

Э.А. ЩЕГЛОВ^{1,2}, Н.Н. АЛОНЦЕВА¹

КОНГРЕСС ЗАПАДНОГО ПОБЕРЕЖЬЯ АМЕРИКАНСКОГО ВЕНОЗНОГО ФОРУМА «ВЫЗОВЫ И ПОЛЕМИКА В ЛЕЧЕНИИ ВЕНОЗНОЙ ПАТОЛОГИИ» (30 АПРЕЛЯ – 2 МАЯ 2015 ГОДА, Г. НАПА, США)

ГБУЗ РК «Больница скорой медицинской помощи» г. Петрозаводска¹,
ФГБОУ ВПО «Петрозаводский государственный университет»²,
Российская Федерация

С 30 апреля по 2 мая 2015 года в г. Напа, штат Калифорния (США) прошел конгресс западного побережья Американского венозного форума.

В статье приводится информация об основных докладах, представленных на конгрессе, о направлениях исследований в области флебологии, которые проводятся в крупнейших клиниках Соединенных Штатов. Основной акцент во время заседаний был сделан на практических аспектах современной флебологии. На научном форуме было выделено время для обсуждения практически всей патологии венозной системы. Все заседания конгресса были построены по принципу круглых столов. На конгрессе были представлены материалы, посвященные различным аспектам современной флебологии, от различных методов консервативного и оперативного лечения варикозной болезни до проблем в лечении острых венозных тромбозов. Уделено внимание вопросам варикозного расширения вен малого таза, роли гормональных препаратов в развитии патологии вен.

Отдельные доклады посвящены вопросам диагностики и лечения лимфедемы и трофических венозных язв. Научный форум носил практический характер. На нем широко рассматривались вопросы применения эластической компрессии, обучения среднего медицинского персонала особенностям ухода за флебологическими пациентами.

Ключевые слова: Американский венозный форум, конгресс, флебология, хронические заболевания вен, тромбоз глубоких вен, особенности ухода, флебологические пациенты

From April, 30 till May, 2, 2015 West Coast Congress of American Venous Forum took place in Napa, California, the USA. The information concerning main reports, presented at the Congress may be found in the article as well as the investigation tendencies in the phlebology realm, which are being carried out in the major USA hospitals. The main focus was made on the practical aspects of current phlebology. On a scientific forum it has been allocated time to discuss almost all diseases of the venous system. All meetings of the Congress were organized according to round-table principles. At the Congress the materials dedicated to different aspects of current phlebology were presented including different techniques of conservative and operative treatment of varicosity and the issues in treatment of acute venous thromboses. The attention to the problems of pelvic vein disease, the role of hormones in the development of diseases of the veins has been paid. Some reports devoted to the diagnosis and treatment of lymphedema and trophic venous ulcers. The congress was very close to practical medicine. It is widely considered the use of elastic compression, training of medical staff and specific caring for flebological patients.

Keywords: American Venous Forum, congress, phlebology, chronic vein diseases, thrombosis of deep vein, specific caring, flebological patients

Novosti Khirurgii. 2015 Sep-Oct; Vol 23 (5): 582-587

Congress of the American West Coast Venous Forum

“Challenges and Polemic in Treatment of Venous Pathology” (30 April – 2 May, 2015, Napa, the USA)

E.A. Shcheglov, N.N. Alontseva

Конгресс западного побережья Американского венозного форума в 2015 году прошел в г. Напа, штат Калифорния, с 30 апреля по 2 мая. В течение 3-х дней участники конгресса обсудили основные проблемы флебологии и современные пути их решения.

Основной акцент во время заседаний был сделан на практических аспектах современной флебологии. Все заседания конгресса были построены по принципу круглых столов. Каждый день был разделен на 5 основных секций. Сек-

ции начинались с двух 30-минутных докладов одного из ведущих специалистов в конкретной области флебологии. После этих докладов проходило активное обсуждение проблемы всеми участниками, которое направлялось модераторами этой секции.

