

Лечение хронических заболеваний вен нижних конечностей: залог успеха — в комплексном подходе

По материалам VIII Всеукраинской научно-практической конференции
с международным участием «Сухаревские чтения»

Хронические заболевания вен (ХЗВ) остаются одной из важных проблем современной флебологии. Симптомы ХЗВ существенно нарушают качество жизни пациентов и ограничивают их трудовую деятельность и повседневную активность, вплоть до инвалидизации. Поэтому неудивительно, что вопросам лечения хронических заболеваний вен, приводящих к развитию хронической венозной недостаточности, уделяется пристальное внимание на конференциях по общей и сосудистой хирургии. Не стала исключением и VIII Всеукраинская научно-практическая конференция с международным участием «Сухаревские чтения», которая проходила в г. Киеве 21-22 апреля 2016 г. Своим опытом лечения ХЗВ и острого тромбоза глубоких вен нижних конечностей с участниками конференции делились ведущие специалисты Европы и Украины.



О прошлом, настоящем и будущем лечения ХЗВ рассказал заведующий хирургическим департаментом в Riviera Vein Institute, руководитель курса по флебологии в Vein Teaching Center Paul Pittaluga (Монако).

Докладчик отметил, что за последние пару десятилетий арсенал методов лечения варикозной болезни нижних

конечностей (ВБНК) существенно расширился и включает стриппинг (сафенэктомия), эндовенозную лазерную и радиочастотную абляцию, пенную склеротерапию и др. По данным исследования L. Rasmussen и соавт. (2013), в котором сравнивали перечисленные методы, все они показали сопоставимые среднесрочные результаты в отношении уменьшения выраженности симптомов ВБНК по шкале VCSS и частоте побочных эффектов, однако по риску повторного появления рефлюкса в большой подкожной вене и необходимости применения других методов терапии в течение последующих трех лет стриппинг значительно уступал более новым методам. В свою очередь, эффективность эндовенозных термальных методов превышала таковую при проведении пенной склеротерапии.

На основании результатов этого и ряда подобных исследований в рекомендациях Европейского общества сосудистой хирургии (ESVS-2015) подчеркивается, что эндовенозные термальные методы предпочтительнее пенной склеротерапии и хирургических методов при рефлюксе в большой подкожной вене у пациентов с симптомами ВБНК (уровень доказательности IA).

Помимо перечисленных выше методов докладчик также рассказал о более инновационных методах химической и механо-химической абляции, которые начинают широко внедряться в клиническую практику в экономически развитых странах. Что же касается хирургического лечения, а точнее стриппинга, то в США и Европе таких вмешательств с каждым годом проводится все меньше, и на сегодня их доля очень невелика.

Что известно сегодня о теперешнем золотом стандарте лечения варикозной болезни нижних конечностей — эндовенозной термальной абляции? Во-первых, согласно имеющимся сегодня данным

можно сделать вывод о том, что высокая перевязка не нужна, поскольку практически такие же результаты получены при сохранении сафенофemorального соустья, — отметил P. Pittaluga. Во-вторых, несмотря на отчетливые преимущества по сравнению со стриппингом, эндовенозная термальная абляция не является идеальным и достаточным методом лечения в среднесрочной перспективе. По данным разных авторов, частота повторного появления рефлюкса после этих вмешательств составляет 6-10%, рецидива варикоза — 14-28%. Поэтому изучение патогенеза варикозной болезни и поиск еще более эффективных методов лечения продолжают.

Интересно, что примерно в половине случаев рецидив варикоза после эндовенозной термальной абляции наблюдается без рефлюкса, что видно из приведенных выше данных. Это противоречит существовавшей долгое время теории нисходящей эволюции варикозной болезни нижних конечностей, подразумевавшей, что варикозное расширение вен является следствием нарушения гемодинамики в магистральных подкожных венах. И действительно, в последнее время накапливается все больше данных о том, что развитие варикозной болезни нижних конечностей скорее является восходящим, то есть начинается с патологических изменений венозных притоков v. saphena magna с формированием варикозных резервуаров с дальнейшим нарушением венозного оттока. То есть согласно современной гипотезе варикозно расширенные вены рассматриваются как причина, а не следствие нарушения венозной гемодинамики.

