ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ» МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ № 6»**

**(ГБПОУ ДЗМ «МК № 6»)**

# ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

# Сестринский уход за пациентами при осложненном течении варикозной болезни вен нижних конечностей

Специальность: 34.02.01 Сестринское дело

Форма обучения: очная

Студентка:

Курс IV

Группа

Руководитель:

ФИО _____

подпись

**Москва**
**2021**

# ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ....3
ГЛАВА 1.ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ....6
1.1 Краткая анатомия и физиология венозной системы нижних конечностей. .6
1.2 Этиология и патогенез....8
1.3 Классификация и клиническая картина....10
1.4 Принципы диагностики и лечения....14
1.5 Осложнения....19
1.6 Профилактика....22
1.7 Деятельность медицинской сестры в профилактике осложнений при варикозной болезни нижних конечностей....24
ГЛАВА 2.РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ....28
2.1 Организация исследования....28
2.2 Проведение исследования....29
2.3 Анализ и сравнение результатов исследования....34
Выводы....36
ЗАКЛЮЧЕНИЕ....38
ПРИЛОЖЕНИЕ А....43
ПРИЛОЖЕНИЕ Б....44
ПРИЛОЖЕНИЕ В....45
ПРИЛОЖЕНИЕ Г....46

# ВВЕДЕНИЕ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) включила варикозное расширение вен нижних конечностей в список болезней цивилизации. Основанием для такой оценки заболевания явился тот факт, что большинство людей, страдающих этим недугом, живет в городах и в экономически развитых странах. Кроме того, их число все время увеличивается. Согласно результатам, различных медицинских статистических исследований, в развитых странах заболевания венозной системы нижних конечностей выявляются больше чем у 80% населения, а значит, каждый четвертый человек на Земле страдает от варикозной болезни. У 15% больных развиваются трофические нарушения. Двусторонний характер поражения отмечается у 50-70% пациентов с варикозным расширением вен нижних конечностей. Особенностью последнего времени стало омоложение болезни. Если раньше болезнь встречалась в основном у лиц старшей возрастной группы (старше 50 лет), то в настоящее время у 10-15% школьников в возрасте 12-13 лет выявляются первые признаки венозных проблем.

В России варикозным расширением вен нижних конечностей страдают 20% мужчин и 40% женщин, из которых у 15% имеются трофические расстройства. Ежегодно количество людей, болеющих варикозным расширением вен нижних конечностей, увеличивается на 2,5%. Причем, это увеличение происходит за счет тяжелых форм заболевания. Варикозное расширение вен нижних конечностей – явление достаточно распространенное. На основании проведения исследования по Москве в 2016 году, выяснено, что хронические заболевания с поражением вен области нижних конечностей актуально для 50% мужчин и для 67% женщин. Еще одной особенностью российской динамики заболеваний варикозным расширением вен нижних конечностей является увеличение больных среди молодежи и даже среди подростков. Заболеваемость варикозным расширением вен нижних конечностейу школьников 12-16 лет составляет 21,7%.[5]

Если заболевание обнаружено, то необходимо сразу же приступать к лечению, сама по себе болезнь не пройдет. Вовремя начатое лечение избавит в дальнейшем от хирургического вмешательства, а оно может потребоваться, если варикозное расширение вен нижних конечностей будет слишком запущено. Болезнь приносит не только косметологический недостаток, но и при развитии осложнений может стать причиной инвалидизации и даже привести к летальному исходу.

**Актуальность**

Сестринский уход за пациентами при осложненном течении варикозной болезни вен нижних конечностей направлен на предотвращение развития инвалидизации пациентов с варикозным расширением вен нижних конечностей. А также высокой распространённостью заболевания определяется важность и актуальность сестринского ухода при данном заболевании.

**Цель исследования:** изучить особенности деятельности медицинской сестры при осуществлении сестринского ухода за пациентами при осложненном течении варикозной болезни вен нижних конечностей.

**Объект исследования**: сестринский уход при осложненном течении варикозной болезни вен нижних конечностей.

**Предмет исследования**: особенности сестринского ухода за пациентами при осложненном течении варикозной болезни вен нижних конечностей.

**Задачи исследования:**

1. Проанализировать научно-методическую и специальную литературу по данной теме и рассмотреть современные методы диагностики и лечения варикозной болезни.

2. Рассмотреть особенности сестринского ухода за пациентами при осложненном течении варикозной болезни вен нижних конечностей.

3. Определить степень эффективности и сравнить методы профилактики осложнений при варикозной болезни нижних конечностей.

4. Разработать памятку для пациентов по профилактике осложнений при варикозной болезни нижних конечностей.

**Методы исследования:**

1. анализ научной литературы;
2. анализ статистических данных;
3. сравнение, обобщение.

**Практическая значимость исследования***:* результаты исследований могут быть использованы в учебном процессе в качестве информации для обучающихся и преподавателей медицинских колледжей.

**Структура** выпускной квалификационной работы обусловлена целью и задачами исследования, логикой изложения материала и состоит из введения, двух глав, заключения, списка использованной литературы и приложений.

# ГЛАВА 1.ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

## 1.1 Краткая анатомия и физиология венозной системы нижних конечностей

Расположение вен нижних конечностей (ВНК) в организме наиболее удалено от сердца, что влияет на их функциональность и анатомическое строение. Они испытывают наибольшую нагрузку, и чаще других подвергаются патологическим изменениям. Если сравнить анатомию вен нижних конечностей со строением кровеносной сети в других частях тела, окажется, что для них характерно большее количество анастомозов и клапанов и почти полное отсутствие мышечной ткани в медиальном слое. Эти особенности далеко не единственное, почему группе сосудов нижних конечностей уделяется особенно пристальное внимание [9].

На венах ног лежит непростая задача – не имея сократительной способности, они должны доставлять массу крови от самых отдаленных частей тела к сердцу. Именно это и предопределило строение сети, разделенной на поверхностные и глубокие сосуды, соединенные сетью перфорантных протоков.

Их стенки состоят из трех слоев:

1. Интима – внутренний слой из эндотелия, отделенный от среднего слоя тонкой мембраной.
2. Медиальный слой – средняя «прослойка» трубки, представленная эластичными волокнами и небольшой долей мышечных волокон. Именно этот слой придает им прочность и способность к растяжению.
3. Наружный слой, состоящий из соединительной ткани, граничащей с мембраной, отделяющей кровеносные трубки от мышечных тканей.

Несмотря на то, что в нижних конечностях отводящая сеть представлена трубками разного диаметра (от 1,5 до 11 мм), анатомия вен практически одинакова. Разница состоит лишь в толщине каждого слоя и количестве

клапанов. Например, вены голени имеют больше клапанов, но их диаметр в 2 раза меньше, чем у большой подкожной вены.

Поверхностные сосуды помимо давления крови испытывают значительную нагрузку из-за внешних воздействий, поэтому толщина среднего слоя у них значительно больше, чем у глубоко пролегающих трубок. Например, стенки большой подкожной вены в 1,3 раза толще и прочнее, чем у глубокой.

Основными функциями ВНК являются:

1. Обеспечение бесперебойного оттока крови, в которой растворены углекислый газ и продукты жизнедеятельности тканей, располагающихся в поле их досягаемости.
2. Доставка к тканям гормонов, органических соединений (ферментов, аминокислот, белков), витаминов и микроэлементов, поступающих из кишечника.
3. Регуляция общего давления крови.

Именно разнообразие возлагаемых на ВНК задач стало причиной пристального внимания к состоянию сосудов. Любое отклонение в их функциональности может нанести непоправимый вред здоровью.

Поверхностные ВНК отвечают за отведение крови от пальцев и плюсневой части стопы, поэтому локализация поверхностных вен нижних конечностей ограничена стопой и голеностопом. В перечень кровеносных ПВНК, расположенных по верхней (передней) части ноги входят:

1. тыльные пальцевые сосуды;
2. тыльная дуга стопы;
3. медиальная краевая трубка;
4. латеральная краевая трубка.

С одной стороны поверхностные ВНК граничат с венулами пальцев на ногах и стоп, а с другой соединяются с большой и малой подкожными протоками.

С нижней стороны стопы поверхностная сеть представлена подошвенными пальцевыми протоками, впадающими в подошвенную дугу.

Далее сосуды соединяются с медиальной и латеральной подошвенными трубками, которые впадают в заднюю большеберцовую.

