

# Реконструктивные операции при аневризматической трансформации «фистульных» вен

---



**МОНИКИ**  
1 7 7 5

Зулькарнаев А.Б.<sup>1</sup>

Байков Б.В.<sup>2, 3</sup>

<sup>1</sup> Московский областной научно-клинический институт  
(«МОНИКИ»)

<sup>2</sup> Красногорская городская больница

<sup>3</sup> Больница для ветеранов войны № 2

# Московский областной центр диализа и трансплантации (по состоянию на 31 декабря 2018г)

---



Создание и  
обслуживание  
сосудистого  
доступа





...не «хирургические» проблемы .

## Аргументы



- Очень высокая распространенность
- Предложено много способов коррекции
- Коррекция может снизить риск утраты доступа
- Лечение аневризм позволяет увеличить показатели вторичной проходимости
- Косметический дефект

## Контраргументы

- Отсутствует четкое определение аневризматической измененной фистульной вены, поэтому оценить распространенность очень сложно
- Показания для каждого из этих методов не определены
- Результаты лечения во многом зависят от опыта хирурга и возможности послеоперационного наблюдения
- Влияние на качество жизни не определено
- Простота пункции



## Показаниями для лечения аневризм являются

- Риск кровотечения после извлечения игл, истончение стенки
- Дисфункция сосудистого доступа
- Синдром обкрадывания
- Сочетание различных осложнений

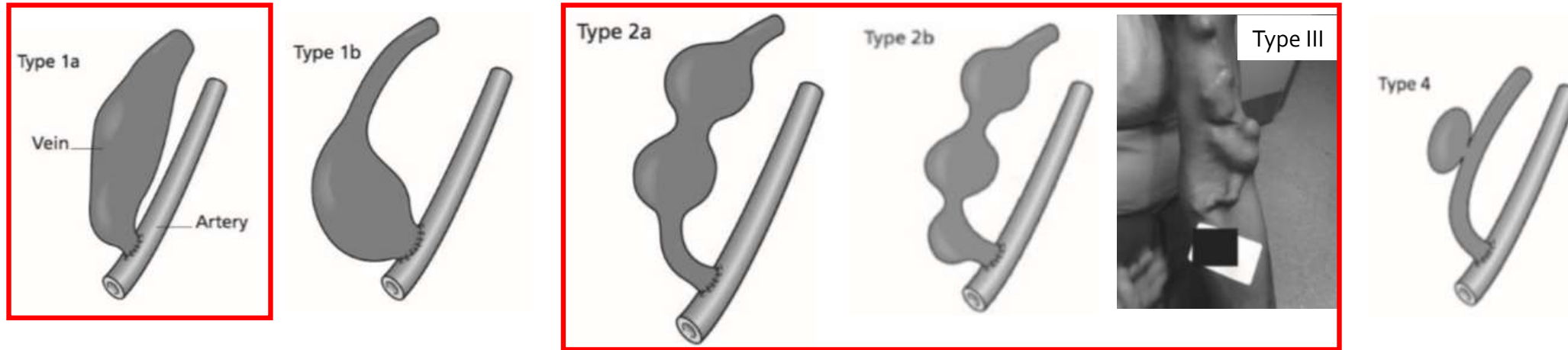


# Классификация - это камень преткновения!



МОНИКИ  
1775

Классификация Valenti D., Mistry H., Stephenson M. (Vasc Endovascular Surgery. 2014.PMID: 25487245)

