



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 ендovenозна термальна аблляція (радіочастотна – РЧА, лазерна – ЕВЛА) і так звані нетермальні методи – механохімічна аблляція (МОСА), застосування ціаноакрилатного клею та склероoblітерація (пінна, катетерна тощо).

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

Нешодавній систематичний огляд (M.E. Witte et al., 2017) показав, що механохімічна ендovenозна аблляція 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 сафенофеморального 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 аблляцію під місцевою анестезією (ASVAL). Це оригінальна методика, що дозволяє зберегти не лише сафенофеморальне з’єднання, а й повністю прохідність великій і малої ПВ. Видаляють їх варикозно розширені притоки, що покращує гемодинаміку в магістральних ПВ. Операцію виконують за допомогою техніки міні-флебектомії (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 ендovenозне лікування варикозних резервуарів зі збереженням прохідності ВПВ і ремоделювання великих вен за допомогою венотонічних препаратів, зокрема мікронізованої очищеної флавонoidної фракції (МОФФ).

Під час 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 тонусу вен, покращення мікроциркуляції та лімфатичного відтоку, що дає змогу розірвати хибне коло запального каскаду. Застосування МОФФ рекомендовано на всіх стадіях ХЗВ (C0s-C6) – від болю до венозних виразок.

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

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

Нешодавно 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 приєднанням рефлюксу 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 стисканням 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, професор Улдіс Мауріньш (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 навколоишніх 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

