

## РЕЗОЛЮЦИЯ

### ХVI СЪЕЗДА ХИРУРГОВ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

(1-2 НОЯБРЯ 2018 Г., Г. ГРОДНО)

Novosti Khirurgii. 2019 Mar-Apr; Vol 27 (2): 232-239

Resolution of the XVI Congress of Surgeons of the Republic of Belarus  
(November 1-2, 2018, Grodno)

Председатель Правления Белорусской ассоциации хирургов,  
д.м.н., профессор Г.Г. Кондратенко

Эксперты: д.м.н., профессор В.Г. Богдан, член-корр. НАН Беларуси, д.м.н., профессор А.В. Воробей, д.м.н., профессор П.В. Гарелик, д.м.н., профессор О.И. Дубровщик, д.м.н., профессор З.А. Дундаров, д.м.н., профессор Г.Г. Мармыш, д.м.н., профессор С.М. Смотрич, к.м.н., доцент С.А. Сушков, д.м.н., профессор А.А. Татур, д.м.н., профессор В.Я. Хрыщанович

#### Секция: «Неотложная хирургия органов брюшной полости: проблемы и достижения»

Основные доклады на секции были посвящены проблемам желчнокаменной болезни и ее осложнениям. Отмечено, что в Республике Беларусь за последнее десятилетие значительно возросло число операций на желчных путях. Холецистэктомия, выполняемая по поводу острого и хронического холецистита стала самой частой операцией в хирургических отделениях страны. В подавляющем большинстве случаев холецистэктомия успешно выполняется лапароскопическим доступом.

Доклады были посвящены также проблемам неотложной хирургии в педиатрии, лечению дуоденальной язвы, осложненной кровотечением, а также вопросам лечения перитонита.

Рекомендации секционного заседания:

1. Для выполнения более широкого объема оперативных вмешательств из лапароскопического доступа необходимо дооснастить крупные городские и клинические больницы лапароскопическим оборудованием экспертного класса.

2. Изыскать финансирование и провести подробные научные изыскания на кафедрах хирургии медицинских университетов по проблемам экстренной абдоминальной хирургической патологии.

3. Поручить Белорусской медицинской академии последипломого образования и медицинским университетам проводить регулярные курсы повышения квалификации хирургов по вопросам малоинвазивной хирургии при острой хирургической патологии органов брюшной полости.

#### Секция «Проблемы и достижения гепатопанкреатобилиарной хирургии»

Повреждения желчных протоков

Факторы риска повреждений желчных протоков при холецистэктомии (ХЭ):

- отсутствие на дооперационном этапе

должной информации об анатомических особенностях и характере патологических изменений в зоне операции;

- недооценка характера патологических изменений при интраоперационной ревизии в ходе операции, не позволяющая предпринять необходимые меры (своевременная конверсия, дополнительная диагностика, усиление хирургической бригады) для избежания осложнений;

- недостаточная квалификация хирургической бригады, приводящая к несоблюдению технологии вмешательства;

- необеспеченность современным оборудованием при выполнении операции.

Основные причины повреждений желчных протоков при ХЭ:

- недооценка факторов риска;
- необоснованная настойчивость выполнения ХЭ в сложных ситуациях;
- неосторожные манипуляции инструментами, особенно электрохирургическими;
- ранения сосудов;
- игнорирование методов визуализации структур гепатодуоденальной связки;
- недостаточная подготовка хирурга.

К наиболее частым видам повреждений желчных протоков относятся пересечение, иссечение, краевое ранение, термическая травма, клипирование, которые в значительном количестве случаев возникают при манипуляциях, обусловленных повреждением артерий и вен гепатодуоденальной связки.

Рекомендации. Хирургическая тактика при интраоперационно диагностированных повреждениях желчных протоков в ходе лапароскопической холецистэктомии должна состоять в своевременной конверсии. Реконструктивно-восстановительная операция может быть выполнена хирургом, обладающим необходимой подготовкой.

