
РЕФЕРАТИВНАЯ ФЛЕБОЛОГИЯ

№ 2(16), 2010г.

Главный редактор
Кириенко А.И.

Научный редактор: Золотухин И.А

Технический редактор: Илюхин Е.А.

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

© Реферативная флебология

СОДЕРЖАНИЕ

1. Влияние пола на симптоматику и диагноз венозного тромбоза

Bauersachs R.M., Riess H., Hach-Wunderle V., Gerlach H., Carnarius H., Eberle S., Rabe E., Schellong S.M.

Реферативный обзор подготовил Беленцов С.М. Стр. 4

2. Метод интравазальной вальвулопластики при варикозной болезни

Игнатъев И.М., Бредихин Р.А., Ахметзянов Р.В.

Реферативный обзор подготовил Иванов Е.В. Стр. 7

3. Микропенная склеротерапия магистральных подкожных вен с компрессией и без: рандомизированное контролируемое исследование

Hamel-Desnos C.M., Guias B.J., Desnos P.R., Mesgard Jensen A.

Реферативный обзор подготовил Илюхин Е.А. Стр. 11

4. Отдаленные результаты хирургической тромбэктомии в сочетании со стентированием при симптоматических илеофemorальных венозных тромбозах

Hölper P., Kotelis D., Attigah N., Nyhlik-Dürr A., Böckler D.

Реферативный обзор подготовил Свирский Д.М. Стр. 16

5. Ежегодная премия

Ассоциации флебологов России за 2009 год

Стр. 20

У компрессии есть имя - mediven®

Госпитальный трикотаж mediven®
с градуированной компрессией
для профилактики тромбозов
и компрессионного лечения
при флебосклерозировании
и операциях на венах



thrombexin® 18

struva® 23

struva® 35



medi

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

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

Impact of gender on the clinical presentation and diagnosis of deep-vein thrombosis

Влияние пола на симптоматику и диагноз венозного тромбоза.

Bauersachs R.M., Riess H., Hach-Wunderle V., Gerlach H., Carnarius H., Eberle S., Rabe E., Schellong S.M.

Department of Vascular Medicine, Darmstadt Municipal Hospital, Darmstadt, Germany; Hematology and Oncology Department, Charite University Hospital, Berlin, Germany; Angiology Department, Northwest Hospital, Frankfurt am Main, Germany; Phlebology Unit, General Medical Centre, Mannheim, Germany; GlaxoSmithKline GmbH & Co KG, Hamburg, Germany; GlaxoSmithKline GmbH & Co KG, Munich, Germany; Dermatology Department, Bonn University Hospital, Bonn, Germany; Medical Department II, Dresden Friedrichstadt Hospital, Dresden, Germany

Опубликовано в: Thrombosis and Haemostasis, 2010, vol. 103, № 4, p. 710-717

Реферативный обзор подготовил Беленцов С.М.

Взаимосвязь между полом и частотой тромбоза глубоких вен (ТГВ) неясна, хотя это может оказывать влияние на обследование пациентов с подозрением на ТГВ. Авторы проанализировали данные национального регистра тромбозов TULIPA (Thrombosis with and without pulmonary embolism in out-patients), который вели 326 врачей. В период с октября по декабрь 2005 года включали пациентов с подозрением на тромбоз. Из 5 421 пациента 4 976 согласились участвовать в регистре. До объективного обследования у пациентов выяснялись демографические данные, такие, как продолжительное путешествие в последние 4 недели, наличие варикозных вен, хронической венозной недостаточности, гормонзаместительной терапии или приема контрацептивов, семейный анамнез ТГВ и ТЭЛА, операция и иммобилизация конечности в последние 12 недель и т.д. У пациентов с подозрением на ТГВ имелись следующие особенности: средний возраст 60 лет (от 11 до 99), соотношение мужчин и женщин 1:1,7. Среди мужчин преобладали такие факторы риска, как травма нижних конечностей в последние 12 недель, продолжительное путешествие в последние 4 недели и хроническая венозная недостаточность. Напротив,

варикозные вены и семейный анамнез венозных тромбозов отмечены значительно чаще у женщин. Среди симптомов - уплотнение по ходу глубоких вен, отек конечности, увеличение окружности голени пораженной конечности как минимум на 3 см по сравнению с интактной конечностью, расширение поверхностных вен были более характерны для мужчин.

