

ОБЗОР МАТЕРИАЛОВ 29-Й МЕЖДУНАРОДНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА АНГИОЛОГОВ И СОСУДИСТЫХ ХИРУРГОВ

ИГНАТЬЕВ И.М.

Курс сердечно-сосудистой хирургии, Межрегиональный клинико-диагностический центр, Казанский государственный медицинский университет Минздрава РФ, Казань, Россия

В статье представлен обзор материалов 29-й Международной конференции Российского общества ангиологов и сосудистых хирургов «Новые направления и отдаленные результаты открытых и эндоваскулярных вмешательств в лечении сосудистых больных».

Представлены основные результаты научных исследований в области каротидной хирургии (каротидная эндартерэктомия в остром периоде инсульта, стентирование), реконструктивных, эндоваскулярных вмешательств при синдроме Лериша, патологии артерий нижних конечностей, современных технологий лечения аневризм аорты (гибридные операции, эндопротезирование).

Ключевые слова: каротидная хирургия, стентирование, эндоваскулярные вмешательства, гибридные операции, эндопротезирование.

27–29 июня 2014 г. в г. Рязани состоялась 29-я Международная конференция Российского общества ангиологов и сосудистых хирургов «Новые направления и отдаленные результаты открытых и эндоваскулярных вмешательств в лечении сосудистых больных».

Программа конференции затронула практически все основные вопросы сосудистой хирургии. Отмечено, что значительное место было уделено современным тенденциям в эндоваскулярной хирургии. Тематика конференции, как всегда, была обширной. Она включала пленарные, секционные заседания и симпозиумы, демонстрацию показательных операций. Были представлены последние достижения сердечно-сосудистых хирургов России и ведущих специалистов Европы и США.

Традиционно в день открытия конференции академик А.В. Покровский представил отчет о состоянии сосудистой хирургии в России в 2013 г. Общее число операций на сосудах составило 117.001 (по отчетам из 164 лечебных учреждений). Артериальных реконструкций было выполнено 56.077, что на 5,4% больше, чем в 2012 г., эндоваскулярных вмешательств – 28.725. Докладчик отметил, что 6 учреждений выполнило более 1000 артериальных реконструкций в 2013 г. Но только 3 из них выполняют такие сложные операции как тромбэмболектомии из легочных артерий при вторичной легочной гипертензии. Анатолий Владимирович особо отметил рост эндоваскулярных вмешательств на сонных

артериях (3250) – на 25,8% больше, чем в 2012 г. Однако количество операций на сонных артериях существенно меньше потребности в их выполнении. Констатируется значительное отставание по каротидной хирургии от стран Западной Европы и США. Так, в Австрии, частота выполнения каротидной реконструкции на 100.000 населения составляет: КЭАЭ – $32,2 \pm 1,4$ и КАС – $9,1 \pm 1,6$. В США выполняется в среднем 140.000 КЭАЭ в год.

А.В. Покровский привел новые положения рекомендаций Американской Сердечной Ассоциации и Ассоциации Инсульта (AHA/ASA) при поражении экстракраниальных отделов сонных артерий (май 2014), которые более сдержанно стали относиться к стентированию сонных артерий. Докладчик отметил, что в стране существенно возросло число эндопротезирований при аневризмах брюшной аорты – 209 вмешательств (рост на 15,5% по сравнению с 2012 г.).

М. Gargiulo (Bologna, Italy) в своем сообщении осветил требования к обучению специалистов по сосудистой хирургии в Италии. Он отметил, что полностью подготовленный сосудистый хирург должен рассматриваться как «сосудистый специалист», который выполняет как традиционные открытые операции, так и эндоваскулярные вмешательства. Программа обучения включает фармакотерапию, визуализацию, открытые и эндоваскулярные операции. Подготовка сосудистого хирурга занимает 5 лет. Особый акцент ставится на приобретение практических навыков. Так, требования к подготовке по

эндоваскулярной хирургии включают самостоятельное выполнение не менее 50 эндопротезирований. Особое внимание придается обучению на симуляторах, позволяющих моделировать эндоваскулярные процедуры. Они используются как для первичной сертификации специалистов, так и для регулярной проверки мануальных навыков.

