

## МАЛОИНВАЗИВНОЕ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СУБАККЛЮЗИИ АВФ.

Стародубов А.Ю.<sup>1</sup>, Мун Е.В.<sup>2</sup>, Кокошко А.И.<sup>3</sup>, Канафина Ш.М.<sup>4</sup>, Мусина Ш.Ж.<sup>5</sup>

<sup>1</sup>ЦЭГ «В.В.НУРА» г.Астана, Казахстан;

<sup>2</sup>ГКП на ПХВ «Городская больница №1» г.Астана, Казахстана;

<sup>3</sup>АО «МУА» СМП и анестезиологии - реаниматологии г.Астана, Казахстан. <sup>4</sup>ТОО «В.В.НУРА» г.Астана, Казахстан

<sup>5</sup>ЦЭТ и ПГ «В.В.НУРА» г.Семей, Казахстан

В настоящее время стремительно развивается диализная служба, открытие новых центров позволило обеспечить пациентов жизненно важной процедурой. С появлением гемодиализных центров увеличивается и количество пациентов на программном гемодиализе, отмечается увеличение продолжительности жизни пациентов на ЗПТ.

Большинство пациентов получают ЗПТ-гемодиализом через артериовенозную фистулу.

Артериовенозная фистула – это искусственно созданное сообщение между артерией и веной, по которому движется кровь, минуя капиллярную сеть. АВФ является золотым стандартом для сосудистого доступа. Как правило, фистула работает значительно дольше других доступов и имеет меньше осложнений, включая инфекции. Для создания АВФ используют собственные сосуды пациента. Для всех пациентов с ХБП-5 степени, первоначально необходимо формировать АВФ до начала ЗПТ-гемодиализом.

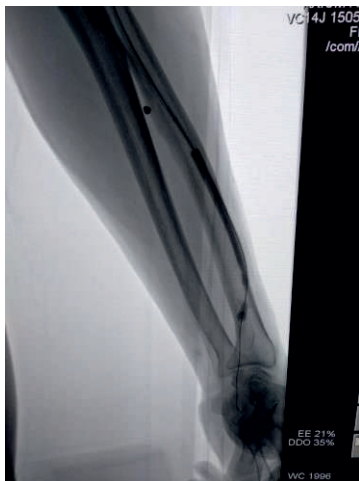
У некоторых пациентов, получающих долгое время ЗПТ-гемодиализом имеется аневризматические изменения АВФ. Аневризма АВФ может быть при высоко наложенной АВФ, и/или с длительным диализным стажем. У пациентов с сахарным диабетом и артериальной гипертензией во многом не удается сформировать АВФ или ее функция недостаточна для полноценного ГД. Также в практике часто встречается стеноз АВФ в месте соединения артерии и вены, что значительно ухудшает качество проводимой процедуры. Для разрешения стеноза ранее приходилось повторно формировать АВФ, с остановкой предыдущей АВФ, что очень сильно влияет на сосудистую систему верхних конечностей, а также на эмоциональный статус пациента.

**Цель исследования.** Внедрение в клиническую практику малоинвазивного оперативного восстановления стеноза АВФ.

**Клиническое наблюдение.** Пациент К., 77 лет, с диагнозом ХБП-5 стадии. Программный гемодиализ получает в течение 1 года. АВФ сформирована на фоне начатой ЗПТ-гемодиализом по жизненным показаниям 14.08.2017. Первые процедуры начаты через цертофикс. АВФ фистула функционировала удовлетворительно. Подключение через АВФ начаты через 35 дней от начала формирования. По данным 19.09.2017 ДСС АВФ - 640 мл/мин. С апреля 2018 отмечается слабая пульсация в месте АВФ, при стабильном уровне АД 120-130/80 мм.рт.ст. При подключении к аппарату ИП сниженные скоростные показатели. По данным ДСС АВФ 21.05.2018 – 180 мл/мин. Выбрана тактика хирургическое лечение, баллонная ангиопластика рубцового стеноза.

**Результаты.** Проведено плановое оперативное лечение – баллонная ангиопластика рубцового сегмента с катетером EverCross 4x40

Рисунок 1-2. До операции:



После операции:



**Выводы.** Данный метод может быть альтернативным методом восстановления функции АВФ классическому открытому оперативному лечению. Интервенционные методы вмешательства позволят сохранить прежнюю фистулу. Данный подход может использоваться не только в разрешении стеноза, но и при тромбировании АВФ, с полным удалением тромба или провести тромболизис.