

РЕФЕРАТИВНАЯ ФЛЕБОЛОГИЯ

№ 3(13), 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

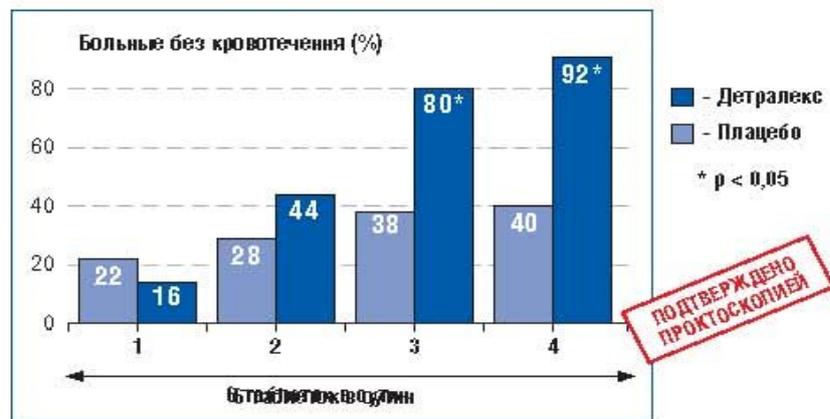
СОДЕРЖАНИЕ

- 1. Генетическая характеристика незаживающих венозных язв:
Потенциальные диагностические маркеры**
Charles C.A., Tomic-Canic M., Vincek V., Nassiri M., Stojadinovic O., Eaglstein W.H., Kirsner R.S.
Реферативный обзор подготовил Богачев В.Ю. Стр.4
- 2. Ультразвуковой контроль изменений большой подкожной вены после
эндовенозной облитерации диодным лазером с длиной волны 808 нм**
Corcos L., Dini S., Peruzzi G., Pontello D., Dini M., De Anna D.
Реферативный обзор подготовил Илюхин Е.А. Стр.7
- 3. Преходящие побочные эффекты у пациентов с овальным окном после
эхоконтролируемой пенной склеротерапии**
Raymond-Martimbeau P.
Реферативный обзор подготовил Париков М.А. Стр.12
- 4. Пациенты с кровоизлияниями в зоне поражения при венозных
мальформациях: диагностика и эмболосклеротерапия**
Chen H., Lin X., Jin Y., Li W., Ma G., Hu X.
Реферативный обзор подготовил Сапелкин В.С. Стр.15
- 5. Тазовый венозный рефлюкс у женщин с варикозной болезнью: сравнение
частоты патологии обнаруженной в специализированной частной клинике и
сосудистом отделении окружного госпиталя Национальной медицинской
службы**
Marsh P., Holdstock J., Harrison C., Smith C., Price B.A., Whiteley M.S.
Реферативный обзор подготовил Цуканов Ю.Т. Стр.19
- 6. Объявления. Стр. 22**

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 х 4 дня

Д1 | Д2 | Д3 | Д4

4 х 3 дня

Д5 | Д6 | Д7

Предупреждение обострений 3 месяца

2 х 3 месяца

М1 | М2 | М3

ДЕТРАЛЕКС®

Регистрационный номер: П № 011489/01

Лекарственная форма: таблетки, покрытые оболочкой.

Содержит одну таблетку, покрытую оболочкой, содержит 350 мг микронизированной флавоноидной фракции, состоящей из диосмина (80%) – 460 мг и флавоноидов, выделенных из гесперидина (10%) – 50 мг.

Фармакофармакологическая группа: ангиопротектор.

Фармакодинамика: ДЕТРАЛЕКС® стимулирует веноотток, улучшает микроциркуляцию и снабжение тканей кислородом. На венозном уровне – увеличивает эластичность вен и венозной стенки. На уровне микроциркуляции – снижает проницаемость, ломкость капилляров и повышает их реактивность.

Воздействие на организм:

Позитивное воздействие венотонизирующей активности:

- снижение тяжести и частоты

- боли,

- чувство усталости ног, зуд, жжение

- трофические нарушения.

Симптоматическое лечение обострения геморроя.

Противопоказания: известная повышенная чувствительность к препарату.

Беременность и период кормления грудью: Безопасность применения на протяжении беременности не была подтверждена в отношении каких-либо побочных эффектов при применении препарата у беременных женщин. Кормление грудью: Не-за-сутствие данных относительно влияния препарата и влияния кормления матерью на развитие плода при приеме препарата.

Способ применения и дозы: Взрослые. Рекомендуемая доза – 2 таблетки в день: 1 таблетка – в среднем дне 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.

Важными являются: Кровоточивость, зуд, жжение, зуд, жжение, зуд, жжение, зуд, жжение, зуд, жжение. Серьезных побочных эффектов, требующих отмены препарата, не наблюдалось. Взаимодействие с другими лекарственными средствами: Не устанавливалось.

Регистрационное удостоверение выдано фирме «Либросервис Сервис».

Произведено «Либросервис Сервис Индустри», Франция.

