

В.А. ЯНУШКО¹, Ю.С. НЕБЫЛИЦИН², И.П. КЛИМЧУК³

IV СЪЕЗД СОСУДИСТЫХ ХИРУРГОВ И АНГИОЛОГОВ УКРАИНЫ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ (Г. УЖГОРОД, 12-14 СЕНТЯБРЯ 2012 Г.)

ГУ РНПЦ «Кардиология»¹,

УО «Витебский государственный медицинский университет»²,

УЗ «4-я городская клиническая больница им. Н.Е. Савченко»³, г. Минск,

Республика Беларусь

Novosti Khirurgii. 2012; Vol 20 (6): 121-126

The 4th congress of vascular surgeons and angiologists

of the Ukraine with international participation (Uzhgorod, 12-14 september, 2012)

V.A. Yanushko, Yu.S. Nebylitsin, I.P. Klimchuk

12-14 сентября 2012 года в г. Ужгороде прошел IV съезд сосудистых хирургов и ангиологов Украины с международным участием. Кроме хирургов Украины в работе конференции приняли участие хирурги из Австрии, Беларуси, Венгрии, Молдовы, Польши, России и Словакии.

Съезд открыл Президент IV съезда сосудистых хирургов и ангиологов Украины В.И. Русин. С приветствием участников съезда выступили глава Закарпатской областной государственной администрации А.А. Ледида, начальник управления охраны здоровья Закарпатской областной государственной администрации Р.И. Шницер. Участников конференции приветствовали также Президент Ассоциации ангиологов и сосудистых хирургов Украины А.А. Шутин, главный специалист МЗ Украины П.И. Никульников.

Программа съезда предполагала обсуждение следующих важных вопросов ангиологии и сосудистой хирургии: поражения брахиоцефальных артерий, каротидная эндартэктомия и стентирование, первичная и вторичная профилактика острых нарушений мозгового кровообращения, лечение хронической сосудисто-мозговой недостаточности, аневризма аорты и периферических артерий, хронические окклюзионные заболевания артерий нижних конечностей, консервативное лечение хронической венозной и артериальной недостаточности, острые артериальные тромбозы и эмболии, синдром грудного выхода, синдром обкрадывания в сосудистой хирургии, варикозная болезнь нижних конечностей, варикотромбофлебит, венозный тромбоэмболизм, профилактика ТЭЛА, травмы артерий и вен, синдром диабетической стопы, ишемическая болезнь сердца. Невозможно в кратком со-

общении осветить все состоявшиеся доклады. Поэтому остановимся на наиболее ярких и запомнившихся.

Большое количество секционных заседаний было посвящено современным проблемам сосудистой хирургии. Секционное заседание: «Сосудистая хирургия — достижения и перспективы развития» возглавили: В.К. Гринь, Л.Я. Ковальчук, В.Г. Мишалов. Главный хирург Министерства здравоохранения Украины, член-корреспондент АМН Украины, д.м.н., профессор П.Д. Фомин представил доклад: «Состояние сосудистой хирургии в Украине и перспективы развития». Большой интерес вызвал доклад д.м.н., профессора Б.М. Тодурова (г. Киев) — «Тромболитическая и антикоагулянтная терапия в лечении тромбоэмболии легочной артерии». В своем докладе автор ознакомил с различными методами лечения ТЭЛА (консервативное лечение, тромболитическая терапия с установкой кава-фильтра и оперативное лечение). По мнению автора, хирургическое лечение (тромбэктомия из ветвей легочной артерии) является эффективным методом лечения ТЭЛА, существующей более 20 суток, и при наличии противопоказаний к проведению тромболитической терапии при острой ТЭЛА. Коррекция недостаточности трехстворчатого клапана при хронической постэмболической легочной гипертензии улучшает качество жизни пациентов за счет уменьшения выраженности правожелудочковой недостаточности. Оперативное лечение ТЭЛА может осуществляться только в условиях глубокой гипотермии и полной остановки кровообращения.

