
Ю.С. НЕБЫЛИЦИН

**ТРЕТИЙ МЕЖДУНАРОДНЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ КОНГРЕСС
(21–24 ФЕВРАЛЯ 2008 г., г. Москва)**

УО «Витебский государственный медицинский университет»,
Республика Беларусь

21–24 февраля 2008 года в г. Москве в Институте кардиохирургии им. В.И. Бураковского НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН прошел Третий международный хирургический конгресс «Научные исследования в реализации программы «Здоровье населения России». Кроме россиян, в работе конгресса приняли участие хирурги из Азербайджана, Армении, Беларуси, Германии, Украины.

Конференцию открыл президент конгресса, академик РАН и РАМН, заведующий кафедрой факультетской хирургии РГМУ В.С. Савельев. Символично, что именно во время проведения конгресса (24 февраля) Виктору Сергеевичу исполнилось 80 лет. Это обстоятельство предало особенную торжественность научному форуму. Хирурги искренне чувствовали человека, который внес огромный вклад в развитие хирургии не только в России, но и в других странах СНГ.

Программа конгресса предполагала обсуждение следующих важных проблем хирургии: современные методы диагностики и лечения панкреатита; высокотехнологические методы диагностики и лечения в абдоминальной хирургии; хирургическое лечение варикозной болезни; консервативное лечение хронической венозной недостаточности (ХВН); острый варикотромбофлебит; диагностика, лечение и профилак-

тика тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА); острые венозные тромбозы; актуальные вопросы колопроктологии; хирургия щитовидной железы; хирургия артерий; инфекция и сепсис в хирургии; современные методы герниопластики; актуальные вопросы травматологии; актуальные вопросы абдоминальной хирургии; лимфедема. Всего состоялось 26 секционных заседаний. К сожалению, многие проходили одновременно, поэтому удалось посетить только наиболее интересные для нас.

Кроме того, в рамках конгресса было проведено несколько симпозиумов: «ВТЭО: что должен делать хирург для их предотвращения?», «Лечение хронических заболеваний вен. Роль хирургии и фармакотерапии», «Эндотелиальная дисфункция: современное состояние вопроса», «Хроническая лимфовенозная недостаточность: проблемы и решения». Также был проведен междисциплинарный семинар по бариатрической медицине. Большой интерес вызвали лекции профессора М.И. Прудкова «Прошлое, настоящее и будущее миниинвазивной хирургии», академика РАМН Г.И. Воробьева «Место хирургии в лечении язвенного колита и болезни Крона», член-корр. РАМН И.П. Дуданова «Критическая ишемия конечностей», член-корр. РАМН Е.Г. Григорьева «Абдоминальный сепсис. Новые аспекты патогенеза токсинемии и полиорган-

ной недостаточности», академика РАМН Л.А. Бокерия – «Российская кардиохирургия: достижения и перспективы».

Большое количество секционных заседаний было посвящено современным проблемам флебологии. И это неудивительно: ведь В.С. Савельев в своей многогранной хирургической деятельности уделил особое внимание именно патологии венозной системы и всеми признан как основатель советской флебологической школы.

Невозможно в кратком сообщении осветить все прослушанные доклады. Поэтому остановимся на наиболее ярких и запомнившихся. В своем докладе А.В. Гавриленко (г. Москва) остановился на использовании миниинвазивных вмешательств в хирургическом лечении рецидивов варикозной болезни. Он отметил, что использование минифлебэктомии по Варади для удаления варикозно-расширенных притоков и недостаточных перфорантных вен позволяет уменьшить в послеоперационном периоде количество подкожных гематом, повреждений чувствительных ветвей подкожных нервов, а также позволяет и достичь хорошего косметического эффекта.

Несколько выступлений (И.В. Сундуков, г. Москва; В.Э. Гужин, г. Югры; М.П. Потапов, г. Ярославль) были посвящены применению лазерной фотокоагуляции при лечении варикозной болезни. Отмечено, что данный метод является эффективным, минимально инвазивным и радикальным при лечении рефлюкса в большой и малой подкожных венах. Но сочетать метод эндовенозной лазерной коагуляции необходимо с кроссэктомией, что позволяет полноценно ликвидировать все расширенные притоки большой подкожной вены.

А.Э. Клецкин, М.Н. Дудыкин (г. Нижний Новгород) в своем выступлении остановились на причинах неудовлетворительных результатов хирургического лечения варикозной болезни нижних конечностей.

