

**РЕСПУБЛИКАНСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ФЛЕБОЛОГИИ»**

УО «Витебский государственный медицинский университет»,
Республика Беларусь

30 марта 2007 года в Витебском государственном медицинском университете впервые в Республике Беларусь состоялась республиканская научно-практическая конференция, посвящённая проблемам венозной патологии. Её организаторами выступили Министерство здравоохранения Республики Беларусь, Белорусское общество ангиологов и сосудистых хирургов и Витебский государственный медицинский университет. Проведение подобных конференций стало обычной практикой не только западных странах, но и в России.

Большая заинтересованность в решении рассматриваемых в рамках конференции вопросов венозной патологии собрала в одном зале специалистов из ведущих клиник и университетов всей республики, а также флебологов России.

Открыл работу конференции ректор Витебского государственного медицинского университета д.м.н. В.П.Дейкало. С вступительным словом выступил главный хирург Министерства здравоохранения Республики Беларусь к.м.н. И.И.Пикирениа. Главный внештатный сосудистый хирург Министерства здравоохранения Республики Беларусь, председатель Белорусского общества ангиологов и сосудистых хирургов д.м.н., профессор В.А.Янушко отметил, что рост удельной доли венозной патологии среди сосудистых заболеваний во всем мире вынуждает уделять всё больше внимания данной проблеме. Он пожелал всем участникам конференции плодотворной работы и представил собранию почетных гостей конференции. Первым из них выступил д.м.н., профессор, председатель правления Белорусской Академии медицинских наук И.Н.Гришин. Он в рамках краткой лекции осветил состояние помощи в Республике Беларусь пациентам с варикозной болезнью. В последнее время большинство хирургов склоняется к активной хирургической тактике в лечении варикозной болезни нижних конечностей, применяя новые технологии вмешательств. На первом месте стоит склерофлеботерапия, затем – криофлебэкстракция, лазеродеструкция и другие методики. Главным обоснованием этого направления является раннее выявление рецидивов и повторное неоднократное лечение малотравматичными технологиями. Практически, это позволяет в 70-80% случаев производить оперативное лечение амбулаторно, сохраняя при этом высокую косметичность вмешательства. Сроки пребывания в стационаре при таком подходе вполне реально могут быть снижены до 1-2 койко-дней.

Почетные гости – представители ведущих клиник и ВУЗов Российской Федерации – также выступили с сообщениями о применении ряда современных методов диагностики и лечения венозной патологии. Во время краткой лекции д.м.н., профессор, главный научный сотрудник лаборатории ангиологии Российского государственного медицинского университета, исполнительный секретарь Ассоциации флебологов России В.Ю.Богачёв (г. Москва) дал обзор различных малоинвазивных вмешательств, применяемых для лечения варикозной болезни. Опыт применения склеротерапии, foam-склерооблитерации, лазерной коагуляции, криофлебэкстракции, а также флeбэктомии из минидоступов показал высокую эффективность этих методик при адекватной оценке показаний для выполнения того или иного вмешательства.

Вопросам склеротерапии были посвящены доклады С.Н. Корниевича с соавт. (г. Минск) и В.И. Петухова (г. Витебск).

Компрессионная склеротерапия является эффективным методом лечения варикозной болезни. Показанием для проведения склеротерапии является наличие телеангиоэктазий,

ретикулярного варикоза, варикозных подкожных вен. Склеротерапия должна использоваться как основной метод лечения только при состоятельности остиального клапана и стволовых клапанов большой подкожной вены и как дополнительный метод лечения после флебэктомии. Для создания эластической компрессии необходимо использовать компрессионный трикотаж. Для улучшения результатов склеротерапии следует использовать венотоники.

Рецидивирование варикозного процесса – достаточно распространенное явление после склерозирующего лечения. В подавляющем большинстве случаев выявляются ложные рецидивы, то есть появление новых варикозных вен. Склерозирующее лечение ложных рецидивов не вызывает затруднений и приводит к хорошим результатам. Полные истинные рецидивы должны подвергаться оперативному или комбинированному лечению.

