

РЕФЕРАТИВНАЯ ФЛЕБОЛОГИЯ

№ 2(12), 2009г.

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

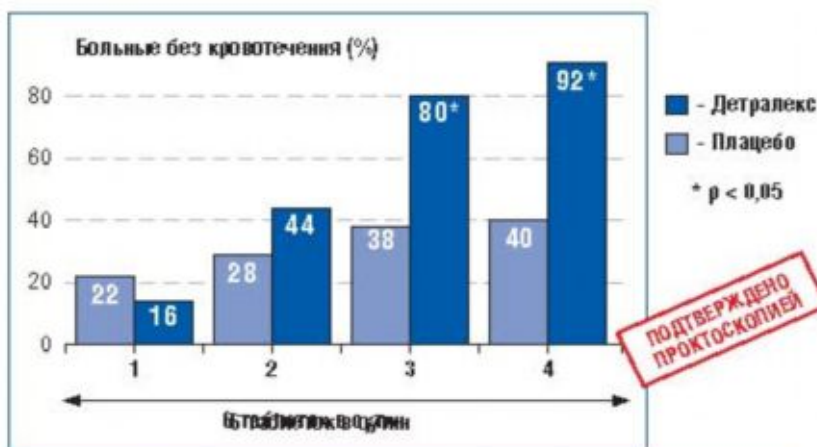
СОДЕРЖАНИЕ

- 1. Тромбоз глубоких вен и прогноз у пациентов с манифестирующей легочной эмболией: предварительное сообщение.** Т. Yamaki, M. Nozaki, H. Sakurai, M. Takeuchi, K. Soejima, T. Kono.
Реферативный обзор подготовил Беленцов С.М. **Стр.4**
- 2. Рандомизированное сравнительное исследование стоимости и стоимости/эффективности криотриппинга и эндовазальной лазерной облитерации варикозных вен: результаты 2-хлетнего исследования.** B.C.V.M. Disselhoff, E. Buskens, J.C. Kelder, D.J. der Kinderen, F.L. Moll
Реферативный обзор подготовил Богачев В.Ю. **Стр.7**
- 3. Рандомизированное открытое сравнительное исследование эффективности длительного применения низкомолекулярного гепарина и оральных антикоагулянтов в лечении тромбоза глубоких вен.** A. Romera, M.A. Cairols, R. Vila-Coll, X. Marti, E. Colome, A. Bonell, O. Lapiedra.
Реферативный обзор подготовил Золотухин И.А. **Стр.10**
- 4. Множественные инъекции малых доз могут уменьшить проникновение пенообразного склерозанта в глубокие вены при пенной склеротерапии варикозных вен.** Т. Yamaki, M. Nozaki, H. Sakurai, M. Takeuchi, K. Soejima, T. Kono.
Реферативный обзор подготовил Иванов Е.В. **Стр.13**
- 5. Приустьевая эхо-foam-склеротерапия большой подкожной вены: непосредственные и отдаленные результаты.** Беленцов С.М., Бурлева Е.П., Веселов Б.А., Кунцева Е.Е., Кравченко Н.А.
Реферативный обзор подготовил Илюхин Е.А. **Стр.16**
- 6. Восстановительная хирургия большой подкожной вены путем ангиоскопической ангиопластики и транспозиции состоятельного притока: 5- летние результаты.** Т. Yamaki, M. Nozaki, H. Sakurai, M. Takeuchi, K. Soejima, T. Kono.
Реферативный обзор подготовил Цуканов Ю.Т. **Стр.20**

ДЕТРАЛЕКС®

Микронизированный диосмин + гесперидин

К 3-му дню лечения обеспечивает остановку кровотечения у 8 из 10 пациентов¹



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 № 011489/01

Лекарственная форма: таблетки, покрытые оболочкой.

Состав: одна таблетка, покрытая оболочкой, содержит 500 мг микронизированной флавоноидной фракции, состоящей из диосмина (80%) – 400 мг и флавоноидов, выделенных из гесперидина (10%) – 100 мг.

Фармакофармакологическая группа: ангиопротектор.

Фармакодинамика: ДЕТРАЛЕКС® обладает венотонизирующей и микроциркуляторной свойствами. На среднем уровне – уменьшает растяжимость вен и венечной заспи. На уровне микроциркуляции – снижает проницаемость, снижает вязкость и повышает эластичность.

Взаимодействие с другими препаратами:

Терапия свертывающей системы – антифлеботической направленности:

- оральные контрацептивы
- Вит. С
- внутривенная укладка ног, судороги
- трофические нарушения

Симптоматическая терапия обострений геморроя.

Витаминизированная форма повышает частоту приема.

Безопасность в период беременности: Детралекс® не оказывает на организм беременных женщин неблагоприятных эффектов. До настоящего времени не было сообщений о каких-либо побочных эффектах при применении препарата у беременных женщин. Прием препарата Детралекс® не оказывает влияния на плод и не повышает вероятность выкидыша или преждевременных родов.

Способ применения и дозы: Взрослым: Детралекс® доз. – 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.