Основными причинами развития рецидива являются технические погрешности при проведении первичного оперативного вмешательства: неадекватная обработка притоков устья большой подкожной вены, игнорирование устранения рефлюкса по глубоким и перфорантным венам, недиагностируемые артериовенозные бедренно-бедренные свищи. Для достижения стойкого функционального результата и редукции явлений ХВН необходимо учитывать существование клапанной недостаточности глубоких вен, а оптимальным способом коррекции клапанного аппарата, по мнению авторов, является экстравазальная коррекция клапана венозной лентой.

В.И. Коваленко с соавт. (г. Тула) представили результаты применения поясничной симпатэктомии в сочетании с резекцией поверхностной бедренной вены у больных с декомпенсированными формами посттромбофлебитического синдрома нижних конечностей. По данным авторов, сочетанная операция способствует купированию симптомов ХВН, сокращению сроков заживления трофических язв. В отдаленные сроки наблюдений (до 12 месяцев) явления ХВН не прогрессировали, рецидивов трофических язв не наблюдалось.

Г.И. Назаренко с соавт. (г. Москва) поделился опытом применения субфасциальной эндоскопической диссекции перфорантных вен (ЭДПВ) голени при лечении тяжелых форм хронической венозной недостаточности (С3,4,5,6 по СЕАР). Применение ЭДПВ позволило снизить число послеоперационных осложнений, сократить сроки пребывания больных в стационаре, снизить стоимость лечения, улучшить клинический, косметический эффекты и качество жизни пациентов.

О.В. Фионик, Н.А. Бубнова (г. Санкт-Петербург) представили алгоритм диагностики и лечения лимфедемы нижних конечностей. Оценка морфологической и функ-

циональной сохранности лимфангиона является основой для выбора адекватного патогенетически обоснованного индивидуализированного подхода к лечению. Для уточнения формы и стадии заболевания необходимо выполнить комплекс диагностических мероприятий: МР-томография, лимфосцинтиграфия, лазерная доплеровская флоуметрия, волнометрия, лимфография, биопсия лимфатического сосуда с исследованием его моторики, которые позволяют выявить особенности патологических изменений лимфатического русла. При первичной лимфедеме приоритетное значение имеет комплексное консервативное лечение, включающее в себя фармакологические, физиотерапевтические, компрессионные методы лечения. Лимфодренирующие операции при первичной и вторичной лимфедеме должны применяться при наличии блока лимфооттока или выраженных нарушений строения лимфатического русла только при условии сохранности сократительной функции лимфатических сосудов. При полном отсутствии сократительной функции лимфатических сосудов целесообразно применять операцию дерматолипофасциоэктомию.

И.И. Затевахин и В.Н. Золкин (г. Москва) в своем докладе проанализировали результаты тромбэктомии у больных с флотирующим или офеморальным тромбозом. Основные виды оперативных вмешательств, которые выполнялись пациентам, были тромбэктомия с перевязкой поверхностной бедренной вены (ПБВ), тромбэктомия с наложением артериовенозной фистулы (АВФ) и перевязкой ПБВ, тромбэктомия из общей бедренной вены с одномоментной перевязкой ПБВ и большой подкожной вены. По данным авторов, наилучшие результаты лечения отмечены в группе пациентов, которым выполнялась тромбэктомия с наложением АВФ и перевязкой ПБВ. Данный метод позволяет снизить сте-

пень ХВН и улучшить качество жизни пациентов с тромбозами глубоких вен.

В.И. Коваленко с соавт. (г. Тула) в своей работе представил результаты оперативного лечения при локализации тромбоза в бедренно-подколенном сегменте. Объем хирургического вмешательства включал резекцию проксимального сегмента ПБВ, лигирование ПБВ в устье, сочетание лигирования ПБВ с тромбэктомией. Наилучшие результаты получены при резекции ПБВ. Данное оперативное вмешательство является малотравматичным, имеет высокую эффективность в плане профилактики ТЭЛА, не сопровождается прогрессированием явлений венозной недостаточности и способствует сокращению сроков госпитализации.

Н.А. Гордеев и соавт. (г. Санкт-Петербург) представили богатый (20-летний) опыт применения каваклипирования для профилактики ТЭЛА. По результатам наблюдений каваклипирование в инфраренальном отделе оригинальной каваклипсой не приводит к нарушениям венозного оттока и служит надежной преградой для тромбоемболов из системы нижней полой вены.

