

**Е.В. Григоров, А.Ю. Быков, Е.Г. Юшина, И.А. Поршенников, Е.М. Зяблицкая**

## **СРАВНЕНИЕ ВАРИАНТОВ ФОРМИРОВАНИЯ ПОСТОЯННОГО СОСУДИСТОГО ДОСТУПА ДЛЯ ГЕМОДИАЛИЗА**

**ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» (Новосибирск)**

**Цель исследования:** анализ вариантов формирования постоянного сосудистого доступа для гемодиализа (использованием синтетических сосудистых протезов и нативная артериовенозная фистула) с точки зрения их выживаемости, адекватности для проведения гемодиализа, количества повторных оперативных вмешательств, частоты инфекционных осложнений.

### **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

В исследование включены пациенты, прооперированные в нашей клинике в 2009 – 2011 гг. с целью формирования постоянного сосудистого доступа для гемодиализа (119 больных). Большинство из них (97), составили первую группу исследуемых, имеют в качестве постоянного сосудистого доступа нативную артериовенозную фистулу. Вторая группа, представлена 22 больными, имеет постоянный сосудистый доступ с использованием синтетических сосудистых протезов из политетрафторэтилена. Протезы были имплантированы в связи с истощением нативного сосудистого ресурса.

Функциональная состоятельность постоянного сосудистого доступа оценивалась исходя из параметров объемных скоростей кровотока по нему и качеству проводимого гемодиализа. В обеих группах больных доступ обеспечивал необходимый уровень кровотока для проведения адекватного гемодиализа.

### **РЕЗУЛЬТАТЫ**

При сравнении времени функционирования постоянного сосудистого доступа в каждой из групп выявлены различия в выживаемости. Несмотря на статистическую недостоверность тенденция различий представляется нам очевидной. Одногодичная выживаемость доступа в первой группе составила 89 %, в группе с имплантированными синтетическими сосудистыми протезами – 82 %. Двухгодичная выживаемость – 85 % и 57 % в первой и второй группах соответственно. При сравнении кривых выживаемости очевидные различия (не в пользу синтетических сосудистых протезов) прослеживаются, начиная с 400 дня наблюдения.

Статистически значимые различия получены при анализе частоты повторных оперативных вмешательств (направленных на восстановление функции доступа в связи с тромбозом) в каждой группе. В группе пациентов с артериовенозной фистулой частота подобных вмешательств составила 0,24 на одного пациента в год, во второй группе частота повторных операции была существенно выше – 0,83 на одного пациента в год, различие статистически достоверно ( $p = 0,037$ ).

Сравнивая частоту развития инфекционных осложнений в каждой из групп, необходимо отметить, что у пациентов с имплантированными синтетическими сосудистыми протезами мы не встретились с подобными явлениями. У 2 пациентов с артериовенозной фистулой развившееся инфекционное воспаление удалось купировать консервативно.

### **ВЫВОДЫ**

Приоритетным видом первичного сосудистого доступа для гемодиализа следует считать нативную артериовенозную фистулу, принимая во внимание длительное время ее функционирования, малое количество осложнений, требующих оперативной коррекции. Оправданным представляется использование протезов при невозможности формирования фистулы ввиду истощения сосудистого ресурса, поскольку данный вид также обеспечивает необходимый для адекватного диализа кровотока, прост в формировании, имеет сравнимый с нативным доступом риск инфекционных осложнений.

**Н.Н. Григорьев, В.М. Михайлова, В.Г. Игнатьев**

## **МАЛОИНВАЗИВНЫЙ ОРГАНСОХРАНЯЮЩИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПРИ КАРБУНКУЛАХ ПОЧКИ**

**Республиканская больница № 2 – Центр экстренной медицинской помощи, колопроктологическое отделение (Якутск)**

**Цель:** усовершенствование техники органосохраняющих операций по поводу карбункула почки через малые операционные доступы.