

РЕФЕРАТИВНАЯ ФЛЕБОЛОГИЯ

№ 2(8), 2008 г.

Главный редактор
Кириенко А.И.

Редакционный совет

Богачев В.Ю.
(Москва)

Ларин С.И.
(Волгоград)

Илюхин Е.А.
(Санкт-Петербург)

Сапелкин С.В.
(Москва)

Золотухин И.А.
(Москва)

Научный редактор: Золотухин И.А.

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. Изменилось ли за последние 15 лет качество подготовки хирургов-стажеров в области хирургии варикозной болезни

Dowson C.J., Levy B., Corbett C.R.R.

Реферативный обзор подготовила Бурлева Е.П. *стр.4*

2. Хронические заболевания вен нижних конечностей в группе здоровых мужчин азиатского происхождения, проживающих в Великобритании.

Sam R.C., Hobbs S.D., Darvall K.A.L., Rehman A., Adam D.J., Silverman S.H.
Bradbury A.W.

Реферативный обзор подготовил Илюхин Е.А. *стр.7*

3. Венозный рефлюкс и растяжимость вен при варикозной болезни и в норме.

Jeanneret C., Jager K.A., Zaugg C.E., Hoffmann U.

Реферативный обзор подготовил Париков М.А. *стр.10*

4. Эффективность и безопасность склерооблитерации большой подкожной вены с использованием стандартизированной пены полидоканола: рандомизированное контролируемое мультицентровое клиническое исследование

Rabe E., Otto J., Schliephake D., Pannier F.

Реферативный обзор подготовил Паршутин Ю.В. *стр.13*

5. Результаты и значимость дуплексного сканирования глубокой венозной системы при рецидиве варикозной болезни

Aii S.M., Callam M.J.

Реферативный обзор подготовил Сапелкин С.В. *стр.16*

6. Флебэктомия и гемодинамическая коррекция (CHIVA): сравнительное рандомизированное исследование отдаленных результатов

Carandina S., Mari C., De Palma M., Marcellino M.G., Cisno C., Legnaro A., Liboni A., Zamboni P.

Реферативный обзор подготовил Цуканов Ю.Т. *стр.19*

7. Недостаточность перфорантных вен голени: критерии и частота выявления

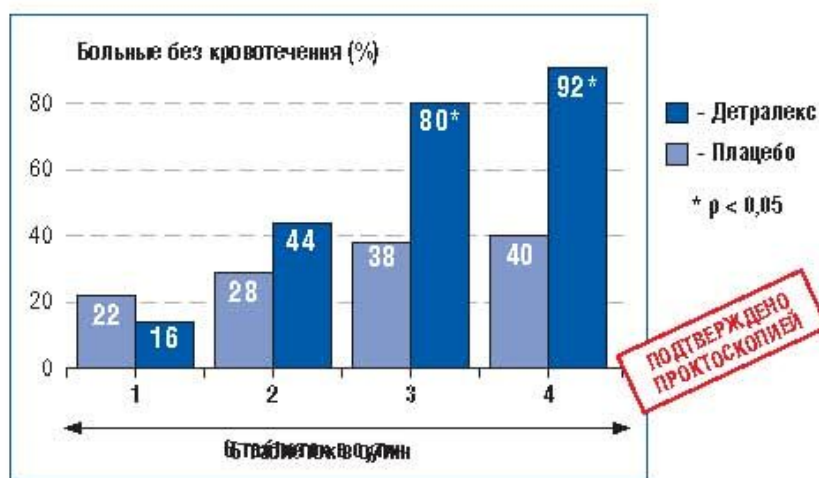
Золотухин И.А., Богачев В.Ю., Кузнецов А.Н., Кириенко А.И.

Реферативный обзор подготовил Ларин С.И. *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 x 4 дня

Д1 | Д2 | Д3 | Д4

4 x 3 дня

Д5 | Д6 | Д7

Предупреждение обострений 3 месяца

2 x 3 месяца

М1 | М2 | М3

ДЕТРАЛЕКС®

Регистрационный номер: П № 011499/01

Лекарственная форма: таблетки, покрытые оболочкой.

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

Фармакофармакологическая группа: ангиопротектор.

Фармакодинамика: ДЕТРАЛЕКС® обладает венопротекторными и ангиопротекторными свойствами. На венозном уровне – увеличивает эластичность вены и венозный застой. На уровне микроциркуляции – снижает проницаемость, ломкость капилляров и повышает их резистентность.

Воздействие на организм:

Терапия симптомов венозной-инфекционной патологичности:

- ощущение тяжести в ногах

- боли;

- ощущение усталости ног, судороги;

- трофические нарушения.

Симптоматическая терапия обострений геморроя.

Противопоказания: известная повышенная чувствительность к препарату.

Бережность в период кормления грудью: Соединения не проникают в грудное молоко. До введения препарата не было сообщений о каких-либо побочных эффектах при применении препарата у кормящих женщин. Кормление грудью: Не-на-стутствие данных относительно безопасности препарата и возможной опасности матери во время приема препарата.

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

Возможные побочные эффекты: крайне редко: запоры, головные и мышечные боли, расстройства. Серьезных побочных эффектов, требующих отмены препарата, не наблюдалось.

Взаимодействие с другими лекарственными средствами: Не изучалось.

Регистрационное удостоверение выдано фирме «ЛабСтория Сервис».

Произведено «ЛабСтория Сервис Индустри», Франция.

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



Experience Gained by Basic Surgical Trainees in Varicose Vein Surgery over a 15 Year Period - Has it Changed?

Изменилось ли за последние 15 лет качество подготовки хирургов-стажеров в области хирургии варикозной болезни

Dowson C.J., Levy B., Corbett C.R.R.

Brighton and Sussex University Hospitals NHS Trust, Brighton; The Princess Royal Hospital, Haywards Heath, West Sussex; UK

Опубликовано в: *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*, 2008, vol. 35, № 2, p. 214-217

Реферативный обзор подготовила Бурлева Е.П.

