ОТ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА:

Уважаемые читатели! От имени редакционного совета и редколлегии анонсируем новый раздел нашего журнала «Эстетическая флебология», в котором будут представлены различные технологии коррекции расширенных неварикозных вен различной локализации. Актуальность этой темы обусловлена, с одной стороны, растущей востребованностью со стороны пациентов и врачей, а с другой – практически полным отсутствием компетентной информации в профильных изданиях. В ряде публикаций, подготовленных признанными экспертами, будут освещены методы флебосклерозирующего, лазерного и комбинированного удаления расширенных вен, локализованных на различных частях тела. И первая публикация данного раздела посвящена возможностям флебосклерозирующего лечения.

DOI: <https://doi.org/10.21518/1995-1477-2018-3-4-22-27>

В.Ю. БОГАЧЕВ^{1,2}, Я.О. ГРУША^{3,4}, В.Н. ЛОБАНОВ¹

¹ Первый флебологический центр, Москва

² ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова МЗ РФ, Москва

³ ФГБНУ «НИИ глазных болезней», Москва

⁴ ФГАОУ ВО Первого МГМУ им. И. М. Сеченова, Москва

СКЛЕРОТЕРАПИЯ РАСШИРЕННЫХ ВЕН АТИПИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

В статье описывается методика эстетической коррекции расширенных неварикозных поверхностных вен, локализуемых на лице, в зоне декольте и верхних конечностях. Делается вывод о высокой эффективности и безопасности различных вариантов склеротерапии при данных клинических ситуациях.

Ключевые слова: склеротерапия, этоксисклерол, фибро-вейн, периорбитальные вены, атипичные вены.

V.YU. BOGACHEV^{1,2}, YA.O. GRUSHA^{3,4}, V.N. LOBANOV¹

¹First Phlebological Center, Moscow

²Pirogov Russian National Research Medical University (RNRMU), the Ministry of Health of Russia, Moscow

³Research Institute of Eye Diseases, Moscow

⁴Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

SCLEROTHERAPY FOR DILATED VEINS OF ATYPICAL LOCALIZATION

The article describes the method of aesthetic correction of dilated non-varicose superficial veins localized on the face, décolleté and upper extremities. It is concluded that the various sclerotherapy options are highly efficient and safe in these clinical situations.

Keywords: sclerotherapy, ethoxy-sclerol, fibro-vein, periorbital veins, atypical veins.

Неварикозное расширение вен на различных частях тела человека, как правило, связано с функциональной нагрузкой (т. н. викарная гипертрофия), травмой, ятрогенией, а также естественным процессом старения кожи.

По частоте обращения к врачу расширенные неварикозные вены можно разделить на периорбитальные, локализованные в зоне декольте и на кистях

рук. Значительно реже пациенты требуют эстетической коррекции расширенных поверхностных вен туловища, ягодиц и больших половых губ.

РАСШИРЕННЫЕ ПЕРИОРБИТАЛЬНЫЕ ВЕНЫ

Излюбленной локализацией расширенных поверхностных периорбитальных вен (ППВ) служит нижнее веко, наружный угол глазной щели и височная область.

Нередко ППВ выступают над кожей, приобретают извитый вид и обуславливают перманентную синеву нижнего века. Описаны случаи, когда ППВ становились источником спонтанных гематом и вызывали болевые ощущения. Причины идиопатического, не связанного с травмой или блокадой венозного оттока, расширения ППВ не известны. Очевидно, что их выраженность усиливается как с возрастом, так и после таких популярных косметических процедур, как биоревитализация и ботулинотерапия. Кроме этого, усиление периорбитального венозного рисунка нередко происходит после различных пластических операций на лице. Согласно некоторым эпидемиологическим данным, усиление подкожного венозного рисунка в периорбитальной области может быть следствием приема препаратов женских половых гормонов, результатом воздействия УФ-лучей, а также побочным явлением программ, направленных на форсированное похудание [1, 2].

Для удаления расширенных поверхностных вен на лице традиционно используют чрескожную электрическую и лазерную коагуляцию. Вместе с тем последние малоэффективны при венах калибром 1 мм и более. В этой ситуации возможно применение склеротерапии – чрезвычайно популярной технологии удаления расширенных внутрикожных и поверхностных вен на нижних конечностях, но крайне редко используемой на других участках тела. Единственным необсуждаемым показанием для применения склеротерапии на лице служат некоторые варианты венозных флебодисплазий. Что касается склеротерапии ППВ по эстетическим показаниям, то ее применяют лишь единицы наиболее профессионально подготовленных специалистов, имеющих в своем арсенале специальное оборудование.