Перед началом рабочих заседаний выступил президент Американского венозного форума Ф. Лурье с обзором работы Форума. Он рассказал об основной миссии форума, которая заключается в ликвидации заболеваний

венозной и лимфатической систем благодаря инновационным исследованиям, образованию и технологиям. Членами Американского венозного форума являются более 800 специалистов в разных областях медицины из разных стран мира. Форум сотрудничает с многими другими врачебными ассоциациями и участвует в разработке стандартов лечения патологии вен и обучении специалистов. Члены Форума участвовали в разработке руководства по лечению варикозной болезни и хронической венозной недостаточности 2011 года, руководства по ранней тромбэктомии при глубоком венозном тромбозе, гайдлайна по лечению венозных язв. При участии Форума публикуются образовательные брошюры для пациентов, а также статьи и монографии по лечению патологии вен. 28-й ежегодный съезд Форума состоится 24-26 февраля 2016 года в г. Орlando, Флорида. Члены Американского венозного форума получают возможность участвовать в различных образовательных и научных программах, обмениваться информацией с другими специалистами в лечении венозной патологии.

Первая секция началась с доклада Robert F. Merchant из клиники г. Рено, штат Невада. Доклад был посвящен возможным анатомическим особенностям и связанным с ними трудностям при проведении абляции большой подкожной вены и передней добавочной подкожной вены. Автор продемонстрировал принципы дооперационного обследования и разметки пациента, которые могут помочь в определении тактики проведения абляции венозного ствола. В случае значительных трудностей с прохождением катетера по стволу вены, автор рекомендует выполнять дополнительную пункцию вены выше препятствия и выполнять абляцию в два этапа ниже и выше препятствия.

Второй доклад секции был посвящен несостоятельным перфорантным венам и различным методам их лечения, таким, как радиочастотная, лазерная химическая абляция. Доклад был представлен Nick Morrison, штат Аризона. В начале доклада был представлен литературный обзор опубликованных результатов различных методов лечения перфорантных вен. Дальше докладчик дал характеристику современных представлений о несостоятельности перфорантных вен. Несостоятельные перфорантные вены выявляются у 30-50% пациентов с хронической венозной недостаточностью. Но если у пациента есть комбинация несостоятельности клапанов поверхностных и перфорантных вен, то хирургическое лечение только поверхностных вен приводит к

устранению перфорантной недостаточности у 75-80% пациентов. Таким образом, требуется тщательная оценка каждого пациента и обязательная предоперационная маркировка для формирования правильной индивидуальной схемы операции.

Вторая секция была посвящена сравнению результатов хирургического лечения (флебэктомия или различные варианты абляции) и склеротерапии по поводу варикозной болезни. Сравнительный анализ одномоментной и поэтапной стратегии лечения варикозной болезни представил Daniel L. Manahan из Розвилла, штат Калифорния. Им были представлены результаты лечения варикозной болезни на 54 нижних конечностях у 45 пациентов. Были оценены преимущества и недостатки обеих стратегий. По его данным, в настоящее время одномоментная стратегия лечения варикозной болезни, направленная на устранение максимального количества варикозных вен во время операции, является ведущей. Однако поэтапное устранение патологии представляется хорошей альтернативой, но для окончательной оценки требуются дополнительные исследования.

Второй доклад секции был сделан доктором Sebastian Conti, Кармишель, Калифорния. Он сделал обзор, как хирургических (стриппинга и абляция), так и склеротерапевтических методов лечения варикозной болезни. При сравнении абляции и стриппинга по данным лечения 411 пациентов в течение 8 лет, при ультразвуковом исследовании через 12-36 месяцев после операции у пациентов, перенесших абляцию, результаты были не хуже, чем у пациентов после стриппинга. Но у них отмечен меньший риск осложнений. У пациентов, перенесших абляцию, отмечается быстрая ликвидация таких симптомов, как боль и отеки. Необходимость в повторных операциях по поводу рецидива варикоза была сопоставима в обеих группах. Это позволяет рекомендовать абляцию как более предпочтительный метод. Говоря о сравнении флебэктомии и склеротерапии, автор подчеркнул, что оба метода имеют право на существование. Предпочтение тому или иному методу может зависеть от многих факторов, в том числе от пожеланий пациента, стоимости процедуры, оценки возможных осложнений.

Третья секция первого дня заседаний была посвящена очень важной проблеме — лечению глубокого и поверхностного флеботромбоза.

