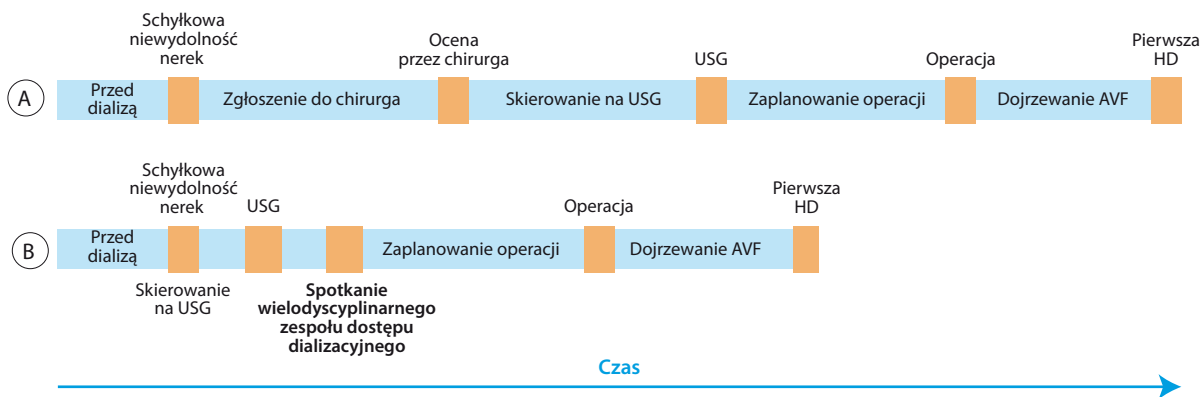


się do stadium schyłkowej niewydolności, a potrzeba rozpoczęcia leczenia nerkozastępczego musi być przewidywana odpowiednio wcześniej. Niezbędne są również dokonanie optymalnej selekcji metody leczenia nerkozastępczego, odpowiedni wybór dostępu dializacyjnego, prawidłowe jego wytworzenie i czas niezbędny na uzyskanie właściwego działania.

Głównym celem wielospecjalistycznego zespołu zajmującego się chorym z dostępem dializacyjnym jest **zapewnienie dobrze działającego dostępu dializacyjnego od początku leczenia nerkozastępczego i zachowanie jego prawidłowego działania tak długo, jak to jest możliwe**. Zespoły dostępu dializacyjnego obejmują nefrologów, pielęgniarki dializacyjne, koordynatorów, chirurgów dostępu dializacyjnego i radiologów interwencyjnych. Dzięki racjonalnej strategii taki zespół może umożliwić efektywną opiekę

nad chorymi, skrócenie czasu do wytworzenia dostępu dializacyjnego, dłuższy czas zachowania jego działania i zmniejszenie wykorzystania cewników dializacyjnych (ryc. 23.2) [3]. Należy mieć świadomość, że w razie zaburzenia działania któregoś z ogniw tego łańcucha i konieczności pilnego rozpoczęcia dializ większość chorych rozpocznie leczenie nerkozastępcze przy wykorzystaniu cewnika dializacyjnego – obecnie dotyczy to 32–73% chorych z przewlekłymi chorobami nerek. Ze wszystkich sił należy unikać takiego błędnego postępowania, gdyż stosowanie cewników dializacyjnych jest niekorzystnym czynnikiem rokowniczym zgonu chorego, przyczyną zakrzepicy i zwężenia żył centralnych, a z powodu upośledzenia odpływu ograniczają one późniejsze działanie i drożność wszelkich rodzajów stałego dostępu dializacyjnego.



RYCINA 23.2 A–B.

Przykład zwiększonej efektywności planowania dostępu dializacyjnego. Poprzez zastąpienie kierowania chorych do chirurgów naczyniowych i badań diagnostycznych (A), przez spotkania zespołu wielodyscyplinarnego (B), czas od kwalifikacji do rozpoczęcia leczenia nerkozastępczego do uzyskania dojrzałego, prawidłowo działającego dostępu dializacyjnego może być istotnie skrócony, co zmniejsza jednocześnie ryzyko konieczności stosowania cewników dializacyjnych dla wykonania pilnych dializ.

