

PD workshop

PD – pro pacienty, kteří jsou samostatní, pro lékaře, kteří si věří

i V ČR je přibližně 10 500 lidí s chronickým selháním ledviny – zhruba 6300 je léčeno dialyzačními metodami. „Avšak u méně než 10 procent z nich je využívána peritoneální dialýza a počty pacientů indikovaných k této metodě se v poslední době nedaří zvyšovat,“ říká prof. MUDr. Ondřej Viklický, CSc., přednosta Kliniky nefrologie IKEM, Praha, který spolu s MUDr. Alenou Paříkovou, Ph.D., vedoucí lékařkou dialyzačního oddělení, poskytl ZN rozhovor. V polovině ledna se na jejich pracovišti uskutečnil workshop věnovaný edukaci lékařů v problematice peritoneální dialýzy (PD), pořádaný ve spolupráci s 1. LF UK a společností Baxter Czech.

■ Co bylo cílem workshopu?

Ondřej Viklický: Chtěli jsme poutat pozornost kolegů k metodě peritoneální dialýzy, aby si ji osvojili, více jí věřili a začali ji častěji používat – obdobně jako je tomu v případě hemodialýzy, která je již v ČR dlouhodobě zavedená.

Alena Paříková: Víme totiž, že 90 % nemocných je možno léčit jak hemodialýzou, tak peritoneální dialýzou. Výběr metody by měl záležet na pacientech samotných.

■ Proč se u nás nedaří počet nemocných na peritoneální dialýze zvyšovat?

O. V.: Má to hned několik rovin. Jednou z nich je kompletní edukace pacientů se selháním ledvin o možnostech léčby – tedy o transplantaci od zemřelých či žijících dárců, hemodialýze a peritoneální dialýze. Poučení nemocných by mělo optimálně proběhnout ještě v době před zahájením některé z eliminačních metod, nicméně téměř v polovině případů nemocní přicházejí „z ulice“ a nejsou nijak připraveni. Neexistuje u nich jiná možnost, než cestou centrální kanyly zahájit hemodialýzu – a na této metodě pacienti často už zůstanou. Velmi ovšem záleží na tom, kdo nemocné se selháním ledvin edukuje. Vzhledem k tomu, že jsou lékaři obvykle znalí především problematiky hemodialýzy, jsou při vysvětlování této metody také věrohodnější. U peritoneální dialýzy předávaná informace zatím tolik nefunguje.

Určitým aspektem také je, že peritoneální dialýza vlastně představuje „most k transplantaci“, zejména u mladších, zdravějších pacientů. Ovšem v okamžiku transplantace pochopitelně peritoneální dialýza končí. Bylo by možná docela zajímavé analyzovat, jaký je vztah



Foto: Michaela Buřanová

obou těchto metod – například v lednu totiž bylo na naší klinice provedeno 28 transplantací ledvin a minimálně polovina pacientů byla před tím léčena právě peritoneální dialýzou.

■ Jaké by bylo optimum pacientů léčených touto metodou?

A. P.: Ve světě – v zemích, jako jsou například Kanada, státy severní Evropy, Austrálie či Nový Zéland, kde je tato metoda poměrně rozšířená –, to bývá okolo 20 až 30 procent. Domnívám se, že to by u nás bylo maximum.

■ Upřesňují se nebo mění kritéria výběru nemocných pro peritoneální dialýzu – jinými slovy, jaké jsou kontraindikace?

A. P.: Omezení příliš velká nejsou – léčeni nemohou být pacienti s aktivním střevním zánětem a chronickými průjmy, u kterých je riziko vzniku zánětu pobřišnice. Jiné hlavní kontraindikace prakticky neexistují. Vhodnost peritoneální dialýzy zvažujeme u jedinců s polycystickou chorobou ledvin, které jsou z důvodu mnohočetných cyst zvětšené. Pokud zasahují až do oblasti malé pánve a zaplňují velkou část břišní dutiny, nejsme schopni před zahájením peritoneální dialýzy jasně říci, zda bude účinná.

O. V.: Důležité skutečně je, že by pacient měl mít stejnou možnost vybrat si mezi peritoneální dialýzou a hemodialýzou. Třeba pro mladého člověka, který nemůže podstoupit preemptivní transplantaci, jsou asi pocit ne-

závislosti na dialyzačním středisku a možnost řídit si peritoneální dialýzu v podstatě sám, hodně silné a motivující...

