

УДК 611.1+616.1

## СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Дмитриева И.А., Кривошеков Е.П., Алексеев А.В.

ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»,  
Самара, e-mail: irengimel@mail.ru

Проведен анализ лечения 128 больных находившихся на лечении в отделении хирургии и отделении хирургии «одного дня» ФГУЗ МСЧ №172 ФМБА России г. Димитровграда Ульяновской области за 2007–2011 годы. Больные разделены на две группы. В первую группу вошли 52 пациента, которым проводилось традиционное двухэтапное хирургическое лечение в условиях круглосуточного ангиологического стационара. Во вторую группу вошли 76 больных, которым выполнение первого этапа флебэктомии проводилось в условиях отделения хирургии «одного дня» с последующим лечением в условиях отделений хирургии поликлиники. Наряду с традиционным лечением применяли аппликации на область трофической язвы атравматических повязок Hartmann и лазеротерапию с использованием низкочастотных медицинских лазерных аппаратов с последующим наложением сверху эластичного бинта от стопы до коленного сустава. При использовании традиционного метода консервативного лечения пациентов в поликлинике под наблюдением хирурга сроки эпителизации трофических язв наступали на 21–45 день. Общий срок лечения больных первой группы составил  $68,3 \pm 5,6$  суток. При лечении пациентов в хирургическом отделении поликлиники под наблюдением хирурга с использованием комплексного подхода, включающего применение атравматических повязок и лазеротерапию, эпителизация наступала на 15–27 день. Общий срок лечения составил  $33,2 \pm 3,6$  дня, что в 2 раза быстрее, чем при лечении пациентов традиционными методами.

**Ключевые слова:** варикозная болезнь, трофические язвы, поликлиника

## STATSIONAROZAMESHCHAJUSHCHIE TECHNOLOGIES IN TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC VENOUS INSUFFICIENCY

Dmitrieva I.A., Krivoshchekov E.P., Alekseev A.V.

GOU VPO «Samara State medical university», Samara, e-mail: irengimel@mail.ru

The resume: the analysis of treatment of 128 patients were on treatment in branch of surgery and surgery branch «one day» by FGUZ MSCH №172 ФМБА Russia Dimitrovograd of the Ulyanovsk region for 2007–2011 is carried out. Patients are divided on two groups. The first group included 52 patients by whom traditional surgical treatment in the conditions of a round-the-clock vascular hospital was spent. The second group included 76 patients by whom performance of the first stage was spent in the conditions of surgery branch «one day», with the subsequent treatment in the conditions of branches of surgery of polyclinic, along with traditional treatment applied applications on area of a trophic ulcer of atraumatic bandages Hartmann and laser therapy with use of low-frequency medical laser devices, with the subsequent and imposing from above elastic bandage from foot to a knee joint. At use of a traditional method of conservative treatment of patients in polyclinic under supervision of the surgeon terms эпителизации trophic ulcers attacked 21–45 day. The general term of treatment of patients of the first group has made  $68,3 \pm 5,6$  days. At treatment of patients in surgical branch of polyclinic under supervision of the surgeon, with use of the complex approach including application of atraumatic bandages and laser therapy, healing attacked 15–27 day. The general term of treatment has made  $33,2 \pm 3,6$  days that in 2 times faster, than at treatment of patients by traditional methods.

**Keywords:** varicose illness, trophic ulcers, polyclinic

Хроническая венозная недостаточность (ХВН), обусловленная варикозной болезнью нижних конечностей, имеет большое социально-экономическое значение. 25% женщин и 10% мужчин страдают варикозным расширением подкожных вен, у 1-2% наблюдаются трофические язвы. Затраты на лечение ХВН составляют около 2% бюджета здравоохранения [1, 2, 3, 4].

