

О.В. БУКИНА, И.Н. СОНЬКИН, Е.А. ИЛЮХИН, О.И. ЦАРЕВ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЕ РОЖДЕСТВЕНСКИЕ ФЛЕБОЛОГИЧЕСКИЕ ВСТРЕЧИ»

ФГУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, г. Санкт-Петербург,
Российская Федерация

10 декабря 2010 года в Санкт-Петербурге состоялась научно-практическая конференция под патронажем Санкт-Петербургского общества флебологов (SPSP) «Рождественские флебологические встречи». Ставшая уже традиционной зимняя встреча порадовала всех участников интереснейшими выступлениями признанных авторитетов флебологии.

Во вступительном слове председатель общества и конференции профессор Е.В. Шайдаков подчеркнул, что подобные встречи позволяют не только обсудить важнейшие вопросы диагностики и лечения заболеваний вен, но и по новому увидеть их, напрямую общаясь с ведущими отечественными и зарубежными специалистами - экспертами с мировым именем. Открыл конференцию президент Северо-Западного отделения АМН академик Г.А. Сафронов. В своей речи он отметил, что высокая значимость подобных встреч обусловлена не только актуальностью поднимаемых вопросов патологии вен, столь распространенной в Северо-Западном регионе России. Высокий уровень представленных докладчиков свидетельствует о признании достижений специалистов нашего города в этой области и предоставляет уникальную возможность узнать передовой мировой опыт.

Во Eklof (Швеция, Хельсинборг) в своем выступлении «Что нового в хирургическом ведении венозных нарушений», точно и красиво определил современные тенденции во флебологии. В начале выступления он высоко оценил попытку AVF в объединении флебологов всех стран под эгидой единой классификации CEAP и коснулся последней редакции шкалы тяжести венозных заболеваний VCSS от 2010 года. Далее профессор Eklof описал возможные способы ранней тромбэктомии:

1. Хирургическая тромбэктомия;
2. Катетерный прямой тромболизис;
3. Эндовенозный фармакомеханический тромболизис/тромбэктомия.

Причем, для фармакомеханического тром-

болизиса/тромбэктомии FDA одобрила 3 устройства: Angiojet power pulse (Possis Medical/Medrad), Trellis device (Bacchus Vascular/Covidien) и Ekos Endowave (Bothel, Washington). Во Eklof привел выдержку из рекомендации Американской корпорации торакальных врачей (АССР) в последней редакции, где довольно определенно очерчены области применения различных методов элиминации тромботических масс из венозного русла:

«Мы предполагаем, что катетерный тромболизис может использоваться для уменьшения острых симптомов заболевания и снижения частоты развития посттромботической болезни у отобранных пациентов с обширным проксимальным тромбозом глубоких вен (уровень доказательности 2B)».

«Мы предполагаем, что фармакомеханический тромболизис более предпочтителен в сравнении с изолированным катетерным тромболизисом в плане сокращения времени лечения (уровень доказательности 2C)».

«Мы предполагаем, что хирургическая тромбэктомия может использоваться для уменьшения острых симптомов заболевания и снижения частоты развития посттромботической болезни у отобранных пациентов с острым илиофemorальным венозным тромбозом (уровень доказательности 2C)».

«После успешного лечения любым из этих трех методов мы предлагаем дополнительную коррекцию с помощью баллонной ангиопластики и стентирования (уровень доказательности 2C)».

16 ноября 2009 началось новое многоцентровое исследование, спонсированное NIH: ATTRACT (Acute Venous Thrombosis: Thrombus Removal with Adjunctive Catheter-directed Thrombolysis). Цель исследования - проверить гипотезу, что активное удаление тромба плюс консервативное лечение превосходит одну только терапию в предотвращении посттромботического синдрома в течение 2 лет наблюдения.

Особо профессор Во Eklof остановился на факторах риска развития посттромботического синдрома:

1. Илийфеморальный флеботромбоз;
2. Неоптимальная непосредственная антикоагуляция;
3. Несоблюдение принципа ранней активизации и компрессионного режима;
4. Отсутствие попыток раннего удаления тромба;
5. Плохая реканализация по дуплексному сканированию спустя 1 месяц с момента тромбоза, сопровождающаяся повышенным уровнем D-димера;
6. Рецидив ипсилатерального тромбоза глубоких вен;
7. Остающаяся обструкция подвздошной вены.

Следующую часть своей презентации Во Eklof озаглавил как «Русский подход к предотвращению посттромботического синдрома профессора Евгения Шайдакова». Алгоритм проф. Е.В. Шайдакова основан на накопленном большом опыте лечения пациентов с острыми венозными тромбозами. Опираясь на научные факты, выявленные при исследовании функции эндотелия, алгоритм направлен на профилактику развития посттромботической болезни. Эффективность сохранения клапанной функции и предотвращения посттромботической обструкции зависит от времени, прошедшем с момента возникновения тромбоза:

1. До 5 дней - регионарный катетер-направленный тромболизис;
2. От 5 до 14 дней - открытая тромбэктомия;
3. От 14 до 35 дней - эндофлебэктомия, дистальная артерио-венозная фистула, проксимальный лимфо-венозный анастомоз.