A. P.: ... určitá svoboda je obvykle tím hlavním faktorem, podle kterého si lidé vybírají jednu nebo druhou metodu. Někteří chtějí chodit třikrát týdně do dialyzačního střediska a jsou si díky tomu jistější. Peritoneální dialýza naopak vyhovuje pacientům, kteří nás zdravotníky vidět nechťejí a kteří docházejí na kontrolu do ambulance pouze jednou za 6 až 8 týdnů.

O. V.: Je docela unikátní, že existuje metoda, která u tak závažného onemocnění, jakým je chronické selhání ledvin, umožňuje dvouměsíční interval sledování.

■ Výměna látek mezi krví a dialyzačním roztokem napuštěným do peritoneální dutiny probíhá přes pobřišnici. Rozhodují její vlastnosti o tom, zda je pro nemocného vhodnější dialýza kontinuální prováděná ručně, nebo automatizovaná pomocí cycleru?

A. P.: Peritoneum má své charakteristiky, které nejsme schopni změnit. Nicméně po dvou měsících na peritoneální dialýze uděláme u pacienta otestování pobřišnice a podle toho, jak rychle přestupují látky mezi krví a dialyzačním roztokem, ohodnotíme její funkci. Na základě typu transportu látek zvolíme léčebný režim. U malého procenta pacientů to ovlivní typ peritoneální dialýzy. Rozlišujeme dva – kontinuální ambulantní a automatizovanou peritoneální dialýzu.

Ruční výměny dialyzačního roztoku, tedy kontinuální ambulantní peritoneální dialýzu – CAPD, provádějí pacienti čtyřikrát denně, kdy využívají pouze systém dvojvaků a katetru, přičemž napouštění a vypouštění roztoku se děje díky gravitaci. Takto jsou schopni se dialyzovat maximálním objemem 12 litrů. U jedinců, kteří nemoci nebo jsou po transplantaci, však potřebujeme k dosažení správné účinnosti dialýzy objemy roztoku mnohem větší – někdy i 20 litrů. U nich se tedy nabízí dialýza automatizovaná, která probíhá přes noc a během níž se pomocí přístroje uskuteční třeba 10 výměn. Podle individuální potřeby každého nemocného. Ráno cycler do peritoneální dutiny napustí dialyzační roztok, večer jej vypustí a cyklicky opět probíhá výměny.

V současnosti by měl mít pacient možnost vybrat si, zda chce být léčen pomocí kontinuální ambulantní peritoneální dialýzy, nebo automatizované peritoneální dialýzy.

■ Výsledky obou jsou tedy srovnatelné?

A. P.: Určitě. Není prokázáno, že by jedna metoda byla lepší než druhá.

■ Jedním z typů automatizované metody je adaptovaná peritoneální dialýza. V čem je její princip?

A. P.: Za normálních okolností jsou výměny dialyzačního roztoku stejně dlouhé a se stejným objemem. Při adaptované peritoneální dialýze speciálně upravujeme režim výměn a naprogramujeme cycler tak, aby byly zpo-

čátku kratší a poté delší. V první fázi noci se snažíme pacienty odvodnit a v té druhé dostatečně dialyzovat. Režim výměn právě ovlivňuje vlastnosti pobřišnice...

■ ... ty se ale změnit nedají. Jak může dialýza ovlivnit složení roztoku?

A. P.: Při dialýze se odstraňují zplodiny metabolismu, dále potřebujeme eliminovat fosfor. Peritoneální dialyzační roztoky obsahují sodík, hořčík, vápník a chloridy. K zajištění osmózy – a tím odstranění nadbytečných tekutin z organismu, které nedokážou obstat selhávající ledviny –, se do roztoku přidává glukóza. Může to být nevýhodné u některých diabetiků, protože se cukr vstřebá do krve a může docházet k výkyvům glykémie. Zásadní rozlišení peritoneálních dialyzačních roztoků je tedy podle koncentrace glukózy.

Existují i speciální roztoky, které neobsahují cukry, ale derivát kukuřičného škrobu, jenž také váže vodu. Ty se využívají především pro dlouhé výměny. K dispozici jsou aminokyselinové roztoky, které indikujeme tehdy, pokud je potřeba zlepšit výživu pacientů.

Dostatečného odstranění metabolitů dosahujeme délkou výměn a objemem dialyzačního roztoku, nezávisí už tolik na jeho složení.

■ Jak velké nároky na pacienta klade péče o peritoneální katetr?