Целью исследования было изучение возможных изменений, произошедших за последние 15 лет в подготовке стажеров-хирургов (Basic Surgical Trainees или BST's), руководимых консультантом-специалистом по сосудистой хирургии.

Поводом для этого послужили европейские дебаты о возможном ухудшении хирургической подготовки врачей в связи с планируемым к 2009 году сокращением рабочей недели хирурга до 48 часов (Европейская директива рабочего времени - EWTD). Подсчитано, что подобные изменения в рабочей неделе могут привести к потере времени практической подготовки стажеров на 30-50%. На страницах европейской печати было уже высказано беспокойство по поводу ухудшения качества освоения стажерами аппендэктомии и экстренной лапаротомии.

Авторы статьи изучили 15-летний период (с 01.01.1991 по 31.12.2005) работы хирургов-специалистов и

хирургов-стажеров по выполнению флебэктомий с трех больниц: *The Princess Royal Hospital* и *Brighton and Sussex University Hospitals*. Анализ был возможен благодаря внедрению в госпиталях в 1990 году контрольной системы MicroMed surgical audit system (Medical Systems Ltd, Great Missenden, UK) с созданием единой базы данных. Для удобства статистической обработки условно операция флебэктомия была поделена на 4 фрагмента (кроссэктомия, стриппинг и т.д.). Были изучены случаи, когда хирург-специалист работал в операционной один. Также проанализированы случаи, когда стажер становился первым хирургом, т.е. выполнял один или два фрагмента флебэктомии под руководством специалиста.

Результаты были подвергнуты статистической обработке. За изученный период всего было выполнено 1662 флебэктомии, из них стажерами 632 (39%). По годам и 5-

летним периодам не было выявлено статистически значимых отклонений в количестве выполненных флебэктомий как консультантом, так и стажерами.

В дискуссии авторы отмечают, что компетентность BST's не измеряется числом выполненных операций, однако техническое мастерство можно улучшить только благодаря регулярной работе в операционной. При выполнении флебэктомии BST's приобретают такие важные навыки как «анатомичное» оперирование и бережное отношение к тканям. Несмотря на то, что статистических изменений в работе хирургов за большой промежуток времени выявлено не было, есть беспокойство, что существующие стажеры будут подготовлены хуже, чем предыдущие поколения обучаемых.

Комментарий. Берусь с большой долей вероятности утверждать, что статья английских коллег о том, как стажеры осваивают выполнение флебэктомий и что последует за сокращением рабочих часов в госпиталях Великобритании, подавляющим большинством отечественных хирургов может быть лишь принята к сведению.

Представленная работа вряд ли имеет шансы на большой резонанс и интерес в связи с принципиальными различиями системы обучения и подготовки

российских хирургов, а также положений, отраженных в существующем у нас трудовом законодательстве. Кроме того, имеются еще духовные и эмоциональные отличия российской хирургической школы, не позволяющей свести систему подготовки молодого хирурга только к освоению технических навыков, но вкладывающей в учащегося весь объем врачебных знаний о ведении и наблюдении за пациентом.

Однако, грядут перемены. Экономика различных стран начинает работать по единым принципам и программам. Следовательно, в достижимом будущем можно прогнозировать внедрение в систему здравоохранения России зарубежных стандартов работы с их жестким влиянием как на подготовку, так и на работу хирургов. Тогда большое значение будут приобретать и внедрение приведенной в статье системы персонифицированного учета работы хирурга (MicroMed surgical audit system), и длительность оплачиваемой рабочей недели, и четкая «кастовость» хирургов, связанная с их опытом работы и суммой знаний.

На этом пути нас ждет достаточное количество испытаний. Наибольший успех возможен при гармоничном совмещении российского и зарубежного опыта.

Chronic Venous Disease in a Cohort of Healthy UK Asian Men

Хронические заболевания вен нижних конечностей в группе здоровых мужчин азиатского происхождения, проживающих в Великобритании.

Sam R.C., Hobbs S.D., Darvall K.A.L., Rehman A., Adam D.J., Silverman S.H., Bradbury A.W.

Birmingham University Department of Vascular Surgery, Heart of England NHS Trust; Department of Vascular Surgery, City Hospital, SandiueLL and West Birmingham NHS Trust, UK

Опубликовано: European Journal of Vascular and Endovascular Surgery, 2007, vol. 34, № 1, p. 92-96

Реферативный обзор подготовил Илюхин Е.А.

Исследование представлено как проспективное эпидемиологическое (*prospective, epidemiological survey*). Целью его была оценка распространенности хронических заболеваний вен нижних конечностей у выходцев из Азии мужского пола, проживающих в Великобритании (преимущественно уроженцев Индии и Пакистана). Данное исследование являлось частью более широкого проекта по изучению распространенности заболеваний периферических сосудов у этнических меньшинств Бирмингема. Осмотрены 100 мужчин старше 55 лет, посещающих местную мечеть (добровольцы, приглашенные в специальную мобильную клинику). Проводился опрос (через переводчика), клиническое и инструментальное исследование, включающее ультразвунографию и фотоплетизмографию нижних конечностей. Медиана возраста 67 лет (62–72). Медиана жизни в Англии 41 год (38 – 43).