115054, Москва, Паладиум вл., д. 2, стр. 3

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



A gene signature of nonhealing venous ulcers: Potential diagnostic markers

Генетическая характеристика незаживающих венозных язв: потенциальные диагностические маркеры

Charles C.A., Tomic-Canic M., Vincek V., Nassiri M., Stojadinovic O., Eaglstein W.H., Kirsner R.S.

Departments of Dermatology and Cutaneous Surgery, Epidemiology and Public Health and Pathology University of Miami Miller School of Medicine; Tissue Repair Laboratory, Tissue Engineering, Regeneration and Repair Program, Hospital for Special Surgery of the Weill Medical College of Cornell University, New York; Department of Dermatology, WeillMedical College of Cornell University, New York

Опубликовано в J Am Acad Dermatology, 2008, vol. 59, № 5, p. 758-771

Реферативный обзор подготовил Богачев В.Ю.

Венозные трофические язвы ежегодно поражают более чем 1 млн. граждан США. Стоимость их лечения достигает 2,5 млрд. долларов в год. Стандартный протокол лечения венозных трофических язв регламентирует использование многослойных компрессионных бандажей, которые демонстрируют свою эффективность в 50-60% случаев. Вот почему большой интерес представляют достаточно частые случаи незаживающих венозных трофических язв. Существуют различные теории и гипотезы, объясняющие плохое заживление венозных язв. Это дефицит или дефект цитокинов и их рецепторов, аномалии соединительнотканного матрикса или комбинация всех этих факторов. Целью данной работы было исследование местного генетического профиля у пациентов с заживающими и незаживающими трофическими язвами.

В исследование было включено 10 пациентов (5 с заживающими трофическими язвами и 5 с незаживающими трофическими язвами). Длительность существования венозной язвы на момент включения в исследование была не менее 4 недель. Заживающую венозную язву расценивали, как язву площадью менее 5 см² в сроки менее 6 месяцев. Незаживающую трофическую язву расценивали, как язву более 5 см² в сроки более 6 месяцев. Венозный генез трофической язвы подтверждался результатами клинического и ультразвукового обследования. Пациенты с лодыжечно-плечевым индексом менее 0,9 в исследование не включались. Биоптаты для генетического исследования забирали под местной анестезией из края трофической язвы и ее центра. При сравнительном анализе

генетического профиля незаживающих и заживающих венозных язв были обнаружены серьезные генетические различия. Так, в незаживающих трофических язвах обнаружено повышение активности 15 ключевых генов, в частности В-фактора или пропердина (+8,41), дерматопонтин (+7,77), фибулина 1 (+3,50), тромбоспондина 1 (+3,39) и PDGF (+3,36). И напротив, активность ряда генов, кодирующих синтез соединительнотканного матрикса и адекватный клеточный ответ, была подавлена. В частности отмечено подавление активности гена, кодирующего синтез белка - казрина (-2,75). Казрин - недавно открытый протеин, служит важным компонентом межклеточных соединений - десмосом. Наряду с супрессией генов, кодирующих синтез соединительной ткани, у пациентов с незаживающими трофическими язвами отмечено нарушение генетического регулирования клеточного иммунитета, и, в частности, подавление макрофаг-ассоциированных генов. На основании проведенного исследования авторы делают вывод о наличии серьезных местных генетических различий у пациентов с заживающими и незаживающими венозными язвами, изучение которых позволит прогнозировать и улучшать результаты лечения.

Комментарий: Несмотря на малочисленную группу пациентов, данные, полученные авторами,

представляют огромный научный и практический интерес. Действительно, в механизмах заживления и не заживления венозных трофических язв есть много темных мест, объяснить которые, опираясь лишь на макро- и микроциркуляторные механизмы, невозможно. Очевидно, что выявленные генетические дефекты, по крайней мере в настоящее время, не могут быть исправлены напрямую. В тоже время, возможна их опосредованная коррекция с помощью уже имеющихся или находящихся на различных этапах внедрения фармакологических препаратов. Наряду с прогнозом в отношении основного заболевания – венозной трофической язвой, большое значение имеет анализ других патологических состояний, связанных с генетическими аномалиями. Например, повышение активности В-фактора, отмеченного при незаживающих трофических язвах, присутствует у больных с ревматоидным артритом и злокачественным атеросклерозом. Значительное снижение активности кератина 16, обнаруженное в краях незаживающих венозных трофических язв, встречается при различных заболеваниях кожи и ее придатков, а также при раке шейки матки. Иными словами, факт наличия незаживающей венозной язвы, сам по себе, может быть предиктором наличия других патологических процессов в организме или предрасположенности к ним.

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
OT	CT	CT	CT	CT	CT
открытый носок		закрытый носок		С	М
			короткие размеры	стандартные размеры	
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

Duplex ultrasound changes in the great saphenous vein after endosaphenous laser occlusion with 808-nm wavelength.

