

# РЕФЕРАТИВНАЯ ФЛЕБОЛОГИЯ

## № 1(11), 2009 г.

---

---

Главный редактор  
*Кириенко А.И.*

### Редакционный совет

*Богачев В.Ю.*  
(Москва)

*Ларин С.И.*  
(Волгоград)

*Илюхин Е.А.*  
(Санкт-Петербург)

*Сапелкин С.В.*  
(Москва)

*Золотухин И.А.*  
(Москва)

Научный редактор: Золотухин И.А.

Технический редактор: Илюхин Е.А.

Инициатива: Богачев В.Ю., Золотухин И.А.

Полное или частичное воспроизведение материалов, опубликованных в журнале или на сайте, допускается только с письменного разрешения редакции.

© Реферативная флебология

---

## СОДЕРЖАНИЕ

1. **Телеангиэктазии в Эдинбургском исследовании: эпидемиология и сочетание с варикозными венами и симптомами**  
Ruckley C.V., Evans C.J., Allan P.L., Lee A.J., Fowkes F.G.R.

*Реферативный обзор подготовил Беленцов С.М.*

*стр.4*

2. **Эндовазальная лазерная облитерация при ликвидации стволового рефлюкса и варикозного расширения вен: среднесрочные результаты, оцененные с помощью ультразвукового сканирования**  
Myers K.A., Jolley D.

*Реферативный обзор подготовил Золотухин И.А.*

*стр.8*

3. **Эндовазальная лазерная облитерация несостоятельной малой подкожной вены 980-нм диодным лазером: наш опыт с 3-летним наблюдением**  
Park S.W., Hwang J.J., Yun I.J., Lee S.A., Kim J.S., Chang S.H., Chee H.K., Hong S.J., Cha H., Kim H.C.

*Реферативный обзор подготовил Иванов Е.В.*

*стр.12*

4. **Восстановление проходимости при илиофemorальном тромбозе с помощью катетерного тромболиза не всегда предотвращает развитие посттромботической болезни**  
Park Y.J., Choi J.Y., Min S.-K., Lee T., Jung I.M., Chung J.K., Park J.H., Kim S.J., Ha J.

*Реферативный обзор подготовил Илюхин Е.А.*

*стр.16*

5. **Моностворка – оригинальный способ создания клапана в общей бедренной вене при некорригируемой хронической венозной недостаточности у больных с аплазией и дисплазией клапанов**  
Opie J.C., Izdebski T., Payne D.N., Opie S.R.

*Реферативный обзор подготовил Малинин А.А.*

*стр.20*

6. **Влияние нитроглицериновой мази на диаметр большой подкожной вены в месте венепункции при проведении эндовазальной лазерной коагуляции.**  
Hogue R.S., Schul M.W., Dando C.F., Erdman B.E.

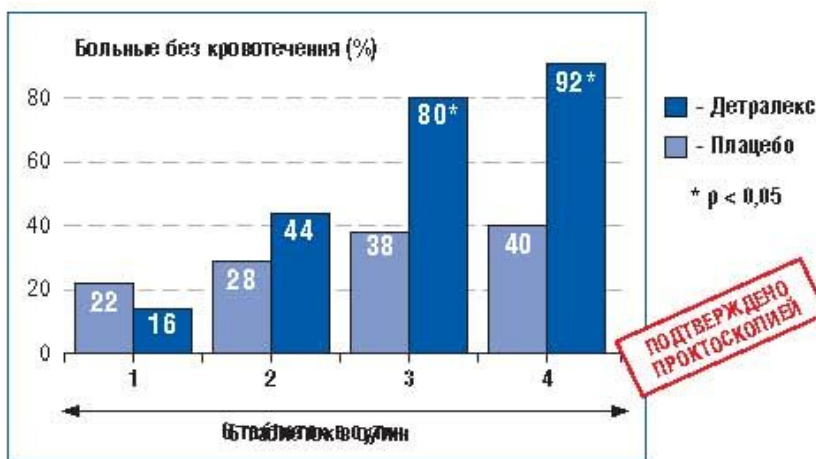
*Реферативный обзор подготовил Париков М.А.*

*стр.24*

# ДЕТРАЛЕКС®

Микронизированный диосмин + гесперидин

К 3-му дню лечения обеспечивает остановку кровотечения у 8 из 10 пациентов<sup>1</sup>



## Правильный режим дозирования

Острый геморрой, после геморроидэктомии 7 дней

6 x 4 дня

Д1 | Д2 | Д3 | Д4

4 x 3 дня

Д5 | Д6 | Д7

Предупреждение обострений 3 месяца

2 x 3 месяца

М1 | М2 | М3

### ДЕТРАЛЕКС®

Регистрационный номер: П № 011499/01

Лекарственная форма: таблетки, покрытые оболочкой

Содержит одну таблетку, покрытую оболочкой, содержит 500 мг микронизированной флавоноидной фракции, состоящей из диосмина (80%) – 400 мг и флавоноидов, выделенных из гесперидина (10%) – 50 мг.

Фармакофармакологическая группа: ангиопротектор.

Фармакодинамика. ДЕТРАЛЕКС® обладает венотонизирующей и ангиопротекторной активностью. На венозном уровне – увеличивает эластичность вен и венозной стенки. На уровне микроциркуляции – снижает проницаемость, снижает агрегацию и повышает их резистентность.

Воздействие на организм:

Терапевтическое действие – ангиопротекторная активность:

- снижение тонуса в венгах;

- боль;

- «утрачена упругость» ног, варикоз;

- трофические нарушения;

Симптоматическое лечение обострений геморроя.

Противопоказания: индивидуальная чувствительность к препарату.

Безопасность в период беременности. Безопасность: неблагоприятно на организм не оказывает тератогенное действие. До наступления беременности не было выявлено никаких побочных эффектов при применении препарата у беременных женщин. Коррекция дозы: Не существует данных относительно безопасности препарата в период беременности и кормления грудью.

Способ применения и дозы. Внутрь. Рекомендуемая доза – 2 таблетки в день: 1 таблетка – в середине дня и 1 таблетка – вечером во время приема пищи. В период обострения геморроя – 6 таблеток в день в течение 4 дней, затем 4 таблетки в день в течение последующих 3 дней.

Наибольшая эффективность: Крайне редко: желудочно-кишечные и нейровегетативные расстройства. Серьезных побочных эффектов, требующих отмены препарата, не наблюдалось.

Взаимодействие с другими лекарственными средствами: Не отмечалось.

Регистрационное удостоверение выдано фирме «Лаб.фармацевт. Сервис».

Произведено «Лаб.фармацевт. Сервис Индустри», Франция.

115054, Москва, Павловская пл., д. 2, стр. 3

Тел.: (495) 937-07-00, факс: (495) 937-07-01



---

## Telangiectasia in the Edinburgh Vein Study: Epidemiology and Association with Trunk Varices and Symptoms

### Телеангиэктазии в Эдинбургском исследовании: эпидемиология и сочетание с варикозными венами и симптомами

Ruckley C.V., Evans C.J., Allan P.L., Lee A.J., Fowkes F.G.R.

