

IV ВСЕУКРАИНСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «СУХАРЕВСКИЕ ЧТЕНИЯ: АНГИОЛОГИЯ И СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ СЕГОДНЯ»

(г. КИЕВ, 21-22 АПРЕЛЯ 2011 Г.)

УО «Витебский государственный медицинский университет»,

Республика Беларусь

21-22 апреля 2011 года в г. Киеве в Конференцхолле «Ирпень» прошла IV Всеукраинская конференция с международным участием «Сухаревские чтения: ангиология и сосудистая хирургия сегодня». Кроме хирургов Украины, в работе конференции приняли участие хирурги из Австрии, Италии, России и Беларуси.

Конференцию открыл председатель оргкомитета конференции, директор национального института хирургии и трансплантологии НАМН Украины Ю.В. Поляченко. Участников конференции приветствовали: Президент Ассоциации ангиологов и сосудистых хирургов Украины А.А. Штугин, главный специалист МЗ Украины П.И. Никульников, Вице-президент Ассоциации ангиологов и сосудистых хирургов Украины Л.М. Чернуха.

Программа конференции предполагала обсуждение следующих важных вопросов ангиологии и сосудистой хирургии: окклюзионно-стенотические заболевания сонных артерий; окклюзионно-стенотические заболевания аорты и периферических артерий; критическая ишемия; нестандартные ситуации в хирургии сосудов; варикозная болезнь нижних конечностей; тромбозы глубоких вен нижних конечностей и таза. Невозможно в кратком сообщении осветить все состоявшиеся доклады. Поэтому остановимся на наиболее ярких и запомнившихся.

Большое количество секционных заседаний было посвящено современным проблемам флебологии. Венозный симпозиум – «Школа флеболога» возглавил д.м.н., профессор А.И. Кириенко. Большой интерес вызвали лекции: Н. Partsch (Австрия) – «Компрессионная терапия: как, почему, когда?», «Компрессионная терапия при острых и хронических поражениях глубоких вен», G. Mosti (Италия) – «Трофические язвы. Дифференциальная диагностика, протокол лечения: возможности компрессионной терапии, склеротерапии, хирургии».

В своем докладе Н. Partsch (Австрия) обратил внимание на то, что мировой опыт рандомизированных клинических исследований по компрессионной терапии показывает наличие «белых пятен» по некоторым направлениям. Особенно это касается «малых форм» варикозной болезни. В настоящее время нуждается в уточнении регламент компрессии при хирургическом лечении варикозной болезни и реабилитации пациентов с последствиями тромбоза глубоких вен.

G. Mosti (Италия) ознакомил с результатами мультицентрового рандомизированного исследования, в котором для лечения трофических язв нижних конечностей использовался специальный комплект компрессионных чулочных изделий. В комплект входит нижний чулок, который фиксируя раневое покрытие на язве, создает умеренное давление и остается на ноге постоянно в течение суток. Второй чулок, более высокой степени компрессии, надевают поверх нижнего чулка только в дневное время. Ношение второго чулка увеличивает амплитуду компрессии на 3,3 мм рт.ст. Исследование показало, что большинство трофических язв нижних конечностей излечивалось в полной мере при использовании специального комплекта компрессионных чулочных изделий.

Выступление коллектива авторов из г. Киева (Л.М. Чернуха, Е.В. Каширова, Г.Г. Влайков, А.А. Гуч, И.В. Альтман, А.С. Матящук) было посвящено интересной теме – изучению диагностики и лечения венозных форм врожденных сосудистых мальформаций нижних конечностей. Венозные формы врожденных сосудистых мальформаций нижних конечностей могут приводить к развитию тяжелых форм хронической венозной недостаточности (ХВН), инвалидизации пациентов в молодом возрасте. Авторами проведена оценка эффективности различных методов диагностики и лечения данной патологии. В ра-