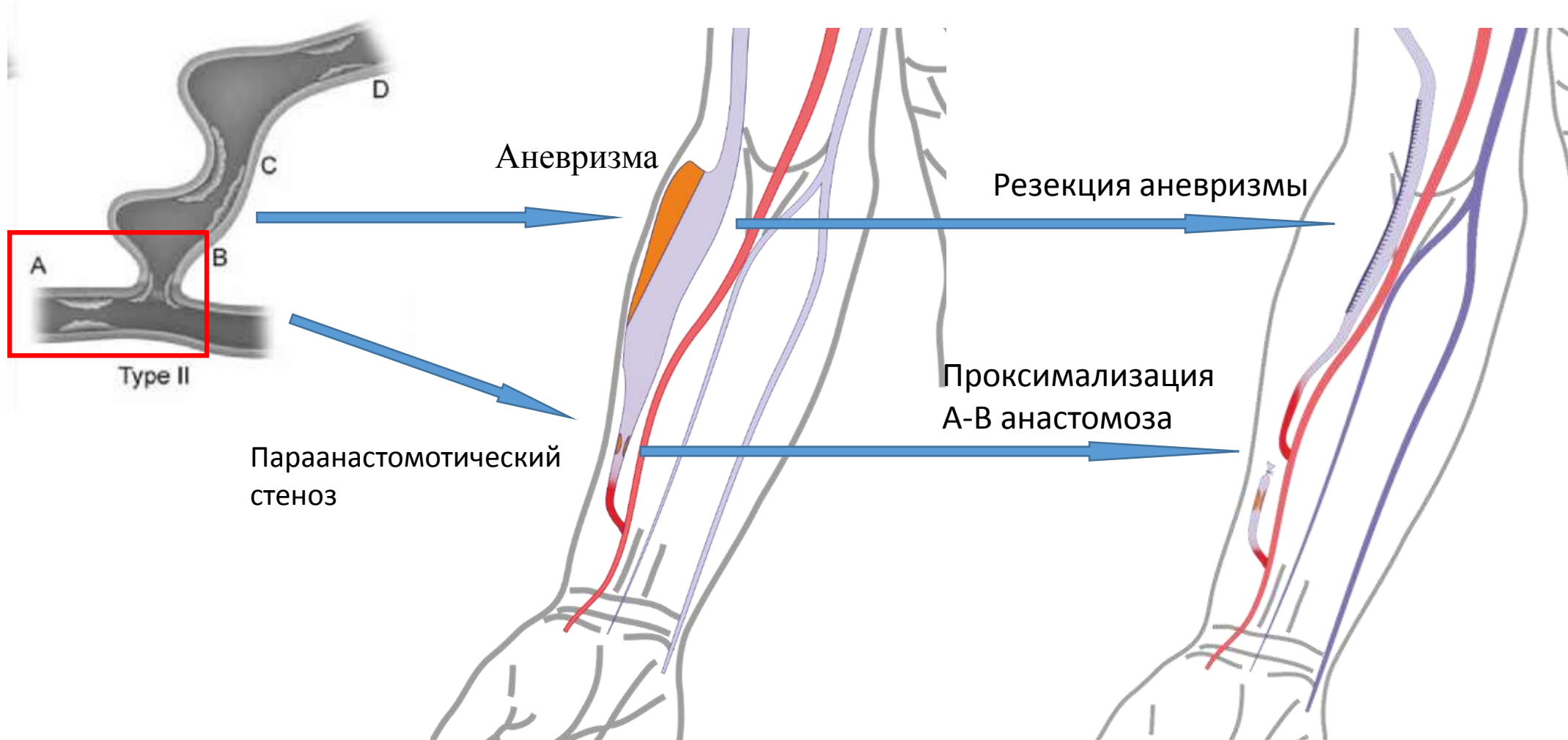


Данная классификация очень информативна для описания локализации и примерного выбора типа анестезии, практически бесполезна при выборе операции.

Вид операции определялся в первую очередь сопутствующей патологией, но не локализацией аневризмы.

# Аневризма + параанастомотический стеноз Тип IIB

Классификация Balaz P. and Björck M. (J Vasc Access. 2015. PMID: 26044900)

