

Е.В. ШАЙДАКОВ <sup>1</sup>, Ю.С. НЕБЫЛИЦИН <sup>2</sup>, И.П. КЛИМЧУК <sup>3</sup>

## **V САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ВЕНОЗНЫЙ ФОРУМ. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗОВ И ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (С3-С6) (г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГ, 7 ДЕКАБРЯ 2012 г.)**

ГУ НИИ экспериментальной медицины СЗО РАМН, г. Санкт – Петербург <sup>1</sup>,

Российская Федерация

УО «Витебский государственный медицинский университет» <sup>2</sup>,

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

Республика Беларусь

**Novosti Khirurgii. 2013 Mar-Apr; Vol 21 (2): 119-124**

**The 5h Saint-Petersburg venous forum. Diagnostics and treatment of venous thromboses and chronic venous insufficiency (C3-C6) (Saint-Petersburg, December, 7, 2012)**

**E.V. Shaidakov, Yu.S. Nebylitsin, I.P. Klimchuk**

7 декабря под патронажем Северо-Западного Отделения Российской Академии Медицинских Наук прошел V Санкт-Петербургский Венозный Форум. В этом году это был действительно Форум европейского уровня, он вошел в реестр самых популярных международных флебологических конгрессов.

Открыл конференцию председатель Президиума Северо-Западного Отделения РАМН вице-президент РАМН, академик Софронов Генрих Александрович. Приветственные слова прозвучали от Председателя комитета по Науке и Высшей школе Правительства города, а также от Вице-губернатора Санкт-Петербурга Казанской Ольги Александровны. Более 280-ти участников со всех концов России, ближнего и дальнего зарубежья обсудили актуальные вопросы современной флебологии. Ведущие специалисты Российской Федерации, Украины, Беларуси, Соединенных Штатов Америки, Италии, Франции, Англии, Кипра, Швеции посвятили день интенсивным дискуссиям по вопросам диагностики и лечения острых венозных тромбозов, хронической венозной недостаточности нижних конечностей.

Программа форума включала обсуждение следующих важных вопросов: диагностика и лечение острых венозных тромбозов, стратегия и тактика хирургического лечения острых венозных тромбозов, хирургическое лечение хронических заболеваний вен.

Первая часть конференции была посвящена профилактике и консервативному лечению острых венозных тромбозов. Первое секционное заседание: «Острые венозные тромбозы. Диагностика, профилактика и консерватив-

ное лечение» возглавили: Е.В. Шайдаков (г. Санкт-Петербург, Российская Федерация) и Andrew Nicolaides (Кипр).

Профессор Е.В. Шайдаков представил доклад: «Спорные и нерешенные вопросы диагностики, профилактики и лечения острых венозных тромбозов и их осложнений». Несомненно, это яркое выступление, стало ключевым по данной теме и задало тон всем последующим выступлениям, а также создало предпосылки для развертывания активной и продуктивной дискуссии по рассматриваемым вопросам. Е.В. Шайдаков подробно остановился на ведущих мировых рекомендациях Американской корпорации торакальных врачей 9-й пересмотра (New ACCP Guidelines – DVT and PE: Highlights and Summary 2012). Также в презентации были приведены рекомендации Американского венозного форума. Отличием данных рекомендаций от CHEST является применение более агрессивной тактики ведения пациентов с острыми венозными тромбозами, предусматривающей проведение открытой тромбэктомии, более широкое использование катетерного тромболизиса.

Мнение Е.В. Шайдакова поддержал Во Eklöf (Швеция), который является сторонником активного (хирургического) лечения пациентов с острыми тромбозами глубоких вен нижних конечностей. Помимо открытых тромбэктомий, Во Eklöf предлагает более широко использовать современные методики: гидромеханический зонд «Angiojet», устройство «Trellis» и сонолизис.

