

МЕТОДИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

¹Кафедра военно-полевой терапии ВМедФ в БГМУ,

²Белорусский государственный медицинский университет

³ГУ «432 Главный военный клинический медицинский центр ВС»

Опыт мировой практической медицины показывает, что до 40 – 60 % плановых оперативных вмешательств, проводимых в условиях стационара по поводу варикозной болезни (ВБ), можно выполнять амбулаторно [1, 2]. Сложившаяся в Республике Беларусь система оказания помощи при ВБ предполагает выполнение флебэктомии в хирургическом стационаре. Финансовые расходы на лечение таких больных значительны и, к сожалению, никем не учитываются. О проведении операций в амбулаторных условиях имеются лишь единичные сообщения [3, 4].

Цель исследования – обосновать целесообразность применения методики хирургического лечения ВБ в условиях поликлиники.

Материал и методы

Наш опыт амбулаторной помощи основывается на результатах лечения 146 больных ВБ, оперированных амбулаторно в период с 2000 по 2004гг. в 1-ой и 2-ой поликлинике г. Минска, амбулаторном центре 432 ГВКМЦ. Возраст пациентов колебался от 20 до 79 лет (ср. 45,3 г). Мужчин было 45, женщин – 101. Длительность заболевания ВБ варьировала от 6 мес. до 41 года (ср. 12,7). Клиническая картина по классификации CEAP соответствовала 2 – 4 классам хронической венозной недостаточности.

С целью дооперационной диагностики характера патологии вен нижних конечностей и определения объема оперативного пособия всем больным было проведено дуплексное сканирование (ДС) на базе отделений функциональной диагностики медицинского центра Минского тракторного завода и амбулаторного центра 432 ГВКМЦ.

Противопоказания к выполнению флебэктомии в амбулаторных условиях делили на социально-бытовые и медицинские. К первым относили проживание в однокомнатной квартире, неблагоприятный психоэмоциональный климат в семье, отсутствие лифта в многоэтажном доме и телефона и др. Ко вторым – наличие у больных сопутствующих заболеваний (сахарный диабет, артериальная гипертензия II – III ст., нарушения сердечного ритма, ишемическая болезнь сердца с недостаточностью кровообращения II Б – III ст. и др.), которые в послеоперационном периоде могли потребовать проведения экстренной инструментальной и/или лабораторной диагностики и коррекции с участием врачей-специалистов.

Предоперационное обследование и подготовка к операции не отличались от таковых при выполнении флебэктомии в стационаре. Особое внимание уделяли психологической подготовке больных к предстоящему вмешательству. В каждом конкретном случае стреми-

лись к установлению теплых и доверительных отношений с пациентом, акцентируя внимание на безопасности операции. С больным и его близкими родственниками проводили беседу по правилам послеоперационного поведения и ухода. Обучали подсчету пульса, изменению температуры тела, наложению эластичного бинта, дозированию физической нагрузки, характеру питания и обезболивающей терапии.

Вечером накануне операции больной принимал душ, производил смену нижнего белья. На ночь рекомендовали седативные препараты. В день операции пациент не завтракал, удалял волосистой покров на ноге и в паховой области и прибывал к назначенному времени в лечебное учреждение. За 30 мин до операции осуществляли премедикацию, вводя внутримышечно по 1 мл растворов 0,1%-ного атропина и 1%-ного димедрола.

Перед выполнением анестезии к больному подключали систему для внутривенного введения (венозный доступ сохраняли до завершения операции).

Контроль гемодинамики (артериальное давление, частота пульса) проводили до и по ходу хирургического вмешательства. С целью коррекции возможных ее нарушений в течение операции осуществляли инфузию кристаллоидного раствора в объеме 200 – 600 мл.

Результаты и обсуждение

На основе данных клинического обследования и ДС вен нижних конечностей устанавливали показания к оперативному лечению ВБ. Его считали необходимым в случаях:

1. Патологического изменения стволов большой и/или малой подкожной вен (МПВ) на любом уровне вследствие несостоятельности стволовых клапанов, остиальных клапанов с распространением ретроградного кровотока за их пределы, несостоятельности перфорантных вен (ПВ);

2. Варикозной трансформации притоков большой подкожной вены (БПВ) и/или МПВ диаметром более 6-7 мм.

3. При восходящем тромбофлебите с распространением патологического процесса проксимальнее нижней

трети бедра.

