

Х.О. Корольова

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

Роль компресійного трикотажу у комплексному лікуванні ретикулярного варикозу та телеангіектазій

Мета роботи — порівняти результати лікування ретикулярного варикозу та телеангіектазій залежно від того, було застосовано компресійний трикотаж чи еластичне бинтування кінцівок, визначити оптимальну тривалість компресії.

Матеріали та методи. До дослідження залучено 67 хворих віком від 18 до 60 років, яким було проведено склеротерапію та мініфлебектомію за Müller для лікування ретикулярного варикозу і телеангіектазій у комплексі з еластичним бинтуванням кінцівок або компресійним трикотажем. Результати лікування оцінено через 1 міс, 6 міс, рік та 3 роки.

Результати та обговорення. У місячний термін рецидив ретикулярного варикозу спостерігався у 5 (17,9 %) пацієнтів, що використовували еластичне бинтування, і у 1 (2,56 %) з тих хворих, що застосовували компресійний трикотаж ($p = 0,032$). При цьому у 2 (7,14 %) пацієнтів рецидив виник протягом 2 тиж еластичного бинтування, у 2 (7,14 %) — 3 тиж та у 1 (3,62 %) — 4 тиж. Статистично значущої різниці між підгрупами не виявлено. Рецидив виник у підгрупі, де медичний компресійний трикотаж використовували протягом 2 тиж. Різниця між групами не змінилася в шестимісячний, річний та трирічний терміни.

Висновки. Найбільш стабільний результат при лікуванні ретикулярного варикозу та телеангіектазій дає мініінвазивне хірургічне припинення венозного рефлюксу в комбінації зі склеротерапією та використанням медичного компресійного трикотажу. Використання компресійного трикотажу порівняно з еластичним бинтуванням кінцівок дає стійкіший результат. Компресійний трикотаж значно простіший та доступніший у використанні в умовах амбулаторної хірургії. Доцільно продовжити дослідження з більшою кількістю пацієнтів для визначення оптимальних строків використання компресійної терапії.

Ключові слова

Ретикулярний варикоз, телеангіектазії, венозний рефлюкс, склеротерапія, компресійний трикотаж.

За даними American Venous Forum (2008), у 50 % дорослого населення ретикулярний варикоз виявлено щонайменше на одній кінцівці [3]. Насправді ж поширеність захворювання може бути значно більшою, оскільки до статистики часто не вводять пацієнтів із судинними «венами-павучками» (spider veins), які частіше називають телеангіектазіями [9].

Більшість авторів довели, що склеротерапія є золотим стандартом при лікуванні ретикулярного варикозу та телеангіектазії, оскільки поєднує в собі такі позитивні риси, як мініінвазивність, високу косметичність, не має операційного ризику, короткий термін реабілітації та не потребує госпіталізації. Саме тому склеротерапію в зарубіжній літературі зараховують до амбулаторних, або «офісних», процедур. У міжнародних протоколах, присвячених склеротерапії, вказано, що

стабільний результат лікування забезпечують у разі застосування в комплексі зі склеротерапією компресійної терапії [5–8, 10].

Компресійна терапія в комплексному лікуванні хронічної венозної недостатності нижніх кінцівок посідає ключове місце. Вона показана за будь-якого ступеня венозної недостатності незалежно від причини. Практично єдиним протипоказанням до еластичної компресії є хронічні облітеруючі захворювання артерій нижніх кінцівок, коли регіонарний систолічний тиск на задній великогомілковій артерії нижчий за 80 мм рт. ст. Компресійну терапію при захворюваннях вен можна забезпечити за допомогою еластичного бинтування кінцівок або медичного компресійного трикотажу.

Історія компресійного лікування захворювань вен нижніх кінцівок сягає своїм корінням

у глибину століть. Найдавнішим є зображення танцюристів з бинтами на ногах, знайдені в районі пустелі Сахара. Вік цих наскельних малюнків сягає не менше 4000 років. Бандажі також використовували скіфи. У Стародавньому Римі хлібороби застосовували пов'язки з тканини, що дістали назву «Gambalia». В античні часи іудеї, греки і римляни використовували компресію для лікування трофічних виразок нижніх кінцівок. Гіппократ повідомляє навіть про локальну компресію за допомогою спеціальних губок. Панування «Галенової медицини» в середні століття призвело практично до повної відмови від застосування компресійних бандажів. Причиною цього став постулат про те, що трофічні виразки є воротами для виходу «шкідливих» субстанцій з людського тіла. Швидкий прогрес у сфері компресійного лікування венозної патології розпочався в XIX ст. Саме в цей час став можливим промисловий видобуток натурального каучуку з соку південноамериканського дерева гевеї. У 1839 р. відкрили процес вулканізації гуми, і з каучуку почали виробляти нитки, які можна було використовувати в текстильній промисловості. Налагодилося промислове виробництво як еластичних бинтів, так і компресійного трикотажу [1].