Выбор реконструктивно-восстановитель-

ной операции при интраоперационно и послеоперационно диагностированных повреждениях желчных протоков зависит от следующих обстоятельств.

1. Уровень повреждения:

- а) внепеченочная часть гепатохоледоха;
- б) зона бифуркации при сохранном соединении долевых протоков;
- в) внутripеченочный характер повреждения.

2. Масштаб повреждения («большой», «малый»).

3. Наличие перитонита и характер воспалительных изменений в подпеченочном пространстве и желчных протоках.

4. Квалификации специалиста, выполняющего данную операцию.

Место восстановительных билиобилиарных анастомозов (ББА), как правило, ограничено. Данный вариант следует рассматривать при следующих условиях:

- сохранение жизнеспособности тканей и кровообращения в обоих отрезках протока;
- имеющийся диастаз отрезков должен предусматривать отсутствие натяжения при их соединении;
- наличие соответствующего оснащения (инструменты, нити, дренажи, стенты) и квалифицированного хирурга;
- диаметр отрезков протоков не менее 4 мм.

Следует отметить, что наличие указанных условий встречается, как правило, редко.

Вариантом одномоментной реконструктивной операции является формирование билиодигестивного анастомоза (БДА). Условия для этого следующие:

- сохранение жизнеспособности тканей и кровообращения в проксимальных отрезках протоков;
- наличие соответствующего оснащения (инструменты, нити, дренажи, стенты) и квалифицированного хирурга;
- диаметр отрезков протоков, позволяющий сформировать герметичный БДА;
- возможность «отключения» межкишечным анастомозом по Ру участка тонкой кишки длиной 70–80 см.

При отсутствии указанных условий следует стремиться дренировать проксимальные отрезки протоков, а при невозможности этого — подпеченочное пространство, отложив реконструктивную операцию на 2-й этап. Этот этап при отсутствии других осложнений обычно выполняется через 1,5–2 месяца, после купирования местных воспалительных изменений. Второй этап лечения целесообразно производить в специализированных учреждениях.

### **Секция «Трансплантология, клеточные технологии, хирургическая эндокринология: достижения и перспективы»**

Трансплантация органов, тканей и клеток на сегодняшний момент является одним из наиболее развивающихся направлений медицинской науки и практики. Темпы развития данного направления настолько динамичны, что через 15–20 лет 50–60% оперативных вмешательств будут сопровождаться трансплантацией органов, тканей, клеток или биоимплантов. По мнению аналитиков, именно трансплантация является индикатором уровня развития медицинской отрасли, научно-практического потенциала государства и степени зрелости общества.

Достижение высоких результатов в Республике Беларусь стало возможным благодаря эффективной комплексной работе ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии» и РНПЦ «Кардиология». За последние годы отличных успехов удалось достичь в органной трансплантологии: количество трансплантаций органов в республике выросло более чем в 60 раз. Республика Беларусь вошла в ТОП-10 самых развитых стран по количеству эффективных доноров. Белорусская трансплантология стала локомотивом развития отечественной медицины. Заслуги хирургов РНПЦ трансплантации органов и тканей и РНПЦ «Кардиология» были отмечены Государственной премией Республики Беларусь в области науки и техники за разработку и внедрение технологий трансплантации органов у детей и взрослых. С 2011 года Республика Беларусь — единственная в СНГ — фигурирует в ТОП-20 стран с высоким уровнем развития трансплантологии. В 2013 году в Беларуси впервые остановлен рост листа ожидания на пересадку почки. Это стало возможным только благодаря постоянному наращиванию трансплантационной активности — пересадка этого органа проводится в стране каждые 39 часов. Только в 2013 году сделано 310 пересадок почки, годовая выживаемость пациентов превышает 94%. Трехлетняя выживаемость аллогraftа составляет 85%, что сопоставимо с достижениями мировой трансплантологии. Всего в республике выполнено около 2 000 трансплантаций почки. Проведено более 330 трансплантаций печени, годовая выживаемость при этом составляет 91%, трехлетняя — около 85%. Трансплантировано 165 сердец. Количество пересадок в 2014 году составило: печень — 68; почка — 286; сердце — 45; комплекс «почка-поджелудочная железа» — 4; легкое — 1. В 2017 году в Республике Беларусь

проведены 553 операции по пересадке органов.