Как отметил Во Eklof, разработанная автором тактика нашла позитивный отклик в целом ряде зарубежных клиник.

В следующей части презентации профессор Во Eklof рассмотрел современные взгляды на применение кава-фильтров.

Показания для постановки кава-фильтра:

1. Противопоказания к антикоагуляции у пациентов с ТЭЛА и/или ТГВ;
2. Неудача антикоагуляции, проявляющаяся в прогрессировании ТГВ или рецидиве ТЭЛА;
3. Массивная жизнеугрожающая ТЭЛА с резидуальным ТГВ (несмотря на адекватную антикоагуляцию);

В настоящий момент остаются противоречивыми данные о целесообразности постановки съемных фильтров с профилактической целью.

Затем Во Eklof определил современные направления в лечении варикозной болезни:

1. Современная хирургия под тумесцентной анестезией с небольшими разрезами и PIN-стриппингом;
2. Радиочастотная абляция;
3. Лазерная абляция;
4. Foam-form склеротерапия.

Профессор Eklof упомянул об очень интересном рандомизированном исследовании, которое оценило результаты лечения четырех групп пациентов (всего 500 человек). Соответственно сравнивались четыре вида лечения: радиочастотная абляция (РЧА), эндовенозная лазерная коагуляция (ЭВЛК), фоам-склеротерапия и хирургический метод (высокое лигирование и PIN-стриппинг). Результат исследования: все методы лечения эффективны. Но частота технических неудач выше после фоам-склеротерапии. Применение комбинации РЧА и фоам-склеротерапии приводит к более быстрому восстановлению пациента, менее выраженной послеоперационной боли и лучшему качеству жизни, чем использование ЭВЛК и хирургических методов. Планируется изучение отдаленных результатов.

Затем Во Eklof озвучил краткий доклад о 6-ом Тихоокеанском сосудистом симпозиуме по венозным заболеваниям в ноябре 2009 г. в Гаваях. Организаторы - известные в мировой флебологии специалисты: Tom Wakefield, Fedor Lurie, Bo Eklof, Bob Kisnter. Цель симпозиума - уменьшить количество венозных язв на 50% за 10 лет. Для этого 60 экспертов из разных стран разделили на 4 группы. Первая изучала проблемы, связанные с тромбозом глубоких вен и посттромботической болезнью, вторая - с первичной варикозной болезнью, третья - проблемы лечения венозных язв и их рецидивов. Усилия четвертой группы экспертов были направлены на выявление пробелов в организации флебологической помощи в системе здравоохранения и путей их устранения.

Очень интересный доклад «Варикозная болезнь с рефлюксом крови по бедренной вене. Изолированная флебэктомия или флебэктомия в сочетании с методами устранения рефлюкса?» представили коллеги из Краснодара О.А. Алуханян и Д.С. Аристов. Основываясь на боль-

шом материале (300 пациентов) и достоверных методах исследования (УЗДГ, триплексное сканирование, рентгеноконтрастная флебография), они выделяют особый фактор развития рефлюкса в бедренной вене. Это вено-венозный сброс из сателлитных бесклапанных вен. Вмешательство только на поверхностной венозной системе чревато рецидивом, по данным авторов, до 18% в сроки до 60 месяцев. С целью избежать такого количества рецидивов, они предложили свою схему лечения «глубокой» формы варикозной болезни. Рефлюкс III степени вследствие клапанной несостоятельности и сателлитного сброса в бедренную вену авторы считают показанием к хирургическому лечению. В этом случае флебэктомия дополняется микрохирургической вальвулопластикой и резекцией сателлитных вен. Такая тактика привела к уровню рецидивирования в 2,6%. Стоит отметить, что такие высокотехнологичные операции требуют достаточно высокой подготовки хирурга. Поэтому достойны уважения результаты лечения: ни одного случая тромбоза глубоких вен при отсутствии гепаринотерапии в послеоперационном периоде.

Вопросы, которые возникли после ознакомления с докладом: можно ли считать «сброс» крови в бедренную вену из большой подкожной вены через коммуникантные сосуды патологическим? Чем объяснить такое количество рецидивов при изолированном вмешательстве на поверхностной венозной системе? Стоит ли производить такие травматичные вмешательства в начальных стадиях варикозной болезни? Ведь, даже если рецидив возникнет, существует множество малоинвазивных способов его устранения (ЭВЛК, склерозирование).

