

XVII ВСЕМИРНЫЙ КОНГРЕСС МЕЖДУНАРОДНОГО ОБЩЕСТВА ФЛЕБОЛОГОВ (8-13 СЕНТЯБРЯ 2013 Г, БОСТОН, США)

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск,

Республика Беларусь

Novosti Khirurgii. 2014 Jul-Aug; Vol 22 (4): 497-504

XVII World Congress of the International Union of Phlebologists

Всемирный конгресс Международного общества флебологов (Union International of Phlebology – UIP) проводится раз в четыре года. Очередной 17-й конгресс проходил с 8 по 13 сентября на территории США (впервые в своей истории), в Бостоне, и был организован Американской коллегией флебологов. Местом проведения конгресса был выбран Hynes конференц – центр – наиболее крупный среди подобных в штате Массачусетс. В работе форума приняли участие около 3000 делегатов, представлявших более 50 стран. Ведущие специалисты мира обсуждали самые актуальные проблемы современной флебологии. Всеобъемлющая программа включала многочисленные доклады, лекции, семинары и симпозиумы по различным направлениям современных исследований физиологии и патологии венозной системы, хроническим заболеваниями вен (ХЗВ).

Открыл конгресс президент XVII международного общества флебологов N. Morisson. В течение 6 дней было сделано около 500 докладов по различным темам. Нельзя не отметить и прекрасно организованные электронные презентации (аналог стендовых докладов). В 7-10-минутном сообщении, представленном на 50-дюймовом жидкокристаллическом мониторе, автор представлял основные результаты своей работы. Причем, с электронными докладами выступали как неизвестные, начинающие специалисты в области флебологии, так и маститые авторы, председательствовавшие час назад на проблемных секциях.

Для практикующих врачей – участников конгресса были проведены мастер-классы по УЗ-обследованию пациентов с венозной патологией, пенной склеротерапии под УЗ-контролем, микросклеротерапии, минифлебэктомии, эндовазальным методам абляции вен (эндовазальной лазерной коагуляции – ЭВЛК, радиочастотной абляции – РЧА), эмболизации гонадных и тазовых вен, технике имплантации кава-фильтра.

Учитывая распространенность ХЗВ, как сосудистой патологии и нехватку специалистов флебологов, в докладах (S. Zimmet, США et al.), посвященных этой тематике, обращалось внимание на необходимость обучения врачей (на основе мультидисциплинарного подхода) диагностике и лечению заболеваний вен, проведения тренинга по таким современным и востребованным методам лечения, как пенная склеротерапия, эндовазальные методы абляции, технике минифлебэктомии и создания соответствующих учебных программ. В докладе В. Eklof (Швеция) подчеркивалось, что в течение последнего десятилетия в изучении патофизиологии, диагностики и лечения острой и хронической патологий вен достигнут значительный прогресс. О возросшем внимании к проблеме болезней вен свидетельствует, по его мнению, следующий факт: если в 2002 г. на симпозиуме по сосудистой патологии, проходившем в Нью-Йорке было представлено 7 докладов по заболеванию вен, то в 2012 г. – на аналогичной конференции в «большом яблоке» – 152. Значительную роль в расширении знаний и подготовке специалистов в области флебологии играют национальные ассоциации флебологов и конференции, проводимые ими (в Европе – Европейский Венозный Форум, образованный в 2000 г.).

Перечень специалистов, оказывающих флебологическую помощь в странах Европы, Азии, США, Австралии и других государствах достаточно велик: хирурги, врачи общей практики, сосудистые хирурги, флебологи, врачи ультразвуковой диагностики, кардиохирурги, рентгеноэндоваскулярные специалисты, дерматологи, пластические хирурги. В докладе М. Kurtoglu (Турция) обращено внимание на необходимость подготовки врачей, занимающихся лечением венозной патологии, основам ультразвуковой диагностики болезней сосудов (в первую очередь вен) и технике манипуляций под УЗ-контролем (пункция подкожных и перфорантных вен, склеротерапия,

аблация). Много внимания было уделено также обучению медицинских сестер – ассистентов врачей-флебологов. На секциях для них рассматривались вопросы анатомии, патофизиологии и гемодинамики венозного русла, роли компрессионной терапии и техники наложения бандажей, роли медицинской сестры в проведении тумесцентной анестезии, вопросы патогенеза, проблемы лечения трофических язв, пенной склеротерапии и термальных методов аблации БПВ.

