

**Autor(id):**  
**Kuupäev:**  
**Küsimus:** Kas kõik invasiivset ravi saanud alajäseme veenilaiendite ja/või kroonilise venoosse puudulikkusega patsiendid vajavad kompressioonravi vs tavajälgimist parema ravitulemuse saavutamiseks?  
**Kontekst:**  
**Bibliograafia:**

Tõendatuse astme hinnang							Uuritavate arv		Mõju		Tõendatuse aste	Olulisus
Uuringute arv	Uuringukavand	Nihke tõenäosus	Tõenduse ebakõla	Tõenduse kaudsus	Tõenduse ebatäpsus	Muud kaalutlused	kompressioonravi	jälgimine	Suhteline (95% CI)	Absoluutne (95% CI)		

**Endovenosse ablatsiooni järgne valu lühikese vs pika kompressioonravi korral**

5 <sup>1</sup>	randomiseeritud uuringud	väga suur <sup>a</sup>	suur <sup>b</sup>	väike	väike	puudub	Ühes uuringus (n=37+32) esines endovenosse ablatsiooni järgset valu vähem pika kompressioonravi grupil (7 päeva) võrreldes lühikese kompressioonravi grupiga (2 päeva) (Bakker 2013). Teistes uuringutes (n=40+39, n=50+51, n=200+200, n=39+46) kahe grupi vahel olulisi erinevusi ei esinenud (lühike kompressioonravi 4 tundi kuni 1 päev, pikk kompressioonravi 3-15 päeva) (Elderman 2014, Kraznai 2016, Ye 2016, Ayo 2017).	⊕○○○ VÄGA MADAL	CRITICAL
----------------	--------------------------	------------------------	-------------------	-------	-------	--------	--	--------------------	----------

**Endovenosse ablatsiooni järgne hematoom lühikese vs pika kompressioonravi korral**

2 <sup>1</sup>	randomiseeritud uuringud	väga suur <sup>c</sup>	suur	väike	väike	puudub	Kahes randomiseeritud uuringus (n=200+200 ja n=39+46) ei leitud endovenosse ablatsiooni järgsete hematoomide esinemise osas lühikese (1 päev) ja pika kompressioonravi (7-15 päeva) gruppide vahel olulisi erinevusi (Ye 2016, Ayo 2017).	⊕○○○ VÄGA MADAL	CRITICAL
----------------	--------------------------	------------------------	------	-------	-------	--------	---	--------------------	----------

**Endovenosse ablatsiooni järgne elukvaliteet lühikese vs pika kompressioonravi korral**

4 <sup>1</sup>	randomiseeritud uuringud	väga suur <sup>d</sup>	suur <sup>e</sup>	väike	väike	puudub	Ühes uuringus (n=37+32) leiti, et SF-36 füüsilise funktsioneerimise ja vitaalsuse skoorid olid madalamad lühikese kompressioonravi grupil. Teiste domeenide osas kahe grupi vahel olulisi erinevusi ei esinenud (lühike kompressioonravi 2 päeva, pikk kompressioonravi 7 päeva) (Bakker 2013). Teistes uuringutes (n=40+39, n=200+200, n=39+46) kahe grupi vahel erinevusi elukvaliteedi osas ei esinend (Elderman 2014, Ye 2016, Ayo 2017). Viimastes uuringutes oli lühike kompressioonravi kestvusega 1 päev ja pikk kompressioonravi kestvusega 7-15 päeva.	⊕○○○ VÄGA MADAL	CRITICAL
----------------	--------------------------	------------------------	-------------------	-------	-------	--------	--	--------------------	----------

**Endovenosse ablatsiooni järgselt täielik paranemine/tööle siirdumine lühikese vs pika kompressioonravi korral**

3 <sup>1</sup>	randomiseeritud uuringud	väga suur <sup>f</sup>	väike	väike	väike	puudub	Kompressioonravi pikkus (lühike kompressioonravi 4 tundi kuni 1 päev, pikk kompressioonravi 3-15 päeva) ei mõjutanud endovenosse ablatsiooni järgselt uuringutes (n=40+39, n=50+51, n=200+200) täieliku paranemise/tööle siirdumise aega (Elderman 2014, Kraznai 2016, Ye 2016).	⊕⊕○○ MADAL	CRITICAL
----------------	--------------------------	------------------------	-------	-------	-------	--------	--	---------------	----------

**Endovenosse ablatsiooni järgselt alajäseme turse lühikese vs pika kompressioonravi korral**

2 <sup>1</sup>	randomiseeritud uuringud	väga suur <sup>f</sup>	väike	väike	väike	puudub	Kahes uuringus (n=40+39, n=50+51) ei olnud endovenosse ablatsiooni järgse alajäseme turse osas kahe grupi vahel (lühike vs pikk kompressioonravi, vastavalt 4 tundi kuni 1 päev vs 3-14 päeva) olulisi erinevusi (Elderman 2014, Krasznai 2016).	⊕⊕○○ MADAL	CRITICAL
----------------	--------------------------	------------------------	-------	-------	-------	--------	--	---------------	----------

**Endovenosse ablatsiooni järgselt tüsistuste esinemine lühikese vs pika kompressioonravi korral**

5 <sup>1</sup>	randomiseeritud uuringud	väga suur <sup>a</sup>	suur <sup>e</sup>	suur <sup>g</sup>	väike	puudub	Ühes uuringus (n=50+51) leiti, et lühema kompressioonravi grupis (4 tundi) oli endovenoosse ablatiooni järgselt tüsistusi (hematoom, tromboflebiit, turse, paresteesiad, naha ärritus, villid, haavainfektsioon) vähem kui pika kompressioonravi grupis (3 päeva) (Krasznai 2016). Teistes uuringutes (n=37+32, n=40+39, n=200+200, n=39+46) kompressioonravi pikkus (lühike 1-2 päeva, pikk 7-15 päeva) ei mõjutanud tüsistuse esinemist (Bakker 2013, Elderman 2014, Ye 2016, Ayo 2017).	⊕○○○ VÄGA MADAL	CRITICAL
----------------	--------------------------	------------------------	-------------------	-------------------	-------	--------	--	--------------------	----------

**Kirurgilise ravi järgne valu lühikese vs pika kompressioonravi korral 4. postoperatiivsel nädalal**

2 <sup>2</sup>	randomiseeritud uuringud	väga suur <sup>h</sup>	väike	väike	väike	puudub	Postoperatiivse valu osas lühikese (3-10 päeva) ja pika kompressioonravi (3 päeva + 3 nädalat kuni 3 päeva + 4 nädalat) gruppide vahel (vasatavalt n=160 ja n=156) 4. nädalal ei esinenud statistiliselt olulisi erinevusi (kaalutud keskmine erinevus -0,03 (95 % CI -0,53-0,47)) (Biswas 2007, Houtermans-Auckel 2009).	⊕⊕○○ MADAL	CRITICAL
----------------	--------------------------	------------------------	-------	-------	-------	--------	---	---------------	----------