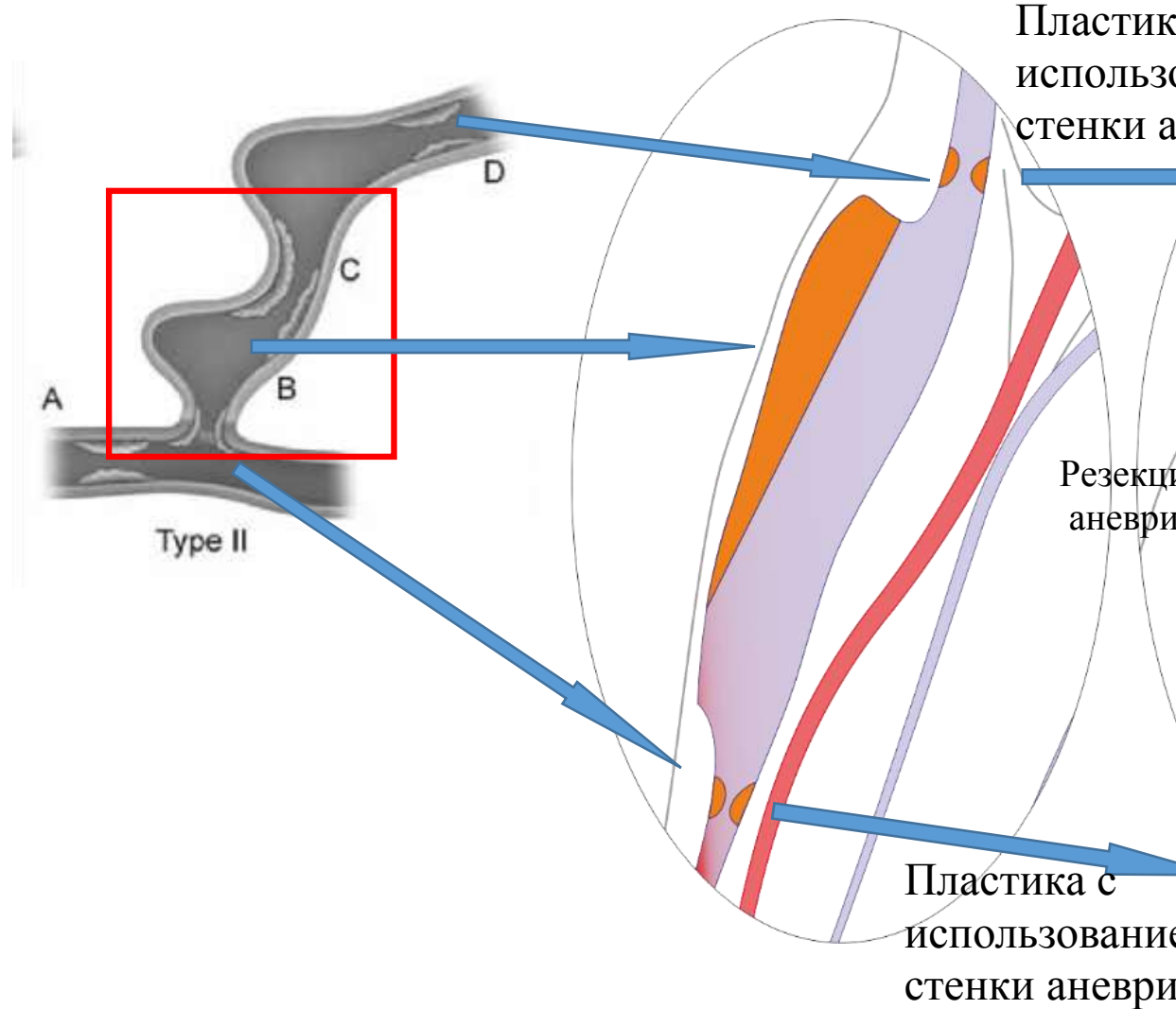
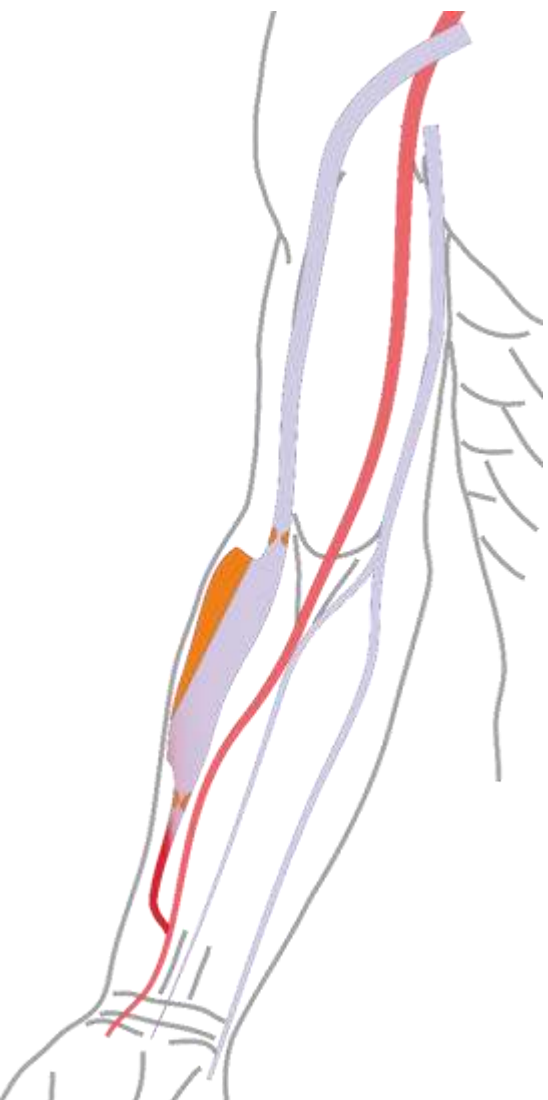


# Аневризма + стеноз функционального сегмента (или комбинированный) стеноз Тип IIB или IIC



**МОНИКИ**  
1775

Классификация Balaz P. and Björck M. (J Vasc Access. 2015. PMID: 26044900)