В настоящее время в нашей стране пациентам доступен весь спектр современных трансплантационных методов радикального хирургического лечения пораженных органов.

Развитие республиканской трансплантологии характеризуется открытием областных центров с внедрением технологий органной трансплантации. Почти половина операций по трансплантации почки в 2017 году была выполнена в регионах Беларуси: в Бресте — 40 операций по трансплантации почки, в Гомеле — 46, Гродно — 38, Витебске — 35.

Разработанные новые методы прогнозирования ранней послеоперационной дисфункции трансплантатов с определением достоверных предикторов, а также новые направления и технологии предупреждения и коррекции послеоперационной дисфункции аллографтов в совокупности обеспечивают приоритет Республики Беларусь по данному разделу медицинских знаний.

Изделия медицинского назначения отечественного производства, применяемые в трансплантологии, показали высокую эффективность, надежность и простоту в использовании.

Дефицит донорских органов, сложность и высокая стоимость трансплантации органов, высокий риск послеоперационных осложнений — все это обуславливает необходимость развития трансплантации клеток и тканей человека. Клеточная трансплантология — сравнительно новое и перспективное направление современной медицины. Применение клеточных продуктов с лечебными целями относится к высокотехнологичным видам медицинской помощи.

Полученные результаты клинической апробации использования аутологичной и аллогенной плазмы, обогащенной растворимыми факторами тромбоцитов, при хронической артериальной недостаточности нижних конечностей подтверждают целесообразность включения разработанной технологии регенеративной медицины в комплекс медицинских услуг, направленных на повышение эффективности лечения пациентов, улучшение качества их жизни.

Комбинированный метод хирургического лечения пациентов с обширными посттравматическими дефектами мягких тканей голени и стопы, основанный на применении нейроваскулярных лоскутов в сочетании с локальным использованием аутологичных тромбоцитарных концентратов, обладает положительной клинической и социальной эффективностью.

Продемонстрированы положительные эф-

фекты клеточной терапии цирроза печени с трансплантацией аутологичных мезенхимальных стволовых клеток в экспериментальной модели.

Гетеротопическая аллотрансплантация культуры паратироцитов является эффективным методом хирургического лечения первичного послеоперационного гипопаратиреоза, позволяющим снизить потребность в лекарственной заместительной терапии, позволяя в отдельных случаях произвести ее отмену. Трансплантацию культуры паратироцитов пациентам с почечным трансплантатом и сопутствующим гипопаратиреозом целесообразно выполнять одновременно. Внедрение малоинвазивных методов трансплантации биомедицинских клеточных продуктов позволяет получить лучший косметический результат, сократить время пребывания пациента в стационаре и период послеоперационной реабилитации. Важной возможностью при этом является проведение неоднократных повторных трансплантаций.

Клинические проявления гормональной активности новообразований надпочечников укладываются в клиническую картину синдрома Конна при альдостероме и синдрома Иценко-Кушинга при кортикостероме, феохромоцитоме проявляется артериальной гипертензией с развитием характерных гипертонических кризов в большинстве наблюдений. Программа лабораторной диагностики гормонально-активных новообразований надпочечников включает установление первичного гиперальдостеронизма по индексу соотношения уровня альдостерона к активности ренина плазмы, который у пациентов с альдостеромой более 50, гиперкортицизма при кортикостероме и увеличения уровня метанефринов в плазме пациентов с феохромоцитомой. На КТ-исследовании для альдостеромы характерен малый размер аденом (до 2 см), однородность структуры, относительно низкая нативная плотность и четкость наружного контура; для кортикостеромы — атрофичность поражённого и контралатерального надпочечника, средние размеры опухоли 3,5-4,5 см с плотностью 30 НУ; для феохромоцитомы — большие размеры новообразования (более 5 см) плотностью 48 НУ, неоднородность структуры с активным накоплением контрастного вещества при болюсном усилении. Внедрение малоинвазивных эндоскопических вмешательств позволяет получить хорошие клинические результаты у пациентов с данной патологией, снизить количество послеоперационных осложнений.