У 50 человек выявлены те или иные признаки заболеваний вен. У 30

субъектов поражение было двусторонним, т.о., те или иные признаки поражения выявлены на 80 конечностях из 200. На 2-х найдены телеангиэктазии и ретикулярные вены, на 66 – варикозно расширенные подкожные вены (класс C2) и на 12 нижних конечностях (у 8 человек) – кожные изменения (класс C4). Не выявлены отеки (C3), зажившие или открытые язвы (C5-C6). Восемь обследуемых в прошлом перенесли операцию по поводу варикозной болезни. На 73 конечностях выявлен рефлюкс в системе большой подкожной вены, на 7 конечностях – по глубоким венам (только в подколенном сегменте, бедренные вены были состоятельны). Ранее, в других своих работах авторы сообщали о том, что выходцы из Азии, живущие в Великобритании, реже переносят хирургические операции по поводу варикозной болезни, чем соответствующие по полу и возрасту европейцы. На основании полученных в настоящем исследовании данных авторы утверждают, что причиной этого не является меньшая распространенность хронических

заболеваний венозной системы в указанной популяции. Главный результат – у половины субъектов исследования выявлены различные признаки хронического заболевания вен нижних конечностей, на 1/3 конечностей найдена варикозная трансформация вен и в 8% – трофические нарушения. У подавляющего большинства лиц с выявленным рефлюксом поражение касалось системы большой подкожной вены.

Ранее эпидемиология хронических заболеваний вен нижних конечностей у белого населения Великобритании была оценена в исследовании Edinburgh Vein Study (EVS). Это поперечное исследование, показавшее, что частота выявления телеангиэктазий и ретикулярных варикозных вен среди белого населения составляет 79-85 %, варикозного расширения подкожных вен – 26-33%, трофических нарушений – 5-7%. В обсуждении авторы сравнивают полученные ими результаты с Эдинбургским исследованием. Авторы отмечают, что ввиду отсутствия других работ по хроническим заболеваниям вен в этнических меньшинствах Великобритании сложно судить, отображает ли данное пилотное исследование ситуацию в группе выходцев из Азии в целом, но оно позволяет усомниться в том, что хронические заболевания вен – «западный» недуг. Полученные данные весьма близки к результатам исследования EVS.

Вместе с тем, авторы работы отмечают отсутствие трофических язв в исследуемой группе. Вторая особенность азиатской популяции – относительно низкая распространенность клинического

класса C1 по сравнению с исследованием EVS. Третья – небольшое количество случаев рефлюкса в глубокой венозной системе. Авторы высказывают ряд предположений, которые могут объяснить эти особенности, однако отмечают, что достоверно судить об этом на основании полученных данных невозможно.

Комментарий. Проведенное исследование, конечно, не является проспективным (*проспективные исследования (prospective studies, англ.) — вид продольных исследований, в которых участники планомерно включаются в исследование, и за ними наблюдают, выявляя изменения в состоянии здоровья и других признаках ("Словарь основных эпидемиологических терминов", Власов В.В., Международный журнал медицинской практики. 2005; 1: 75-8).* Данная работа может рассматриваться как выборочное наблюдение, обследование (*обследование (survey, англ.) вид исследования, в котором все члены популяции или выборка из нее подвергаются измерениям (опрашиваются); вариант поперечного исследования, (глоссарий коокрановского сотрудничества).*

При этом, чтобы распространить полученные результаты на всю совокупность, из которой сделана выборка (на всю этническую группу выходцев из Азии данного района), выборка должна отражать свойства этой совокупности (то есть быть репрезентативной) как в количественном, так и в качественном отношении. В нашем случае репрезентативность сомнительна, даже если в качестве генеральной совокупности рассматривать только

мужскую часть обследуемого этнического меньшинства. Выборка сделана из относительно небольшой группы мужчин, регулярно посещающих мечеть, а большая часть этой этнической группы может разительно отличаться от испытуемых по целому ряду признаков. Кроме того, выборку вряд ли можно назвать случайной, что еще более снижает ее репрезентативность.

Конечно, проведение исследований в подобных этнических группах сопряжено с рядом трудностей. Возможно, более достоверная информация была бы получена при увеличении объема выборки и изменении критериев отбора. Интересно, на мой взгляд, была бы

стратификация исследуемых на две группы по месту рождения – родившихся в Европе и недавно приехавших.

По прочтении статьи складывается впечатление, что основная идея авторов - указать на то, что на сегодняшний день нет убедительных данных ни за наличие, ни за отсутствие связи между распространенностью хронических заболеваний вен и этнической принадлежностью. Как отмечают сами авторы, для изучения этиологии хронических заболеваний вен требуются дальнейшие крупномасштабные эпидемиологические исследования в различных этнических группах.



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

PHLEBO-UNION-2008

Венозный рефлюкс и растяжимость вен при варикозной болезни и в норме

Jeanneret C., Jager K.A., Zaugg C.E., Hoffmann U.

University Clinic of Internal Medicine, Bruderholzspital, Angiology Department, Bruderholz, Switzerland; Department of Angiology, Department of Research, University Hospital, Basel, Switzerland; Ludwig Maximilians Universitat, Munchen, Germany

Реферативный обзор подготовил Париков М.А.

Целью этой работы было исследование растяжимости поверхностных и глубоких вен нижних конечностей, а также параметров венозного рефлюкса у здоровых лиц и пациентов с варикозной болезнью (ВБ). Авторами выдвинута гипотеза о том, что вены при варикозной болезни не только большие по диаметру, но и более растяжимы. Основную группу составили 35 пациентов с ВБ (52 н/к) с несостоятельными сафено-фemorальным соустьем и стволом большой подкожной вены (БПВ). Большинство пациентов соответствовали клиническому классу С2. В контрольную группу вошли 48 здоровых добровольцев (96 н/к). Группы были сопоставимы по возрасту, индексу массы тела.

При помощи ультразвукового дуплексного сканирования в положении лежа после 10 минутного отдыха измеряли базовые диаметры следующих вен: общей бедренной (ОБВ), бедренной (БВ) и большой подкожной (на 1 см ниже устья). После измерения проводили стандартизированную пробу Вальсальвы таким образом, чтобы давление выдоха составило 30 мм рт. ст., было установлено в пределах 0.3 сек и

выдержано сроком не менее 3 сек. При этом оценивали увеличение диаметра венозного сегмента и параметры рефлюкса (время рефлюкса, пиковую и среднюю скорости рефлюкса, объем перемещенной крови).