Настороженное, если не сказать негативное, отношение к флебосклерозирующему лечению расширенных вен в периорбитальной зоне у врачей, занимающихся эстетической медициной и флебологией, связано с гипотетически высоким риском тяжелых офтальмологических и неврологических осложнений. Вместе с тем особенности строения венозной системы и организации кровообращения в пресептальном и других поверхностных слоях периорбитальной зоны при строгом соблюдении техники инъекции делают ничтожно малой вероятность попадания активной формы склерозирующего препарата в сосуды орбиты, глазного яблока и головного мозга. Сдерживающими факторами применения склеротерапии на лице выступают и ее известные побочные эффекты, такие как гиперпигментация, некрозы кожи и неоваскуляризация, широко обсуждаемые при лечении вен нижних

конечностей. Между тем внутрикожные вены лица располагаются на одинаковой глубине и имеют тонкую стенку. Это облегчает их визуализацию и пункцию. Кроме того, низкое интравенозное давление, вследствие отсутствия гидростатического фактора, создает благоприятные условия для их надежной облитерации без воспаления. Хорошее кровоснабжение и оксигенация мягких тканей лица обуславливают высокую скорость регенерации, а также низкий риск образования некрозов и шрамов. Иными словами, результаты склеротерапии вен на лице более предсказуемы и благоприятны в сравнении с нижними конечностями. Специальная литература дает крайне скудную и противоречивую информацию, касающуюся методики склеротерапии ППВ. Вот почему считаем необходимым более подробно остановиться на собственном опыте, основанном на успешном лечении более 500 пациентов с расширенными периорбитальными венами.

Для безопасной и эффективной коррекции ППВ необходим хорошо освещенный процедурный кабинет с изменяемой по высоте кушеткой. Для улучшения визуализации целевых вен целесообразно использовать лампу-лупу с 2,5–5-кратным увеличением или бинокулярную лупу-очки с налобным источником света.

Для введения склерозирующего препарата мы используем трехкомпонентные шприцы Terumo Iuer lock объемом 3 мл и иглы Terumo 30G (0,13x13 мм) (Бельгия) или MESO-RELLE 32G (0,23 x 4 мм) (Италия).

Принципиальной особенностью расширенных неварикозных вен, в том числе и периорбитальных, является высокая толерантность к низко концентрированным растворам флебосклерозирующих препаратов. Оптимальный отклик целевой вены в виде спазма и немедленной облитерации удается получить при использовании 1%-ного полидоканола (Этоксисклерол, Kreussler Pharma, Германия) или 0,5%-ного натрия тетрадецилсульфата. Преимущество Этоксисклерола в наличии местного обезболивающего эффекта (рис. 1А, Б, В).

Перед окончательным решением о целесообразности проведения флебосклерозирующего лечения ППВ проводят тщательный сбор анамнеза с акцентом на вероятные провоцирующие и производящие факторы расширения ППВ, осуществляют тщательный клинический осмотр, а при необходимости и высокочастотное УЗИ. При подозрении на неврологическую или офтальмологическую патологию привлекают профильных специалистов. Предварительно со всеми пациентками подробно обсуждали мотивации удаления расширенных вен, возможные побочные реакции в процессе лечения: возникновение экхимозов,

РИСУНОК 1 (А, Б, В). Проведение склеротерапии в периорбитальной области

Стрелками указано направление инъекций.

отека, дискомфорта; риск развития гиперпигментации, некрозов кожи, вторичных телеангиэктазий, а также офтальмологических и неврологических осложнений.

Для проведения склеротерапии ППВ для женщин фертильного возраста оптимален временной промежуток через 2–3 дня после прекращения месячных до овуляции, когда склонность к образованию экхимозов, связанная с уровнем женских половых гормонов, минимальна.

С целью дополнительной профилактики развития экхимозов мы рекомендуем за 2 недели перед предстоящим вмешательством начать прием микронизированной очищенной флавоноидной фракции (Детралекс) в суточной дозе 1000 мг.

Непосредственно перед процедурой пациенты подписывают информированное согласие на лечение. Следует помнить, что ППВ легко спазмируются в результате стресса, физического воздействия или охлаждения. Поэтому всем пациентам рекомендуем побыть в положении полулежача в помещении при температуре комфорта (21–22 °С) и по возможности расслабиться. После восстановления венозного рисунка осуществляем панорамное и локальное фотографирование.