Wolfson Unit for Prevention of Peripheral Vascular Diseases, University of Edinburgh, Teviot Place, Edinburgh, UK; Department of Public Health, Lothian Health, Edinburgh, UK; Department of Radiology, University of Edinburgh, Edinburgh, UK; Department of Medical Statistics, University of Aberdeen, Aberdeen, UK; Department of Public Health Sciences, University of Edinburgh, Edinburgh, UK

Опубликовано в: European Journal of Vascular and Endovascular Surgery, 2008, vol. 36, № 6, p. 719-724

Реферативный обзор подготовил Беленцов С.М.

---

Во введении авторы приводят определение телеангиэктазий как «внутрикожных вен диаметром менее 1 мм». Отмечается, что пациенты данной категории считаются «несерьезными» большинством врачей, но эта точка зрения не разделяется пациентами, которые воспринимают телеангиэктазии, как минимум, как эстетические проблемы, но часто еще предполагают, что это – манифестация серьезного заболевания сосудов.

Небольшие интрадермальные и субдермальные вены, такие, как «*сogona phlebectatica*», по размеру могут быть отнесены к телеангиэктазиям, но авторы считают их ранней стадией ХВН и исключили из исследования.

Исследование проведено 12 практикующими врачами Эдинбурга, дизайн – перекрестное рандомизированное. Популяция – мужчины и женщины от 18 до 64 лет. Исследуемых приглашали в

специальную клинику, где они заполняли опросник, их фотографировали, проводили дуплексное сканирование и исследования крови. Телеангиэктазии (C1) и варикозные вены (C2) были разделены на 3 степени тяжести ХВН согласно Базельскому исследованию. Степень 1 ХВН была определена как «расширенные подкожные вены/ *сogona phlebectatica*». Степень 2 ХВН определялась как «гипер- или депигментированные зоны, с «*сogona phlebectatica*» или без нее. Степень 3 – «открытая или зажившая язва».

Количество обследованных составило 1566 человек, из них было 699 мужчин (средний возраст 45,8 лет) и 867 женщин (средний возраст 44,8 лет). 98,9% принадлежали к белой расе. Поскольку не было разницы в частоте поражения левой и правой нижних конечностей, данные далее приводятся для правой нижней конечности.

Телеангиэктазии были обнаружены справа у 1322 обследованных (84%) и отсутствовали в 244 случаях (16%). Среди мужчин телеангиэктазии обнаружены у 555 (79%), среди женщин – у 767 (88%). Из 1322 степень 1 ХВН была у 1226 (92%), степень 2 ХВН – у 93 (7%), и степень 3 ХВН – у 3 (0,2%).

У 29 человек с телеангиэктазиями была 2 и 3 степень ХВН и отсутствовали варикозные вены, у 122 не было ни телеангиэктазий, ни варикозных вен. У 403 пациентов с варикозными венами и 1-3 степенью ХВН телеангиэктазии не обнаружены. У 64 с 2 и 3 степенью ХВН имелись и телеангиэктазии, и варикозные вены. Пациенты с телеангиэктазиями были значительно старше (средний возраст 56,6 лет) чем пациенты без варикозных вен и телеангиэктазий (34,4 года). В группе с телеангиэктазиями женщин было 89,7%. Среди женщин, имевших только телеангиэктазии, значительно меньшее количество (44%) когда-либо принимали контрацептивы, чем среди тех, кто не имел ни телеангиэктазий, ни варикозных вен (84,4%). Обратная зависимость существует в отношении беременностей и гормонозаместительной терапии.

Среди лиц без телеангиэктазий 85,2% не имели варикозных вен, в то время как эта цифра падала до 51,4% среди имеющих телеангиэктазии и степень ХВН 2-3. Только 2 (0,8%) обследованных из пациентов со степенью ХВН 2-3 и варикозными венами не имели телеангиэктазий. В целом, чем выше выраженность телеангиэктазий, тем выше частота и выраженность варикозных вен, как у мужчин, так и у женщин.

Проведено исследование частоты симптомов ХВН в 2-х группах: в 1-й не

было ни телеангиэктазий, ни варикозных вен (N=202); во 2-й имелись только телеангиэктазии (N=38). Частота была соответственно следующей: тяжесть 26 (12,9%) и 5 (13,2%); отечность 6(3,0%) и 8 (21,1%); боли 66 (32,8%) и 16 (42,1%); усталость 42 (20,8%) и 11 (29,0%); судороги 58 (28,9%) и 16 (42,1%); зуд 39 (19,4%) и 8 (21,1%); жжение 25 (12,4%) и 8 (21,1%). Полученные данные подтвердили, что от 3% до 29% лиц во взрослой популяции имеют один из общих «венных» симптомов несмотря на отсутствие телеангиэктазий и варикозных вен. Отмечена более высокая частота тяжести в ногах, отечности, болей, зуда, усталости, судорог, жжения у пациентов с телеангиэктазиями, чем в случаях, когда отсутствуют и варикозные вены, и телеангиэктазии.

Имеется корреляция между выраженностью варикозных вен и частотой телеангиэктазий. В то же время, заслуживает внимания факт, что около 51% обследованных с 2-3 степенью тяжести ХВН и телеангиэктазиями не имели варикозных вен, что подтверждает точку зрения о различии патофизиологических механизмов, вызывающих варикозные вены и телеангиэктазии.

Данные статьи, возможно, подтверждают то предположение, что нет тесных связей между системой подкожных вен и ретикулярной сетью, которая питает телеангиэктазии. Варикозные вены сосуществуют с телеангиэктазиями и ассоциируются с одними и теми же симптомами.

**Комментарий.** Данная статья - одна из немногих, в которой изучается влияние телеангиэктазий на выраженность

---

симптоматики ХВН. Зачастую к классу С1 формируется отношение как в большей степени к эстетическому дефекту, нежели как к проявлению заболевания. Часть пациентов получает лечение в дерматологических или косметологических лечебницах, при этом флебологи в процессе лечения не участвуют.

Оттенком пренебрежительного отношения к данной группе пациентов существует и у флебологов: большинство последних являются ангиохирургами, а класс С1 не требует хирургической операции. Кроме того, телеангиэктазии и ретикулярные вены зачастую характеризуются резистентностью к склеротерапии и склонностью к рецидивированию. Это также является одной из причин недостаточного интереса флебологов к

этой группе пациентов, что нашло отражение в малом количестве исследований и публикаций по данной проблеме.

В то же время, как справедливо отмечено в статье, пациенты не разделяют точку зрения многих врачей о «несерьезности» данной патологии. Это усугубляется наличием симптоматики ХВН у большинства данных пациентов, снижением качества жизни.

