

Средний срок клинического выздоровления (полной ликвидации трофической язвы) составил, таким образом,  $14,2 \pm 1,1$  дня в основной группе и  $29,3 \pm 1,4$  дня в контрольной группе ( $p < 0,05$ ). Однако у 2-х пациентов в контрольной группе наблюдался рецидив трофической язвы через  $4 \pm 0,012$  месяца.

**Выводы.** Доказана эффективность послойной дермолипэктомии при лечении венозных трофических язв. Кроме того, применение углеволокнистых сорбентов снижает риск нагноения донорской раны, ускоряет ее заживление. При этом средняя длительность пребывания пациента на койке сокращается, происходит экономия медикаментов, что ведет к уменьшению сроков временной нетрудоспособности и значительному экономическому эффекту.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Савельев, В.С. Флебология: руководство для врачей / В. С. Савельев, В. А. Гологорский, А. И. Кириенко : под ред. В. С. Савельева. – М.: Медицина - 2001 – 664 с.
2. Bergan J.J., Schmid-Schonbein G.W., Smith P.D. Chronic venous disease / N. Engl. J. Med.— 2006.— 355.— Р. 488—498.
3. «Порочный круг» патогенеза хронической венозной недостаточности нижних конечностей: выбор эффективной фармакотерапии. / Стойко Ю.М. [и др.]. — Consilium medicum: Хирургия. №1 / 2011.
4. Ославский, А. И. Первый опыт комплексного лечения трофических язв нижних конечностей варикозной этиологии по методике shave-therapy / А. И. Ославский, Иоскевич Н. Н., Головня В. И. // Внедрение высоких технологий в сосудистую хирургию и флебологию: материалы XXXV Международной конференции, Санкт-Петербург, 21-23 июня 2019 г.: Санкт-Петербург ,2019. – Т. 25, № S2. – С. 342.
5. Ославский, А. И. Метод закрытия донорской раны у ожоговых пациентов/ А. И. Ославский, В. И. Головня, В. Д. Меламед // Актуальные проблемы медицины : материалы ежегод. итоговой науч.-практ. конф., 25 янв. 2019 г./ редкол.: В. А. Снежицкий, С. Б. Вольф, М. Н. Курбат. - Электрон. текстовые дан. (7, 4 Мб). – Гродно, 2019. – 1 эл. опт. диск (CD-ROM). – С. 430-432.

## **МЕТОД ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ СКЛЕРОТЕРАПИИ ПОДКОЖНЫХ ВЕН**

**Павлов А.Г., Янковский А.И.**

*Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет*

**Актуальность.** Медико-социальная проблема хронических заболеваний вен обусловлена не только их высокой распространённостью, но и многофакторным влиянием на качество жизни. Одним из существенных эффектов снижения

качества жизни, особенно у пациентов с низким клиническим классом заболевания, является эстетический компонент. Широко используемая для лечения варикозных и ретикулярных вен и телеангиэкзазий методика склеротерапии эффективна, безопасна и позволяет многократное выполнение. Однако методика не лишена осложнений и побочных эффектов в виде гиперпигментации, «мэттинга» и не обладает 100% эффективностью.

**Цель.** Оценить возможность повышения эффективности склеротерапии с помощью нового отечественного прибора для трансиллюминационной визуализации подкожных вен «ВВ-1».

**Методы исследования.** Проведен анализ результатов выполнения 136 сеансов склеротерапии на базе СООО «Центр семейного здоровья «БИНА». Показаниями для выполнения процедуры служили варикозные вены, ретикулярные вены и телеангиэкзазии нижних конечностей в отсутствие стволового рефлюкса, или при наличии стволового рефлюкса у пациентов категорически воздерживавшихся от хирургической коррекции последнего. Наличие стволового и перфорантного рефлюкса во всех случаях определяли путём дуплексного ультразвукового сканирования. Трансиллюминационная оценка подкожных вен производилась всем пациентам в ортостазе как дополнительный элемент физикального обследования. Трансиллюминационная поддержка во время выполнения процедуры склеротерапии использовалась в тех случаях, когда на стадии обследования выявлялись ретикулярные вены, питающие зону древовидных телеангиэкзазий, варикозно расширенные вены при трансиллюминации прослеживались в проксимальном направлении далее, чем при обычном визуальном осмотре, а также в тех случаях, когда визуализация подкожных вен резко ухудшалась при переходе пациента из ортостаза в горизонтальное положение. Склеротерапия во всех случаях выполнялась препаратом полидоканолом в виде пены для варикозных вен или пены или раствора для ретикулярных вен и телеангиэкзазий. Постпроцедурное ведение пациентов в обязательном порядке включало ношение компрессионного трикотажа 2 класс компрессии в течение 2-3 недель и приём МОФФ в дозировке 1000 мг в сутки в течение 2 недель.