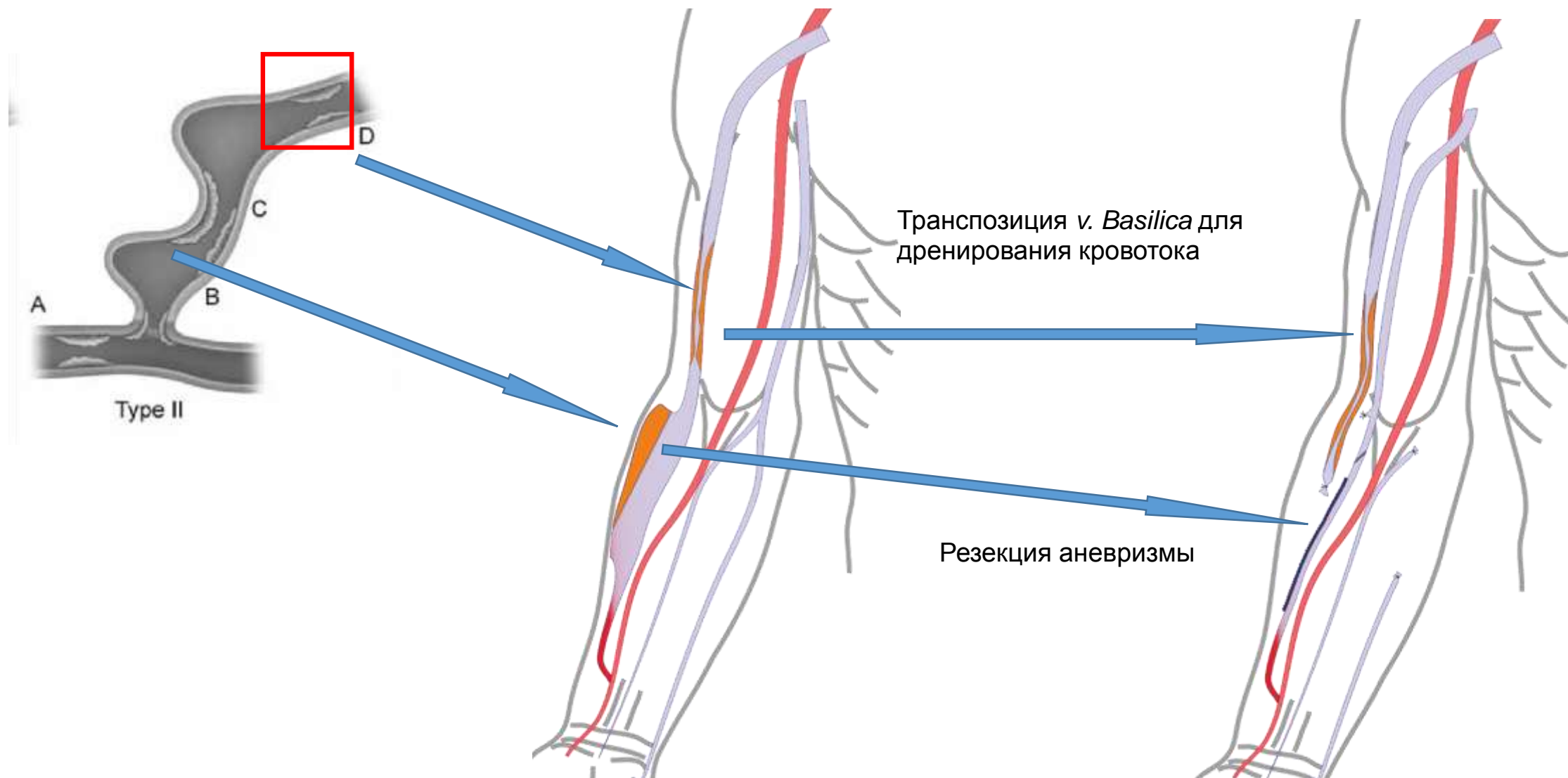


# Аневризма и протяженный проксимальный стеноз Тип IID



МОНИКИ  
1775

Классификация Balaz P. and Björck M. (J Vasc Access. 2015. PMID: 26044900)