**Kirurgilise ravi järgne valu lühikese vs pika kompressioonravi korral 6. postoperatiivsel nädalal**

1 <sup>2</sup>	randomiseeritud uuringud	suur <sup>i</sup>	väike	väike	väike	puudub	Postoperatiivse valu osas lühikese (3 päeva + 1 nädal) ja pika kompressioonravi (3 päeva + 3 nädalat) gruppide vahel (vastavalt n=110 ja n=110) 6. nädalal ei esinenud statistiliselt olulisi erinevusi (kaalutud keskmine erinevus -0,01 (95 % CI -0,31-0,33)) (Biswas 2007).	⊕⊕⊕○ KESKINE	CRITICAL
----------------	--------------------------	-------------------	-------	-------	-------	--------	--	-----------------	----------


**Postoperatiivsete tüsistuste (hematoom, verejooks, haavainfektsioon, seroom) esinemine lühikese vs pika kompressioonravi korral**

2 <sup>2</sup>	randomiseeritud uuringud	väga suur <sup>h</sup>	väike	suur <sup>g</sup>	väike	puudub	Postoperatiivseid tüsistusi esines 42/160 lühikese kompressioonravi grupil (3 päeva kuni 3 päeva + 1 nädal) ja 50/156 pika kompressioonravi grupil (3 päeva + 3 nädalat kuni 3 päeva + 4 nädalat) (RR 0,84, 95 % CI 0,60-1,18) (Biswas 2007, Houtermans-Auckel 2009).	⊕○○○ VÄGA MADAL	CRITICAL
----------------	--------------------------	------------------------	-------	-------------------	-------	--------	---	--------------------	----------


**Kirurgilise ravi järgselt töölt eemalolek lühikese vs pika kompressioonravi korral**

3 <sup>2</sup>	randomiseeritud uuringud	väga suur <sup>j</sup>	suur <sup>e</sup>	väike	väike	puudub	Ühes uuringus on näidatud, et lühikese kompressioonravi grupil (3 päeva) (n=52) oli töölt eemaloleku periood oluliselt lühem kui pika kompressioonravi grupil (3 päeva + 4 nädalat) (n=52) (vastavalt 11 päeva vs 15 päeva, p=0,02) (Houtermans-Auckel 2009). Teistes uuringutes (n=110+110, n=64+67) kahe grupi vahel olulisi erinevusi ei esinenud (lühike kompressioonravi 1 nädal kuni 3 päeva + 1 nädal, pikk kompressioonravi 3 päeva + 3 nädalat kuni 16 tundi + 6 nädalat) (Biswas 2007, Raraty 1999).	⊕○○○ VÄGA MADAL	CRITICAL
----------------	--------------------------	------------------------	-------------------	-------	-------	--------	--	--------------------	----------


**Invasiivse ravi järgne valu lühikese vs pika kompressioonravi korral valuskaala alusel**

6 <sup>3</sup>	randomiseeritud uuringud	väga suur <sup>k</sup>	väga suur <sup>l</sup>	väike	väike	puudub	<p>Kirurgilise ravi järgse valuskooride osas ei esinenud Biswas jt. uuringus (n=110+110) lühikese (3 päeva + 1 nädal) vs pika kompressioonravi grupi (3 päeva + 3 nädalat) vahel olulisi erinevusi ei 4. ega 6. postoperatiivsel nädalal (Biswas 2007). Samuti ei esinenud kirurgilise ravi järgselt kahe grupi vahel olulisi erinevusi 14. ja 28. postoperatiivsel päeval ei Houtermans-Auckel jt. uuringus (n=52+52) (lühike kompressioonravi 3 päeva, pikk kompressioonravi 3 päeva + 4 nädalat) (Houtermans-Auckel 2009) ega 2. postoperatiivsel kuul Rodrigus jt. uuringus (n=84ja n=84+89) (lühike kompressioonravi 1 nädal, pikk kompressioonravi 1 nädal + 2-5 nädalat) (Rodrigus 1991). Ka ultraheli kontrolli all tehtud vahtskleroteraapia järgselt ei kirjeldata 2. ja 6. protseduurijärgsel nädalal valuskooride osas erinevusi lühikese (24 h) vs pika kompressioonravi grupil (5 päeva) (vastavalt n=61+63) (O'Hare 2010). Endovenoosse ablatsiooni järgselt esinesid Bakker jt. uuringus (n=48+45) 1. protseduurijärgsel nädalal madalamad valuskoorid pika kompressioonravi grupil (lühike kompressioonravi 2 päeva, pikk kompressioonravi 7 päeva) (valuskoorid 3,7 vs 2, P&lt;0,001). 6. postoperatiivsel nädalal kahe grupi vahel olulisi erinevusi ei olnud (Bakker 2013). Ka Elderman jt. uuringus (vastavalt n=56 ja n=55) esinesid endovenoosse ablatsioonijärgselt 1. nädalal madalamad valuskoorid pika kompressioonravi grupil, kuid täpsemaid andmeid esitatud ei ole (lühike kompressioonravi 1 päev, pikk kompressioonravi 14 päeva) (Elderman 2014).</p>		CRITICAL
----------------	--------------------------	------------------------	------------------------	-------	-------	--------	---	---	----------


**Invasiivse ravi järgne valu lühikese vs pika kompressioonravi korral SF36 kehalise valu domeeni alusel**

2 <sup>3</sup>	randomiseeritud uuringud	suur <sup>m</sup>	väga suur <sup>n</sup>	väike	väike	puudub	<p>O'Hare jt. uuringus ei esinenud ultraheli kontrolli all tehtud vahtskleroteraapia järgselt 6. nädalal lühikese (24 h) vs pika kompressioonravi (5 päeva) gruppide vahel (vastavalt n=61 ja n=63) olulisi erinevusi SF36 kehalise valu domeeni osas (O'Hare 2010). Bakker jt. kirjeldavad aga 1. nädalal endovenoosse laserablatsioonijärgselt (vastavalt n=48+45) kõrgemat skoori pikal kompressioonravi grupil (skoorid vastavalt 66 vs 86, p&lt;0,001) (lühike kompressioonravi 2 päeva, pikk kompressioonravi 7 päeva). 6. protseduurijärgsel nädalal kahe grupi vahel olulist erinevust ei esinend (Bakker 2013).</p>		CRITICAL
----------------	--------------------------	-------------------	------------------------	-------	-------	--------	--	---	----------