Характерным клиническим признаком

инсулиномы является развитие приступов спонтанной гипогликемии со снижением глюкозы крови  $<2$  ммоль/л, повышение уровня С-пептида и ИРИ, купирование приступа пероральным приемом или внутривенным введением глюкозы. Наиболее специфичными методами топической диагностики инсулиномы оказались КТ с болюсным усилением, МРТ и комбинация пальпации и интраоперационного УЗИ. В зависимости от локализации опухоли, наличия сопутствующей патологии поджелудочной железы выполняют энуклеацию инсулиномы или корпокаудальную резекцию железы.

**Заключение.** Представленные доклады и приведенная на съезде хирургов информация свидетельствуют о том, что в настоящее время в Республике Беларусь нуждающимся пациентам доступен весь спектр современных трансплантационных лечебных технологий, методов пересадки органов и тканей, позволяющих оказывать медицинскую помощь на самом современном уровне, способствуя в целом повышению эффективности системы здравоохранения и продлению активной жизни населения.

#### **Секция «Торакальная хирургия: достижения и перспективы»**

В настоящее время неотложная торакальная хирургическая помощь на районном уровне оказывается общими хирургами с привлечением торакальных хирургов областных больниц. В г. Минске организована круглосуточная консультативная и лечебно-диагностическая помощь торакальным пациентам в стационарах города и НПЦ врачами-хирургами Республиканского центра торакальной хирургии (РЦТХ) на базе УЗ «10-я ГКБ». На областном уровне торакальная хирургическая помощь оказывается в отделениях торакальной хирургии областных больниц, за исключением Минской области, где она оказывается фтизиоторакальными хирургами Минского областного противотуберкулезного диспансера. На Республиканском уровне специализированная торакальная хирургическая помощь в профильном объеме оказывается в ГУ «РНПЦ онкологии и медицинской радиологии», ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии», ГУ «Минский НПЦ хирургии, трансплантологии и гематологии» и РЦТХ на функциональной основе на базе УЗ «10-я Городская клиническая больница» г. Минска, что сегодня позволило полностью отказаться от направления пациентов с патологией органов грудной клетки для лечения в зарубежные клиники.

Рекомендации по совершенствованию то-

ракальной хирургической службы.

1. Обеспечить постоянный рост профессионального уровня торакальных хирургов на основе их участия в работе международных и республиканских научно-практических конференций, проведения областных тематических конференций с участием ведущих отечественных и зарубежных специалистов, проведения стажировок в ведущих республиканских и зарубежных хирургических клиниках.

2. В связи с отсутствием профильной кафедры торакальной хирургии в ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования» необходимо:

- расширить тематику курсов повышения квалификации для торакальных и общих хирургов на факультетах повышения квалификации УО «Белорусский государственный медицинский университет», УО «Витебский государственный медицинский университет», УО «Гродненский государственный медицинский университет»;

- подготовить программу и учебно-методический план 4-месячной переподготовки по торакальной хирургии на клинических базах РЦТХ и кафедр хирургического профиля УО «Белорусский государственный медицинский университет».

3. Отделения торакальной хирургии всех областных больниц должны функционировать, как областные центры торакальной хирургии, оказывающие urgentную и плановую консультативную, лечебную, диагностическую и методическую помощь в лечении пациентов торакального хирургического профиля своих регионов, и определять показания для направления пациентов на республиканский уровень.