В своем докладе Andrew Nicolaides (Кипр) «Что нового в рекомендациях европейского

венозного форума по предотвращению венозной тромбоэмболии?» указал, что важным является выявление факторов риска, своевременное лечение сопутствующих заболеваний. Основными методами профилактики являются физические, к которым относятся активные и пассивные движения конечности, эластическая компрессия, прерывистая пневмокомпрессия нижних конечностей с помощью нескольких камер, пневмомассаж, сокращение сроков постельного режима. Медикаментозная профилактика включает: использование антикоагулянтов прямого действия (низкомолекулярный гепарин — клексан, фраксин, фраксипарин, нефракционированный гепарин), антикоагулянтов непрямого действия (варфарин, варфарекс). Особое внимание было уделено применению прямых ингибиторов фактора Ха (фондапаринукс). Применение тромбоцитарных антиагрегантов (препараты ацетилсалициловой кислоты, ингибиторов тромбоцитарных гликопротеиновых рецепторов П<sub>2</sub>/П<sub>1</sub>а, синтетические простагландины) в комплексе с ангиокоагулянтами увеличивают эффективность проведения профилактических мероприятий.

Группа авторов В.Е. Баринов с соавт. (г. Москва, Российская Федерация) в своем сообщении: «Венозный тромбоз как независимый предиктор летального исхода» показали, что развитие венозного тромбоза в послеоперационном периоде на фоне проведения стандартных профилактических мероприятий достоверно увеличивает риск летального исхода, в том числе от не связанных с венозными тромбоэмболическими осложнениями. Развившийся на фоне стандартных превентивных мероприятий венозный тромбоз может служить предиктором летального исхода, после развития венозного тромбоза у пациентов из группы высокого риска летальный исход может наступить с вероятностью 42,2-72,8% в течение 2-11 суток наблюдения. Возможно, исходя из этих данных, следует пересмотреть схемы тромбопрофилактики у пациентов высокого риска.

Крайне интересным и даже футуристическим показалось сообщение профессора А.И. Шевела из г. Новосибирска, посвященное биотехнологиям в лечении венозного тромбоза. Доклад включил в себя и историю вопроса, и правовые аспекты. Но самое главное — осталась уверенность, что в России проводятся фундаментальные работы на хорошем научном уровне. Автор вводил мезенхимальные стволовые клетки в тромбированную вену или в паравазальные ткани животного и оценивал

результат с помощью люминесцентной микроскопии. Показано, что аутологичные мультипотентные мезенхимальные стволовые клетки костномозгового происхождения принимают участие в развитии грануляций, прорастании новых сосудов, восстановлении структур сосудистой стенки и роста эндотелия по отверстиям в тромбе при венозном тромбозе. Безусловно, это только начало исследования, но уже полученные данные достаточно оптимистичны.

Тему фундаментальных исследований продолжил профессор А.Ю. Крылов с соавт. (г. Москва). Докладчики исследовали тромбодинамику — новый коагулологический тест, основанный на видеомикроскопии фибринового сгустка, растущего от имитированной поврежденной сосудистой стенки. С помощью тромбодинамики определяли степень изменения и прогностическую значимость коагуляционных сдвигов при идиопатических тромбозах глубоких вен. В частности, рассматривались АЧТВ, фибриноген, протромбин, МНО, D-димер, АТ III, антиХа, P<sub>r</sub> C, LagT, Vst. Авторами получены очень интересные результаты. Они считают, что АЧТВ — достаточно ригидный показатель, который реагирует на гепаринотерапию с определенным опозданием. Более динамичным и объективным тестом достоверного прогнозирования эффективности лечения тромбоза или развития рецидива является определение тромбодинамики LagT и Vst. Интересно и мнение докладчиков о том, что уровень D-димера нормализуется к 7-10 дню гепарино- и варфаринотерапии, хотя по наблюдениям многих других авторов он остается повышенным до нескольких месяцев.

К.В. Майзашвили с соавт. (г. Москва, Российская Федерация) выступил с сообщением: «Новые методы визуализации нижней полой вены и ее притоков при тромбозах и посттромботической болезни полой вены». Применение мультиспиральной компьютерной флебографии и магнитно-резонансной флебографии позволяет визуализировать артериальную и венозную фазу кровотока, что исключительно важно при диагностике артерио-венозных мальформаций. Также важным является возможность одновременной визуализации легочной артерии и определения проксимальной границы тромба. Кроме того, трехмерное изображение позволяет моделировать варианты реконструктивных и восстановительных операций на сосудах конкретного пациента.