Огромный интерес (свидетельством тому – абсолютная наполненность залов) вызвали доклады, посвященные анатомии вен и лучевым методам диагностики болезней венозной системы. В сообщениях Т. Proebstle (США), А. Caggiati (Италия), J. Uhl (Франция) и других докладчиков подчеркивалось, что внедрение в клиническую практику современного ультразвукового оборудования, в частности дуплексного сканирования (ДС) а также СКТ- и МРТ-флебографии стало революцией в ангиологии. Применение этих методов, в отличие от традиционных исследований на трупном материале, позволило по-иному взглянуть на анатомию и топографию сосудистой системы человека: изучить особенности взаимоотношений поверхностных, перфорантных и глубоких вен в реальном времени, причем во взаимосвязи с такими физиологическими факторами, как дыхание, ортостатическое давление, мышечно-венозная систола, выявить точки и протяженность патологических рефлюксов, лежащих в основе развития хронических заболеваний вен, а также, что чрезвычайно важно, оценить непосредственный и отдаленный результаты лечения. N. Labropoulos (США) детально остановился на технике ультразвукового картирования вен брюшной полости и таза, а E. Menegatyu (Италия) на методике дуплексного сканирования при хронической венозной цереброспинальной недостаточности.

В докладе А. Ptery (Италия) на основании данных ультразвукового картирования вен нижних конечностей рассмотрены вопросы анатомии передней добавочной большой подкожной вены. Этот приток БПВ встречается у 40-52 % людей и в норме диаметр его не превышает 1-2 мм. Терминальный клапан этого основного притока БПВ плохо визуализируется при ультразвуковом исследовании. Сочетание рефлюкса в БПВ и ее переднем притоке регистрируется редко. Если претерминальный клапан БПВ состоятелен, а астиальный некомпетентен, развивается как правило трансформация передней добавочной вены.

Как следует из многочисленных сообщений (P. Raymond-Martimbeau (Италия) и др.), при выборе метода исследования венозной системы у конкретного пациента следует исходить из данных, полученных в ходе скрининговой процедуры – ДС, сложностей анатомии и топографии сосудов изучаемой области, перенесенных (в случаях рецидива варикоза) в прошлом хирургического вмешательства на венах. Если на основании данных ДС исходные источники патологических рефлюксов не лоцируются, либо интерпретация их затруднена (например, при рецидиве варикоза в паховой области после флебэктомии), следует переходить к более высокому уровню обследования венозной системы конечности, таза и забрюшинного пространства – СКТ-, МРТ-флебографии с 3-D реконструкцией, либо контрастной венографией.

Анатомии венозного рефлюкса у пациентов с первичной ХЗВ был посвящен доклад M. Qureshi et al. (Великобритания). На основании дуплексного сканирования 3803 нижних конечностей установлено, что в 1081 из них или в 25% имела место клапанная несостоятельность глубоких вен. Из 2722 ног (без рефлюкса в глубоких венах) в 69 % диагностирован рефлюкс в поверхностной венозной системе, в 20% – в поверхностных и перфорантных венах, в 3,1% – только в перфорантных венах, в 3,9% имел место приустьевой, и в 3,5% – изолированный рефлюкс в притоках. Частота перфорантного рефлюкса значительно возросла, если регистрировался рефлюкс в глубоких венах.

Источникам рефлюкса у пациентов с несостоятельной БПВ был посвящен доклад F. Vin (Франция). На основании ультразвукового сканирования вен 1049 пациентов (79% – женщины, 21% – мужчины) установлено, что в 62,4% рефлюкс был связан с несостоятельным сафено-фemorальным соустьем – СФС (46,3% – терминальный клапан, 16,1% – претерминальный клапан), в 10,1% – через наружную половую вену, в 3,1% – через эпигастральную вену, 3% – через пахово-бедренные перфоранты, в 2% – перфорантные вены группы Гюнтерова канала, в 2% – вену Джакомини, и в 15% имело место сочетание различных источников.

В работе E. Mendosa (Германия) по результатам обследования 120 нижних конечностей (39 без и 81 с рефлюксом в БПВ) установлена корреляция между диаметром БПВ (две точки измерения: 5 и 15 см ниже СФС), протяженностью патологического рефлюкса и тяжестью клинической симптоматики ХЗВ.

