

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14, 10/15, 61/15 и 154/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О

ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ПАЦИЕНТИ НА ДИЈАЛИЗА ВО ПРИМАРНАТА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при пациенти на дијализа во примарната здравствена заштита.

Член 2

Начинот на згрижување при пациенти на дијализа во примарната здравствена заштита е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при пациенти на дијализа во примарната здравствена заштита по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-9846/1

25 септември 2015 година

Скопје

МИНИСТЕР

Никола Тодоров

ПАЦИЕНТИ НА ДИЈАЛИЗА ВО ПРИМАРНАТА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

МЗД Упатства

Последен пат е ажурирано на: 07. 01. 2014 © Duodecim Medical Publications Ltd

Важно

- Има два главни типа на дијализа: перитонеална и хемодијализа. Најголема веројатност здравствените работници во примарната здравствена заштита да се сретнат со пациент кој е на програм на дијализа е кога инфекцијата ќе стане проблем.
- Првиот знак за перитонитис кај пациент на перитонеална дијализа обично е абдоменална болка или заматена дренажна течност. Ако има сомневање за перитонитис, пациентот веднаш треба да се упати до нефролошка единица.
- Без одложување, консултирај нефролог ако се сомневаш дека има проблем, било со катетерот за перитонеална дијализа, на пример, инфекција на излезното место, било со васкуларниот пристап за хемодијализа.

Третман со дијализа

- Најчестите болести кои водат до дијализен третман е дијабетичната нефропатија, хроничниот гломерулонефритис, цистичната ренална болест и нефросклерозата.

Типови на дијализа и подготовка на пациентот

- Дијализа за која се грижи самиот пациент: перитонеална дијализа и домашна хемодијализа.
- Дијализа во здравствена установа: хемодијализа во болница или во сателитска единица.
- Влошувањето на реналната функција до состојба кога е потребна дијализа обично е постепено. Нефролошките единици треба да имаат предидијализни амбуланти каде се избира најсоодветниот тип на дијализа и се спроведуваат процедурите за подготовка на пациентот за претстоечкиот дијализен третман.
 - Во овој стадиум треба да се одредат можностите за трансплантација на бубрег и расположивоста на жив сроден донор.
 - Но, кај некои пациенти влошувањето на реналната функција до состојбата кога е потребна постојана дијализа, е многу брзо.

Хемодијализа

- Нормално се изведува три пати неделно по 4–5 часови на секоја дијализна сеанса.
- Третманот, обично, се изведува во дијализно одделение на нефролошка единица или нејзино сателитско одделение, кои пациентите, главно, ги посетуваат од дома. Пациентите кои се на долготрајна институционална нега ретко се дијализираат. Некои пациенти користат хемодијафилтрација (ХДФ) што е една интензифицирана форма на регуларна хемодијализа.

- Некои пациенти имаат дијализна машина поставена дома со сите релевантни електрични и водоводни потреби и тие самите ја изведуваат дијализата.
- Третманот е интермитентен и уремичните токсини и вишокот на течности кои се акумулираат меѓу два третмана, мора да се отстранат во чести интервали. Ако диурезата е мала, неопходна е рестрикција на течности за да се избегне и потребата за отстранување на голема количина течност и со тоа поврзаните хемодинамски промени.
- Кај хемодијализата неопходен е пристап до крвната циркулација, бидејќи крвта циркулира во текот на целиот третман со рата од 200–300 ml/min.
 - Во најголемиот број на случаи, васкуларен хирург креира АВ фистула на рачниот зглоб или на крвните садови на подлактицата.
 - Раката со АВ фистула бара посебна нега; не смее да се користи за мерење на крвниот притисок, за внесување на канила или за вадење на крв за анализа.
 - Ако не може да се креира АВ фистула, васкуларниот хирург може да постави синтетски васкуларен графт во раката.
 - Во многу случаи, хемодијализата се изведува преку катетер кој се внесува во централна вена. За подолгорочна употреба, треба да се внесе мек тунелизиран катетер за да се намали ризикот за инфекција и за оклузија на вената.