**Invasiivse ravi järgne valuravi lühikese vs pika kompressioonravi korral**

3 <sup>3</sup>	randomiseeritud uuringud	suur <sup>o</sup>	väga suur <sup>p</sup>	suur	väike	puudub	<p>Biswas jt. (n=110+110) leidsid, et kirurgilise ravi järgselt kasutati pika kompressioonravi grupis vähem valuvaigisteid (täpsemaid andmeid toodud ei ole) (lühike kompressioonravi 3 päeva + 1 nädal, pikk kompressioonravi 3 päeva + 3 nädalat) (Biswas 2007). Endovenoosse laserablatsiooni järgselt (n=56+55) on kirjeldatud paratsetamooli suuremat vajadust lühikese kompressioonravi grupil, kuid NSAIDide ja opiaatide osas kahe grupi vahel olulisi erinevusi ei esinenud (lühike kompressioonravi 1 päev, pikk 14 päeva) (Elderman 2014). Hamel-Desnos jt. ultraheli kontrolli all tehtud vahtskleroteraapia uuringus (n=29+31, kusjuures lühikese kompressioonravi grupis kompressiooni ei rakendatud; pikk kompressioonravi 3 nädalat) kahe grupi vahel olulisi erinevusi ei esinenud (Hamel-Desnos 2010).</p>		CRITICAL
----------------	--------------------------	-------------------	------------------------	------	-------	--------	--	---	----------

**Invasiivse ravi järgne elukvaliteet lühikese vs pika kompressioonravi korral**

4 <sup>3</sup>	randomiseeritud uuringud	suur <sup>q</sup>	väga suur <sup>r</sup>	väike	väike	puudub	<p>O'Hare jt. (n=61+63) ja Hamel-Desnos jt (vastavalt n=29 (ilma kompressioonravita!) ja n=31) ei leidnud ultrahelikontrolli all vahtskelroteraapia järgselt lühikese (0-1 päeva) vs pika kompressioonravi grupi (5 päeva kuni 3 nädalat) vahel elukvaliteedi osas erinevusi. Elderman jt. ei kirjeldanud ka endovenoosse laserablatsiooni järgselt (n=56+55) kahe grupi vahel erinevusi (lühike kompressioonravi 1 päev, pikk kompressioonravi 14 päeva). O'Hare jt. ning Elderman jt. kasutasid elukvaliteedi hindamiseks AVVQ, Hamel-Desnos jt. kasutasid selleks CIVIQ (O'Hare 2010, Elderman 2014, Hamel-Desnos 2010). SF36 alusel oli endovenoosse laserablatsiooni järgselt (n=48+45) elukvaliteet parem pika kompressioonravi grupil 1. protseduurijärgsel nädalal: kehalise valu domeeni skoorid vastavalt 66 vs 86, p&lt;0,001; füüsilise funktsioneerimise domeeni skoorid vastavalt 85,1 vs 95,7, p&lt;0,001; vitaalsuse domeeni skoor vastavalt 75 vs 83,7, p=0,03. 6. protseduurijärgsel nädalal enam kahe grupi vahel erinevusi ei esinenud (lühike kompressioonravi 2 päeva, pikk kompressioonravi 7 päeva) (Bakker 2013). 6 nädalat peale interventsiooni ei leidnud ei O'Hare jt. ultraheli kontrolli all vahtskelroteraapia järgselt (n=61+63) ega Elderman jt. (n=56+55) endovenoosse laserablatsiooni järgselt elukvaliteedis SF36 alusel kahe grupi vahel olulisi erinevusi (O'Hare 2010, Elderman 2014).</p>	 <p>VÄGA MADAL</p>	CRITICAL
----------------	--------------------------	-------------------	------------------------	-------	-------	--------	---	---	----------

**Kompressioonsukkade ravisoostumus**

2 <sup>3</sup>	randomiseeritud uuringud	suur <sup>s</sup>	väga suur <sup>t</sup>	suur <sup>u</sup>	väike	puudub	<p>Hamel-Desnos jt. (vastavalt n=29 (ilma kompressioonravita!) ja n=31) leidsid, et 40 % patsientidest olid ultraheli kontrolli all vahtskelroteraapia järgselt kasutanud kompressioonravi igapäevaselt, kusjuures keskmine päevade arv, kus kompressioonravi kasutati, oli planeeritust poole väiksem. Samas uuringus leiti, et peamiselt kaebasid patsiendid ebamugavustunnet (32 %), valupõhjustavat pingulolekut (11 %), sügelust (9 %), ärritust (6 %), turset (4 %), jala külmatunnet (4 %); 37 % olid muud kaebused (Hamel-Desnos 2010). Bakker jt. (n=48+45) eemaldasid oma uuringust 4 % randomiseeritud patsientidest, kuna need ei nõustunud endovenoosse laserablatsiooni järgselt kompressioonraviga (Bakker 2013).</p>	 <p>VÄGA MADAL</p>	CRITICAL
----------------	--------------------------	-------------------	------------------------	-------------------	-------	--------	--	---	----------

**Kirurgilise ravi tüsistused kompressioonsukkade vs elastiksideme korral**

1 <sup>4</sup>	randomiseeritud uuringud	suur <sup>v</sup>	väike	suur <sup>w</sup>	suur <sup>x</sup>	puudub	Kirurgilise ravi järgseid tüsistusi esines kompressioonsukkade grupis 3/30 (10 %) (kubeme piirkonna hematoom, kubeme piirkonna haava infektsioon ja dehistsents, lümforröa) ja elastiksidemete grupis 2/30 (6,7 %) (verejooks v. saphena magna kanalist, süvaveenitromboos) (p=0,64). Sealjuures reie piirkonna hematoomid olid suuruse osas mõlemas grupis sarnased (kompressioonsukkade grupis 7. postoperatiivsel päeval keskmiselt 75,7 cm <sup>2</sup> , elastiksideme grupis keskmiselt 93 cm <sup>2</sup> (p=0,29); 14. postoperatiivsel päeval vastavalt 2,9 cm <sup>2</sup> ja 5,4 cm <sup>2</sup> (p=0,154). Alajäseme turset esines 7. postoperatiivsel päeval 6/30 (20 %) kompressioonsukkade grupis ja 15/30 (50 %) elastiksideme grupis (p=0,015). 14. postoperatiivsel päeval esines turset vastavalt 1/30 (3,3 %) ja 5/30 (16,7 %) (p=0,085) (Mariani 2011).	⊕○○○ VÄGA MADAL	CRITICAL
----------------	--------------------------	-------------------	-------	-------------------	-------------------	--------	--	--------------------	----------

**Kirurgilise ravi järgne alajäseme valu kompressioonsukkade vs elastiksideme korral**

1 <sup>4</sup>	randomiseeritud uuringud	suur <sup>v</sup>	väike	suur <sup>w</sup>	suur <sup>y</sup>	puudub	Kirurgilise ravi järgne (n=30+30) keskmine valuskoor 3. postoperatiivsel päeval oli kompressioonsukkade grupis 1,7 ja elastiksideme grupis 2 (p=0,578). 7. postoperatiivsel päeval oli keskmine valuskoor vastavalt 1,03 ja 1,4 (p=0,431) (Mariani 2011).	⊕○○○ VÄGA MADAL	CRITICAL
----------------	--------------------------	-------------------	-------	-------------------	-------------------	--------	---	--------------------	----------

