

პაციენტი პერიტონეულ დიალიზზე არაინფექციური გართულებით

ლელა ბეგლარაშვილი

უროლოგიის ეროვნული ცენტრი

თბილისი 15.12.24



პერიტონეალური დიალიზი (PD)

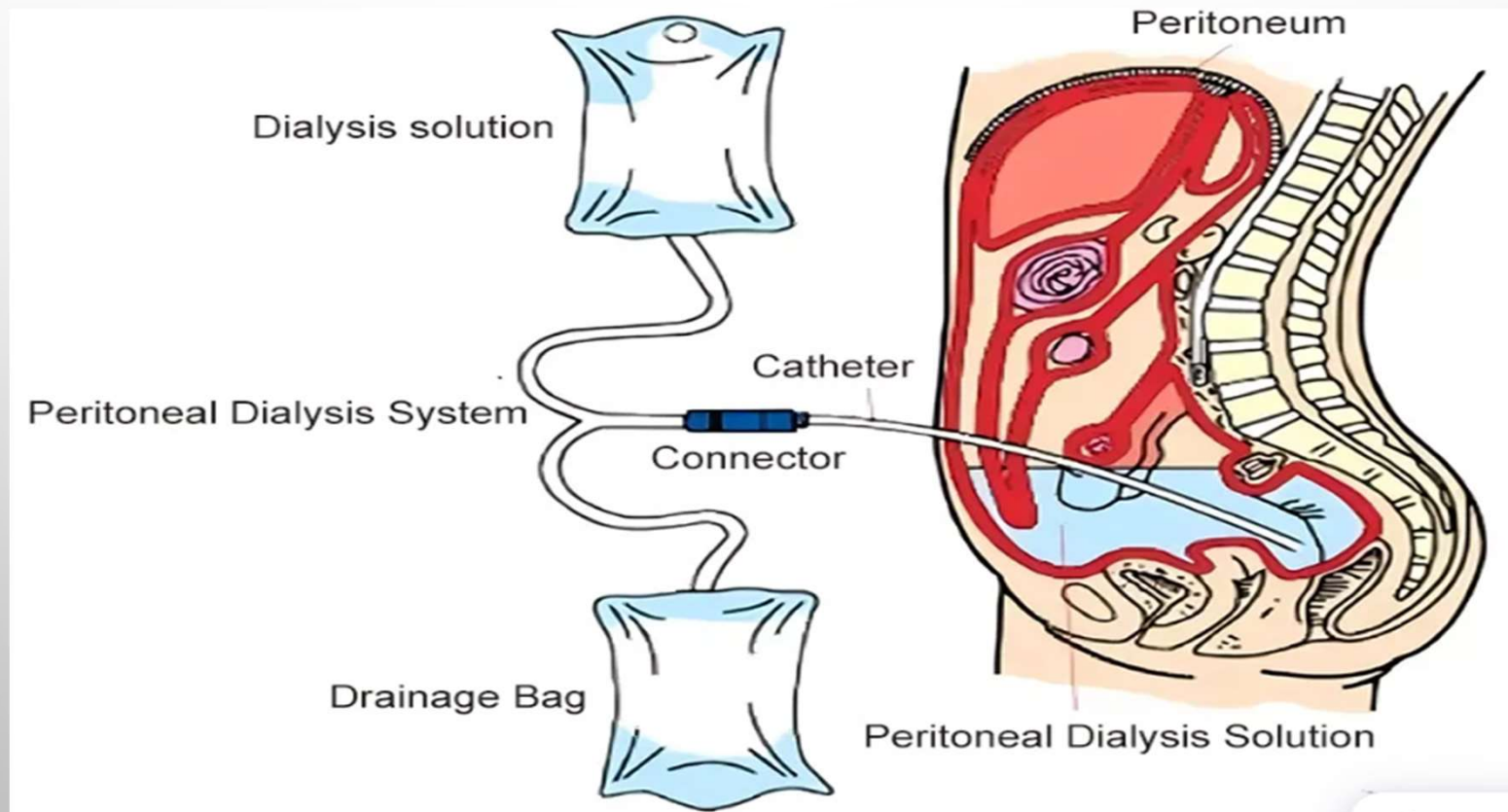


- ❖ პერიტონეალური დიალიზი (PD) არის თირკმლის ჩანაცვლებითი თერაპიის ტექნიკა, რომელმაც მნიშვნელოვანი ადგილი დაიკავა თირკმელების უკმარისობის ბოლო სტადიის მართვაში 1970-იანი წლებიდან.
- ❖ ის შეიძლება გამოყენებულ იქნას როგორც პირველი რიგის, დროებითი ან მუდმივი მოდალობა.

პერიტონეული დიალიზი

- პერიტონეალური დიალიზი პირველად 1920-იან წლებში ჩატარდა; თუმცა, ხანგრძლივი გამოყენება სამედიცინო პრაქტიკაში ჰპოვა 1960-იან წლებიდან.
- **1923 წელი**- გეორგ განტერმა ჩაატარა პირველი პერიტონეალური დიალიზი ზღვის გოჭში და სცადა პროცედურა ადამიანებში - უშედეგოდ.
- **1927 წელი** - ჰაინრიხ ჰეუსერი და ჰერმან ვერდერი იყვნენ პირველი, ვინც მკურნალობდა 3 პაციენტს უწყვეტი ნაკადის PD-ით ორი კათეტერის გამოყენებით
- **1946 წელი** - ჰოვარდ ფრანკი, არნოლდ სელიგმანი და ჯეიკობ ფაინი ბოსტონიდან გვამცნობენ პერიტონეალური დიალიზის პირველ წარმატებულ გამოყენებას კლინიკურ პრაქტიკაში.
- **1959 წელი** - პოლ დულანი და რიჩარდ რუბენი საზღვაო ჰოსპიტალიდან ოკლენდი პირველად გამოიყენეს პერიტონეალური დიალიზი თირკმლის დაავადების ბოლო სტადიის სამკურნალოდ
- **1964–1965 წელი** – ჰენრი ტენკჰოფი, გ. შილიპეტარი და ფრედ ბოენი ვაშინგტონის უნივერსიტეტიდან ჩაატარეს პერიტონეალური დიალიზის პირველი პროცედურა
- **1968 წელი** – ჰენრი ტენკჰოფი ქმნის ტენკჰოფის კათეტერს - მრავალჯერადი გამოყენებისთვის

პერიტონეული დიალიზი



შემთხვევის განხილვა

- პაციენტი : მამაკაცი 64 წლის
- დიაგნოზი: შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 2 , დიაბეტური ნეფროპათია თირკმელების ქრონიკული დაავადება მე - 5 სტადია
არტერიული ჰიპერტენზია
- გლომერულური ფილტრაციის სიჩქარე **GFR<10 ML/MIN/1.73 M2**
- ჩივილები: ზოგადი სისუსტე, არტერიული წნევის მომატება
- ფიზიკური გამოკვლევა - წონა – 80 კგ, **BMI-27.8 კგ/მ2, P-89', T/A 140/80 MMHG, T-36.20C, RR- N** ,შეშუპება არ არის
- **თერაპია: რამიპრილი 10 მგ, ინსულინოთერაპია**
- ოპერაცია: პერიტონეული კათეტერის იმპლანტაცია 30.05.2024

შემთხვევის განხილვა

- პერიტონეული დიალიზის დაწყების თარიღი :
 - 07.06.2024- რეჟმით: 2.27% დიანილი 500 მლ ყოველ 2 საათში
 - 12.06.2024- რეჟმით: 2.27% დიანილი 1000 მლ ყოველ 4 საათში
 - 17.06.24 პაციენტი მომართავს კლინიკას ჩივილით:
არ ხდება პერიტონეული სითხის გამოსვლა

რა არის საუკეთესო ნაბიჯი ამ შემთხვევაში?

