dziś i jutro z dializą otrzewnową

Old yesterday age, today and tomorrow with peritoneal dialysis

ABSTRACT

Aging is a dynamic process. The determinant is the biological degradation of the body which affects the reduction of physical and functional. Functional disability is caused not only age but also the coexistence of many diseases, hampering the treatment and care. In recent years there has been a steady increase in the number of elderly patients with end-stage renal failure. The use of peritoneal dialysis is an alternative to hemodialysis dialysis treatment is of particular importance

in the study group patients. Peritoneal dialysis has many advantages as well as disadvantages but it is certainly less destructive to the health and life of patients especially in the elderly. This article is an attempt to show the benefits in the use of peritoneal dialysis for treatment of patients with chronic kidney disease in older people in the long term. Article content enriched descriptions for referring to its content.

Forum Nefrologiczne 2013, vol. 6, no 4, 249–255

Key words: nephrology nursing, aging, peritoneal dialysis

WPROWADZENIE

Starzenie się społeczeństw oraz rozwój opieki medycznej przyczyniają się do wydłużenia życia. W odniesieniu do przewlekłej choroby nerek (CKD, *chronic kidney disease*) obserwuje się stały wzrost liczby chorych ze schyłkową niewydolnością nerek wymagających leczenia nerkozastępczego, którzy przekroczyli 65. rok życia. Jedną z form leczenia jest dializa otrzewnowa (DO). To metoda leczenia dostępna niemal dla wszystkich pacjentów cierpiących z powodu CKD. Podeszły wiek charakteryzuje wiele problemów zdrowotnych i pielęgnacyjnych sfery biologicznej, sfery psychicznej oraz sfery społecznej. Problemy te, utrudniając codzienne życie, są powodem frustracji i lęków pacjentów. Dodatkowym elementem powodującym złożoność opieki nad chorym w starszym wieku jest CKD wymagająca leczenia nerkozastępczego. Jak wynika z aktualnych wytycznych dotyczących wyboru odpowiedniej metody leczenia

nerkozastępczego poza wskazaniami medycznymi zawsze powinny być uwzględniane indywidualne preferencje chorego. Wybierając DO jako najlepszą opcję leczenia, należy pamiętać, że wymaga ona współdziałania i czynnego zaangażowania w proces leczenia i samoopieki pacjenta i/lub jego opiekuna.

STAROŚĆ I STARZENIE SIĘ W CKD

W prognozach demograficznych przewiduje się wzrost liczby osób starszych. Zmiany fizjologiczne związane z upływem lat nie pojawiają się w ściśle określonym czasie ani nie mają jednakowego nasilenia u wszystkich ludzi. Większość definicji starości jest opartych na wieku kalendarzowym. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) za początek starości uznaje 60. rok życia i wyróżnia w niej trzy zasadnicze etapy (tab. 1) [1].

Rozważając pojęcia starości i starzenia się należy wziąć pod uwagę różnice, ale również

►►Wybierając DO jako najlepszą opcję leczenia, należy pamiętać, że wymaga ona współdziałania i czynnego zaangażowania w proces leczenia i samoopieki pacjenta i/lub jego opiekuna◄◄

Adres do korespondencji:

Bożena Guzik
Fresenius Nephrocare Polska Sp. z o.o.
Centrum Dializ Fresenius
Ośrodek Dializ nr 60
ul. Wolności 61, 41–800 Zabrze
e-mail: bozguz@poczta.fm

Tabela 1. Etapy starości według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) (na podstawie [1])

60.–75. rż. — wiek podeszły, tzw. wczesna starość
76.–90. rż. — wiek starczy, tzw. późna starość
> 90 rż. — wiek sędziwy, tzw. długowieczność

