

РЕФЕРАТИВНАЯ ФЛЕБОЛОГИЯ

№ 3(9), 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.

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. Использование микропенной склеротерапии при варикозной болезни: результаты опроса членов Сосудистого Общества Великобритании и Ирландии**

O'Hare J.L., Earnshaw J.J.

Реферативный обзор подготовил Богачев В.Ю.

стр.4

- 2. Есть ли риск лимфатических осложнений после эндовазальной лазерной коагуляции и криостриппинга большой подкожной вены? Проспективное исследование**

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

Реферативный обзор подготовил Париков М.А.

стр.6

- 3. Оценка эффективности методов диссекции перфорантных вен при хронической лимфо-венозной недостаточности нижних конечностей**

Луцевич О.Э., Иванов В.В., Тугаринов А.И., Чижиков Н.Н.

Реферативный обзор подготовил Сабельников В.В.

стр.9

- 4. Травма конечностей как инициирующий фактор при развитии трофических язв голени**

Kulkarni S.R., Gohel M.S., Whyman M.R., Poskitt K.R.

Реферативный обзор подготовил Сапелкин С.В.

стр.12

- 5. Сравнительное исследование: частота осложнений при односторонней и двусторонней флебэктомии при варикозной болезни**

Defty C., Eardley N., Taylor M., Jones D.R., Mason P.F.

Реферативный обзор подготовил Цуканов Ю.Т.

стр.16

- 6. Промежуточные результаты лечения варикозной болезни с помощью микропенной склеротерапии под ультразвуковым контролем**

O'Hare J.L., Parkin D., Vandenbroeck C.P., Earnshaw J.J.

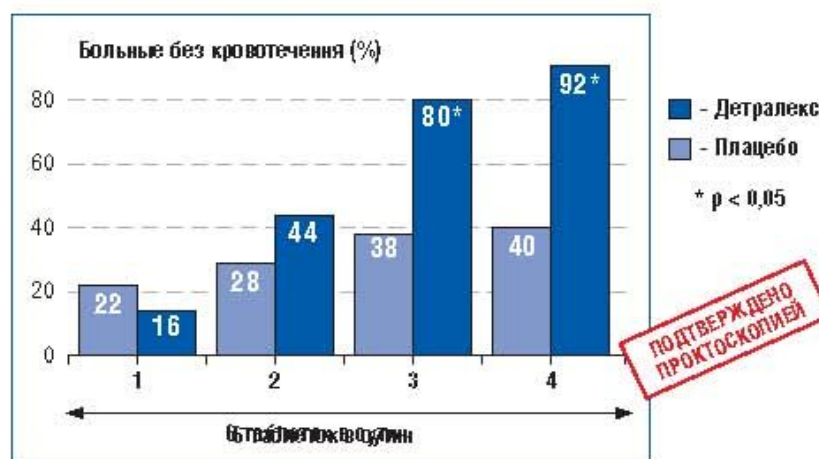
Реферативный обзор подготовил Чаббаров Р.Г.

стр.18

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: одна таблетка, покрытая оболочкой, содержит 500 мг микронизированной флавоноидной фракции, состоящей из диосмина (80%) – 400 мг и флавоноидов, выделенных из гесперидина (10%) – 50 мг.

Фармакофармакологическая группа: ангиопротектор.

Фармакодинамика: ДЕТРАЛЕКС® обладает венотонизирующим и ангиопротекторным свойствами. На повышенном уровне – увеличивает эластичность вен и венечной стенки. На уровне микроциркуляции – снижает проницаемость, ломкость капилляров и повышает их резистентность.

Взаимодействие с препаратами:

Терапия симптоматическими вено-ангиопротекторными средствами:

– склеротизирующие в венотоксическом

– бета;

– «утрачена упругость» ног, судороги;

– трофические нарушения.

Симптоматическая терапия обострений геморроя.

Противопоказания: известная повышенная чувствительность к препарату.

Беременность и период кормления грудью: Безопасность: Вспомогательные вещества не оказывают тератогенных эффектов. До наступления беременности не было выявлено каких-либо побочных эффектов при применении препарата у беременных женщин. Кормление грудью: Не-за-отсутствия данных относительно безопасности препарата в малом количестве материнское молоко не является противопоказанием.

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

Наиболее частые побочные эффекты: Крайне редко: желудочно-кишечные и лабораторные нарушения. Серьезных побочных эффектов, требующих отмены препарата, не наблюдалось.

Взаимодействие с другими лекарственными средствами: Не отмечалось.

Регистрационное удостоверение выдано фирме «Лаб. Сервис Сервис».

Производство: «Лаб. Сервис Сервис», Франция.

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

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



The Use of Foam Sclerotherapy for Varicose Veins: A Survey of the Members of the Vascular Society of Great Britain and Ireland

Использование микропенной склеротерапии при варикозной болезни: результаты опроса членов Сосудистого Общества Великобритании и Ирландии

O'Hare J.L., Earnshaw J.J.