С.А. Сушков с соавт. (г. Витебск, Республика Беларусь) в представленном исследовании: «Тактический подход в лечении паци-

ентов с острым тромбозом в системе нижней полой вены» ознакомили с лечебной тактикой ведения пациентов с венозными тромбозами. Диагностические мероприятия должны включать исследование коагуляционного гемостаза, ультразвуковую диагностику и при необходимости ретроградную илиокаваграфию. Порадовало, что авторы сообщения начали внедрять более активную тактику лечения ТГВ. По их мнению, при дистальных формах тромбоза глубоких вен без признаков прогрессирования процесса следует проводить консервативное лечение, а при восходящем венозном тромбозе с формированием флотирующего тромба показано экстренное оперативное вмешательство. Операциями выбора являются имплантация кава-фильтра и открытая тромбэктомия. Авторы применяют проксимальную тромбэктомию и для профилактики ТЭЛА, и для предупреждения ПТБ. Возможно, необходимо уточнить, какую именно локализацию и какую скорость нарастания тромбоза следует считать восходящим. В то же время, несомненно, следует отметить высокий профессионализм проведенного исследования.

А.В. Демьяненко с соавт. (г. Санкт-Петербург, Российская Федерация) ознакомили с результатами использования новых генетических маркеров венозного тромбоза у лиц молодого возраста. Полученные данные подтверждают генетическую природу венозного тромбоза, в особенности у лиц молодого возраста. К самостоятельным наследственным факторам риска венозного тромбоза, наряду с уже известными FII 20210 G/A и FV1691 G/A, также относятся полиморфизмы  $\alpha$ -субединицы FI Thr312Ala и EPCR Ser219Gly. Важно отметить самостоятельную значимость носительства полиморфизма FXII V134Leu в риске венозного тромбоза у женщин молодого возраста, что выявляется впервые. Видимо, необходимо продолжить исследование в этой области, проанализировав результаты в различных специализированных центрах.

Ю.М. Стойко с соавт. (г. Москва, Российская Федерация) выступил с докладом: «Профилактика венозных тромбозов осложненных в многопрофильном стационаре. Опыт Пироговского Центра». Результаты исследования убедительно показали, что низкомолекулярные гепарины в сочетании с градуированной компрессией приводят к клинически значимому уменьшению не только ранних, но и поздних тромбозов, при этом без риска выраженных кровотечений. Частота проксимальных венозных тромбозов имела выраженную

тенденцию к снижению на фоне применения низкомолекулярных гепаринов. Частота развития ВТЭО, по мнению авторов, является одним из ключевых критериев качества оказания медицинской помощи в стационаре. Поэтому главный шаг к созданию эффективной и безопасной системы профилактики ВТЭО — создание локального протокола в каждом стационаре. В этом документе должны быть четко определены, с учетом особенностей данного лечебного учреждения, критерии включения пациентов в группу высокого и очень высокого риска.

Продолжение конференции после краткого перерыва получилось насыщенным интересными докладами и дискуссиями. Здесь обсуждались стратегия и тактика хирургического лечения острых венозных тромбозов. Тон задал Во Eklof (Швеция), выступив с сообщением: «Возможно ли избежать пост-тромботической болезни». По сути, Во Eklof подытожил и систематизировал проблемы диагностики, лечения и профилактики венозных тромбозов на всех этапах. На вопрос о целесообразности перевязки поверхностной бедренной вены он ответил, что это хорошая операция в плане функциональных результатов. Докладчика поддержал Peter Neglen (США), определив, что залогом успеха такого вмешательства является хорошая функция глубокой вены бедра.

Далее Во Eklof призвал хирургов быть в целом агрессивнее (в соответствии с рекомендациями Европейского венозного форума) и не бояться вмешательств на глубоких венах. От себя добавим, что не бояться лучше все-таки в специализированных клиниках, предметно занимающихся флебологией и имеющих необходимый арсенал современных технологий.

Выступление коллектива авторов из г. Москвы (С.В. Волков, М.М. Луценко, А.Л. Соколов, И.В. Мостовой, С.А. Брагин, К.В. Лядов) было посвящено интересной теме: «Реолитическая тромбэктомия в лечении флотирующих тромбозов системы нижней полой вены». Авторы ознакомили с опытом применения реолитической терапии с использованием системы Angiojet 9000. Кава-фильтр был имплантирован в 88,9%, в 43,8% случаях использовали съемные фильтры, которые имплантировали на время проведения вмешательства и раннего послеоперационного периода. Эффективность вмешательства составила 88,9%. Одним из преимуществ данной технологии является возможность тромбэктомии из имплантированного кава-фильтра. Завязалась интересная дискуссия: стоит ли проводить эту процедуру

в венах ниже паховой связки, не разрушаются или клапаны самим устройством и др.