В секции «Каротидная эндартерэктомия в остром периоде нарушения мозгового кровообращения» рассматривались вопросы о сроках выполнения КЭАЭ после ишемического инсульта. Данная проблема в настоящее время остается дискуссионной и поэтому представленные доклады вызвали особый интерес.

Доклады Г.Ю. Сокурченко (Первый Санкт-Петербургский государственный университет им. акад. И.П. Павлова, Минздрава РФ, Санкт-Петербург), И.М. Игнатъева (МКДЦ, Казань), М.С. Михайлова (СО Самарская ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова, Самара), посвященные операциям на сонных артериях (СА) в остром периоде ишемического инсульта звучали как бы в унисон – позиции авторов почти совпадали. Основным аргументом в пользу ранних вмешательств на СА был высокий риск развития рецидивного инсульта, достигающего 10–35% в течение периода ожидания операции и значительно усугубляющего неврологический дефицит. Вопрос о тактике лечения решался при участии невролога, кардиолога, анестезиолога-реаниматолога. Выполнялись следующие виды операций на СА: каротидная эндартерэктомия (в 80–84% случаев), тромбэндартерэктомия. У 15% больных КЭАЭ проведена после в/в тромболизиса. Клиническое улучшение в раннем и отдаленном послеоперационном периодах достигнуто у 84–89% пациентов. Повторные ОНМК отмечены в единичных наблюдениях. Геморрагической трансформации очага инфаркта мозга не наблюдалось ни в одном случае. Авторы в своих сообщениях привели рекомендации международных ассоциаций и обществ, а также национальные рекомендации по тактике лечения пациентов с ОНМК и транзиторными ишемическими атаками. В рекомендациях по ведению больных с ишемическим инсультом и транзиторными ишемическими атаками (ТИА) указывается на целесообразность выполнения каротидной эндартерэктомии в течение 2 недель с момента ишемического события у пациентов с транзиторными ишемическими атаками, малыми и «неинвалидизирующими» инсультами, если нет противопоказаний к ранней реваскуляризации. Целесообразно выполнение каротидной эндартерэктомии в течение 2 недель от начала последнего эпизода ОНМК при малых инсультах (не более 3 баллов по шкале исходов инсультов по модифицированной шкале Рэнкин) и через 6–8 недель после

полных инсультов. Каротидная эндартерэктомия может быть выполнена в течение ближайших дней после ТИА (Российские национальные рекомендации по лечению заболеваний экстракраниальных артерий, 2013 г.).

А.В. Хрипун (РО Ростовская областная клиническая больница, Ростов-на-Дону) затронул сложную и малоизученную проблему рентгенэндоваскулярных методов в лечении ОНМК по ишемическому типу. Оперировано 56 пациентов с транзиторными ишемическими атаками и в остром периоде ишемического инсульта. Технический успех составил 100%. У 40% больных выполнено каротидное стентирование в острой стадии инсульта. Достигнут значительный регресс неврологического статуса у пациентов, оперированных в сроки до 6 часов от момента дебюта заболевания.

Обсуждаемая проблема вызвала жаркие дискуссии. Профессора А.Н. Вачев, А.А. Фокин, А.А. Карпенко отметили, что больные в острой стадии ишемического инсульта с критическими стенозами ВСА и с тромбозами – это две разные категории пациентов. Если выполнение КЭАЭ признается целесообразным вмешательством при критическом стенозе, то тромбозы СА, как правило, прооперировать не удастся ввиду быстрой пролонгации тромбоза в интракраниальные отделы. Выполнение КЭАЭ возможно после проведения тромболизиса.

Подводя итоги работы секции, А.В. Покровский поздравил докладчиков с успешными результатами операций и отметил, что ни у одного из оперированных пациентов не было геморрагической трансформации ишемического очага. Необходимо проведение дальнейших исследований в этой сложной области сосудистой хирургии.