Gloucestershire Royal Hospital, UK

Опубликовано в: European Journal of Vascular and Endovascular Surgery, 2007, vol. 34, № 2, p. 232-235

Реферативный обзор подготовил Богачев В.Ю.

Авторы подготовили вопросник, касающийся использования микропенной склеротерапии и разослали его 609 членам общества ангиологов Великобритании и Ирландии. Вернулась 281 заполненная анкета, что составило 47% от их общего количества.

Микропенную склеротерапию применяли 70 (25%) респондентов. Все последующие цифры и проценты касаются лишь этих 70 врачей, из которых лишь 20 (29%) респондентов сообщили о регулярном использовании микропенной склеротерапии.

В качестве показаний к микропенной склеротерапии 71% рассматривают рецидивный варикоз, 61% - пожилой возраст пациентов и 67% - варикозное расширение притоков подкожных вен. В качестве флебосклерозирующего препарата тетрадецилсульфат натрия используют 69% врачей, полидоканол - 16% и оба этих препарата - 14%. Наиболее часто для микропенной склеротерапии были использованы 3% растворы тетрадецилсульфата натрия и полидоканола. Объем склерозирующей

пены, введенной во время одной процедуры, колебался от 10 до 12 мл.

Что касается методических аспектов лечения, то ультразвуковой контроль осуществляли 95% врачей, подъем конечностей при введении склерозирующей микропены - 69%, сдавление сафено-фemorального или сафено-подколенного соустьев 63%.

80% респондентов использовали компрессию: компрессионные биндажи в течение 7 дней (44%), остальные сразу же надевали чулки 2-го класса. 90% врачей советуют применять компрессионные чулки 2-го класса.

Из осложнений 11 врачей отметили, по крайней мере, один эпизод тромбоза глубоких вен. 15 врачей наблюдали расстройства зрения. В 1 случае отмечен транзиторный ишемический инсульт. В дискуссии авторы приводят данные о масштабных клинических исследованиях, завершенных в континентальной Европе и посвященных микропенной склеротерапии. В частности, отмечается высокая, сопоставимая с хирургическим вмешательством, эффективность этого

метода и делается вывод о необходимости более широкого применения микропенной склеротерапии.

Комментарий: представленный материал очень интересен и поучителен. Примечательно, что врачи Великобритании и Ирландии, также как их российские коллеги очень неохотно участвуют в анкетировании. Кроме того, несмотря на то, что именно Ирландия является родиной самой популярной флебосклерозирующей техники (профессор Дж. Феган), количество врачей, применяющих этот метод регулярно ничтожно мало. Действительно, если отказ от заполнения анкеты отождествить с отрицательным ответом на вопрос

«Применяете ли Вы микропенную склеротерапию?», то 70 врачей из 609 членов ангиологического общества выглядят каплей в море. Очевиден и факт отсутствия единых показаний и техники проведения микропенной склеротерапии. В части статьи, посвященной обсуждению результатов анкетирования, между строк читается большое желание авторов расширить количество врачей практикующих микропенную склеротерапию на регулярной основе. В тоже время, рассчитывать на это в Объединенном Королевстве, для которого патриархальный уклад флебохирургии стал «притчей во языцех» рассчитывать не приходится.

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
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.Арбат т: 291-71-01

м. Первомайская т: 464-29-52

м. Кантемировская т: 322-50-11

Is there a risk for lymphatic complications after endovenous laser treatment versus cryostripping of the great saphenous vein? A prospective study

Есть ли риск лимфатических осложнений после эндовазальной лазерной коагуляции и криостриппинга большой подкожной вены? Проспективное исследование

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

Department of Surgery; Department of Dermatology, Mesos Medical Centre, Utrecht; Division of Vascular Surgery, University Medical Centre Utrecht, Utrecht, The Netherlands

Опубликовано в: Phlebology, 2008, vol. 23, № 1, p. 10-14.

Реферативный обзор подготовил Париков М.А.

Цель данной работы состояла в том, чтобы исследовать вопрос повреждения лимфатических путей при эндовазальной лазерной облитерации (ЭВЛО) и криостриппинга большой подкожной вены (БПВ). Исследование проведено с марта 2003 по февраль 2005 года. Из 120 пациентов, рандомизированных для сравнительного клинического испытания ЭВЛО и криостриппинга, 33 согласились принять участие в этом исследовании. У всех больных диагноз по классификации СЕАР выглядел следующим образом: C2, E_p, A_s, Pr2.

В исследование не включали пациентов, у которых в анамнезе были операции на нижних конечностях и брюшной полости, тромбоз глубоких вен, лимфедема, острая инфекция (целлюлит, лимфангит), заболевания артерий.

Состояние лимфатической системы оценивали при лимфосцинтиграфии за 2-4 недели до лечения варикозной болезни и через 6 месяцев после проведенного лечения (ЭВЛО или криостриппинг). Лимфосцинтиграфию

выполняли после подкожной инъекции человеческого альбумина меченого технецием-99 в складку между 1 и 2, 2 и 3 пальцами стоп и спустя 2 часа.