В своем докладе Н.А. Гордеев (г. Санкт-Петербург, Российская Федерация): «Консервативные и хирургические методы лечения венозных тромбозов при беременности и послеродовом периоде» показал, что в диагностике венозных тромбозов необходимо использовать УЗДГ с цветным доплеровским картированием, в некоторых случаях прибегать к помощи компьютерной томографии. Важным является оценка коагуляционного гемостаза и выявление тромбофилического состояния. Скрининг выявления тромбофилии следует проводить до беременности. Обследование на наследственную тромбофилию должно быть комплексным и включать изучение полиморфизма генов факторов свертывания, фибринолиза, рецепторов тромбоцитов, так как большинство тромбозов имеют мультигенную природу. Основой консервативного лечения составили низкомолекулярные гепарины. Контроль проводился путем определения анти-Ха-активности в плазме крови. При наличии угрозы ТЭЛА пациенткам выполнялась хирургическая профилактика путем клипирования нижней полой вены в инфраренальном отделе титановой кава-клипсой. Оперативные вмешательства выполнялись внебрюшинным доступом в сроки до 32 недель беременности и в послеродовом периоде, сразу после кесарева сечения. Указанный метод хирургической профилактики ТЭЛА оказался надежным и безопасным во всех случаях.

Уже не раз способ, предлагаемый авторами, вызывал жаркие споры на предмет доказательной базы в плане ближайших и отдаленных результатов. Но большая выборка наблюдений (более тысячи за полтора десятка лет) заставляет только сожалеть об отсутствии хорошего дизайна исследования. Не смотря на положительный многолетний опыт использования метода клипирования нижней полой вены для профилактики ТЭЛА, указанная методика не рекомендована председательствующими для рутинного использования.

А.А. Фокин с соавт. (г. Челябинск, Российская Федерация) ознакомил с результатами имплантации кава-фильтра у онкологических пациентов с острым илиофemorальным тромбозом. Авторы показали, что в сроки наблюдения на протяжении 12 месяцев частота тромбозов кава-фильтров составила 16%, ТЭЛА — 3%, клинически значимая посттромботическая болезнь в 27%. Имплантация постоянного кава-фильтра у пациентов с онкологической патологией профилактически эффективна и

безопасна без значимых отличий от пациентов иных профилей. Возможно, вопрос имплантации постоянного кава-фильтра дискуссионный, но есть действительно одно но: у онкологических пациентов риск ВТЭО не ограничен по времени.

Наибольшее внимание на этой секции привлек доклад Е.В. Шайдакова (г. Санкт-Петербург, Российская Федерация) об алгоритме хирургического лечения острых венозных тромбозов. Автор изложил прямое руководство к действию, начиная с первых дней от начала заболевания. Регионарный тромболизис, тромбэктомия, условия для наложения артерио-венозной фистулы, эндофлебэктомия — все эти мероприятия были изложены пошагово.

В своем исследовании Г.Ю. Сокурченко (г. Санкт-Петербург, Российская Федерация): «Венозные ретромбозы: проблема современной ангиологии» продемонстрировал необходимость определения уровня D-димеров у пациентов принимающих варфарин перед его отменой. Нормальный уровень D-димеров в сочетании с назначением антиагрегантов позволяет избежать развития ретромбоза. При повышенном уровне D-димеров автор рекомендует продолжить прием варфарина. Докладчик задался справедливым вопросом: что же делать, если закончился срок приема непрямых антикоагулянтов, рекомендованный АССР для идиопатических тромбозов (3-6 месяцев)? Возникают два решения — идентифицировать подгруппы пациентов, которым пролонгированная терапия АВК показана, несмотря на повышенный риск кровотечений либо искать альтернативные пути медикаментозной профилактики ретромбозов. В качестве последних предложены препараты аспирина либо сулодексиды. Ждем окончательных результатов исследований.

Третье заседание было посвящено хирургическому лечению посттромботической болезни. Его возглавили профессор Л.М. Чернуха и Peter Neglen. Докладчики затронули проблемы реконструктивной хирургии глубоких, особенности корригирующих операций на поверхностных венах и аспекты лимфovenозной недостаточности.