Флебэктомии проводили в следующей последовательности:

- 1) высокая перевязка БПВ и/или МПВ с пересечением и лигированием приустьевых притоков;
- 2) удаление стволов подкожных вен с помощью зонда и/или через отдельные разрезы;
- 3) надфасциальная перевязка несостоятельных перфорантных вен (ПВ);
- 4) удаление конгломератов расширенных вен и их притоков из доступов к ПВ или отдельных разрезов.

Доступ к приустьевому отделу БПВ осуществляли разрезом параллельно и на 1,0 – 1,5 ниже паховой складки. Маркировка сафено-фemorального соустья при дуплексном сканировании облегчала его нахождение из минимального доступа (4 – 5 см). После выделения соустья пересекали и перевязывали приустьевые притоки. Культю БПВ длиной около 0,5 см перевязывали дважды, второй раз с прошиванием.

Не считали противопоказанием для амбулаторного хирургического лечения в условиях поликлиники наличие такого осложнения варикозной болезни как восходящий тромбоз БПВ. При этой патологии старались не ограничиваться перевязкой сафено-фemorального соустья и выполнять радикальную флебэктомию. Последняя в большинстве случаев исключает возможность рецидива тромбоза.

Напротив, у пациентов в возрасте старше 70 лет объем операции ограничивали высокой перевязкой БПВ с лигированием приустьевых притоков.

Обязательным этапом радикальной флебэктомии считали устранение рефлюкса из глубокой венозной системы в поверхностную через несостоятельные ПВ. Их нахождение во время операции облегчалось дооперационным картированием при помощи дуплексного сканирования. Точность ультразвуковой диагностики несостоятельных ПВ составила 93,8.

После завершения операции больной с помощью медицинской сестры переходил в расположенную рядом с операционной палату наблюдения, где его помещали на заранее приготовленную кровать. Оперированной конечности придавали возвышенное на 15 – 20° положение (укладывали на специальную подставку).

Наблюдение за пациентами во время их нахождения в послеоперационной палате осуществляла медицинская сестра и оперирующий хирург. Сразу после окончания операции больным назначали лечебную физкультуру в постели. Раннее начало движений способствовало восстановлению функции мышечно-венозной помпы голени, что служило основой профилактики стаза и возможного развития тромбоза глубоких вен. По восстановлению мышечной активности в конечности пациентам разрешали вставать с постели и выполнять дозированную ходьбу в палате на костылях в течение 5 – 10 мин в сопровождении медицинской сестры, слегка наступая на оперированную ногу.

После полного восстановления мышечной активности конечности и при стабильном общем состоянии (через 3 – 4 ч после операции) больного санитарным транспортом поликлиники в сопровождении медицинской сестры и родственников доставляли домой.

В этот же день вечером хирург по телефону выяснял состояние больного (общее самочувствие, температуру тела, характер и выраженность болевого синдрома), да-

вал советы по периодической ходьбе, тыльной флексии стопы, приему обезболивающих средств. Из всего числа прооперированных больных только к одному пришлось выехать домой поздно вечером из-за промокания (как показалось родственникам) повязки кровью.

На следующий день после операции, обычно с 10 до 12 ч, выполняли первую перевязку, на которую пациент являлся, как правило, самостоятельно (только в 2 случаях выполнен патронаж к больному на дом). Осматривали раны, производили смену повязок. После этого выполняли эластичное бинтование конечности. Бинт накладывали от основания пальцев до верхней трети бедра.

Как показывают наблюдения, практически все больные уже начиная со дня операции, а тем более со вторых суток после оперативного вмешательства, могли свободно передвигаться по квартире, не испытывая при этом значительного дискомфорта. Постепенно объем двигательных нагрузок расширялся и к 5-7-му дню восстанавливался практически полностью.

Тактика ранней активизации оперированных больных, помимо профилактики тромботических и легочных осложнений, способствовала быстрому (в течение первых суток) опорожнению гематом, неизбежных при удалении варикозно расширенных вен, и тем самым создавала благоприятные условия для заживления ран.

С целью обезболивания в послеоперационном периоде у всех пациентов использовали ненаркотические анальгетики. Обычно для этой цели в поликлинике применяли анальгин (50%-ный по 2 мл) или баралгин 5 мл, вводимые внутримышечно перед транспортировкой больного домой. Дома рекомендовали прием таких таблетированных препаратов как баралгин, триган, диклонат. Как показали данные опроса прооперированных больных, в применении обезболивающих средств в течение 1-ых суток после операции, как и в день вмешательства, нуждались все пациенты, вторых – 50%. К 3-им суткам необходимость в обезболивании практически у всех больных отпадала. Других препаратов (антибиотики, антиагреганты и пр.) не назначали.

