

M. Lugli, професор ендovasкулярної хірургії в DUTEV, RMCurie, Університет Сорбонна, директор клініки «Флебосан», м. Модена (Італія); **A.D. Giannoukas**, професор судинної хірургії Університету Фессалії (Греція); **I.M. Гудз**, д. мед. н., професор, завідувач кафедри загальної хірургії Івано-Франківського медичного університету МОЗ України; **I. Удріс**, президент Латвійської асоціації лікування ран, провідний спеціаліст Балтійської венозної клініки (Латвія); **С.П. Шукін**, к. мед. н., головний лікар медичного центру флебології та естетичної медицини «Phlebos»; **С.С. Юрець**, к. мед. н., асистент кафедри ендоскопічної та серцево-судинної хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова; **О.В. Соколов**, асистент кафедри хірургії № 2 Дніпровського державного медичного університету; **В.С. Горбовець**, к. мед. н., асистент кафедри хірургії та судинної хірургії Національного університету охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика; **М.В. Чехлов**, к. мед. н., доцент кафедри хірургії № 4 Одеського національного медичного університету; **О.О. Сергєєв**, завідувач відділення хірургії судин Дніпропетровської обласної клінічної лікарні ім. І.І. Мечникова; **О.І. Гудз**, к. мед. н., доцент кафедри хірургії Навчально-наукового інституту післядипломної освіти ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

2-й Міжнародний флебологічний мітинг: контраверсії у флебології

Продовження. Початок на стор. 12

27 та 28 серпня в Києві відбулася гучна подія в галузі української флебології – 2-й Міжнародний флебологічний мітинг за підтримки компанії «Серв'є». У заході взяли участь провідні українські флебологи та вчені з Італії, Греції, Латвії, які охоче ділилися своїм досвідом лікування пацієнтів із хронічним захворюванням вен.

Ключові слова: венозна недостатність, гіпоксія ендотелію, хронічне запалення судинної стінки, веноактивні препарати, ендovasкулярні втручання.



Під час першої секції «Суперечливі питання лікування ХЗВ із застосуванням веноактивних препаратів» була розглянута ефективність застосування веноактивних препаратів у пацієнтів із хронічними захворюваннями вен (ХЗВ) на різних стадіях та в комплексі з оперативним лікуванням.



Першу доповідь, присвячену стратегії лікування пацієнтів із ХЗВ класу C0s-C1s за класифікацією CEAP, представила професор ендovasкулярної хірургії в DUTEV, RMCurie, Університет Сорбонна, медич-

ний директор венозної клініки «Флебосан», Модена, директор програми Національного довідкового навчального центру з флебології, UEMS, президент Товариства вен, голова Комітету з досліджень, освіти та публікацій Європейського венозного форуму Marzia Lugli (Італія).

із C0s: ознаки ХЗВ у вигляді телеангіектазій, сітчастих вен вже чітко видно. Більшість пацієнтів із C1 мають лише описані ознаки без будь-яких інших аномалій вен. В інших випадках дрібні вени є сигналом більш значних змін, таких як підшкірний рефлюкс, клубова обструкція тощо. Своєчасне лікування цих пацієнтів є дуже важливим і залежить від виявленої венозної аномалії та тяжкості симптомів.

Що робити, якщо наявні симптоми ХЗВ, але жодні інструментальні методи не можуть підтвердити чи спростувати наявність початкової стадії дисфункції венозних мікроклапанів?

Для виявлення порушення роботи мікроклапанів вен 2-го порядку використовується високочастотний плоский зонд, який закріплюється над шкірою у проекції сітчастої вени або телеангіектазії. Під час виконання фізичних вправ нижніми кінцівками та контракції м'язів оцінюється потік крові й виявляються можливі ознаки рефлюксу (ретроградного потоку крові) у венах 2-го порядку з недостатністю клапанного апарату. Дане дослідження

та 6 міс і включали в себе оцінку симптомів ХЗВ за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ), а також вираженість рефлюксу при дослідженні за допомогою двостороннього сканування.

Результати дослідження достовірно показали зниження симптомів венозного походження, таких як біль, важкість у ногах і судом, та зменшення проявів рефлюксу на рівні мікровенул на фоні лікування МОФФ у дозі 1000 мг на добу терміном 6 міс. Спікер зазначила, що це перший випадок, коли раннє лікування веноактивним препаратом (МОФФ) асоціювалося зі значним гемодинамічним ефектом на рівні мікроклапанів.