Наибольшее действие: Крайне редко: энцефалопатическое и нейротоксическое расстройства. Серьезных побочных эффектов, требующих отмены препарата, не наблюдалось.

Взаимодействие с другими лекарственными средствами: Не выявлено.

Регистрационное удостоверение выдано фирме «Лабсиргорин Сервис».

Произведено «Лабсиргорин Сервис Индустри», Франция.

115054, Москва, Павловская ул., д. 2, стр. 8

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



Presence of lower limb deep vein thrombosis and prognosis in patients with symptomatic pulmonary embolism: preliminary report

Тромбоз глубоких вен и прогноз у пациентов с манифестирующей легочной эмболией: предварительное сообщение

T. Yamaki, M. Nozaki, H. Sakurai, M. Takeuchi, K. Soejima, T. Kono

Department of Plastic and Reconstructive Surgery, Tokyo Women's Medical University, Tokyo, Japan

Опубликовано в: European Journal of Vascular and Endovascular Surgery, 2009, vol. 37, № 2, p. 225-231

Реферативный обзор подготовил Беленцов С.М.

Целью исследования стало изучение клинического значения компрессионного ультразвукового исследования и разработка шкалы риска неблагоприятных событий (повторный тромбоз глубоких вен, повторная тромбоэмболия легочных артерий (ТЭЛА), фатальное событие, в т.ч. ТЭЛА) у пациентов с венозными тромбозами.

За 5 лет 215 пациентов с подтвержденной ТЭЛА были обследованы с применением ультразвукового сканирования. Лечение проводили в течение 5-14 дней нефракционированным гепарином внутривенно под контролем АЧТВ, затем варфарином как минимум 6 месяцев. Затем проводили обследование для выявления повторных венозных тромбоэмболических эпизодов в срок до 1 года.

Оценивали такие факторы, как злокачественные новообразования, заболевания сердца, гормонзамещающая терапия, иммобилизация, неадекватный уровень международного нормализованного отношения (МНО), колит, известная тромбофилия, операции и травмы, тромбоз в анамнезе и

почечная недостаточность. Исследования на тромбофилию включали определение уровней протеина С, протеина S, антитромбина III, антифосфолипидных тел, гомоцистеинемии и уровня плазминогена. Фактор Лейдена и протромбин G20210A были исключены из исследования, поскольку все 215 пациентов были японцами. Также были исключены пациенты с симптомами со стороны нижних конечностей более 1 месяца, нестабильным состоянием ввиду массивной ТЭЛА, ожидаемой продолжительностью жизни менее 3 мес., началом антикоагулянтной терапии ранее, чем за 48 часов до осмотра, а также потерянные для отдаленных результатов.

Ультразвуковое исследование проводил один и тот же специалист в сроки 2 недели, 1 месяц и затем каждые 3 месяца. Проксимальным считали тромбоз от уровня подколенной вены и выше, с тромбозом вен голени или без него. Рецидивы ТЭЛА подтверждали инструментально.

Для получения простой шкалы риска использовали результаты мультивариантного логистического

регрессионного анализа, положительные точки были оценены в пропорции регрессивных коэффициентов.

Отмечено, что 7 факторов являются независимыми факторами риска неблагоприятных событий: злокачественное новообразование (2 балла), неадекватная антикоагулянтная терапия (1 балл), симптоматический тромбоз (1 балл), принадлежность к мужскому полу (2 балла), наличие тромбоза глубоких вен (1 балл), проксимальный тромбоз (1 балл) и наличие тромбоза в анамнезе (1 балл). Таким образом, максимально возможная сумма – 10 баллов. Анализ показал, что граница между неблагоприятным исходом и его отсутствием – 4 балла (чувствительность 68,7%, специфичность 91,2%). Пациенты были разделены на имеющих высокий риск неблагоприятных событий (5 баллов и более) и низкий риск (4 и менее баллов). В первой группе частота неблагоприятных событий была 59,5%, во второй – 6%.

В заключении авторы отмечают, что их исследование имеет два возможных ограничения. Первое - не было точной информации о продолжительности приема оральных антикоагулянтов, поэтому данный фактор был исключен из анализа. Второе - период наблюдения в исследовании был относительно долгим, и главным образом благодаря ограниченному объему выборки с недостаточным количеством клинических случаев это может представлять возможную статистическую ошибку.

Исследование продемонстрировало клиническое значение выполнения компрессионного ультразвукового

ангиосканирования у пациентов с первым эпизодом ТЭЛА. Балльная система прогнозирования является простой и доступной для идентификации пациентов с высоким риском неблагоприятных событий.

Комментарий. В представленном исследовании в очередной раз подчеркивается значение ультразвукового ангиосканирования при заболеваниях вен и при венозных тромбозах в частности. Отмечается также необходимость динамического наблюдения за пациентами. Простая система прогнозирования неблагоприятных событий, конечно, не лишена недостатков и не может рассматриваться как абсолютная, на что обращают внимание сами авторы. Тем не менее, она позволяет привлечь более пристальное внимание врача к пациенту в тех случаях, когда возможен неблагоприятный прогноз.