związek między tymi określeniami wynikający z samych tylko definicji. **Starość** jest efektem starzenia się i ostatnim etapem rozwoju ontogenetycznego człowieka. Za definicję **starzenia się** uważa się proces rozpoczynający się w wieku średnim, który nasila się z upływem czasu. Starzenie się to proces dynamiczny, jednokierunkowy, prowadzący do zmniejszenia możliwości wydolności narządów i układów. Specyfiką podeszłego wieku jest zachorowalność na choroby przewlekłe. Do najczęściej wymienianych chorób występujących po 60. roku życia należy zaliczyć niewydolność układu sercowo-naczyniowego, niewydolność krążenia mózgowego, schorzenia układu ruchu i choroby metaboliczne [2]. Poza wyżej wymienionymi schorzeniami należy również wymienić tak zwane zespoły geriatryczne (upadki, zaburzenia funkcji wzroku, słuchu, nietrzymanie moczu, kału, zaparcia). Współistnienie kilku jednostek chorobowych jest efektem samego procesu starzenia się, ale jest również spowodowane większą skutecznością leczenia tych chorób. W wyniku widocznego postępu i zliberalizowania kwalifikacji do leczenia nerkozastępczego od wielu lat w Polsce dla każdego pacjenta dostępne są w zasadzie wszystkie możliwe formy terapii (DO, hemodializa [HD], transplantacja nerki) [3]. Współwystępowanie chorób ma zdecydowany wpływ na adaptację do poszczególnych etapów przygotowania, a także leczenia w odniesieniu do poszczególnych metod. Mnogość schorzeń utrudnia prowadzenie terapii i pielęgnacji. Dysfunkcje narządów (np. niewydolność serca) związane z obniżoną wydolnością poszczególnych układów utrudniają, a nawet uniemożliwiają kwalifikację do korzystania z poszczególnych metod [4]. Kwalifikacja do leczenia metodą DO (ciągłej ambulatoryjnej dializy otrzewnowej/ambulatoryjnej dializy otrzewnowej [CADO/ADO]) jest dość liberalna w zakresie przeciwwskazań, ale wymaga od pacjenta i/lub opiekuna udziału w procesie leczenia. Pacjent musi być prawidłowo przygotowany do sprawowania samoopieki i wykonywania procedur związanych z prowadzeniem DO. Po wyrażeniu zgody na taką formę leczenia jest on edukowany merytorycznie i praktycznie według ustalonego programu szkoleń. Edukacja

►► Współistnienie kilku jednostek chorobowych jest efektem samego procesu starzenia się, ale jest również spowodowane większą skutecznością leczenia tych chorób◀◀

pacjenta i/lub opiekuna, przygotowanie psychiczne i emocjonalne radykalnie wpływają na jakość życia, efekt leczenia i współpracę z personelem medycznym przewlekle chorego. Program DO w Polsce jest dość powszechnie realizowany. Placówkami uprawnionymi do tego są ośrodki szpitalne lub niepubliczne stacje dializ. W przypadku asystowanej DO jest to konieczność permanentnej pomocy i wykonywania za pacjenta codziennych wymian dializacyjnych (CADO/ADO). Jest to mniej rozpowszechniony sposób prowadzenia DO, ponieważ wymaga szerszych zdolności organizacyjnych.

PROBLEMY OSÓB STARSZYCH LECZONYCH METODĄ DO

Choroba o niepomyślnym rokowaniu stanowi realne zagrożenie dla życia i uznawanych wartości. Stan ten zaburza społeczno-emocjonalne funkcjonowanie chorych, uniemożliwiając im realizację planów życiowych. Wybór metody leczenia powinien być zindywidualizowany. Problem akceptacji choroby i formy jej leczenia powoduje gamę przykrych przeżyć i napięć. Dotyczy to również kwalifikacji do programu leczenia za pomocą DO. Zagrożenie odnosi się do niemal każdej sfery życia. Lęk przed włączeniem się w proces leczenia, często wynikający ze spowolnienia podstawowych funkcji poznawczych i wykonawczych, zaburzeń pamięci, koncentracji uwagi, funkcji wzroku, słuchu, trudności w nadążaniu za szybkością zmian, powoduje podczas edukacji poczucie bezradności u pacjenta. Codzienne wykonywanie wymian płynów dializacyjnych staje się dla tych chorych monotonne, a dla opiekunów — niejednokrotnie uciążliwe. Zaangażowanie rodziny lub opiekuna w proces leczenia często powoduje niepoprawne postawy członków rodziny, zwłaszcza w rodzinach o słabej więzi emocjonalnej lub rodzinach patologicznych; pojawia się również problem wypalenia [5]. Ze względu na obecność cewnika dializacyjnego pacjenci wymagają pomocy podczas wykonywania czynności higienicznych, zwłaszcza gdy pojawiają się problemy w podejmowaniu aktywności dnia codziennego. Podczas choroby dużym wyzwaniem jest zmiana nawyków żywieniowych, stosowanie się do ustalonej przez lekarza lub dietetyka diety. Bardzo silnym odczuciem pozostaje lęk przed powikłaniami, które mogą wystąpić w trakcie leczenia — zarówno infekcyjnymi, jak i nieinfekcyjnymi. Dializa otrzewnowa u osób starszych daje komfort leczenia w warunkach do-

mowych, ale jednocześnie może powodować izolację bądź małą aktywność społeczną. Utrata roli zawodowej lub społecznej wiąże się niejednokrotnie z zaprzestaniem uczestniczenia w organizacjach czy spotkaniach. Powodem tych ograniczeń często jest sytuacja materialna, brak możliwości dojazdu lub dojścia ze względu na niepełnosprawność albo utrudnienia architektoniczne. Aktywność fizyczna jest ograniczona przez problemy z poruszaniem się oraz ból związany z występowaniem chorób narządów ruchu. Uczucie osamotnienia lub samotności powoduje niską samoocenę, często także utratę witalności.