Диаметр этой группы кровеносных протоков составляет от 1,5 до 3 мм. Из-за небольшой протяженности в них меньше клапанов, но стенки достаточно плотные и эластичные за счет большого количества ретикулярных и коллагеновых волокон и спирально расположенных мышечных клеток.

Поверхностные ВНК хорошо просматриваются под тонкой кожей стоп, которая практически лишена подкожной клетчатки. Они выглядят как синеватые дорожки, и при сильной нагрузке на ноги могут набухать и становиться выпуклыми.

Локализация глубоких вен нижних конечностей (ГВНК) – толща мышц по всей протяженности голеней и бедер. К числу ГВНК относятся:

1. бедренная;
2. передняя большеберцовая;
3. задняя большеберцовая;
4. малоберцовая;
5. подколенная[7].

Варикозное расширение вен сопровождает человечество с момента его появления. Упоминания об этой болезни можно найти в Ветхом Завете. Это подтверждают и раскопки захоронения Mastaba в Египте (1595-1580 гг. до н. э.), где была найдена мумия с признаками варикозно-расширенных вен и следами венозной язвы голени[13].

## 1.2 Этиология и патогенез

Варикозная болезнь нижних конечностей – это полиэтиологичное заболевание, которое развивается из-за механических, нейроэндокринных, наследственных факторов. Причиной может выступать клапанная недостаточность, артериовенулярный анастомоз[15].

Этиология варикозного расширения вен часто связана с тем, что затрудняется отток крови в нижних конечностях при высоком венозном давлении во время вертикального положения. Такие нарушения часто можно наблюдать у грузчиков, хирургов, продавцов.

В том числе врачи в своих монографиях по патофизиологии отмечают, что виной может стать врожденная и приобретенная клапанная недостаточность кровеносных сосудов. Патогенез варикозной болезни вен нижних конечностей связывают со снижением тонуса венозных стенок при нарушенном гормональном балансе. Подобное состояние обычно выявляется у беременных женщин, изменения возможны в период менопаузы или при половом созревании.

Существует и наследственная теория, согласно которой болезнь передается генетическим путем от ближайших родственников.

У здоровых людей нарушения не наблюдаются, но при заражении инфекцией, интоксикации организма, резком повышении брюшного давления, развития иного недуга заболевание активизируется[19].

Кровь активно поступает в кровеносные сосуды, и вены на ногах начинают расширяться. В результате патогенетический фактор становится причиной появления вторичной клапанной недостаточности.

При венозной гипертензии расширяются вены, посткапилляры, капилляры. Так как раскрываются артериовенозные анастомозы, кислород не может полноценно поступать в ткани, в результате развивается гипоксия.

Проницаемость вен повышается, из-за чего плазма и кровяные элементы поступают в ткани. В артериях происходит уменьшение концентрации альбуминов и увеличение количества крупнодисперсных фракций глобулинов. Это приводит к слипанию кровяных клеток и значительному ухудшению микроциркуляции крови.

В то же время разрастается соединительная ткань в подкожной клетчатке, что становится причиной гиалиноза и склероза стенок мелких кровеносных сосудов. Происходит распад эритроцитов, гемоглобин преобразуется в

гемосидерин, что вызывает появление на кожных покровах темно-коричневого оттенка.

При атеросклерозе и отеке соединительных тканей наблюдается сдавливание функционирующих капилляров, что дополнительно провоцирует снижение интенсивности капиллярного кровообращения.

Из-за нарушения обмена веществ на ногах развиваются трофические язвы, экземы, рожистые воспаления, тромбофлебит[11].

## 1.3 Классификация и клиническая картина

В настоящее время существует несколько классификаций, включающих клинические, этиологические, анатомические и патофизиологические признаки.

На Совещании экспертов, состоявшемся в июне 2000 г в Москве, были приняты «Стандарты диагностики и лечения варикозной болезни нижних конечностей». Исходя из этих стандартов, в нашей стране на сегодняшний день действует следующая классификация, имеющая ярко выраженную тактическую направленность[4].

Формы варикозной болезни:

1. внутрикожный и сегментарный варикоз без патологического вено-венозного сброса;
2. сегментарный варикоз с рефлюксом по поверхностным и/или перфорантным венам;
3. распространенный варикоз с рефлюксом по поверхностным и перфорантным венам;
4. варикозное расширение при наличии рефлюкса по глубоким венам.

На основе этой классификации можно четко определить лечебно-диагностическую тактику у каждого конкретного больного, что, несомненно, является огромным подспорьем в лечебной работе и позволяет оптимизировать и стандартизировать подходы к ведению подобных пациентов. При этом необходимо отметить, что четвертая форма варикозной болезни (с рефлюксом

по глубоким венам) встречается не так часто, как это предполагалось ранее. Роль этого рефлюкса в патогенезе варикозной болезни многими авторами считается преувеличенной, а методы хирургической коррекции (экстравазальные спирали и т.д.) не совсем оправдали возлагавшихся на них надежд[17].

Классификация ХВН, предложенная Савельевым В.С. и соавторами (2001), пользуется наибольшей популярностью:

0-я степень – симптомы отсутствуют;

1-я степень – синдром «тяжелых ног», преходящий отек;

2-я степень – стойкий отек, гипер - или гипопигментация, липодерматосклероз, экзема;

3-я стадия – венозная трофическая язва (открытая или зажившая).

На Совещании было принято решение о введении в отечественную практику Международной классификации варикозной болезни – CEAP (C – clinic, E – etiology, A – anatomy, P – pathophysiology):

Ст. 0 Отсутствие симптомов заболевания при осмотре и пальпации, но при опросе выявляются жалобы на тяжесть в ногах, и обувь становится тесной к вечеру.

Ст. 1 Телеангиоэктазии и/или ретикулярные вены.

Ст. 2 Варикозно-расширенные вены.

Ст. 3 Отеки нижних конечностей к вечеру.

Ст. 4 Кожные трофические изменения (пигментация, венозная экзема, индурация).

Ст. 5 Кожные изменения прогрессируют вокруг рубцов от заживших венозных язв.

Ст. 6 Кожные изменения вокруг открытой венозной язвы.

Для каждой стадии варикозной болезни характерны специфические изменения нижних конечностей.

Однако CEAP классификация большинством хирургов признается довольно громоздкой и не совсем удобной в рутинном применении, особенно в

амбулаторной практике. Ее использование в большей степени оправдано в клинических исследованиях и другой научной деятельности, когда есть необходимость провести анализ большого массива данных на крупной выборке популяции больных.

Основные клинические симптомы варикозной болезни следующие:

тяжесть в ногах;

1. быстрая их утомляемость;
2. появление «сосудистых звездочек» (расширенных капилляров);
3. чувство распирания в икроножных мышцах;
4. жжение, болезненность в нижних конечностях;
5. периодические, позже – постоянные отеки стоп, голеней;
6. ночные судороги в икроножных мышцах;
7. видимые расширенные вены;
8. причудливо извивающиеся сосуды, просвечивающие сквозь кожу, венозные узлы;
9. острая или ноющая боль в ногах;
10. общая синюшность кожи нижних конечностей;
11. пигментные пятна и др.[8].

Выраженность симптомокомплекса больше в вечернее время, после физических нагрузок, в жаркую погоду. Если отечность и изменение окраски кожных покровов наблюдаются постоянно, это свидетельствует о развитии ХВН.

При отсутствии лечения на поздних стадиях варикоза появляются признаки разрастания рубцовой ткани в подкожном жировом слое – липодерматосклероза и венозной язвы[6].

При сборе анамнеза следует обратить внимание на то, что варикозная болезнь развивается медленно, проявляется незаметными симптомами и поначалу не беспокоит больного, однако при сборе анамнеза у большинства больных удается выяснить, что к вечеру появляется тяжесть в ногах, обувь становится тесной из-за мало заметных отеков в области стопыинижней трети

голени. Особенно это чувствуют женщины, использующие обувь с высокими каблуками. Возникает синдром «тяжелых ног». Наиболее рано эти проявления чувствуют женщины, страдающие избыточным весом или плоскостопием и длительно находящиеся в вертикальном малоподвижном состоянии.

Эти симптомы легко спутать с проявлениями остеохондропатии позвоночника, при которой возникает синдром «беспокойных ног», чаще проявляющийся ночью, в то время как при синдроме «тяжелых ног» ночью ноги не беспокоят. Часто встречаются и сочетанные формы.

