УДК 611.1+616.1

© 2011 И.А. Дмитриева, Е.П. Кривошеков, А.В. Алексеев

НОВАЯ ОРГАНИЗАЦИОННАЯ ФОРМА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В УСЛОВИЯХ АНГИОЛОГИЧЕСКОГО ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ПОЛИКЛИНИКИ

В статье рассматриваются вопросы лечения больных с осложненной формой варикозной болезни нижних конечностей. Рассматривается преимущество хирургического лечения пациентов в условиях ангиохирургического стационара «одного дня» с последующим лечением в условиях ангиологического отделения поликлиники, с включением в комплексное лечение аппликации на область трофической язвы атравматических повязок Hartmann и лазеротерапии. Эпителизация язв наступала на 15-27 день.

Ключевые слова: Варикозная болезнь, трофические язвы, хирургия «одного дня».

Введение. Осложненные формы варикозной болезни нижних конечностей – одно из наиболее распространенных заболеваний сердечно-сосудистой хирургии. Среди всех хирургических вмешательств около 15 % операций выполняют по поводу варикозной болезни нижних конечностей [1,2,3].

Сегодняшний день сердечно-сосудистой хирургии и перспективы ее дальнейшего развития неразрывно связаны с достижениями медицинской науки и освоением новых прогрессивных технологий [4,5,6,7]. Необходимость развития социально-ориентированной медицины предопределяет востребованность технологий по этапному хирургическому лечению больных осложненной формой варикозной болезни нижних конечностей, позволяющих производить операции не только в госпитальных условиях, но и в хирургических стационарах краткосрочного пребывания («хирургии одного дня») [8,9,10].

Целью настоящего исследования является улучшение результатов хирургического лечения больных с осложненной формой варикозной болезни нижних конечностей путем совершенствования двухэтапной хирургической тактики в условиях ангиохирургического стационара «одного дня» и ангиологического дневного стационара поликлиники.

Материалы и методы. Проведен анализ лечения 128 больных, находившихся на лечении в специализированном ангиохирургическом отделении и отделении ангиохирургии «одного дня» ММУ МСЧ № 14 г.о. Самара и ФГУЗ МСЧ №172 ФМБА России г. Димитровграда Ульяновской области за 2007-2011 годы.

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

По классификации СЕАР больные распределились по классам: С3 – 4(3,1 %) пациентов, С 4 – 51 (39,8 %), С 5 – 35 (27,4 %), С 6 – 38 (29,7 %) S [11,12,13].

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

Больные были 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 ангиохирургического стационара «одного дня» с последующим лечением в условиях ангиологического отделения поликлиники. Наряду с традиционным лечением применяли аппликации на область трофической язвы атравматических повязок Hartmann и лазеротерапию с использованием низкочастотных медицинских лазерных аппаратов, с последующим и 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 %). Всего язвы в нижней трети голени были у 118 (92,2 %) пациентов. Патологический процесс возникал на медиальной поверхности у 69 (53,9 %) человек, на передней поверхности – 26 (20,3 %) больных, на латеральной у 11 (8,6 %) пациентов и на задней поверхности голени у 12 (9,4 %) больных. Частые расположения язв на уровне средней трети голени и различных ее поверхностях встречались у 10 (7,8 %) больных. Из общего числа больных у 24 (18,7 %) язвы существовали на обеих голени. У 16 (12,5 %) пациентов наблюдались множественные язвы (от 2 до 7), соответствующие различной локализации указанных сегментов голени. У 128 наблюдаемых пациентов было 198 язв. Размеры язв колебались от 0,5 до 400 и более кв.см. У 34 (26,6 %) больных размеры язвенной поверхности составляли до 5 кв.см., у 90 (70,3 %) пациентов - от 6 до 400 кв.см., у 4 (3,1 %) больных - более 400 кв.см. Циркулярные язвы с охватом всей нижней трети голени, наблюдались у 4 (3,1 %) пациентов.