Прозвучал интересный доклад (С.А. Капранов и соавт., г. Москва) на тему особенности эндоваскулярного обследования и лечения, больных с массивной тромбозом легочной артерии. При верификации диагноза ТЭЛА (при средней совокупной оценке индекса Миллера 26,3 балла), с учетом имеющихся противопоказаний, в качестве ургентного лечения проводилась системная или регионарная тромболитическая терапия (ТЛТ). При невозможности ТЛТ массивной ТЭЛА пациентам выполнялась роторная дезобструкция легочных артерий (РДЛА) катетером Шмитц-Роде, а также РДЛА и реолитическая тромбэктомия из легочной артерии. Эндоваскулярная профилактика массивной ТЭЛА включала эндоваскулярную катетерную тромбэкто-

мию, имплантацию различных противоземболических кава-фильтров или фильтров-стендов, пликацию нижней полой вены (НПВ), перевязку ПVB, тромбэктомия из подвздошных и бедренных вен. На основании накопленного опыта эндоваскулярного обследования, профилактики и лечения больных с массивной ТЭЛА и эмболоопасными тромбозами системы НПВ разработан алгоритм последовательности их применения, который позволяет минимизировать риск осложнений и повысить эффективность применения.

Ю.М. Стойко, М.Н. Замятин (г. Москва) представили результаты проведения специфической профилактики тромбоэмболических осложнений у пациентов с высоким и очень высоким риском. Несмотря на применение НМГ (фраксипарин – 0,3, клексан – 40 мг) в сочетании с эластической компрессией, у пациентов с высоким и очень высоким риском развития тромбоза глубоких вен (ТГВ) (пациенты, перенесшие операции эндопротезирование тазобедренного сустава, и больные с тромбофилиями с действием временных факторов риска) частота развития ТГВ составила 17%, а при использовании НФГ в дозе 5000 ЕД через 8 часов частота ТГВ составила 23%. Увеличение дозировки НМГ в два раза позволило достоверно уменьшить развитие ТГВ до 6%. Следовательно, у пациентов с высоким и очень высоким риском развития венозного тромбоза специфическая профилактика может быть эффективна при использовании повышенных доз НМГ и должна продолжаться не менее 10 дней после прекращения действия временных факторов риска.

Много интересных докладов было на секциях, посвященных хирургической инфекции. В.К. Гостищев с соавт. (г. Москва) в своем исследовании оценили новые возможности в лечении и профилактике развития нозокомиальной инфекции у хирур-

гических больных. Анализ показал, что присоединение госпитальных штаммов к перитонеальному экссудату при неразрешенном перитоните происходит в 99% случаев независимо от проводимой антибиотикотерапии. При использовании бактериофагов местно при санации брюшной полости и энтерально через назоинтестинальный зонд или клизму присоединение внутрибольничной микрофлоры из группы *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterococcus* и *Escherichia coli* не отмечено. Применение бактериофагов позволяет активно бороться с нозокомиальной флорой.

А.Н. Афанасьев и соавт. (г. Москва) поделился опытом применения различных способов санации при хирургическом лечении панкреонекроза. По мнению авторов, использование лапоростомии с программированными санациями брюшной полости и оментобурсостомы с проведением этапных эндоскопических санаций салниковой сумки имеют преимущества перед существующими современными неподвижными дренажными системами. Дополнительное применение при этапных санациях низкочастотного ультразвука, раствора гипохлорита натрия, бактериофагов, фильтра фаголизата показало, что они являются высокоэффективными и безопасными методами борьбы с нозокомиальной инфекцией, которые позволяют в 2–3 раза ускорить процесс лечения и уменьшить количество этапных санаций.

А.В. Фролова с соавт. (г. Витебск) в докладе «Хирургическая инфекция: состояние проблемы» остановились на анализе микробного пейзажа при различных заболеваниях, осложненных развитием хирургической инфекции, а также на результатах определения чувствительности к антибиотикам. Разработанное авторами лекарственное средство растительного происхождения «Фито МП» обладает бактерицидным действием на большинство возбудителей хи-

рургической инфекции, имеющих полирезистентность к синтетическим антибактериальным препаратам.

Доклад В.Г. Лубянского и А.Н. Жарикова (г. Барнаул) был посвящен возможностям применения межкишечных анастомозов у больных с распространенным перитонитом. Опыт авторов показал, что наименьшие показатели летальности зарегистрированы у пациентов, в хирургическом лечении которых использовалось наложение соустья с ободочной кишкой (еюно-илеотрансверзоанастомоз). Наибольшая летальность отмечена у больных с повторными ушиваниями кишечных свищей без использования резецирующих операций или обходных анастомозов.