Первым был представлен доклад доктора Stephanie M. Dentoni из Калифорнии. Доклад был посвящен сравнению консервативного ле-

чения без применения антикоагулянтов и активной антикоагулянтной терапии у пациентов с поверхностным флеботромбозом. Докладчик сделала акцент на произошедшем в последнее время изменении лечебной парадигмы с консервативного лечения к применению агрессивной антикоагулянтной терапии. Это подчеркнуто в рекомендациях АССР от 2012 года, где с уровнем 2В рекомендовано проведение терапии НМГ или фондапаринуксом в течение 45 дней у пациентов с протяженностью поверхностного венозного тромбоза более 5 см. Однако докладчик предостерегает от рутинного использования антикоагулянтов у таких пациентов. Для оценки обоснованности их назначения следует учитывать ряд факторов, таких, например, как онкологический анамнез, повторное возникновение поверхностного флеботромбоза в различных сегментах и другие. Рекомендации не исключают здравого смысла врача, а каждый пациент индивидуален и требует индивидуального подхода.

Вторым докладчиком этой секции был Fedor Lurie, который остановился на некоторых вопросах диагностики и лечения пациентов с глубоким венозным тромбозом. Им был сделан обзор ряда исследований, посвященных катетерному тромболитису у таких пациентов и доказавших его эффективность по сравнению с антикоагулянтной терапией. Он также представил информацию по фармакокомеханическому тромболитису и продемонстрировал результаты его применения у пациентов с синей флегмазией. Говоря о диагностике глубокого венозного тромбоза, докладчик обратил внимание на возможные диагностические ошибки при применении ультразвукового сканирования. Так, по данным обзоров, 5,8% дуплексных исследований дают ложнопозитивные, а до 32,5% — ложно-негативные результаты. Ложно-негативные результаты встречаются чаще у пациентов со «свежим» проксимальным глубоким флеботромбозом, неокклюзивным флеботромбозом менее 5 см, а также у пациентов с тромбозом вен голени (37%), по сравнению с проксимальным тромбозом, где они зарегистрированы всего у 5,8% пациентов.

Четвертая секция была посвящена вопросам ультразвуковой диагностики. Доктор Kathleen Gibson остановилась на вопросе применения ультразвукового сканирования при первичном эпизоде глубокого венозного тромбоза и в случаях его рецидива. По ее представлениям необоснованное продление срока проведения антикоагулянтной терапии приводит к росту риска геморрагических осложнений и

снижает качество жизни пациента. Необходимо проведение ультразвуковых исследований с целью оценки риска рецидива тромбоза и развития посттромботического синдрома для решения вопроса о сроках проведения антикоагулянтной терапии.

Второй доклад секции, сделанный Robert F Merchant, был посвящен вопросам ультразвуковой диагностики и лечения тромбоза, вызванного перегревом венозной системы во время абляции и ассоциированного с этим тромбозом венозного тромбоземболизма. По данным обзоров, риск возникновения данного вида тромбоза составляет от 2,7 до 4% от числа операций. Были сделаны несколько презентаций, продемонстрировавших, как выглядит данный тромбоз при ультразвуковом сканировании. При лечении таких пациентов возможно проведение короткого курса терапии НМГ с переводом пациентов на 30-дневный курс терапии варфарином или прием ривароксабана.

Во время пятого заседания доктор Daniel Link представил доклад, посвященный венозным мальформациям различной локализации, в том числе мальформациям головы, наружных половых органов и, конечно, мальформации верхних и нижних конечностей. Были обсуждены вопросы патогенеза этой патологии, методы ультразвуковой диагностики и лечения. Наиболее перспективными являются при лечении мальформаций лазерная абляция и склеротерапия. Однако если венозные сосуды при склеротерапии окклюдуются в 80% случаев, то в случае лимфатических сосудов этот процент меньше и успешный результат достигается только в 40-50% случаев. В заключении доклада было уделено внимание вопросам осложнений при лечении мальформаций, таких как кожные некрозы, травма периферических нервов, гемоглобинурия при лечении больших мальформаций, инфекции и мышечный фиброз и контрактуры.