Пересмотр патогенетической теории лег в основу наметившейся смены хирургической парадигмы. Сначала была поставлена под вопрос целесообразность высокой перевязки. Исследование, проведенное докладчиком и его коллегами, показало, что стриппинг с сохранением сафенофemorального соустья дает лучшие результаты (более низкую частоту рефлюкса и рецидивов) по сравнению с его высокой перевязкой. В дальнейшем на основании теории восходящей эволюции хронической венозной недостаточности было высказано предположение, что в ряде случаев стоит сохранить v. saphena magna, особенно на ранних стадиях заболевания, сделав объектом хирургического вмешательства ее притоки.

Сегодня более широкое распространение получил такой оперативный метод лечения, как амбулаторная селективная варикозная абляция под местной анестезией (ASVAL). Этот метод позволяет сохранить не только сафенофemorальное соустье, но и полностью проходимость большой и малой подкожной вен. Удаляются их варикозно расширенные притоки, что приводит к улучшению гемодинамики в магистральных подкожных венах. Операция выполняется с помощью техники минифлебэктомии (через проколы кожи или небольшие разрезы, которые даже не требуют наложения швов, а закрепляются пластырем) под местной анестезией в амбулаторных условиях. Все это обеспечивает высокий эстетический результат, быстрое восстановление и выписку из стационара. Но преимущества метода ASVAL этим не ограничиваются. Самым важным из них является сохранение v. saphena magna.

P. Pittaluga с коллегами провели исследование, в котором изучили среднесрочную эффективность ASVAL в сравнении с традиционным хирургическим вмешательством у ранее нерожавших женщин. Пациенток наблюдали длительно, в том числе после наступления и разрешения беременности. В группе ASVAL частота рефлюкса и рецидивов, тяжесть симптомов, риск осложнений оказались значительно ниже.

Когда можно и нужно сохранять v. saphena magna? Было показано, что наилучших результатов после выполнения ASVAL можно добиться при умеренном расширении магистральных вен (большой подкожной до 10 мм, малой — до 6 мм), сохраненной функции соустья, сегментарном рефлюксе. В собственном исследовании докладчик с соавторами также установили, что надежным прогностическим маркером эффективности ASVAL являются положительные результаты теста на обратимость рефлюкса (пальцем прижимаются притоки и параллельно оценивается наличие рефлюкса в v. saphena magna с помощью УЗИ).

Но даже этот метод хирургического лечения, который может быть применен на достаточно ранних стадиях варикозной болезни нижних конечностей, не гарантирует стабильный результат у всех больных.

Докладчик подчеркнул, что уменьшить частоту послеоперационных симптомов можно назначая венотоники в пред- и послеоперационном периоде. Одним из наиболее изученных препаратов в этой группе является Детралекс®. Метаанализ, выполненный F.A. Allaert и соавт. (2010), показал, что применение препарата Детралекс® в комбинации со склеротерапией уменьшает выраженность симптомов как минимум наполовину (рис. 1). В исследовании A.V. Pokrovsky и соавт. (2008) применение Детралекса после вмешательства на большой подкожной вене способствовало уменьшению

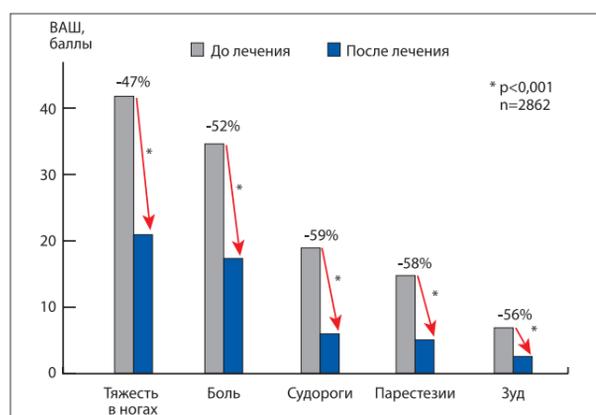


Рис. 1. Влияние терапии препаратом Детралекс® в сочетании со склеротерапией на выраженность симптомов ВБНК (F.A. Allaert et al., 2010)