Перитонеална дијализа

- Катетер за перитонеална дијализа се внесува во абдоменалната шуплина со лапароскопска процедура. Пациентот потоа се поврзува со кесења со дијализат до катетерот со стерилна процедура.
- Дома, пациентот инфунзира 2–3 литри течност од кесето во својата абдоменална шуплина. Течноста се остава во шуплината неколку часови. Дијализатот потоа се исфрла и се заменува со свеж дијализат.
 - Дијализната течност содржи соли, шеќер и лактатен и бикарбонатен пуфер.
 - Отстранувањето на течноста е засновано на принципот на осмоза, односно, хиперосмоларниот дијализат со висок колоидно-осмотски притисок ќе ја апсорбира водата од телото.
 - Уремичните токсини ќе дифундираат во дијализатот преку перитонеумот, сè додека не се воспостави еквилибриум меѓу телото и дијализната течност.
- Бидејќи дијализатот останува во абдоменалната шуплина во најголем дел од денот, перитонеалната дијализа е поурамнотежен и константен третман во однос на хемодијализата:
 - Кај КАПД (континуирана амбулаторна перитонеална дијализа), пациентот, обично, изменува течност четири пати за 24 часа, во регуларни интервали.
 - Кај АПД (автоматизирана перитонеална дијализа), пациентот во време на легнување во кревет самиот се поврзува за автоматизиран сајклер којшто изведува 4–6 измени на течност во текот на ноќта. Наутро, сајклерот ја завршува процедурата со повторно полнење на абдоменалната шуплина со свежа течност која ќе осане во шуплината во текот на денот.

Општи проблеми со дијализата

- Хипотензија
 - Обично е поврзана со екцесивно отстранување на течност и дехидратација.
- Преоптовареност со течност

- Симптомите вклучуваат: едеми, диспнеја и конгестија на рентгенографија на градниот кош или само хипертензија.
- Преоптовареноста со течност се решава со дијализа и, особено кај хемодијализните пациенти, активна рестрикција на течност може, исто така, да биде индицирана (на пример, 800 ml течност + волуменот на урина).
- Кај пациенти кои имаат резидуална диуреза, големи дози на фуросемид може да имаат некаков ефект (отстранување на течности и сол).
- Крампи
 - Често се јавуваат во текот на хемодијализа кон крајот на третманот. Се влошуваат од екцесивното преоптоварување со течност.
- Зголемен ризик за инфекции
 - Поврзани се со уремијата.
 - Треба да се има на ум дека кај дијализните пациенти пристапот за дијализа претставува еден дополнителен пат за внес на инфекција. Кај дијализните пациенти, дијализната фистула или катетер можат да се инфицираат. Кај пациентите на перитонеална дијализа, дијализниот катетер може да предизвика перитонитис или инфекција на неговото излезно место.

Менаџмент на дијализен пациент во примарната здравствена заштита

- Сите дијализни пациенти остануваат под постојана грижа на нефролошката единица.
 - Пациентите кои се на хемодијализа во болница треба да ја посетуваат установата каде се лекуваат три пати неделно и сите проблеми, исто така, ќе се решаваат таму.
 - Пациентите кои се на дијализа со сопствена нега ќе треба да се контролираат на поретки интервали, обично секои 4–8 недели.
- Кога ќе се јави некој посебен проблем, пациентот треба да се упати во установа со нефролошка експериза.
- Кај фебрилен пациент, секогаш прво треба да се посомнева на септикемија.
- Ако се сомневате дека има перитонитис кај пациент кој е на перитонеална дијализа, упатете го пациентот веднаш во нефролошка единица. Првите знаци за перитонитис обично се абдоменална болка и заматена дренажна течност.
- Консултирајте веднаш нефролог ако се сомневате дека постои проблем кој е поврзан или со катетерот за перитонеална дијализа, на пример, инфекција на излезното место или развој на абдоменална хернија, или со васкуларниот пристап за хемодијализа, на пример, инфекција на дијализната фистула или катетер.
- Пациентите кои се лекуваат со дијализа, секако, исто така ги имаат и сите видови на вообичаени болести кои се третираат на ниво на примарната здравствена заштита. Упатствата за нивно менаџирање (на пример, прегледите поврзани со издавање на возачка дозвола, мускулоскелетни нарушувања или блага горнореспираторна инфекција) обично не се разликуваат од оние кои се применуваат кај другите пациенти во примарната заштита.
- Важно е и правилното менаџирање на оралното и денталното здравје. Пред да се отстрани забниот камен или други поекстензивни дентални процедури, се препорачува да се даде антибиотска профилакса со, на пример, амоксицилин 2 g орално на еден час пред интервенцијата.
- Кога се препишуваат лекови, имајте на ум дека, освен придружните лекови и реналната инсуфициенција ќе влијае на дозата.