В.И. Русин (г. Ужгород) представил доклад на тему: «Хирургическая профилактика тромбоэмболии легочной артерии», в котором

был представлен опыт оперативного лечения тромбоза нижней полой вены. В связи с тем, что существуют различные подходы к тактике лечения, авторы рекомендуют использовать классификацию клиники Мейо, которая включает в себя 5 уровней распространения тромба. Уровень 0 — тромб ограниченный почечной веной; уровень I — тромб до 2-х см внедряется в просвет НПВ; уровень II — тромб простирается до печеночных вен; уровень III — тромб на уровне или выше печеночных вен, но до диафрагмы; уровень IV — тромб распространяется выше диафрагмы. При первом уровне авторы производили ревизию НПВ до почечных вен и удаляли участок тромба под визуальным контролем. Как правило, целостность НПВ восстанавливали непрерывным швом. Второй уровень, как правило, требовал более широкого выделения НПВ для контроля за верхушкой тромба, который в большей степени не был фиксирован к стенке. Третий уровень для лучшей экспозиции брюшного отдела НПВ (до диафрагмы) требовал выделения доли печени. Хирургические доступы при тромбозах НПВ на уровне и выше диафрагмы (четвертый уровень) остаются в центре дискуссии. Довольно часто рекомендуют выполнять лапаротомо(стерно)томию. Торакофренолапаротомия при выделении тромбов, по данным D. Skinner, сопровождается летальностью в 13,2% случаях. С целью профилактики ТЭЛА нижнюю полую вену клипировали сшивающим аппаратом. Суть этой методики заключалась в формировании узких каналов 5-8 мм, которые защищали пациента от массивной ТЭЛА и при этом не нарушали кровотока через зону пликаций. Анализ показал, что у пациентов с III и IV уровнем тромбоза НПВ возможно выполнение тромбэктомии из НПВ из лапаротомного доступа с передней частичной мобилизацией печени. Учитывая, что тромбы не фиксированы к стенке НПВ, то возможно проведение тромбэктомии выше уровня диафрагмы.

И.М. Гудз (г. Ивано-Франковск) выступил с докладом: «Антитромботическая терапия при периферических артериальных окклюзионных заболеваниях, что соответствуют новым рекомендациям АССР». Согласно данным рекомендациям у пациентов с перемежающейся хромотой, стойкой к лечению, рекомендуется применение цилостазола в дополнение к антитромботической терапии (ацетилсалициловая кислота (АК) 75-100 мг или клопидогрель (КГ) 75 мг) (уровень доказательства 2С). У пациентов с острой ишемией конечностей рекомендуется системная антикоагулянтная терапия

с использованием нефракционированного гепарина (2С). Использование реперфузионного лечения (хирургическое лечение или регионарный тромболизис) предпочтительнее в сравнении с нереперфузионной терапией (2С). При применении реперфузионного лечения перевес следует отдавать операции над интраартериальным тромболизисом (1В). Пациентам, которые подлежат транслуминальной ангиопластике со стентированием или без него рекомендуется АК 75-100 мг или КГ 75 мг (1А). Для лечения после периферического шунтирования рекомендуется одна из схем антитромботической терапии АК 75-100 мг или КГ 75 мг (1А). У пациентов с бессимптомным стенозом сонных артерий прием АК 75-100 мг (2В). У пациентов с клиническими проявлениями стеноза сонных артерий (в том числе и после каротидной эндартерэктомии) рекомендуется длительная антитромбоцитарная терапия КГ 75 мг один раз в день или АК в сочетании дипиридамолом 25/200 мг два раза в день или только АК 75-100 мг один раз в день (1А).

П.И. Никульников (г. Киев) представил доклад на тему: «Факторы риска развития геморрагических осложнений у пациентов с аневризмой брюшного отдела аорты». В своем исследовании автор для выявления факторов риска геморрагических осложнений использовал показатели коагуляционного гемостаза: уровень фибриногена, протеин С, антитромбин III, D-димер и реакция фибрин-мономерного комплекса (РФМК). В результате исследования было показано, что показатели D-димера и РФМК у пациентов с данной патологией сильно отличаются, анализ требует индивидуального подхода. Для трактовки нарушений баланса между показателями коагуляционного гемостаза пациентов, оперированных по поводу аневризм брюшного отдела аорты необходимо рассматривать повышение уровня D-димера только в совокупности с количеством в плазме крови РФМК.