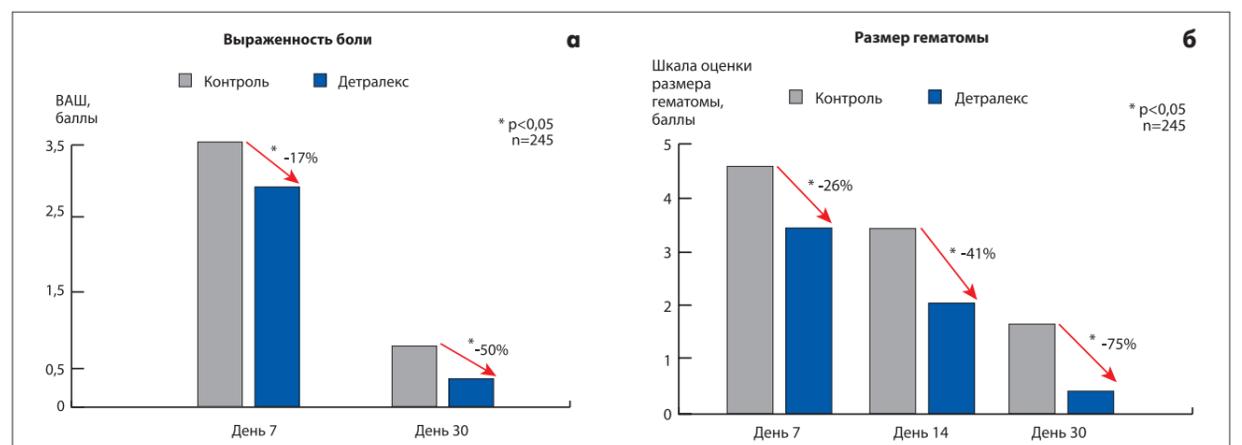


Рис. 2. Влияние терапии препаратом Детралекс® на выраженность послеоперационной боли (а) и размер гематомы (б) после хирургического вмешательства на венах нижних конечностей (A.V. Pokrovsky et al., 2008)

интенсивности послеоперационной боли и размера гематомы (рис. 2). К концу этого года ожидаются результаты нового достаточно большого плацебо-контролируемого исследования, в котором изучается эффективность Детралекса после ASVAL.

Завершая свое выступление, P. Pittaluga подчеркнул, что пришло время сменить деструктивный подход к лечению варикозной болезни нижних конечностей на реконструктивный. А также помнить о необходимости комплексных подходов к лечению данной проблемы с применением венотоников, высокая эффективность которых доказана в многоцентровых рандомизированных исследованиях. На сегодняшний день таким венотоником является Детралекс®.



Об опыте лечения острых венозных тромбозов в системе нижней полой вены в поздние сроки с момента их развития рассказал ассистент кафедры хирургии № 4 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, кандидат медицинских наук Денис Сергеевич Миргородский.

Он рассказал о том, что тромболитическую терапию, которая занимает важное место в лечении острого коронарного синдрома, ишемического инсульта и тромбоэмболии легочной артерии, в последнее время все чаще рассматривают как метод лечения пациентов с тромбозом глубоких вен. В литературе встречается немало сообщений об эффективности тромболитической терапии в ранние сроки этой патологии, в то время как вопрос целесообразности применения фибринолитиков в поздние сроки острого венозного тромбоза все еще продолжает оставаться открытым.

Для оценки эффективности тромболитической терапии у такой категории пациентов докладчик с коллегами провели собственное исследование. В него включили 121 больного с тромбозом глубоких вен длительностью от 1 до 28 суток, которые были разделены на две группы – тромболитической терапии (n=81) и контроля (n=40). Пациентам группы тромболитической терапии вводили альтеплазу внутривенно болюсно в дозе 10 мг с последующим капельным введением препарата в дозе 1 мг/кг, но не более 100 мг суммарно. Пациенты группы контроля получали консервативное лечение прямыми антикоагулянтами (эноксапарин натрия). После тромболизиса и гепаринотерапии всем больным назначали эноксапарин подкожно в дозе 100 МЕ/кг каждые 12 ч под контролем активированного частичного тромбопластинного времени с последующим переходом на прием непрямых антикоагулянтов (варфарин по схеме), а также компрессионную терапию (медицинский компрессионный трикотаж) и лимфвенотоники.