У міжнародних рекомендаціях зі склеротерапії вказано на важливість застосування компресійної терапії в післяопераційний період після проведення склеротерапії. Але без детального уточнення. Так, немає єдиної думки стосовно засобів компресії: еластичне бинтування чи медичний компресійний трикотаж? Також є розбіжності щодо строків застосування компресійної терапії. За різними даними, тривалість компресії коливається в межах від 48 год до 6 тиж після маніпуляції [7, 11].

Міжнародний клуб компресії (International Compression Club) – спеціальна група експертів, до якої входять лікарі, що займаються компресійною терапією, а також технічні фахівці з компаній, що виробляють компресійні пристрої для клінічного використання. У 2008 р. ІСС опублікував консенсусну заяву про використання компресійної терапії під час лікування венозних і лімфатичних захворювань. Її було засновано на відповідності класів компресії етапам клінічної маніфестації (С) у класифікації CEAP [2]. Однак ця консенсусна заява ґрунтується на клінічних цілях лікування з рекомендаціями, спрямованими на первинний результат лікування компресією, орієнтований тільки на медичний компресійний трикотаж (МКТ). Рекомендації в цьому консенсусному документі не призначені для встановлення переваги МКТ порівняно з інши-

ми пристроями стиснення або методами лікування [2, 4].

Також у літературі описано, що компресійна терапія знижує ризик виникнення залишкової гіперпігментації, зменшує больовий синдром та інші неприємні відчуття на кшталт печіння в ділянці склерозованих судин після склеротерапії [2, 4, 11].

Мета роботи – порівняти результати лікування ретикулярного варикозу та телеангіектазій залежно від того, було застосовано компресійний трикотаж чи еластичне бинтування кінцівок, визначити оптимальну тривалість компресії.

Матеріали та методи

Виконано проспективне рандомізоване контрольоване дослідження, до якого залучено 67 хворих, переважно жінок (58, або 86,6 %). Критерії введення: наявність ретикулярного варикозу (С1 клас варикозу за CEAP-класифікацією), вік від 18 до 60 років, можливість виявити місця венозного рефлюксу в ретикулярні венозні сплетення для перетину, згода пацієнта на участь у дослідженні. Критерії вилучення: ретикулярний варикоз на тлі інших форм варикозної хвороби, радикальні операції з приводу варикозної хвороби, незгода пацієнта, немає комплаєнсу щодо застосування компресійної терапії та її тривалості.

Крім загальноклінічних досліджень, усім виконували ультразвукове кольорове дуплексне картування (УЗД КДК) вен нижніх кінцівок. Його метою було визначення місця венозного рефлюксу, а у пацієнтів, що мали тільки телеангіектазії, – виявлення ретикулярних вен, з яких постачається кров до вен-павучків. Місця венозного рефлюксу позначали для оперативної ліквідації шляхом мініфлебектомії за Müller (при цьому видаляли і найбільші ретикулярні вени). Пацієнтів, у яких місця венозного рефлюксу визначити не вдалося, до дослідження не вводили.

Дослідження проводили відповідно до принципів Гельсінської декларації та рекомендації Міжнародної ради з гармонізації належної клінічної практики (International Council for Harmonization Good Clinical Practice).

Усіх обстежених рандомізували на дві групи за допомогою таблиці випадкових чисел, генерованій у програмі STATISTICA 13. Залежно від виду компресійної терапії та її тривалості (на 2–4 тиж) в післяопераційний період кожен групу розподілено на три підгрупи. Так до першої групи увійшли 28 пацієнтів, яким виконано склерозацію ретикулярних вен рідким 0,5–1 % натрію тетрадецилсульфатом або полідоканалом

ОЦІНКА ВПЛИВУ КОМПРЕСІЙНОЇ ТЕРАПІЇ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТА

Нижче наведений перелік симптомів, відчуттів або типів дискомфорту, які ви можете відчувати під час компресійної терапії і які можуть зробити повсякденне життя тяжким більшою чи меншою мірою.

