

# გაიდლაინები სისხლძარღვოვანი მიდგომის შესახებ

## გაიდლაინი 1. პაციენტის მომზადება

**გაიდლაინი 1.1:** ვენის დაზოგვის ადრეული დაგეგმვა პრედიალიზური მოვლის ერთ-ერთ აუცილებელ ასპექტს წარმოადგენს თირკმლის ქრონიკული დაავადების მართვაში.

**გაიდლაინი 1.2:** თირკმლის ქრონიკული უკმარისობის მქონე ყველა პაციენტმა, ვისთანაც შერჩეული იქნა ჰემოდიალიზი, დიალიზი უნდა დაიწყოს მოფუნქციე სისხლძარღვოვანი მიდგომით.

**გაიდლაინი 1.3:** ქრონიკული ჰემოდიალიზის პოტენციური პაციენტები სისხლძარღვოვანი მიდგომის შექმნის მიზნით უნდა გაიგზავნოს ნეფროლოგთან და/ან ქირურგთან თქდ IV სტადიაზე, ან უფრო ადრე სწრაფად პროგრესირებადი ნეფროპათიის ან ისეთი სპეციფიური კლინიკური მდგომარეობის შემთხვევაში, როგორცაა შაქრიანი დიაბეტი ან პერიფერიული სისხლძარღვების მძიმე დაავადება.

## გაიდლაინი 2. პრეოპერაციული შეფასება

**გაიდლაინი 2.1:** სისხლძარღვოვანი მიდგომის შექმნამდე უნდა ჩატარდეს ზედა კიდურების არტერიების კლინიკური გამოკვლევა და არტერიებისა და ვენების არაინვაზიური ულტრასონოგრაფია.

**გაიდლაინი 2.2:** ცენტრალური ვენის გამოკვლევა ნაჩვენებია იმ პაციენტებში, რომლებსაც ედგათ ცენტრალური ვენის კათეტერი.

## გაიდლაინი 3. სისხლძარღვოვანი მიდგომის შექმნის სტრატეგია

**გაიდლაინი 3.1:** სისხლძარღვოვანმა მიდგომამ უნდა უზრუნველყოს ადეკვატური ჰემოდიალიზისათვის საჭირო სისხლის ნაკადი.

**გაიდლაინი 3.2:** პირველი არჩევის სისხლძარღვოვანი მიდგომაა აუტოგენური ფისტულა, მეორე არჩევის – პროთეზი, მესამე არჩევის – ცენტრალური ვენური კათეტერი.

**გაიდლაინი 3.3:** პირველი არჩევის მიდგომაა ზედა კიდურის აუტოგენური ფისტულა, რომელიც უნდა შეიქმნას მაქსიმალურად დისტალურად.

**გაიდლაინი 3.4:** უნდა მოხდეს ფისტულის მომწიფების მონიტორინგი, რათა საჭიროების შემთხვევაში დროულად დაიწყოს ჰემოდიალიზი.

#### **გაიდლაინი 4. ექთნებისა და პერსონალის როლი სისხლძარღვოვანი მიდგომის მართვაში**

**გაიდლაინი 4.1:** ექთნები და პერსონალი ჩართული უნდა იყოს ვენის დაზოგვასა და სისხლძარღვოვანი მიდგომის მონიტორინგში. თირკმლის ქრონიკული დაავადების მქონე ყველა პაციენტისათვის უნდა არსებობდეს პოტენციური სისხლძარღვოვანი მიდგომის დაზოგვის გეგმა.

**გაიდლაინი 4.2:** აუცილებელია სისხლძარღვოვანი მიდგომასთან მომუშავე პერსონალის ადეკვატური უწყვეტი ტრენინგი ვენების კანულაციასა და მიდგომის მართვასთან დაკავშირებით.