Сотрудники Гродненского государственного медицинского университета в своих сообщениях изложили отдельные аспекты хирургического лечения варикозной болезни и реабилитации пациентов в послеоперационном периоде.

Лечение варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей требует выполнения комплексного оперативного вмешательства, предполагающего помимо удаления варикозно-измененных вен голени и бедра и обработку вен стопы как метода лечения сублодыжечной венозной недостаточности. Это улучшает функционально-косметические результаты лечения и предупреждает рецидив заболевания (Н.Н.Иоскевич с соавт., г. Гродно).

Рациональное сочетание эластической компрессии, создаваемой цинк-желатиновой повязкой, с активным двигательным режимом в виде лечебной гимнастики, дозированной ходьбы и физических упражнений для нижних конечностей позволяет более эффективно и форсировано восстановить ток крови и лимфы в проксимальном направлении и тем самым сократить сроки временной нетрудоспособности. (О.И.Дубровщик с соавт., г. Гродно).

Улучшение результатов лечения может быть достигнуто лишь при совершенствовании диагностических подходов, что было показано в докладе гостей из Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им.акад. И.П.Павлова. Применение комплексного ультразвукового исследования позволяет определить причину послеоперационного рецидива варикозной болезни, оценить результаты хирургического лечения, а также особенности анатомического строения венозной системы данного больного, что делает возможным определение оптимальной тактики лечения больного и индивидуального подхода к ведению каждого пациента (О.Н.Ковалева с соавт., г. Санкт-Петербург).

Доклад д.м.н., профессора А.А. Баешко с соавт. (г. Минск) был посвящен лечению острого тромбофлебита подкожных вен. Активная хирургическая тактика и моновалентная терапия острого варикофлебита местным применением лиотон-геля позволяют значительно сократить сроки временной нетрудоспособности при этой патологии.

Вопросы лечения осложненных форм хронической венозной недостаточности были широко освещены в сообщении д.м.н., профессора Национального Медико-хирургического центра МЗ РФ (г. Москва) Ю.М.Стойко. Рассмотрены подходы к поэтапному планированию лечебного процесса, выделены варианты рационального сочетания консервативного и различных методов оперативного лечения при трофических нарушениях различной степени выраженности.

Проблему состояния глубоких вен при варикозной болезни и методы коррекции кровотока в них осветил в своем докладе к.м.н., доцент С.А.Сушков (г. Витебск). Клиническое течение варикозной болезни при недостаточности клапанов глубоких вен характеризуется быстрым прогрессированием хронической венозной недостаточности. При

лечении больных с недостаточностью клапанов глубоких вен целесообразно производить коррекцию гемодинамических нарушений в глубоких венозных сосудах. Объем оперативного вмешательства должен избираться индивидуально с учетом нарушений венозной гемодинамики. При наличии ретроградного рефлюкса в нескольких сегментах целесообразно сочетать различные варианты корригирующих операций на глубоких венах, т.е. производить многоуровневую коррекцию извращенной гемодинамики.

Ряд сообщений белорусских ученых был посвящен применению современных технологий при оперативном лечении хронической венозной недостаточности. Применение эндоскопической субфасциальной диссекции перфорантных вен позволяет значительно улучшить косметический результат операции без снижения его радикальности. Особенно метод актуален у больных с выраженными проявлениями хронической венозной недостаточности, у которых удаление большой подкожной вены и притоков в зоне трофических расстройств может сопровождаться серьезными осложнениями. Использование эндоскопической техники позволяет отказаться от проведения у данной категории больных операции из больших, уродующих разрезов, сократить сроки госпитализации и реабилитации, а также значительно улучшить результаты лечения. Применение эндоскопических операций значительно ускоряет реабилитацию больных. Все это говорит о безусловной перспективности данного оперативного вмешательства, особенно у больных варикозной болезнью нижних конечностей, осложненной трофическими расстройствами (А.Н.Лызиков с соавт., г. Гомель).