- ამბულატორიულ ჰემოდიალიზზე გადასვლა?
- პერიტონეალური დიალიზის შეჩერება 2 კვირის განმავლობაში?
- პერიტონეალური დიალიზის კათეტერის რენტგენოლოგიური კვლევა კონტრასტით ?
- პერიტონეული დიალიზის ხსნარის პროცენტობის შეცვლა?

შემთხვევის განხილვა

- ჩატარდა მუცლის ღრუს რენტგენოლოგიური კვლევა კონტრასტით

შემთხვევის განხილვა



დიაგნოზი: კათეტერის დისლოკაცია

რა არის შემდეგი საუკეთესო ნაბიჯი ამ შემთხვევაში?

- ამბულატორიულ ჰემოდიალიზზე გადასვლა?
- პერიტონეალური დიალიზის შეჩერება 2 კვირის განმავლობაში?
- კათეტერის ქირურგიული ჩასწორება ?
- პერიტონეალური დიალიზის რეჟიმის შეცვლა ?

შემთხვევის განხილვა

04.07.24- ში პაციენტს ჩატარდა ოპერაცია: მუცლის ღრუს რევიზია და კათეტერის ჩასწორება (ლაპარასკოპიულად)

შემთხვევის განხილვა

04.07.24- ში პაციენტს ჩაუტარდა ოპერაცია: მუცლის ღრუს რეციზია და კათეტერის ჩასწორება (ლაპარასკოპიულად)

06.07.24- ში დაწყებულ იქნა პერიტონეული დიალიზი

06.07.24 - ში ღამით პაციენს აღენიშნა ტკივილი მუცლის არეში, პერიტონეული სითხის შემღვრევა

პერიტონეულ სითხეში ლეიკოციტები დიდი რაოდენობით

დიაგნოზი: პერიტონიტი

დაწყებულ იქნა ემპირიული ანტიბაქტერიული თერაპია - ვანკომიცინი 2.0 გ ი.პ

ლაბორატორიული კვლევის შედეგები

CREAM – 484 MMOL/L

UREA – 22 MMOL/L

ALBUMIN- 31.0 G/L

TOTAL PROTEIN - 66 G/L

CRP-196.4 G/L

GOT-12,64 U/L

GGT-19,44 U/L

GPT- 4,32 U/L

UA-5.8 MG/DL

HB-8.9 G/DL

ESR – 99MM/H

EOSINOPHILES - 5.3%

NEUTROPHILES – 85.2%

PLT – 175 10⁹/L

WBC - 11.34 10⁹/L

PLT- 222 10¹²/L

შემთხვევის განხილვა

- 08.07.24- ში ცხელება შემცივნებით
- გაგრძელდა თერაპია ვანკომიცინი /ცეფტაზიდიმი
- კონსულტირდა ქირურგის მიერ- ქირურგიული პათოლოგია გამოირიცხა
- მიღებულ იქნა ხსნარის ბაქტერიოლოგიური კვლევის შედეგი ამოითესა: E. COLI 10^6
- გაგრძელდა თერაპია მეროპენემი/ ამიკაცინი
- 11.07.24 ზოგადი მდგომარეობის გაუარესება, ცხელება შემცივნებით, პერიტონეული სითხის შემღვრევა

ლაბორატორიული კვლევის შედეგები

CREAM – 414 MMOL/L

UREA – 21 MMOL/L

CRP-197.0 G/L

პერიტონეულ სითხეში-
LEU 500 LEU/UL

HB-9.5 G/DL

ESR – 99MM/H

EOSINOPHILES - 4.3%

NEUTROPHILES – 88.6%

PLT – 175 10 10⁹/L

WBC - 11.41 10⁹/L

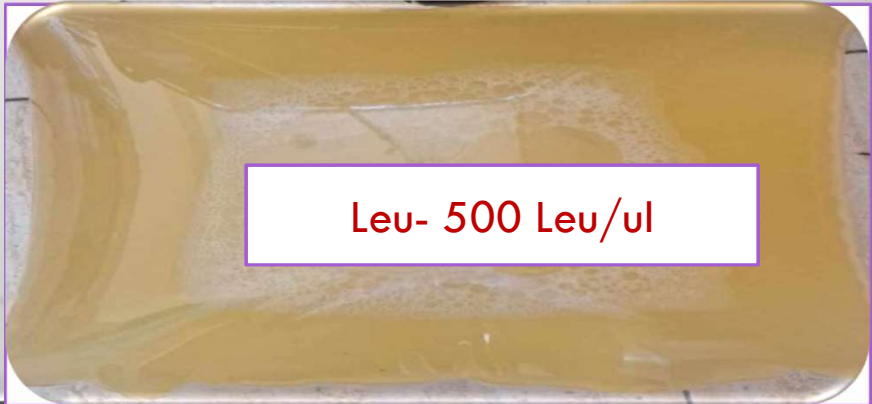
PLT- 196 10 12/L

ლაბორატორიული ტესტირება

შარდის ან სხვა ბიოლოგიური სითხის წათესი, ბაქტერიურიის ზარისში და ანტიბიოგრამა

პაციენტი მიწეილ ჭანკოტაძე

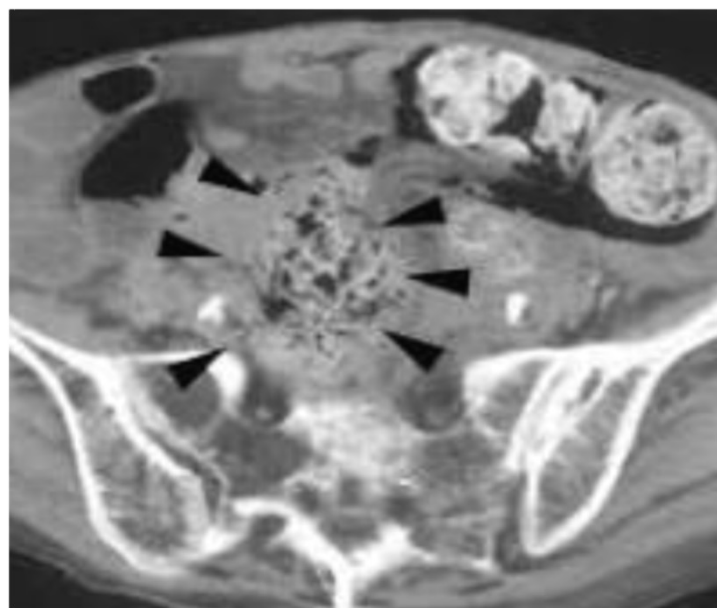
მარკენბელი	შედეგი
მასალა	კუროტ. ხსნარი
მიკრობის იდენტიფიკაციის შედეგი	E. coli
	10 ⁶
ანტიბიოტიკების მიმართ მგრძობილობა	
	RIS MIC
Ampicilin	R >=32
Ampicilin/sulbactam	S <=8/4
Piperacilin/tazobactam	I 32-64
Amoxicilin/clavulanic acid	R >=32/16
Cefazolini	R >=32
Cefuroxime	R >=32
Cefoxitin	S <=8
Cefotaxime	R >=64
Ceftazidime	I 16
Ceftriaqsoni	R >=64
Cefepime	I 16
Cefixime	R <=1
Aztreonam	I 16
Imipenem	S <=4
Amikacin	S <=16
Gentamicin	S <=4
Tobramycin	S <=4
Netilmicin	S <=8
Ciprofloxacin	R >=4
Ofloxacin	R >=8
Levofloxacin	R >=8
Nitrofurantoin	S <=32
Chloramphenicol	S <=8
Trimethoprim-sulfametoxazole	R >=4/76
Enefmucin	S <=64