В докладе А. Kanth et al. (США) представлены результаты мета-анализа 12 рандомизированных исследований, посвященных этиологии и патофизиологии ХЗВ, осложненного развитием трофической язвы (С6). Наиболее частой причиной возникновения последней является рефлюкс в поверхностной, перфорантной и/или глубокой венозной системах. Сочетание патологии в поверхностных (рефлюкс) и глубоких (рефлюкс, обструкция) венах регистрируется в среднем у 11,6 % (от 0 до 48%) пациентов. В 31,6% (22-52%) наблюдений – тройной рефлюкс (в поверхностных, глубоких и перфорантных венах). Изолированный рефлюкс в глубоких венах регистрируется нечасто (2,1-28,4%). Перенесенный в прошлом тромбоз глубоких вен, как этиологический фактор развития посттромботической клапанной несостоятельности и последующего вено-венозного рефлюкса встречается в среднем у 33 % пациентов, хотя можно предположить, что этот процент несколько выше, поскольку у многих пациентов, особенно после тромбоза вен голени значимого поражения клапанов не выявляется. Хирургическое лечение (флебэктомия, кроссэктомия), эндоваскулярные методы (ЭВЛК, РЧА) и пенная склеротерапия стволов БПВ, МПВ и их притоков у пациентов с поверхностным венозным рефлюксом дают явный положительный эффект – заживление язвы без рецидива заболевания. В случае сочетания рефлюкса и обструкции (в глубоких венах) показано помимо устранения поверхностного рефлюкса вмешательство на глубокой системе (чаще эндоваскулярная процедура при стенозе подвздошного сегмента).

М. McCafferty et al. (Ирландия) в своем сообщении подчеркивали, что, несмотря на очевидный прогресс в лечении хронических язв нижних конечностей, которые чаще встречаются у женщин, чем у мужчин (2:1; возраст от 33 до 90 лет, ср. 77,5), оказание помощи пациентам с этой патологией все еще остается неудовлетворительным. 74% пациентов до обращения в сосудистый центр не получают компрессионного лечения, у 23% выявляется сопутствующая артериальная патология нижних конечностей (отсутствует либо снижен пульс на магистральных артериях). По мнению авторов, решение проблемы – в повышении уровня подготовки врачей, в первую очередь общей практики, а также флебологов в обследовании и лечении пациентов этой категории.

У пациентов с обширной длительно незаживающей трофической венозной язвой области латеральной поверхности голени и

выраженным дерматолипофасциосклерозом F. Steinbacher et al. (Австрия) выполняют боковую фасциотомию. Хирургическое вмешательство (фасциотомия + пластика) позволяет добиться заживления язвы в 90% наблюдений. Их соотечественники S. Trapeya et al. (Австрия) представили в своем докладе результаты применения Shave-терапии в комбинации с аутодерматопластикой при длительно незаживающих гигантских язвах ног сосудистого генеза.

J. Moore (Ирландия) остановился на осложнениях стандартной флебэктомии, которая еще достаточно часто выполняется во многих странах мира. По его данным, доля этого хирургического пособия (под общей либо спинальной анестезией) среди всех венозных процедур остается достаточно высокой: в Европе более 50%, в США около 30%. Среди осложнений: малые (раневые, неврологические) – 18 %, большие (ТГВ, ТЭЛА, ампутация ноги вследствие травматических повреждений артерий, летальный исход) – 1%.

Учитывая высокую частоту рецидива варикозной болезни, много внимания уделено этой тематике. Так в докладе M. Perrin (Франция) и M. Maeseneer (Нидерланды) подчеркивалось важность этой проблемы и высокая распространенность рецидива после хирургического лечения. Причины – тактические и технические ошибки, неоваскуляризация в случае проведения кроссэктомии, прогрессирование заболевания. Улучшить результаты лечения варикозной болезни позволяют большая оснащенность ультразвуковым оборудованием лечебных учреждений, обучение ультразвуковому обследованию и манипуляциям под УЗ-контролем врачей, оказывающих помощь пациентам с этой патологией. При термальных методах абляции залог успеха – выполнение полноценной тумесцентной анестезии и адекватность мощности лазерного излучения диаметру вены. В плане лечения рецидива при высоком рефлюксе – реоперация с обнажением сафено-фemorального и сафено-поплитеального соустьев, минифлебэктомия, пенная склеротерапия. В диагностике рецидива и определении тактики лечения следует применять УЗ-картирование, СКТ- и традиционную либо цифровую флебографию. В сообщении M. Grouden с соавт. (Ирландия) подчеркивалось, что основной причиной рецидива варикоза следует считать неадекватность хирургического вмешательства. Применение УЗ-контролируемых технологий значительно повышает радикальность лечения варикозной болезни. Любая

процедура при варикозной болезни должна тщательно планироваться исходя из данных дуплексного сканирования. Методом выбора в лечении рецидивного варикоза является по мнению авторов пенная склеротерапия.