В результате этого исследования авторы выявили, что базовый диаметр (в покое) поверхностных и глубоких вен бедра больше у пациентов с варикозной болезнью, чем в контрольной группе. В частности средний диаметр ОБВ составил 9,7 мм и 8,4 мм, БПВ – 5,3 мм и 3,5 мм соответственно. Однако средний диаметр БВ был в группах одинаковым – 6,0 мм и 5,9 мм.

При проведении стандартизированной пробы Вальсальвы было обнаружена большая растяжимость БВ и БПВ в основной группе по сравнению с группой контроля. Диаметр БВ увеличивался на 27 и 19% в основной и контрольной группе соответственно, и БПВ - на 29 и 15%. Увеличение диаметра ОБВ в обеих группах было примерно одинаковым (на 30 и 27% соответственно).

Авторы также провели внутригрупповое сравнение диаметров вен и их

растяжимости для лиц с индексом массы тела (ИМТ) менее и более 22,5 кг/м². Статистически достоверной разницы базовых диаметров и диаметров во время пробы Вальсальвы в контрольной группе не было выявлено. В группе пациентов с ВБ диаметры вен у пациентов с ИМТ более 22,5 кг/кв.м. были больше, однако это не влияло на растяжимость вен.

Результаты измерения гемодинамических показателей в группах были следующими: время рефлюкса и пиковая скорость рефлюкса в ОБВ и БПВ были выше в основной группе по сравнению с контрольной. Межгрупповые отличия в средней скорости рефлюкса и объеме перемещенной крови выявлены только для БПВ.

Авторы делают вывод о том, что диаметр проксимальных поверхностных и глубоких вен, растяжимость их при проведении пробы Вальсальвы у пациентов с ВБ больше, чем у здоровых лиц. Выявлена корреляция между растяжимостью и параметрами рефлюкса (патологического и физиологического): чем больше диаметр и растяжимость венозного сегмента, тем более продолжительный рефлюкс, больше его средняя и пиковая скорости. Лучшая корреляция между растяжимостью венозного сегмента и временем рефлюкса, пиковой скоростью рефлюкса, объемом перемещенной крови получена в основной группе (пациенты с ВБ).

Комментарий. Эта работа интересна демонстрацией некоторых патофизиологических закономерностей, характерных для варикозной болезни.

Во-первых, обнаружено увеличение диаметра не только поверхностных, но и глубоких вен, их большая растяжимость при повышении интравенозного давления (проба Вальсальвы). В частности растяжимость ОБВ, БВ и БПВ у пациентов с ВБ значительно выше (27-30%), чем в контрольной группе (15-27%). С одной стороны, это подтверждает представления о патологических изменениях в венозной стенке, нарушении ее каркасных свойств за счет дегградации коллагена, с другой стороны, вероятно, является следствием перегрузки глубокого венозного коллектора при возвращении рефлюксной крови.

Интересен факт того, что в контрольной группе ОБВ также обладает свойствами повышенной растяжимости (в среднем 27%) при нормальном базисном диаметре и нормальной функции. Возможно, именно высокая растяжимость ОБВ является предрасполагающим фактором для развития некомпетентности сафено-феморального соустья при наличии дополнительных провоцирующих факторов.

Во-вторых, рассуждая о гемодинамике в сафено-феморальном сегменте, хочется подчеркнуть важные различия, установленные между группами. В контрольной группе повышение интравенозного давления в ОБВ приводит только к непродолжительному физиологическому рефлюксу (в ОБВ - среднем 0,37 сек, БПВ – 0,17 сек, БВ – 0,16 сек). В группе пациентов с ВБ физиологический рефлюкс в ОБВ и БВ закономерно удлиняется (в среднем в ОБВ - 0,99 сек, в БВ – 0,26 сек) при

патологическом рефлюксе в БПВ - 3,5 сек. Таким образом, результаты этого исследования свидетельствуют, что несостоятельность БПВ приводит к удлинению физиологического рефлюкса в глубоких венах бедра.

В-третьих, важным результатом, полученным в группе пациентов с ВБ, является обнаружение корреляции между параметрами венозного

рефлюкса и степенью увеличения венозного диаметра (растяжимости) в глубоких и поверхностных венах бедра. Вероятно, этот факт может иметь большую практическую ценность, в том числе при прогнозировании клинического течения заболевания, результатов лечения различными методами, использовании альтернативных методик (EVLT, VNUS, микропенной склеротерапии).



<p>Линия Classic - классический лечебный трикотаж (1, 2 и 3 класса компрессии)</p> 	<p>Линия Cotton - лечебный трикотаж с использованием хлопкового волокна (1 и 2 класса компрессии)</p> 
<p>Линия Soft - элегантные и стильные изделия из очень мягкой микрофибры (1 и 2 класса компрессии)</p> 	<p>Линия Silver - двойной эффект компрессии и лечебные свойства серебрянной нити X-static</p> 
<p>Линия Benefic - профилактический трикотаж класса А и лечебный трикотаж 1 класса компрессии</p> 	<p>Линия Anti-Embolism - лечебный трикотаж для профилактики тромбоэмболических осложнений</p> 

AD	AG	AGH	AGTL-AGTR	AT	ATM
					
01 открытый носок		02 закрытый носок		03 короткие размеры	
				04 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

Efficacy and Safety of Great Saphenous Vein Sclerotherapy Using Standardised Polidocanol Foam (ESAF): A Randomised Controlled Multicentre Clinical Trial

Эффективность и безопасность склерооблитерации большой подкожной вены с использованием стандартизированной пены полидоканола: рандомизированное контролируемое мультицентровое клиническое исследование

Rabe E., Otto J., Schliephake D., Pannier F.