Статья является как бы продолжением дискуссии на последней конференции Ассоциации флебологов России (май 2008 г.) о сущности класса С1, что показывает растущий интерес к данной проблеме. Хотелось бы надеяться, что отношение врачей к этой патологии будет меняться, на благо наших пациентов.

# RELAXSAN®

bas et collant

Линия **Classic** -  
классический  
лечебный трикотаж  
(1, 2 и 3 класса  
компрессии)



Линия **Cotton** -  
лечебный трикотаж  
с использованием  
хлопкового волокна (1 и 2  
класса компрессии)



Линия **Soft** -  
элегантные и стильные  
изделия из очень мягкой  
микрофибры (1 и 2 класса  
компрессии)



Линия **Silver** -  
двойной эффект  
компрессии и  
лечебные свойства  
серебрянной нити **X-static**



Линия **Benefic** -  
профилактический трикотаж  
класса А и лечебный  
трикотаж 1 класса  
компрессии



Линия **Anti-Embolism** -  
лечебный трикотаж  
для профилактики  
тромбоэмболических  
осложнений



AD	AG	AGH	AGTL-AGTR	AT	ATM
цвет: бежевый, черный					

Медицинские изделия Relaxsan зарегистрированы  
Министерством Здравоохранения РФ

Регистрационное удостоверение МЗ РФ ФС № 2005/1957 от 27.12.2005г.

[www.relaxsan.ru](http://www.relaxsan.ru)

т/ф: (495) 540-39-94

м.Аэропорт т: 155-87-60  
м.Арбат т: 291-71-01

м. Первомайская т: 464-29-52  
м. Кантемировская т: 322-50-11

---

## Outcome of Endovenous Laser Therapy for Saphenous Reflux and Varicose Veins: Medium-Term Results Assessed by Ultrasound Surveillance

**Эндовазальная лазерная облитерация при ликвидации стволового рефлюкса и варикозного расширения вен: среднесрочные результаты, оцененные с помощью ультразвукового сканирования**

Myers K.A., Jolley D.

Epworth Hospital; Monash Institute of Health Services Research, Melbourne, Australia

Опубликовано в: European Journal of Vascular and Endovascular Surgery, 2009, vol. 37, p. 239–245

Реферативный обзор подготовил Золотухин И.А.

---

Авторы представляют среднесрочные результаты эндовазальной лазерной облитерации (ЭВЛО) 509 магистральных подкожных вен на 494 нижних конечностях у 361 пациента с варикозной болезнью (средний возраст 52 года, женщин – 64%). Все операции выполнены одним специалистом (К. Myers) на лазере длиной волны 810 нм под тумесцентной анестезией без седации. Вмешательство выполняли на венах, чей диаметр в поперечной плоскости сканирования был более 5 мм (средний диаметр 7 мм). При облитерации большой подкожной вены световод устанавливали в 2 см от сафенофemorального соустья над наиболее крупными приустьевыми притоками, при операции на малой подкожной вене старались ввести его в бедренную порцию сосуда. Мощность лазерного воздействия составляла 14 Вт в постоянном режиме, средняя скорость извлечения световода – 3,1 мм/сек, средняя плотность энергии – 44 Дж/см. Сразу после ЭВЛО формировали компрессионный бандаж и надевали

поверх чулок 2 класса компрессии. Спустя 2 суток бандаж снимали и предписывали ношение только чулка в дневное время на протяжении 7-10 дней. В 80% случаев потребовалось проведение эхо-контролируемого склерозирования притоков, которое выполняли через 1-3 недели. Для изучения отдаленных результатов проводили ультразвуковое дуплексное сканирование через 6 недель, затем каждые 6 мес. в течение 2 лет и в дальнейшем повторяли исследование ежегодно. Успешным результат признавали при окклюзии сосуда или отсутствии рефлюкса по нему на протяжении всего участка, подвергшегося лазерному воздействию. Первичным неудачным исходом считали сохранение полной или частичной проходимости вены в сочетании с рефлюксом, вне зависимости от наличия или отсутствия рецидива варикоза. Вторичной неудачей признавали отсутствие эффекта от повторного вмешательства или склерооблитерации.



После 4-х лет наблюдения зарегистрировано 75,7% первичных успешных результатов и 97,2% вторичных. Регрессивный анализ показал, что единственной статистически значимой связью служит зависимость неудачного результата от пола – у женщин исходы лучше. Обнаружена тенденция к ухудшению результатов у лиц старше 60 лет и пациентов с клиническими классами С4-С6, но эта связь не достигла статистической значимости. Не обнаружено влияния локализации и диаметра вены, варианта заболевания (первичное или рецидив), опыта хирурга, протяженности облитерированного участка, скорости извлечения световода и мощности лазерной энергии на возможность развития первичного неудачного исхода.

Из осложнений авторы у всех пациентов обнаруживали умеренный болевой синдром и подкожные кровоизлияния. У 11 больных (3%) развились венозные тромбозы эмболические осложнения. После ЭВЛО большой подкожной вены в 2 случаях тромбоз распространился на общую бедренную вену, в 2 – произошел тромбоз подколенной вены, у 1 пациента развилась легочная эмболия с неустановленным источником. На 4 конечностях обнаружили тромбоз берцовых вен после склерооблитерации, выполненной через 1-4 недели. После вмешательства на малой подкожной вене у 1 пациента произошло распространение тромбоза на подколенную вену, в 1 случае тромбоз обнаружили в бедренной вене. Все тромбозы глубоких вен протекали бессимптомно и стали находкой во время контрольных ультразвуковых исследований.

У 1 пациента развились симптомы поражения сурального нерва после ЭВЛО малой подкожной вены. Больше неврологических осложнений не фиксировали.

**Комментарий.** В разделе «Обсуждение» авторы львиную долю текста посвятили сравнению ЭВЛО с традиционной флебэктомией, приводя литературные данные о частоте неудач последней и рецидивов варикоза после операции, достигающих десятков процентов. Вывод авторов однозначен – ЭВЛО лучше, чем операция, а улучшить результаты ЭВЛО можно увеличив мощность доставляемой в вену лазерной энергии.

При прочтении данной статьи мне постоянно приходило на ум выражение «дьявол кроется в деталях». Причем, это уже не первая статья о результатах ЭВЛО, которая вызывает у меня такую ассоциацию. Поясню, что я имею в виду. Сторонники лазерной технологии активно обсуждают в своих работах, посвященных результатам ЭВЛО, какова была частота полной облитерации просвета вены после лазерного воздействия. С этим делом обстоит, как правило, великолепно – некоторые исследователи публикуют цифры, близкие к 100%. Кстати, данная работа заметно выбивается из ряда победных реляций – почти 25% восстановления (полного или частичного) просвета и рецидива рефлюкса. Такие данные из-под пера столь известного специалиста мне попадаются впервые.