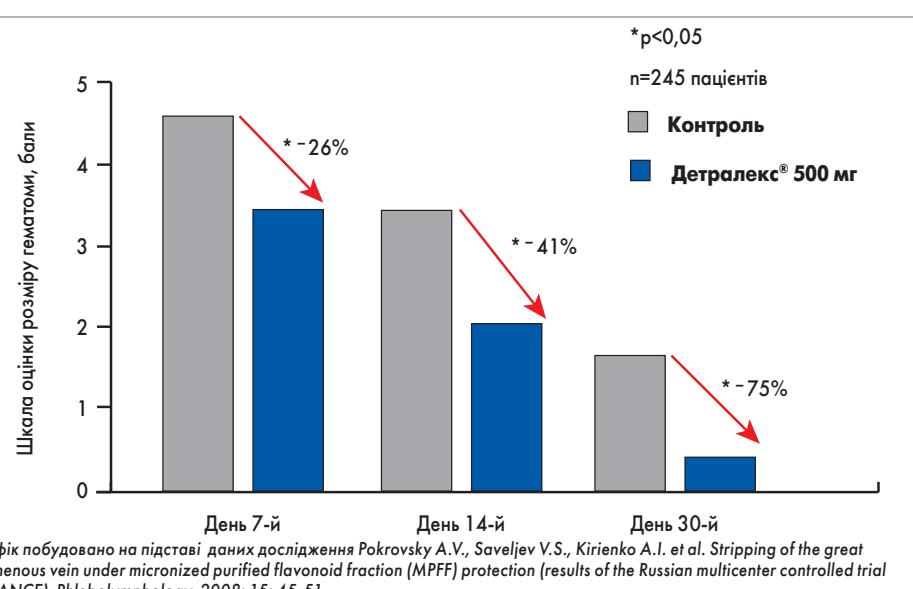


Рис. 1. Вплив Детралексу на зменшення розмірів гематом після операції на венах

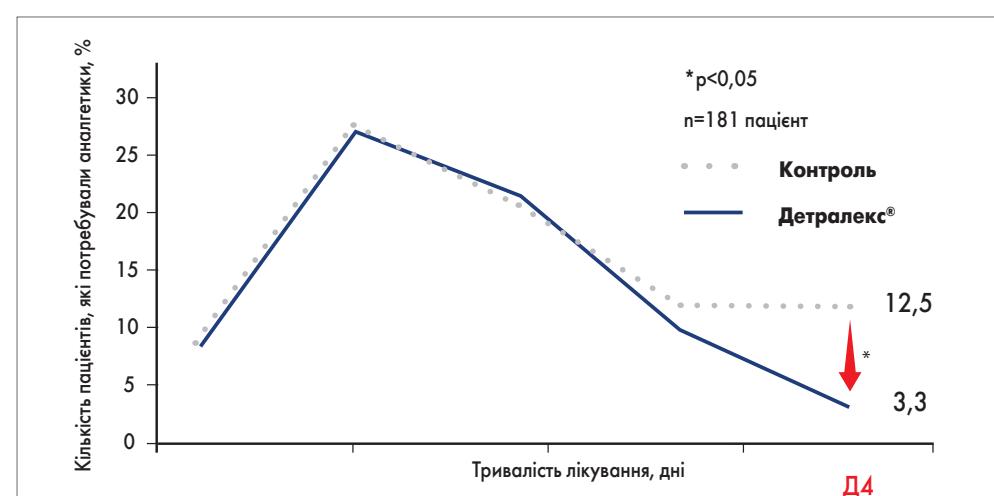


Рис. 2. Детралекс® у 4 рази зменшує потребу в аналгетиках після операції

доктора Маурінша використовують діодний лазер з довжиною хвилі 1470 нм, в основі енергії якого є поглинання води. В результаті впливу лазера вода в крові і стінці вени випаровується, завдяки чому звужується стінка вени та після чого поступово резорбується. Система через оптоволоконний світловод випромінює енергію в радіальному напрямку на 360°, при цьому вплив здійснюється лише на стінку вени, не пошкоджуючи інші тканини.

Основними перевагами ЕВЛА є мінімізація пошкодження сусідніх тканин, менш виражений біль і низька частота ускладнень, відсутність розрізів на шкірі, можливість лікування варикозу вен одночасно на обох кінцівках завдяки низькій травматичності, швидка реабілітація пацієнтів. Процедура виконується амбулаторно під місцевою анестезією, протягом кількох днів функції нижніх кінцівок повністю відновлюються. Важливо, що методику проведення ЕВЛА може бути стандартизовано.

Найважливішим фактором, що визначає ефективність ЕВЛА, є кількість енергії, що доставляється (показник LEED – Linear Endovenous Energy Delivered). За даними дослідження, при LEED >60-70 Дж/см частота успіху (відсутність реканалізації) досягає 95-100%, хоча є повідомлення і про високу ефективність більш низьких LEED. Зазвичай LEED розраховують як діаметр вени, помножений на 7.

Цільнометалеві оптичні волокна швидко коксуються, що нівелює потенційні переваги застосування хвиль певної довжини. Крім того, на верхівці таких волокон створюється точка з високою температурою, яка може викликати контактне пошкодження тканин. Альтернативою цільнометалевим волокнам є радіальні волокна, ефективність яких за умови використання із 1470 мм лазером наближається до 100%.

Професор Франтішек Жерновицький (Словаччина) поділився досвідом лікування ХЗВ за методом Venefit. РЧА Venefit є малоінвазивною альтернативою стріпінгу для лікування варикозної хвороби. Суть методу полягає в термічному впливі на внутрішню стінку варикозно зміненої вени радіочастотним випромінюванням. Унаслідок теплової денатурації колагену II типу, що виконує каркасну функцію венозної стінки, відбувається стовщення та скорочення стінки вени без грубих порушень цілісності вени та оточуючих тканин. У подальшому настає зрошення стінок вени та її розсмоктування. Процедура потребує місцевої анестезії, її можна проводити за будь-якого діаметра варикозно зміненої вени і на будь-якій стадії хвороби.

В ангіохірургічній клініці доктора Ф. Жерновицького упродовж 2011-2016 рр. було виконано понад 1536 процедур лікування ХЗВ НК за методом РЧА. Загальна ефективність лікування становила >95% із частотою реваскуляризації лише 1,18%, при цьому не спостерігалося жодного випадку тромбоемболії легеневої артерії або тромбозу глибоких вен. Використання меншого об'єму розчину для анестезії (200-250 замість 400-500 мл), тумесцентної помпи та одночасної склеротерапії під контролем ультразвуку дало змогу скоротити час виконання процедури із 45 до <30 хв при збереженні високої ефективності та безпеки лікування. Запорукою оптимальних результатів є ретельна передопераційна розмітка на підставі даних ультразвукового сканування.



Доцент кафедри хірургії та судинної хірургії Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика (НМАПО) (м. Київ), доктор медичних наук Валентин Андрійович Ходос розповів про особливості склеротерапії поверхневих трункулярних і перфорантних вен (доповідь було підготовлено разом із завідувачем кафедри, доктором медичних наук Сергієм Івановичем Саволюком).