Все лечебные манипуляции выполнил один хирург. В группе А (17 пациентов) была выполнена ЭВЛО БПВ. После пункции БПВ в верхней трети голени через иглу вводили J-образный проводник, по нему в просвет устанавливали катетер 5F до зоны сафено-фemorального соустья (СФС). Световод 600 мкм доставляли по катетеру и позиционировали в 1-2 см от СФС. Под ультразвуковым контролем выполняли тумесцентную анестезию 200-250 мл по ходу ствола БПВ. Лазерную облитерацию осуществляли при помощи диодного лазера с длиной волны 810 нм в непрерывном режиме на мощности 14 Вт.

В группе В (16 пациентов) выполнили криостриппинг БПВ. Под местной, регионарной или общей анестезией из пахового доступа проводили типичную кроссэктомию с лигированием всех приустьевых притоков. В БПВ в дистальном направлении вводили

криозонд до уровня на 5 см ниже колена. После подачи закиси азота и примораживания вены (температура - 85°C) производили тракцию, обрывая дистальный участок БПВ. Затем ушивали паховую рану.

В послеоперационном периоде использовали компрессию чулками с давлением 20-30 мм рт. ст., нестероидные противовоспалительные средства. Спустя 6 недель после операции резидуальные варикозные вены либо склерозировали, либо выполняли минифлебэктомию.

Послеоперационный период у всех пациентов протекал благополучно, каких-либо осложнений не возникло. В группе А (ЭВЛО) по результатам лимфосцинтиграфии через 6 месяцев никаких отклонений выявлено не было. В группе В (криостриппинг) у 1 пациентки (6,3%) отмечена лимфедема 1 степени, связанная с повреждением лимфатических путей в области колена. Накопление изотопа в паховой области спустя 2 часа было 7,3% (диагностический критерий <14,2%).

Авторы сделали вывод о том, что минимально инвазивные хирургические методики лечения варикозной болезни, в частности криостриппинг, иногда сопровождаются повреждением лимфатических путей, что может привести к развитию послеоперационной лимфедемы. Данных за термическое повреждение лимфатических путей в ходе ЭВЛО не получено.

Комментарий. Эта статья примечательна тем, что исследование было проспективным рандомизированным. Интересным показалось то, что, во-первых, в качестве хирургической методики лечения варикоза выбран

криостриппинг, как один из самых малотравматичных способов стволовой флебэктомии (отсутствие гематом, дистального доступа, максимальная двигательная активность пациента в послеоперационном периоде), в качестве эндовазального метода - самый травматичный (ЭВЛО).

Во-вторых, статья демонстрирует одно из возможных негативных последствий современной хирургии варикозной болезни. Несмотря на то, что традиционные способы флебэктомий замещаются более современными, менее травматичными методиками, риск лимфатических осложнений, тем не менее, присутствует. Это должно делать тактику в отношении объема и способа операции более обоснованной. Более чем у половины пациентов стриппинг может выполняться до нижней трети бедра (отхождение варикозно расширенных притоков от БПВ выше уровня колена), что уменьшит хирургическую травму.

В-третьих, это вероятно одно из первых полноценных исследований, посвященных возможности повреждения лимфатических путей при ЭВЛО. Авторы, к сожалению, не указывают количество энергии, доставленной на «точку» при проведении процедуры. За последние несколько лет методика ЭВЛО меняется, используется другая длина волны, многие работы указывают на необходимость доставки не менее 45-60 Дж и более на 1 см вены, в связи с этим режимы лазерной облитерации становятся более высокоэнергетическими. Вероятность травмы лимфатических путей возрастает, было бы интересным понять насколько безопасно такое более высокоэнергетическое воздействие.



**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

Оценка эффективности методов диссекции перфорантных вен при хронической лимфо-венозной недостаточности нижних конечностей

Луцевич О.Э., Иванов В.В., Тугаринов А.И., Чижиков Н.Н.

Кафедра факультетской хирургии № 1, Московский государственный медико-стоматологический университет, Москва, Россия

Опубликовано в: «Хирургия. Журнал им. Н.И.Пирогова», 2008, №2, с. 15-20

Реферативный обзор статьи подготовил Сабельников В.В.

Статья посвящена оценке эффективности различных методов диссекции перфорантных вен при хронической лимфовенозной недостаточности (ХЛВН) нижних конечностей. В работе приводится анализ результатов лечения 156 больных ХЛВН классов С3-С5.

В зависимости от примененного метода диссекции перфорантных вен, все больные были разделены на 3 группы. 1-я группа состояла из 46 пациентов, у которых наряду с флебэктомией выполнена эпифасциальная диссекция перфорантных вен; 2-я группа - 50 пациентов с субфасциальной диссекцией из небольших разрезов; 3-я группа - 60 пациентов с эндоскопической субфасциальной диссекцией (SEPS).

