

Роль компрессионной склеротерапии в комплексном лечении больных варикозной болезнью

Кафедра военно-полевой хирургии в БГМУ

В статье рассматриваются результаты применения компрессионной склеротерапии при различных формах варикозной болезни у 1256 больных за последние 5 лет.

Основным принципом лечения пациентов с варикозной болезнью, которого придерживается большинство хирургов-флебологов является – «радикальность, малоинвазивность, косметичность». Ценность компрессионной склеротерапии заключается именно в том, что эта методика может использоваться как самостоятельное лечение С1-С2 по СЕАР и как способ послеоперационного долечивания пациентов С2-С4 по СЕАР (2,3). С появлением нового поколения склерозантов (этоксисклерол) и цветного дуплексного ангиосканирования значительно улучшились результаты лечения, уменьшилось в несколько раз количество тяжелых некротических и тромбоземболических осложнений. После внедрения в клиническую практику эндовенозной лазерной коагуляции и радиочастотной облитерации большой и малой подкожных вен хирурги все чаще отказываются от классической операции Беккока, Нарата и стволовой интраоперационной катетерной склеротерапии. За последние два десятилетия флебологами накоплен огромный клинический материал, который позволил четко определить показания и противопоказания к склеротерапии.

Обладая двадцатилетним опытом применения компрессионной склеротерапии мы хотели бы поделиться своими результатами.

Показаниями к пункционной склеротерапии считаем:

1. Изолированный варикоз притоков магистральных подкожных вен при отсутствии патологических вено-венозных рефлюксов.
2. Облитерация намеренно не удаленных вен во время флебэктомии, либо эндовенозной лазерной коагуляции (выполняется через два месяца после операции для улучшения косметического эффекта).
3. Расширение внутрикожных вен – ретикулярный варикоз и телеангиоэктазии (4).

Противопоказания подробно изложены в литературе (1,6) и не отличались от таковых в нашей работе.

Материал и методы. За последние пять лет компрессионная склеротерапия выполнена у 1256 больных. Возраст пациентов составил от 14 до 62 лет. 75% - 942 пролеченных пациентов были женщины. В зависимости от показаний больные были разбиты на три большие группы.

В первую группу (880 больных – 70%) вошли пациенты с расширением внутрикожных вен. Показательным является тот факт, что у 423 – эта форма варикоза развилась в возрасте от 14 до 20 лет. Микросклеротерапия проводилась по общепринятой методике с использованием инсулинового шприца и иглы 30g изогнутой под углом сорок пять градусов 0,25 – 0,5% раствором этоксисклерола.

Эластическая компрессия бинтом с поролоновой подушечкой осуществлялась в течение трех суток.

Вторую группу (118 больных – 9,4%) составили пациенты, которым была выполнена склеротерапия не удаленных варикозных вен во время флебэктомии, либо эндовенозной лазерной коагуляцией большой подкожной вены. Процедура выполнялась через 2 – 6 месяцев после операции.

В третью группу (258 больных – 20,6%) были включены пациенты с изолированным варикозом притоков магистральных подкожных вен. Всем больным в этой группе до проведения склеротерапии выполнена доплерография.

Склеротерапия во второй и третьей группе выполнена по методике G.Feegan 1-3% раствором этоксисклерола с использованием иглы 27g с пластиковым катетером. Эластическая компрессия бинтом с поролоновой подушечкой осуществлялась в течение 7 суток, после чего пациенты носили компрессионный медицинский трикотаж «Venotex» - 2 класса компрессии в течение 2 месяцев.

Результаты и обсуждения. Подавляющее большинство пациентов после склеротерапии были осмотрены в сроки от 2 месяцев до 1 года.

В группе пациентов с внутрикожным варикозом обращает на себя внимание высокий процент (48%) молодых людей в возрасте от 14 до 20 лет, что говорит о росте заболеваемости варикозной болезнью. Микросклеротерапия дала хороший эффект при лечении синих (венозного типа) телеангиоэктазий, а при лечении красных (артериального типа) – процент истинных рецидивов составил 78% (после первой процедуры). Этот факт объясняется малым диаметром сосуда и очень высокой скоростью кровотока, поэтому в таких случаях следует отдать предпочтение селективной лазерной коагуляции (5).

Во второй группе пациентов послеоперационная склеротерапия позволила достигнуть хороших косметических результатов.

У пациентов в третьей группе с варикозом притоков магистральных подкожных вен эффективность склеротерапии была очень высока – 82% после первой процедуры.

Осложнения склеротерапии. Тромбоземболических осложнений и аллергических реакций за последние 5 лет не наблюдали. Постинъекционный тромбофлебит возник у 6 пациентов (0,5%) из-за неправильного наложения биндажа. Небольшой некроз кожи и подкожной клетчатки возник у 2 пациенток (0,16%) из-за пассивного вытекания склерозанта через пункционное отверстие. Постинъекционная гиперпигментация, которая сохранялась более 6 месяцев возникла у 78 пациенток (6,2%). В таких случаях довольно эффективна лазеромагнитная терапия.

Заключение. Компрессионная склеротерапия в настоящее время является неотъемлемой частью комбинированного лечения варикозной болезни на всех этапах ее развития. Методика эффективна, улучшает клинические и косметические результаты лечения.

Литература

1. Гришин, И. Н. Варикоз и варикозная болезнь нижних конечностей / И. Н. Гришин, В. Н. Подгайский, И. С. Старосветская. Минск, 2005. С. 104–105.

2. Корниевич, С. Н. Компрессионная склеротерапия в лечении варикозной болезни / С. Н. Корниевич, П. П. Авдей, И. А. Давидовский // «Актуальные вопросы флебологии». Витебск, 2007. С. 20–21.

3. Криштопов, А. Л. Комбинированное лечение варикозного расширения вен нижних конечностей в амбулаторных условиях / А. Л. Криштопов, В. И. Петухов // «Актуальные вопросы флебологии». Витебск, 2007. С. 24–26.

4. Перепелица, С. И. Флебосклерозирующее лечение варикозной болезни: методические рекомендации БГМУ / С. И. Перепелица, С. А. Жидков, В. Е. Корик. Минск, 2007.

5. Перепелица, С. И. Сравнительная оценка различных методов лечения телеангиоэктазий нижних конечностей / С. И. Перепелица, С. В. Мельник // Военная медицина. 2009. № 2. С. 60–62.

6. Савельев, В. С. Флебология: руководство для врачей / В. С. Савельев. М.: Медицина, 2001. С. 456–468