Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Ярославский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

На правах рукописи

ПЕЛЕВИН Андрей Викторович

ВОЗМОЖНОСТИ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОГО ПОДХОДА ПРИ АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

3.1.9. Хирургия

ДИССЕРТАЦИЯ
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук, доцент
ГУЖКОВ Олег Николаевич

Ярославль — 2021

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ 6
Глава 1. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ 14
1.1 Эпидемиология и медико-социальная значимость варикозной болезни нижних конечностей 14
1.2 Современные подходы к использованию малоинвазивных методов хирургического лечения варикозной болезни нижних конечностей 15
1.3 Пациент в периоперационном периоде: факторы, определяющие результативность помощи 23
1.4 Медико-организационные технологии работы с пациентами в периоперационном периоде 27
Глава 2. ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ 31
2.1 Характеристика клинических наблюдений 31
2.2 Методы исследования 38
Глава 3. СТРУКТУРА И ЧАСТОТА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ 55
3.1 Эпидемиологический анализ распространенности варикозной болезни нижних конечностей в популяции женщин Ивановской области, оценка потребности в хирургической коррекции данной патологии на основе малоинвазивных технологий 55
3.2 Профиль пациента с варикозной болезнью нижней конечности, получивших амбулаторную малоинвазивную хирургическую помощь по лечебно-косметическим показаниям в клинике «одного дня» 58
3.3 Анализ состояния подготовленности пациенток с варикозной болезнью нижних конечностей к успешному прохождению периоперационного периода 65

3.4 Анализ периоперационной динамики качества жизни пациенток, проходивших эндовазальную лазерную облитерацию по поводу варикозной болезни нижних конечностей 67
3.5 Анализ периоперационной динамики медицинской информированности и комплаентности пациенток, проходивших эндовазальную лазерную облитерацию по поводу варикозной болезни нижних конечностей 68
Глава 4. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОРГАНИЗАЦИИ И ОКАЗАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ФАКТОРЫ, ИХ ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ 73
4.1 Результаты анализа качества организации хирургической помощи пациенткам с варикозной болезнью нижних конечностей 73
4.2 Результаты оценки качества оказания хирургической помощи пациенткам с варикозной болезнью нижних конечностей 75
4.3 Результаты оценки результативности хирургической помощи пациенткам с варикозной болезнью нижних конечностей и факторы, ее определяющие 79
4.4 Удовлетворенность пациенток с варикозной болезнью нижних конечностей оказанной амбулаторной хирургической помощью по технологии эндовазальной лазерной облитерации в «клинике одного дня»..... 86
Глава 5. ТЕХНОЛОГИЯ И ОЦЕНКА КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ..... 91
5.1 Организационная основа внедрения технологии клинико-организационного проектирования хирургической помощи женщинам с варикозной болезнью нижних конечностей по принципу «клиники одного дня» 91
5.2 Характеристика клинико-организационного проектирования хирургической помощи женщинам с варикозной болезнью нижних конечностей 92

5.3 Оценка эффективности внедрения технологии медико-организационного проектирования процессов подготовки и выполнения малоинвазивных операций по поводу варикозной болезни нижних конечностей в условиях клиники «одного дня» 99
ЗАКЛЮЧЕНИЕ 108
Перспективы дальнейшей разработки темы 117
ВЫВОДЫ 118
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ 118
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ 120
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ 121
ПРИЛОЖЕНИЯ 147
Приложение 1. Шкала оценки функционального класса хронической венозной недостаточности 147
Приложение 2. Шкала снижения трудоспособности при хронической венозной недостаточности 149
Приложение 3. Оценка качества жизни пациента с хронической венозной недостаточностью 150
Приложение 4. Анкета «Карта исследования медико-социальных характеристик пациентов с хронической венозной недостаточностью, их подготовленности к оперативному вмешательству, комплаентности и удовлетворенности оказанной помощью» 152
Приложение 5. Текст опросника ЛОБИ (отношения к болезни) 155
Приложение 6. Текст опросника «Уровень субъективного контроля» 161
Приложение 7. Шкала ситуативной тревожности 163
Приложение 8. Шкала личной тревожности 164
Приложение 9. Карта «Комплаентность пациенток при оказании хирургической помощи» 165
Приложение 9А. Сводная карта регистрации результатов психологического тестирования 167

Приложение 10. Методика количественной оценки подготовленности пациенток к хирургическому лечению варикозной болезни нижней конечности 165
Приложение 11. Карта экспертной оценки качества организации и оказания хирургической помощи женщинам с варикозной болезнью нижней конечности 169
Приложение 12. Модель конечных результатов лечения больных с хронической венозной недостаточностью в условиях частной клиники 172
Приложение 13. Карта оценки результативности хирургической помощи пациентам с хронической венозной недостаточностью..... 173

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность научного исследования

Хронические заболевания вен (ХЗВ) считаются одной из самых распространенных патологий. Различные её формы можно обнаружить более чем у половины населения развитых стран [173, 192, 195, 213, 218]. К сожалению, значительного улучшения сложившейся ситуации пока не просматривается. Более того, первые признаки венозного рефлюкса стали выявляться уже у лиц в возрасте до 15 лет [18, 39, 85].

Столь высокая частота заболевания привела к необходимости постоянного совершенствования методов специализированной помощи данному контингенту больных. И прогресс в этом направлении очевиден. В настоящее время в клиническую практику активно внедряются малоинвазивные технологии, которые позволяют сократить период нетрудоспособности и улучшить эстетический результат без снижения степени радикализма оперативного пособия [50, 90, 101, 116, 154].

Появилась возможность выполнять хирургическое вмешательство в амбулаторных условиях без госпитализации пациента в стационар. Удельный вес операций при варикозной болезни нижних конечностей (ВБНК) в амбулаторных условиях может достигать 70–80 % [63, 83].

Среди спектра современных технологий одним из ведущих методов является эндовазальная лазерная облитерация (ЭВЛО) [31, 126, 156]. Ее применение позволяет выполнить радикальную операцию без дополнительных кожных разрезов [35, 62, 66, 76, 82, 124, 145].

Вместе с тем конечный результат в ближайшем и отдалённом периоде не всегда может считаться удовлетворительным, особенно без учета социальной составляющей [8, 49, 65, 86, 140]. Клиническая значимость вмешательства возрастает по мере совершенствования критериев, характеризующих качество жизни (КЖ) пациентов [20, 35, 40]. В этом плане многосторонний анализ социальных факто-

ров в конкретной клинической ситуации, безусловно, будет способствовать повышению эффективности оперативного пособия. Одним из методов реализации данного направления является применение персонализированного подхода при определении показаний к оперативному вмешательству и выбору его объема. Однако на сегодняшний день исчерпывающий ответ пока не найден, что и определяет актуальность настоящего исследования.

Степень разработанности проблемы

Эффективность конечного результата при лечении патологии, в том числе и хирургической, слагается из медицинского и социального компонентов. Подобный постулат приобретает особую клиническую значимость у пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей, и в первую очередь у женщин. Это связано, прежде всего, с повышенными требованиями к эстетической составляющей после перенесенной операции, которая самым непосредственным образом влияет на качество жизни пациента. Если с медицинской точки зрения эта проблема изучена достаточно полно и, по-видимому, не требует дальнейшей клинической проработки, то социальная компонента, к сожалению, в большинстве случаев остается без внимания. В результате эффективность оперативного пособия, как правило, снижается. Устранение сложившейся диспропорции возможно при внедрении в клиническую практику персонализированного подхода, который позволяет принимать оптимальные решения в конкретной клинической ситуации. Однако исследования в этом направлении практически отсутствуют. Все это свидетельствует о недостаточной разработанности данной проблемы и правомочности дальнейших исследований в этой области хирургии.

Цель исследования — улучшение результатов лечения пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей путем внедрения персонализированного подхода при оказании амбулаторной хирургической помощи.

Задачи научного исследования

1. Изучить заболеваемость болезнями сосудов нижних конечностей, включая распространенность варикозного расширения вен.
2. Установить ближайшие и отдаленные результаты эндовазальной лазерной облитерации, выполненной в амбулаторных условиях.
3. Определить структуру и вклад медико-социальных факторов в достижение результатов хирургического пособия.
4. Исследовать клиническую значимость персонализированного подхода при выполнении эндовазальной лазерной облитерации у пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей.
5. Разработать, исследовать и внедрить технологию клинико-организационного проектирования и мониторинга при хирургическом лечении варикозной болезни нижних конечностей, оценить ее клинико-социальную эффективность.

Научная новизна исследования

1. Установлен рост заболеваемости болезнями сосудов нижних конечностей, включая варикозное расширение вен. Впервые оценены предпочтения пациентов в отношении лечения в медицинских организациях государственного и негосударственного сектора.
2. Установлена значимость исходного состояния пациентов, функционального класса хронического заболевания вен на ближайшие и отдаленные результаты эндовазальной лазерной облитерации.
3. Выявлены медико-социальные и психологические факторы, влияющие на качество жизни пациентов в ближайший и отдаленные периоды после эндовазальной лазерной облитерации. Установлено, что их значимость определяется исходной степенью декомпенсации варикозной болезни нижних конечностей.
4. Определены возможности персонализированного подхода при хирургическом лечении варикозной болезни нижних конечностей на основе степени комплаентности пациентов, их медицинской информированности и эстетиче-

ского профиля. Установлено их влияние на клиническую результативность оперативного пособия.

5. Определены клиническая значимость клинико-организационного проектирования и его мониторинга в усовершенствовании хирургической помощи.

Практическая значимость исследования

1. Прослежены ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения варикозной болезни нижних конечностей в амбулаторных условиях, что дает дополнительную информацию о значимости факторов исходного состояния пациента.
2. Выявлены организационные моменты, оказывающие непосредственное влияние на неудовлетворительные результаты лечения больных после эндовазальной лазерной облитерации, что позволило определить наиболее значимые позиции совершенствования помощи.
3. Определена структура и частота медико-социальных факторов и их влияние на клиническую результативность оперативного пособия при выполнении эндовазальной лазерной облитерации, что имеет практическую значимость для определения клинического прогноза, а также клинико-организационного проектирования хирургического вмешательства.
4. Разработаны принципы усовершенствования хирургической помощи пациентам с варикозной болезнью нижних конечностей в условиях частно-государственного партнерства, позволяющие установить роль негосударственных медицинских организации в обеспечении потребности пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей в хирургической помощи, при этом, обеспечить преемственность и единый методический подход через введение системы единого мониторинга и единого информационного портала для пациентов.
5. Предложенный для практического здравоохранения подход по формированию городской системы организации медицинской помощи пациентам с ВБНК по фасетному принципу, а также алгоритм организации и проведения клинико-организационного проектирования процессов выполнения ЭВЛО в

условиях хирургической клиники «одного дня» показал на базе медицинских организаций г. Иваново достоверно значимые положительные изменения в качестве жизни и удовлетворенности пациентов, наиболее быстрое клиническое восстановление пациенток, что позволяет рекомендовать их для использования и в других регионах страны.

Методология и методы исследования

Методология диссертационного исследования была выработана путем оценки актуальности и степени разработанности темы, основанной на изучении литературных и статистических данных. Планирование научной работы включало в себя определение объектов исследования, цели, задач, а также перечня современных методов диагностики, лечения и статистической обработки результатов.

Информационно-методическую основу исследования составили клинические наблюдения и специально проведенные исследования у пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей, оперированных по принципу «хирургии одного дня» на базе ООО «Клиника на Кокуе», ОБУЗ «Городская клиническая больница № 4» г. Иваново. В ходе ретроспективного анализа проведено изучение субъективных (на основании жалоб пациентов) и объективных (выявленных при осмотре) симптомов хронической венозной недостаточности, а также специальные методы исследования: ультразвуковое ангиосканирование с цветным картированием кровотока, реовазография, измерение площади трофической язвы. Для оценки качества жизни больных использовался опросник CIVIQ. Особенностью исследования явилось использование социально-гигиенических методов: социологического опроса, психологического тестирования, экспертного. Статистический анализ и математическая обработка результатов проведена с помощью современных компьютерных технологий и с использованием принципов доказательной медицины.

Основные положения, выносимые на защиту

1. За последние пять лет в Ивановской области отмечается рост заболеваемости сосудов нижних конечностей. Частота варикозного расширения вен превышает 47 на 100 осмотренных пациентов. Желание получить хирургическое лечение в негосударственном секторе здравоохранения выражают 9,8 % больных.
2. В 85,0 % случаев пациенты с варикозной болезнью нижних конечностей, поступивших на хирургическое лечение, имеют недостаточную степень информационной подготовленности. Их информационный, клинический и психологический уровень составляет 65,0–89,0 % от должного и непосредственным образом влияет на формирование удовлетворенности пациента от проведенного хирургического вмешательства.
3. Персонализированный подход в амбулаторной хирургической флебологии способствует совершенствованию хирургической помощи. При эндовазальной лазерной облитерации это сопровождается улучшением качества жизни пациентов с 87,6 до 96,0 % ($p < 0,05$) и уменьшением патологических рефлюксов с 93,9 до 97,0 % ($p < 0,05$).

Степень достоверности и апробация результатов

Достоверность полученных результатов обусловлена достаточным объемом фактического материала, применением адекватных и доказательных методов исследования. Использованы современные методы статистического анализа. Полученные данные документированы таблицами. На основании полученных результатов сформулированы выводы и практические рекомендации.

Основные положения диссертации нашли применение в практической деятельности хирургической службы ОБУЗ «Городская клиническая больница № 4» г. Иваново, ГАУЗ ЯО «Клиническая больница № 9» г. Ярославля. Результаты исследования, методические приемы, описанные в диссертации в части организации работы с пациентками, внедрены и используются при проведении учебного про-

цесса со студентами 4-го, 5-го, 6-го курсов лечебного и педиатрического факультетов, интернами и клиническими ординаторами ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России, а также в учебном процессе кафедры хирургии ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России.

Основные положения работы доложены и обсуждены на научно-практической конференции «Современный пациент-ориентированный подход к лечению варикозной болезни нижних конечностей» (Ярославль, 2016); Первой межрегиональной научно-практической конференции «Возможности диагностики и лечения заболеваний сосудов — современный взгляд и шаг в будущее» (Иваново, 2017); 7-й межрегиональной научно-практической конференции «Возможности диагностики и лечения заболеваний сосудов — современный взгляд и шаг в будущее» (Нижний Новгород, 2017). 12-й научно-практической конференции «Актуальные вопросы флебологии» (Рязань, 2018); 2-й межрегиональной научно-практической конференции «Возможности диагностики и лечения заболеваний сосудов — современный взгляд и шаг в будущее» (Иваново, 2018).

Степень достоверности результатов исследования основывается на репрезентативности выборки, обоснованности ее размера, использовании адекватных валидных методов исследования, статистической обработке полученных данных, а также прикладных компьютерных программ.

Личный вклад автора

Личный вклад автора заключается в непосредственном выполнении всех этапов работы: выполнен анализ современной научной литературы, самостоятельно собран фактический материал, проведены клинические исследования, произведена статистическая обработка и анализ полученных данных, их систематизация и интерпретация, подготовлены публикации, сделаны доклады по материалам, полученным в процессе проведения исследования.

Публикации

По результатам исследования опубликовано 9 научных работ, в том числе 5 — в журналах, включенных в Перечень рецензируемых научных изданий, рекомендованных ВАК Минобрнауки России.

Объем и структура диссертации

Диссертация выполнена печатным способом с использованием компьютера и принтера на одной стороне листа белой бумаги одного сорта формата А4 (210х297 мм) через полтора интервала и размером шрифта 14 пунктов. Объём диссертации составляет 173 страницы машинописного текста. Она состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы и приложений. Работа иллюстрирована 29 рисунками и 24 таблицами. Список литературы включает 226 источников, в том числе 164 отечественных и 62 иностранных.

Работа выполнена в соответствии с планом научных исследований федерального государственного образовательного учреждения высшего образования «Ярославский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, № государственной регистрации АААА-А20-120120290090-0.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Научные положения диссертации соответствуют паспорту специальности 3.1.9. Хирургия.

Глава 1. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

1.1 Эпидемиология и медико-социальная значимость варикозной болезни нижних конечностей

Варикозная болезнь нижних конечностей представляет собой одну из важнейших проблем современного здравоохранения. Заболевание характеризуется высокой распространенностью. Так, в США и странах Западной Европы около 25 % населения страдает различными формами варикозной болезни [168, 170, 174, 210]. В России — более 35 миллионов, из них до 35 % — трудоспособное население, более 50 % людей пожилого и старческого возраста. В развитых странах Запада (США, Германия, Англия и др.) ежегодный прирост случаев данного заболевания составляет 2 % среди мужского населения и 2,6 % — среди женского [214, 222, 234, 235]. Осложненные формы ВБНК регистрируются у каждого четвертого больного. Клинические проявления (боли, судороги, отеки), тяжесть осложнений на поздних стадиях заболевания и косметические недостатки, присущие ВБНК, существенно снижают КЖ пациентов [213, 220]. По данным Международного союза флебологов и российских эпидемиологических исследований, ВНБК является одним из самых распространенных заболеваний. У 10–12 % пациентов осложнения заболевания вызывают временную утрату трудоспособности, а у 1–3 % ежегодно отмечается стойкая потеря трудоспособности, приводящая к инвалидизации лиц наиболее трудоспособного возраста [212, 215]. Исследования, проведенные в Сан Диего, свидетельствуют о частом поражении данной патологией европейцев по сравнению с темнокожими выходцами из Азии [178]. В общей структуре хирургических заболеваний ВНБК составляет около 5 %, среди болезней периферических сосудов —

от 10 до 40 %. По данным разных авторов, ВНБК встречается в 25 % случаев, причем у женщин гораздо чаще [2, 30, 45, 78]. Хронические заболевания вен нижних конечностей достаточно распространены у работников промышленных предприятий г. Москвы, их распространенность составляет 67,5 % — среди женщин и 50,4 % — среди мужчин, причем отмечается увеличение их частоты с возрастом [13, 21, 41, 56, 77]. В 70 лет заболевание встречается в 6–10 раз чаще, чем в возрасте 30 лет [14, 23, 32, 55]. Исследования, проводимые в промышленных районах США, выявили, что у 50 % больных с ВНБК возраст старше 55 лет [175, 180, 189].

Предрасполагающие факторы риска развития ВНБК носят врожденный характер, они, как правило, не подлежат коррекции и являются тем фоном, на котором при определенных условиях формируется варикозная трансформация. Среди них следует выделить конституционные (анатомические) факторы или наследственные особенности строения соединительной ткани стенки вен [10, 15, 110]. Результаты исследований европейских ученых показали, что наследственность, как фактор риска развития варикозной болезни, выявлена у 38 % обследованных по материнской линии, у 8 % — по отцовской и у 6 % — по обоим родителям [16, 17]. Одним из основных контраргументов наличия генетической предрасположенности служит различная частота возникновения варикозной болезни у этнических африканцев и их соплеменников, эмигрировавших в США и страны Западной Европы. При этом по сравнению с оседлыми сородичами, частота варикозной болезни у которых не превышает 0,5 %, у эмигрантов отмечается достоверный прирост заболеваемости до 10–20 %. В связи с этим очевиден вывод о превалировании в патогенезе ВНБК факторов окружающей среды, особенностей образа жизни и питания [16, 169, 188].

1.2 Современные подходы к использованию малоинвазивных методов хирургического лечения варикозной болезни нижних конечностей

Клиническая картина ВБНК чрезвычайно многообразна и обусловливает возникновение широкого спектра жалоб: от изолированного ощущения тяжести [33] в ногах или появления косметических дефектов на ноге в виде сетчатого со-

судистого рисунка до стойкого отека конечностей с гиперпигментацией кожи и образованием трофических язв, сопровождающихся стойким болевым синдромом [34, 45, 214]. У большинства пациентов на фоне быстрой утомляемости ног, появления в них чувства тяжести, кожного зуда, жара появляются флебэктазы, являющиеся косметическими дефектами, которые наиболее часто возникают по наружной поверхности бедра, голенях, особенно в зоне медиальной лодыжки. Наиболее характерный признак ВБНК — появление на нижних конечностях специфических изменений подкожных вен в виде выбухания, извитости отдельных участков, образование характерных узлов — «вариксов» [113, 123].

Современное лечение ВБНК предусматривает топическую диагностику для лечебных манипуляций с использованием малоинвазивных методов [11, 26, 37, 46, 52, 63, 123]. Основной задачей лечения ВБНК является устранение гемодинамических нарушений, возникших при развитии заболевания и приведших к проявлению варикозного синдрома, устранение которого — вторая по важности задача лечения. Оценивая патологическую венозную гемодинамику поверхностной системы вен ног при ультразвуковом сканировании, необходимо определить основной механизм заболевания и устранить его во время оперативного вмешательства. Второстепенные проявления варикозного синдрома могут быть ликвидированы более щадящими методиками (флебосклерозирование) в послеоперационном периоде. Использование малоинвазивных техник позволяет проводить лечение в условиях стационара одного дня с минимальной травмой для пациентов, сократить сроки нетрудоспособности, свести к минимуму риск осложнений и долю побочных эффектов [11, 26, 37].

Несмотря на совершенствование медицинских технологий, проблема качественной диагностики и грамотного лечения пациентов с ВБНК сегодня чрезвычайно актуальна [10, 25, 35, 49, 54, 57, 61, 120], поскольку имеет, кроме медицинского, важное социальное значение. Конкуренция за больничные койки, высокая потребность в хирургическом лечении варикозного расширения вен и экономическая составляющая стимулируют разработку методик, позволяющих оперировать максимальное число больных, не создавая дополнительной нагрузки на коечный фонд.

Консервативное лечение показано пациентам, имеющим противопоказания к оперативному лечению: по общему состоянию, при незначительном расширении вен, при отказе от оперативного лечения [54, 69, 120]. Медикаментозная терапия включает применение эффективных доз пероральных флеботоников (детралекс, троксевазин и др.), компрессионная терапия подразумевает ношение компрессионного трикотажа (эластическое бинтование нижних конечностей, ношение эластических чулок, колгот), местное лечение (применение местных флеботонических препаратов). Больным также рекомендуют выполнять комплекс упражнений для активизации мышечно-венозной помпы, лечебную физкультуру [12, 35, 38, 42, 46, 73, 80].

Наиболее радикальным и эффективным методом лечения ВНБК по праву считается хирургическое вмешательство [1, 3, 7, 9, 100, 124]. В настоящее время разнообразные методики хирургического лечения остаются одним из эффективных инструментов в борьбе с варикозной болезнью. Своевременно выполненная операция позволяет не только устранить все проявления варикоза, но и предупредить развитие опасных осложнений этого заболевания. Хирургическая перевязка и пересечение варикозно расширенных вен на протяжении столетия считались общепринятым лечением, но за прошлое десятилетие все больше набирают популярность эндовенозные тепловые и химические методы абляции [3, 56, 73, 80, 126].

За последние годы заметные успехи в лечении ВБНК и ее осложнений достигнуты с внедрением в хирургическую практику методик мини-инвазивных эндовазальных методов лечения, в связи с чем установилась тенденция переноса плановых, с минимальной степенью риска оперативных вмешательств в амбулаторные условия. Не стали исключением операции флебологического профиля [1, 16, 45]. Есть мнение, что минимум 75 % всех операций могут выполняться амбулаторно [20]. В этой связи особенно впечатляет динамика числа амбулаторных операций, осуществленных в США. Если в 1981 г. в этой стране амбулаторные вмешательства составляли примерно 20 % от всех выполненных операций [179, 220, 225], то через 20 лет, в 2001 г., уже более 60 % оперативных вмешательств осуществлялись амбулаторно [220, 226, 227]. На сегодняшний день этот показа-

тель приближается к 90 % [21]. Тем не менее увеличение количества и разнообразия оперативных вмешательств вне стационара неизбежно приводит к появлению группы так называемых промежуточных пациентов, которым можно оказывать хирургическую помощь как в амбулаторных условиях, так и в стационаре [26, 27, 50, 63, 70, 82]. Грамотный индивидуальный подход к каждому больному с оценкой степени периоперационных рисков по-прежнему остается важнейшим слагаемым врачебного мастерства.

Основы современной амбулаторной хирургии заложил James Nicoll (1864–1921) в начале XX в. в Глазго (Шотландия). В 1909 г. он опубликовал работу, в которой был обобщен опыт более 7 тыс. амбулаторных вмешательств за 10 лет [29]. Однако в силу инертности мышления врачей того времени, а также прочих обстоятельств его пример не оказал должного влияния на развитие амбулаторной хирургии в первой половине прошлого столетия. И только к концу XX в. ситуация постепенно начала меняться, а за последние 20 лет мы стали свидетелями бурного развития амбулаторной хирургии. Это обусловлено двумя обстоятельствами: появлением новых безопасных методов анестезии и развитием современной хирургической техники. В настоящее время амбулаторная хирургия — это высококачественная, безопасная и экономически выгодная организационная форма лечения, в высшей степени удовлетворяющая как пациентов, так и саму сферу здравоохранения [3, 7, 19, 20, 61].

Стала развиваться «хирургия одного дня» — эстетическая хирургия на высоком профессиональном уровне, ориентированная на благоприятный исход, возвращение пациента в день операции домой, реабилитацию европейского качества [7, 26, 77]. Хирургическое лечение ВБНК в режиме «хирургии одного дня» в центрах амбулаторной (ЦАХ) и специализированной (ЦСХ) хирургии можно осуществить у большинства пациентов с неосложненными формами этой патологии.

Существует целый ряд преимуществ хирургического лечения в амбулаторных условиях [23, 45, 68, 79, 100]. Эти преимущества имеют высокий приоритет как для конкретного больного, так и для системы здравоохранения в целом. В частности, больные, оперируемые в амбулаторном порядке, имеют гораздо меньший

риск приобретения послеоперационных инфекционных осложнений, т. к. в амбулаторном звене отсутствует проблема госпитальной инфекции. Количество выполненных в амбулаторных хирургических центрах манипуляций и оперативных вмешательств в разных странах колеблется от 10 (Польша) до 90 % (США и Канада) [220, 215, 216, 217, 220, 221]. В России центры амбулаторной хирургии получили распространение только в последние 15–20 лет и в основном в крупных региональных центрах. Современное хирургическое лечение ХЗВ нижних конечностей в амбулаторных условиях началось с появления современных методов склерооблитерации. Справедливо будет начать отсчет этого этапа с появления в 1946 г. натрия тетрадецилсульфата — первого реально безопасного препарата, лишенного многих побочных действий. Становление компрессионной склеротерапии во многом обязано работам известного ирландского флеболога профессора W. G. Fegan, определившего в 1960-х гг. основные принципы этого метода [223]. Опыт развития хирургии вен свидетельствует, что в реальности только динамическое наблюдение за прооперированным пациентом может гарантировать отсутствие рецидивов заболевания.

К основным осложнениям современных методов лечения относятся: аллергические реакции, ожог кожи, гиперпигментация, парестезия, поверхностный тромбофлебит, тромбоз глубоких вен, возникновение гематом, рецидив заболевания [23, 33, 41, 55].

Бурное развитие хирургической техники в XX в. и частые неудовлетворительные результаты склеротерапии способствовали развитию и внедрению в практику физических способов альтерации вены с целью облитерации ее просвета [123, 125, 200]. Настоящий переворот произошел на рубеже веков с появлением методов радиочастотной и лазерной облитерации (ЭВЛО). В 1990-х гг. ЭВЛО наряду с радиочастотной облитерацией стали, по сути, первыми методами, созданными специально для амбулаторной хирургии. ЭВЛО идеально подходит именно для офисной хирургии. Важное его достоинство — отсутствие необходимости выполнения разреза в паховой области. Это полностью снимает риск такого грозного осложнения, как послеоперационное кровотечение. Учитывая, что ЭВЛО

выполняется под местной (тумесцентной) анестезией, пациента можно активизировать сразу же после вмешательства. Как известно, лучший способ профилактики большинства послеоперационных осложнений — ранняя активизация больного [33, 46, 54, 63, 111]. В мае 2011 г. опубликованы клинические указания Американского венозного форума по лечению ВБНК, где из-за сокращения послеоперационного восстановительного периода и уменьшения болевого синдрома эндовенозная термооблитерация более рекомендована для устранения несостоятельности подкожных вен, чем комбинированная флебэктомия [221, 225]. Наиболее деликатным на сегодняшний день методом обработки перфорантных вен стала пункционная лазерная облитерация. Данная технология может быть многократно применена у одного и того же пациента даже в пределах одной анатомической области [13, 16, 18, 30, 53, 80]. Метод зарекомендовал себя как малотравматичный и косметически безупречный, к тому же он лишен многих специфических рисков и осложнений, характерных для классической флебэктомии [20, 41, 50, 75, 80]. Все вышеперечисленное открыло широкую дорогу ЭВЛО в практику амбулаторных хирургов.

Все малоинвазивные методы устранения рефлюкса (ЭВЛО и склеротерапия) могут вызвать достаточно неприятные ощущения при явлениях флебита, неизбежного в послеоперационном периоде. Эти флебитические проявления, развивающиеся в сроки 4–7 дней после вмешательства, неминуемо могут ухудшить КЖ пациента и свести на нет все достоинства малой инвазивности данных технологий [29, 47, 56, 74, 83, 97, 104].

Все способы хирургического лечения, применяемые в амбулаторных условиях, должны удовлетворять следующим требованиям: а) они должны нести минимальный риск развития общих и местных осложнений, таких как тромбоз глубоких вен, повреждение сосудов и нервов, некроз тканей и др.; б) обеспечивать максимальную эффективность и надежность при устранении пораженных вен; в) малая травматичность должна сочетаться с высокой косметичностью вмешательств; г) техника вмешательства не должна быть чрезмерно сложной, а сама операция длиться не более одного часа; д) через два-три часа после вмешательст-

ва больной не должен ощущать выраженной боли и иметь системных нарушений (тошнота, головокружение и т. п.) [23, 39, 40, 50, 73, 90, 114]. Для удовлетворения всех этих требований в основу оптимизации флебологической помощи была заложена совокупность определенных этапов в реализации данной программы: отбор больных на хирургическое лечение в амбулаторных условиях, выбор и обоснование хирургической тактики при различных анатомических особенностях венозной системы и характера нарушений [123, 130].

Имеются преимущества использования лазерного метода лечения [20, 32, 54, 63, 87, 92]:

1. Разреза не требуется. Под местной анестезией новокаином проводят прокол вены специальной иглой, через которую проводится световод. Осуществляется непрерывный контроль положения световода с помощью ультразвукого сканера.
2. Болевые ощущения сведены к минимуму.
3. Лазерную облитерацию можно выполнять сразу на обеих ногах.
4. Сразу после процедуры пациент может идти домой. Трудоспособность не нарушается, требуется лишь соблюдение режима ношения компрессионных чулок.
5. Отличный косметический результат. После лазерного лечения следов на коже не остается, очень редко бывает гиперпигментация кожи, которая исчезает через два-три месяца.

Механизм ЭВЛО состоит в следующем: в результате поглощения гемоглобином энергии лазера и переводом ее в тепло разрушаются эритроциты и образуются микропузырьки пара с температурой, близкой к 100 ºС. Этот эффект, известный как вапоризация, является физической основой лазерного «закрытия вен». Под действием высокой температуры разрушается эндотелий вены, обнажается субэндотелиальная мембрана, которая является поверхностью с высокоадгезивными свойствами. Кроме этого, в зоне лазерного воздействия образуется плотный, быстро организующийся тромб. Оба этих процесса и приводят к тромбированию ствола и притоков большой подкожной вены (БПВ) [2].

В Национальном медико-хирургическом центре им. Н. И. Пирогова в течение последних 10 лет активно развивается амбулаторное направление в лечении ХЗВ нижних конечностей. За последние годы накопленный опыт позволил разработать свой алгоритм оказания помощи таким пациентам, который прекрасно себя зарекомендовал и не только разгрузил стационар, но и позволил 80 % больных получать хирургическое лечение в амбулаторных условиях с отсутствием клинически значимых рецидивов заболевания у 97 % с момента выполнения вмешательства до настоящего времени [23].

Для оптимизации лечебной тактики в НМХЦ им. Н. И. Пирогова использованы следующие критерии отбора больных на хирургическое лечение в условиях стационара одного дня [23]: общемедицинский, хирургический и социальный. Общемедицинский критерий включал в себя общую оценку физического статуса пациента. Для этих целей использовалась классификация ASA (American Society of Anesthesiology). Больной, которого можно оперировать в условиях стационара одного дня, должен иметь оценку по ASA не выше второго класса. Возраст амбулаторного пациента, как правило, не должен превышать 65 лет, хотя возможны индивидуальные исключения. Больной не должен страдать ожирением выше 2-й степени, т. к. 3-я и 4-я его степени существенно увеличивают риски вмешательства. Кроме того, не вызывает сомнения, что нестабильный или прогрессирующий характер течения сопутствующей патологии всегда должен быть поводом для отказа в амбулаторной хирургической операции. Сюда же следует отнести психические заболевания и расстройства, которые способны сделать пациента опасным как для самого себя, так и для окружающих.

Хирургический критерий отбора больных включал местные факторы, имеющие принципиальное значение по время выполнения операции, способные повлиять на ее ход и продолжительность. Из таких факторов первостепенное значение имеет диаметр магистральной подкожной вены. Так, чем больше этот диаметр, тем выше риск реканализации после использования эндовенозных методов облитерации. Помимо этого, значительный калибр и количество варикозно-расширенных притоков может потребовать анестезиологического сопровождения,

которое невозможно или сложно создать в амбулаторных условиях. Варианты анатомического строения подкожной венозной сети, такие, например, как образование S-типа расположения БПВ тотчас книзу сафено-феморального соустья, могут потребовать расширенной мини-флебэктомии. Кроме того, эндовенозная термооблитерация магистральных подкожных стволов неизбежно приводит к возникновению в подкожной клетчатке значительной массы некротизированной ткани. Это в свою очередь сопровождается усилением болевого синдрома в послеоперационном периоде, что неблагоприятно сказывается на качестве жизни таких пациентов [14, 56, 71]. Социальный критерий отбора больных заключал в себе прежде всего их социально-психологический статус. Под ним понимается целый комплекс общественных отношений пациента, его социального положения и психологических установок. Так, низкий уровень образования и социального положения может привести к неправильному поведению больного в послеоперационном периоде и послужить причиной развития осложнений [123].

Таким образом, при лечении лиц с ВБНК должен использоваться индивидуальный подход с применением новых технологий с учетом их патогенетической обоснованности, радикальности, малой травматичности, косметичности и безопасности.

1.3 Пациент в периоперационном периоде: факторы, определяющие результативность помощи

Забота о человеке, его здоровье относилась к государственным приоритетам в советское время и продолжает оставаться ведущей темой политического и научного обсуждения в условиях развития рынка медицинских услуг [20].

По данным научных исследований [34, 50], в России в настоящее время передовые технологии хирургии удовлетворяют только 20 % потребности в них. Факторами, сдерживающими их повсеместное внедрение, являются: низкая укомплектованность стационаров необходимой диагностической и хирургической аппаратурой, расходными материалами; недостаточная реализация федеральной

программы подготовки региональных кадров на основе самых передовых микрохирургических технологий; отсутствие единых лечебно-диагностических технологических стандартов, обязательных к применению.

Конституция России (п. 2, ст. 41) устанавливает необходимость принятия мер по развитию в Российской Федерации частной системы здравоохранения. Являясь частью национальной системы здравоохранения, частная система, беря на себя заботу об охране здоровья более состоятельных слоев общества и перенося значительную часть нагрузки по оплате лечения на них, позволяет государственному здравоохранению сосредоточиться на удовлетворении потребностей наиболее нуждающихся и наименее защищенных слоев общества, реализуя при этом принцип общественной солидарности [13]. Многие авторы поддерживают развитие частных хирургических клиник, приводя свои аргументы в их пользу [12, 19, 45] отмечая, что при дефиците бюджетного финансирования расширение сети частных медицинских клиник может повысить доступность хирургической помощи. Кроме того, в условиях частной медицинской организации можно обеспечить гибкое кадровое планирование и стимулирование труда, что положительно отразится на результатах оказываемой помощи [30]. Вышесказанное требует анализа данных исследований о медико-социально-психологических проблемах прохождения пациентом периоперационного периода с позиции обеспечения положительного клинического, социального и экономического результата.

Стремительное совершенствование аппаратуры в течение последних лет повлекло за собой изменение методики исследования и хирургической тактики во многих разделах хирургии. Однако оперативное вмешательство остается наиболее ответственным и опасным этапом в лечении больного. При этом исход хирургического лечения зависит от целого ряда обстоятельств (объем, тяжесть, продолжительность вмешательства, общий соматический статус пациента, наличие сопутствующей патологии и др.) [56].

В снижении рисков исключительная роль отводится предоперационной подготовке больного, основные цели которой: обеспечить переносимость операции; уменьшить вероятность развития интра- и послеоперационных осложнений; создать

(заложить) условия для ранней реабилитации пациента. Перед операцией предусмотрены предварительная (три-восемь дней) и непосредственная (один-два часа) подготовка [43].

Конечный результат операции (ближайший и отдаленный), вероятность развития послеоперационных осложнений, скорость реконвалесценции зависят прежде всего от степени и продолжительности интра- и послеоперационной стресс-реакции [56]. В связи с этим авторы [67, 123], анализируя факторы риска и осложнения при хирургическом вмешательстве, отмечают значимость для успешного оперативного лечения качественной предоперационной подготовки пациента, включающей не только проведение медицинских мероприятий, но и создание благоприятного эмоционального настроя. Чувство страха достаточно эффективно подавляется хорошей психологической подготовкой. Больные, доверяющие хирургу, не испытывающие страха, легче переносят оперативное вмешательство, у них реже развиваются послеоперационные осложнения.

В предоперационном периоде при работе с больными необходимо уделять больше внимания обеспечению их медицинской информированности [60, 82, 95]. В связи с этим за рубежом было введено такое понятие, как «комплайнс» (следование рекомендациям врача). С целью повышения эффекта лечения рекомендуют информировать пациента о самом заболевании, возможных методах лечения, побочных эффектах.

Отмечено [63, 78, 94, 106], что при обращении в медицинское учреждение больной имеет «груз» проблем, связанных не только с состоянием здоровья, но и с нездоровым образом жизни, вредными привычками. Все это требует от медиков проведения работы по изменению отношения пациента к своему здоровью.

Среди причин снижения результативности хирургической помощи выделяют фактор недостаточного внимания к наблюдению и уходу за пациентами в послеперационном периоде [77]. Многие авторы акцентируют внимание на том, что после хирургического вмешательства больному должны быть созданы благоприятные условия [70]. Реабилитация пациентов должна носить комплексный характер и включать в себя наряду с медицинским компонентом обязательную психо-социальную

и трудовую реабилитацию [83]. На КЖ влияет то, как пациент выполняет рекомендации врача, соблюдает прописанные ему режим труда и отдыха [120].

Ряд исследователей [53] обращает внимание на роль семьи в сохранении индивидуального здоровья, что определяется многоплановыми ее функциями: экономической (по жизнеобеспечению), психологической (по сохранению психологического здоровья), медицинской (по сохранению здоровья), воспитательной (по первичной социализации детей), культурной (по духовной целостности), репродуктивной (по воспроизводству), брачной (по сохранению брачных отношений), производственной (организация семейного производства). Именно семья может оказать влияние на психологическое состояние конкретного человека (члена семьи), сформировать его отношение к медицинской помощи (положительное или отрицательное); поддержать экономически или отказать в этой помощи; способствовать уменьшению производственной нагрузки или, наоборот, снижать рекреационную активность человека; настраивать на восстановление здоровья, в том числе хирургическим путем, или формировать безразличное отношение; окружать заботой и вниманием больного члена семьи или создавать для него стрессовые ситуации. Профессиональное решение этих вопросов требует вмешательства врача общей (семейной) практики и медицинского психолога, с позиции оценки и коррекции негативных внутрисемейных факторов.

По мнению ряда авторов [70, 137], к настоящему времени назрела насущная необходимость более полного психологического изучения личностных особенностей пациентов, раскрытия их социальной поведенческой мотивационной модели, восприятия, мышления, памяти, эмоционально-волевой сферы, а также динамики этих изменений в зависимости от течения различных заболеваний. По данным многих авторов, стрессовое состояние после операций по степени психогенного воздействия на пациента можно сравнить с влиянием таких сил, как техногенные катастрофы, преступность, локальные вооруженные конфликты и др. При этом возникают затяжные или отсроченные патологические проявления. Задача психологов, работающих совместно с хирургами, сводится к выбору приемлемых для больных стандартизованных методик выявления групп риска развития стрессовых

расстройств, диагностике этих состояний, а также возможности реабилитации этих пациентов [78].

Таким образом, многофакторная обусловленность успешности подготовки и послеоперационной реабилитации определяет необходимость разработки медико-организационных технологий работы с больными ВБНК.

1.4 Медико-организационные технологии работы с пациентами в периоперационном периоде

Согласно известной триаде A. Donabedian (1981), выделяют три компонента качества медицинской помощи: качество структуры, качество процесса и качество результата. Нисколько не принижая роль структурного и результативного компонентов, хотелось бы обратиться к процессуальному аспекту помощи, лежащей в основе индустриальной модели управления качеством.

Основу успеха любого процесса составляют технологии. В переводе с греческого «технология» означает «учение о мастерстве». В современном понимании, термин «технология», согласно E. R. Brown (1992), означает сочетание квалификационных навыков, оборудования, инфракструктуры, инструментов и соответствующих технических знаний, необходимых для осуществления желаемых преобразований в материалах, информации или людях. При этом эффективность результатов определяется качеством технологических процессов, их формирующих.

Многочисленные исследования последних лет показывают наличие дефектов в соблюдении технологического компонента качества медицинской помощи как в целом [62], так и в области хирургии [69]. Имеются сведения о неудовлетворенности пациентов оказанными услугами [36].

Существует достаточно много методических подходов к классификации медицинских технологий, однако отсутствуют общепринятые подходы к классификации медико-организационных технологий работы с пациентами в периоперационный период в учреждениях (организациях) здравоохранения. Вместе с тем многие авторы [57, 82, 94] указывают, что внедрение принципов маркетингового подхода в деятельность медицинских организаций требует акцентирования усилий на

работу с пациентами и их микросоциальным окружением (семьей, близкими), как полноправными участниками лечебно-диагностического процесса, с учетом их потребностей, ценностей, психологического статуса, характериологических особенностей, состояния здоровья. Не зря первое место среди основных принципов всеобщего управления качеством, занимает тезис «потребители и их нужды формируют организацию и ее работу, но не наоборот».

По характеру, с учетом этапов периоперационного периода, авторы предлагают различные медико-организационные технологии перед проведением операции [50, 100, 101]. Ряд авторов [34, 54, 67] описывает организационные принципы работы с пациентом в послеоперационный период. В некоторых источниках [68, 93] обращается внимание на то, что технология работы с больным должна быть четко продумана и логически выстроена, что обеспечит предсказуемость результата.

Выбор технологии работы с пациентом, по мнению ряда авторов [57], зависит от его состояния, нуждаемости в уходе: больной может быть практически здоров и не нуждаться в посторонней помощи и уходе; он может иметь отдельные проблемы, которые требуют медико-социальной коррекции; может нуждаться в постоянной медико-социальной помощи.

Мужчины и женщины, по данным ряда исследований [70, 84], по-разному реагируют на медицинские вмешательства, неодинаково откликаются на врачебные и сестринские рекомендации, что необходимо учитывать при разработке медико-организационных технологий. Отношение к определенной возрастной группе также является предметом дифференцированного подхода к выбору медико-организационной технологии [90, 94].