Оценку результатов проводили в раннем послеоперационном периоде, а также через 2, 3, 4 и 5 лет. Макрогемодинамику исследовали с помощью ультразвукового дуплексного ангиосканирования. Региональную микроциркуляцию изучали доплеровской флоуметрией.

По данным авторов применение эндоскопической субфасциальной диссекции перфорантных вен

обеспечивает лучший клинический результат хирургического лечения ХЛВН, уменьшает частоту рецидивов до 8,3% и предотвращает прогрессирование заболевания. Субфасциальная диссекция способствует улучшению параметров микроциркуляции в раннем послеоперационном периоде. Использование же надфасциальной диссекции приводит к худшим отдаленным результатам и большому числу рецидивов заболевания.

Комментарий. Использование эндоскопической диссекции перфорантных вен у больных ХЛВН классов С4-С5 несомненно менее травматично для подкожно жировой клетчатки с явлениями липодермосклероза, что позитивно отражается на микроциркуляции и регрессе клинических проявлений трофических нарушений мягких тканей. Ангиохирурги и флебологи использующие этот метод лечения прекрасно знают преимущество данной техники при лечении декомпенсированных форм ХЛВН. Проведенное авторами исследование положительных изменений

микроциркуляции объективно подтверждает эти преимущества.

Однако при чтении данной работы возникли некоторые вопросы, связанные с оценкой результатов лечения больных различных групп. Частота рецидивов ХЛВН в 1-й группе составила 19,6%, во 2-й -16%, в 3-й - 8,3%.

Между тем, при ультразвуковом обследовании у 68,8% пациентов с рецидивом его причиной стала длинная культя большой подкожной вены. В 86,4% к рецидиву привели неустраненные горизонтальные рефлюксы по перфорантным венам в ходе первичных хирургических вмешательств, что потребовало повторного хирургического лечения. Такие цифры сложно объяснить только используемым методом диссекции перфорантов, поэтому утверждение о том, что SEPS позволяет снизить

частоту рецидивов, по меньшей мере, небесспорно.

Еще одним, вызывающим вопросы, аспектом является использование субфасциальных методик диссекции у больных ХЛВН класс СЗ. Применение этих способов у пациентов без трофических расстройств, хотя и с отеками, не считается обоснованным практически всеми специалистами, имеющими опыт SEPS.

К сожалению, ничего не сказано о возникших осложнениях в разных группах, хотя в выводах упоминается о снижении их частоты при использовании субфасциальных методов.

В целом представленный материал очень интересен с точки зрения оценки изменений микроциркуляции и лимфодинамики после хирургической коррекции ХЛВН.



GlaxoSmithKline

Дата выпуска материала – апрель 2008 г.



Надежная защита от тромботических осложнений

Эффективная защита от ТГВ



Методология: данные мета-анализа рандомизированных исследований в общей хирургии, сравнивающих НМГ и НФГ (всего более 10 000 пациентов). Показанные результаты относятся к бессимптомным ТГВ. 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 ТГВ в сравнении с НФГ*

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

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



Методология: проспективное, мультицентровое, рандомизированное, двойное слепое исследование. 1288 пациентов, оперированных по поводу колоректального рака, получали 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 ТГВ, документированного с помощью билатеральной венографии, и ТГВ и ТЭЛА, клинически выявленных, 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 больных*

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

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

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

Фраксипарин®
надропарин*

Высокая эффективность и низкий риск кровотечений

Significance of limb trauma as an initiating factor in chronic leg ulceration

Травма конечностей как инициирующий фактор при развитии трофических язв голени

Kulkarni S.R., Gohel M.S., Whyman M.R., Poskitt K.R.

Department of Vascular Surgery, Cheltenham General Hospital, Cheltenham, Gloucestershire, UK

Опубликовано в: Phlebology, 2008, vol. 23, № 3, p.130-136.

Реферативный обзор подготовил Сапелкин С.В.

Целью исследования была оценка клинического течения трофических язв голени, развившихся спонтанно или после травматического повреждения. На базе специализированной клиники были обследованы 262 пациентов с язвами голени. Возраст пациентов варьировал от 27 до 95 лет (медиана 77 лет), соотношение женщины/мужчины составило 165:97. У 116 (44 %) развитие язв было связано с травмой, а у 146 (56 %) расценено как спонтанное их появление. Возраст, лодыжечно-плечевой индекс и выраженность венозного рефлюкса в этих группах не различались ($P = 0,47$, $0,79$ и $0,97$ соответственно).

Топографически распределение язв было отмечено по трем зонам: зона 1 – на стопе, зона 2 – между лодыжкой и серединой голени, зона 3 – между серединой голени и коленным суставом. Зоны 2 и 3 были разделены на передний, медиальный и латеральный сегменты.

Трофические язвы травматического генеза наиболее часто локализовались в зоне 2 (передний сегмент), а “спонтанные” язвы – в зоне 2 по медиальной поверхности ($P = 0,002$ и

$0,001$). Реже всего встречались язвы с локализацией в зоне 1 (5,2 %) и зоне 3 (5 %).