Department of Dermatology, University of Bonn;u, Chemische Fabrik Kreussler & Co. GmbH, Wiesbaden, Germany

Опубликовано в: European Journal of Vascular and Endovascular Surgery, 2008, vol. 35, № 2, p. 238-245

Реферативный обзор подготовил Паршутин Ю.В.

В представленной статье авторы провели анализ сравнения использования стандартизированной пены и жидкого 3% раствора полидоканола при склеротерапии большой подкожной вены в рандомизированном контролируемом мультицентровом клиническом исследовании. Представлен анализ работы одиннадцати центров из Германии. Статья написана докторами из отделения дерматологии университета Бонна и представителями химической фабрики Kreussler & Co. GmbH. Работа отображает только первую часть исследования, описывая результаты 3-хмесячного наблюдения после инъекций. Через год обещано представить новые данные. Исследование проводилось между декабрем 2004 и мартом 2007 годов.

Для исследования отбирали пациентов с варикозной болезнью, диаметром большой подкожной вены не более 1,2 см на расстоянии в 3 см дистальнее сафено-фemorального соустья, продолжительностью рефлюкса стоя не менее 1 секунды, временем возвратного

кровенаполнения при фотоплетизмографии не более 25 секунд и рефлюксом, по крайней мере, до уровня коленного сустава. Проведено лечение 106 пациентов. Стандартизации пены полидоканола добивались использованием двух шприцев объемом 10 мл, двухходового коннектора и стерильного воздуха (отношение раствора и воздуха 1:5,6) Пену создавали при помощи аппарата Turbofoam machine. Максимальные дозы препарата, вводимого за один сеанс, составляли 5 мл для пены и 4 мл для жидкого раствора. Пункцию вены проводили на 10 см ниже сафенофemorального соустья под эхо-контролем. Через 2 недели, если при дуплексном сканировании находили рефлюкс продолжительностью более 0.5 секунд, инъекцию повторяли. Ношение компрессионного трикотажа предписывали на срок не менее 8 часов в день в течение 14 суток. При оценке через 3 недели главным критерием считали отсутствие рефлюкса или продолжительность его менее 0,5 секунд в исходной точке. Другие

критерии тоже применяли, но считали их вторичными. К ним относили окклюзию вены в верхней и нижней точках (3 см и 25 см ниже сафенофemorального соустья) и время возвратного кровенаполнения при фотоплетизмографии.

Склерооблитерацию пеной выполнили 54 пациентам, жидким препаратом – 52. Средний диаметр большой подкожной вены в приустьевом отделе составил 7,5 и 7,7 мм соответственно. Объем вводимого за один сеанс склерозанта колебался от 2,9 до 4,8 мл.

Через 3 мес. рефлюкс крови отсутствовал у 70% пациентов, которым выполнили склерозирование пенной формой полидоканола и только у 31% больных после введения жидкого склерозанта. Окклюзия большой подкожной вены достигнута у 54% пациентов первой группы в сравнении с 17% во второй. Число выполненных процедур в среднем было 1,3 и 1,6 соответственно.

Из осложнений, прежде всего, следует отметить случаи тромбофлебита (6 – после пенной склеротерапии, 7 – после введения жидкого препарата).

По данным опросника CIVIQ лучшие результаты получены при выполнении пенной склеротерапии.

Комментарий. Несмотря на обилие методов лечения варикозной болезни, дискуссия об эффективности и безопасности каждого из них продолжается по сей день. Одни эффективны и дороги, другие относительно дешевы, но травматичны, третьи дешевы и безопасны, но малоэффективны. В этой статье описаны преимущества использования пенного склерозанта для лечения стволового варикоза.

Удивителен столь четкий аналитический подход немецких докторов к столь сложной теме оценки действия склерозанта на вены пациентов. Статистической оценке подлежал временной показатель рефлюкса крови по БПВ до и после лечения, и на его основе делался вывод об эффективности лечения. Не ясно, почему этот показатель поставлен во главу, ибо наличие хоть и кратковременного рефлюкса в вене после склеротерапии – повод для его увеличения через некоторое время с развитием реканализации. Истинным показателем все-таки следует считать окклюзию вены. Да и это еще не повод для расслабления, ибо на бедре в отсутствие надежной компрессии даже такая окклюзия является чаще временной.

Несомненной заслугой авторов следует признать желание научно показать, какой метод лучше в жестких условиях контролируемого эксперимента, когда внимание обращалось не на излечение от болезни, а на контроль влияния склерозанта на одну из вен. Именно это, наверное, и объясняет, что количество пациентов было довольно небольшим – 106 человек. Причем это ведь количество на 11 центров, в некоторых из них включено лишь по 2 пациента.

Многообещающее заявление о мультицентровом исследовании принижается низким общим количеством. Вероятно, трудно было найти пациентов на этот опыт. Несомненным минусом следует считать то, что оценивали результаты дерматологи, и не указано, какие доктора делали склеротерапию в этих 11 центрах.

Указанные цифры осложнений, в частности тромбофлебита – более 10%

для каждой группы. Не описано, но видимо имелось в виду развитие флебита большой подкожной вены, а в этой зоне такое осложнение – повод для оперативного лечения. Однако среди дерматологов видимо, не принято так лечить подобных пациентов. Трудно объяснить то, что использовалось небольшое количество жидкого склерозанта на ствол БПВ. Существующие нормы, принятые в мире, выше в два раза. Такое количество не только малоэффективно, но и небезопасно, при склеротерапии ствола БПВ в условиях недостаточной компрессии в верхней трети бедра. Кроме того, одинаковое количество пены и жидкого препарата все-таки нельзя сравнивать по эффективности воздействия на вену. Несомненной положительной стороной исследования было то, что результаты дуплексного сканирования

записывались на видео и могли быть оценены другими специалистами. Неясна необходимость фотоплетизмографии в этом исследовании. Само по себе правильное и эффективное склерозирование вен улучшает гемодинамику в регионе и не требует подтверждения этим методом. Одним словом качество исследования хорошее, но смущает то, что в угоду стандартизации немного забыли о больных. Оставаясь противником склеротерапии ствола большой подкожной вены, признаю, что меня статья убедила, и пенная склеротерапия с дуплексным сканированием лучше, по крайней мере по части эффективности, чем склеротерапия с использованием жидкого препарата. Будет интересно узнать, как поведет себя окклюзированная БПВ через год после лечения, о чем авторы статьи обещали сообщить позднее.