Більш докладно про «точки дотику» консервативного та хірургічного лікування ХЗВ розповів професор судинної хірургії медичного факультету Школи медичних наук Університету Фессалії, завідувач кафедри судинної хірургії Університетської лікарні Athanasios D. Giannoukas (Греція).

На сьогодні для лікування пацієнтів із ХЗВ застосовують комплексний підхід, який передбачає використання як хірургічних, так і медикаментозних методик, що дозволяє вплинути на всі ланки патогенезу захворювання.

Золотим стандартом хірургічного лікування ХЗВ, що було визнано Європейським та Американським товариствами судинних хірургів, є ендовенозна лазерна абляція (ЕВЛА) та радіочастотна абляція вен (РЧА). Обидва втручання схожі за технікою проведення та клінічною ефективністю.

Також важливою складовою лікування пацієнтів із ХЗВ є застосування веноактивних препаратів, зокрема добре вивченої МОФФ.

МОФФ відрізняють такі властивості:

- зменшення взаємодії лейкоцитів та ендотелію, адгезії лейкоцитів у посткапілярних венулах;
- вентонічна та ангіопротекторна дія;
- покращення мікроциркуляції;
- зниження проникності капілярів та підвищення їх резистентності;
- поліпшення лімфатичного дренажу.

Ефективність МОФФ у зменшенні симптомів ХЗВ була доведена в багатьох клінічних дослідженнях у якості як консервативного лікування, так і комплексного ведення пацієнтів після оперативного лікування. Було показано, що МОФФ зменшує післяопераційний біль та утворення гематом у пацієнтів, яким виконують стріпінг великої підшкірної вени. До того ж МОФФ сприяє зменшенню кількості ускладнень після склеротерапії.

Доповідач навів результати власного дослідження. У ньому взяли участь 120 пацієнтів із рефлюксом по великій підшкірній вені, яким проводили ЕВЛА та РЧА з флебектомією під час проведення сеансу.



Експерт зауважила, що біль, відчуття тяжкості, набряк нижніх кінцівок та інші симптоми не є специфічними чи патогномонічними для ХЗВ, і це робить діагностику пацієнтів зі стадією C0s непростою завданням. Адже такі симптоми можуть виникати внаслідок інших захворювань або мати поєднану етіологію, особливо в літніх людей.

Першим кроком у виявленні розладів, які не пов'язані з ХЗВ, є детальний збір анамнезу, клінічне обстеження та відповідні інструментальні дослідження, які можуть виявити неврологічні, ревматологічні захворювання тощо.

Водночас діагностика пацієнтів зі стадією C1s є набагато простішою, ніж

дає змогу виділити пацієнтів, які не мають видимих ознак венозної недостатності, але у яких наявна початкова недостатність венозних мікроклапанів.

Можливість оцінити зміни на рівні мікроклапанів дозволили професору з колегами провести власне дослідження ефективності мікронізованої очищеної флавоноїдної фракції (МОФФ) (в Україні зареєстровано як Детралекс® 1000 мг). До дослідження було залучено 36 пацієнтів із ХЗВ класів C0s (n=18) та C1s (n=18) за CEAP із симптомами венозного походження. Усі пацієнти отримували МОФФ у дозі 1000 мг на добу протягом 6 міс. Кінцеві точки були встановлені у термінах 3



Пацієнти основної групи (n=60) отримували МОФФ у добовій дозі 1000 мг за 7 днів до та 30 днів після операції, на відміну від учасників контрольної групи, які не отримували жодних веноактивних препаратів. Пацієнти основної групи МОФФ (1000 мг за 7 днів до та 30 днів після операції) повідомили про значно нижчі рівні болю за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ), ніж у пацієнтів із контрольної групи на 7-му ($-3,6 \pm 1,2$ проти $2,7 \pm 1,9$, $p < .0001$) та на 30-ту добу після операції ($-4,9 \pm 0,1$ проти $-4,2 \pm 1,9$, $p < .0001$), а також показники якості життя з точки зору оцінки болю за опитувальником CIVIQ на 7-му ($3,7 \pm 1,3$ проти $3,5 \pm 1,8$, $p = .008$) та 30-ту післяопераційну добу ($5,3 \pm 1,1$ проти $4,4 \pm 1$, $p = 0,017$).

Це дослідження вперше наочно продемонструвало, що перед- та післяопераційне застосування МОФФ сприяє зменшенню больового синдрому та покращенню якості життя. Його результати доводять важливість застосування МОФФ не лише для консервативного лікування ХЗВ, а й у комплексі з оперативними методами. В Україні зареєстровано як лікарський засіб Детралекс®.



