

ЛИТЕРАТУРА

1. Баллюнзен Ф.В., Вольф Л.А. Сосудистые протезы из нетканых материалов. // Актуальные вопросы организации профилактики и хирургического лечения болезней магистральных сосудов. - Ч.1. - Москва. - 1985. - с.197-198.
2. Бокерия Л.А., Веретенин В.А., Городков А.Ю., Доброва Н.Б., Дьяков В.Е и другие. Новые отечественные сосудистые протезы " Витафлон" из пористого политетрафторэтилена. // Груд. сердечно-сосудистая хирургия. - 1996. - №1. -4-9.
3. Григорьева Н.И., Грачев С.Д., Ищенко В.Е., Руденко С.Н. Морфологические изменения аутовенозных трансплантатов перед операцией аорто-коронарного шунтирования. // Врачебное дело. -1990. -N 1. - с. 78-80.
4. Дронов А.Ф., Линский Г.Ф., и др. Принципы создания антибактериальных сосудистых протезов нового типа. // Клиническая хирургия. - 1986. - N7. - с. 26-28.
5. Евстифеев Л.К., Васютков В.Я. Аутовенозная пластика в хирургии артерий малого и среднего диаметра. // Аутопластика в хирургии. - Москва-1986- с. 65-67.

УДК 616.13.644 – 089

СОЗДАНИЕ ПОСТОЯННОГО СОСУДИСТОГО ДОСТУПА С ПРИМЕНЕНИЕМ АЛЛОВЕНЫ У ПАЦИЕНТОВ ПОЛУЧАЮЩИХ ГЕМОДИАЛИЗ*Э.Ш.Султанов, Б.А.Наржанов, Г.К.Усенов**Национальный научный центр хирургии им. А.Н.Сызганова, г.Алматы**Клиника международного казахско-турецкого университета им. Х.А.Ясави, г.Шымкент*

ТҮЙІН

Тұрақты қан тамырлық жетістік ретінде алловендерді қолдану. Тұрақты қан тамырлық жетістік ретінде алловендерді қолдану биологиялық құрамын анықтау ғана емес сонымен қатар экономиялық тиімді болып саналады. Хронидиализ жасаған кезде көрсеткіштермен және қарсы көрсеткіштердің ережесін сақтау жақсы нәтиже береді.

SUMMARY

The using of allovein for making of constant vascular access. Use of allovein as implant for constant vascular access has biological and economic benefits. Adherence of indications and contraindications for application of arteriovenouse fistula with the using of allovein gives good results for the conduction of chvoniodialis.

За период с 1999 по 2008 годы под наблюдением находились 154 пациента с хронической почечной недостаточностью. Всем создали 154 артерио-венозные фистулы из алловены для проведения программного гемодиализа. Применение алловены для создания сосудистого доступа определялось индивидуально для каждого пациента с учетом предшествующих операций, а также особенностями сосудистого русла. Мы пользовались общепринятыми правилами в выборе типа сосудистого доступа: [1,2]. 1) всегда по возможности необходимо создавать стандартные фистулы; 2) выбор места и техники производят с учетом срочности пациента; 3) артерио-венозная фистула в первую очередь должна создаваться на верхней конечности; 4) периферическая артерио-венозная фистула предпочтительнее, однако, стандартная проксимальная локализация предпочтительней нестандартной артерио-венозной фистулы, дистально расположенной; 5) артерия должна быть не менее 2.5 мм, без кальцинатов с адекватным кровотоком по артерии и хорошим коллатеральным кровотоком; 6) вена должна быть без склероза, интимальной гиперплазии, тромбоза; 7) Фракция изгнания не менее 50.

Необходимо отметить, что создание нестандартной артерио-венозной фистулы было строго обосновано, так как известно, что срок функционирования нестандартной артерио-венозной фистулы меньше, чем стандартных артерио-венозных фистул. Осложнения, связанные с эксплуатацией сосудистого доступа из алловены выше, чем при прямом наложении артериовенозного анастомоза, а самое главное, что эти осложнения во многих случаях опасны для жизни больного. К ним относятся тромбоземболии, инфекционные перикардиты, сепсис, развитие сердечной недостаточности. Учитывалась и сложность оперативного вмешательства при создании нестандартной артерио-венозной фистулы. [3].

Как правило, создание нестандартной артерио-венозной фистулы из алловены выполнялось после многочисленных операций на собственных сосудах пациента. Выбор типа нестандартной артерио-венозной фистулы проводился в зависимости от состояния сосудистой системы. Артериальный кровоток, особенно в дистальных отделах конечности, очень варьирует. Атеросклеротическое повреждение сосудов значительно снижает кровоток, не меняя наружный диаметр сосуда. Учитывая вариант несоответствия внутреннего и внешнего диаметра сосуда и скорость кровотока, мы проводили изучение этих данных у 154 пациентов до и после операции, а также в течение всего периода эксплуатации и выявили следующие изменения кровотока сосудов артерио-венозной фистулы уже с полученными осложнениями после формирования артерио-венозной фистулы.