Медико-организационная технология работы может быть направлена на формирование или/и повышение информированности, медицинских знаний пациента [34, 50, 60, 73]; на повышение его лояльности по отношению к учреждению, на активное участие в программах, реализуемых в нем [64, 90]; на повышение дисциплированности больного по выполнению рекомендаций и назначений врача, соучастия в лечебном процессе [56]; на улучшение психо-эмоционального состояния, повышения настроения, мотивации на успешное лечение, эффективные коммуникации с медицинскими работниками и семьей [32]; на формирование на-

выков укрепления здоровья, самоухода, ответственного самолечения и самодиагностики [60]; на правовое поведение, активное участие в процессе управления качеством услуг, бережное отношение к имуществу учреждения [90].

Важно, чтобы при реализации медико-организационных технологий пациент, его близкое окружение были вовлечены в медико-профилактический и лечебный процесс [66]. Так, возможно минимальное участие пациента и его близких; их пассивное участие; случается, что сам пациент занимает активную позицию, а семья пассивную; лучший вариант, когда все придерживаются активной позиции.

Ряд зарубежных авторов делают акцент на необходимости консультативной врачебной помощи больному по изменению его образа жизни в связи с заболеванием [223, 225, 226].

Основными участниками реализации медико-организационной технологии являются врачи. Однако ряд авторов обращает внимание на необходимость сотрудничества сестринского персонала [60], некоторые исследователи [34] считают целесообразным привлечение социальных работников, юристов, психологов, социальных работников, а также вспомогательного персонала (в том числе культмассовых работников, работников сервиса, санитарок) [52]. Авторы пишут о важности слаженной работы врачебного и сестринского персонала, о необходимости внедрения в практику работы медсестер элементов сестринского процесса, в основе которого лежит определение потребностей пациента [55].

Медико-организационные технологии работы с пациентами могут иметь разный уровень материально-технического обеспечения. Так, могут быть использованы средства неэлектронной (карты, стенды, знаки, модели, информационные материалы в печатном виде), а также электронной визуализации (компьютер, телевизор) и аудирования [50]; дополнительно могут применяться сервисное обслуживание и способы удовлетворения культурных потребностей [63].

Необходимым условием развития медико-организационных технологий является, по мнению многих авторов [53], внедрение в медицинских организациях медицинских информационных систем. Это, в частности, автоматизация учета медицинских услуг, контроля качества медицинского наблюдения пациентов, автоматизации процесса диагностики [43].

В ряде исследований [64] рассматривается аспект личности и отношений в системе обеспечения качества медицинской помощи, а также психологические аспекты работы с пациентами в периоперационном периоде. Новейшие медицинские технологии обеспечивают минимальную травматичность оперативного вмешательства и максимальное восстановление функций в ранние сроки после операции.

Резюме к главе 1

Таким образом, проблема хирургического лечения ВБНК в амбулаторных условиях еще далека от своего окончательного решения. Выбор объема оперативного вмешательства должен сопровождаться уточнением медико-социальных факторов, которые обеспечивают персонализированный подход и улучшают КЖ пациента. Однако до настоящего времени эти моменты еще не нашли отражения в исследованиях. Все это свидетельствует о необходимости и значимости их дальнейшего изучения.

Глава 2. ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Характеристика клинических наблюдений

Информационно-методическую основу исследования составили клинические наблюдения и специально проведенные исследования у 428 пациентов с различными формами ВБНК в возрасте от 18 до 55 лет, оперированных по принципу «хирургии одного дня» на базе ООО «Клиника на Кокуе» г. Иваново, ОБУЗ «Городская клиническая больница № 4» г. Иваново в период с 2014 по 2018 гг.

Во всех случаях выполнялась эндовазальная лазерная облитерация.

Среди обследованных все были женщины — 428 (100,0%). Гендерный акцент связан, прежде всего, с повышенными требованиями женщин к эстетическому результату оперативного лечения и повышенной психо-эмоциональной чувствительности, чем мужчины, что требует особого персонализированного подхода. Распределение осмотренных по возрасту представлено в таблице 1.

Таблица 1 — Распределение пациенток по возрасту (абс., %)

Возраст, лет	Абс.	%
18–29	9	2,1
30–39	37	8,6
40–49	178	41,6
50–55	204	47,7
Всего	428	100,0

Проведено рандомизированное контролируемое исследование, простое неслепое. Характеристика исследования: по дизайну — экспериментальное; по характеру получаемой информации — выборочное, параллельное; по времени возникновения — проспективное.

Способ формирования выборки: простая случайная (пациентам выдавался номер при поступлении, составлялся список, при помощи таблицы случайных чисел делалась выборка). Таким образом, итоговая численность групп составила 228

пациенток в группе воздействия (основной) и 200 — в контрольной). Группы были сопоставимы по основным заявленным признакам.

Величины необходимых размеров выборок определены при помощи модулей Sample size программ COMPARE2 3.85 и DESCRIBE 3.18 пакета WinPEPI© 11.65 (J.H.Abramson) для минимально значимых различий и величин переменных, полученных в пилотных исследованиях и из литературных данных, пороговой величине доверительной вероятности равной 5 % и пороговой статистической мощности 80 %.

Критерии включения: женщины трудоспособного возраста (18–55 лет), проходившие лечение по поводу ВБНК (Код МКБ-10: I83 Варикозное расширение вен нижних конечностей) на базе ООО «Клиника на Кокуе» г. Иваново, ОБУЗ «Городская клиническая больница № 4» г. Иваново с проведением оперативного вмешательства — ЭВЛО.

Критерии исключения: беременность, тромбофлебит вен нижних конечностей; артрозоартриты коленных и тазобедренных суставов, пяточные шпоры, плоскостопие, киста Бейкера, остеохондроз, синдром Рота, различные дерматологические синдромы, лимфедема; компенсаторное варикозное расширение поверхностных вен вследствие сдавления подвздошных вен опухолями, исходящими из органов брюшной полости и таза, тканей забрюшинного пространства; врожденная ангиодисплазии типа синдромов Клиппеля — Треноне и Паркса — Вебера — Рубашова.

Общая продолжительность ВБНК с момента появления первых симптомов заболевания до обращения пациентки на специализированный консультативно-диагностический флебологический прием колебалась от 3 до 44 лет (в среднем — 9,1 ± 3,5 года).

Фактор наследственной предрасположенности к ВБНК отмечался в анамнезе у 320 больных (74,8 %). Из общего числа обследованных поражение ВБНК правой нижней конечности выявлено у 129 пациенток (30,1 %), левой — у 199 (46,5 %) и билатеральная локализация процесса — у 100 (23,4 %).

Для обеспечения стандартизации результатов исследования использована международная классификация C.E.A.P., предложенная экспертами международной согласительной группы в 1994 году, включающая оценку клинической карти-

ны, этиологических, анатомических и патофизиологических аспектов ХЗВ (приложение 1) у всех 428 пациенток с ВБНК (таблица 2).

Таблица 2 — Распределение пациенток на основании клинических, этиологических, анатомических и патофизиологических аспектов хронической венозной недостаточности по классификации С.Е.А.Р. (абс., %)

Категории классификации				Код	Число больных	
клиническая стадия	этиология	анатомическая локализация	патофизиологический синдром		абс.	%
2 — варикозно-расширенные вены	заболевание первичное с неизвестной причиной	подкожные/ перфорантные вены	рефлюкс	C2-EP-AS3PR	18	4,2
				C2-EP-AS3AP18PR	10	2,3
				C2-EP-AS4AP18PR	2	0,5
				C2-EP-AS4PR	8	1,9
				C2-EP-AS5AP17PR	12	2,8
				C2-EP-AS5AP18PR	2	0,5
3 — отек	заболевание первичное с неизвестной причиной	подкожные/ перфорантные вены	рефлюкс	C3-EP-AS3PR	53	12,4
				C3-EP-AS3AP18PR	93	21,7
				C3-EP-AS3,4AP18PR	7	1,6
				C3-EP-AS3AP17,18PR	11	2,6
				C3-EP-AS4AP18PR	43	10,0
				C3-EP-AS4PR	15	3,5
4 — кожные изменения, обусловленные заболеванием вен (пигментация, венозная экзема, липодерматосклероз)	заболевание первичное с неизвестной причиной	подкожные/ перфорантные вены	рефлюкс	C4-EP-AS3AP18PR	60	14,0
				C4-EP-AS3AP17,18PR	16	3,7
				C4-EP-AS3,4AP18PR	10	2,3
				C4-EP-AS4AP18PR	10	2,3
5 — кожные изменения, указанные выше, и зажившая язва	заболевание первичное с неизвестной причиной	подкожные/ перфорантные вены	рефлюкс	C5-EP-AS3AP18PR	14	3,3
				C5-EP-AS3AP17,18PR	12	2,8
				C5-EP-AS3,4AP18PR	1	0,2
				C5-EP-AS4AP18PR	3	0,5
6 — кожные изменения, указанные выше, и активная язва	заболевание первичное с неизвестной причиной	подкожные вены/ перфорантные вены	рефлюкс	C6-EP-AS3AP18PR	19	4,4
				C6-EP-AS3AP17,18PR	1	0,2
				C6-EP-AS4AP18PR	3	0,7
				C6-EP-AS3,4AP18PR	5	1,2
				Всего	428	100

Распределение осмотренных женщин по классам С.Е.А.Р. относительно возраста представлено в таблице 3.

Таблица 3 — Распределение пациенток по классам С.Е.А.Р. относительно возраста (абс., %)

Возраст, лет	Число больных											
	Класс СЕАР										По всем классам	
	С2		С3		С4		С5		С6			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
18–29	9	17,3	–	–	–	–	–	–	–	–	9	2,1
30–39	37	71,1	–	–	–	–	–	–	–	–	37	8,6
40–49	6	11,5	146	65,8	22	22,9	2	6,7	2	7,1	178	41,6
50–59	–	–	76	34,2	74	77,1	28	93,3	26	92,9	204	47,7
Все возрастные группы	52	12,1	222	51,9	96	22,4	30	7,0	28	6,5	428	100,0

Как видно из таблицы 3, среди пациенток по классу С2 основную долю составляли женщины возрастной группы 30–39 лет (71,1 %), по классу С3 — 40–49 лет (65,8 %), по классам С4, С5 и С6 — 50–59 лет (77,1; 93,3 и 92,9 % соответственно). Таким образом, тяжесть ХЗВ нарастает прямо пропорционально возрасту (коэффициент ранговой корреляции Спирмана = 0,498, p = 0,001).

В ходе ретроспективного анализа проведено изучение субъективных (на основании жалоб пациентов) и объективных (выявленных при осмотре) симптомов ХЗВ.

Частыми жалобами со стороны пациенток были: чувство тяжести в ногах (92 %), боль в икрах (75,5 %), снижение толерантности к нагрузкам (более ранняя утомляемость пораженной конечности после длительного пребывания на ногах — у 22,0 %), ночные судороги (20,0 %), кожный зуд (7,0 %). Осмотр нижних конечностей показал наличие варикозного расширения вен (89,0 %), телеангиэктазий (82,0 %), ретикулярного варикоза (84,0 %), отека дистальных отделов конечности (80,5 %), гиперпигментации кожи (17,0 %), липодерматосклероза подкожной клетчатки (16,0 %), активной или зажившей трофической язвы (13,5 %) и венозной экземы (0,5 %).

Учитывая этиологический (EP) и патофизиологический (PR) разделы классификации C.E.A.P., следует рассматривать ВБНК, как первичное заболевание с неизвестной причиной и наличием патологического рефлюкса в поверхностные вены у всех без исключения пациентов (EP, PR — в 100 %).

Анатомическими сегментами поражения являлись поверхностные вены: БПВ (ASGSV) — у 324 больных (76,4 %), МПВ (ASLSV) — 67 (15,7 %), одностороннее поражение БПВ и МПВ (ASGSV, LSV4) — 21 (4,9 %). Немагистральный (AS5) характер варикозного расширения вен выявлен у 16 (3,0 %) пациенток. Диаметр приустьевого отдела БПВ колебался от 6 до 18 мм и в среднем составил 10,5 ± 0,4 мм, МПВ — от 5 до 17 мм, в среднем — 8,4 ± 0,5 мм.

Несостоятельные перфорантные вены (AP) были выявлены у 328 (76,6 %) больных. У 82 (19,2 %) пациенток отсутствовал горизонтальный патологический рефлюкс крови. Общее количество выявленных некомпетентных перфорантных вен составило 543, из которых 499 (91,9 %) локализовались на голени и 44 (8,1 %) — на бедре. Диаметр перфорантных вен варьировал от 2,5 до 13 мм и в среднем составил 3,5 ± 0,5 мм.

Анализ индекса клинической шкалы (подсчет баллов) с учетом функционального класса ХЗВ свидетельствует, что 98,0 % пациентов оперированы по поводу манифестированных форм заболевания с наличием симптомов ХЗВ. Бессимптомное течение ВБНК отмечено лишь у 2,0 % больных с С2а функциональным классом ХВН. Количественная оценка венозной дисфункции колебалась от 1 до 15 баллов. Среднее количество баллов при ХВН С2 функционального класса составило 1,2 ± 0,2, в С3 — 2,3 ± 0,3, в С4 — 5,2 ± 0,5, в С5 — 6,8 ± 0,5, в С6 — 8,6 ± 1,2 соответственно. Прослеживается достоверное ($p < 0,05$) увеличение тяжести венозной дисфункции от С2 функционального класса ХЗВ к С6.

С учетом балльной оценки шкалы снижения трудоспособности при ХЗВ (приложение 2) больные распределились следующим образом (таблица 4).

Таблица 4 — Распределение пациенток с учетом балльной шкалы снижения трудоспособности (абс., %)

Шкала снижения трудоспособности	Функциональный класс ХЗВ					Всего	%
	С2	С3	С4	С5	С6		
0	6	–	–	–	–	6	1,4
1	46	217	93	–	–	356	83,2
2	–	5	3	28	3	39	9,1
3	–	–	–	2	25	27	6,3
Количество наблюдений	52	222	96	30	28	428	100

Таким образом, наиболее многочисленную группу (84,6 %) составили пациентки с наличием симптомов заболевания, которые сохраняли трудоспособность и обходились без использования поддерживающих средств (оценка по шкале снижения трудоспособности — 0–1). В 9,1 % наблюдений больные имели ограничения трудоспособности (могли работать в течение 8 часов, но только при использовании поддерживающих средств (оценка по шкале снижения трудоспособности — 2). Нетрудоспособная группа пациентов составила 6,3 % (оценка по шкале снижения трудоспособности — 3). Площадь язвенного дефекта до начала лечения колебалась от 1,1 до 26 см^2. У 21 (5,0 %) пациентки площадь трофической язвы превышала 10 см^2.

Среди сопутствующей патологии преобладали хроническая патология желудочно-кишечного тракта (60,0 %) и сердечно-сосудистой системы (16,1 %). Частота заболеваний костно-мышечной и эндокринной систем составила 11,0 и 5,8 % соответственно (таблица 5).

Таблица 5 — Структура сопутствующей патологии у пациенток с хронической венозной недостаточностью (абс., %)

Сопутствующая патология	Число больных	
	абс.	%
Хронические заболевания желудочно-кишечного тракта	257	60,0
Артериальная гипертензия	69	16,1
Заболевания костно-мышечной системы	47	11,0
Ишемическая болезнь сердца	19	4,4
Патология эндокринной системы	25	5,8
Хронические заболевания мочеполовой системы	11	2,6

Техника ЭВЛО заключалась в пункции и катетеризации БПВ или МПВ под контролем ультразвукового ангиосканирования, введении лазерного световода с установкой его у сафено-феморального или сафено-поплитеального соустья. Расстояние световода от соустья варьировало от 5 до 10 мм в зависимости от анатомических особенностей. Интраоперационных осложнений не отмечено.

Этапы ЭВЛО:

1. Ультразвуковая разметка варикозных стволов и проведение световода.
2. Создание защитной муфты — тумесцентная анестезия. После правильной установки световода вокруг вены, под контролем ультразвука вводится раствор новокаина или другого анестетика. Этот этап позволяет сделать процедуру лазерного лечения практически безболезненной. Анестетик охватывает вену со всех сторон, создавая на ее протяжении водяную подушку, которая обезболивает процедуру и предохраняет окружающие вену ткани от теплового воздействия лазера.
3. Лазерная облитерация варикозного ствола. Выбираются режимы лазерного воздействия в зависимости от диаметра варикозной вены и тяжести патологического процесса.
4. Мини-флебэктомия — удаление варикозных притоков через проколы кожи.
5. Эластичная компрессия — необходимый компонент лечения. После окончания процедуры пациент может идти домой [26, 77].

После выполнения ЭВЛО проводился набор лечебно-восстановительных мероприятий согласно клиническим рекомендациям, в том числе: ношение компрессионного трикотажа, прогулки и др. Послеоперационное наблюдение включало клинический осмотр и контрольное ультразвуковое ангиосканирование на 1-е и 14-е сутки после ЭВЛО, при которых контролировали течение послеоперационного периода и эффект облитерации. Течение раннего послеоперационного периода отличалось минимальной выраженностью болевого синдрома и его быстрым уменьшением. Неприятные ощущения в области коагуляции заметно уменьшились уже в течение ближайших двух-трех дней. Ни в одном случае не было тромбофлебита или ожога кожи. Временные парестезии после ЭВЛО БПВ отме-

чены у большинства пациентов лишь в месте анестезии, однако к концу первой недели нарушений чувствительности не зарегистрировано. Во всех наблюдениях подвергнутые лазерному воздействию вены были полностью облитерированы, зон сохранённого кровотока и патологических рефлюксов не выявлено. Обтурирующий тромбоз коагулированной вены во всех наблюдениях был установлен непосредственно в процессе вмешательства и подтверждён последующими ультразвуковыми исследованиями в ранние сроки после ЭВЛО. У всех больных отмечена полная окклюзия просвета БПВ до остиального клапана. Уже на первые сутки после ЭВЛО ни в одном наблюдении не выявлено зон сохранённого кровотока в месте впадения притоков и перфорантных вен. На 14-е сутки после ЭВЛО были отмечены увеличение толщины венозной стенки, концентрическое сужение просвета вены. В более поздние сроки наблюдения стенка вены плохо дифференцировалась, просвет был заполнен эхо-плотными тромботическими массами. В сроки до трех месяцев признаков реканализации не получено ни в одном наблюдении. Через шесть месяцев после вмешательства при контрольном ультразвуковом ангиосканировании вена не определялась, что указывало на ее полную облитерацию. Средний срок возвращения к работе и обычной повседневной жизни составил один день. Случаев рецидива зарегистрировано не было. Наступала быстрая реабилитация больных. Пациенты отмечали регресс клинических симптомов как в раннем послеоперационном периоде, так и на отдаленных этапах.

2.2 Методы исследования

Современные диагностические программы при ВБНК направлены на объективную локализацию и определение характера поражения венозного русла с оценкой выраженности флебогемодинамических нарушений, что позволяет правильно определить показания к рациональным оперативным и консервативным способам лечения. Применение специальных методов исследования позволяет изучить специфику варикозной болезни с анатомо-функциональных и физиологических позиций.

Ультразвуковые методы исследования

Ультразвуковое ангиосканирование с цветным картированием кровотока признан наиболее надежным, неинвазивным, точным и информативным методом диагностики и входит в «золотой стандарт» диагностики ВБНК.

Ультразвуковое обследование проводилось в амбулаторно-поликлинических условиях до и после лечения в сроки от одного дня до 36 месяцев. Цель исследования — получение динамической информации о состоянии поверхностной и глубокой венозных систем. Исследования выполняли на ультразвуковых аппаратах «Acusonsequoia 512», «Acuson 128XP/10» («ATL», США), GE «Vivid 3» («General Electric»), «Toshibanemio» (Япония) с использованием конвексного и линейного мультичастотных датчиков в диапазоне от 2 до 10 мГЦ в режимах серой скалы (В-режим), спектральной допплерографии, цветного допплеровского картирования потоков крови и энергетического допплера.

Ультразвуковое ангиосканирование с цветным картированием кровотока вен нижних конечностей выполнялось всем пациентам вне зависимости от выраженности клинических проявлений ВБ и длительности заболевания. Задачи: определение проходимости вен, получение информации о вариантах строения венозного русла нижних конечностей, характеристика стенки и просвета вены, оценка функции венозных клапанов, регистрация и протяженность патологических вено-венозных сбросов.

Обследование проводили в вертикальном и горизонтальном положении больного, включая подвздошно-бедренный сегмент. Во всех случаях исследовали клапанные структуры области сафено-феморального и сафено-поплитеального соустий, БВ, подколенную вену и глубокие вены бедра и голени. Клапанную недостаточность подкожных вен выявляли по наличию ретроградной волны крови длительностью более 1 с, регистрируемой доплерографически или при смене цветового кода при проведении функциональных проб: Вальсальвы, кашлевой и дистальной компрессии мышечного массива. Большая и малая подкожная вены и их притоки были детально исследованы на всем протяжении у всех больных.

В основе ультразвуковой допплерографии лежит эффект изменения длины волны звука, отраженного от движущихся предметов, открытый в 1942 году австрийским физиком Г. Х. Допплером. Допплеровский сдвиг при отражении от кровяных клеток лежит в диапазоне 0,5–10,0 кГц. Ультразвуковая допплерография позволяет достоверно оценить показатели антеградного кровотока у больных с ВБНК. Исследование показателей линейной (Vmean, см/с) и объемной (Vvol, мл/мин) скорости кровотока в общей бедренной (ОБВ) и подколенной вене (ПКВ) проводились в горизонтальном положении больного. Полученные данные с учетом функционального класса ХЗВ представлены в таблице 6.

Таблица 6 — Показатели антеградного кровотока у больных с варикозной болезнью с учетом функционального класса хронической венозной недостаточности

Группы исследования		Vmean, см/с (M±SD)		Vvol, мл/мин (M±SD)	
		ОБВ	ПКВ	ОБВ	ПКВ
Здоровые (контроль) (n = 30)		10,52 ± 1,87	6,74 ± 1,75	495,24 ± 22,36	254,35 ± 25,60
Стадия ХЗВ	С2 (n = 52)	10,02 ± 1,86	6,50 ± 1,83*	493,96 ± 22,05	252,05 ± 21,45
	С3 (n = 222)	9,09 ± 1,52*	5,84 ± 1,70*	493,24 ± 22,97	246,20 ± 25,70
	С4 (n = 96)	7,85 ± 1,75*	5,32 ± 1,80*	481,65 ± 29,02	239,85 ± 29,19*
	С5 (n = 30)	7,09 ± 1,70*	4,58 ± 1,72*	469,02 ± 30,15*	231,36 ± 27,33*
	С6 (n = 28)	6,58 ± 2,06*	4,25 ± 1,75*	445,96 ± 35,08*	220,60 ± 29,20*
Примечание: * — различия с контрольной группой статистически значимы $p < 0,05$.					

При обследовании пациенток несостоятельность БПВ и притоков на протяжении определялась в 65,0 % случаев, а варикозная трансформация малой подкожной вены (МПВ) с притоками — в 4,0 %, обеих подкожных магистралей — в 5,0 %. Анализ результатов показал, что с учетом прогрессирования функционального класса ХЗВ средняя линейная и объемная скорость кровотока в ОБВ и ПКВ снижается. Так, средняя Vmean в ОБВ при стадии ХЗВ С2–С3 составила 10,0–8,0 см/с, то при стадии С4–С6 — уже 7,0–6,0 см/с; в ПКВ — 6,5–5,8 и 5,3–4,2 см/с соответственно ($p < 0,05$). Средняя Vvol, мл/мин в ОБВ при стадии ХЗВ С2–С3 составила 494,0–493,0 мл/мин, при стадии С4–С6 — уже 481,0–445,0 мл/мин; в ПКВ — 252,0–246,0 и 239–220,0 мл/мин соответственно ($p < 0,05$). Значения рефлюкс-индекса для суральных вен составило в среднем 0,49–0,59.

Реовазография нижних конечностей (РВГ) — неинвазивный способ исследования суммарного кровенаполнения тканей определённого сегмента конечности и оценки функционального состояния кровотока, основанный на пропускании тока малой величины (от 1 до 10 мА) и высокой частоты (30–175 кГц) через исследуемую область и на графической регистрации электрического сопротивления, которое изменяется в зависимости от кровенаполнения ткани. Увеличение кровенаполнения исследуемого участка ведёт к снижению сопротивления электрическому току, а уменьшение кровенаполнения — к увеличению. Реовазография позволяет определить отношение объёма артериального притока к венозному оттоку, дифференцировать органические и функциональные изменения, а также контролировать эффективность лечения. Для количественной оценки микроциркуляции дистальных отделов нижних конечностей определяли дикротический индекс (ДИК, %), диастолический индекс (ДИА, %), соотношение приток/отток (у. е.), индекс Симонсона (%). Исследование проводилось на четырёхканальном компьютерном реовазографе «Рео-Спектр» фирмы «НейроСофт» (г. Иваново, Россия) по методике Кубичека на двух сегментах конечности до начала и после окончания лечения.

1-й режим — «Бедро — голень». Первый электрод размером 9,5 × 5 см накладывается в области верхней трети бедра по медиальной поверхности. К нему подключается провод с маркировкой канала. Второй электрод размером 7 × 5 см устанавливается в подколенную ямку и является общим. Третий электрод размером 5 × 4 см фиксируется на латеральной поверхности голени, к нему подсоединяется провод с маркировкой канала. Размещение электродов соответствует ходу магистральных артерий (aa. Femoralis, popliteae ttibialis posterior) нижних конечностей.

2-й режим — «Голень — стопа». Первый электрод размером 7 × 5 см крепится в подколенной ямке. Второй электрод размером 5 × 4 см располагается на латеральной поверхности голени и является общим. Место расположения третьего электрода варьируется в зависимости от задач исследования. Для изучения кровотока в стопе дистальный электрод размером 5 × 4 см устанавливается на её подошвенной поверхности у основания пальцев. В качестве нормы использовались показатели реовазограмм у 30 здоровых добровольцев.

Результаты реовазограммы представлены на рисунке 1.

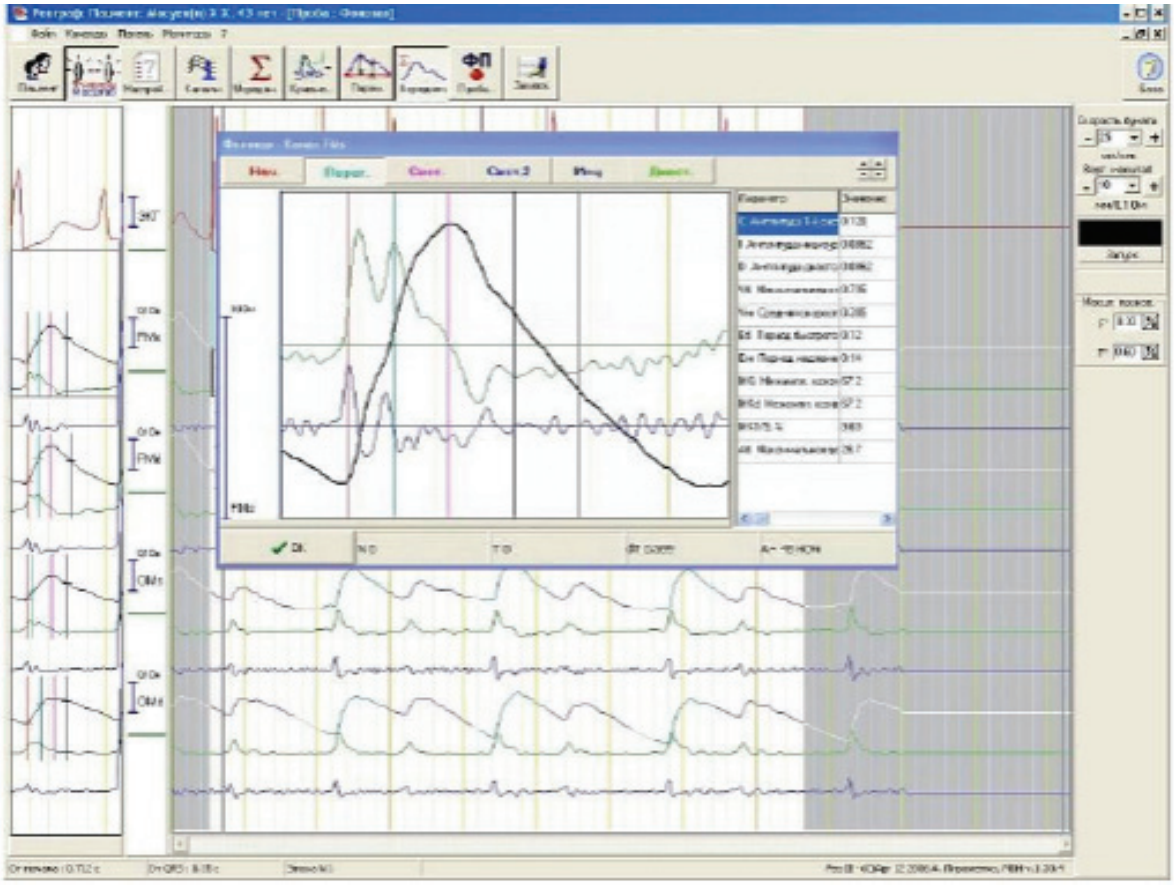

Рисунок 1 — Пример реовазограммы и пациентки М., 45 лет

Проведенные исследования состояния микроциркуляторного звена в зависимости от функционального класса ХЗВ отражают наличие патологических изменений гемодинамики. При оценке результатов реовазографии нижних конечностей выявлено ухудшение показателей микроциркуляторного кровотока у всех обследованных ($p < 0,05$).

Площадь трофической язвы измерялась по методу N. F. Gowland Hopkins (1983): с помощью прозрачной плёнки выполнялось копирование контуров язвы, которые переносились на миллиметровую бумагу с последующим подсчётом количества квадратиков, оказавшихся внутри контура. С целью коррекции неточности, обусловленной пересечением контуров раны части квадратиков, использовали следующую формулу (1):

$$(N + Nc/2) \times \text{площадь поверхности квадратика}, \quad (1)$$

где N — количество квадратиков, а Nc — количество пересечённых квадратиков.

На разных этапах наблюдения выполнялось несколько измерений площади, по результатам которых рассчитывали скорость заживления раны. Процент уменьшения раневой поверхности определяли по методу Л. Н. Поповой. Измерения проводили до начала и на завершающем этапе лечения. По данным обследования площадь язвенного дефекта до начала лечения колебалась от 1,1 до 26 см^2. У 21 (5,0 %) пациентов площадь трофической язвы превышала 10 см^2.

Оценка качества жизни

В 1991 году профессор Парижского университета R. Launois разработал специфичный для оценки ХЗВ опросник CIVIQ-2 (Quality Oflife Question nairein Chronic Lower Limb Venous Insufficiency), шкала которого была адаптирована для российских пациентов. Данная шкала позволяет получить наиболее объективные данные о динамике качества жизни у больных с ВБНК после хирургического вмешательства, коррелирующие с клиническими проявлениями болезни, что и послужило основанием для использования вопросника CIVIQ в нашей работе (приложение 3).

Вопросник содержит 20 вопросов, сгруппированных в соответствии с четырьмя основными параметрами. Первый — болевой, отражающий ограничение работоспособности и нарушение сна. Второй — физический, проявляющийся в снижении физической активности пациентов. Третий — психологический, характеризующий эмоциональные переживания и уверенность в себе. Четвертый — социальный, с помощью которого определяется социальная адаптация в обществе. Каждый пункт оценивается в баллах от 1 до 5 в соответствии со степенью снижения качества жизни. Шкала включает две группы вопросов: первая — наличие или отсутствие симптома (количественная характеристика), вторая — степень важности данного признака (качественная характеристика). Заполнение опросника проводили специально подготовленные специалисты или пациенты. Подсчет результатов производился по формуле (2):

$$X = [(A - B) / (C - B)] \times 100, \qquad (2)$$

где X — получаемый индекс качества жизни, A — сумма баллов, B — теоретическая минимальная сумма балов, C — теоретически максимальная сумма баллов.

Данную формулу можно использовать для подсчета индекса индивидуально для каждого пациента или сразу для группы больных. В зависимости от цели исследования расчет можно выполнить по всей анкете или отдельно по четырем параметрам. У абсолютно здорового человека X = 0. Таким образом, чем меньше показатель, тем выше КЖ исследуемого.

Социально-гигиенические методы исследования

Эпидемиологический анализ распространенности ВБНК в популяции женщин Ивановской области, оценка их потребности в хирургической коррекции данной патологии, подготовленности пациентов к хирургическому лечению проводился по двум группам данных:

1. Официальные данные Территориального органа Федеральной службы государственной статистики — ГУЗОТ «Медицинский информационно-аналитический центр» Ивановской области о заболеваемости сосудистой патологией нижних конечностей, количестве больных, ежегодно оперируемых по заболеваниям сосудов нижних конечностей.

2. Результаты профилактических осмотров женского населения трудоспособного возраста на базе ОБУЗ «Городская клиническая больница № 4» г. Иваново (3547 женщин).

Следует отметить, что поскольку частные медицинские организации на общих основаниях подают отчеты в органы государственной статистики, то использовались обобщенные данные по государственному и частному сектору здравоохранения, без дифференциации.

Для оценки подготовленности к хирургическому лечению по поводу ВБНК проведено анкетирование 428 женщин трудоспособного возраста (18–55 лет) по анкете «Карта исследования медико-социальных характеристик пациентов с ХЗВ, их подготовленности к оперативному вмешательству, комплаентности и удовлетворенности оказанной помощью» (приложение 4), включающая восемь блоков закрытых вопросов**.** Вопросы анкеты позволили получить распределение пациенток по возрасту, по социальному статусу, по уровню образования, по материальному положению, по месту жительства, общему состоянию здоровья (по данным самооценки), по

структуре хронической патологии, по уровню медицинской активности, по распространенности факторов риска здоровью, по распространенности факторов, ограничивающих внимание к своему здоровью, по семейному положению. Оценка психологического статуса пациенток проводилась по пакету стандартизованных психологических методик с привлечением клинического психолога медицинской организации. Использовались тесты: тест «ЛОБИ — Отношение к болезни» (приложение 5), тест «уровень субъективного контроля» (УСК) (приложение 6), тест ситуационной тревожности (приложение 7), личной тревожности (приложение 8), уровень комплаентности (приложение 9), результаты которых сводились в единую базу. Результаты психологического тестирования заносились в «Сводная карта психологического тестирования пациента» (приложение 9А). Единица наблюдения — женщина, проходящее хирургическое лечение в связи с ВБНК.

Особенностью исследования явилось использование оригинальной методики количественной оценки подготовленности пациенток к хирургическому лечению, включающей 3 компонента и 15 параметров оценки (приложение 10). Количественная оценка подготовленности больных к хирургическому лечению предусматривала расчет индекса подготовленности по формуле (3):

$$Iipod = Infp + Clp + Psp/45 \times 100\%, \quad (3)$$

где Mi — оценка в баллах информационной подготовленности, Cl — клинической, Ps — психологической, 45 — оптимальная оценка в баллах.

Интерпретация оценки: менее 75 % — низкая подготовленность; 76–99 % — недостаточная подготовленность; 100 % — оптимальный уровень подготовленности.

Проведена экспертная оценка качества организации и оказания хирургической помощи 428 женщинам с ВБНК на ее соответствие порядкам оказания медицинской помощи, стандартам медицинской помощи, клиническим рекомендациям (протоколам лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, сложившейся клинической практике с занесением данных в «Карту экспертной оценки качества организации и оказания хирургической помощи женщинам с ВБНК» (приложение 11). Нормативной основой для анализа являлись: Стандарт медицинской помощи больным варикозным расширением вен нижних конечностей (утвержден прика-

зом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 238 от 22.11.2004), Клинические рекомендации оказания медицинской помощи больным с ВБНК (2015). Экспертами выступали заместители по экспертной работе медицинских организаций, эксперты, включенные в региональный реестр экспертов качества медицинской помощи. Перед экспертами была поставлена задача: оценить качество организации и оказания, результативность помощи и выделить медико-организационные процессы, требующие улучшения. Все дефекты были разделены на группы:

1. Дефекты организации сбора информации и медицинского информирования.
2. Дефекты планирования помощи, прогноза результативности, оценки рисков.
3. Дефекты организации хирургического вмешательства.
4. Дефекты организация послеоперационного наблюдения пациентки, анализа результативности.

Дефекты качества оказания хирургической помощи разделены на три группы:

1. Дефекты качества диагностики (непроведение или неадекватная оценка основных и дополнительных методов обследования, жалоб и данных анамнеза пациентки).
2. Дефекты лечения (неадекватность цели лечения, выбора вида и технологии оперативного лечения, неадекватное определение показаний к операции, недооценка противопоказаний к операции.
3. Дефекты послеоперационного наблюдения пациентки (отсутствие или неадекватность рекомендаций, нарушение сроков осмотров, неадекватность выбранной тактики поддерживающего лечения).

При проведении экспертизы качества медицинской помощи по всем изучаемым случаям были оформлены экспертные заключения. Каждое заключение проанализировано, выделены нарушения, определен исход, отмечены нарушения.

Клиническая результативность оценивалась по индикаторам эффективности лечения, описанным в Клинических рекомендациях оказания медицинской помощи больным с ВБНК, а именно: клиническое улучшение; улучшение качества жизни; исчезновение патологических венозных рефлюксов. Для оценки результа-

тивности хирургической помощи женщинам с ВБНК использована модель конечных результатов (приложение 12) и «Карта оценки результативности хирургической помощи пациентам с ХЗВ» (приложение 13).

Проведена оценка влияния нарушений, выявленных экспертами качества медицинской помощи при проведении экспертизы качества медицинской помощи, на степень достижения запланированного результата по данным динамического наблюдения (повторных обращений в промежуточной или конечной точках исследования) в течение 12 месяцев.

Изучена частота медико-социальных и медико-организационных факторов при разном уровне результативности оперативного лечения ХЗВ с использованием ЭВЛО на 100 случаев оказания хирургической помощи. Среди медико-социальных факторов рассматривались: уровень информационной, диагностической и психологической подготовленности пациентов. Среди медико-организационных факторов оценивались дефекты помощи, в том числе: дефекты планирования помощи, прогноза результативности, оценки рисков; дефекты организации и выполнения хирургического вмешательства; дефекты послеоперационного наблюдения.

Для изучения влияния на результаты хирургического пособия медико-социальных, медико-организационных и медико-технологических факторов использовалась информация, полученная на предыдущих этапах исследования, а именно: данные социологического опроса пациенток по анкете ««Карта исследования медико-социальных характеристик пациентов с ХЗВ, их подготовленности к оперативному вмешательству, комплаентности и удовлетворенности оказанной помощью», данные экспертной оценки качества организации и проведения хирургического лечения женщин с ВБНК по 428 случаям. Определялась частота и структура факторов, их информационная значимость в обеспечении положительного результата.

Дизайн исследования представлен на рисунке 2.

Рисунок 2 — Дизайн исследования

Характеристика клинической эффективности предложенной технологии

Разработка методики клинико-организационного проектирования хирургической помощи женщинам с ВБНК в условиях частно-государственного партнерства включала в себя:

1. Выделение на основе экспертных оценок четырех медико-организационных процессов: «локомотивов», обеспечивающих результативность хирургического вмешательства при ВБНК: «сбор информации, диагностика и медицинское информирование»; «планирование помощи, прогноз результативности, оценка рисков»; «организация и выполнение хирургического вмешательства»; «организация послеоперационного наблюдения пациентки, анализ результативности».
2. Выделение целей и задач (зон ответственности) каждого участника процесса по этапам.
3. Определение содержания и технологии решения задач.
4. Критерии результата и его регистрация.

Практическая реализация данной технологии отражает разработанный «Алгоритм организации и проведения технологии клинико-организационного проектирования процессов, связанных с выполнением операции ЭВЛО» (рисунок 3), которая в отличие от существующих технологий оказания помощи обеспечивает взаимосвязь и взаимную ответственность всех участников хирургического лечения, документирование всех процессов, что важно в системе менеджмента качества медицинской помощи.

На базе ООО «Ивановская клиника на Кокуе» и ОБУЗ «Городская клиническая больница № 4» г. Иваново проведено внедрение предложенной технологии оказания хирургической помощи пациентам с ХЗВ по принципу «одного дня» и оценена ее эффективность.

Для оценки клинической, клинико-экономической и медико-социальной эффективности использования методики клинико-организационного проектирования хирургической помощи женщинам с ВБНК сформированы две группы сравнения: 1-я (основная) — 228 пациенток, получивших хирургическую помощь больным ВБНК с использованием разработанной методики клинико-организационного проектирования; 2-я (контрольная) — 200 больных, которым хирургическая помощь была оказана по традиционной схеме.

Эффективность оценивалась в динамике периоперационного периода по контрольным датам осмотра (на 1-е, 3-е, 14-е , 30-е сутки, 3, 6, 12 месяцев) по следующим критериям, отраженным в Российских клинических рекомендациях по диагностике и лечению хронических заболеваний вен: достижение запланированного клинического результата, исчезновение патологических венозных рефлюксов, изменение качества жизни, удовлетворенность оказанной помощью.

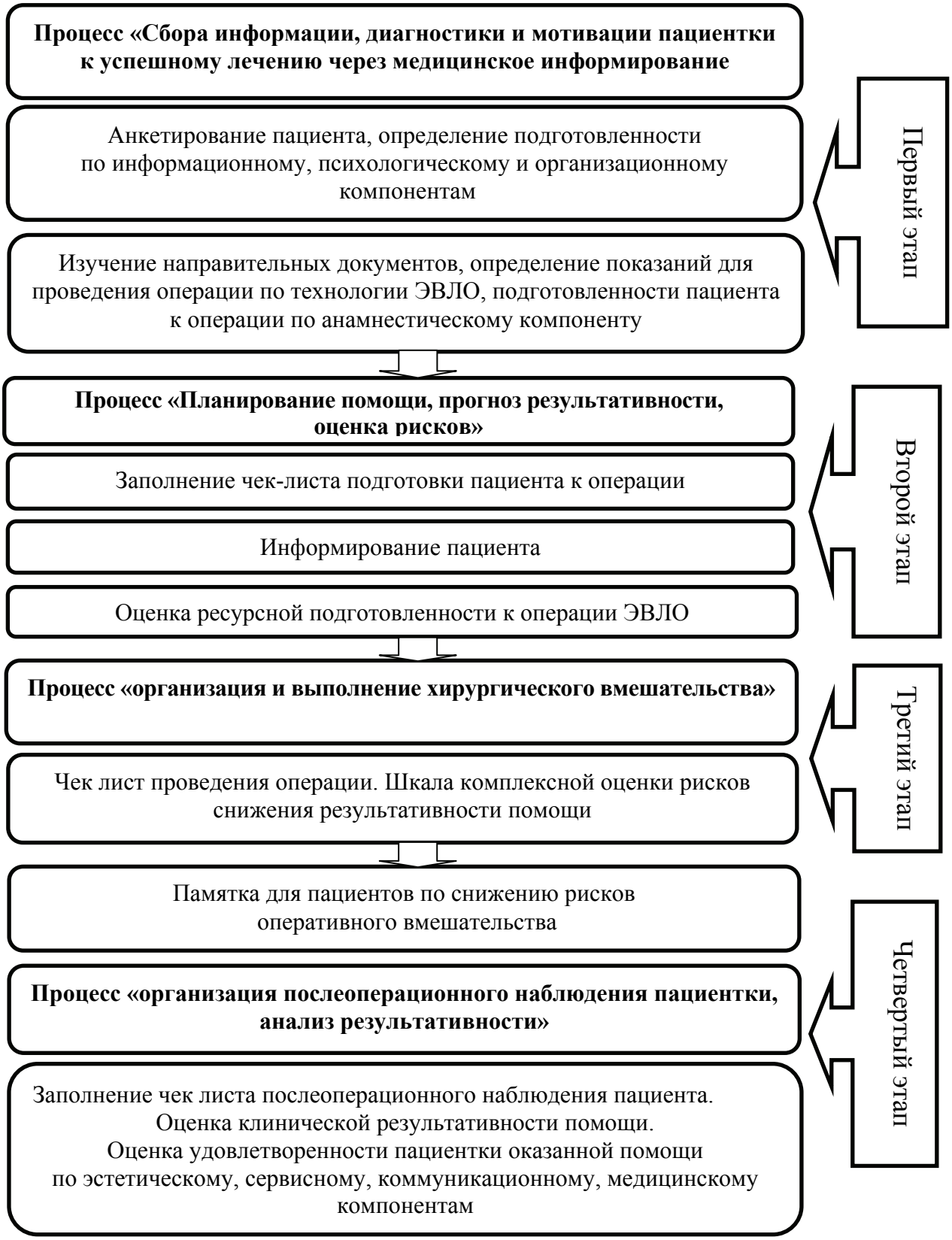

Рисунок 3 — Алгоритм организации и проведения клинико-организационного проектирования процессов, связанных с выполнением эндовазальной лазерной облитерации в условиях хирургической клиники «одного дня»

Статистическая обработка результатов

Для сбора, хранения и обработки всей полученной информации была создана компьютерная база данных в программе Microsoft® Office® Excel® 2010 (Microsoft Corporation, Tulsa, USA) и IBM® SPSS® Statistics 23.0 (IBM Corporation, Armonk, NY, USA).