Leu- 500 Leu/ul

შემთხვევის განხილვა

ჩატარდა მუცლის ღრუს კომპიუტერული ტომოგრაფია კონტრასტით
დასკვნა: წვრილი ნაწლავის კედელი დიფუზურად გასქელებულია,
ლორწოვანი ჰიპერტროფულია. პერორალურად მიღებული საკონტრასტო
ნივთიერება თავისუფლად გადაადგილდება ნაწლავის სანათურში. ჯორჯალი
შემუპყებულია, ვლინდება სითხოვანი გამონაჟონი.



შემთხვევის განხილვა

- 11.07.24-ში
- პაციენტის ზოგადი მდგომარეობა არადაამკმაყოფილებელია ჩივილები: ზოგადი საერთო სისუსტე, ტემპერატურის მომატება შემცივნებით, მუცლის ტკივილი, პერიტონეული სითხე შემღვრელია
- პაციენტი კონსულტირებულია ინფექციონისტის მიერ შეტანილ იქნა კორექცია ანტიბაქტერიულ თერაპიაში:
- მოხსნილ იქნა: ამიკაცინი
- დაენიშნა: მეროპენემი ი.ვ
- პაციენტი მანუალური მეთოდიდან გადაყვანილ იქნა ციკლერზე (მიზანი პერიტონეული ღრუს მუდმივი „რეცხვა“)

შემთხვევის განხილვა

- 15.07.24-ში
 - პაციენტის ზოგადი მდგომარეობა დამკმაყოფილებელია ჩივილები არ აქვს , აღინიშნა პერიტონეული სითხის დაწმენდა
 - CRP- 12.5 UG/l
 - პერიტონეული სითხის ანალიზით – ლეიკოციტები არ ფიქსირდება

ლაბორატორიული კვლევის შედეგები

CREAM – 454MMOL/L

UREA – 26 MMOL/L

CRP-12.5 UG/L

პერიტონეულ სითხეში-LEU – NEGATIVE

HB-10.5 G/DL

ESR – 10MM/H

EOSINOPHILES - 4.3%

NEUTROPHILES – 66%

PLT – 179 10 10⁹/L

WBC - 5.35 10⁹/L



შემთხვევის განხილვა

- გაგრძელდა:
 - მეროპენემი ი.ვ
 - პერიტონეული დიალიზი
 - 21.07.24 პაციენტი გაეწერა ბინაზე დამაკმაყოფილებელ მდგომარეობაში

არაინფექციური გართულებები პერიტონეულ დიალიზზე

Original Article

Non-infectious complications of continuous ambulatory peritoneal dialysis and their impact on technique survival

J. Prakash, L. K. Sharatchandra Singh, S. Shreeniwas, B. Ghosh, T. B. Singh

Department of Nephrology, Institute of Medical Sciences, Banaras Hindu University, Varanasi, India

ABSTRACT

Data on non-infectious complications of continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) are sparingly reported from different centres of the country. We studied the non-infectious complications in patients of end stage-renal disease (ESRD) undergoing CAPD. Double-cuffed straight catheter was inserted in all patients using the surgical method and CAPD was started on the 15th day of catheter insertion. The nature of non-infectious complications was noted during follow-up in these patients. Forty-five (male 31, female 14) patients with the mean age of 54.5 ± 11.6 years were studied. Diabetic nephropathy was the most common (59.5%) cause of ESRD. Overall, non-infectious complications were noted in 18/45 (40%) cases. Ultrafiltration failure was the most common (15.5%) followed by incisional hernia (6.6%), exit site leak (4.4%), hydrothorax (4.4%), catheter malposition (4.4%), scrotal swelling (2.2%) and hemoperitoneum (2.2%). Patients with ultrafiltration failure were either shifted to hemodialysis or underwent renal transplantation. The remaining (62%) non-infectious complications did not affect the catheter survival and CAPD could be continued. Non-infectious complications occurred in 40% of our CAPD patients and ultrafiltration failure was the most common (15.5%). A majority (62%) of the complications did not affect catheter survival.

Key words: Catheter survival, continuous ambulatory peritoneal dialysis, non-infectious complications, ultrafiltration failure

არაინფექციური გართულებები პერიტონეულ დიალიზზე

E-ISSN:2320-8686

P-ISSN:2321-127X

Research Article

Non-Infectious

International Journal of Medical Research and Review

2019 Volume 7 Number 3 May-June

Publisher



A study on the non-infectious complications of continuous ambulatory peritoneal dialysis

Niveditha S.^{1*}, Aravind S.², Singh L.³

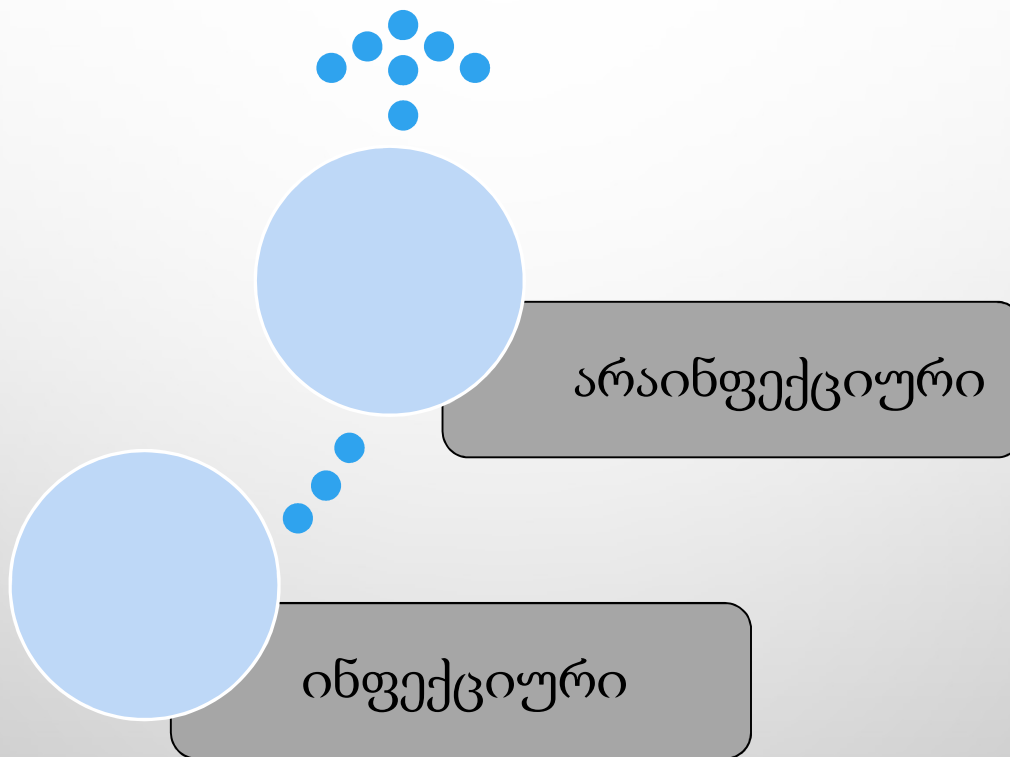
DOI: <https://doi.org/10.17511/ijmrr.2019.i03.05>

^{1*} Niveditha S., Assistant Professor, Department of Medicine, Sri Devaraj Urs Medical College, Kolar, Karnataka, India.