Второй доклад сессии, представленный Mark Meissner из Сиетла, штат Вашингтон, был посвящен вопросам окклюзии подвздошных вен, в том числе не связанных с перенесенным ранее венозным тромбозом. Основными причинами непроходимости подвздошных вен, помимо перенесенного флеботромбоза, являются компрессия опухолью, ретроперитонеальный фиброз, компрессия артериальной аневризмой. Данная патология встречается достаточно часто, в 47% всех случаев нарушения проходимости подвздошных вен. Автор уделит внимание вопросам диагностики данной патологии, в том числе компьютерной и магнитно-резонансной венографии, ультразвуковому

сканированию и внутрисосудистой ультрасонографии. В следующей части доклада были рассмотрены вопросы лечения данной патологии, в первую очередь стентирование. Были представлены итоги стентирования 26 пациентов. Успешный результат был достигнут у 24 (92,3%) из них.

Второй день конференции начался с секции, посвященной проблемам беременности и влиянию гормональных препаратов на развитие венозной патологии.

Первым докладчиком был доктор Sebastian Conti с докладом, посвященным варикозному расширению вен при беременности. Он начал свой доклад с обзора основных предрасполагающих факторов, которые увеличивают риск развития варикоза при беременности. Далее докладчик остановился на основных симптомах варикозной болезни у беременных и способах ее лечения. Особый акцент был сделан на результатах исследования, посвященного влиянию ходьбы на течение варикозной болезни у беременных женщин. По данным исследования, ходьба приводит к усилению мышечной силы ног, увеличению венозного кровотока и предотвращает увеличение диаметра вен нижних конечностей. Никакие инвазивные процедуры, включая компрессионную склеротерапию, во время беременности и в течение 6 месяцев после родов не рекомендованы.

Очень интересные данные были представлены в докладе доктора Kathleen Gibson посвященном гормональному влиянию на патологию вен. Был проведен анализ причин развития венозной патологии при гормональных изменениях в организме женщины как при беременности, так и вследствие приема различных контрацептивов. По данным статистики, 62% женщин детородного возраста в США пользуются контрацепцией, а 28% принимают оральные контрацептивы. Далее был сделан обзор 4-х поколений комбинированных оральных контрацептивов. По данным проведенного исследования, риск венозного тромбоэмболизма в течение первого года у пациенток, принимающих оральные контрацептивы, в 8 раз выше, чем у не принимающих. Через 4 года этот риск снижается до уровня 3 к 1. Прием оральных контрацептивов второго поколения увеличивает риск венозного тромбоэмболизма в 3 раза, в то время как для препаратов 3-4 поколения этот риск увеличивается в 6-7 раз. Применение неоральных контрацептивов также влияет на риск венозного тромбоэмболизма. Так, использование трансдермальных пластырей увеличивает риск на 7,9, влагалищное кольцо на 6,5. Единственным методом контро-

ля беременности, который не влияет на риск венозного тромбоэмболизма, является использование внутриматочных устройств. Проведение гормональной заместительной терапии, за исключением трансдермального эстрагенного пластыря, также приводит к возрастанию риска венозного тромбоэмболизма. Этот риск в течение первых двух лет такой терапии в два раза выше, чем в последующие два года.

Следующая секция была посвящена вопросам варикозного расширения вен таза и тазовых органов. Первым выступил Mark H. Meissner с докладом, посвященным вопросам отбора пациентов на ультразвуковое сканирование и лечение. Докладчик начал свое выступление в особой роли знания анатомии венозной системы таза для успешного лечения пациентов. Вся венозная система таза может быть разделена на 3 несвязанные между собой системы: яичниковые вены, система внутренней подвздошной вены и система вен, впадающих в сафено-фemorальное соустье. Для понимания сути заболевания необходимо также представлять, что является ведущим механизмом в его развитии – рефлюкс или венозная обструкция. Автор представил алгоритм ультразвуковой диагностики, сделав акцент на обязательном выявлении компрессии подвздошных вен и аортomezентериальной компрессии почечной вены. Лечение должно развиваться по следующему алгоритму. Вначале должна быть устранена венозная обструкция, если она присутствует. В дальнейшем проводится лечение тазовой боли с помощью эмболизации яичниковых вен и вен системы внутренней подвздошной вены, а затем устранение внетазового варикоза.