Величины необходимых размеров выборок определены при помощи модулей Sample size программ COMPARE2 3.85 и DESCRIBE 3.18 пакета WinPEPI© 11.65 (J.H.Abramson) для минимально значимых различий и величин переменных, полученных в пилотных исследованиях и из литературных данных, пороговой величине доверительной вероятности равной 5% и пороговой статистической мощности 80 %.

Качественные данные представлены в виде абсолютных значений и долей (%), количественные, там, где это возможно, в виде M±SD. В противном случае использованы медианы, квартили и графические изображения распределений в виде схематичных коробчатых графиков по Тьюки.

Статистическая значимость различий между качественными переменными в группах и таблицах небольшой размерности оценивалась при помощи точного критерия Фишера. В тех случаях, когда размерность таблиц не позволяла использовать точный критерий Фишера, применялись тесты хи-квадрат (Пирсона либо критерий соответствия). При сравнении различий более чем в двух группах использовалось апостериорное попарное сравнение категорий с поправкой Сидак.

Различия между количественными величинами в нескольких группах оценивались при помощи бутстреп-варианта дисперсионного анализа с апостериорным критерием Тьюки. В случае, когда таких групп было две, использовался тест Стьюдента или его гетероскедастический аналог — тест Саттертуайта для независимых переменных. Применение бутстреп-методик позволило не учитывать нормальность распределения и выбрать более мощные параметрические статистические тесты. При очевидно ненормальных распределениях использовались тест Манна — Уитни для независимых переменных в случае двух сравниваемых групп и Краскала — Уоллиса для независимых переменных для сравнения более двух групп.

Для сравнения средних и параметров рассеяния в группах в динамике был использован дисперсионный анализ повторных измерений (след Пиллаи).

Для исследования статистической значимости взаимосвязей количественных переменных использовались корреляционный (линейный Пирсона или ранговый Спирмена) и регрессионный анализ.

Для определения силы и статистической значимости взаимосвязей качественных переменных производился анализ четырёхпольных таблиц с определением отношений шансов (ОШ) и их 95%-х доверительных интервалов (ДИ).

Впоследствии производился расчет информативности факторов (J) по методу С. Кульбака.

Мы разделили все случаи по показателям накопленной информативности на группы, в каждой из которых выделили число пациенток с благоприятным и неблагоприятным результатами оперативного лечения ВБНК. Затем мы предложили использование трех градаций для выявления рисков неблагоприятных результатов оперативного лечения ВБНК: 1) наиболее вероятен неблагоприятный результат (частота неблагоприятных исходов более 80 %), 2) создание рисков неблагоприятного результата (частота неблагоприятных исходов — от 20 до 80 %), 3) наиболее вероятен благоприятный результат оперативного вмешательства (частота неблагоприятных исходов — менее 20 %).

В любом случае в качестве пограничного уровня статистической значимости принимали значение одно или двустороннего $p = 0,05$.

Резюме к главе 2

Основой для анализа послужили проведенные клинические наблюдения и специальные исследования у 428 пациентов ВБНК со С2 по С6 функциональный класс ХЗВ по классификации CEAP в комплексном лечении ХЗВ в условиях хирургического стационара «одного дня».

Среди обследованных все были женщины — 428 (100,0 %). Общая продолжительность ВБНК с момента появления первых симптомов заболевания до обращения пациентки на специализированный консультативно-диагностический флебологический прием колебалась от 3 до 44 лет (в среднем составляла 9,1 ± 3,5 года). Фактор наследственной предрасположенности к ВБНК отмечался в анамнезе у 320 больных (74,8 %). Из общего числа обследованных поражение ВБ правой

нижней конечности выявлено у 129 пациенток (30,1 %), левой — у 199 (46,5 %) и билатеральная локализация процесса — у 100 (23,4 %).

Для обеспечения стандартизации результатов исследования использована международная классификация CEAP, предложенная экспертами международной согласительной группы в 1994 году, включающая оценку клинической картины, этиологических, анатомических и патофизиологических аспектов ХЗВ у всех 428 пациентов ВБНК.

Частыми жалобами со стороны пациенток были: чувство тяжести в ногах (92 %), боль в икрах (75,5 %), снижение толерантности к нагрузкам (более ранняя утомляемость пораженной конечности после длительного пребывания на ногах — 22,0 %), ночные судороги (20,0 %), кожный зуд (7,0 %). Осмотр нижних конечностей показал наличие варикозного расширения вен (89,0 %), телеангиэктазий (82,0 %), ретикулярного варикоза (84,0 %), отека дистальных отделов конечности (80,5 %), гиперпигментации кожи (17,0 %), липодерматосклероза подкожной клетчатки (16,0 %), активной или зажившей трофической язвы (13,5 %) и венозной экземы (0,5 %).

Анатомическими сегментами поражения являлись поверхностные вены: БПВ (ASGSV) — 324 (76,4 %) больных, МПВ (ASLSV) — 67 (15,7 %), одностороннее поражение БПВ и МПВ (ASGSV, LSV4) — 21 (4,9 %). Немагистральный (AS5) характер варикозного расширения вен выявлен у 16 (3,0 %) больных. Диаметр приустьевого отдела БПВ колебался от 6 до 18 мм и в среднем составил 10,5 ± 0,4 мм, МПВ — от 5 до 17 мм, в среднем — 8,4 ± 0,5 мм.

Несостоятельные перфорантные вены (АР) были выявлены у 328 (76,6 %) больных. У 82 (19,2 %) пациенток отсутствовал горизонтальный патологический рефлюкс крови. Общее количество выявленных некомпетентных перфорантных вен составило 543, из которых 499 (91,9 %) локализовались на голени и 44 (8,1 %) на бедре. Диаметр перфорантных вен варьировал от 2,5 до 13 мм и в среднем составил 3,5 ± 0,5 мм.

Анализ индекса клинической шкалы (подсчет баллов) с учетом функционального класса ХЗВ свидетельствует, что 98,0 % пациентов оперированы по поводу манифестированных форм заболевания с наличием симптомов ХЗВ. Бессим-

птомное течение ВБНК отмечено лишь у 2,0 % больных с С2а функциональным классом ХЗВ. Количественная оценка венозной дисфункции колебалась от 1 до 15 баллов. Среднее количество баллов при ХЗВ С2 функционального класса составило 1,2 ± 0,2, в С3 — 2,3 ± 0,3, в С4 — 5,2 ± 0,5, в С5 — 6,8 ± 0,5, в С6 — 8,6 ± 1,2 соответственно. Прослеживается достоверное ($p < 0,05$) увеличение тяжести венозной дисфункции от С2 функционального класса ХЗВ к С6.

Наиболее многочисленную группу (84,6 %) составили пациенты с наличием симптомов заболевания, которые сохраняли трудоспособность и обходились без использования поддерживающих средств (оценка по шкале снижения трудоспособности — 0–1). Площадь язвенного дефекта до начала лечения колебалась от 1,1 до 26 см^2. У 21 (5,0 %) больных площадь трофической язвы превышала 10 см^2.

Среди сопутствующей патологии у больных преобладали хроническая патология желудочно-кишечного тракта (60,0 %) и сердечно-сосудистой системы (16,1 %). Заболевания костно-мышечной и эндокринной системы составили 11,0 и 5,8 % соответственно.

Проведенные исследования свидетельствуют о многообразии клинических проявлений ВБНК, которые по мере прогрессирования ХЗВ сопровождаются существенными нарушениями центральной венозной гемодинамики и микроциркуляции в нижних конечностях, что приводит к снижению и потере трудоспособности.

Выделение на основе экспертных оценок четырех медико-организационных процессов — «локомотивов», обеспечивающих результативность хирургического вмешательства при ВБНК, позволили разработать алгоритм организации и проведения технологии клинико-организационного проектирования процессов, связанных с выполнением ЭВЛО, которая в отличие от существующих технологий оказания помощи обеспечивает взаимосвязь и взаимную ответственность всех участников хирургического лечения, документирование всех процессов, что важно в системе менеджмента качества медицинской помощи.

Таким образом, разработанная нами методика исследования носила комплексный характер, ее использование позволило провести углубленное и всестороннее изучение проблемы и решить поставленные в исследовании задачи.

Глава 3. СТРУКТУРА И ЧАСТОТА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

3.1 Эпидемиологический анализ распространенности варикозной болезни нижних конечностей в популяции женщин Ивановской области, оценка потребности в хирургической коррекции данной патологии на основе малоинвазивных технологий

Анализ статистических данных показал, что доля ВБНК в структуре общей заболеваемости взрослого населения по классу болезней системы кровообращения за период наблюдения существенно не менялась и составила 0,32–0,35 %. За 2014–2018 гг. в Ивановской области отмечен рост доли ВБНК в структуре первичной заболеваемости болезней системы кровообращения на 50,0 % (таблица 7).

Таблица 7 — Изменение доли варикозной болезни нижней конечности в структуре общей и первичной заболеваемости болезнями системы кровообращения взрослого населения Ивановской области (2014–2018 гг.)

Показатель		Годы наблюдения				
		2014	2015	2016	2017	2018
Доля ВБНК в структуре общей заболеваемости болезней системы кровообращения	доля, %	0,34	0,33	0,34	0,32	0,35
	абсолютный прирост (убыль)	–	–0,01	+0,01	–0,02	+0,04
	темп прироста (убыли)	–	–3,15	+3,11	–6,50	+8,90
	показатель роста (убыли)	–	97,12	103,11	94,50	107,8
	показатель наглядности (%)	100,0	97,02	101,0	94,02	104,05
Доля ВБНК в структуре первичной заболеваемости болезней системы кровообращения	доля в%	0,13	0,14	0,15	0,17	0,18
	абсолютный прирост (убыль)	–	+0,01	+0,01	+0,03	+0,02
	темп прироста (убыли)	–	+7,70	+7,45	+13,02	+6,05
	показатель роста (убыли)	–	107,70	107,50	113,02	106,05
	показатель наглядности (%)	100,0	107,70	117,70	134,20	142,60

Отмечено, что общая заболеваемость ВБНК за пятилетний период в Ивановской области изменялся равномерно в сторону увеличения — темп прироста с 2014 по 2018 гг. составил 8,8 % (с 10,2 до 11,1 на 1 000 населения). Если в 2014 г. число больных ВБНК составляло 18234, то в 2018 г. — 18 477, что в большей степени является следствием улучшения диагностики и раннего выявления лиц с патологией вен. Первичная заболеваемость ВБНК также имела тенденцию к увеличению за последние 5 лет — темп прироста составил 12,5 % (с 2,4 до 2,7 на 1000 населения в 2018 году) (таблица 8).

Таблица 8 — Динамика общей и первичной заболеваемости варикозной болезнью нижней конечности у взрослого населения Ивановской области (2014–2018 гг.)

Показатель		Годы наблюдения				
		2014	2015	2016	2017	2018
Общая заболеваемость ВБНК	заболеваемость, ‰ (абс.)	10,2 (18234)	10,3 (18324)	10,5 (18356)	10,9 (18437)	11,1 (18477)
	абсолютный прирост (убыль)	–	+0,2	+0,3	+0,5	+0,6
	темп прироста (убыли)	–	+0,99	+0,88	+7,50	+5,95
	показатель роста (убыли)	–	101,2	101, 9	107,5	+105,9
	показатель наглядности, %	100,0	101,6	108,6	110,5	106,5
Первичная заболеваемость ВБНК	заболеваемость, ‰ (абс.)	2,4 (4756)	2,5 (4768)	2,6 (4802)	2,7 (4811)	2,7 (4829)
	абсолютный прирост (убыль)	–	+0,1	+0,1	+0,1	+0,1
	темп прироста (убыли)	–	+3,2	+2,5	+1,5	+2,2
	показатель роста (убыли)	–	103,2	102,5	101,5	102,2
	показатель наглядности, %	100,0	103,0	104,5	101,6	102,5

Сравнительный статистический анализ региональных уровней заболеваемости взрослого населения Ивановской области ВБНК со среднеокружными (по Центральному федеральному округу) и среднероссийскими свидетельствует о том, что области имеются статистически значимые отличия данных показателей ($p < 0,05$). Если в 2017 году общая заболеваемость ВБНК в Ивановской области составила 10,9 на 1000 взрослого населения, то в Центральном федеральном

округе — 10,0, а в целом по Российской Федерации — 10,5. По данным официальной статистики Минздрава России, в 2017 году уровень первичной заболеваемости взрослого населения ВБНК был следующим: в Ивановской области — 2,7 на 1000 взрослого населения, в Центральном федеральном округе — 1,95, а в Российской Федерации — 2,1, что свидетельствует о статистически значимых превышениях показателя над общероссийскими ($p < 0,05$).

Анализ данных профилактических осмотров 3547 женщин трудоспособного возраста, проведенных на базе ОБУЗ «Городская клиническая больница № 4» г. Иваново, позволил установить, что частота варикозного расширения вен у них составляет 47,4 на 100 осмотренных женщин, в том числе в возрастной категории до 30 лет — 6,5 на 100, 31–55 лет — 59,8, из них нуждаются в хирургической коррекции 36,5 % (1295 женщин) (рисунок 4).

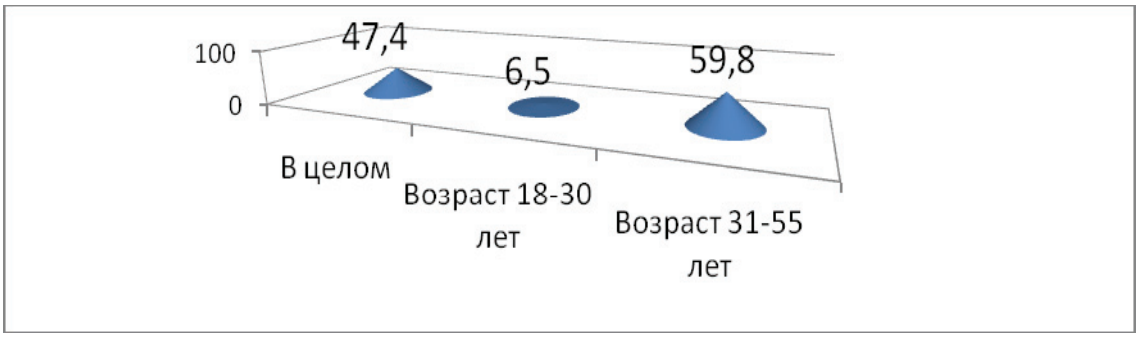

Рисунок 4 — Распространенность варикозной болезни нижней конечности у женщин трудоспособного возраста по данным профилактических осмотров (на 100 осмотренных)

В популяции женщин трудоспособного возраста, которым потенциально показана малоинвазивная хирургическая коррекция ВБНК с учетом классов CEAP (C2-C6), 34,0 % имеют показания к ее применению. В ходе беседы с врачом высказали согласие на проведение хирургического вмешательства в связи с ВБНК 24,5 % женщин, в том числе сделали выбор в пользу негосударственного сектора здравоохранения 9,8 %.

Анализ объема малоинвазивных хирургических вмешательств по поводу ВБНК в Ивановской области за период 2014–2018 гг. показал их рост в 2 раза — с 356 — в 2014 году до 725 — в 2018 году (рисунок 5).

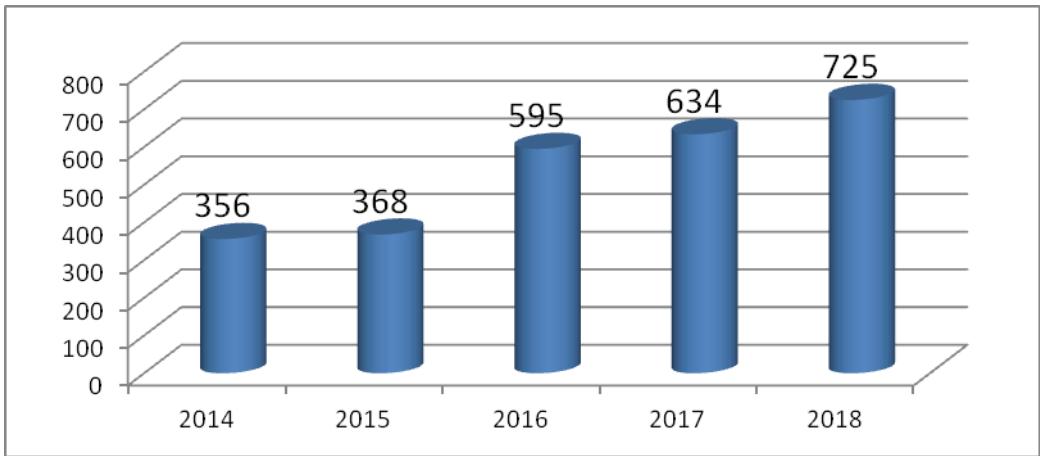

Рисунок 5 — Динамика объемов малоинвазивных хирургических вмешательств по поводу варикозной болезни нижней конечности в Ивановской области в 2014–2018 гг.

Таким образом, результаты анализа уровней общей и первичной заболеваемости взрослого населения Ивановской области по данным амбулаторных обращений в медицинские организации в целом демонстрирует низкий процент пациентов, которым впервые установлен диагноз ВБНК, при высокой патологической пораженности, в частности женщин трудоспособного возраста, что, с одной стороны, требует научного обоснования и внедрения мероприятий, направленных на раннее выявление патологии вен нижних конечностей, а с другой — определяет возможность развития малоинвазивной хирургии вен нижних конечностей на принципе «одного дня» по лечебно-косметическим показаниям.

3.2 Профиль пациенток с варикозной болезнью нижней конечности, получивших амбулаторную малоинвазивную хирургическую помощь по лечебно-косметическим показаниям в клинике «одного дня»

Опрос обратившихся за хирургической помощью по поводу ВБНК на основе применения технологии ЭВЛО показал (рисунок 6), что поводом для обращения в 33,0 % случаев были жалобы различного характера, а в 67,0 % — косметические дефекты.

По возрасту женщины распределились следующим образом: 18–29 лет — 12 (2,8 %), 30–39 лет — 136 (31,8 %), 40–49 лет — 225 (52,6 %), 50–59 лет — 55 (12,8 %) (рисунок 6).

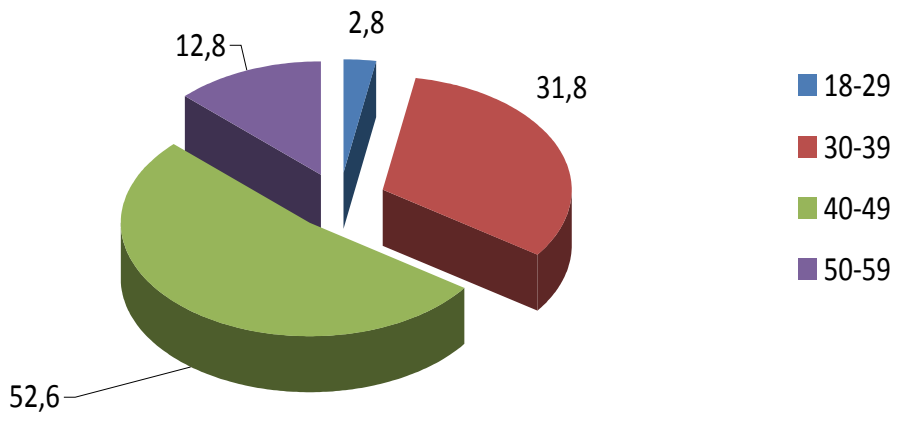

Рисунок 6 — Распределение женщин трудоспособного возраста, обратившихся за хирургической помощью по поводу варикозной болезни нижней конечности на основе эндовазальной лазерной облитерации, по возрасту (%)

Среди пациенток служащие составили 24,5 %, медработники — 7,8 %, предприниматели — 35,6 %, руководители — 9,8 %, домохозяйки — 5,4 %, преподаватели — 10,2 %, рабочие — 6,7 %.

Более половины пациенток (51,4 %) имели высшее образование, остальные 48,6 % — среднее специальное образование.

По материальному положению основную часть (75,4 %) больных имели средний уровень доходов (доход на одного члена семьи соответствует или чуть выше прожиточного минимума), 24,6 % пациенток указали на то, что не испытывают затруднений с деньгами.

Наличие хронической патологии отметили 95,5 % опрошенных. Среди хронических заболеваний чаще всего отмечались следующие нозологические группы: болезни органов дыхания (39,8 на 100 опрошенных), органов кровообращения (35,5), костно-мышечной системы и соединительной ткани (26,5), мочеполовой системы (4,5), системы пищеварения (3,4), эндокринной системы (7,8).

Большинство пациенток имели средний уровень медицинской активности (65,5 %), что характеризует их как лиц, не всегда вовремя обращающихся за медицинской помощью и выполняющих в полном объеме медицинские рекомендации, тогда как каждая третья пациентка (34,5 %) указала на несоблюдение принципов своевременного обращения за медицинской помощью и врачебных назначений.

Анализ результатов анкетирования показал, что среди пациенток высока распространенность факторов риска нарушения здоровья. На, что в их жизни постоянно имеет место нервно-психическое напряжение, указали 41,2 % опрошенных. При этом у 50,5 % психотравмирующие обстоятельства связаны с работой, у 34,5 % — с обстановкой дома, у 15,0 % отмечается сочетанное воздействие. Указали на нарушение сна 34,5 % опрошенных, каждая вторая из них принимает на ночь снотворные препараты. Анализ данных опроса показал, что соблюдают режим сна и отдыха 41,2 % пациенток, проводят закаливающие процедуры — 7,6 %, практикуют ежедневные прогулки на свежем воздухе — 39,8 %.

Вместе с тем каждая вторая респондентка (49,2 %) отметила наличие в своем поведении отклонений от принципов здорового образа жизни. Так, малоподвижная деятельность более пяти часов в день (включая работу сидя) характерна для 75,4 % больных, нерациональное питание — для 62,5 %, пристрастие к алкоголю — для 2,5 %, курение — для 14,2 %, повышенная нагрузка на сосуды ног (длительное сидение, длительное стояние более трех часов в день) — для 74,5 %, неблагоприятные для здоровья факторы на работе (воздействие пыли, повышенной температуры воздуха и влажности, загазованность помещение, шум, вибрация, физически тяжелая работа) имеют 39,7 % пациенток.

Среди факторов, ограничивающих внимание к своему здоровью, загруженность делами на работе и дома выявлена у 54,5 на 100 опрошенных, недостаток денег — у 21,5, низкая информированность о том, как правильно сохранять здоровье, — у 19,5, недостаток воли — у 4,5.

Анализ данных о семейном положении пациенток показал, что большинство (78,6 %) состояли в браке, 20,4 % на отсутствие зарегистрированных отношений, 1,4 % — вдовы.

Большинство пациенток живут в малой полной семье (67,8 %), однако 17,8 % проживают совместно с родственниками, а 23,4 % имеют неполную семью.

Охарактеризовали взаимоотношения в семье как спокойные и доброжелательные 45,5 % пациенток, однако 44,5 % описали их как спокойные и «холодные», а 10 % указали на наличие натянутых и конфликтных отношений в семье. Среди причин возникновения конфликтных ситуаций в семье пациентки чаще всего отмечали наличие проблем с детьми (37,8 на 100 опрошенных), материальных (23,5), бытовых проблем (14,5), отсутствие взаимопонимания между членами семьи (16,5), неудовлетворенность сексуальной жизнью (3,4), проблемы другого плана (4,3).

На вопрос «Способствует ли семья, отношения в ней сохранению вашего здоровья?» большинство опрошенных (67,8 %) ответили утвердительно, однако 31,2 % пациенток считают, что «частично», а 1,0 % дали отрицательный ответ.

В таблице 9 приведены сводные данные оценки медицинской информированности женщин, проходящих хирургическое лечение ВБНК.

Таблица 9 — Характеристика медицинской информированности пациенток с варикозной болезнью нижней конечности (n = 428)

Параметры информированности	Уровень, абс./%						Всего		Ранг снижения
	низкий		средний		высокий				
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Общие	188	44,0	209	49,0	31	7,0	428	100,0	
Правовой (информированность о своих правах и обязанностях как пациента)	171	40,5	209	49,5	48	10,0	428	100,0	4
Организационной (информированность о клинике, ее структуре, врачах, организации лечения)	201	47,5	179	42,5	48	10,0	428	100,0	2
Информированность о применяемых диагностических методах	188	44,5	222	52,0	18	3,5	428	100,0	3
Информированность о применяемых методах лечения (ЭВЛО)	202	48,7	179	42,5	38,1	8,8	428	100,0	1
Информированность о профилактике заболеваний и их обострений	167	36,8	257	60,4	4	2,8	428	100,0	5

Низкий уровень медицинской информированности отмечен у 44,0 % женщин, средний — у 49,0 %, высокий — у 7,0 %. Наиболее низкая информированность (1-й ранг) по применяемым методам лечения (ЭВЛО).

Таким образом, опрос пациенток с ВБНК показал наличие высокой распространенности хронической соматической патологии на фоне несоблюдения большинством из них принципов здорового образа жизни и большой нагрузкой факторов риска развития как общей соматической патологии, так и заболеваний сосудов нижних конечностей. Каждая третья опрошенная имеет внутрисемейные проблемы, которые могут препятствовать формированию положительных психологических, экономических, социальных условий для прохождения этапов периоперационного периода, последующей реабилитации и адаптации.

На практике медицинский персонал имеет дело с лицами, которые представляют собой уже сложившиеся личности со своими ценностями, системой установок и межличностных отношений, что накладывает свой отпечаток на психику человека, его поведение, поэтому проведен анализ состояния психологического статуса пациенток.

Анализ оценок по тесту ЛОБИ позволил установить, что в зависимости от типа отношений к болезни пациентки распределились следующим образом: доля больных с тревожным типом составила 25,7 %, ипохондрическим — 5,7 %, меланхолическим — 2,8 %, неврастеническим — 45,7 %, обсессивно-фобическим — 5,7 %, сенситивным — 5,7 %, эгоцентрическим — 2,8 %, параноальным — 2,8 %, эйфорическим — 2,8 % (рисунок 7).

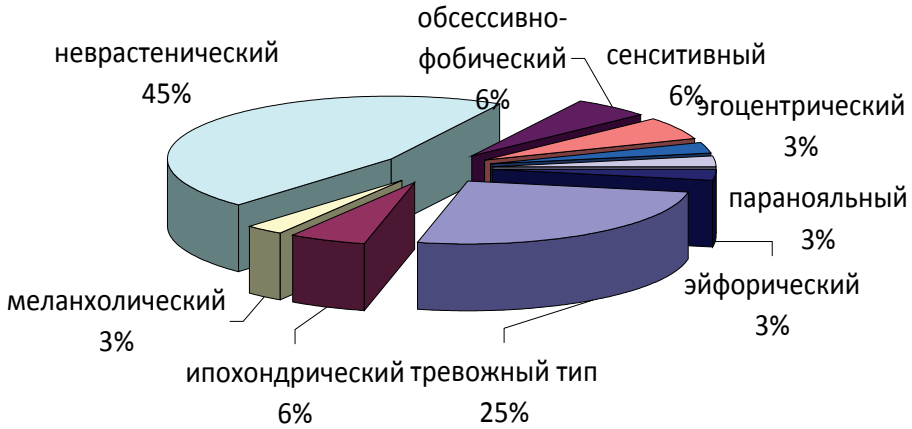

Рисунок 7 — Распределение пациенток по результатам оценок по тесту ЛОБИ (n = 428)

Количественный и качественный анализ данных показал, что у пациенток преобладают тревожный и неврастенический типы отношений к болезни. Практически у всех 100 % больных эти типы отношений диагностировались как уже сформировавшиеся, то есть достигшие минимального диагностического значения.

Анализ данных исследования по тесту «Уровень субъективного контроля» (УСК) показал, что для больных с ВБНК характерен довольно высокий уровень субъективного контроля над значимыми жизненными ситуациями (по шкале общей интернальности — 21,6 балла) (рисунок 8). Они чувствуют определенную ответственность за то, как складывается их жизнь в целом. Так, уровень по шкале интернальности в сфере производственных отношений составил Ип = 26,0. В то же время больные имеют экстернальный локус контроля в области здоровья, считая, что облегчение болезни придет в результате действий других людей, то есть перекладывают ответственность за свое здоровье на других людей, прежде всего на врачей (по шкале интернальности в отношении здоровья и болезни — 2,8 балла), а также в области семейных отношений (Ис = -4,5), т. е. переносят ответственность за происходящее на других членов семьи, и в области неудач, проявляющееся в перекладывании ответственности на других людей.

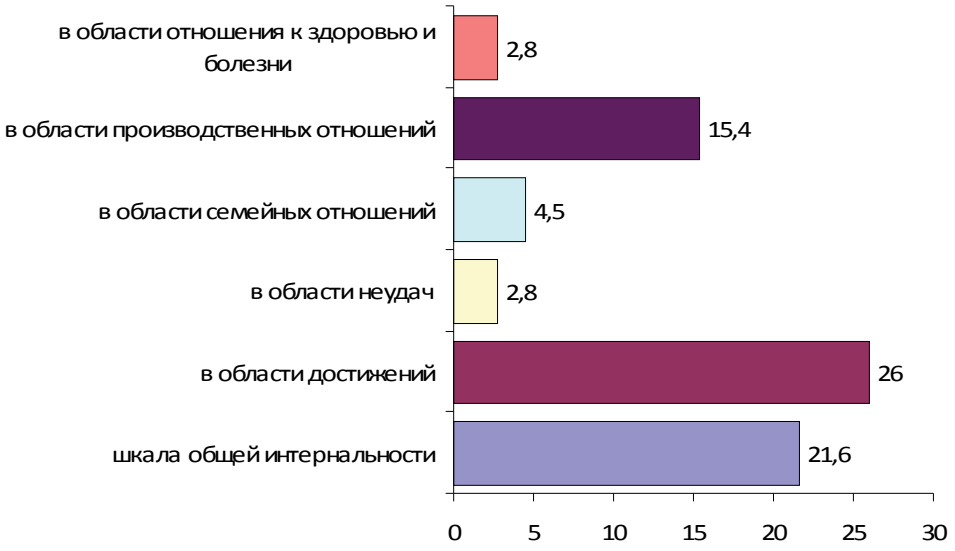

Рисунок 8 — Результаты оценок по тесту «Уровень субъективного контроля» (в баллах) (n = 428)

Исследование по шкале тревоги дало следующие результаты (рисунок 9): высокий уровень тревожности испытывают 58,0 % пациенток, средний (с тенденцией к высокому) — 34,0 %, средний (с тенденцией к низкому) — 8,0 %.

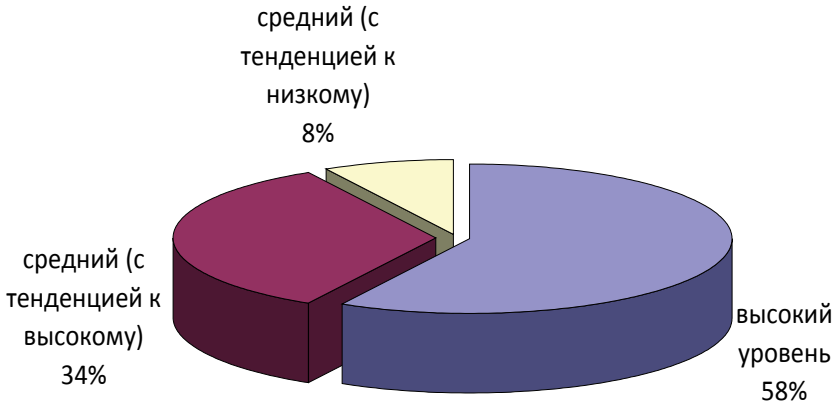

Рисунок 9 — Распределение пациенток по уровню тревожности (по Спилбергеру) (n = 428)

Заболевание сосудов нижних конечностей вносит изменения в систему отношений, в профессиональную деятельность и личную жизнь. Установлено, что все больные испытывают страх перед болезнью — опасение за свой внешний вид, за отношения с супругом; ведут себя, главным образом, по неврастеническому типу. В то же время сложившийся тип акцентуации характера оказывает серьезное влияние на поведение больного по отношению к болезни и методам ее лечения. Чем более выражен тип акцентуации характера и чем более он неустойчив, тем больше риск усугубления течения болезни. И, наоборот: чем стабильнее и пассивнее личность, тем спокойнее течение болезни. Следовательно, пациентки нуждаются в своевременной психологической помощи и психокоррекционной работе.

Итак, опрос позволил сформировать следующий медико-социально-психологический портрет пациенток данного профиля, а именно: средний возраст — 42,3 года (от 27 до 58 лет), 51,4 % имеют высшие образование, у 75,4 % — уровень дохода выше прожиточного минимума, 63 % живут в полной семье, основная часть опрошенных (78,5 %) — городские жители, практически все имеют хронические соматические заболевания (95,5 %) и отягощенность факторами риска развития заболеваний (99,2 %), каждая вторая пациентка имеет признаки тревожности и депрессивности.

3.3 Анализ подготовленности пациенток с варикозной болезнью нижней конечности к успешному прохождению периоперационного периода

Проведена оценка подготовленности женщин к оперативному лечению с учетом выделенных трех компонентов: 1) информационный, 2) клинический, 3) психологический (таблица 10).

Таблица 10 — Результаты количественной оценки подготовленности пациенток к хирургическому лечению варикозной болезни нижней конечности (n = 428)

Компоненты подготовленности		Оценка		
		средняя, баллы	отклонения от оптимальной, %	оптимальная, %
Информационная	правовая	1,3 ± 0,3	66,7	43,3
	организационная	2,0 ± 0,3	33,3	66,7
	диагностическая	1,8 ± 0,3	40,0	60,0
	лечебная	1,6 ± 0,3	47,0	53,0
	профилактическая	1,7 ± 0,3	45,0	55,0
	в целом по компоненту	8,4 ± 0,3	44,0	56,0
Клиническая	объем клинического обследования	1,7 ± 0,2	45,0	55,0
	объем инструментального обследования (по КР)	2,3 ± 0,2	23,3	76,7
	объем лабораторного обследования (по КР)	2,5 ± 0,2	16,3	83,3
	объем использования дополнительных методов обследования (консультации других специалистов, дифференциальная диагностика) (по КР)	2,2 ± 0,2	26,3	73,3
	адекватность поставленной цели лечения и тактики лечения	2,6 ± 0,2	13,3	86,7
	в целом по компоненту	11,3 ± 0,2	12,0	88,0

Окончание таблицы 10

Компоненты подготовленности		Оценка		
		средняя, баллы	отклонения от оптимальной, %	оптимальная, %
Психологическая	тест личной тревожности Спилбергера — 20 вопросов	1,9 ± 0,3	36,7	63,3
	тест ситуационной тревожности Спилбергера — 40 вопросов	1,9 ± 0,3	36,7	63.3
	тест УСК-уровень субъективного контроля: характер ответственности за события (экстернальный, интернальный) (44 вопроса)	1,6 ± 0,3	47,0	53,0
	тест ЛОБИ — отношения к болезни и лечению (12 наборов утверждений)	1,8 ± 0,3	40,0	60,0
	тест комплаентности — 18 вопросов	1,7 ± 0,3	45,0	55,0
	в целом по компоненту	8,9 ± 0,3	40,0	60,0
Общая оценка подготовленности		28,6 ± 0,2	38,0	62,0

Установлено, что в целом оптимальный уровень подготовленности имели 62,0 % пациенток, неоптимальный — 38,0 %. Информационный компонент подготовленности, отражающий информированность о медицинской организации, целях и задачах, методах лечения, возможных осложнениях и прогнозе был снижен у 44,0 %. Психологический компонент подготовленности имел отклонения в 40,0 %. Клиническая подготовленность (объем клинико-диагностического обследования пациента на амбулаторно-поликлиническом этапе) был снижен у 12,0 % больных.

3.4 Анализ периоперационной динамики качества жизни пациенток, проходивших эндовазальную лазерную облитерацию по поводу варикозной болезни нижних конечностей

Особенностью пациенток, проходивших лечение по лечебно-косметическим показаниям, в связи с отсутствием выраженности клинических симптомов венозной недостаточности, как показал анализ их КЖ, являются достаточно высокие оценки еще в дооперационный период. Основными жалобами являлись: трудности выполнения длительной работы в ортостатической позе, а также чувство усталости в ногах. В таблице 11 отражена динамика показателей КЖ пациенток с ВБНК до и после проведенного хирургического лечения методом ЭВЛО.

Таблица 11 — Периоперационная динамика качества жизни пациенток после эндовазальной лазерной облитерации по поводу варикозной болезни нижней конечности (n = 428)

Шкалы «Качества жизни»	Средний балл по опроснику		Разность показателя до и после
	до операции	после операции	
Выраженность болевых ощущений (ВБО)	1,6 ± 0,1	1,0 ± 0,1*	-0,6 ± 0,1
Общее восприятие здоровья (ОВЗ)	2,4 ± 0,2	1,0 ± 0,2*	-1,4 ± 0,2
Физическое функционирование (ФФ)	1,5 ± 0,1	1,0 ± 0,1*	-0,5 ± 0,1
Социальное функционирование (СФ)	14,5 ± 0,2	10,0 ± 0,2*	-4,5 ± 0,2
Эмоциональное функционирование (ЭФ)	20,0 ± 0,5	10,0 ± 0,5*	-10,0 ± 0,5
Суммарный показатель по всем шкалам	40,0 ± 0,3	23,0 ± 0,3*	-17,0 ± 0,3
Примечание: *– различия достоверны ($p < 0,05$), тест Стьюдента для парных выборок.			

Результаты оценки КЖ отдельно по каждой шкале показали, что самые выраженные изменения произошли по таким шкалам, как: общее восприятие здоровья — показатель улучшился почти в 2,5 раза (с 2,4 — до операции до 1,0 балла — после) ($p < 0,05$), эмоциональное функционирование (ЭФ) — в 2 раза (20,0 и 10,0 балла соответственно) ($p < 0,05$). Отмечена позитивная динамика таких параметров КЖ, как «выраженность болевых ощущений», — в среднем на 0,6 балла, «физическое функционирование» — в среднем на 0,5 балла ($p < 0,05$), «социальное функционирование» — в 1,5 раза ($p < 0,05$). Таким образом, все пять исследуемых шкал,

характеризующих КЖ пациенток с ВБНК, имели положительную динамику в периоперационном периоде. В целом после хирургического лечения суммарный балл всех параметров КЖ снизился на 57,5 % ($p < 0,05$), что свидетельствовало о существенном улучшении КЖ. Если до операции суммарный балл всех параметров КЖ составлял 40,0 балла, то после ЭВЛО он снизился до 23,0 ($p < 0,05$). Таким образом, в результате выполненного исследования установлено, что в раннем послеоперационном периоде (через один месяц после оперативного лечения) у пациенток с ВБНК отмечалось значительное улучшение всех параметров КЖ.

3.5 Анализ периоперационной динамики медицинской информированности и комплаентности пациенток, проходивших эндовазальную лазерную облитерацию по поводу варикозной болезни нижних конечностей

Анализ уровня медицинской информированности пациенток в динамике периоперационного периода в целом показал, что при первом обращении большинство из них (78,9 %) имели низкую информированность, о чем свидетельствует средняя оценка 14,2 балла, на втором (второе обращение) и третьем (непосредственно перед операцией) этапах она повышалась за счет медицинского информирования и составила соответственно 24,7 и 25,5 балла (резерв — 16 и 14 % соответственно), в послеоперационном периоде достигая уровня 28,7 балла, однако сохраняется еще резерв ее повышения (4,4 %) (рисунок 10). Различия были статистически значимы (дисперсионный анализ повторных измерений – след Пиллаи, $p < 0,05$).

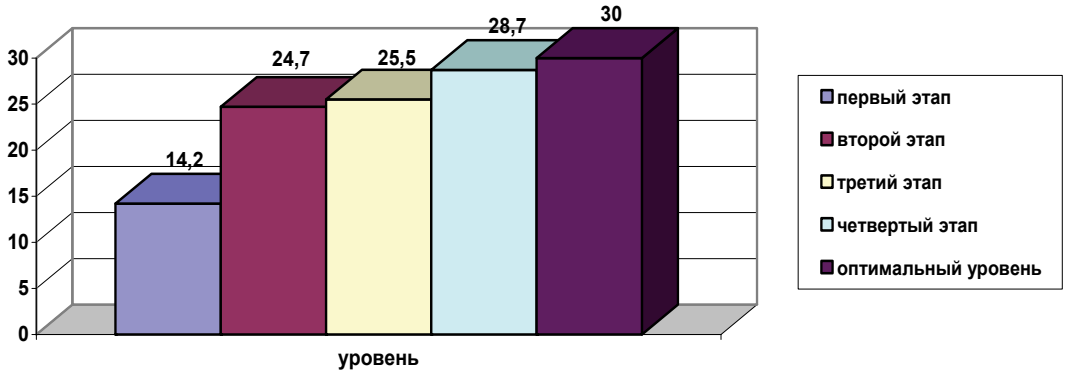

Рисунок 10 — Динамика оценок медицинской информированности пациенток в целом на этапах периоперационного периода

Установлено, что основная часть (64,5 %) пациенток имели средний уровень комплаентности, только 32,4 % — высокий и 3,1 % — низкий уровень комплаентности ($p < 0,05$) (рисунок 11).

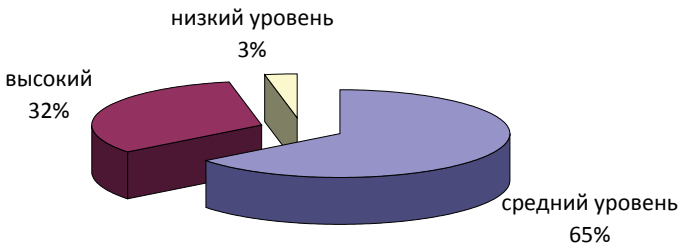

Рисунок 11 — Распределение пациенток по уровню комплаентности (%) (n = 428)

Анализ комплаентности в динамике периоперационного периода показал, что при первом обращении большинство пациенток (81,2 %) выразили неуверенность в результативности помощи и определенную осторожность в оценке самого учреждения (средняя оценка — 9,1 балла), на втором этапе эта настороженность сохранялась — средний балл — 10,4, однако на третьем этапе отмечена тенденция к повышению уверенности в успехе лечения (средняя оценка — 18,1 балла), которая закрепляется в послеоперационном периоде — 19,7 балла. Однако сохраняется резерв повышения комплаентности пациенток путем подкрепления положительного настроя и за счет подтверждения эффекта в других случаях помощи самому пациенту и его эфферентным группам — 1,5 % (рисунок 12). Различия были статистически значимы (дисперсионный анализ повторных измерений – след Пиллаи, $p < 0,05$).