Эндовенозная лазерная коагуляция (ЭВЛК) пораженных вен является одним из главных компонентов комплексного хирургического лечения трофических язв при ХВН. ЭВЛК позволяет выполнить операцию в ситуациях, когда открытая перевязка перфорантных вен невозможна из-за наличия обширных (циркулярных) трофических язв. Применение ЭВЛК позволяет: во много раз снизить операционную травму; избежать риска гнойно-некротических осложнений; в три раза сократить продолжительность оперативного вмешательства; уменьшить длительность нахождения больных в стационаре более, чем в два раза. Простота выполнения ЭВЛК позволяет расширить радикальность хирургического вмешательства при лечении пациентов с ХВН и тем самым повысить эффективность и практическую значимость данного метода (С.Н.Чур, г. Минск).

Методика дистанционной криоэкстракции с подходом к предварительно маркированным перфорантам через проколы в здоровых тканях позволяет эффективно устранять горизонтальный венозный сброс с исключением выполнения разреза в зоне трофически измененных тканей. Использование аутовенозной пломбировки по предложенной методике в комплексе с дистанционной криоэкстракцией перфорантов привело к уменьшению длительности послеоперационного лечения в стационаре до $6,6 \pm 1,9$ койко-дней. (И.Н.Гришин с соавт., г. Минск).

С большим вниманием были приняты аудиторией сообщения о различных методах лечения трофических язв венозной этиологии.

Терапевтическое лечение язв должно включать препараты, полностью соответствующие фазе раневого процесса. Можно считать неоправданным лечение до полного заживления язвенного дефекта перед выполнением операции. Применяемые малоинвазивные технологии при коррекции вертикального и горизонтального рефлюксов в пораженной конечности позволяют добиться хороших результатов при непродолжительных сроках лечения (Н.Н.Чур, г. Минск).

Развитию декомпенсированной ХВН достоверно способствуют следующие факторы: наследственность, работа, связанная с длительным ортостазом, продолжительность заболевания и у женщин беременность, а также роды. Не способствуют: ожирение, пол,

грыженосительство и половое созревание. Операция Линтона позволяет перевести больных с ХВН как минимум на одну ступень ниже примерно в 70%. С учетом того что 74% пациентов трудоспособного возраста, а операция переводит более 50% больных в ХВН 2 ст., то экономический эффект весьма значительный, т.е. операция Линтона – эффективный способ лечения ХВН 3-й ст. Учитывая прямую зависимость декомпенсации ХВН от продолжительности заболевания, обоснована агрессивная хирургическая тактика у больных с вышеперечисленными факторами риска (А.А.Печенкин с соавт., г. Гомель).

Радиоволновой метод при лечении трофических язв приводит к минимальной травме подлежащих тканей. При этом создаются условия для раннего закрытия язвы благодаря росту здоровых грануляций и ускорению эпителизации. Использование метода также способствует приживлению кожных трансплантатов, снижению длительности лечения. Надежное закрытие трофических язв улучшает условия для хирургического лечения ХВН (Е.К.Лобан, г. Могилёв).

Большой интерес вызвал доклад д.м.н., профессора Военно-медицинской академии (г. Санкт-Петербург), председателя Санкт-Петербургского общества флебологов Е.В.Шайдакова, посвященный активной тактике ведения пациентов с тромбозом глубоких вен нижних конечностей. Имплантация кава-фильтров по показаниям, а также своевременные мероприятия по устранению острой непроходимости магистральных вен нижних конечностей и малого таза (тромбэктомия из магистральных вен конечностей и таза, системный и регионарный тромболитис в ранние сроки) служат наиболее надежным средством профилактики тяжелых осложнений тромбозов глубоких вен нижних конечностей, включая тромбоэмболию легочной артерии и посттромботическую болезнь.

Многие доклады, посвященные тематике венозных тромбозов, вызвали бурное обсуждение, подтверждая большой интерес слушателей к обсуждаемой проблеме.