Кроме того, приведенная работа поражает своей простотой. О Японии у нас сложился стереотип крайне высокотехнологичной страны, с множеством сложных диагностических и лечебных приспособлений, в значительной степени исключающих клиническую оценку пациента. Здесь же мы видим несложную методику, внедрение ее в рутинную практику требует, из сложных приборов, наличия только ультразвукового аппарата с возможностью дуплексного сканирования, что в настоящее время не является большой редкостью. Своевременное прогнозирование исходов венозных тромбозоэмболических эпизодов, возможно, позволит снизить их количество.

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
серебряной 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

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

Randomised comparison of costs and cost-effectiveness of cryostripping and endovenous laser ablation for varicose veins: 2-year results

Рандомизированное сравнительное исследование стоимости и стоимости/эффективности криостриппинга и эндовазальной лазерной облитерации варикозных вен: результаты 2-х летнего исследования

Disselhoff B.C.V.M., Buskens E., Kelder J.C., der Kinderen D.J., Moll F.L.

Department of Surgery, Mesos Medical Centre, Utrecht; Department of Epidemiology, University of Groningen, Groningen; Department of Cardiology, St Antonius Hospital, Nieuwegein; Mauritskliniek, Nijmegen; Division of Vascular Surgery, University Medical Centre Utrecht, Utrecht; The Netherlands

Опубликовано в: European Journal of Vascular and Endovascular Surgery, 2009, vol. 37, № 3, p. 357–363.

Реферативный обзор подготовил Богачев В.Ю.

Авторы провели рандомизированное сравнительное исследование двух способов устранения магистрального рефлюкса в системе большой подкожной вены (БПВ): криостриппинга и эндовазальной лазерной облитерации (ЭВЛО). В исследование были включены 120 пациентов с варикозной болезнью (C2 по CEAP) и рефлюксом по БПВ от остиального клапана до голени. Рандомизацию осуществляли методом конвертов. Все пациенты были оперированы в условиях однодневного стационара или амбулаторно. Во время первоначального вмешательства проводили только криостриппинг или облитерацию ствола БПВ. Спустя 6 недель удаляли или склерозировали сохранившиеся притоки и вариксы. Через 6, 12 и 24 месяца при необходимости выполняли дополнительное лигирование сафено-бедренного или сафено-

подколенного соустьей, а также минифлебэктомию по Мюллеру. Оценку результатов лечения (до, через 6, 12 и 24 месяца после операции) осуществляли с помощью опросника SF-6D (модифицированной и сокращенной версии опросника SF-36). За период наблюдения в течение 2 лет показатели SF-6D возросли с 0.78 до 0.80 в группе криостриппинга и с 0.77 до 0.79 в группе ЭВЛК. Через 2 года рецидивные варикозные вены, потребовавшие дополнительного лечения, были обнаружены у 19 (32%) пациентов, перенесших криостриппинг, и 13 (22%) пациентов после ЭВЛК. Общие расходы на лечение составили 2651 и 2783 евро соответственно. Авторы делают вывод о том, что криостриппинг служит более эффективной и менее затратной процедурой в сравнении с ЭВЛО.

Комментарий. Оценка эффективности и безопасности эндоваскулярных методов лечения варикозной болезни сохраняет свою актуальность. Результаты использования инновационных технологий сопоставляют с традиционной флебэктомией, и, как правило, не в пользу последней. Между тем, все эти сравнительные исследования носят ретроспективный характер, то есть не учитывают особенности исходного флебологического статуса, способы флебэктомии, опыт оперирующих хирургов и многие другие нюансы, влияющие на исход вмешательства. Вот почему, представленное рандомизированное сравнительное исследование представляет большой практический интерес. Вывод, который сделали авторы, в значительной мере противоречит победным реляциям из статей, посвященным ЭВЛО и радиочастотной облитерации, согласно которым эти методы не только менее травматичны, но и более радикальны в сравнении с традиционной флебэктомией. Казалось бы, данные, приведенные в статье, подтверждают это положение. Частота рецидивов после криостриппинга на 10% выше, чем после ЭВЛО! Но давайте взглянем на структуру рецидивов. В группе криостриппинга

рецидивы были обусловлены развитием сафено-подколенного рефлюкса (2 пациента), ликвидированным с помощью лигирования малой подкожной вены и 17 случаями появления варикозных вен, потребовавших склеротерапии. В группе ЭВЛО 3 пациентам потребовалась дополнительная перевязка сафено-бедренного соустья, 2 – лигирование малой подкожной вены и 8 - проведение склеротерапии. Иными словами, в группе ЭВЛО было зафиксировано 5 против 2 рецидивов в группе криостриппинга, потребовавших повторного хирургического вмешательства. То есть, криостриппинг - более радикальная процедура в сравнении с ЭВЛО. Кроме того, не было обнаружено существенных различий по качеству жизни между двумя сравниваемыми группами во всех суррогатных точках исследования – через 6, 12 и 24 месяца после операции, что развеивает миф о травматичности флебэктомии. И наконец, 32 евро, сэкономленные на 1 пациенте при криостриппинге, в пересчете на более 600000 флебэктомий, выполняемых в Нидерландах ежегодно, уже не кажется столь незначительной суммой, которую можно не замечать при замене проверенной временем флебэктомии модными инновациями.