**Kirurgilise ravi järgselt töölt eemalolek kompressioonsukkade vs elastiksideme korral**

1 <sup>4</sup>	randomiseeritud uuringud	suur <sup>v</sup>	väike	suur <sup>w</sup>	suur <sup>x</sup>	puudub	Kirurgilise ravi järgselt oli <2 nädala töölt eemal kompressioonsukkade grupis 21/25 (84 %) ja elastiksideme grupis 11/19 (57,9 %). >2 nädala ol töölt eemal vastavalt 4/25 (16 %) ja 8/19 (42,1 %) (p=0,54) (Mariani 2011).	⊕○○○ VÄGA MADAL	CRITICAL
----------------	--------------------------	-------------------	-------	-------------------	-------------------	--------	--	--------------------	----------

**Kirurgilise ravi järgsed kõndimisraskused kompressioonsukkade vs elastiksideme korral**

1 <sup>4</sup>	randomiseeritud uuringud	suur <sup>v</sup>	väike	suur <sup>w</sup>	suur <sup>x</sup>	puudub	Postoperatiivselt kaebas raskendatud kõndimist kompressioonsukkade grupis 4/30 (13,3 %) ja elastiksideme grupis 14/30 (46,7 %) (p=0,005). Elastiksideme grupis oli oluliselt sagedamini probleemiks kompressioonivahendi libisemine (kompressioonsukkade grupis 4/30 (13,3 %) ja elastiksideme grupis 12/30 (40 %) (p=0,02) (Mariani 2011).	⊕○○○ VÄGA MADAL	CRITICAL
----------------	--------------------------	-------------------	-------	-------------------	-------------------	--------	---	--------------------	----------

**Kirurgilise ravi järgse kompressioonravi taluvus kompressioonsukkade vs elastiksideme korral**

1 <sup>4</sup>	randomiseeritud uuringud	suur <sup>v</sup>	väike	suur <sup>w</sup>	suur <sup>x</sup>	puudub	Kirurgilise ravi järgne kompressioonravi taluvus (n=30+30) oli kompressioonsukkade grupis keskmiselt 2,43 ja elastiksideme grupis 1,63 (p<0,001). Mõõtmise skaala ebaselge (Mariani 2011).	⊕○○○ VÄGA MADAL	CRITICAL
----------------	--------------------------	-------------------	-------	-------------------	-------------------	--------	--	--------------------	----------

**Vahtskleroteraapia efektiivsus (haiguse progresseerumine) kompressioonraviga vs ilma kompressioonravita**

1 <sup>5</sup>	randomiseeritud uuringud	väga suur <sup>z</sup>	väike	väike	suur <sup>y</sup>	puudub	Hamel-Desnos jt. kirjeldasid UH kontrolli all tehtud vahtskleroteraapia järgselt 28. protseduurijärgsel päeval refluksi puudumist ja vastavalt v. saphena magna ja/või v. saphena parva olid okluseerumist 100 % mõlemas uuringugrupis (n=31+29, kompressioonravi pikkus 3 nädalat 15-20 mmHg kompressioonsukkadega). Oklusioonipikkus oli kompressioonravi grupis 30 cm ja ilma kompressioonravita grupis 35 cm (p=0,08). Okluseerunud veeni keskmine diameeter oli mõlemas grupis 5 mm (Hamel-Desnos 2010).	⊕○○○ VÄGA MADAL	CRITICAL
----------------	--------------------------	------------------------	-------	-------	-------------------	--------	---	--------------------	----------

**Vahtskleroteraapia järgne elukvaliteedi muutus kompressioonraviga vs ilma kompressioonravita**

1 <sup>5</sup>	randomiseeritud uuringud	väga suur <sup>z</sup>	väike	väike	suur <sup>y</sup>	puudub	Vahtskleroteraapia järgselt paranes mõlemas grupis (n=31+29), kompressioonravi pikkus 3 nädalat 15-20 mmHg kompressioonsukkadega) elukvaliteet (Quality of Life Global score) oluliselt võrreldes protseduurielse skooriga nii 14. kui ka 28. protseduurijärgsel päeval ja kahe grupi vahel statistiliselt olulisi erinevusi ei esinenud. Kompressioonravi grupil skooride muutus 14. protseduurijärgsel päeval -5,5 (N=22, p=0,02) ja 28. protseduurijärgsel päeval -9,4 (N=23, p=0,0002); ilma kompressioonravita vastavalt -9 (N=21, p=0,0005) ja -11 (N=24, p=0,001) (Hamel-Desnos 2010).	⊕○○○ VÄGA MADAL	CRITICAL
----------------	--------------------------	------------------------	-------	-------	-------------------	--------	---	--------------------	----------

**Vahtskleroteraapia järgselt sümptomite vähenemise määr kompressioonraviga vs ilma kompressioonravita**

1 <sup>5</sup>	randomiseeritud uuringud	väga suur <sup>z</sup>	väike	väike	suur <sup>y</sup>	puudub	UH kontrolli all tehtud vahtskleroteraapia järgselt ei esinenud 28. protseduurijärgsel päeval sümptomite vähenemise osas kahe grupi vahel statistiliselt olulist erinevust (n=31+29, kompressioonravi pikkus 3 nädalat 15-20 mmHg kompressioonsukkadega). Sümptomite vähenemise määr kompressioonravi vs ilma kompressioonravita oli järgmine: raske jala tunne 67 vs 55 %, valu 70 vs 59 %, alajäseme turse 50 vs 52 % paresteesiad 57 vs 45 %, alajäseme krampid 37 vs 55 % (Hamel-Desnos 2010).	⊕○○○ VÄGA MADAL	CRITICAL
----------------	--------------------------	------------------------	-------	-------	-------------------	--------	--	--------------------	----------

**Vahtskleroteraapia järgne patsientide rahulolu skleroteraapiaga kompressioonraviga vs ilma kompressioonravita**

1 <sup>5</sup>	randomiseeritud uuringud	väga suur <sup>z</sup>	väike	väike	suur <sup>aa</sup>	puudub	14. vahtskleroteraapia järgsel päeval hindasid 93 % patsientidest kompressioonravi grupis (n=31, kompressioonravi pikkus 3 nädalat 15-20 mmHg kompressioonsukkadega) ja 100 % patsientidest ilma kompressioonravita (n=29) protseduuri efektiivseks või väga efektiivseks (p=0,008). 28. protseduurijärgsel päeval olid vastavad näitajad 100 % ja 97 % (p=0,39) (Hamel-Desnos 2010).	⊕○○○ VÄGA MADAL	CRITICAL
----------------	--------------------------	------------------------	-------	-------	--------------------	--------	---	--------------------	----------