Ультразвуковое дуплексное сканирование выполняли в 96% случаев. При объективном обследовании ТГВ был подтвержден у 1 388 из 4 777 пациентов. Чаще диагноз был подтвержден у мужчин (37,0%, $n=658/1,779$), чем у женщин (24.3%, $n=730/2,998$) ($p<0.001$). Варикозные вены и семейный анамнез венозных тромбозов отмечены чаще у женщин. Отек конечности, увеличение окружности голени пораженной конечности как минимум на 3 см по сравнению с интактной конечностью чаще встречались у мужчин. Не было разницы в стороне поражения. Проксимальный тромбоз чаще развивался у мужчин (59.6% vs. 44.5% у женщин, $p<0.001$). Солеус-тромбоз у мужчин встречался реже. Статистический анализ показал, что мужской пол является положительным предиктором ТГВ, для них отягощенный семейный анамнез ассоциировался с повышенным риском ТГВ, наличие варикозных вен – с пониженным. Для женщин положительными предикторами были отягощенный семейный анамнез, острое заболевание в последние 4

недели, и использование оральных контрацептивов. Исключая женщин, получающих гормоны, частота идиопатических тромбозов была сравнимой в двух группах.

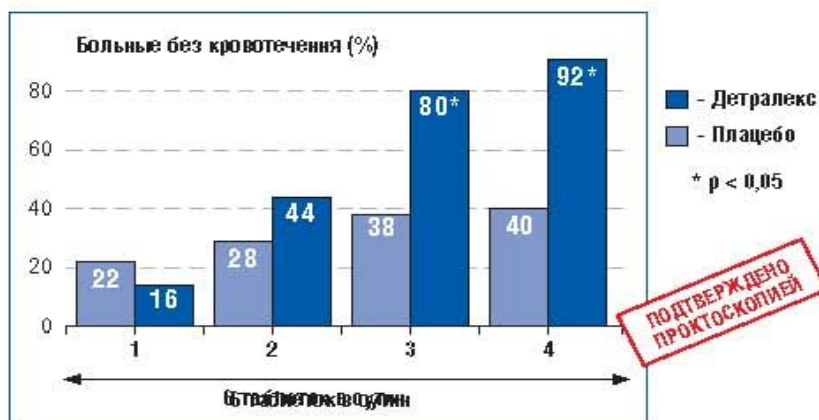
Авторы также исследовали диагностическую ценность прогностической шкалы Wells, которая определяет вероятность тромбозов у пациентов. Было найдено, что данная шкала правильно определяет пациентов с низкой и высокой вероятностью ТГВ в обеих группах пациентов. Обсуждая проблему, авторы делают заключение, что мужской пол является независимым фактором риска ТГВ.

Комментарий. Традиционно считается, что заболевания вен чаще встречаются у женщин. Данное утверждение автоматически переносилось и на частоту венозных тромбозов. Но, как следует из приведенной работы, частота тромбозов в данных группах отличается незначительно – 658 случаев у мужчин и 730 – у женщин. В то же время объективное обследование у пациентов с подозрением на ТГВ подтверждает его гораздо чаще у мужчин. К сожалению, авторами не приводятся данные о частоте ТЭЛА, хотя при такой большой выборке наличие данного осложнения весьма вероятно. Проведенное исследование – очередное в ряду подобных, доказывающих необходимость применения объективных методов диагностики у всех пациентов с подозрением на ТГВ.

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
D1 | D2 | D3 | D4

4 x 3 дня
D5 | D6 | D7

Предупреждение обострений 3 месяца

2 x 3 месяца
M1 | M2 | M3

ДЕТРАЛЕКС®

Регистрационный номер: П № 011489/01

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 как гесперидин (20%) – 50 мг.

Фармакофармакологическая группа: ангиопротектор.

Фармакодинамика: ДЕТРАЛЕКС® снижает венозную проницаемость и венозную растяжимость и стабилизирует. На венозном уровне – уменьшает растяжимость вен и венозную застой. На уровне микроциркуляции – снижает проницаемость, ломкость капилляров и повышает их реактивность.