Наибольшее число лекций и докладов было посвящено пенной склеротерапии (ПС) и термальным (ЭВЛК, РЧА) методам абляции большой и малой подкожных вен. Эти современные и взаимно конкурирующие способы лечения ХЗВ стремительно развиваются и совершенствуются. Обсуждались такие вопросы как, кто выполняет процедуру, доля того либо другого метода среди всех венозных процедур, сочетание ПС с РЧА и ЭВЛК, и флебэктомией, непосредственные и отдаленные (через 5 и 10 лет) результаты. В докладе Р. Coleridge-Smith (Великобритания) озаглавленном «Вопрос дня: является ли пенная склеротерапия методом выбора для большинства пациентов с поверхностным венозным рефлюксом?» подчеркнуто, что ПС является инновационным нехирургическим методом лечения варикозной болезни, позволяющим в амбулаторных условиях добиться превосходного косметического и лечебного результатов. Метод не требует госпитализации и не влияет на бытовую и социальную активность. Он характеризуется низкой частотой побочных эффектов и высоким уровнем удовлетворенности пациентов.

J. Almeida et al. (США) представили данные Американского венозного регистра по склеротерапии ХЗВ. Этот малоинвазивный метод лечения заболеваний вен завоевывает все большую популярность в США. Процедуру выполняют различные специалисты, включая общих хирургов, сосудистых хирургов, интервенционных радиологов, врачей общей практики, дерматологов а также врачей другого профиля. В структуре всех вмешательств на подкожных и перфорантных венах на нее приходится 21%.

В. Kahle et al. (Германия) сравнили на основании данных контрольного дуплексного сканирования, проведенного через 12 месяцев результаты катетерной пенной склеротерапии большой подкожной вены (БПВ) без и в сочетании с тумесцентной анестезией. По мнению авторов, формирование перивазальной «подушки» из раствора анестетика существенно не изменяет частоту полной окклюзии подкожной магистралей.

В докладе J. Novard et al. (Великобритания), посвященном применению пенной склеротерапии у пациентов с трофическими нарушениями (С4-С6) и преимущественно стволовым рефлюксом, подчеркивалась роль

динамического ультразвукового сканирования (через 6 мес и 1 год) для своевременного выявления незакрытых, либо реканализованных сегментов БПВ и МПВ и проведения повторной склеротерапии.

А.А. Баешко, Н.Г. Шестак (Беларусь) представили результаты пенной склеротерапии БПВ по усовершенствованной методике — элевации конечности на 60 и более градусов (для полного обескровливания вены), выключения дистального венозного русла конечности путем бинтования голени и использования криопены, приготовленной из охлажденного раствора склерозанта. Эффективность процедуры (окклюзии бедренного сегмента БПВ) возростала в сравнении с традиционной методикой до 97%.

Рассматривая вопросы профилактики осложнений пенной склеротерапии Т. Yamaki (Япония) подчеркивали необходимость снижения разовой дозы пены до 2-10 мл и ее медленного поэтапного (от проксимальных отделов конечности к дистальным) введения.

В докладах М. Goldman (США), А. Ramelet (Швейцария) и ряда других ученых были затронуты вопросы косметической склеротерапии — лечения сосудистых звездочек и ретикулярного варикоза. В них обсуждались вопросы выбора склерозанта, объема, концентрации и формы вводимого препарата, количества сеансов. А. Ramelet в частности, акцентировал внимание на обязательном применении компрессионных чулок в течение от 2 недель до месяца: это снижает частоту побочных эффектов и улучшает конечный результат лечения. Т. Harper (США) в своем сообщении показала преимущества использования раствора хромата глицерина в сравнении с другими склерозантами в уменьшении риска развития микротромбов при лечении телеангиоэктазов.