У продовження теми використання веноактивних препаратів виступив **завідувач кафедри загальної хірургії Івано-Франківського медичного університету МОЗ України, доктор медичних наук, професор Іван Михайлович Гуд.**

За даними Vein Consult Program, пацієнти із симптомами ХЗВ стадії C0s складають 20%, стадії C1-C6 – 61,2%, і решта, пацієнти без жодних симптомів та ознак ХЗВ, – 18,8%. Однак статистика захворюваності у загальній популяції вивчена недостатньо, що обмежує здатність передбачити поширеність, прогноз та прогресування даної патології.

Единбурзьке дослідження вен є найбільш масштабним у галузі флебології. У цьому випробуванні брали участь дорослі віком від 18 до 64 років із початковими проявами ХЗВ. Його метою було вивчення прогресування варикозного розширення вен та хронічної венозної недостатності у загальній популяції. Усі пацієнти заповнювали опитувальник

До основних симптомів ХЗВ, які відмічають пацієнти на різних стадіях розвитку венозної недостатності, відносяться:

- біль;
- свербіж;
- важкість у ногах;
- нічні судороги;
- відчуття набряку;
- симптоми неспокійних ніг;
- парестезії;
- втомлюваність ніг;
- пульсація.

Ці симптоми можуть з'являтися й/або посилюватися за довготривалого перебування у положенні сидіння або стоячи, у спекотну пору року, у передменструальний період у жінок та під час прийому гарячої ванни. Однак лише кожен 7-й пацієнт із зазначеними скаргами звертається до лікаря.

Виникненню вищеописаних симптомів та функціональних порушень сприяють наступні патофізіологічні фактори:

- гіпотонічна флебопатія;
- дилатація вен литкових м'язів при збільшеному об'ємі крові;
- зниження здатності м'язово-венозної помпи спорожнювати резервуари крові;
- зниження веноартеріальної відповіді та рефлюкс у малі вени;
- активація процесів взаємодії лейкоцитів із венозним ендотелієм – виділення продуктів запалення.

В останніх рекомендаціях щодо менеджменту ХЗВ нижніх кінцівок зазначено, що на всіх стадіях хвороби слід застосовувати веноактивні препарати. Це дозволяє вплинути на всі ланки патогенезу ХЗВ й уповільнити прогресування патологічних змін у венозній стінці (Gloviski P., 2019).

Сьогодні найбільшу доказову базу серед веноактивних препаратів має МОФФ (Детралекс® 1000 мг). Серед усіх веноактивних препаратів Детралекс® зменшує більшу кількість (9) симптомів та ознак ХЗВ, трофічних порушень і поліпшує якість життя пацієнтів (Nicolaidis A., 2020). Оскільки Детралекс® впливає майже на всі ланки патогенезу ХЗВ – тонус вен, проникність капілярів, запалення і т.д., він ефективний на будь-якій стадії захворювання. Користь від застосування МОФФ проявляється як на стадії C0a, коли відсутні об'єктивні ознаки захворювання, а зміни можна ідентифікувати лише на мікросудинному рівні, так і на етапі утворення виразок (C6). Метааналіз п'яти рандомізованих клінічних досліджень (РКД) за участю 616 пацієнтів

продемонстрував, що через 6 міс безперервного прийому Детралексу в комбінації з компресійною терапією загострення венозних виразок відбувалося значно швидше порівняно з групами контролю (Nicolaidis A., 2020). Патогенетично обґрунтованим є застосування Детралексу й у пацієнтів із посттромбофлебітичним синдромом (ПТФС). Оскільки ПТФС маніфестує як ХЗВ

після тромбозу глибоких вен, то попередні систематичні огляди, РКД та обсерваційні дослідження щодо застосування МОФФ при ХЗВ доводять доцільність використання і при ПТФС.

Українським важливим моментом щодо правильного застосування Детралексу є дотримання правильного режиму дозування. Доза препарату має складати 1000 мг на добу. Детралекс® 1000 мг разово продемонстрував однакову ефективність із прийомом препарату в дозі



500 мг двічі на добу у значущому покращенні більшості симптомів ХЗВ та якості життя. Профіль безпеки препарату в дозі 1000 мг був ідентичний прийому 500 мг двічі на добу. Таке дозування дозволяє лікарям досягти кращого комплаєнсу й покращити вихідні точки при лікуванні. Для досягнення бажаного клінічного ефекту Детралекс® слід призначати курсом до 6 міс. Профіль безпеки Детралексу дозволяє його прийом протягом тривалого терміну, що підтверджено численними РКД.

