

склерооблитерации отмечены достаточно болезненные инфильтраты по ходу склерозированной большой подкожной вены, но эти явления быстро купировались назначением физиотерапевтических процедур. Аллергических реакций на введение препарата отмечено не было.

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В нашей республике компрессионная склеротерапия варикозной болезни нижних конечностей выполняется с начала 90-х годов, однако ее результаты не всегда были успешными. Так, в условиях отделения сосудистой хирургии мы столкнулись с частыми рецидивами варикозной болезни после выполненной склеротерапии. После внедрения в клиническую практику ультразвуковой доплерометрии венозной системы нижних конечностей мы получили возможность дифференцированного под-

хода к лечению таких больных. Так, изолированная компрессионная склеротерапия в настоящее время выполняется нами при отсутствии вертикальных и горизонтальных вено-венозных рефлюксов, во всех остальных случаях мы считаем более рациональным проведение комбинированного лечения.

Комбинированное лечение у больных варикозной болезнью нижних конечностей с верхними и нижними вено-венозными рефлюксами представляется экономически обоснованной мерой по оптимизации тактики лечения этой категории больных. Так, улучшаются косметические и клинические результаты лечения, снижается количество как интра-, так и послеоперационных осложнений, предупреждается развитие рецидивов. В качестве препарата выбора может быть рекомендован «Этоксисклерол» как наиболее адекватный и отвечающий необходимым требованиям.

**И.В. Шаламова, А.Г. Куклин, В.Ф. Негрей**

### МЕСТО КОМПРЕССИОННОЙ СКЛЕРОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Государственный институт усовершенствования врачей (Иркутск)*

Исследованы результаты компрессионной склеротерапии (КС) у 101 пациента с варикозной болезнью (ВБ) нижних конечностей. У 70 из них КС выполнена в клинике хирургии сосудов, а у 31 пациента в лечебных учреждениях Иркутской области и Республики Бурятия. Для выявления патологических вено-венозных рефлюксов и объективной оценки результатов лечения применяли ультразвуковую доплерографию и дуплексное сканирование. В качестве самостоятельного метода лечения КС выполнена у 23 из 70 пациентов (32,8 %) с 1 стадией ХВН (классификация СЕАР), в послеоперационном периоде после хирургического устранения патологических рефлюксов — у 43 больных 2–5 стадии ХВН (61,4 %). У 4 (5,7 %) пациентов с тяжелой сопутствующей патологией и отказавшихся от хирургического лечения КС использована для профилактики рецидивов кровотечения из варикозных вен.

При проведении КС применяли пункционную технику, использовали препараты, относящиеся к группе детергентов: Fibro-Vein и Aethoxysclerol в концентрациях 0,5–3 % в зависимости от диаметра вены. С целью изучения клинического и эстетического результатов применяли оригинальную 4-балльную методику оценки. У больных, обратившихся к нам по поводу осложнений КС из других клиник, оценивались анамнез, имеющаяся медицинская документация и данные клинического и инструментального обследования на момент осмотра.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Сроки наблюдения составили от 2 до 5 лет. Все 70 пациентов, получившие лечение в условиях специализированной клиники КС имели отличные (93 %) и хорошие (7 %) ближайшие и отдаленные клинические и эстетические результаты. Общие ваго-вазальные реакции на введение склерозанта, проявившиеся повышенной потливостью и головокружением, наблюдали в 3 случаях. Осложнения КС в виде стойкой пигментации, сохранявшейся до 6 месяцев — у 2 пациентов и постинъекционные телеангиэктазии — в 1 случае. Последние устранены с применением микросклеротерапии.

У 31 пациента, обратившегося в клинику в связи с осложнениями КС, выполненной в других лечебных учреждениях, выяснено, что инструментальные методы диагностики применялись лишь в 1 случае (3 %). Среди осложнений преобладали некрозы кожи — 7 (22,5 %) случаев и стойкая обширная пигментация кожи — 6 (19,4 %), локальный тромбоз варикозно расширенных вен — 11 (35,5 %), восходящий тромбоз вен — 12 (38,7 %), в том числе с тромбозом сафено-бедренного соустья, флотирующим тромбом в бедренной вене — 9 (29 %) и угрозой развития тромбоза магистральных вен и ТЭЛА. Рецидив варикозной болезни имел место у 28 пациентов (90,3 %). Пациентам этой группы после обследования была выполнена экстренная операция тромбэктомии из бедренной вены, лигирование устья большой подкожной вены для профилактики ТЭЛА, а в последующем — флебэктомия.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Компрессионная склеротерапия является эффективным методом лечения ВВ. Показаниями для КС, как самостоятельного метода лечения является наличие ретикулярного варикоза и телеангиэктазий при отсутствии патологических вено-венозных рефлюксов (1 стадия СЕАР). При наличии последних показано хирургическое устранение их с последующей программированной послеоперационной склеротерапией вен. КС значительно сокращает количество необходимых разрезов и повышает косметический результат. КС показана так-

же пациентам с тяжелой сопутствующей соматической патологией при отказе от операции для профилактики кровотечений из варикозных вен.