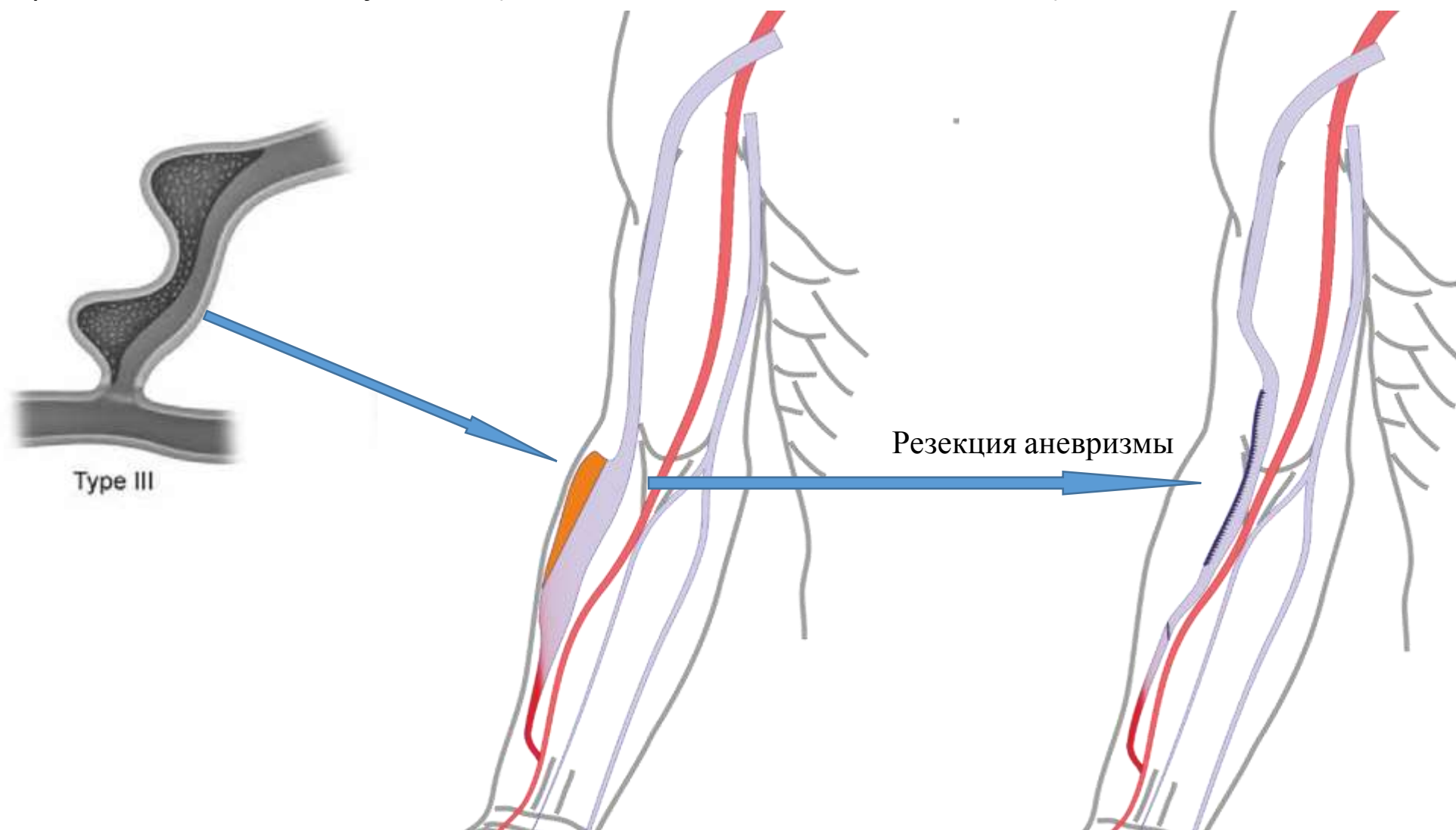


# Частично тромбированная аневризма тип III



МОНИКИ  
1775

Классификация Balaz P. and Björck M. (J Vasc Access. 2015. PMID: 26044900)





# Тотально тромбированная аневризма



МОНИКИ  
1775

Классификация Balaz P. and Björck M. (J Vasc Access. 2015. PMID: 26044900)