Звичайно, крім консервативних методів ведення ХЗВ для лікування більш тяжких стадій широко застосовуються ендоваскулярні технології та відкрита хірургія. Кожна з хірургічних методик має переваги й недоліки, однак, обираючи метод лікування, слід враховувати особливості перебігу захворювання в кожного окремого пацієнта.

Друга секція заходу «Сучасний менеджмент ХЗВ. Чому я віддаю перевагу...?» була присвячена основним методикам лікування ХЗВ. Спеціалісти поділилися досвідом використання різних методів терапії й висвітлили основні переваги кожного з них.



Президент Латвійської асоціації лікування ран, провідний спеціаліст Балтійської венозної клініки (Латвія) Інте Удріс представив доповідь «Venaseal glue system. Міжнародний досвід», у якій

висвітлив ефективність використання біологічного клею на основі ціаноакрилату для лікування варикозної хвороби вен нижніх кінцівок.

Спікер представив дані п'ятирічного рандомізованого розширеного клінічного випробування (VeClose), яке порівнювало ефективність ціаноакрилату та РЧА в лікуванні уражених варикозною хворобою великих підшкірних вен. Результати дослідження продемонстрували відсутність випадків реканалізації у групах від 36 до 60 міс спостереження. Коефіцієнт оклюзії судин через 5 років склав у групі використання ціаноакрилату 91,4%, а у групі РЧА – 85,2%, що вказує на більшу ефективність першого при лікуванні варикозної хвороби вен нижніх кінцівок (Morrison N. et al., 2020).

Незважаючи на відносну безпечність методу, можливе виникнення таких побічних ефектів, як кровотеча, інфікування, розрив та перфорація судин, емболізація, гематоми, алергічні реакції та тромбоз глибоких вен. Для профілактики ускладнень у власній практиці доповідач призначає наступну схему:

- профілактична доза антикоагулянтів протягом 1 тиж;

- нестероїдні протизапальні препарати протягом 1 тиж;
- МОФФ (Детралекс® 1000 мг) протягом 2 міс.

Використання ціаноакрилату для лікування варикозу вен нижніх кінцівок – це ефективний, безболісний і безпечний метод, за допомогою якого можна одночасно емболізувати кілька вен. При цьому довгострокова ефективність лікування не відрізняється від застосування термічних методів.



Головний лікар медичного центру флебології та естетичної медицини «Phlebos» (м. Київ), кандидат медичних наук Сергій Петрович Шукін представив доповідь «Сучасний менеджмент ХЗВ.

Чому я віддаю перевагу CLaCS?» та зазначив, що лікування телеангіектазій та ретикулярних вен включає склеротерапію, лазерну терапію, лікування інтенсивним імпульсним світлом, мікрофлебектомію та термокоагуляцію. Ці методи можна використовувати в комбінації, щоб максимізувати ефекти та уникнути побічних реакцій окремих із них. Так, найбільш поширений спосіб лікування телеангіектазій – склеротерапія – може супроводжуватися доволі високою частотою розвитку гіперпигментації та метінгу (вторинних телеангіектазій), що і підштовхнуло до пошуку нових методів терапії.

При лікуванні телеангіектазій та ретикулярних вен для отримання максимального ефекту можна використовувати комбінацію черешкірної лазерної коагуляції та склеротерапії. При цьому слід відзначити широкі можливості різних варіацій як енергетичних параметрів лазерного впливу, так і склерозантів (їхніх форм, об'ємів та концентрацій). У зв'язку з цим на окрему увагу заслуговує методика CLaCS (кріолазер + кріосклеротерапія). Застосування CLaCS дозволяє досягнути кращої ефективності при використанні невеликих параметрів лазерного імпульсу (34 проходи без накладання імпульсів), невеликого об'єму та концентрації склерозанту. Усі етапи CLaCS проходять при безперервному повітряному охолодженні шкіри за допомогою кріокулерів. Це робить процедуру менш болісною й викликає додатковий спазм судин, що дозволяє зменшити об'єм склерозанта. Результат досягається завдяки послідовному виконанню цих маніпуляцій, що дає змогу усувати небажані судини без стійких змін: пігментацій і рубців. Хороший естетичний ефект досягається виконанням

Продовження на стор. 19.



щодо способу життя, клінічних симптомів та факторів ризику ХЗВ, кожному учаснику дослідження проводилось дуплексне сканування для виявлення венозної недостатності у восьми сегментах кожної нижньої кінцівки. Середня тривалість спостереження становила 13,4 року. За цей час у 58% учасників відзначалося прогресування ХЗВ. У третини пацієнтів були відмічені значні відхилення у вигляді варикозно розширених вен, що збільшувало ризик утворення виразки.