Варикозное расширение вен – основной симптом болезни, проявляется сначала усилением венозного рисунка за счет ретикулярных вен и сосудистых звездочек (телеангиоэктазии), а затем, и выраженного расширения, носящего характер косметического дефекта. Именно эти проявления чаще всего и приводят пациенток к врачу. Подобные проявления чаще всего развиваются у женщин в период беременности и родов, и постепенно прогрессируют в виде повышения утомляемости в ногах, появления отеков к вечеру, чувства распирания, жжения, боли по ходу вен, иногда – ночных судорог в икроножных мышцах.

В развитии варикозной болезни нижних конечностей выделяют 4 стадии:

1-я стадия (компенсация). Присутствуют небольшие косметические дефекты (сосудистые звездочки), жалобы отсутствуют.

2-я стадия. Появляются извитые расширенные вены, небольшая отечность лодыжек, легкие ночные боли.

3-я стадия (субкомпенсация). Наблюдаются отчетность, ночные судороги в икрах, быстрая утомляемость ног, чувство распирания мышц, пигментация кожи.

4-я стадия (декомпенсация). Сильные отеки стоп, лодыжек, резкое увеличение ширины вен, острая боль, зуд, выраженные судороги. Часто появляются признаки тромбофлебита, венозных язв.

## 1.4 Принципы диагностики и лечения

Осмотр больного проводится в вертикальном положении. Фиксируется венозный рисунок и анатомические отделы, где локализуются варикозно расширенные вены, характер варикозных узлов, состояние их стенок.

При пальпации определяется плотность стенок узлов и стволов вен, наличие уплотнений и участков болезненности. Исследуется симптом кашлевого толчка: в вертикальном положении указательный и средний палец руки прикладывается на исследуемой сегмент вены, и исследователь просит больного кашлять.

Если в этот момент исследователь ощущает толчок, значит выше точки прижатия вены венозные клапаны несостоятельны и имеется вертикальный рефлюкс[20].

В положении больного на спине с поднятой вертикально ногой необходимо фиксировать спадаемость вен с целью выявления беспрепятственного оттока крови из конечности. В таком же положении пальпация по ходу большой и малой подкожных вен может выявить отверстия в фасции, через которые проходят несостоятельные перфорантные вены.

Функциональные пробы, применяемые раньше для диагностики проходимости глубоких вен, состоятельности перфорантных вен и степени венозной гипертензии имеют в настоящее время лишь исторический интерес.

Основные вопросы диагностики, такие как наличие вертикального и горизонтального рефлюкса, наличие и степень венозной гипертензии, состояние клапанного аппарата магистральных и перфорантных вен, причины их дисфункции в настоящее время с высокой степенью достоверности решают высокоинформативные инструментальные методы обследования.

Ультразвуковая допплерография (УЗДГ) позволяет оценить функциональное состояние венозной системы. Допплеросоноскопия определяет венозный кровоток шумом, синхронизированным с дыханием и похожим на

морской прибой: при выдохе он усиливается, а при вдохе постепенно затихает. Этим методом легко определить рефлюкс в подкожных венах.

Наиболее информативным в настоящее время является ультразвуковое ангиосканирование с цветным картированием кровотока (триплексное сканирование).

Метод позволяет достоверно определить анатомо-морфологические изменения венозного русла и выбрать адекватный метод лечения варикозной болезни, определить показания к операции, оптимальный объем оперативного вмешательства, возможность использования тех или иных технических средств и методов во время операции, оценить состояние стенок и клапанов поверхностных и глубоких вен, их проходимость, функциональное состояние с помощью пробы Вальсальвы (натуживания при вдохе), протяженность рефлюкса, состояние и функцию перфорантных вен.

Эту болезнь пытались лечить Гиппократ, Авиценна, Гален.

Ф. Тренделенбург, считая, что причиной варикозного расширения вен является рефлюкс в сафено - феморальном соустье, в 1880 г предложил перевязывать в этом месте большую подкожную вену. Примерно в это же время А.А. Троянов предложил почти такое же вмешательство в России.

С данного времени перевязка большой подкожной вены у места ее впадения в бедренную называется их именем. На Западе эта процедура называется кроссэктомией. Она в настоящее время применяется, в том числе в хирургическом лечении восходящего тромбофлебита или тромбоза большой подкожной вены.

В 1908 г W.W. Babcock предложил удалять большую подкожную вену на металлическом зонде, не делая больших разрезов, что значительно снижало травматичность и повышало косметическую эффективность операции.

Основные принципы хирургического лечения варикозной болезни были определены в 1910 г на X съезде российских хирургов.

Следующий этап развития методов лечения хронических заболеваний вен нижних конечностей был обусловлен разработкой и внедрением в практику рентгенологических методов диагностики.

В 1924 г С.А. Рейнберг, введя в варикозные узлы 20% раствор бромида стронция, произвел первую в России флебографию.

Дальнейшее развитие флебографии прочно связано и с именами российских ученых: А.Н. Филатова, А.Н. Бакулева, Н.И. Краковского, Р.П. Аскерханова, А.Н. Веденского, В.С. Савельева.

Ультразвуковое ангиосканирование с цветовым картированием потоков крови и допплерографией дало возможность оценить венозную гемодинамику, изучить структуру венозной стенки, состояние клапанов глубоких, поверхностных и перфорантных вен, сделало возможным диагностику рефлюкса крови, его степень, наличие внутрисосудистого тромбоза, его протяженность и динамику развития. Этот метод позволил производить локальные целенаправленные вмешательства на различных отделах венозной системы с целью коррекции венозного кровотока.

Склеротерапия, как метод внутрисосудистого воздействия химических веществ, появилась после изобретения шприца Чарльзом Правецом (Charles-Gabriel Pravaz) в 1851 г.

Правец для получения асептического флебита вводил полуторохлористое железо. Другие врачи – хлоралгидрат, карболовую кислоту, йодтанниновый раствор, растворы соды.

В 1998-1999 гг. появились первые сообщения C. Boné о клиническом внутрисосудистом применении диодного лазера (810 нм) для лечения хронических заболеваний вен[18].

Лечение варикозной болезни начинается с нулевой стадии. Лечебные мероприятия любого характера должны быть направлены на восстановление или улучшение оттока крови, профилактику осложнений ХВН, улучшение качества жизни больных.

Основные принципы консервативного лечения зависят от степени ХВН: при 0 степени применяется эластическая компрессия (лечебный трикотаж 1-2 класса), 1-ой степени – эластическая компрессия (лечебный трикотаж 1-2 класса) с эпизодическими курсами монофармакотерапии, 2-ой степени – эластическая компрессия (лечебный трикотаж 2 класса с повторными курсами монофармакотерапии, физиотерапии и санаторно-курортного лечения, 3-ой и 4-ой степени – эластическая компрессия (лечебный трикотаж 2-3 класса) с непрерывной комбинированной фармакотерапией, местным лечением и физиотерапией.

Вначале развития заболевания применяется медикаментозная терапия в основном следующими лекарственными средствами:

1. Венотонизирующие таблетки, капсулы, капли с целью восстановления эластичности вен, улучшения трофики тканей и микроциркуляции крови: детралекс, венорутон, аскорутин, эндотелон, гливенол, трибенол, вазобрал, эскузан, анавенол;
2. Венотоники в виде мазей и кремов: троксевазин, лиотон 1000 гель, эссавен, венитан;
3. Антикоагулянты для предотвращения тромбообразования: гепарин, гирудин, фениндион, аспирин. Параллельно применяются гепариновая мазь, лиотон 1000 гель;
4. Антиагреганты: персантин, тромбонил;
5. При развитии венозных язв назначают ангинин, предуктал, пентоксифиллин.

При появлении зуда и для потенцирования других средств рекомендуют короткие курсы антигистаминных препаратов. Рекомендуется системное применение энзимов.

Вышеперечисленные препараты используются и в качестве дополнительных мер борьбы с прогрессированием и развитием осложнений на любой его стадии[2].

Компрессионная терапия начинается в ранних стадиях заболевания и продолжается практически всю жизнь. Она является фундаментальным как для профилактики самого заболевания, так и его осложнений. Ускоряя венозный кровоток по глубоким венам, снижая патологическую венозную емкость, устраняя или уменьшая венозный рефлюкс, увеличивая резорбцию жидкости из интерстициального пространства в венозном отделе микроциркуляции, увеличивая фибринолитическую активность крови за счет повышения выработки тканевого активатора – плазминогена, эластическая компрессия действует на многие звенья патогенеза хронической венозной недостаточности.