4. Совершенствование на функциональной основе работы РЦТХ, который в соответствии с Приказом МЗ РБ № 1284 от 19.12.2013 г. создан на базе отделений торакальной (50 коек) и гнойной торакальной (30 коек) хирургии УЗ «10-я ГКБ» г. Минска с целью концентрации на республиканском уровне высокотехнологичных медицинских технологий, оказания специализированной медицинской помощи пациентам со сложной хирургической неонкологической патологией органов грудной клетки в Республике Беларусь. Продолжить работу РЦТХ, направленную на разработку и внедрение в практику высокотехнологичных диагностических и лечебных технологий, проведение научных исследований, повышение квалификации медицинских кадров, организационно-методическую помощь областным центрам торакальной хирургии. Ежегодно в РЦТХ консультируется 1200-1300 пациентов, 15-20% из

числа госпитализированных в Центр пациентов — иногородние со сложной торакальной патологией.

5. Продолжить работу по совершенствованию проведения трансплантации легких в Республике Беларусь на базе отделения торакальной хирургии ГУ «Минский НПЦ хирургии, трансплантологии и гематологии», разработке и внедрению высокоэффективных трансплантационных технологий в легочную и трахеобронхиальную хирургию.

6. При пластике пищевода по поводу его стриктур и атрезий с наличием гастростомы, при повторных вмешательствах после неудачной гастроэзофагопластики оптимально использование колотрансплантатов на различных сосудистых связях. При выявлении немагистрального типа ветвления верхней брыжечной артерии перед колоноэзофагопластикой целесообразна видеолaparоскопическая «тренировка коллатералей». В случаях недостаточного кровоснабжения колотрансплантата следует шире применять реваскуляризацию кишечного трансплантата с использованием микрохирургической техники.

7. Продолжить активное внедрение в работу всех отделений торакальной хирургии малоинвазивных диагностических и лечебных малоинвазивных видеоэндохирургических вмешательств при заболеваниях и травмах органов грудной полости и диафрагмы. При наличии подготовленных высококвалифицированных хирургических кадров реализация этой задачи сегодня связана с оснащением торакальных стационаров современным эндохирургическим оборудованием, инструментарием и расходными материалами за счет средств республиканского и областных бюджетов, а также внебюджетной деятельности больниц.

8. В связи с увеличением в республике числа пациентов с хиатальными грыжами, необходимо продолжить внедрение в практику видеолaparоскопических антирефлюксных вмешательств на пищеводно-желудочном переходе, включая пациентов с гигантскими грыжами ПОД III-IV типов и пищеводом Барретта, с оценкой их результатов.

9. Продолжить работу по оценке результатов применения пневмокардиодилатации и различных малоинвазивных вариантов хирургических вмешательств (эзофагокардиомиотомия с фундопликацией по Дору или Тупе, трансгастральная эзофагофундостомия с фундопликацией по Тупе) и определению строгих показаний к эзофагопластике у пациентов с ахалазией пищевода.

10. Разработать и внедрить протокол ран-

ней диагностики, предоперационной подготовки с применением VAC-терапии и одноэтапного радикального хирургического лечения глубокой стеральной инфекции и послеоперационного стерномедиастинита, частота которых при кардиохирургических операциях сегодня не имеет тенденции к снижению и в последние годы варьирует от 4 до 6%.

11. Продолжить совершенствовать мероприятия по профилактике развития и ранней КТ-эндоскопической диагностике постинтубационных и посттрахеостомических рубцовых стенозов трахеи и трахеопищеводных свищей в отделениях реанимации Республики. На сегодняшний день целесообразна концентрация пациентов со стенозами трахеи в РЦТХ, который имеет подготовленные высококвалифицированные кадры: торакальных хирургов, эндоскопистов-бронхологов и анестезиологов-реаниматологов — имеющих наибольший практический опыт в стране по дифференцированному лечению этой тяжелой патологии.