Столь же широко, как следует из многочисленных докладов и статистических отчетов Американского венозного форума применяются и термальные методы абляции (ЭВЛК и РЧА) подкожных вен. Несмотря на разногласия в определении единых параметров энергии (для ЭВЛК — 1470 и 970 нм), 5- и 10-летние результаты лечения несостоятельности большой и малой подкожных вен с применением этих методик достаточно обнадеживающие — рецидив соответственно в 10-15% случаев. J. Raffetto et al. (США) проанализировали результаты 4509 процедур ЭВЛК (ср. доза мощности $60,3 \pm 38,2$ J/см) выполненных в 44 центрах 25-и штатов в период с 2007 по 2012 гг. (76,3% пациентов — женщины, ср.

возраст 54,5 лет). Указывают, что независимо от длины волны лазера процедура существенно улучшает качество жизни пациентов, однако для полной оценки долгосрочного прогноза необходим более длительный период наблюдения.

В докладе R. Malgor et al. (США) на основании статистических данных американского венозного регистра проанализированы осложнения термальных методов абляции стволов БПВ и МПВ за 12 летний период (с 2000 по 2012 гг.) Учитывали ТГВ, ТЭЛА, летальные исходы и проблемы технического характера (фрагментация световода либо его кончика). Из 349 осложнений 58% составили тромбэмболические (30 случаев или 8% нелетальной ТЭЛА, 7 случаев или 2% ТЭЛА с летальным исходом, 123 случая ТГВ), 42% (143 случая) – технические. Пик осложнений пришелся на 2008 год, в течение последних 5 лет их число значительно уменьшилось, составив для ЭВЛК и РЧВА соответственно – 1 и 2 на 10 000 процедур, в том числе независимо от вида вмешательства для ТГВ <1:2 500, ТЭЛА – < 1: 10 000 и ТЭЛА с летальным исходом <1:50000.

М. Париков (Россия) остановился на преимуществах эндовенозной абляции БПВ с применением лазера в 1470 нм и радиальным световодом. На основе клинического материала (морфологического исследования удаленных фрагментов варикозных вен человека) определены оптимальные параметры процедуры – LEED – более 32 J/см и EFE – более 32,5 J/см².

Эндовенозной абляции малой подкожной вены посвящено сообщение D. Mooge et al. (Ирландия). Несмотря на то, что в сравнении с традиционной флебэктомией ЭВЛК и РЧА намного проще, тем не менее, при их проведении возможны неврологические (повреждение кожных нервов) и тромботические (ТГВ) осложнения. Поэтому любой из названных термальных процедур должно предшествовать тщательное ультразвуковое обследование венозного бассейна МПВ и БПВ с целью выявления анатомических особенностей хода стволов этих магистралей, их притоков, нервов, и особенно сафено-поплиетального соустья. Это позволит избежать перечисленных осложнений.

В докладе T. O'Donnell (США) рассматривалась тема несостоятельных перфорантных вен (ПВ) и необходимость их целенаправленной термальной абляции при проведении ЭВЛК или РЧА. Литературные данные и личный опыт автора позволяет сделать вывод: при вертикальном рефлюксе после его устра-

нения диаметр ПВ со временем уменьшается и горизонтальный сброс крови из глубоких вен в поверхностные прекращается.

Какой метод лечения (ЭВЛК, РЧА, ПС) в случае несостоятельности БПВ и МПВ показан в конкретной ситуации и у конкретного пациента, как сделать выбор? В докладе L. Rasmussen (Дания) отмечено, что выбор определенного метода должен базироваться на данных ультразвукового сканирования (в зависимости от диаметра БПВ, толщины ее стенки), возможностей самой процедуры, сопутствующих заболеваний, риска развития ТГВ.

На рецидиве варикоза после успешно выполненной эндовенозной абляции остановился в своем сообщении P. Pal (США). Частота его составляет по данным автора и литературным источникам от 6 до 14%. Причина: недостаточная мощность излучения, крупные незакрытые притоки, неучтенные ПВ.

М. Vuylsteke (Бельгия), U. Demircilic (Турция), M. Hirokawa (Япония) и многие другие в своих докладах показали, что усовершенствование конструкции световода (радиальный тип), и его кончика (вариант тюльпана) и другие нововведения существенно улучшают результаты процедуры – не только выраженность трансмурального фиброза вены, но и снижают частоту таких нежелательных последствий ЭВЛК, как кровоизлияния по ходу вены, ожоги кожи и выраженность болевого синдрома.

