

AJANDA

- Periton Diyalizi Tanımı
- Periton Diyalizi Başlangıç Malzemeleri
- Periton Diyalizi Solüsyonları
- Hizmetlerimiz

Periton Diyalizi

Karın boşluğuna verilen özel bir solüsyon aracılığı ile hastanın kendi karın zarını kullanarak kanın atık maddelerden temizlenmesi ve sıvı dengesinin sağlanması işlemidir

Periton Diyalizi

- Karın zarı süzgeç görevi görür
- BOŞALTIM-DOLUM-BEKLETME aşamaları vardır

Periton Diyalizi Avantajları ve Dezavantajları

AVANTAJLAR

- Kan basıncının daha iyi kontrolü
- Diyet kısıtlamalarının çok az olması
- Tedavinin hasta tarafından gerçekleştirilmesi
- Eğitimin kısa ve basit olması
- Kardiovasküler stresin minimum olması
- Heparinizasyona ihtiyaç olmaması
- Hastanın kendini daha iyi ve sağlıklı hissetmesi

DEZAVANTAJLAR

- Enfeksiyon olasılığı
 - Peritonit
 - Katetere bağlı çıkış yeri ve tünel enfeksiyonu
- Tedavinin her gün yapılması
- Kateter implantasyonu için küçük cerrahi girişim gerekir

Periton Diyalizi Seçenekleri

SAPD

- PD başlangıç rejimi
- Manuel
- Günboyu
- 4/5 değişim/gün
- Çiftli Solüsyon torbası kullanımı

APD

- Makina kullanımı
- Sosyal ve tıbbi endikasyonlar
- Genellikle gece
- Değişken değişim sayısı
- Tekli solüsyon torbası kullanımı

Periton Diyalizi Yardımcı Malzemeleri

Periton Diyalizi Yardımcı Malzemeleri

1. Periton Diyalizi Kateteri

Hastanın karın zarına ulaşmak için kullanılır

İnce, yumuşak, silikondan yapılmıştır

Çocuk ve yetişkinlere göre uzunlukları farklıdır



Periton Diyalizi Yardımcı Malzemeleri

2. Titanyum adaptör

- Kateter ile transfer seti birleştirir
- Titanyum metalinden yapılmıştır
- Kalıcıdır
- 1 defa kullanılır



3. Ultra transfer set

- Titanyum adaptör ile diyaliz solüsyonu arasındaki bağlantıyı sağlar
- En fazla 4-6 ayda bir değiştirilir



Periton Diyalizi Yardımcı Malzemeleri

4. Minikapak

-Değişim işleminden sonra, ultra transfer setin açıkta kalan ucunu kapatmak amacıyla kullanılır.

-Tek kullanımlıdır

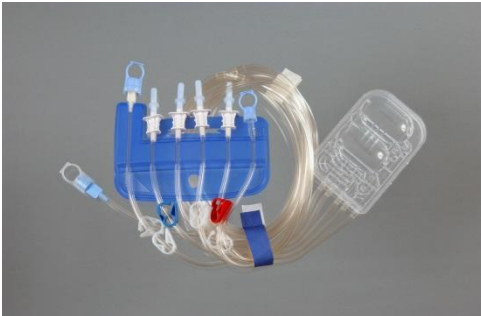
-Her değişimde yeni bir minikapak kullanılır



APD Yardımcı Malzemeleri

5. HC set

- Solüsyon torbalarının Homechoice isimli APD makinasına bağlanması amacı ile kullanılır
- Tek kullanımlıktır
- Her değişimde yeni bir set kullanılır



6. APD Drenaj Seti

- Aletli Periton Diyalizi tedavisinde drene olan solüsyonu toplamak için kullanılan,15 lt kapasiteli boş torbadır

Periton Diyalizi Solüsyonlarımız

Periton Diyalizi Solüsyonlarımız

Türkiye PD Solüsyonları Tarihçesi:

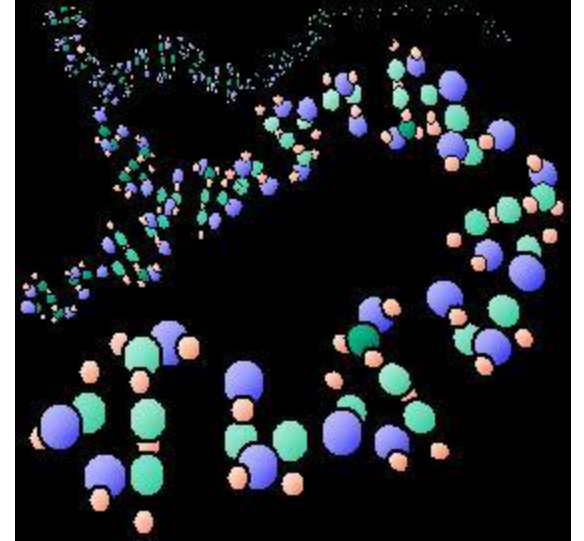
- Extraneal** – 2000 yılında kullanıma başlandı (etken madde **icodextrin**, pH: 5.5, tampon madde 40 mmol laktat, Ca 1.75) (yerli üretim)
- Nutrineal** – 2002 yılında kullanıma başlandı (etken madde **amino asit**, pH: 6.7, tampon madde 40 mmol laktat, Ca **1.25**) (yerli üretim)
- Physioneal** – 2006 yılında kullanıma başlandı (etken madde glukoz, pH: 7.4, tampon madde 15 mmol laktat – **25 mmol bikarbonat, Ca 1.25**)



Yeni Kuşak Solüsyonlar “EXTRANEAL”

Ozmotik Ajan: ICODEXTRIN 75 g./1000 ml

- Mısır nişastasından elde edilir
- Glikojenin yapısına benzer
- Ort MA: 13-19,000 dalton



Yeni Kuşak Solüsyonlar “EXTRANEAL”

BİLEŞİMİ

Sodyum	:133 mmol/litre
Kalsiyum	:1.75mmol/litre
Magnezyum	:0.25 mmol/litre
Klorür	:96 mmol/litre
Laktat	:40 mmol/litre
Ozmotik ajan	:Icodextrin 75 g/litre
Osmolarite	:284 mOsm/L
pH	: 5.2 — 5.5
Hacim	:2000 ml tekli ve çiftli torba

Neden Extraneal?

- Ultrafiltrasyon, sıvı dengesi ve Na uzaklaştırmasında daha etkindir 1,2,3,4,5,6
- Solüt klirensini arttırır 2,6,7
- Glukoz içermez (düşük GDP ve AGE oluşumu) 8,9,10,11
- Sistemik metabolik yan etkileri azaltır 1,2,12,13,14
- Tedavide kalış süresini uzatır 15,16,17

Kullanımı

Özellikle,

- UF problemi,
 - Hipervolemisi olan
 - Yüksek veya yüksek orta membran transport tipine sahip hastalarda %3.86 glukoz solüsyonu yerine etkili şekilde uzun bekleme süresi gereken durumlarda kullanılabilir
- Günlük tek değişim uygulanması önerilir
 - Önerilen bekleme süresi:
 - SAPD tedavisinde 6-12 saat,
 - APD tedavisinde 14-16 saattir.





Yeni Kuşak Solüsyonlar “NUTRINEAL”

- Ozmotik Ajan olarak AMİNOASİT içerir
- PD hastaları için özel formüle edilmiştir
(Esansiyel aminoasitlerden zengin (64%))
- UF ve küçük solüt klirensi % 1.36 Glukoz diyaliz solüsyonuna eşdeğerdir.