² Aravind S., Postgraduate Student, Department of Medicine, Regional Institute of Medical Science, Imphal, Manipur, India.

³ L.K. Sharatchandra Singh, Professor, Department of Medicine, Regional Institute of Medical Science, Imphal, Manipur, India.

პერიტონეული დიალიზის გართულებები



არაინფექციური გართულებები

არაინფექციური
გართულებები

კათეტერ
დამოკიდებული

- გადინების უკმარისობა
- გაჟონვა
- კათეტერის მანჟეტის ექსტრუზია
- ნაწლავის და შარდის ბუშტის პერფორაცია
- სისხლდენა
- კათეტერის დისლოკაცია

კათეტერისგან
დამოუკიდებელი

- მუცლის კედლის თიაქარი
- პლევრალური გამონაჟონი
- ჰემოპერიტონეუმი
- ულტრაფილტრაციის პრობლემა
- პერიტონეალური სკლეროზი
- მეტაბოლური
- ზურგის/მუცლის ტკივილი
- გასტროენტეროვრეფლუქსი და კუჭის დაგვიანებული დაცლა
- ტკივილი გადასხმის და დაცლის დროს
- ჰიპოკალიემია
- მაგნიუმის ცვლის დარღვევები

გადინების უკმარისობა

გადინების (დაცლის) პრობლემა შეიძლება იყოს ცალმხრივი ან ორმხრივი

- ცალმხრივის მიზეზები:

- ექსტრალუმინალური ოკლუზია (მაგ. ყაზობა)
- კათეტერის არასწორი პოზიცია
- კათეტერის გადაკეცვა

- ორმხრივის მიზეზები:

- ინტრალუმინალური ოკლუზია (მაგ.ბადექონი)
- კათეტერის გადაკეცვა
- ფიბრინი

გადინების უკმარისობა

მკურნალობა:

- ექსტალუმინალურის შემთხვევაში ეფექტურია საფალარათო საშუალებების გამოყენება
- ინტრალუმინალურის მკურნალობა დამოკიდებულია მიზეზე:
 - ფიბრინის შემთხვევაში:
 - მექანიკური შეგდება (ნატრიუმის ქლორიდი 0.9% + ჰეპარინი)
 - ალტეპლაზა 2000 ერთ - 2000 მლ ან 4000 ერთ 5000 მლ
 - თრომბოლიზისი (ალტეპლაზა 4 მგ- 5000 ერთ- დაყოვნების დრო 2 სთ)

კათეტერის დისლოკაცია

- მკურნალობა:

კათეტერის დისლოკაციის მკურნალობის გაზა - ქირურგიულია

- კათეტერის შეცვლა - ღია ქირურგიით
- ან
- კათეტერის ჩასწორება ლაპარასკოპიულად (უპირატესობა ენიჭება ლაპარასკოპიულ მეთოდს ,ის იძლევა საშუალებას ,ჩატარდეს:
- კათეტერის ჩასწორება
- ომენტოპექსია
- კათეტერის გამოცვლა
- ეპიდოპექსია
- ადჰეზიოლიზისი
- კოლოპექსია
- სალპინგექტომია)

კატეტერის გადაკეცვა

მკურნალობა:

პოზიციის
შეცვლის მცდელობა

- ქირურგიული
ჩარევა

გაჟონვა

- გაჟონვის მიზეზი:
 - პერიტონეული დიალიზის ნაადრევი დაწყება - კათეტერის იმპლანტაციიდან 2 კვირაზე ადრე
 - კათეტერის ჩადგმასთან დაკავშირებული პრობლემები: ნაკერების უკმარისობა, ჭრილობის არასწორი დახურვა, კათეტერის არასწორი განთავსება)
 - პერიკათეტერული თიაქარი
 - გვირაბის ინფექცია
 - პერიმედიალური იმპლანტაცია (ჭრილობა შუახაზზე)

მკურნალობა

- მკურნალობის ტაქტიკა დამოკიდებულია ოპერაციიდან გასულ ვადაზე: < 30 დღე
 - ხსანარის მოცულობის შემცირება
 - მწოლიარე მდგომარეობა
 - მუცლის შიდა წნევის მატებისაგან თავის დაცვა
 - თუ გაჟონვა ხდება კათეტერის გამოსავალი ნაწილიდან ინფექციური გართულებების თავიდან აცილების მიზნით საჭიროა ემპირიული ანტიბაქტერიული თერაპია

მკურნალობა

მკურნალობის ტაქტიკა დამოკიდებულია ოპერაციიდან გასულ ვადაზე: > 30 დღე

- ამ შემთხვევაში გაჟონვის მიზეზებია:

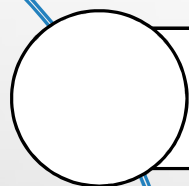
- გვირაბის ინფექცია
- პერიკათეტერული თიაქარი
- კათეტერის მუფის გამოვარდნა

- მკურნალობის გზა

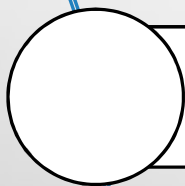
- ქირურგიული
- ანტიბაქტერიული

გაზრდილი ინტრააბდომინალური წნევა

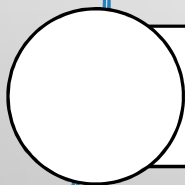
დიალიზატის შეყვანა პერიტონეულის ღრუში იწვევს
ინტრააბდომინალური წნევის გაზრდას



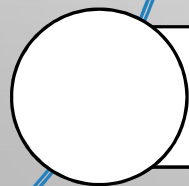
- გაზრდის სიდიდე დამოკიდებულია:



- გადასხმული დიალიზატის მოცულობაზე



- პაციენტის პოზიციაზე (ჯდომა, დგომა, წოლა)



- ასაკი, სხეულის მასის ინდექსი

გაზრდილი ინტრააბდომინალური წნევა

გაზრდილი ინტრააბდომინალური წნევა
და მისი შედეგები:

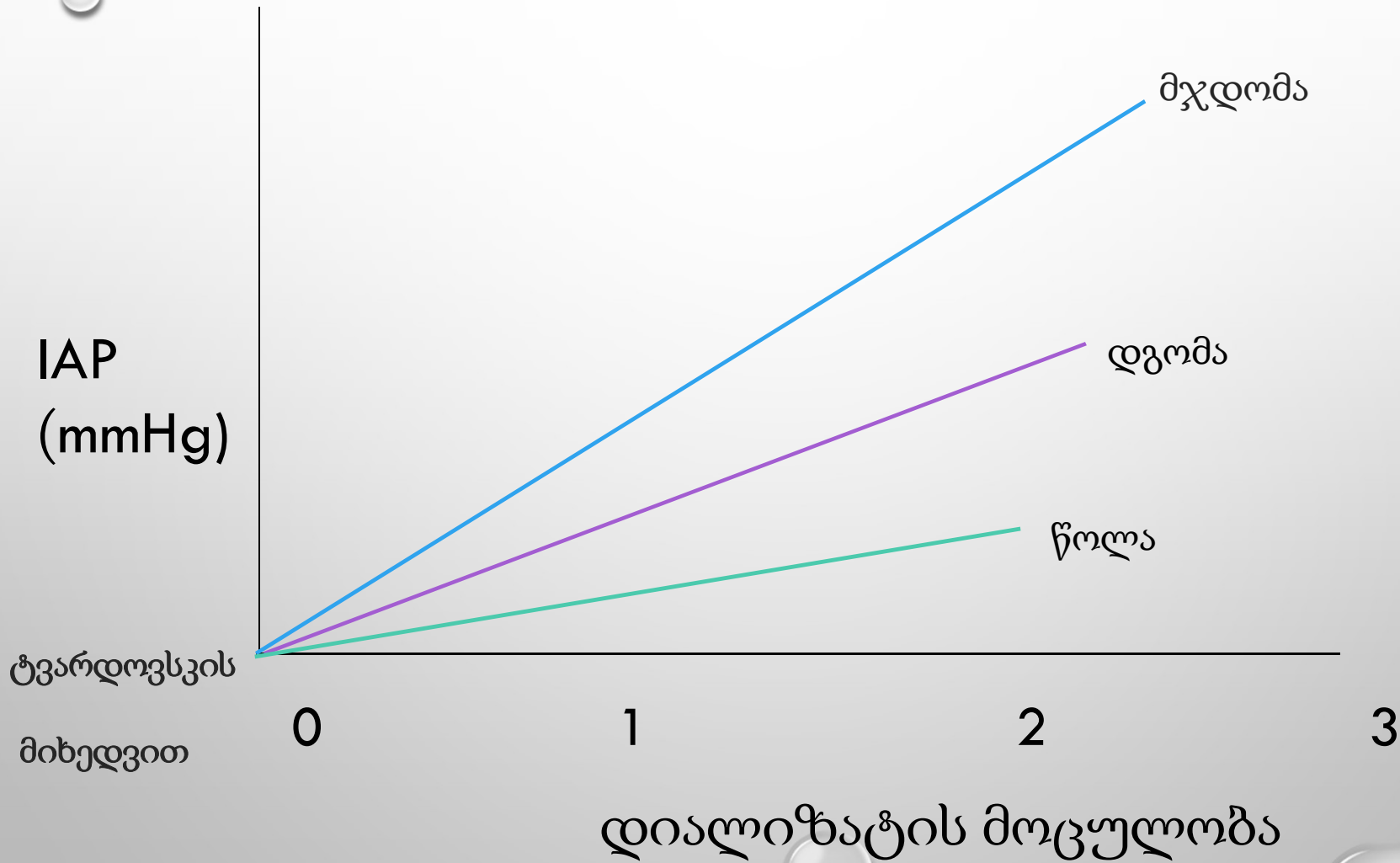
– თიაქარი

– გაჟონვა მუცლის წინა კედელზე და სასქესო
ორგანოებში

– ჰიდროთორაქსი

- ჰემოპერიტონეუმი და სხვა მიზეზებით
შეფერილი დიალიზატი

ინტრააბდომინალური წნევა (IAP), პოზიცია და დიალიზის მოცულობა



თიაქარი

კლინიკური გამოვლინება:

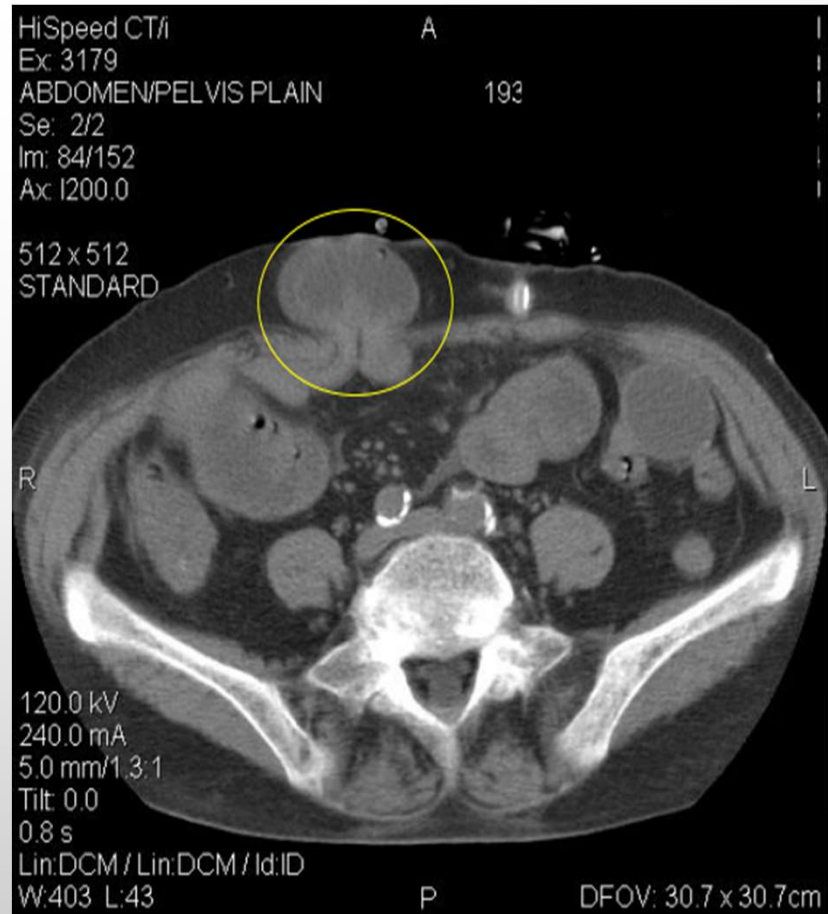
- სიმსივნე ან შეშუპება, რომელიც შეიძლება იყოს მტკივნეული

- ნაწლავის ჩაჭედვა, ნეკროზი ან გაუვალობა

თიაქარი - ვენტრალური თიაქარი



ჭივის თიანჭო



თიაქარი

მკურნალობა:

- ქირურგიული რეკონსტრუქცია:

ოპერაციული ჩარევის შემდეგ:

- მკურნალობის მეთოდის არჩევა დამოკიდებულია თირკმლის ფუნქციაზე და პაციენტის მდგომარეობაზე
- ჩვეულებრივ არ არის საჭირო მათი HD-ზე გადაყვანა
- ხელახლა დაიწყეთ PD დაბალი მოცულობით, მწოლიარე პოზაში, გაზარდეთ მოცულობა თანდათანობით 2 კვირის განმავლობაში

მუცლის კედელის და გენიტალური შეშუპება

კლინიკური მანიფესტაცია:

მუცლის შეშუპება , სკროტალური ან ლაბიალური შეშუპება

ულტრაფილტრაციის შემცირება

წონის მომატება პერიფერიული შეშუპების გარეშე

სითხის გაჟონვა: სისველე ან შეშუპება გამოსასვლელ ადგილას

მუცლის კედლის და გენიტალური შეშუპება

დიაგნოზი:

- ფიზიკური გამოკვლევა (დააყენეთ პაციენტი თქვენს წინ)
- უცვლელი PET (პერიტონეუმის წონასწორობისტესტი)შედეგები
- პერიკათეტერიალური გაჟონვა- ულტრაბგერითი აღინიშნება სითხის მიგრაცია კათეტერის გამოსვლის ადგილის გარშემო

CT კონტრასტით, რომელიც აჩვენებს გაჟონვას თიაქრის
მეშვეობით



მუცლის კედელი და გენიტალური შეშუპება

მკურნალობა:

- დაბალი წნევის PD-ის ხელახალი დანერგვა (მაგ. APD დაბალი მოცულობით)
- დროებით ჰემოდიალიზზე გადაყვანა

ჰიდროთორაქსი

- განმარტება:

- პერიტონეალური დიალიზის სითხის არსებობა პლევრის ღრუმში

- სიხშირე:

- ალბათ < 5%

- პათოგენეზი:

- დიალიზატის მოძრაობა გაზრდილი ინტრააბდომინალური წნევის ქვეშ, პერიტონეალურიდან პლევრის ღრუმში დიაფრაგმის თანდაყოლილი ან შეძენილი დეფექტების მეშვეობით.