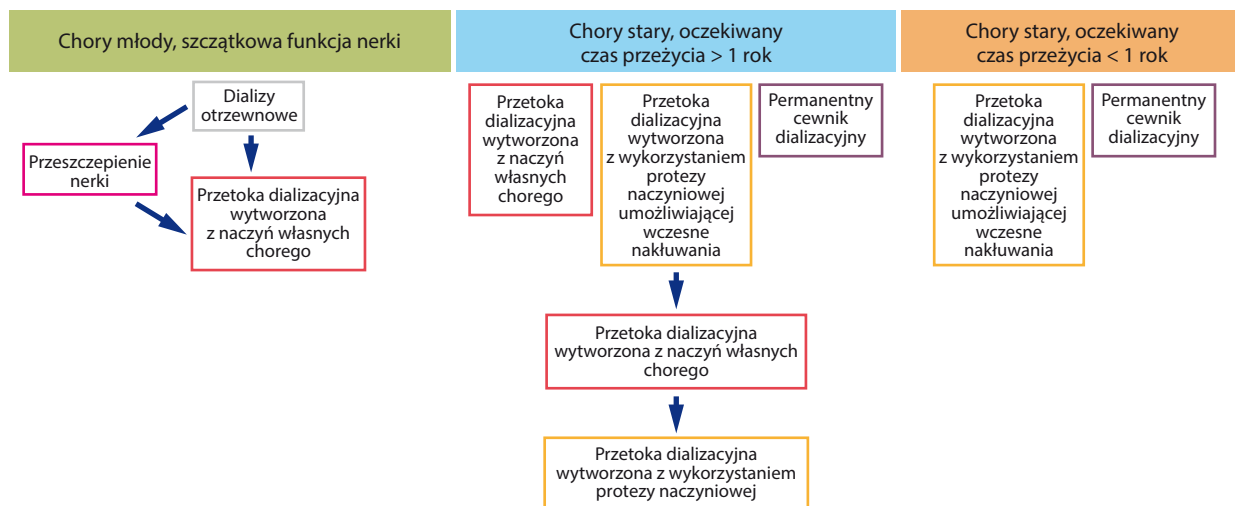
HD – hemodializa; AVF – przetoka dializacyjna wytworzona z naczyń własnych chorego.

23.2. WSPÓŁCZESNE PLANOWANIE DOSTĘPU DIALIZACYJNEGO

Opracowano i udoskonalono algorytmy mające pomóc w wyborze metody leczenia nerkozastępczego, planowaniu i określeniu optymalnego i preferowanego pierwotnego dostępu dializacyjnego. Starsze zalecenia i inicjatywy, takie jak *Fistula first*, skupiały się na dostępie dializacyjnym i wyborze między natywną, autogenną przetoką dializacyjną (*arterio-venous fistula*, AVF) a dostęпами wytwarzanymi z wykorzystaniem protezy sztucznej (*arterio-venous graft*, AVG). Rekomendacje te były w dużym stopniu motywowane faktem nadmiernego wykorzystania AVG do dializ w Ameryce Północnej. Prawdopodobnie z powodu braku pełnej świadomości chirurgów dotyczącej konsekwencji nadmiernego wykorzystywania cewników dializacyjnych takie uproszczone algorytmy stały się przyczyną stałego wzrostu ich wykorzystania, doprowadziły

w wielu krajach do sytuacji, że stały się dominującym dostępem dializacyjnym [4].

W przeciwieństwie do poprzednich rekomendacji ostatnie zalecenia zamiast sztywnych i wąskich algorytmów mają na celu uzyskanie szerszej, a przede wszystkim ukierunkowanej na chorego perspektywy, obejmującej nie tylko hemodializy, lecz także dializy otrzewnowe. Pozwala to na większe dopasowanie się do potrzeb i preferencji chorego. Uaktualnione zalecenia KDOQI (2019 r.) promują wdrożenie **planu życiowego indywidualnego dla konkretnego chorego** – obejmującego pacjenta, życiowy plan, dostęp dializacyjny i potrzeby (ESRD life-PLAN – akronim od *end-stage renal disease – life – patient, plan, access, needs*). Dla każdego dostępu dializacyjnego konieczny jest plan obejmujący protekcję naczyń, wytworzenie dostępu,



RYCINA 23.3.

Przykłady życiowych planów stworzone dla trzech różnych grup chorych ze schyłkową niewydolnością nerek (w zależności od wieku, czynników ryzyka i oczekiwanego czasu przeżycia).