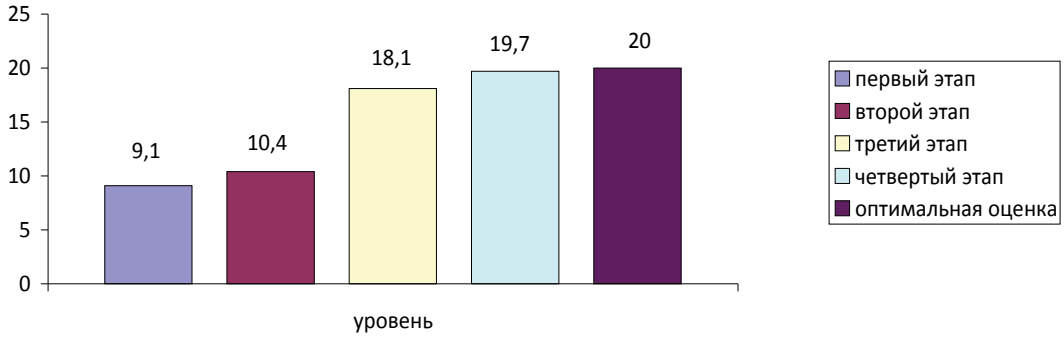

Рисунок 12 — Динамика оценок комплаентности пациенток с варикозной болезнью нижней конечности в периоперационном периоде

Анализ изменения оценок по параметрам комплаентности показал, что оценка уровня желания пациентки четко и в полном объеме выполнять рекомендации врача на первом этапе в среднем составила 2,2 балла, на втором — 2,8, на третьем — 5,0, на четвертом — 4,8; уверенность в исцелении и значительном улучшении состояния — 2,2; 2,5; 4,1 и 4,9 балла соответственно; удовлетворенность пациентки тем, что доверила свое здоровье специалистам данного учреждения — 2,4; 2,6; 4,2 и 5,0 балла; желание рекомендовать данное учреждение как лучшее своим друзьям и родственникам — 2,3; 2,5; 4,8 и 5,0 балла, параметра «Приоритет выполнения здоровьеохранительных мероприятий над социальными и профессиональными потребностями, запросами, обязанностями» — 4,7; 4,9; 4,9 и 4,8 балла; параметра «Приоритет сохранения здоровья над искушением нарушить имеющиеся медицинские запреты — 4,9; 4,9; 4,9 и 4,8 балла; параметра «Уровень беспокойства по поводу успешности лечения» на первом этапе в среднем составила 1,2 балла, на втором — 5,0 балла, на третьем — 5,0 балла, на четвертом — 4,4 балла; параметра «Уровень беспокойства по поводу компетентности медицинского персонала» — 1,2; 4,4; 4,0 и 5,0 балла соответственно; параметра «Уровень беспокойства из-за недостатка финансовых средств для продолжения лечения и обследования» — 1,6; 3,8; 4,0 и 4,9 балла; параметра «Уровень беспокойства из-за отношения семьи» — 1,8; 4,6; 4,3 и 4,5 балла; параметра «Уровень беспокойства в отношении профессиональной деятельности» — 1,6; 4,1; 4,1 и 4,4 балла; параметра «Уровень беспокойства из-за возможности каких-то ограничений в поведении, связанных с рекомендациями врача» — 2,9; 4,2; 4,8 и 3,9 балла; параметра «Уровень беспокойства в отношении безопасности и надежности применяемых методов диагностики и лечения» — 1,2; 3,5; 4,1 и 5 баллов; параметра «Уверенность, что после операции улучшиться эстетический вид ног» — 4,3; 4,4; 4,5 и 4,7 балла; параметра «Уверенность, что после операции улучшится качества жизни» на первом этапе в среднем составила 4,3 балла, на втором — 4,4 балла, на третьем — 4,4 балла, на четвертом — 4,9 балла. Различия были статистически значимы (дисперсионный анализ повторных измерений – след Пиллаи, $p < 0,05$).

Как видно, на первом и втором этапах периоперационного периода беспокойство пациентки связано с раздумьями о безопасности и надежности предстоящей помощи, о ее результативности, о компетентности медицинских работников, о возможности заплатить за оказанные услуги, о том, поддержит ли их семья, тогда как на последующих этапах процесса эмоциональные переживания уже концентрируются на вопросе социальной и профессиональной адаптации, возможности вести привычный образ жизни. На последнем этапе периоперационного периода отмечается повышение значимости выполнения социальной функции и возможности избегать запретов (в том числе касающихся факторов риска осложнений патологии сосудов нижних конечностей) в ущерб сохранению здоровья и закрепления результата лечения.

Сравнительный анализ медико-социально-психологического профиля пациенток в группах с оптимальным и неоптимальным результатом лечения ВБНК показал, что значимыми в отношении вероятности снижения эффективности хирургического лечения ВБНК относятся следующие факторы: низкий уровень комплаентности (ОШ = 3,3 с 95% ДИ от 1,85–6,43), привычка к курению (ОШ = 2,6 с 95% ДИ от 1,55–7,78), низкая самооценка состояния здоровья (ОШ = 4,0 с 95% ДИ от 2,03–5,84), избыток массы тела (ОШ = 19,0 с 95% ДИ от 7,33–46,23), наличие в анамнезе соматической патологии (ОШ = 4,0 с 95% ДИ от 1,85–6,44), низкий уровень коммуникабельности (ОШ = 1,7 с 95% ДИ от 1,01–3,55), низкий уровень устойчивости к стрессам (ОШ = 7,0 с 95% ДИ от 4,99–26,88), второстепенное отношение к ценности «здоровье» (ОШ = 6,4 с 95% ДИ от 3,10–14,11), низкий уровень медицинской информированности (ОШ = 3,3 с 95% ДИ от 1,85–6,43). Установлено, что имеется сильная корреляционная связь между результативностью хирургической помощи и следующими факторами социально-гигиенического и социально-психологического статуса пациенток: медицинская информированность ($r = +0,769$), медицинская активность ($r = +0,802$), конфликтность ($r = -0,816$), возраст ($r = -0,753$), комплаентность ($r = +0,855$).

Резюме к главе 3

По результатам опроса сформирован медико-социально-психологический портрет женщин трудоспособного возраста (18–55 лет), получающих хирургическую помощь в связи с заболеваниями сосудов нижних конечностей в государственном и частном секторе здравоохранения. Средний возраст пациенток — 39,3 года, в государственном секторе — 52,8 года; высшее образование имели 52,5 и 36,5 % соответственно, доход выше прожиточного минимума — у 100 и 75 %; хронические соматические заболевания и отягощенность факторами риска развития заболеваний имели 99 %, каждая вторая пациентка имелись признаки тревожности и депрессивности. Установлено, что, вступая в периоперационный период, больные с ВБНК отягчены «багажом проблем» медико-социально-психологического порядка, ведущими из которых являются: низкая медицинская информированность, наличие хронической соматической патологии, отягощенность факторами риска здоровью, недостаточная материальная и психологическая поддержка семьи. При этом результативность хирургической помощи определяется уровнем подготовленности пациенток к успешному прохождению периоперационного периода с учетом выделенных параметров. Анализ данных опроса показал, что 62 % больных, поступающих на хирургическое лечение по поводу ВБНК, имеют низкий уровень подготовленности, в том числе: информационной; клинической, психологической, что требует восполнения этих данных на этапе специализированной помощи.

Глава 4. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОРГАНИЗАЦИИ И ОКАЗАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ФАКТОРЫ, ИХ ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ

4.1 Результаты анализа качества организации хирургической помощи пациенткам с варикозной болезнью нижних конечностей

Проведен анализ качества организации хирургической помощи пациенткам с ВБНК по четырем медико-организационным процессам. Сводные данные о результатах оценки качества организации хирургической помощи пациенткам с ВБНК представлены в таблице 12.

Таблица 12 — Результаты оценки качества организации хирургической помощи пациенткам с варикозной болезнью нижней конечности медико-организационным процессам (n = 428)

Вид дефекта	Государственная МО		Частная МО	
	абс.	частота на 100 случаев	абс.	частота на 100 случаев
В целом дефектов	595	138	335	78
1. Процесса «сбор информации, диагностики и мотивации пациентки к успешному лечению через медицинское информирование»	300	70	150	35*
2. Процесса «планирование помощи, прогноз результативности, оценка рисков»	193	45	154	36*
3. Процесса «организация и выполнение хирургического вмешательства»	25	5	10	2*
4. Процесса «анализ результативности»	77	18	21	5*
Примечание: * — различия достоверны ($p < 0,05$), тест хи-квадрат Пирсона.				

Установлено, что частота снижения качества организации хирургической помощи составила в целом по государственному учреждению 138 на 100 услуг, по частной организации — 78 ($p < 0,005$), в том числе: процесса «сбора информации, диагностики и мотивации пациентки к успешному лечению через медицинское информирование» — 70 и 35 на 100 услуг соответственно ($p < 0,005$); процесса «планирование помощи, прогноз результативности, оценка рисков» при оказании помощи отмечалась в 45 и 36 случаев на 100 услуг ($p < 0,005$); процесса «организация и выполнение хирургического вмешательства» — в 5 и 2 ($p < 0,005$); процесса «анализ результативности» — 18 и 5 на 100 случаев на 100 услуг соответственно ($p < 0,005$) (рисунок 13).

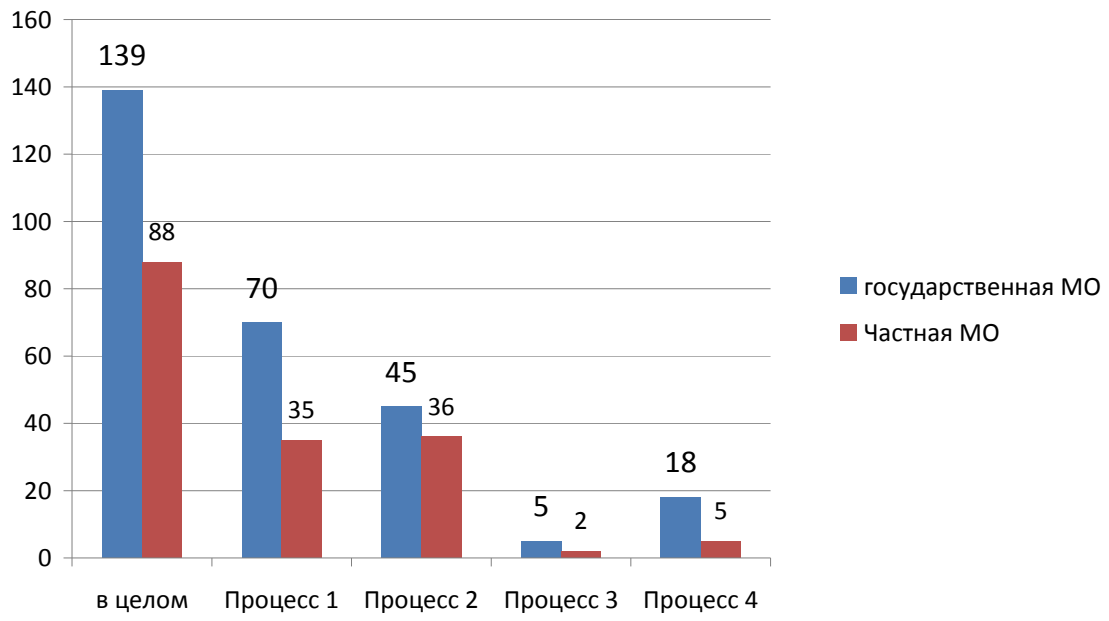

Рисунок 13 — Частота снижения качества организации хирургической помощи при варикозной болезни нижней конечности (на 100 услуг)

В структуре медико-организационных дефектов качества организации хирургической помощи ведущее место занимают дефекты «сбора информации, диагностики и мотивации пациентки к успешному лечению через медицинское информирование» (50,9 %) и дефекты «планирования помощи, прогноза результативности, оценка рисков»» (32,9 %) (рисунок 14).

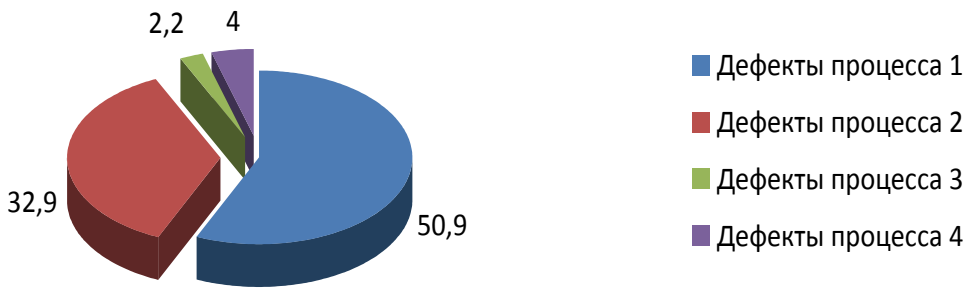

Рисунок 14 — Структура дефектов качества организации хирургической помощи при варикозной болезни нижней конечности (%)

Как видим, процессы «сбора информации, диагностики и мотивации пациентки к успешному лечению через медицинское информирование» и «планирования помощи, прогноза результативности, оценка рисков» требуют разработки мер совершенствования организации.

4.2 Результаты оценки качества оказания хирургической помощи пациенткам с варикозной болезнью нижних конечностей

Сводные данные о результатах оценки качества оказания хирургической помощи пациенткам с ВБНК представлен в таблице 13.

Анализ качества хирургической помощи показал, что частота дефектов качества диагностики составила в целом по государственной МО — 35 на 100 услуг, по частной МО — 7 ($p < 0,05$), в том числе: непроведение или неадекватная оценка результатов основных и дополнительных методов обследования — 25 и 2 на 100 услуг ($p < 0,05$), жалоб и данных анамнеза пациентки — 10 и 5 ($p < 0,05$). Частота дефектов оперативного лечения в целом по государственной МО составила в целом 6 на 100 услуг, по частной МО — 2 ($p < 0,05$), в том числе: неадекватность цели лечения — 1и 0 на 100 услуг, неадекватность выбора вида и технологии оперативного лечения — 3 и 0, неадекватное определение показаний к операции — 1 и 0, недооценка противопоказаний к операции — 1 и 2 на 100 услуг ($p < 0,05$). Частота дефектов послеоперационного наблюдения пациентки в целом по государственной МО — 10 на

100 услуг, по частной МО — 2 ($p < 0,05$), в том числе: отсутствие или неадекватность рекомендаций — 2 и 0, нарушение сроков осмотров — 7 и 2, неадекватность выбранной тактики поддерживающего лечения — 1 и 0 на 100 услуг) (рисунок 15).

Таблица 13 — Результаты оценки качества оказания хирургической помощи пациенткам с варикозной болезнью нижней конечности (n = 418)

Вид дефекта	Государственная МО		Частная МО	
	абсолютное количество дефектов	частота на 100 случаев	абсолютное количество дефектов	частота на 100 случаев
В целом	218	51	46	11*
Дефекты качества диагностики	150	35	30	7*
В т. ч. непроведение или неадекватная оценка основных и дополнительных методов обследования	100	25	10	2*
Жалоб и данных анамнеза пациентки	50	10	20	5*
Дефекты оперативного лечения	26	6	8	2*
В т.ч. не адекватность цели лечения	4	1	0	0
Не адекватность выбора вида и технологии оперативного лечения	14	3	0	0
Не адекватное определение показаний к операции	4	1	0	0
Недооценка противопоказаний к операции	4	1	8	2
Дефекты послеоперационного наблюдения	42	10	8	2*
В том числе отсутствие или неадекватность рекомендаций	8	2	0	0
Нарушение сроков осмотров	30	7	8	2*
Неадекватность выбранной тактики поддерживающего лечения	4	1	0	0
Примечание: * — различия достоверны ($p < 0,05$), тест хи-квадрат Пирсона.				

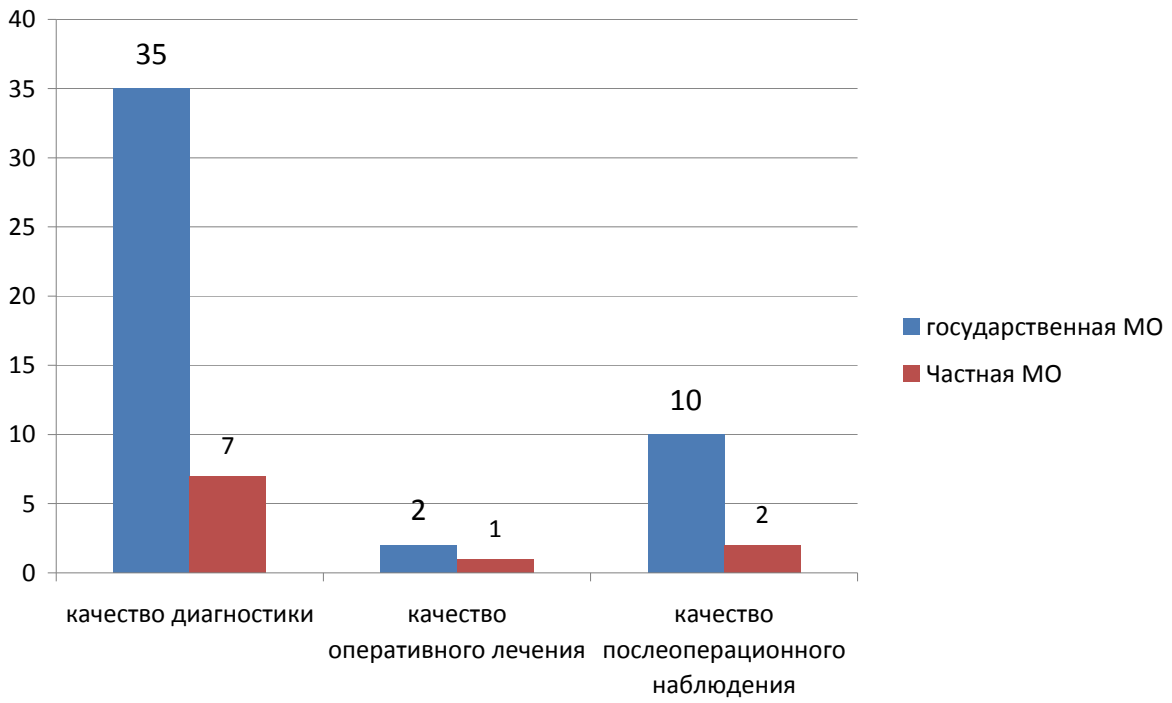

Рисунок 15 — Частота дефектов качества оказания хирургической помощи пациенткам с варикозной болезнью нижней конечности (на 100 услуг)

Следует отметить, что предпосылками преимущественного преобладания качественных показателей в частных МО, по сравнению с государственным сектором, являются: клиентоориентированность, необходимость повышения конкурентоспособности, технологическая гибкость, инновационная направленность, повышенная сервисность и комфортность оказания услуг. Вместе с тем к недостаткам частной медицины можно отнести: склонность к гипердиагностике и гиперлечению, ограничения внутреннего контроля, риски безопасности пациента. Однако при адекватной системе менеджмента качества в данных МО эти риски можно предотвратить.

В общей структуре дефектов качества оказания хирургической помощи первое место занимают дефекты качества диагностики (64,6 %), на втором — дефекты послеоперационного наблюдения (11,8 %), на третьем — дефекты оперативного лечения (19,6 %) (рисунок 16).

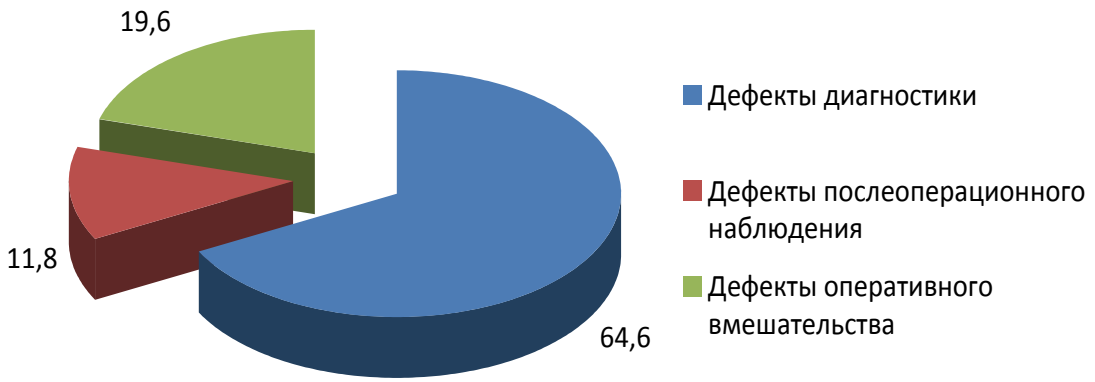

Рисунок 16 — Общая структура дефектов качества оказания хирургической помощи пациенткам с варикозной болезнью нижней конечности (%)

Структура технологических дефектов оперативного этапа хирургической помощи пациенткам с ВБНК представлена на рисунке 17.

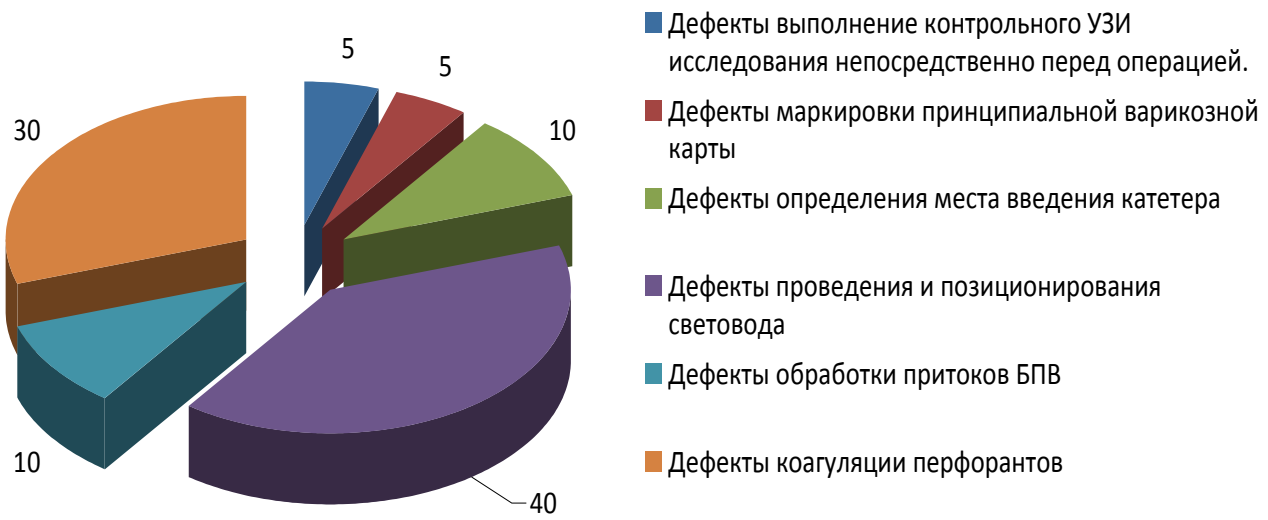

Рисунок 17 — Технологические дефекты оперативного этапа хирургической помощи пациенткам с варикозной болезнью нижней конечности (%)

Как видно из рисунка 17, первое место в структуре дефектов оперативного этапа оказания хирургической помощи занимают дефекты, связанные с техникой проведения и позиционирования световода (40,0 %), на втором — дефекты проведения коагуляция перфорантов (30,0 %), на третьем — определение места введения катетера и выполнение контрольного УЗИ исследования непосредственно пе-

ред операцией, на четвертом — дефекты маркировки принципиальной варикозной карты и обработки притоков БПВ.

Таким образом, анализ экспертных мнений показал, что имеется хороший потенциал улучшения качества организации и оказания хирургической помощи за счет совершенствования маршрутизации пациенток, построения четких технологических цепочек диагностики и лечения на условиях государственно-частного партнерства.

4.3 Результаты оценки результативности хирургической помощи пациенткам с варикозной болезнью нижних конечностей и факторы, ее определяющие

Клиническая результативность оперативного лечения больных с ВБНК была достигнута в 401 случае из 428 (94 %), в том числе по критерию «клиническое улучшение» — в 425 случаях (99,3 %); улучшение качества жизни — в 375 (87,6 %); исчезновение патологических венозных рефлюксов — в 402 (93,9 %) (рисунок 18).

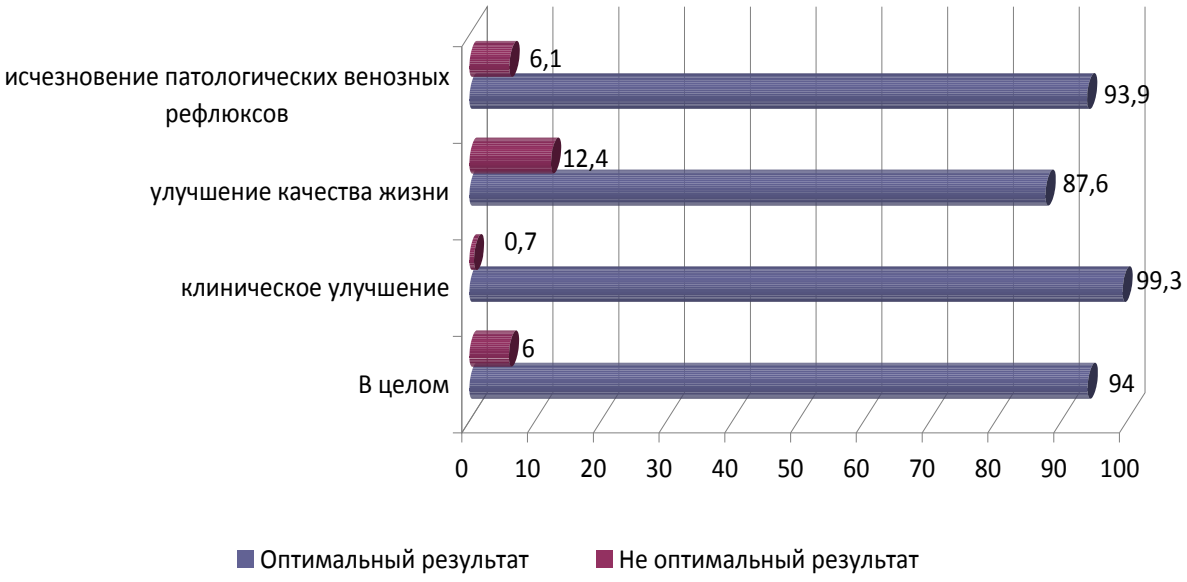

Рисунок 18 — Результативность хирургической помощи женщинам с варикозной болезнью нижней конечности (%)

После операции у 207 женщин (48,4 %) отмечены косметические дефекты, в том числе: у 127 (29,7 %) — гиперпигментация, у 9 (2,1 %) — гематомы, у 15 (3,5 %) — локальная отечность, у 56 (13,1 %) — текстурные нарушения кожных покровов.

Данные о частоте медико-социальных факторов при разном уровне результативности лечения ХЗВ с использованием ЭВЛО представлены в таблице 14.

Как видно из таблицы 14, недостаточная подготовленность пациентов к оперативному пособию в целом имеет частоту в диапазоне 65–89 % (ДИ 65,2–89,1). Установлено, что частота данного фактора была достоверно выше ($p < 0,05$) в группе пациентов, где результат оперативного лечения был достигнут неполностью или не в оптимальные сроки. Так, низкая информационная подготовленность в группе с оптимальным результатом помощи составляла 21,6 ± 1,8 против 78,4 ± 14,2 % [отношение шансов (OR) составляет 3,45 (ДИ > 95 %); J = 0,064]; частота низкой диагностической подготовленности соответственно: 21,0 ± 2,4 против 79,0 ± 11,0% [OR — 3,15 (ДИ > 95 %); J = 0,151]; частота низкой психологической подготовленности соответственно: 21,4 ± 3,8 против 78,6 ± 5,4% [OR — 2,99 (ДИ > 95 %); J = 0,029]. При ЭВЛО клиническая значимость медико-социальных и психологических факторов зависит от функционального класса ХЗВ (таблица 14).

Установлено, что влияние факторов низкой подготовленности пациентов к оперативному вмешательству снижает его клиническую эффективность при начальных стадиях ХЗВ на 25 %, а при IV–VI стадиях — на 30 % ($p < 0,05$) (рисунок 19).

Таблица 14 — Частота медико-социальных факторов при разной результативности лечения хронической венозной недостаточности с использованием эндовазальной лазерной облитерации (%)

Факторы подготовленности пациента к оперативному лечению	Результат помощи	Функциональный класс ХЗВ / Частота фактора низкой подготовленности					Общая частота фактора
		С2	С3	С4	С5	С6	
Число наблюдений	428	52	222	96	30	28	–
Низкая информационная подготовленность	достигнут (n = 378)	34,0 ± 1,7	26,0 ± 1,9*	23,0 ± 1,8	14,0 ± 1,7	11,0 ± 1,9	21,6 ± 1,8
	не достигнут (n = 50)	66,0 ± 14,4	74,0 ± 14,1*	77,0 ± 14,2**	86,0 ± 13,7***	89,0 ± 14,6****	78,4 ± 14,2*****
	OR — 3,45 (ДИ 1,85–6,43); J = 0,064						
Низкая диагностическая подготовленность	достигнут (n = 378)	31,0 ± 2,2	33,0±2,6*	20,0 ± 2,3	11,0 ± 2,4***	10,0 ± 2,5	21,0 ± 2,4
	не достигнут (n = 50)	69,0 ± 11,2	67,0 ± 10,8	80,0 ± 11,1**	89,0 ± 10,9****	90,0 ±1 1,0****	79,0±11,0*****
	OR — 3,15 (ДИ 1,51–5,71); J = 0,151						
	OR — 2,99 (ДИ 1,35–5.15); J = 0,029						
Низкая психологическая подготовленность	достигнут (n = 378)	25,0 ± 3,6	22,0 ± 4,0	22,0 ± 3,7	20,0 ± 3,8***	17,0 ± 3,9****	21,4 ± 3,8*****
	не достигнут (n = 50)	75,0 ± 5,2	78,0 ± 5,4	77,0 ± 5,6	80,0 ± 5,5***	83,0 ± 5,3****	78,6 ± 5,4*****
В целом частота по факторам подготовленности	достигнут (n = 378)	25,0 ± 2,5		30,0 ± 5,5****			p < 0,05
	не достигнут (n = 50)	75,0 ± 14,5		70,0 ± 13,9****			p < 0,05
	OR — 3,25 (ДИ 1.66-6.07); J = 0,125						

Примечание: *– различия достоверны (p < 0,05) между С2 и С3; ** между С2 и С4 (p < 0,05); *** между С2 и С5 (p < 0,05); **** между С2 и С6 (p<0,05); ***** между крайними значениями С2–С6 и средним уровнем (p < 0,05) (метод Стьюдента).

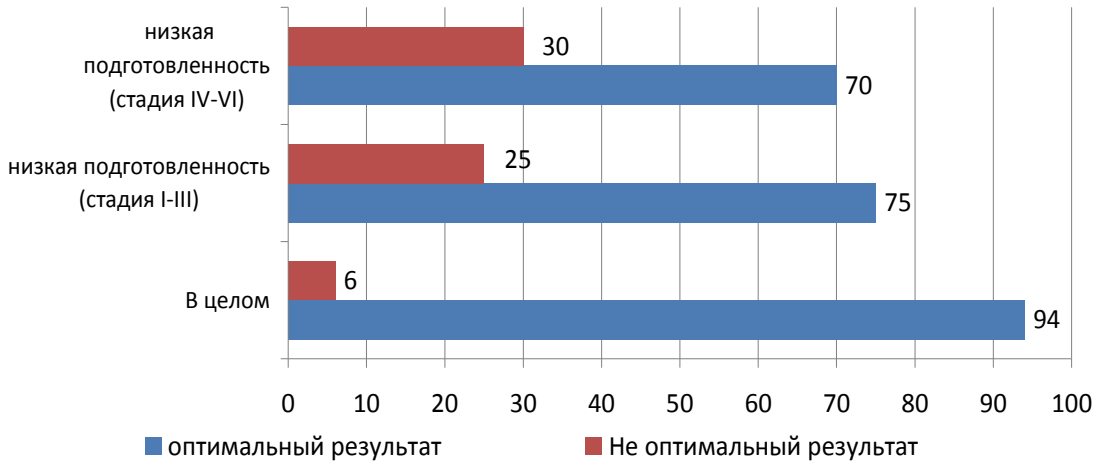

Рисунок 19 — Эффективность хирургического лечения хронической венозной недостаточности при разном уровне подготовленности пациента (%)

Данные о частоте медико-организационных и технологических факторов при разном уровне результативности оперативного лечения ХЗВ с использованием ЭВЛО представлены в таблице 15.

Как видно из таблицы 15, имеются достоверные отличия в группах сравнения по частоте медико-организационных факторов. Так, в группе с оптимальным результатом помощи частота дефектов планирования помощи, прогноза результативности оценка рисков составила 12,8 ± 2,2 % против 88,2 ± 8,8 % — с неоптимальным результатом (ОШ — 3,13, J = 0,496); частота дефектов организации и выполнения хирургического вмешательства соответственно: 2,8 ± 1,2 и 97,2 ± 2,2 % (ОШ — 2,5, J = 0,345); частота дефектов послеоперационного наблюдения: 11,8,0 ± 3,2 против 89,2 ± 5,8 % (ОШ — 2,98, J = 0,382).

К группе дефектов качества хирургической помощи, изолированно влияющих на формирование неблагоприятного ее результата, относятся: дефекты качества диагностики (ОШ — 3,13; J = 0,496), дефекты сбора информации, диагностики и медицинского информирования пациента (ОШ — 3,15, J = 0,251). Сочетание настоящих дефектов оказывает достоверное влияние на формирование неблагоприятного результата с вероятностью более 20 %.

Таблица 15 — Частота медико-организационных и технологических факторов при разной результативности лечения хронической венозной недостаточности с использованием эндовазальной лазерной облитерации (%)

Медико-организационные факторы	Результат помощи	Функциональный класс ХЗВ / частота фактора — дефекты оказания хирургической помощи					Общая частота
		С2	С3	С4	С5	С6	
Число наблюдений	428	52	222	96	30	28	–
Дефекты планирования помощи, прогноза результативности, оценки рисков	достигнут (n = 378)	10,0 ± 2,1	11,0 ± 2,2	14,0 ± 2,1	14,0 ± 2,2***	15,0 ± 2,3****	12,8 ± 2,2*****
	не достигнут (n = 50)	90,0 ± 8,7	89,0 ± 8,8	86,0 ± 8,7	86,0 ± 8,8***	85,0 ± 8,1****	88,2 ± 8,8*****
	OR — 3,13 (ДИ 1,39–7,01); J = 0,496						
Дефекты организации и выполнения хирургического вмешательства	достигнут (n = 378)	2,0 ± 1,2	2,0 ± 1,1	3,0 ± 1,2	3,0 ± 1,1***	4,0 ± 1,3****	2,8 ± 1,2*****
	не достигнут (n = 50)	98,0 ± 2,2	98,0 ± 2,1	97,0 ± 2,2	97,0 ± 2,1***	96,0,0 ± 2,3****	97,2 ± 2,2*****
	OR — 2,5 (ДИ 1,12–9,09); J = 0,345						
Дефекты послеоперационного наблюдения	достигнут (n = 378)	14,0 ± 3,1	12,0 ± 3,2	12,0 ± 3,1	11,0 ± 3,2***	10,0 ± 3,3****	11,8,0 ± 3,2*****
	не достигнут (n = 50)	86,0 ± 5,7	88,0 ± 5,8	88,0 ± 5,8	89,0 ± 5,9***	90,0 ± 5,8****	89,2 ± 5,8*****
	OR — 2,98 (ДИ 1,22–8,28); J = 0,382						
В целом по медико-организационным факторам	достигнут (n = 378)	9,0 ± 2,5				7,0 ± 2,5****	p < 0,05
	не достигнут (n = 50)	91,0 ± 5,5				92,0 ± 5,5****	p < 0,05
	OR — 2,99 (ДИ 1,50–6,89); J = 0,425						

Примечание: *– различия достоверны (p < 0,05) между С2 и С3; ** — между С2 и С4 (p < 0,05); *** — между С2 и С5 (p < 0,05); **** — между С2 и С6 (p < 0,05); ***** — между крайними значениями С2-С6 и средним уровнем (p < 0,05) (метод Стьюдента).

По данным экспертных заключений установлено, что системными предпосылками неисполнения стандартов при оперативном лечении ВБНК как в частных, так и в государственных МО являются: на подготовительном этапе к операции — нарушения маршрутизации пациентов, их недостаточное медицинское информирование (78 на 100 случаев), недоучет медико-социально-психологических факторов (79) и диагностической подготовленности пациента (78); на этапе проведения операции — нарушение технологии проведения и позиционирования световода (40 на 100 случаев), дефекты проведения коагуляция перфорантов (30); на послеоперационном этапе — недоучет факторов поддержания комплаентности пациентов и их медицинского информирования (10 на 100 случаев), нарушение режима выполнения восстановительных мероприятий (12).

Таким образом, неисполнение стандарта специализированной медицинской помощи и национальных клинических рекомендаций при ВБНК в разной степени влияет на формирование неблагоприятного результата оперативного лечения, что подтверждается разным значениями информативности (J) (рисунок 20).

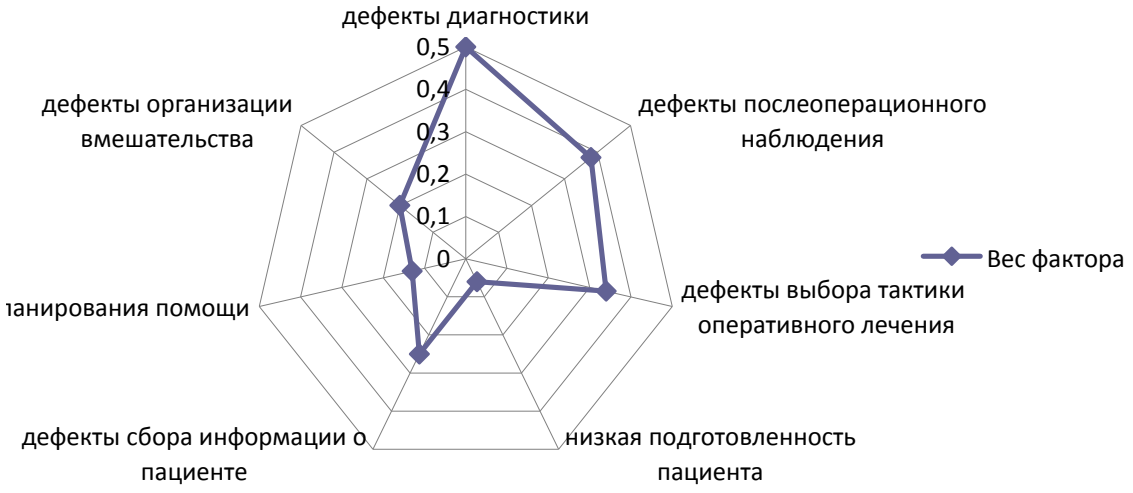

Рисунок 20 — Факторы, определяющие результативность хирургической помощи женщинам с варикозной болезнью нижних конечностей (%)

Установлено, что, из семи значимых групп факторов первое место в обусловленности результата оперативного лечения ХЗВ методом ЭВЛО занимает технология вмешательства (86,0 %) (шесть групп факторов), на втором — подготовленность пациента к вмешательству (14,0 %) (одна группа).

К категории «высоко рисковых» относятся такие факторы, как: дефекты качества диагностики; дефекты выбора тактики оперативного лечения; дефекты послеоперационного наблюдения. К категории «среднего риска» относятся такие факторы, как: дефекты сбора информации, диагностики и медицинского информирования пациента; дефекты организации и выполнения хирургического вмешательства; дефекты планирования помощи, прогноза результативности, оценки рисков. К категории низкого риска относятся такие факторы, как: низкая подготовленность пациента к оперативному лечению (рисунок 21).

Рисунок 21 — Дифференциация факторов риска снижения результативности эндовазальной лазерной облитерации по поводу варикозной болезни нижних конечностей

4.4 Удовлетворенность пациенток с варикозной болезнью нижних конечностей оказанной амбулаторной хирургической помощью по технологии эндовазальной лазерной облитерации в «клинике одного дня»

Анализ данных опроса пациенток показал, что большинство из них (92,0 %) полностью удовлетворены оказанной помощью, однако 8,0 % остались неполностью удовлетворены ее результатами (рисунок 22).

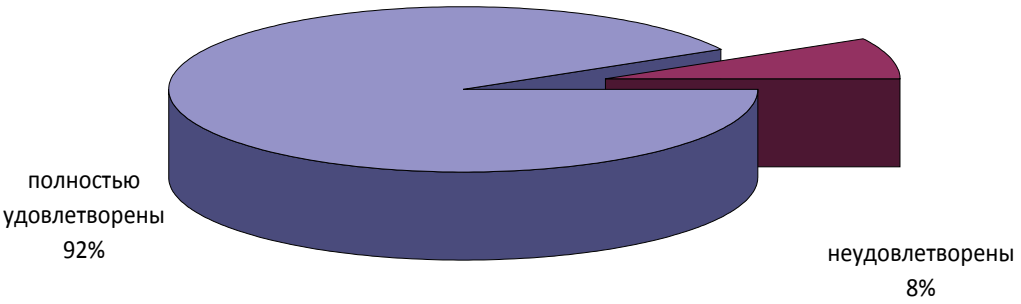

Рисунок 22 — Характеристика удовлетворенности пациенток с варикозной болезнью нижних конечностей оказанной хирургической помощью по технологии эндовазальной лазерной облитерации

Проведен анализ отдельных компонентов удовлетворенности женщин трудоспособного возраста оказанной хирургической помощью по поводу ВБНК, а именно: удовлетворенность изменениями КЖ; удовлетворенность косметическим эффектом, удовлетворенность взаимодействием с врачом до операции, его консультированием; удовлетворенность взаимодействием с врачом после операции, его консультированием и рекомендациями; удовлетворенность условиями оказания помощи вопросам обучения сохранению и укреплению здоровья, коррекции факторов риска (таблица 16).

Таблица 16 — Характеристика компонентов удовлетворенности пациентов трудоспособного возраста оказанной хирургической помощью по поводу варикозной болезнью нижних конечностей (n = 428), %

Компоненты удовлетворенности	Удовлетворены полностью	Не удовлетворены	Всего
Удовлетворенность результатами изменения качества жизни	99,0	1,0	100,0
Удовлетворенность косметическим эффектом	88,0	12,0	100,0
Удовлетворенность взаимодействием с врачом до операции, его консультированием	89,0	11,0	100,0
Удовлетворенность взаимодействием с врачом после операции, его консультированием	94,0	6,0	100,0
Удовлетворенность условиями оказания помощи	100,0	0	100,0

Как видно из таблицы 16, наибольший процент неудовлетворенных оказанной хирургической помощью был по компоненту, связанному с «косметическим эффектом» (12,0 %), на втором месте — «неудовлетворенность взаимодействием с врачом до операции, его консультированием» (11,0 %), на третьем — неудовлетворенность взаимодействием с врачом после операции, его консультированием и рекомендациями» (6,0 %), на четвертом — неудовлетворенность «результатами изменения качества жизни» (1,0 %).

Исследования показали, что пациент чувствует себя более уверенным в процессе лечения, если он знает, как будет вести себя врач. Рассмотрены четыре стиля взаимодействия врача и пациента при проведении ЭВЛО: пациент-ориентированный, биопсихосоциальный, биомедицинский и малоконтактный стили (таблица 17).