Надежная защита от тромботических осложнений

Эффективная защита от ТТВ



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

Относительный риск меньше 1 означает, что НМГ более эффективен, чем НФГ
Только Фраксипарин достоверно снижает риск ТТВ в сравнении с НФГ¹

¹Mismetti et al. Meta analysis of low molecular weight heparin in the prevention of venous thromboembolism in general surgery. Br J Surg. 2001; 88: 913-30.

На фоне Фраксипарина наблюдается достоверно меньший риск больших кровотечений по сравнению с эноксапарином²



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

По данным этого документированного исследования, при назначении Фраксипарина 0,3 мл вместо эноксапарина 40 мг удается избежать одного большого кровотечения на каждые 24 больных²

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

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

Фраксипарин*
надропарин*

Высокая эффективность и низкий риск кровотечений

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

Results and Significance of Colour Duplex Assessment of the Deep Venous System in Recurrent Varicose Veins

Результаты и значимость дуплексного сканирования глубокой венозной системы при рецидиве варикозной болезни

Aii S.M., Callam M.J.

Department of Vascular and General Surgery, Bedford Hospital Trust, Bedford, UK

Опубликовано в: European Journal of Vascular and Endovascular Surgery, 2007, vol. 34, № 1, p. 97-101

Реферативный обзор подготовил Сапелкин С.В.

Целью проведенного авторами ретроспективного исследования явилось изучение состояния глубоких вен у пациентов с рецидивом варикозной болезни, а также оценка эффективности проведенного ранее лечения.

Дуплексное сканирование проведено у 570 пациентов (843 конечности) с рецидивом варикозной болезни (C2-C4). Процент рецидива в данной работе составил 31,7 % по отношению ко всей оперированной группе. Неоваскуляризация или резидуальное сафено-фemorальное соустье отмечено в 59 % случаев, недостаточность сафено-поплитеального соустья – в 24,5 % конечностей. Недостаточность перфорантных вен расценена как возможный источник рецидива в 22 % случаев.

Глубокая венозная система была условно разделена на три сегмента (общая бедренная, бедренная и подколенная вены). Рефлюкс классифицировался посегментно. Его значимость определялась по протяженности более 1 сек.

В 34,8 % случаев не отмечено патологии глубокой венозной системы, а в 65,1 % имелись те или иные

признаки поражения глубоких вен. Клапанная несостоятельность по трем венозным сегментам (общая бедренная, бедренная и подколенная вены) отмечена в 21,4 %, недостаточность двух сегментов в 16,2 %, одного сегмента – 25 % конечностей. В одной трети случаев (35 %) патологии глубоких вен не было отмечено, поэтому, по мнению авторов, стандартная операция в этих случаях ведет к хорошим результатам. Ухудшения результатов лечения при наличии рефлюкса лишь в одном сегменте глубокого венозного русла не происходит. Даже при наличии рефлюкса в двух проксимальных венозных сегментах (11,5 %) после проведения вмешательства на поверхностной венозной системе отмечается хороший результат (дистальные отделы венозного русла при этом остаются состоятельными).

И лишь в меньшем количестве наблюдений (28,5%) диагностирована окклюзия глубоких вен или рефлюкс в 3-х или 2-х венозных сегментах с распространением в вены голени, что иногда некоторыми авторами считается противопоказанием к флебэктомии.

Именно у этой группы пациентов имеется наименьший шанс положительного успеха после выполненного оперативного вмешательства на поверхностных венах и наибольшая вероятность рецидива.

Авторы делают вывод, что клапанная недостаточность глубоких вен является весьма характерной проблемой при рецидиве варикозной болезни. Окклюзия глубоких вен является редкой находкой в этом случае, а тотальный рефлюкс в глубокой венозной системе регистрируется почти у четверти пациентов с рецидивом. При проведении хирургических вмешательств стандартного плана (флебэктомия) у этой категории пациентов необходимо помнить о вышеприведенных данных и ставить в известность пациентов о возможности возникновения рецидивных вен в отдаленные сроки.

Комментарий. Авторы в своей работе попытались затронуть злободневные вопросы флебологии: зависит ли частота положительных и отрицательных результатов оперативных вмешательств на поверхностных венах от состояния глубокой венозной системы? Стоит ли оперировать и какие операции выполнять пациентам с клапанной недостаточностью глубоких вен на протяженном участке?

Недостатками этого исследования можно считать его ретроспективность: пациенты оперированы в период 1992-2003 гг., нет данных дуплексного сканирования, которые получали перед проведением оперативного вмешательства, не использованы возможности международной классификации CEAP для оценки клинической характеристики пациентов.

Однако даже эти ограничения дают весьма интересные результаты для практикующих ангиохирургов и флебологов.

Во-первых, **процент послеоперационных рецидивов** варикозной болезни достаточно высок. И эта цифра реально может быть оценена не менее чем через 10 лет (это особенно важно, учитывая наблюдающийся сегодня бум “новых технологий” в лечении варикозной болезни).

Во-вторых, показательна **значимость целого ряда факторов** в патогенезе развития рецидивных варикозных вен после флебэктомии, даже при условии исключения технических погрешностей проведения операции. Механизмы неоваскуляризации, перфорантной недостаточности и сохраняющегося рефлюкса в глубокой венозной системе названы основными.

