

ЗВІТ ПРО ПРОВЕДЕННЯ IV З'ЇЗДУ СУДИННИХ ХІРУРГІВ І АНГІОЛОГІВ УКРАЇНИ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ (Ужгород, 12–14 вересня 2012 року)

IV з'їзд судинних хірургів і ангіологів України внесено в Реєстр з'їздів, конгресів, симпозіумів, науково-практичних конференцій та семінарів і пленумів МОЗ, МОН та НАМН України на 2012 р.

Організаторами з'їзду виступили:

Міністерство охорони здоров'я України;

Міністерство освіти і науки, молоді та спорту України;

Асоціація судинних хірургів України;

Управління охорони здоров'я Закарпатської обласної держадміністрації;

Асоціація хірургів Закарпаття.

Загальна кількість зареєстрованих учасників – 501, серед них докторів наук – 67, кандидатів наук – 122, практичних лікарів – 312.

Учасники представляли майже всі регіони України, зокрема Київ, Вінницю, Дніпропетровськ, Донецьк, Житомир, Івано-Франківськ, Львів, Луганськ, Луцьк, Кіровоград, Миколаїв, Одесу, Полтаву, Сімферополь, Суми, Харків, Херсон, Чернівці, Рівне, Запоріжжя, Полтаву, Хмельницький, Тернопіль.

У роботі з'їзду також взяли участь делегації з Російської Федерації, Республіки Білорусь, Молдови, Словаччини, Угорщини, Польщі, Австрії.

Проголошено 91 доповідь. Заслухавши доповіді та обговоривши їх, з'їзд узагальнив такі твердження щодо окремих захворювань серцево-судинної системи та вирішив вважати їх підґрунтям для подальших досліджень:

Ішемічна хвороба серця

Сучасний розвиток кардіології та кардіохірургії дав змогу провести адекватне лікування майже всім хворим з хронічною ішемічною хворобою серця. Незважаючи на стрімкий розвиток малоінвазивних рентген-ендоваскулярних методик лікування, низка пацієнтів потребує класичних хірургічних втручань. Насамперед, це стосується хворих з ускладненнями перенесеного інфаркту міокарда (аневризми лівого шлуночка) та супутнім ураженням клапанів серця. Застосування різних методик хірургічного лікування дає змогу отримати добрі та задовільні результати майже у 98% випадків. Один із напрямів поліпшення безпосередніх та віддалених результатів лікування цієї категорії хворих – своєчасна діагностика та визначення стратегії лікування в кожному випадку. Своєчасне та адекватне кардіохірургічне втручання дасть змогу кардіологу, який спостерігає та лікує пацієнтів з хронічною ішемічною хворобою серця, досягти добрих та задовільних результатів у цієї категорії хворих.

Патологія брахіоцефальних судин

Показання до виконання каротидної ендартеректомії: ступінь стенозу сонних артерій 70%; ступінь стенозу сонних артерій 60% при двобічному ураженні; всі ступені стенозу при вираженні деструкції бляшки; гемо динамічно значуща патологічна звивистість сонних артерій, яка супроводжується клінічними виявами.

Необхідний медикаментозний захист головного мозку під час пере тискання внутрішньої сонної артерії. Суперечливим залишається факт використання внутрішнього шунта під час операції. Більшість клінік України, за винятком Донецька, не використовують шунт під час виконання каротидної ендартеректомії.

Рекомендовано більш активно використовувати оперативні втручання на зовнішній сонній артерії (магістралізація), яка є важливим колатеральним шляхом у пацієнтів з оклюзією внутрішньої сонної артерії. Магістралізація зовнішньої сонної артерії, виконана у пацієнтів зі стенозом зовнішньої сонної артерії 70% та більше, здатна змінити напрямок кровоплину над блоковою артерією з антеградного на ретроградний і таким чином поліпшити колатеральне кровопостачання головного мозку в пацієнтів з оклюзією внутрішньої сонної артерії.

Хронічні оклюзійні захворювання артерій нижніх кінцівок

В усіх судинних відділеннях України виконують реконструктивні операції на артеріях аорто-клубового та стегново-підколінно-гомількового сегментів. Результати проведених досліджень засвідчили, що головна причина оклюзій аорто-стегнових експлантатів у віддалений період – прогресування атеросклеротичного процесу. У разі тромбозу шунта та наявної гострої ішемії кінцівки, триплексне ангіосканування вважають найінформативнішим із додаткових методів обстеження, тоді як при хронічній ішемії золотим стандартом залишається аорто-артеріографія.