В секции «Диагностика и хирургическое лечение стенозов сонных артерий» А.А. Фокин (ВПО Южно-Уральский государственный медицинский университет Минздрава РФ, Челябинск) показал значение каротидного синуса (КС) в вегетативной регуляции после операции на СА. Одним из доминантных факторов риска всех осложнений после КЭАЭ (инфаркт миокарда, гиперперфузионный синдром и др.) является колебание центральной гемодинамики, особенно у пациентов со склонностью к артериальной гипертензии, которая встречается в 19–64% случаев. Автор выполнил эверсионную КЭАЭ у 82 пациентов с сохранением нервов КС и у 48 – с пересечением нервов КС. Отмечено более гладкое течение послеоперационного периода у больных, которым КЭАЭ была проведена с сохранением нервов КС, в первую очередь, за счет управляемого артериального давления.

А.В. Покровский (Институт хирургии им. А.В. Вишневского Минздрава РФ, Москва) доложил

о технических деталях выполнения эверсионной КЭАЭ с формированием «новой бифуркации», заключающейся в расширении разреза на наружную сонную артерию, что обеспечивает возможность наложения анастомоза после удаления пролонгированной бляшки ВСА. Такого рода вмешательства успешно выполнены у 12,7% больных.

А.Н. Вачев (ВПО Самарский государственный университет Минздрава РФ, Самара) коснулся вопроса влияния операции КЭАЭ на течение резистентной артериальной гипертензии (АГ). Исследование проведено у 105 пациентов с резистентной АГ и стенозами ВСА >70%. Установлено, что у большинства больных со значимым стенозом каротидной бифуркации и резистентной АГ при отсутствии других причин вторичной гипертензии операция КЭАЭ приводит к стойкому гипотензивному эффекту, который сохраняется длительное время.

Т.П. Евдокимова (Научный центр неврологии РАМН, Москва) посвятила свое сообщение малоизученной проблеме оценки когнитивных функций после операций на ВСА в зависимости от наличия асимптомных постпроцедуральных церебральных ишемических очагов (АПЦИО). Корреляционный анализ установил отрицательную взаимосвязь между количеством АПЦИО и оценкой теста на свободные ассоциации, а также в 5 субтесте WAIS, оценивающих вербальное мышление, кратковременную и долговременную виды памяти, т.е. ухудшение когнитивных функций после операции на ВСА отмечается у пациентов с множественными АПЦИО. В целях улучшения отдаленных результатов хирургического лечения целесообразна модификация медикаментозного сопровождения с включением нейрометаболических препаратов.

В секции «Стентирование брахиоцефальных артерий» были озвучены современные аспекты эндоваскулярного лечения стенозов брахиоцефальных артерий (БЦА). Стентирование субокклюзирующих поражений ВСА сопровождается определенными техническими сложностями в связи с высокой вероятностью эмболизации интракраниальных артерий при выполнении процедуры. М.Ю. Володюхин (МКДЦ, Казань) применил систему проксимальной защиты MoMa system, позволяющую минимизировать риск эмболических осложнений. Показаниями для применения данной системы защиты является невозможность проведения другой системы проксимальной защиты, необходимость использования предилатации, патологическая извитость дистального сегмента ВСА. Недостатком является риск ишемии головного мозга при его низкой толерантности к ишемии.

З.А. Кавтеладзе (Центр сердечно-сосудистых заболеваний, ГКБ № 71, Москва) привел эволю-

цию показаний к КАС в сравнении с КЭАЭ в свете анализа мультицентровых исследований. Автор отметил, что FDA (Food and Drug Administration) в 2011 г. разрешило применение стентирования у симптомных пациентов при стандартном риске. Для улучшения результатов стентирования необходима максимальная информация о характеристике атеросклеротической бляшки. Исследование ICAROS показало, что при наличии «мягкой» бляшки частота периоперационного инсульта увеличивается в 5 раз.