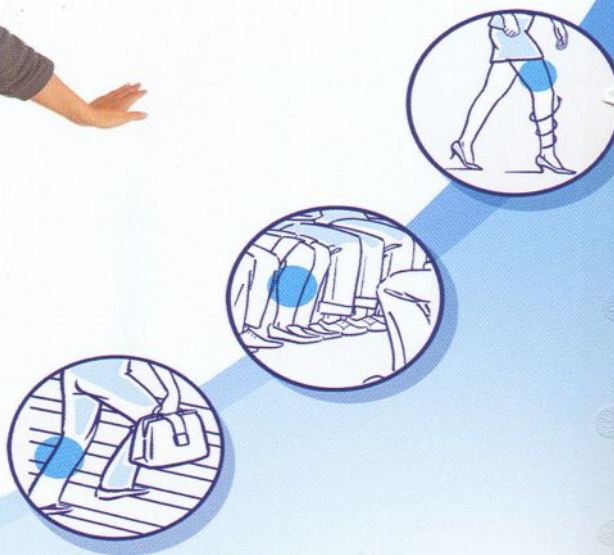
Во-третьих, на первый план причиной прогрессирования заболевания авторами выдвинута проблема **сохраняющегося рефлюкса в глубоких венах** с заинтересованностью прежде всего дистальных отделов (венозная помпа голени). Перфорантная недостаточность здесь может выглядеть как следствие данных патологических рефлюксов. А расставленные акценты на сегментарность определения рефлюкса позволяют дать ответы на вопрос о показаниях к проведению реконструктивных вмешательств на клапанах глубоких вен. Нужны ли они при имеющейся несостоятельности только лишь проксимальных отделов венозного русла?

Планирование проспективных исследований по такому варианту позволит дать более значимые и веские ответы на эти вопросы.

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. yл.: П. № 012/07/01-2005

Varicose vein stripping vs haemodynamic correction (CHIVA): a long term randomised trial

Флебэктомия и гемодинамическая коррекция (CHIVA): сравнительное рандомизированное исследование отдаленных результатов

Carandina S., Mari C., De Palma M., Marcellino M.G., Cisno C., Legnaro A., Liboni A., Zamboni P.

Department of Surgical, Anaesthesiological, and Radiological Sciences, Day-Surgery Unit, Vascular Diseases Center, University of Ferrara, Italy

Опубликовано в: European Journal of Vascular and Endovascular Surgery, 2008, vol. 35, № 2, p. 230-237

Реферативный обзор подготовил Цуканов Ю.Т.

Целью проведенного исследования явилось доказательство эффективности методики CHIVA (амбулаторное гемодинамическое лечение ХВН) путем изучения ее отдаленных результатов и сравнения их с результатами традиционной флебэктомии.

Были оперированы 150 пациентов с недостаточностью сафено-фemorального соустья и большой подкожной вены (БПВ) с клиническими классами C2–C6. Всем пациентам группы сравнения (75 пациентов) проводили короткий стриппинг (от паха до колена) удаление варикозных притоков и лигирование перфорантов. Пациентам основной группы (75 пациентов) выполняли кроссэктомию, отсоединение от БПВ варикозных притоков и частичное их удаление через косметические разрезы. При этом непораженные притоки сохраняли. Точность хирургических действий во всех случаях обеспечивали детальным предоперационным дуплексным сканированием. Результат, достигнутый через 10 лет после вмешательства, оценивали по нескольким критериям

(функциональная и косметическая самооценка, клиническая оценка врачом и дуплексное сканирование).

Вызывает большое уважение система доказательности проведенного исследования: 10-летние результаты оценены тремя независимыми экспертами, не участвовавшими ранее в лечебном процессе и неинформированными об объеме вмешательства у конкретного больного, при том, что выбор методики операции у конкретных пациентов ранее выполнялся компьютерным способом. При этом конкретный вариант вмешательства становился известен как больному, так и хирургу только лишь непосредственно перед операцией. Каждую из примененных методик выполняла специализированная бригада хирургов. В послеоперационном периоде больные обследованы через 1,6,12 месяцев и далее через 3 и 10 лет. Из ранее оперированных через 10 лет обследованы 54 человека в группе стриппинга и 70 пациентов в CHIVA-группе. Субъективная оценка своего состояния пациентами не показала

существенного различия между двумя группами, в отличие от объективной оценки медицинскими экспертами. На основании последней авторы сделали заключение о более частом рецидиве варикоза после стриппинга (35%), чем после методики CHIVA (18%), что объяснили сохранением пути оттока крови по стволу БПВ — центральной идеи методики CHIVA. При этом главной причиной рецидивов варикоза после применения методики CHIVA был рефлюкс по стволу БПВ до «нового» пораженного притока.

Комментарий. Методика CHIVA (Conservative Hemodynamic Insufficiency Venous Ambulatory), предложенная С. Francheschi (1989), заключается в сохранении ствола БПВ для обеспечения дренирования подкожной венозной системы после удаления варикозно трансформированных притоков. В основе методики лежит предположение, что при удалении ствола, те его притоки, которые на момент стриппинга были состоятельными, после операции перестанут осуществлять дренаж крови, в них возникнет гипертензия и в итоге разовьются варикозные изменения. Следует согласиться, что, видимо, в ряде случаев так оно и бывает. Об этом, в частности, свидетельствуют некоторые случаи варикоза, развивающиеся дистальнее удаленных или склерозированных участков подкожных вен.

Исследование хорошо спланировано и тщательно выполнено. Авторы получили отметили, что частота рецидивов варикозной болезни почти в 2 раза меньше после CHIVA-операции. Вместе с тем, если учесть, что в группе стриппинга были потеряны для конечной оценки 21 человек из 75, а в

группе CHIVA только 5 из 75, а также принять во внимание, что исчезают из поля зрения врача при длительном наблюдении преимущественно пациенты с хорошим результатом, то нельзя полностью исключить, что приведенные в работе данные не совсем точно отражают истинное положение дел.