Но, вернемся к деталям. Зададимся вопросом – какова цель любого хирургического вмешательства при варикозной болезни? Ответ на него прост: устранить варикозное расширение вен таким образом, чтобы

---

максимально снизить вероятность рецидива. А уж ликвидация стволового рефлюкса (с помощью ЭВЛО ли, или стриппинга) – это лишь один из способов достижения основной задачи. Итак, если мы боремся с варикозом и его рецидивами, то и оценивать мы должны эффективность лечения именно по этим критериям (логично, не правда ли?). А теперь попробуйте хоть в одной статье, посвященной результатам ЭВЛО, найти не то, что подробный анализ частоты и причин рецидивов варикозного расширения вен, а хотя бы просто упоминание об этом. Вам будет очень сложно это сделать, поскольку данный вопрос тщательнейшим образом обходится стороной. В результате нам с вами сообщают лишь то, что нам желательно знать – лазер очень эффективен для устранения стволового рефлюкса. А вот насколько его использование позволило повысить эффективность лечения варикозной болезни – вот это нам, видимо, знать пока необязательно.

Самое забавное в том, что когда речь заходит о сравнении результатов ЭВЛО с флебэктомией, то тут уж традиционной операцией не дают спуску именно в отношении частоты рецидивов варикоза!!! И на голубом глазу заявляют, что лазер лучше, потому, что

частота восстановления просвета магистрального ствола после ЭВЛО значительно меньше, чем частота рецидивов варикоза после флебэктомии? Вас может убедить такое сравнение? Меня – нет! Разве что может вызвать улыбку недоумения. Ведь надежная облитерация магистральной вены вовсе не означает, что у пациента не будет рецидива варикозной болезни. Более того, нет никаких причин, по которым, на мой взгляд, частота рецидивов варикоза после ЭВЛО должна была бы быть меньше, чем после операции – лазер лишь заменяет стриппинг, не более того. А вот какова частота рецидива варикоза после ЭВЛО – это пока, видимо, тайна за семью печатями.

Заключая свой комментарий, хочу сказать, что, на мой взгляд, лишь одна цифра заслуживает в этой статье серьезного внимания – 75,7% первичных успешных результатов через 4 года. Это уже не 95-100% о которых нам бодро сообщали еще несколько лет назад, так что, глядишь, скоро мы узнаем и том, какова частота рецидивов заболевания после лазерной облитерации и что на самом деле этот метод должен значить для нас и для наших пациентов.



Group

**sanofi aventis**

Правильное – здоровое



**Эффективная профилактика и лечение  
венозных тромбозов у терапевтических  
и хирургических больных**

Представительство акционерного общества "Авентис Интерконтиненталь" (Франция),  
зарегистрированное по адресу: 101000, Москва, Уланский пер., д. 5, стр. 1  
Почтовый адрес: 115035, Москва, ул. Садовническая, д. 62, стр. 2  
Тел.: (495) 721-1400, 926-5703, 926-5711, 926-5724, 926-5735. Факс (495) 721-1411

PHLEBO-UNION

---

## Endovenous Laser Ablation of the Incompetent Small Saphenous Vein with a 980-nm Diode Laser: Our Experience with 3 Years Follow-up

### Эндовазальная лазерная облитерация несостоятельной малой подкожной вены 980-нм диодным лазером: наш опыт с 3-летним наблюдением

Park S.W., Hwang J.J., Yun I.J., Lee S.A., Kim J.S., Chang S.H., Chee H.K., Hong S.J., Cha H., Kim H.C.

Department of Radiology, Department of Thoracic and Cardiovascular Surgery, Department of Surgery, Konkuk University Hospital; Department of Diagnostic Radiology, Korea University Guro Hospital; Department of Biomedical Engineering, Brain Korea 21 Project for Biomedical Science, College of Medicine, Korea University; Korea Artificial Organ Center, Korea University, Seoul, Republic of Korea

Опубликовано в: European Journal of Vascular and Endovascular Surgery, 2008, vol. 36, № 6, p. 738–742

Реферативный обзор подготовил Иванов Е.В.

---

В статье южнокорейских авторов представлены результаты эндовазальной лазерной облитерации (ЭВЛО) малой подкожной вены (МПВ) 980-нм диодным лазером. Было пролечено 96 конечностей у 84 пациентов, страдающих варикозной болезнью с рефлюксом по МПВ. Большинство пациентов наблюдались в течение 3 лет после лечения.

В исследование включали пациентов старше 18 лет с варикозной болезнью одной или обеих нижних конечностей (СЕАР C2–C4), подтверждённой клинически и ультразвуковым исследованием. Исключали пациентов с артериальной ишемией, посттромботической болезнью, тяжёлыми сопутствующими заболеваниями, а также беременных.

Операцию выполняли в амбулаторных условиях в рентгеноперационной. МПВ пунктировали в самом нижнем участке, затем в неё вводили проводник,

который продвигали за сафено-поплитеальное соустье. Положение проводника контролировали ультразвуком, а в ряде случаев (у тучных пациентов или при технических трудностях) – рентгеноскопией. Далее вводили световод с таким расчётом, чтобы его дистальный отдел не доходил 3 см до конца проводника. Тумесцентную анестезию осуществляли введением 100–150 мл 0,05% лидокаина. Лазерное излучение подавали с мощностью 10–12 Ватт, в непрерывном режиме. Световод вытягивали со скоростью приблизительно 5 мм в секунду. По окончании процедуры предписывали эластическую компрессию (II класс) в течение 2 недель и приём анальгетиков в течение 3 дней. Пациентов отпускали домой в день операции с рекомендацией немедленного возвращения к обычному образу жизни.

Оценку флебологического статуса и дуплексное ультразвуковое ангиосканирование проводили через 1 неделю, 1, 3 и 6 месяцев, 1 год и далее ежегодно. Критериями успешного лечения при ультразвуковом исследовании считали наличие несжимаемой вены и отсутствие кровотока в просвете МПВ.

Через 1 неделю были осмотрены 95 конечностей у 83 пациентов. Через 1 месяц облитерация вены на всём протяжении была на 89 конечностях из 93 (96%). Через 3 месяца осмотрено 87 конечностей, через 6 месяцев – 82, через 1 год – 77, через 2 года – 71 и через 3 года – 55. Во всех случаях подтверждена полная облитерация МПВ (100%).

Реканализация вены была обнаружена в сроке 1 месяц на 4 конечностях. Этим пациентам была выполнена повторная ЭВЛО с хорошим результатом.

Отмечены два основных побочных эффекта ЭВЛО. Наиболее часто (27%) встречались безболезненные подкожные кровоизлияния, которые спонтанно исчезали в течение месяца. В 13% были жалобы на ощущение напряжения или боль в зоне вмешательства, как правило, в течение первой недели.

Кроме того, у 4 пациентов развились парестезии в дистальных отделах голени; у трёх из них парестезии прекратились в течение 6 месяцев, у одного – через 1 год.

У одного из пациентов на втором визите (через 1 месяц) отметили небольшой отёк дистальных отделов голени, без гиперемии кожи. Отёк спонтанно исчез к 3 месяцу и, по данным ультразвукового исследования, не был связан с венозным тромбозом.