Методам лечения грыж было посвящено два заседания. Это показывает, что казалось бы, старая проблема хирургии не менее актуальна и сегодня. А.Ю. Иоффе и соавт. (г. Киев) представили данные применения лапароскопической интраабдоминальной герниопластики композитной сеткой PROCEED (ETHICON). Длительность оперативного вмешательства составило в среднем 30 ± 5 мин. Время пребывания пациентов в стационаре до 1 суток. Данный вид герниопластики может быть операцией выбора при хирургическом лечении паховых грыж и выполняться амбулаторно в «стационарах одного дня».

В.С. Мазурин с соавт. (г. Москва) дали оценку результатов фундопликации у больных с паразофагеальными грыжами. Авторы рекомендуют методом выбора при хирургическом лечении массивных паразофагеальных грыж выполнение методики задней либо заднебоковой фундопликации. Выполнение циркулярной фундопликации по Ниссену нецелесообразно в связи с высоким риском развития дисфагии. Фундопликация по Доруне является достаточно эффективным способом профилактики гастроэзофагеального рефлюкса.

Е.В. Гаар, В.Г. Гаар (г. Киров) поделились опытом применения пластики по Трабукко при паховых грыжах. Данный метод герниопластики является разновидностью ненапряжных способов оперативного лечения грыж. В отличие от традиционных сеток, полипропиленовые монофиламентные эндопротезы фирмы Herniamesh обладают повышенной жесткостью, практически не имеют возможности к скручиванию и сморщиванию в тканях, макропористы, практически не сокращаются, что позволяет не фиксировать их лигатурами. Сокращение времени операции, простота выполнения, отсутствие лишних лигатур в тканях является преимуществом пластики по Трабукко перед пластикой Лихтенштейна. Однако имеются недостатки: неанатомичное расположение семенного канатика, повышенная плотность материала и высокая стоимость эндопротезов не дают возможности для широкого внедрения. Данная пластика является привлекательной, но требует дальнейшего изучения и оптимизации методики.

С.Г. Григорьев с соавт. (г. Самара) предложили метод миниинвазивной атензионной пластики пахового канала при грыжах. Грыжевой мешок обрабатывается атравматичным способом. В месте, наименее связанном с тканями семенного канатика, отсекается только передняя стенка грыжевого мешка и вправляется содержимое в брюшную полость. Для разобщения с брюшной полостью изнутри грыжевого мешка накладывается кисетный шов в области рубцово-измененной шейки. Далее производится перитонеодез грыжевого мешка. Фиксация полипропиленового имплантата производится с вовлечением в сквозные П-образные швы тканей наиболее устойчивых к механической нагрузке (пупартова связка и мышечно-апоневротический комплекс из наружного апоневроза и косой и поперечной мышц живота). По

данной методике оперировано 69 больных без рецидивов заболевания.

Е.А. Ширяев (г. Москва) предложил выбор паховой аллогерниопластики при рецидивных паховых грыжах. С этой целью применяются сетчатые имплантаты фирмы BARD (двухкомпонентные системы PerFix Plug). При повторном рецидиве, наличии большого дефекта пахового промежутка применяется пластика Лихтенштейна, при рецидивах после ранее выполненных пластик передней стенки пахового канала с сохранением его анатомических структур – полная реконструктивная obturационная герниопластика, при ранее произведенных пластиках задней стенки пахового канала с небольшими по размерам грыжевыми воротами частичная obturационная герниопластика.

Все представленные доклады на конгрессе были заслушаны с большим интересом. Состоялась дискуссия и обмен мнениями. На конгрессе также был представлен ряд хороших выступлений специалистов из

нашей страны, но, к сожалению, представительство белорусских хирургов оказалось скромным. Уверены, что стремление двух народов строить союзное государство должно отразиться и на расширении сотрудничества белорусских и российских хирургов. Оно не должно, по нашему мнению, ограничиваться только взаимным посещением съездов и конференций, перспективным представляется совместное проведение белорусско-российских хирургических научных форумов.

В рамках проводимого конгресса была организована медицинская выставка с участием более 60 фирм производителей оборудования, инструментария, медицинских препаратов и литературы. Все экспонаты можно было изучить непосредственно на месте. Выставка литературы охватывала весь спектр деятельности современной хирургии. В заключение следует отметить очень высокий уровень представленных докладов и хорошую организацию конгресса.

Поступила 29.04.2008 г.