Для кожного симптому, відчуття або будь-якого перерахованого дискомфорту ми хотіли, щоб ви відповіли таким чином: Будь ласка, вкажіть, чи відчували ви те, про що йде мова в кожному питанні, і якщо відповідь — «так», яка інтенсивність вашого відчуття. Є п'ять можливих варіантів відповіді, і ми хотіли, щоб ви обвели той, який краще всього описує вашу ситуацію.

Обведіть 1 якщо ви відчуваєте, що симптоми, відчуття описаного дискомфорту вас не стосуються.
Обведіть 2, 3, 4 або 5 якщо ви відчували симптоми, відчуття описаного дискомфорту більшою чи меншою мірою

Протягом застосування компресійної терапії в якій мірі нижче описані симптоми турбували вас? Для кожного визначення в списку нижче вкажіть міру занепокоєння, обвівши вибране число					
	Не турбували	Злегка турбували	Помірно турбували	Сильно турбували	Дуже сильно турбували
Проблеми при одяганні виробів	1	2	3	4	5
Відчуття надмірного перетискання кінцівки	1	2	3	4	5
Сповзання виробу під час руху протягом дня	1	2	3	4	5
Подразнення шкіри, сліди потертості та/або мацерациї	1	2	3	4	5
Тяжко приховати виріб при використанні повсякденного одягу	1	2	3	4	5
Обмеження повсякденної активності внаслідок застосування компресійної терапії	1	2	3	4	5

Чи застосовували б ви такий самий засіб для компресійної терапії в майбутньому?
Так — 1 бал; Ні — 2 бали.

СУМА БАЛІВ

Рисунок. Опитувальник для оцінки впливу компресійної терапії на якість життя пацієнта

аналогічної концентрації. Місця венозного рефлюксу в ретикулярні венозні сплетення, визначені в передопераційний період за допомогою УЗД КДК, ліквідовано, а найбільші розширені ретикулярні вени видалено шляхом мініфлебектомії за Müller. У післяопераційний період у цієї групи пацієнтів компресійну терапію проводили шляхом застосування еластичного бинтування кінцівок. Групу розподілено на три підгрупи (9, 9 та 10 пацієнтів) залежно від тривалості компресії. Як мінімальну тривалість компресії взяли 2 тиж, оскільки, за літературними даними, цього часу достатньо для розсмоктування мікротромбів, сформованих у ретикулярних венах під час склерозації, та утворення стійкого склерозу. Для інших двох підгруп встановили тривалість 3 та 4 тиж, оскільки саме такий період частіше рекомендують у літературних джерелах.

До другої групи увійшло 39 пацієнтів, яким виконували аналогічне оперативне втручання, проте в післяопераційний період застосовували медичний компресійний трикотаж. Оскільки у 36 (92 %) хворих значна кількість ретикулярних вен містилася на стегні, для компресії вибрали медичні еластичні панчохи II класу компресії (23–32 мм рт. ст.). При цьому керувалися такими вимогами: кожен виріб підбирали суворо за розмірами пацієнта. Для цього робили спеціаль-

ні виміри, які порівнювали з розмірною сіткою. Використовували вироби, рекомендовані європейським стандартом RAL GZ для лікувальних компресних виробів та іншими сертифікатами, що гарантують якість виробництва. Якісний компресійний виріб гарантує те, що він повторюватиме анатомічну будову ноги. Рівень компресії та її градуїрованість задають суворо відповідно до медичних вимог, усі вироби обов'язково проходять тест-контроль на показник компресії на «виході» виробництва. Цю групу розподілено на три підгрупи по 13 пацієнтів, яким призначили компресію на 2, 3 та 4 тиж відповідно.

Результати лікування оцінено через 1 міс, 6 міс та рік. Для оцінки результатів лікування за рекомендаціями European guidelines for sclerotherapy in chronic venous disorders достатньо лише клінічної, візуальної оцінки результату. Основною кінцевою точкою дослідження вважали рецидив ретикулярного варикозу. Також звертали увагу на залишкову гіперпігментацію та виразність больового синдрому за 10-бальною аналоговою шкалою. У разі виникнення рецидивів проводили контрольне УЗД. Рецидивом вважали повне чи часткове відновлення візуалізації судин на місці виконання склерозації.

