



Лікування хронічних захворювань вен: зміна парадигми

Ми продовжуємо ознайомлювати наших читачів із доповідями учасників Міжнародної зустрічі флебологів – медичного форуму світового рівня, який відбувся 2-3 червня 2017 року в м. Києві у рамках масштабного проекту компанії «Серв'є» – «Серв'є в Україні: партнерство заради майбутнього» (початок див. «Хірургія, ортопедія, травматологія», № 3, 2017 р.). Цей науково-освітній захід, присвячений актуальним питанням флебології, об'єднав відомих експертів та клініцистів з усіх країн світу. Поділитися власним практичним досвідом з колегами та дізнатися про досягнення українських фахівців до Києва приїхали науковці із США, Монако, Латвії, Словаччини та інших країн. Захід став чудовою нагодою для практикуючих лікарів ознайомитися з останніми даними доказової медицини щодо діагностики та лікування хронічних захворювань вен (ХЗВ).



Засновник і директор Клініки Riviera Veine Institut (Монако), професор Поль Пітталуга (P. Pittaluga) представив нові стратегії лікування недостатності поверхневих вен.

Основою сучасного лікування варикозу в більшості випадків є усунення рефлюксу великої підшкірної вени (ВПВ). Донедавна єдиним способом такого усунення була операція, за якої патологічно змінену вену вилучали. Сьогодні на зміну хірургічному лікуванню прийшли ендовенозна термальна абляція (радіочастотна – РЧА, лазерна – ЕВЛА) і так звані нетермальні методи – механохімічна абляція (МОСА), застосування ціаноакрилатного клею та склерооблітерація (пінна, катетерна тощо).

В європейському багатоцентровому дослідженні було встановлено, що ендовенозна емболізація ціаноакрилатом з метою усунення рефлюксу ВПВ є безпечною та ефективною: після 12 міс спостереження реканалізація була відсутня у 92,9% пацієнтів (Т.М. Proebstle et al., 2015). За даними J.I. Almeida і співавт. (2015), клінічна ефективність цього методу зберігається протягом 36 міс та є подібною до такої термальних методів.

Нещодавній систематичний огляд (М.Е. Witte et al., 2017) показав, що механохімічна ендовенозна абляція за технологією ClariVein у поєднанні з рідким склерозантом забезпечує частоту анатомічного успіху 87-92% та високі показники клінічного успіху. Ризик тяжких ускладнень після процедури є дуже низьким.

Останнім часом з'являється дедалі більше даних про те, що розвиток ХЗВ нижніх кінцівок (ХЗВ НК) є висхідним, тобто починається з патологічних змін венозних притоків ВПВ із формуванням варикозних резервуарів з подальшим порушенням венозного відтоку. Тож відповідно до сучасної гіпотези варикозно розширені вени розглядаються

як причина, а не як наслідок порушення венозної гемодинаміки.

Перегляд патогенетичної теорії сприяв зміні хірургічної парадигми. Спершу було поставлено під сумнів доцільність високої перев'язки. Дослідження за участі професора П. Пітталуги показали, що стріпінг зі збереженням сафенофemorального з'єднання дає кращі результати (нижчу частоту рефлюксу і рецидивів) порівняно з його високою перев'язкою. Надалі на підставі теорії висхідної еволюції хронічної венозної недостатності було висловлено припущення, що в деяких випадках необхідно зберегти ВПВ, особливо на ранніх стадіях захворювання, зробивши об'єктом хірургічного втручання її притоки.

У своїй клініці доктор П. Пітталуга широко застосовує амбулаторну селективну варикозну абляцію під місцевою анестезією (ASVAL). Це оригінальна методика, що дозволяє зберегти не лише сафенофemorальне з'єднання, а й повністю прохідність великої і малої ПВ. Видаляють їх варикозно розширені притоки, що покращує гемодинаміку в магістральних ПВ. Операцію виконують за допомогою техніки міні-флебektomії (через проколи шкіри або невеликі розрізи, які навіть не потребують накладення швів, а закріплюються пластиром) під місцевою анестезією в амбулаторних умовах. Усе це забезпечує високий естетичний результат, швидке відновлення і виписку зі стаціонара.

Завершуючи свій виступ, професор П. Пітталуга наголосив, що настав час змінити деструктивний підхід до лікування варикозної хвороби НК на реконструктивний. Сучасна терапевтична стратегія включає ендовенозне лікування варикозних резервуарів зі збереженням прохідності ВПВ і ремодельовання великих вен за допомогою венотонічних препаратів, зокрема мікронізованої очищеної флавоноїдної фракції (МОФФ).

