

течение первой недели, затем постепенно рассасывается. Дополнительно рекомендуем пациенту прием флеботоников и местное применение геля «Троксевазин» или геля «Бадяга».

С целью более быстрого рассасывания кровоизлияний и профилактики пигментаций на месте склерозированных паучков рекомендуем пациентам местное применение тех же гелей со следующего дня после процедуры склеротерапии.

#### **Выводы:**

1. Склеротерапия варикозных вен является технологией эстетической медицины, стойкая гиперпигментация по ходу склерозированной вены хотя и не частое, но существенное осложнение.

2. Эффективным методом лечения данного осложнения является пункция облитерированной вены с удалением содержимого, которую следует проводить в сроки от двух недель после проведения склеротерапии.

3. Ведение пациентов после склеротерапии желательно сочетать с применением флеботоников.

4. При проведении микросклеротерапии следует применять препараты местного действия, способствующие быстрому рассасыванию кровоизлияний с первых дней от начала лечения.

## **ИЗОЛИРОВАННАЯ ЭНДОВЕНОЗНАЯ ЛАЗЕРНАЯ КОАГУЛЯЦИЯ СТВОЛОВ ПОДКОЖНЫХ ВЕН С ДЛИНОЙ ВОЛНЫ 1470 НМ И РАДИАЛЬНЫМ СВЕТОВОДОМ**

Познякова О. В., Корниевич С. Н., Давидовский И. А.,  
Гаврин П. Ю., Мазынский Д. В., Юшкевич Д. В..

<sup>1</sup>Белорусская медицинская академия последипломного образования,  
кафедра хирургии

<sup>2</sup>Минская областная клиническая больница,  
г. Минск, Республика Беларусь

**Введение.** Общепринятая хирургическая тактика при варикозной болезни заключается в устранении вертикального венозного сброса по стволам подкожных вен, удаление варикозных притоков и несостоятельных перфорантных вен, что

является достаточно травматичным хирургическим вмешательством, удлиняет время операции и сроки реабилитации пациентов.

**Цель:** оценить эффективность изолированной эндовенозной лазерной коагуляции ствола большой и малой подкожных вен лазерным излучением 1470 нм с радиальным 1/2-кольцевым световодом у пациентов с варикозной болезнью C2s-C6 по классификации CEAP.

**Материал и методы.** В исследование включены 177 пациентов с хронической венозной недостаточностью C2s-C6 по CEAP, причем C6 – 84 пациента (47,4%), со сроком наблюдения после операции не менее года. Возраст пациентов от 29 до 84 лет. Женщины – 123 (69,5%), мужчины – 54 (30,5%). Пациентам выполнялась изолированная эндовенозная лазерная коагуляция БПВ и/или МПВ с применением диодного лазера с длиной волны 1470 нм и радиальным 1 или 2ух-кольцевым световодом. Клинический и ультразвуковой контроль пациентов проводился на 10-е сутки, через 1,3,6 и 12 месяцев после операции.

**Результаты и обсуждение.** Сроки наблюдения от 1 года до 5 лет. Болевой синдром в раннем послеоперационном периоде незначительный, анальгетики не применялись. Инфекционных осложнений и тромбозов глубоких вен в послеоперационном периоде не было выявлено. Уже к 3 месяцу после операции 45,6% пациентов отмечали отсутствие необходимости удаления боковых варикозных притоков. Только 8,5% пациентов в течение первого года наблюдения была выполнена минифлебэктомия. Заживления трофических язв удалось добиться в 77 случаях (92%).

**Выводы.** Эндовенозная лазерная коагуляция ствола БПВ и МПВ без одномоментного удаления варикозных притоков и перфорантных вен может рассматриваться как альтернатива комбинированной ЭВЛК с минифлебэктомией. Минимизация хирургического вмешательства ведет к более раннему восстановлению трудоспособности и возвращению пациента к активной жизни.