Для оцінки впливу компресійної терапії на якість життя пацієнтів та задоволення вибором

засобу компресії використовували опитувальник власної редакції, який складався із 7 запитань, які, на нашу думку, чітко відображають відчуття, що можуть виникати у пацієнта під час компресійної терапії. Кожну відповідь оцінювали від 1 до 5 балів, виражаючи ступінь дискомфорту пацієнта. Він містив одне ключове запитання: «Чи застосовували б Ви такий самий засіб для компресійної терапії в майбутньому?». Підраховували загальну суму балів, яку потім порівнювали між групами (рисунок).

Статистичну обробку даних проведено за допомогою програмного забезпечення Statistica 13 та MedStat. Для варіаційних рядів використано критерій W Шапіро–Уїлкі для перевірки розподілу на нормальність. Для порівняння двох незалежних вибірок, в яких розподіл не відрізнявся від нормального, використано критерій Стюдента. Коли розподіл відрізнявся від нормального, для порівняння двох пов'язаних вибірок використано T-критерій Вілкоксона. Для порівняння центральних тенденцій для двох незалежних вибірок при розподілі, що відрізнявся від нормального, — W-критерій Вілкоксона.

Результати та обговорення

У місячний термін у 5 (17,9 %) пацієнтів, що використовували еластичне бинтування, спостерігався рецидив ретикулярного варикозу. Після застосування компресійного трикотажу у 1 (2,56 %) хворого зареєстровано рецидив ретикулярного варикозу, що потребував повторної склерозації ($p = 0,032$). При цьому рецидив виник у 2 (7,14 %) пацієнтів, які використовували еластичне бинтування кінцівок протягом 2 тиж, також у 2 (7,14 %) пацієнтів, які проводили бинтування протягом 3 тиж, та у 1 (3,62 %), який застосовував бинтування протягом 4 тиж. Статистично значущої різниці між підгрупами не виявлено ($p=0,729$). Рецидив виник у пацієнтів, які використовували медичний компресійний трикотаж протягом 2 тиж. Результати не змінилися і в шестимісячний, річний та трирічний терміни, тобто нових рецидивів захворювання не було.

У обох групах не зареєстровано значної гіперпигментації після склеротерапії та виразного больового синдрому в ранній післяопераційний період.

За підрахунком балів згідно з опитувальником «Оцінка впливу компресійної терапії на якість життя пацієнта» в групі пацієнтів, які використовували еластичне бинтування, сума балів становила ($28,4 \pm 2,6$); у групі пацієнтів із застосуванням компресійного трикотажу — ($7,9 \pm 1,1$). Отже, еластичне бинтування статис-

тично значущо негативніше впливає на якість життя пацієнта під час компресійної терапії, ніж з використанням компресійного трикотажу ($p < 0,001$). При відповіді на запитання: «Чи застосовували б Ви такий самий засіб для компресійної терапії в майбутньому», 39 (100 %) пацієнтів, що носили компресійний трикотаж, дали позитивну відповідь, і лише 15 (53,6 %) тих, що використовували еластичне бинтування, згодні використовувати його і в подальшому.

Різницю в кількості рецидивів у описаних групах можна пояснити кількома факторами. По-перше, за допомогою еластичного бинтування кінцівок часто неможливо досягти правильного рівня компресії, достатнього для стиснення ретикулярних судин, та градуйованого розподілу компресії на різні сегменти кінцівки. Також рівень компресії знижується протягом доби, за тривалого носіння бинт розтягується та сповзає з кінцівок. Оскільки склеротерапія належить до амбулаторних «офісних» процедур і не потребує госпіталізації в післяопераційний період, контроль за якістю бинтування часто покладають на самого пацієнта, бо щоденне відвідування лікаря заради бинтування є обтяжливим для нього. Навіть якщо лікар проводить детальний інструктаж та навчання техніки бинтування, якість цієї маніпуляції в домашніх умовах сумнівна. Еластичний бинт дуже помітний під одягом, що зумовлює певний дискомфорт. До того ж бинт швидко втрачає еластичні та компресійні властивості, розтягується і псується під час прання та має нетривалий строк використання. Тому часто протягом курсу компресійної терапії доводиться купувати кілька виробів, що нівелює таку позитивну рису, як нижча вартість. Медичний же компресійний трикотаж легкий у використанні й не потребує спеціальних навиків для одягнення. Зовні такі вироби нагадують звичайні панчохи, і виготовляють їх у різній кольоровій гамі для максимального комфорту. Вони мають тривалий строк використання, якого вистачає на повний курс компресійної терапії після склеротерапії. Можна й далі використовувати їх як превентивні засоби під час тривалих поїздок улітку, спортивних навантажень, вагітності тощо.