Yeni Kuşak Solüsyonlar “NUTRINEAL”

BİLEŞİMİ

Sodyum	: 132 mmol/litre
Kalsiyum	: 1.25 mmol/litre
Magnezyum	: 0.25 mmol/litre
Laktat	: 40 mmol/litre
Klorür	: 105 mmol/litre
Amino asitler	: 87 mmol/litre
Ozmolarite	: 365 mOsm/litre
pH	: 6.7
Hacim	: 2000 ml tekli ve çiftli torba

Neden Nutrineal?

- Glukoz içermez (GDP ve AGE içermez)^{13,18}
- Serum albümin düzeylerinin korunmasını sağlar, serum trigliserid seviyelerini iyileştirir^{19,20,21}
- Peritonit sırasında ve sonrasında amino asid kaybını yerine koyar²¹
- Günlük protein alım hedefinin 25%'ini sağlar²²

Kullanımı

- Günlük tek değişim uygulanması önerilir
- SAPD'de ana öğünlere denk gelecek şekilde 4-6 saatlik bekleme sürelerinde kullanılır
- APD'de gece glukoz solüsyonları ile karıştırılarak veya gün içi ek değişimlerde kullanılabilir.
- İştah kaybı bulunan tüm PD hastaları:
 - » yeni hastalar,
 - » yaşlı hastalar,
 - » enfeksiyonu bulunan hastalar
 - » Diyabetik hastalar
 - » Peritonit olan hastaları kullanabilir



Yeni Kuşak Solüsyonlar “PHYSIONEAL”

- Ozmotik ajan: GLUKOZ
- 1.36, 2.27,3.86 % formlarında
2000 ml çiftli torbalarda
- Çift Bölmeli



Yeni Kuşak Solüsyonlar “PHYSIONEAL”

BİLEŞİMİ

Glukoz anhidroz	: 75.5 mmol/litre
Sodyum	: 132 mmol/litre
Kalsiyum	: 1.25 mmol/litre
Magnezyum	: 0.25 mmol/litre
Klorür	: 95 mmol/litre
Bikarbonat	: 25 mmol/litre
Laktat	: 15 mmol/litre
Ozmolarite	: 344 mOsm/litre
pH	: 7.4

Yeni Kuşak Solüsyonlar “PHYSIONEAL”

- Fizyolojik bikarbonat(25mmol/l)
- Fizyolojik pH (7,4)
- Fizyolojik $p\text{CO}_2$



Düzelmiş biyouyumluluk



Neden Physioneal?

- Membran bütünlüğüne olumlu katkısı vardır 10,23,24,25,26
- İnfüzyon ağrısını azaltır 27,28
- Periton membranı lokal savunmasını güçlendirir 29,30,31,32
- Düzelmış ultrafiltrasyon ve vücut ağırlığı 33

Kullanımı

- Physioneal, Periton Diyalizi tedavisinde standart solüsyonlar yerine her değişimde ve günün her saatinde kullanılabilir.
- Ortalama bekleme süresi standart solüsyonların bekleme süresi ile aynıdır.
- Günlük değişim sıklığı ortalama 4-5 adettir.
- İnfüzyon hacmi vücut ağırlığına göre değişmekle birlikte ortalama 2 litredir.

Solüsyon Hacimlerimiz Özet

Hacim Seçenekleri	DIANEAL			PD4 DIANEAL			PHYSIONEAL			EXTRANEAL	NUTRINEAL
	1,36%	2,27%	3,86%	1,36%	2,27%	3,86%	1,36%	2,27%	3,86%	Icodextrin	Aminoasit
1000 ml çiftli				+	+						
2000 ml tekli				+	+	+	+	+	+	+	+
2000 ml çiftli	+	+	+	+	+	+				+	+
2500 ml çiftli				+	+						
5000 ml tekli				+	+	+					
6000 ml tekli HC setli	+	+		+	+						

Hizmetlerimiz

“Yurtdışına Seyahat İmkani”

PD Hastaları, Baxter merkezi veya distribütörü bulunan

bir ülkeye giderken, en az 3 ay önce ünitelerindeki sağlık personeline haber verdiği durumda,

yurtdışında da evlerine teslimat yapılacak ve PD yapma imkanı bulacaklardır.