Установлено, что в большинстве случаев врачи используют малоконтактный стиль взаимодействия с пациентом (56,0 %), реже — биомедицинский (30,0 %), в 10,0 % — биопсихосоциальный стиль и только в 4,0 % — наиболее оптимальный — пациент-ориентированный стиль.

Таблица 17 — Характеристика стиля взаимодействия врача и пациента при проведении эндовазальной лазерной облитерации по поводу варикозной болезнью нижних конечностей (n = 428), %

Стиль взаимодействия	%
Малоконтактный (анатомический) стиль — врач ограничивает общение с пациентом стандартными вопросами	56,0
Биомедицинский стиль — общение с пациентом ограничивается вопросами, связанными с заболеванием	30,0
Биопсихосоциальный стиль — в общении с пациентом врач делает акцент на налаживание психологического контакта с пациентом, прислушивается к его мнению относительно помощи	10,0
Пациент-ориентированный (партнерский) стиль — врач рассматривает пациента как партнера, информируя и обсуждая с ним все этапы оказания помощи	4,0

Таким образом, одним из резервов повышения результативности хирургической помощи при ВБНК может стать системное улучшение качества организации и оказания хирургического лечения, что можно осуществить на основе совершенствования технологии ее медико-организационного проектирования.

Резюме к главе 4

Установлено, что первое место в обусловленности результата оперативного лечения ХЗВ методом ЭВЛО занимает технология оперативного вмешательства (80,0 %), на втором месте — подготовленность пациента к вмешательству (20,0 %).

Опрос показал, что 32,0 % пациенток имели неоптимальный уровень подготовленности, в том числе информационной (у 45,0 %) и клинической (у 98,0 %), что связано с недостаточно полным сбором анамнестических и клинических данных, обследованием и информированием пациенток. Недостаточная подготовленность больных к оперативному пособию в целом имеет частоту в диапазоне 65–89 %. При этом распространенность данного фактора была достоверна выше ($p < 0,05$) в группе лиц, у которых результат оперативного лечения был достигнут неполностью или не в оптимальные сроки. Так, низкая информационная подготовленность в группе с оптимальным результатом помощи составляла 21,6 ± 1,8 против 78,4 ± 14,2 % (OR — 3,45; J = 0,064); частота низкой диагностической под-

готовленности соответственно: 21,0 ± 2,4 против 79,0 ± 11,0 % (OR — 3,15; J = 0,151); частота низкой психологической подготовленности: 21,4 ± 3,8 против 78,6 ± 5,4 % (OR — 2,99; J = 0,029). При ЭВЛО клиническая значимость медико-социальных и психологических факторов зависит от функционального класса ХЗВ (см. таблицу 14).

Данные экспертной оценки показали, что неисполнение стандарта специализированной медицинской помощи и клинических рекомендаций при ВБНК в разной степени влияет на формирование неблагоприятного результата оперативного лечения и создает риск его формирования, что подтверждается разным значениями J. Установлена значимость для обеспечения результата лечения пяти факторов (дефекты качества диагностики, дефекты выбора тактики оперативного лечения, дефекты послеоперационного наблюдения, дефекты сбора информации, диагностики и медицинского информирования пациента; дефекты организации и выполнения хирургического вмешательства; дефекты планирования помощи, прогноза результативности, оценки рисков, низкая подготовленность пациента к оперативному лечению). Анализ качества оказания хирургической помощи показал, что частота дефектов качества диагностики составила в целом по государственной МО — 35 на 100 услуг, по частной МО — 7 ($p < 0,05$), дефектов оперативного лечения в целом по государственной МО в целом — 6 на 100 услуг, по частной МО — 2 ($p < 0,05$), послеоперационного наблюдения пациентки в целом по государственной МО — 10 на 100 услуг, по частной МО — 2 ($p < 0,05$), что указывает на возможность совершенствования хирургической помощи за счет улучшения маршрутизации пациенток, построения четких технологических цепочек диагностики, лечения на условиях государственно-частного партнерства.

Клиническая результативность оперативного лечения больных с ВБНК была достигнута в 401 случае из 428 (94 %), в том числе по критерию «клиническое улучшение» — в 425 (99,3 %); улучшение качества жизни — в 375 (87,6 %); исчезновение патологических венозных рефлюксов — в 402 (93,9 %). После операции у 207 женщин (48,4 %) отмечены косметические дефекты, в том числе: у 127 (29,7 %) — гиперпигментация, у 9 (2,1 %) — гематомы, у 15 (3,5 %) — локальная

отечность, у 56 (13,1 %) — текстурные нарушения кожных покровов. Анализ данных опроса пациенток показал, что большинство из них (92,0 %) полностью удовлетворены оказанной помощью, однако 8,0 % остались не полностью удовлетворены ее результатами. Установлено, что в большинстве случаев врачи используют малоконтактный стиль взаимодействия с пациентом (56,0 %), реже — биомедицинский (30,0 %), в 10,0 % — биопсихосоциальный и только в 4,0 % наиболее оптимальный — пациент-ориентированный стиль.

Результаты экспертной оценки качества организации и оказания хирургической амбулаторной помощи женщинам с ВБНК с учетом четырех ведущих медико-организационных процессов, а также анализ данных опроса пациенток на предмет их удовлетворенности оказанной помощью позволили установить недостаточное внимание к процессу планирования лечения; снижение результативности по эстетическому компоненту и показали значимость пациент-ориентированного и эстетико-ориентированного подходов к оказанию хирургической помощи.

Глава 5. ТЕХНОЛОГИЯ И ОЦЕНКА КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Данные исследования, приведенные в предыдущих главах диссертации, свидетельствуют о том, что недостаточно эффективное использование существующих технологий хирургического лечения пациенток с ВБНК, высокая частота дефектов, а также снижение основных параметров качественных характеристик больных и различия в случаях высокой и низкой результативности лечения составляют теоретическую базу разработанного и апробированного комплекса мероприятий.

5.1 Организационная основа внедрения технологии клинико-организационного проектирования хирургической помощи женщинам с варикозной болезнью нижних конечностей по принципу «клиники одного дня»

Организационной основой для внедрения клинико-организационного проектирования хирургической помощи пациентам с ВБНК является формирование городской системы организации медицинской помощи по фасетному принципу: создание единого городского флебологического консультативного центра (ГФКЦ) и районных опорных отборочных приемов. ГФКЦ должен осуществлять координирующую, методическую, санитарно-просветительную, консультативную, аналитическую и программную функции. В штаты центра входят два врача-флеболога, один из которых является руководителем центра, а также врач-методист, медицинские сестры. Разработано Положение о ГФКЦ, предложен внутриорганизационный стандарт оснащения и модель конечных результатов работы центра, включающая девять показателей результативности и дефектов.

Для обеспечения доступности информации создан единый (на принципах государственно-частного партнерства) информационный портал для женщин, ко-

торые планируют обращение за помощью в связи с ВБНК или уже получили хирургическую помощь и проходят реабилитацию. Портал включает информацию о порядке обращения, месте проведения консультативных приемов и график работы врачей, порядок подготовки к приему (разработана памятка), информационные материалы о ВБНК и краткую характеристику методов лечения, порядок подготовки к диагностическим исследованиям и операции, информацию (в форме памятки) для обеспечения реабилитации, он-лайн и оф-лайн консультации специалистов, блоги активных пациенток — помощников врачей, отзывы о результатах помощи и предложения. Создана единая информационная база женщин с ВБНК, нуждающихся в хирургической коррекции, для планирования мероприятий по развитию хирургической помощи на основе оценки потребности в ней.

5.2 Характеристика клинико-организационного проектирования хирургической помощи женщинам с варикозной болезнью нижних конечностей

Медико-организационной технология персонального проектирования медицинской помощи женщинам с ВБНК, включает:

1. Отбор пациенток с ВБНК, нуждающихся в хирургической коррекции.
2. Оценку медико-социально-психологического потенциала подготовленности больных к проведению операции по предложенной методике и разбивка их на группы: с низкой, средней и высокой подготовленностью.
3. Постановка целевых параметров лечения, определение ограничивающих факторов, прогноз успешности оперативного лечения ВБНК, разработка и согласование с пациентками вариантов оперативного лечения (по технологии, по условиям — в государственной или в частной МО) на принципах соответственности врача и пациента.
4. Операционализация стратегического концепт-плана оказания помощи путем заполнения персональной технологической карты-матрицы организации хирургической помощи пациентке, включающей последовательность четырех выделенных медико-организационных процессов, а также их ресурсное обеспечение, ответственных лиц, показатели результативности (таблица 18).

Таблица 18 — Технологическая карта медико-организационных процессов амбулаторной хирургической помощи при варикозной болезни нижней конечности

ПЕРВЫЙ И ВТОРОЙ ПРОЦЕСС. Цель: обеспечить подготовленность пациентки и медицинских работников к проведению оперативного вмешательства (сбор информации, диагностика, мотивация пациента и информированное добровольное согласие пациентки на согласованный вариант хирургического лечения при солидарной удовлетворенности участников)	
Задачи врача: 1. Предоставить пациентке достоверную информацию о вариантах хирургического лечения, их преимуществах и недостатках в условиях государственного и частного секторов здравоохранения. 2. В доступной форме раскрыть сущность хирургического вмешательства, его прогноз (в%). 3. Оценить риски. **Задачи СМР:** 1.Обеспечить помощь пациентке в подготовке к обследованию и беседы с врачом. 2. Подготовить необходимую учетную документацию. 3. Помощь врачу при обследовании пациентки, выполнение его поручений. 4. Регулирование потока пациенток. 5. Определить личные ограничения пациентки (нарушения зрения, слуха, передвижения, восприятия, социально-трудовую занятость, трудное материальное положение). **Задачи пациента**: Предоставить врачу достоверную информацию о себе, факторах риска, данных анамнеза. Ознакомиться с информацией о вариантах хирургического вмешательства, его цели, прогнозе, рисках. Сделать осознанный выбор. **Задачи менеджмента МО**: Подготовка условий для проведения врачом медицинского информирования пациента. Подготовка условий для комфортного получения информации пациентом, диалога с врачом.	**Технология врачебная**: 1. Диалог с пациенткой. 2. Сбор и оценка данных анамнеза, объективного обследования, консультаций. Определены показания и противопоказания к операции. 3. Занесение данных в учетную документацию **Технология СМР:** 1. Подбор учетных документов и бланков. 2.Подготовка условий для приема пациентов. 3.Оказание содействия пациентке. 4. Заполнение паспортной части документов. 5. Выполнение сестринских манипуляций. **Действия пациента**: Диалог с врачом. Предоставление данных обследования и консультаций специалистов. Задать не ясные вопросы. Ознакомление с печатным вариантом ИДС. **Технология МО:** Соблюдение САНПинов. Обеспечение бланками. Обеспечение общей информацией (на информационных стендах, информационных листках, брошюрах, на официальном сайте) об организации, разрешительных документах, правах и обязанностях пациента, застрахованных лиц, порядке получения медицинской помощи на бесплатной и платной основе, квалификации специалистов, правилах поведения в МО, порядке подготовки к приему врача и исследованиям. **Результат:** Подготовленная ресурсная база. Наличие бланков документов. Заполнена карта личных ограничений пациентки. Выбран вариант и место хирургического лечения (государственная или частная клиника). Положительная мотивация пациентки на оперативное лечение. Подписан бланк ИДС. Подготовлен пакет документов для планирования вмешательства (направление, данные обследования, ИДС, и т.д.). Удовлетворенность врача. Положительный комплаенс пациентки. Удовлетворенность пациентки объемом, качеством и этической формой предоставления информации

ТРЕТИЙ ПРОЦЕСС. Цель: согласованный план хирургического лечения с оценкой рисков и прогнозом результата, материально-техническая и психологическая готовность	
Задачи врача: Подготовка детального плана вмешательства с учетом индивидуальных особенностей пациентки. Обсуждение плана с пациенткой, мотивация ее на положительный результат. Определение уровня подготовленности условий для вмешательства (техники, оборудования, материалов, медикаментов). Определение потребности в дополнительных консультациях врачей-специалистов, психолога	**Результат:** Подготовленный план вмешательства. Подготовленный набор технических средств, материалов, медикаментов. Психологическая и информационная подготовленность пациентки
ЧЕТВЕРТЫЙ ПРОЦЕСС. Цель: качественно выполненная технология хирургического вмешательства по лечению ВБНК с положительным результатом	
Задачи врача: Соблюдение технологии проведения вмешательства. Учет индивидуальных особенностей пациентки. Учет и нивелирование рисков. **Задачи пациента**: Выполнение рекомендаций и указаний врача, медсестры. Информирование врача и медсестры об ухудшении общего состояния, неприятных ощущениях, сомнениях. Содействие врачу и медсестре в реализации их задач. Выполнение требований к поведению в условиях медицинской организации.	**Результат.** Регистрация в первичной документации метода и порядка проведения оперативного вмешательства. Отражение в первичной документации особенностей проведения вмешательства при индивидуальных особенностях пациента, патологических изменений
Достижение цели: 1. Достигнута полностью; 2. Цель достигнута частично; 3. Цель не достигнута	
Причины не достижения цели: 1. Невыполнение задач в зоне ответственности врача; 2. Невыполнение задач в зоне ответственности СМР; 3. Невыполнение задач в зоне ответственности медицинской организации; 4. Невыполнение задач в зоне ответственности пациентки.	

Документирование процессов, связанных с подготовкой и проведением ЭВЛО у женщин с ВБНК предусматривает оформление на всех этапах хирургической помощи чек-листа, форма которого представлена ниже в таблице 19.

Таблица 19 — Чек-лист (технологическая карта) проведения эндовазальной лазерной облитерации в хирургической клинике «одного дня» по комплексным показаниям (лечебным и косметическим)

Общие данные	
Ф. И. О пациента	
Возраст	
Номер истории болезни	
Диагноз	
Название операции	
Операция:	1. Первичная. 2. Повторная (дата первичной операции и ее эффективность).
Показания:	1. Лечебные (недостаточность стволов подкожных вен; расширение притоков; трофические изменения кожи). 2. Косметические.
Противопоказания (воспаление кожных покровов, подкожного слоя на месте предполагаемой процедуры; ограниченная возможность передвижения; ожирение; хронические заболевания (ишемическая болезнь, гемофилии, тяжелые формы аллергии), беременность и кормление грудью	1. Имеются. 2. Отсутствуют.
Операционная бригада (Ф. И. О., квалификация, стаж)	
Подготовленность организации	
Подготовка аппаратуры, проверка света, измерение мощности световода	1. Не проведена. 2. Проведена частично. 3. Проведена полностью
Подготовка основных расходных материалов, медикаментов	1. Не проведена. 2. Проведена частично. 3. Проведена полностью
Подготовка набора неотложной помощи	1. Не проведена. 2. Проведена частично. 3. Проведена полностью
Общая оценка в баллах	
Подготовленность пациента	
Анамнестическая подготовленность (анамнез, жалобы, симптомы, наличие или отсутствие реакции на лекарственные препараты)	1. Информации недостаточно. 2. Информация собрана частично. 3. Информация собрана в полном объеме

Клиническая подготовленность (проведение ультразвукового исследования сосудов; анализы крови (общий, на свертываемость, на RW); анализ мочи; ЭКГ, заключение терапевта и хирурга-флеболога	1. Информации недостаточно 2. Информация собрана частично 3. Информация собрана в полном объеме
Процедурная подготовленность (ограничение в объеме жидкости и приеме пищи, принятие душа, ограничение нагрузок на ноги, ограничение в посещении бани, иметь при себе компрессионное белье, документы)	1. Не выполнено. 2. Выполнено частично. 3. Выполнено в полном объеме
Психологическая готовность (комплаентность, мотивация, отношение к болезни)	1. Низкий уровень. 2. Средний уровень. 3. Высокий уровень
Информационная подготовленность (информированность о правах и обязанностях, о заболевании, методах диагностики и лечении предполагаемом результате)	1. Низкий уровень. 2. Средний уровень. 3. Высокий уровень
Общая оценка в баллах	
Выполнение технологии оперативного вмешательства	
1. Дуплексное сканирование нижней конечности	1. Выполнено неверно. 2. Выполнено с помехами. 3. Выполнено верно
2. Маркировка принципиальной варикозной карты	1. Выполнено неверно. 2. Выполнено с помехами. 3. Выполнено верно
3. Дезинфекция кожи	1. Выполнено неверно. 2. Выполнено с помехами. 3. Выполнено верно
4. Обезболивание	1. Выполнено неверно. 2. Выполнено с помехами. 3. Выполнено верно
5. Определение места введения катетера	1. Выполнено неверно. 2. Выполнено с помехами. 3. Выполнено верно
6. Проведение и позиционирование световода	1. Выполнено неверно. 2. Выполнено с помехами. 3. Выполнено верно
7. Контроль ультразвукового дуплексного сканирования	1. Выполнено неверно. 2. Выполнено с помехами. 3. Выполнено верно
8. Соблюдение энергетического режима и проведение коагуляции	1. Выполнено неверно. 2. Выполнено с помехами. 3. Выполнено верно.

9. Обработка притоков БПВ	1. Выполнено неверно. 2. Выполнено с помехами. 3. Выполнено верно
10. Коагуляция перфорантов	1. Выполнено неверно. 2. Выполнено с помехами. 3. Выполнено верно
11. Наложение стрип	1. Выполнено неверно. 2. Выполнено с помехами. 3. Выполнено верно
12. Наложение компрессионной повязки	1. Выполнено неверно. 2. Выполнено с помехами. 3. Выполнено верно
13. Время проведения операции	1. Более 60 мин 2. 40–60 мин. 3. Менее 40 мин.
14. Двигательная активность пациента в течение 40 мин.	1. Не выполнено. 2. Выполнено частично. 3. Выполнено в полном объеме, технологически верно
15. Клинический эффект	1. Не достигнут. 2. Достигнут частично. 3. Достигнут полностью
16. Удовлетворенность пациента(ки)	1. Не удовлетворен(а). 2. Частичная. 3. Полная
17. Комплаенс пациента(ки)	1. Ниже среднего. 2. Средний. 3. Высокий
18. Послеоперационное консультирование, обучение (по двигательной активности, нагрузкам, компрессионной терапии, питанию, медикаментозной терапии, явкам, возможным осложнениям)	1. Не проведено. 2. Проведено частично. 3. Проведено в полном объеме
Послеоперационный период	
1. Дистанционное консультирование пациента(ки)	1. Не проведено. 2. Проведено частично. 3. Проведено в полном объеме
2. Контроль двигательной активности пациента	1. Не проведено. 2. Проведено частично. 3. Проведено в полном объеме
3. Контроль выполнения пациентом компрессионной терапии (компрессионное белье (чулки) не снимают первые трое суток, в дальнейшем компрессия проводится в дневное время, в течение месяца)	1. Не проведено. 2. Проведено частично. 3. Проведено в полном объеме

4. Проведение контрольного осмотра через сутки с выполнением УЗИ контроля	1. Не проведено. 2. Проведено частично. 3. Проведено в полном объеме
5. Проведение контрольного осмотра и УЗИ через две недели после операции	1. Не проведено. 2. Проведено частично. 3. Проведено в полном объеме
6. Проведение контрольного осмотра и УЗИ через два, шесть месяцев, год	1. Не проведено. 2. Проведено частично. 3. Проведено в полном объеме.
7. Клинический эффект	1. Не достигнут, имеются осложнения: боль, воспаление, гематомы, тромбоз, отечность. 2. Достигнут частично. 3. Достигнут полностью
8. Удовлетворенность пациента(ки)	1. Не удовлетворен(а). 2. Частичная. 3. Полная
9. Комплаенс пациента(ки)	1. Ниже среднего. 2. Средний. 3. Высокий
10. Время достижение клинического эффекта	1. Более года. 2. 1 год 1,5 мес. 3. Менее 1,5 месяцев
11. Косметический эффект	1. Негативные признаки: гематомы, отечность, чувство холода, жжение, парастезия, изменение цвета кожи. 2. Не существенные. 3. Отсутствуют негативные косметические дефекты
Время достижения косметического эффекта	1. Более года. 2. 1 год 1,5 мес. 3. Менее 1,5 месяцев

На втором этапе предоперационной подготовки для повышения информированности пациенток о технологии проведения операции на основе ЭВЛО разработана памятка (рисунок 23).

В эпоху научно-технического прогресса медицина не стоит на месте: около 10 лет назад в сфере лечения варикозной болезни появилось инновационное изобретение — ЭВЛО. Это эффективная современная методика, позволяющая устранить сброс крови по поверхностным и перфорантным венам с помощью тепловой энергии лазерного излучения, получила широкое распространение как в зарубежных странах, так и в отечественных клиниках. В настоящее время ЭВЛО, по данным международных исследований, является полноправной альтернативой классической операции — варикофлебэктомии — и даже полностью превосходит ее по лечебным и косметическим результатам. При этом частота рецидивов не превышает таковые по сравнению с классическим оперативным лечением варикозной болезни.

В чем суть метода? В варикозно трансформированную вену через пункцию специализированным катетером вводится лазерный световод, вокруг поврежденного участка вены создается «водная подушка» с целью анестезии, а затем наступает этап непосредственно лазерной облитерации. Исходом процедуры является стойкое выключение варикозных вен из патологического кровотока («эффект заваривания»).

Преимущества метода ЭВЛО. Манипуляция проводится амбулаторно, пациент самостоятельно идет домой через 40 минут после операции; он трудоспособен на следующий день после процедуры; манипуляция проводится под местной анестезией и отличается минимальной болезненностью; отсутствуют кожные разрезы и швы; лазерная облитерация варикозных стволов и перфорантов позволяет полностью устранить венозный застой, заживляет варикозные трофические язвы и устраняет гиперпигментацию.

Рисунок 23 — Информационный лист (памятка) пациента(ки), готовившегося к операции по поводу варикозной болезни нижней конечности по технологии эндовазальной лазерной облитерации

5.3. Оценка эффективности внедрения технологии медико-организационного проектирования процессов подготовки и выполнения малоинвазивных операций по поводу варикозной болезни нижних конечностей в условиях клиники «одного дня»

В течение 2017–2019 гг. на базе медицинских организаций г. Иваново (ОБУЗ «Городская клиническая больница № 4» и ООО «Клиника на Кокуе») проводился медико-организационный эксперимент по внедрению предложенной медико-организационной технологии.

Оценка эффективности внедрения оценивалась по изменению показателей: подготовленность пациентов; результативность случаев оказания помощи; медицинская, социальная и экономическая эффективность; объем деятельности.

Динамика клинических данных и показателей качества жизни пациентов в периоперационном периоде в основной и контрольной группах представлены в таблице 20.

При реализации предложенной технологии персонализированного подхода удовлетворенность пациенток в основной группе повышалась достоверно более быстро и к третьим суткам симптомы остались только у 57 пациенток (25,0), а к трем месяцам практически у все больных отсутствовала клиническая симптоматика, тогда как в группе сравнения динамика клинических проявлений была менее выраженной и клиническое благополучие наступило у большинства пациентов только к шести месяцам. В основной группе выраженность патологических венозных рефлюксов пришла к минимуму уже к третьим суткам у 223 пациенток (98,0 %), тогда как в группе сравнения таких значений добились только к трем месяцам наблюдения.

При реализации предложенной технологии персонализированного подхода в основной группе пациентов периоперационная динамика достижения результативных показателей (клинических проявлений, выраженность патологических венозных рефлюксов, удовлетворенность пациенток) была более выраженной, чем в группе сравнения — традиционной технологии ведения пациенток. Так, так в основной группе клинические проявления (симптомы) к 3-м суткам остались только у 57 пациенток (25,0%), а к 3 месяцам практически у все больных отсутствовала клиническая симптоматика, тогда как в группе сравнения клиническое благополучие наступило у большинства пациенток только к 6 месяцам. У пациенток основной группы выраженность патологических венозных рефлюксов пришла к минимуму уже к 3-им суткам у 223 пациенток (98,0%), тогда как в группе сравнения таких значений добились только к 3 месяцам наблюдения. В основной группе отмечалось достоверно более быстрое восстановление качества жизни — 194 пациентки (85,0%) отметили улучшение его параметров уже на 14-е сутки, тогда как в контрольной группе это значение было достигнуто только к 6 месяцам. Удовлетворенность результатами оказанной помощи в основной группе достигнута практически у всех (99,0%) уже к 3 месяцу, а в контрольной группе, несмотря на положительную динамику в уменьшении выраженности симптомов, это значение достигнуто только к 12 месяцам.

Таблица 20 — Достижение запланированного клинического результата, исчезновение патологических венозных рефлюксов, изменение качества жизни пациенток, удовлетворенность их оказанной помощью (абс., %)

Показатели		Динамика периоперационного периода, контрольные даты													
		до операции		1-е сутки		3-е сутки		14-е сутки		3 месяца		6 месяцев		12 месяцев	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Выраженность клинических симптомов	основная группа (n = 228)	228	100,0	114	50,0	57	25,0	23	10,1	5	2,2	3	1,3**	0	
	группа сравнения (n = 200)	200	100,0	130	65,0*	84	42,0*	50	25,0*	20	10,0*	10	5,0*	2	1,0*
Выраженность патологических венозных рефлюксов	основная группа (n = 228)	228	100,0	10	4,4	5	2,2	5	2,2	0	0	0	0	0	0
	группа сравнения (n = 200)	200	100,0	30	15,0*	20	10,0*	10	5,0*	2*	1,0	0	0	0	0
КЖ	основная группа (n = 228)	11	4,8	68	30,0	137	60,0	194	85,0	224	98,0	226	99,0	228	100,0
	группа сравнения (n = 200)	12	6,0	78	39,0	90	45,0*	130	65,0*	160	80,0*	184	92,0*	200	100,0
Удовлетворенность помощью	основная группа (n = 228)	–	–	205	90,0	217	95,0	223	98,0	226	99,0	228	100,0	228	100,0
	группа сравнения (n = 200)	–	–	120	60,0*	130	65,0*	140*	70,0	150	75,0*	180	90,0*	198	99,0

Примечание: * — достоверность разницы в группах сравнения ($p<0,05$) дисперсионный анализ повторных измерений

Таким образом, реализация персонализированного подхода к оперативному лечению пациенток с ВБНК методом ЭВЛО обеспечивает наряду с надежной облитерацией измененных вен наиболее быстрое клиническое восстановление пациенток, повышение их качества жизни, удовлетворенность результатами, хороший гемодинамический и косметический эффекты.

Примеры результатов оперативного вмешательства представлены ниже рисунках 24–29.

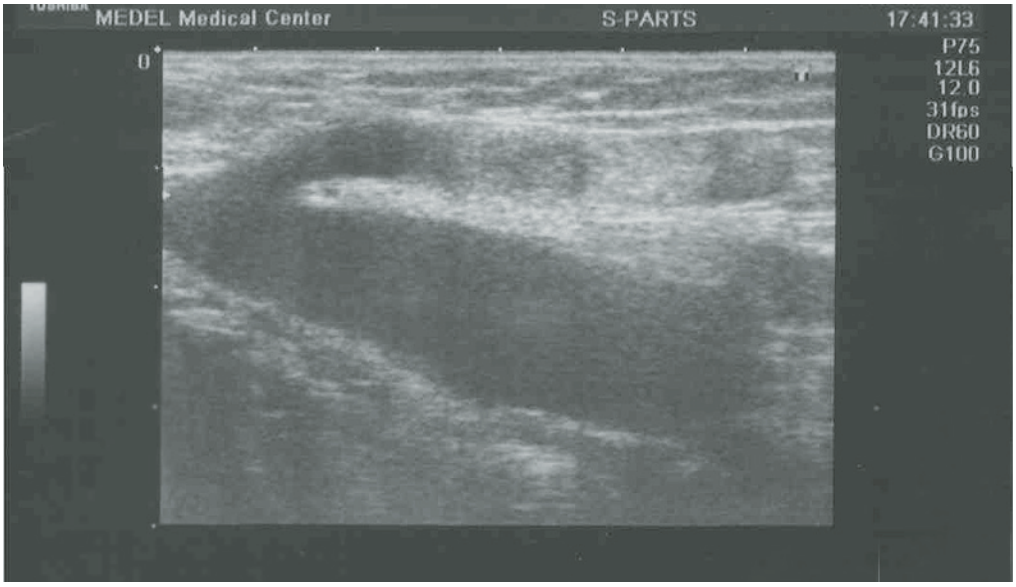

Рисунок 24 — Состояние большой подкожной вены на третьи сутки после эндовенозной лазерной облитерации (продольный срез)

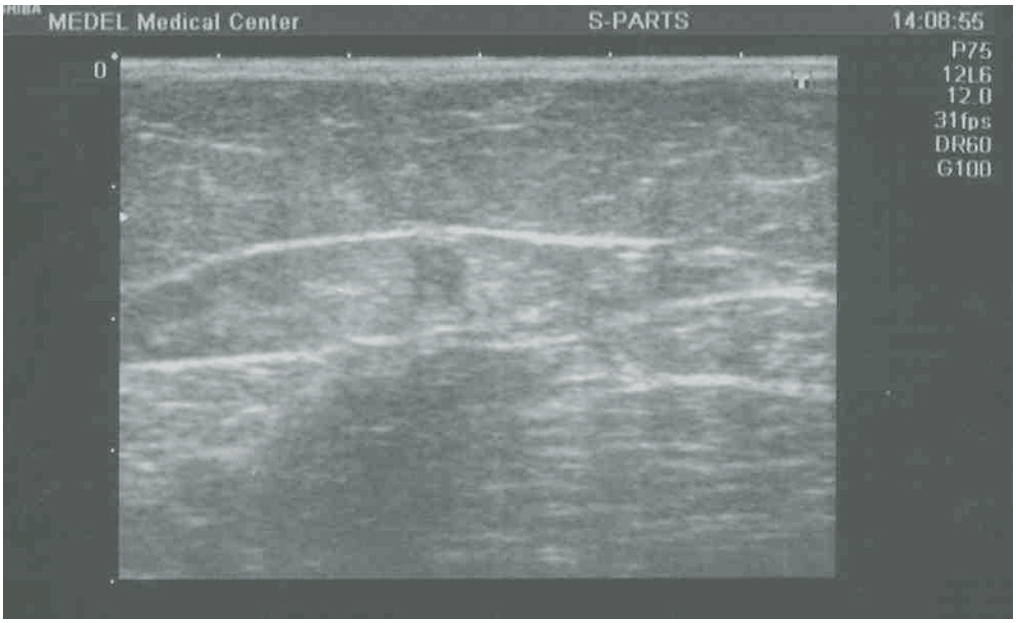

Рисунок 25 — Состояние большой подкожной вены на третьи сутки после эндовенозной лазерной облитерации (поперечный срез)

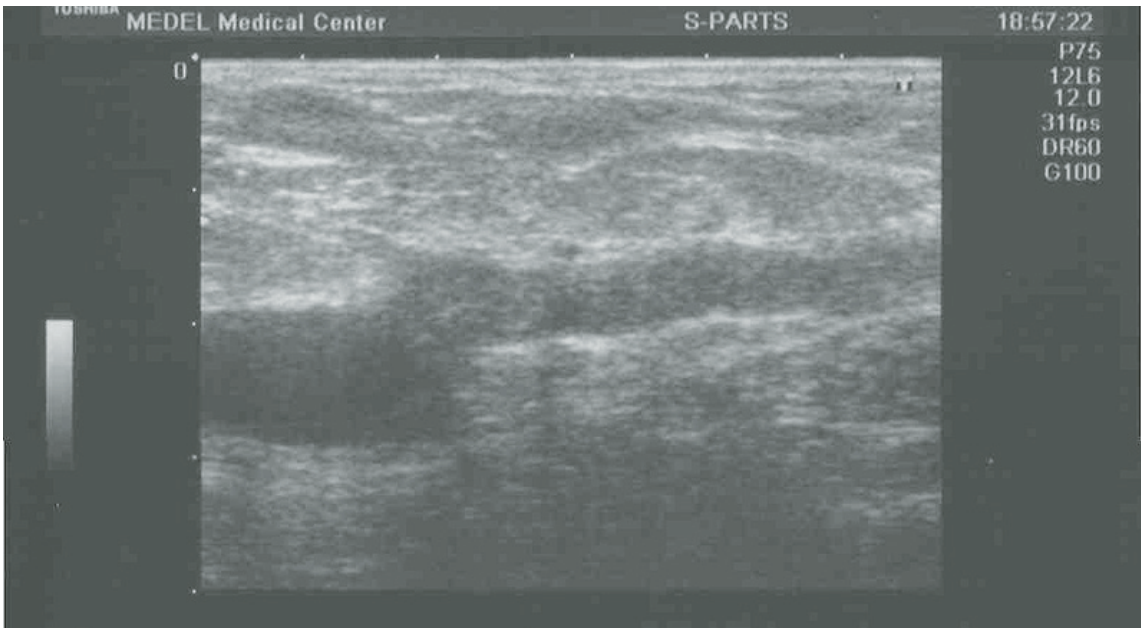

Рисунок 26 — Состояние большой подкожной вены на 14-е сутки после эндовенозной лазерной облитерации (продольный срез)

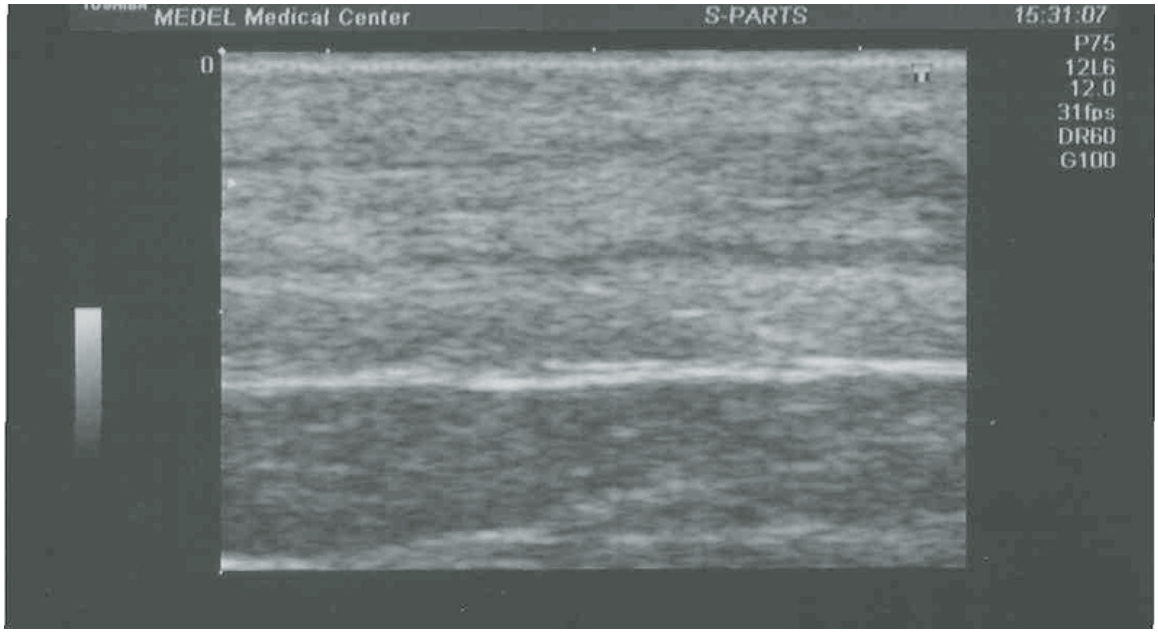

Рисунок 27 — Состояние большой подкожной вены на 14-е сутки после эндовенозной лазерной облитерации (поперечный срез)

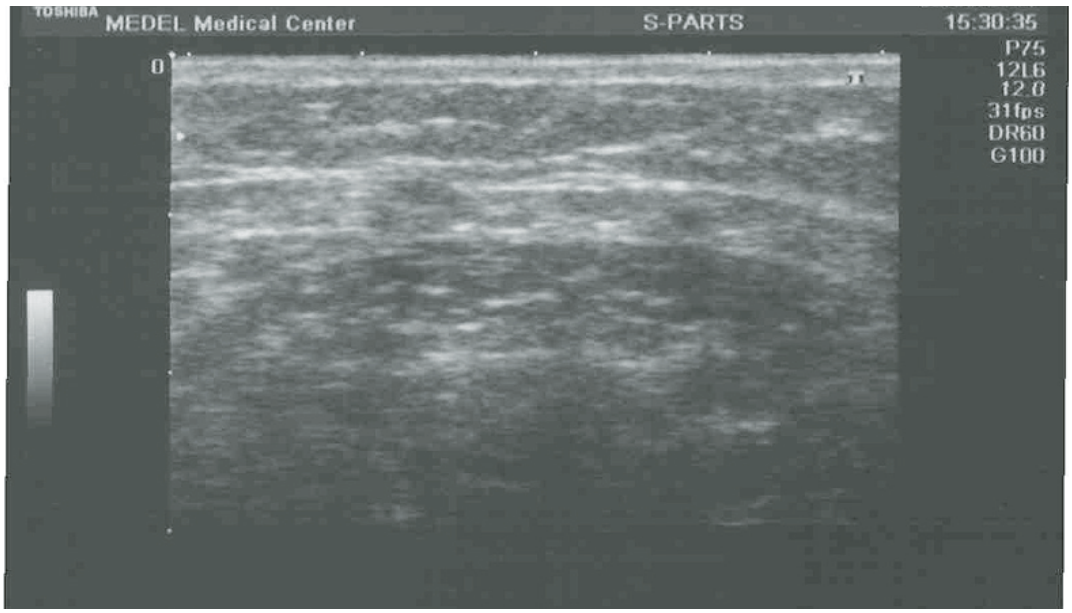

Рисунок 28 — Состояние большой подкожной вены через 3 месяца после эндовенозной лазерной облитерации (сагиттальный срез)

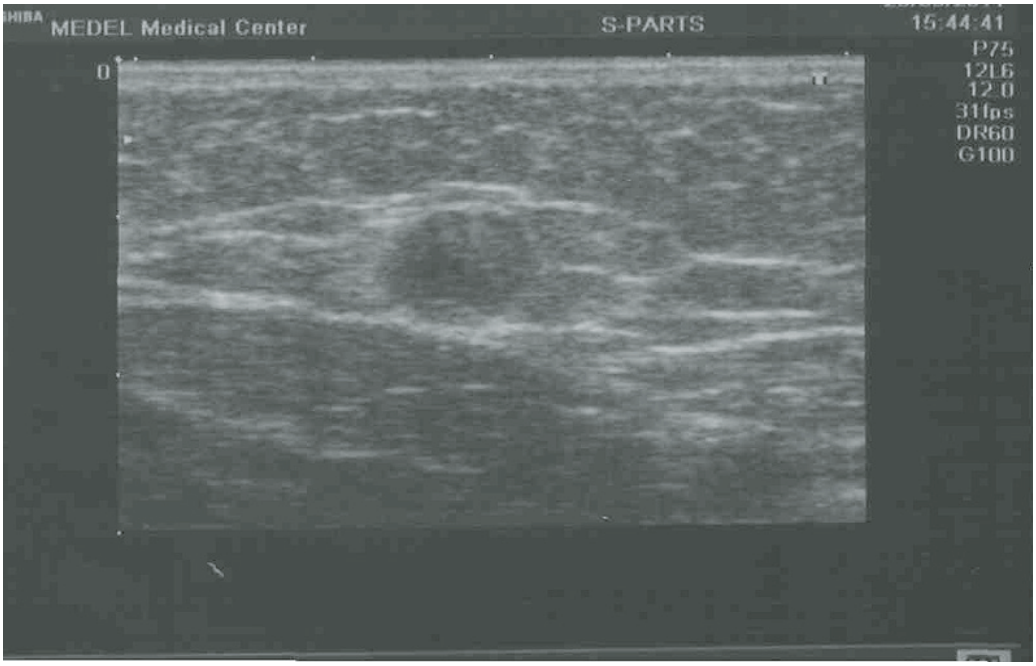

Рисунок 29 — Состояние большой подкожной вены через 6 месяцев после эндовенозной лазерной облитерации (сагиттальный срез)

Таким образом, реализация персонифицированного подхода к оперативному лечению ВБНК обеспечивает наряду с надежной облитерацией варикозно измененных вен наиболее быстрое клиническое восстановление пациенток, повышение их КЖ, удовлетворенности результатами, хороший гемодинамический и косметический эффекты.

Проведена оценка клинико-экономической эффективности предложенного подхода с использованием метода «затраты/эффективность» (таблица 21).

Таблица 21 — Оценка клинико-экономической эффективности предложенного подхода

Параметр	Основная группа	Контрольная группа
Средние затраты за 12 месяцев лечения, руб.	34 500	30 500
Изменение клинического состояния пациентов через шесть месяцев, %	99,0	65,0
Коэффициент стоимость/эффективность	348,5	469,2

При проведении расчетов оказалось, что клинико-экономическая эффективность по соотношению затраты/эффективность в расчете на 1 % эффекта в 1,3 раза меньше в основной группе, чем в контрольной, т. е. для улучшения клинического состояния пациентов при применении новой технологии требуется меньше затрат, чем при традиционной.

Проведен сравнительный анализ медико-социально-психологической подготовленности больных к успешному прохождению периоперационного периода до и после внедрения медико-организационной технологии работы с пациентами в условиях частной клиники (таблица 22).

Таблица 22 — Сравнительная оценка подготовленности пациентов к успешному прохождению периоперационного периода до и после внедрение медико-организационной технологии работы с пациентами

Компоненты подготовленности	До внедрения технологии		После внедрения технологии		p
	совокупный балл	SD	совокупный балл	SD	
Информационная	28,7	5,4	29,7	1,0	$p < 0,05$
Анамнестическая	19,7	1,5	19,8	1,4	$p > 0,05$
Организационная	14,5	3,4	14,9	0,7	$p < 0,05$
Психологическая	14,2	5,4	14,8	0,6	$p < 0,05$
Клиническая	32,1	8,3	34,5	1,5	$p < 0,05$
Комплаентность	10,1	6,0	14,5	3,4	$p < 0,05$

Как видно из таблицы 22, по большинству компонентов медико-социально-психологической подготовленности пациентов имеется достоверная разница до и после внедрения новой медико-организационной технологии работы с пациентами в периоперационном периоде.

Изменение вышеперечисленных показателей обусловили положительную динамику количественной оценки показателей эффективности помощи (таблица 23).

Таблица 23 — Динамика показателей эффективности помощи при варикозной болезни нижней конечности

Виды эффективности	Коэффициент до внедрения	Коэффициент после внедрения
Медицинская	Кмэ = случаи с положительным результатом (405)/ общее число случаев (450) = 0,90	Кмэ = случаи с положительным результатом (438)/общее число случаев (450) = 0,97*
Социальная	Ксэ = случаи удовлетворенности пациентов (425)/общее число случаев (450) = 0,94	Ксэ = случаи удовлетворенности пациентов (445)/общее число случаев (450) = 0,99*
Экономическая	Кээ = средние нормативные затраты на лечение (14,5 тыс. руб.)/ средние фактические затраты на лечение (14,8 тыс. руб.) = 0,98	Кээ = средние нормативные затраты на лечение (14,5 тыс. руб.)/средние фактические затраты на лечение (14,4 тыс. руб.)=1,0
Интегральная	Киэ = 0,90 × 0,94 × 0,98 = 0,83	Киэ = 0,97× 0,99× 1,0 = 0,98*
*Примечание.** — различия достоверны ($p < 0,05$).		

Коэффициент достижения результата в условиях частной МО по предложенной модели конечных результатов вырос с 0,85 до 0,9 преимущественно за счет положительной динамики таких показателей, как: увеличение числа пациентов, увеличение числа оперативных вмешательств, прирост валовой выручки, прирост повторных обращений пациентов как постоянных клиентов, повышение уровня удовлетворенности пациентов помощью (таблица 24).