ДЕТРАЛЕКС®

1000 МГ



Для лікування*

- варикозної хвороби
- геморою

ЕФЕКТИВНО** • ШВИДКО** • ЗРУЧНО**

www.servier.ua

www.detralex.ua

www.varicosu-net.com

Інформація про препарат Детралекс® 1000 мг*

Склад*, 1 таблетка містить: 1000 мг мікронізованої очищеної флавоноїдної фракції, яка містить 900 мг діосміну (90%) і 100 мг флавоноідів у вигляді гесперидину (10%). **Фармакотерапевтична група***, Ангіопротектори. Капіляростабілізуючі засоби. Біофлавоноїди. Діосмін, комбінації. Код АТХ C05C A53. **Фармакокінетика**. Фармакологія. Детралекс® 1000 мг чинить венотонічну та ангіопротекторну дію, зменшує розтяжність вен та веностаз, покращує мікроциркуляцію, знижує проникність капілярів та підвищує їх резистентність, а також поліпшує лімфатичний дренаж, збільшуючи лімфатичний відтік. Доклінічна фармакологія. Експериментальне дослідження на тваринах з використанням моделі «ішемія/реперфузія» показало, що застосування мікронізованої очищеної флавоноїдної фракції має більш виражену ефективність у зменшенні проникності судинної стінки та виходу плазми крові порівняно з простим діосміном. Цей результат обумовлений наявністю захисної дії на мікроциркуляцію у флавоноідів, таких як гесперидин, діосметин, лінарин та ізоройфолін, які входять до складу фракції у вигляді гесперидину. Зменшення проникності судинної стінки та виходу плазми крові, яке спостерігалось при застосуванні мікронізованої очищеної флавоноїдної фракції, є більш суттєвим, ніж те, що спостерігалось при застосуванні простого діосміну та кожного компонента флавоноїдної фракції окремо. **Показання***, Симптоматичне лікування венолімфатичної недостатності (важкість у ногах, біль, нічні судороги, набряки, трофічні порушення, включаючи варикозні виразки). Симптоматичне лікування геморою. **Протипоказання***, Підвищена чутливість до діючої або будь-якої допоміжної речовини. **Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій***, Дослідження щодо взаємодії не проводилися. Протягом післяреєстраційного застосування препарату дотепер не повідомлялося про жодні клінічно значущі взаємодії з лікарськими засобами. **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 переглянути терапію. **Застосування у період вагітності або годування груддю***, **Вагітність**. Дані щодо застосування мікронізованої очищеної флавоноїдної фракції вагітними жінками відсутні або їх кількість обмежена. Дослідження на тваринах не продемонстрували тератогенного ефекту. Як запобіжний захід бажано уникати застосування препарату протягом періоду вагітності. Годування груддю. Невідомо, чи проникає діюча речовина або її метаболіти у грудне молоко. Ризик для новонароджених/немовлят виключати не можна. Рішення щодо припинення годування груддю або припинення/утримання від терапії даним лікарським засобом слід приймати, враховуючи користь від годування груддю для дитини та користь від лікування для матері. **Фертильність***, **Здатність впливати на швидкість реакції при керуванні автотранспортом або іншими механізмами***, Дослідження не проводилися. Відповідно до загального профілю безпеки флавоноїдної фракції, Детралекс® 1000 мг не впливає або має незначний вплив на швидкість реакції. **Спосіб застосування та дози***, Для перорального застосування. Насічка на таблетці призначена для поділу таблетки виключно для полегшення ковтання, але не для поділу на рівні дози. Призначається дорослим. Тривалість терапії визначає лікар залежно від показання до застосування та перебігу захворювання. **Венолімфатична недостатність**. Рекомендована доза препарату становить 1 таблетку на добу вранці під час їди. **Геморойдальна хвороба**. Лікування епізодів гострого геморою: по 3 таблетки на добу упродовж 4 днів, потім по 2 таблетки на добу протягом наступних 3 днів. Добову кількість таблеток розподілити на 2—3 прийоми. Підтримуюча терапія — 1 таблетка на добу. **Передозування***, **Симптоми**. Існує обмежена кількість даних про випадки передозування при застосуванні цього лікарського засобу. Найчастішими побічними реакціями, про які повідомлялося при передозуванні, були реакції з боку шлунково-кишкового тракту (такі як діарея, диспепсія, нудота, блювання. **Нечасті**: коліт. **Рідко**: запаморочення, головний біль, нездужання, свербіж, висипання, кропив'янка. **Частота невідома**: біль в абдомінальній ділянці, ізольований набряк обличчя, губ, повік. **У виняткових випадках**: набряк Квінке. **Упаковка***, По 9 таблеток у блистері з алюмінієвої фольги та ПВХ-плівки; по 2 блистери в коробці з картону. По 10 таблеток у блистері з алюмінієвої фольги та ПВХ-плівки; по 3 блистери в коробці з картону. **Категорія відпуску***, Без рецепта. **Дата останнього перегляду**. 18.11.2020 р.