Необходимость развития социально ориентированной медицины предопределяет востребованность новых методов лечения больных осложненной формой варикозной болезни нижних конечностей, позволяющих проводить операции не только в госпитальных условиях, но и в хирургических стационарах краткосрочного пребывания пациентов (хирургии «одного дня»), не требующих длительной госпитализации, удовлетворяющих

стандартам лечения, сопровождающегося хорошими функциональными результатами [5, 6, 7].

Целью настоящего исследования является улучшение результатов хирургического лечения больных с осложненной формой варикозной болезни нижних конечностей, путем возможного лечения их в условиях отделений хирургии «одного дня» и хирургических отделений поликлиники.

### Материалы и методы исследования

Проведен анализ лечения 128 больных, находившихся на лечении в отделении хирургии и отделении хирургии «одного дня» ФГУЗ МСЧ №172 ФМБА России г. Димитровграда Ульяновской области за 2005–2009 годы.

Пациентам диагностирована декомпенсированная стадия варикозной болезни нижних конечностей по международной СЕАР-классификации (1994), соответствующая С 3, 4, 5, 6 S классам.

По классификации CEAP больные распределены по классам: С 3 – 4 (3,1%) пациента, С 4 – 51 (39,8%), С 5 – 35 (27,4%), С 6 – 38 (29,7%) S.

Преобладающее большинство – 86 (67,2%) пациентов составляли люди в возрасте от 50 до 70 лет. Минимальный возраст – 36 лет. Самый пожилой пациент был в возрасте 84 года. Из общего числа больных женщин было 94 (73,4%), мужчин – 34 (26,6%).

Больные разделены на две группы. В первую группу вошли 52 пациента, которым проводилось традиционное двухэтапное хирургическое лечение в условиях круглосуточного ангиологического стационара. Во вторую группу вошли 76 больных, которым выполнение первого этапа флебэктомии проводилось в условиях отделения хирургии «одного дня» с последующим лечением в условиях отделений хирургии поликлиники. Наряду с традиционным лечением применяли аппликации на область трофической язвы атрауматических повязок Hartmann и лазеротерапию с использованием низкочастотных медицинских лазерных аппаратов с последующим наложением сверху эластичного бинта от стопы до коленного сустава.

Второй этап у пациентов обеих групп проводили в условиях круглосуточного ангиохирургического стационара через 1–3,5 месяцев после первого этапа флебэктомии, при условии полного заживления язвенного дефекта на голени. Общим клиническим признаком для обеих групп пациентов было наличие трофической язвы в фазе экссудации (С 6 S по классификации CEAP). Длительность существования одиночных и множественных трофических язв у больных составила от 4-х месяцев до 10 лет. Наиболее частому развитию язв подвержена левая голень – 66 (51,6%).

Всем больным выполняли стандартные общеклинические лабораторные, функциональные диагностические пробы, ультразвуковое дуплексное сканирование вен нижних конечностей, бактериологическое и цитоморфологическое исследование мазков-отпечатков с поверхности трофической язвы. Основными жалобами всех больных являлись: наличие язвы на голени и отделяемого неприятного запаха из нее, отек в дистальных отделах конечности, быстрая утомляемость ног, тянущие боли, усиливающиеся к концу дня, ослабевающие после ночного отдыха и эластического бинтования. Часть больных отмечала ночные судороги мышц голени и зуд кожи. В процессе лечения определяли динамику клинической картины заболевания, оценивали данные лабораторных, инструментальных и бактериологических исследований. Критерием клинической эффективности проводимого лечения считали: купирование болевого и воспалительного синдромов, уменьшение или исчезновение отека нижних конечностей, наличие стойкого заживления язв, восстановление трудоспособности.

### Результаты исследования и их обсуждение

Больные в первой группе – 52 (40,7%) пациента – оперированы в условиях круглосуточного ангиохирургического стационара. Пациенты поступали в отделение за день до операции, средний койко-день до операции составил  $1,0 \pm 0,6$ . Незначительная выраженность болевого симптома в оперированной конечности способствовала ранней активизации пациентов и применению ненаркотических анальгетиков. В послеопе-

рационном стационарном периоде больные получали венотоники, никотиновую кислоту, витамины группы В, тромбо-асс 50 мг вечером. Больные выписывались на 7–10 суток под наблюдение врача-хирурга поликлиники, с рекомендациями консервативного долевания трофических нарушений на голени с последующим выполнением второго этапа оперативного вмешательства после полного заживления язвенного дефекта.