Найскладніше лікувати так звані багатоповерхові стенози, які мають місце у 20–60% пацієнтів. Традиційні (відкриті) реконструктивні операції за цієї патології часто неможливі. Об'єднання двох підходів (ендоваскулярного і хірургічного, так звана гібридна технологія) при багатоповерхових ураженнях артерій нижніх кінцівок впроваджується у великих судинних центрах України. «Гібридна» технологія – це ефективний спосіб хірургічного лікування такої категорії пацієнтів, який дає змогу суттєво розширити показання до виконання прямої реваскуляризації у хворих з критичною ішемією нижніх кінцівок.

Рекомендовано впроваджувати у клінічну практику принципи антитромботичної терапії Американського товариства тора кальних лікарів (АССР) при периферійних оклюзійних захворюваннях артерій нижніх кінцівок, оскільки вони ґрунтуються на принципах доказової медицини.

Непрямі методи реваскуляризації нижніх кінцівок

Деякі клініки України проводять клітинну терапію, яка дає змогу поліпшити ефективність лікування пацієнтів з тяжкими формами ішемії нижніх кінцівок. За результатами досліджень введення як фактора росту фібробластів NV1FGF, так і аутологічних мезенхімальних клітин дає змогу зменшити біль у стані спокою, площу некротичних уражень шкіри, збільшити дистанцію безбольової ходьби.

Непрямі методи реваскуляризації нижніх кінцівок – роторна реваскуляризувальна остеотрепанация великогомілкової кістки та стопи, поперекова симпатектомія, профундопластика – та поєднання цих методів стають альтернативою високій ампутації кінцівки. Науково обґрунтовано застосування непрямих методів реваскуляризації при дистальних формах оклюзійного ураження артерій нижніх кінцівок.

Синдром діабетичної стопи

Рекомендовано до широкого застосування запропоновану С. Д. Шаповалом класифікацію ускладненого синдрому діабетичної стопи (СДС), яка передбачає створення стандартних протоколів лікування з позицій доказової медицини та обґрунтовує реальні терміни перебування хворого у стаціонарі (Свідectво про реєстрацію авторського права № 34736). Впровадження класифікації в практичну діяльність свідчить, що запропонована градація клінічних варіантів ускладнень СДС співвідноситься з характером та обсягом хірургічно-

го втручання, дає змогу вести кількісний облік останніх. Ця класифікація – клінічна, вона допомагає визначити хірургічну тактику залежно від конкретного ускладнення СДС, створює умови для уніфікації та єдиної реєстрації форми і тяжкості ускладненого СДС, а також обсягу надання хірургічної допомоги.

Аневризми аорти та периферійних артерій

Операції з приводу аневризми черевної частини аорти є найтяжчими та найнебезпечнішими в судинній хірургії, асоціюються з оперативною летальністю від 35 до 50% при розривах та від 5 до 15% при планових оперативних втручаннях без розриву.

Кровотеча в післяопераційний період виникає в 2% випадків при планових резекціях аневризми аорти. Частота кровотечі, пов'язаної з дефектом анастомозів, становить 1,3% випадків. Одна з причин кровотечі при резекції аневризми черевної аорти – порушення здатності до зсідання крові. Під час пере тискання аорти виникає ішемія нижньої половини тулуба, внаслідок цього відбувається підвищення активності фібринолітичної системи, зростає вміст фібринолітичних маркерів, що спричиняє кровотечу.

Інше порушення стану системи зсідання крові при операціях з приводу аневризми черевної частини аорти – розвиток тромботичних ускладнень. Виявлено прямий зв'язок між геометрією імплантованого протеза та ризиком утворення тромбів. Реконструкція супра- і юкстаренальних аневризм асоціюється з високим ризиком виникнення ниркової недостатності, що зумовлено проксимальним рівнем пере тискання аорти. Тому в усіх хворих, які мають фактори ризику виникнення ниркової недостатності, необхідно проводити дослідження швидкості клуб очкової фільтрації, рівня креатиніну плазми, консультацію нефролога.

При заочеревинних розривах аневризм черевної аорти хворих необхідно транспортувати в обласні спеціалізовані центри судинної хірургії, обладнані сучасною апаратурою. Це дасть змогу знизити рівень післяопераційної летальності майже втричі.