В качестве лимфвенотоника авторы выбрали препарат с комплексным механизмом действия Детралекс®, представляющий собой очищенную микронизированную флавоноидную фракцию. Помимо нормализации венозного и лимфатического оттока Детралекс® обеспечивает улучшение микроциркуляции, а также блокирует воспалительные стенки вен и створок венозных клапанов, а это один из важных факторов, способствующих тромбообразованию. Докладчик отметил также быстроту начала действия препарата. Так,

M. Amiel и R. Varbe (1992) показали, что уже через 1 час после приема Детралекс® уменьшает растяжимость венозной стенки (рис. 3), что приводит к повышению тонуса вен, увеличению венозного оттока и снижению венозного застоя.

В представленном Д.С. Миргородским исследовании эффективность лечения оценивали по динамике болевых ощущений, изменению окружности сегментов конечностей, степени реканализации тромба по данным ультразвуковой диагностики или флебографии (полная, частичная, отсутствует).

После тромболизиса у больных наблюдалось постепенное уменьшение боли, наиболее выраженное в первые двое суток после вмешательства. Снижение интенсивности боли после тромболизиса отмечалось при любой длительности заболевания, но происходило быстрее в случае непродолжительного существования тромба. Также в группе тромболитической терапии отмечалось постепенное уменьшение отека конечности и, соответственно, ее окружности (в среднем на 33% на 5-е сутки). Оно было более выраженным при небольшой длительности существования тромба,

однако даже в поздние сроки регистрировался положительный эффект тромболизиса по сравнению с контрольной группой. Полная реканализация была достигнута у 37,1% больных основной группы, частичная – у 14,8%. В контрольной группе имела место лишь частичная реканализация у 17% пациентов.

Таким образом, у больных с тромбозом глубоких вен нижних конечностей проведение тромболитической терапии целесообразно как в ранние, так и в поздние сроки заболевания. Эффективность тромболизиса уменьшается по мере увеличения длительности существования тромба, однако даже при наличии тромба более двух недель у больных наблюдается положительный гемодинамический эффект. Важна адекватная комплексная терапия после проведения тромболизиса, включающая длительный прием антикоагулянтов и препарата Детралекс®, который за счет повышения тонуса вен и улучшения микроциркуляции способствует более быстрому уменьшению отека и боли.

Подготовил Вячеслав Килимчук

3

НОВИЙ ІМІДЖ СВІТОВОГО ЛІДЕРА¹



НАЙПОТУЖНІШИЙ ВЕНОТОНІК²⁻³

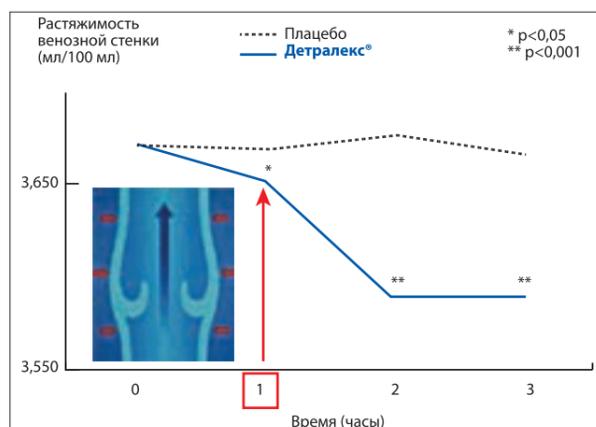


Рис. 3. Уменьшение растяжимости венозной стенки через 1 час после приема препарата Детралекс® (M. Amiel и R. Varbe, 1992)

1. Висновок зроблено на підставі аналітичних даних IMS Worldwide 53 countries. Top Product CSC. Units MAT Q1 2015. Products registered as medical drugs (no запити). Висновок зроблено на підставі даних досліджень: 2. Allaert F.A. Meta-analysis of the impact of the principal venoactive drugs agents on malleolar venous edema // Int Angiol – 2012. – 31 (4). – P. 310-315. 3. Cospi M., Dominici A. Double blind study of the pharmacodynamic and clinical activities of 5682 SE in venous insufficiency. Advantages of the new micronized form // Int Angiol – 1989. – 8. – P. 61-65.