**გაიდლაინი 4.3:** აუტოგენური ფისტულის კანულაცია უნდა მოხდეს ადეკვატური მომწიფების შემდეგ.

**გაიდლაინი 4.4:** პროტეზის კანულაციის დროს გამოყენებული უნდა იქნას “თოკის კიბის” ტექნიკა.

#### **გაიდლაინი 5. სისხლძარღვოვანი მიდგომაზე ზედამხედველობა**

**გაიდლაინი 5.1:** ყოველი კანულაციის წინ უნდა მოხდეს აუტოგენური ფისტულისა და პროტეზის ფიზიკური გასინჯვა.

**გაიდლაინი 5.2:** სისხლძარღვოვანი მიდგომის ფუნქცია რეგულარულად უნდა შემოწმდეს სისხლის ნაკადის ობიექტური განსაზღვრის მეთოდით.

#### **გაიდლაინი 6. ავ ფისტულის და პროტეზის სტენოზის დიაგნოზი**

**გაიდლაინი 6.1:** ფიზიკური გასინჯვის შედეგად სისხლძარღვის ჰემოდინამიკურად მნიშვნელოვანი სტენოზზე ეჭვის მიტანის შემთხვევაში საჭიროა ინსტრუმენტული კვლევის დროული ჩატარება.

**გაიდლაინი 6.2:** უნდა მოხდეს დროული პერკუტანული ან ქირურგიული ჩარევა, გადაღების გარეშე, და ინსტრუმენტული კვლევა ჩატარდეს უშუალოდ ჩარევის შემდეგ.

**გაიდლაინი 6.3:** თუ საჭიროა არტერიული და ვენური სისხლძარღვების სრული ვიზუალიზაცია, უნდა ჩატარდეს მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია.

## **გაიდლაინი 7. ავ ფისტულის და პროტეზის სტენოზის მკურნალობა**

**გაიდლაინი 7.1:** ვენური ტოტის სტენოზის მკურნალობის არჩევის მეთოდია პერკუტანული ტრანსლუმინური ანგიოპლასტიკა (პტა).

**გაიდლაინი 7.2** აუტოგენური ფისტულის ან პროტეზის თრომბოზის მკურნალობა შეიძლება ინტერვენციული რადიოლოგიით ან ქირურგიული ჩარევით. ინდივიდუალურმა ცენტრებმა უნდა განიხილონ საკუთარი შედეგები და შეარჩიონ საუკეთესო შედეგის მქონე ჩარევა.

## **გაიდლაინი 8. ცენტრალური ვენის ობსტრუქციის დიაგნოზი და მკურნალობა**

**გაიდლაინი 8.1:** ცენტრალური ვენის ობსტრუქციაზე ეჭვის გაჩენის შემთხვევაში უნდა ჩატარდეს სისხლძარღვოვანი მიდგომის ანგიოგრაფია და ვენის ნაკადის შეფასება.

**გაიდლაინი 8.2** ცენტრალური ვენის ობსტრუქციის მკურნალობა უნდა მოხდეს პერკუტანული ინტერვენციით.

## **გაიდლაინი 9. სისხლძარღვოვან მიდგომასთან დაკავშირებული იშემიის დიაგნოზი და მკურნალობა**

**გაიდლაინი 9.1:** იშემიის დიაგნოსტიკა უნდა მოხდეს კლინიკური გამოკვლევით და მიზეზი დადგინდეს კვლევის არაინვაზიური მეთოდებისა და ანგიოგრაფიის გამოყენებით.

**გაიდლაინი 9.2:** ქირურგიული მკურნალობის მეთოდებია: არტერიული ნაკადის გაუმჯობესება, ფისტულის ნაკადის შემცირება, დისტალური რევასკულარიზაცია და უკიდურეს შემთხვევაში – სისხლძარღვოვანი მიდგომის გადაკეტვა

## **გაიდლაინი 10. ცენტრალური ვენური მიდგომა**

**გაიდლაინი 10.1:** ცენტრალური ვენური სადიალიზო კათეტერი უნდა ჩაიდგას მხოლოდ სხვა ალტერნატივის არარსებობის შემთხვევაში.

**გაიდლაინი 10.2:** კათეტერი უნდა ჩაიდგას პერკუტანული გზით, როგორც მწვავე, ასევე ქრონიკული დიალიზის შემთხვევაში. ჩადგმა უნდა მოხდეს ექოსკოპიის კონტროლით. ჩადგმის შემდეგ უნდა ჩატარდეს რენტგენოგრაფია (გულმკერდის ან მუცლის) კათეტერის ლოკალიზაციის შესამოწმებლად და გართულებების აღმოსაჩენად.