Воздействие на организм:

Тормозит спазмолитическую венозную-инвазивную реактивность:

- спазмолитическое действие в венах
- вены;
- «утрачена усталость» ног, судороги;
- трофическое нарушение;
- сингаментальная форма обострения геморроя.

Противопоказание: известная повышенная чувствительность к препарату.

Беременность и период кормления грудью: Безопасности на животных во время беременности не было. До настоящего времени не было сообщений о каких-либо побочных эффектах при применении препарата у беременных женщин. Кормление грудью: Не-за-сутности данных относительно безопасности грудного и материнского молока не рекомендуется прием препарата.

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

Важными являются: Крайне редко наблюдаются аллергические и воспалительные реакции. Серьезных побочных эффектов, требующих отмены препарата, не наблюдалось. Взаимодействие с другими лекарственными средствами: Не отмечалось.

Регистрационное удостоверение выдано фирме «Лаб-Органик Софарм».

Произведено «Лаб-Органик Софарм Индустри», Франция.

115054, Москва, Павловская пл., д. 2, стр. 3
Тел.: (495) 937-07-00, факс: (495) 937-07-01



Метод интравазальной вальвулопластики при варикозной болезни

Игнатъев И.М., Бредихин Р.А., Ахметзянов Р.В.

ГУ Межрегиональный клинико-диагностический центр, курс сердечно-сосудистой хирургии Казанского государственного медицинского университета, Казань, Россия

Опубликовано в: Флебология, 2010, том 4, №1, с.

Реферативный обзор подготовил Иванов Е.В.

В статье приводятся результаты лечения 63 больных варикозной болезнью (43 женщины и 20 мужчин) с клапанной недостаточностью глубоких вен, которым выполнили интравазальную вальвулопластику бедренной вены. У 47 пациентов с прогрессирующим ХВН после ранее выполненной флебэктомии провели изолированную вальвулопластику. У 16 больных вальвулопластику сочетали с вмешательствами на поверхностных и перфорантных венах. Продолжительность заболевания варьировала от 7 до 47 лет (в среднем – 12,4). Средний возраст пациентов составил $42,6 \pm 8,7$ года (от 19 до 61). По классам CEAP распределение было следующим: C4 – 14 (22,2%), C5–C6 – 49 (77,8%). Клапанную недостаточность глубоких вен оценивали по результатам дуплексного ангиосканирования. Показаниями к хирургической коррекции глубокого венозного рефлюкса авторы считают, во-первых, только выраженные формы глубокого рефлюкса (3–4 степени по классификации Kistner), во-вторых – осложненные формы ХЗВ (C5–C6 по CEAP). 34 пациентам провели

операцию по классической методике Kistner, 29 – по модифицированному методу.

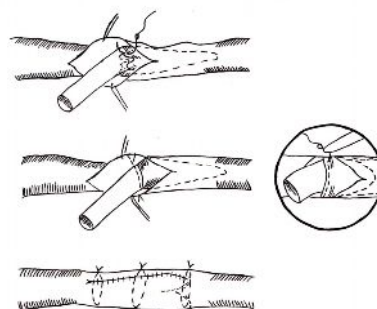
Рассматривая существующие методы интравазальной вальвулопластики, авторы отмечают, что все эти методы имеют определённые недостатки,

Целью интравазальной вальвулопластики является оптимальное укорочение свободного края клапанной створки. Опытным путем в работах S. Raju установлено, что укорочение створок приблизительно на 20% восстанавливает функцию клапана. Однако во всех предлагаемых на сегодняшний день методах вальвулопластики присутствует эмпиризм, так как укоротить клапанные створки под контролем глаза точно на 20% невозможно и хирург оперирует, полагаясь только на свой опыт.

Предлагаемый авторами статьи модифицированный метод лишен этих недостатков, так как укорочение клапанных створок производится на специальном округлом клапанном корректоре, диаметр которого подбирается исходя из диаметра

бедренной вены, обеспечивая оптимальное укорочение створок венозного клапана, исходя из норм физиологии.