Компрессионная терапия осуществляется эластическими бинтами, эластическим медицинским трикотажем и пневмокомпрессией, которая относится к физиотерапевтическим процедурам, проводится курсами и имеет свои противопоказания[10].

Эластические бинты в связи с малой косметичностью применяются в основном в процессе операции, послеоперационном периоде и при наличии трофических расстройств и венозных язв. В остальных случаях с успехом применяется эластический медицинский трикотаж (гольфы, чулки, колготки). Обладая косметичностью и эстетичностью, он практически решил проблему профилактики варикозной болезни и лечения неосложненных ее форм.

Склеротерапия, как самостоятельное средство инвазивного лечения, применяется в 1-ой стадии заболевания. Склеротерапия притоков магистральных вен проводится склерозантами различной концентрации в зависимости от диаметра вены.

Для удаления варикозно расширенных вен успешно применяется минифлебэктомия[12].

Автором минифлебэктомии считается швейцарский дерматолог Роберт Мюллер. Он начал амбулаторные минифлебэктомии еще в 1956 г, а в 1966 г опубликовал технику их проведения. Минифлебэктомия пришла на смену методике удаления варикозно расширенных притоков магистральных вен по Нарату.

Золотым стандартом лечения варикозной болезни остается хирургический метод, основы которого были заложены в конце XIX и в начале XX столетия Трояновым,Тренделенбургом, Бебкокком, Линтоном и другими учеными [1].

В основе его лежит комбинированная флебэктомия – ликвидация вертикального и горизонтального рефлюкса путем удаления варикозно измененных вен на специальном зонде (стрипинг) и диссекция (пересечение и перевязка) перфорантных вен, которая может выполняться и эндоскопически.

Особенностью любого инвазивного способа лечения варикозной болезни является необходимость возможно ранней активизации больного в условиях компрессии для профилактики тромботических осложнений.

## 1.5 Осложнения

Наиболее часто встречающиеся осложнения варикозной болезни: кровотечение, тромбофлебит, венозная язва.

Травма пораженных вен приводит к сильнейшему кровотечению, требующему скорой помощи для остановки кровотечения.

Тромбофлебит глубоких и поверхностных вен является опасным осложнением варикозной болезни, который может привести к тромбоэмболии легочной артерии и ее ветвей.

Тяжелым течением тромбозов вен нижних конечностей отличаются флегмазии, возникающие вследствие тотального тромбоза всей венозной системы конечности. Различают 2 вида флегмазий: белую и синюю.

Белая флегмазия возникает при сохранившемся оттоке венозной крови из конечности через висцеральные вены таза. По некоторым клиническим проявлениям она похожа на артериальную эмболию: сильная ишемическая боль из-за мощного артериального спазма, бледность кожных покровов, отсутствие пульсации на периферических сосудах, но, в отличие от артериальной эмболии, конечность отечная, влажная, теплая. Ошибки в диагностике этой формы

заболевания приводят к неоправданному вмешательству на артериальной системе и усугубляют течение процесса[3].

Синяя флегмазия возникает вследствие полной блокады венозного оттока из конечности. При этом конечность приобретает темно-синий цвет, покрыта фликтенами, резко отечна, выражена интоксикация. Процесс быстро переходит на промежность. Это единственный вид венозной недостаточности, который приводит к гангрене и требует ампутации.

Тромб, располагающийся в поверхностных венах, чаще всего при тромбофлебите большой подкожной вены, может вызвать эмболию, если он доходит до средней трети бедра. Клинически это можно установить по уровню воспалительных изменений в виде уплотнения, болезненности и гиперемии по ходу вены. Это место прикрепления тромба к стенкам вены. Уточняется диагноз при ультразвуковом дуплексном сканировании.

Самая опасная часть тромба – флотирующая верхушка его. Если верхушка флотирующего тромба лоцируется в средней трети бедра, необходима экстренная госпитализация и перевязка большой подкожной вены у места впадения в бедренную – кроссэктомия.

В остальных случаях больные лечатся консервативно: эластическая компрессия, противовоспалительные нестероидные препараты, местно компрессы с гепариновой мазью, электрофорез с протеолитическими ферментами.

Больной должен ходить. По стихании воспалительных явлений показана комбинированная флебэктомия.

При тромбозе глубоких вен основным симптомом является отек, который носит дистальный характер: верхний его уровень ниже уровня тромбоза. Болезненность определяется при поколачивании по пятке и при тыльном сгибании стопы.

Если тромбоз на уровне голени, болезненность определяется при сжатии икроножных мышц или сдавлении пневмоманжетой (симптом Хоманса). Диагноз подтверждается ультразвуковым ангиосканированием.

Если имеется восходящий тромбоз или имеются признаки тромбоза мелких ветвей легочной артерии (инфарктной пневмонии – трехугольная кортикальная тень в легком, кровохаркание, выпот в плевре, шум трения плевры), показана установка кавафильтра[16].

При эмболии основного ствола легочной артерии, для которого характерны цианоз верхней половины грудной клетки, нарушения дыхания и сердечной деятельности вплоть до полной остановки сердца, требуется экстренное удаление тромба из легочной артерии. Летальность при оперативном способе лечения составляет 50%.

Внастоящее время отдается предпочтение тромболитической терапии. Для этой цели используют активаторы эндогенного фибринолиза – препараты стрептокиназы, урокиназу, тканевой активатор плазминогена. При этом способе лечения летальность удалось снизить до 19%. Лечение проводится на фоне гепаринотерапии с постепенной отменой и переходом на непрямые антикоагулянты.

Неэмбологенный венозный тромбоз лечится консервативно – антикоагулянтами, в основном их низкомолекулярными формами.

Тромбоз глубоких вен неизменно заканчивается гибелью клапанов глубоких вен и развитием венозной гипертензии и тяжелых форм хронической венозной недостаточности, сочетающейся с вторичным варикозом. Различают отечную, отечно-варикозную и отечно – варикозно-язвенную форму посттромбофлебитической болезни.

В среднем в течение 5 лет после перенесенного заболевания возникают венозные язвы, которые называют «бичом человечества с тех пор, как оно приняло вертикальное положение». Заболевание протекает длительно, имеет характер хронического воспаления с частыми обострениями и приводит к очень высокой инвалидизации и, по выражению Н.Н. Еланского, «такие больные вынуждены больше служить своим ногам, чем ноги им».

Развитие ХВН – причина формирования венозных язв, самостоятельно не заживающих и очень тяжело поддающихся лечению. Лечение венозных язв

представляет значительные трудности и без коррекции венозного кровотока, как правило, безуспешно.

Консервативное лечение рассматривается как предоперационная подготовка и заключается в длительном бандажировани эластическими бинтами, эластическим трикотажем, повязкой Унны-Кефера, препаратами, улучшающими макро- и микроциркуляцию, витаминами с микроэлементами, энзимотерапии и др.

Местно применяются препараты, стимулирующие регенерацию, коллагеновые и коллагенолитические препараты, физиотерапия, управляемая абактериальная среда и др.

Хирургическое лечение заключается в разобщении глубоких и поверхностных вен и удалении измененных поверхностных вен, иссечение язвы вместе с измененными тканями и дермопластикой.

Активные поиски новых способов консервативного лечения венозных язв идут по линии разработки новых раневых покрытий, имитирующих клеточный эквивалент кожи.

## 1.6 Профилактика

Профилактика ХВН и ее осложнений начинается с профилактики варикозной болезни нижних конечностей. Факторы риска описаны выше и позволяют строить первичную профилактику, выделяя группы риска.

Здоровый образ жизни с детства: правильный режим питания, употребление продуктов, не содержащих консерванты, нитраты, исключение генномодифицированных продуктов из рациона.

Употребление большого количества овощей и фруктов, богатых витаминами С и Е. Не допускать излишнего веса, постоянно следить за балансом потребляемых и расходуемых калорий.

Своевременное выявление и лечение сопутствующих заболеваний (коллагенозы, сахарный диабет, гипертоническая болезнь, дисгормональные расстройства и др.), рациональная контрацепция.

Эластическая компрессия рассматривается сегодня как наиболее ранняя профилактика, особенно в группе риска. Рациональный подбор степени компрессии и широкий выбор эластических чулок позволяют использовать их без нарушения эстетики и моды. Многие женщины даже без проявлений варикозной болезни отмечают легкость в ногах при их использовании[14].