A. P.: Nejčastěji je katetr zaváděn laparoskopicky v celkové anestezii – do oblasti pod pupkem. Zevní vyústění katetru, na které se připojují vaky s dialyzačním roztokem, musejí pacienti ošetřovat každý den. Často ale postačí, aby ho pouze omyli, nemusejí ho vždy nutně zakrývat převazem. Trvalá péče o výstup a přítomnost katetru život nemocných příliš neovlivňuje, mohou normálně sportovat, koupat se – tedy pouze v moři nebo v bazénech s atestovanou vodou. Výhodou také je, že firmy, které poskytují materiál pro peritoneální dialýzu, jsou nadnárodní. Takže pokud pacient odjíždí do zahraničí a dá o tom včas vědět dialyzačnímu středisku, výrobce zařídí, aby měl na určeném místě připraveny potřebné pomůcky včetně vaků s dialyzačními roztoky.

O. V.: Katetry lze zavést i jinak než laparoskopicky – a sice punkčními technikami v lokálním znecitlivění, které může provést i sám nefrolog bez účasti chirurga. Rozšířeno je to především v zemích s vysokými počty pacientů, kteří nemají dostupnou veškerou péči.

■ A pokud jde o komplikace peritoneálního výstupu?

A. P.: Ty infekční tvoří přibližně 40 % všech komplikací. Může dojít k zánětu výstupu, podkožního tunelu nebo ke vzniku peritonitidy. Pacienti jsou samozřejmě velmi dobře poučeni o všech příznacích infekce a v případě potřeby tedy okamžitě kontaktují dialyzační středisko. Neinfekční komplikace tvoří 60 % všech komplikací. Patří mezi ně třeba únik dialyzačního roztoku z dutiny břišní, a to prakticky kamkoli.

O. V.: Pokud jde o peritonitidy, každé dialyzační středisko je vlastně hodnoceno počtem měsíců, kdy pacient nemá zánět pobřišnice...

A. P.: ... mělo by to být méně často než jednou za 25 měsíců.

O. V.: Následek peritonitidy totiž může znamenat změnu dialyzační a filtrační schopnosti pobřišnice. Po proběhlém zánětu by mělo být znova provedeno testování schopnosti peritonea dialyzovat. Může to ovlivnit vhodnost použití ruční nebo automatizované peritoneální dialýzy, může se také ukázat, že v této eliminační metodě již nelze dále pokračovat.

■ Mohli byste na závěr shrnout hlavní výhody a nevýhody peritoneální dialýzy?

O. V.: Víme, že peritoneální dialýza i hemodialýza jsou ve svém principu stejně účinné. Největším benefitem prvně jmenované je tedy samostatnost pacienta, jeho nezávislost na dialyzačním středisku či personálu a větší psychická pohoda. Jedinci na peritoneální dialýze tvoří úplně jinou kohortu nemocných. K léčení své choroby přistupují aktivně, nejsou submisivní, ale naopak představují takový „západní“ typ chronicky nemocného pacienta, který své chorobě rozumí a má názor na léčbu. To je velmi důležité, protože s takovými pacienty se lépe pracuje, lépe se jim vysvětlují možné komplikace i rozhodnutí pro další postup terapie.

A. P.: Cílem je, aby se pacienti peritoneální dialýzy naučili řídit sami a měnit si roztoky podle aktuální potřeby. Špatné je, když si zvolí tuto metodu léčby a lékaři je nutí k přesnému režimu výměn. To se také občas stává. Nicméně určitá svoboda léčby zase vyžaduje zodpovědnost za své zdraví, což může být na druhé straně nevýhodou.

Závažnou komplikací peritoneální dialýzy – často fatální – je sklerózující peritonitida, jež se objevuje zejména po delší době dialyzační léčby. Dochází ke ztluštění pobřišnice a ke vzniku mnohočetných srůstů v břiše, do nichž jsou zahrnuta i střeva. Pacienti mají ileózní stavy a nemohou často přijímat potravu. Přestože se peritoneální dialýza přeruší, onemocnění neustále progreduje. V současnosti nejsme schopni predikovat, u kterých pacientů se vyvine, a často ani nejsme schopni na začátku zjistit, že příznaky patří sklerózující peritonitidě.

O. V.: Když se ovšem podíváme na výsledky peritoneální dialýzy ve střednědobém horizontu, do dvou let, ukazuje se, že je asociována s nižší mortalitou a morbiditou než hemodialýza. To může být vysvětleno také tím, že ji využívají mladší pacienti. Pokud jsou ale na peritoneální dialýze ponechání dlouhodobě, pak se její benefity u většiny začínají vytrácet a objevují se další komplikace. Nicméně to platí i u hemodialýzy. Není to však způsobeno riziky spojenými s dialyzačními metodami, ale de facto nezvratným selháním ledvin. Do značné míry to vyřeší úspěšná transplantace ledviny. A jak už jsem uvedl, peritoneální dialýza je k ní mostem. jat