Больные второй группы – 76 (59,3%) человек – оперированы в условиях отделений хирургии «одного дня». Пациенты поступали в отделение в день операции, средний койко-день до операции составил  $0,3 \pm 0,1$ . В данной группе отмечали гладкое течение послеоперационного периода. Незначительная выраженность болевого симптома в оперированной конечности, психологический настрой больного и его родственников на скорейшее возвращение в домашние условия способствовали ранней активизации пациентов и применению ненаркотических анальгетиков в течение первых 2-х суток. Ходить больные начинали через 3–4 часа после операции, с забинтованной эластичным бинтом конечностью. В послеоперационном периоде больные получали венотоники, никотиновую кислоту, витамины группы В, тромбо-асс 50 мг вечером.

Консервативное лечение у больных первой группы осложнялось трофическими язвами голени. Средний возраст больных составил 54 года, средняя длительность заболевания – 6 лет. Поражение илеофemorального сегмента отмечалось у 11 больных. Средняя площадь язв у пациентов составила  $5,8 \text{ см}^2$ , длительность существования язв – 1,5 года. Варикозная болезнь нижних конечностей у данной группы пациентов осложнялась воспалительным целлюлитом (14), аллергическим целлюлитом и экземой (17).

Комплексное лечение второй группы больных в условиях хирургического отделения поликлиники под наблюдением хирурга начинали с аппликации на область трофических язв атрауматических повязок и применения лазеротерапии, наложения сверху эластичного бинта от стопы до коленного сустава. Средний возраст больных составил 49 лет, средняя длительность заболевания – 9 лет. Поражение илеофemorального сегмента отмечали у 9 больных. Средняя площадь язв у 76 пациентов составила  $8,9 \text{ см}^2$ , длительность существования язв – 2 года. Декомпенсированная форма варикозной болезни вен нижних конечностей во второй группе пациентов осложнялась: воспалительным целлюлитом (16), аллергическим дерматитом и экземой (21), рожистым воспалением (4). В процессе лечения обеих групп оценивали динамику клинической картины заболевания и ско-

рость заживления трофических язв, данные инструментальных, лабораторных и бактериологических исследований.

При ультразвуковой доплерографии у всех пациентов первой группы выявлены варикозные изменения магистральных вен нижних конечностей на различном уровне, характеризующиеся утолщением, уплотнением и деформацией сосудистой стенки, несостоятельностью клапанного аппарата магистральных, коммуникантных и подкожных вен. Следует отметить, что в первой группе в результате традиционного консервативного лечения скорость объемного кровотока на уровне общей бедренной вены возрастала в среднем на 21 %.

Истинного заживления язв удалось добиться у 43 (82,69%) пациентов из первой группы в сроки от 26 до 45 дней, и у всех пациентов второй группы в сроки от 15 до 27 дней.

В начале консервативного лечения у всех пациентов обеих групп в мазках – отпечатках с поверхности трофической язвы преобладал дегенеративно-воспалительный тип цитограммы, характеризовавшийся содержанием в препарате большого количества нейтрофильных лейкоцитов в состоянии дегенерации и деструкции в виде кариопикноза, кариорексиса и цитолиза.

В результате лечения в первой группе положительная динамика, проявляющаяся в смене дегенеративно-воспалительного типа цитограммы на воспалительный, отмечена у больных на 2–3 неделе с момента начала лечения. Смена типа цитограммы на воспалительно-регенераторный у больных первой группы наблюдалась к концу курса лечения.