Ультразвуковой контроль изменений большой подкожной вены после эндовенозной облитерации диодным лазером с длиной волны 808 нм

Corcos L., Dini S., Peruzzi G., Pontello D., Dini M., De Anna D.

Postgraduate School of Vascular Surgery, University of Udine; the Departments of Human Pathology and Oncology and Plastic Surgery, University of Florence; and Vascular Laboratory of Prosperity Institute for Clinical Research. Udine and Florence, Italy.

Опубликовано в: Journal of Vascular Surgery, 2008, vol. 48, № 5, p. 1262-1271

Реферативный обзор подготовил Илюхин Е.А.

С 2002 по 2005 годы авторы работы провели 182 эндовазальных лазерных облитерации (ЭВЛО) большой подкожной вены (БПВ) по поводу варикозной болезни. Из этой группы они отобрали 44 пациента, у которых проследили эволюцию ультразвуковой картины в течение года и попытались сопоставить ее с гистологическим исследованием поврежденной вены. Гистологическое исследование проведено в 8 случаях на разных сроках от момента проведения операции.

Диаметр БПВ до операции составил в среднем 10,3 мм (4-18 мм). Диаметр определяли на 2 см ниже преостального клапана, в среднем на расстоянии 7 см от сафено-фemorального соустья (СФС).

ЭВЛО в 43 случаях выполнили с предварительным лигированием БПВ в области СФС. В одном случае лигирование не провели по причине несостоятельности остиального клапана

(при подтвержденной на дуплексном сканировании несостоятельности БПВ).

Для ЭВЛО использовали диодный лазер с длиной волны 808 нм в режиме 12-15 Вт со скоростью выведения световода 1—3 мм/сек (расчетная линейная плотность энергии 30—40 Дж/см).

Ультразвуковое исследование 44 отобранных пациентов выполняли через 7 дней после операции, а так же через 1, 2, 6 и 12 месяцев.

Для микроскопической оценки состояния вены после ЭВЛО 3 фрагмента были извлечены непосредственно после вмешательства, 2 фрагмента — через месяц (во время операции на второй конечности) и еще 3 — через два месяца. При этом сегмент, подлежащий забору, предварительно оценивали при ультразвуковом исследовании.

При микроскопическом исследовании выявили характерные для термического повреждения изменения содержимого

просвета вены и различных слоев ее стенки. Авторы описали динамику изменений БПВ при дуплексном сканировании в процессе наблюдения и сделали следующие выводы:

1. Механизм «устранения» БПВ при ЭВЛО включает в себя тромбоз вены с последующим фиброзом и атрофией тромба и венозной стенки.
2. Ультразвуковое исследование в динамике позволяет проводить раннюю коррекцию лечения.
3. Технические особенности: ЭВЛО лучше проводить на венах диаметром менее 1 см (лучше окклюзия и меньше вероятность флебитов). Для профилактики флебитов, повреждений кожи и нервов лучше использовать низкую энергию воздействия (30—40 Дж/см). Окклюзия более надежна при увеличении энергии.
4. Вероятность реканализации не зависит от техники исполнения ЭВЛО и диаметра вены, а определяется свойствами тромба.
5. Лигирование БПВ в зоне сафенофеморального соустья предотвращает распространение тромба на глубокие вены, уменьшает диаметр БПВ и снижает вероятность ее реканализации.
6. Методика ЭВЛО должна быть адаптирована к каждому конкретному больному и не может быть стандартизирована. ЭВЛО представляется авторам как альтернативный стриппингу метод ликвидации несостоятельной БПВ у ограниченного количества отобранных больных.

Комментарий. При беглом знакомстве с работой вызывает большой интерес

возможность сопоставить динамику клинической, ультразвуковой и морфологической картины после ЭВЛО. Однако, при более подробном изучении статьи, сначала настораживает методика проведения исследования, а затем вызывают недоумение выводы авторов.

В первую очередь хотелось бы обратить внимание на следующее. Основные дискуссии сегодня ведутся вокруг соотношения диаметра вены и количества подаваемой в зону воздействия энергии. Оценивая гистологическую картину состояния сосуда после температурного повреждения, разумно было бы знать его исходный диаметр в этом участке и режим, в котором проводилась его обработка. Имея какое-то количество подобных наблюдений можно было бы установить наличие или отсутствие корреляции между указанными параметрами. Вместе с тем авторы провели очень ограниченное количество гистологических исследований без привязки к размеру вены и режиму коагуляции. Гистологическая картина сопоставлялась лишь с данными эхолокации данного сегмента перед его забором.