# Типичный клинический случай



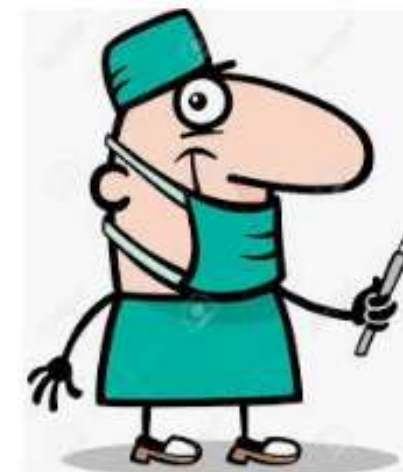
**МОНИКИ**  
1775



# «Фистульная» вена выделена



МОНИКИ  
1775

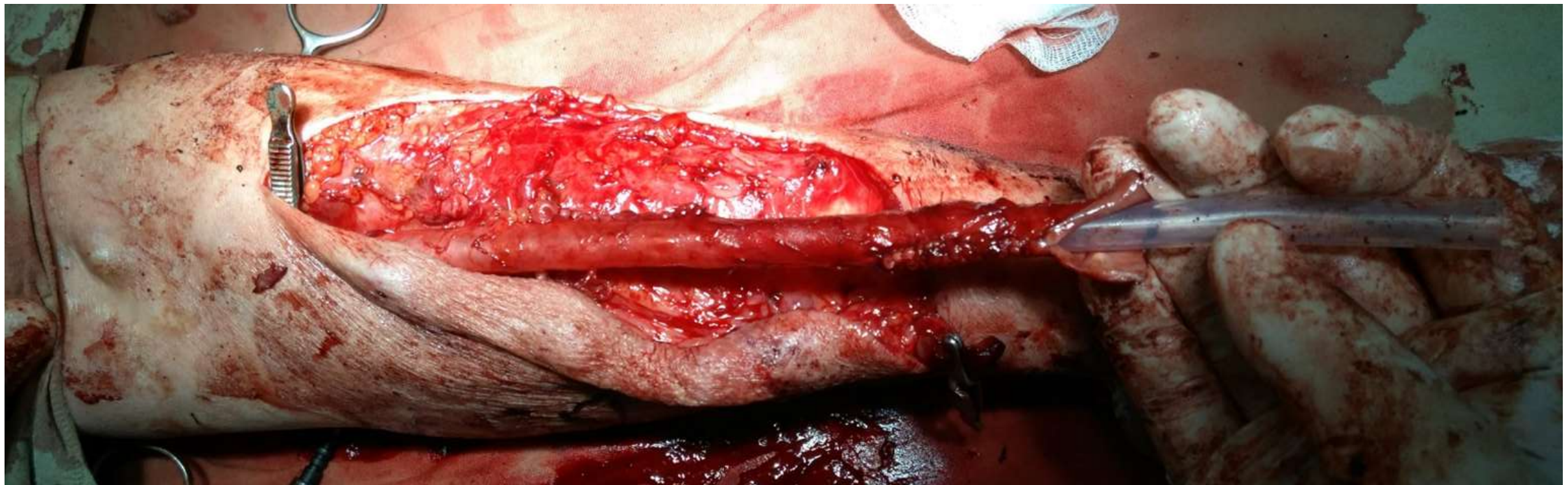


«Большой хирург» -  
большой разрез

# Моделирование вены на силиконовой трубке



МОНИКИ  
1775



# Перед наложением швов



МОНИКИ  
1775



# До операции и после двух недель



**МОНИКИ**  
1775



# Укладка вены без ее пересечения



МОНИКИ  
1775



# Укладка вены без ее пересечения



МОНИКИ  
1775





# Лечение множественных аневризм



МОНИКИ  
1775

Valenti D., Mistry H., Stephenson M.  
(Vasc Endovascular Surg. 2014. PMID: 25487245)



Через 8 месяцев



Иногда требуются повторные вмешательства.  
Это требует периодического мониторинга!