Частота заживления в течение 24 нед. наблюдения составила 81,5 % для посттравматических и 67,5 % для спонтанных язв. Медиана заживления составила 9 нед. в 1-й группе по сравнению с 14 нед. во 2-й группе ($P = 0,015$).

Для оценки частоты рецидивирования были проанализированы данные наблюдения за 222 пациентами с зажившими язвами. Частота рецидива в течение 12 мес. составила 32,7 % и 33,3% соответственно. У пациентов с посттравматическими язвами в общей сложности отмечено 53 эпизода рецидива язв (медиана 0, интервал значений 0-4) в сравнении с 89 эпизодами во второй группе (медиана 0, интервал значений 0-8) ($P < 0,001$).

Авторы приходят к выводам, что появление почти половины всех язв голени связано с травмой тканей. При проведении соответствующего лечения в условиях специализированной клиники посттравматические язвы

заживают быстрее и рецидивируют реже, чем “спонтанные” язвы.

Комментарий. Хотя природа трофических язв голени достаточно вариабельна, в большинстве клинических случаев мы имеем дело с язвами сосудистой этиологии - венозными или артериальными.

В этой работе авторы попытались рассмотреть значение такого фактора, как травма, в появлении и дальнейшем течении заболевания. Почти половина включенных в протокол пациентов отметили травму, как инициирующий фактор в появлении трофических расстройств. Несмотря на явно субъективный для анализа характер этого фактора, стоит отметить, что большинство пациентов указывало его самостоятельно. В ряде случаев более тщательный расспрос и сбор анамнеза позволил установить механизм травматизации, который вел к образованию язвы на месте сформировавшихся микрогематом в результате мелких подкожных кровоизлияний. Это и позволило авторам разделить пациентов с трофическими язвами голени для последующего анализа на две группы – с посттравматическим и спонтанным механизмом появления язвы.

Тот вывод, который получился у авторов работы (более быстрое заживление и меньший процент рецидивов в группе посттравматических язв) может быть предварительно объяснен следующей гипотезой. При спонтанном появлении трофических язв нарушение венозной дисфункции могло быть более выраженным, что ведет в дальнейшем к более тяжелым проявлениям воспалительной реакции в окружающих тканях и сказывается на клиническом течении. Однако в пользу

этой гипотезы авторы не могут представить объективные данные в силу дизайна исследования.

Около 70% больных в обеих группах имели картину выраженной венозной недостаточности даже при соблюдении адекватной терапии с четырехслойным бинтованием. При отсутствии достоверных различий в источниках венозного рефлюкса можно было предположить сходную частоту заживления язв в обеих группах. Однако показатели, характеризующие клиническое течение ХВН в группе спонтанных язв (частота заживления и рецидива), были статистически достоверно хуже. Авторы предполагают, что объективную картину различий между группами могли бы показать результаты других методов исследований, например, плетизмографии, количественно позволяющей оценить степень гемодинамических расстройств.

Значение сопутствующей артериальной патологии в развитии язв голени достаточно велико. Все пациенты с хронической ишемией нижних конечностей рассматривались в общей группе трофических язв и акценты на степень выраженной ишемических расстройств авторами не расставлялись. Хотя в публикации есть упоминание, что клинически значимое снижение артериального притока на момент исследования отмечено у небольшого количества пациентов.

Авторы делают предположение, что ранее перенесенные вмешательства на венозной или артериальной системе могут сказываться на анализируемых показателях в отношении трофических язв опять же в силу наличия более выраженной артериальной и/или венозной дисфункции и нарушения

лимфатического оттока вследствие наличия хирургического доступа в верхней трети бедра. Опять же все эти заключения носят гипотетический характер и не подкрепляются объективными данными.

Еще одной причиной, которая напрямую может быть связана с появлением и течением трофических язв, является наличие микроангиопатии при васкулитах и сахарном диабете. Однако проведенный авторами анализ показал, что ни наличие сахарного диабета, ни ревматоидного артрита не имело значительного веса в течение трофических язв. Это весьма интересные факты, которые еще требуют своего объяснения. Ведь большинство последних отечественных работ по этому направлению пришли к абсолютно противоположным результатам. Может быть, объяснение этого факта связано с качеством лечения сопутствующей патологии и достижением максимальной компенсации?

Данное исследование еще раз подтверждает полиэтиологичность такого понятия как “трофические язвы голени”, расставляя акценты на наличии преобладающей патологии. Нарушения венозного оттока и артериальная ишемия имеют в этом наибольшее значение. С учетом возраста пациентов, трудностей выделения “чисто венозных” или “чисто артериальных” язв на клиническое течение патологического процесса могут влиять и другие второстепенные факторы. Конечно же, для более значимых и более солидных и достоверных выводов необходимо проведение аналогичных исследований с более однородными группами, что представляет определенные организационные сложности. А знакомство с этими интересными данными проведенного исследования позволит клиницистам в какой-то мере повысить прогностическую уверенность в результатах проводимого лечения.