В настоящее время имеется ряд исследований (как ретроспективных, так и проспективных) по изучению зависимости эффективности облитерации вены от линейной плотности энергии (Дж/см) и от других факторов (в том числе, от диаметра вены). Хотя дизайн исследований не безупречен и на поставленные вопросы трудно дать однозначные ответы, прослеживается тенденция увеличения эффективности облитерации от количества энергии воздействия. Диаметр вены имеет значение только в том смысле, что его

увеличение (с соответствующим увеличением объема вены и площади интимы) требует увеличения энергии для адекватной обработки сосуда. Хотелось отметить, что в этих работах линейная плотность энергии практически всегда превышала 60 Дж/см; нередко используются значения >100 Дж/см при сопоставимых размерах вен. Авторы тоже пришли к выводу, что для эффективной облитерации интенсивность излучения надо повышать, но на основании чего они так решили и каким образом изменили режим воздействия - из работы неясно. Вместо вывода авторов о том, что ЭВЛО наилучшим образом применимо для вен диаметром менее 1 см, напрашивается вывод, что вены большего диаметра требуют большей энергии для полноценной облитерации.

Противоречивы рассуждения и выводы авторов по поводу развития флебитов после ЭВЛО. Флебит развился в 7 случаях (13,6%) при диаметре вены более 1 см, то есть тогда, когда плотность энергии была относительно низкой. Тем не менее, авторы решают, что профилактикой развития флебитов должно быть уменьшение мощности воздействия.

Мысль о том, что лигирование БПВ предотвращает распространение «коагуляционного» тромба на бедренную вену выглядит логичной, но не подтверждается практикой. Можно утверждать, что подавляющее, абсолютное большинство ЭВЛО в мире в настоящее время проводится без кроссэктомии, при этом тромбоз глубоких вен, равно как и распространение тромба на бедренную вену через СФС, встречаются очень редко и, обычно, обусловлены вполне определенными причинами (например,

техническая ошибка с позиционированием световода в бедренной вене или наличие у пациента врожденной тромбофилии). Имеются работы, свидетельствующие об отсутствии значимых расхождений в частоте осложнений и клинических исходах при использовании проведения ЭВЛО с лигированием БПВ и без него. Авторы отмечают отсутствие характерных для спонтанной прогрессии тромба линий Зана при гистологическом исследовании. Однако и в этом вопросе ясности после ознакомления со статьей не остается: во всех случаях проводилась антикоагулянтная терапия, так что невозможно определить, что же является ведущим фактором отсутствия проксимального распространения тромба — антикоагулянтная терапия, лигирование БПВ или свойства самого тромба.

Совершенно непонятна логика неиспользования тумесцентной анестезии БПВ при ЭВЛО на бедре. Подавляющее большинство специалистов, практикующих методы термооблитерации магистральных подкожных вен под эхо-контролем, создают «подушку» из анестетика вокруг вены. Эта «подушка» служит не только для анестезии, но также играет роль защитного буфера для окружающих тканей, способствует компрессии вены и уменьшению ее диаметра. С учетом того, что проведение световода и позиционирование его кончика выполнялось по «пилотному» лучу, а для доступа в вену использовали венотомию, а не венепункцию, создается впечатление, что авторы просто не имели возможности интраоперационного ультразвукового контроля процедуры. Это предположение более логично

объясняет тотальное лигирование БПВ, нежели приводимые авторами аргументы.

В ряду таких аргументов звучит постулат, что лигирование БПВ в зоне соустья уменьшает ее диаметр. В обоснование этого постулата авторы ссылаются на собственную предшествующую работу по ЭВЛО. Однако они нигде, в том числе в указанной статье, не описывают методику оценки уменьшения диаметра вены и какие-либо фактические данные.

Обращает на себя внимание ряд несоответствий в статье. Например, максимальный срок забора материала для гистологического исследования составил 2 месяца со дня операции. Вместе с тем авторы смело оперируют понятием фиброзной трансформации и атрофии тканей на сроках полгода и год после операции ориентируясь только на характеристики ультразвукового изображения. В результатах отмечается, что через год после операции из 44 прослеженных случаев при ультразвуковом исследовании вена не определялась в 35, а в 9 представляла из себя «фиброзированный тромб». Остается неясным, куда отнести 2 больных с полной несостоятельностью БПВ после ЭВЛО, которым авторы были

вынуждены выполнить стриппинг. В одной из таблиц в статье название совершенно не соответствовало содержанию.

Парадоксально звучит вывод о том, что метод ЭВЛК не подлежит стандартизации и должен быть абсолютно индивидуален. Именно стандартизация, то есть выявление достоверных корреляций между параметрами воздействия и характеристиками обрабатываемого сосуда и разработка на базе этих данных обоснованных рекомендаций по проведению ЭВЛО, должна определять выбор режима воздействия в конкретной клинической ситуации. Только такой подход позволяет повысить воспроизводимость методики, ее эффективность и дает возможность проводить сравнительные исследования с альтернативными методами ликвидации магистрального венозного рефлюкса.

В общем, статья оставила не очень хорошее впечатление, я не вижу оснований доверять выводам авторов, однако послужила хорошим поводом оценить актуальные публикации по некоторым разделам и поднять дискуссию, которую мы можем продолжить на страницах форума АФР.



**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

Transient adverse events positively associated with patent foramen ovale after ultrasound-guided foam sclerotherapy

Преходящие побочные эффекты у пациентов с овальным окном после эхоконтролируемой пенной склеротерапии

Raymond-Martimbeau P.