Современные достижения цивилизации (длительные авиаперелеты в условиях ограниченной подвижности, длительное вождение автомобиля, особенно с автоматической коробкой передач, что приводит к выключению одной ноги), могут стать факторами риска в возникновении тромботических осложнений.

Необходимо следить за формой стоп, по возможности рано выявлять плоскостопие и проводить его коррекцию путем специальных физических упражнений (перенос веса тела с пятки на носок и обратно без акцента на пятку, круговые движения стоп).

Ношение рациональной обуви (каблук 3-4 см, супинаторы для поперечного плоскостопия, а в группе риска и для продольного, с широким носком). Следить за правильным хождением – с пятки на носок на наружной поверхности стопы. Избегать обуви с плоской подошвой и с высокими каблуками.

Рациональная двигательная нагрузка – важный компонент образа жизни.

Любые динамические нагрузки: прогулки, бег трусцой, плавание – важный компонент не только первичной профилактики, но и профилактики осложнений. Нагрузки необходимо чередовать с отдыхом, по возможности при этом, держа их в приподнятом положении на уровне таза.

Необходимо отметить, что человечество, обреченное жить в условиях гравитации и находиться большую часть жизни в вертикальном положении, подверженное отрицательным воздействиям неблагоприятных экологических, биологических и других факторов, относится к группе риска развития венозной патологии и поэтому проблема должна находиться в сфере постоянного интереса профилактической медицины.

## 1.7 Деятельность медицинской сестры в профилактике осложнений при варикозной болезни нижних конечностей

При визуальном осмотре необходимо обратить внимание на изменения кожи (наличие отёков, гиперемии, болей и локального увеличения температуры на пораженном участке, расширенных сосудов).

Медицинской сестре необходимо произвести предварительную оценку клинического состояния больного: осмотреть видимые слизистые, отметить степень изменения функциональной способности повреждённой конечности.

Необходимо выявить психологическое состояние пациента: уровень тревоги при нахождении в лечебном учреждении и готовность к добровольной госпитализации.

Сестринский диагноз является продолжением этапа сбора анамнеза. При проведении предварительной диагностики выявляются основные проблемы пациента и те трудности, которые препятствуют в лечении. Формируется предварительный диагноз.

Для этого необходимо:

1. Определить потребности, которые не могут удовлетворяться при проведении диагностических и лечебных мероприятий.
2. Выявить факторы, которые способствовали возникновению заболевания.
3. Дать предварительную оценку возможностям человека после курса лечения.

Чтобы понять, насколько точно сформулирована проблема и в соответствии с этим поставлен сестринский диагноз, следует:

1. установить уровень самообслуживания пациента;
2. уточнить ясность и понятность для пациента его диагноза;
3. предвидеть последствия состояния и предоставить полноценный сестринский уход.

Проблемы пациента могут быть обусловлены не только самим заболеванием, но и переживанием за ход лечения и перспективу выздоровления

или недоверием к обслуживающему персоналу, или личными проблемами, связанными с обстановкой в палате или домашними неурядицами.

Для установления сестринского диагноза необходимо рассмотрение не только самого заболевания, но и возможных реакций человека на болезнь и ее субъективное восприятие.

Проблемы могут быть:

1. связанные с физиологическими процессами в организме (запором, рвотой, недержанием мочи);
2. психологического характера (уход в болезнь, повышенная тревожность, недостаточная информативность);
3. душевные (депрессия, проблема во взаимоотношениях с родственниками, связанная с заболеванием);
4. изоляция от социума.

При постановке сестринского диагноза учитываются все проблемы пациента, которые должны быть скорректированы или устранены.

Сестринские диагнозы могут меняться на протяжении дня и в течение всего пребывания человека в стационаре. Основная цель – помочь пациенту адаптироваться к лечению и дальнейшей жизни с варикозной болезнью нижних конечностей.

На этом этапе прогнозируется ожидаемая положительная динамика в решении конкретных проблем больного.

Устанавливаются цели:

1. ведение приоритетного ухода в соответствии с потребностями пациента;
2. разработка стратегии достижения поставленной цели;
3. обозначение сроков выполнения.

После этого медсестра должна составить письменный план ухода за пациентом.

К обязательным пунктам относятся: выполнение назначений лечащего врача, обеспечение психологического и физиологического покоя больного,

купирование боли в области воспаления сосудов, уменьшение рисков последующих осложнений.

Вмешательство медсестры – это действие, направленное на уход, поддержку, лечение и обучение больного.

Сюда входят:

1. Помощь в осуществлении ежедневных потребностей (кормление, одевание, проведение гигиенических процедур).
2. Советы, эмоциональная поддержка.
3. Привитие навыков. Адаптация к самообслуживанию или обучение правилам ухода за больным родственников.
4. Создание условий для скорейшего выздоровления.
5. Профилактика направлена на поддержание и укрепление самочувствия пациента.
6. Выполнение назначений врача и лечебных процедур. Оказание неотложной доврачебной помощи. Сердечно-легочная реанимация и применение специальных препаратов.
7. Наблюдение за динамикой выздоровления болеющего.

Сестринские вмешательства должны основываться на приказах и протоколах медицинской практики.

План ухода за пациентом с варикозной болезнью включает определение диагноза, действия, направленные на достижение определённых результатов, и логическую последовательность выполнения всех этапов лечения.

При варикозной болезни план ухода должен быть таким:

1. Наблюдение за постельным режимом пациента.
2. Перевязка и отслеживание внешнего вида.
3. Наложение эластичных бинтов на конечности.
4. Помощь в хождении на костылях, с палочкой, ходунками.
5. Обеспечение ликвидации запора.
6. Помощь врачу при снятии швов.
7. Обучение наложению эластичных бинтов.

Результаты собираются не только исходя из ежедневного состояния пациента, но и:

1. Оценочного мнения о его состоянии со стороны родственников, соседей по палате, других членов медицинского персонала.
2. Поведения и суждений самого больного.
3. Результатов исследований.

Все это позволяет медсестре выявить степень удовлетворённости уходом.

При выписке, переводе больного, либо его смерти, проводят окончательную оценку оказанной помощи и документально оформляют эпикриз сестринской истории болезни. Отмечают объём и качество предоставленной медицинской помощи. Составляется план реабилитации после выписки.

# ГЛАВА 2.РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

## 2.1 Организация исследования

Исследовательская работа проводилась на базе Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Госпиталь для ветеранов войн № 3 Департамента здравоохранения города Москвы».

ГБУЗ «ГВВ №3» ДЗМ— многопрофильное лечебное учреждение, оказывающее качественную медицинскую помощь, основанную на применении современных высокотехнологичных методов диагностики, лечения, реабилитации и профилактики. В хирургическом отделении, в период прохождения практики, на лечении находилось 25 человек.

Основным направлением работы хирургического отделения является оказание высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации с хирургическими патологиями, в том числе и с варикозным расширением вен нижних конечностей.

Ежегодно в хирургическое отделение обращаются более 2000 пациентов из них с варикозным расширением вен нижних конечностей до 35%.

Исследование проводилось в отделении, где совместно с врачом осуществлялся лечение пациентов и ведется реабилитационная и профилактическая работа.

**Исследовательская работа состояла из двух этапов:**

Первый этап: анализ медицинских карт на предмет частоты обращений по поводу ВРВНК, эффективности консервативного лечения и частоты хирургических вмешательств.