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 тромбоземболии 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. 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

A comparison of the complication rates following unilateral and bilateral varicose vein surgery

Сравнительное исследование частота осложнений при односторонней и двусторонней флебэктомии при варикозной болезни

Defty C., Eardley N., Taylor M., Jones D.R., Mason P.F.

Royal Liverpool University Hospital, United Kingdom

Опубликовано в: European Journal of Vascular and Endovascular Surgery, 2008, vol. 35, № 6, p. 745-749

Реферативный обзор подготовил Цуканов Ю.Т.

Целью проведенного исследования явилось сравнение частоты послеоперационных осложнений при односторонней и двусторонней флебэктомии по поводу варикозной болезни нижних конечностей. С 2002 по 2005 гг. были оперированы 1090 пациентов, из них после клинического и доплерографического обследования 695 (64%) больным было выполнено вмешательство на одной ноге, а 395 (36 %) – на обеих. Всего были оперированы 1485 нижних конечностей, из них 47% (695 конечностей) оперированы в варианте одностороннего вмешательства и 53% (790 конечностей) – в варианте двустороннего вмешательства. Операции проводились под общим обезболиванием двумя сосудистыми хирургами. Все пациенты были обследованы повторно через 4 недели в амбулаторных условиях. Частота выявленных осложнений определялась двояко: 1) на одного пролеченного пациента и 2) на одну оперированную конечность. Обнаружено, что частота осложнений у больных, перенесших двусторонние

вмешательства, по всем рассмотренным позициям была выше, чем у пациентов с односторонними вмешательствами. Так, инфекция в ранах при односторонней хирургии составила 43/695 (6,2 %), при двусторонней - 34/395 (8,6 %). Послеоперационные парестезии имели место у 77/695 (11 %) после одностороннего вмешательства и у 81/395 (21 %) - после двустороннего. Тромбозы глубоких вен выявлены у 1/695 (0,14 %) после односторонних вмешательств и у 3/395 (0,75 %) – после двусторонних. Остаточные варикозные вены были обнаружены у 30/695 (4,3 %) после односторонней хирургии и у 32/395 (8,1 %) после двусторонней. Далее в статье проведено определение частоты осложнений из расчета на оперированную конечность. Анализируя результаты, авторы пришли к заключению, что хотя частота различных осложнений после варикозной хирургии кажется большей при двусторонних вмешательствах, однако, если принять во внимание каждую оперированную конечность, то уровень осложнения оказывается аналогичным для односторонних и

двусторонних операций. Отсюда авторы делают вывод, что частота осложнений после двусторонних вмешательств не выше, чем у пациентов, которых оперируют дважды.

Комментарий.

Постановка проведенного в статье исследования чрезвычайно интересна для сближения различных точек зрения на решение обсуждаемой проблемы: во-первых, со стороны пациентов, которые изначально настроены проблему двустороннего варикозного поражения у себя решать одномоментно, но не в ущерб качеству вмешательства. Во-вторых, со стороны оперирующего хирурга, которому предпочтительно сделать меньший объем или получить дополнительную материальную компенсацию за вторую оперируемую конечность. В-третьих, со стороны, лечебного учреждения, естественно заинтересованного в максимальном получении денежных средств и уменьшении издержек. В-четвертых, структур, оплачивающих лечение таких пациентов (например, фондов медицинского страхования), стремящихся минимизировать выплаты лечебным учреждениям. Кстати сказать, в Национальном тарифе выплат в Великобритании, в которой работали авторы, нет различия в оплате операций, выполненных при варикозной болезни на одной или на обеих ногах, о чем с сожалением и неслучайно указывается в данной статье.

Несомненно, что основополагающим в решении данного вопроса является качество и надежность операции, независимо от того на одной или на обеих ногах она проводится, что и поставлено авторами во главу угла. Представляется, что основным генерирующим осложнения фактором, наряду с квалификацией хирурга и

качеством предоперационного обследования (с нашей точки зрения операция по поводу варикоза должна сопровождаться предоперационной лучевой навигацией с помощью дуплексного сканирования), является фактор усталости хирурга. В какой-то степени он может нивелироваться организацией работы и составом бригады. При этом возможны различные схемы организации работы операционной бригады (один оператор-один ассистент, один оператор-два ассистента, два оператора-один ассистент, один оператор и др.). Однако необходимо принимать во внимание, что операции при варикозной болезни во всем мире носят выраженный коммерческий характер и в связи с этим наблюдается тенденция, в том числе, и в нашей стране к уменьшению числа участников вмешательства вплоть до одного хирурга и операционной сестры. Рассматривая спектр анализируемых осложнений, нам представляется, что такое осложнение, как тромбоз глубоких вен нужно анализировать отдельно. Возникнув при двустороннем вмешательстве у больного с варикозной болезнью даже на одной ноге, оно делает перспективу дальнейшего состояния больного достаточно серьезной. И хотя в его возникновении, несомненно, имеет значение комплекс внутренних и внешних факторов, длительность вмешательства, которая естественно удлиняется при двусторонних операциях, может быть, наряду с увеличенной травмой вмешательства, значащим фактором. К сожалению, из анализа выпал такой важный интегральный показатель, как длительность нетрудоспособности оперированных пациентов. В заключение мы должны полностью