DIALIZA OTRZEWNOWA WCZORAJ

Pierwsze próby wykorzystania DO w leczeniu chorych z ostrą niewydolnością nerek przeprowadzono w 1923 roku, tj. 20 lat przed wprowadzeniem HD do praktyki klinicznej. Mając jednak na uwadze ponad 50-letnią historię polskiej nefrologii, DO przeszła w tym czasie prawdziwą metamorfozę. Należy zwrócić uwagę, że od lat 60. do początku lat 90. XX wieku osoby w podeszłym wieku nie były kwalifikowane do leczenia za pomocą DO. Metodę tę stosowano w latach 60. XX wieku jako alternatywną formą leczenia względem HD, ale tylko u wybranych pacjentów. Zabieg trwał całą dobę. Uniemożliwiało to choremu wstawanie i poruszanie się; problemem stawały się czynności fizjologiczne. Jednorazowo do jamy otrzewnowej wlewano 2 litry płynu dializacyjnego z butelek po 500 ml. Zabieg uważano za skuteczny wtedy, gdy przepuszczano przez jamę otrzewnową pacjenta objętość płynu równą jego masie ciała. Początkowo stosowano jedynie przerywaną DO. Ze względu na uciążliwość zabiegu podejmowano próby jego automatyzacji uwieńczone wykonaniem przez polskich konstruktorów prototypu urządzenia Dialiper-74, którego kolejna wersja — Dialiper-76 — doczekała się seryjnej produkcji. Urządzenie to (cykler) stosowano tylko w warunkach szpitalnych. Należy podkreślić, że było ono dla polskich inżynierów absolutnym pierwowzorem współczesnych cyklorów. Kolejne lata nie sprzyjały rozwojowi DO. Tę formę leczenia stosowano rzadko i tylko u wybranych pacjentów (np. u dzieci). Wprawdzie pod koniec lat 70. XX wieku podejmowano pierwsze próby leczenia dorosłych za pomocą CADO, co odbywało się równoległe w Klinice Akademii Medycznej (obecnie Uniwersytet Medyczny) w Lublinie oraz w Centralnym

Szpitalu Klinicznym Ministerstwa Obrony Narodowej (CSK MON) w Warszawie, a następnie także w Klinice Pediatrii Akademii Medycznej w Warszawie (obecnie Warszawski Uniwersytet Medyczny), ale były to działania niewystarczające. Przyczynami były niezwykle dotkliwy brak sprzętu i niewłaściwe podejście do odpowiedniego wykorzystania omawianej metody leczenia (brak wykwalifikowanego personelu oraz ośrodków DO). Znaczący postęp przyniosły lata 90. XX wieku. Pojawiły się bezpieczne systemy do dializ oraz pierwsze cyklery, które pacjent mógł otrzymać do domu. Na początku lat 90., poza dotychczas istniejącymi ośrodkami dializacyjnymi, gdzie wykonywano te zabiegi (Lublin, Warszawa), pojawiły się nowe (w Krakowie, Poznaniu, Gdańsku), a następnie kolejne, umiejscowione nie tylko w ośrodkach akademickich, ale także w szpitalach wojewódzki i rejonowych. Duża dynamika powstawania ośrodków spowodowała, że pod koniec lat 90. XX wieku z tego rodzaju terapii korzystało około tysiąca pacjentów.

W zakresie tworzenia nowych ośrodków na szczególną uwagę zasługuje znaczne zaangażowanie wielu pielęgniarek nefrologicznych pochodzących z ośrodków gdańskiego (Katarzyna Deja, Katarzyna Tyrała, Ewa Malek) oraz krakowskiego (Urszula Strzelecka). Jako wysokiej klasy fachowcy i mentorki wniosły one twórczy wkład nie tylko w powstanie nowych ośrodków, ale również w szkolenie grup pielęgniarek i lekarzy z nowo tworzonych ośrodków podczas ustawicznie organizowanych kursów DO. Wraz z pojawianiem się nowych ośrodków dializ lista schorzeń dyskwalifikujących pacjentów z DO radykalnie się skracała, a terapia stała się dostępna dla osób wymagających tej formy leczenia i nią zainteresowanych [5, 6]. Determinacja wielu osób ze środowiska nefrologicznego oraz wprowadzenie reformy finansowania ochrony zdrowia (kasy chorych) wpłynęły bardzo pozytywnie na rozpowszechnienie dializoterapii otrzewnowej (CADO/ADO) w Polsce.