Вместе с тем, очевидно, что метод CHIVA не в ущерб результативности хорошо переносится и менее травматичен, поскольку БПВ не удаляют. Способ прекрасно подходит под определение «офисной» медицины, а потому и воспринимается положительно пациентами.

Не совсем ясен из работы вопрос о последствиях лигатуры сафено-бедренного соустья. Почему рефлюкс крови по большой подкожной вене наблюдается так часто после ее лигирования? Как этот рефлюкс ведет к поражению далее других ее притоков? Каковы его причины: реканализация, гипертрофия тазово-подкожных коммуникаций, второй ствол, ставший несостоятельным и др.?

Мы должны полностью согласиться с авторами данного исследования, что предоперационная навигация путем дуплексного сканирования с детальнейшим картированием пораженных вен абсолютно необходима перед любым вмешательством на подкожных венах, независимо от стратегии хирургического вмешательства и в итоге определяет качество послеоперационных результатов. И хотя во время операции найти несостоятельные притоки и перфорантные вены не всегда бывает легко, важно удалять все существующие венозные поражения.



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, тромбофлебита и лимфостаза.

Изделия **SIGVARIS ТРОМБО** применяются для профилактики тромбоза глубоких вен и тромбоемболии 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 тромбофлебитов 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. 24956.
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](http://www.sigvaris.ru)

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

Недостаточность перфорантных вен голени: критерии и частота выявления

Золотухин И.А., Богачев В.Ю., Кузнецов А.Н., Кириенко А.И.

Российский государственный медицинский университет, Москва

Опубликовано в: Флебология, 2008, том 2, №1, с. 21-26

Реферативный обзор подготовил Ларин С.И.

Авторы поставили целью своей работы уточнить патогенетическую роль перфорантных вен в развитии варикозной болезни вен нижних конечностей. Учитывая сложность и субъективность процесса ультразвукового выявления факта состоятельности или несостоятельности перфорантных вен с помощью стандартных компрессионных проб, ими предложена новая оригинальная методика проведения нагрузочной пробы для оценки направления кровотока по перфорантной вене. Проба заключается в сгибании и разгибании стопы при фиксированной пятке. Недостаточность перфоранта фиксируется при регистрации двунаправленного кровотока: как в момент напряжения икроножных мышц в момент сгибания голеностопного сустава, так и при его разгибании.

По данной методике было обследовано 252 нижние конечности, обнаружено 502 перфорантные вены. Основное внимание уделено изучению перфорантов Коккетта. В работе дана характеристика распределения вен и рассчитаны проценты состоятельных и несостоятельных вен Коккетта в зависимости от их локализации, от клинического класса хронического заболевания вен. По данным авторов

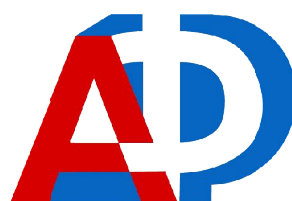
частота выявления несостоятельных перфорантных вен находится в прямой зависимости от клинического класса заболевания.

Изучена также вероятность несостоятельности перфорантных вен в зависимости от их диаметра и сделан вывод, что несостоятельность вены корреляции между калибром перфоранта и наличием по нему рефлюкса нет. Т.о., на основании проведенного исследования авторы делают вывод, что методом исследования состоятельности перфорантных вен должна стать функциональная проба с имитацией ходьбы, а поражение перфорантных вен при варикозной болезни носит вторичных характер.

Комментарий. Ценность любой научной статьи определяется тремя существенными моментами: практической важностью затрагиваемой проблемы, методическими подходами к ее решению, способностью провести анализ полученных фактов и сделать адекватные выводы. Определение роли перфорантных вен в патогенезе варикозной болезни вен нижних конечностей, безусловно, является важнейшей задачей современной флебологии. Особенно это понятно тем

врачам, которые используют в лечении данной патологии малоинвазивные, веносохраняющие методики, т.к. именно хирургическим устранением перфорантных вен во многом обусловлена травматичность радикальной флебэктомии. Осознание вторичности поражения перфорантного звена венозной системы позволяет назвать именно малоинвазивные вмешательства приоритетными в выборе лечебной тактики. Удалось ли авторам убедить нас своими исследованиями в этом? Я бы сказал, что они были близки к этому. Дело в том, что в статье предпринята попытка решить две сверхзадачи. Первая заключается в разработке нового способа оценки состоятельности перфорантных вен – динамической шаговой пробы (ее описание следовало бы сделать более подробным) и анализ полученных с ее помощью данных. Вторая – изучение распространенности и процентное соотношение между состоятельными и несостоятельными перфорантными венами у здоровых людей и при различных клинических классах хронического заболевания вен. Однако предлагая фактически новый метод оценки состояния перфорантных

вен, авторы научно не доказали обоснованность его внедрения и хотя сам метод кажется простым и логичным, но оценка его надежности и воспроизводимости требует отдельной научной работы. Второй проблемой данной статьи является отсутствие информации о состоянии магистральных подкожных вен (диаметра и путях распространения рефлюкса). Все таки метод клинической оценки не должен быть единственным при анализе перфорантных вен, т.к. само их формирование, как абсолютно обосновано считают и сами авторы, зависит от варикозной трансформации подкожных вен, что и обуславливает в конечном итоге развитие и прогрессирование заболевания. Таким образом, данная работа ценна остротой поднятой проблемы и предложением использовать новый метод изучения перфорантных вен, который при соответствующем научном обосновании может стать стандартом в ультразвуковой оценке системы коммуникантных вен нижней конечности.



Ассоциация флебологов России (АФР)

Глубокоуважаемые коллеги!

Ассоциация флебологов России объявляет об учреждении ежегодной премии за лучшую работу, опубликованную в разделе «Оригинальные статьи» журнала ФЛЕБОЛОГИЯ. Размер премии составит 25.000 рублей.

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

Исполнительный Совет Ассоциации флебологов России