Главное - здоровье



КЛЕКСАН®
эноксапарин

**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. 82, стр. 2
Тел: (495) 721-1400, 926-5703, 926-5711, 926-5724, 926-5735, Факс (495) 721-1411

RUEN0003001

A randomised open-label trial comparing longterm sub-cutaneous low-molecular-weight heparin compared with oral-anticoagulant therapy in the treatment of deep venous thrombosis

Рандомизированное открытое сравнительное исследование эффективности длительного применения низкомолекулярного гепарина и оральных антикоагулянтов в лечении тромбоза глубоких вен

A. Romera, M.A. Cairols, R. Vila-Coll, X. Marti, E. Colome, A. Bonell, O. Lapiedra

Department of Vascular Surgery, Service of Angiology and Vascular Surgery, Hospital Universitari de Bellvitge, Feixa Llarga, Medical Department, Laboratorios LEO Pharma S.A., Barcelona, Spain

Опубликовано в: European Journal of Vascular and Endovascular Surgery, 2009, vol. 37, № 3, p. 349–356.

Реферативный обзор подготовил Золотухин И.А.

Авторы провели сравнительное открытое рандомизированное исследование в двух центрах. Оценивали эффективность длительного (6 мес.) применения низкомолекулярного гепарина (тинзапарин) в сравнении с терапией оральным антикоагулянтом (аценокумарол) такой же продолжительности. В исследование последовательно включали пациентов обоюбого пола в возрасте 18 лет и старше с первым эпизодом тромбоза глубоких вен, подтвержденным при ультразвуковом сканировании. Критериями исключения служили: легочная эмболия, требовавшая тромболитизиса, хирургическая тромбэктомия, пликация нижней полой вены, а также все ситуации, считающиеся противопоказанием к антикоагулянтной терапии. Всем пациентам назначали тинзапарин в дозировке 175 МЕ анти-Ха-активности на килограмм массы тела 1

раз в сутки, затем проводили рандомизацию. Одна группа больных продолжала получать инъекции тинзапарина в такой же дозировке в течение 6 мес. Пациентам второй группы одновременно назначали аценокумарол по 3 мг в сутки, отмену тинзапарина проводили по достижении значения МНО в промежутке между 2 и 3. Такой уровень МНО рекомендовали поддерживать на протяжении 6 мес. участия в исследовании. Оценку лабораторных тестов и данных УЗИ-исследований проводили независимые специалисты, неосведомленные о характере терапии у пациента.

Всего в исследование включили 241 больного, из них 119 применяли тинзапарин, 122 – аценкумарол. В каждой группе умерло по 2 пациента, смерть их была связана с онкологической

патологией. Оставшиеся больные были включены в окончательный анализ.

У 5 (4,2 %) пациентов первой группы и 7 пациентов (5,7%) второй группы ($p=0,6$) в течение первых 6 мес. наблюдения развился повторный эпизод венозного тромбоза. Через 12 мес. рецидив тромбоза зафиксирован у 6 (5%) пациентов первой и 13 (10,65%) больных второй групп. Среди больных онкологическими заболеваниями соответствующие цифры на сроках 6 и 12 мес. составили 5,5%/9,1% и 5,5%/21,2%. Серьезные кровотечения отмечены в 0,8% случаев в группе больных, леченных тинзапарином, и в 2,5% наблюдений – при использовании аценокумарола. Летальных исходов в связи с этим осложнением не было.

Авторы заключают, что длительное применение низкомолекулярных гепаринов с целью вторичной профилактики проксимального венозного тромбоза по меньшей мере столь же эффективно, как и использование антагонистов витамина К. Вместе с тем, если выделить отдельно группу онкологических пациентов, то становятся очевидными преимущества низкомолекулярных гепаринов.

Комментарий. Внешне ничем не примечательная работа, тем не менее, заставляет в очередной раз вспомнить о хорошо уже известных, но приживающихся с трудом в отечественной практике вещах. Рецидив венозного тромбоза в течение нескольких месяцев после первого эпизода является частой клинической ситуацией. Снизить вероятность этого позволяет длительная антикоагулянтная терапия, основой которой служит использование непрямых

антикоагулянтов (в России повсеместно с этой целью применяют варфарин). Ситуация с вторичной профилактикой тромбоза глубоких вен у нас далека от благополучной. Можно назвать целый ряд типичных ошибок, большая часть которых носит методический характер – несоблюдение сроков профилактики, дозировок непрямых антикоагулянтов, отсутствие адекватного лабораторного контроля. К сожалению, распространенной остается и практика полного отсутствия профилактики рецидива, когда выписавшийся из стационара пациент вообще не получает рекомендаций по длительной антикоагулянтной терапии.