Автор придает большое значение личности, умению и опыту оператора, уровню медицинского учреждения. Указывает на необходимость проведения больших (более 5000 больных) мультицентровых исследований с длительными сроками наблюдения (ASCT-2, CREST-2, SPACE-2), на ограничение распространенности стентирования в разных странах, нереализованный потенциал развития каротидного стентирования.

А.М. Чернявский (Новосибирский научно-исследовательский институт патологии кровообращения Минздрава РФ, Новосибирск), Ф.Ш. Бахритдинов (ГУ Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В.В. Вахидова, Ташкент, Узбекистан) осветили актуальную проблему хирургического лечения сочетанных поражений сонных и коронарных артерий.

Докладчики единодушно отметили, что тактика хирургического лечения при сочетанных атеросклеротических поражениях сонных и коронарных артерий до сих пор не определена. Несмотря на клиническую значимость проблемы, нет многоцентровых рандомизированных клинических исследований в данной группе пациентов. В клинике А.М. Чернявского выполнено 174 гибридные операции (стентирование ВСА + аорто-коронарное шунтирование – АКШ) у пациентов с высоким хирургическим риском. Для определения этапности хирургического вмешательства у данной группы больных необходим дифференцированный подход с учетом резервных возможностей мозгового и коронарного кровотока. При достаточном коронарном резерве (ФК II, ФВ >55%) первым этапом выполняется КЭАЭ, либо КАС, вторым – АКШ. При наличии низкой резервной возможности мозгового и коронарного кровотока первым этапом показано стентирование симптом-зависимой коронарной артерии с последующей КЭАЭ или одномоментное вмешательство – КЭАЭ и АКШ.

Секция «Синдром Лериша» была посвящена миниинвазивным вмешательствам при синдроме Лериша. П.В. Мозговой (ВПО Волгоградский государственный медицинский университет Минздрава РФ, Волгоград) представил первый опыт лапароскопических реконструкций при окклюзионных заболе-

ваниях аорто-подвздошного сегмента, включивших 29 операций. Продолжительность операции составила в среднем 328 минут, частота конверсий – 24% (7 пациентов). Летальных исходов и ампутаций не было. Длительность пребывания в стационаре равнялась в среднем 7 суткам. Анализ оперативных данных заболеваемости и летальности показал сопоставимую эффективность с традиционными открытыми операциями на этапе образовательной кривой.

Е.П. Кохан (3-й Центральный военный клинический госпиталь им. А.В. Вишневского, Красногорск) отметил, что до настоящего времени остаются неясными вопросы показаний к рентгенэндоваскулярным операциям при атеросклеротических стенозах брюшной аорты. Стентирование стенозов терминального отдела аорты выполнено у 10 пациентов с тяжелой сопутствующей патологией. В 2 случаях дополнительно проведено стентирование подвздошных артерий. Использовались стенты Genesis и Optimed Sinus-aorta. Технический успех операций составил 100%. Осложнений после эндоваскулярных вмешательств не было.

А.А. Карпенко (Новосибирский научно-исследовательский институт патологии кровообращения Минздрава РФ, Новосибирск) поделился опытом гибридных и эндоваскулярных операций у 251 пациента с окклюзирующими поражениями аорто-подвздошного сегмента.

Первичная проходимость зоны реконструкции составила 89%, кумулятивная проходимость – 83%, сохранение конечности – 95% в отдаленные сроки до 24 месяцев.

В секции «Реконструктивные операции на артериях нижних конечностей» М. Gargiulo (Bologna, Italy) привел сравнительный анализ эффективности эндоваскулярных методов лечения при патологии периферических артерий инфраингвинальной локализации. Использовались различные методы эндоваскулярных операций: баллонная ангиопластика, ангиопластика с использованием баллонов с лекарственным покрытием (паклитаксель), режущих баллонов, стентирование, эндопротезирование. «Ахиллесовой пятой» эндоваскулярных вмешательств на артериях инфраингвинального сегмента является развитие рестеноза, связанного с пролиферацией и миграцией в интиму гладкомышечных клеток. Автор приводит критерии рестеноза по данным ангиографии и дуплексного сканирования.

