

# ТЕХНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МИКРОСКЛЕРОТЕРАПИИ ПРИ С1 КЛАССЕ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕН

## Общие данные

- Большинство пациентов с хроническими заболеваниями вен относятся к С1 клиническому классу по СЕАР.
- Склеротерапия телеангиэктазий (ТАЭ) и ретикулярных вен (микросклеротерапия) наиболее популярная процедура среди врачей, выполняемая по косметическим показаниям, поэтому хороший эстетический результат предполагается.
- Технические аспекты микросклеротерапии были рассмотрены в клинических рекомендациях Национальной коллегии флебологов (доступны по [ссылке](#)).

Для достижения оптимальных результатов и минимизации риска осложнений рекомендуется:

- Пункции и инъекции в ретикулярные вены и ТАЭ производятся в положении пациента лежа.
- По мнению ряда международных экспертов, склеротерапия жидкой формой склерозанта является методом выбора для устранения ретикулярных вен и ТАЭ, а пенная склеротерапия может служить дополнительным вариантом лечения. Вместе с тем в настоящее время отсутствуют убедительные доказательства в отношении превосходства жидкой или пенной формы склерозанта при лечении пациентов С1 клинического класса по СЕАР.
- С целью лучшей визуализации «питающих» вен возможно применение специальных устройств для трансиллюминации, увеличительной оптики или различных видов поляризованных светодиодных систем.
- Опустошение вены от крови свидетельствует в пользу внутривенной инъекции. Необходимо всегда следить за потоком вводимого склерозанта во избежание его экстравазации.
- Точность пункции и правильность положения иглы в просвете вены, особенно при обработке ретикулярных вен, возможно контролировать по поступлению в канюлю шприца темной крови при пробе с обратной тракцией его поршня.
- При ощущении, что препарат начинает вводиться с большим усилием, инъекцию необходимо остановить.
- В случае побледнения окружающей кожи вокруг места инъекции последняя должна быть немедленно прекращена во избежание возможного образования кожного некроза.
- Сильные боль и/или жжение при инъекции часто могут являться признаками как экстравазации, так и внутриартериального введения препарата. В таком случае инъекцию необходимо немедленно остановить.
- Дневная эластическая компрессия 2 класса (23–32 мм рт. ст.) после микросклеротерапии может улучшить клиническую эффективность и снизить риск гиперпигментаций.
- Мы рекомендуем удаление постсклеротерапевтических коагулов (тромбэкстракцию) с целью снижения риска развития и сокращения сроков сохранения гиперпигментаций.
- Повторные процедуры могут улучшить результаты. Интервалы между сеансами микросклеротерапии могут варьироваться и составлять приблизительно от 2 до 8 недель.

## Ключевые моменты

- Рекомендуются одноразовые шприцы с плавным ходом поршня и тонкие короткие иглы в диапазоне 25–32G
- Введение препарата осуществляется по направлению от более крупных «питающих» вен (притоков поверхностных вен, ретикулярных вен, перфорантов) к более мелким ТАЭ
- Подбирается минимально возможная, но эффективная концентрация склерозирующего агента, исходя из диаметра сосуда (см. таблицу)
- За одну инъекцию рекомендуется вводить до 0,1–0,5 мл склерозанта для ТАЭ и до 0,5 мл (максимум до 1 мл) для ретикулярных вен. В случае необходимости указанный объем может быть увеличен
- С целью профилактики мэттинга и некрозов давление на поршень должно быть сведено к минимуму. Склерозант необходимо вводить максимально медленно!

| Тип расширенных вен | Концентрация полидоканола/<br>лауромакрогола 400, % | Концентрация тетрадецилсульфата<br>натрия, % |
|---------------------|---|--|
| <b>Жидкая форма</b> |   |  |
| ТАЭ                 | 0,25–0,5  | 0,1–0,25                                     |
| Ретикулярные вены   | 0,5–1,0   | 0,2–0,75                                     |
| <b>Пенная форма</b> |   |  |
| ТАЭ                 | До 0,5  | 0,1–0,25                                     |
| Ретикулярные вены   | 0,25–0,5  | 0,1–0,5                                      |