Заседание открыл Peter Neglen — один из самых авторитетных специалистов в мире в области венозной реконструкции при ПТБ. В своем докладе автор акцентировал внимание на сложность патогенетических механизмов развития венозной гипертензии, в то время как классические модели слишком упрощены и не объясняют всех постоперационных эф-

фектов. Упоминались такие важнейшие факторы функциональной модели, как состояние поверхностных и перфорантных вен, мышечная активность и мобильность суставов ног. Автор представил результаты собственных исследований, посвященных стентированию при ПТБ и болезни May-Thurner, где применялись твердые конечные точки: отек, боль, заживление язвы и данные инструментальных исследований. На основании чего были выработаны алгоритм и принципы реконструктивной хирургии системы нижней полой вены. Однако критическое мышление автора поставило ряд острых краугольных вопросов, решение которых могло бы улучшить тактику лечения:

— как исследовать количественные характеристики венозного возврата (самые современные методы исследования — дуплексное сканирование, МРТ, КТ, интравенозное УЗ — не дают ответов на эти вопросы);

— какова величина гемодинамически значимой венозной обструкции;

— какова доля вклада локальной обструкции или рефлюкса в многоуровневой сложной венозной системе.

В заключение автор напомнил и о перспективах венозной реконструкции — чрескожной имплантации искусственных венозных клапанов, которая может значительно изменить настоящую парадигму.

Профессор Л.М. Чернуха (г. Киев, Украина) в своем докладе дала обоснование к дифференцированному подходу и агрессивной тактике в отношении тяжелых форм ХЗВ. В оригинальном исследовании, наряду с классической лимфедемой, используются не часто употребляемые термины липедема и флэбэдема, что, по ее мнению, расширяет понимание дифференциального диагноза и патогенетических процессов в мягких тканях при ХВН. Выделены причины появления инкурабельных пациентов, главной из которых признано надлежащее и/или не своевременное хирургическое лечение. Автор приводит оригинальную классификацию патогенетических механизмов при различном сочетании рефлюкса, окклюзии поверхностных и глубоких вен, нарушений лимфатического оттока и врожденные сосудистые мальформации. В связи с этим представлен алгоритм хирургической тактики при трофических язвах. Кроме того, не малое значение отводится важности реабилитации и диспансерного наблюдения этих тяжелых пациентов.

Настоящим украшением форума стали два блестящих сообщения итальянских хирургов: Oscar Maletti и Marzia Lugly (г. Модена, Ита-

лия). Наглядно показаны интраоперационные видеоматериалы внутривенозного фиброза. При этом хирург делает, казалось бы, невозможное: с помощью микрохирургической техники разделяет фиброзные внутривенозные изменения, подготавливая вену к пластике, и демонстрирует технику коррекции сохраненных створок клапанов или формирования моно- и бicuspidального неоклапана из интимы сосуда. Авторы подчеркивают, что такие операции целесообразны только после устранения или окавального стеноза. Операции транспозиции бедренной вены под защиту клапанов глубокой бедренной и реже в большую подкожную вены, трансплантация аксиллярной вены в бедренную или подколенную позицию так же возможны. Однако из-за ряда технических ограничений эти операции возможны лишь у половины нуждающихся пациентов. Авторы призывают к активной тактике лечения ПТБ и декларируют соотношение операций, проведенных в Университете Ferrara за период с 2000-2012 г: эндоваскулярные вмешательства — 198, открытые операции — 327!

Следующие три доклада были посвящены эндоваскулярным термическим способам устранения патологического рефлюкса по поверхностным венам.

А.Л. Соколов и М.М. Луценко (г. Москва, Российская Федерация) рассказали о неоспоримых достоинствах эндоваскулярной термооблитерации поверхностных вен при ПТБ, зарекомендовавшие себя как эффективные, безопасные и малотравматичные методы. Через 1 год авторы отметили 95% закрытие целевых вен. Эпителизация трофических язв у 7 из 8 пациентов наступила на сроке 12 недель. Выявлено улучшение качества жизни в соответствии со шкалами VCSS и Виллалыта.