Ендопротезування черевного відділу аорти можна розглядати як альтернативу традиційним хірургічним втручанням у хворих з аневризмою черевного відділу аорти старших вікових груп. Для аналізу віддаленої ефективності втручань необхідний триваліший період спостереження.

Судині операції при пухлинних процесах

Застосування при гепатоцелюлярній карциномі з пухлинним тромбозом стовбура і конфлюєнса ворітної вени комбінованих оперативних втручань (резекції печінки з резекцією та реконструкцією портального тракту) забезпечує максимальну радикальність оперативного втручання при прийнятій кількості післяопераційних ускладнень і летальності.

Варикозна хвороба кінцівок та її ускладнення

Тромботичні ускладнення тяжких форм варикозної хвороби – одне з найтяжчих судинних захворювань з несприятливим прогнозом. Вони призводять до таких наслідків, як тромбоемболія легеневої артерії, післятромбофлебична хвороба з трофічними розладами. При поширенні тромботичного процесу на комунікативні вени, сафенофеморальне або сафенопідколінне спів устя виникає загроза розвитку гострого тромбозу в глибоких венах кінцівки і тромб емболії легеневої артерії.

Венозний тромбоемболізм має місце у 25% випадків поверхневого тромбофлебиту. Варикотромбофлебіт – головне ускладнення тяжких форм варикозної хвороби – зазвичай розглядають як небезпечний стан, що може призвести до тромбозу глибоких вен приблизно у 10% пацієнтів. Незадовільні результати пояснюються пізнім зверненням по медичну допомогу і не завжди коректною лікувально-діагностичною тактикою. На сьогоднішній день немає єдиної тактики оперативного лікування та антикоагулянтної терапії тромботичних

ускладнень тяжких форм варикозної хвороби. Досі триває дискусія щодо лікування таких хворих: амбулаторно чи в стаціонарі, консервативно або оперативно, терміново або планово, одномоментно або в декілька етапів.

За кордоном віддають перевагу консервативному лікуванню і операцію виконують у поодиноких випадках. У нашій країні застосовують переважно хірургічний метод у поєднанні з консервативними заходами. Методи лікування тромбофлебіту варіюють від еластичної компресії та застосування не стероїдних протизапальних засобів до хірургічного лікування з високою перев'язкою великої або малої підшкірних вен зі стріпінгом або без нього, з призначенням антикоагулянтів (від ацетилсаліцилової кислоти до не фракціонованого гепарину, варфарину та низькомолекулярного гепарину) або без нього.

Клінічну діагностику тромботичних ускладнень у цієї категорії хворих проводити важко через маскувальний симптомокомплекс, пов'язаний з тяжкими трофічними порушеннями, ліподермофасціосклерозом, трофічними виразками та лімфатичним набряком.

Склерохірургія у поєднанні з флебоцентезом і мініфлебектомією, які виконують під місцевою, анестезією, – ефективний і безпечний метод, що запобігає поширенню тромботичного процесу на глибокі вени. Для висновку про можливість склеро хірургії в лікуванні хворих з тромботичними ускладненнями тяжких форм варикозної хвороби необхідне накопичення клінічного матеріалу і аналіз віддалених результатів втручань.

Потребують вивчення такі актуальні питання, як необхідність, склад і тривалість антикоагулянтної терапії за різних форм тромботичних ускладнень тяжких форм варикозної хвороби.

Ендовазальна лазерна коагуляція – ефективна та безпечна методика ліквідації вертикального рефлексу стовбурами магістральних підшкірних вен у пацієнтів з трофічними розладами шкіри. У пацієнтів з некомпенсованими формами варикозної хвороби проведення ендовазальної лазерної коагуляції не протипоказано. Використання комплексного підходу в лікуванні варикозної хвороби вен нижніх кінцівок із застосуванням ендовенозної лазерної коагуляції під контролем УЗД дає змогу значно поліпшити результати лікування. Використання лазерів водопоглинального спектра випромінювання має низку переваг над лазерами гемоглобінпоглинального спектра.

Питання показань до прямих операції парціальної каваплікації нижньої порожнистої вени за наявності тромбів в ілеокавальному сегменті та нижній порожнистій вені потребує подальшого вивчення.

Парціальна апаратна каваплікація здатна забезпечити достатній захист від рецидиву тромбоемболії легеневої артерії, якщо джерело тромбів становлять глибокі вени нижніх кінцівок, вени малого тазу або пухлинні тромби.

Рекомендовано створити робочу групу для розробки показань до імплантації проти емболічних кава-фільтрів, лікування магістральних вен при гострому венозному тромбозі.