согласиться с авторами данного исследования, что двусторонние вмешательства, тщательно выполненные профессионалами, имеют право на тиражирование. Не касаясь экономических и организационных вопросов, можем однако отметить, что в ряде случаев их не стоит выполнять, исходя из медицинских соображений, а именно: при значительном варикозном поражении вен, особенно при использовании более трудоемкой

технологии микродоступов, при наличии трофических расстройств на одной из конечностей, при наличии факторов риска, в том числе тромбофилии. В этих случаях лучше разделить вмешательство на два этапа. При применении щадящих методик оперирования такой путь не будет вызывать значительного послеоперационного дискомфорта и потерь трудоспособности.

Mid-term results of ultrasound guided foam sclerotherapy for complicated and uncomplicated varicose veins

Промежуточные результаты лечения варикозной болезни с помощью микропенной склеротерапии под ультразвуковым контролем

O'Hare J.L., Parkin D., Vandenbroeck C.P., Earnshaw J.J.

Gloucestershire Royal Hospital, Great Western Road, Gloucester, UK, University Hospital Antwerp, Edegem, Belgium

Опубликовано: European Journal of Vascular and Endovascular Surgery, 2008, vol. 36, № 7, p. 109-113.

Реферативный обзор статьи подготовил Чаббаров Р.Г.

Микропенная склеротерапия варикозных вен под ультразвуковым контролем завоевывает все большую популярность в Великобритании. Опрос, проведенный в 2006 году, показал, что эта методика используется в последнее время как минимум 70 хирургами, которые являются членами Сосудистого общества Великобритании и Ирландии.

Целью проведенного исследования была оценка результатов микропенной склеротерапии под ультразвуковым контролем у пациентов с варикозной болезнью и рефлюксом по подкожным венам. В исследование включили 165 пациентов (105 женщин и 60 мужчин), с варикозной болезнью (ВБ) на 185 нижних конечностях. В 68 случаях был диагностирован рецидив после хирургического лечения ВБ. Все пациенты были обследованы клинически и всем до лечения проводили ультразвуковое дуплексное сканирование (УЗДС) вен нижних конечностей. 109 конечностей отнесены к классам C4-C6, 76 – к C2-C3. Во всех

случаях обнаружили рефлюкс по подкожным венам продолжительностью более 1 сек. Средний диаметр исследуемых вен составил 6,5 мм (от 2,1 до 17,3 мм). Провели склерозирование 121 большой подкожной вены (БПВ), 12 малых подкожных вен (МПВ), 28 передних добавочных подкожных вен (ПДПВ) и 24 других вен.

Лечение проводили по методике, предложенной P. Coleridge Smith. В БПВ при ультразвуковой визуализации в зависимости от ее диаметра вводили канюлю калибром 18-20G или иглу-бабочку калибром 21G тотчас выше или ниже коленного сустава. Вторую канюлю или иглу-бабочку вводили дистальнее для склерозирования БПВ на голени. Другие стволы вены пунктировали в самой дистальной точке.

Для приготовления пены использовали метод Тессари, смешивая 0,5 мл 3% тетрадецилсульфата натрия с 1,5 мл воздуха. Во время введения пены нижнюю конечность пациента поднимали под углом 45°. Процесс

поступления пены в варикозную вену отслеживали при УЗДС. Между инъекциями пациент проводил сгибательно-разгибательные движения стопой для того, чтобы усилить кровотоки в глубоких венах. Максимальный объем пены, вводимый за одну лечебную сессию, ограничивали до 12 мл. Сразу же после процедуры формировали компрессионный бандаж с помощью низкорастяжимых бинтов и специального валика, который накладывали по всей длине склерозированной вены. Для фиксации поверх бандажа надевали компрессионный чулок с давлением 14-17 мм рт. ст.. Через 5 дней пациент самостоятельно снимал бандаж и продолжал носить компрессионный чулок на протяжении последующих 2 недель.

На 168 (91%) нижних конечностях было достаточно одной лечебной сессии, на 15 - двух, в 2 случаях понадобилось провести три сеанса лечения.

Первый контрольный осмотр проводили через 2 недели после процедуры, последующий - через 6 месяцев, когда помимо клинического обследования повторяли УЗДС.

147 нижних конечностей обследовали через 2 недели. После первой лечебной сессии 136 вен (93%) были облитерированы. Ранние осложнения включали в себя язвы на месте инъекции (2%), вызванные, предположительно, выходом пены интравазально, и 1 язву, вызванную натиранием бандажа. Отметим 5 эпизодов (3%) временного нарушения зрения, которое восстановилось через несколько минут.