- გულის უკმარისობა

- ჰიპერჰიდრატაცია

ჰიდროთორაქსი

განსაკუთრებით საყურადღებოა თანდაყოლილი ან შეძენილი დეფექტების გამო - განვითარებული ჰიდროთორაქსი

მიზეზები:

- დიაფრაგმული თიაქარი
- დიაფრაგმული ხვრელი
- უარყოფითი ინტრათორაკალური წნევა

(უფრო ხშირია ქალებში მამაკაცებთან შედარებით)

ჰიდროთორაქსი

კლინიკური მანიფესტაცია:

- შეიძლება იყოს ასიმპტომური
- ქოშინი
- ქოშინი არ გაუმჯობესდა
ჰიპერტონული დიალიზით
- ულტრაფილტრაციის შემცირება
- მარჯვენა გვერდითი პლევრალური
გამონაჟონი CXR-ზე



ჰიდროთორაქსი

დიაგნოზი

თორაკოცენტეზი :

- სიმპტომების შესამსუბუქებლად და/ან დიაგნოზის ვერიფიცირების მიზნით

პლევრის სითხის ანალიზი:

- ტრანსუდატი
- გლუკოზის მაღალი კონცენტრაცია (ჩვეულებრივ, მაგრამ არა ყოველთვის)
- უჯრედების რაოდენობა ცვლადი

ჰიდროთორაქსი

მკურნალობა:

- თორაკოცენტეზი შეიძლება იყოს სასარგებლო, თუ ქოშინი ძალიან ძლიერია
- შეწყდეს PD
- დროებითი ჰემოდიალიზი, თუ დიალიზი აუცილებელია

ჰიდროთორაქსი

მკურნალობა :

- „დაბალი წნევის“ PD-ის ხელახალი დაწყება

(დიალიზატი პლევრის ღრუში შესაძლოა ფუნქციონირებდეს როგორც სკლეროზული აგენტი)

- პლევროდეზი (ტალკი, ტეტრაციკლინი, ბლეომიცინი, აუტოლოგიური სისხლი)
- ოპერაციული -დიაფრაგმის დეფექტების იდენტიფიცირება და დახურვა

გასტროინტენსტიური რეფლუქსი

კლინიკური ნიშნები:

- გულისრევა
- სისავსის შეგრძნება
- ეპიგასტრიული დისკომფორტი

(გვხვდება პაციენტების 20-დან 50 პროცენტამდე)

გასტროინტენსტიური რეფლუქსი

მკურნალობა - არის კონსერვატიული:

- მეტოკლოპამინი პერორალურად ან ინტრაპერიტონულად
- ნაწლავის მოქმედების რეგულირება
- ხსნარის მოცულობის შემცირება

(არ უნდა დაგვავიწყდეს, რომ ხსნარის მოცულობა კავშირშია დიალიზის ადექვატურობასთან)

ჰემოპერიტონეუმი

დეფინიცია:

- სისხლიანი პერიტონეალური გამონადენი

გამოვლინება:

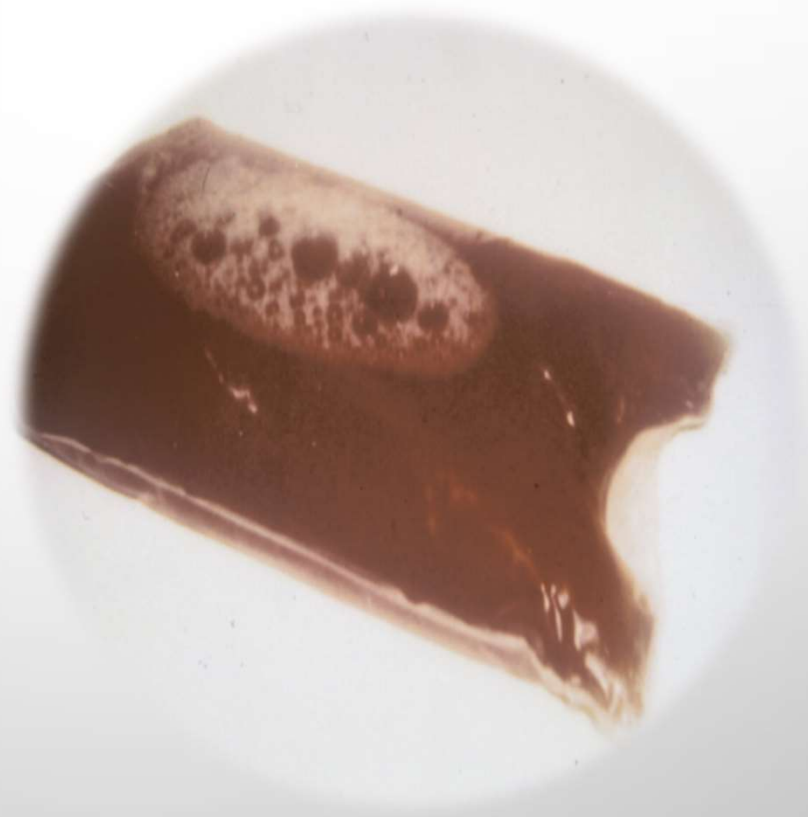
-**საშინელი!** (არც ისე ცუდი, როგორც ერთი შეხედვით ჩანს)

- უნდა განიხილოს „კეთილთვისებიანი“ და „სერიოზული“ მიზეზები

ჰემოპერიტონეუმი

მიზეზები:

- მენსტრუაცია
- ოვულაცია
- თირკმლის ან საკვერცხის ცისტების რღვევა
- ტრავმა
- კოაგულოპათია



ჰემოპერიტონემი

მკურნალობა:

- IP ჰეპარინი - კათეტერშიდა შედედების თავიდან ასაცილებლად
 - გამორეცხვა
 - დიალიზი ოთახის ტემპერატურაზე გამთბარი ხსნარით
 - გამოკვლევა დამოკიდებულია მიმდინარეობის ხანგრძლივობაზე
- გააფრთხილეთ ქალები აღნიშნული გართულების შესახებ წინასწარ

ქილოპერიტონეუმი

- ჩილეს დრენაჟი პერიტონეალურ ღრუში
- ჩნდება და ქრება ცხიმების მიღების მიხედვით
- ხსნარში მაღალია ტრიგლიცერიდების შემცველობა
- პაციენტები უნდა გამოიკვლიონ მუცლის ღრუს პათოლოგიაზე
- მკურნალობა უნდა მოიცავდეს მცირე და საშუალო ჯაჭვის ცხიმოვანი მჟავების დიეტას