W nowo powstałych ośrodkach DO stale przybywało pacjentów. Systemy dializacyjne były coraz bardziej bezpieczne, a kompleksowa opieka nad pacjentem znacznie wpływała na jakości życia chorych.

DIALIZA OTRZEWNOWA DZIŚ

Obecnie zarówno kwalifikacja, jak i prawidłowe przygotowanie osoby w podeszłym wieku do leczenia metodą DO są zadaniami dla zespołu terapeutycznego. Podczas

►►Mając jednak na uwadze ponad 50-letnią historię polskiej nefrologii, DO przeszła w tym czasie prawdziwą metamorfozę◄◄

►► Brak tych systemowych rozwiązań ogranicza prawdziwy rozwój metody DO, zwłaszcza w odniesieniu do pacjentów w podeszłym wieku ◀◀

edukacji pacjenta rozpoczynającego leczenie tą metodą lub już nią leczonego, członków rodzin i opiekunów chorych pielęgniarki stosują zindywidualizowany plan edukacji lub reedukacji pacjenta. Szczególnie dotyczy to osób niedowidzących lub niewidomych. Profesjonalizm i holistyczna postawa pielęgniarek edukatorów wobec pacjenta często wpływają na zmianę jego zachowań i zaangażowanie w proces leczenia, a tym samym na poprawę jakości życia. W celu prawidłowego przygotowania chorego i/lub opiekuna do samoopieki pielęgniarki dobierają najbardziej odpowiednie metody i techniki nauczania, korzystając z materiałów w postaci: przewodników, broszur, nagrań DVD, plakatów, fartuchów treningowych oraz własnych doświadczeń. Obecnie stosowane zestawy dializacyjne są bezpieczne i proste w użyciu. System dostaw sprzętu dializacyjnego jest logistycznie bardzo dobrze rozwinięty i dostosowany do potrzeb. Jeżeli chory chce skorzystać podczas terapii metodą DO z leczenia sanatoryjnego, rehabilitacyjnego bądź wypoczynkowego, to płyny dializacyjne są dostarczane do uzgodnionego miejsca. Pacjenci mieszkający samotnie w przypadku problemów wynikających z leczenia mogą skorzystać z 24-godzinnej informacji telefonicznej, która funkcjonuje w wielu ośrodkach dializ. Dużą pomocą dla pacjentów jest Ogólnopolskie Stowarzyszenie Osób Dializowanych. Ważnymi celami Stowarzyszenia są między innymi działalność informacyjna oraz próba współpracy z wieloma organizacjami działającymi na rzecz osób niepełnosprawnych, a także integracja ze środowiskami osób dializowanych w całym kraju [7].

DIALIZA OTRZEWNOWA JUTRO

W przyszłości DO może być korzystnym sposobem leczenia nerkozastępczego u każdego pacjenta, a szczególnie wśród osób starszych [8]. Przyczyną niedostatecznego wykorzystania DO w systemie opieki jest brak poradni nefrologicznych prowadzących szeroko pojętą edukację pacjentów, której głównym celem jest pogłębianie wiedzy i świadomości dotyczącej CKD. Rzetelność informacji przekazywanych pacjentom ma ogromne znaczenie praktyczne. Pomaga w zrozumieniu istoty choroby i niwelowaniu często wyolbrzymionych obaw przed wykorzystaniem DO, zwłaszcza wśród osób starszych. Ponadto wielką nadzieją na szersze od dotychczasowego jest zastosowanie asystowanej DO. To metoda leczenia do zastosowa-

