

ПРИМЕНЕНИЕ СКЛЕРОЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Бирюкова Т.Е., Бунеев А.П., Новожилов А.А., Глыбин П.Г.
ОГУЗ «Ивановская областная клиническая больница»

Варикозная болезнь — одно из самых распространенных заболеваний сосудов. Около 25% женщин и 10% мужчин страдает этим заболеванием.

Значительную роль в развитии болезни играют такие факторы риска, как наследственность, избыточный вес, малоподвижный образ жизни. Вероятность развития варикоза возрастает при приеме гормональных противозачаточных средств, беременности. Все эти факторы приводят к развитию венозного застоя, поэтому больные предъявляют жалобы на вечерние отеки, боли, чувство тяжести в ногах. Могут быть покалывания и ночные судороги. С течением времени появляются варикозные расширенные вены, постоянные отеки, трофические нарушения.

Своевременно не излеченная варикозная болезнь часто осложняется тромбозом, тромбозом глубоких вен, кровотечением, длительно не заживающими трофическими язвами. Все это существенно снижает качество жизни больных. Наиболее радикальным методом лечения варикозной болезни считается хирургическое вмешательство, но операция сопровождается косметическими дефектами, длительным периодом нетрудоспособности и реабилитации. В качестве альтернативного способа часто рассматривают флебосклерозирующую терапию. Этот метод гораздо менее травматичен, обычно выполняется амбулаторно и обеспечивает хороший косметический эффект.

Суть склеротерапии заключается в том, что в результате введения в просвет варикозной вены склерозирующего препарата происходит облитерация вены. Последняя превращается в тонкий соединительнотканый тяж, а затем у большинства больных полностью рассасывается. Фармакологическим комитетом Российской Федерации разрешены к применению препараты, относящиеся к группе детергентов (фибровейн, этоксисклерол). Флебосклерозирующий эффект этих средств основан на коагуляции белков эндотелия. При правильном применении склерозирующих препаратов исключаются местные и системные тромбообразования.

Флебологи дискутируют вопрос о целесообразности комбинированного использования склеротерапии и хирургической операции, так как при флебосклерозирующем лечении исключаются недостатки традиционной венэктомии — как местные (повреждения нервов, нарушение лимфооттока, косметические дефекты кожи), так и общие (болезненный послеоперационный период, продолжительный срок нетрудоспособности и т.д.). Разумное сочетание операции и склеротерапии мо-

жет позволить достигнуть наилучших результатов в лечении больных с варикозной болезнью.

Целью настоящей работы является анализ первого опыта применения склерозирующей терапии у больных с варикозной болезнью в условиях поликлиники областной клинической больницы в период 2004—2006 гг.

За этот период нами пролечено 87 больных — женщины в возрасте от 20 до 50 лет. Во всех случаях отмечалась инициальная варикозная болезнь, то есть: отсутствовали жалобы, кроме эстетических; единственными проявлениями заболевания были локально расширенные вены до 1,5 см в диаметре при ортостазе и телеангиоэктазии; продолжительность заболевания от 3 до 10 лет.

Большинству пациенток (80%) с варикозно расширенными венами выполнялась ультразвуковая доплерография (УЗДГ) вен нижних конечностей, при этом оценивалась проходимость глубоких вен голени, состоятельность клапанов БПВ и коммуникантных вен голени и бедра (несостоятельные коммуникантные вены маркировались для исключения попадания склерозанта в глубокие вены). Таким образом, все больные были разделены на 2 группы. Первая группа (14 человек) — пациенты, которым показано оперативное вмешательство для устранения патологических венозных рефлюксов (первый этап лечения) и последующая склеротерапия (второй этап). Вторая группа (73 человека) — пациенты, которым может быть проведено флебосклеротерапия в качестве самостоятельного метода.

Из первой группы 10 больным выполнена кроссэктомия (операция Троянова), стволовая склеротерапия, эпифасциальная перевязка перфорантных вен по Коккетту. Четверем больным выполнена только операция Коккетта с последующей инъекционной терапией варикозно расширенных вен, что было продиктовано данными УЗДГ — на фоне состоятельного остиального клапана БПВ имелась недостаточность клапанов коммуникантных вен на голени.

В послеоперационном периоде у всех больных отмечался хороший косметический эффект. С третьего дня пребывания в стационаре больные были переведены на дневное пребывание в отделении. Послеоперационных осложнений мы не отметили ни у одного из больных.

Самой многочисленной (73 человека) была вторая группа пациентов, которым в амбулаторных условиях выполнялась инъекционная склеротерапия. Основными были жалобы на наличие телеангиоэктазий и ретикулярного варикоза. Этим больным производились инъекции растворами фибровейна

или этоксисклерола в различных концентрациях, что зависело от диаметра вены. Так, при диаметре вены менее 0,4 мм (телеангиоэктазии) использовались 0,2% Фибро-вейн или 0,5% Этоксисклерол, до 2 мм (ретикулярный варикоз) — 0,5% Фибро-вейн или 1% Этоксисклерол, при диаметре вены от 3 до 10 мм (притоки БПВ) использовались 0,5—1% Фибро-вейн или 2% Этоксисклерол.