**Результаты и их обсуждение.** В исследование вошли 82 пациента (77 женщин, 5 мужчин) в возрасте от 18 до 68 лет. В зависимости от распространённости патологического процесса и с учётом эстетических оценок пациента выполнялось от 1 до 6 сеансов. Распределение пациентов по клиническим классам: C1 – 28, C2-36, C3 - 13, C4-2, C5-1, C6- 2). Использование трансиллюминации для лучшей визуализации вен оказалось востребованным при проведении 76 процедур склеротерапии (56%). Использование трансиллюминации в среднем приводило к уменьшению времени процедуры на 4-6 минут. Явления «мэттинга» во время контрольного осмотра через 2 недели были выявлены у 2 пациентов (2,6%) после склеротерапии с трансиллюминацией, при этом была выявлена необлитерированная целевая ретикулярная вена - произведенная повторная склеротерапия целевой зоны.

**Выводы.** 1) Прибор для трансиллюминационной визуализации подкожных вен «BB-1» является эффективным диагностическим инструментом при физикальном обследовании пациентов с низкими клиническими классами хронических заболеваний вен. 2) Использование трансиллюминации при выполнении склеротерапии подкожных вен позволяет повысить скорость и эффективность выполнения процедуры.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Frullini A., Sclerosing foam in the treatment of varicose veins and telangiectases: history and analysis of safety and complications / A. Frullini, A. Cavezzi // Dermatol Surg.-2002, Jan.-Vol.28 (1).-P. 11-15.
2. Склеротерапия и лазерное лечение телеангиектазий нижних конечностей / Шиманко А.И. [с соавт.] // International Angiology. 2007. - С. 80

### **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ РАЗГРУЗОЧНОЙ ПОВЯЗКИ TOTAL CONTACT CAST НА БАЗЕ КАБИНЕТА «ДИАБЕТИЧЕСКАЯ СТОПА» г. ГРОДНО**

**Панасюк О.В.<sup>1</sup>, Будревич О.В.<sup>1</sup>, Бутырчик Н.А.<sup>2</sup>, Ковшик Л.П.<sup>3</sup>**

*Гродненский государственный медицинский университет<sup>1</sup>,*

*Городская поликлиника №3 г. Гродно<sup>2</sup>,*

*Гродненский областной эндокринологический диспансер<sup>3</sup>*

**Актуальность.** По информации ВОЗ на сегодняшний день более 420 млн. человек болеют сахарным диабетом (СД). При прогрессировании диабетической нейропатии, ангиопатии и остеоартропатии (ОАП) у пациентов с СД развивается синдром диабетической стопы (СДС). Под термином «СДС» подразумевается, что это инфекция, язва и/или деструкция глубоких тканей, связанная с неврологическими нарушениями и снижением магистрального кровотока в артериях нижних конечностей разной степени тяжести [1]. Отсутствие лечения СДС приводит к ампутациям нижних конечностей. Данный вид оперативного вмешательства выполняется у 1,3 на 1000 пациентов с СД [2]. Смертность людей, страдающих СД, в течение 1 года после ампутации составляет 13 – 40%, в течение 3 лет 35 – 65%, 5 лет 39 – 80% [3]. Также лечение пациентов с СДС требует больших финансовых затрат [4].

Индивидуальная разгрузочная повязка (ИРП) Total Contact Cast (TCC) представляет собой прочный «сапог», изготовленный из синтетического полимерного гипса, который накладывается пациентам с СДС на область стопы и голени. Основной функцией ТСС является разгрузка самой стопы и/или области голеностопного сустава при ОАП, либо зоны плантарной трофической язвы [5,6]. На сегодняшний день ТСС является «золотым стандартом» лечения пациентов с нейропатической и нейроишемической формами СДС [7].