В 92 случаях провели УЗДС через 6 месяцев после лечения. Вены, подвергнутые склеротерапии, были

облитерированы в 68 наблюдениях (74%), частично облитерированы (реканализация без рефлюкса) в 9 случаях (10%), и реканализованы у 15 пациентов (16%). Полная окклюзия БПВ обнаружена у 48 пациентов (72%), МПВ – у 1 пациента (20%), ПДПВ – у 12 пациентов (100%). Частичная облитерация БПВ выявлена у 7 пациентов (10%), МПВ – у 2 пациентов (40%). Не закрытыми остались 12 БПВ (18%), 2 МПВ (40%).

Вены диаметром менее 7 мм оказались облитерированными в 76%, при большем калибре – только в 57% случаев.

У пациентов с трофическими язвами облитерация варикозных вен наступила в 75% случаев.

На осмотре через 6 месяцев у 1 пациента был выявлен тромбоз суральной вены, который лечили консервативно (компрессия и варфарин). На 9 нижних конечностях (10%) имелся сегментарный рефлюкс по глубоким венам, который не находили до склеротерапии. На 11 (16%) нижних конечностях сохранялась гиперпигментация, на 2-х (2%) было обнаружено увеличение количества телеангиэктазий. 67 пациентов (73%) были довольны результатами микропенной эхосклеротерапии по истечении 6 месяцев.

Авторы особо отмечают, что среди пациентов с варикозными язвами много пожилых людей, и они с неохотой соглашались на операцию либо им не показано хирургическое вмешательство вообще. Таким образом, эта группа кажется идеально подходящей для проведения микропенной склеротерапии. Кроме того, удовлетворенность лечением оказалась больше у тех пациентов, которые ранее перенесли хирургическую операцию по

поводу ВБ. В заключение авторы указывают, что существует ряд новых технических возможностей для лечения ВБ, которые ставят под сомнение позиции традиционной хирургии. Все виды термооблитерации имеют показатели окклюзии выше 90% и могут быть выполнены под местной анестезией. Все они, тем не менее, так же требуют проведения дополнительного лечения резидуальных нестволовых вен посредством минифлебэктомии или склеротерапии. Микропенная склеротерапия сама по себе является эффективным методом лечения стволовых и нестволовых варикозных вен. Впечатляющие результаты микропенной склеротерапии ведущими хирургами Объединенного Королевства расцениваются как альтернатива традиционной хирургии варикозных вен.

Комментарий. Данная работа отражает собственный начальный опыт авторов по применению микропенной склеротерапии под ультразвуковым контролем для лечения ВБ. Авторы используют ставшую уже традиционной методику, которую нам демонстрировал Р. Colerige Smith в 2007 году в Москве на мастер-классе. В целом, результаты лечения сопоставимы с теми, которые представляли ведущие отечественные и зарубежные флебологи. Однако обращает на себя внимание то, что в данном исследовании успех в склерозировании МПВ был достигнут в значительно меньшем числе наблюдений в сравнении с другими подкожными венами. Возможно, это связано с особенностями техники склеротерапии МПВ, которые не были подробно описаны в статье.

Авторы указывают на единственный случай тромбоза глубоких вен голени, что у них вызывает оптимизм.

В статье не получило объяснения появление сегментарного рефлюкса по глубоким венам у 10% пациентов через 6 месяцев после лечения. Можно предположить, что возникновение патологического рефлюкса связано с разрушением клапанного аппарата склерозантом, поступившим в глубокие вены.

В статье отмечено, что эффективность микропенной эхосклеротерапии при увеличении диаметра вены снижается. В своей практике пациентам с ВБ и рефлюксом по подкожным венам при диаметре вены более 10 мм я выполняю кроссэктомию и катетерную микропенную склеротерапию.

Гиперпигментация и длительное присутствие плотных тяжей по ходу склерозированных вен является особенностью различных способов склеротерапии. Нескольких пациентов с двухсторонним варикозом я оперировал одновременно на обеих ногах. Причем с одной стороны была выполнена флебэктомия на бедре и минифлебэктомия на голени, а с другой стороны – микропенная склеротерапия. Больные отмечали, что в первую неделю после операции больший дискомфорт вызывала нога после флебэктомии, а через 1 месяц и более их беспокоила гиперпигментация и наличие тяжей по ходу склерозированных вен. Через 6 месяцев после операции пациенты не предъявляли жалоб к ноге, где была выполнена флебэктомия. Так и в представленном исследовании у 20% больных сохранялась гиперпигментация после склеротерапии, что служило

причиной их неудовлетворительной оценки.

Применение пенных форм склерозантов вызывает все больший интерес у флебологов. Ультразвуковой контроль за процедурой улучшает результаты лечения и уменьшает количество осложнений. Однако в настоящее время

нет четких показаний к микропенной склеротерапии, не разработан регламент эластической компрессии, нет критериев выбора концентрации склерозанта. Это позволяет говорить о том, что методика лечения и дальше должна совершенствоваться.

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. зая.: П № 012107/01-2005



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

Информация о журнале и условиях подписки
на сайте издательства «Медиасфера»:

<http://www.mediasphera.ru/journals/flebo/>