12. Первоочередной задачей лечения критических реанимационных пациентов с постинтубационными трахеопищеводными свищами в процессе ИВЛ наряду с лечением основной патологии является выполнение вмешательств, обеспечивающих профилактику аспирационных осложнений (трахеостома, эндостентирование трахеи или пищевода), и энтеральное питание (гастро-, еюностома) с последующим после перевода пациента на спонтанное дыхание определением показаний и противопоказаний для его госпитализации в РЦТХ для проведения радикального хирургического лечения.

### **Секция «Колопроктология: проблемы и достижения»**

Для диагностики патологии тонкой кишки в Беларуси широко внедрена двухбаллонная энтероскопия и видеокапсульная эндоскопия. Получают развитие КТ/МРТ — энтерография и ирригография. Развиваются эндовидеохирургические технологии в хирургии толстой кишки. Получен первый успешный опыт роботической колоректальной хирургии. На высоком уровне выполняются операции при врожденных пороках развития у детей. Широко используются миниинвазивные технологии лечения острого и хронического геморроя. С 2010 года проведено 9 ежегодных Балто-Белорусских конференций по колоректальной хирургии, что является серьезным вкладом в международное профессиональное сотрудничество.

Ближайшие задачи колоректальной хирургии в Беларуси:

1. Внедрение интраоперационного УЗИ.
2. Завершить переход от жесткой ректороманоскопии к гибкой цифровой сигмоскопии во всех проктологических отделениях.
3. Широкое внедрение лапаротехнологий.
4. Освоение техники мезоколон- и мезоректумэктомии как при плановых, так и при экстренных операциях.
5. Унификация тактики экстренного хирургического лечения осложненной дивертикулярной болезни ободочной кишки.
6. Развитие хирургии краткосрочного пребывания.

#### **Секция «Инновационные лечебные и диагностические технологии в хирургии»**

На заседании секции заслушано и обсуждено 15 научных докладов, предложено внести в резолюцию следующие пункты:

1. Обобщить опыт клинического применения клеточных технологий в хирургической гастроэнтерологии, проктологии, при пластическом замещении костных и кожных раневых дефектов. При этом необходимо сделать акцент на создание эпидермальных культур фибробластов, «живых эквивалентов кожи» и комбинированных субстратов — биоинженерных конструкций, состоящих из аллофибробластов на коллагеновом гелевом матриксе и культивированных кератиноцитов; двухслойных раневых покрытий, включающих силиконовые пленки, биодеградируемую коллагеновую мембрану и хондроитинсульфат; суспензию культивируемых аутогенных кератиноцитов или аллофибробластов на кремнийорганической основе.

2. Целесообразно развивать и шире использовать в практике инновационные методы местного лечения хронических ран и трофических язв: лечение отрицательным давлением, лазерный дебридмент ран с помощью эрбиевого лазерного излучения, фотодинамическая терапия, использование клеточных технологий.

3. Создание и внедрение в практическое здравоохранение новых перевязочных средств на основе наноматериалов с включением частиц серебра, меди, фтора, хитозана, а также шовного материала, обладающего высокосовременными клиническими характеристиками.

4. Обсуждение опыта внедрения видеолaparоскопических и роботизированных вмешательств на поджелудочной железе, грудной клетке, щитовидной железе, в колопроктологической практике.

5. Шире использовать в амбулаторной хирургической практике малоинвазивные технологии в лечении доброкачественных новообразований.

6. Необходимо продолжить внедрение малоинвазивных технологий в работе межрайонных хирургических центров, городских больниц. Для этого необходимо оснастить отделения современным эндоскопическим оборудованием и инструментарием, а также улучшить материальную базу учебных центров и кафедр, приобрести для них симуляционные тренажеры.