**Vahtskleroteraapia järgselt patsientide poolt hinnatud kompressioonravi efektiivsus**

1 <sup>5</sup>	randomiseeritud uuringud	väga suur <sup>z</sup>	väike	väike	suur <sup>y</sup>	puudub	14. UH kontrolli all tehtud vahtskleroteraapia järgsel päeval hindas 15/30 (50 %) (kuhu, kadus 1 patsient, ei tea), et kompressioonravi (n=31, kompressioonravi pikkus 3 nädalat 15-20 mmHg kompressioonsukkadega) on efektiivne või väga efektiivne, mõõdukalt efektiivseks pidas kompressioonravi 11/30 (37 %) ja ebaefektiivseks 4/30 (13 %) (Hamel-Desnos 2010).	⊕○○○ VÄGA MADAL	CRITICAL
----------------	--------------------------	------------------------	-------	-------	-------------------	--------	--	--------------------	----------

**Vahtskleroteraapia järgsed kõrvaltoimed/tüsistused kompressioonravi vs ilma kompressioonravita**

1 <sup>5</sup>	randomiseeritud uuringud	väga suur <sup>z</sup>	väike	suur <sup>9</sup>	suur <sup>y</sup>	puudub	Kõrvaltoimete/tüsistuste osas vahtskleroteraapia järgselt kahe grupi vahel statistiliselt olulisi erinevusi ei esinenud (n=31+29, kompressioonravi pikkus 3 nädalat 15-20 mmHg kompressioonsukkadega). 28. protseduurijärgsel päeval esines mõõdukas valu 1 patsiendil kompressioonravi grupis ja 3 patsiendil ilma kompressioonravita grupis. 28 päeva jooksul esines põletikutunnuseid mõlemas grupis kolmel patsiendil. 28. protseduurijärgsel päeval esines ekhümoos 2 patsiendil kompressioonravi grupis ja 1 ilma kompressioonravita grupis. 28. protseduurijärgsel päeval esines vähene induratsioon 5 patsiendil kompressioonravi grupis ja 4 patsiendil ilma kompressioonravita grupis, mõõdukas induratsioon esines vastavalt 1 ja 2 patsiendil. Pigmentatsioone kirjeldati 28. protseduurijärgsel päeval 2 kompressioonravi grupis ja 1 ilma kompressioonravita grupis. Mattingut esines 28. protseduurijärgseks päevaks 4 patsiendil kompressioonravi grupis ja 6 patsiendil ilma kompressioonravita grupis. Süvaveenitromboosiga ei tüsistunud ükski haigusjuhtum, kuid kahel juhul esines asümptomaatiline v. gastroc nemiuse tromboos kompressioonravi grupis (Hamel-Desnos 2010).	⊕○○○ VÄGA MADAL	CRITICAL
----------------	--------------------------	------------------------	-------	-------------------	-------------------	--------	---	--------------------	----------

#### Vahtskleroteraapia järgse kompressioonravi ravisoostumus

1 <sup>5</sup>	randomiseeritud uuringud	väga suur <sup>z</sup>	väike	suur <sup>u</sup>	suur <sup>y</sup>	puudub	Vahtskleroteraapia järgselt kasutasid patsiendid keskmiselt kompressioonravi (n=31, kompressioonravi pikkus 3 nädalat 15-20 mmHg kompressioonsukkadega) 11 päeval planeeritud 21 päevast. Igapäevaselt kasutas kompressioonravi 40 % patsientidest. Peamised põhjused mitte kasutada kompressioonravi olid: ebamugavustunne 32 %, ebamugavus ja valupõhjustav pingetunne 11 %, sügelus 9 %, ärritus 6 %, turse 4 %, jala külmetamine 4 %, muud põhjused 37 % (Hamel-Desnos 2010).	⊕○○○ VÄGA MADAL	CRITICAL
----------------	--------------------------	------------------------	-------	-------------------	-------------------	--------	---	--------------------	----------

#### Kirurgilise ravi järgne turse 18-21 mmHg kompressioonsukkade (grupp A) vs 23-32 mmHg kompressioonsukkade (grupp B) korral

1 <sup>6</sup>	randomiseeritud uuringud	suur <sup>aa</sup>	väike	suur <sup>ab</sup>	väike	puudub	Reich-Schupke jt. (n=41+47) hindasid kliinilise skaala põhjal erinevate muutuste esinemist kirurgilise ravi järgselt, kus 0=leidu ei esinenud ja 3=väljendunud leid. 1 nädal peale kirurgilist ravi esines grupis B turset oluliselt vähem kui grupis A (kliiniline skaala grupis A 0,71, grupis B 0,30; p=0,016). Ka ultraheli andmetel esines grupis B vähemväljendunud turseleid (kliiniline skaala grupis A 0,85, grupis B 0,40; p=0,013). 70,2 % grupis B ja 46,3 % grupis A ei olnud 1. operatsioonijärgsel nädalal üldse turset. 6. operatsioonijärgsel nädalal oli turse kliiniline skaala grupis B 0,09 ja grupis A 0,07 (p=0,873). UH leiua alusel oli 6. operatsioonijärgsel nädalal kliiniline skaala vastavalt 0,15 ja 0,09 (p=0,459) (Reich-Schupke 2014).	⊕⊕○○ MADAL	CRITICAL
----------------	--------------------------	--------------------	-------	--------------------	-------	--------	--	---------------	----------

#### Kirurgilise ravi järgne hematoom 18-21 mmHg kompressioonsukkade (grupp A) vs 23-32 mmHg kompressioonsukkade (grupp B) korral

1 <sup>6</sup>	randomiseeritud uuringud	suur <sup>aa</sup>	väike	suur <sup>ab</sup>	väike	puudub	Reich-Schupke jt. (n=41+47) hindasid kliinilise skaala põhjal erinevate muutuste esinemist kirurgilise ravi järgselt, kus 0=leidu ei esinenud ja 3=väljendunud leid. Nii 1 nädal kui ka 6 nädalat peale kirurgilist ravi ei olnud hematoomi esinemise osas kahe grupi vahel erinevusi. Kliinilise skaala tulemused oli 1. operatsiooni järgsel nädalal grupis A 1,61 ja grupis B 1,53 (p=0,694). UH leiu alusel olid näitajad vastavalt 1,56 ja 1,32 (p=0,201). 6. operatsiooni järgsel nädalal oli kliiniline skaala vastavalt 0,32 ja 0,43 (p=0,410). UH leiu alusel olid tulemused 6. nädalal vastavalt 1,56 ja 1,32 (p=0,201) (Reich-Schupke 2014).	⊕⊕○○ MADAL	CRITICAL
----------------	--------------------------	--------------------	-------	--------------------	-------	--------	---	---------------	----------

**Kirurgilise ravi järgne valu 18-21 mmHg kompressioonsukkade (grupp A) vs 23-32 mmHg kompressioonsukkade (grupp B) korral**

1 <sup>6</sup>	randomiseeritud uuringud	suur <sup>aa</sup>	väike	suur <sup>ab</sup>	väike	puudub	Nädal peale kirurgilist ravi esines valu Reich-Schupke jt. uuringus (n=41+47) 46,3 % grupis A ja 34 % grupis B (p=0,24). 6. postoperatiivsel nädalal olid vastavad näitajad 19,5 % ja 6,4 % (p=0,06) (Reich-Schupke 2014).	⊕⊕○○ MADAL	CRITICAL
----------------	--------------------------	--------------------	-------	--------------------	-------	--------	--	---------------	----------