За словами доповідача, мікропінна склерооблітерація є однією із найсучасніших технологій у лікуванні ХЗВ НК і наразі широко використовується у більшості країн світу. Ефективність

цизого методу при усуненні вертикального рефлюксу підтверджена багатьма дослідниками з різних країн.

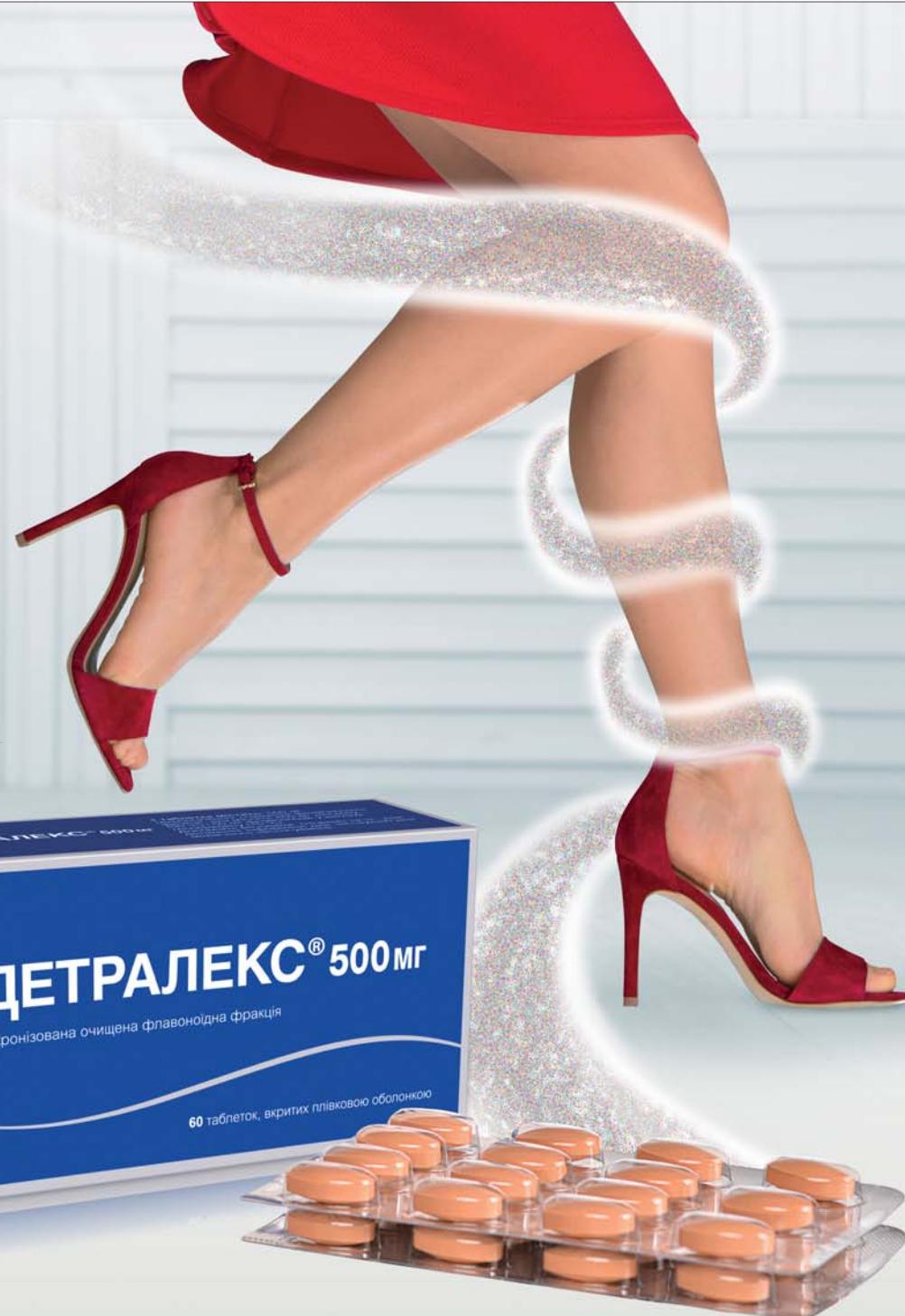
На кафедрі хірургії та судинної хірургії НМАПО було проведено дослідження, автори якого мали на меті покращити результати мікропінної склеротерапії поверхневих трункулярних і перфорантних вен. У дослідження залучили 287 чоловіків і жінок із ХЗВ НК віком від 24 до 72 років. Більшість пацієнтів (57,15%) належали до функціонального класу (ФК) С2 за класифікацією СЕАР. Найчастіше рефлюкс локалізувався у ВПВ (87% випадків).