Не зарегистрировано серьёзных осложнений, таких как ожог или некроз

кожи, флебит, тромбоз глубоких вен, тромбоэмболия лёгочной артерии, инсульт, аллергические реакции.

Таким образом, ЭВЛО с использованием 980-нм диодного лазера, по мнению авторов, представляется достаточно эффективной и безопасной процедурой для лечения варикозно трансформированной МПВ. После лечения отмечается весьма низкая частота реканализации, что подтверждается трёхлетними результатами наблюдения.

**Комментарий.** Варикозная трансформация малой подкожной вены встречается реже несостоятельности большой подкожной вены (БПВ), но оперировать её сложнее, а частота осложнений и рецидивов после операции выше. Одной из причин рецидивов является ошибка в определении местонахождения сафено-поплитеального соустья (Winterborn R.J. et al., 2004).

Несмотря на многообещающие результаты ЭВЛО, хирург сталкивается с рядом технических проблем. Одной из них является трудность визуализации верхушки лазерного световода с помощью ультразвука при впадении МПВ в бедренную вену под острым углом, а также при глубоком расположении МПВ, особенно у людей с избыточно выраженной подкожной клетчаткой. Авторы столкнулись с такой ситуацией у 6 пациентов. Во всех этих случаях кроме ультразвукового ангиосканирования они использовали рентгеноскопию, что позволило точно определить положение световода.

Выбор применённого лазера обусловлен следующим. Теоретически, лазерное излучение с длиной волны 980 нм в большей степени поглощается водой,

---

нежели оксигемоглобином, по сравнению с более короткими волнами. В результате этого излучение глубже проникает в венозную стенку, следовательно эффект от воздействия должен быть более стойким.

В ряде предшествующих работ (Oh S.K. et al., 2003; Gibson K.D. et al., 2007) была продемонстрирована успешная эндовазальная облитерация БПВ и МПВ лазерами с различной длиной волны, однако, период наблюдения после

использования 980-нм лазера был весьма коротким (до 4 месяцев). Хорошие результаты лечения, прослеженные в течение трёх лет, обнадеживают, хотя для рекомендаций к более широкому применению метода необходимы более длительные сроки наблюдения.



GlaxoSmithKline

Для выпуска материала - апрель 2008 г.



## Надежная защита от тромботических осложнений

### Эффективная защита от ТТВ



Методология: данные мета-анализа рандомизированных исследований в общей хирургии, сравнивающих НМГ и НФГ (всего более 10 000 пациентов). Показанные результаты относятся к бессимптомным ТТВ. Риск развития кровотечений не отличался в группах НМГ и НФГ.

Относительный риск меньше 1 означает, что НМГ более эффективен, чем НФГ  
Только Фраксипарин достоверно снижает риск ТТВ в сравнении с НФГ\*

\*Mismetti et al. Meta analysis of low molecular weight heparin in the prevention of venous thromboembolism in general surgery. Br J Surg. 2001; 88: 913-30.

### На фоне Фраксипарина наблюдается достоверно меньший риск больших кровотечений по сравнению с эноксапарином<sup>2</sup>



Методология: проспективное, мультицентровое, рандомизированное, двойное слепое исследование. 1288 пациентов, оперированных по поводу изолированного ране, получили Фраксипарин 0,3 мл (n=653) или эноксапарин 40 мг (n=635) один раз в день в течение 9±2 дней за 2-4 часа до операции. (Первичная конечная точка эффективности состояла из ТТВ, документированного с помощью билатеральной венографии, и ТТВ и ТЭЛА, клинически выраженных, в течение 12 дней после операции. Основным параметром оценки безопасности являлась частота больших кровотечений).<sup>2</sup>

По данным этого документированного исследования, при назначении Фраксипарина 0,3 мл вместо эноксапарина 40 мг удается избежать одного большого кровотечения на каждые 24 больных<sup>2</sup>

<sup>2</sup>Simonneau G, Laporte S, Deron A, et al. A randomized study comparing the efficacy and safety of nadroparin 2850 IU (0,3 ml) vs. enoxaparin 4000 IU (40 mg) in the prevention of venous thromboembolism after colorectal surgery for cancer. Journal of Thrombosis and Haemostasis, 2006 (4): 1693-1700.

Для получения дополнительной информации обращайтесь в ЗАО «ГлаксосмитКляйн Трейдинг»: Россия, 121614, Москва, ул. Крылатская, 17, корп. 3, эт. 5, бизнес-парк «Крылатские Холмы» Тел. (495) 777 8900, факс (495) 777 8901

\*Перед использованием препарата ознакомьтесь с Инструкцией по медицинскому применению препарата Фраксипарин. Регистрационное удостоверение П №015872/01 от 28.07.2006 г.

## Фраксипарин<sup>®</sup>

надропарин<sup>®</sup>

Высокая эффективность и низкий риск кровотечений

---

## Restoration of Patency in Iliofemoral Deep Vein Thrombosis with Catheter-Directed Thrombolysis Does Not Always Prevent Post-Thrombotic Damage

**Восстановление проходимости при илиофemorальном тромбозе с помощью катетерного тромболитика не всегда предотвращает развитие посттромботической болезни**

Park Y.J., Choi J.Y., Min S.-K., Lee T., Jung I.M., Chung J.K., Park J.H., Kim S.J., Ha J.

Department of Surgery, Seoul National University College of Medicine, Seoul, Republic of Korea. Department of Radiology, Seoul National University College of Medicine, Seoul, Republic of Korea.

Опубликовано в: European Journal of Vascular and Endovascular Surgery, 2008, vol. 36, № 6, p. 725–730

Реферативный обзор подготовил Илюхин Е.А.

---

Представлено ретроспективное исследование лечения 34 пациентов, перенесших катетерный тромболитик по поводу илиофemorального тромбоза в период с 1999 по 2003 гг. Средний возраст - 55 лет (стандартное отклонение 13 лет).

Тромбоз давностью менее 14 дней диагностирован у 30 пациентов, давностью более 28 недель – у 2-х. У 2 пациентов лечение начато в сроки 14-28 дней от предполагаемого начала тромбоза. В 6 случаях отмечено распространение тромботического процесса на дистальный отдел нижней полой вены. Частоту вовлечения в тромбоз дистальных отделов глубоких вен нижних конечностей авторы не указывают, однако в оценку состояния венозного русла дистальные отделы включены. Указаны следующие факторы развития тромбоза: синдром May-Thurner(14), тромбофилия (11), иммобилизация (3), компрессия интраабдоминальным образованием (3),

ранение сосуда (3), стеноз подвздошной вены неясного генеза (4). Не было пациентов, принимавших гормональные контрацептивы, или имевших тромбоз глубоких вен в анамнезе. Для диагностики, лечения и контроля в процессе наблюдения использовали дуплексное сканирование вен и компьютерную томографию (КТ-венография). Тромболитик осуществляли через катетер 6F, введенный в подколенную вену под контролем УЗИ. Тромболитик – урокиназа. При наличии в нижней полой вене флотирующего тромба устанавливали временный кава-фильтр. При выявлении остаточного стеноза илиофemorального сегмента на контрольной КТ-венографии пациентам выполняли баллонную ангиопластику, стентирование саморасширяющимися нитиноловыми стентами или аспирационную тромбэктомия. Стентирование для устранения локальных остаточных стенозов было



выполнено на 21 конечности, из них в 14 случаев – в связи с синдромом Мея-Тернера.