**Kirurgilise ravi järgne ebamugavustunde vähenemine 18-21 mmHg kompressioonsukkade (grupp A) vs 23-32 mmHg kompressioonsukkade (grupp B) korral**

1 <sup>6</sup>	randomiseeritud uuringud	suur <sup>aa</sup>	väike	suur <sup>ab</sup>	väike	puudub	Reich-Schupke jt. uuringus (n=41+47) esines 1. operatsioonijärgsel nädalal ebamugavustunde vähenemist 14,6 % patsientidest grupis A ja 38,3 % patsientidest grupis B (p=0,013). 6. nädalal enam kahe grupi vahel statistiliselt olulist erinevust ei esinenud (34,1% vs 42,6 %, p=0,419) (Reich-Schupke 2014).	⊕⊕○○ MADAL	CRITICAL
----------------	--------------------------	--------------------	-------	--------------------	-------	--------	--	---------------	----------

**Kirurgilise ravi järgne pingetunne 18-21 mmHg kompressioonsukkade (grupp A) vs 23-32 mmHg kompressioonsukkade (grupp B) korral**

1 <sup>6</sup>	randomiseeritud uuringud	suur <sup>aa</sup>	väike	suur <sup>ab</sup>	väike	puudub	Randomiseeritud uuringus (n=41+47) kirjeldasid patsiendid nädal peale kirurgilist ravi alajäseme pingetunnet 12, 2 % grupis A ja 0 % grupis B (p=0,014). 6. operatsioonijärgsel nädalal ei esinenud enam kahe grupi vahel statistiliselt olulist erinevust (4,9 % vs 2,1 %, p=0,48) (Reich-Schupke 2014).	⊕⊕○○ MADAL	CRITICAL
----------------	--------------------------	--------------------	-------	--------------------	-------	--------	---	---------------	----------

**Kirurgilise ravi järgne patsientide rahulolu kompressiooniga 18-21 mmHg kompressioonsukkade (grupp A) vs 23-32 mmHg kompressioonsukkade (grupp B) korral**


1 <sup>6</sup>	randomiseeritud uuringud	suur <sup>aa</sup>	väike	suur <sup>ab</sup>	väike	puudub	Reich-Schupke jt. uuringus (n=41+47) 90 % patsientidest grupis A ja 77,8 % patsientidest grupis B olid 6. operatsioonijärgsel nädalal rahul kompressioonraviga (p=0,285). 5 % patsientidest grupis A ja 11,1 % patsientidest grupis B ei olnud nõus jätkama kompressioonraviga peale 6. nädalat (Reich-Schupke 2014).	⊕⊕○○ MADAL	CRITICAL
----------------	--------------------------	--------------------	-------	--------------------	-------	--------	---	---------------	----------

**Kirurgilise ravi järgne ravisoostumus kompressioonraviga 18-21 mmHg kompressioonsukkade (grupp A) vs 23-32 mmHg kompressioonsukkade (grupp B) korral**




1 <sup>6</sup>	randomiseeritud uuringud	suur <sup>aa</sup>	väike	suur <sup>ab</sup>	väike	puudub	Reich-Schupke jt. uuringus (n=41+47) kandsid postoperatiivselt 95,5 % patsientidest kompressioonsukkasid päevasel ajal ja 4,6 % kogu ööpäeva. Kahe grupi vahel olulisi erinevusi kandmise aja osas ei esinenud (p=0,376). 60,2 % patsiente kandis sukkasid 12-18 tundi päevas. Ka siin kahe grupi vahel olulisi erinevusi ei esinenud (68,3 % vs 53,2 %, p=0,428). Enamik patsiente hindas kompressioonsukkade kandmist, kas mugavaks (19,5 % vs 25,5 %) või funktsionaalseks (80,5 % vs 70,2 %) (p=0,501) (lubatud oli mitu vastusevarianti). Patsiendid hindasid kompressioonsukkade jalgapanemist 10 punktsel skaalal (1 - lihtne, 10 - ei saa hakkama): 1. postoperatiivsel nädalal oli grupis A sukkaade jalgapanek oluliselt lihtsam (3,6 vs 4,9; p=0,010), kuid 6. nädalal kahe grupi vahel olulist erinevust ei esinenud (3,3 vs 2,8; p=0,240) (Reich-Schupke 2014).	 MADAL	CRITICAL
----------------	--------------------------	--------------------	-------	--------------------	-------	--------	--	--	----------


**Vahtskleroteraapia + varikektoomia järgne valu kompressioonraviga 23 mmHg (grupp A) vs 35 mmHg (grupp B)**

1 <sup>7</sup>	randomiseeritud uuringud	väike	väike	suur <sup>ac</sup>	väike	puudub	Cavezzi jt. uuringus (n=48+49) hinnati vahtskleroteraapia + varikektoomia järgse valu esinemist VAS skaala alusel (0 - valu puudub, 10 - väga tugev valu). 3. protseduurijärgsel päeval oli grupis A keskmine valuskoor 2,45 ja grupis B 0,5 (p=0,00). 7. protseduurijärgsel päeval olid skoorid vastavalt 1,5 ja 0,41 (p=0,01). 7-40. protseduurijärgsel päeval kandsid kõik patsiendid 18-21 mmHg kompressioonsukkasid ja valuskoorid 40. päeval olid 1,44 grupis A ja 0,00 grupis B (p=0,02) (Cavezzi 2018)	 KESKMINE	CRITICAL
----------------	--------------------------	-------	-------	--------------------	-------	--------	--	---	----------

**Vahtskleroteraapia + varikektoomia järgselt muude kaebuste esinemine kompressioonraviga 23 mmHg (grupp A) vs 35 mmHg (grupp B)**

1 <sup>7</sup>	randomiseeritud uuringud	väike	väike	suur <sup>ac</sup>	väike	puudub	Cavezzi jt uuringus (n=48+49) hindasid patsiendid vahtskleroteraapia + varikektoomia järgselt oma kaebuste esinemist VAS skaalal (0 - kaebuseid ei ole, 10 - väljendunud kaebused). Statistiliselt oluliselt olid kaebused enamväljendunud grupis A (põletav tunne 3. protseduurijärgsel päeval p=0,02; 7. protseduurijärgsel päeval p=0,00), raskustunne (vastavalt p=0,01; p=0,01)). Düsteesiad esines rohkem grupis A 3. protseduurijärgsel päeval (p=0,04), aga hiljem kahe grupi vahel olulist erinevust ei esinenud (p=0,07). Sügeluse osas ei olnud kahe grupi vahel olulist vahet ühelgi järelkontrollil (vastavalt p=0,79, p=0,59) (Cavezzi 2018).	 KESKMINE	CRITICAL
----------------	--------------------------	-------	-------	--------------------	-------	--------	---	---	----------