Если при использовании традиционной баллонной ангиопластики поверхностной бедренной артерии (ПБА) частота рестеноза через 24 месяца составила 64,8%, то при применении баллонов с лекарственным покрытием (с антипролиферативным эффектом) она равнялась 18,6% через год после вмешательства.

Показаниями к применению саморасширяющихся металлических стентов являются: персистирующий резидуальный стеноз, диссекция интимы, внутрисосудистый тромбоз. В заключение М. Gargiulo отметил, что транслюминальная баллонная ангиопластика является основным методом эндоваскулярного лечения окклюзирующих поражений периферических артерий. Его недостаток – высокая частота рестенозов, уменьшающих процент сохранения конечностей и препятствующих заживлению язв. Стентирование увеличивает технический успех, но существенно не уменьшает частоту рестенозов. Использование баллонов с лекарственным покрытием демонстрирует более высокую эффективность лечения.

А. Farber (Boston, USA) остановился на вопросе как лучше лечить больного с критической ишемией в 2014 г. Хирургическим или эндоваскулярным путем? Не совсем ясно. Это зависит от специалиста и субъективных факторов. Решение о выборе метода лечения выносится интуитивно, а не на основании достаточно весомых научных данных. При опросе о выборе метода лечения в зависимости от демографических и клинических факторов хирурги отметили, что пожилой возраст влияет на выбор в пользу эндоваскулярного вмешательства. Что касается остальных факторов, то здесь чаще отмечается равноценность обоих методов.

А.В. Матюшкин (ВПО Российский национальный исследовательский медицинский университет Минздрава РФ, Москва) доложил об отдаленных результатах бедренно-дистально-подколенного и берцового шунтирования у больных с критической ишемией нижних конечностей с использованием синтетических протезов в ситуациях, когда аутовена была непригодна для реконструкции, либо использована для другой реконструктивной операции. Для улучшения результатов шунтирования авторы использовали комбинированный шунт (синтетический протез+аутовена), аутовенозную, либо синтетическую манжету (методы Мюллера, Невила) при наложении дистального анастомоза. Первичная проходимость через 60 месяцев при применении синтетического протеза с пластикой составила 58%, по сравнению с шунтированием без пластики – 34%. Сохранность конечностей в указанных группах составила 86 и 68%, вторичная проходимость – 70 и 47% соответственно.

В секции «Хирургическое лечение больных с диабетической стопой» F. Airolti (Milan, Italy) представил сообщение о нереализованных потребностях в лечении больных с критической ишемией нижних конечностей (инструментарий, атерэктомия, баллонные катетеры с лекарственным покрытием при рецидивирующих стенозах). Для лечения окклюзирующих

поражений ПБА – ретроградный доступ, субинтимальная ангиопластика, «te-entry» инструментарий. При окклюзии подколенной артерии – ретроградный доступ, атерэктомия с помощью устройств SilverHawk, TurboHawk, ангиопластика баллонами с лекарственным покрытием (стенты в этой позиции часто ломаются). При рестенозах – использование баллонов с лекарственным покрытием (паклитаксель).

В исследовании DEBATE (2012) частота рестеноза через 12 месяцев при применении стандартных баллонных катетеров равнялась 72%, а при ангиопластике баллонами с паклитакселем – 29%. Но в исследовании IMPAC Deep (2014) это соотношение составляет 35% против 41%. В заключение, F. Airolidi отметил, что процедуральный успех достигнут даже при сложных периферических атеросклеротических поражениях; знание и правильный выбор подходящих материалов (игл, катетеров, систем «te-entry», стентов, инструментов для атерэктомии) играют ключевую роль в достижении успеха; неясно, уменьшают ли частоту рестенозов покрытые паклитакселем баллоны по сравнению со стандартной баллонной ангиопластикой; до сих пор не определена клиническая эффективность эндоваскулярного лечения критической ишемии при пролонгированных поражениях артерий голени.