боте использовали ультразвуковое исследование окружающих мягких тканей; рентгенконтрастную флебографию; определялись маркеры пролиферации: признаки дизморфоза на морфологическом уровне и выявление уровня экспрессии рецептора к VEGF – Flk-1/KDR (VEGFR2); патоморфологическое и иммуногистохимическое исследования. Также была доказана пролиферативная активность мальформаций; и согласно разделению пациентов было дифференцировано применено хирургическое лечение, включая эндовазальную лазерную коагуляцию и эосклеротерапию. В результате применения дифференцированного патогенетически обоснованного подхода к лечению пациентов с венозными формами врожденных сосудистых мальформаций нижних конечностей, в том числе с поражением глубокой венозной системы и сочетанными поражениями, применив хирургические, лазерные и эосклерозирующие методики удалось достичь 74,49% удовлетворительных послеоперационных результатов.

Е.В. Шайдаков (г. Санкт-Петербург) представил результаты применения новых хирургических технологий у пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей. Были освещены тактические и технические аспекты радиочастотной облитерации варикозных вен, преимущества перед лазерными технологиями, а также возможные осложнения.

Р.В. Сабадош (г. Ивано-Франковск) в своем выступлении остановился на вариантах гемостазиологических нарушений у пациентов с различными степенями хронической венозной недостаточности при варикозной болезни нижних конечностей. Результаты проведенных исследований показали, что с нарастанием степени ХВН постепенно появляется тенденция к гиперкоагуляции по внутреннему пути коагуляционного гемостаза, у 10,2% обследованных пациентов отмечается гиперагрегация (при этом количество тромбоцитов в периферической крови не изменялось).

С.А. Сушков, Ю.С. Небылицин (г. Витебск) в своем выступлении поделились опытом применения современных раневых покрытий для лечения венозных трофических язв. Применение раневых покрытий способствовало снижению микробной контаминации по сравнению с показателями в контрольной группе. Эффективность применения раневых покрытий была подтверждена цитологическим исследованием мазков-отпечатков с язвенной поверхности. При

оценке клинической эффективности применения раневых покрытий путем балльной оценки симптомов наблюдалось достоверное снижение интенсивности клинических проявлений.

В.В. Сорока с соавт. (г. Санкт-Петербург) представили результаты оценки частоты встречаемости FV Leiden и FII протромбин G20210A у лиц молодого возраста, оценили их влияние на течение и исход тромбоэмболических осложнений. Авторами было показано, что носительство гена G20210A и FV Leiden способствует тяжелому течению и частым рецидивам венозного тромбоэмболизма у лиц молодого возраста. Тромбоэмболические осложнения характерны в большей степени для носительства гена протромбина G20210A.

С.Г. Савинов с соавт. (г. Симферополь) представили результаты применения малоинвазивных технологий у пациентов с неосложненными формами варикозной болезни нижних конечностей. Применялись: селективный стриппинг, минифлебэктомия по Мюллеру, ликвидация горизонтальных рефлюксов из минидоступов по УЗ-маркировке. Выработка индивидуального плана оперативного лечения для каждого пациента и уход от тотальной флебэктомии позволили добиться высокой эстетичности, минимизировать хирургическую травму и значительно снизить количество осложнений.

Прозвучал интересный доклад (Е.В. Шайдаков г. Санкт-Петербург) на тему: «Алгоритм лечения острых венозных тромбозов». Тактика ведения пациентов с тромбозом глубоких вен (ТГВ) должна зависеть от сроков поступления в стационар. До пяти суток от начала заболевания необходимо применять регионарный катетерный тромболизис, в сроки 5–14 суток – выполнять открытую тромбэктомию. Применение минимально инвазивных операций на ранних стадиях посттромботической болезни (ПТБ) показывает их высокую эффективность по сравнению с изолированной консервативной терапией. Оптимальное время ранних вмешательств составляет 14–35 дней после начальных проявлений острого венозного тромбоза. С целью активации эндогенного фибринолиза, уменьшения перегрузочной лимфатической недостаточности и ускорения процесса реабилитации всем пациентам были выполнены хирургические вмешательства: тромбэктомия (с освобождением створок клапанного аппарата от тромботических масс), наложение пахового лимфонодулового анастомоза и дистальной артериовеноз-

ной фистулы. Операции по артериализации венозного кровотока, уменьшению перегрузочной лимфатической гипертензии уменьшают проявления ПТБ и значительно улучшают качество жизни пациентов. Три важных условия эффективности открытой тромбэктомии: проксимальная артериовенозная фистула, прерывистая пневмокомпрессия, интраоперационная флебография. Успех лечения зависит также от применения рациональной послеоперационной консервативной терапии.