nia w sytuacji, gdy nie jest możliwe samodzielne prowadzenie terapii przez chorego. Polega na wykonywaniu procedur CADO lub ADO przez inne osoby w warunkach domowych lub placówkach pobytu chorego. Bardzo istotny jest dobór osoby prowadzącej asystowaną dializę. W typowych przypadkach CADO polega ona na wykonywaniu czterech wymian płynu dializacyjnego o objętości 2,0–2,5 litra w ciągu doby, z zastrzeżeniem, by zaleganie płynu trwało nie krócej niż 4 godziny i nie dłużej niż 9 godzin. W ADO wszystkie wymiany wykonuje się nocą za pomocą automatycznego urządzenia zwanego cyklerem. Osoby prowadzące asystowaną DO muszą uzyskać informacje dotyczące całościowej opieki nad pacjentem oraz mieć świadomość współdziałania w leczeniu, zaangażowania i odpowiedzialności. Najczęściej są to członkowie rodzin lub wykwalifikowany personel medyczny. Aby osiągnąć pełny zakres umiejętności technicznych oraz merytorycznych, niezbędne jest profesjonalne szkolenie i wsparcie ośrodka dializ. Skuteczność wykorzystania tej metody w leczeniu osób w starszym wieku wymaga działań, współpracy wielu odpowiednich instytucji (podstawowa opieka zdrowotna [POZ], medycyna paliatywna), a przede wszystkim wsparcia systemowego. Brak tych systemowych rozwiązań ogranicza prawdziwy rozwój metody DO, zwłaszcza w odniesieniu do pacjentów w podeszłym wieku. Z dostępnego piśmiennictwa wynika, że problemy domowej opieki nad pacjentem dializowanym otrzewnowo w Polsce są związane z opóźnieniem organizacyjnym w stosunku do systemów domowej DO istniejących na świecie od 10 lat oraz opieraniem się na szpitalnej opiece nad pacjentem i programem CADO/ADO. Kluczowym problemem, a jednocześnie prawdziwym wyzwaniem dla Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), w Polsce jest opracowanie systemu umożliwiającego przygotowanie pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych i opiekunów medycznych do profesjonalnej pomocy (opieki) oferowanej pacjentom samotnym wymagającym bezpośredniego wsparcia w prowadzeniu wymian otrzewnowych [9–11]. Ta nowoczesna forma DO z opieką osób trzecich może stworzyć pozytywną alternatywę terapii dla starszych pacjentów z licznymi chorobami towarzyszącymi oraz inwalidztwem fizycznym i psychicznym [12, 13]. Niezbędne są rozwiązania systemowe i zapewnienie środków finansowych na ich realizację. Obecny system opieki medycznej i opiekuńczej w zakładach opiekuńczo-leczniczych, zakładach pielęgnacyjno-

-opiekuńczych czy domach pogodnej starości nie jest ukierunkowany na osoby wymagające leczenia metodą dializy asystowanej. Dotyczy to również pielęgniarskiej opieki długoterminowej i pielęgniarstwa środowiskowego, w ramach których w przypadku nasilonych deficytów w samoopiece i samopielęgnacji pacjenci mogliby otrzymać specjalistyczną pomoc. Aktywny udział w ośrodku dializ pracownika socjalnego współpracującego z ośrodkami pomocy społecznej lub ośrodkami pomocy rodzinie w zakresie pomocy materialnej i usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych, lub usług o charakterze gospodarczym niejednokrotnie poprawiłoby sytuację chorego. Nie można zapomnieć, jak duże znaczenie dla osób starszych ma promocja zdrowia zmierzająca nie tyle do zmiany zachowań i stylu życia, ile do wielu zmian w organizacji opieki zdrowotnej i pomocy społecznej, tak aby zaspakajała potrzeby tej grupy wiekowej. Monitorowanie jakości życia przewlekle chorych leczonych DO powinno być nieodłącznym elementem terapii.

PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Dializa otrzewnowa, jako jedna z metod leczenia nerkozastępczego, przez wielu autorów jest rekomendowana osobom starszym. Pacjenci z licznymi chorobami powodującymi ograniczenia, spowodowane nie tylko wiekiem, również mogliby korzystać z tej metody w formie dializy asystowanej. Obecnie w większości przypadków pomocna jest rodzina. Korzyści wynikające z zastosowania DO jako pierwszej metody leczenia nerkozastępczego u osób w podeszłym wieku to między innymi: brak konieczności wytworzenia dostępu naczyniowego, stabilność hemodynamiczna, zbilansowana dieta, lepsza kontrola stanu odżywienia i anemii nerkopochodnej, niższe ryzyko infekcji krwiopochodnych, dobra kontrola zaburzeń rytmu serca, dłużej zachowana funkcja nerek, niezależność od stacji dializ, możliwość dostosowania dializy do trybu życia, znacząca poprawa jakości życia. Nie można pominąć wad DO w postaci powikłań infekcyjnych i nieinfekcyjnych, które mogą wystąpić w czasie leczenia, współodpowiedzialności pacjenta za wyniki leczenia czy konieczności zaangażowania w proces leczenia oraz opieki rodziny i/lub opiekuna czy problemów natury socjalno-ekonomicznej i emocjonalno-psychologicznej charakterystycznych dla podeszłego wieku. Kompleksowa edukacja i reedukacja chorego objętego programem DO zwiększa skuteczność tej metody.