Як склерозуючий агент використовували мікропінну форму полідоканолу (3%; 5%) або натрію тетрадецілсульфат (3%). Процедуру проводили під ультразвуковим контролем із використанням катетера відповідної довжини залежно від локалізації

рефлюксу. Сафенофеморальне та сафено-поплітеальне з'єднання 2 рази були оброблені мікропіною. У кожний сегмент стовбурової вени завдовжки 8-10 см поетапно вводили 2-3 мл мікропіни з інтервалом 5-7 хв. У разі реканалізації сеанси мікропінної склеротерапії повторювали.

За допомогою використаної методики у 90,4% випадків було досягнуто стійку оклюзію з подальшим фіброзом трункулярних вен при спостереженні від 3 міс до 3 років. За даними літературних джерел, частота транзиторних неврологічних розладів при застосуванні склерозуючої мікропіни коливається від 0,2 до 5,4%; у зазначеному досліджені цей показник становив 1,4%. Отже, поетапне введення мікропіни в малих дозах мінімізує частоту неврологічних побічних ефектів та їх вираженість, що підвищує безпеку методу.

3v

**БІЛЬ****ВАЖКІСТЬ****НАБРЯК**

НАЙПОТУЖНІШИЙ ВЕНОТОНІК^{1,2}

*ЛІДЕР В УКРАЇНІ І В СВІТІ

Висновок зроблено на підставі даних дослідження: 1. Cosrite M. Подвійне сліпе дослідження фармакодинаміки та клінічної ефективності 5682 SE в лікуванні венозної недостатності. Переваги нової мікронізованої форми (у порівнянні з немікронізованою) // Int Angiol. — 1993. — 8. — Р. 61-65. 2. Albert F.A. Мета-аналіз досліджень ефективності основних веноінтенсивних препаратів щодо впливу на венозні набряки циціолотки. // Int Angiol. — 2012. — 31 (4). — Р. 310-315. *Лідер в Україні у роздрібних продажах за АТС-класом COSC серед твердих та розчинівих джемів за даними IMS Worldwide 53 countries. Top Product CSC units MAT-Q1 2016. Препарат зареєстрований як лікарські засоби (за запитом).

Інформація про препарат*. Склад: 1 таблетка, вкрита плівковою оболонкою, містить 500 мг мікронізованої очищеної флавоноїдної фракції. Фармакотерапевтична група: Капіліростабілізуючі засоби. Біофлавоноїди. Длюсин, комбінації. Код ATX COSC A53. Показання. Симптоматичне лікування венопатії (важкість у ногах, біль, нічні судомі, набряк, трофічні порушення, включуючи варикозні виразки). Симптоматичне лікування геморорю. Способ застосування та дози. Для перорального застосування. Призначається дорослим. Веноінтенсивна. Призначається дітям. Лікування епізодів гострого геморорю. Лікування епізодів гострого геморорю по 6 таблеток на добу одразу після 1-ї дози. Протипоказання. Підвищена чутливість до дієтичної або будь-якої допоміжної речовини. Особливості застосування. Застосування цього лікарського засобу при гострому геморорю не замінє специфічної терапії та не передає дієтичної або фармакологічної дії препарату, про якій не повідомляється. Годування грудю. Через відсутність даних щодо його проникнення у грудь молоко застосування у період годування грудю необхідно уникати. Побічні реакції. Часто: діарея, диспесія, нудота, блівання. Рідко: запалюваччина, головний мігrena. Підозру на залозистий рак. Дієтична діяльність. Здатність впливати на швидкість реакції при керуванні автотранспортом або іншими здатностями. Передозування*. Упаковка. По 15 таблеток у блістер; по 2 або 4 блістери в коробці. Категорія відриву, без рецепту. Завінник: LÉ LABORATOIRES SERVIER. www.servier.ua

¹ Детальні інформація викладена в інструкції з медичного застосування препарату від 11.01.2016, №6, Р/н №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.

Імпортер: Товариство «Вібемед» (Україна) 01054, м. Київ, вул. Бульварно-Кудрявська, 24. Тел.: (044) 490-34-41, факс: (044) 494-14-96.

Copyright © 2017 рік. ТОВ «Серв'єр Україна». Всі права захищені.

www.varicosu-net.com