Таблица 24 — Динамика показателей конечных результатов деятельности клиники (абс., %)

Наименование показателя	Уровень 2018 г.		Уровень 2019 г.	
	абс.	%	абс.	%
Увеличение числа пациентов	1800	15	2334*	22*
Увеличение числа диагностических услуг	600	23	750*	25*
Увеличение числа консультативных услуг	1200	30	1584*	32*
Увеличение числа лечебных услуг (оперативных вмешательств)	428	5,5	480*	12*
Прирост валовой выручки	2300000	7,4	3900000*	60*
Объем выполнения договорных отношений	100 %		100 %	
Количество пациентов удовлетворенных оказанными услугами	421	99,8	480	100
Количество повторных обращений пациентов в клинику как постоянных клиентов	216	12	575*	25*
Количество положительных результатов оперативного вмешательства	420	99,5	479	99,7
Количество летальных исходов	0%		0 %	
Число обоснованных жалоб на низкое качество помощи	1	0,23	0	0
Число обоснованных жалоб на низкое качество сервисных услуг	0	0	0	0
Число обоснованных жалоб на грубость и неэтичное поведение персонала организации	0	0	0	0
Примечание: * *Примечание.** — различия достоверны ($p < 0,05$).				

Таким образом, внедрение предложенной технологии привело к повышению клинической результативности оперативного лечения больных с ВБНК с 94,0 % — до внедрения до 99,0 % после ($p < 0,005$), в том числе по критерию «клиническое улучшение» — с 99,3 до 99,8 % ($p < 0,005$), «улучшение качества жизни» — с 87,6 до 96,0 % ($p < 0,005$), «исчезновение патологических венозных рефлюксов» — с 93,9 до 97,0 % ($p < 0,005$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В хирургическом лечении ВБНК в настоящее время достигнут значительный прогресс. На смену травматичным, болезненным вмешательствам приходят мини-инвазивные методики, которые при высокой эффективности характеризуются минимальной травмой, отсутствием болевого синдрома, дискомфорта, сопровождаются быстрой реабилитацией больных.

Грамотный индивидуальный подход к каждому больному с оценкой степени периоперационных рисков по-прежнему остается важнейшим слагаемым врачебного мастерства. ВБНК сопровождаются значительными морфологическими, функциональными и эстетическими нарушениями. При этом вопросы эстетики явно недооцениваются. Проведенные исследования показали, что эстетика оказывает существенное влияние на КЖ человека. Внешность, привлекательность имеют огромное значение для формирования характера индивидуума, его возможности для самореализации. В совокупности симптомов психоэмоциональный фактор преобладает в такой степени, что другие симптомы венозной недостаточности для больного отступают на второй план. Игнорирование социально-психологической оценки приводит к возникновению неудовлетворенности результатами лечения, к конфликтам и взаимным обидам.

Условиями инновационного развития здравоохранения является менеджмент качества медицинской помощи и проектный менеджмент. Технология проектирования может осуществляться как на макро-, так и на микроуровне — в отдельных МО, их подразделениях по профилям, услугам. С этих позиций оказание помощи каждому пациенту может рассматриваться как медицинский мини-проект, имеющий цель, этапы, результат. Данная технология может рассматриваться в контексте развития новых научных направлений — персонализированной медицины, особенностью которой является индивидуальный подход к каждому пациенту и повышение уровня соответственности больного за результативность

помощи; лин-медицина, в основе которой лежит бережное отношение к ресурсам МО и пациента. В выполненных в последние годы работах по малоинвазивным методам хирургии ВБНК основное внимание уделяется технологии самого оперативного вмешательства и недостаточно — вопросам технологии клинического планирования, организации помощи в периоперационном периоде с позиции пациенто-ориентированности и эстетико-ориентированности. До настоящего времени не разработана методология и подходы к организации проектирования медицинских услуг в МО с учетом ограничивающих, позитивных и негативных медико-социальных факторов. Исследование данного направления актуально, в частности, при оказании хирургической помощи женщинам с ВБНК, что связано с высокой распространенностью заболевания, разнообразием подходов к лечению и реабилитации, продолжительностью лечения, возможностью реализации технологий в условиях государственного и частного сектора здравоохранения.

Изложенные проблемы явились основанием для проведения исследования с целью улучшения результативности хирургической помощи больным с ВБНК на основе внедрения персонализированного подхода.

Основой для анализа послужили проведенные клинические наблюдения и специальные исследования у 428 пациентов ВБНК со С2 по С6 функциональный класс ХЗВ по классификации С.Е.А.Р. в комплексном лечении ХЗВ в условиях хирургического стационара «одного дня».

Среди обследованных все были женщины — 428 (100,0 %). Общая продолжительность ВБНК с момента появления первых симптомов заболевания до обращения пациентки на специализированный консультативно-диагностический флебологический прием колебалась от 3 до 44 лет (в среднем — 9,1 ± 3,5 года). Фактор наследственной предрасположенности к ВБНК отмечался в анамнезе у 320 больных (74,8 %). Из общего числа обследованных поражение правой нижней конечности выявлено у 129 пациенток (30,1 %), левой — у 199 (46,5 %) и билатеральная локализация процесса — у 100 (23,4 %).

Для обеспечения стандартизации результатов исследования использована международная классификация С.Е.А.Р., предложенная экспертами международ-

ной согласительной группы в 1994 году, включающая оценку клинической картины, этиологических, анатомических и патофизиологических аспектов ХЗВ у всех 428 пациенток с ВБНК. К группе больных, которым потенциально показана малоинвазивная хирургическая коррекция ВБНК с учетом классов С.Е.А.Р. (С2–С6), являющихся показаниями к их применению, относится 34,0 % женщин трудоспособного возраста в популяции.

Анатомическими сегментами поражения являлись поверхностные вены: БПВ (ASGSV) — у 324 (76,4 %) больных, МПВ (ASLSV) — у 67 (15,7 %), одностороннее поражение БПВ и МПВ (ASGSV, LSV4) — у 21 (4,9 %). Немагистральный характер варикозного расширения вен (AS5) выявлен у 16 (3,0 %). Диаметр приустьевого отдела БПВ колебался от 6 до 18 мм и в среднем составил 10,5 ± 0,4 мм, МПВ — от 5 до 17 мм, в среднем — 8,4 ± 0,5 мм.

Несостоятельные перфорантные вены (АР) были выявлены у 328 (76,6 %) больных. У 82 (19,2 %) отсутствовал горизонтальный патологический рефлюкс крови. Общее количество выявленных некомпетентных перфорантных вен составило 543, из которых 499 (91,9 %) локализовались на голени и 44 (8,1 %) — на бедре. Диаметр перфорантных вен варьировал от 2,5 до 13 мм, и в среднем составил 3,5 ± 0,5 мм.

Анализ индекса клинической шкалы (подсчет баллов) с учетом функционального класса ХЗВ свидетельствует, что 98,0 % пациенток оперированы по поводу манифестированных форм заболевания с наличием симптомов ХЗВ. Бессимптомное течение ВБНК отмечено лишь у 2,0 % больных с С2а функциональным классом ХЗВ. Количественная оценка венозной дисфункции колебалась от 1 до 15 баллов. Среднее количество баллов при ХЗВ С2 функционального класса составило 1,2 ± 0,2, в С3 — 2,3 ± 0,3, в С4 — 5,2 ± 0,5, в С5 — 6,8 ± 0,5, в С6 — 8,6 ± 1,2 соответственно. Прослеживается достоверное ($p < 0,05$) увеличение тяжести венозной дисфункции от С2 функционального класса ХЗВ к С6. ХЗВ в стадии С6 наблюдалась у 28 больных (6,5 %). Площадь язвенного дефекта до начала лечения колебалась от 1,1 до 26 см^2. У 21 (5,0 %) больных площадь трофической язвы превышала 10 см^2.

Пациентам выполнялась ЭВЛО. Техника вмешательства заключалась в пункции и катетеризации БПВ или МПВ под контролем ультразвукового ангиосканирования, введении лазерного световода с установкой его у сафено-феморального или сафено-поплитеального соустья. Расстояние световода от соустья варьировало от 5 до 10 мм в зависимости от анатомических особенностей. Интраоперационных осложнений не отмечено. После выполнения ЭВЛО проводился набор лечебно-восстановительных мероприятий согласно клиническим рекомендациям, в том числе: ношение компрессионного трикотажа, прогулки и др. Послеоперационное наблюдение включало клинический осмотр и контрольное ультразвуковое ангиосканирование на 1-е и 14-е сутки после ЭВЛО, при которых контролировали течение послеоперационного периода и эффект облитерации. Течение раннего послеоперационного периода отличалось минимальной выраженностью болевого синдрома и его быстрым уменьшением. Неприятные ощущения в области коагуляции заметно уменьшились уже в течение ближайших двух-трех дней. Ни в одном случае не было тромбофлебита или ожога кожи. Временные парестезии после ЭВЛО отмечены у большинства пациентов лишь в месте анестезии, однако к концу первой недели нарушений чувствительности не зарегистрировано.

Во всех наблюдениях подвергнутые лазерному воздействию вены были полностью облитерированы, зон сохранённого кровотока и патологических рефлюксов не выявлено. Обтурирующий тромбоз коагулированной вены у всех больных был установлен непосредственно в процессе вмешательства и подтверждён последующими ультразвуковыми исследованиями в ранние сроки после ЭВЛО. Уже на первые сутки после ЭВЛО ни в одном наблюдении не выявлено зон сохранённого кровотока в области обработанных притоков и коагулированных перфорантных вен. На 14-е сутки были отмечены увеличение толщины венозной стенки, концентрическое сужение просвета вены. В более поздние сроки наблюдения стенка вены плохо дифференцировалась, просвет был заполнен эхоплотными тромботическими массами. В сроки до трех месяцев признаков реканализации не получено ни в одном наблюдении. Через шесть месяцев после вмешательства при контрольном ультразвуковом ангиосканировании вена не определя-

лась, что указывало на ее полную облитерацию. Средний срок возвращения к работе и обычной повседневной жизни составил один день. Случаев рецидива зарегистрировано не было. Наступала быстрая реабилитация больных. Пациенты отмечали регресс клинических симптомов, как в раннем послеоперационном периоде, так и на отдаленных этапах.

Проведенные исследования свидетельствуют о многообразии клинических проявлений ВБНК, которые по мере прогрессирования ХЗВ сопровождаются существенными нарушениями центральной венозной гемодинамики и микроциркуляции в нижних конечностях, что приводит к снижению и потере трудоспособности.

Результаты анализа уровней общей и первичной заболеваемости взрослого населения Ивановской области по данным амбулаторных обращений в медицинские организации в целом демонстрирует низкий процент пациентов, которым впервые установлен диагноз ВБНК, при высокой патологической пораженности, в частности женщин трудоспособного возраста, что, с одной стороны, требует научного обоснования и внедрения мероприятий, направленных на раннее выявление патологии вен нижних конечностей, а с другой — определяет возможность развития малоинвазивной хирургии вен нижних конечностей по принципу «стационара одного дня» с лечебно-косметическими целями. Отмечено, что показатель общей заболеваемости ВБНК за пятилетний период в Ивановской области изменялся равномерно в сторону увеличения — темп прироста показателя с 2014 по 2018 гг. составил 8,8 % (с 10,2 до 11,1 на 1000 населения). Показатель первичной заболеваемости ВБНК также имел тенденцию к увеличению за последние 5 лет — темп прироста составил 12,5 % (с 2,4, до 2,7 на 1000 населения в 2018 году) и превышает значения в среднем по Российской Федерации (2,1 на 1000). При этом анализ данных профилактических осмотров женщин трудоспособного возраста позволил установить, что частота варикозного расширения вен у них составляет 47,4 на 100 осмотренных, из них нуждаются в хирургической коррекции треть — 36,5 %. Анализ объема малоинвазивных хирургических вмешательств по поводу ВБНК в Ивановской области за период 2014–2018 гг. показал их рост в 2 раза с 356 — в 2014 г. до 725 — в 2018 г.

Опрос пациенток с ВБНК показал наличие высокой распространенности среди них хронической соматической патологии на фоне несоблюдения большинством пациенток принципов здорового образа жизни и большой нагрузкой факторов риска развития, как общей соматической патологии, так и заболеваний сосудов нижних конечностей. Каждая третья пациентка имела внутрисемейные проблемы, которые могут препятствовать формированию положительных психологических, экономических, социальных условий для прохождения этапов периоперационного периода, последующей реабилитации и адаптации. Сформирован следующий медико-социально-психологический портрет пациенток данного профиля, а именно: средний возраст пациенток — 39,3 года (от 27 до 58 лет), 51,4 % больных имеют высшие образование, у 75,4 % уровень дохода выше прожиточного минимума, 63 % живут в полной семье, основная часть пациенток (78,5 %) — городские жители, практически все обследованные имели хронические соматические заболевания (95,5 %) и отягощенность факторами риска развития заболеваний (99,2 %), каждая вторая имела признаки тревожности и депрессивности.

Проведена оценка подготовленности женщин к оперативному лечению по поводу ВБНК по трем компонентам. Установлено, что 32,0 % пациенток имели неоптимальный уровень подготовленности, в том числе информационной (у 45,0 %) и клинической (у 98,0 %), что связано с недостаточным сбором анамнестических и клинических данных, полным обследованием и информированием пациенток.

Результаты оценки качества жизни больных показали, что по всем пяти исследуемым шкалам, характеризующим КЖ пациентов с ВБНК, произошла положительная динамика в периоперационном процессе. В целом после хирургического лечения лиц с ВБНК суммарный балл по всем параметрам КЖ снизился на 57,5 %, что свидетельствовало о существенном улучшении качества жизни. Если до операции суммарный балл по всем параметрам КЖ составил 40,0, то после хирургического вмешательства он снизился до 23,0 баллов.

Анализ периоперационной динамики медицинской информированности и комплаентности пациенток, проходивших хирургическое лечение (ЭВЛО) по поводу ВБНК в группах с оптимальным и неоптимальным результатом показал, что значи-

мыми в отношении вероятности снижения результативности хирургического лечения ВБНК относятся следующие факторы: низкий уровень комплаентности (OR = 3,3), привычка к курению (OR = 2,6), низкая самооценка состояния здоровья (OR = 4,0), избыток массы тела (OR = 19,0), наличие в анамнезе соматической патологии (OR = 4,0), низкий уровень коммуникабельности пациентов (OR = 1,7), низкий уровень устойчивости к стрессам (OR = 7,0), второстепенное отношение к ценности «здоровье» (OR = 6,4), низкий уровень медицинской информированности (OR = 3,3).

Результаты экспертной оценки качества организации и качества оказания хирургической амбулаторной помощи женщинам с ВБНК с учетом ведущих медико-организационных процессов, а также анализ данных опроса пациенток на предмет их удовлетворенности оказанной помощью показали значимость реализации пациент-ориентированного и эстетико-ориентированного подходов.

Анализ оценки качества организации хирургической помощи по четырем выделенным медико-организационным процессам — «локомотивам», обеспечивающим качество организации хирургического вмешательства при ВБНК, показал, что в структуре медико-организационных дефектов качества организации хирургической помощи ведущее место занимают дефекты «сбора информации, диагностики и мотивации пациентки к успешному лечению через медицинское информирование» (50,9 %) и дефекты «планирования помощи, прогноза результативности, оценка рисков»» (32,9 %), что требуют внимания хирургов при планировании оперативного пособия. Анализ качества оказания хирургической помощи показал, что частота дефектов качества диагностики составила в целом по государственной МО — 35 на 100 услуг, по частной МО — 7 ($p < 0,05$), дефектов оперативного лечения в целом по государственной МО составила в целом — 6 на 100 услуг, по частной МО — 2 ($p < 0,05$), послеоперационного наблюдения пациентки в целом в государственной МО — 10 на 100 услуг, в частной МО — 2 ($p < 0,05$), что указывает на наличие потенциала для улучшения качества организации и оказания хирургической помощи за счет совершенствования маршрутизации пациенток, построения четких технологических цепочек диагностики, лечения на условиях государственно-частного партнерства.

Клиническая результативность оперативного лечения у больных с ВБНК была достигнута в 401 случае из 428 (94 %), в том числе по критерию «клиническое улучшение» — в 425 (99,3 %); улучшение качества жизни — в 375 (87,6 %); исчезновение патологических венозных рефлюксов — в 402 (93,9 %). После операции у 207 женщин (48,4 %) отмечены косметические дефекты, в том числе: у 127 (29,7 %) — гиперпигментация, у 9 (2,1 %) — гематомы, у 15 (3,5 %) — локальная отечность, у 56 (13,1 %) — текстурные нарушения кожных покровов.

Установлено, что неисполнение стандарта специализированной медицинской помощи и клинических рекомендаций при ВБНК, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации, в разной степени влияет на формирование неблагоприятного результата оперативного лечения и создает риск его формирования, что подтверждается разным значениями информативности (J). К категории «высоко рисковых» относятся такие факторы, как: дефекты качества диагностики, дефекты выбора тактики оперативного лечения, дефекты послеоперационного наблюдения. К категории «среднего риска» относятся такие факторы, как: дефекты сбора информации, диагностики и медицинского информирования пациента; дефекты организации и выполнения хирургического вмешательства; дефекты планирования помощи, прогноза результативности, оценки рисков. К категории низкого риска относятся такие факторы, как: низкая подготовленность пациента к оперативному лечению. Это требует системного улучшения качества организации и оказания хирургической помощи, что возможно осуществить на основе улучшения технологии ее медико-организационного проектирования.

Установлено, что в большинстве случаев врачи используют малоконтактный стиль взаимодействия с пациентом (56,0 %), реже — биомедицинский (30,0 %), в 10,0 % — биопсихосоциальный стиль, и только в 4,0 % наиболее оптимальный — пациент-ориентированный стиль.

Данные исследования свидетельствуют о том, что недостаточно эффективное использование существующих технологий хирургического лечения пациенток с ВБНК, высокая частота дефектов, а также снижение основных качественных характеристик пациенток и различия в случаях высокой и низкой результативности

лечения составляют теоретическую базу разработанного и апробированного комплекса предложений.

Выделение на основе экспертных оценок четырех медико-организационных процессов — «локомотивов», обеспечивающих результативность хирургического вмешательства при ВБНК, позволили разработать алгоритм организации и проведения технологии клинико-организационного проектирования процессов, связанных с выполнением ЭВЛО, которая в отличие от существующих технологий оказания помощи обеспечивает взаимосвязь и взаимную ответственность всех участников хирургического лечения, документирование всех процессов, что важно в системе менеджмента качества медицинской помощи.

Организационной основой для внедрения клинико-организационного проектирования хирургической помощи женщинам с ВБНК является формирование городской системы организации медицинской помощи по фасетному принципу: создание единого ГФКЦ и районных опорных отборочных приемов. Для обеспечения доступности информации создан единый (на принципах государственно-частного партнерства) информационный портал для женщин с ВБНК, которые планируют обращение за помощью в связи с ВБНК или уже получили хирургическую помощь и проходят реабилитацию. Создана единая информационная для планирования мероприятий по развитию хирургической помощи на основе оценки потребности в ней.

Разработана медико-организационная технология персонального проектирования медицинской помощи женщинам с ВБНК, включающая четыре этапа:

1. Отбор женщин с ВБНК, нуждающихся в хирургической коррекции.
2. Оценка медико-социально-психологического потенциала подготовленности пациенток к проведению операции по предложенной методике и разбивка их на группы: с низкой, средней и высокой подготовленностью.
3. Постановка целевых параметров лечения, определение ограничивающих факторов, прогноз успешности оперативного лечения ВБНК, разработка и согласование с пациентками вариантов оперативного лечения (по технологии, по условиям — в государственной или в частной МО) на принципах совместной ответственности врача и пациента.

4. Операционализация стратегического концепт-плана оказания помощи путем заполнения персональной технологической матрицы организации хирургической помощи пациентке, включающей последовательность четырех выделенных медико-организационных процессов, а также их ресурсное обеспечение, ответственных лиц, показатели результативности.

В течение 2017–2019 гг. на базе МО г. Иваново (ОБУЗ «Городская клиническая больница № 4, ООО «Клиника на Кокуе») проводился медико-организационный эксперимент по внедрению предложенной медико-организационной технологии.

Оценка эффективности внедрения оценивалась по четырем показателям, изменение которых в ходе клинического эксперимента обусловили положительную динамику их количественной оценки и свидетельствовали о повышении эффективности помощи. Внедрение предложенной технологии привело к повышению клинической результативности оперативного лечения больных с ВБНК с 94,0 % до внедрения до 99,0 % — после ($p < 0,05$), в том числе по критерию «клиническое улучшение» — с 99,3 до 99,8 % ($p < 0,05$), по критерию «улучшение качества жизни» — с 87,6 до 96,0 % ($p < 0,05$), по критерию «исчезновение патологических венозных рефлюксов» — с 93,9 до 97,0 % ($p < 0,05$).

Перспективы дальнейшей разработки темы

Внедрение в клиническую практику разработанного алгоритма организации и проведения клинико-организационного проектирования процессов, связанных с выполнением операции ЭВЛО в условиях хирургической клиники «одного дня», позволят: 1. Оценить медико-социальные факторы риска снижения результативности хирургического вмешательства. 2. Повысить подготовленность пациентов к оперативному вмешательству. 3. Реализовать и развить персонализированный подход в практике хирургической помощи больным с ВБНК.

ВЫВОДЫ

1. При эндовазальной лазерной облитерации клиническая значимость медико-социальных и психологических факторов зависит от функционального класса хронических заболеваний вен. При варикозной болезни нижних конечностей на стадиях С2–С3 их влияние снижает клиническую эффективность на 25 %, на стадиях С4–С6 — на 30 %.

2. В амбулаторной хирургической флебологии недостаточная подготовленность пациентов к оперативному пособию связана с информационной, диагно-стической и психологической составляющими. Их частота колеблется в пределах 65–89 % и способствует формированию неблагоприятного результата в 20,0% случаев.

3. При отсутствии персонализированного подхода в частных лечебных учреждениях результативность оперативного пособия при ВБНК ухудшается. В государственных медицинских организациях негативная тенденция более существенна за счет повышения частоты организационных (51 на 100 случаев) и клинических дефектов (11 на 100 случаев) ($p < 0,05$).

4. Внедрение в клиническую практику учета персональных медико-социальных факторов способствует повышению удовлетворенности пациенток полученной хирургической помощью. При этом положительный эффект эндовазальной лазерной облитерации сопровождается улучшением качества жизни с 87,6 до 96,0 % ($p < 0,05$) и уменьшением патологических рефлюксов с 93,9 до 97,0 % ($p < 0,05$).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для оценки эффективности хирургической коррекции при варикозной болезни нижних конечностей необходимо использовать персональные медико-социальные факторы.

2. Улучшению результатов лечения больных с варикозной болезнью нижних конечностей способствует формирование системы организации медицинской помощи по фасетному принципу с созданием единого информационного портала для пациентов, которым показано оперативное пособие.

3. Ультразвуковой мониторинг функционального состояния вен нижних конечностей является обязательным компонентом при оценке отдаленных результатов эндовазальной лазерной облитерации.

4. Врачам-хирургам, при проведении вмешательства эндовазальной лазерной облитерации рекомендуется использовать предложенный алгоритм проектирования подготовки пациента и организационных условий к операции, основанный на принципе пациент-ориентированности.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

БВ — бедренная вена

БПВ — большая подкожная вена

ВБНК — варикозная болезнь нижних конечностей

КЖ — качество жизни

МО — медицинская организация

МПВ — малая подкожная вена

УЗАС — ультразвуковое ангиосканирование

ХЗВ — хронические заболевания вен

ЭВЛО — эндовазальная лазерная облитерация

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Адылханов, Ф. Т. Варикозная болезнь нижних конечностей — анализ эффективности хирургического лечения на современном этапе. Обзор литературы / Ф. Т. Адылханов, А. Б. Фурсов // Наука и здравоохранение. — 2017. — № 2. — С. 128–143.
2. Анатомические аспекты формирования corona phlebectatica / Р. Е. Калинин, И. А. Сучков, Г. А. Пучкова [и др.] // Ангиология и сосудистая хирургия. — 2017. — Т. 23, № 2. — С. 66–70.
3. Ахтямов, И. Ф. Обоснование системы тромбопрофилактики в лечении пациентов с заболеваниями тазобедренного сустава на фоне артериальной недостаточности нижних конечностей / И. Ф. Ахтямов, Б. Г. Зиатдинов, Е. С. Шигаев // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. — 2016. — № 5. — С. 59–63.
4. Ахтямова, Н. Е. Венопротектор кальция добезилат в лечении хронических заболеваний вен / Н. Е. Ахтямова // Флебология. — 2016. — Т. 10, № 4. — С. 214–218.
5. Бабун, Д. В. Стан венозного кровотоку нижніх кінцівок у хворих із переломами кісток гомілки після металоостеосинтезу накістковими пластинами / Д. В. Бабун, П. М. Жук // Ортопедия, травматология и протезирование. — 2016. — № 1(602). — С. 50–53.
6. Баев, В. М. Телеангиэктазии нижних конечностей при идиопатической артериальной гипотензии у молодых женщин / В. М. Баев, О. А. Самсонова, Т. Ю. Агафонова // Ульяновский медико-биологический журнал. — 2017. — № 1. — С. 75–79.
7. Байтман, Т. П. Немодифицируемые факторы риска развития варикозной болезни вен нижних конечностей / Т. П. Байтман, А. Н. Куликова // Бюллетень медицинских интернет-конференций. — 2017. — Т. 7, № 6. — С. 1334.

8. Баринов, В. Е. Венозные тромботические осложнения как спутник новой коронавирусной инфекции COVID-19 / В. Е. Баринов, В. В. Бояринцев // Кремлевская медицина. Клинический вестник. — 2020. — № 2. — С. 22–27.
9. Белоусов, Е. Ю. Лечение больной с синей флегмазией, осложненной массивной тромбоэмболией легочной артерии и кишечным кровотечением / Е. Ю. Белоусов, В. В. Сорока, К. Н. Фомин // Ангиология и сосудистая хирургия. — 2017. — Т. 23, № 4. — С. 141–146.
10. Беляева, О. А. Применение аппликационного сорбента нового поколения в комплексном лечении трофических язв нижних конечностей у пациентов пожилого и старческого возраста с хронической венозной недостаточностью / О. А. Беляева, В. В. Крыжевский, М. И. Балинская // Экстренная медицина. — 2018. — № 1. — С. 26–34.
11. Бражник, В. А. Вопросы диагностики острых и хронических заболеваний вен нижних конечностей в амбулаторной практике. роль ультразвукового исследования в постановке правильного диагноза / В. А. Бражник // Справочник поликлинического врача. — 2017. — № 2. — С. 49–52.
12. Вагапов, Т. Ф. Клинические особенности хронических заболеваний вен нижних конечностей у мужчин с артериальной гипертензией / Т. Ф. Вагапов, В. М. Баев // Практическая медицина. — 2018. — № 6. — С. 201–204.
13. Валидация опросника для ранней диагностики легочной артериальной гипертензиии хронической тромбоэмболической легочной гипертензии / З. С. Валиева, С. И. Глухова, Т. В. Мартынюк, И. Е. Чазова //Системные гипертензии. — 2016. — Т. 13, № 1. — С. 34–38.
14. Валидация русскоязычной версии опросника veines-qolsym у пациентов с ревматическими болезнями и хроническими заболеваниями вен нижних конечностей / М. А. Сатыбалдыева, Н. В. Середавкина, С. И. Глухова [и др.] // Научно-практическая ревматология. — 2017. — Т. 55, № 5. — С. 514–520.
15. Варикоз — болезнь современности // Ремедиум. Журнал о российском рынке лекарств и медицинской техники. — 2018. — № 6. — С. 22–25.

16. Варикозная болезнь и вредные производственные факторы / В. И. Барабаш, В. Ф. Цхай, Е. В. Семичев, В. В. Майер // Клиническая практика. — 2020. — Т. 11, № 3. — С. 29–34.
17. Варикозная болезнь: на пороге открытия причины? / И. А. Золотухин, О. Я. Порембская, М. А. Сметанина [и др.] // Вестник Российской академии медицинских наук. — 2020. — Т. 75, № 1. — С. 36–45.
18. Веносохраняющая и радикальная стратегии в хирургии варикозной болезни / Е. И. Селиверстов, Е. А. Захарова, Е. С. Ан [и др.] // Флебология. — 2016. — Т. 10, № 4. — С. 190–198.
19. Влияние компрессионного трикотажа 1-го класса на площадь сечения поверхностных и глубоких вен голени у здоровых лиц / И. А. Золотухин, Е. А. Захарова, Е. И. Селиверстов [и др.] // Флебология. — 2018. — Т. 12, № 2. — С. 68–73.
20. Влияние тренировки мышечного компонента мышечно-венозной помпы нижних конечностей на течение варикозной болезни / П. Ф. Кравцов, С. Е. Каторкин, В. В. Волковой, Я. В. Сизоненко // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. — 2016. — Т. 93, № 6. — С. 33–36.
21. Возможности и перспективы гемодинамической хирургии варикозной болезни в эпоху эндовазальной термической облитерации / В. И. Головина, Е. И. Селиверстов, О. И. Ефремова, И. А. Золотухин // Новости хирургии. — 2020. — Т. 28, № 6. — С. 702–713.
22. Возможности фармакотерапии нарушений венозного оттока и микроциркуляции при хронических заболеваниях вен нижних конечностей. по мотивам консенсуса международного союза флебологов (uip) / В. Ю. Богачев, Б.В. Болдин, С. В. Родионов, О. В. Дженина // Стационарозамещающие технологии: Амбулаторная хирургия. — 2017. — № 1–2. — С. 23–28.
23. Возможность инструментальной неинвазивной диагностики и мониторирования отечного синдрома при тромбозе вен нижних конечностей с помощью распознающего программно-диагностического комплекса / О. И. Филатова, В. Н. Мишустин, И. А. Моновцов, Н. Н. Григорьев // Известия Юго-

Западного государственного университета. Серия: Управление, вычислительная техника, информатика. Медицинское приборостроение. — 2017. — Т. 7, № 4(25). — С. 104–113.

24. Гаврилов, С. Г. Нетривиальная флебология / С. Г. Гаврилов, О. И. Ефремова // Флебология. — 2018. — Т. 12, № 4. — С. 314–320.
25. Гаврилов, С. Г. Тактика лечения больных сочетанной варикозной болезнью вен таза и нижних конечностей / С. Г. Гаврилов, А. В. Сажин, М. Д. Темирболатов // Флебология. — 2017. — Т. 11, № 3. — С. 120–130.
26. Гаибов, А. Д. Рецидивы варикозной болезни / А. Д. Гаибов, О. Н. Садриев, Ш. М. Буриева // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. — 2016. — № 1. — С. 3–8.
27. Генетические основы хронических заболеваний вен нижних конечностей: обзор современных представлений / М. А. Сметанина, А. С. Шадрина, И. А. Золотухин, М. Л. Филипенко // Флебология. — 2016. — Т. 10, № 4. — С. 199–213.
28. Генетические предикторы варикозной болезни малого таза: пилотное исследование / Ю. В. Серяпина, К.С. Севостьянова, А. А. Тулупов [и др.] // Флебология. — 2018. — Т. 12, № 1. — С. 25–29.
29. Голованова, О. В. Начальные формы хронических заболеваний вен. что делать? / О. В. Голованова, А. Н. Кузнецов // Стационарозамещающие технологии: Амбулаторная хирургия. — 2016. — № 1–2. — С. 44–49.
30. Голованова, О. В. Современный подход к лечению хронических заболеваний вен: место эскузана во флебологической практике / О. В. Голованова, А. Н. Кузнецов // Фарматека. — 2016. — № 6(319). — С. 39–44.
31. Гужков, О. Н. Оценка косметического результата хирургического лечения варикозной болезни с использованием инновационных технологий / О. Н. Гужков // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН «Сердечно-сосудистые заболевания». — 2008. — Т. 9, № 6. — С. 132.
32. Диагностика и лечение флотирующих тромбозов в системе нижней полой вены // В. Т. Ипатенко, В. И. Давыдкин, В. В. Щапов [и др.] // Научное обозрение. Медицинские науки. — 2017. — № 6. — С. 34–39.

33. Диагностика и хирургическое лечение восходящихглубоких флеботромбозов нижних конечностей и таза / Г. Г. Хубулава, Е. К. Гаврилов, А. Н. Шишкевич [и др.] // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. — 2018. — Т. 177, № 2. — С. 46–51.
34. Дифференциальная экспрессия генов при варикозной болезни нижних конечностей: современное состояние проблемы, анализ опубликованных данных / М. А. Сметанина, А. С. Шадрина, И. А. Золотухин [и др.] // Флебология. — 2017. — Т. 11, № 4. — С. 190–204.
35. Дунаевская, С. С. Хроническая венозная недостаточность — взгляд на проблему / С. С. Дунаевская // Русский медицинский журнал. Медицинское обозрение. — 2018. — № 2 (2). — С. 60–63.
36. Ежов, В. В. Обзор результатов применения сопочных грязей в медицинской практике / В. В. Ежов, В. И. Васенко, О. В. Маркович // Вестник физиотерапии и курортологии. — 2018. — Т. 24, № 3. — С. 121–127.
37. Ефименко, Н. В. Применение каштановых ванн в комплексном восстанови тельном лечении пациентов с варикозным расширением вен нижних конечностей / Н. В. Ефименко, А. С. Кайсинова // Курортная медицина. — 2016. — № 4. — С. 28–32.
38. Заваруев, А. В. Опыт хирургического лечения венозных трофических язв А. В. Заваруев, А. А. Брегадзе, А. А. Козка // Флебология. — 2016. — Т. 10, № 2. — С. 103–105.
39. Золотухин, И. А. Флебология сегодня / И. А. Золотухин, С. Г. Гаврилов, А. И. Кириенко // Анналы хирургии. — 2016. — Т. 21, № 1–2. — С. 19–25.
40. Зубко, А. В. Социальный портрет пациента с сосудистыми заболеваниями хирургического профиля / А. В. Зубко, Т. П. Сабгайда, В. Г. Запорожченко // Социальные аспекты здоровья населения. — 2018. — Т. 62, № 4. — С. 5.
41. Иванова, Е. А. Некоторые итоги санаторно-курортного лечения пациентов с профессиональными заболеваниями: вибрационной болезнью от общей вибрации и травмами опорно-двигательного аппарата / Е. А. Иванова, Е. В. Добряков // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. — 2016. — Т. 93, № 2-2. — С. 80–81.

42. Игнатович И. Н. Результаты эндовенозных и традиционных хирургических методов лечения пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей / И. Н. Игнатович // Медицинский журнал. — 2017. — № 4(62). — С. 142–146.
43. Игнатович И. Н. Сохранение магистральных подкожных вен в хирургии варикозной болезни нижних конечностей / И. Н. Игнатович // Хирургия Восточная Европа. — 2017. — Т. 6, № 4. — С. 488–497.
44. Изолированное удаление притоков несостоятельной большой подкожной вены приводит к восстановлению функции ее клапанов / И. А. Золотухин, Е. И. Селиверстов, Е. А. Захарова, А. И. Кириенко // Флебология. — 2016. — Т. 10, № 1. С. 8–18.
45. Изучение работы проксимального клапана собственной бедренной вены и влияние факторов vis a tergo и vis a fronte на его работу / Р. Е. Калинин, И. А. Сучков, Г. А. Пучкова [и др.] // Вестник Авиценны. — 2017. — Т. 19, № 1. — С. 21–25.
46. Исаева, Е. С. Бомеханическая стимуляция нижних конечностей при медицинской реабилитации пациентов с хронической венозной недостаточностью / Е. С. Исаева // Инновационная наука. — 2016. — № 4–5. — С. 57–59.
47. Исследование комплаентности периоперационной флеботропной терапии у пациентов с варикозной болезнью / С. Н. Жабин, А. А. Шитиков, А. В. Цуканов [и др.] // Амбулаторная хирургия. — 2020 — № 1–2. — С.81–88.
48. Калинин, Р. Е. Эффективность различных вариантов антикоагулянтной терапии при тромбозе глубоких вен нижних конечностей в рутинной клинической практике / Р. Е. Калинин, И. А. Сучков, А. Б. Агапов // Флебология. — 2017. — Т. 11, № 1. — С. 21–27.
49. Киреева, Т. И. Факторы нарушения психологической адаптации при варикозной болезни у женщин в раннем послеоперационном периоде / Т. И. Киреева // Universum: психология и образование. — 2020. — № 11 (77). — С. 20–23.
50. Кириенко, А. И. Приверженность пациентов с хроническими заболеваниями вен компрессионной терапии: результаты наблюдательного исследования / А. И. Кириенко, Ю. М. Стойко, И. А. Золотухин // Флебология. — 2018. — Т. 12, № 4. — С. 244–251.

51. Клинико-сонографические критерии диагностики пахового варикоза у беременных / В. Н. Антонюк–Кисель, И. Я. Дзюбановский, В. Н. Еникеева [и др.] // Репродуктивное здоровье Восточная Европа. — 2018. — № 5. — С. 649–657.
52. Клинические аспекты болезни Крона / В. В. Рыбачков, А. В. Тевяшов, О. А. Маканов, Н. В. Березняк // Московский хирургический журнал. — 2018. — № 3. — С.18–19.
53. Клинические и гемодинамические особенности венозного кровообращения нижних конечностей у молодых женщин с идиопатической артериальной гипотензией / В. М. Баев, О. А. Самсонова, Т. Ю. Агафонова, Р. Ш. Дусакова // Российский кардиологический журнал. — 2017. — Т. 22, № 9. — С. 50–54.
54. Клинические особенности хронических заболеваний вен у женщин с артериальной гипотензией / В. М. Баев, О. А. Самсонова, Т. Ю. Агафонова, Р. Ш. Дусакова // Доктор.Ру. — 2016. — № 11(128). — С. 49–51.
55. Коагулологические аспекты лечения осложнений пролонгированной терапии варфарином / А. Ю. Крылов, А. М. Шулутко, Н. В. Прасолов [и др.] // Ангиология и сосудистая хирургия. — 2016. — Т. 22, № 3. — С. 33–40.
56. Количественная оценка степени нарушений функций сердечно-сосудистой системы вследствие хронических болезней вен и лимфатических сосудов нижних конечностей при экспертно-реабилитационной диагностике / Л. Е. Кузьмишин, В. Б. Грингауз, Ю. Г. Барановский, М. П. Баньковская // Медико-социальные проблемы инвалидности. — 2016. — № 1. — С. 60–68.
57. Коморбидность рожи как варианта неинвазивной стрептококковой инфекции и хронической лимфовенозной недостаточности / С. А. Шип, Л. И. Ратникова, М. К. Беспалова, А. Р. Гарифанова // Молодой ученый. — 2016. — № 10(114). — С. 555–559.
58. Комплексная оценка поражения нижних конечностей у больных сахарным диабетом на фоне сочетанной патологии / М. Н. Кудыкин, А. А. Шлякова, Г. Е. Шейко [и др.] // Современные проблемы науки и образования. — 2016. — № 6. — С. 44.

59. Компрессионный трикотаж venoteks trend в лечении больных с хроническими заболеваниями вен нижних конечностей / А. В. Цыплящук, Ю. М. Стойко, С. Е. Харитонова [и др.] // Ангиология и сосудистая хирургия. — 2017. — Т. 23, № 3. — С. 167–172.0
60. Кудыкин, М. Н. Лечение хронической венозной недостаточности нижних конечностей / М. Н. Кудыкин // Стационарозамещающие технологии: Амбулаторная хирургия. — 2018. — № 3–4. — С. 36–41.
61. Кудыкин, М. Н. Профилактика венозного тромбоэмболизма в практике колопроктолога: исторические аспекты и современная реальность / М. Н. Кудыкин // Consilium Medicum. — 2017. — Т. 19, № 8. — С. 41–47.
62. Кудыкин, М. Н. Современное состояние проблемы хронических заболеваний вен нижних конечностей / М. Н. Кудыкин // Хирургия. Приложение к журналу Consilium Medicum. — 2017. — № 1. — С. 52–56.
63. Кунакова, А. Л. Современные методы лечения варикозной болезни нижних конечностей / А. Л. Кунакова // Здоровье и образование в XXI веке. — 2017. — Т. 19, № 12. — С. 47–51.
64. Куликова, А. Н. Эндовенозные термические вмешательства в лечении больных варикозной болезнью нижних конечностей / А. Н. Куликова, С. В. Хайрутдинов // Ангиология и сосудистая хирургия. — 2017. — Т. 23, № 3. — С. 177–184.
65. Кунанбаева, К. О. Варикозная болезнь нижних конечностей / К. О. Кунанбаева, А. Е. Мендекина // Актуальные научные исследования в современном мире. — 2021. — № 1-5(69). — С. 92–96.
66. Кушнарчук, М. Ю. Оперативное лечение пациентов с венозными трофическими язвами нижних конечностей / М. Ю. Кушнарчук // Инновационная наука. — 2017. — № 2-2. — С. 210–212.
67. Ланская, О. В. Лечебная физическая культура как составляющая физической реабилитации лиц пожилого возраста с варикозным расширением вен нижних конечностей / О. В. Ланская // NovaInfo.Ru. — 2016. — Т. 1, № 57. — С. 24–34.

68. Лечение пациентов пожилого и старческого возраста с венозными трофическими язвами и сахарным диабетом 2-го типа / Н. О. Захарова, С. В. Булгакова, С. Е. Каторкин [и др.] // Успехи геронтологии. — 2017. — Т. 30, № 6. — С. 917–924.
69. Лечение пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей / К. П. Черных, К. Г. Кубачев, А. Ю. Семенов, К. В. Малышев // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. — 2019. — №5. — С. 88–93.
70. Лечение сочетанного прогрессирующего первичного варикозного расширения вен нижних конечностей, промежности, наружных половых органов во время беременности / В. Н. Антонюк-Кисель, В. Н. Еникеева, С. И. Личнер, В. М. Липный // Репродуктивное здоровье Восточная Европа. — 2017. — Т. 7, № 4. — С. 555–561.
71. Лечение телеангиэктазий нижних конечностей методом термокоагуляции с использованием аппарата ТС-3000 / Е. П. Бурлева, М. В. Эктова, С. М. Беленцов [и др.] // Стационарозамещающие технологии: Амбулаторная хирургия. — 2018. — № 1–2. — С. 72–79.
72. Лечение хронических заболеваний вен у детей и подростков / И. Н. Нурмеев, Л. М. Миролюбов, А. Л. Миролюбов, [и др.] // Ангиология и сосудистая хирургия. — 2016. — Т. 22, № 1. — С. 105–109.
73. Литынский, А. Тромбозы глубоких вен нижних конечностей у пациентов пожилого и старческого возраста / А. Литынский, Е. Хаммат // Врач. — 2016. — № 6. — С. 8.
74. Лукьянчиков, В. Н. Эффективность биомеханической пневмовибрационной стимуляции в комплексном лечении хронической венозной недостаточности / В. Н. Лукьянчиков // Инновационная наука. — 2016. — № 10–1. — С. 195–197.
75. Лукьянчиков, В. Н. Эффективность биомеханической стимуляции в комплексном лечении хронических заболеваний вен нижних конечностей / В. Н. Лукьянчиков // Приоритетные направления развития науки и образования. — 2016. — № 3(10). — С. 26–28.