Суть метода заключается в следующем. Бедренную вену обнажают из типичного доступа дистальнее устья глубокой вены бедра. Выполняют продольную венотомию в области синуса клапана (над одной из створок) до его основания. Этот прием позволяет избежать повреждения клапанных створок. Венотомическое отверстие растягивают в стороны с помощью наложенных атравматических швов-держалок. Оценивают состояние клапанных створок. При наличии диастаза в области комиссуры противоположной стенки его ликвидируют наложением П-образного атравматического шва с завязыванием узла снаружи вены. Затем в просвет вены в дистальном направлении вводят прозрачный стеклянный корректор округлой формы, диаметр которого примерно равен диаметру вены ниже клапана (математическое и физиологическое обоснование выбора именно такого диаметра также приводится в статье). Удлиненные створки распластывают на корректоре (как на полусфере) и натягивают, свободному их краю придают положение, перпендикулярное стенке вены.



Далее снаружи вены осуществляют выкол атравматической иглой, створки поочередно прошивают и укорачивают, после чего делают выкол наружу и шов завязывают с формированием новой линии комиссуры, расположенной более проксимально. Свободный край каждой из створок укрепляют с помощью атравматической нити с образованием дубликатуры. Затем трубку извлекают. После ушивания разреза вены в области клапана чрезадвентициально накладывают три лигатуры для профилактики развития эктазии.

Сразу после операции пациенты выполняли упражнения в виде тыльного сгибания стоп и периодического выполнения приема Вальсальвы для профилактики тромбоза и адгезии створок восстановленного клапана вены.

Активизацию пациентов производили на следующий день. На 3–5 дней назначали низкомолекулярные гепарины в терапевтических дозах с последующим переводом на дезагреганты (Плавикс 75 мг + ТромбоАсс 100 мг) и поливалентные флеботропные препараты (Детралекс) в течение 3 месяцев.

В отдаленном периоде (от 24 до 86 месяцев) клиническое улучшение зафиксировано у 59 (93,6%) человек, состоятельность реконструированного клапана верифицирована у 51 (80,9%) пациента. Среди больных оперированных по методике Kistner состоятельность клапана сохранялась в 76,5% наблюдений, среди пациентов, оперированных по модифицированной методике – в 86,2% случаев.

Комментарии. Вмешательства на клапанах глубоких вен остаются одной из наиболее обсуждаемых проблем современной флебологии. Многие исследователи в настоящее время относятся к этим операциям довольно

скептически, считая, что сложность и травматичность манипуляции неоправданно высока, по сравнению с получаемыми результатами. Поэтому лишь немногие клиники обладают серьезным опытом клапанной реконструкции.

Авторы рассматриваемой статьи, имея большой опыт экстравазальных и интравазальных вмешательств, разработали удобный и перспективный метод вальвулопластики, который может с успехом применяться в специализированных клиниках, имеющих опыт в реконструктивной хирургии глубоких вен.

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
OT открытый носок	CT закрытый носок	C короткие размеры	N 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. Первомайская т: 464-29-52

м.Арбат т: 291-71-01

м. Кантемировская т: 322-50-11

Foam sclerotherapy of the saphenous veins: randomised controlled trial with or without compression

Микропенная склеротерапия магистральных подкожных вен с компрессией и без: рандомизированное контролируемое исследование

Hamel-Desnos C.M., Guias B.J., Desnos P.R., Mesgard Jensen A.

Saint Martin Private Hospital, Department of Vascular Medicine, Caen, France, Department of Vascular Medicine and Duplex Scan, University Hospital, Brest, France, Vascular Medicine, Caen, France, Vascular Medicine, Morlaix, France

Опубликовано в: European Journal of Vascular and Endovascular Surgery, 2010, vol. 39, №4, p. 500—507

Реферативный обзор подготовил Илюхин Е.А.

Целью исследования было сравнение эффективности и побочных эффектов микропенной склеротерапии магистральных подкожных вен при использовании после процедуры компрессионного трикотажа и без него. Дизайн: открытое проспективное рандомизированное контролируемое исследование, проведенное в двух медицинских центрах. У 60 пациентов с несостоятельностью большой или малой подкожной вены была выполнена эхо-контролируемая склерооблитерация. Рандомизация на две группы проведена сразу по завершении склеротерапии. В одной группе в дневное время в течение 3 недель использовали компрессионный трикотаж с давлением на уровне лодыжки от 15 до 20 мм рт. ст.. Во второй группе компрессию не применяли. Оценка результатов проведена с

привлечением независимых специалистов на 7, 14 и 28 сутки от проведения процедуры и включала клинический осмотр, дуплексное сканирование вен нижних конечностей, а так же заполнение нескольких видов опросников.