После обработки кожи антисептиком, не раздражающим глаза, вводим флебосклерозирующий препарат в сегмент ППВ с максимально прямым ходом и большим диаметром. Пункцию вены и инъекцию проводим строго в латеральном направлении. При правильном положении иголки в просвете сосуда в канюлю пассивно поступает кровь. Введение препарата следует осуществлять очень медленно с минимальным давлением на поршень. Медленное введение склерозирующего препарата обеспечивает продолжительный контакт склерозирующего вещества с эндотелием вены и предотвращает гипертензионный разрыв тонкостенных ППВ. За одну инъекцию вводили от 0,3 до 0,5 мл жидкого флебосклерозирующего препарата. Заполнение вены склерозирующим раствором контролируется визуально. При необходимости можно выполнить дополнительную инъекцию из другой точки. Сразу же после инъекции вену осторожно массируют ватным шариком и сдавливают пакетом с охлажденным термометром. Локальную компрессию осуществляют в течение 10–15 минут. При выраженной гиперемии с уртикарным компонентом на кожу следует нанести местный кортикостероид.

Адекватность склеротерапии можно проконтролировать визуально. Целевая вена должна быть свободной от жидкой крови и не сжиматься при компрессии.

Единственным нежелательным побочным явлением после ППВ, отмеченным нами, было образование характерного экхимоза, который бесследно рассасывался в течение 5–7 суток. Изменения цвета кожи, инфилтратов, некрозов, вторичных телеангиэктазий и других

Этоксисклерол®

лауромакрогол-400 (полидоканол)

идеальный выбор
для компрессионной
склеротерапии

СКЛЕРОЗИРУЕТ ВЕНЫ ЛЮБОГО ДИАМЕТРА

КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕПАРАТЕ:

Этоксисклерол® (КОД АТХ: C05BB02) используется для склерозирования варикозно расширенных вен, телеангиоэктазий и геморроидальных узлов.

Формы выпуска: содержит 0,5%, 1% и 3% раствор лауромакрогола-400 для в/в введения в ампулах по 2 мл. Вспомогательные вещества: этанол 96%, натрия гидрофосфат, калия дигидрофосфат, вода для инъекций.

Способ применения и дозы: Этоксисклерол должен вводиться строго внутривенно. Общая суточная доза лауромакрогола-400 не должна превышать 2 мг/кг массы тела.

Противопоказания: аллергические реакции на лауромакрогол-400 и другие компоненты препарата; системные заболевания тяжелого течения в стадии обострения, состояние иммобилизации; облитерирующие заболевания артерий тяжелого течения (стадии III-IV по Фонтейну); тромбоэмболические заболевания; высокий риск тромбообразования; острое воспаление в анальной области.

Побочные явления: наиболее частыми реакциями являются: образование гематомы, кратковременная боль в месте инъекции и гиперпигментация. Редко -аллергические реакции, головная боль, мигрень, парестезии, головокружение, «мелькание мушек» перед глазами, тромбофлебит, флебит, венозный тромбоз, кровотечение, сосудистый коллапс, тромбоэмболия легочной артерии, васкулит, изменения артериального давления, одышка, кашель, тошнота, изменение вкуса, гипертрихоз, лихорадка. Возможны осложнения при неправильном введении (паравасально).

Взаимодействие с другими лекарственными средствами: при использовании с другими анестезирующими средствами, действие этих препаратов на сердечно-сосудистую систему может усиливаться.

Производитель: Хамелн Фармасьютикалс ГмбХ, Ленгес Фельд 13, 31789 Хамелн, Германия

Выпускающий контроль качества: Кройссер и Ко. ГмбХ Райнгауштрассе 87-93 Д-65203 Висбаден, Германия.

Регистрационный номер: П№011397/01 от 14.01.2009

Эксклюзивный дистрибьютор в Российской Федерации компания «СЭМ Фармасьютикалс»
Адрес Представительства в РФ: 119606, Москва, пр-т Вернадского, д.84, стр.2, офис Ц-111.
Тел.: 8(916) 367-6534. www.sampharma.ru

Реклама

РИСУНОК 2. Проведение склеротерапии в зоне декольте

До лечения

Через 2 года после склеротерапии 3% этоксисклеролом

традиционных нежелательных побочных явлений, описанных для склеротерапии вен, мы не встречали.