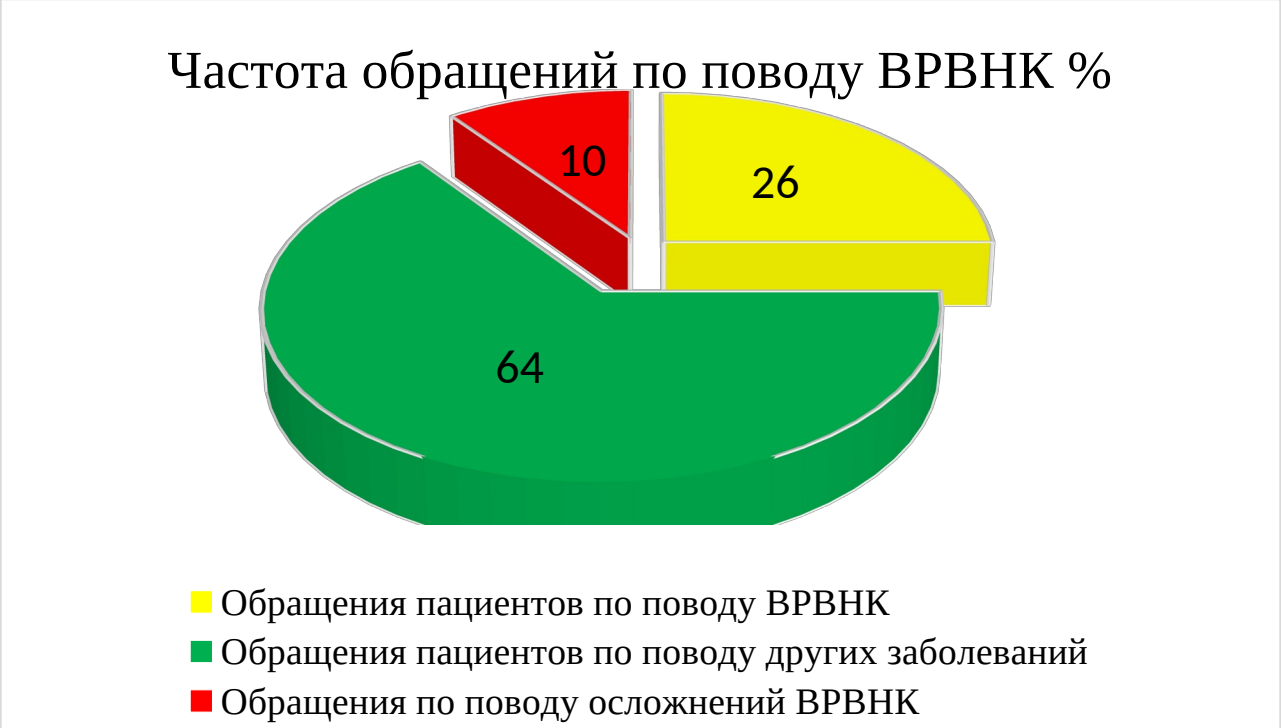
Второй этап: сравнительный анализ методов при осложненном течении варикозной болезни вен нижних конечностей.

## 2.2 Проведение исследования

Первый этап: анализ медицинских карт на предмет частоты обращений по поводу ВРВНК, эффективности консервативного лечения и частоты хирургических вмешательств.

В процессе работы проведен анализ историй болезни пациентов, обратившихся по поводу заболевания вен нижних конечностей и его осложнений. Данные клинические случаи подробно проанализированы на предмет частоты обращения в МО (медицинская организация) пациентов с данным заболеванием, рассмотрены принципы лечения, средства и методы профилактики варикозной болезни нижних конечностей, динамики клинических проявлений, обострений заболевания и эффективности консервативного лечения. Данные исследования представлены в диаграммах и таблицах.

Диаграмма1




По результатам анализа истории болезни, общий процент обратившихся по поводу ВРВНК и его осложнений составил 36% что указывает на высокую актуальность данной проблемы.




Диаграмма 2

Диаграмма 3




23% пациентов было прооперировано в связи с отсутствием эффекта от консервативного лечения, а также в связи с косметическими проблемами. 77% пациентов продолжили консервативное лечение.

Таблица 1

Результаты консервативного лечения ВРВНК

| Результат | Количество % |
|---|---|
| Клиническое улучшение (уменьшение количества жалоб, субъективное улучшение состояния) | 47% |
| Стабилизация состояния | 30% |
| Ухудшение | 23% |
| Оперативное лечение | 23% |

Из таблицы 1 и диаграммы 2 видно, что у 47% пациентов, получавших оперативное лечение, наступило улучшение состояния, а у 30% пациентов приостановилось прогрессирование заболевания. Ухудшение состояния у 23% пациентов могло быть связано с несоблюдением рекомендаций врача, продолжением работы в условиях повышенной нагрузки на ноги, а также со стадией заболевания.

Таким образом, можно сделать вывод, что при условии соблюдения назначений врача и грамотной профилактической работы медицинской сестры, консервативное лечение варикозного расширения вен может быть эффективным в большинстве случаев. Однако некоторым пациентам в связи с неэффективностью консервативного лечения требуется оперативное лечение.

Второй этап: сравнительный анализ методов консервативного лечения.

Для проведения исследовательской части работы было отобрано 10 пациентов, обратившихся к МО по поводу варикозного расширения вен нижних конечностей. Из них 6 женщин и 4 мужчин в возрасте от 40 до 65 лет. У пяти пациентов была диагностирована начальная стадия варикозной болезни вен нижних конечностей (классификация по CEAP «C1S»,«C2S» -сеточки и ретикулярные варикозные веныс болевым синдромом). У остальных пациентов

диагностированы более тяжелые стадии заболевания, а именно: «C3S» (варикозное расширение вен присутствует с отеком), «C4S»(варикозное заболевание вен сопровождается изменениями в кожном покрове),«C5S»(варикозное заболевание присутствует с язвами в голени). Шесть пациентов работают, четырепациента на пенсии. Трое пациентов состоят на диспансерном учете.Данные о пациентах и предъявляемые жалобы представлены в (таблице 2,3):

Таблица 2

Характеристика группы обследуемых

| Кол-во пациентов | Возраст | Пол | Стадия заболевания | Работает или на пенсии | Диспансерный учет. | Использование компрессионного трикотажа |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | 40 | ж | C2S | Работает | Не состоит | Да |
| 2. | 46 | ж | C1S | Работает | Не состоит | Да |
| 3. | 48 | м | C1S | Работает | Не состоит | Да |
| 4. | 48 | м | C2S | Работает | Не состоит | Нет |
| 5. | 50 | м | C3S | Работает | Не состоит | Да |
| 6. | 52 | м | C3S | Работает | Не состоит | Да |
| 7. | 56 | ж | C3S | На пенсии | Не состоит | Нет |
| 8. | 59 | ж | C4S | На пенсии | Состоит | Нет |
| 9. | 60 | ж | C4S | На пенсии | Состоит | Нет |
| 10. | 65 | ж | C5S | На пенсии | Состоит | Нет |

Таблица 3

Предъявляемые жалобы пациентов с ВРВНК

| Жалобы | Количество пациентов |
|---|---|
| Тяжесть в ногах | 10 |
| Боли в нижних конечностях | 8 |
| Отеки | 6 |
| Косметические дефекты | 10 |
| Трофические нарушения | 3 |

Пятеро из обратившихся пациентов ранее уже использовали для лечения компрессионный трикотаж, а остальные пятеро пациентов пользовались эластичным бинтом ввиду высокой стоимости компрессионного трикотажа. По результатам обследования были получены следующие данные:

Гистограмма 1.

**Анализ эффективности методов консервативного лечения**




Из таблицы и гистограммы видно, что у четырех из пяти пациентов, получавших консервативное лечение и использующих компрессионный трикотаж, наступило улучшение состояния, и у всех пяти пациентов

приостановилось прогрессирование заболевания. Ухудшения состояния у этих пациентов не наблюдалось, а хирургическое вмешательство, для пациентов, использующих компрессионный трикотаж не понадобилось. Тогда как у пациентов, использующих эластичный бинт результаты оказались хуже. Только у двух пациентов были выявлены клинические улучшения, стабилизация состояния наблюдалась у трех пациентов, ухудшение состояния было выявлено у двух пациентов из которых одному понадобилось хирургическое вмешательство. С пациентами, использующими эластичный бинт, медицинской сестрой была проведена дополнительная разъяснительная работа.

### 2.3 Анализ и сравнение результатов исследования.

По результатам диагностики (анализ крови и мочи (общий), коагулограмма (протромбин, МНО), УЗАС, МРТ–ангиографии), пяти пациентов, использовавших эластичный бинт, врачом дополнительно был назначен комплекс консервативного лечения. Так наряду со средствами медикаментозного лечения, физиотерапии и ЛФК, особое внимание обращалось на использование современных методов консервативного лечения, в частности применению компрессионного трикотажа. Для каждого пациента, в зависимости от тяжести заболевания, был назначен вид и класс компрессии трикотажа.