#### **Секция «Новые диагностические и лечебные технологии во флебологии»**

Результаты исследований белорусских ученых-хирургов в области флебологии, представленные на съезде, свидетельствуют о значительном накопленном опыте лечения пациентов с хроническими заболеваниями вен нижних конечностей, в первую очередь, с варикозной болезнью с применением современных эндовенозных технологий — лазерной и радиочастотной коагуляции, склеротерапии, минифлебэктомии, выполняемых под местной тумесцентной анестезией и УЗ-контролем. Вместе с тем многие перспективные диагностические и лечебные технологии, которые широко применяются зарубежными коллегами, не получили достаточного распространения в отечественном здравоохранении.

Не теряют своей актуальности и требуют разработки следующие вопросы.

1. Отсутствуют современные клинические протоколы по диагностике и лечению варикозной болезни, острого тромбоза глубоких вен, острого поверхностного тромбофлебита, посттромботического синдрома. Отмечается низкий уровень внедрения и использования в рутинной клинической практике в учреждениях здравоохранения всех уровней «Международной классификации хронических заболеваний вен CEAP». Не разработан четкий перечень онкодиагностических мероприятий у пациентов с идиопатическим (неспровоцированным) венозным тромбозом.

2. Малоинвазивные эндовенозные методы лечения варикозной болезни, в том числе нетермальные нетумесцентные, до сих пор остаются уделом крупных клинических стационаров, стационаров областных центров, крупных районных городов, а также медицинских коммерческих центров.

3. Не получили широкого внедрения в клиническую практику наработки отечественных ученых по лечению трофических язв

(shave-терапией, стволовыми клетками), флеботромбоза (внутрисосудистым катетерным тромболизисом, тромбоаспирацией).

4. Отсутствуют популяционные эпидемиологические исследования распространенности острых и хронических заболеваний вен в Республике Беларусь.

Для дальнейшего совершенствования флебологической помощи населению нашей страны необходимо следующие.

1. Внедрить в практическое здравоохранение международные адаптированные классификации, стандарты диагностики и лечения заболеваний вен.

2. Для повышения качества диагностики и выбора обоснованного метода лечения варикозной болезни нижних конечностей обеспечить возможность выполнения ультразвуковых исследований вен нижних конечностей непосредственно оперирующим хирургом. Эндовензные методы лечения применять с ультразвуковым контролем на всех этапах.

3. Продолжить работу по дальнейшему внедрению в практическое здравоохранение малоинвазивных стационарзамещающих технологий лечения варикозной болезни.

4. Ведущим профильным коллективам и организациям с целью широкого ознакомления врачей-хирургов и врачей других специальностей с современными методами диагностики и лечения венозной патологии активизировать работу по проведению республиканских и областных конференций, тематических семинаров, мастер-классов.

5. Рекомендовать научным коллективам продолжить:

- исследования, направленные на разработку и изучение эффективности применения персонифицированных открытых и малоинвазивных вмешательств при варикозной болезни, тромбозе глубоких вен, посттромботической болезни; рассмотреть возможность применения баллонной пластики и стентирования магистральных вен;

- разработку отечественных аппаратов и инструментов, веноактивных лекарственных средств, изделий для компрессионной терапии, применяемых для лечения патологии вен, а также рациональных и эффективных алгоритмов лечения.

6. Считать целесообразным увеличить количество часов обучения в рамках курсов повышения квалификации по диагностике (в том числе ультразвуковой) и лечению заболеваний (не только варикозной болезни) периферических и магистральных вен.

### **Секция «Новые технологии в диагностике и лечении заболеваний артерий и синдрома диабетической стопы»**

Несмотря на достижения современной медицины и внедрение новых технологий в лечебно-диагностический процесс при заболеваниях артерий, синдроме диабетической стопы (СДС) и развивающихся осложнениях, результаты лечения не удовлетворяют хирургов и диктуют необходимость поиска возможных путей улучшения.