Для отримання повної інформації щодо показань, протипоказань, побічних реакцій, особливостей застосування та інше ознайомтесь, будь ласка, з інструкцією для медичного застосування препарату Детралекс® 1000 мг.

* Детальна інформація викладена в інструкції з медичного застосування препарату Детралекс® 1000 мг P/n № UA/4329/01/02 наказ №2669 від 18.11.2020, зміни внесено Наказ № 1752 від 18.08.2021. Під висновком «для лікування варикозної хвороби, геморою» ми маємо на увазі симптоматичне лікування венолімфатичної недостатності при варикозній хворобі та симптоматичне лікування геморою.

** Висновок зроблено на підставі досліджень: 1. Amiel R., Barbe M. Pharmacodynamic properties and therapeutic efficacy of Daflon 500 mg // Phlebology. — 1992. — suppl2, P. 41—44: Одноразовий прийом Детралексу статистично підвищує тонус вен уже через одну годину після прийому. 2. Cospitte M., Dominici A. Подвійне сліпе дослідження фармакокінетики та клінічної ефективності 5682 SE в лікуванні венозної недостатності. Переваги нової мікронізованої форми (у порівнянні з немікронізованою) // Int Angiol. — 1989. — 8. — P. 61—65 та доведено терапевтичну еквівалентність у дослідженні. 3. Kiprisky O., Radak D. Клінічне дослідження взаємодійності мікронізованої очищеної флавоноїдної фракції, яка приймається один раз на день у порівнянні з прийомом діючої на день у пацієнтів із симптоматичним хронічним захворюванням вен: рандомізоване контрольоване дослідження; International Angiology 2016 August; 35 (4): 399—405. 4. Шелігін Ю. та авт. Клінічне дослідження взаємодійності мікронізованої очищеної флавоноїдної фракції у таблетці 1000 мг проти 2-х таблеток 500 мг у хворих, що страждають гострим гемороєм; Current Medical Research and Opinion ISSN: 0300-7995 (Print): 1473—4877 (Online) Journal homepage: <http://www.tandfonline.com/loi/ictm20>.

Матеріал призначений для розміщення на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики. Інформація для професійної діяльності спеціалістів охорони здоров'я. Фото з фотобанку. Для додаткової інформації відвідайте сайти: www.servier.ua, www.detralex.ua, www.varicosu-net.com.

Імпортёр: Товариство з обмеженою відповідальністю «Серв'є Україна». 04070, м. Київ, вул. Набережно-Хрещатицька, 41. Тел.: (044) 490-34-41.

Copyright © 2020 ТОВ «Серв'є Україна». Усі права захищені.



050402_C1-20/21_ua

2-й Міжнародний флебологічний мітинг: контраверсії у флебології

Продовження. Початок на стор. 16.

регулярних планових 2-3 сесій, з оцінкою його через 6 міс.



У рамках конференції асистент кафедри ендоскопічної та серцево-судинної хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, кандидат медичних наук **Сергій Сергійович Юрець** у доповіді

«Чому я віддаю перевагу ЕВЛА?» висвітлив переваги використання цього методу при ХЗВ. Так, згідно з рекомендаціями Європейського товариства судинних хірургів (ESVS) та Американського венозного форуму (AVF), ЕВЛА з довжиною хвилі 1940 нм визнано методом вибору в лікуванні венозної недостатності у системі великої та малої підшкірних вен (рівень доказовості 1A) (Gianesini S. et al., 2019).

Особливостями сучасного лазера із довжиною хвилі 1940 нм є:

- нижча потужність – 5 Вт замість 10 Вт;
- використання низької LEED (лінійна ендовенозна щільність енергії) для досягнення повного і довготривалого закриття вени ~50 Дж/см;
- можливість повсякденного використання slim-світловодів для закриття вен великого діаметра й відсутність потреби в інтродюсері;
- низький ризик карбонізації світловода;
- можливість коагуляції екстрафасціальних ділянок вен;
- зменшення ризику ушкодження прилеглих тканин (парестезії, тяжі, опіки).