Під час свого другого виступу професор П. Пітталуга розповів про переваги застосування МОФФ у хірургії вен.

ХЗВ мають складний патофізіологічний механізм, у якому важливу роль відіграють венозна гіпертензія і хронічне венозне запалення.

Хронічна венозна гіпертензія і запалення є основними ланками в патогенезі розвитку й прогресування ХЗВ. Саме ці ланки патогенезу зумовлюють виникнення основних симптомів ХЗВ НК – болю, важкості і відчуття розпирання в НК, нічних судом, набряків, посилення венозного малюнка, появи ретикулярного варикозу та варикозної деформації вен. На більш пізніх стадіях розвиваються зміни шкірних покривів, аж до утворення трофічних виразок.

Дію МОФФ (в Україні зареєстрована як Детралекс®) спрямовано на зменшення запалення стінок вен і клапанів, підвищення тону вен, покращення мікроциркуляції та лімфатичного відтоку, що дає змогу розірвати хибне коло запального каскаду. Застосування МОФФ рекомендоване на всіх стадіях ХЗВ (C0s-C6) – від болю до венозних виразок.

Призначення МОФФ у перед- та післяопераційному періоді дозволяє зменшити частоту виникнення післяопераційних симптомів. Метааналіз, виконаний F.A. Allaert і співавт. (2010), показав, що застосування МОФФ у комбінації зі склеротерапією полегшує симптоми принаймні на 50%. У дослідженні A.V. Pokrovsky і співавт. (2008) було встановлено, що застосування МОФФ після втручання на ВПВ сприяло зменшенню інтенсивності післяопераційного болю і розміру гематом (рис. 1).

У дослідженні L. Veverkova і співавт. (2006), проведеному в 15 клінічних центрах Чеської Республіки, 181 пацієнту віком від 18 до 60 років було виконано стріпінг великої підшкірної вени стегна на одній НК. Після рандомізації 92 пацієнти за 14 днів до і протягом 14 днів після флебектомії отримували Детралекс® у дозовій групі 1000 мг, а 89 хворих становили контрольну групу. На 4-ту добу післяопераційного періоду пацієнти основної групи в 4 рази рідше потребували прийому анагетиків, ніж пацієнти з групи контролю (рис. 2).

Нещодавно були отримані результати дослідження, у якому вивчали вплив МОФФ на прогресування ХЗВ НК та симптоми після ASVAL. У дослідження залучили пацієнтів, які отримували

лікування за методом ASVAL із приводу однобічного варикозу, із рефлюксом у ВПВ >0,5 с і які протягом останніх 3 міс не приймали венотонічних препаратів. Первинною кінцевою точкою був об'єм рефлюксу, оцінений на рівні першої колатеральної вени з рефлюксом у положенні стоячи із провокацією стискуванням манжети. МОФФ (Детралекс® 500 мг 2 р/добу) призначали протягом 3 міс. Загалом у дослідженні взяли участь 59 пацієнтів (жінок – 73%; середній вік – 55,4 року, індекс маси тіла – 23,78 кг/м²). Більшість хворих (86,4%) належали до клінічного класу C2 за класифікацією CEAP; 11,9% пацієнтів – до C3, 1,7% – до C4-C6. Згідно з отриманими результатами перед операцією середній об'єм рефлюксу у ВПВ становив 5079,1 мм³; після 3 міс лікування МОФФ цей показник зменшився до 600,4 мм³ (p<0,05).

Отже, застосування сучасних хірургічних методів у поєднанні з венотонічними препаратами з доведеною ефективністю (Детралекс®) сприяє істотному покращенню результатів хірургічного лікування ХЗВ НК.



Один із провідних флебологів світу, президент Балтійського товариства флебології, президент Міжнародного форуму мініхірургії варикозних вен, професор Улдис Маурінш (Латвія) розповів про фактори, які забезпечують успіх ЕВЛА.

Класичний хірургічний метод лікування варикозу НК (ВНК) поступово втрачає свою значимість. Це зумовлено не лише тривалістю і болючістю процесу, а й високою частотою рецидиву (в приблизно 20% через 3 роки) внаслідок травмування навколишніх тканин. На сьогодні в Латвії при лікуванні ВНК у 90% випадків застосовують лазер.