76. Мазайшвили К. В. Минимально инвазивные технологии в хирургии варикозной болезни вен нижних конечностей : автореф. дис. … д-ра мед. наук : 14.01.26 / Мазайшвили Константин Витальевич. — Москва, 2013., 40 с.
77. Мезотелиома перикарда с тромбоваскулярными осложнениями (случай из практики) / Н. Ю. Карпова, Н. С. Чипигина, К. А. Рогов [и др.] // Архивъ внутренней медицины. — 2017. — Т. 7, № 6 (38). — С. 474–479.
78. Метрический анализ данных по взаимосвязям между показателями микронутриентной обеспеченности и состоянием здоровья женщин 18–45 лет / И. Ю. Торшин, О. А. Лиманова, О. А. Громова [и др.] // Медицинский алфавит. — 2018. — Т. 2, № 21(358). — С. 6–19.
79. Механизмы развития и особенности варикозной болезни вен нижних конечностей в детском и молодом возрасте / В. В. Студенникова, Л. О. Севергина, А. Н. Дзюндзя, И. А. Коровин // Архив патологии. — 2017. — Т. 79, № 4. — С. 56–60.
80. Мини-инвазивные стационарозамещающие технологии в лечении осложненных форм хронических заболеваний вен / Ю. М. Стойко, А. В. Цыплящук, С. Е. Харитонова [и др.] // Флебология. — 2017. — Т. 11, № 3. — С. 170–175.
81. Многоцентровое наблюдательное исследование применения флебодиа 600 у больных с хроническими заболеваниями вен / Ю. М. Стойко, О. Б. Талибов, М. Н. Яшкин [и др.] // Ангиология и сосудистая хирургия. — 2018. — Т. 24, № 1. — С. 107–114.
82. Москвин, С. В. Эффективность новой комбинированной лазерной терапии больных с трофическими язвами нижних конечностей и хронической венозной недостаточностью / С. В. Москвин, А. В. Гейниц, Е. В. Асхадулин // Вестник новых медицинских технологий. — 2016. — Т. 23, № 1. — С. 96–101.
83. Мусаев, М. М. Методики эндовазальной облитерации в лечении больных с варикозной болезнью нижних конечностей / М. М. Мусаев, А. В. Гавриленко // Лазерная медицина. — 2019. — Т. 23, № 3. — С. 22.

84. Нарушения гемокоагуляции в раннем послеоперационном периоде после онкологической роботизированной хирургии / К. Т. Цветанова, Е. Одисеева, Л. Занфирова [и др.] // Sciences of Europe. — 2016. — № 7–1 (7). — С. 88–93.

85. Наумов, Е. К. Современный взгляд на этиологию, патогенез и методы диагностики варикозной болезни вен нижних конечностей / Е. К. Наумов, В. А. Иванов, Е. Е. Наумова // Хирург. — 2016. — № 11–12. — С. 83–90.

86. Немирова, С. В. Современные аспекты терапии хронических заболеваний вен / С. В. Немирова // Хирургия. Приложение к журналу Consilium Medicum. — 2018. — № 1. — С. 22–26.

87. Носенко, Н. С. Особенности изменений венозной системы нижних конечностей у беременных (обзор) / Н. С. Носенко, Е. М. Носенко, Н. В. Храмченко // Кремлевская медицина. Клинический вестник. — 2017. — № 1. — С. 128–134.

88. Опыт лечения пострадавших с переломами шейки бедренной кости / И. Ю. Клюквин, Р. С. Титов, А. Ю. Ваза [и др.] // Журнал им. Н.В. Склифосовского. Неотложная медицинская помощь. — 2016. — № 3. — С. 88–93.

89. Опыт эндопротезирования больных с опухолями тазового кольца / Г. И. Гафтон, Ю. В. Гудзь, И. Г. Гафтон [и др.] // Вопросы онкологии. — 2017. — Т. 63, № 2. — С. 309–315.

90. Организация лечения декомпенсированных форм хронической венозной недостаточности в условиях дневного стационара сосудистой хирургии / А. В. Савельев, С. В. Коршунов, Ю. Д. Бендерский [и др.] //Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. — 2016. — № 2. — С. 35–36.

91. Основы клинической флебологии / под ред. Ю. Л. Шевченко, Ю. М. Стойко. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва : Шико, 2013. — 454 с.

92. Особенности диагностики и лечения острых венозных тромбозов нижних конечностей / С. К. Холов, Р. Рахматуллаев, Т. Г. Гулмурадов [и др.] // Здравоохранение Таджикистана. — 2017. — № 4(335). — С. 51–58.

93. Острый илеофеморальный венозный тромбоз / А. Д. Гаибов, О. Н. Садриев, Е. Л. Калмыков [и др.] // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. — 2016. — Т. 9, № 5. — С. 63–68.

94. Отдаленные результаты различных стратегии лечения больных с варикозной болезнью нижних конечностей / К. П. Черных, К. Г. Кабачев, Н. Д. Мухиддинов // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. — 2019. — № 26. — С. 52–56.

95. Оценка безопасности и эффективности пликации и лигирования бедренной вены в хирургическом лечении пациентов с тромбозами глубоких вен / Р. А. Бредихин, Д. В. Малясев, Р. К. Джорджикия, Р. Н. Хайруллин // Современные технологии в медицине. — 2016. — Т. 8, № 4. — С. 288–291.

96. Оценка эффективности и безопасности компрессионного трикотажа «mediven plus» в лечении больных пожилого возраста с хроническими заболеваниями вен нижних конечностей / С. Е. Каторкин, М. А. Мельников, П. Ф. Кравцов [и др.] // Успехи геронтологии. — 2017. — Т. 30, № 4. — С. 570–572.

97. Панникулиты в ревматологии: особенности течения и исходов / Н. М. Савушкина, О. Н. Егорова, С. И. Глухова, Б. С. Белов // Терапевтический архив. — 2018. — Т. 90, № 5. — С. 55–60.

98. Пат. 2456974 Российская Федерация, МПК[51] A61H 9/00; Способ немедикаментозного лечения хронических облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей / Савельев В. С., Кошкин В. М., Кузнецов М. Р., Навставшева О. Д., Кошкина И. В., Колосов Ю. Н., Калашов П. Б.; патентообладатель ГБОУ ВПО «Российский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию». — 2011106890/14 ; заявл. 25.02.2011 ; опубл. 27.07.2012. Бюл. № 22.

99. Патология вен нижних конечностей при первичном остеоартрозе коленных суставов / О. М. Лесняк, Е. В. Зубарева, М. Г. Гончарова, Д. М. Максимов // Терапевтический архив. — 2017. — Т. 89, № 5. — С. 53–59.

100. Патология вен нижних конечностей при первичном остеоартрозе коленных суставов / О. М. Лесняк, Е. В. Зубарева, М. Г. Гончарова, Д. М. Максимов // Остеопороз и остеопатии. — 2016. — Т. 19, № 2. — С. 101.

101. Пелевин, А. В. Аспект персонализации в повышении эффективности эндоваскальной лазерной облитерации сосудов нижних конечностей у женщин /

А. В. Пелевин, О. Н. Гужков, Д. Л. Мушников // Московский хирургический журнал. — 2021. — № 1(75). — С. 65–76.

102. Потеря трудоспособности и динамика инвалидизации больных с поражениями сосудов конечностей / А. Д. Асланов, О. А. Малкаров, А. Г. Куготов [и др.] // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. — 2018. — № 3. — С. 80–88.
103. Предикторы развития хронической тромбоэмболической легочной гипертензии / М. Р. Кузнецов, И. В. Решетов, Б. Б. Орлов [и др.] // Кардиология. — 2018. — Т. 58, № 12. — С. 60–65.
104. Предоперационная распространенность тромбоза вен нижних конечностей у больных с переломами шейки бедренной кости / Н. Л. Анкин, Т. М. Петрик, В. А. Ладыка, В. В. Роенко // Травма. — 2016. — Т. 17, № 4. — С. 66–69.
105. Прогнозирование эффективности оперативных методов лечения облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей / В. В. Рыбачков, Е. Н. Четверикова, Л. Б. Шубин, Е. Н. Кабанов // Современные проблемы науки и образования. — 2015. — № 2–1.– С. 60.
106. Проспективное обсервационное исследование спектр: регистр пациентов с хроническими заболеваниями вен нижних конечностей / В. С. Савельев, А. И. Кириенко, И. А. Золотухин, Е. И. Селиверстов // Флебология. — 2012. — Т. 6, № 1. — С. 4–9.
107. Профилактика венозных тромбоэмболических осложнений при проведении эндопротезирования тазобедренного или коленного суставов у больных с сопутствующими хроническими заболеваниями вен нижних конечностей / О. В. Злобин, В. В. Сабельников, А. И. Прокопец [и др.] // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. — 2018. — № 2(66). — С. 112–115.
108. Профилактика венозных тромбоэмболических осложнений при проведении эндопротезирования крупных суставов у больных с сопутствующими хроническими заболеваниями вен нижних конечностей / В. В. Сабельников,

О. В. Злобин, А. И. Прокопец [и др.] // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. — 2016. — Т. 175, № 3. — С. 90–93.

109. Прохоренко, В. М. Сопутствующие заболевания у пациентов с ревизионным эндопротезированием тазобедренного сустава / В. М. Прохоренко, М. Ж. Азизов, Х. Х. Шакиров // Acta Biomedica Scientifica. — 2017. — Т. 2, № 5–1 (117). — С. 136–140.
110. Радиочастотная облитерация в комплексном хирургическом лечении больных с варикозной болезнью нижних конечностей / М. Д. Дибиров, А. И. Шиманко, А. С. Волков [и др.] // Ангиология и сосудистая хирургия. — 2018. — Т. 24, № 1.– С. 92–96.
111. Результаты лечения больных варикозной болезнью нижних конечностей за 10 лет / Л. Н. Комарова, Р. Н. Ряхин, Ф. Ш. Алиев, С. А. Звезда // Архивъ внутренней медицины. — 2018. — Т. 8, № 3(41). — С. 215–218.
112. Результаты применения различных способов аутовенозного бедренно-подколенного шунтирования ниже щели коленного сустава / Б. С. Суковатых, Л. Н. Беликов, М. Б. Суковатых [и др.] // Ангиология и сосудистая хирургия. — 2016. — Т. 22, № 4. — С. 137–143.
113. Роль компьютерной томографии с контрастным усилением в диагностике тромбоэмблии легочной артерии / Н. В. Беренштейн, Т. В. Лохина, М. Г. Иванчукова, А. В. Казанцев // Современные тенденции развития науки и технологий. — 2016. — № 2. — С. 14–20.
114. Российские клинические рекомендации по диагностике и лечению хронических заболеваний вен / Ю. М. Стойко, А. И. Кириенко, А. И. Шиманко [и др.] // Флебология. — 2018.– Т. 12, № 3. — С. 146–240.
115. Российские клинические рекомендации по диагностике и лечению хронических заболеваний вен / В. С. Савельев, А. В. Покровский, И. И. Затевахин, А. И. Кириенко // Флебология. — 2013. — Т. 2. — С. 40.
116. Рыбачков, В. В. Оценка эффективности лечения облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей на основе генетического полимор-

физма / В. В. Рыбачков, Е. Н. Четверикова // Современные проблемы науки и образования. — 2015. — № 2–1. — С. 2.

117. Сабгайда, Т. П. Смертность населения Российской Федерации от сосудистых заболеваний хирургического профиля / Т. П. Сабгайда, А. В. Зубко // Социальные аспекты здоровья населения. — 2016. — Т. 51, № 5. — С. 2.
118. Сенчук, А. Я. Treatment of the combined pathology of endoand miometrium in perimenopsausal patients with extragenital pathology / А. Я. Сенчук, Р. М. Закордонец // Репродуктивное здоровье Восточная Европа. — 2018. — Т. 8, № 2. — С. 182–186.
119. Синдром Клиппеля — Треноне в практике врача скорой медицинской помощи / А. С. Багдасарьян, А. А. Сирунянц, М. Б. Андреева [и др.] // Кубанский научный медицинский вестник. — 2018. — Т. 25, № 2. — С. 183–186.
120. Синдром Мэя — Тернера у мужчин / О. Б. Жуков, В. А. Уколов, В. М. Снитткин [и др.] // Андрология и генитальная хирургия. — 2017. — Т. 18, № 1. — С. 39–47.
121. Синяченко, Ю. О. Влияние гонартроза на течение и эффективность лечения варикозной болезни вен нижних конечностей / Ю. О. Синяченко, Г. Е. Самойленко, О. В. Синяченко // Травма. — 2017. — Т. 18, № 1. — С. 63–67.
122. Синяченко, Ю. О. Течение и эффективность лечения варикозной болезни вен нижних конечностей у больных сахарным диабетом / Ю. О. Синяченко, Г. Е. Самойленко, О. В. Синяченко // Международный эндокринологический журнал. — 2017. — Т. 13, № 1. — С. 27–32.
123. Ситунова, Н. Л. Периферический нейрофиброматоз как случайная находка при ультразвуковом исследовании сосудов нижних конечностей / Н. Л. Ситунова // Вестник Челябинской областной клинической больницы. — 2016. — № 4(34). — С. 65–66.
124. Склерохирургическое и хирургическое лечение больных варикозной болезнью нижних конечностей: анализ результатов в отдаленном периоде наблюдения / Д. Р. Гафурова, А. Н. Куликова, Р. Г. Чаббаров, А. Г. Пятницкий // Саратовский научно-медицинский журнал. — 2017. — Т. 13, № 4. — С. 839–845.

125. Случай синдрома Паркса Вебера — Рубашова / Н. Н. Иоскевич, С. В. Ждонец, Ю. Ф. Пакульневич, С. И. Корело // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. — 2018. — Т. 16, № 1. — С. 88–91.
126. Современные миниинвазивные методики в лечении варикозной болезни / А. И. Шиманко, М. Д. Дибиров, С. В. Цуранов [и др.] // Флебология. — 2009. — Т. 3, № 1. — С. 49–53.
127. Сотникова, Л. С. Возможности терапии и профилактики тромбозов на фоне гормональной терапии в гинекологии / Л. С. Сотникова, Е. В. Голубятникова // Доктор.Ру. — 2017. — № 9(138). — С. 27–32.
128. Сочетание остеоартроза коленных суставов и варикозной болезни нижних конечностей: закономерность или случайность? / О. М. Лесняк, Е. В. Зубарева, М. Г. Гончарова, Д. М. Максимов // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. — 2016. — № 5. — С. 182–183.
129. Сравнение отдаленных результатов эндовенозных и традиционных методов лечения пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей / И. Н. Игнатович, Г. Г. Кондратенко, Т. М. Студеникина [и др.] // Хирургия Восточная Европа. — 2016. — № 4 (20). — С. 526–537.
130. Сравнение результатов применения эндовазальной лазерной радиочастотной облитерации ствола большой подкожной вены в комплексном лечении больных с варикозной болезнью нижних конечностей / А. С. Волков, М. Д. Дибиров, А. И. Шиманко [и др.] // Флебология. — 2020. — Т. 14, № 2. — С. 91–98.
131. Сравнительная оценка качества жизни беременных в зависимости от методов лечения хронической венозной недостаточности, вызванной сочетанным хроническим прогрессирующим первичным мультифокальным расширением вен нижних конечностей, промежности, наружных половых органов, пахового канала / В. Н. Антонюк-Кисель, И. Я. Дзюбановский, В. Н. Еникеева [и др.] // Хирургия Восточная Европа. — 2017. — Т. 6, № 4. — С. 498–509.
132. Сравнительный анализ параметров пациентов, страдающих варикозной болезнью вен нижних конечностей и потребителей лекарственных средств / Е. А. Белоусов, О. В. Белоусова, И. А. Бевз, П. Е. Белоусов // Научный результат. Серия: Медицина и фармация. — 2016. — Т. 2, № 3. — С. 28–33.

133. Стойко, Ю. М. Добезилат кальция: возможности терапии хронической венозной патологии / Ю. М. Стойко, В. Г. Гудымович // Хирургия. Приложение к журналу Consilium Medicum. — 2017. — № 1. — С. 71–74.

134. Тенденции рынка современных пероральных ангиопротекторов // Ремедиум. Журнал о российском рынке лекарств и медицинской техники. — 2016. — № 10. — С. 50–52.

135. Трапезников, А. В. Ранняя и этапная реабилитация после оперативных вмешательств на органах опорно-двигательного аппарата (ОДА) / А. В. Трапезников, А. С. Юшкин // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. — 2016. — Т. 93, № 2–2. — С. 165–166.

136. Трубецков, А. Д. Хронические заболевания вен нижних конечностей и вопросы связи заболеваний с профессией / А. Д. Трубецков, А. Н. Данилов // Медицина труда и промышленная экология. — 2017. — № 9. — С. 196–197.

137. Трудности диагностики тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) у больных интерстициальными заболеваниями легких / О. П. Баранова, Л. Н. Новикова, А. А. Сперанская // Ульяновский медико-биологический журнал. — 2016. — № 54. — С. 16–18.

138. Ультразвуковая динамика лизиса тромба как объективный критерий эффективности антикоагулянтной терапии при венозных тромбозах / Р. Е. Калинин, И. А. Сучков, А. С. Пшенников, А. Б. Агапов // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. — 2016. — № 2. — С. 61–65.

139. Ультраструктурные изменения стенки большой подкожной вены при варикозной болезни вен нижних конечностей в зависимости от возраста и длительности заболевания / И. А. Чекмарева, Х. А. Абдувосидов, О. В. Паклина [и др.] // Морфологические ведомости. — 2018. — Т. 26, № 2. — С. 26–31.

140. Факторы риска развития варикозной болезни вен нижних конечностей / М. И. Конева, А. А. Ватолина, С. Н. Стяжкина, А. А. Киршин // StudNet. — 2021. — Т. 4, № 5. — С.23–28.

141. Факторы риска развития венозных тромбоэмболических осложнений у больных ревматоидным артритом / М. А. Сатыбалдыева, Т. М. Решетняк, Н. В.

Середавкина [и др.] // Научно-практическая ревматология. — 2016. — Т. 54, № 4. — С. 398–403.

142. Факторы риска сохранения рефлюкса в большой подкожной вене и рецидива варикозной болезни после изолированного удаления варикозно-расширенных притоков / Е. И. Селиверстов, Е. А. Захарова, Е. С. Ан [и др.] // Флебология. — 2017. — Т. 11, № 1. — С. 10–16.
143. Факторы риска хронических заболеваний вен в республике Беларусь / В. А. Янушко, Д. В. Турлюк, И. П. Климчук [и др.] // Медицинские новости. — 2016. — № 7. — С. 75–78.
144. Хронические заболевания вен нижних конечностей снижают качество жизни и работоспособность молодых женщин с идиопатической артериальной гипотензией / О. А. Самсонова, В. М. Баев, Т. Ю. Агафонова, Р. Ш. Дусакова // Практическая медицина. — 2016. — № 3(95). — С. 104–107.
145. Хронические заболевания вен: особенности патогенеза и рациональные подходы к терапии / М. Л. Максимов, А. С. Ермолаева, А. А. Вознесенская, А. К. Стародубцев // Русский медицинский журнал. Медицинское обозрение. — 2018. — № 4. — С. 25–29.
146. Чен, В. И. Оптимизация выбора лечебной тактики при варикозной болезни вен нижних конечностей в амбулаторных условиях : автореф. дис. … канд. мед. наук : 14.01.17 / Чен Виталий Иванович. — Москва, 2011. — 24 с.
147. Черных, К. П. Динамика параметра качества жизни у пациентов после эндовазальной лазерной облитерации и комбинированной флебэктомии / К. П. Черных, К. Г. Кабачев, Н. Д. Мухиддинов // Здравоохранение Таджикистана. — 2019. — № 4. — С. 55–59.
148. Черняков, А. В. Современные принципы лечения пациентов с хроническими заболеваниями вен нижних конечностей / А. В. Черняков // РМЖ. — 2017. — Т. 25, № 8. — С. 543–547.
149. Чеснокова, Н. Н. Определение медико-социального портрета больного с диагнозом варикозная болезнь вен нижних конечностей / Н. Н. Чеснокова, С. В. Кононова // Современные тенденции развития науки и технологий. — 2016. — № 4–3. — С. 51–53.

150. Чуприна, С. Е. Профилактика тромбоэмболических осложнений у пациентов с геморрагическим инсультом / С. Е. Чуприна, Е. Ю. Шуленина // Тромбоз, гемостаз и реология. — 2017. — № 3 (71). — С. 57–59.

151. Шадрина, А. С. Молекулярные механизмы развития варикозной болезни нижних конечностей / А. С. Шадрина, И. А. Золотухин, М. Л. Филипенко // Флебология. — 2017. — Т. 11, № 2. — С. 71–75.

152. Шанаев, И. Н. Топографо-анатомические особенности наиболее значимых перфорантных вен нижних конечностей / И. Н. Шанаев // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. — 2018. — Т. 177, № 5. — С. 21–25.

153. Шевченко, Ю. Л. Лазерная хирургия варикозной болезни : монография / Ю. Л. Шевченко, Ю. М. Стойко, К. В. Мазайшвили. — Москва : Боргес, 2010. — 345 с.

154. Шиманко, А. И. Комплексное хирургическое лечение варикозной болезни в стационаре одного дня / А. И. Шиманко, М. Д. Дибиров, А. С. Волков // Флебология. — 2014. — Т. 2. — С. 57–60.

155. Широкова, И. А. Фармакоэпидемиологический анализ терапии рожистого воспаления в стационаре г. Саратова / И. А. Широкова, С. А. Бараева // Бюллетень медицинских интернет-конференций. — 2016. — Т. 6, № 5. — С. 928.

156. Эндовазальная лазерная облитерация несостоятельных перфорантных вен в комплексном лечении больных с венозными трофическими язвами / М. Д. Дибиров, А. И. Шиманко, А. С. Волков [и др.] //Инфекции в хирургии. — 2020. — Т. 18, № 1–2. — С. 43–46.

157. Эндовенозная лазерная коагуляция вены джиакомини в хирургическом лечении варикозной болезни нижних конечностей / В. А. Янушко, Н. А. Роговой, Д. В. Турлюк [и др.] // Новости хирургии. — 2017. — Т. 25, № 6. — С. 583–588.

158. Эпидемиология хронических заболеваний вен в республике Беларусь / В. А. Янушко, Д. В. Турлюк, И. П. Климчук [и др.] // Международные обзоры: клиническая практика и здоровье. — 2016. — № 5–6(23). — С. 6–15.

159. Эпидемиология хронических заболеваний вен в республике Беларусь / В. А. Янушко, Д. В. Турлюк, И. П. Климчук [и др.] //Медицинские новости. — 2016. — № 6. — С. 78–82.

160. Эффективность гирудотерапии как метода коррекции гемореологических нарушений при остеоартрозе / Д. Ю. Каримова, Р. Г. Мухина, А. Р. Абашев, Г. М. Каримова // Саратовский научно-медицинский журнал. — 2017. — Т. 13, № 4. — С. 913–918.

161. Эффекты компрессионной терапии при амбулаторном ведении пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей / Е. П. Бурлева, А. Д. Белова, Н. В. Супрунова, М. В. Эктова // Стационарозамещающие технологии: Амбулаторная хирургия. — 2017. — № 1–2. — С. 29–34.

162. Якушева, Н. В. Оценка состояния магистральных вен нижних конечностей по данным ультразвукового ангиосканирования / Н. В. Якушева, Д. В. Судаков // Центральный научный вестник. — 2018. — Т. 3, № 21(62). — С. 16–18.

163. Яровенко, Г. В. Рецидив варикозной болезни нижних конечностей / Г. В. Яровенко, А. В. Фесюн // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. — 2018. — Т. 11, № 3. — С. 183–185.

164. Ясенко, Д. М. Эндовазальная лазерная коагуляция — основной метод лечения варикозной болезни нижних конечностей / Д. М. Ясенко // Аллея науки. — 2019. — Т. 2, № 3(30). — С. 358–361.

165. Alimi, Y. S. Venous pump of the calf: a study of venous an d muscular pressures / Y. S. Alimi, P. Barthelemy, C. Juhan // J. Vase. Surg. — 1994. — Vol. 20, № 5. — P. 728–735.

166. Allen, K. B. Facile location of the saphenous vein during endoscopic vessel harvesting / K. B. Allen,C. J. Shaar // Ann. Thorac. Surg. — 2000. — Vol. 69, № 1. – P. 295–297.

167. Ambulatory surgery center market share and rates of outpatient surgery in the elderly / B. K. Hollenbeck, J. M. Hollingsworth, R. L. Dunn [et al.] // Surg. Innov. — 2010. — № 17(4). — P. 340–345.

168. Belacek, J. Sclerotherapy of varicosities of the lower extremities / J. Belacek, M. Petrasovic, M. Jr. Schnorrer // Skleroterapia varixov dolnyeh koncatin. // Rozhl Chir. — 1996. — № 75(2). — P. 73–75.

169. Belousova, O. V. Medico-social Profile of Patients / O. V. Belousova // A costeffectiveness analysis of surgery, endothermal ablation, ultrasound–guided foam sclerotherapy and compression stockings for symptomatic varicose veins / G. Marsden, M. Perry, A. Bradbury [et al.] // Eur J Vasc and Endovasc Surg. — 2015. — № 50(6). — P.794–801.

170. Bobrova, A. Structural background of the varicose vein development on lower limbs: results of pathological studies, hypotheses / A. Bobrova, V. Tereshchenko, V. Smorzhevsky // Вісник морфології. — 2017. — Т. 23, № 1. — С. 29–37.

171. Campbell, B. Which treatment would patients prefer for their varicoseveins? / B. Campbell, S. Dimson, D. Bickerton // Ann R Coll Surg Engl. — 1998. — № 80(6). — P. 447–449.

172. Comparison of leg compression stocking and oral horse-chestnut seed extract therapy in patients with chronic venous insufficiency / C. Diehm, H. J. Trampisch, S. Lange, C. Schmidt // Lancet. — 1996. — № 3. — P. 292–294.

173. Cost and effectiveness of laser with phebectomies compared with foam sclerotherapy in superficial venous insufficiency. Early results of a randomized controlled trial / C. R. Lattimer, M. Azzam, E. Kalodiki [et al.] // Eur J Vasc and Endovasc Surg. — 2012. — № 43(5). — P. 594–600.

174. Costa, M. J. The lived perioperative experience of ambulatory surgery patients / M. J. Costa // AORN J. — 2001. — № 74(6). — P. 874–881.

175. Criqui, M. H. Quality of life in patients with chronic venous disease: SanDiego population study / M. H. Criqui, R. M. Kaplan, J. O. Denenberg // Journal of Vascular Surgery. — 2003. — Vol. 37, № 5. — P. 1047–1053.

176. Dalsing, M. C. Maturation of the treatment of the refluxing great saphenous vein: the role of open surgery / M. C. Dalsing // International Angiology. — 2007. — Vol. 26, № 2. — P. 21–23.

177. De Roos, K. P. Muller's ambulatory phlebectomy for varicose veins of the foot [see comments] / K. P. De Roos, H. A. Neumann // Demiatoi Surg. — 1999. — № 25(3). — P. 257–259.

178. Dortu, J. A. Treatment of varicose veins of the lower limbs by ambulatory phlebectomy (Muller's method): technique, indications and results / J. A. Dortu, I. Constancias-Dortu // Ann. Chir. — 1997. — Vol. 51, № 7. — P. 761–772.

179. Duplex-derived evidence of reflux after varicose vein surgery: neoreflux or neovascularization? / E. P. Turton, D. J. Scott, S. P. Richards [et al.] // Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. — 1999. — Vol. 17, № 3. — P. 230–233.

180. Durability of reflux-elimination by a minimal invasive CHIVA procedure on patients with varicose veins. A 3–year prospective case study / J. M. Escribano, J. Juan, R. Bofill [et al.] // Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. — 2003. — Vol. 25, № 2. – P.159–163.

181. Eff ectiveness and safety of ultrasound guided foam sclerotherapy for recurrent varicose veins. Immediate results / S. K. Kakkos, D. G. Bountouroglou, M. Azzam [et al.] // J. Endovasc. Ther. — 2006. — № 13. — P. 357–364.

182. Endoscopic perforating vein surgery. Review of the literature and personal experience / F. D'Angelo, E. Callini, C. Zorzoli, L. Boccalon // Minerva Chir. — 2001. — Vol. 56, № 4. — P. 365–381.

183. Ermisch, E. Segmental sclerosing instead of stripping — an alternative in phlebosurgery / E. Ermisch, U. Kaserberg // Phlebology. — 1995. — Vol. 1 — P. 561–563.

184. Femoral venous reflux abolished by greater saphenous vein stripping / J. Walsh, J. Bergan, S. Beeman [et al.] // Ann. Vase. Surg. — 1994. — Vol. 8. — P. 566–570.

185. Goldhaber, S. Z. Venous thromboembolism prophilaxis in medical patients / S. Z. Goldhaber // Trombosis and haemostasis. — 2007. — № 2. — P. 899–901.

186. Grerogy, G. A. Out-patient anesthesia / G. A. Grerogy // Anesthesia. — 1981. — № 2. — P. 1323–1333.

187. Guidelines Italian College of Phlebology Revision 2013 // Int. Angiol. — 2013. — № 32(1). — P. 1–139.

188. Hach, W. Diagnostic de la maladie variqeuse de recidive postoperatiore par la phlebographie ascendante avec manoeuvre de Valsalva / W. Hach // Phlebologie. — 1982. — Vol. 35, № 2. — P. 493–496.

189. Hanzlick, J. Recurrent varicosity of the lesser saphenous vein. A 5-year follow-up / J. Hanzlick // Zentralbl. Chir. — 1999. — Vol. 124, № 1. — P. 42–47.

190. Implemntation of community based home INR monitoring program for management of warfarin therapy / O. Sochor, J. Blustin, D. Grill [et al.] // International Angiology.– 2012. — Vol. 3, № 3. — P. 131–132.

191. Jackson I. J. B. The British Association of Day Surgery Directory of Procedures / I. J. B. Jackson, D. McWhinnie, M. Skues // Amb. Surg. — 2010. — Vol. 16(4). — P. 87–89.

192. Janowski, K. Changes in the wall of the great saphenous vein at consecutive stages in patients suffering from chronic vein disease of the lower limbs / K. Janowski, M. Sopiński, M. Topol // Folia Morphol. (Warsz). — 2007. — Vol. 66, № 3. — P. 185–189.

193. Kalra, M. Subfascial endoscopic perforator vein surgery: who benefits? / M. Kalra, P. Gloviczki // Semin.Vasc. Surg. — 2002. — Vol. 15, № 1. — P. 39–49.

194. Kanter, A. Saphenofemoral incompetence treated by ultrasoundguided sclerotherapy / A. Kanter // Dermatol. Surg. — 1996. — Vol. 22(7). — P. 648–652.

195. Krysa, J. Evidence for a genetic role in varicose veins and chronic venous insufficiency / J. Krysa, G. T. Jones, A. M. van Rij // Phlebology. — 2012. — Vol. 27, № 7. — P.329–335.

196. Labropoulos, N. Study of the venous refluxprogression / N. Labropoulos, L. Leon, S. Kwon // Journal of Vascular Surgery. — 2005. — Vol. 41, № 2. — P. 291–295.

197. Mahmoud, A. Intimal changes in varicose veins: an ultrastructural study / A. Mahmoud, M. A. Wali, A. Refaat // Journal of Smooth Muscle Research. — 2002. — Vol. 38, № 3. — P. 63–67.

198. Management of chronic venous disorders of the lower limbs. Guidelines according to scientific evidence / A. Nicolaides, S. Kakkos, D. Eklof [et al.] // Int Angiol. — 2014. — Vol. 33(2). — P. 87–208.

199. McBride, K. D. Changing to endovenous treatment for varicose veins: how much more evidence is needed? / K. D. McBride // The Surgeon. — 2011.– № 9(3). — P. 150–159.

200. McHugh, S. M. What next after thermal ablation for varicose veins: Non-thermal ablation? / S. M. McHugh, A. L. Leahy // The Surgeon. — 2014. — Vol. 12(5). — P. 237–238.

201. Nelzen, O. Prospective study of safety, patient satisfaction and leg ulcer healing following saphenous and subfascial endoscopic perforator surgery / O. Nelzen // Br. J. Surg. — 2000. — № 87. — P. 86–91.

202. Neumann, H. A. Muller's ambulatory phlebectomy and compression / H. A. Neumann, K. P. De-Roos, J. C. Veraart // Dermatol. Surg. — 1998. — Vol. 24, № 4. — P. 471–474.

203. Nicolaides, A. N. Quan tification of venous reflux by mean s of duplex scann ing / A. N. Nicolaides // J. Vase. Surg. — 1990. — Vol. 10. — P. 670–675.

204. Nicoll, J. H. The Surgery of infancy / J. H. Nicoll // Br. Med. J. — 1909. — № 2. — P. 753–756.

205. Pannier F. Primary chronic venous disorders / F. Pannier, M. H. Meissner, P. Gloviczki // Journal of Vascular Surgery. — 2007. — Vol. 46. — P. 54–67.

206. Pascarella, L. Severe chronic venous insuffi ciency treated by foamed sclerosant / L. Pascarella, J. J. Bergan, L. V. Mekenas // Ann. Vasc. Surg. — 2006. — № 20(1). — P. 83–91.

207. Perrin, M. Pharmacological Treatment of Primary Chronic Venous Disease: Rationale, Results and Unanswered Questions. Eur / M. Perrin, A.-A. Ramelet // J. Vasc Endovasc Surg. — 2011. — № 41. — P. 117–125.

208. Pistorius, M. Chronic Venous Insufficiency / M. Pistorius // Angiology. — 2003. — Vol. 54, № 1. — P. 5–12.

209. Policy Brief / C. Castoro, L. Bertinato, U. Baccaglini [et al.]. — Day Surgery: Making it Happen. World Health Organization, 2007.

210. Prevalence of varicose veins and chronic venous insufficiency in men and women in the general population: Edinburgh Vein Study / C. J. Evans, F. G. Fowkes, C. V.

Ruckley, A. J. Lee // J. Epidemiol. Community Health. — 1999. — Vol. 53, № 3. — P. 149–153.

211. Puggioni, A. Superficial vein surgery and SEPS for chronic venous insufficiency / A. Puggioni, M. Kalra, P. Gloviczki // Semin. Vasc. Surg. — 2005. — Vol. 18, № 1. — P. 41–48.
212. Quality of life assessment in women with high risk of cardiologic and varicose vein diseases in postpartum period / V. V. Baranova, A. Yu., Limanskaya Yu. V. Davydova // Здоровье женщины. — 2017. — № 9 (125). — С. 17.
213. Randomized trial comparing cyanoacrylate embolization and radiofrequency ablation for incompetent great saphenous veins (VeClose) / N. Morrison, K. Gibson, S. McEnroe [et al.] // J. Vasc Surg. — 2015. — № 61(4). — P. 985–994.
214. Recurrent varices after surgery (REVAS), a consensus document / A. Kayssi, M. Pope, I. Vucemilo [et al.] // Cardiovascular Surgery. — 2000. — № 8(4). — P. 233–239.
215. Reflexions paratiques sur operation de Linton. A propos of 110 intervention / P. Tournigan, P. Piquvet, J. J. Albran [et al.] // Phlebologie. — 1988. — Vol. 41(4). — P. 877–883.
216. Sansilvestri-Morel, P. Synthesis of collagen is dysregulated in cultured fibroblasts derived from skin of subjects with varicose veins as it is in venous smooth muscle cells / P. Sansilvestri-Morel, A. Rupin, S. Jaisson // Circulation. — 2002. — Vol. 106, № 4. — P. 479–483.
217. Savolyuk, S. Endovenous radiofrequency obliteration in the treatment of varicose veins of the lower extremities / S. Savolyuk, M. I. Muz, V. A. Khodos // Хирургия Украины. — 2016. — № 1 (57). — С. 81–84.
218. Schoevaerdts, J. C. Programme for detecting chronic venous insufficiency in Belgium / J. C. Schoevaerdts, I. Staelens // Phlebology. — 2007. — Vol. 22, № 4. — P. 171–178.
219. Stripping operation with sclerotherapy for primary varicose veins due to greater saphenous vein reflux: three-year results / K. Miyazaki, M. D. Toshiya Nishibe, M. D. Fumihiro Sata [et al.] // World. J. Surg. — 2003. — Vol. 27, № 5. — P. 551–553.

220. Superficial vein valve repair with a new external valve support (EVS). The IMES (International Multicenter EVS Study) / L. Incandela, G. Belcaro, A. N. Nicolaides [et al.] // Angiology. — 2000. — Vol. 51, N 8. — Pt. 2. — P. 39–52.
221. The care of patients with varicose veins an associated chronic venous diseases: Clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum / P. Gloviczki, A. J. Comerota, M. C. Dalsing [et al.] // J. Vasc. Surg. — 2011. — P. 1–48.
222. The VCP Coordinators Epidemiology of chronic venous disorders in geographically diverse populations: results from the Vein Consult Program / E. Rabe, J-J. Guex, A. Puskas [et al.] // Int Angiol. — 2012. — № 31(2). — P. 105–115.
223. Treatment of primary varicoseveins: an assessment of the combination of high saphenous ligation and sclerotherapy / M. Ishikawa, N. Morimoto, T. Sasajima [et al.] // Surg Today. — 2008. — № 28(7). — P. 732–735.
224. Tseluyko, V. Y. The short-term prognosis and gender characteristics of clinical manifestationsof the pulmonary embolism / V. Y. Tseluyko, L. M. Yakovleva, S. M. Sukhova // Медицина неотложных состояний. — 2016. — № 6 (77). — P. 102–110.
225. Varicose veins and their management / S. Onida, T. R. A. Lane, A. H. Davies // Vasc Surgery (II). — 2013. — № 31(5). — P. 211–217.
226. Video-assisted saphenous vein harvest: the evolution of a new technique / W. D. Jordan, D. C. Voellinger, P. T. Schroeder, H. A. McDowell // J. Vasc. Surg. — 1997. — Vol. 26, № 3. — P. 405–412.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

ШКАЛА ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

[по Международной классификации хронических заболеваний вен нижних конечностей (система CEAP)]:

КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ:

Стадия 0 — отсутствие симптомов болезни вен при осмотре и пальпации

Стадия 1 — телеангиэктазии или ретикулярные вены

Стадия 2 — варикозно-расширенные вены

Стадия 3 — отек

Стадия 4 — кожные изменения, обусловленные заболеванием вен (пигментация, венозная экзема, липодерматосклероз)

Стадия 5 — Кожные изменения, указанные выше, и зажившая язва

Стадия 6 — Кожные изменения, указанные выше, и активная язва

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ:

EC — врожденное заболевание

EP — первичное с неизвестной причиной

ES — вторичное с известной причиной: посттромботическое, посттравматическое и другое

АНАТОМИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ:

Сегмент Поверхностные вены (AS)

1 — большая (длинная) подкожная вена (GSV)

телеангиэктазии / ретикулярные вены

2 — выше колена

3 — ниже колена

4 — малая (короткая) подкожная вена (LSV)

5 — немагистральная

Глубокие вены (AD)

6 — нижняя полая

7 — общая подвздошная

8 — внутренняя подвздошная

9 — наружная подвздошная

10 — тазовые (гонадные, широкой связки матки и другие)

11 — общая бедренная

12 — глубокая бедренной

13 — поверхностная бедренная

14 — подколенная

15 — вены голени (передние и задние большеберцовые, малоберцовые — все парные)

16 — мышечные (икроножные, стопы и другие)

Перфорантные вены (AP)

17 — бедра

18 — голени

ПАТОФИЗИЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ:

PR — рефлюкс

PO — обструкция

PR,O — рефлюкс + обструкция

КЛИНИЧЕСКАЯ ШКАЛА (ПОДСЧЕТ БАЛЛОВ):

Боль:

0 — отсутствие

1 — умеренная, не требующая приема обезболивающих средств

2 — сильная, требующая приема обезболивающих средств

Отек:

0 — отсутствие

1 — незначительный/умеренный

2 — выраженный

«Венозная хромота»:

0 — отсутствие

1 — легкая/умеренная

2 — сильная

Пигментация:

0 — отсутствие

1 — локализованная

2 — распространенная

Липодерматосклероз:

0 — отсутствие

1 — локализованный

2 — распространенный

Язва (размер самой большой):

0 — отсутствие

1 — меньше 2 см в диаметре

2 — больше 2 см в диаметре

Язва (длительность):

0 — отсутствие

1 — меньше 3 мес.

2 — больше 3 мес.

Язва (рецидивирование):

0 — отсутствие

1 — однократно

2 — многократно

Язва (количество):

0 — отсутствие

1 — единичная

2 — множественные

Приложение 2

ШКАЛА СНИЖЕНИЯ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

0 — бессимптомное течение

1 — наличие симптомов заболевания, больной трудоспособен и обходится без поддерживающих средств;

2 — больной может работать в течение 8 часов только при использовании поддерживающих средств;

3 — больной нетрудоспособен даже при использовании поддерживающих средств.

Приложение 3

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТА С ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

(CIVIQ-2 — Chronic Venous Insufficiency Questionnaire)

Этот опросник содержит жалобы, симптомы и ощущения, типичные для пациента с ХЗВ, которые могут беспокоить Вас в повседневной жизни в большей или меньшей степени. Пожалуйста, ответьте на соответствующие вопросы, касающиеся жалоб и симптомов заболевания, следующим образом: оцените наличие у Вас жалоб и симптомов, о которых идет речь в каждом из вопросов. Если описанные симптомы беспокоят Вас, то, пожалуйста, выберите один из вариантов ответа по каждому вопросу, отражающий степень дискомфорта, который Вы испытываете в связи с этим признаком. Пожалуйста, обведите в опроснике подходящий вариант ответа по каждому пункту.

1. В последние четыре недели испытывали ли Вы боль в области лодыжек и голеней, если да, то какой интенсивности? (Обведите соответствующую цифру)

Нет боли	Легкая боль	Умеренная боль	Сильная боль	Очень сильная боль
1	2	3	4	5

2. Насколько Ваши проблемы с ногами беспокоили / ограничивали Вас в работе или повседневной жизни в течение последних 4 недель? (Обведите соответствующую цифру)

Не беспокоили	Слегка беспокоили / ограничивали	Умеренно беспокоили / ограничивали	Очень беспокоили / ограничивали	Крайне беспокоили
1	2	3	4	5

3. Нарушался ли Ваш сон и как часто из-за проблем с ногами в течение последних 4 недель? (Обведите соответствующую цифру)

Нет	Редко	Довольно часто	Очень часто	Каждую ночь
1	2	3	4	5

4. В какой степени проблемы с ногами беспокоили Вас при выполнении действий, перечисленных ниже? (Обведите соответствующие цифры)

Действия	Не беспокоили	Беспокоили / ограничивали			
		слегка	умеренно	очень	крайне / невозможно выполнить
Долго стоять	1	2	3	4	5
Подниматься по лестнице	1	2	3	4	5
Низко нагибаться, становиться на колени	1	2	3	4	5
Быстро идти, ехать в транспорте, автомобиле	1	2	3	4	5
Выполнять работу по дому (готовить еду, держать ребенка на руках, гладить, мыть пол, чистить мебель, работать в саду)	1	2	3	4	5
Ходить по магазинам	1	2	3	4	5
Посещать театр, ходить в кино, в гости	1	2	3	4	5
Заниматься спортом (теннис, бадминтон)	1	2	3	4	5
Выдерживать значительные физические нагрузки (двигать мебель, носить тяжести)	1	2	3	4	5

5. Проблемы с ногами могут также влиять на душевное равновесие. В какой степени приведенные ниже фразы соответствуют тому, как Вы себя чувствовали последние четыре недели? (Обведите соответствующие цифры)

Фразы	Никогда	Очень редко	Иногда	Довольно часто	Почти всегда
Я взвинчен	1	2	3	4	5
Я быстро устаю	1	2	3	4	5
Я чувствую, что обременяю других	1	2	3	4	5
Я всегда должен предпринимать меры предосторожности (распрямлять и вытягивать ноги, избегать долгого стояния)	1	2	3	4	5
Я стесняюсь вида своих ног	1	2	3	4	5
Я чувствую себя несвободным	1	2	3	4	5
Мне трудно начинать двигаться по утрам	1	2	3	4	5
Я чувствую себя неудачником	1	2	3	4	5

Приложение 4

АНКЕТА

«Карта исследования медико-социальных характеристик пациентов с хронической венозной недостаточностью, их подготовленности к оперативному вмешательству, комплаентности и удовлетворенности оказанной помощью»

_____

Просим Вас принять участие в социологическом исследовании с целью разработки предложений по совершенствованию хирургической помощи. Решение об участии в этом исследовании должно быть принято Вами добровольно и не повлияет на Ваши отношения с врачом. Просим Вас последовательно отвечать на вопросы анкеты, указывая (подчеркивая) варианты, которые наиболее полно соответствуют вашему мнению.