Из клинического материала у группы больных с тромбозом артерио-венозной фистулы было выявлено снижение линейного кровотока в лучевой артерии в дистальной части предплечья 18-20см/сек, в проксимальной части предплечья 20-25см/сек. Снижение линейного кровотока в лучевой артерии способствует

развитию тромбоза артерио-венозной фистулы. Поэтому мы считаем при таком линейном кровотоке в дистальной трети предплечья лучевой артерии формирование артерио-венозной фистулы противопоказано, а лучше накладывать выше.

В группе с ишемическими нарушениями кисти выявлено тоже как в группе с тромбозом артерио-венозной фистулы снижение линейного кровотока в дистальной части предплечья 17-20см/сек, в проксимальной части 20-25см/сек. Формирование артерио-венозной фистулы при сниженном линейном кровотоке «конец в конец» может приводить к развитию ишемических осложнений кисти. При выявлении снижения кровотока в лучевой артерии мы предлагаем формирование артерио-венозной фистулы конец вены в бок артерии.

В группе с венозной гипертензией верхней конечности с сердечной недостаточностью скорость кровотока было выше нормы, а в дистальной части предплечья получено 25-27 см/сек, проксимальной части 27-32 см/сек. При высоком кровотоке на лучевой артерии формирование артерио-венозной фистулы должно исходить из диаметра лучевой артерии и анастомоз формирующийся при артерио-венозной фистулы не должна превышать 0,4 см. При широком диаметре артерии необходимо суживать просвет анастомоз до 0,4см на уровне предплечья или до 0,6 см. на уровне плеча и формировать анастомоз предпочтительнее «конец в бок артерии», «бок вены в бок артерии».

Исходя из результатов, полученных в ходе изучения клинического материала и данных доплерографии и эхокардиографии, мы предлагаем показания к способам анастомозов артерио-венозной фистулы с применением аллоvenes: 1) Артерио-венозная фистула должна накладываться при удовлетворительном кровотоке на накладываемой артерии, т.е. на лучевой артерии в дистальной трети не ниже 20см/сек, в проксимальной 20-25см/сек, на плечевой артерии не ниже 30-35см/сек. 2) При сниженном кровотоке в дистальной трети предплечья, необходимо накладывать в проксимальной трети предплечья. 3) При сниженном кровотоке на лучевой артерии анастомоз при формировании артерио-венозной фистулы предпочтительно накладывать «конец артерии в коневены» при сохраненном кровотоке на локтевой артерии, или «бок артерии в коневены» при сниженном кровотоке на локтевой артерии. 4) При высоком кровотоке на лучевой артерии и плечевой артерии при формировании артерио-венозной фистулы анастомоз должен формироваться «бок артерии в коневены» или «бок вены».

Разработанные нами показания к формированию способов анастомоза дополняют уже предложенные показания к формированию артерио-венозной фистулы, что предложено ниже: - пациенты, которым в силу анатомических и конституционных особенностей невозможно создать артерио-венозную фистулу из собственных сосудов; - пациенты с выраженными патологическими изменениями сосудов по причине основного и сопутствующих заболеваний, а также по причине многочисленных пункций, инфузий и стероидного лечения; - пациенты, у которых периферические сосуды были использованы в предыдущих операциях.

Абсолютным противопоказанием к созданию артерио-венозной фистулы применением аллоvenes являются: - терминальное состояние пациента; - сепсис; - декомпенсированная сердечная недостаточность. [4,5].

Таким образом, изучение клинического материала больных с осложнениями после формирования артерио-венозной фистулы или потери функции ПСД вынудило нас к разработке показаний способов анастомоза при формировании артерио-венозной фистулы с применением аллоvenes, с другой стороны многообразие сосудистых доступов обеспечивает лечение программным гемодиализом пациента в самых трудных клинических ситуациях в течение длительного периода, однако, даже это многообразие исчерпывается, если сосудистый доступ формируется и эксплуатируется неправильно. Поэтому мы уделили большое внимание созданию АВФ, использованию сосудистого доступа, диагностике, лечению и профилактике осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баллонзен Ф.В., Вольф Л.А. Сосудистые протезы из нетканых материалов. // Актуальные вопросы организации профилактики и хирургического лечения болезней магистральных сосудов. - Ч.1. - Москва. - 1985. - с.197-198.
2. Бокерия Л.А., Веретенин В.А., Городков А.Ю., Доброва Н.Б., Дьяков В.Е. и другие. Новые отечественные сосудистые протезы "Витафлон" из пористого политетрафторэтилена. // Груд. сердечно-сосудистая хирургия. - 1996. - №1. - 4-9.
3. Григорьева Н.И., Грачев С.Д., Ищенко В.Е., Руденко С.Н. Морфологические изменения аутовенозных трансплантатов перед операцией аорто-коронарного шунтирования. // Врачебное дело. - 1990. - N 1. - с. 78-80.
4. Дронов А.Ф., Линский Г.Ф., и др. Принципы создания антибактериальных сосудистых протезов нового типа. // Клиническая хирургия. - 1986. - N7. - с. 26-28.
5. Евстифеев Л.К., Васютков В.Я. Аутовенозная пластика в хирургии артерий малого и среднего диаметра. // Аутопластика в хирургии. - Москва-1986. - с. 65-67.