Причины возникновения заболевания у больных были различными. У 32 (25,0 %) пациентов в анамнезе имелись травмы и переломы нижних конечностей. У 46 (35,9 %) женщин во время беременности были диагностированы варикозно расширенные вены нижних конечностей. У 6 (4,7 %) пациенток с ранее перенесенным тромбозом глубоких вен нижних конечностей имелось указание на прием гормональных препаратов. У 28 (21,9 %) больных заболевание возникло на фоне варикозной болезни нижних конечностей, из них 15 (11,7 %) пациентам в различные сроки выполнялась комбинированная флебэктомия. Ранее 7 (5,5 %) человек перенесли операции по поводу онкопатологии органов малого таза (фибромиомы матки, рак ректосигмоидного отдела толстой кишки). У 9 (7 %) пациентов заболевание было связано с тяжелой физической работой.

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 с неприятным запахом из нее, отека в дистальных отделах конечности быстрая утомляемость ног, тянущие боли, усиливающиеся к концу дня, ослабевающие после ночного отдыха и эластического бинтования. Часть больных отмечала ночные судоро-

ги 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. 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 $1,0 \pm 0,6$. Оперативное вмешательство выполнялось под общим внутривенным обезболиванием. В данной группе отмечали гладкое течение послеоперационного периода. Незначительная выраженность болевого симптома в оперированной конечности способствовала ранней активизации пациентов и применению ненаркотических анальгетиков в первые сутки. После операции пациентам разрешали поворачиваться в постели, производить движения пальцами стоп и в голеностопном суставе. Ходить больные начинали к концу первых суток, но обязательно с забинтованной конечностью эластическим бинтом. Первая перевязка выполнялась на второй день. В послеоперационном стационарном периоде больные получали: венотоники, никотиновую кислоту, витамины группы В, тромбо-асс 50 мг вечером. Больные выписывались на 7-10 сутки под наблюдение врача-хирурга поликлиники с рекомендациями консервативного долечивания трофических нарушений на голени и последующим выполнением второго этапа оперативного вмешательства после полного заживления язвенного дефекта.

Больные второй группы 76 (59,3 %) человек оперированы в условиях ангиохирургического стационара «одного дня». Пациенты поступали в отделение в день операции, средний койко-день до операции составил $0,3 \pm 0,1$. Оперативное вмешательство выполнялось под общим внутривенным обезболиванием. 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 суток. Ходить больные начинали через 3-4 часа после операции с забинтованной эластическим бинтом конечностью. В послеоперационном периоде больные получали венотоники, никотиновую кислоту, витамины группы В, тромбо-асс 50 мг вечером.

В первой группе больных с открытой трофической язвой, которым выполнен первый этап комбинированной флебэктомии, отмечались осложнения со стороны послеоперационной раны у 4 человек в виде лимфореи (2), подкожной гематомы (1), нагноения (1). А во второй группе больных отмечались осложнения со стороны послеоперационной раны у 1 человека в виде подкожной гематомы.

Консервативное лечение у больных первой группы осложненных 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 ангиохирургического отделения поликлиники под наблюдением ангиохирурга начинали с аппликации на область трофиче-

ских язв атравматических повязок и применением лазеротерапии, наложением 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 см², длительность существования язв – 2,0 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 скорость 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, наличием пристеночных и внутрипросветных тромботических наложений, несостоятельностью клапанного аппарата магистральных, коммуникантных и подкожных вен. Скорость объемного кровотока на уровне общей бедренной вены в первой группе пациентов была снижена в среднем на 48 %, во второй – на 22,7-36 % по сравнению с аналогичными показателями у здоровых лиц. Следует отметить, что в первой группе в результате традиционного консервативного лечения скорость объемного кровотока на уровне общей бедренной вены возросла 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.

Контроль результатов лечения осуществляли путем оценки клинической картины, бактериологического исследования и цитоморфологической картины трофической язвы, чувствительности высеванной микрофлоры к антибиотикам. Исследования выполнялись в начале, середине (на 7 - 10 день) и конце курса лечения (на 15 - 27 день).

У больных первой группы до лечения с поверхности трофической язвы чаще всего высевался стафилококк (21,8 %), стрептококк (19,4 %), кишечная палочка (16,1 %), микробные ассоциации (19,4 %). После лечения с использованием традиционных средств значимых изменений бактериологической картины в середине и конце курса лечения не выявлено.

При определении чувствительности высеванной флоры к антибактериальным препаратам установлена минимальная чувствительность ко всем используемым антибиотикам. Тенденция к повышению чувствительности к применяемым антибиотикам после проведенного лечения отмечена в первой группе больных лишь у 2 пациентов.

