

противовоспалительно эффекта всех исследуемых ненаркотических анальгетиков [2, 3]. Было установлено, что противовоспалительный эффект диклофенака натрия достоверно увеличился на  $39,6 \pm 7,4$  %, ибупрофена – на  $22,0 \pm 1,9$  %, флупирин – на  $18,7 \pm 9,1$  %, нимесулида – на  $15,2 \pm 3,5$  %.

**Выводы.** Применение феникаберана способствовало увеличению противовоспалительного действия НПВП. Наиболее выражено это было при сочетанном применении феникаберана с диклофенаком, ибупрофеном и флупирином.

#### *Литература:*

1. Гладких Ф. В. Дослідження шлункової секреції у щурів з ад'ювантним артритом на тлі застосування ібупрофену та його комбінації з вінбороном / Ф. В. Гладких, Н. Г. Степанюк // Фармакологія та лікарська токсикологія. – 2016. – № 3 (49). – С. 34-40.

2. Гладких Ф. В. Експериментальне обґрунтування доцільності застосування вінборону з метою підвищення знеболюючої активності ібупрофену / Ф. В. Гладких, Н. Г. Степанюк // Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики. – 2016. – № 3 (22). – С. 41-48. – Режим доступу: <http://pharmed.zsmu.edu.ua/article/view/77934> – doi: <http://dx.doi.org/10.14739/2409-2932.2016.3.77934>

3. Гладких Ф. В. Характеристика протизапальної та знеболюючої активності ібупрофену та його комбінації з вінбороном на моделі ад'ювантного артриту у щурів / Ф. В. Гладких, Н. Г. Степанюк // Вісник наукових досліджень. – 2015. – № 2 (79). – С. 108-111. – Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/vndt\\_2015\\_2\\_33](http://nbuv.gov.ua/UJRN/vndt_2015_2_33) – doi: <http://dx.doi.org/10.11603/2415-8798.2015.2.5617>

## **ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПОСТОЯННОГО СОСУДИСТОГО ДОСТУПА У ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ХРОНИЧЕСКОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ**

***Спасюк С.О., Невгень И.Н.***

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь  
Научный руководитель – к.м.н., доцент Могилевец Э.В.*

**Актуальность.** Программный хронический гемодиализ (ХГД) остается ведущим методом внепочечного очищения крови. Обеспечение долговременного программного гемодиализа невозможно без создания долговременного постоянного сосудистого доступа (ПСД). Идеальный сосудистый доступ обеспечивает соответствие скорости кровотока назначенной дозе диализа, функционирует долго, не имеет осложнений. В наибольшей

степени требованиям, предъявляемым к оптимальному ПСД, удовлетворяет нативная дистальная артериовенозная фистула (АВФ).

**Цель исследования:** Оценить структуру постоянных сосудистых доступов и определить предпочтительные сосудистые доступы у пациентов на хроническом гемодиализе.

**Материал и методы.** Проанализировано 179 историй болезни. 99 пациентов, находящихся на ХГД (сентябрь 2017), наложено 173 ПСД в отделении гемодиализа ГОКБ г. Гродно. Средний возраст составил 55,6 лет (мужчин 49,5%, женщин 50,5%). В структуре причин ХБП: хронический гломерулонефрит – 28, тубулоинтерстициальная недостаточность – 43, диабетическая нефропатия – 8, поликистоз почек – 13, подагра – 2, СКВ – 1, другие причины – 4.

**Результаты.** В структуре ПСД преобладали АВФ (87 случаев; 87,9%), в 10 случаях методом выбора являлся центральный венозный катетер (10,1%). Проксимальные АВФ были сформированы первично только в 2 случаях (2%). Средняя продолжительность созревания фистулы составляет 3,2 месяца. При формировании у части пациентов (36) вторичного сосудистого доступа (исключая постановку ЦВК), результаты оказались 30 к 6 дистальных и проксимальных АВФ соответственно (83% и 17% соответственно). Третично сосудистый доступ формировался у 10 пациентов (исключая постановку ЦВК), у 7 из которых была сформирована дистальная АВФ и у 3 проксимальная АВФ. Центральный венозный катетер вторично и третично был поставлен в 17 случаях. Показаниями к выполнению реконструктивных хирургических вмешательств были: тромбоз ПСД, недостаточное «созревание», синдром «обкрадывания», отсутствие необходимости в АВФ при удовлетворительной функции почечного трансплантата, инфицирование ПСД.

**Выводы.** Приоритетным видом ПСД является дистальная АВФ, которая позволяет максимально сохранить потенциал нативных сосудов и обеспечить высокие показатели выживаемости у пациентов всех возрастных и нозологических групп при минимальном риске осложнений. При формировании ПСД в спорных клинических ситуациях необходимо выбирать оптимальный и наиболее надежный сосудистый доступ для конкретного пациента.