**გაიდლაინი 10.3:** ცენტრალური ვენური სადიალიზო კათეტერის ჩადგმის არჩევის ადგილია მარჯვენა შიდა საუღლე ვენა.

**გაიდლაინი 10.4** დროებითი (გვირაბის გარეშე) კათეტერი მხოლოდ გადაუდებელ შემთხვევაში უნდა იქნას გამოყენებული და შეძლებისდაგვარად სწრაფად შეიცვალოს მუდმივი (გვირაბიანი) კათეტერით.

## **გაიდლაინი 11. ცენტრალური ვენური მიდგომის გართულებების მართვა**

**გაიდლაინი 11.1** ცენტრალური ვენური სადიალიზო კათეტერის დისფუნქციის დროს უნდა მოხდეს ადგილობრივი ფიბრინოლიზის გამოყენება. მორეციდივე დისფუნქციის შემთხვევაში საჭიროა ადგილობრივი ფიბრინოლიზი ინსტრუმენტული კვლევიტ, მიკრობიოლოგიური შეფასებით და სისტემური კოაგულაციის შესწავლით.

## **გაიდლაინი 12. ინფიცირებული სისხლძარღვოვანი მიდგომის მართვა**

**გაიდლაინი 12.1:** აუტოგენური ფისტულის ცხელებისა და ბაქტერიემიის გარეშე მიმდინარე ინფექციის შემთხვევაში ნაჩვენებია ანტიბიოტიკოთერაპია მინიმუმ ორი კვირის მანძილზე.

**გაიდლაინი 12.2:** აუტოგენური ფისტულის ცხელებით და/ან ბაქტერიემიით მიმდინარე ინფექციის შემთხვევაში ნაჩვენებია ინტრავენური ანტიბიოტიკოთერაპია ორი კვირის მანძილზე. ინფიცირებული თრომბის და/ან სეპტიური ემბოლიის შემთხვევაში ნაჩვენებია ფისტულექტომია.

**გაიდლაინი 12.3:** პროტეზის ინფიცირების შემთხვევაში ნაჩვენებია ინტრავენური ანტიბიოტიკოთერაპია ორი კვირის და პერორალური ანტიბიოტიკოთერაპია შემდეგი ოთხი კვირის მანძილზე. ბაქტერიემიის და/ან ინფიცირებული თრომბის არსებობის შემთხვევაში შეიძლება საჭირო გახდეს პროტეზის სეგმენტური ექსპლანტაცია შუნტირებით.

**გაიდლაინი 12.4:** ანასტომოზის ინფექცია მთლიანი პროტეზის ექსპლანტაციის ჩვენებას წარმოადგენს.

**გაიდლაინი 12.5:** კათეტერის ინფექციაზე ეჭვის შემთხვევაში უნდა ვიფიქროთ კათეტერის ექსპლანტაციაზე. დროებითი კათეტერის ინფექციის შემთხვევაში უნდა მოხდეს მისი დაუყოვნებლივ ექსპლანტაცია.

**გაიდლაინი 12.6** მუდმივი კათეტერის ინფექციის შემთხვევაში ხანმოკლე ფებრილური და/ან ბაქტერიემიული რეაქციის დროს შეიძლება კათეტერის

გარკვეული დროით შენარჩუნება და ანტიბიოტიკოთერაპიის დაწყება.  
სექტიცემიის შემთხვევაში უნდა მოხდეს კათეტერის დაუყოვნებლივ  
ექსპლანტაცია.