**МОНИКИ**  
1775



После 3 лет



После 6 лет

# Двухэтапные операции (для выполнения ГД без использования ЦВК)



**МОНИКИ**  
1775



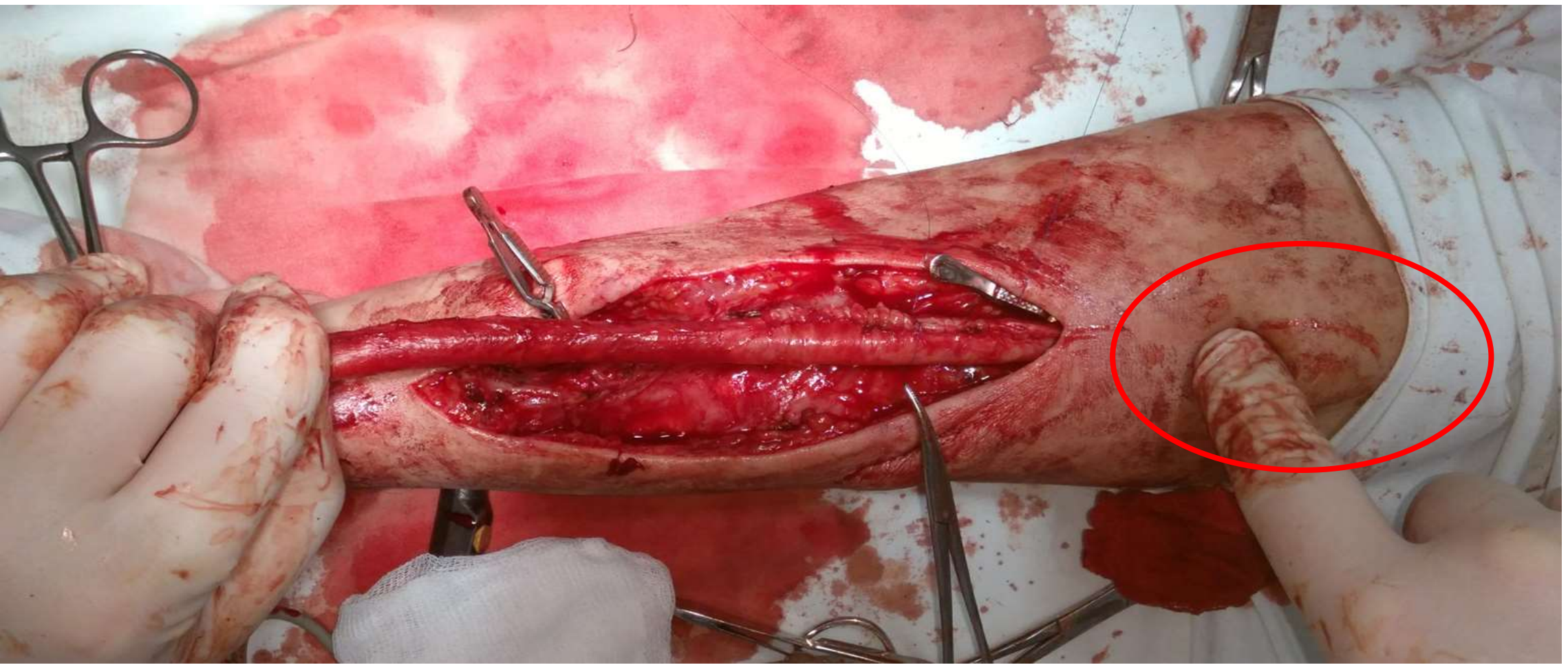
Первый этап

Второй этап

# Первая ступень операции



**МОНИКИ**  
1775



Первый этап завершен



МОНИКИ  
1775



Через 1 месяц.

Дистальная Вена используется для ГД.