Обзор особенностей диагностики и лечения патологии вен вульвы, промежности и внутренней поверхности верхней трети бедра представила доктор Kathleen Gibson. Начав с обзора анатомии венозной системы этой зоны и патофизиологических особенностей нарушений венозного оттока, она в дальнейшем остановилась на результатах исследования 72 пациенток с данной патологией. Основными симптомами заболевания являются боль (68%), пульсация (47%), чувство тяжести в этой зоне (35%). Симптомы усиливаются во время менструаций. Пациентки с локализацией венозной патологии в этой зоне моложе и стройнее, чем «общая популяция» пациентов, страдающих варикозной болезнью. С возрастом болевой синдром имеет тенденцию к уменьшению. У таких пациенток чаще отмечается наличие крупного плода при беременности. Основным методом лечения, который применялся во

время исследования, явилась пенная склеротерапия под контролем ультразвука. Однако до сих пор не представлены преимущества того или иного метода лечения, и для выяснения их требуется проведение дополнительных исследований.

Следующая сессия была посвящена лечению лимфедемы. Докладчиком — доктором William Marston была представлена подробная современная информация о данном заболевании. Осветив вопросы анатомии и физиологии лимфатической системы, патофизиологии нарушений лимфооттока, классификации лимфедемы, он перешел к вопросам клиники и диагностики заболевания. Основой диагностики до сих пор остается сбор анамнеза и клиническое исследование пациента. Длительное время основным методом инструментальной диагностики являлась лимфосцинтиграфия, которая считалась золотым стандартом лимфологии. В настоящее время все шире применяется компьютерная и магнитно-резонансная томография, которые имеют высокую чувствительность до 97% и специфичность до 100%. В лечении заболевания используются терапевтические и хирургические методы. К терапевтическим относят рекомендации по режиму и гигиене, физиотерапию и фармакотерапию. Основной группой препаратов, применяемых при лимфедеме, являются флавоноиды, которые доказали свою эффективность. Применение диуретиков приводит к незначительному улучшению, а такие методы, как интралимфатическое введение стероидных препаратов и инъекции аутолимфоцитов, не имеют достаточной доказательной базы. Очень важно при лечении лимфедемы правильно использовать различные компрессионные методы, обзору которых была посвящена большая часть доклада. В конце своего выступления докладчик остановился на методике хирургического лечения заболевания, технике наложения лимфо-венозного анастомоза. Было отмечено, что данные анастомозы функционируют в течение 12 месяцев у 75% больных, а в течение 24 месяцев — лишь у 36% пациентов. У ряда пациентов без явлений фиброзирования улучшение достигается за счет липосакции. В завершении выступления докладчик подчеркнул, что лимфедема является широко распространенным заболеванием, встречается более чем у 100 миллионов человек на Земле, часто возникает после сосудистых операций. Отмечена частая взаимосвязь с венозной патологией. Поэтому знание данного заболевания и умение его лечить являются обязательными для любого сосудистого хирурга.

Следующая секция была посвящена вопросам диагностики и лечения венозных язв. Первым выступил доктор Robert Kistner. Начав с обзора возможных причин, вызывающих образование язвы, и обратив внимание на особенности диагностики и лечения язв со смешанной этиологией, докладчик остановился на проспективном рандомизированном исследовании «чистых» венозных язв. Доктор Kistner уделил внимание вопросам венозного рефлюкса, как поверхностного и глубокого, так и комбинированного. Полученные в исследовании данные позволяют утверждать, что изолированный рефлюкс по глубоким венам редко приводит к возникновению трофических язв. Сочетание рефлюкса по поверхностным и глубоким венам представляет собой худшую проблему, чем изолированный рефлюкс по одной венозной системе. Самым плохим вариантом рефлюкса является рефлюкс по поверхностным, глубоким и перфорантным венам в сочетании с обструкцией подвздошных вен.

Вторым докладчиком секции был профессор Bill Marston из университетской клиники Северной Каролины. После обзора причин, вызывающих язву, взаимосвязи между величиной венозного давления и частотой возникновения язв докладчик остановился на методах лечения венозных язв. Он сделал обзор 5 основных элементов протокола лечения язв. Этими элементами являются эластическая компрессия, элиминация бактериального обсеменения язвы, контроль экссудации, методы ускорения закрытия язвенной поверхности и предотвращение рецидива язв. Отдельно был освещен вопрос фармакотерапии венозных язв, особенно использование пентоксифиллина, который доказал свою эффективность в лечении данной патологии. Кроме того, докладчик остановился на вопросах эндовенозной абляции и склеротерапии перфорантных вен. Однако даже при адекватном лечении и хорошем эффекте в течение первого года после закрытия язвы рецидив возникает у 24% пациентов, а в течение 5 лет — у 49%.