STUDIUM PRZYPADKU

W lutym 2009 roku do Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Diabetologii i Nefrologii w Zabrze została przyjęta 84-letnia kobieta ze schyłkową niewydolnością nerek (wskaźnik filtracji kłębuszkowej [GFR, *glomerular filtration rate*] 13 ml/min) o złożonej etiologii: jatrogennej, na którą składały się radiologiczne środki kontrastujące, przewlekłe odmiedniczkowe zapalenie nerek, cukrzyca typu 2 oraz przyczyny sercowo-naczyniowe. Jesienią 2008 roku chora przeżyła powikłany zawał serca (ściana dolno-boczna), podczas którego podjęto próbę przeszskórnego udrożnienia oraz przeprowadzono zabieg angioplastyki z zastosowaniem stentu. U pacjentki zaobserwowano liczne dodatkowe powikłania kardiologiczne wpływające na jej samopoczucie oraz progresję choroby nerek. Z tego powodu w grudniu 2008 roku, po rutynowej kontroli w poradni kardiologicznej, została skierowana do Szpitala Rejonowego w Zabrze. Po zastosowanej terapii uzyskano poprawę wskaźników biochemicznych i wypisano chorą do domu z zaleceniami dalszego leczenia w poradniach kardiologicznej, nefrologicznej i diabetologicznej. Z analizy badań przeprowadzonych w poradni nefrologicznej ponownie wynikało znaczne pogorszenie funkcji nerek. Chorą skierowano na oddział nefrologii w celu prowadzenia dalszego leczenia. Po kwalifikacji do leczenia nerkozastępczego i uzyskaniu zgody na leczenie za pomocą DO w marcu 2009 chorej implantowano cewnik Tenckhoffa. Okres pooperacyjny był powikłany krwiakiem powłok wymagającym ewakuacji przez chirurga. Rozpoczęto leczenie metodą DO z zastosowaniem małych objętości płynu dializacyjnego, stopniowo zwiększając dawkę dializy do 2000 ml objętości płynu na jedną wymianę (4 wymiany/d.). Pacjentkę wypisano do domu z zaleceniem leczenia i wizyt kontrolnych w poradni dializy otrzewnowej. W czerwcu 2009 roku wystąpił pierwszy incydent dializacyjnego zapalenia otrzewnej. Zastosowano antybiotykoterapię empiryczną. Mimo ujemnych wyników bakteriologicznych objawy się utrzymywały. W przebiegu występujących dolegliwości ze strony jamy brzusznej rozpoczęto diagnostykę. Badanie tomografii komputerowej jamy brzusznej ujawniło przewlekłe zapalenie jelita grubego; sugestie nie pozwalały wykluczyć choroby Crohna. Włączonego leczenia pacjentka nie tolerowała ze względu na występujące nudności i wymioty. W badaniu gastroskopowym ujawniła się również choroba

wrzodowa żołądka i dwunastnicy; zastosowano leczenie. W lipcu 2009 roku w wyniku upadku doszło u pacjentki do stłuczenia prawej kości ramiennej, stawu barkowego i okolicy prawego biodra. Badanie radiologiczne uwidocznilo złamanie szyjki prawej kości udowej. Po konsultacji ortopedycznej chorą zakwalifikowano do zabiegu operacyjnego — endoprotezoplastyki połowicznej prawego stawu biodrowego. Na czas zabiegu operacyjnego, leczenia i rehabilitacji była leczona zabiegami HD przy użyciu cewnika naczyniowego. Od sierpnia, z udziałem rodziny, kontynuowano leczenie CADO. Ze względu na przewodnienie często stosowano zmianę dawki dializy, zalecono ograniczenie przyjmowania płynów i modyfikację diety. Dializy przebiegały sprawnie. Wpusty i wypusty następowały bez przeszkód, Kt/V wynosił 2,22 i obserwowano znaczną poprawę wydolności chorej. Pacjentka podczas chodzenia korzystała z kuł łokciowych; czynności dnia codziennego wykonywała samodzielnie, pod opieką rodziny. Kolejny, drugi już incydent zapalenia otrzewnej wystąpił w sierpniu 2010 roku. Zastosowano antybiotykoterapię empiryczną dootrzewnowo i antybiotyk zgodny z antybiogramem w iniekcji dożylniej. W kwietniu 2012 roku, w związku z trzecim zapaleniem otrzewnej, zastosowano standardowe leczenie. W sierpniu 2012 roku chora przebywała wraz z córką na turnusie rehabilitacyjnym w Szpitalu Uzdrawiskowym „Beskid”. Podczas 4-letniego okresu leczenia metodą DO chora sporadycznie korzystała z dializy asystowanej z udziałem rodziny. Pomoc ta była niezbędna w okresach po hospitalizacji ze względu na ogólne osłabienie oraz obniżoną sprawność fizyczną. Obecnie samodzielnie wykonuje wymiany płynów dializacyjnych oraz prowadzi kontrolę wskaźników życiowych i wartości glikemii. Z pomocy rodziny korzysta w kwestii zakupów, sprzątanania i wizyt lekarskich.