В результате беседы с пациентами, использующими эластичные бинты, был выявлен значительный дефицит знаний об использовании и эффективности компрессионного трикотажа. Ссылаясь на более высокую стоимость по сравнению с эластичным бинтом, пациенты отказывались использовать компрессионный трикотаж, но после проведенной профилактической работы медицинской сестрой, где как аргумент были представлены результаты сравнительного анализа использования эластичных бинтов и компрессионного трикотажа, а также восполнен дефицит знаний пациентов об использовании и подборе данного вида изделий, все пять пациентов согласились использовать

компрессионный трикотаж в виду его большей эффективности по отношению к эластичным бинтам.

В качестве критериев, позволяющих оценить эффективность сестринской деятельности при применении компрессионного трикотажа, приводятся данные, основанные на субъективных жалобах пациентов, уменьшении клинических симптомов заболевания и отсутствия необходимости оперативного лечения. Медицинской сестрой, пациентам было предложено вести дневник самоконтроля, в котором регистрировать прием лекарственных средств, уменьшение или увеличение болевых симптомов, трофических нарушений и отека, а также режим питания и физическую активность. По результатам проведения консервативной терапии и повторного обследования пациентов были получены следующие данные (таблица 4).

Таблица 4.

**Сравнительный анализ терапевтического эффекта после применения компрессионного трикотажа.**

| Результаты проведенной консервативной терапии до и после применения компрессионного трикотажа. | Кол-во человек | Кол-во человек |
|---|---|---|
| . | После использования | До использования |
| Клиническое улучшение (уменьшение количества жалоб, субъективное улучшение состояния) | 5 | 2 |
| Стабилизация состояния | 5 | 3 |
| Ухудшение | 0 | 2 |
| Оперативное лечение | 0 | 1 |

## Выводы

Обобщив и проанализировав, медицинские источники, где были представлены: этиология, патогенез, клинические проявления, принципы лечения и диагностики. Можно сделать вывод, что, варикозное расширение вен – это заболевание, сопровождающееся истончением венозной стенки, увеличением просвета вен и образованием аневризмо - подобных узловатых расширений.

Варикозное расширение вен нижних конечностей проявляется ощущением тяжести в ногах и их утомляемостью, отеками стоп и голеней, ночными судорогами в ногах, визуальным подкожным расширением вен с образованием венозных узлов.

Основным способом диагностики ВРВНК и его осложнений является УЗДГ. Лечение может быть консервативным (медикаментозная терапия, склеротерапия) или оперативным.

Важную профилактическую роль играет формирование правильных поведенческих стереотипов (лежать лучше, чем сидеть и ходить лучше, чем стоять). Если приходится долго находиться в положении стоя или сидя, необходимо периодически напрягать мышцы голеней, придавать ногам возвышенное или горизонтальное положение. Полезно заниматься определенными видами спорта (плавание, велосипедные прогулки). В период беременности и при тяжелой работе рекомендуется применять средства эластичной компрессии. При появлении первых признаков варикозного расширения вен следует обращаться к флебологу.

Профессионально оказанная сестринская поддержка позволяет сократить сроки пребывания больного в медицинской организации, предупредить осложнения, помочь адаптироваться к дальнейшему восстановительному периоду.

По результатам исследования были сделаны следующие выводы:

1. Была проанализирована научно-методическая и специальная литература и рассмотрены современные методы диагностики и лечения варикозной болезни
2. Были рассмотрены и изучены особенности сестринского ухода за пациентами при осложненном течении варикозной болезни вен нижних конечностей
3. Определили степень эффективности и сравнили методы профилактики осложнений при варикозной болезни нижних конечностей с помощью анализа медицинских карт на предмет частоты обращений по поводу ВРВНК, эффективности консервативного лечения и частоты хирургических вмешательств, и сравнили анализ методов при осложненном течении варикозной болезни вен нижних конечностей на практике.
4. Разработали памятки для пациентов по профилактике осложнений при варикозной болезни нижних конечностей.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В данной работе в первой главе, были проанализированы современные медицинские источники где были представлены: этиология, патогенез, клинические проявления, принципы лечения и диагностики. Особое внимание уделено изучению современных средств и методов профилактики осложнений и консервативного лечения варикозного расширения вен нижних конечностей. После изучения данного материала поставлена цель и определены задачи исследования.

По результатам работы можно сделать следующие выводы:

1. После анализа научно-методической и специальной литературы, были определены современные методы диагностики и лечения варикозного расширения вен нижних конечностей.

2. Особенностью сестринской деятельности при консервативном лечении пациентов с варикозным расширением вен нижних конечностей на амбулаторно - поликлиническом этапе является устранение дефицита знаний пациентов о заболевании, о применении современных средств и методов консервативного лечения данной патологии, а также контроль за правильным их использованием.
3. При условии соблюдения назначений врача и грамотной профилактической работы медицинской сестры, консервативное лечение варикозного расширения вен может быть эффективным в большинстве случаев. Также на основании полученных данных можно с уверенностью утверждать о большем положительном терапевтическом эффекте компрессионного трикотажа по сравнению с эластичными бинтами совместно с физио- и медикаментозной терапией у пациентов с варикозным расширением вен нижних конечностей.
4. Разработаны памятки и рекомендации, которые могут быть использованы в практике при осуществлении сестринской деятельности с пациентами с ВРВНК, что в свою очередь будет способствовать улучшению качества жизни пациентов с данным заболеванием и снижению общей смертности населения.

# СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Авакъянц И.П.Распространенность и факторы риска хронических заболеваний вен нижних конечностей в общей популяции: диссертация кандидата медицинских наук / Авакъянц И.П. - Москва, 2019. - 70 с.

2. Баева Ф.Х.Тактика хирургического лечения больных с острым восходящим варикотромбофлебитом нижних конечностей: диссертация / Баева Фатима Хасеновна. - Нальчик, 2018. - 133 с.

3. Затевахин И.И. Острые венозные тромбозы: учебное пособие / И.И. Затевахини др. - Москва: РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2020. - 31 с.

4. Золотухин И.А., Гаврилов С.Г., Кириенко А.И. Флебология сегодня // Анналы хирургии. 2016. №1-2. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/flebologiya-segodnya(дата обращения: 06.05.2021).

5. Кириллова Ю.М.Здоровые ноги и руки до старости: остеопороз, переломы костей, подагрический артрит, варикоз нижних конечностей, плоскостопие, фантомная боль, менископатия, травмы конечностей, плексит, периартрит, эссенциальный тремор, эпикондилит, туннельный синдром / Юлия Кириллова. – Москва: Э, 2017. - 124 с.

6. Илюхин Е.А.Варикоз, тромбоз, лимфостаз и другие заболевания вен, которые можно и нужно лечить / Евгений Илюхин. - Москва: Эксмо, 2019. – 253с.

7. Камынина Н.Н. Теория сестринского дела: учебник для учебных заведений, реализующих программу среднего профессионального образования по укрупненной группе специальностей 34.02.00 "Сестринское дело" / Н.Н. Камынина, И.В. Островская, А.В. Пьяных, Ю.В. Бурковская. - 2-е изд. - Москва: ИНФРА-М, 2019. - 212 с.

8. Каторкин С.Е. Новая клинико-патогенетическая концепция диагностики и хирургического лечения больных с хронической венозной недостаточностью нижних конечностей: диссертация доктора медицинских наук / Каторкин С.Е. - Самара, 2019. - 306 с.

9. Кириллова Ю.М.Здоровые ноги и руки до старости: остеопороз, переломы костей, подагрический артрит, варикоз нижних конечностей, плоскостопие, фантомная боль, менископатия, травмы конечностей, плексит, периартрит, эссенциальный тремор, эпикондилит, туннельный синдром / Юлия Кириллова. – Москва: Э, 2017. - 124 с.

10. Копылова О.С.Артерии и вены: советы и рекомендации ведущих врачей: ангиология и флебология: все самое новое и эффективное / О.С. Копылова. - Москва: Э, 2017. - 152 с.:

11. Морозов В.П. Варикозная болезнь вен нижних конечностей: практическое пособие для студентов / В.П. Морозов, Н.А. Гордеев, В.Ю. Бибиков и др. - Санкт-Петербург: РИЦ ПСПбГМУ, 2018. - 23 с.

12. Мухина С.А.Теоретические основы сестринского дела: учебник для медицинских училищ и колледжей / С.А. Мухина, И.И. Тарновская. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва: ГЭОТАР - Медиа, 2019. - 366 с.

13. ОбуховецТ.П. Основы сестринского дела: учебное пособие для студентов образовательных учреждений среднего профессионального образования / Т.П. Обуховец, О.В. Чернова; под общ.ред. Б.В. Кабарухина. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2016. – 765с.