Оптимальну тривалість використання, за літературними даними та власними спостереженнями, ми визначили у 3 тиж. Але в цьому напрямі потрібно проводити подальші дослідження з більшою кількістю пацієнтів для більшої доказовості.

Висновки

Найбільш стабільний результат при лікуванні ретикулярного варикозу та телеангіектазій дає

мінінвзивне хірургічне припинення венозного рефлюксу в комбінації зі склеротерапією та використанням медичного компресійного трикотажу.

Перевагами комплексного підходу є мала травматичність, хороший косметичний ефект та довготривалість досягнутого результату.

Використання медичного компресійного трикотажу порівняно з еластичним бинтуван-

ням кінцівок дає стабільніший результат, компресійний трикотаж значно простіший та доступніший у використанні в умовах амбулаторної хірургії.

Доцільно продовжити дослідження з більшою кількістю пацієнтів для визначення оптимальних строків використання компресійної терапії.

Список літератури

1. Компрессионная терапия, компрессионный трикотаж при хронической венозной недостаточности [Электронный ресурс].— 2015.— Режим доступа: http://www.medicinform.net/surgery/surg_pop25.htm.
2. Flour M. Dogmas and controversies in compression therapy: report of an International Compression Club (ICC) meeting, Brussels, May 2011 // *Int. Wound J.*— 2013.— Vol. 10 (5).— P. 516–526. doi: 10.1111/j.1742-481X.2012.01009.x.
3. Glaviczi P. Handbook of Venous Disorders: Guidelines of the American Venous Forum.— Third Edition.— 2008.— P. 15.— Режим доступа: <https://doi.org/10.1201/b13654>.
4. Eberhard R., Partsch H., Hafner J. et al. Indications for medical compression stockings in venous and lymphatic disorders: An evidence-based consensus statement // *Phlebology.*— 2017.— Режим доступа: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0268355516689631>, <https://doi.org/10.1177/0268355516689631>.
5. Kern P. Sclerotherapy of telangiectasias: a painless two-step technique // *Dermatol. Surg.*— 2012.— Vol. 38 (6).— P. 860–864.— doi: 10.1111/j.1524-4725.2012.02376.x.
6. Parlar B., Blazek C., Cazzaniga S. et al. Treatment of lower extremity telangiectasias in women by foam sclerotherapy vs. Nd: YAG laser: a prospective, comparative, randomized, open-label trial // *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.*— 2015.— Vol. 29 (3).— P. 549–554.— doi: 10.1111/jdv.12627.
7. Rabe E., Breu F.X., Cavezzi A. et al. European guidelines for sclerotherapy in chronic venous disorders // *Phlebology.*— 2013.— P. 1–17.— <https://doi.org/10.1177/268355514528127>.
8. Ramelet A.A. Sclerotherapy in tumescent anesthesia of reticular veins and telangiectasias // *Dermatol. Surg.*— 2012.— Vol. 38 (5).— P. 748–751.— <https://doi.org/10.1111/j.1524-4725.2011.02287.x>.
9. Ruckley C.V., Allan P.L., Evans C.J. et al. Telangiectasia and venous reflux in the Edinburgh Vein Study // *Phlebology.*— 2011.— Vol. 27 (6).— P. 297–302.— <https://doi.org/10.1258/phleb.2011.011007>.
10. Willenberg T., Smith P.C., Shepherd A., Davies A.H. Visual disturbance following sclerotherapy for varicose veins, reticular veins and telangiectasias: a systematic literature review // *Phlebology.*— 2013.— Vol. 28 (3).— P. 123–131.— <https://doi.org/10.1258/phleb.2012.012051>.
11. Zarca C., Bailly C., Gachet G., Spini L. ClassMouse 1 study: compression hosiery and foam sclerotherapy // *Phlebology.*— 2012.— Vol. 65.— P. 11–20.— https://doi.org/10.5151/medpro-flebo-sif_20.