В последние годы в европейской и североамериканской научной литературе активно обсуждается вопрос о целесообразности замены антагонистов витамина К как средства предотвращения ретромбоза низкомолекулярными гепаринами. Аргументом против этого подхода может быть только высокая стоимость такой профилактики.

Очевидно, что говорить о возможности замещения гепаринами непрямых антикоагулянтов в рутинной практике по меньшей мере преждевременно – преимущества прямых антикоагулянтов в данном случае неочевидны. Тем не менее, уже можно обсуждать некоторые клинические ситуации, когда назначение низкомолекулярных гепаринов на длительный срок оправдано. Установлено, что среди онкологических пациентов, перенесших венозный тромбоз, выживаемость выше в том случае, если в качестве средства вторичной профилактики используются именно фракционированные гепарины.

Вероятно, что одной из причин снижения смертности является предотвращение летальных легочных эмболий. В рассматриваемой работе наиболее значимые результаты получены именно в данной группе пациентов. В то же время, активно обсуждается и возможное угнетающее влияние прямых антикоагулянтов на процесс метастазирования и развития злокачественных опухолей.

Безусловно, широкое распространение низкомолекулярных гепаринов в качестве средства предотвращения ретромбоза в нашей стране наступит еще не скоро. Тем не менее, постепенное расширение информационного поля позволяет надеяться на то, что отечественная практика постепенно подтянется к мировым стандартам лечения и профилактики венозных тромбоемболических осложнений.

Multiple small-dose injections can reduce the passage of sclerosant foam into deep veins during foam sclerotherapy for varicose veins

Множественные инъекции малых доз могут уменьшить проникновение пенообразного склерозанта в глубокие вены при пенной склеротерапии варикозных вен

T. Yamaki, M. Nozaki, H. Sakurai, M. Takeuchi, K. Soejima, T. Kono

Department of Plastic and Reconstructive Surgery, Tokyo Women's Medical University

Опубликовано в: European Journal of Vascular and Endovascular Surgery, 2009, Vol. 37, 343–348

Реферативный обзор подготовил Иванов Е.В.

Использование пенообразного склерозанта, как известно, позволяет уменьшить объём и концентрацию вводимого препарата. Однако наряду с этими преимуществами, имеется и негативный момент – риск воздушной эмболии в случае попадания пены в глубокие вены у пациентов с открытым овальным окном. Японские авторы предложили минимизировать риск подобного осложнения путём уменьшения дозы пены, вводимой через один прокол.

В исследование было включено 107 пациентов (112 конечностей) с изолированным рефлюксом по большой подкожной вене (БПВ) и несостоятельностью остиального клапана. По CEAP все пациенты классифицировались как C_{2,3,4a,4b,5,6,S}, E_p, A_s, P_{r2,3}.

Пациентам была выполнена foam-form склеротерапия под ультразвуковым контролем. Различия между двумя группами заключались в количестве препарата, вводимого при каждой инъекции: в основной группе выполняли множественные (3 и более) инъекции малых доз пенообразного склерозанта (менее 0,5 мл); в группе сравнения проводили небольшое количество (менее 3) инъекций с инъекцией более 0,5 мл пены.

Пенообразный препарат готовили по методу Тессари с использованием 1% и 3% полидоканола (0,5 мл жидкого полидоканола смешивали с воздухом в соотношении 1:4). Перед лечением проводили ультразвуковое дуплексное ангиосканирование в положении стоя для верификации рефлюкса по БПВ и через сафенофemorальное соустье.

Склеротерапию выполняли в положении пациента на спине с приподнятой на 30⁰ конечностью. Первоначально, с помощью иглы 27G, склерозировали притоки БПВ множественными инъекциями или небольшим количеством инъекций 1% пенообразного полидоканола, в зависимости от группы пациентов. Далее, под ультразвуковым контролем, с помощью иглы 21G, в ствол БПВ вводили 3% пенообразный полидоканол. Первую инъекцию выполняли на 3–4 см дистальнее сафенофemorального соустья, вторую – на 5–10 см дистальнее первой (общая доза склерозанта для ствола БПВ составила 0,7–3,0 мл в обеих группах).

Через 5 минут после этого проводили ультразвуковое исследование глубоких и перфорантных вен. Пену в глубоких венах обнаружили у 17 (30,4%) пациентов первой группы и у 36 (64,3%) пациентов второй группы; различия были статистически значимыми (при $p=0,0003$).

Среднее количество выполненных инъекций в первой группе составило 5,3; во второй группе – 2,8. Соответственно, средний объем пены, вводимой одной инъекцией, в первой группе составил 0,42 мл, а во второй – 0,87 мл. Общий объем 1% полидоканола, введенного в притоки БПВ в первой группе составил 2,2 стандартных дозы в 0,6 мл (диапазон 0,7–4,0 мл), во второй группе – 2,5 стандартных дозы в 0,6 мл (диапазон 1,0–4,0 мл); различия были статистически значимыми (при $p=0,003$). Для стволов БПВ общий объем 3% полидоканола в первой группе составил 1,5 стандартных дозы в 0,5 мл (диапазон 0,7–3,0 мл), во

второй группе – 1,4 стандартных дозы в 0,6 мл (диапазон 0,7–3,0 мл); различия не были статистически значимыми.