Ю.С. Небылицин, С.А. Сушков (г. Витебск) представили результаты применения в комплексном лечении пациентов с ТГВ препаратов восстанавливающих функциональное состояние эндотелия. Применение в комплексном лечении препаратов: пентоксифиллина, флебопротектора и флеботоника – L-лизина эсцинат, антиоксидантного комплекса и ликореда с целью коррекции функционального состояния эндотелия и процессов свободнорадикального окисления является патогенетически обоснованным. При применении данных препаратов отмечается снижение повышенных показателей перекисного окисления липидов; нормализация уровней маркеров эндотелиальной дисфункции. Также отмечен регресс клинических проявлений заболевания.

Д.О. Иващук (г. Запорожье) в своем докладе проанализировал результаты тромбэктомии у пациентов с флотирующим тромбозом. Основными видами оперативных вмешательств, которые выполнялись пациентам, были: тромбэктомия (28 случаев) и перевязка поверхностной бедренной вены (ПБВ) (7 случаев). Объем оперативного вмешательства определялся строго индивидуально в зависимости от клинической ситуации. В послеоперационном периоде случаев ТЭЛА не отмечалось, в одном случае потребовалась повторная операция вследствие развития ретромбоза, в 5 случаях развилась лимфорея. По данным авторов, оптимальная тактика лечения верифицированных флотирующих тромбов глубоких вен должна определяться индивидуально с учетом выраженности клинических проявлений и угрозой развития ТЭЛА.

В.А. Прасол с соавт. (г. Харьков) представили доклад на тему: «Острый илиофemorальный флеботромбоз: дезобструкция или консервативное лечение?». В данном исследовании авторы оценили эффективность основных методов лечения острых илиофemorальных флеботромбозов. Результаты показали, что применение катетер-управляемого тромболитика обес-

печивает быстрое восстановление проходимости илиофemorального венозного сегмента, способствует регрессу клинических проявлений ТГВ, предотвращает развитие ТЭЛА и посттромботической болезни (ПТБ) или минимизирует ее симптоматику в случае возникновения заболевания. Хирургическая тромбэктомия является эффективным методом дезобструкции венозного русла. Применение антикоагулянтной терапии в качестве основного метода лечения ТГВ предотвращает прогрессирование ТГВ и возникновение ТЭЛА, но не обеспечивает быстрое восстановление проходимости пораженных тромбозом вен, не избавляет от ПТБ с тяжелыми формами ХВН.

Г.Ю. Сокуренок с соавт. (г. Санкт-Петербург) поделились опытом хирургического лечения острого тромбоза глубоких вен нижних конечностей. Данное исследование было посвящено оценке эмбологической опасности ТГВ различной локализации, определение и уточнение показаний к установке кава-фильтра. Наличие флотирующего тромба является показанием к имплантации кава-фильтра только при больших размерах тромба с распространением на илиокавальный сегмент. Постановка кава-фильтра показана при рецидивирующей ТЭЛА на фоне адекватной антикоагулянтной терапии.

В.И. Ляховский с соавт. (г. Полтава) в своем докладе: «Особенности диагностики и консервативного лечения острых тромбозов глубоких вен» остановился на тактике ведения пациентов с ТГВ. Всем пациентам выполнялись лабораторно-клиническое и инструментальное обследование. Комплексное консервативное лечение включало прямые (нефракционированный гепарин) и непрямые антикоагулянты. При неэффективности консервативного лечения и наличием угрозы ТЭЛА, по мнению авторов, необходимо применять оперативные методы лечения. При отсутствии эффекта при применении прямых антикоагулянтов пациентам необходимо дополнительно обследовать на наличие коагулопатий и антифосфолипидного синдрома.