В секции «Аневризмы брюшной аорты» А.В. Чупин (Центр сосудистой хирургии ФГБУ ФНКЦ ФМБА России, Москва) затронул интересный вопрос выбора метода лечения (классического или эндоваскулярного) аневризмы брюшной аорты (АБА) с позиции сосудистого хирурга, владеющего обоими навыками. Автор осветил современные подходы к показаниям к эндопротезированию, привел классификацию факторов риска по Rutherford. В клинике выполнено 65 эндопротезирований АБА бифуркационным протезом. Средний балл по Rutherford был равен 16,3 с предполагаемой летальностью более 8%. Технический успех составил 100%. Летальных исходов и послеоперационных осложнений не было. Эндолик II типа встречался у 4 пациентов. Контрольное МСКТ выполнялось через 1 месяц, 6 месяцев, 12 месяцев, затем один раз в год. При возможности выполнения обеих методик в лечении АБА, автор отдает предпочтение эндопротезированию.

З.А. Кавтеладзе (Центр сердечно-сосудистых заболеваний, ГКБ № 71, Москва) в своем докладе проанализировал российские реалии в эндопротезировании инфраренального отдела аорты. В 2012 г. в России выполнено 283 операции эндопротезирования аневризм грудной и брюшной аорты (18% от общего числа операций при аневризмах аорты). Отмечено значительное отставание от европейских стран и США. Главными проблемами являются: отсутствие целевого скрининга (нет потока пациен-

тов), отсутствие направленной помощи пациентам, нет целевого финансирования, слабая осведомленность врачей общей практики, ограниченный поток пациентов от сосудистых хирургов, недостаточная квалификация эндоваскулярных хирургов, конкуренция между фирмами-производителями. Эволюция к 2014 г. – возросший опыт и подготовка хирурга, совершенная техника имплантации, использование стент-графтов последнего поколения, более тщательный отбор пациентов. К сожалению, отметил З.А. Кавтеладзе, технические сложности и дороговизна ограничивают применение фенестрированных и браншированных стент-графтов. Цель будущего – эндопротезирование аневризм грудной и брюшной аорты у амбулаторных пациентов.

В секции «Аневризмы грудной аорты» Р.С. Акчурин (Российский кардиологический научно-производственный комплекс Минздрава РФ, Москва) поделился пятилетним опытом эндоваскулярного протезирования грудной и брюшной аорты. Всего прооперирован 131 пациент (в том числе – у 85 проведено эндопротезирование брюшной аорты и у 33 – грудной аорты). Ранняя послеоперационная летальность – один пациент (0,7%). Эндоваскулярное протезирование аорты является многообещающей альтернативой открытому оперативному лечению, дающее возможность уменьшить риск осложнений, что положительно отразится на уровне смертности и сроках госпитализации. Правильный выбор стент-графта расширяет показания к имплантации у пациентов со сложной анатомией. Появление фенестрированных и браншированных протезов является передовой технологией в лечении сложных аневризм брюшного отдела аорты.

Э.Р. Чарчян (Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского РАМН, Москва) коснулся вопроса применения гибридных вмешательств при аневризме грудного отдела аорты. Показаниями к гибриднему лечению патологии аорты были: возраст >75 л., тяжелые сопутствующие заболевания (ХОБЛ, ХПН, сахарный диабет), кардиохирургические вмешательства в анамнезе, ОНМК в анамнезе, технические сложности выполнения открытого хирургического вмешательства. Выполнено 59 вмешательств. Тотальный и субтотальный дебрининг проведен у 30 больных, переключение левой подключичной артерии – у 21, операция H. Vorst – у 14 больных. Осложнения: эндолик II типа – в 3,3% случаев, эндолик III типа – в 1,7%, преходящий парапарез – в 1,7%, ТИА – в 1,7%. Госпитальная летальность составила 5% (3 пациента). Однолетняя выживаемость выписанных больных – 100%. Переключенные ветви дуги аорты через год после вмешательства были проходимы во всех случаях (верифицировано МСКТ). Гибридные

операции являются радикальными вмешательствами, при этом уменьшают объем хирургической травмы, частоту осложнений, сокращают время и трудоемкость операции. У пациентов с высоким хирургическим риском гибридные вмешательства могут стать методом выбора.