В исследование были включены 55 женщин и 5 мужчин в возрасте от 32 до 78 лет (средний – 57 лет). 31 человек попал в группу с компрессией, а 29 – без нее. Диаметр БПВ не превышал 8 мм, МПВ – 6 мм, рефлюкс продолжался не менее 1 секунды. Диагноз в соответствии с СЕАР: C2s-C6, E_p, A_s2,4, P_t. Основная конечная точка исследования – степень облитерации вены при ультразвуковом исследовании на 28 сутки после процедуры. К осложнениям отнесли: боль, тромбофлебит, пигментацию и вторичные телангиэктазии.

Склерооблитерацию проводили путем пункции вены под ультразвуковым контролем. За одну сессию вводили от 2,5 до 8,0 мл пены на основе полидоканола при склерозировании БПВ (средний объем 4 мл) и от 2,0 до 6,0 мл пены при склерозировании МПВ (средний объем 3,6 мл). Концентрацию полидоканола варьировали от 1% до 2% в зависимости от диаметра вены. Сочетанное лечение варикозных притоков не проводили. После рандомизации в течение 5–10 мин в группе с компрессией пациенту надевали трикотаж с градуированной компрессией (до перевода пациента в вертикальное положение). Протокол исследования подразумевал возможность проведения 3 лечебных сессий, однако, фактически оказалось достаточно одной. 2% раствор полидоканола был применен только у 6 пациентов (10% от общего количества).

Отмечено плохое согласие пациентов с предложенным режимом компрессии. В среднем, вместо 21 намеченного дня компрессия применялась лишь на протяжении 11 дней, ежедневно трикотаж носило лишь 40% пациентов основной группы. Причинами отказа от рекомендованного режима компрессии были: дискомфорт у 32%, дискомфорт и болезненный инфильтрат у 11%, зуд у 9%, раздражение кожи у 6%, отек и «холодная стопа» у 4%, другие причины – у 37%.

На 28 сутки отсутствие рефлюкса и облитерация склерозированных вен отмечено у всех пациентов обеих

групп. Протяженность и средний диаметр облитерированных вен был сходным в обеих группах. Авторы не находят разницы в обеих группах при сравнении по эффективности, побочным эффектам, шкале удовлетворенности пациентов, динамике симптомов и качеству жизни.

Авторы не выявили серьезных осложнений. На контрольном исследовании на 7 сутки после процедуры обнаружено 2 случая бессимптомного тромбоза медиальных икроножных вен. Оба случая – в группе облитерации с компрессией, при применении 1% раствора в виде микропены объемом 3 мл и 4 мл. Специфическое лечение по поводу этих тромботических эпизодов не проводилось.

В разделе дискуссии авторы отмечают, что в исследовании оценен лишь непосредственный результат склерооблитерации. Процедура оказалась в равной степени эффективной и безопасной в обеих группах. Компрессия не повлияла на формирование внутрисосудистого тромба в склерозированной вене.

Авторы упоминают единственное рандомизированное контролируемое исследование по сравнению склеротерапии с компрессией и без при лечении ретикулярного варикоза и телангиоэктазов (Kern P, Ramelet A-A, Wu'tschert R, Daniel Hayoz D. Compression after sclerotherapy for telangiectasias and reticular leg veins: a randomized controlled study. *J Vasc Surg* 2007;45). Они справедливо отмечают, что весьма жесткий режим

компрессии должен приводить к очевидным выгодам в результатах лечения, иначе он теряет смысл, однако, на практике этого не происходит. Поэтому авторы использовали в своей работе трикотаж класса 2 по французскому стандарту ASQUAL (что соответствует 1 классу в хорошо знакомом в России стандарте RAL-GZ 387). Этот класс компрессии, по словам авторов исследования, наиболее часто применяется во Франции при проведении склеротерапии. При этом авторы осознают и озвучивают тот факт, что компрессия такого уровня не может изменить диаметр подкожных вен.