Существует несколько методик пункционного склерозирования.

У больных с телеангиэктазиями инъекции проводились в положении больного лежа; при расширенных притоках подкожных вен диаметром до 5—10 мм — в вертикальном положении. После выполнения инъекции проводилось эластическое бинтование. Средние сроки эластической компрессии составили 10—12 дней после каждого сеанса (их количество варьировало от 1 до 5). У 85% больных удалось достичь хорошего клинического эффекта в виде полной облитерации телеангиоэктазий и варикозных вен. У 10% пациентов склеротерапия вызвала локальный поверхностный тромбофлебит, причиной которого стало раннее снятие эластического бинта. Применение дезагрегантов и наружной терапии (гепариновой мази)

позволило полностью купировать воспалительный процесс в срок до 1 месяца. У 5% больных отмечался минимальный эффект от склеротерапии, что можно объяснить повышенной ломкостью сосудов у пациенток старше 45 лет.

Из поздних осложнений флебосклерозирующей терапии у 30% больных наблюдалась гиперпигментация в зоне инъекции, что объясняется использованием препаратов высокой концентрации и попаданием их в подкожную клетчатку. Гиперпигментация не требует специального лечения и проходит самостоятельно в сроки от 1 до 3 месяцев. И лишь в одном случае (1,3%) в зоне инъекции образовался постинъекционный некроз кожи вследствие паравазального введения фибро-вейна.

Анализируя свой опыт применения склеротерапии больным с варикозным расширением вен нижних конечностей, мы пришли к выводу, что данный метод должен широко применяться в практике наряду с традиционными методами лечения варикозной болезни. Вследствие существенного укорочения времени пребывания больных в стационаре значительно снижаются экономические затраты на лечение данной категории больных.

ОРГАНИЗАЦИЯ УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ Г. ИВАНОВА

Варенцов Е.А., Валатин А.М.

МУЗ «Городская клиническая больница № 7», г. Иваново

В условиях реформирования первичной медико-санитарной помощи населению одной из основных задач является определение путей рациональной организации специализированных видов медицинской помощи, в том числе урологической на уровне первичного звена.

Организационно урологическая служба г. Иваново представлена амбулаторным урологическим центром и урологическим отделением на 60 коек, являющихся структурными подразделениями городской клинической больницы № 7. Объединение двух структурных подразделений на базе городской больницы преследовало цель обеспечить доступность урологической помощи, совершенствовать этапы лечебно-диагностического процесса.

Амбулаторная помощь оказывается по участковому принципу. В урологическом центре выполняется весь комплекс урологических и лечебно-диагностических исследований. Организована работа коек дневного стационара и стационара на дому. Больные, у которых выявляются онкологические, фтизиатрические, венерические заболевания направляются в соответствующие диспансеры. План посещений на количество занятых врачебных ставок выполняется на 105—107 %.

Среди причин временной утраты трудоспособности значительное место занимают мочекаменная болезнь — 35,4 % и воспалительные заболевания почек, мочевого пузыря и простаты — 27,5 %.

В городском урологическом центре проводится работа по диспансеризации больных. Основная часть пациентов — это больные с мочекаменной

болезнью — 22,3%, заболеваниями предстательной железы — 24,2%, воспалительными заболеваниями мочеполовых органов — 22%, врожденными пороками развития — 2,8%. Стационарное лечение больных проводится в урологическом отделении на 60 коек. Ежегодно отмечается высокий уровень госпитализации больных по экстренной помощи. В 2006 г. он составил 76,6%. В структуре урологической заболеваемости преобладают болезни предстательной железы — 11,2%, мочекаменная болезнь — 39,3%, злокачественные новообразования — 5%, хронический пиелонефрит — 12,9%. Удельный вес этих нозологических групп составляет более 68%.

Ежегодно в урологическом отделении выполняется 650—700 операций. Характерной особенностью хирургической работы является то, что количество операций выполненных с использованием современных эндоскопических технологий увеличилось с 7,5% в 2004 г. до 42,9% в 2006 г. В ряде случаев, в лечении больных применяются стационарозамещающие технологии.

Укомплектованность больницы врачами урологами составляет 90,7%. 64% врачей аттестованы на квалификационную категорию.

Объединение структурных подразделений на базе городской больницы позволило выработать единые методологические подходы к диагностике и лечению больных, более эффективно использовать имеющееся оборудование, обеспечить преемственность в лечении и в итоге совершенствовать оказание урологической помощи населению города.