Ранними осложнениями склеротерапии были: локальная боль (по одному пациенту в каждой группе), поверхностный тромбофлебит (по два пациента в каждой группе), у двух пациентов второй группы развились спонтанно прошедшие мигренозные боли. Других, более серьезных осложнений не наблюдали.

Дальнейший контроль осуществляли в сроки 3 дня, 2 недели, 1, 3 и 6 месяцев после склеротерапии. Результаты ультразвукового исследования через 6 месяцев были разделены на четыре группы (во всех случаях различия между основной группой и группой сравнения не были статистически значимыми):

1. Полная окклюзия БПВ (52% в первой группе; 58% во второй группе)
2. Частичная реканализация БПВ при отсутствии рефлюкса (21% в первой группе; 23% во второй группе)
3. Частичная реканализация БПВ с наличием рефлюкса (11% в первой группе; 7% во второй группе)
4. Полная реканализация БПВ с наличием рефлюкса (16% в первой группе; 11% во второй группе)

Комментарий. Пенная склеротерапия, в том числе, под ультразвуковым контролем, получила широкое распространение вследствие достаточной эффективности и безопасности. Однако именно безопасность метода ставится сейчас под сомнение. По сравнению с жидким склерозантом, пенообразная форма несколько чаще вызывает воспалительные реакции, локальную

боль и гиперпигментацию кожи. Этим можно было бы пренебречь, если бы не серьезные неврологические расстройства, описанные как осложнения пенной склеротерапии: транзиторные нарушения зрения, спутанность сознания и даже инфаркт мозга вследствие воздушной эмболии. Свойства пузырьков пены зависят от ряда факторов, в частности, от газа, используемого для вспенивания. Есть данные, что пузырьки разрушаются быстрее, если в них увеличена концентрация кислорода и уменьшена концентрация азота. Замена воздуха на углекислый газ при пенообразовании также уменьшает число возможных осложнений. Пенная склеротерапия является особо опасной для пациентов с открытым овальным окном (foramen ovale), дефектом межпредсердной или межжелудочковой перегородки, у которых возможна парадоксальная эмболия. Известно, что у 27–30% людей в популяции овальное окно остается открытым, не вызывая никаких симптомов, за исключением более частых приступов мигрени у ряда

больных. Потенциальный риск неврологических осложнений при foam-form-склеротерапии весьма высок, так как пациент может не знать о своей анатомической особенности. Возможным выходом из положения может быть обязательная эхокардиография перед склеротерапией пенообразными формами препарата. Однако, проведение микропенной склеротерапии допустимо и для таких пациентов, что показано в реферируемой статье. Множественные инъекции малых доз пены статистически значимо снижают риск её проникновения в глубокие вены, и, как следствие, риск парадоксальной эмболии. При этом эффективность лечения сопоставима с эффективностью классического метода (через 6 месяцев полная окклюзия и частичная окклюзия без рефлюкса отмечена у 73% пациентов в первой группе и у 82% пациентов во второй группе). Конечно, хотелось бы проследить отдалённые результаты лечения, но в целом, метод, предложенный японскими исследователями, заслуживает внимания.

Приустьевая эхо-foam-склеротерапия большой подкожной вены: непосредственные и отдаленные результаты

Беленцов С.М., Бурлева Е.П., Веселов Б.А., Кунцева Е.Е., Кравченко Н.А.

Городская клиническая больница № 40, Управление здравоохранения, Медицинский центр «Олмед», Екатеринбург

Опубликовано в: Амбулаторная хирургия, 2008, № 1, с. 40-43.

Реферативный обзор подготовил Илюхин Е.А.

Представлен анализ лечения 455 пациентов с применением склерооблитерации большой подкожной вены под ультразвуковым контролем (эхо-склерооблитерация). Выполнено 564 процедуры. Цель работы: изучить непосредственные и отдаленные результаты приустьевой микропенно склеротерапии, определить зависимость частоты окклюзии БПВ от ее диаметра.

Возраст пациентов находился в диапазоне 17–79 лет, большинство из них были женщины (n=361). Распределение по классам в соответствии с классификацией CEAP: С2 - 193, С3 - 286, С4 - 71, С5 - 4, С6 - 10. Во всех случаях регистрировали рефлюкс по БПВ, как минимум, до уровня коленного сустава. Диаметр БПВ в приустьевом сегменте находился в интервале 3–27мм. Контроль проводили с использованием УЗИ в сроки 2 недели, 6, 12 и 24 мес. после лечения.