Комментарий. Представленное исследование – первое рандомизированное контролируемое исследование по сравнению склеротерапии магистральных подкожных вен с последующей компрессией и без нее. Исследование, в целом, выполнено на хорошем методологическом уровне, но напрашивается вопрос, ответ на который может перечеркнуть все плюсы этой работы – зачем оно было необходимо? Совершенно очевидно, что признают и авторы, «градуированный» трикотаж с компрессией до 20 мм рт. ст. на уровне лодыжки не способен обеспечить редукцию диаметра магистральных подкожных вен даже на голени, не говоря о бедре. Именно с уменьшением диаметра склерозируемых вен

ассоциируются наши ожидания в получении определенных преимуществ «компрессионной склеротерапии». В предложенной работе, с этой точки зрения, сравнили склеротерапию с компрессией со склеротерапией без компрессии. И получили вполне предсказуемый одинаковый результат в обеих группах.

Работа, по всей видимости, представляет ценность для французских специалистов, которые стереотипно рутинно применяют при склеротерапии компрессионный трикотаж указанного класса. Получены весьма убедительные данные в бессмысленности такого подхода.

Однако, и для наших реалий исследование имеет косвенный интерес. Оно заставляет задуматься, насколько целесообразно при склерооблитерации магистральных вен применение госпитального трикотажа (ориентированного на создание давления покоя), о роли эксцентрической компрессии, о необходимой степени компрессии. Конечно, весьма любопытны данные по приверженности пациентов режиму компрессии, однако эти данные нельзя механически экстраполировать на отечественную практику. Остается надеяться, что последующие рандомизированные контролируемые исследования будут более актуальны для нашей повседневной работы.



**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

PHLEBO 06/30/09

Лиотон 1000®

Успех, движение,
ног преобразование!

Гель



Одобрено Ассоциацией
флебологов России

М БЕРЛИН-ХЕМИ
МЕНАРИНИ

Применяется

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

Per. ул.: П № 012/07/01-2005

Longterm results after surgical thrombectomy and simultaneous stenting for symptomatic iliofemoral venous thrombosis

Отдаленные результаты хирургической тромбэктомии в сочетании со стентированием при симптоматических илеофemorальных венозных тромбозах

Hölper P., Kotelis D., Attigah N., Hyhlik-Dürr A., Böckler D.

Department of Vascular and Endovascular Surgery, Ruprecht-Karls University Heidelberg, Heidelberg, Germany

Опубликовано в: European Journal of Vascular and Endovascular Surgery, 2010, vol. 39, №3, p. 349-355

Обзор подготовил Свирский Д.М.

В период с 1996 по 2007 год авторами было выполнено 45 тромбэктомий из подвздошно-бедренного сегмента венозной системы. Результаты тромбэктомии были оценены при помощи интраоперационной флебографии и разделены соответственно на 4 типа. К 1 типу были отнесены пациенты, которым удалось выполнить полноценную тромбэктомию и полностью восстановить просвет сосуда, ко 2 типу отнесли пациентов у которых после выполнения тромбэктомии оставались неудалимые пристеночные тромбы, к 3 типу отнесли пациентов у которых после полноценной тромбэктомии сохранялся стеноз вены вследствие экстравазальной компрессии (синдром Мея-Тернера, сдавление опухолью) или гипоплазии вены, к 4 типу отнесли пациентов с хронической окклюзией. Тромбэктомии выполняли в сроки не позднее 10 суток с момента возникновения тромбоза. 1 и 4 тип

были исключены из исследования, т.к им не проводили эндоваскулярного вмешательства. 25 пациентам выполнили симультанную операцию – катетерную тромбэктомию, тромболитис и последующее стентирование остаточного стеноза. 3 пациентов были отнесены ко второму типу и 22 к третьему. В последующем трое пациентов умерло от причин не связанных с ТГВ, с еще тремя была утеряна связь.

Средний срок наблюдения составил 68 (3-129) месяцев, Удовлетворительный непосредственный результат был достигнут у 74% (14\19), удовлетворительный отдаленный результат у 84% (16\19). У 26% (5\19) в течении 7 суток наступил ретромбоз, у 2-х в последующем наступила реканализация зоны стентирования. Умерших не было. Посттромботическая болезнь классов С1-С3 развилась у 4-х пациентов, ни у одного из пациентов не развились

трофические язвы. Все пациенты в послеоперационном периоде носили компрессионный трикотаж 2 класса и получали пероральную антикоагулянтную терапию.