ნაღველი დიალიზის ხსნარში

- მარცხნივ ჩამცლულ ტომარას აქვს მწვანე შეფერილობა ნაღვლის დრენაჟის გამო
- სახეზეა ნაღვლის სისტემის მოშლა და ვლინდება ლაპაროსკოპიული ქოლეცისტექტომიის შემდეგ

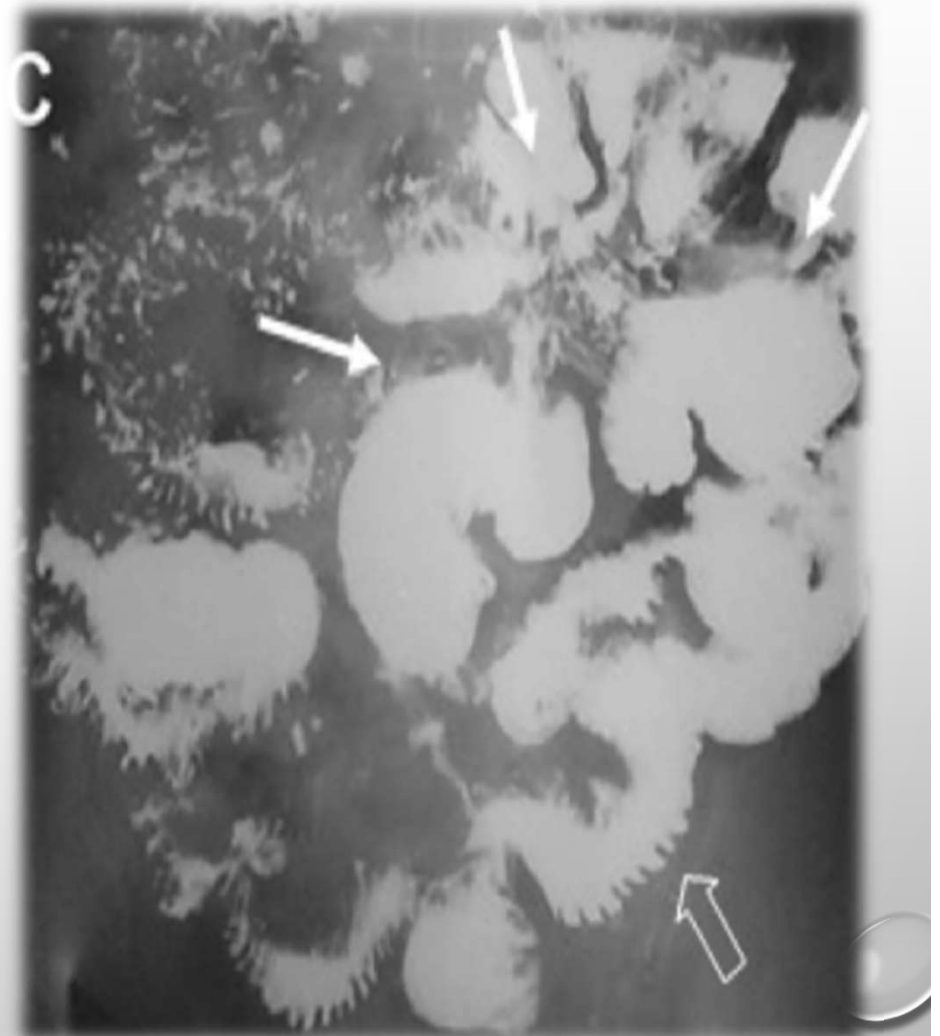


ინკაფსულაციური პერიტონეალური სკლეროზი

ინკაფსულაციური პერიტონეალური სკლეროზი (EPS) არის პერიტონეალური დიალიზის იშვიათი გართულება

ხასიათდება:

- ინტრაპერიტონეალური ანთებითა და ფიბროზით
- იწვევს ნაწლავის მარყუჟების ჩაკეტვას
- ულტრაფილტრაციის უკმარისობას და ნაწლავის გაუვალობას
- ახასიათებს მაღალი სიკვდილობა