Дополнительные назначения: трикотаж 3 степени компрессии, антикоагулянтная терапия (гепаринизация с переходом на варфарин) на срок, в среднем, 23 месяца (стандартное отклонение 17 мес.), но не менее 6 месяцев. Контроль осуществляли с помощью компьютерной томографии до и после катетерного тромболизиса, в сроки 1, 3, 6, 12 мес., далее - ежегодно. Хроническими изменениями считали сужение просвета сосуда и шнурированную трансформацию сосудистого сегмента, выявленные при контрольной томографии. В случае сомнений дополнительно проводили дуплексное сканирование. Клинически оценивали отеки, наличие варикозной трансформации поверхностных вен, гиперпигментацию и трофические язвы. Вентиляционно-перфузионная сцинтиграфия легких для исключения ТЭЛА проведена 19 пациентам до тромболизиса, 18 – после (некоторым пациентам выполняли исследование до и после процедуры).

При анализе результатов отдельно оценивали нижнюю полую, подвздошную, общую бедренную, поверхностную бедренную, подколенную и вены голени. При полной проходимости присваивали индекс «0», при наличии ограниченного необтурирующего тромба – «1», ограниченного обтурирующего – «2», при обтурации всего сегмента – «3». Далее рассчитывали интегральный показатель степени обструкции глубоких вен конечности. Тромболизис признавали неэффективным при снижении показателя менее, чем на

50%, частичным – при снижении на 50-95%, полным – более 95%. Клинический успех констатирован при наличии эффективного тромболизиса: произошел регресс отеков и/или болевого синдрома. Технический успех тромболизиса достигнут в 97% (полный лизис у 68%, частичный у 29%). Обращает внимание, что в резюме статьи говорится о 97% технического успеха тромболизиса (полный лизис у 68%, частичный у 29%), в тексте же приводятся несколько иные цифры: полный лизис достигнут у 53%, частичный – у 41%. Однако, при столь небольшом объеме исследования различие не представляется значимым. В 2 случаях развилось вагинальное кровотечение, в одном из них потребовалось переливание компонентов крови. Вентиляционно-перфузионная сцинтиграфия легких показала высокую и среднюю вероятность ТЭЛА у 3 пациентов, однако, симптоматики ТЭЛА не наблюдалось. Смертельных случаев не было.

Средний срок наблюдения 47 месяцев (стандартное отклонение 16 мес.). В этот период рецидивы тромбоза были обнаружены у 13 из 34 пациентов. Среди этих пациентов посттромботический синдром наблюдался у 7 пациентов (21 %) и ретромбоз в 11 (32 %). 5 (15%) пациентам с ретромбозом был проведен повторный тромболизис, однако достигнут был лишь частичный технический успех с исходом в хроническое посттромботическое повреждение и стеноз сосуда. Из 11 пациентов с тромбофилией ретромбоз произошел у 8. У 16 пациентов (47%) за время наблюдения развились хронические изменения сосудов;

отсутствие изменений глубоких вен в сроки 1, 3, и 5 лет составляют 88 %, 73 %, и 45 %, соответственно. 9 (44%) из 21 установленных стентов в той или иной степени подверглись обструкции. Единственным фактором, влияющим на проходимость стента, явилась его длина (более 6 см.) В период наблюдения умерло 2 пациента (злокачественная опухоль желудка и гепатоцеллюлярная карцинома), но они включены в анализ. Анализируя полученные данные, авторы приходят к выводу, что наибольшей эффективностью обладает тромболизис, проведенный в первые 5 суток от начала заболевания. Кроме того, катетерный тромболизис предпочтителен для пациентов с впервые произошедшим тромбозом, так как у них с большей вероятностью удастся добиться полного лизиса. Не удалось получить значимых различий в частоте ретромбоза и развития хронических изменений сосудов в группах со стентированием и без него. Единственным значимым фактором риска нарушения проходимости стента при мультифакторном анализе явилась длина стента. Для реальной оценки эффективности саморасширяющихся металлических стентов, по мнению авторов, требуется проспективное контролируемое исследование. Авторы отмечают, что ограничения этого небольшого ретроспективного исследования не представили возможности оценить клапанную дисфункцию и особенности посттромботического синдрома у пролеченных больных. Конфликт интересов не заявлен.

**Комментарий.** Тема статьи представляется очень актуальной. Спорам между сторонниками активного лечения проксимальных тромбозов и

апологетами консервативной тактики не видно конца, и связано это, конечно, с недостатками обоих подходов. Анализ материала в данной работе представляет большой интерес, тем более, что дизайн исследования практически безупречен. Однако, на главный вопрос ответа мы так и не получили – развивается ли посттромботическая болезнь (ПТБ) при быстром и минимально травматичном восстановлении проходимости венозного русла? Что происходит при этом с клапанным аппаратом? Как влияет степень и протяженность обструкции на развитие симптомов ПТБ? Ведь, в конечном счете, нас интересует именно клинический, а не морфологический результат лечения. Авторы сами отмечают, что для ответа на эти вопросы требуется несколько другой формат исследования, в качестве же итога приведенной работы повторю их главную мысль: катетерный тромболизис эффективен для раннего восстановления проходимости венозного сегмента, но не предотвращает деградацию сосуда в последующем. Хронические посттромботические изменения сосуда произошли в течение четырехлетнего (в среднем) наблюдения почти у половины больных. Однако к этому выводу требуется оговорка: большинство пациентов, включенных в исследование, имели механическое сужение просвета подвздошной вены (синдром Мея-Тернера, сдавление образованием в брюшной полости, стеноз неясного генеза), которое потребовало выполнения стентирования сосуда. А, как мы видели, почти половина стентов с течением времени в той или иной степени подверглась обструкции, вдобавок, почти у трети больных по разным причинам произошел

---

ретромбоз. Все это затушевывает эффект ранней реканализации просвета сосуда, не позволяет оценить, сколь полноценно восстанавливается функция магистральных вен. По видимому, необходима сравнительная оценка эффективности тромболизиса в случаях, так называемых, идиопатических

проксимальных тромбозов и тромбозов, опосредованных «провоцирующими» факторами. В этом сегменте патологии глубоких вен (идиопатические тромбозы) можно надеяться на лучшие результаты в отдаленном периоде, что поможет обоснованно определить показания к тромболизису при ТГВ.