В этой связи крайне убедительным и доказательным было выступление профессора А.Э. Клецкина из Нижнего Новгорода, который считает показаниями к реконструкции вен в подвздошно-бедренном сегменте наличие ПТФБ и ХВН лишь 6 класса по CEAP. Он считает сохранение флебографии в комплексе предоперационного обследования принципиальной концепцией. Интересна предлагаемая последовательность реконструкции венозного русла. При наличии блока в подвздошном сегменте докладчик не советует начинать с восстановления оттока дистальнее, так как это все равно приводит к тромбозу и дискредитирует тип операции. Восстановление венозного русла в проксимальном отделе порой не требует реконструкции ди-

стальнее из-за непосредственных и отдаленных результатов, так как резко уменьшает объем циркулирующей там крови. Доклад изобилует деталями технических приемов, позволяющими максимально увеличить время работы аутовенозных шунтов. В частности, при выполнении операции Пальма-Эсперона рекомендуется щадящая обработка сафено-фemorального соустья с резекцией притоков - ликвидация условий для изгибов шунта; определяется горизонтальный уровень шунта; отмечено оптимальное сечение шунта - 6 - 7 мм. Очень интересен опыт аутовенозных реконструкций в бедренном сегменте, которые выполняются при отсутствии аутовенозного пластического материала. Удачное сочетание определенных параметров и технических приемов, в частности, авторских способов сшивания сосудов, обусловило прекрасные результаты. Функционирование наложенных конструкций в сроки от 4 до 11 лет по данным УЗАС и /или флебографии: перекрестных шунтов 71%, линейных реконструкций - 83%, аллотрансплантатов - 62,5%.

Современный и перспективный доклад «Стентирование хронической обструкции илиокавального оттока» представил Peter Neglen (Миссисиппи, США). Венозная обструкция оттока играет важную роль в клиническом проявлении хронических венозных заболеваний, особенно болевого компонента. Автор выделяет следующие типы илиофemorальной венозной обструкции:

1. Первичное нетромботическое поражение подвздошной вены (синдром Мэя-Турнера или Кокетта - сдавление подвздошной вены, внутрипросветные поражения, в частности, хорды);
2. Посттромботическая неокклюзионная обструкция;
3. Посттромботическая окклюзия.

По данным P. Neglen, обструкция может встречаться даже без предыдущего тромбоза глубоких вен. Лечение заканчивается внушительным клиническим облегчением боли, отека, даже когда связанный рефлюкс остается некорригированным. Язвы редко встречаются на фоне изолированной обструкции, на 4 % чаще - при наличии с рефлюксом (30%). Лечение по предложенной схеме заканчивается заживлением язв, несмотря на сохранение рефлюкса, у 60% пациентов.

Завершило первую половину конференции выступление Niels Bakgaard (Gentofte University Hospital, Копенгаген), посвященное катетерно-

му тромболизису при венозных тромбозах. Автор привел сводную статистику, по которой тромбоз илиофemorального сегмента составляет около 20% всех тромбозов глубоких вен нижних конечностей, при этом риск развития ПТС при таком уровне тромбоза оценивается приблизительно в 50%. Обзор публикаций последних лет показывает положительное влияние катетерного тромболизиса на ближайшие и среднесрочные результаты лечения отобранных пациентов с ТГВ. Далее автор привел свой материал по катетерному тромболизису на 130 конечностях за период 10 лет с медианой наблюдения в 4 года с весьма оптимистичными выводами. Как было отмечено, в настоящее время ожидаются результаты двух клинических исследований по указанной проблеме: ATTRACT (США) и CAVA (Нидерланды).

Во второй части конференции прозвучало 4 интересных доклада об эндоваскулярных методах лечения варикозной болезни: эндовенозной лазерной абляции (ЭВЛА), микропенной склеротерапии (МСТ) и радиочастотной облитерации (РЧО). Проводилось сравнение этих методов, как между собой, так и с инвагинационным стриппингом. Оценивалась эффективность методов в зависимости от различных параметров, в частности от длины волны диодного лазера, что является наиболее злободневным вопросом ЭВЛА. В докладе А.Л. Соколова изложены исторические аспекты развития ЭВЛА в России. Поражает стремительность развития этого направления в нашей стране. Эффективность ЭВЛА большой подкожной вены по данным автора составляет 93,7%, а облитерация МПВ и несостоятельных перфорантных вен достигается в 99,1% и 86,7% соответственно. Отмечен небольшой процент осложнений (0,8%). Интересно то, что с приобретением опыта ЭВЛА, изменяется контингент больных. В последнее время лазерная коагуляция проводится пациентам любого клинического класса ХЗВ (СЕАР). Тяжелые стадии болезни с трофическими нарушениями не только не являются противопоказанием, а скорее наоборот, ЭВЛА перфорантных вен становится методом выбора, вытесняя SEPS. В период с 2002 по 2010 год количество больных с ХЗВ С4-С6 увеличилось в половину (с 36,5% до 79,3%). Интересен тот факт, что в период становления ЭВЛА перфорантные вены вообще не подвергались абляции, а к 2010 году их стало 86,8%. Изменилось представление о необходимости кроссэктомии при проведении