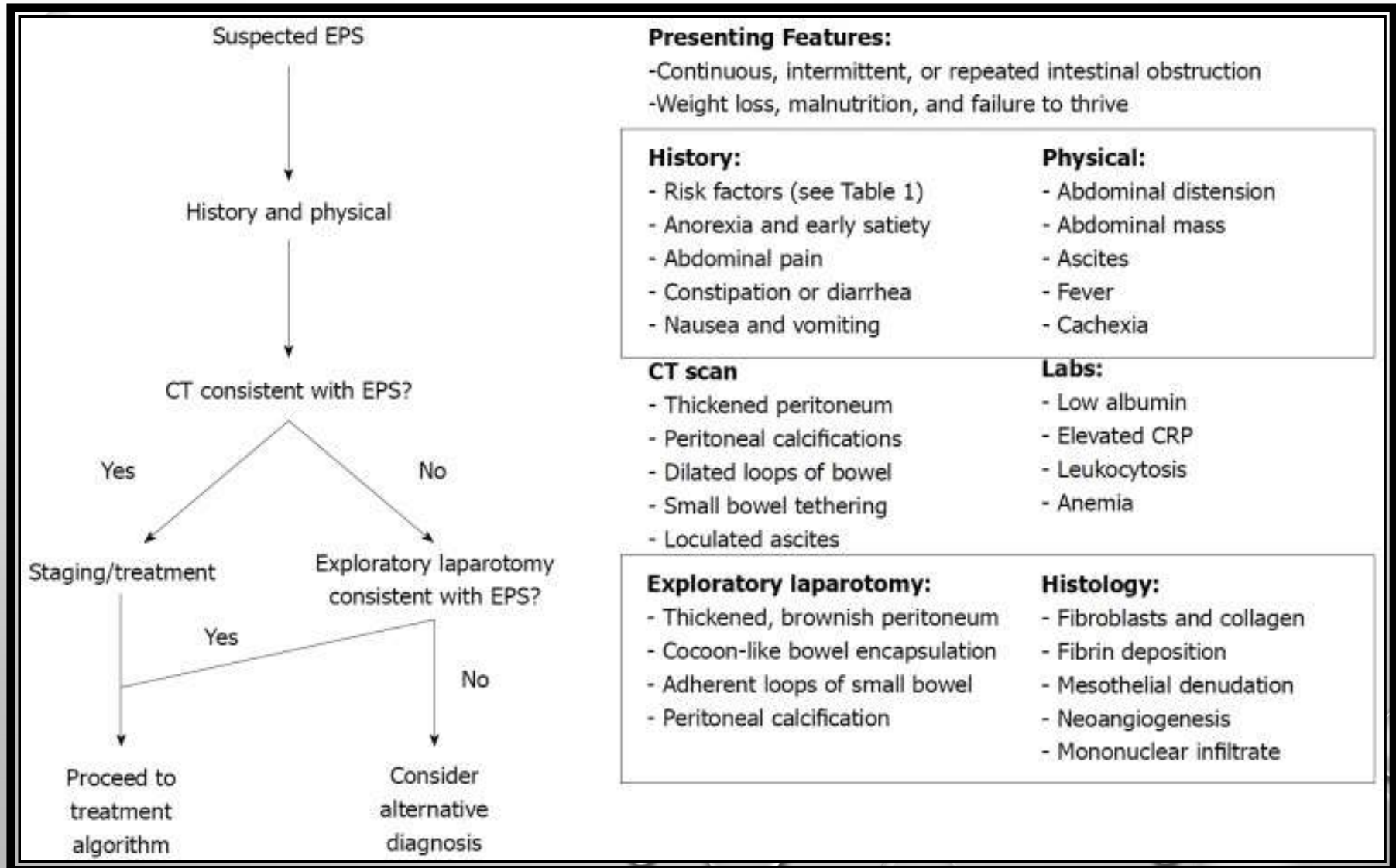


ინკაფსულაციური პერიტონეალური სკლეროზი

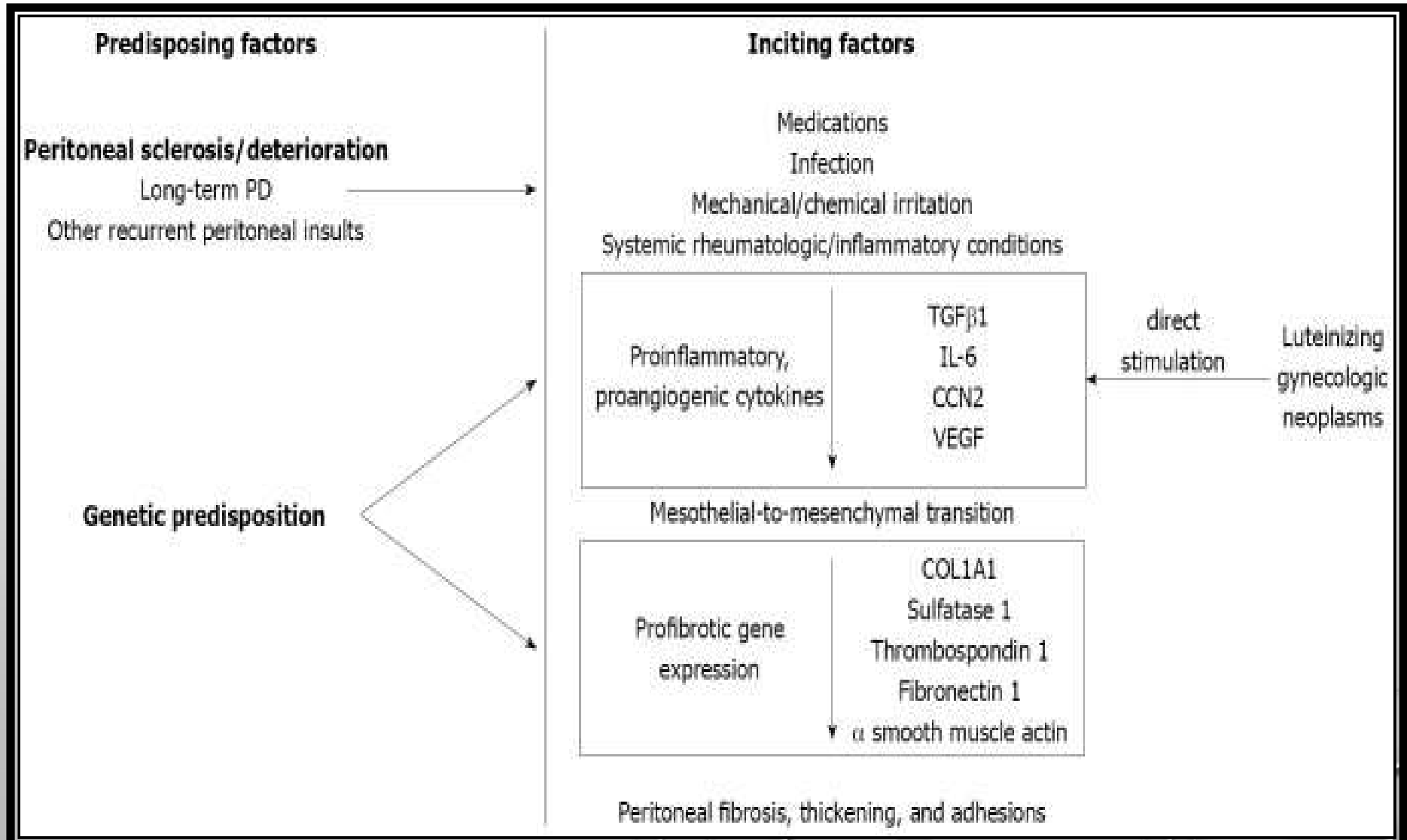
რისკ ფაქტორები

- პერიტონეალური დიალიზის დრო
- მორეციდივე პერიტონიტი
- სადიალიზო სითხეები - გლუკოზის მაღალი კონცენტრაცია, აცეტატის გამოყენება ბუფერად
- მედიკამენტები (ბეტა-ბლოკატორები და კალცინევრინის ინჰიბიტორები შეიძლება იყოს რისკ-ფაქტორები)
- ულტრაფილტრაციის დაქვეითება

ინკაფსულაციური პერიტონეალური სკლეროზი



ინკაფსულაციური პერიტონეალური სკლეროზი



ინკაფსულაციური პერიტონეალური სკლეროზი

კლინიკური გამოვლინება

ადრეული

- ანორექსია
- გულისრევა
- დიარეა
- მუცლის ტკივილი

გვიანი

- ნაწლავის ნაწლავის და/ან პერიტონეალური ადჰეზია
- ნაწლავის კრამპები
- მუცლის ტკივილი
- ყაბზობა
- ღებინება

ინკაფსულაციური პერიტონეალური სკლეროზი

მკურნალობა

- პერიტონეული დიალიზის შეწყვეტა
- ტამოქსიფენი
- ქირურგიული ჩარევები
- იმუნოსუპრესიული თერაპია

ელექტროლიტური დარღვევები

- ჰიპოკალემია 15 %-35% (ნორმა 0.7- 1.1 მმოლ/ლ)- (მიზეზები: გლუკოზის შემცველი ხსნარები, ნაწლავით დანაკარგი)
- ჰიპომაგნემია - 14.5% (ნორმა 0.7- 1.1 მმოლ/ლ)- (მიზეზი: დიარეა, მალაბსორბცია და სტეატორეა და ქირურგიული ჩარევები ნაწლავებზე, შარდით დანაკარგი)
- ჰიპერმაგნემია - 10%-15% (ნორმა 0.7- 1.1 მმოლ/ლ) – (მიზეზები: თირკმლის უკმარისობა,მაგნიუმის შემცველი ანტაციდები,ნაწლავის დაავადებები, კეტოაციდოზი, სიმსივნის ლიზისის სინდრომი, პირველადი ჰიპერათირეოზი)

შეჯამება

- ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი გართულება იშვიათია და ადრეულ ეტაპზე აღმოჩენა უდრის დადებით გამოსავალს...
- პერიტონეული დიალიზი ძალიან ხშირად , წარმოადგენს პაციენტების გადარჩენის ერთადერთ შესაძლებლობას, რაც არ უნდა დაგვავიწყდეს, იმ პაციენტებთან მიმართებაში, რომელთაც არ აქვთ სისხლძაღვოვანი მიდგომის და ტრანსპლანტაციის შესაძლებლობა

კითხვები?



THANK YOU!