Во второй группе больных наблюдалась активизация репаративных процессов в условиях быстрого очищения трофических язв от патогенной флоры. В отличие от исходного дегенеративно-воспалительного типа цитограммы, у всех пациентов к середине комплексного лечения определялась воспалительно-регенераторная картина. Последняя характеризовалась уменьшением количества лейкоцитов в поле зрения до  $37,2 \pm 1,9$ , в том числе деструктивных форм до  $49 \pm 1,8\%$ . В среднем, процесс заживления трофических язв ускорился на 6–18 дней.

Второй этап у пациентов обеих групп проводили в условиях круглосуточного ангиохирургического стационара через 1–3,5 месяца после первого этапа флебэктомии, при условии полного заживления язвенного дефекта на голени. При выполнении ЭДПВ после первого этапа ревизию субфасциального пространства проводили значительно легче, за счет уменьшения индукции подкожно-жировой клетчатки, что снижало травматичность и время операции. Больных выписывали на 7–10 сутки.

На основании статистических данных средний срок лечения больных первой груп-

пы составил  $68,3 \pm 5,6$  дня. А средний срок лечения во второй группе больных составил  $33,2 \pm 3,6$  дня.

Хирургическое лечение пациентов с осложненной формой варикозной болезни нижних конечностей в условиях хирургического отделения «одного дня» с последующим лечением в условиях хирургического отделения поликлиники, наряду с применением аппликации на область трофической язвы атрауматических повязок Hartmann и лазеротерапии, является высокоэффективным и краткосрочным процессом за счет сокращения времени пребывания пациентов на госпитальной койке.

### Заключение

Предложенный метод возможного лечения больных с осложненными формами варикозной болезни нижних конечностей создает предпосылку для полного и раннего восстановления физической активности, быстрой реабилитации и возвращения больных к трудовой деятельности.

При использовании традиционного метода консервативного лечения пациентов в поликлинике под наблюдением хирурга сроки эпителизации трофических язв наступали на 21–45 день. Общий срок лечения больных первой группы составил  $68,3 \pm 5,6$  дня. При лечении пациентов в хирургическом отделении поликлиники под наблюдением хирурга с использованием комплексного подхода, включающего применение атрауматических повязок и лазеротерапию, эпителизация наступала на 15–27 день. Общий срок лечения составил  $33,2 \pm 3,6$  дня, что в 2 раза быстрее, чем при лечении пациентов традиционными методами.

### Список литературы

1. Константинова Г.Д., Донская Е.Д., Градусов Е.Г. Хирургическое лечение больных варикозной болезнью, сочетающейся с хронической лимфатической недостаточностью // *Ангиология и сосудистая хирургия*. – 2009. – Т. 15. – С. 48–52.
2. Кривошеков Е.П., Васильев В.В., Романов В.Е. Лечение трофических язв нижних конечностей в поликлинике // *Сборник трудов, посвященный 70-летию Сталинградского Волгоградского медицинского института – академии – университета*. – Волгоград, 2005. – С. 190.
3. Нерсисян Г.Ж. Качество жизни больных варикозной болезнью нижних конечностей // *Амбулаторная хирургия // Стационарозамещающие технологии*. – 2007. – №4(28).
4. Савельев Ю.С., Бецис С.Ю., Островская С.М. Оперативное лечение осложнений варикозной болезни вен нижних конечностей в амбулаторных условиях // *Амбулаторная хирургия. Стационарозамещающие технологии*. – 2007. – №4(28).
5. Кириенко А.И. Амбулаторная ангиология: руководство для врачей / А.И. Кириенко, В.М. Кошкин, В.Ю. Богачев. – М., 2007. – С. 49.

### Рецензенты:

Борисов А.И., д.м.н., ординатор хирургического отделения № 4 ММУ городской больницы № 8, г. Самара;

Григорьев С.Г., д.м.н., профессор, консультант отделения краткосрочного пребывания больных ММУ МСЧ №14, г. Самара.

Работа поступила в редакцию 13.12.2011.