Hizmetlerimiz

“HC Yardım hattı”

Aletli Periton Diyalizi kullanıcıları, Homechoice veya Homechoice Pro cihazları ile ilgili sorunları için haftanın

7 günü 24 saat

0532 366 82 64

numaralı telefondan APD Bilgi Hattı'na ulaşabilirler.

Hizmetlerimiz

“Teknik Servis”

Aletli Periton Diyalizi kullanıcılarına Homechoice veya Homechoice Pro cihazları ile ilgili;

- Makina teslim,
- Değişim
- Teknik problemlerin çözümü ile ilgili destek veren Teknik Servisimiz

Hizmetlerimiz

“Klinik Destek”

- Klinik Yazılım Programları (Renalsoft,PD Adequest)
- Yan Dal Hekim Toplantıları
- Bölgesel Periton Diyalizi toplantıları
- Literatür desteği

Üretim hattı

Ürünlerimiz STERİL ortamda,
Baxter'in dünya standartlarında
belirlediği kriterlere göre
İstanbul/Ayazağa'daki fabrikamızda*
üretilmektedir.*



Referanslar

- 1) Mistry KI 1994;46:496-503
- 2) Wolfson ve ark. AJKD. 2002;40: 1055-1065
- 3) Posthuma ve ark. PDI. 2000;20(suppl 2):S106-S113.
- 4) Woodrow ve ark. NDT. 1999;14:1530-1535
- 5) Davies SJ ve ark. JASN. 2003;14:2338-2344
- 6) Plum J ve ark. AJKD. 2002;39:862-871
- 7) Finkelstein ve ark. J Am Soc Nephrol. 2005;16:546-554
- 8) Cooker ve ark. Adv Perit Dial. 1999;15:17-20.
- 9) Ishikawa ve ark. KI. 2003;63:331
- 10) Schalkwijk ve ark. PDI. 2000;20:796-798
- 11) Lee ve ark. PDI. 2000;20:643-651
- 12) Bredie SJH ve ark. PDI. 2001;21:275-281
- 13) Holmes CJ ve ark. PDI. 2000;20(suppl 2):S37-S41
- 14) Marshall J ve ark. KI 2003;64:1480-1486
- 15) Wilkie ve ark. PDI 1997;17:84-87.
- 16) Johnson DW ve ark. Adv Perit Dial. 2003;19:81-85
- 17) Divino Filho JC PDI 2003;23(suppl 1):S19
- 18) Ueda ve ark. KI Vol 58 (2000); 2518-2524
- 19) Li ve ark. Am J Kidney Dis 42 (1):173-183, 2003
- 20) Tjiong ve ark. PDI 24 (Suppl.2): S26, 2004
- 21) Kopple ve ark. KI 47: 1148-1157, 1995
- 22) Jones ve ark. PDI 18 (2): 210-216, 1998
- 23) Cooker LA ve ark. PDI 1997;17:373-378
- 24) Millar DJ ve ark. Adv Perit Dial. 1998;14:191-194
- 25) Park MS ve ark. PDI 2000;20(suppl 5):S33-S38
- 26) Mortier S ve ark. KI 2004;66:1257-1265
- 27) Mactier RA. ve ark. KI 1998;53,s1061-1067
- 28) Fusshoeller A. ve ark. NDT (2004)19:2101-2106
- 29) Jones S ve ark. J Am Soc Nephrol. 2002;13(suppl 1):S97-S103
- 30) Mackenzie RK ve ark. J Am Soc Nephrol. 1998;9:1499-1506
- 31) Rogachev B. ve ark. Perit Dial Int. 1997;17:546-553
- 32) Sundaram S. ve ark. Am J Kidney Dis. 1997;30:680-689
- 33) Dratwa Kidney Int. 2003;64(suppl 88):S105-S113.