- Изберете ја дозата која се дава за најтешката категорија на бубрежна слабост, бидејќи вредноста на серумскиот креатинин кај пациент на дијализа нема да ја одразува реналната функција.
- Некои лекови треба потполно да се избегнуваат, на пример, меформин и нитрофурантоин.
- Ако е индицирана рехидратација, пациентот може да биде под ризик за прехидрирање заради малата или потполно отсутна диуреза. Ако се претпоставува дека ќе има проблеми со балансот на електролии и течности, упатете го пациентот до болничка нефролошка единица.
 - Пациент со преоптовареност со течности може да одговори слабо или никако на терапија со диуретик.
 - Под нормални услови, потребите за течност кај хемодијализен пациент се околу 800 ml + диурезата / 24 часа.
 - Кај пациент на перитонеална дијализа, балансот на течности во базична состојба се контролира со комбинирано делување на отстранување на течноста со перитонеалната дијализна течност и со диурезата. Многу пациенти на перитонеална дијализа заради тоа може да пијат течности послободно отколку пациентите кои се на хемодијализа.
 - Балансот на течности кај пациентите на дијализа се мониторира преку, на пример, крвниот притисок, промените во телесната тежина, споредени со базичната состојба, клиничките знаци за дехидратација, можни едеми, диспнеја и наоди од рентгенографија на градниот кош.
 - Кога се даваат течности парентерално, обично треба да се избегнуваат течностите кои содржат калиум, бидејќи хиперкалиемијата е честа, особено кај хемодијализните пациенти и затоа се користи за надоместување, на пример, физиолошки раствор со 5% глукоза.
 - Најефикасниот третман на хиперкалиемијата е хемодијализата, но, исто така, често е индицирана рестрикција на калиум, како прашокот - калиум врзувачки Resonium[®].
- Дијализните пациенти може да побараат од лекарот во примарната здравствена заштита да им издаде различни потврди, на пример, за возачка дозвола или за работоспособност.
 - Самиот дијализен третман не е причина да не му се дозволи на пациентот да вози и одлучувачкиот фактор треба да биде неговото општо здравје.
 - Многу форми на вработување се на располагање на пациентите на дијализа, но проблемите кои произлегуваат од дијализата и се поврзани со распоредот на дијализите и ограничувањата за тоа колку пациентот смее да се оптовари, може да бидат причина за пензионирање. Околу 25% од дијализните пациенти се надеваат на бубрежна трансплантација, по што нивната работоспособност треба да се преоцени.

Дијализен пациент во примарната здравствена заштита – Поврзани извори

Кохранови прегледи

- Статините не ја намалуваат смртноста или кардиоваскуларните настани во споредба со плацебо, иако изгледа дека го намалуваат нивото на холестеролот во серумот кај дијализните пациенти (**ннд-А**).

- Топични антимицробни масти може да бидат ефикасни во намалувањето на бактериемијата поврзана со кететер кај хемодијализните пациенти со централни венски катетери. Но, нема доволно податоци за морталитетот и можната појава на резистенција **(ннд-С)**.
- Интермитентна и континуирана примена на антибиотици интраперитонеално може да биде еднакво ефикасно за перитонитисот асоциран со перитонеалната дијализа **(ннд-С)**.
- Изгледа дека нема разлика меѓу континуираната амбулаторна перитонеална дијализа и автоматизираната перитонеална дијализа за клинички важните исходи во крајниот стадиум на бубрежна болест **(ннд-В)**.

Литераура

- Piraino B, Bailie GR, Bernardini J et al; ISPD Ad Hoc Advisory Committee. Peritoneal dialysis-related infections recommendations: 2005 update. Perit Dial Int 2005 Mar-Apr; 25(2):107-31.

Автор: This article is created and updated by the EBMG Editorial Team
 Article ID: rel00109 (010.023)
 © Duodecim Medical Publications Ltd

Автор: Risto Tertti
 Article ID: ebm00999 (010.023)
 © Duodecim Medical Publications Ltd

1. EBMG Guidelines 07-01-2014, Essential evidence plus, www.essentialevidenceplus.com/content/ebmg?page=39&results=20&class=none&resource=G
2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години.
3. Предвидено е следно ажурирање до 2017 година.