Новым технологиям абляции вен, в частности использованию цианоакрилового клея, пара, механо-химического метода (Кларивейн) и другим способам были посвящены доклады A. Davies (Великобритания), R. Milleret (Франция), E. Rabe (Германия). Представлены техника процедуры, ее надежность, возможные осложнения и материальные затраты. Основная цель всех современных методик лечения ХЗВ с рефлюксом в поверхностных венах не удалить вену, как это было раньше (операции флебэктомии по Бэбкоку более 100 лет), а путем минимального воздействия на стенку вены изнутри вызвать ее трансмуральное повреждение – некроз. И чем глубже поражение, чем надежнее «заваривается» вена. И если в прошлом в хирургии вен крылатым выражением было изречение «нет вены – нет проблемы», то сегодня к этой теме можно применить следующее: «нет рефлюкса – нет проблемы». И не важно, чем и как устранен патологический ретроградный кровоток.

C. Simkin (Аргентина) в докладе посвященном поверхностному тромбофлебиту обратил внимание на необходимость дифференциации

тактики при этой патологии, развивающейся в варикозных (первый тип) и неизменных (второй тип) венах. Если первый является логическим следствием трансформации поверхностных вен, то второй чаще встречается при раковой, либо наследственной тромбофилии. С точки зрения лечебной тактики важно разделять тромбофлебиты ограниченные поверхностной венозной системой и тромбофлебиты, распространяющиеся на глубокие вены (через перфорантные вены или сафено-фemorальное – СФ и сафено-поплитеальное – СП соустья), либо исходящие из глубоких вен. Очаговые и распространенные тромбофлебиты не требуют назначения антикоагулянтных препаратов. Ограничиваются в таких случаях противовоспалительной терапией. Если патологический процесс вовлекает СФ- и СП- соустья и/или глубокую систему, то показано антитромботическое лечение. Подчеркивалась также важность ультразвукового контроля за динамикой патологического процесса.

Тромбозу глубоких вен, в частности его патогенезу, динамике морфологической картины на основе данных дуплексного сканирования на фоне антитромботической терапии посвящен доклад А. Comerota (США). Достижение терапевтического уровня коагуляции (целевое значение МНО – 2-3) позволяет не только снизить риск рецидива тромбоза, но и ускоряет процессы реканализации тромботических масс и восстановления кровотока.

В лекциях и докладах, посвященных лечению илюофemorального тромбоза, подчеркивалось, что традиционные травматичные хирургические вмешательства при этой патологии уступают место современным малоинвазивным, эндоваскулярным. К примеру, операция баллонной тромбэктомии хотя и остается в арсенале хирургов, тем не менее, вытесняется катетерным тромболизом. А поскольку причиной этой патологии более чем в 90% наблюдений является стеноз терминального отдела общей подвздошной вены, то, как хирургическое вмешательство, так и тромболитическая терапия дополняются стентированием – имплантацией эндопротеза в зону стеноза (подобно процедуре стентирования коронарных артерий). Так, в сообщении D. Dekiwadia (Индия) представлены результаты катетерного интратромбального тромболиза с применением тканевого активатора плазминогена и урокиназы при илюофemorальном тромбозе. N. Baekgaard et al. (Дания) дополняют тромболиз стентированием терминального отдела левой общей подвздошной вены, что по их мнению, а так-

же по мнению большинства специалистов в области эндоваскулярной хирургии, позволяет значительно улучшить конечный результат лечения пациентов с этой патологией.

Как определить продолжительность антикоагулянтной терапии при ТГВ? По данным S. Kahn (Швеция) отмечается взаимосвязь между эффективностью (по уровню МНО) и длительностью антикоагулянтной терапии и частотой рецидива заболевания. Рецидивный тромбоз, а также сохраняющиеся факторы риска его повторного возникновения – основание для более длительной (2-3 года и более) антикоагулянтной терапии. Определенную помощь в определении сроков антитромботической терапии могут оказать данные ДС (степень восстановления кровотока в магистральных венах), а также, по мнению S. Dentoni, определение D-димеров (маркеры продолжающегося тромбообразования). При высоком уровне последних прием антикоагулянтов не следует прекращать.

В антитромботическую терапию тромбоза глубоких вен приходят новые препараты, более эффективные и безопасные (K. Gibson, США; R. Hull, Канада). Так, антагонист витамина К – варфарин, оставшийся на протяжении более 60 лет золотым стандартом в противорецидивной антикоагулянтной терапии и профилактики тромбозов постепенно вытесняется прямыми ингибиторами Ха фактора – препаратом ксарелта, либо прямым ингибитором тромбина (фактор Па) – препаратом дабигатран. Низкий риск геморагических осложнений и менее жесткие условия лабораторного контроля делают их более предпочтительными в клинической практике лечения тромбоза глубоких вен.