Dallas Non-Invasive Vascular Laboratory, Dallas, USA

Опубликовано в: Phlebology, 2009, vol. 24, p. 114–119

Реферативный обзор подготовил Париков М.А.

Это проспективное исследование проведено на 3259 пациентах (134 мужчины и 3125 женщин) с хронической венозной недостаточностью (ХВН), которым проводилась эхоконтролируемая пенная склеротерапия (ЭКСТ). 1842 пациента (56,5%) перенесли 1 сеанс ЭКСТ, 1067 (32,7%) – два, 305 (0,09%) – три сеанса. Всего выполнен 4891 сеанс лечения. Средний возраст пациентов составил 54 года (диапазон от 19 до 77 лет). В качестве склеропрепарата использовали натрия тетрадецилсульфат, пену изготавливали ручным способом по методу Raymond-Martimbeau, соотношение воздуха и склерозанта - 1:4. В зависимости от диаметра вен использовали препарат концентрацией от 0,5 до 3%, объем вводимой пены составлял от 0,5 до 8 мл. Введение пены проводили в положении пациента лежа на спине посредством прямой пункции под контролем УЗ-сканера с последующей иммобилизацией пациента на 10 минут. Эластическую компрессию назначали на срок не менее 2 недель на дневное время (компрессионный трикотаж 30 мм рт. ст.). Всем пациентам,

сообщившим о возникновении побочных эффектов после сеанса выполнена контрастная транскраниальная доплерография (ТКД). Побочные эффекты, возникшие у пациентов, заключались в мигренеподобных болях, визуальных расстройствах, болях или чувстве сдавления в груди. Для верификации открытого овального окна использовали диагностический комплекс Spencer model ST3 Transcranial Ultrasound System. Подсчитывали количество хитов на фоне введения контрастной смеси внутривенно в зоне сафено-фemorального соустья (9 мл физиологического раствора, 1 мл воздуха и 0,5 мл крови, смешиваются при помощи шприцев и трехходового краника). Выявленные таким образом микропузырьки воздуха, поступавшие в кровоток среднемозговых артерий свидетельствовали о наличии открытого овального окна. В течение последующих 24 часов и спустя 2 недели проводили опрос пациентов с тем, чтобы выяснить, как долго сохранялся побочный эффект и возникал ли он в дальнейшем. Пациентам, у которых возникали упомянутые жалобы, лечение методом ЭКСТ не продолжали.

Из 3259 пациентов, которым была проведена ЭКСТ, 7 (0,21%) сообщили после первого сеанса о развитии вышеописанных побочных эффектов. У пяти из семи пациентов (71,4%) результаты ТКД подтвердили наличие открытого овального окна. У трех пациентов провели ЭКСТ большой подкожной вены (препарат 1,5-3%, 4-8 мл), у 1 – большой и малой подкожной вены (препарат 1-3%, 6 мл), и еще 1 - сегментарных вен (препарат 0,5%, 0,5 мл). Побочные эффекты носили транзиторный характер, самостоятельно прошли и не потребовали лечения. Ни один из 1417 пациентов, у которых было проведено несколько сеансов, не сообщил о развитии подобных побочных эффектов после первого и последующих сеансов.

В заключение авторы делают вывод о том, что указанные побочные эффекты развиваются в основном у пациентов с межпредсердными аномалиями, в том числе с открытым овальным окном, и предлагают рассматривать наличие подобного дефекта как фактор риска возникновения транзиторных побочных эффектов после микропенной склеротерапии. В качестве метода подтверждения предполагаемой аномалии в клинической практике предлагается использовать контрастную транскраниальную доплерографию.

Комментарий. Эта статья затрагивает интересную и актуальную тему возможных последствий микропенной склеротерапии. В большинстве случаев

миграция пузырьков воздуха через овальное окно в мозговые артерии вызывает преходящие побочные эффекты, однако в литературе описаны случаи транзиторных ишемических атак, расстройства мозгового кровообращения с двигательными нарушениями, афазией, т.е. достаточно тяжелых последствий. При этом частота выявления открытого овального окна по данным современных исследований достигает 27%. Эти цифры заставляют задумываться о необходимых мерах предосторожности в отношении микропенной склеротерапии, в частности показаниях, количестве вводимой пены за 1 сеанс. При этом разумными принципами проведения пенной склеротерапии кажутся следующие: использование при ретикулярном варикоze жидкого склерозанта, введение пены не более 6-8 мл за сессию, парциальность введения пены по 1-2 мл в точку, подъем ноги на 15-30 градусов после введения, экспозиция пациента в горизонтальном положении после инъекции на 10-15 минут. Примечательно, что в данной работе все эти профилактические принципы были использованы и продемонстрировано незначительное число побочных эффектов (всего 0,21%). Очевидно также, что при подтвержденном овальном окне от микропенной склеротерапии следует отказаться в пользу других методов, а при подозрении на открытое овальное окно – провести дополнительную диагностику.