В исследованиях команды Санкт-Петербургской группы авторов во главе с Е.В. Шайдаковым представлены результаты двух ретроспективных когортных исследований на базах трех специализированных сосудистых клиник города. В качестве оценки результатов впервые во флебологии применена комбинированная конечная точка, которая одновременно позволяет оценить анатомический результат эндоваскулярного вмешательства и твердые клинические конечные точки, такие как боль, обширность экхимозов, наличие парестезий. В докладе А.Г. Григоряна (г. Санкт-Петербург, Российская Федерация) сопоставлены результаты флебэктомии и РЧО у пациентов с большим диаметром целевой вены (более 14 мм). В группе, где применен метод РЧО, хороший результат наблюдался у 95%, в

группе флебэктомии – всего у 35% пациентов. Эти данные, по мнению авторов, могут способствовать более широкому применению методики в отношении вен большого диаметра.

Е.А. Илюхин с соавт. (г. Санкт-Петербург, Российская Федерация) поделились опытом применения эндовенозной лазерной облитерации с длиной волны 970 нм, 1470 нм и 1560 нм. Результаты исследования показали, что оптимальные режимы эндовенозной лазерной облитерации: для лазера с длиной волны 970 нм диаметр вены до 8 мм, линейная плотность энергии – 60-80 Дж/см; для лазеров длиной волны 1470 нм и 1560 нм диаметр вены 10 мм, линейная плотность энергии – 60-90 Дж/см. Выполнение эндовенозной лазерной облитерации вен диаметром более 10 мм уменьшает воспроизводимость метода вне зависимости от длины волны и линейной плотности энергии лазерного излучения. При эндовенозной лазерной облитерации вен более 13 мм, вне зависимости от длины волны и линейной плотности энергии, основная часть исходов неудовлетворительна.

Следует отметить, что два последних исследования проведены по четким международным стандартам, и на сегодняшний день рассматривается возможность опубликования этих работ в ведущих зарубежных специализированных журналах.

Заключительное, четвертое, заседание было посвящено хирургическому лечению хронических заболеваний вен. Э.А. Клецкин (г. Нижний Новгород, Российская Федерация) поделился опытом применения реконструктивных вмешательств у пациентов с посттромботической болезнью нижних конечностей. Выполнялись перекрестное венозное шунтирование, сафено-фemorальное шунтирование, экстравазальная коррекция аутовенозной лентой, алловенозная трансплантация. Показано, что успех вмешательств во многом зависит от выполнения ряда технических приемов. Предложенные автором методики позволили существенно улучшить результаты вмешательств. Установлено, что в отдаленные сроки (от 4 до 11 лет) после операции Пальма функционировали 69,2% перекрестных шунтов, после линейных аутовенозных реконструкций – 85,7% и алловенозных трансплантаций – 62,5% вен. Интересен анализ осложнений типичных флебэктомии и кроссэктомии (прошивание бедренной артерии, пересечение бедренных вен и артерии, соскальзывание лигатуры с культи БПВ с развитием массивного кровотечения, раздавливание бедренного нерва, повреждение малоберцового нерва) и путей их

профилактики.

М. Perrin (г. Лион, Франция) посвятил свой доклад такой серьезной и мало изученной проблеме, как варикозное расширение вен малого таза у женщин. Автор утверждал, что препараты могут иногда достигать временного улучшения у части пациентов с синдромом тазовых дисфункций. Данные по результатам склерозирующей терапии при таком синдроме еще не окончательны. И в настоящее время единственно оправданным может быть эндовенозная эмболизация (рекомендации 1С).

Все доклады, представленные на форуме, были заслушаны с большим интересом. Состоялась дискуссия и обмен мнениями. По отзывам всех участников, качеству и уровню докладов – это, без сомнения, первая конференция в России подобного уровня. Многие сообщения были посвящены уникальным исследованиям, выполненным на высоком профессиональном уровне. В рамках проводимого форума была организована медицинская выставка с участием более 10 фирм – производителей оборудования, инструментария, медицинских препаратов и литературы. Все экспонаты можно было изучить непосредственно на месте. Выставка литературы охватывала весь спектр деятельности современной флебологии. В заключение следует отметить очень высокий уровень организации и интересную компоновку программы форума, его неповторимость. Хочется пожелать организаторам продолжать прекрасную традицию и расширять рамки конференции.

#### 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 37-80-82,  
e-mail: nebylicin.uravgm@mail.ru,  
Небылицин Юрий Станиславович

#### Сведения об авторах

Шайдаков Е.В., д.м.н., профессор, заместитель директора по научной и клинической работе ГУ НИИ экспериментальной медицины СЗО РАМН, г. Санкт-Петербург.

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 11.01.2013 г.