Огромный опыт применения современных методов диагностики и лечения острых тромбозов и профилактики ТЭЛА был представлен в докладах сотрудников РНЦ «Кардиология».

Флебография является эффективным методом для диагностики и верификации диагноза флотирующего тромбоза. Одновременно с выполнением флебографии возможно выполнить постановку кава-фильтра, что является весьма эффективным для профилактики тромбоэмболии легочной артерии (А.Э.Бейманов с соавт., г. Минск).

Адекватная медикаментозная профилактика с учетом риска тромботических осложнений, позволяет надежно предотвратить развитие тромбозов в системе НПВ. Ультразвуковая диагностика, проводимая опытным подготовленным специалистом, в большинстве случаев позволяет верифицировать диагноз венозного тромбоза и определить лечебную тактику. Хирургические методы профилактики (установка кава-фильтра, пликация НПВ, подвздошных вен, тромбэктомия из НПВ, подвздошных, бедренных вен, тромбэктомия из системы НПВ – наложение временной артерио-венозной фистулы, эндоваскулярные вмешательства) эффективно предотвращают такое грозное осложнение венозных тромбозов, как ТЭЛА (В.В.Селезнев с соавт., г. Минск).

Очень интересные материалы по проблеме венозных тромбозов представил в своих докладах д.м.н., профессор А.А.Баешко (г. Минск).

Причиной илиофemorального тромбоза в подавляющем большинстве случаев является экстравазальная компрессия подвздошных вен. Диагностика последней важна для выбора оптимальной тактики – хирургического либо медикаментозного лечения. Хирургическое лечение в условиях сосудистого отделения (тромбэктомия, имплантация кава-фильтра, пликация нижней полой вены) показано небольшому числу больных (угроза гангрены конечности, флотирующий тромбоз, молодой возраст, возможность устранения стеноза

подвздошной вены). Во всех остальных случаях, особенно при восходящем типе развития тромбоза, лечение больных с этой патологией может проводиться в условиях нехирургического (по профилю основной патологии) либо общехирургического стационаров, а также амбулаторно.

На протяжении проанализированного 33 летнего периода отмечается устойчивая тенденция роста числа летальных исходов от ТЭЛА преимущественно за счет пациентов терапевтического профиля. В то же время регистрируется снижение этого показателя среди оперированных. Это объясняется более широким применением эффективных методов профилактики и лечения венозного тромбоза, а также внедрением в клиническую практику малотравматичных видеоэндоскопических методик выполнения хирургических вмешательств.

Вопросы ранней диагностики острых тромбозов были рассмотрены в сообщении Ю.С.Небылицина (г. Витебск). Избежать угрозы развития ТЭЛА можно путем ранней диагностики венозного тромбоза и своевременного рационального лечения, направленного на предотвращение возможной миграции тромботических масс. Диагностические мероприятия должны включать клиническое обследование, исследование коагуляционного гемостаза, ультразвуковую диагностику. Определение концентрации продуктов деградации монооксида азота, числа циркулирующих эндотелиоцитов может служить дополнительным диагностическим критерием для оценки тяжести патологического процесса при остром тромбозе глубоких вен.

Акцент на применении в настоящее время специфической и неспецифической профилактики тромбоэмболических осложнений был сделан в докладе д.м.н., профессора О.И.Дубровщик (г. Гродно). Профилактика должна проводиться не только в пред- и послеоперационном периодах, но и у пациентов с общесоматической патологией, относящихся к группе риска по тромбоэмболическим осложнениям, хотя профилактические мероприятия у этих больных не исключают развития илиофemorальных венозных тромбозов, однако позволяют контролировать эту опасность.