---

## **Monocusp – novel common femoral vein monocusp surgery uncorrectable chronic venous insufficiency with aplastic/dysplastic valves.**

**Моностворка – оригинальный способ создания клапана в общей бедренной вене при некорригируемой хронической венозной недостаточности у больных с аплазией и дисплазией клапанов**

Opie J.C., Izdebski T., Payne D.N., Opie S.R.

Scottsdale Healthcare; Advanced Vein Institute, Scottsdale; Arizona State University, Tempe; Scottsdale Medical Devices Inc., AZ, USA

Опубликовано в: Phlebology, 2008, vol. 23, p. 158-171.

Реферативный обзор подготовил Малинин А.А.

---

Следуя старой русской пословице – «лучше один раз увидеть, чем много раз написать», хочу представить читателям схему оригинальной методики создания венозного клапана по типу моностворки, разработанной авторами статьи (рисунок).

Авторы провели 14 операций у 11 больных (у 3-х с двух сторон) с трофическими язвами, лечение которых консервативными методами было не эффективно в течение длительного периода времени. Эти 11 пациентов с аплазией и гипоплазией клапанов, которые не подлежали реконструкции, были отобраны из 260 пациентов с ХВН. У остальных больных ХВН была вызвана поражением поверхностной венозной системы.

Отдаленные результаты были прослежены в течение 4 лет после операции. Они показали, что состоятельность моностворки сохранилась в течение всего периода наблюдения у всех 11 больных. Боль,

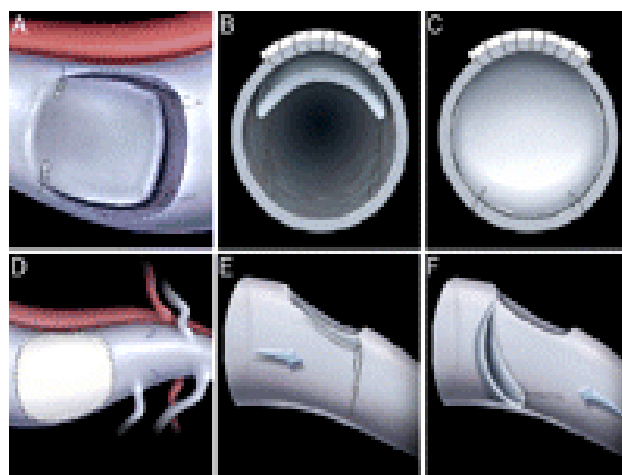


Рис. Схема создания венозного клапана-моностворки

А - в общей бедренной вене делают овальный разрез, выкраивают П-образный лоскут из стенки, который по размеру должен быть немного больше, чем окружность вены в наполненном состоянии. В. С.- (В - вид при открытой моностворке, С - при закрытой) образовавшийся дефект в вене закрывают заплатой из политетрафторэтилена. D – общий вид заплаты на вене. E - вид сбоку – моностворка открыта. F - вид сбоку – моностворка закрыта.

отек, трофическая язва, венозный застой в конечности регрессировали. Симптоматических проявлений ХВН за весь период наблюдения у пациентов не имелось. Класс заболевания после операции уменьшился с 4–6 до 0–1 (по CEAP). Средние показатели венозного рефлюкса снизились с  $3,8 \pm 0,4$  до  $0,3 \pm 0,5$  сек. ( $P < 0,001$ ). В клиническом аспекте авторы сообщают, что через 6 мес. имелось исчезновение гиперпигментации и заживление язвы, а через 3,5 года наблюдалось размягчение липодерматосклероза и это все произошло без использования больными компрессионных чулок.

**Комментарий.** Первое впечатление – это просто фантастика! Вот так просто взять и без всякой эволюции создать чудо-клапан, который, как показывают довольно продолжительные наблюдения, остается состоятельным в течение 4 лет. Отсутствуют серьезные тромбозы, клинические проявления постепенно регрессируют и полностью купируются. Просто чудо! Хочу обратиться к тем коллегам, кто оперировал на венозных клапанах или их изучал - насколько тонки и хрупки створки венозных клапанов. Добавлю к этому еще и то, насколько уникально строение венозного клапана. Одни авторы считают, что функция венозного клапана полностью пассивная, другие (в том числе и я), что активная, т.е. замыкательная функция (на различных этапах закрытия) не является чисто механической, а имеет элементы физиологических рефлексогенных функций, которые включаются при чрезмерных нагрузках и при регулировании венозного кровотока. Взять, к примеру, лимфатическую систему и сократительную функцию

лимфангионов... И, что касается венозного эндотелия, который в норме имеет упорядоченную мозаику и это создает сбалансированные физиологические условия для венозного оттока и исключает развитие венозного тромбоза. Следует отметить, что в каждой из глубоких вен нижней конечности в среднем имеется от 4 до 10 клапанов (В.Н. Ванков 1974) - в тибиальных венах по 10 клапанов; в подколенной - 2; бедренной - 4; глубокой бедренной - 4; общей бедренной - 1; наружной подвздошной - 1; общей подвздошной - 1, которые располагаются обычно несколько ниже венозных притоков, предотвращая локальный рефлюкс крови из этих венозных притоков. Основным или, т.н. «вентильным» клапаном является клапан в поверхностной бедренной вене, располагающийся тотчас ниже впадения глубокой вены бедра. Частота его выявления достигает более 96%, в общей бедренной вене клапан расположен значительно реже (до 30%), а в общей подвздошной, к примеру, всего лишь в 5% случаев.

Таким образом, венозные клапаны располагаются в зависимости от гемодинамической необходимости, а при её отсутствии они могут редуцироваться (В.Н. Ванков 1974) и работают в едином комплексе индивидуальном для каждого человека. Поэтому можно сделать предварительный вывод, что один клапан «в поле не воин».

Авторы статьи не предоставляют данных о распространенности аплазии венозных клапанов по всей конечности, и в результате нет возможности представить показания для локальной пластики клапана с моностворкой в общей бедренной вене. В литературе

---

описан т.н. синдром «ВАВК» - врожденная аплазия венозных клапанов на нижних конечностях на всех уровнях. Основным симптомом является стойкий и выраженный отек конечности. В этом случае применение антирефлюксной операции с созданием моностворчатого венозного клапана на нескольких уровнях, наверное, было бы целесообразным. Хотя большого оптимизма лично я не испытываю.

История венозной клапанной хирургии насчитывает не один десяток лет. Испробованы огромное количество различных операций включая, реконструктивные операции на клапанах, ауто-, гомо-, ксенотрансплантацию, создание различных вариантов «не клапанных» антирефлюксных операций и многое-многое другое. И что же? Удовлетворенности от всех этих операций нет. Есть только постоянная тревога в связи с возможностью развития тромбоза с последующей легочной эмболией.

В заключение хочу отметить, что вопрос хирургических реконструктивных операций будет всегда «вплывать» в литературе.

Запретить это направление флебохирургии невозможно, поэтому каждый из нас сам должен сделать выбор – назначить пациенту с тяжелой ХВН компрессионные изделия или выполнить операцию на глубоких венах (например, создать моностворку по Оrie J.C.).