14. Подколзин Е.В.Современные подходы к лечению больных с варикозной болезнью нижних конечностей: диссертация / Подколзин Евгений Викторович. - Москва, 2017. - 142 с.

15. Пряхин В.Ф.Сестринская уход при хирургических заболеваниях: учебник / В.Ф. Пряхин, В.С. Грошилин. - Москва: ГЭОТАР - Медиа, 2019. - 486 с.

16. Смолева Э.В.Сестринский уход в терапии: учебное пособие / Э.В. Смолева; под общей редакцией кандидата медицинских наук, заслуженного врача Б.В. Кабарухина. - Изд. 3-е. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2017. - 366 с.

17. Сорока В.В.Венозные тромбозы и варикоз. История, люди, перспективы / В.В. Сорокина; Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И. И. Джанелидзе. - Санкт-Петербург: ИПК Береста, 2019. - 365 с.

18. Фомин К.Н.Индивидуальный подход к лечению больных с острым тромбозом глубоких вен нижних конечностей и прогнозирование его исходов: диссертация кандидата медицинских наук / Фомин К.Н. - Санкт-Петербург, 2020. - 133 с.

19. Хамитов Р.Ф.Сестринское дело в терапии: учебное пособие / Хамитов Р.Ф., Ишмурзин Г.П., Подольская А.А. - Казань: КГМУ, 2018. - 175 с.

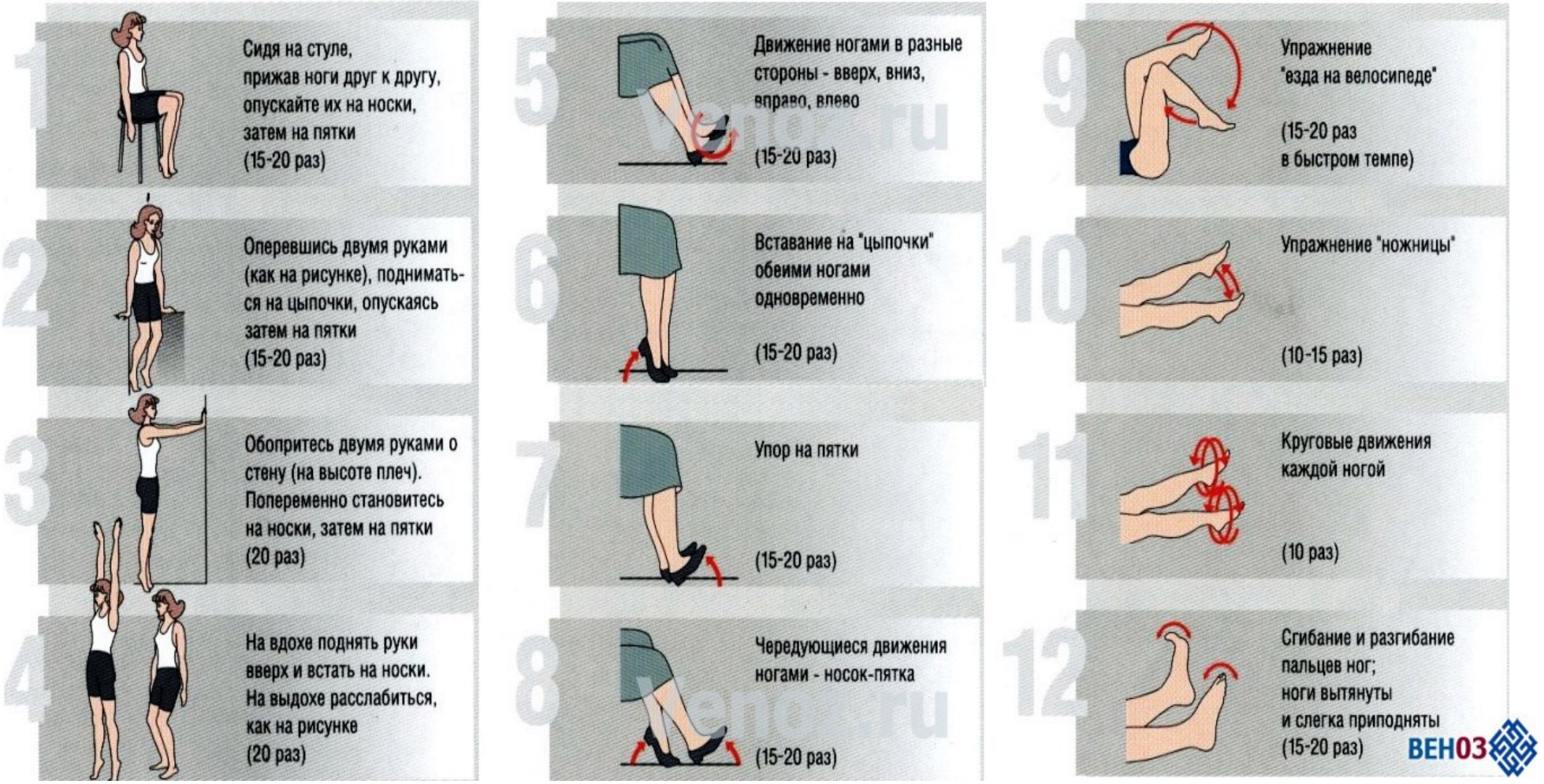
20. ШайдаковЕ.В. Актуальные вопросы флебологии: 11-й Санкт-Петербургский венозный форум (Рождественские встречи), 1-й Международный флебологический форум, [29.11-01.12.2018], Санкт-Петербург, Россия: сборник тезисов / НО "Санкт-Петербургская ассоциация флебологов" (SPSP), Международный медицинский центр "СОГАЗ" и др.; [под редакцией Е.В. Шайдакова]. - Санкт-Петербург: ГК Мономакс: Свое изд-во, 2018. - 139 с.

21. Шевченко Ю.Л., Стойко Ю.М., Гудымович В.Г., Яшкин М.Н., Цыплящук А.В. Становление и развитие отечественной флебологии: ретроспективный анализ и взгляд в будущее // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. 2018. №1. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/stanovlenie-i-razvitie-otechestvennoy-flebologii-retrospektivnyy-analiz-i-vzglyad-v-buduschee(дата обращения: 06.05.2021).

22. Щеглов Э.А.Хронические заболевания вен нижних конечностей: учебное пособие. Ч.2: Посттромботический синдром. Флебопатии. Флебодисплазии / Э.А. Щеглов. - Петрозаводск: Издательство ПетрГУ, - 2019. - 57с.

**ПРИЛОЖЕНИЕ А**

**Комплекс упражнений, рекомендованный пациентам с варикозным расширением вен нижних конечностей для профилактики осложнений.**



**ПРИЛОЖЕНИЕ Б**

**Памятка для пациентов с варикозным расширением вен нижнихконечностей о правилах надевания компрессионного трикотажа.**




Одевать изделия рекомендуется утром, не вставая с постели.

Прежде, чем воспользоваться компрессионным изделием, следует снять с рук кольца и другие украшения.

1. Осторожно собрать изделие от верхней части до носка.
2. Правильно зафиксировать на стопе носок и пятку изделия.
3. Осторожно, с небольшим усилием, растянуть изделие от щиколотки до колена.
4. Расправить складки на голени.
5. Распределить изделие по бедру (для чулок и колгот).

**ПРИЛОЖЕНИЕ В**

**Памятка для пациентов с варикозным расширением вен нижних конечностей о технике бинтования эластичными бинтами.**



## ПРИЛОЖЕНИЕ Г

## Особенности сестринского ухода за пациентом после флебэктомии

1. Наблюдение за тем, чтобы пациент соблюдал строгий постельный режим.
2. Возвышенное положение оперированной конечности на шине Белера на функциональной кровати.
3. Наблюдение за повязкой (промокание) и внешним видом (измерение пульса, АД).
4. Наложение эластичного бинта на конечность со 2 дня.
5. Хождение на костылях.
6. Обеспечение асептики при перевязках.
7. Обеспечение ежедневного стула.
8. Помощь врачу при проведении снятия швов на 7 – 8 день.
9. Обучение пациента правилам наложения эластического бинта и наблюдение за тем, чтобы больной носил его в течение 8 – 12 недель после операции.
10. Обучить пациента правилам надевания эластичных чулок и ухода за ними.