Прозвучал интересный доклад В.А. Янушко с соавт. (г. Минск): «Результаты применения «гибридной» технологии в лечении критической ишемии при многоуровневых поражениях артерий нижних конечностей». Авторы представили результаты оценки эффективности «гибридной» технологии прямой реваскуляризации при атеросклеротическом поражении бедренно-подколенно-берцового сегмента нижних конечностей в стадии критической ишемии нижних конечностей (КИНК). Пациентам выполнялись оперативные вмешательства: проксимальный анастомоз формировался с общей бедренной артерией, дистальный

анастомоз — с одной из артерий ниже щели коленного сустава. Проведение эндоваскулярной баллонной дилатации пораженных берцовых артерий осуществлялось непосредственно после ушивания кожных ран. Всего было выполнено 24 операции с использованием «гибридной» технологии. На протяжении всего периода наблюдения у пациентов отсутствовали случаи тромбоза шунта и рецидива КИНК. Кумулятивная проходимость зон реконструкции после выполнения реваскуляризации по «гибридной» методике составила 100%. Летальности пациентов за весь период наблюдения не было. Следовательно, «гибридная» технология является эффективным способом хирургического лечения многоуровневых, атеросклеротических поражений артерий нижних конечностей при критической ишемии.

Выступление коллектива авторов из г. Запорожье (А.С. Никоненко, А.В. Губка, А.Н. Матерухин) было посвящено интересной теме: «Хирургическое лечение и профилактика ишемического и геморрагического инсульта». Авторы указали, что причиной инсульта у 35,6% пациентов был атеросклеротический стеноз внутренней сонной артерии (ВСА) и у остальных 64,4% патологическая извитость, которая обусловлена атеросклерозом и дисплазией стенки артерии не только ВСА, но и внутри-мозговых сосудов. Всем пациентам, которые перенесли инсульт необходимо в комплексное обследование включать ультразвуковое сканирование, транскраниальную доплерографию, тотальную церебральную и экстракраниальную ангиографию, МРТ головного мозга. Всем пациентам с нарушением мозгового кровообращения от II до IV степени и доказанным поражением показано оперативное лечение (при геморрагическом инсульте с разрывом аневризмы — эмболизация и через 2-3 месяца устранение поражения экстракраниального поражения, а при ишемическом поражении — эндартерэктомия или резекция извитости ВСА). По данным исследования, в отдаленном периоде были получены положительные результаты в 93,1% случаях.

В своем докладе С.Н. Фуркало (г. Киев): «Распространенность коронарного атеросклероза у пациентов, перенесенных стентирование сонных артерий» показал, что стенозирующий атеросклероз сонных артерий часто сопровождается гемодинамически значимым поражением коронарных артерий, причем более чем в 70% случаев поражение коронарных артерий было многососудистым. Стентирование сонных артерий в этой группе пациентов может быть осуществлено как изолировано,

так и в сочетании с коронарным стентированием с хорошими непосредственными и приемлемыми отдаленными результатами.

А.А. Сидоров с соавт. (г. Москва) ознакомили с результатами применения стентирования и эверсионной эндартерэктомии из внутренних сонных артерий. Авторы показали, что своевременно выполненные каротидное стентирование с ангиопластикой или эверсионной эндартерэктомией из внутренних сонных артерий являются одинаково высокоэффективными методиками профилактики острого нарушения мозгового кровообращения в течение длительного времени у пациентов высокого и низкого рисков хирургического вмешательства как с симптомами, так и без симптомов сосудисто-мозговой недостаточности. У данной группы пациентов после проведенного лечения наблюдалась низкая частота развития «малого» и «большого» инсульта и летальности вследствие инсульта. Каротидная ангиопластика со стентированием показана пациентам с симптомами и без симптомов сосудисто-мозговой недостаточности высокого и низкого рисков хирургического вмешательства, что доказано сопоставимыми результатами с эверсионной эндартерэктомией, полученными в исследовании по таким показателям как инсульт, инфаркт миокарда, смертность вследствие инсульта или инфаркта миокарда в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах.