Очень интересное сообщение представил С.А.Голубев (г. Витебск). В своем докладе он коснулся вопроса оптимизации применения низкомолекулярных гепаринов (НМГ). Доступность этих препаратов в регионах РБ недостаточна и существенно различается. Требуется стандартизация применения НМГ в профилактических и лечебных целях в соответствии с инструкциями по применению. При выборе НМГ не учитываются фармакоэкономические характеристики, что снижает их доступность нуждающимся пациентам. В современных условиях РБ применение фрагмина (дальтепарина) характеризуется оптимальной эффективностью затрат. Учет фармакоэкономических характеристик НМГ позволит снизить затратность и повысить доступность современной антикоагулянтной фармакотерапии, а адекватный выбор профилактических и лечебных доз НМГ – повысить ее эффективность. Создание клиничко-фармакологической службы в стране способно катализировать решение выявленных проблем.

В ряде докладов были детально рассмотрены вопросы тактики лечения пациентов с травмами нижней полой вены (НПВ) и магистральных вен нижних конечностей. Хирургическое вмешательство при ранении НПВ должен выполнять высококвалифицированный хирург, владеющий приемами остановки кровотечения, доступами к магистральным сосудам и техникой наложения сосудистого шва (А.А.Баешко с соавт., г. Минск).

Ксеноперикард является оптимальным пластическим материалом для восстановительной хирургии НПВ. Результаты первых операций с использованием ксеноперикарда при пластике НПВ позволяют говорить о достаточной непосредственной клинической эффективности (Г.А.Попель с соавт., г. Минск).

При повреждении магистральных вен во всех случаях необходимо стремиться к восстановлению целостности сосуда с сохранением кровотока по нему. Лигирование возможно лишь в исключительных случаях: разрыв сосуда на значительном протяжении, тромбирование дистального русла с невозможностью адекватной тромбэктомии или неуверенность в ее адекватности, нежелательность «затягивать» операцию при крайне тяжелом, нестабильном состоянии пострадавшего (А.Т.Цилиндзь с соавт., г. Гродно).

Немалый интерес вызвали и представленные на конференции стендовые доклады. Все материалы вошли в опубликованный по результатам конференции сборник трудов.

В рамках конференции прошла выставка-презентация, на которой ведущие фармацевтические фирмы и представительства презентовали фармпрепараты и медицинское оборудование.

Итоги работы конференции подвел председатель Белорусского общества ангиологов и сосудистых хирургов д.м.н., профессор В.А.Янушко. В заключение была принята резолюция, отражающая уровень оказания помощи больным флебологического профиля в Республике Беларусь и вносящая целый ряд рекомендаций и предложений по оптимизации работы флебологической службы.

По единодушному мнению всех гостей и участников конференция была организована на высоком уровне. Неоднократно в перерывах между заседаниями звучало предложение о проведении следующей конференции флебологов. В связи с большим интересом к поднятым проблемам и необходимости дальнейшего развития флебологической помощи оргкомитет конференции принял одним из пунктов резолюции – ходатайствовать перед Министерством здравоохранения Республики Беларусь о проведении в 2009 году II научно-практической конференции «Актуальные вопросы флебологии».

Смеем надеяться, что прошедшая конференция «Актуальные вопросы флебологии» положит начало периодическим встречам белорусских флебологов и послужит толчком к улучшению медицинской помощи пациентам с венозной патологией.

РЕЗОЛЮЦИЯ
республиканской научно-практической конференции
«Актуальные вопросы флебологии»
30 марта 2007 г., г. Витебск (приказ МЗ РБ от № 172 от 30.03.2007 г.)

Оценка результатов исследований, представленных на Республиканской научно-практической конференции «Актуальные вопросы флебологии» (30 марта 2007 г., г. Витебск), показала, что во многих клиниках Республики Беларусь накоплен огромный опыт оказания помощи пациентам с заболеваниями вен нижних конечностей и продолжают разрабатываться новые методы диагностики и лечения. В то же время приходится констатировать, что многие перспективные разработки до настоящего времени не получили широкого распространения в практическом здравоохранении.

Остаются актуальными вопросы:

- внедрения и использования в практической деятельности единых классификаций заболеваний;
- разработки современных стандартов диагностики и лечения патологии венозной системы;
- внедрения компрессионного склерохирургического и комбинированных методов, а также малоинвазивных технологий оперативного лечения;
- широкого внедрения методов эндоваскулярной профилактики тромбоэмболии легочной артерии;

- широкого внедрения в клиническую практику стационарозамещающих технологий;
- улучшения диспансеризации больных;
- разработки и внедрения системы реабилитации.