# ЛИОТОН 1000®

Успех, движение,  
ног преобразование!

Гель



Одобрено Ассоциацией  
флебологов России

БЕРЛИН-ХЕМИ  
МЕНАРИНИ

## Применяется

- при варикозной болезни
- при отеках и подкожных гематомах
- при флебитах и тромбофлебитах

Рег. урл.: П. № 012107/01-2005

---

## The effect of nitroglycerin ointment on great saphenous vein targeted venous access site diameter with endovenous laser treatment

### Влияние нитроглицериновой мази на диаметр большой подкожной вены в месте венепункции при проведении эндовазальной лазерной коагуляции

Hogue R.S., Schul M.W., Dando C.F., Erdman B.E.

Hogue Vein Institute, Maple Grove, MN; Lafayette Regional Vein Center, Lafayette, IN; Madison Vein and Laser Institute, Middleton, WI, USA

Опубликовано в: Phlebology, 2008, vol. 23, p. 222-226

Реферативный обзор подготовил Париков М.А.

---

В основе работы лежит исследование локального венодилатирующего эффекта 2% нитроглицериновой мази в месте предполагаемого пункционного доступа для эндовазальной лазерной коагуляции (ЭВЛК). Это двойное слепое плацебо-контролируемое рандомизированное исследование проведено на 75 пациентах, прошедших амбулаторно процедуру ЭВЛК. Включены пациенты старше 18 лет со стволовым рефлюксом по большой подкожной вене (БПВ). Критерии исключения – диаметр БПВ в месте пункции - от 5 мм и выше, флебэктомия или эндовазальная процедура в анамнезе, аллергия на нитроглицериновую мазь, невозможность выполнить тест с ходьбой (тредмил-тест), систолическое артериальное давление перед процедурой менее 100 мм рт.ст. Первичное измерение сегмента БПВ выполняли в положении лежа на спине в предполагаемой точке доступа (внутренняя поверхность голени несколько ниже коленного сустава) при

помощи ультразвукового сканера (измерение от интимы до интимы). Испытуемые были разделены на 3 группы. В группе А (26 пациентов) после измерения наносили плацебо-мазь на место предполагаемой пункции и предписывали ходьбу в течение 20 минут (тредмил-тест) перед повторным измерением. В группе В (27 пациентов) на место венепункции в положении на спине наносили 2% нитроглицериновую мазь в количестве 0,25 дюйма и распределяли на зону 8x8 см с экспозицией 20 минут. В группе С (22 пациента) после нанесения нитроглицериновой мази предписывали 20-минутную ходьбу. Далее всем пациентам проводили повторное измерение диаметра БПВ и выполняли ЭВЛК под эхоконтролем под местной анестезией. Во время процедуры проводили контроль ЭКГ, ритма сердца, артериального давления. Результаты измерений в группах А, В и С были сравнены с использованием t-теста. Отношения между измерениями БПВ и переменных возраста, пола,



---

классификации СЕАР были оценены с линейным анализом регресса.

Результаты: Процентное изменение диаметра вены в группе А (ходьба) составляло +2,7 % ( $P = 0.403$ ), тогда как в группе В (нитроглицериновая мазь) и группе С (мазь + ходьба) продемонстрирована существенная венодилатация +69,0% от исходного диаметра ( $P < 0.0001$ ) и +51.7 % ( $P < 0.0001$ ), соответственно.

Статистически значимые изменения диаметра вен до и после пробы отмечены в зависимости от возраста и клинического класса СЕАР. Использование величины изменения диаметра вены в качестве зависимой переменной и сопоставление ее с независимыми переменными: клинический класс СЕАР, пол, возраст, ходьба или использование нитроглицериновой мази, также были подвергнуты анализу. Выявлена зависимость клинического класса по СЕАР с последующей венодилатацией после применения мази. Из побочных эффектов применения этого средства следует отметить развитие в 5,3% случаев (4 пациента) головных болей, которые были купированы приемом таблетированных анальгетиков.

**Комментарий.** Эта работа убедительно демонстрирует эффективность применения 2% нитроглицериновой

мази для увеличения диаметра пунктируемой вены. Интересны результаты, полученные в группах сравнения, например, практически полное отсутствие какой-либо венодилатации при ходьбе. Проблема успешной пункции и канюляции БПВ при проведении процедуры ЭВЛК хорошо известна практикам этого метода, что заставляет использовать при стволовом варикозе с венами малого диаметра либо хирургический доступ либо отказываться от ЭВЛК. Вероятность успешной пункции резко снижается после неудачной первой пункции в силу выраженного спазма вены, приходится выбирать другую точку канюляции, что в конечном итоге нарушает план процедуры. Именно поэтому применение такого фармакологического «помощника» как 2% нитроглицерин, может не только облегчить в ряде случаев техническое исполнение процедуры, сократить ее время, но и несколько расширить показания к применению метода ЭВЛК, позволяя осуществлять ее в том числе и на коллатеральных прямых притоках небольшого диаметра. Было бы интересно оценить эффект такого венодилатирующего действия в различных участках стволов большой и малой подкожных, а также в перфорантных венах.



## **Ассоциация флебологов России (АФР)**

<http://www.phlebo-union.ru/>

### **Ежегодная премия Ассоциации флебологов России**

Редакционная коллегия журнала «Флебология» сообщает о присуждении Ежегодной премии Ассоциации флебологов России за лучшую работу, опубликованную в разделе «Оригинальные статьи».

В результате тайного голосования победителем в 2008 г. объявлена работа Фокина А.А., Беленцова М.М., Леонтьева С.Н. «Сравнительная эффективность эндоскопической диссекции перфорантных вен, высокоинтенсивного лазерного излучения и микропенной эхо-контролируемой склеротерапии в ликвидации перфорантного вено-венозного рефлюкса при хронической венозной недостаточности: ближайшие и отдаленные результаты», опубликованная в №4.

Авторскому коллективу статьи-победителя будут вручены памятные дипломы и денежная премия в размере 25000 рублей.

Редакционная коллегия журнала «Флебология» и Исполнительный Совет Ассоциации флебологов России поздравляют лауреатов с заслуженной наградой и желают им дальнейших профессиональных успехов!

Глубокоуважаемые коллеги!

Ежегодная премия Ассоциации флебологов России за 2009 г. будет присуждена лучшей работе, опубликованной в разделе «Оригинальные статьи» журнала ФЛЕБОЛОГИЯ. Размер премии составит 25.000 рублей.

Статья-победитель будет определена Редакционной коллегией путем тайного голосования после выхода в свет всех номеров журнала ФЛЕБОЛОГИЯ за 2009 г.

### **Исполнительный Совет Ассоциации флебологов России**

Информация о журнале и условиях подписки  
на сайте издательства «МедиаСфера»:  
<http://www.mediasphera.ru/journals/flebo/>