А.Ю. Лихарев с соавт. (г. Москва) представили доклад: «Оценка отдаленных результатов стентирования в лечении окклюзионно-стенотического поражения подвздошных артерий на сроках свыше 5 лет». В своем сообщении автор отметил, что на результаты стентирования в отдаленные сроки оказывает влияние сопутствующая патология: сахарный диабет, гиперхолестеринемия, курение. Частота возникновения рестенозов зависит от протяженности стентированного участка. Стенты с низкой радиальной устойчивостью и высокой гибкостью, вызывают меньше рестенозов в более подвижной артерии, которой по анатомо-физиологическим характеристикам, является наружная подвздошная артерия.

Венозную секцию — «Современный подход в лечении хронических заболеваний вен: новости Европейского венозного форума» и сателитный симпозиум «Современный взгляд на профилактику венозных тромбозов» возглавила д.м.н., профессор Л.М. Чернуха. Модератор симпозиума сделала акцент на то, что в настоящее время пересматриваются подходы к лечению хронических заболеваний

вен и приоритет отдается патогенетически обоснованным методам лечения. Также более подробно Л.М. Чернуха остановилась на ведущих мировых рекомендациях Американской корпорации торакальных врачей 9-го пересмотра (New ACCP Guidelines – DVT and PE: Highlights and Summary 2012). Согласно рекомендациям АССР дистальный тромбоз глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей при наличии тяжелых симптомов необходимо лечить антикоагулянтами продолжительностью 3 месяца независимо от того, был ли ТГВ связан с отдельными фактором риска (операция, госпитализация, лечение эстрогеном и т.д.) или был неспровоцирован (идиопатический). Если клинические симптомы отсутствуют вообще, легкие или умеренные (и при этом нет факторов риска для распространения тромба), то в данном случае нет необходимости в назначении антикоагулянтов. При этом лечащий врач должен иметь результаты нескольких «последовательных» доплеровских ультразвуковых исследований венозных сосудов в течение следующих 2-х недель, чтобы убедиться, что ТГВ не распространился. В том случае если ТГВ распространился, то необходимо проводить лечение антикоагулянтами в течение 3 месяцев. При развитии проксимального ТГВ лечение антикоагулянтами проводится также в течение 3-х месяцев. Если ТГВ выявлены случайно (бессимптомные ТГВ голени, верхних конечностей, таза), то в данном случае необходимо лечить антикоагулянтами. Продолжительность проведения антикоагулянтной терапии та же, которая применяется при лечении проксимальных и дистальных ТГВ. При ТГВ брюшных/висцеральных сосудов (тромбоз портальной, селезеночной, мезентериальной или печеночной вен) применение антикоагулянтов не обязательно. В случае выявления случайно ТЭЛА (ТЭЛА, обнаруженная, при проведении компьютерной томографии (КТ) по другим причинам) необходимо пересмотреть КТ целенаправленно, чтобы определить действительно ли имеет место ТЭЛА. Если есть сомнения, то нужно провести дополнительные исследования (например, определение D-димеров венозной крови и выполнение ультразвуковой доплерографии конечностей). В случае подтверждения ТЭЛА – необходимо лечить антикоагулянтами. Если ТЭЛА обширная (т.е. в сочетании с низким артериальным давлением ниже 90 мм рт.ст., частота сердечных сокращений выше 100 в минуту, плохое кровоснабжение внутренних органов, низкий уровень кислорода в крови, нарушение сердечных ферментов сыворотки, нарушение

