

## ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОСТРОЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Сушков С.А., Небылицин Ю.С.

*УО "Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет"*

**Актуальность.** В настоящее время хроническая венозная недостаточность (ХВН) является наиболее часто встречающейся патологией сердечно-сосудистой системы [1]. Эпидемиологические исследования показывают, что ХВН наблюдается у 15-50% взрослого населения большинства стран Европы и Северной Америки [2, 3]. В 15% случаев у пациентов развиваются осложненные формы венозной недостаточности, сопровождающиеся выраженными трофическими нарушениями кожи и рецидивирующими трофическими язвами [4]. Большую угрозу представляют тромбозомболические осложнения заболеваний вен. Эпидемиологические данные указывают, что ежегодно на 10 000 пациентов хирургического профиля приходится 39 случаев тромбозомболии лёгочной артерии, 11 из которых заканчивается летальным исходом [5]. Вышеуказанные обстоятельства диктуют необходимость разработки рациональных, экономически обоснованных схем лечения пациентов с острой и хронической венозной недостаточностью. Данные обстоятельства стали предпосылкой выполнения исследовательской работы.

**Целью** исследования являлось изучение состояния организации помощи пациентам с острой и хронической венозной недостаточностью.

**Материал и методы.** В основу работы положены результаты анкетирования 105 хирургов, работающих в учреждениях здравоохранения Республики Беларусь. Из опрошенных респондентов 22 работает в поликлиниках, 83 в стационарах. Анкета включала вопросы по диагностике, методам лечения и реабилитации пациентов с острой и хронической венозной недостаточностью. Полученные данные были подвергнуты статистическому анализу, на основании которого были сделаны выводы об организации флебологической помощи данной категории пациентов.

**Результаты и обсуждение.** Среди опрошенных хирургов стаж работы до 5 лет имели 13, от 5 до 15 лет - 43 и свыше 15 лет - 49 респондентов. Обучение в постдипломном периоде проходили по флебологии 16, по сосудистой хирургии 27 специалистов. Таким образом, большинство хирургов пользуются знаниями, полученными ещё в ВУЗе или самостоятельно. Это не могло, не отразится на тактических подходах при лечении пациентов с заболеваниями вен нижних конечностей.

72 % респондентов в своей работе используют классификацию В.С. Савельева (1974 г.), 16 % классификацию, утвержденную Советом экспертов в г. Москве (2000 г.), 14 % международную классификацию CEAP.

Первичная диагностика варикозной болезни нижних конечностей проста. Диагноз устанавливается при осмотре. Однако диагностические задачи не исчерпываются только констатацией факта наличия варикозно-расширенных вен. Необходимо выяснить причины их развития, оценить характер и степень патологических

изменений в венозных сосудах и других тканях конечности. Решаются эти задачи путем использования специальных диагностических приемов и инструментальных методов. 86 (82%) из опрошенных респондентов при диагностике применяют функциональные пробы. Не используют пробы только 19 респондентов. В большинстве современных изданий авторы традиционно описывают методику проведения проб, но при этом В.С. Савельев [4] отмечает их малоинформативность и небольшую значимость на современном этапе.

Всю необходимую, объективную и точную информацию можно получить при проведении инструментальной диагностики. Наиболее информативными инструментальными методами считаются ультразвуковая диагностика и флебография. Ультразвуковые исследования своим пациентам проводят 46 (44%) респондентов. К сожалению, в большинстве случаев это доплерография а не ультразвуковое ангиосканирование, наиболее подходящее для исследования венозного русла. 52 респондентов продолжают применять реовазографию, исследование практически бесполезное при патологии вен.

Для первичной диагностики острого тромбоза глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей 100% респондентов используют клинические данные. Основными клиническими симптомами, используемые для диагностики являются отечный и болевой синдромы. Однако необходимо помнить, что указанные клинические проявления в 70-87% случаях могут давать ложный результат и только их использование недостаточно для постановки диагноза.

Исследование системы коагуляционного гемостаза имеет первостепенное значение для диагностического скрининга ТГВ. Результаты исследований показывают, что активированное парциальное тромбопластиновое время используют 60% опрошенных, протромбиновый индекс - 45%, фибриноген А - 44%, международное нормализованное отношение - 29%, активированное время рекальцификации и аутокоагуляционный тест по 7%. В целом по данным анкетирования можно сделать заключение, что при диагностике и лечении ТГВ отсутствует единый подход в оценке коагуляционного гемостаза у данной категории пациентов.

Из инструментальных методов диагностики ТГВ как основной, подтверждающих заболевание, 36 опрошенных используют реовазографию нижних конечностей, 37 - ультразвуковую доплерографию, 9 - ультразвуковое дуплексное ангиосканирование и 4 - рентгенконтрастное исследование глубокой венозной системы.

Разработка эффективных схем лечения варикозного расширения вен нижних конечностей в настоящее время является актуальной задачей. В Беларуси основным методом лечения остаётся хирургический и в последние годы все шире стали применяться склеротерапев-

тические методики. К сожалению, основными оперативными вмешательствами остаются радикальная флебэктомия, операции Линтона и Фельдера. Современные операции-минифлебэктомию, вмешательства на берцовых венах выполняют единицы, а экстравазальную коррекцию клапанов и эндоскопическую диссекцию никто из опрошенных.