ЕВЛА – це інноваційний сучасний метод лікування ВНК, що став альтернативою хірургічного втручання. У клініці

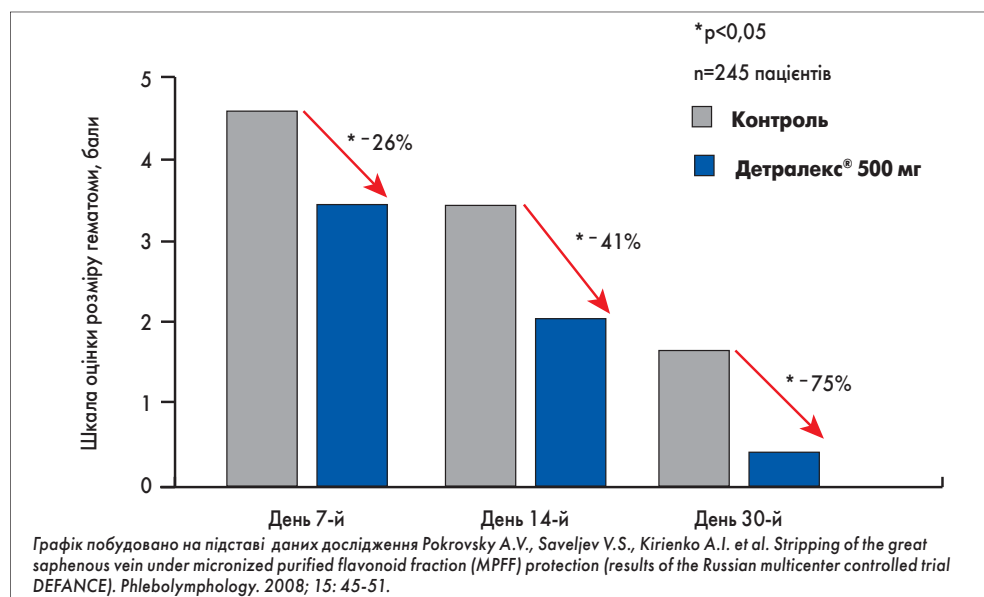


Рис. 1. Вплив Детралексу на зменшення розмірів гематом після операцій на венах

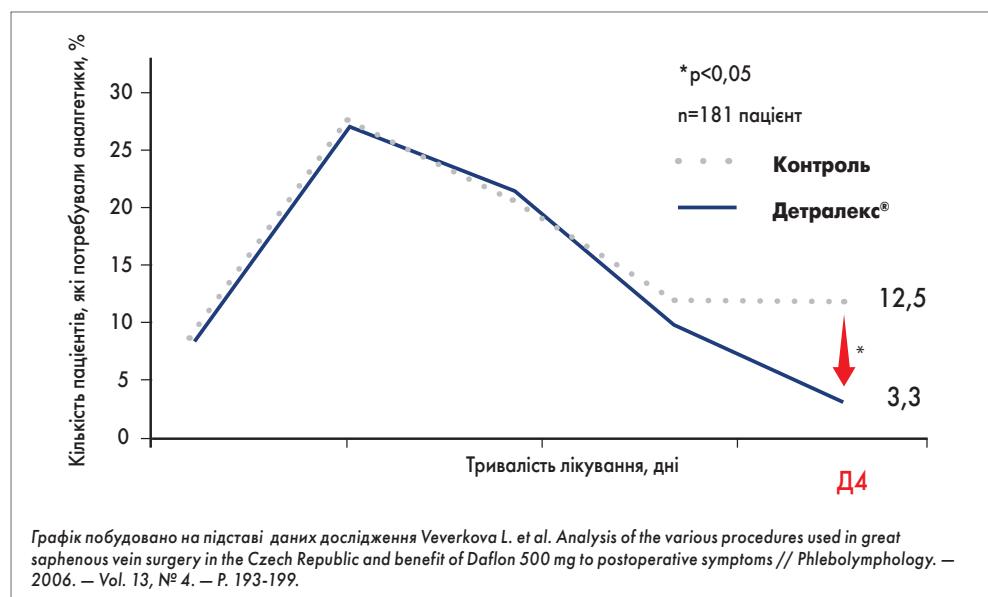


Рис. 2. Детралекс® у 4 рази зменшує потребу в анагетиках після операції

3



*** ЛІДЕР В УКРАЇНІ І В СВІТІ**



SERVIER
www.servier.us