Особенности методики: кроссэктомии не выполняли; склерооблитерацию проводили пункционно (за исключением 2-х случаев катетерной склерооблитерации); склерозант вводили

в виде пены, приготовленной по методу Tessari; за сеанс вводили 3–18 мл микропены из 1%-3% раствора тетрадецилсульфата натрия; использовали компрессию зоны сафено-фemorального соустья (СФС) для предотвращения миграции микропены в бедренную вену; на период в 30 дней пациентам назначали аспирин или однократно вводили гепарин с последующим приемом пентоксифиллина. Через 2 недели осмотрены все пациенты, через 6 месяцев – 235, через 12 месяцев – 55, а через 2 года – 5. Зарегистрировано 2 осложнения - пристеночный тромбоз бедренной вены проксимальнее СФС. Для анализа результатов пациентов разделили на 2 группы в зависимости от диаметра БПВ в приустьевом отделе (больше или меньше 11 мм.). Оценивали «количество окклюзированных вен» в контрольные сроки. Результат представлен в таблице. Авторы делают вывод, что разница в диаметре БПВ не приводит к различиям в частоте ее окклюзии в разные сроки наблюдения. В дополнение к этому указывается, что наибольший риск

реканализации существует в первые 6 месяцев после процедуры. обсуждено влияние анатомических особенностей (а именно, наличие

		сроки наблюдения			
		2 недели	6 мес.	12 мес.	24 мес.
БПВ<11 мм	n	488	200	47	3
	окклюзия БПВ	481 (98,6)	186 (93,0)	45 (95,7)	3 (100)
БПВ>11 мм	n	76	35	8	2
	окклюзия БПВ	75 (98,7)	30 (85,7)	8 (100)	2 (2)

Комментарий. Представленная работа основана на очень значительном опыте авторов. Сам метод эхо-склерооблитерации несостоятельных магистральных подкожных вен привлекает простотой исполнения, низкой травматичностью и высокой безопасностью. Вместе с тем, надежных данных, которые могли бы служить обоснованием применения этого метода, недостаточно. Поэтому, совершенно логичная идея - проанализировать зависимость эффективности процедуры от диаметра склерозируемой магистральной вены - вызывает большой интерес.

Однако, к сожалению, мы не получили достоверной информации о зависимости диаметра склерозируемой вены и эффективности ее склерооблитерации. Обращает внимание, что очень значительная часть пациентов не прошла оценку в динамике. Через год осмотрена лишь 1/10 часть пролеченных больных, а через 2 года — 1/100 часть. Это не позволяет безоговорочно принять полученные данные. Кстати, эта же проблема является слабым местом многих аналогичных зарубежных исследований. К сожалению, не

крупных притоков приустьевого отдела БПВ) на результаты лечения.

Некоторые второстепенные положения работы вызывают сомнения. Спорно назначение дезагрегантов в качестве средства профилактики тромбозов глубоких вен. У довольно большой группы пациентов диаметр склерозируемой магистралы был 5 мм и менее, при констатации несостоятельности СФС и ствола БПВ до уровня коленного сустава. При склерозировании использованы 1% и 3% растворы, но не оценена зависимость эффективности процедуры от концентрации препарата.

Мнение авторов, как известных специалистов в вопросе лечения хронических заболеваний вен, имеет для клиницистов огромное значение. В то же время, данная работа не дает ответа на поставленные в ней вопросы. Остается надеяться, что когда в отечественном здравоохранении будут устранены организационные и финансовые трудности в проведении клинических исследований, у авторов останется желание делиться своим бесценным опытом с коллегами.

Если же удастся вернуться к изучению эффективности пункционной стволовой склерооблитерации, то я бы рассмотрел несколько вопросов: зависимость ее эффективности от диаметра склерозируемого сосуда, от наличия крупных притоков на всем протяжении склерозируемого сегмента, от концентрации раствора склерозанта, от возраста пациента.

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. №: П № 01210/01-2006

Great saphenous vein sparing surgery by angioscopic valvuloplasty combined with axial transposition of a competent tributary vein - 5-year follow-up

Восстановительная хирургия большой подкожной вены путем ангиоскопической ангиопластики и транспозиции состоятельного притока: 5-летние результаты

T. Yamaki, M. Nozaki, H. Sakurai, M. Takeuchi, K. Soejima, T. Kono

Department of Plastic and Reconstructive Surgery, Tokyo Women's Medical University, Tokyo, Japan

Опубликовано в: European Journal of Vascular and Endovascular Surgery, 2009, vol. 37, № 1, p. 103-108.

Реферативный обзор подготовил Цуканов Ю.Т.

Целью исследования явилась оценка 5-летних результатов вмешательства, сохраняющего несостоятельную большую подкожную вену (БПВ) при варикозной болезни и включающего вальвулопластику устья БПВ под ангиоскопическим контролем в сочетании с перевязкой БПВ на протяжении бедра и шунтированием лигированного участка БПВ состоятельным ее притоком.

С 1998 по 2001 годы авторами выполнены операции на 85 нижних конечностях у 74 пациентов с несостоятельностью БПВ, подтвержденной при дуплексном сканировании и воздушной плетизмографии у пациентов без тромботических поражений с классами (по CEAP): C2, C3, C4a, C4b.