После процедуры все пациенты сохраняют свою повседневную активность. На период лечения и в течение 30 дней после его завершения рекомендуем воздержаться от приема горячих ванн, посещения бани и сауны, а также поездок в страны с жарким климатом и высокой солнечной активностью.

Окончательный результат склеротерапии ППВ можно оценить через 4–6 недель. При необходимости процедуру следует повторить.

❖ РАСШИРЕННЫЕ ВЕНЫ ЗОНЫ ДЕКОЛЬТЕ

В подавляющем большинстве случаев викарная гипертрофия поверхностных вен в зоне декольте связана с длительным грудным вскармливанием. Второе место занимают различные эстетические вмешательства и пластические операции на молочных железах.

Склеротерапия расширенных вен зоны декольте не вызывает серьезных трудностей (рис. 2). По аналогии с флебосклерозирующим лечением нижних конечностей для лучшей визуализации целевых вен зоны декольте используют трансиллюминаторы или устройства типа Vein Viewer.

Аксессуары, выбор склерозирующего препарата и техника его введения не имеют принципиальных отличий от ППВ. Вместе с тем при удалении расширенных вен зоны декольте может быть использована и микропенная склеротерапия. Микропену получают путем смешивания жидкого склерозирующего препарата с атмосферным воздухом в соотношении 1/3 или 1/4 по известному методу Тессари. После локальной гипотермии целесообразно обеспечить

компрессию целевых вен. Для этого хорошо подходит бюстгалтер для занятий спортом, который следует носить в течение 3–5 дней.

В случае появления экхимозов или явления флебита следует использовать традиционные топикальные препараты на основе нестероидных противовоспалительных средств или концентрированного гепарина.

❖ РАСШИРЕННЫЕ ВЕНЫ КИСТЕЙ РУК

Говорят, что ничто так не выдает возраст женщины, как руки. Действительно, регулярное механическое и физическое воздействие приводит к гипотрофии кожи рук и гипертрофии поверхностных вен тыла кисти. Вот почему эстетическая коррекция вен тыльной стороны кисти приобретает все большую актуальность [3].

Для коррекции расширенных вен тыла кисти целесообразно использовать микропенные формы флебосклерозирующих препаратов, вводимых в целевую вену с помощью иглокатетера Terumo 25–27 G или аналогичных катетеров-«бабочек». Не следует стремиться за одну процедуру провести склеротерапию всех расширенных вен. Дело в том, что склерозированная вена, ощущаемая под кожей в виде инородного фиброзного тяжа, вызывает физический дискомфорт, затрудняющий повседневную активность. Кроме того, миграция склерозирующей микропены в проксимальном направлении может привести к нежелательной облитерации поверхностных вен предплечья и плеча.

После введения склерозирующей микропены в целевые вены (рис. 3) на кисть и предплечье, соответственно, надевают компрессионную перчатку и рукав, повышающие эффективность процедуры и снижающие риск нежелательных побочных явлений.

РИСУНОК 3. Склерозирование вен кистей рук

До лечения

1 год после склеротерапии 1% натрия тетрадецилсульфатом

Стрелками указано направление инъекций.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Богачев В.Ю., Груша Я.О. Первый опыт склерооблитерации поверхностных периорбитальных вен. Флебология, 2010, 2: 17-22. /Bogachev VYu, Grusha YaO. First experience with scleroobliteration of superficial periorbital veins. Flebologia, 2010, 2: 17-22.
2. Green D. Removal of periocular veins by sclerotherapy. Ophthalmology, 2001, 108: 442-448.
3. Goldman M, Weiss R, Guex J-J, Partsch H, Perrin M, Ramelet A-A, Ricci S, Maleti O, Lugli M. Sclerotherapy. Treatment of Varicose and Telangiectatic Leg Veins (6th edition). Elsevier 2017, ISBN 978-0-323-37726-3.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

БОГАЧЕВ ВАДИМ ЮРЬЕВИЧ – д.м.н., профессор кафедры факультетской хирургии №2 лечебного факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова; научный руководитель «Первого флебологического центра», г. Москва.

ГРУША ЯРОСЛАВ ОЛЕГОВИЧ – д.м.н., профессор, руководитель отдела орбитальной и глазной реконструктивно-пластической хирургии ФГБНУ «НИИ глазных болезней», кафедра глазных болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва

ЛОБАНОВ ВИКТОР НИКОЛАЕВИЧ – руководитель клиники, Первый флебологический центр, Москва