

Клюйко Д.А., Попченко А.Л., Кузьмин Ю.В.

СКЛЕРОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Военно-медицинский факультет в УО «Белорусский государственный медицинский университет» кафедра военно-полевой хирургии

Резюме: склеротерапия выполнена 106 пациентам. У 17,9 % пациентов регистрировали осложнения. Наиболее часто (14,1%) - меттинг и гиперпигментацию в местах инъекций. Четкие показания к склеротерапии, информированием пациента о

возможных осложнениях выполняемых процедур преимущественно по медицинским показаниям, позволяют избегать недопонимания между врачом и пациентом

Ключевые слова: варикозное расширение вен, склеротерапия.

В настоящее время склеротерапия (СТ) широко используется в комплексном лечении варикозной болезни нижних конечностей (ВБ). Использование этого метода целесообразно по следующим причинам:

Во-первых, возросла информированность населения о существовании такого метода лечения, как СТ, а возможность ликвидации варикозно расширенных вен без операции и перерыва в трудовой деятельности делают эту процедуру весьма популярной, особенно среди женщин молодого возраста.

Во-вторых, в подавляющем большинстве наблюдений СТ эффективна и безопасна. Это достигается как выставлением четких показаний к проведению данного метода лечения и соблюдением стандартной технологии, так и использованием для процедуры «Этоксисклерола» - препарата, прошедшего официальную регистрацию в нашей стране. Его флебосклерозирующий эффект основан на разрушении эндотелия сосуда при взаимодействии с липидами клеточной стенки с последующим развитием эндосклероза, что снижает вероятность местного и системного тромбообразования.

Немаловажно отметить, что использование склерозанта в виде пены позволяет значительно увеличить объем проведения процедуры (если в этом есть необходимость), нежели при применении этоксисклерола в жидкой форме.

Кроме того, на современном этапе практически невозможно адекватно определить показания и тактику склеротерапии без информации об особенностях анатомического строения пораженных участков периферического венозного русла (диаметр сосуда, состояние стенки), функции клапанного аппарата, наличии и протяженности вено-венозных рефлюксов.

Цель исследования: оценить эффективность СТ в комплексном лечении варикозно расширенных вен у пациентов с ВБ.

Материалы и методы. Проведен проспективный анализ результатов лечения 106 пациентов, которым в период с января по декабрь 2018 г. проведена СТ при ВБ. Лечение проводилось в ГУ «Республиканский центр медицинской реабилитации и бальнеолечения». Женщин было 89, мужчин – 17. Возраст пациентов от 18 до 78 лет.

После проведения физикального обследования и ультразвукового сканирования вен выставляли показания к проведению СТ. Оформляли информационное согласие на процедуру. В форме пены использовали 1% этоксисклерол у 92 (86,7 %) пациентов, 3% - у 6 (5,6%), в жидкой форме применили 0,5% этоксисклерол у 8 (7,5%). СТ проводили в положении пациента лежа. УЗИ вен ног выполнялось в процессе и после лечения.

Результаты и обсуждение. Залогом результативности СТ считали, прежде всего, правильное выставление показаний и противопоказаний к проведению данного метода лечения.

Абсолютным противопоказанием к проведению СТ считали лекарственную поливалентную аллергию, облитерирующий атеросклероз нижних конечностей

с ХАН более чем первой стадии, диабетическую ангиопатию нижних конечностей, хроническую почечно-печеночную недостаточность, нестабильное состояние системы гемостаза (перенесенные или острые тромботические осложнения, болезни системы крови), тяжелые формы сердечно-легочной недостаточности, местную и общую инфекцию.

СТ не проводили также в случаях патологии опорно-двигательного аппарата, не позволяющей пациенту непрерывно ходить минимум 40 минут; при вариантах анатомического строения ноги, делающих эластичную компрессию неадекватной ввиду скручивания и соскальзывания вниз компрессионного трикотажа, либо невозможности подобрать компрессионный трикотаж даже индивидуально.

За период проведения исследования мы также отказали в проведении СТ 8 женщинам, принимающим противозачаточные препараты по медицинским показаниям. В последующем троим из них проведена СТ в сроки от 10 дней до трех месяцев после завершения гормональной терапии.

СТ мы использовали либо как самостоятельный метод лечения (у 86 или 81,2 % пациентов), либо в качестве дополнения к оперативному лечению (у 20 или 18,8 % пациентов), в сроки от семи суток до года после радиочастотной абляции магистральных подкожных вен и минифлебэктомии.

В качестве самостоятельного метода лечения СТ мы применяли в случаях состоятельных магистральных подкожных вен и при расширении подкожных вен до 5 мм. Наш предыдущий опыт свидетельствует, что склерозирование более крупных сосудов нередко сопровождается тромбофлебитом, а зачастую и перифлебитом, что увеличивает время лечения, снижает его косметический эффект вследствие образования гиперпигментации по ходу склерозированной вены. В таких случаях изначально целесообразно предлагать пациенту другой метод лечения - минифлебэктомию.

Перед началом СТ пациент подписывал информационное согласие на процедуру. Ему объясняли сущность вмешательства, предупреждали о возможных ощущениях во время ее выполнения (чувство жжения в местах инъекций, возможное головокружение и т.д.). Обязательно информировали о возможности развития гиперпигментации либо меттинга в местах введения препарата, вероятности повторных сеансов СТ, в том числе спустя год и более. Акцентировали внимание пациентов, что окончательный результат лечения можно будет оценить спустя 4-6, а иногда и 12 месяцев после завершения СТ. Столь подробное информирование в значительной степени позволяет избежать претензий пациента на косметический эффект СТ, особенно в условиях оказания платных медицинских услуг. Именно по этой причине мы стараемся минимизировать количество проводимых СТ, выполняемых при асимптомном течении телеангиэктазий, особенно у молодых женщин.

С целью компрессионной терапии использовали чулки 2 класса с непрерывной компрессией от 3 до 5 суток после сеанса СТ. Однако у двух (1,8 %) пациенток отсутствовала возможность приобретения чулков, но учитывая выраженный болевой синдром в области телеангиэктазий голени им

проведена СТ с последующей компрессией эластичным бинтом. Болевой синдром был стойко купирован.

После сеанса СТ пациентам рекомендовали ходьбу в течение минимум 40 минут. Затем они вели привычный образ жизни. Никаких ограничений физической активности не требовалось, наоборот, им предписывали ежедневную ходьбу в течение 1,5 – 2 ч и уменьшение длительного нахождения в ортостазе.

Продолжительность эластичной компрессии колебалась от 10 дней (при микросклеротерапии) до 2 месяцев суток (при склерозировании вен диаметром 3-5 мм) после последнего сеанса СТ.

В литературе описаны следующие осложнения при проведении СТ: анафилактический шок, липофиброз, болевой синдром, поверхностный флебит, меттинг, тромбоз глубоких вен, повреждение артериальных стволов и даже внутриартериальные инъекции.

Мы имели осложнения у 19 (17,9 %) пациентов: меттинг (4), тромбофлебит (2), умеренно выраженный поверхностный эпидермальный некроз (2) и образование длительно сохраняющегося участка гиперпигментации (11).

Выводы: СТ является достаточно эффективным, но не лишенным определенных недостатков методом лечения ВБ. Результаты СТ в значительной степени определяются четким выставлением показаний к процедуре с учетом данных клинического и ультразвукового обследования.