В.Г. Мишалов с соавт. (г. Киев) представили доклад на тему: «Оценка тромболитической терапии и тромбэктомии у пациентов с острым тромбозом глубоких вен нижних конечностей». В исследовании были представлены результаты оценки эффективности тромболитической терапии и тромбэктомии у пациентов с ТГВ в сроки до 7 суток от начала развития заболевания. Применение тромболитической терапии

позволяет в 50% случаях полностью восстановить кровоток (тромбэктомия – в 35%) и достоверно с меньшей частотой приводить к повреждению клапанного аппарата в сравнении с открытой тромбэктомией.

Много интересных докладов было на секциях, посвященных окклюзионно-стенотическим поражениям аорты и артерий. П.И. Никульников с соавт. (г. Киев) поделился опытом применения хирургического лечения пациентов с окклюзионно-стенотическими поражениями брахиоцефального ствола. Наиболее часто (до 65,5%) встречаются распространённые поражения брахиоцефального ствола с вовлечением начальных отделов правых общей сонной и подключичной артерий. Выбор метода оперативного вмешательства зависит от этиологии заболевания, типа и распространённости поражения. Показания к эндоваскулярному лечению служат ограниченные стенотические поражения брахиоцефального ствола. Выполнение открытых реконструктивных и эндоваскулярных вмешательств позволяет получить хорошие результаты и избежать фатальных осложнений в ближайшем и отдаленном послеоперационных периодах у данной категории больных.

Г.Ю. Сокурено с соавт. (г. Санкт-Петербург) в своем исследовании оценили возможности использования однофотонной эмиссионной компьютерной томографии (ОФЭКТ) головного мозга для определения эффективности операции эндартерэктомии наружной сонной артерии у больных с окклюзией внутренней сонной артерии. Результаты показали, что ОФЭКТ является малоинвазивным и надежным методом определения перфузии мозговой ткани, что позволяет использовать ее не только для первичной диагностики у больных ОНМК, но и для контроля эффективности хирургического лечения при окклюзионных поражениях внутренней сонной артерии.

Доклад А.А. Губка (г. Запорожье) был посвящен особенностям выполнения аорто-бедренных реконструкций при облитерирующем атеросклерозе артерий нижних конечностей. Автор считает, что при выполнении доступа к брюшной аорте следует применять минилапаротомию, что позволяет уменьшить травму передней брюшной стенки, уменьшить в послеоперационном периоде болевой синдром и парез кишечника, а в отдаленном – избежать образо-

вания послеоперационных вентральных грыж. Для улучшения функционирования аорто-бедренного протеза, избежания образования ложных аневризм анастомозов и тромбозов протезов, необходимо выполнение конце-концевых анастомозов, что снижает количество тромбозов.

П.В. Мирошниченко с соавт. (г. Луганск) поделились опытом лечения аневризм брюшного отдела аорты. По мнению авторов, наиболее сложную в тактическом плане категорию представляют пациенты с аневризмой абдоминального отдела аорты и сопутствующей онкологической патологией. Наличие сопутствующего курабельного онкозаболевания не является противопоказанием к выполнению восстановительной операции на аорте. Предпочтительнее проводить одномоментное симультанное оперативное лечение. Всего выполнено 13 симультанных операций: сочетание резекции аневризмы с панкреатодуоденальной резекцией – 1, с резекцией толстой кишки – 4, резекцией прямой кишки – 1, нефрэктомией – 5, экстирпацией матки – 1. Послеоперационная летальность составила 3,2%. Следовательно, интеграционный подход к лечению данной патологии позволяет успешно проводить одномоментное оперативное лечение.

Все представленные доклады на конференции были заслушаны с большим интересом. Состоялись дискуссии и обмен мнениями. В рамках проводимой конференции была организована медицинская выставка с участием более 20 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 заключение следует отметить очень высокий уровень представленных докладов и хорошую организацию конференции.

Адрес для корреспонденции

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

Поступила: 28.04.2011 г.