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. уд.: П № 012/07/01-2005

Пациенты с кровоизлияниями в зоне поражения при венозных мальформациях: диагностика и эмболосклеротерапия

Patients with intralesional hemorrhage in venous malformations: Diagnosis and embolosclerotherapy

Chen H., Lin X., Jin Y., Li W., Ma G., Hu X.

Shanghai, China

Опубликовано в: Journal of Vascular Surgery, 2009, vol. 49, № 2, p. 429-433

Реферативный обзор подготовил Сапелкин С.В.

В течение 2003-2007 гг. авторы наблюдали 16 пациентов (мужчин – 15, женщин - 1) в возрасте от 5 мес. до 40 лет (средний возраст 11,4 лет) с наличием венозных мальформаций и кровоизлиянием в зону пораженных тканей. Анатомически поражение затрагивало щечную область (n=6), верхнее веко (n=3), шею (n=3), околоушную область (n=2), височную область (n=6), верхнюю конечность (n=6). В 15 случаях поражение было локальным, только в 1 случае – распространенным. У 6 пациентов в анамнезе были эпизоды тупой травмы или активных движений в суставах. Только в 3 случаях пациенты отмечали жалобы на существование патологического образования до начала эпизода кровотечения.

Период увеличения в размерах патологического образования, что являлось косвенным свидетельством кровоизлияния, составлял от 1 до 25 дней (в среднем 8,4 дня). Объем поражения варьировал от 3x2x1 см до 8x5x3 см. С целью диагностики содержимого объемного образования первым этапом во всех случаях выполняли

диагностическую пункцию с аспирацией. Для определения размера, локализации и распространенности мальформации проводили магнитно-резонансную томографию. Двум пациентам выполнили чрескожную флебографию. Во всех случаях рутинные анализы крови не выявили какой-либо патологии.

С лечебной целью была применена комбинация абсолютного спирта и блеомицина А5. За сеанс вводили 1-3 мл спирта и спустя 1-2 мин - 8 мг блеомицина А5, растворенного в 4 мл физиологического раствора. Максимальная доза спирта и блеомицина, использованного за сеанс, составила 0,1 мл/кг и 0,2 мг/кг массы тела соответственно. У 10 пациентов достаточным оказалось проведение 1 сеанса, в 4 случаях сеансы были повторены с интервалом 6-8 нед. В 2 случаях лечение не проводили, т.к. поражение спонтанно регрессировало до уровня минимально выраженного по внешним признакам.

Результат лечения (сроки наблюдения 3-40 мес., средний период - 25 мес.) был оценен по результатам МРТ и

фотографиям, выполненным до и после лечения. Лечение было расценено как успешное (уменьшение образования в объеме более чем на 75 % по результатам МРТ) у 12 пациентов. К минимальным осложнениям данного вида лечения авторы отнесли временный отек мягких тканей (n=14) и умеренную гипертермию (n=2).

В заключении авторы делают вывод, что использованный ими метод лечения (склеротерапия с комбинацией абсолютного спирта и блеомицина А5) является безопасным и эффективным методом лечения венозных мальформаций при наличии кровоизлияния.

Комментарий. Авторы провели ретроспективный анализ за 4 года 16 случаев с наличием венозных мальформаций и состоявшимся кровоизлиянием в зону сосудистого поражения. Столь небольшое количество подобных случаев объясняется редкостью подобного осложненного течения венозных ангиодисплазий, а также тем, что работа вышла из стен отделения пластической хирургии.

Сразу при знакомстве с материалом возникает вопрос о диагностическом алгоритме при выявлении патологических образований. Авторы акцентируют внимание на таких моментах, как подробнейший сбор анамнеза, аускультация, внешний осмотр (цианотичная окраска кожи). Они подробным образом описывают вопросы дифференциального диагноза с другими патологическими состояниями (ложная аневризма, бронхиальные кисты и кисты околоушной области, опухоли). Во всех случаях для подтверждения использованы диагностическая пункция

толстой иглой и магнитно-резонансная томография. Ничего не имею против этих методов, но хочется напомнить, что из диагностического алгоритма авторов публикации совершенно выпал неинвазивный и практически уже общедоступный метод дуплексного сканирования сосудов и мягких тканей. Режим цветового кодирования в этом случае сразу позволит решить практически все диагностические задачи (сосудистый характер образования, наличие или отсутствие “артериального компонента”, объем поражения). Применение МРТ (метод “второго эшелона”) в этом случае позволяет обеспечить лучшую визуализацию патологического образования и установить взаимоотношения с окружающими органами и тканями.

Авторы сообщают о хороших результатах проведенной склеротерапии с применением комбинации абсолютного спирта и блеомицина. В этом определенное значение играет тот факт, что у 15 из 16 пациентов поражение было локальным.