OMÓWIENIE

Powyższy opis ilustruje przykład pozytywnego wykorzystania DO u pacjentki w zaawansowanym wieku. W wyniku działań zespołu terapeutycznego należycie przygotowano ją do leczenia nerkozastępczego. Po uzyskaniu akceptacji i zgody na takie leczenie chorej i jej rodzinie przedstawiono wszystkie formy, założenia i cele terapii. Przed rozpoczęciem leczenia dializami chora, mimo podeszłego wieku, bardzo rzadko korzystała z pomocy lekarskiej, była sprawna fizycznie i emocjonalnie. Dobrym samopoczuciem cieszyła się do listopada

2008 roku. W tym czasie wystąpił epizod zawału serca, który spowodował wiele skutków zdrowotnych, pogorszenie samopoczucia i złą kondycję fizyczną. W tym czasie u pacjentki rozpoznano wiele schorzeń. Przed implantacją cewnika dializacyjnego przeprowadzono edukację chorej i jej rodziny według schematu szkolenia. Ze względu na wiek chorej przekazywanie wiadomości wymagało poświęcenia dłuższego czasu, ale przebiegało sprawnie. Pacjentka była bardzo zmotywowana i wykazywała pozytywną postawę. Rodzina przez cały czas współpracowała i była zaangażowana w proces leczenia, wspierała chorą. Metodą operacyjną założono samopozycjonujący cewnik dializacyjny. Zależnie od wyników modyfikowano leczenie, zmieniano dawkę dializy, zalecano zmniejszenie ilości przyjmowanych płynów do 600 ml/dobę, zmianę nawyków żywieniowych i stosowania diety oraz kontrolę masy ciała. Prowadzono permanentną reedukację. Początkowy okres leczenia był powikłany kilkoma hospitalizacjami — jedną z nich był epizod zapalenia otrzewnej. Włączono skuteczną antybiotykoterapię. Po uzyskaniu ujemnych wyników bakteriologicznych chora odczuwała dolegliwości ze strony jamy brzusznej. Przeprowadzona diagnostyka wykazała liczne powikłania ze strony przewodu pokarmowego. Po długotrwałej hospitalizacji, ze względu na osłabienie, pacjentka wymagała pomocy bliskich. Od czerwca do lipca 2009 roku nastąpił kolejny etap zmagania się z chorobą; nasilały się obrzęki, występowała duszność. Według relacji rodziny stan chorej nie pozwalał jej na samodzielne funkcjonowanie. W tym czasie pomoc rodziny był niezbędna, by zaspokoić podstawowe potrzeby chorej; prowadzono asystowaną dializę. Okres leczenia po operacji endoprotezoplastyki połowicznej prawego stawu biodrowego był czasem trudnym ze względu na silny ból po zabiegu, niepełnosprawność i konieczne dojazdy do ośrodka dializ. Dodatkowo pojawił się stres spowodowany obciążeniem rodziny. Po niespełna 4-tygodniowym okresie leczenia za pomocą HD ponownie wrócono do leczenia metodą CADO z udziałem bliskich. W okresie od lipca 2009 do sierpnia 2010 roku uzyskano stabilizację leczenia — poprawę samopoczucia ogólnego chorej i bilansu płynów. Chora wróciła do aktywności dnia codziennego; wszystkie czynności higieniczne wykonywała samodzielnie, jedynie podczas chodzenia korzystała z kuli łokciowej. Samodzielnie wykonywała wymiany płynów dializacyjnych, kontrolę parametrów życiowych, kontrolę glikemii,

przygotowywała posiłki oraz dbała o czystość mieszkania. W gestii rodziny pozostawała pomoc w kwestiach zakupów i załatwiania spraw urzędowych. Z powodu choroby i zastosowania kolejnych metod leczenia pacjentka ograniczyła kontakty społeczne. Obecnie dobre samopoczucie, duża radość życia, ciekawość informacji, sprawność umysłowa i samodzielność w podejmowaniu decyzji nadal motywują ją do działania. Skończyła 89 lat i nadal dializuje się samodzielnie metodą DO, sama wykonuje czynności domowe (mieszka sama), bardzo

dba o wygląd, kondycję psychiczną (czytanie, rozwiązywanie krzyżówek itp.). Ma bardzo duże wsparcie i opiekę ze strony rodziny; jest w dobrym stanie ogólnym. Zawsze potrafi znaleźć bodziec motywujący do działania, tworzenia i realizacji planów. Przez 4 lata trwania terapii nerkozastępczej, poza trzema incydentami zapalenia otrzewnej i przewodnienia, nie obserwowano żadnych poważnych powikłań dializacyjnych. Jest to niewątpliwie pozytywny przykład trafnego wykorzystania DO w leczeniu pacjentów w podeszłym wieku.