Не оставлена без внимания проблема врожденных аномалий сосудов. В докладе В.Н. Дана, С.В. Сапелкина с соавт. (Россия) представлены результаты лечения 78 пациентов с сосудистыми мальформациями (артерио-венозные и венозные) области лица и шеи. В зависимости от распространенности и характера патологического процесса применяли эмболизацию питающей артерии, иссечение образований, различные виды пластики, включая кожную аутотрансплантацию на сосудистой ножке.

Аплазии и гипоплазии нижней полой вены (НПВ) был посвящен доклад А.А. Баешко и Д.С. Богодяжа (Беларусь). Акцентировано внимание на необходимости проведения тщательного ультразвукового обследования вен нижних конечностей, таза (подвздошные вены) и брюшинного пространства (нижняя полая вена) у всех пациентов с клини-

кой илиофemorальной тромбоза. Последний, особенно, у молодых пациентов может быть первым проявлением врожденной аномалии развития нижней полой вены. Триада симптомов (молодой возраст, мужской пол, правая нога) как в остром периоде, так и на стадии формирующейся и тем более сформировавшейся посттромботической болезни с большой долей вероятности указывает на нарушение развития основной венозной магистрали человека.

Лечению хронической односторонней и билатеральной илиофemorальной обструкции посвящены доклады С. Wittens (Греция), Р. Neglen (Швеция), А. Gasparis (США), Р. Pappas (США). Перекрестное шунтирование, стентирование подвздошной вены, илиокавальное протезирование — основные методы восстановления гемодинамики в конечности. Выбор метода лечения определяется степенью и протяженностью обструкции (очаговая или распространенная), типом стента, дополнением основного пособия артерио-венозной фистулой.

Различные аспекты применения кава-фильтров доложены С. Black (США) и другими авторами. Показания к имплантации этих эндовазальных устройств должны быть строго аргументированы.

Наряду с общими, стандартными разделами венозной тематики (например, тромбозы глубоких вен или тромбофлебит поверхностных вен), выделены и озвучены некоторые узкие, и в тоже время достаточно значимые подразделы. Одной из таких малоизвестных врачам общей практики и даже сосудистому хирургу тем, которой был посвящен ряд докладов, была проблема тазового болевого синдрома, связанного с несостоятельностью клапанов гонадных вен и как следствие — патологического рефлюкса в вены таза. Применение современных ультразвуковых и компьютерных технологий (УЗИ, СКТ, МРТ) позволяет не только документировать диагноз, но и обозначить пути решения проблемы (реплантация устья верхней брыжеечной артерии или гонадной вены, склеротерапия, эмболизация, стентирование левой почечной вены при ее компрессии в проксимальном сегменте). Диагностике и лечению варикозных вен малого таза были посвящены доклады М. Greiner (Франция), анатомии и патофизиологии рефлюкса в этом бассейне — сообщения М. Meissner (США). Золотым стандартом (чувствительность — 100%, специфичность — 99%) в диагностике этой патологии является по мнению М. Whiteley (Англия) трансвагинальное дуплексное ска-

нирование. Рефлюкс регистрируется в левой гонадной вене в 81% случаев, правой в 29% и во внутренней подвздошной вене (также чаще левой, как следствие компрессии терминального отдела общей подвздошной вены). Эндовазальное лечение венозного рефлюкса в бассейне малого таза проведено S. Dougherty et al. (США). Авторы применяли ангиопластику и стентирование терминального отдела левой подвздошной вены и супраренального отдела нижней полой вены, Р. Głowiczki (США) эндовазальное стентирование левой почечной вены при синдроме компрессии левой почечной вены.

И. Игнатъев (Россия) в своем сообщении представил результаты хирургического и эндовазального лечения тазового болевого синдрома у женщин с рефлюксом в тазовых либо гонадных венах. Диагноз верифицирован на основании данных цветового ДС (трансабдоминально, трансвагинально), СКТ-, ангио- и флебографии. Аорто-мезентериальная компрессия левой почечной вены выявлена у 17 пациентов. Используя овариоилиакальный венозный анастомоз, транспозицию левой почечной вены, ее протезирование, эмболизацию гонадных вен и др., автор получил положительный результат более чем у 90% пациентов.