Інформація про препарат®. Склад: 1 таблетка, вкрита плівковою оболонкою, містить 500 мг микронізованої очищеної флавоноїдної фракції. Фармакотерапевтична група. Капіляростабілізуючі засоби. Біофлавоноїди. Діосмін, комбінації. Код АТХ C05C A53. **Показання.** Симптоматичне лікування венолімфатичної недостатності (важкість у ногах, біль, нічні судороги, набряки, трофічні порушення, включаючи варикозні виразки). Симптоматичне лікування геморою. **Спосіб застосування та дози.** Для перорального застосування. Призначається дорослим. Венолімфатична недостатність. Рекомендована доза становить 2 таблетки на добу: 1 таблетка – вдень та 1 таблетка – ввечері під час їди. Після тижня застосування можна приймати 2 таблетки на добу одноразово під час їди. Гемороїдальна хвороба. Лікування епізодів гострого геморою: по 6 таблеток на добу упродовж 4 днів, потім по 4 таблетки на добу протягом наступних 3 днів. Приймати під час їди. Добову кількість таблеток розподілити на 2-3 прийоми. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до діючої або будь-якої допоміжної речовини. **Особливості застосування.** Застосування цього лікарського засобу при гострому геморої не замінює специфічної терапії та не перешкоджає лікуванню інших проктологічних захворювань. У разі якщо упродовж короткого курсу лікування симптоми не зникають швидко, слід провести проктологічне обстеження та перейти на іншу терапію. При порушенні венозного кровообігу більш ефективним є поєднання терапії з дотриманням таких рекомендацій щодо способу життя: уникати занадто довгого знаходження на сонці, тривалого перебування на ногах, надлишкової маси тіла; ходити пішки та у деяких випадках носити спеціальні панчохи для покращення кровообігу. **Застосування у період вагітності або годування груддю.** Вагітність. Вагітним жінкам Детралекс® слід застосовувати з обережністю. Перед застосуванням проконсультуйтеся з лікарем. Дослідження не виявили тератогенної дії препарату, про побічні ефекти не повідомлялося. Годування груддю. Через відсутність даних щодо його проникнення у грудне молоко застосування у період годування груддю необхідно уникати. **Побічні реакції.** Часто: діарея, диспепсія, нудота, блювання. Рідко: запаморочення, головний біль, нездужання, свербіж, висипання, кропив'янка. Нечасто: коліт. Частота невідома: ізольований набряк обличчя, губ, повік. У виняткових випадках – набряк квінке. Біль в абдомінальній ділянці. **Здатність впливати на швидкість реакції при керуванні автотранспортом або іншими механізмами.** Дослідження щодо впливу флавоноїдної фракції на здатність керувати автотранспортом або працювати з іншими механізмами не проводилися. Однак, відповідно до загального профілю безпеки флавоноїдної фракції Детралекс® не впливає або має незначний вплив на цю здатність. **Передозування®.** Упаковка. По 15 таблеток у блистері; по 2 або 4 блистери в коробці. **Категорія відпуску.** Без рецепта. **Заявник.** ЛІС ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є/LES Laboratoires Servier.

* Детальна інформація викладена в інструкції з медичного застосування препарату від 11.01.2016, №6, P/n UA/4329/01/01.

Інформація для медичних і фармацевтичних працівників, для розміщення у спеціалізованих виданнях для медичних закладів та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики.

Представництво «Ле Лаборауар Серв'є» м. Київ, вул. Бульварно-Кудрявська, 24. Тел.: (044) 490-34-41, факс: (044) 490-34-40.

www.varicosu-net.com

SERVIER
www.servier.ua