Організаційні моменти

СЛУХАЛИ:

- I. Про підсумки роботи Асоціації судинних хірургів України за період 2010–2012 рр.
- II. Про обрання Президента Асоціації судинних хірургів України.
- III. Про обрання віце-президентів Асоціації судинних хірургів України.
- IV. Про клопотання IV З'їзду судинних хірургів і ангіологів України перед обласними державними адміністраціями, Міністерством охорони здоров'я України щодо подання Президентові України клопотання про присвоєння почесного звання «Заслужений лікар України» лікарям-судинним хірургам:
 1. Губці Олександрові Вікторовичу – доктору медичних наук, професору, професору кафедри госпітальної хірургії ДЗ «Запорізький державний медичний університет» МОЗ України.
 2. Гудзю Івану Михайловичу – доктору медичних наук, професору, завідувачу кафедри загальної хірургії ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

МОЗ України.

3. Кобзи Ігорю Івановичу – доктору медичних наук, професору, завідувачу кафедри хірургії № 2 ДВНЗ «Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького» МОЗ України.

4. Чернусі Ларисі Михайлівні – доктору медичних наук, професору, провідному науковому співробітнику відділу хірургії магістральних судин ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О. О. Шалімова» НАМН України.

5. Чобею Степану Михайловичу – доктору медичних наук, професору кафедри хірургічних хвороб медичного факультету ДВНЗ «Ужгородський національний університет» МОНМС України.

6. Штутіну Олексію Анатолійовичу – доктору медичних наук, професору, заступнику директора з наукової роботи, завідувачу відділу невідкладної та відновної хірургії судин ДУ «Інститут невідкладної та відновної хірургії ім. В. К. Гусака» НАМН України.

7. Венгеру Ігорю Касіяновичу – доктору медичних наук, професору кафедри хірургії № 1 Тернопільського державного медичного університету ім. І. Я. Горбачевського.

ВИСТУПИЛИ:

Головний хірург МОЗ України, академік НАМН України, д. мед. н., проф. П. Д. Фомін, головний спеціаліст МОЗ України з проблеми «судинна хірургія», д. мед. н., проф. П. І. Нікульников, ректор Запорізької медичної академії післядипломної освіти, чл.-кор. НАН України, д. мед. н., проф. О. С. Ніконенко, президент Асоціації кардіологів, судинних та серцевих хірургів м. Києва, завідувач кафедри хірургії № 4 Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, д. мед. н., проф. В. Г. Мішалов, президент Асоціації хірургів Закарпаття, д. мед. н., проф. В. І. Русин.

ВИРІШИЛИ:

I. Роботу Асоціації судинних хірургів України за період 2010–2012 рр. вважати задовільною. Високо оцінити внесок президента Асоціації д. мед. н., проф. О. А. Штутіна у розвиток Асоціації зокрема та служби судинної хірургії в Україні взагалі, його провідну роль у розробці стандартів хірургічного лікування патології судин.

II. Президентом Асоціації судинних хірургів України на наступний строк обрати д. мед. н., проф., керівника відділу хірургії магістральних судин Національного інституту хірургії та трансплантології ім. О. О. Шалімова НАМН України, головного спеціаліста МОЗ України з проблеми «судинна хірургія» П. І. Нікульникова.

III. Віце-президентами Асоціації на наступний строк обрати:

Чернуху Ларису Михайлівну – д. мед. н., проф., провідного наукового співробітника Національного інституту хірургії та трансплантології ім. О. О. Шалімова НАМН України;

Русина Василя Івановича – д. мед. н., проф., завідувача кафедри хірургічних хвороб медичного факультету Ужгородського національного університету.

IV. Клопотати перед обласними державними адміністраціями та Міністерством охорони здоров'я України про подання до нагородження державною нагородою – почесним званням «Заслужений лікар України» лікарів-судинних хірургів: Губки Олександра Вікторовича, Гудзя Івана Михайловича, Кобзи Ігоря Івановича, Чернухи Лариси Михайлівни, Чобея Степана Михайловича, Штутіна Олексія Анатолійовича, Венгера Ігоря Касіяновича.

Президент Асоціації судинних хірургів України

д. мед. н. Штутін О. А.

*Головний спеціаліст МОЗ України
з проблеми «судинна хірургія»*

д. мед. н. Нікульников П. І.

Президент IV З'їзду судинних хірургів і ангиологів України

д. мед. н. Русин В. І.