Динамика процессов в язве во второй группе: до начала лечения у 42 (77,7 %) больных установлена минимальная чувствительность ко всем традиционным антибиотикам.

Клинический пример.

Больная С., 65 лет пенсионерка, обратилась в поликлинику с диагнозом «варикозная болезнь левой нижней конечности, стадия декомпенсации». При поступлении предъявляла жалобы на боли, чувство тяжести, отеки и наличие трофической язвы на левой голени. Больна в течение 16 лет после перенесенного острого тромбоза магистральных вен левой нижней конечности на фоне варикозной болезни. Неоднократно лечилась амбулаторно и в стационаре с временным эффектом, принимает непрямые антикоагулянты: «Варфарин» 3,75 мг ежедневно. Трофическая язва на левой голени появилась 4 года назад. Лабораторные показатели на

момент поступления были в пределах возрастной нормы. Сопутствующая патология - сахарный диабет II тип, легкой степени тяжести. При осмотре нижних конечностей отмечалась выраженная индурация и гиперпигментация тканей в нижней трети левой голени. На медиальной поверхности ее имелась трофическая язва с неровными краями и обильным гнойным отделяемым с неприятным запахом общей площадью 16,5 см².

При проведении функциональных диагностических проб выявлена несостоятельность остиального клапана и перфорантных вен в средней и нижней трети голени слева, проходимость глубоких вен сохранена.

На ультразвуковой доплерографии магистральных вен левой нижней конечности в поверхностной бедренной вене определялся монофазный кровоток турбулентного характера, сниженный до 4,47 см/сек. Стенки глубоких вен были утолщены, уплотнены. Диаметр большой подкожной вены 1,56 см, малой подкожной вены – 0,73 см

От верхней трети голени до верхней трети бедра регистрировались высокоэхогенные пристеночные наложения. При проведении пробы Вальсальвы и компрессионных проб регистрировался выраженный ретроградный ток крови. В нижней трети голени имелись три несостоятельные перфорантные вены диаметром 0,23 см, 0,37 см и 0,45 см.

Определяется большое количество микробных тел, расположенных внеклеточно, деструктивные формы лейкоцитов. Окр. гематоксилин - эозин, об.40, ок.10.

Выполнено оперативное вмешательство: комбинированная венэктомия слева, операция Троянова-Тренделенбурга, обработка ствола по Тальману, длинный стрипинг БПВ по Бейкоку, иссечение по Нарату.

Проведено комплексное лечение с наружным применением атравматических повязок и низкоинтенсивной лазеротерапии, отмечалась выраженная положительная динамика в показателях бактериального статуса, цитоморфологической картины. На 7 сутки лечения из язвы высеяны синегнойная палочка и стафилококк с чувствительностью к «Гентамицину» (22 мм). На 11 сутки чувствительность составила 26 мм, а к 14 дню лечения роста микробной флоры в язве не определялось. На цитограммах мазков-отпечатков с поверхности трофической язвы на 14 сутки число лейкоцитов в поле зрения составило 15, деструкция лейкоцитов – 18 %, число микробных тел на 1000 лейкоцитов - $0,21 \times 10^3$.

Клеточный состав представлен нейтрофилами (39 %), эозинофилами (1 %), лимфоцитами (9 %), полибластами (20 %). Присутствовали макрофаги (12 %), фибробласты (7 %), плазматические клетки (1 %), многоядерные клетки (1 %), эндотелий (1 %) и эпителий в виде пластов клеток

Во время проведения комплексного лечения на 4 сутки отделяемое из язвы стало серозно-гнойным, на 9 сутки - скудным серозным, появились грануляции и краевая эпителизация (рис. 39).

На 19 сутки лечения отмечено снижение болевого синдрома, значительный протии.

Полная эпителизация язвы наступила на 39 сутки. Больной направлен в отделение хирургии сосудов на оперативное лечение.

Хирургическое лечение пациентов с декомпенсированными формами варикозной болезни нижних конечностей в условиях круглосуточного хирургического стационара на сосудистой койке стационара «одного дня» с долечиванием в дневном стационаре в хирургическом отделении при стационаре или поликлинике, наряду с применением аппликации на область трофической язвы атравматических повязок Hartmann и лазеротерапии является высокоэф-

фективным и краткосрочным процессом за счет сокращения времени пребывания пациентов на госпитальной койке.