Большой интерес представила проведенная демонстрация различных приспособлений для облегчения пользования компрессионным трикотажем и эластическими бинтами. Ее провели Nick и Terri Morrison. Количество таких приспособлений поражает воображение. Авторы статьи открыли для себя специальное устройство, предназначенное для облегчения снятия компрессионного трикотажа, представляющее собой мягкую силиконовую манжету, которую перед снятием чулка одевают поверх

него, а затем попросту накручивают чулок на данную манжету. Благодаря этому даже чулок с высокой степенью давления снимается за считанные секунды. Были представлены различные приспособления для одевания чулков. Все эти устройства придуманы с одной целью — повысить качество жизни пациентов и благодаря этому увеличить комплаенс использования компрессионного трикотажа. Ведь не секрет, что именно неудобство, связанное с одеванием и снятием чулок, является одной из причин, заставляющих пациентов отказаться от их использования.

Также во время презентации были озвучены данные исследования, проведенного в целом ряде больниц разных штатов. С помощью специальных датчиков была проведена оценка правильности бинтования ног эластическим бинтом. Выяснилось, что только треть медсестер правильно бинтуют ноги пациента, осуществляя градуированную компрессию, большую у лодыжки и меньшую в верхней трети бедра. Еще треть медсестер бинтует ногу пациента с одинаковым давлением по всей ноге, а треть медсестер накладывают бинт с меньшим давлением у лодыжки, чем на бедре, ухудшая тем самым венозный отток от ноги. Необходимы регулярные курсы бинтования, чтобы обеспечить правильное проведение этой процедуры.

Завершала конференцию секция, посвященная компрессионной склеротерапии. Доклад Daniel Monahan был посвящен осложнениям этой процедуры. Были представлены фотографии различных осложнений, чаще всего связанных с ошибочным введением склерозанта внутриартериально или введением препарата в тот отдел перфорантной вены, который располагается субфасциально, и приведшим к тромбозу глубоких вен конечности. Чтобы избежать этих осложнений, автор рекомендует вводить препарат в перфорантные вены мак-

симально поверхностно, выше фасции, либо вводить его только в подкожные вены.

Последний доклад был посвящен правильному выбору склерозанта и правильным методикам выполнения процедуры склеротерапии. Докладчиком вновь был Nick Morrison. Особенный акцент был сделан на правильном отборе пациентов. Если у пациента есть медицинские показания для лечения варикоза, то они должны быть устранены до выполнения склеротерапии. Только в том случае, если у пациента присутствует только косметический дефект, можно начинать непосредственно со склеротерапии. Докладчик сделал обзор различных склерозантов, привел показания к терапии раствором и пеной, рассмотрел правильные технологии проведения процедуры и компрессии и ухода после процедуры. По его представлению, избежать осложнений процедуры позволяет правильный отбор пациентов, их полноценное обследование, адекватный выбор склерозанта, его формы и концентрации, использование компрессии после процедуры.

В заключение хочется отметить крайнюю практическую направленность данной конференции, на протяжении которой постоянно обсуждались вопросы, ежедневно встающие перед любым врачом, сталкивающимся с венозной патологией. Вызывает сожаление отсутствие материалов из России, представляющих отечественные результаты лечения флебологических пациентов.

Адрес для корреспонденции

185035, Российская Федерация,
г. Петрозаводск, ул. Кирова, д. 40,
ФГБОУ ВПО «Петрозаводский
государственный университет»,
кафедра общей и факультетской хирургии,
тел.: (88142) 78-40-58,
e-mail: ernestsheglov@gmail.com,
Щеглов Эрнест Анатольевич

Сведения об авторах

Щеглов Э.А., д.м.н., сердечно-сосудистый хирург ГБУЗ РК «Больница скорой медицинской помощи» г. Петрозаводска, профессор кафедры общей и факультетской хирургии ФГБОУ ВПО «Петроза-

водский государственный университет».
Алонцева Н.Н., к.м.н., заведующая хирургическим отделением № 1 ГБУЗ РК «Больница скорой медицинской помощи» г. Петрозаводска.

Поступила 1.09.2015 г.