Спираючись на дані дослідження, спікер повідомив, що ЕВЛА з довжиною хвилі 1940 нм має зіставні із РЧА рівень оклюзії та частоту ускладнень (Park I. et al., 2020). При порівнянні ЕВЛА, РЧА та клейової облітерації ціаноакрилатом рандомізоване проспективне дослідження показало, що рівень оклюзії виявився однаковим за всіх трьох методів (Eroglu I. et al., 2018).

Однак доповідач рекомендував обирати ЕВЛА для лікування ХЗВ, оскільки довжина хвилі 1940 нм дозволяє виконувати абляцію екстрафасціальних ділянок та лазерну кросектомію. Радіальний slim-світловод більш тонкий, м'який, гнучкий і значно маневреніший, ніж радіочастотний катетер. Крім того, ЕВЛА є оптимальним методом за співвідношенням «ціна – якість» й ефективна в будь-якій клінічній ситуації, оскільки дозволяє закрити всі магістральні, перфорантні судини та протоки.



Тему лікування ХЗВ продовжив асистент кафедри хірургії № 2 Дніпровського державного медичного університету **Олександр Володимирович Соколов** доповіддю на тему «Сучасний менеджмент ХЗВ. Чому я віддаю перевагу радіочастотній абляції (РЧА)?».

Спікер зазначив, що РЧА – це один із перших ендовенозних методів, який

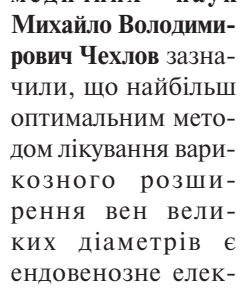
має найвищий рівень доказовості відповідно до сучасних гайдлайнів (ESVS, 2015). Приймаючи рішення про застосування певної методики у конкретного пацієнта, необхідно зважувати на переваги того чи іншого методу з позицій пацієнта та хірурга.

РЧА для пацієнта має наступні переваги: доведена ефективність та безпека, знижений післяопераційний больовий синдром, швидке повернення до звичайної активності, хороший косметичний ефект, відсутність спинальної анестезії. РЧА є кращим методом ендовенозного втручання на венах великого діаметра (>20 мм), який також застосовується за необхідності втручання на епіфасціальних венах (на низьких енергіях, на одному циклі) і без утворення тяжів, а також прийнятний у пацієнтів із коморбідністю. Крім того, доповідач зазначив, що включення до комплексної терапії препарату Детралекс® зменшує прояви симптомів ХЗВ після проведених ендовенозних втручання.



У спільній доповіді «Сучасний менеджмент ХЗВ. Чому я обираю ендовенне електрозварювання?» асистент кафедри хірургії та судинної хірургії Національного університету охорони здоров'я України

ім. П.Л. Шупика, кандидат медичних наук **Владислав Сергійович Горбовець** і доцент кафедри хірургії № 4 Одеського національного медичного університету, кандидат медичних наук



Михайло Володимирович Чехлов зазначили, що найбільш оптимальним методом лікування варикозного розширення вен великих діаметрів є ендовенне електрозварювання (ЕВЕЗ). Метод базується на технології електрозварювання живих тканин та передбачає абляцію неспроможних венозних магістралей під впливом високочастотного модульованого електричного струму.

Доповідачі представили результати клінічного дослідження, що мало на меті проаналізувати результати клінічного застосування ЕВЕЗ. Так, зварювання в кожній із різних ділянок вен тривало протягом 12 с із нагріванням до 55-80 °С, що призводило до денатурації венозної стінки без ушкодження паравазальної жирової тканини. Відсутність післяопераційного болю було виявлено у 67 (57,7%) випадках, помірний біль – у 49 (42,3%). Після 6-місячного періоду фіброз вен-мішеней був підтверджений у 116 (100%) випадках. Ускладнень не виявлено (Chernukha L.M. et al., 2019).

Отримані результати дозволяють позитивно оцінити можливості широкого застосування методу ЕВЕЗ у лікуванні пацієнтів із ХЗВ. Високий рівень ефективності та безпеки ЕВЕЗ дає змогу розширити можливості застосування термальної абляції, особливо у пацієнтів із тяжкими формами ХЗВ, із великими діаметрами вен та ураженням епіфасціальних сегментів.



Завідувач відділення хірургії судин Дніпропетровської обласної клінічної лікарні ім. І.І. Мечникова **Олег Олександрович Сергєєв** у рамках доповіді «Сучасний менеджмент ХЗВ. Чому я віддаю перевагу відкритій хірургії?» представив можливі випадки застосування відкритої хірургії в лікуванні ХЗВ.