Термин “эмболосклеротерапия”, используемый в статье, наверное, не совсем уместен (никаких других эмболизирующих субстанций авторы не использовали). Этиловый спирт был и остается “эталонным” препаратом для лечения венозных ангиодисплазий. Учитывая определенную агрессивность и неуправляемость воздействия при его применении в последнее время эти процедуры стали проводить с использованием пенообразных склерозантов. Использование foam-form хотя и является менее эффективным, но ряд тяжелых осложнений (кожные некрозы, повреждение нервов, системное

воздействие на сердечно-сосудистую систему) при этом практически не наблюдаются.

Авторы без каких-либо экспериментальных работ в этом направлении предложили дополнительно к спирту вводить цитостатик блеомицин. Этот препарат достаточно часто использовался с хорошими результатами при макрокистозных формах лимфатических дисплазий. Он остается препаратом выбора, в то время как другой широкоизвестный препарат ОК-432 (пицибанил), содержащий эндотоксин стрептококка, в ряде случаев не может быть использован для этих целей. Необходимость такого сочетания требует логического объяснения. Ведь даже небольшое количество спирта, вводимого первоначально, вызывает массивное повреждение эндотелия, и целесообразность введения блеомицина в отсутствие субстрата воздействия (клеток эндотелия) вызывает определенные сомнения.

Авторы публикации обходят стороной и такой немаловажный вопрос,

касающийся развития фиброза легочной ткани в отдаленном периоде наблюдения после применения блеомицина. И в случае его применения при венозных дисплазиях при непосредственном введении в сосудистое русло эта опасность становится еще более реальной по сравнению с лимфатическими формами.

В российской клинической практике опыта применения цитостатиков в лечении ангиодисплазий нет. Однако, даже ориентируясь на зарубежные публикации по этой проблеме, рекомендовать такое сочетание (спирт + блеомицин А5) непосредственно в клинику достаточно рано. Требуются дополнительные работы и исследования в этом направлении.

Тем не менее, статья китайских авторов, затрагивая редкую и важную тему, представляет определенный интерес для всех практических врачей, сталкивающихся с этой редкой патологией.

У компрессии есть имя - mediven®

Комплексный трикотаж mediven®
с градуированной компрессией
для профилактики тромбозов
и компрессионного лечения
при флебостазе, варикозе
и операциях на ногах



thrombexin® 18

struva® 23

struva® 35



Проверенное качество
Доказанная эффективность
Три степени компрессии
Широкий ассортимент
Дышащие материалы
Гипоаллергенность

medi

Компрессионный трикотаж • Ортопедические изделия

medi RUS • Москва • (495) 921-39-37 • info@medirus.ru
Санкт-Петербург • (812) 296-22-84 • spb@medirus.ru
www.medirus.ru

Pelvic vein reflux in female patients with varicose veins: comparison of incidence between a specialist private vein clinic and the vascular department of a National Health Service district general hospital

Тазовый венозный рефлюкс у женщин с варикозной болезнью: сравнение частоты патологии обнаруженной в специализированной частной клинике и сосудистом отделении окружного госпиталя Национальной медицинской службы

Marsh P., Holdstock J., Harrison C., Smith C., Price B.A., Whiteley M.S.

The Whiteley Clinic, Guildford; The Royal Surrey County Hospital, Guildford; Surrey, UK

Опубликовано в: Phlebology, 2009, vol. 24, p. 108–113.

Реферативный обзор подготовил Цуканов Ю.Т.

Целью проведенного авторами из Великобритании исследования явилось выявление зависимости несафенного рефлюкса в подкожные вены нижних конечностей из малого таза и тазового венозного рефлюкса, в том числе, при рецидивном варикозе. Работа базируется на ретроспективной оценке результатов ультразвуковых исследований, проведенных в двух медицинских центрах в течение одного года пациенткам, которые далее были оперированы. Проанализированы результаты дуплексного сканирования вен нижних конечностей и трансвагинального дуплексного сканирования (ТДС), выполненные женщинам, находившимся на лечении в частной флебологической клинике и сосудистом отделении окружного госпиталя графства Суррей национальной медицинской службы Великобритании. При этом больным из-за отсутствия в финансируемом стандарте ТДС выполнялось в частной флебологической клинике. В результате у 462 пациенток частной клиники, обследованных путем

дуплексного сканирования, несафенный рефлюкс из таза, чаще в перивульварной области, выявлен у 90 человек (19,5%). Этим же 90 женщинам далее выполнена ТДС, при которой в 81,1% во время маневра Valsalva документирован тазовый венозный рефлюкс во внутренних подвздошных и яичниковых венах с двух сторон, а также выявлено наличие извилистых и расширенных вен вокруг яичников, матки (рефлюксом считали ретроградный венозный поток продолжительнее 0,5 секунды в вертикальном положении). В национальном сосудистом отделении из 279 обследованных пациенток, средний возраст которых был старше, несафенный рефлюкс из таза диагностировали у 60 (21,5%). По результатам исследования авторы делают следующие выводы: 1) несафенный рефлюкс из таза наблюдается чаще, чем это принято считать (у каждой пятой женщины с варикозным расширением подкожных вен) и может быть причиной послеоперационного прогрессирования варикоза; 2) у 80% женщин с несафенным рефлюксом

выявляется тазовый венозный рефлюкс (у каждой шестой женщины с варикозным расширением подкожных вен), диагностируемый с помощью ТДС, в связи с чем выявление несафенного рефлюкса при ультразвуковом исследовании нижних конечностей должно являться показанием к ТДС.