Сообщение С.А. Абугова (Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского РАМН, Москва) коснулось проблемы медикаментозного лечения диссекции аорты III В типа. Цель медикаментозной терапии – снижение импульсной нагрузки на интиму, цель эндоваскулярного лечения – изоляция проксимальной фенестрации, цель открытой хирургии – протезирование наиболее «уязвимого» участка аорты.

Препараты для медикаментозной терапии: бета-блокаторы, блокаторы кальциевых каналов, ингибиторы АПФ. Цель лечения – стабилизировать диссекцию и предотвратить прогрессию, снизив импульсную нагрузку на интиму. Целевые значения: частота сердечных сокращений <60, систолическое давление 100–120 мм рт. ст. Критерии эффективности лечения: стабильная гемодинамика, отсутствие признаков разрыва и болей в животе, диаметр аорты <50 мм, выживаемость 80%, осложнения 5–35%. Автор приводит рекомендации экспертов на основе мета-анализа проведенных исследований. Пациенты с неосложненной диссекцией типа В должны быть подвергнуты медикаментозной терапии. При необходимости оперативного лечения эндопротезирование грудной аорты является методом первого выбора. Разрыв аорты может произойти без предшествующих угрожающих симптомов. МСКТ следует проводить при поступлении, через 7 дней, при выписке и через 6 недель. Оптимальный алгоритм ведения больных с неосложненной диссекцией аорты типа В в трактовке автора – медикаментозная терапия в течение 14–30 дней, далее – плановое стентирование. Стентирование аорты в подострой стадии сопровождается хорошими клиническими результатами. Терапевтическое окно на протяжении 14–92 дней представляется оптимальным, так как аорта остается пластичной и подвергается положительному ремоделингу.

И.М. Игнатъев (МКДЦ, Казань) отметил важность реваскуляризации левой подключичной артерии при эндопротезировании аневризм грудной аорты для профилактики спинальных осложнений.

T. Larzon (Sweden Örebro University Hospital) рассмотрел вопросы преодоления сложностей при лечении хронического расслоения аорты. При эндопротезировании диссекции аорты автор использует инновационные технологии, такие как эмболизация ложного канала клеевой композицией Onyx™, при множественных фенестрациях – их закрытие с по-

мощью устройств типа Amplatzer Plug, применение фенестрированных стент-графтов, более широкое использование техники Chimney и Chimney/periscope. Автор отмечает, что часто необходима этапность выполнения процедуры. Считает, что нужно лечить диссекцию аорты как можно раньше.

Р.А. Абдулгасанов (Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН, Москва) затронул важный вопрос инфицирования протезов грудной и брюшной аорты. Инфицирование эксплантатов наблюдалось у 8 (1,6%) больных (на 500 операций). Диагностика: сцинтиграфия с мечеными лейкоцитами, прокальцитониновый тест, аортография, компьютерная томография. Всем пациентам выполнена повторная операция с удалением старой крови, инфицированных и некротических тканей с неоднократной обработкой эксплантата и периексплантатного пространства растворами антисептиков, дренирование плевральной полости с постоянным введением антимикробных препаратов. Проводилась интенсивная 2-3-х компонентная антибактериальная терапия, иммунокорректирующая и дезинтоксикационная терапия, в/в введение озонированного физиологического раствора. Из 8 пациентов 7 (87,5%) выздоровели. Применение подобной тактики позволяет отказаться от удаления эксплантата у большинства пациентов.

В секции «Врожденные пороки развития сосудов» большой интерес вызвало сообщение В.Н. Дана (Институт хирургии им. А.В. Вишневского Минздрава РФ, Москва), посвященное различным аспектам ангиодисплазий. Автор привел современные классификации этой патологии, в том числе, собственную. Выдвинул концепцию лечения ангиодисплазий, заключающуюся в органическом сочетании возможностей стандартной хирургии с перспективными методами эндоваскулярной хирургии (хирургия + рентгенэндоваскулярная облитерация). В.Н. Дан показал ряд впечатляющих иллюстраций в лечении больших сосудистых опухолей с применением радиочастотной и лазерной облитерации.