**Vahtskleroteraapia + varikektoomia järgne ravisoostumus kompressioonraviga 23 mmHg (grupp A) vs 35 mmHg (grupp B)**

1 <sup>7</sup>	randomiseeritud uuringud	väike	väike	suur <sup>ac</sup>	väike	puudub	Ravisoostumuse hindamiseks kasutasid Cavezzi jt. oma uuringus (n=48+49) taluvuse (tolerability) ja stabiilsuse (stability) mõisteid, mida patsiendid hindasid VAS skaala alusel (0 - parim tulemus, 10 - halvim tulemus). Taluvuse skoorid vahtskleroteraapia + varikektoomia järgselt olid statistiliselt oluliselt paremad (ehk madalamad) 3. protseduurijärgsel päeval grupis B (p=0,04) ja stabiilsuse skoorid olid oluliselt paremad (ehk madalamad) 7. protseduurijärgsel päeval grupis B (p=0,02) (Cavezzi 2018).	 KESKMINE	CRITICAL
----------------	--------------------------	-------	-------	--------------------	-------	--------	--	---	----------

**Vahtskleroteraapia + varikektoomia järgsed nahamuutused kompressioonraviga 23 mmHg (grupp A) vs 35 mmHg (grupp B)**

1 <sup>7</sup>	randomiseeritud uuringud	väike	väike	suur <sup>ac</sup>	väike	puudub	Cavezzi jt uuringus (n=48+49) leiti, et vahtskleroteraapia + varikektoomia järgselt oli grupis B naha paranemine 7. protseduurijärgsel päeval oluliselt parem võrreldes grupiga A (p=0,01). Muude hinnatud parameetrite osas (ekhümoos, hematoom, dermo-hüpodermatiit, villid, pigmentatsioon) kahe grupi vahel olulisi erinevusi ei esinenud ei 7. ega 40. protseduurijärgsel päeval (Cavezzi 2018).	⊕⊕⊕⊖ KESKMIINE	CRITICAL
----------------	--------------------------	-------	-------	--------------------	-------	--------	---	-------------------	----------