Веноактивным препаратам (ВАП) и их роли в лечении ХЗВ были посвящены две секции, на которых сделано 16 докладов. Доказано: снижение качества жизни при классе ХЗВ С3 эквивалентно таковому при диабете, а при клинических классах С5-С6 — эквивалентно снижению качества жизни при хронической сердечной недостаточности. ВАП играют важную роль в лечении ХЗВ как на ранних стадиях, так и при развитии осложнений. В сообщении А. Ramelet и Е. Rabe (Германия) показано, что 4-х месячный прием микронизированной очищенной флавоноидной фракции (МОФФ или Детралекс) в сравнении с плацебо существенно изменяет клиническую симптоматику заболевания (по динамике симптомов и признаков) и улучшает качество жизни пациентов. Препарат ингибирует активацию лейкоцитов и последующее воспаление венозной стенки, вызванные венозной гипертензией. Аналогичные данные получены в обзоре А. Mansiha (Португалия), основанном на мета-анализе рандомизированных исследований (около 500 пациентов ХЗВ С0-С6): препарат, обладая уникальными противовоспалительными свойствами, оказывает эффективное действие на купирование симптомов ХЗВ на всех стадиях, а также эффективен в терапии тазового боле-

вого синдрома. В обзоре F. Allaert (Франция), построенном на анализе публикаций по ВАП с 1975 по 2009 гг. проанализирована эффективность четырех наиболее часто назначаемых (МОФФ, гидроксипропилрутазиды, экстракт иглицы колючей и немикронизированный диосмин). Наиболее обоснованная доказательная база по механизму действия лекарственного средства и его эффективности у детралекса. Он же в сравнении с другими препаратами в наибольшей степени снижает выраженность клинических симптомов ХЗВ, в том числе такого значимого проявления этой патологии как отек (СЗ). Из всех известных ВАП, в соответствии с современной доказательной базой, только один – МОФФ отнесен к классу 1В, тогда как все остальные – к классу 2. Препарат рекомендован в качестве адьювантной терапии

в комплексном лечении длительно незаживающих трофических язв (М. Perrin, Франция; А. Nicolaidis, Кипр). ВАП сегодня – альтернатива компрессионной терапии при невозможности ее использования, а также один из компонентов комплексного лечения при склеротерапии, хирургическом и эндоваскулярном (В. Богачев, Россия) устраниении ХЗВ.

Адрес для корреспонденции

220116, Республика Беларусь,
г. Минск, пр-т. Дзержинского, д. 83,
УО «Белорусский государственный
медицинский университет»,
кафедра оперативной хирургии
и топографической анатомии,
e-mail: dr_shestak@gmail.com,
Шестак Никита Геннадьевич

Сведения об авторах

Баешко А.А., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии УО «Белорусский государственный медицинский университет».

Шестак Н.Г., студент 6 курса лечебного факультета, УО «Белорусский государственный медицинский университет».

Поступила 6.06.2014 г.

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ И ДРУЗЬЯ!

XVI «ЕВРОПЕЙСКИЙ ВЕНОЗНЫЙ ФОРУМ», 1-4 июля 2015, г. Санкт-Петербург

Впервые в истории российской флебологии Европейский Венозный Форум пройдет в 2015 году в Санкт-Петербурге.

Динамичное развитие флебологии и ее прикладных клинических аспектов за последние два десятилетия привело к смене парадигмы лечения пациентов с острыми и хроническими заболеваниями вен.

С 1 по 4 июля лидеры ведущих флебологических центров мира соберутся на берегах Невы на один из престижнейших мировых конгрессов, чтобы обсудить разносторонние вопросы физиологии и патологии венозной системы, современные методы диагностики и лечения заболеваний вен. Проведение Европейского Венозного Форума в Северной Пальмире – показатель большого серьезного многолетнего труда и, конечно же, гармоничного развития российской флебологии.

Мы приглашаем вас погрузиться на несколько дней в мир высоких флебологических дискуссий в период разгара знаменитых петербургских белых ночей.

Президент Европейского Венозного Форума 2015
профессор Евгений Шайдаков

Контактная информация:

Председатель форума: проф. Е.В. Шайдаков,
+7(921)933-44-49, evgenyshaydakov@gmail.com, www.shaidakov.ru

Официальный сервис-партнер ООО «Альта Астра»:
+7(812)710-75-10; 710-29-70; 710-34-02, info@altaastra.com