STRESZCZENIE

Starzenie się to proces dynamiczny. Jego wyznacznikiem jest degradacja biologiczna organizmu wpływająca na obniżenie sprawności fizycznej i czynnościowej. Niepełnosprawność czynnościowa jest spowodowana nie tylko wiekiem, ale również współistnieniem wielu schorzeń, utrudniających prowadzenie leczenia i pielęgnacji. W minionych latach obserwowano stały wzrost liczby pacjentów w podeszłym wieku ze schyłkową niewydolnością nerek. Wykorzystanie dializy otrzewnowej jako alternatywniej do hemodializy metody leczenia

nerkozastępczego ma szczególne znaczenie w opisywanej grupie pacjentów. Dializę otrzewnową cechuje wiele korzyści, a także wad, ale z pewnością jest mniej destrukcyjna dla zdrowia i życia chorych, zwłaszcza w podeszłym wieku. Niniejszy artykuł jest próbą ukazania korzyści z wykorzystania dializy otrzewnowej w leczeniu starszych pacjentów z przewlekłą chorobą nerek w perspektywie czasu. Treść artykułu wzbogacono opisem przypadku nawiązującym do jego treści.

Forum Nefrologiczne 2013, tom 6, nr 4, 249–255

Słowa kluczowe: pielęgniarstwo nefrologiczne, starzenie się, dializa otrzewnowa

1. Niewiadomska-Matula A., Nitka M. Aktywność ruchowa u osób starszych. W: Czerwińska-Pawluk I., Żukow W. (red.). Humanistyczny wymiar fizjoterapii, rehabilitacji, pielęgniarstwa, zdrowia publicznego, turystyki i rekreacji. Radomska Szkoła Wyższa, Radom 2011: 142–155.
2. Muszałik M., Biercewicz M. Problemy opiekuńcze u osób w starszym wieku. Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej. PZWL, Warszawa 2010: 131–133.
3. Rakowicz E., Wieczorkowska-Tobis K., Talarska D. Jakość życia starszych pacjentów leczonych hemodializami. Geriatria 2007; 1: 1–8.
4. Muszałik M., Biercewicz M. Problemy opiekuńcze u osób w starszym wieku. Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej. PZWL, Warszawa 2010: 131–139.
5. Hartwich D., Liberska M., Białobrzeska B., Rutkowski B. Historia i rozwój polskiego pielęgniarstwa nefrologicznego. W: Białobrzeska B., Dębska-Ślizień A. (red.). Pielęgniarstwo nefrologiczne. PZWL, Warszawa 2013: 1–19.
6. Rutkowski B. Leczenie nerkozastępcze w praktyce pielęgniarstwie. Wydanie I. Gdańsk, Via Medica 2009: 76–86.
7. Ogólnopolskie Stowarzyszenie Osób Dializowanych. Polish Association of Dialyzed People. www.osod.info. Data dostępu: 20.10.2013.
8. Wańkowicz Z. Dializa otrzewnowa — metoda leczenia chorych w podeszłym wieku. Forum Nefrol. 2009; 2: 74–79.
9. Matuszkiewicz-Rowińska J., Wojtaszek E. Miejsce dializy otrzewnowej we współczesnym leczeniu nerkozastępczym u osób dorosłych. Nefrol. Dializoterapia Pol. 2012; 14: 86–89.
10. Wańkowicz Z. Dializa otrzewnowa — metoda leczenia chorych w podeszłym wieku. Forum Nefrol. 2009; 2: 74–79.
11. Lichodziejewska-Niemierko M., Malek E., Witkowska A. Dializa asystowana w placówkach medycznych i opiekuńczych — doświadczenia własne. Forum Nefrol. 2012; 3: 277–283.
12. Wańkowicz Z. Asystowana dializa otrzewnowa. Forum Nefrol. 2012; 3: 252–259.
13. Lichodziejewska-Niemierko M. Czy i jak rozwijać dializoterapię otrzewnową w Polsce? Forum Nefrol. 2008; 1: 7–12.

Piśmiennictwo