К.А. Королева

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев

Роль компрессионного трикотажа в комплексном лечении ретикулярного варикоза и телеангиэктазий

Цель работы — сравнить результаты лечения ретикулярного варикоза и телеангиэктазий в зависимости от того, был использован компрессионный трикотаж или эластическое бинтование конечностей, определить оптимальную длительность компрессии.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 67 больных в возрасте от 18 до 60 лет, которым применяли склеротерапию и минифлебэктомию по Müller для лечения ретикулярного варикоза и телеангиэктазий в комплексе с эластическим бинтованием конечностей или компрессионным трикотажем. Результаты лечения оценены через 1 мес, 6 мес, 1 год и 3 года.

Результаты и обсуждение. В месячный срок рецидив ретикулярного варикоза наблюдался у 5 (17,9 %) пациентов, использовавших эластичное бинтование, и у 1 (2,56 %) больных, применявших компрессионный трикотаж ($p = 0,032$). При этом у 2 (7,14 %) пациентов рецидив возник в течение 2 нед эластичного бинтования, у 2 (7,14 %) — 3 нед и у 1 (3,62 %) — 4 нед. Статистически значимой разницы между подгруппами не выявлено. Рецидив возник в подгруппе, где медицинский компрессионный трикотаж использовали в течение 2 нед. Разница между группами не изменилась в шестимесячный, годовой и трехлетний сроки.

Выводы. Наиболее стабильный результат при лечении ретикулярного варикоза и телеангиэктазий дает миниинвазивное хирургическое прекращение венозного рефлюкса в сочетании со склеротерапией и использованием медицинского компрессионного трикотажа. Использование компрессионного трикотажа по сравнению с эластическим бинтованием конечностей дает более стойкий результат. Компрессионный трикотаж намного проще и доступнее при использовании в условиях амбулаторной хирургии. Целесообразно продолжить исследование с большим количеством пациентов для определения наиболее оптимальных сроков использования компрессионной терапии.

Ключевые слова: ретикулярный варикоз, телеангиэктазии, венозный рефлюкс, склеротерапия, компрессионный трикотаж.

Kh.O. Koroleva

O.O. Bogomolets National Medical University, Kyiv

The role of compression stockings in the complex treatment of reticular varicose veins and telangiectasias

Objective – compare the results of treatment reticular varicose veins and telangiectasias depending on the use of compression stockings or elastic bandage, determine the optimal duration of compression.

Materials and methods. The study involved 67 patients aged 18 to 60 years with reticular varicose veins and telangiectasias who were treated with sclerotherapy and Müller miniflebectomy with elastic bandaging or compression stockings. The results of treatment evaluated in a month, 6 months, 1 year and 3 years.

Results and discussion. In the group of patients who used elastic bandage during 1 month the relapse of reticular varicose was observed in 5 (17.9 %) cases, and in the group where compression stockings was used in 1 (2.56 %) case ($p = 0.032$). Patients who used elastic limb bandage for two weeks experienced the relapse in 2 (7.14 %) cases, patients who used compression for three weeks it occurred in 2 (7.14 %) cases and 1 (3.62 %) patients, who used it for 4 weeks, there was no statistically significant difference between subgroups. Relapse in the group with medical compression stocking occurred in the subgroup where medical compression was used for two weeks. The difference between the groups did not change in the 6month, 1 year and threeyear terms.

Conclusions. The most stable result in treatment of reticular varicose veins and telangiectasia is provides minimally invasive surgical correction of venous reflux in combination with sclerotherapy and compression stockings. The use of compression stocking in comparison with the elastic bandage of the limbs gives long lasting result. Compression stocking is much easier and more accessible when used in outpatient surgery. It is advisable to continue the studies with a large number of patients to determine the optimal timing for the use of compression therapy.

Key words: Reticular varicose veins, telangiectasia, venous reflux, sclerotherapy, compression stockings.

Дані про автора:

Корольова Христина Олександрівна, аспірант кафедри хірургії № 2
Національного медичного університету імені О.О. Богомольця
03110, м. Київ, вул. Солом'янська, 17
Тел. (044) 249-78-41
E-mail: miss.krissti@gmail.com