функции правого предсердия на эхокардиографии или КТ) и у пациента низкий риск кровотечения, следует рассматривать введение ТАП (тканевого активатора плазминогена) в течение 2 часов в периферические вены. Принципы проведения лечения антикоагулянтами те же самые как и при ТГВ. При ТГВ/ТЭЛА, связанных с онкологией – необходимо лечить как минимум в течение 3-х месяцев (желательно долгосрочно, за исключением, если риск кровотечения очень высок). Более предпочтительным является назначение низкомолекулярного гепарина (НМГ), а не варфарина. При ТГВ верхней конечности (подмышечные или более проксимальные вены) – рекомендуется только антикоагулянтная терапия. Продолжительность антикоагулянтной терапии 3 месяца. Если ТГВ верхних конечностей связан с постановкой центрального венозного катетера, то предлагается не удалять катетер, существует постоянная потребность в его функционировании. Антикоагулянтная терапия проводится до тех пор, пока катетер находится в вене. В случае удаления катетера антикоагулянтную терапию следует продолжать в течение 3 месяцев. При развитии тромбоза поверхностных вен нижних конечностей не менее 5 см в длину, предлагается назначать профилактические дозы фондапаринукса (предпочтительно) или НМГ в течение 45 дней. Фильтр нижней полой вены (IVC фильтр) следует применять у пациентов с острым ТГВ, которые не переносят препараты для разжижения крови из-за активного кровотечения или высокого риска кровотечения. Компрессионный трикотаж рекомендуется носить не менее 2-х лет (для предотвращения или минимизации возникновения посттромботического синдрома). Если через 2 года у пациента будут беспокоящие его симптомы посттромботического синдрома (отеки, боли), необходимо продолжить применение трикотажа для облегчения этих симптомов. Вместе с тем необходимо сказать, что в Украине в настоящее время идет активное обсуждение протоколов лечения венозных тромбозов в том числе и с учетом рекомендаций АССР.

Д.А. Касьян с соавт. (г. Кишинев) в своем докладе: «Варианты патологического венозного рефлюкса при варикозной болезни и выбор метода хирургического лечения» остановился на характеристике наиболее распространенных классификаций хронической венозной недостаточности. По мнению авторов, классификация CEAP не лишена некоторых недостатков и не во всех случаях может оказать помощь в выборе оптимального способа опе-

ративного вмешательства. Данная классификация не отражает точной локализации проксимального источника рефлюкса в подкожных венах — несостоятельность терминального и субтерминального клапанов. Согласно классификации W. Nach ретроградная волна крови, покидающая большую подкожную вену в верхней трети бедра определяется как Nach I. Рефлюкс, заканчивающийся над коленным суставом — как Nach II, между коленом и лодыжкой — как Nach III, а достигающий уровня медиальной лодыжки — как Nach IV. Несмотря на детальное разграничение протяженного рефлюкса, классификация Nach, как и CEAP, не принимает во внимание состояние клапанного аппарата сафено-фemorального или сафено-поплитеального соустьев. Наиболее полной, на сегодняшний день, классификацией гемодинамических расстройств при варикозной болезни является классификация P. Pittaluga: тип 1 — наличие варикозно-расширенных притоков на бедре и голени при состоятельном сафено-фemorальном соустье и состоятельном стволе большой подкожной вены; тип 2 — несостоятельность большой подкожной вены без варикозного расширения ее притоков (подтип 2a — сафено-фemorальное соустье состоятельно, рефлюкс не достигает уровня лодыжек, подтип 2b — сафено-фemorальное соустье состоятельно, рефлюкс достигает уровня лодыжек, подтип 2c — сафено-фemorальное соустье не состоятельно, рефлюкс не достигает уровня лодыжек, подтип 2d — сафено-фemorальное соустье не состоятельно, рефлюкс достигает уровня лодыжек); тип 3 — варикозное расширение притоков, с рефлюксом по большой подкожной вене, но состоятельным сафено-фemorальным соустьем (подтип 3a — рефлюкс не достигает уровня лодыжек, подтип 3b — рефлюкс достигает уровня лодыжек); тип 4 — варикозное расширение притоков, с рефлюксом в большой подкожной вене и несостоятельным сафено-фemorальным соустьем (подтип 4a — рефлюкс не достигает уровня лодыжек, подтип 4b — рефлюкс достигает уровня лодыжек); тип 5 — сафено-фemorальное соустье несостоятельно с рефлюксом в его притоки, большая подкожная вена — состоятельна. По мнению авторов, в рамках одной классификации нельзя описать все возможные варианты варикозной болезни и оптимальный для каждого из них метод лечения. Разработка алгоритма выбора оптимального объема оперативного вмешательства на поверхностных венах исходя из классификации гемодинамических расстройств позволит хирургу принять верное и обоснованное тактическое решение.