У пациентов, страдающих сахарным диабетом (СД), критическая ишемия нижних конечностей (КИНК) развивается в 5 раз чаще, чем при облитерирующем атеросклерозе. Частота ангиопатий нижних конечностей составляет 30-80%, а риск ампутаций конечностей в 20-40 раз выше, чем у людей, не страдающих СД. Поэтому проблема лечения пациентов с КИНК и СДС во всем мире относится к числу серьезных медико-социальных и экономических проблем. Весьма важный и значимый аспект проблемы – поздняя госпитализация пациентов с уже развившимися гнойными осложнениями. У большинства из 320000 пациентов СД, стоящих на учете в РБ, прогнозируются анатомические и патологические изменения в сосудах нижних конечностей с широким спектром гнойно-некротических проблем, КИНК и СДС, что и определяет необходимость решать вопросы своевременной и ранней диагностики, профилактики поражения артерий и развития осложненных форм КИНК и СДС.

Пути улучшения результатов лечения этой категории пациентов.

1. Трудности и неудовлетворительные результаты лечения этих пациентов, кроме особенностей течения гнойно-некротического процесса при КИНК и СДС состоят в том, что все они госпитализируются в тяжелом состоянии, обусловленном основным заболеванием и сопутствующей патологией взаимоотношающей и ограничивающей выбор комплекса консервативной терапии и объем хирургического пособия.

2. Стратегически важным и экономически оправданным является проведение скрининга пациентов, страдающих СД, и выявление среди них группы риска развития КИНК и с СДС. В группу риска следует включать пациентов СД 2 и 1 типа с длительностью болезни СД более 8 лет и неудовлетворительным гликемическим контролем, признаками периферической нейропатии и макроангиопатии, с деформациями стоп, язвами и ампутациями конечностей в анамнезе.

3. Профилактические осмотры этих пациентов в кабинетах диабетической стопы должны проводиться не реже одного раза в 3 месяца для своевременного решения вопроса о направлении пациентов на консультацию сосудистого хирурга и реваскуляризации конечности.

4. Своевременная диагностика КИНК и СДС до развития гнойно-некротических осложнений, проведение реваскуляризации конечности, адекватное комплексное консервативное и оперативное лечение, включающее по показаниям многоэтапные варианты хирургической обработки, позволят улучшить результаты лечения, сохранить опорную функцию конечности, снизить частоту и уровень ампутации и, таким образом, улучшить качество жизни этих пациентов.

5. Необходимо, при отсутствии противопоказаний, неэффективности консервативной терапии и наличии анатомических возможностей, шире и активнее ставить показания к выполнению сосудистых реконструктивных операций; наличие дистального ограниченного гнойно-некротического поражения не должно являться противопоказанием к выполнению сосудистой реконструкции.

6. Основными методами хирургического лечения критической ишемии конечностей при СДС являются следующие.

- чрескожная ангиопластика и рекон-

структивные сосудистые операции;

- при наличии ограниченного стенотического поражения в подвздошных артериях предпочтение отдается транслюминальной ангиопластике и стентированию;

- пролонгированные стенозы или окклюзии являются показанием к выполнению стандартных шунтирующих операций: аортобедренного, бедренно-подколенного, бедренно-тибиального шунтирований;

- при дистальной форме поражения артериального русла конечности возможно предлагать артериализацию венозного кровотока стопы по методике, разработанной в отделении хирургии сосудов Института хирургии им. А.В. Вишневского (А.А. Покровский и соавт., 2001).

- Существует необходимость дальнейшего совершенствования специализированной амбулаторной и стационарной помощи пациентам с КИНК и СДС, формирования единых принципов ведения этих пациентов и соблюдения преемственности между эндокринологами, хирургами и терапевтами.

- С этой целью провести на базе Центра диабетической стопы г. Минска научно-практическую конференцию с рассмотрением обозначенных вопросов, а также вопросов определения и разработки тактики преемственности в профилактике, лечении и реабилитации пациентов.