CI: usaldusintervall

### Selgitused

- a. Nihkete tõenäosus on väga suur, sest uuringutes kasutatavad kompressioonravi meetodid (sidemed vs sukad) olid erinevad, lisaks kompressioonravi kestvused väga varieeruvad (lühike kompressioonravi 4 tundi kuni 2 päeva, pikk kompressioonravi 3-15 päeva). CEAP järgi samuti väga suur erinevus uuringutes. Kolmes uuringus on süstemaatilise ülevaate tegijate poolt hinnatud pimendamise ebapiisavaks.
- b. Esineb kliiniline heterogeensus ehk uuringutes on kasutatud väga erinevaid lühikese ja pika kompressioonravi režiime; statistiline heterogeensus - uuringute tulemused erinevad.
- c. Nihkete tõenäosus on väga suur, sest uuringutes kasutatavad kompressioonravi meetodid (sidemed vs sukad) olid erinevad, lisaks kompressioonravi kestvused väga varieeruvad (lühike kompressioonravi küll mõlemas uuringus 1 päev, kuid pikk kompressioonravi 7 päeva vs 15 päeva). CEAP järgi samuti väga suur erinevus uuringutes - ühes uuringus kõik patsiendid CEAP 1-2, teises >70 % patsientidest CEAP >2. 1 uuringus on süstemaatilise ülevaate tegijate poolt pimendamise süsteem hinnatud ebapiisavaks.
- d. Nihkete tõenäosus on väga suur, sest uuringutes kasutatavad kompressioonravi meetodid (sidemed vs sukad) olid erinevad, lisaks kompressioonravi kestvused väga varieeruvad (lühike kompressioonravi 1-2 päeva, pikk kompressioonravi 7-15 päeva). CEAP järgi samuti väga suur erinevus uuringutes. Kahes uuringus on süstemaatilise ülevaate tegijate poolt hinnatud pimendamise süsteem ebapiisavaks.
- e. Esineb uuringutulemuste ebakooskõralisus
- f. Nihkete tõenäosus on väga suur, sest uuringutes kasutatavad kompressioonravi meetodid (sidemed vs sukad) olid erinevad, lisaks kompressioonravi kestvused väga varieeruvad (lühike kompressioonravi 4 tundi kuni 1 päev, pikk kompressioonravi 3-14 päeva). CEAP järgi samuti väga suur erinevus uuringutes. Mõlemas uuringus on süstemaatilise ülevaate tegijate poolt hinnatud pimendamise süsteem ebapiisavaks.
- g. Tegemist on kaudse tulemusnäitajaga, mis kajastab sümptomite esinemist invasiivse ravi järel lühikese vs pika kompressioonravi korral
- h. Nihkete tõenäosus on väga suur, sest uuringutes kasutatavad kompressioonravi meetodid (sidemed vs sukad) olid erinevad, lisaks kompressioonravi kestvused varieeruvad (lühike kompressioonravi 3-10 päeva, pikk kompressioonravi 3 päeva + 3 nädalat kuni 3 päeva + 4 nädalat). CEAP täpsustatud ainult ühes uuringus (Houtermans-Auckel 2009). Ühes uuringus ei ole ravikavatsusest kinni peetud (tehtud PP analüüs) ega pimendamist kasutatud (Houtermans-Auckel 2009). Teises uuringu puhul on pimendamine ebaselge ning uuringust väljalangenuid on 26 % (Biswas 2007).
- i. Nihkete tõenäosus on suur, sest pimendamise protsess on ebaselge ja uuringust väljalangenuid on 26 % (Biswas 2007).
- j. Nihkete tõenäosus on väga suur, sest uuringutes kasutatavad kompressioonravi meetodid (sidemed vs sukad) olid erinevad, lisaks kompressioonravi kestvused väga varieeruvad (lühike kompressioonravi 3 päeva kuni 3 päeva + 1 nädal, pikk kompressioonravi 3 päeva + 3 nädalat kuni 16 tundi + 6 nädalat). Ühes uuringus ei peetud ravikavatsusest kinni (PP analüüs) (Houtermans-Auckel 2009), ühes uuringus on ebaselge, kas peeti ravikavatsusest kinni (Raraty 1999). Ühes uuringus on randomiseerimise süsteem kirjeldatud puudulikult (Raraty 1999). Ühes uuringus on pimendamise protsess ebaselge (Biswas 2007), kahes uuringus ei ole pimendamist kasutatud. Ühes uuringus on uuringust väljalangenute osakaal 26 % (Biswas 2007).
- k. Nihkete tõenäosus on väga suur, sest kasutatavad kompressioonravi meetodid olid väga varieeruvad, lisaks kompressioonravi kestvused väga erinevad (lühike kompressioonravi kuni 7 päeva, pikk kompressioonravi 5-42 päeva; ühes uuringus kompressioonravi kestvus kahel grupil sama, aga erineva tugevusega (O'Hare 2010)). Randomiseerimise protsessi kirjeldus on puudulik ühes uuringus (Rodrigus 1991), kahes uuringus on pimendamise süsteem puudulik (Biswas 2007, Houtermans-Auckel 2009), kahes uuringus puudub piisav informatsioon uuringust väljalangenute kohta (Biswas 2007, Rodrigus 1991), kahes uuringus probleemid valimi suurusega (Bakker 2013, Rodrigus 1991).
- l. Kaasatud erinevaid ravimeetodeid käsitlevad uuringud: kolmes uuringus kirurgiline ravi, kahes uuringus skleroteraapia, kahes uuringus endovenoosne laserablatsioon.
- m. Nihkete tõenäosus on suur, sest kasutatavad kompressioonravi meetodid olid väga varieeruvad, lisaks kompressioonravi kestvused väga erinevad: ühes uuringus kompressioonravi kestvus kahel grupil sama, aga erineva tugevusega (O'Hare 2010).
- n. Kaasatud erinevaid ravimeetodeid käsitlevad uuringud: ühes uuringus skleroteraapia, teiss uuringus endovenoosne laserablatsioon
- o. Nihkete tõenäosus on suur, sest kasutatavad kompressioonravi meetodid olid väga varieeruvad, lisaks kompressioonravi kestvused väga erinevad (ühes uuringus lühikese kompressioonravi kestvus 0 (Hamel-Desnos 2010)). Ühes uuringus probleemid valimi suurusega (Hamel-Desnos 2010).
- p. Kaasatud erinevaid ravimeetodeid käsitlevad uuringud: ühes uuringus kirurgiline ravi (Biswas 2007), ühes endovenoosne laserablatsioon (Elderman 2014), ühes ultraheli kontrolli all vahtskleroteraapia (Hamel-Desnos 2010).
- q. Nihkete tõenäosus on suur, sest kasutatavad kompressioonravi meetodid olid väga varieeruvad, lisaks kompressioonravi kestvused väga erinevad (ühes uuringus lühikese kompressioonravi kestvus 0 (Hamel-Desnos 2010), ühes uuringus kompressioonravi kestvus kahel grupil sama, aga erineva tugevusega (O'Hare 2010)). Ühes uuringus probleemid valimi suurusega (Hamel-Desnos 2010).
- r. Kaasatud erinevaid ravimeetodeid käsitlevad uuringud: kahes uuringus endovenoosne laserablatsioon (Bakker 2013, Elderman 2014), kahes uuringus ultraheli kontrolli all vahtskleroteraapia (Hamel-Desnos 2010, O'Hare 2010).
- s. Nihkete tõenäosus on suur, sest kasutatavad kompressioonravi meetodid olid väga varieeruvad, lisaks kompressioonravi kestvused väga erinevad (ühes uuringus lühikese kompressioonravi kestvus 0 (Hamel-Desnos 2010)). Ühes uuringus probleemid valimi suurusega (Hamel-Desnos 2010).
- t. Kaasatud erinevaid ravimeetodeid käsitlevad uuringud: ühes uuringus endovenoosne laserablatsioon (Bakker 2013), ühes uuringus ultraheli kontrolli all vahtskleroteraapia (Hamel-Desnos 2010).
- u. Tegemist kaudse tulemusnäitajaga, mis kajastab patsientide rahulolu
- v. Nihkete tõenäosus on suur, sest tegemist on kompressioonsukkasid tootva firma sponsoreeritud uuringuga. Tegemist multitsentrilise uuringuga ja ühes keskuses kasutati postoperatiivselt nädala jooksul profülaktilises annuses madalmolekulaarset hepariini - võib mõjutada antud uuringu esmaseid tulemusnäitajaid nagu süvaveenitromboos, verejooks, reie piirkonna hematoom. Lisaks jääb ebaselgeks, kas uurijad olid pimendatud.
- w. Antud tulemusnäitaja ei vasta otseselt meie püstitatud kliinilisele küsimusele - uuritud on kompressioonsukkade vs elastiksidemete kasutamist, mitte aga kompressioonravi vs jälgimine.
- x. Uuringu tulemused võivad olla ebatäpsed väikese uuritavate arvu tõttu (n=30 ja n=30).
- y. Uuringu tulemused võivad olla ebatäpsed väikese uuritavate arvu tõttu (n=31 ja n=29).
- z. Nihkete tõenäosus on väga suur, sest tegemist on mitme erineva meditsiinilise tegevuse firma poolt sponsoreeritud uuringuga. Uuringu grupid ei ole homogeenid - kompressioonravi grupis uuritavad statistiliselt oluliselt nooremad kui ilma kompressioonravita grupis. Puudub info uuringust väljalangenute kohta.
- aa. Nihkete tõenäosus on suur, sest ravikavatsusest ei peetud kinni (PP analüüs).
- ab. Antud tulemusnäitaja ei vasta otseselt meie püstitatud kliinilisele küsimusele - võrreldud on kirurgilise ravi järgselt erinevaid kompressioonsukkasid, mitte aga kompressioonravi vs jälgimist
- ac. Antud tulemusnäitaja ei vasta otseselt meie püstitatud kliinilisele küsimusele - võrreldud on vahtskleroteraapia järgselt erinevaid kompressioonsukkasid, mitte aga kompressioonravi vs jälgimist

### Viited

- Shakarchi JA, Wall M, Newman J, Pathak R, Rehman A, Garnharm A, Hobbs S. The role of compression after endovenous ablation of varicose veins. Journal of Vascular Surgery: Venous and Lymphatic

Disorders; 2018.

2. Huang TW, Chen SL, Bai CH, Wu CH, Tam KW. The optimal duration of compression therapy following varicose vein surgery: a meta-analysis of randomized controlled trials. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*; 2013.
3. El-Sheikha J, Carradice D, Nandhra S, Leung C, Smith GE, Campbell B, Chetter IC. Systematic review of compression following treatment for varicose veins. *British Journal of Surgery*; 2015.
4. Mariani F, Marone EM, Gasbarro V, Bucalossi M, Spelta S, Amsler F, Agnati M, Chiesa R. Multicenter randomized trial comparing compression with elastic stocking versus bandage after surgery for varicose veins. *Journal of Vascular Surgery*; 2011.
5. Hamel-Desnos CM, Guias BJ, Desnos PR, Mesgard A. Foam sclerotherapy of the saphenous veins: randomised controlled trial with or without compression. *Eur J Vasc Endovasc Surg*; 2010.
6. Schupke-Reich S, Feldhaus F, Altmeyer P, Mumme A, Stücker M. Efficacy and comfort of medical compression stockings with low and moderate pressure six weeks after vein surgery. *Phlebology*; 2014.
7. Cavezzi A, Mosti G, Colucci R, Quinzi V, Bastiani L, Urso SU. Compression with 23 mmHg or 35 mmHg stockings after saphenous catheter foam sclerotherapy and phlebectomy of varicose veins: A randomized controlled study. *Phlebology*; 2018.