Операция заключалась в дозированном прошивании извне створок клапанов по комиссурам под прямым ангиоскопическим контролем с использованием нити полипропилена 7-0 и экстраазальном сужении устья БПВ.

При этом все притоки БПВ в паховой области были лигированы и пересечены. Кроме этого больным выполняли лигирование БПВ в среднем сегменте бедра и шунтирование этого участка путем имплантации дистального конца предварительно пересеченного на 1,5 см ниже клапана состоятельного притока БПВ (в 37 случаях – передне-боковая, в 46 – заднемедиальная ветви) в ствол БПВ с анастомозом «конец в бок», выполненного нитью полипропилена 8-0 под увеличением. Точка лигирования БПВ располагалась в зоне обходного шунтирования между местом впадения притока и местом его имплантации. Варикоз остальных несостоятельных подкожных ветвей устраняли склерозированием или минифлебэктомией. Для данного вмешательства отбирали пациентов с диаметром БПВ до 0,9 см в сочетании с пиковой скоростью рефлюкса до 30 см/сек. Наблюдения оценивали с помощью дуплексного сканирования и воздушной плетизмографии,

выполненных до и через 5 лет после вмешательства на 76 конечностях у 67 пациентов.

Через 5 лет при ультразвуковом исследовании выявлено статистически достоверное сокращение диаметра устьевой части БПВ с 0,83 до 0,46 см, а на уровне коленного сустава – с 0,63 до 0,39 см. В целом частота состоятельности сафено-бедренного перехода составила 84% (64 конечности), а состоятельность шунтирующей вставки – 74% (56 конечностей).

Послеоперационное прогрессирование варикозной болезни в основном касалось притоков небольшого калибра у 9% пациентов, которые были устранены склерозированием.

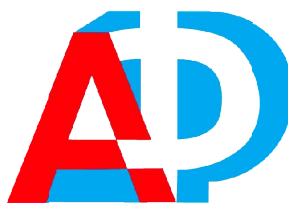
Комментарий. Основная мотивация обсуждаемого вмешательства, как и других методик, сохраняющих ствол БПВ при варикозной болезни (например, методики СНІВА, предложенной С. Francheschi в 1989 г.), состоит в обеспечении аутопротезом возможной в будущем реконструктивной хирургии при артериальных окклюзиях сосудов сердца, мозга и др. Авторами применены две методики: экстравазальная пластика устьевого клапана БПВ под ангиоскопическим контролем и ее лигирование на протяжении бедра. Для того, чтобы перевязка подкожного магистрального ствола не вызвала тромбообразование и чрезмерное уменьшение просвета БПВ, делающего непригодным ее использование в пластической артериальной хирургии, авторы накладывали шунт из собственного состоятельного притока БПВ путем имплантации дистального предварительно пересеченного конца притока в стенку БПВ, обходящий

участок лигатуры и поддерживающий кровотоки по БПВ.

Спустя пять лет наблюдения за оперированными пациентами авторы получили хорошие результаты: БПВ функционировала, уменьшилась до нормальных размеров и в $\frac{3}{4}$ случаев она оказалась состоятельной. Будет ли тиражироваться данное вмешательство, покажет время. Кстати сказать, ни у одного из наблюдаемых пациентов сохраненная БПВ не потребовалась для пластического использования. Уже сейчас можно отметить следующие сдерживающие факторы: 1) трудоемкость методики вмешательства, требующих навыков сосудистого хирурга и уточненной лучевой навигации; 2) жесткие ограничения к отбору пациентов по степени расширения пораженной БПВ - не более 0,9 см и скорости рефлюкса, а также варианту поражения клапанного аппарата устьевой части БПВ. При этом можно отметить, что лигатура БПВ и наложенный анастомоз с притоком несколько снижает качество вены, как пластического материала.

Вместе с тем, очевидно, что обсуждаемая методика хорошо переносится и много менее травматична, чем традиционная венэктомия, поскольку большая подкожная вена не удаляется, а потому способ может восприниматься пациентами положительно. Думаю, что перспектива данного относительно сложного для широкой хирургической практики вмешательства будет определяться дальнейшей перспективой развития артериальной реконструктивной хирургии вообще и у конкретных пациентов, в частности. И хотя подобные исследования в настоящее

время оправданы лишь в рамках поражения артериальной и венозной клинического эксперимента, я могу себе представить, хотя и достаточно ограниченный круг пациентов второй половины жизни с сочетанным поражением артериальной и венозной системы с повышенным риском артериальных окклюзионных поражений, у которых может быть мотивация к выполнению данного вмешательства.



Ассоциация флебологов России (АФР)

Глубокоуважаемые коллеги!

Ассоциация флебологов России проводит конкурс на лучшую работу, опубликованную в разделе «Оригинальные статьи» журнала ФЛЕБОЛОГИЯ. Размер премии авторам статьи составит 25.000 рублей.

Определение статьи-победителя производится Редакционной коллегией путем тайного голосования после выхода в свет всех номеров журнала ФЛЕБОЛОГИЯ за каждый календарный год.

Исполнительный Совет Ассоциации флебологов России

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