**МОНИКИ**  
1775



# Второй этап операции



**МОНИКИ**  
1775



# Реконструкция после кровотечения



МОНИКИ  
1775





# Реконструкция после кровотечения



**МОНИКИ**  
1775



# Реконструкция после кровотечения



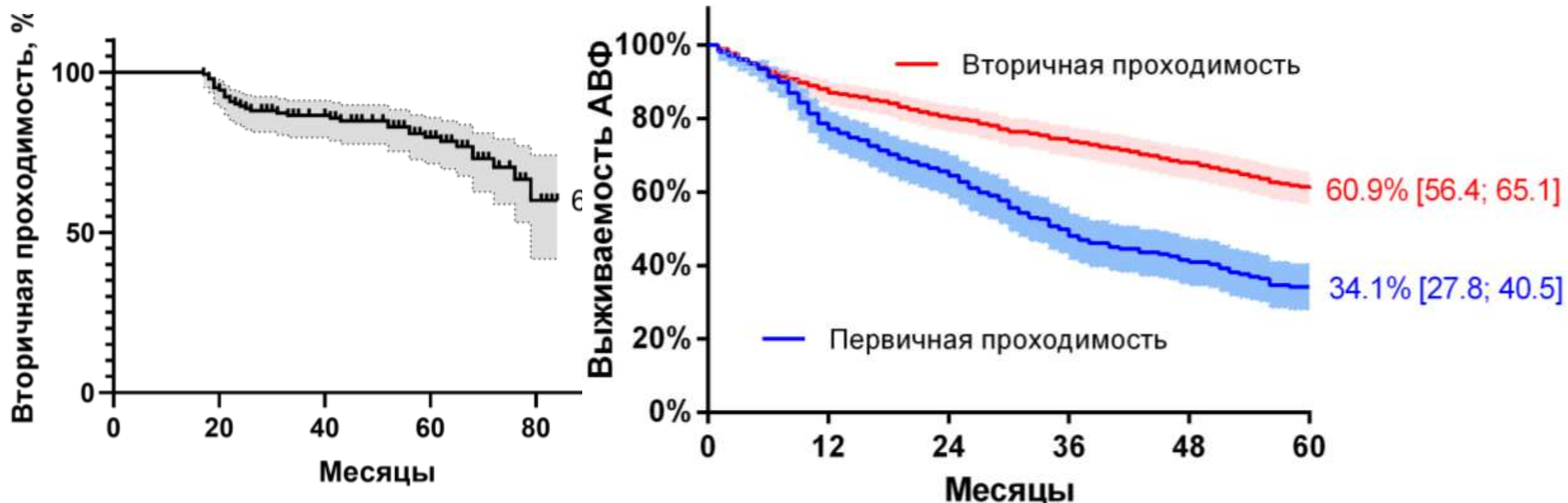
МОНИКИ  
1775



# Предварительные результаты



МОНИКИ  
1775

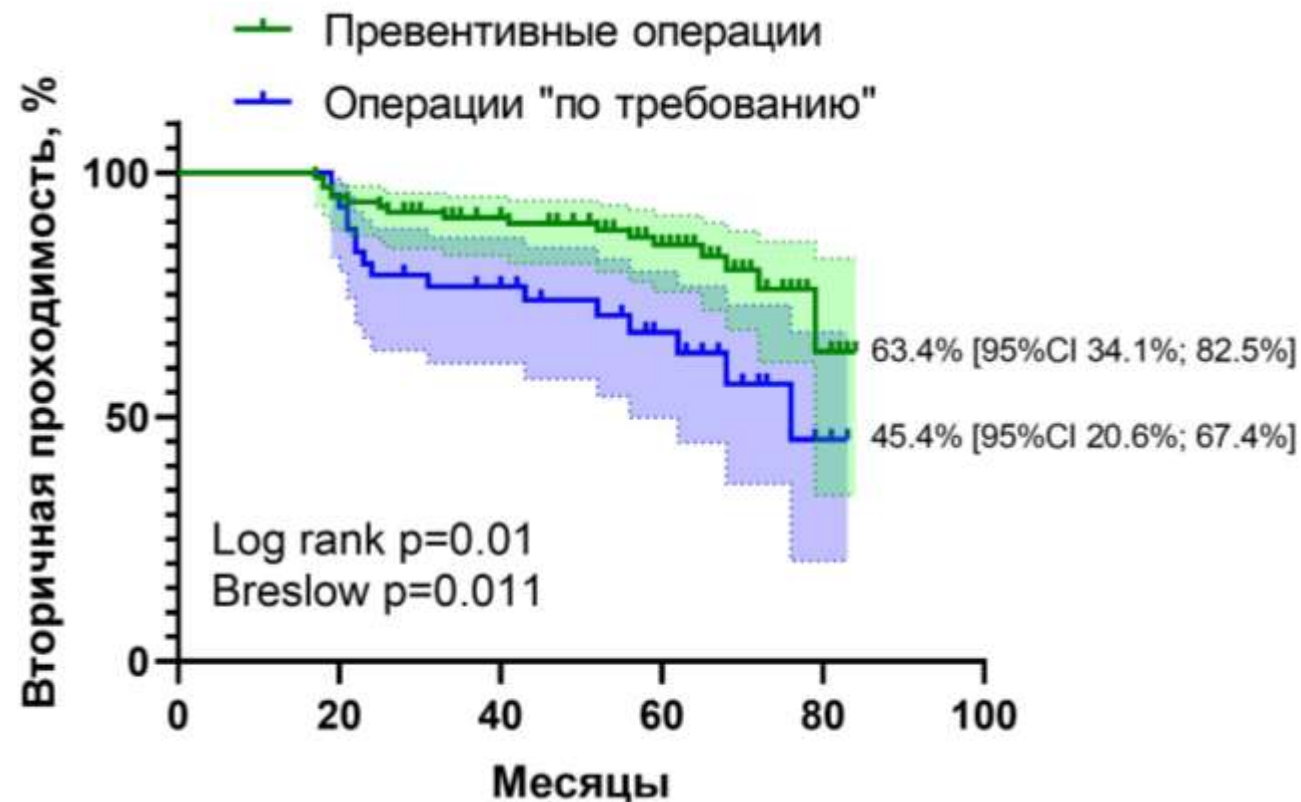


Частота утраты функции АВФ 5.2 [3.55; 7.23] на 100 пациенто-лет

Частота хирургических вмешательств 3.1 [2.64; 3.51] на 10 пациенто-лет

Потребность в ЦВК 2.16 [1.81; 2.55] на 10 пациенто-лет

# Предварительные результаты



Превентивные оперативные вмешательства  
Больше операций - IRR 1.5 [95%CI 1.08; 2.17], p=0.0175  
(3.4 [2.87; 3.95] vs. 2.2 [1.59; 3.03] на 10 пациент-лет)

Оперативные вмешательства по требованию.  
Высокий риск потери доступа: IRR 2.4 [95%CI 1.2; 4.8],  
p=0.0144  
(3.7 [2.16; 5.93] vs. 8.9 [5.08; 14.44] на 10 пациент-лет)

Высокая потребность в ЦВК - IRR 1.4 [95%CI 1.05; 2.11],  
p=0.0253  
(2.8 [2.11; 3.73] vs. 1.9 [1.52; 2.34] на 10 пациент-лет)

Эти оценки являются лишь предварительными (исследование продолжается)

Показания к профилактической коррекции во многом субъективны и еще предстоит определить

- Показанием к операции является не аневризма, а ее осложнения или сочетанная патология
- Любая аневризма требует периодического осмотра хирургом
- Мы считаем, что превентивные операции (до полного тромбоза) могут значительно продлить вторичную проходимость нативной АВФ
- Результаты операций во многом определяются опытом хирурга и особенностями центра

# Спасибо за внимание!

- Я очень благодарен моим коллегам из МОНИКИ, ГВВ и КГБ...  
... и особенно маэстро реконструктивной хирургии сосудистого доступа – Б.В. Байкову