Комментарий. Авторы рассматривают результаты лечения как удовлетворительные и делают вывод о целесообразности применения симультанных операций у пациентов с острыми (до 10 суток) венозными тромбозами, вызванными различными стенотическими поражениями подвздошного венозного сегмента. По мнению ряда исследователей этот эффект вызван обратимостью воспалительных изменений венозной стенки при раннем устранении препятствия и восстановлении

магистрального кровотока. Несомненно, результаты полученные авторами вселяют оптимизм, однако есть несколько «темных пятен» в дизайне этого исследования, а именно, малое количество наблюдаемых пациентов (19 в течении 11 лет), довольно приличный разрыв в сроках наблюдения и отсутствие контрольной группы, которая позволила бы в полной мере оценить целесообразность выполнения достаточно сложных и дорогостоящих оперативных вмешательств и их преимущества или недостатки в сравнении с адекватным консервативным лечением тромбоза глубоких вен.



FIBRO-VEIN™ 3 1 .5 .2 %

ВЫБОР ПРОФЕССИОНАЛОВ ДЛЯ СКЛЕРОТЕРАПИИ



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

STD Pharmaceutical

Регистрационное удостоверение № ПН014787/01-2003 от 02.03.2009



SIGVARIS

LIFE FOR LEGS

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ЛИМФО-ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ



Компрессионные гольфы, чулки, колготы SIGVARIS из натурального каучука, хлопка и эластана применяются для лечения и профилактики варикозной болезни, тромбоза глубоких вен, тромбоза флебитов и лимфостаза.

Изделия SIGVARIS ТРОМБО применяются для профилактики тромбоза глубоких вен и тромбоза ветвей легочной артерии во время и после хирургического лечения и при необходимости длительного соблюдения постельного режима.

Компрессионные рукава SIGVARIS применяются для лечения и профилактики хронических лимфатических отеков верхних конечностей после мастэктомии; послеоперационных и посттравматических отеков; тромбозов и тромбозов вен плеча и предплечья, полиартритов.

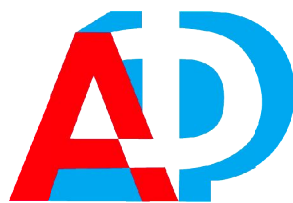
К настоящему времени опубликованы материалы рандомизированных контролируемых исследований, посвященных изучению различных аспектов компрессионной терапии.

1. Prandoni P., Lensing AWA, Prins M.H. et al. Below-knee elastic compression stockings to prevent postthrombotic syndrome // Ann Intern Med. – 2004. Vol. 141. – P. 249-56.
2. Partsch H. Evidence based compression therapy // VASA. – 2003. – Suppl. 63.
3. Mc Neely ML, Magee DJ, Lees AW et al. The addition of manual lymph drainage to compression therapy for breast cancer related lymphedema: a randomized controlled trial. // Breast Cancer Research & Treatment. – 2004. – Vol.86. P. 95-106
4. Gerlach H.E., Blattler W. Контролируемое амбулаторное лечение тромбоза глубоких вен: клиническое исследование на 827 пациентах. // Phlebologie 2002; 31:77-84.

Генеральный дистрибьютор
ООО "ВЕНО-МИР"
тел.: (495) 259-20-01, 259-82-65
E-mail: venomir@inbox.ru

 **SIGVARIS**
LIFE FOR LEGS
www.sigvaris.ru

© SIGVARIS
зарегистрированная торговая марка
Ganzoni&CIE AG, St.Gallen/Switzerland
Производитель: ГАНЗОНИ, Швейцария



Ежегодная премия Ассоциации флебологов России за 2009 год

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 2009 г. объявлена работа Карпенко А.А., Старосоцкой М.В., Чернявского М.А., Чернявского А.М. **«Гибридные оперативные вмешательства при массивной тромбоземболии легочных артерий»**, 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!

Исполнительный Совет Ассоциации флебологов России

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

Глубокоуважаемые коллеги!

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

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