На 4-5-е сутки повторяли общий анализ крови. Достоверных изменений в нем, как правило, не обнаруживали.

Хороший клинический эффект достигнут у всех прооперированных. Швы снимали на 7-8 сутки.

При сравнении результатов хирургического лечения амбулаторно оперированных больных и пациентов, лечившихся стационарно, было установлено, что за счет уменьшения расходов из фонда социального страхования на оплату больничного листа и увеличения национального дохода ввиду сокращения сроков временной нетрудоспособности экономия на одного амбулаторно оперированного больного составила 741 598 белорусских рублей [5]. Кроме того, хирургическое лечение ВВ в амбулаторных условиях сопровождалось статистически достоверным ($P < 0,05$) снижением частоты послеоперационных осложнений с 35,2 до 18,4% и сроков временной нетрудоспособности с $32,2 \pm 0,8$ до $15,6 \pm 1,1$ дней [6]. Быстрое восстановление трудоспособности больных, оперированных амбулаторно, связываем с ранней активизацией их после операции. Также немаловажное, а зачастую, и решающее значение играет активная социальная позиция самих пациентов, желающих быстрее вернуться к привычной трудовой деятельности.

Немаловажно также отметить, что радикальная коррекция венозной гемодинамики на основе данных ДС, выявляющего не распознанные клинически изменения поверхностных и перфорантных вен и варианты их анатомии, обеспечила статистически достоверное ($P < 0,05$) снижение частоты рецидива с 29,6 до 10,1% [7].

Таким образом, реализация на практике методики амбулаторной хирургии ВБ позволила повысить эффективность лечения данной патологии, в частности, уменьшить его стоимость. Полученные результаты стали возможны благодаря тщательному отбору пациентов для оперативного лечения ВБ в амбулаторных условиях, а также дооперационному ультразвуковому обследованию венозной системы нижних конечностей, результаты которого и стали основой для определения тактики лечения и объема флебэктомии.

Литература

1. Савельев, В.С. Варикозная болезнь – современное состояние старой хирургической проблемы // *Анналы хирургии*. – 1999. - № 2. – С. 18 - 20.

2. Norgren, L. Various aspects of phlebology in Sweden // *Phlebologie*. - 1992. - Vol. 45, № 4. - P. 444 - 446.

3. Старосветская, И.С. Послеоперационные рецидивы варикозной болезни нижних конечностей и их лечение: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / Бел. МАПО, Минск. обл. клинич. больница – Минск, 2002. – 26 с.

4. Баешко, А.А., Попченко А.Л., Ширяева И.С. Первый опыт амбулаторного хирургического лечения первичного варикозного расширения вен нижних конечностей // *Мед. новости*. – 2001. – № 9. – С. 50 – 56.

5. Попченко, А.Л. Обоснование экономической эффективности хирургического лечения варикозной болезни в амбулаторных условиях // *Актуальные вопросы клиники, диагностики и лечения. Новые направления в медицине: Материалы междунар. конф. Минск, 18 августа, 2005 г.* / Под ред. В.Н. Бордакова – Минск: УП «Технопринт», 2005. – С. 223.

6. Дифференциация лечебной тактики при варикозном расширении вен на основе дуплексного сканирования / А.А. Баешко, А.Л. Попченко, А.П. Бирюлин, Ю.И. Рогов // *Новые технологии в медицине: диагностика, лечение, реабилитация: Материалы междунар. науч.-практ. конф. Минск, 21-22 ноября 2002 г.* / Под ред. И.С. Абельской, Л.Г. Гиткиной, А.Г. Мрочака и др. – В 2-х т. – Минск: УП «Технопринт», 2002. – Т.1. – С. 45 – 47.

7. Частота и причины рецидива варикозной болезни после флебэктомии, произведённой без дооперационного ультразвукового обследования венозного русла конечности / А.А. Баешко, А.Л. Попченко, А.П. Бирюлин, Г.В. Жук // *Ангиология и сосудистая хирургия*. – 2004.-№ 2. – Прилож. – С. 27 – 28.