Компания Fresenius Medical Care стремится обеспечить высокое качество диализной терапии во всех ее аспектах. Наши медицинские специалисты осознают, что сосудистый доступ имеет для пациента жизненно важное значение.

**Сосудистый доступ может быть:**

1. **Постоянный(ПСД)** -Артериовенозная фистула (АВФ)

-Сосудистый протез (АВП)

1. **Полупостоянный (временный)** -Туннельные катетеры (длительность стояния до нескольких лет)
2. **Временный** -временные катетеры (длительность стояния до 2 недель)

**Что такое АВФ.**

АВ - фистула, как постоянный и длительно функционирующий сосудистый доступ, формируется больному при помощи операции. Для этого, как правило, на нерабочей руке выделяются артерия и вена.

Они сшиваются тонкими нитями – формируется искусственное соустье между артерией и веной, через которое часть артериальной крови сбрасывается в венозную сеть минуя капиллярную систему.

**АВП** используются при отсутствии собственных вен.

**Стратегия формирования доступа:**

1. Нативная АВФ предпочтительнее перед АВП, а АВП предпочтительнее перед ЦВК.
2. Потенциальные ГД больные должны поступать к хирургу для формирования ПСД.
3. Созревание (готовность вены для пункции) АВФ занимает 4-6 недель
4. АВФ должно находиться под постоянным контролем для возможности, при необходимости, упреждающего вмешательства

**АВФ должна быть максимально разработана к началу терапии:**

1. Диаметр вены 6 мм
2. ОСК 600 мл/мин.
3. Глубина залегания вены 6 мм
4. Минимальная протяженность доступа 6 см.

**В качестве временного сосудистого доступа используют катетеры, которые устанавливаются только при :**

1. Необходимость экстренного проведения процедуры диализа (в ближайшие 12-24 часа) при отсутствии другогососудистого доступа.
2. Ожидаемая потребность в диализе менее 4 недель (6 недель для катетеров с антисептическим покрытием)

**По локализации катетеры могут быть:**

1. Яремные (ВЯ). Этот катетер устанавливают во внутреннюю яремную вену в области шеи
2. Подключичные. который устанавливается в подключичную вену – непосредственно под ключицей.
3. Бедренный. который устанавливают в бедренную вену в паховой области.

**Уход за АВФ:**

**Нельзя**

1. Спать
2. Измерять АД
3. Производить инъекции
4. Сдавливать тугой повязкой
5. Любой больной у которого сформирована АВФ, должен научиться контролировать ее работу.

Для этого нужно положить пальцы другой руки на область соустья – вы должен почувствовать прерывистый шум, который соответствует частоте сердечных сокращений. Если вы не почувствовать шум фистулы, это означает, что фистула не работает, она тромбирована. Немедленно обратитесь к хирургу. Это необходимо проводить ежедневно.

**Следует помнить :**

1. Оптимальным сосудистым доступом необходимо считать нативную фистулу
2. Перманентный центральный катетер является единственной альтернативой у некоторых больных
3. Применения временных катетеров следует избегать

**Качественный сосудистый доступ – это решающий фактор благополучия пациента.**