Консервативное лечение не позволяет радикально излечить заболевание, но оно должно применяться в случаях, когда пациент временно отказывается от операции, а также в послеоперационном периоде. Большинство респондентов предпочитает не современные эффективные флеботоники, а троксевазин, троксерутин, эскузан. Не менее важным компонентом консервативного лечения является компрессионная терапия. 92% опрошенных хирургов рекомендуют пациентам пользоваться трикотажем, но только 14 подбирают изделие с учетом размера и класса компрессии.

При лечении пациентов с ТГВ 23 респондентов не используют прямые антикоагулянты, а 36% не осуществляют перевод на непрямые антикоагулянты. Только 51% респондентов в комплексном лечении применяет ангиопротекторы и антиагреганты. Проведение реабилитационной программы к сожалению рекомендуют не все респонденты.

Анализ исследования показал, что большинство респондентов бессистемно использует прямые и непрямые антикоагулянты, практически не применяет инструментальные методы диагностики для оценки течения пато-

логического процесса и эффективности лечения пациентов с ТГВ. Также отсутствуют четкие подходы по оценке свертывающей системы крови у этой категории пациентов.

#### **Выводы.**

1. Помощь пациентам с острой и хронической венозной недостаточностью нуждается в дальнейшем совершенствовании.

2. Необходимо шире знакомить врачей с современными методами лечения данной патологии.

3. Врачам, осуществляющим лечение этой категории пациентов, следует пройти переподготовку на циклах посвященных проблемам диагностики и лечения заболеваний периферических сосудов.

#### **Литература:**

1. Phlebology / A. A. Ramelet [et al.]. - Elsevier Masson SAS - All rights reserved, ? 2008. - 570 p.

2. De Castro Silva, M. Chronic venous insufficiency of the lower limbs and its socio-economic significance / M. De Castro Silva // Phlebology. - 1995. - Suppl. 1. - P. 23-24.

3. Jantet, G. RELIEF study: fist European consolidated data / G. Jantet // Angiology. - 2000. - Vol. 51 (4). - P. 31-37.

4. Флебология: руководство для врачей / В.С.Савельев [и др.]; под ред. В.С.Савельева. - М.: Медицина, 2001. - 664 с.

5. Заболевания вен: пер. с англ / под ред. Х. С. Фронек; под ред. И. А. Золотухина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 208 с.

## **АБДОМИНАЛЬНЫЙ СЕПСИС ПРИ ПАНКРЕАТИТЕ**

**Фомин А.В., Овсяник Д.М.**

***УО "Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет"***

**Введение.** Возрастающие частота и тяжесть течения острого панкреатита позволяют считать проблему улучшения результатов лечения данной патологии одной из значимых для неотложной абдоминальной хирургии. При остром деструктивном панкреатите развиваются жизнеугрожающие осложнения одним из которых является абдоминальный сепсис [3].

Абдоминальный сепсис - это системная воспалительная реакция организма в ответ на развитие первоначально деструктивного процесса в органах брюшной полости и/или забрюшинного пространства [2]. Абдоминальный сепсис значительно осложняет течение панкреонекроза. При инфицированных формах панкреонекроза развитие абдоминального сепсиса по данным разных авторов наблюдается от 14-35 % до 50 % [4, 5].

Летальность при панкреонекрозе особенно в стадии гнойно-септических осложнений колеблется в пределах от 12 до 85,7%. Реабилитация выживших больных крайне сложна [1].

**Цель.** Повысить эффективность диагностики и лечения больных панкреатогенным абдоминальным сепсисом.

**Материал и методы.** Проведён ретроспективный анализ результатов лечения пациентов с осложнёнными формами панкреатита находившихся на лечении в УЗ

"ВГКБСМП" в 2009г. Диагноз абдоминального сепсиса выставлялся на основании наличия критериев SIRS, данных микробиологического исследования.

**Результаты и обсуждение.** В 2009г. в УЗ "ВГКБСМП" по поводу панкреатита находилось на лечении 712 больных, из которых впервые обратились 273 (38,34%) пациента, повторно 439 (61,66%). В связи с тяжестью состояния в РАО пролечено 177 (24,86%) больных. Прооперирован 21 пациент, в 7-ми случаях выполнялась лапароскопическое вмешательство: как основная операция в 3-х случаях, у 4-х больных после лапароскопии выполнялась лапаротомия; в послеоперационном периоде 7 пациентов умерли.

При анализе установлено, что у 68 больных наблюдались осложнённые формы панкреатита. Среди осложнений у всех диагностирован панкреонекроз. В чистом виде панкреонекроз был у 21% пациентов, его сочетание с парапанкреатитом отмечалось в 29% случаев, сочетание панкреонекроза с парапанкреатитом и оментобурситом у 10% больных

Примечание: Парапанкреатит-а, оментобурсит-б, параколит-с, паранефрит-d, параспленит-е, панкреонекроз-р, перитонит-f, множественные межкишечные абсцессы-k, оментит-l, нагноившееся киста-m, эрозия тканей селезёнки-n.