ЭВЛА. В настоящее время в 91,2% случаев лазерная коагуляция проводится без кроссэктомии. Процент осложнений значительно снизился (с 18,7% до 1,1%). Постоянное стремление к усовершенствованию методики и улучшению результатов привело к тому, что предпочтительным для ЭВЛА большой и малой подкожных вен стал лазер с длиной волны 1470-1560 нм и радиальным концом световода. Этому вопросу посвящен доклад коллеги из Латвии Улдиса Мауринса. В докладе были освещены результаты нескольких рандомизированных исследований по сравнению степени выраженности болевого синдрома после ЭВЛА в зависимости от длины волны лазера, мощности, вида конца световода и температуры раствора, применяемого для тумесцентной анестезии. В ходе исследования выявлено, что интенсивность болевого синдрома значительно ниже у лазера с длиной волны 1470-1560 нм, в сравнении с 980 нм, что связано с поглощением лазерного излучения водой, содержащейся в стенке вены, и, следовательно, прямым повреждением стенки. В исследованиях было доказано, что оптимальным уровнем мощности в данном случае является 15 Вт, а с применением радиального конца световода мощность можно уменьшить до 10 Вт. При использовании холодного раствора для тумесцентной анестезии болевые ощущения исчезают уже на первый день после ЭВЛА.

Высокую эффективность ЭВЛА и МСТ (микропенная склеротерапия) при варикозной болезни в бассейне МПВ, подчеркнул в своем докладе В.Ю. Богачев. Это вызвало живой интерес аудитории в связи с тем, что сафено-подплитеальное соустье представляется сложным и вариабельным анатомическим образованием. Из приведенных результатов исследования в первую очередь обращает на себя внимание наличие стойкой облитерации просвета МПВ и после ЭВЛА, и после МСТ. Процент реканализаций составил к концу третьего года наблюдения 5% после ЭВЛК и 8% после МСТ. Эффективность ЭВЛА, МСТ и стриппинга оценена также с позиции пациента. Выявлена значительная разница в показателях качества жизни в послеоперационном периоде в пользу эндоваскулярных методов. Максимально низким уровень качества жизни был в раннем послеоперационном периоде, что, скорее всего, обусловлено физическим компонентом качества жизни, главным образом болью. Несмотря на неуклонное повышение уровня КЖ после операции, разница в

показателях между группами сохраняется до 12 месяцев. Автор отмечает преимущества эндоваскулярных методов и по частоте послеоперационных осложнений. При ЭВЛА и МСТ в сравнении со стриппингом, реже возникают экхимозы, парестезии, тромбоз глубоких вен. В заключение Вадим Юрьевич отметил необходимость более четкого определения показаний к выбору эндоваскулярного метода лечения и их унификации, а также необходимость проведения сравнительного рандомизированного мультицентрового исследования отдаленных результатов эндоваскулярного лечения и традиционного хирургического вмешательства.

С.М. Беленцов изложил результаты РЧО в сравнении с МСТ и стриппингом, основанные на большом опыте применения этих методов. Он отметил возможность применения термооблитерации практически при любом клиническом классе ХЗВ (С2 - С6). По данным автора РЧО приводит к окклюзии или исчезновению рефлюкса в БПВ и МПВ в отдаленном периоде в 100% случаев, процент рецидива варикозной болезни невысок (3,9%). Осложнения РЧО не превышают 12,7%. В структуре осложнений преобладают парестезии (12,1%), у 0,6% пациентов отмечены ожоги, фатальных осложнений не было.

Наряду с преимуществами, докладчик отметил ограничения РЧО: извитость БПВ и диаметр вены менее 3 мм.

В заключение хочется процитировать слова доктора Улдиса Мауринса, которые подчеркивают суть не только ЭВЛА, но и других эндоваскулярных методов: «Цель ЭВЛА состоит не только в том, чтобы достичь тромбоза вены, который может подвергнуться реканализации, а в трансформации вены в фиброзный тяж».

Конференция оставила самое приятное впечатление и своей представительностью, и актуальностью сообщений, и местом проведения - известным конференц-залом Дома ученых на Дворцовой набережной, в самом центре «Северной столицы».

Адрес для корреспонденции

198013 Российская Федерация
г. Санкт-Петербург,
Набережная реки Фонтанки, 106,
ФГУ ВПО «Военно-медицинская академия
им. С.М. Кирова» МО РФ,
кафедра хирургии усовершенствования врачей
№1 им. П.А. Куприянова
e-mail: tsarev@mail.wplus.net
Царев О.И.

Поступила 15.04.2011 г.