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. Оперативное вмешательство проводилось под внутривенным обезболиванием.

У 6 (4,4 %) больных из первой группы и 8 (13,8 %) из второй группы при выделении дистального сегмента БПВ над медиальной лодыжкой выявили его полную облитерацию, поэтому удаление сегмента не проводили. 16 (39,0 %) больным из первой группы и 20 (34,5 %) больным из второй выполнили удаление МПВ по Беккокку. ЭДПВ голени выполнена 25 (61 %) больным из первой группы и 38 (65,5 %) из второй вторым этапом. 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 группы составил $68,3 \pm 5,6$ дня. А средний срок лечения во второй группе больных составил $33,2 \pm 3,6$ дней.

Обсуждение результатов. Хирургическое лечение пациентов с декомпенсированными формами варикозной болезни нижних конечностей в условиях ангиохирургического стационара «одного дня» с последующим лечением в условиях ангиологического отделения поликлиники наряду с применением аппликации на область трофической язвы атравматических повязок Hartmann и лазеротерапии является высокоэффективным и краткосрочным процессом за счет сокращения времени пребывания пациентов на госпитальной койке.

Таким образом, предложенный усовершенствованный двухэтапный хирургический метод 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

Так, 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 ангиологическом отделении поликлиники под наблюдением ангиохирурга 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.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Савельев В.С., Кириенко А.И. Флебологические проблемы клинической практики // Флебология. 2007. № 1. С. 5-7.
2. Севостьянова К. С., Шевела А. И., Егоров В. А. Оптимизация принципов хирургического лечения варикозной болезни. Ангиология и сосудистая хирургия, том 15, 209 с.
3. 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.
4. Гавриленко А.В., Иванов А.А., Павлова О.В. Комплексное лечение варикозной болезни СЕАР-6 с использованием клеточных культур. Традиционные и новые направления сосудистой хирургии и ангиологии. Сборник научных работ. Выпуск 5. Челябинск. 2009. С.122-123.

5. Савельев В. С., Бецис С. Ю., Островская С. М. Оперативное лечение осложнений варикозной болезни вен нижних конечностей в амбулаторных условиях // *Амбулаторная хирургия. Стационарозамещающие технологии* № 4 (28). 2007. С. 90-91.
6. Кириенко А. И., Григорян Р.А., Золотухин И.А. Современные принципы лечения хронической венозной недостаточности. *Consilium medicum*. 2003.
7. Жуков Б.Н., Каторкин С. Е. Инновационные технологии в диагностике, лечении и медицинской реабилитации больных хронической венозной недостаточностью нижних конечностей: монография. Самара: «Самарское отделение литфонда», 2010. 384с.
8. Герасимов В.В., Герасимов В.Г., Шульга Н.В. Острый варикотромбофлебит, как предиктор тромбоза магистральных вен // *Ангиология и сосудистая хирургия*. 2009. Том 15. С. 23-25.
9. Константинова Г.Д., Кавталадзе З.А., Донская Е.Д., Радикальные операции при остром восходящем тромбофлебите у больных варикозной болезнью нижних конечностей // *Ангиология и сосудистая хирургия*. 2009. Т. 15. С. 54-56.
10. Шевченко Ю.Л., Лядов К.В., Стойко Ю.М., Соколов А.Л. Эволюция и революция в хирургическом лечении хронической венозной недостаточности нижних конечностей. V Конференция Ассоциации флебологов России. Москва, 2004. С. 134-136.
11. Жуков Б.Н., Мусиенко С.М., Мышенцев П.Н., Каторкин С.Е., Богуславский Д.Г. Хроническая венозная недостаточность (стандарты диагностики и лечения на догоспитальном этапе): методические рекомендации. Самара: «Ракс- с», 2007. 68с.
12. Жуков Б.Н., Насыров М.В., Яровенко Г.В. Комплексное лечение больных с осложненной формой варикозной болезни нижних конечностей // III Конференция Ассоциации флебологов России.: тез. докл.- Ростов н/Д, 2001. С.59-60.
13. Нерсиян Г. Ж. Качество жизни больных варикозной болезнью нижних конечностей // *Амбулаторная хирургия. Стационарозамещающие технологии*. 2007. № 4(28). С. 145-146.