Комментарий. Представленная статья посвящена несафенным рефлюксным механизмам развития варикозного расширения подкожных вен. Однако, если значение дистальных перфорантных вен в варикозном подкожном процессе нижних конечностей начало обсуждаться еще в первой половине прошлого века, то рефлюксу крови из тазовых вен посвящены единичные работы. Вместе с тем наличие связей тазовой венозной системы и вен нижних конечностей делают такой механизм реальным. Об этом, в том числе, свидетельствует реферируемое исследование, в котором авторы обнаружили несафенный рефлюкс у каждой пятой из обследованных женщин с подкожным варикозом и у каждой шестой – тазовый венозный рефлюкс, являющийся содержанием висцеральной формы варикозной болезни малого таза. При этом в статье оговаривается, что такая частота несафенного рефлюкса и тазового венозного рефлюкса возможно обусловлена тем, что исследовались только женщины. Основываясь на проведенных сотрудниками нашей клиники аналогичных исследованиях, я согласен с такой цифрой, однако, добавлю, что частота несафенных рефлюксов у женщин увеличивается пропорционально количеству перенесенных беременностей и значительно возрастает во время беременности (в большей степени во второй ее половине). Это объясняет,

почему варикоз подкожных вен во время беременности развивается не только на голени, но и на бедре. Мы также отметили, что после родоразрешения тазово-подкожные венозные перетоки в связи с уменьшением внутритазового давления и нагрузки на тазовую венозную систему у большей части женщин прекращаются, однако у 15-20 % женщин несафенный рефлюкс остается, как резидуальный для нижних конечностей. В этом аспекте проблема тождественна варикозу вен промежности и вульвы, являющемуся содержанием париетальной формы варикозной болезни малого таза.

Важно отметить, что ключевым исследованием в диагностике тазового венозного рефлюкса является ТДС, пока еще недостаточно распространенное в клинической практике, в том числе и в Великобритании, откуда вышла статья. Любопытно, что возможности частных флебологических клиник в распознавании данного поражения оказалось выше, чем национальных, жестко финансируемых в рамках принятых стандартов. Хотя в работе отсутствуют данные о состоянии тазовых вен у женщин, не имеющих несафенных рефлюксов, и не обозначены конкретные локализации причинных венозных коммуникаций, авторы делают однозначный вывод о причинной связи этих двух патологий. С ним надо согласиться. По нашим данным, в реализации несафенных рефлюксов из таза имеют значение, прежде всего, паховые и промежностные коммуникации.

В заключение нужно подчеркнуть, что я солидарен с авторами, что при регистрации несафенного рефлюкса, а также при варикозе вульвы и промежности и при симптомах конгестии должно выполняться трансвагинальное дуплексное сканирование

подготовленными для этой процедуры врачами.

FIBRO-VEIN™ 3 1 .5 .2 %
ВЫБОР ПРОФЕССИОНАЛОВ ДЛЯ СКЛЕРОТЕРАПИИ

FIBRO-VEIN 0.2%
SODIUM TETRADECYL SULPHATE
INJECTION B.P.

FIBRO-VEIN 0.5%
SODIUM TETRADECYL SULPHATE
INJECTION B.P.

FIBRO-VEIN 1%
SODIUM TETRADECYL SULPHATE
INJECTION B.P.

FIBRO-VEIN 3%
SODIUM TETRADECYL SULPHATE
INJECTION B.P.

FOR INTRAVENOUS USE IN THE TREATMENT OF VARICOSE VEINS BY COMPRESSION SCLEROTHERAPY

Each ampoule contains Sodium Tetradecyl Sulphate (strong) and ingredients: Benzyl alcohol (strong), sodium hydroxide, phosphate potassium di-hydrogen phosphate and water.

Total 0.5, 1, 2ml of solution each, see enclosed literature

Use 0.5ml per patient per session of treatment. Should not exceed 4ml. See enclosed literature for precautions and administration.

Best before date: 18 months from date of issue. See enclosed literature for details.

TRADE MARK: FIBRO-VEIN

FORM

S.T.D. PHARMACEUTICAL PRODUCTS LTD.,
Poleys Yard, Pough Lane, Hoveford, England, BN14 5EL

ПРОИЗВОДИТЕЛЬ
STD Pharmaceutical Products
Великобритания

ЭКСКЛЮЗИВНЫЙ ПОСТАВЩИК
Компания medi RUS, Россия
Москва, ул. Осенняя, 4, стр. 1
+7 (495) 921-39-37
www.fibrovein.ru
www.medirus.ru

Регистрационный удостоверение № ПР014/12/011-20093 от 02.03.2009

STD Pharmaceutical

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/>