Для достижения хороших клинических и эстетических результатов необходима достоверная инструментальная диагностика, строгий учет показаний и противопоказаний, педантичное соблюдение технологии выполнения процедуры и принципов курации больных после КС. В противном случае возможны серьезные осложнения, приносящие вред здоровью, а в ряде случаев и фатально опасные.

**В.В. Шимко<sup>1</sup>, А.П. Сахарюк<sup>2</sup>, С.Н. Жерепа<sup>2</sup>, Ю.В. Турукин<sup>1</sup>, А.В. Шимко<sup>1</sup>, Д.О. Денисюк<sup>1</sup>**

**КАТЕТЕРНАЯ СКЛЕРООБЛИТЕРАЦИЯ ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ**

<sup>1</sup>Амурская государственная медицинская академия (Благовещенск)

<sup>2</sup>Диагностический клинический центр № 1 (Москва)

Варикозная болезнь нижних конечностей остается самым распространенным заболеванием периферических сосудов. В этой связи возникает необходимость внедрения новой организационной формы оказания специализированной флебологической помощи, оснащенной современными диагностическими и лечебными технологиями, которые позволили бы обеспечить эффективное выявление и радикальное лечение варикозной болезни в больших группах населения.

Показаниями к катетерной склерооблитерации при варикозной болезни считаем: магистральный варикоз в системе большой или малой подкожных вен, недостаточность клапанного аппарата подкожных вен.

Клинические данные, как правило, подтверждаются ультразвуковым ангиосканированием. Обследование и предоперационная подготовка проводятся в амбулаторных условиях. В клинике Амурской медицинской академии и диагностическом центре № 1 г. Москвы с 2002 г. по настоящее время катетерная склерооблитерация выполнена у 113 пациентов с варикозной болезнью, при этом в последние годы оперативная активность значительно выросла. Больного за сутки или в день операции госпитализируем в стационар. Операции выполняем под местной анестезией или внутривенным наркозом. Хирургическое вмешательство должен выполнять врач, имеющий специальную подготовку по флебологии и ангиохирургии.

Первым этапом производим пересечение и перевязку большой или малой подкожных вен на уровне устья (кроссэктомия). Кроссэктомиию на бедре, как правило, выполняем из небольшого разреза надпаховым доступом или в подколенной ямке. В пределах раны выделяем проксимальный сегмент большой или малой подкожных вен, пере-

секаем и перевязываем оба конца с оставлением проксимальной культы до 0,5–0,7 см.

Следующим этапом через разрез до 0,8–1,0 см выделяем дистальный сегмент подкожных вен, вену на зажимах пересекаем, дистальный конец перевязываем, в проксимальный конец вводим катетер до паха или подколенной ямки. Определение кончика катетера в дистальной культе является гарантом нахождения катетера в большой или малой подкожной вене. При трудности одномоментного проведения катетера делаем дополнительные разрезы и вводим второй катетер.

При проведении катетера с целью обезболивания вену постоянно орошаем новокаином. Раны в надпаховой области или подколенной ямке и на стопе зашиваем наглухо. Для того чтобы катетер не забивался кровью, периодически вводим новокаин. Ноге придаем возвышенное положение и в зависимости от диаметра вены вводим 1–2 или 3% раствор этоксисклерола от 6 до 8 мл. По ходу склерозированной вены прокладываем валик из полотноца, ногу бинтуем эластическими бинтами.

Через 2–3 ч после операции пациенту разрешаем ходить, предварительно сделав инъекцию анальгина или кеторола. При отсутствии противопоказаний больные отпускаются домой. По мере необходимости проводим консультацию по телефону или осмотр на дому. На 7–8 сутки пациенты приходят для осмотра и снятия швов. В дальнейшем осмотр выполняется через месяц, полгода и год после склерооблитерации. Все пациенты находятся на диспансерном наблюдении.

Таким образом, описанная методика позволяет проводить раннюю санацию населения с варикозной болезнью, имеет место хороший косметический эффект и приводит к уменьшению прямых затрат от 35 до 45 %.