Современные подходы в диагностике и лечении ангиодисплазий: интеграция традиционных хирургических методик с эмболизацией и склеротерапией, планирование этапных вмешательств, мультидисциплинарный подход, реализация которого возможна в многопрофильном стационаре с хорошей диагностической базой. Основная цель – улучшение качества жизни пациентов с тяжелыми пороками развития сосудов.

В секции «Флебология» вызвало интерес сообщение И.М. Игнатъева (МКДЦ, Институт хирургии им. А.В. Вишневского Минздрава РФ, Казань – Москва), в котором автор проанализировал результаты различных методов восстановления

клапанной функции глубоких вен при варикозной болезни. Проведена оценка отдаленных результатов экстравазальной коррекции несостоятельности клапанов (ЭВКК – 733 больных), интравазальной вальвулопластики (ИВКК – 70 пациентов), оригинального метода формирования моностворчатого клапана общей бедренной вены (ОБВ – 12 больных). Оценка клинической эффективности проводилась с помощью балльной шкалы VCSS, динамики качества жизни по опроснику CIVIQ-2. Измерялся маллеолярный объем в процессе динамического наблюдения. Показанием к коррекции клапанной несостоятельности глубоких вен у пациентов с варикозной болезнью является наличие аксиального рефлюкса по глубоким венам III–IV ст. при тяжелой степени хронической венозной недостаточности (C5–C6, CEAP), резистентной к традиционным методам консервативной терапии и хирургического лечения. После ИВКК на отдаленных сроках до 10 лет клапаны сохранили свою функцию у 78,2% больных.

Клиническое улучшение достигнуто у 90% больных. Применение интравазальных методов вальвулопластики является предпочтительным, так как они обеспечивают наиболее благоприятные отдаленные результаты. Результаты операции формирования моностворчатого клапана ОБВ при авальвуляции глубоких вен показали высокую эффективность вмешательства. В сроки наблюдения от 18 до 36 месяцев сформированный клапан функционировал у 80% больных. Стойкое заживление трофических язв наблюдалось у 86% пациентов.

В ряде докладов прозвучали результаты применения флеботропных препаратов в лечении пациентов с хроническими заболеваниями вен (ХЗВ), а также рассматривались вопросы коррекции эндотелиальной дисфункции ХЗВ.

В представленном обзоре приведены лишь наиболее интересные с научно-практических позиций доклады, осветившие самые актуальные проблемы сосудистой хирургии на современном этапе.

SUMMARY

**REVIEW OF MATERIALS
OF THE 29TH INTERNATIONAL CONFERENCE
OF THE RUSSIAN ASSOCIATION
OF ANGIOLOGISTS AND VASCULAR SURGEONS**

Ignatiev I.M.

Interregional Clinical Diagnostic Centre, Course of Cardiovascular Surgery, Kazan State Medical University of the RF Public Health Ministry, Kazan, Russia

The article reviews the materials of the 29th International Conference of the Russian Association of Angiologists and Vascular Surgeons “New trends and remote results of open endovascular interventions in treatment of vascular patients”.

Presented herein are the main results of scientific research in carotid surgery (carotid endarterectomy in the acute period of stroke, stenting), reconstructive, endovascular interventions in Leriche syndrome, pathology of lower-limb arteries, present-day technologies of treatment of aortic aneurysms (hybrid operations, endovascular prosthetic repair).

Key words: *carotid surgery, stenting, endovascular interventions, hybrid operations, endovascular prosthetic repair.*

Адрес для корреспонденции:

Игнатъев И.М.
Тел.: (843) 291-11-73
Факс: (843) 291-11-66
E-mail: imignatiev@rambler.ru

Correspondence to:

Ignatiev I.M.
Tel.: (843) 291-11-73
Fax: (843) 291-11-66
E-mail: imignatiev@rambler.ru