Показаннями до відкритих хірургічних втручань є:

- варикозна хвороба вен нижніх кінцівок;
- гострий венозний тромбоз;
- ПТФС;
- венозні ангіодисплазії;
- травми вен;
- ураження вен при онкозахворюваннях.

Доповідач навів дані порівняння довгострокової клінічної ефективності ЕВЛА та відкритої хірургії в лікуванні некомпетентності великої підшкірної вени. Повідомляється, що кількість рецидивів захворювання через 5 років після ЕВЛА становила 28%, натомість як після кросектомії зі стріпінгом – 5% (Rass K. et al., 2015). Крім того, в останніх клінічних настановах відкритій хірургії надано ступінь доказовості 2A, а сучасній відкритій хірургії (modern open surgery) – 1A (Nicolaidis A. et al., 2020). Однак варто розуміти, що рецидиви й ускладнення після сучасної відкритої хірургії та ендовазальних процедур залежать від коректності їх виконання.



Доцент кафедри хірургії **Навчально-наукового інституту післядипломної освіти ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»**, кандидат медичних наук **Олексій Іванович Гудз** представив доповідь «Можливості ендovasкулярної хірургії при лікуванні ХЗВ та посттромботичного синдрому», у якій детально розглянув особливості ведення пацієнтів із ХЗВ та ПТФС.

Спираючись на дослідження F. Thomas та співавт. (2014), доповідач наголосив на користі проведення венозної ангіопластики та стентування на додачу до стандартної компресійної терапії для покращення загоєння виразки та запобігання рецидивам у пацієнтів із хронічною повною оклюзією або великим стенозом нижньої порожнистої вени, клубової вени, з рефлюксом у глибоких венах або без такого, що асоційований зі змінами шкіри та ризиком утворення венозної виразки (C4b), загоєної виразки (C5) чи активної (C6) (ступінь 1, рівень доказовості C).

Проте, незважаючи на використання відповідних методів лікування, приблизно у 40% пацієнтів розвивається ПТФС. У багатоцентровому РКД ATTRACT Trial (2018) брали участь 692 пацієнти зі симптоматичним клубово-стегновим

та стегновопідколінним тромбозом глибоких вен. Досліджувані були рандомізовані у дві групи: тромболізис та антикоагуляція проти антикоагуляції. Результати показали 2-річний показник ПТФС 47% та 48% відповідно, ризики кровотечі – 1,7% проти 0,3%. Показники якості життя були кращими у першій групі, однак статистично не достовірними.

Крім ендovasкулярних методів лікування доповідач рекомендував призначати веноактивні препарати з доведеною ефективністю, а саме МОФФ (Детралекс® 1000). Метааналіз 2012 року 10 рандомізованих досліджень, проведених до 2009 року, включав 1010 пацієнтів, пролікованих МОФФ. Результати цього метааналізу свідчать про значне зменшення набряків гомілки саме у пацієнтів, які приймали МОФФ, порівняно із застосуванням інших веноактивних препаратів (Allaert F.A. et al., 2012).



Висновки

- ✓ ХЗВ – це поширене захворювання, що вражає венозну систему нижніх кінцівок і через свою високу розповсюдженість та негативний вплив на якість життя пацієнтів створює серйозну соціально-економічну проблему.
- ✓ Основними симптомами ХЗВ, що мають здатність до постійного прогресування, є біль, свербіж, важкість у ногах, нічні судоми, відчуття набряку, симптоми неспокійних ніг, парестезії та ін.
- ✓ МОФФ має найбільш ґрунтовну доказову базу серед веноактивних препаратів, що призначаються на всіх стадіях ХЗВ. В Україні МОФФ зареєстровано як лікарський препарат Детралекс® дозуванням 1000 мг в 1 таблетці. Препарат показаний для симптоматичного лікування важкості в ногах, болю, нічних судом, набряків венозного походження, трофічних порушень, включаючи варикозні виразки.
- ✓ Ефективність Детралексу у пацієнтів із ХЗВ, яким проводили хірургічні втручання, вивчена у ряді досліджень, де препарат призначали до та після операції. Авторами досліджень відзначено достовірне зменшення післяопераційних симптомів (біль, важкість у ногах), зменшення розміру післяопераційних гематом порівняно з контрольною групою.
- ✓ Важливим складовою правильного лікування препаратом Детралекс® є дотримання його оптимального дозування, що складає 1000 мг на добу. За даними РКД, оптимальна тривалість прийому Детралексу може становити до 6 міс залежно від клінічної ситуації.

Підготували **Іванна Садівська, Вероніка Яремчук**
DTX-C1-2(2021-2022)-25