1. Социальный статус. 1. Возраст: 1 — 18–29 лет; 30–39 лет; 40–49 лет; 50–59 лет. **2. Социально-профессиональный статус**: 1. пенсионер; 2. учащийся; 3. предприниматель; 4. руководитель, госслужащий; 5. преподаватель; 6. рабочий; 7. временно не работаете; 8. инвалид; 9. водитель. 3**. Уровень образования**: 1. низкий (среднее и ниже среднего); 2. средний (среднеспециальное); 3. высокий (высшее); 4. повышенный (имеете ученую степень); 4**. Место постоянного проживания**: 1. сельская местность; 2. городская окраина, районный центр; 3. центр города; **5. Ваше материальное положение**: 1 — трудное (уровень дохода на одного члена вашей семьи меньше прожиточного минимума); 2 — среднее (уровень дохода на одного члена вашей семьи примерно соответствует прожиточному минимуму); 3 — хорошее (уровень дохода на одного члена вашей семьи значительно превышает прожиточный минимум). **6. Жилищные условия:** 1. отличные; 2. удовлетворительные; 3. неудовлетворительные. **7. Ваше семейное положение**: 1. Не замужем; 2. В браке, имеются дети; 3. В браке, детей нет. 4. Сожительство. 5. Вдовы. 8 **Охарактеризуйте ваши взаимоотношения в семье**: 1. спокойные и доброжелательные; 2. спокойные и «холодные», 3. натянутые и конфликтные. 9. П**ричинами возникновения конфликтных ситуаций в вашей семье чаще являются**: 1. проблемы с детьми, 2. материальные проблемы, 3. бытовые проблемы; 4. отсутствие взаимопонимания между членами семьи, 5. неудовлетворенность в сексуальной жизни; 6. другие. **10. Тип вашей семьи**: 1. малая полная (без родственников), 2. большая полная (с родственниками), 3. неполная. 11**. Способствует ли семья**, отношения в ней сохранению вашего здоровья?: 1. способствует, 2. «частично», 3. нет.

2. Самооценка здоровья и образ жизни. 1. Оцените общее состояние своего здоровья: 1 — плохое, 2 — удовлетворительное, 3 — хорошее, 4 — отличное. **2. Какие хронические заболевания у Вас имеются** (впишите) _____. **3. Оцените уровень вашей медицинской активности:** 1. низкий (не обращаетесь своевременно за медицинской помощью, не выполняете назначения врача, не соблюдаете режим, способствующий сохранению здоровья), 2. средний (выполняете вышеуказанные мероприятия, но не в полном объеме), 3. вы-

сокий (выполняете вышеуказанные мероприятия, но не в полном объеме). 4. **Оцените уровень вашей физической активности**: 1. низкая (спортом не занимаетесь, утреннюю зарядку не делаете, двигательная активность менее 2 часов в день), 2. средняя (спортом не занимаетесь, делаете утреннюю зарядку, двигательная активность 2–5 часов в день), 3. высокая (занимаетесь спортом, делаете утреннюю зарядку, двигательная активность более 5 часов в день). **5. Какие привычки Вы имеете:** 1 — переедание (постоянно, редко), 2 — совмещение приема пищи и чтения (постоянно, редко), 3 — добавление соли в пищу (постоянно, редко), 4 — добавление пряностей в пищу (постоянно, редко), 5 — повышенное употребление сладостей (постоянно, редко), 6 — курение (постоянно, редко), 7 — прием алкоголя (постоянно, редко), 8 — использование токсических препаратов (постоянно, редко), 9 — прием на ночь снотворных препаратов. **6. Укажите, что для вас характерно из перечисленного**: 1 — нервно-психическое напряжение; 2 — нарушение сна; 3 — малоподвижная деятельность более пяти часов в день (включая работу сидя); 4 — длительное сидение, длительное стояние более трех часов в день; 5 — нерациональное питание; 6 — пристрастие к алкоголю; 7 — неблагоприятные для здоровья факторы на работе (воздействие пыли, повышенной температуры, повышенная влажность, загазованное помещение, шум, вибрация, физически тяжелая работа). **7. Если для вас характерны психотравмирующие обстоятельства, то с чем они связаны?** 1 — с работой, 2 — с обстановкой дома, 3 — и с тем и с другим. **8. Среди факторов, ограничивающих ваше внимание к здоровью, вы бы отметили**: 1 — загруженность делами на работе и дома, 2 — недостаток денег, 3 — низкая информированность о том, как правильно сохранять здоровье, 4 — недостаток воли.

3. Характеристика медицинской информационности: 1. Оцените уровень своей правовой информированности (информированность о своих правах и обязанностях, как пациента): 1. низкий (ничего не знаете), 2. средний (знаете отдельные свои права и обязанности, как пациента), 3. высокий (хорошо информированы о своих правах и обязанностях как пациента); **2. Оцените уровень своей организационной информированности (информированность о курорте, его структуре, врачах, организации лечения):** 1. низкий (ничего не знаете), 2. средний (имеете не полный объем необходимой Вам информации), 3. высокий (хорошо информированы, имеете полный объем необходимой Вам информации); **3. Оцените уровень своей информированности о применяемых в отношении Вас диагностических методах (информированность о признаках и методах диагностики):** 1. низкий (ничего не знаете о применяемых в отношении Вас диагностических методиках), 2. средний (имеете не полный объем необходимой Вам информации о применяемых в отношении вас диагностических методиках), 3. высокий (хорошо информированы, имеете полный объем необходимой Вам информации); **4. Оцените уровень своей информированности о применяемых в отношении вас методах лечения**: 1. низкий (ничего не знаете о применяемых в отношении Вас методиках лечения), 2. средний (имеете не полный объем необходимой Вам информации о применяемых в отношении

вас методиках лечения), 3. высокий (хорошо информированы, имеете полный объем необходимой Вам информации); **5. Оцените уровень своей информированности о профилактике заболеваний и их обострений** (в том числе, методах релаксации, методе самообследования, о методах предупреждения обострения вашего заболевания): 1. низкий (ничего не знаете), 2. средний (имеете не полный объем необходимой Вам информации), 3. высокий (хорошо информированы, имеете полный объем необходимой Вам информации).

4. Оцените уровень своей удовлетворенности оказанной хирургической помощью. **1. Результатами изменения качества жизни:** 1. Полностью удовлетворена, 2. Неудовлетворена**. 2. Косметическим эффектом:** 1. Полностью удовлетворена, 2. Неудовлетворена. **3. Взаимодействием с врачом до операции, его консультированием:** 1. Полностью удовлетворена. 2. Неудовлетворена. **4. Взаимодействием с врачом после операции, его консультированием и рекомендациями:** 1. Полностью удовлетворена. 2. Неудовлетворена. **5. Условиями оказания помощи вопросам обучения сохранению и укреплению здоровья, коррекции факторов риска:** 1. Полностью удовлетворена. 2. Неудовлетворена. **6. Результатом помощи:** 1. Полностью удовлетворена. 2. Неудовлетворена. **7. Медицинским информированием:** 1. Полностью удовлетворена. 2. Неудовлетворена.

5. Опишите преимущественный стиль взаимодействия врача с вами при оказании хирургической помощи: 1. Малоконтактный (анатомический) стиль — врач ограничивает общение с пациентом стандартными вопросами. **2. Биомедицинский стиль** — общение с пациентом ограничивается вопросами, связанными с заболеванием. **3. Биопсихосоциальный стиль** — в общении врач делает акцент на налаживание психологического контакта с пациентом, его мнению относительно помощи. **4. Пациент-ориентированный (партнерский) стиль** — врач рассматривает пациента как партнера, информируя и обсуждая с ним все этапы оказания помощи.

6. Результаты психологического тестирования.

Тест	Результаты оценки
Спилбергера (тревожности)	
УСК	
ЛОБИ	
Комплаентности	
Уровень стресса	

7. Оценка подготовленности пациентов по контрольным точкам

Параметры	Оценка в баллах					
	До лечения	На третий день	1 мес.	3 мес.	6 мес.	12 мес.
Информационная						
Клиническая						
Психологическая						

Приложение 5

Текст опросника ЛОБИ (отношения к болезни)

№ выбора	Предлагаемые выборы	Баллы для раскодирования
Самочувствие		
1	С тех пор, как я заболел, у меня почти всегда плохое самочувствие	Т
2	Я почти всегда чувствую себя бодрым и полным сил	З
3	Дурное самочувствие я стараюсь перебороть	Г
4	Плохое самочувствие я стараюсь не показывать другим	ПП
5	У меня почти всегда что-нибудь болит	И
6	Плохое самочувствие возникает у меня после огорчений	Н
7	Плохое самочувствие появляется у меня от ожидания неприятностей	Т
8	Я стараюсь терпеливо переносить боль и физические страдания	–
9	Мое самочувствие вполне удовлетворительно	
10	С тех пор, как я заболел, у меня бывает плохое самочувствие с приступами раздражительности и чувством тоски	ТН
11	Мое самочувствие очень зависит от того, как относятся ко мне окружающие	–
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	–
Настроение		
1	Как правило, настроение у меня очень хорошее	Ф
2	Из-за болезни я часто бываю нетерпеливым и раздражительным	ННТЯ
3	У меня настроение портится от ожидания возможных неприятностей, беспокойства за близких, неуверенности в будущем	ООС
4	Я не позволяю себе из-за болезни предаваться унынию и грусти	Г
5	Из-за болезни у меня почти всегда плохое настроение	ИЯ
6	Мое плохое настроение зависит от плохого самочувствия	ТН
7	У меня стало совершенно безразличное настроение	А
8	У меня бывают приступы мрачной раздражительности, во время которых достается окружающим	–
9	У меня не бывает уныния и грусти, но может быть ожесточение и гнев	–
10	Малейшие неприятности сильно задевают меня	П
11	Из-за болезни у меня всегда тревожное настроение	ТТО
12	Мое настроение обычно такое же, как у окружающих меня людей	–
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	–
Сон и пробуждение ото сна		
1	Проснувшись, я сразу заставляю себя встать	–
2	Утро для меня — самое тяжелое время суток	–

№ вы-бора	Предлагаемые выборы	Баллы для раскодиро-вания
3	Если меня что-то расстроит, я долго не могу уснуть	ТНО
4	Я плохо сплю ночью и чувствую сонливость днем	А
5	Я сплю мало, но встаю бодрым, сны вижу редко	
6	С утра я более активен и мне легче работать, чем вечером	–
7	У меня плохой и беспокойный сон и часто бывают тоскливые сновидения	
8	Бессонница у меня наступает периодически без особых причин	–
9	Я не могу спокойно спать если утром надо встать в определенный час	–
10	Утром я встаю бодрым и энергичным	
11	Я просыпаюсь с мыслью о том, что сегодня надо будет сделать	СС
12	По ночам у меня бывают приступы страха	О
13	С утра я чувствую потное безразличие ко всему	
14	Я могу свободно регулировать свой сон	
15	По ночам меня особенно преследуют мысли о моей болезни	О
16	Во сне мне видятся всякие болезни	
0	Ни одно из определении ко мне не подходит	–
Аппетит и отношение к еде		
1	Нередко я стесняюсь есть при посторонних людях	С
2	У меня хороший аппетит	ФП
3	У меня плохой аппетит	И
4	Я люблю сытно поесть	
5	Я ем с удовольствием и не люблю ограничивать себя в еде	З
6	Мне легко можно испортить аппетит	
7	Я боюсь испорченной пищи и всегда тщательно проверяю ее свежесть и доброкачественность	И
8	Еда меня интересует прежде всего как средство под держать здоровье	Р
9	Я стараюсь придерживаться диеты, которую сам разработал	И
10	Еда не доставляет мне никакого удовольствия	
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	–
Отношение к болезни		
1	Моя болезнь меня пугает	Т
2	Я так устал от болезни, что мне безразлично, что со мной будет	АА
3	Стараюсь не думать о своей болезни и жить беззаботной жизнью	ФФ
4	Моя болезнь больше всего угнетает меня тем, что люди стали сторониться меня	С
5	Без конца думаю о всех возможных осложнениях, связанных с болезнью	ОО
6	Я думаю что моя болезнь неизлечима и ничего хорошего меня не ждет	И

№ выбора	Предлагаемые выборы	Баллы для раскодирования
7	Считаю что моя болезнь запущена из за невнимания и неумения врачей	П
8	Считаю, что опасность моей болезни врачи преувеличивают	З
9	Стараюсь перебороть болезнь работать как прежде и даже еще больше	РР
10	Я чувствую, что моя болезнь гораздо тяжелее, чем это могут определить врачи	И
11	Я здоров, и болезни меня не беспокоят	З
12	Моя болезнь протекает совершенно необычно — не так как у других, и поэтому требует особого внимания	ЯЯ
13	Моя болезнь меня раздражает делает нетерпеливым, вспыльчивым	НН
14	Я знаю, по чьей вине я заболел, и не прощу этого никогда	П
15	Я всеми силами стараюсь не поддаваться болезни	Г
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	–
Отношение к лечению		
1	Избегаю всякого лечения — надеюсь, что организм сам переборет болезнь, если о ней поменьше думать	–
2	Меня пугают трудности и опасности, связанные с предстоящим лечением	—
3	Я был бы готов на самое мучительное и даже опасное лечение, только бы избавиться от болезни	–
4	Я не верю в успех лечения и считаю его напрасным	–
5	Я ищу новые способы лечения но, к сожалению во всех них постепенно разочаровываюсь	–
6	Считаю, что мне назначают много ненужных лекарств, процедур, меня уговаривают на никчемную операцию	
7	Всякие новые лекарства, процедуры и операции вызывают у меня бесконечные мысли об осложнениях и опасностях, с ними связанных	
8	От лечения мне становится только хуже	–
9	Лекарства и процедуры нередко оказывают на меня такое необычное действие, что это изумляет врачей	
10	Считаю, что среди применяющихся способов лечения есть настолько вредные, что их следовало бы запретить	П
11	Считаю, что меня лечат неправильно	П
12	Я ни в каком лечении не нуждаюсь	–
13	Мне надоело бесконечное лечение хочу только чтобы меня оставили в покое	–
14	Я избегаю говорить о лечении с другими людьми	Г
15	Меня раздражает и озлобляет, когда лечение не дает улучшения	–
0	Ни одно из определений ко мне не подходит (или ни одна из цифр не обведена)	ЗФР

№ выбора	Предлагаемые выборы	Баллы для раскодирования
Отношение к врачам и медперсоналу		
1	Главным во всяком медицинском работнике я считаю внимание к больному	Г
2	Я хотел бы лечиться у такого врача, у которою большая известность	И
3	Считаю, что заболел я больше всею по вине врачей	П
4	Мне кажется, что врачи мало что понимают в моей болезни и только делают вид, что лечат	–
5	Мне все равно, кто и как меня лечит	
6	Я часто беспокоюсь о том, что не сказал врачу что то важное, что может повлиять на успех лечения	
7	Врачи и медперсонал нередко вызывают меня не приязнь	–
8	Я обращаюсь то к одному, то к другому врачу, так как не уверен в успехе лечения	Я
9	С большим уважением я отношусь к медицинской профессии	Г
10	Я не раз убеждался, что врачи и медперсонал не внимательны и недобросовестно выполняют свои обязанности	НП
11	Я бываю нетерпеливым и раздражительным с врачами и персоналом и потом сожалею об этом	–
12	Я здоров и в помощи врачей не нуждаюсь	
13	Считаю, что врачи и персонал на меня попусту тратят время	–
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	–
Отношение к родным и близким		
1	Я настолько поглощен мыслями о моей болезни, что дела близких меня перестали волновать	–
2	Я стараюсь родным и близким не показывать виду, как я болен, чтобы не омрачать им настроения	СР
3	Близкие напрасно хотят сделать из меня тяжелобольного	–
4	Меня одолевают мысли, что из за моей болезни моих близких ждут трудности и невзгоды	-
5	Мои родные не хотят понять тяжести моей болезни и не сочувствуют моим страданиям	И
6	Близкие не считаются с моей болезнью и хотят жить в свое удовольствие	–
7	Я стесняюсь своей болезни даже перед близкими	Я
8	Из за болезни потерялся всякий интерес к делам и волнениям близких и родных	
9	Из-за болезни я стал в тягость близким	
10	Здоровый вид и беззаботная жизнь близких вызывают у меня неприязнь	–
11	Я считаю, что заболел из за моих родных	

№ выбора	Предлагаемые выборы	Баллы для раскодирования
12	Я стараюсь поменьше доставлять тягот и забот моим близким из за моей болезни	ГРР
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	–
Отношение к работе (учебе)		
1	Болезнь делает меня никуда не годным работником (неспособным учиться)	А
2	Я боюсь, что из за болезни я лишусь хорошей работы (придется уйти из хорошего учебного заведения)	
3	Моя работа (учеба) стала для меня совершенно без различной	–
4	Из за болезни мне стало не до работы (не до учебы)	–
5	Все время беспокоюсь, что из за болезни могу допустить оплошность на работе (не справиться с учебой)	С
6	Считаю, что болезнь моя из за того, что работа (учеба) причинили вред моему здоровью	
7	На работе (по месту учебы) совершенно не считаются с моей болезнью и даже придираются ко мне	0
8	Не считаю, что болезнь может помешать моей работе (учебе)	Ф
9	Я стараюсь, чтобы на работе (по месту учебы) по меньше бы знали и говорили о моей болезни	Р
10	Я считаю, что, несмотря на болезнь, надо продолжать работу (учебу)	РР
11	Болезнь сделала меня на работе (учебе) неусидчивым и нетерпеливым	
12	На работе (за учебой) я стараюсь забыть о своей болезни	–
13	Все удивляются и восхищаются тем, что я успешно работаю (учусь), несмотря на болезнь	–
14	Мое здоровье не мешает мне работать (учиться) там, где я хочу	–
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	–
Отношение к окружающим		
1	Мне теперь все равно, кто меня окружает и кто около меня	–
2	Мне хочется только, чтобы окружающие оставили меня в покое	–
3	Когда я заболел, все обо мне забыли	–
4	Здоровый вид и жизнерадостность окружающих вызывают у меня раздражение	
5	Я стараюсь, чтобы окружающие не замечали моей болезни	
6	Мое здоровье не мешает мне общаться с окружающими, сколько мне хочется	ЗЗ
7	Мне бы хотелось, чтобы окружающие испытали на себе, как тяжело болеть	–
8	Мне кажется, что окружающие сторонятся меня из за моей болезни	

№ выбора	Предлагаемые выборы	Баллы для раскодирования
9	Окружающие не понимают моей болезни и моих страданий	Я
10	Моя болезнь и то, как я ее переношу, удивляют и поражают окружающих	–
11	С окружающими я стараюсь не говорить о моей болезни	–
12	Мое окружение довело меня до болезни, и я этого не прощу	–
13	Среди окружающих я теперь вижу, как много людей страдает от болезней	
14	Общение с людьми мне теперь стало быстро надоедать и даже раздражает меня	И
15	Моя болезнь не мешает мне иметь друзей	Г
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	–
Отношение к одиночеству		
1	Предпочитаю одиночество, потому что одному мне становится лучше	АС
2	Я чувствую, что болезнь обрекает меня на полное одиночество	
3	В одиночестве я стараюсь найти какую-нибудь интересную и нужную работу	–
4	В одиночестве меня начинают особенно преследовать нерадостные мысли о болезни, осложнениях, предстоящих страданиях	
5	Часто, оставшись наедине, я скорее успокаиваюсь: люди меня стали сильно раздражать	НЯ
6	Стесняясь болезни, я стараюсь отдалиться от людей, а в одиночестве скучаю по людям	-
7	Избегаю одиночества, чтобы не думать о своей болезни	-
8	Мне стало все равно: что быть среди людей, что оставаться в одиночестве	–
9	Желание побыть одному зависит у меня от обстоятельств и настроения	ГФ
10	Я боюсь оставаться в одиночестве из-за опасений, связанных с болезнью	СЯ
0	Ни одно из определений ко мне не подходит (или ни одна из цифр не обведена)	Ф
Отношение к будущему		
1	Болезнь делает мое будущее печальным и унылым	АА
2	Мое здоровье не дает пока никаких оснований беспокоиться за будущее	ЗФ
3	Я всегда надеюсь на счастливое будущее, даже в самых отчаянных положениях	–
4	Не считаю, что болезнь может существенно отразиться на моем будущем	ЗЗ

Приложение 6

ТЕКСТ ОПРОСНИКА «УРОВЕНЬ СУБЪЕКТИВНОГО КОНТРОЛЯ»

Внимательно прочитайте каждое из утверждений, приведенных ниже и отметьте на бланке ответов:

- -3 — не согласен полностью
- -2 — не согласен частично
- -1 — скорее не согласен, чем согласен
- +1 — скорее согласен, чем не согласен
- +2 — согласен частично
- +3 — согласен полностью

- Продвижение по службе больше зависит от удачного обстоятельства, чем от способностей и усилий человека.
- Большинство разводов происходит оттого, что люди не захотели приспособиться друг к другу.
- Болезнь — дело случая; если уж суждено заболеть, то ничего не поделаешь.
- Люди оказываются одинокими из-за того, что сами не проявляют интереса и дружелюбия к окружающим.
- Осуществление моих желаний часто зависит от везения.
- Бесполезно предпринимать усилия для того, чтобы завоевать симпатию других людей.
- Внешние обстоятельства — родители и благосостояние — влияют на семейное счастье не меньше, чем отношения супругов.
- Я часто чувствую, что мало влияю на то, что происходит со мной.
- Как правило, руководство оказывается более эффективным, когда полностью контролируются действия подчиненных, а не полагаются на их самостоятельность.
- Мои отметки и школе чаще зависели от случайных обстоятельств (например, от настроения учителя), чем от моих собственных усилий.
- Когда я строю планы, то я, в общем, верю, что смогу осуществить их.
- То, что многим людям кажется удачей или везением, на самом деле является результатом долгих целенаправленных усилий.
- Думаю, что правильный образ жизни может больше помочь здоровью, чем врачи и лекарства.
- Если люди не подходят друг другу, то, как бы они ни старались, наладить семейную жизнь они все равно не смогут.
- То хорошее, что я делаю, обычно бывает по достоинству оценено другими.
- Дети вырастают такими, какими их воспитывают родители.
- Думаю, что случаи или судьба не играют важной роли в моей жизни.
- Я стараюсь не планировать далеко вперед, потому что многое зависит от того, как сложатся обстоятельства.

- Мои отметки в школе больше всего зависели от моих усилий и степени подготовленности.
- В семенных конфликтах я чаще чувствую вину за собой, чем за противоположной стороной.
- Жизнь большинства людей зависит от стечения обстоятельств.
- Я предпочитаю такое руководство, при котором можно самостоятельно определять, что и как делать.
- Думаю, что мой образ жизни ни в коей мере не является причиной моей болезни или болезней.
- Как правило, именно неудачное стечение обстоятельств мешает людям добиться успеха в своем деле.
- В конце концов, за плохое управление организацией ответственны сами люди, которые в ней работают.
- Я часто думаю, что ничего не могу изменить в сложившихся отношениях в семье.
- Если я очень захочу, то смогу расположить к себе почти любого.
- На подрастающее поколение влияет так много разных обстоятельств, что усилия родителей по воспитанию детей часто оказываются бесполезными.
- То, что со мной случается, — это дело моих собственных рук.
- Трудно бывает понять, почему руководители поступают так, а не иначе.
- Человек, который не смог добиться успеха в своей работе, скорее всего не проявил достаточно усилий.
- Чаще всего я могу добиться от членов моей семьи того, что я хочу.
- В неприятностях и неудачах, которые были в моей жизни, чаще всего были виноваты другие люди, чем я сам.
- Ребенка всегда можно уберечь от простуды, если за ним следить и правильно его одевать.
- В сложных обстоятельствах я предпочитаю подождать, пока проблемы разрешатся сами собой.
- Успех является результатом упорной работы и мало зависит от случая или везения.
- Я чувствую, что от меня больше, чем от кого бы то ни было, зависит счастье моей семьи.
- Мне всегда трудно было понять, почему я нравлюсь одним людям и не нравлюсь другим.
- Я всегда предпочитаю принять решение и действовать самостоятельно, а не надеяться на помощь других людей или на судьбу.
- К сожалению, заслуги человека остаются непризнанными, несмотря на все его старания.
- В семейной жизни бывают такие ситуации, которые невозможно разрешить даже при самом сильном желании.
- Способные люди, не сумевшие реализовать свои возможности, должны винить в этом только самих себя.
- Многие мои успехи были возможны только благодаря помощи других людей.
- Большинство неудач в моей жизни произошло от неумения, незнания или лени и мало зависело от везения или невезения

Приложение 7

ШКАЛА СИТУАТИВНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ

Инструкция: Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните цифру в соответствующей графе справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете в данный момент. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных и неправильных ответов нет.

Суждения

№пп	Суждение	Никогда	Почти никогда	Часто	Почти всегда
1	Я спокоен	1	2	3	4
2	Мне ничто не угрожает	1	2	3	4
3	Я нахожусь в напряжении	1	2	3	4
4	Я внутренне скован	1	2	3	4
5	Я чувствую себя свободно	1	2	3	4
6	Я расстроен	1	2	3	4
7	Меня волнуют возможные неудачи	1	2	3	4
8	Я ощущаю душевный покой	1	2	3	4
9	Я встревожен	1	2	3	4
10	Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения	1	2	3	4
11	Я уверен в себе	1	2	3	4
12	Я нервничаю	1	2	3	4
13	Я не нахожу себе места	1	2	3	4
14	Я взвинчен	1	2	3	4
15	Я не чувствую скованности, напряжения	1	2	3	4
16	Я доволен	1	2	3	4
17	Я озабочен	1	2	3	4
18	Я слишком возбужден и мне не по себе	1	2	3	4
19	Мне радостно	1	2	3	4
20	Мне приятно	1	2	3	4

Приложение 8

ШКАЛА ЛИЧНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ

Инструкция. Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните цифру в соответствующей графе справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете обычно. Над вопросами долго не думайте, поскольку правильных или неправильных ответов нет.

Суждения

№пп	Суждение	Никогда	Почти никогда	Часто	Почти всегда
1	У меня бывает приподнятое настроение	1	2	3	4
2	Я бываю раздражительным	1	2	3	4
3	Я легко расстраиваюсь	1	2	3	4
4	Я хотел бы быть таким же удачливым, как и другие	1	2	3	4
5	Я сильно переживаю неприятности и долго не могу о них забыть	1	2	3	4
6	Я чувствую прилив сил и желание работать	1	2	3	4
7	Я спокоен, хладнокровен и собран	1	2	3	4
8	Меня тревожат возможные трудности	1	2	3	4
9	Я слишком переживаю из-за пустяков	1	2	3	4
10	Я бываю вполне счастлив	1	2	3	4
11	Я все принимаю близко к сердцу	1	2	3	4
12	Мне не хватает уверенности в себе	1	2	3	4
13	Я чувствую себя беззащитным	1	2	3	4
14	Я стараюсь избегать критических ситуаций и трудностей	1	2	3	4
15	У меня бывает хандра	1	2	3	4
16	Я бываю доволен	1	2	3	4
17	Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня	1	2	3	4
18	Бывает, что я чувствую себя неудачником	1	2	3	4
19	Я уравновешенный человек	1	2	3	4
20	Меня охватывает беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах	1	2	3	4

Приложение 9

КАРТА «КОМПЛАЕНТНОСТЬ ПАЦИЕНТОК ПРИ ОКАЗАНИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ»

Оцените себя, свои ощущения по 5-балльной шкале: 1 балл — очень низкий уровень; 2 балл — низкий уровень; 3 балла — ближе к среднему (удовлетворительный); 4 — хороший уровень; 5 отличный, высокий.

1. Отношение к помощи, уверенность в ее успешности, приверженность учреждению:

1. Уверенность в исцеление и значительное улучшение состояния **1 2 3 4 5**

2. Желание четко и в полном объеме выполнять рекомендации врача **1 2 3 4 5**

3. Удовлетворенность тем, что доверил свое здоровье специалистам данного учреждения **1 2 3 4 5**

4. Желание рекомендовать данное учреждение, как лучшее, своим друзьям и родственникам **1 2 3 4 5**

2. Отношение (ценность) к собственному здоровью:

1. Приоритет здоровья над другими ценностями **1 2 3 4 5**

2. Приоритет выполнения здоровьеохранительных мероприятий над социальными и профессиональными потребностями, запросами, обязанностями **1 2 3 4 5**

3. Приоритет сохранения здоровья над искушением нарушить имеющиеся медицинские запреты **1 2 3 4 5**

3. Уровень стресса:

1. Уровень беспокойства по поводу успешности лечения **1 2 3 4 5**

2. Уровень беспокойства по поводу компетентности медицинского персонала **1 2 3 4 5**

3. Уровень беспокойства из-за недостатка финансовых средств для продолжения лечения и обследования **1 2 3 4 5**

4. Отношение семьи:

1. Оцените уровень информированности членов вашей семьи по вопросам связанным с вашим заболеванием и факторах, влияющих на его прогрессирование и развитие осложнений: **1 2 3 4 5**

2. Как относятся к получаемому вами лечению Ваша семья: **1 2 3 4 5**

3. Отношение семьи к данному учреждению здравоохранения: **1 2 3 4 5**

5. **Трудовая (профессиональная) адаптация:**

1. Уверенность, что коллеги по работе доброжелательно отнесутся к особенностям профессиональной адаптации после операции: **1 2 3 4 5**

2. Уверенность, что после операции производительность и качества труда, успешность трудовой деятельности не снизится, а повысится: **1 2 3 4 5**

3. Уверенность, что условия и характер жизни и деятельности в семье, среди друзей и общественных групп не нарушит положительный результат операции: **1 2 3 4 5**

6. Социальная адаптация:

1. Уверенность, что после операции улучшится качества жизни, появится возможность больше уделять внимание любимым делам, помогать близким, жить полноценной жизнью: **1 2 3 4 5**

2. Уровень беспокойства из-за возможности каких-то ограничений в поведении, связанных с рекомендациями врача: **1 2 3 4 5**

3. Уровень беспокойства в отношении безопасности и надежности применяемых методов диагностики и лечения: **1 2 3 4 5**

Критерии общей оценки: диапазон оценок — 90–85 — высокий, 84–75 — средний; 74 балла и ниже — низкий уровень комплаентности.

Общая оценка в динамике:

Параметры	Оценка в баллах					
	До лечения	3-й день	1 мес.	3 мес.	6 мес.	12 мес.
1. Отношение к помощи						
2. Отношение к здоровью						
3. Отношение к стрессовой ситуации						
4. Отношение семьи						
5. Отношение к трудовой адаптации						
6. Отношение к социальной адаптации						

Приложение 9А

Сводная карта регистрации результатов психологического тестирования

Тест	Результаты оценки
Тест личной тревожности	
Тест ситуационной тревожности	
УСК	
ЛОБИ	
Комплаентности	

Подпись психолога, проводившего тестирование_____

Приложение 10

МЕТОДИКА КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ОЦЕНКИ ПОДГОТОВЛЕННОСТИ ПАЦИЕНТОК К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Компоненты подготовленности	Методика оценки	
	уровни оценки /баллы	оптимальная оценка
Информационная подготовленность. **Источник информации:** опрос пациента по анкете; бланк информированного добровольного согласия		
правовая	низкий — 1 балл; средний — 2 балла; высокий — 3 балла	высокий — 3 балла
организационная	низкий — 1 балл; средний — 2 балла; высокий — 3 балла	высокий — 3 балла
диагностическая	низкий — 1 балл; средний — 2 балла; высокий — 3 балла	высокий — 3 балла
лечебная	низкий — 1 балл; средний — 2 балла; высокий — 3 балла	высокий — 3 балла
профилактическая	низкий — 1 балл; средний — 2 балла; высокий — 3 балла	высокий — 3 балла
Итого баллов	диапазон: 15–11 — высокий уровень; 10–7 — средний; 6 и ниже — низкий	
Клиническая подготовленность. **Источник информации:** клинические рекомендации**,** карта экспертной оценки		
Объем клинического обследования (сбор анамнестических данных о пациенте, показаний и противопоказаний к операции, осмотр)	менее 50 % от должного — 1 балл; 50–75 % — 2 балла; 76 % и выше — 3 балла	76 % и выше — 3 балла
Объем инструментального обследования (по КР)	менее 50 % от должного — 1 балл; 50–75 % — 2 балла; 76 % и выше — 3 балла	76 % и выше — 3 балла
Объем лабораторного обследования (по КР)	менее 50 % от должного — 1 балл; 50–75% — 2 балла; 76% и выше — 3 балла	76 % и выше — 3 балла
Объем использования дополнительных методов обследования (консультации других специалистов, дифференциальная диагностика) (по КР)	менее 50 % от должного — 1 балл; 50–75 % — 2 балла; 76 % и выше — 3 балла	76 % и выше — 3 балла
Адекватность поставленной цели лечения и тактики лечения	неполная и неадекватная — 1 балл; имеются отдельные неточности — 2 балла; полностью адекватная и полная — 3 балла	полностью адекватная и полная — 3 балла
Итого баллов	диапазон: 15–11 — высокий уровень; 10–7 — средний; 6 и ниже — низкий	

Компоненты подготовленности	Методика оценки	
	уровни оценки /баллы	оптимальная оценка
Психологическая подготовленность **Источник информации:** результаты психологического тестирования по батарее тестов, заключение психолога (в очном или заочном (на сайте организации, в личном кабинете пациента) формате)		
Тест личной тревожности Спилбергера — 20 вопросов	оптимальный уровень (низкая тревожность) — 3 балла; ближе к неоптимальному (промежуточные значения) — 2 балла; неоптимальный (высокая тревожность) — 1 балл	оптимальный уровень (низкая тревожность) — 3 балла
Тест ситуационной тревожности Спилбергера — 40 вопросов	оптимальный уровень (низкая тревожность) — 3 балла; ближе к неоптимальному (промежуточные значения) — 2 балла; неоптимальный (высокая тревожность) — 1 балл	оптимальный уровень (низкая тревожность) — 3 балла
Тест УСК-уровень субъективного контроля: характер ответственности за события (экстернальный, интернальный) (44 вопроса)	оптимальный уровень (интернальный тип) — 3 балла; ближе к неоптимальному (промежуточные значения) — 2 балла; неоптимальный (экстернальный тип) — 1 балл	оптимальный уровень (интернальный тип) — 3 балла
Тест ЛОБИ — отношение к болезни и лечению (12 наборов утверждений)	оптимальный уровень (тип отношения к болезни — гармоничный) — 3 балла; ближе к неоптимальному (промежуточные значения) — 2 балла; неоптимальный (другие типы отношений к болезни) — 1 балл	оптимальный уровень (гармоничный тип) — 3 балла
Тест комплаентности — 18 вопросов	оптимальный уровень (высокий) — 3 балла; ближе к неоптимальному (промежуточные значения) — 2 балла; неоптимальный (низкий) — 1 балл	оптимальный уровень (высокий) — 3 балла
Итого баллов	диапазон: 15–11 — высокий уровень; 10–7 — средний; 6 и ниже — низкий	
Итоговая оценка подготовленности	Iipod = Infp + Clp + Psp/45 × 100%, где Infp+ — оценка в баллах информационной подготовленности, Clp — клинический, Psp — психологический, 45 — оптимальная оценка в баллах. Интерпретация оценки: менее 75 % — низкая подготовленность; 76–99 % — недостаточная подготовленность; 100 % — оптимальный уровень подготовленности	

Приложение 11

КАРТА ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ОРГАНИЗАЦИИ И ОКАЗАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

№ карты пациента_____

Сроки лечения_____

Шифр диагноза_____

1. Оценка качества организации хирургической помощи

Организационные процессы	Число дефектов
1. Процесс «сбора информации, диагностики и мотивации пациентки к успешному лечению через медицинское информирование»	
2. Процесс «планирование помощи, прогноз результативности, оценка рисков»	
3. Процесс «организация и выполнение хирургического вмешательства»	
4. Процесс «анализа результативности»	

2. Оценка качества и объемов помощи

Критерии оценки (согласно клиническим рекомендациям)	Объем	Качество
Диагностика		
Проведение основных (обязательных) диагностических обследований на амбулаторном уровне (УЗАС; коагулограмма, протромбиновое время, фибриноген, тромбиновое время, АЧТВ, МНО, гематокрит ОАК; группа крови, резус фактор; ЭКГ; ФГДС; Б/х (мочевина, креатинин, глюкоза, АЛТ, АСТ, общий билирубин, прямой билирубин, общий белок); ОАМ; флюорография грудной клетки; ИФА на гепатит В, С; ИФА на ВИЧ; реакция Вассермана).	1. Выполнен в полном объеме. 2. Частично. 3. Не выполнен. Причина невыполнения	1. Нет нарушений. 2. Имеются незначительные нарушения. 3. Имеются грубые нарушения
Проведение дополнительных диагностических обследований на амбулаторном уровне (при наличии трофических изменений кожи бактериальный посев отделяемого на чувствительность к антибиотикотерапии)	1. Выполнен в полном объеме. 2. Частично. 3. Не выполнен. Причина невыполнения	1. Нет нарушений. 2. Имеются незначительные нарушения. 3. Имеются грубые нарушения
Описание достоверных признаков заболевания в зависимости от степени тяжести процесса (сбор жалоб, анамнеза, проведение общего осмотра, пальпации)	1. Выполнен в полном объеме. 2. Частично. 3. Не выполнен. Причина невыполнения	1. Нет нарушений. 2. Имеются незначительные нарушения. 3. Имеются грубые нарушения
Инструментальные исследования (УЗАС, Флебография (МРА, КТА) сосудов)	1. Выполнен в полном объеме. 2. Частично. 3. Не выполнен. Причина невыполнения	1. Нет нарушений. 2. Имеются незначительные нарушения. 3. Имеются грубые нарушения

Критерии оценки (согласно клиническим рекомендациям)	Объем	Качество
Консультация узких специалистов при наличии показаний	1. Выполнен в полном объеме. 2. Частично. 3. Не выполнен. Причина невыполнения	1. Нет нарушений. 2. Имеются незначительные нарушения. 3. Имеются грубые нарушения
Проведение дифференциальной диагностики	1. Выполнен в полном объеме. 2. Частично. 3. Не выполнен. Причина невыполнения	1. Нет нарушений. 2. Имеются незначительные нарушения. 3. Имеются грубые нарушения
Лечение		
Определение цели лечения:	1. Выполнен в полном объеме. 2. Частично. 3. Не выполнен. Причина невыполнения	1. Нет нарушений. 2. Имеются незначительные нарушения. 3. Имеются грубые нарушения
Определение тактики лечения:	1. Выполнен в полном объеме. 2. Частично. 3. Не выполнен. Причина невыполнения	1. Нет нарушений. 2. Имеются незначительные нарушения. 3. Имеются грубые нарушения
Немедикаментозное лечение: (режим, диета, компрессионная терапия)	1. Выполнен в полном объеме. 2. Частично. 3. Не выполнен. Причина невыполнения	1. Нет нарушений. 2. Имеются незначительные нарушения. 3. Имеются грубые нарушения
Медикаментозное лечение:	1. Выполнен в полном объеме. 2. Частично. 3. Не выполнен. Причина невыполнения	1. Нет нарушений. 2. Имеются незначительные нарушения. 3. Имеются грубые нарушения
Физиотерапия.	1. Выполнен в полном объеме. 2. Частично. 3. Не выполнен. Причина невыполнения	1. Нет нарушений. 2. Имеются незначительные нарушения. 3. Имеются грубые нарушения
Хирургическое вмешательство	1. Выполнен в полном объеме. 2. Частично. 3. Не выполнен. Причина невыполнения	1. Нет нарушений. 2. Имеются незначительные нарушения. 3. Имеются грубые нарушения
(определение показаний и противопоказаний к операции; оценка эффективности	1. Выполнен в полном объеме. 2. Частично. 3. Не выполнен. Причина невыполнения	1. Нет нарушений. 2. Имеются незначительные нарушения. 3. Имеются грубые нарушения

3. Частота дефектов оказания хирургической помощи

Вид дефекта	Количество
Дефекты качества диагностики	
в т. ч. непроведение или неадекватная оценка основных и дополнительных методов обследования	
жалоб и данных анамнеза пациентки	
Дефекты оперативного лечения	
в т. ч. неадекватность цели лечения	
неадекватность выбора вида и технологии оперативного лечения	
неадекватное определение показаний к операции	
недооценка противопоказаний к операции	
Дефекты послеоперационного наблюдения	
в т. ч. отсутствие или неадекватность рекомендаций	
нарушение сроков осмотров	
неадекватность выбранной тактики поддерживающего лечения	

Приложение 12

МОДЕЛЬ КОНЕЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В УСЛОВИЯХ ЧАСТНОЙ КЛИНИКИ

Критерии оценки	Значимость в баллах (ЗнБ)	Нормативное значение (НЗ)	Достигнутое значение (ДР)	Достигнутое значение в баллах (ДПБ)
Процент увеличения числа пациентов	**+10**	100		
Процент увеличения числа диагностических услуг	**+10**	100		
Процент увеличения числа консультативных услуг	**+10**	100		
Процент увеличения числа лечебных услуг (оперативных вмешательств)	**+10**	100		
Процент прироста валовой выручки	**+10**	100		
Объем выполнения договорных отношений	**+10**	100		
Процент пациентов удовлетворенных оказанными услугами	**+10**	100		
Процент повторных обращений пациентов в клинику как постоянных клиентов	**+10**	100		
Процент положительных результатов оперативного вмешательства	**+10**	100		
Процент летальных исходов	**-20 за каждый случай**	0		
Число обоснованных жалоб на низкое качество помощи	**-20 за каждый случай**	0		
Итог	**+90**			

Для расчета КДР необходимо произвести следующие действия: 1. Вычислить достигнутый результат показателя в относительных единицах (ДР). 2. Вычислить коэффициент соответствия (КС) достигнутого результата нормативному по формуле: а) КС = ДР/НЗ (при знаке +) б) КС = НЗ/ПД (при знаке -). 3. Вычисление достигнутого показателя в баллах по формуле: ДПБ = КС × ЗнБ. 4. Сумма достигнутых показателей в баллах (ДПБ), умноженная на соответствующие коэффициенты значимости за вычетом штрафных баллов и деленная на 100, дает значение коэффициента достижения результата: КДР = (ДПБ1 × $ЗнБ_1$ + ДПБ2 × $ЗнБ_2$ + …. + ДПБn × ЗнБn — ШБ)/100. При значении КДР менее 0,7 — низкая результативность.

Приложение 13

КАРТА ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Параметры результативности	Оценка в % от запланированного
Выраженность клинических симптомов	1. менее чем на 49 % 2. 50–69 % 3. 70–89 % 4. 90–99 % 5. 100 %
Выраженность патологических венозных рефлюксов	1. менее чем на 49 % 2. 50–69 % 3. 70–89 % 4. 90–99 % 5. 100 %
Качество жизни	1. менее чем на 49 % 2. 50–69 % 3. 70–89 % 4. 90–99 % 5. 100 %
Удовлетворенность помощью	1. менее чем на 49 % 2. 50–69 % 3. 70–89 % 4. 90–99 % 5. 100 %
Итоговая оценка	