С.А. Сушков с соавт. (г. Витебск) в представленном исследовании: «Состояние глубоких вен и нижней полой вены после имплантации кава-фильтра» ознакомили с результатами состояния гемодинамики в системе нижней полой вены после имплантации постоянных и временных кава-фильтров: «РЭПТЭЛА», «РЭПТЭЛА-М», TrapEase (Cordis), OptEase (Cordis), Simon Nitinol Filter (BARD). Проведенный анализ показал, что кава-фильтры являются надежным способом профилактики тромбоэмболии легочной артерии и не вызывают спонтанную окклюзию нижней полой вены, а также нарушений венозной гемодинамики в отдаленные сроки.

В.А. Прасол с соавт. (г. Харьков) поделились опытом хирургического лечения пациентов с флеботромбозом: «Хирургическое лечение тромбозов глубоких вен нижних конечностей у пациентов онкологического профиля». В данном исследовании авторы оценили эффективность основных методов лечения острых флеботромбозов у пациентов онкологического профиля. Лечебная тактика ведения пациентов зависела от сроков развития тромбоза, состояния верхушки тромба, наличия кровотечения и необходимостью в неотложном оперативном лечении новообразования. Выполнялись следующие оперативные вмешательства: тромбэктомия из подколенной вены с вшиванием заплат, тромбэктомия флотирующей части тромба из общей бедренной и подвздошной вены, тромбэктомия с резекцией бедренной вены, имплантация съёмного кава-фильтра, пликация общей бедренной вены. В комплексном лечении также применяли антикоагулянтную терапию и эмболизацию опухоли. Предложенная тактика способствовала снижению частоты послеоперационных осложнений в виде ТЭЛА и кровотечений.

В своем докладе В.В. Бойко с соавт. (г. Харьков) «Новый подход к активному лечению больных с острым тромбозом глубоких вен нижних конечностей» остановился на методике катетер-управляемого тромболизиса у пациентов с распространенными проксимальными флеботромбозами. Вышеуказанные пациенты поступали в острую стадию развития патологического процесса со сроками до 5 суток. Применялись препараты: актилизе и стрептокиназа в течение 1-3 суток до появления ангиографических признаков восстановления проходимости пораженных тромбозом венозных сегментов. Анализ результатов показал, что катетер-управляемый тромболизис является эффективным, безопасным, минимально инвазивным методом активного лечения

пациентов с острым проксимальным тромбозом. Одновременное введение тромболитика со стороны дистальной и проксимальной границы тромба дает возможность быстрее восстановить проходимость венозного русла, а также предотвратить рост «свежих» тромбов на фоне растворения «старых» тромботических масс.

А.Г. Бутырский с соавт. (г. Симферополь) в своем докладе: «Подготовка к аутодермопластике и ее результаты при посттромбофлебитических язвах голени» представили результаты применения на фоне стандартной комплексной схемы подготовки поверхности трофической язвы к аутодермопластике местные аппликации наружной оболочки головоногого моллюска, представляющей собой биогенную полупроницаемую мембрану. Анализ показал, что применение данной методики позволяет повысить эффективность лечения пациентов с трофическими язвами нижних конечностей.

Все представленные доклады на съезде

были заслушаны с большим интересом. Состоялась дискуссия и обмен мнениями. В рамках проводимого съезда была организована медицинская выставка с участием более 15 фирм производителей оборудования, инструментария, медицинских препаратов и литературы. Все экспонаты можно было изучить непосредственно на месте. Выставка литературы охватывала весь спектр деятельности современной сосудистой хирургии. В заключении следует отметить очень высокий уровень представленных докладов и организации съезда.

Адрес для корреспонденции

210023, Республика Беларусь,
г. Витебск, пр-т Фрунзе, д. 27,
УО «Витебский государственный
медицинский университет»,
кафедра общей хирургии,
тел. раб. +375 212 37 92 75,
e-mail: nebylicin.uravgm@mail.ru,
Небылицин Юрий Станиславович

Сведения об авторах

Янушко В.А., д.м.н., профессор, заместитель директора по хирургии ГУ РНПЦ «Кардиология», главный сосудистый хирург МЗ Республики Беларусь.

Небылицин Ю.С., к.м.н., доцент кафедры общей

хирургии УО «Витебский государственный медицинский университет».

Климчук И.П., к.м.н., заведующий отделением сосудистой хирургии УЗ «4-я городская клиническая больница им. Н.Е. Савченко», г. Минск.

Поступила 1.10.2012 г.