Конференция постановляет:

1. Сформировать рабочую группу в составе:

Председатель: И.И.Пикиреня – главный хирург Министерства здравоохранения Республики Беларусь, к.м.н., доцент.

Заместитель председателя: В.А.Янушко – д.м.н., профессор, председатель «Белорусского общества ангиологов и сосудистых хирургов».

Секретарь: С.А.Сушков – к.м.н., доцент, ВГМУ (г. Витебск).

Члены: А.А.Баешко - д.м.н., профессор, БГМУ (г. Минск);

А.В.Воробей - д.м.н., профессор, БелМАПО (г. Минск);

И.Н.Гришин – д.м.н., профессор, БелМАПО (г. Минск);

И.А.Давидовский - к.м.н., доцент, БелМАПО (г. Минск);

Н.Н.Иоскевич - д.м.н., профессор, ГрГМУ (г. Гродно);

А.Н.Лызигов - д.м.н., профессор, ГоГМУ (г. Гомель);

В.И.Петухов - к.м.н., доцент, ВГМУ (г. Витебск) –

и поручить ей:

- систематизировать материалы, представленные на конференции, и в двухмесячный срок подготовить практические рекомендации, которые опубликовать в журнале «Новости хирургии» и разослать в лечебные учреждения;

- изучить вопрос о внедрении в практику единых классификаций, стандартов диагностики и лечения заболеваний вен и внести выработанные предложения на рассмотрение съезда сосудистых хирургов.

2. Рекомендовать научным коллективам:

- продолжить исследования этиологии и патогенеза острых и хронических заболеваний венозной системы;

- продолжить исследования, направленные на разработку и изучение эффективности применения корригирующих и реконструктивных вмешательств на магистральных венах;

- продолжить работу по внедрению в практическое здравоохранение малоинвазивных и стационарозамещающих технологий лечения;

- сконцентрировать внимание на вопросах разработки отечественных образцов приборов и инструментов, компрессионных изделий, применяемых для лечения данной патологии, а также рациональных, экономически обоснованных методов и схем лечения.

3. Провести в течение 2007 - 2008 г.г. совещания и семинары по следующим направлениям:

- эндоваскулярная профилактика ТЭЛА (на базе РНПЦ «Кардиология»);

- стандарты инструментальных исследований вен нижних конечностей (на базе БГМУ);

- склерохирургическое лечение варикозной болезни (на базе ВГМУ);

- лазерная хирургия варикозной болезни (на базе Бел МАПО);

- оперативное лечение ХВН (на базе ВГМУ).

4. Рекомендовать врачам лечебных учреждений шире осваивать современные методы диагностики и малоинвазивные способы лечения данной патологии и внедрять их в свою практическую деятельность. Вместе с тем считать недопустимой практику применения склерозирующего лечения вен врачами не прошедшими усовершенствования по данной методике.

5. Рекомендовать ведущим научным коллективам, совместно с территориальными органами здравоохранения, с целью более широкого знакомства врачей с современными

методами диагностики и лечения венозной патологии активизировать работу по проведению регионарных конференций, семинаров, мастер-классов.

6. Считать целесообразным увеличить в учебных заведениях, осуществляющих постдипломную подготовку, количество циклов, посвященных проблемам диагностики и лечения заболеваний вен нижних конечностей.

7. Просить Министерство Здравоохранения Республики Беларусь рассмотреть вопрос о включении в перечень сложных медицинских вмешательств имплантацию кава-фильтров в нижнюю полую вену.

8. Ходатайствовать перед Министерством здравоохранения Республики Беларусь о проведении в 2009 году II научно-практической конференции «Актуальные вопросы флебологии».

Резолюция принята участниками Республиканской научно-практической конференции «Актуальные вопросы флебологии» 30 марта 2007 г., г. Витебск.