

© Н.К.Минаева, 2008
УДК 616.14-053.9-085.851.8

Н.К.Минаева

БОЛЕЗНИ ВЕН У ПОЖИЛЫХ: ЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ

Кафедра хирургических болезней № 2 (зав. — доц. А.В.Кузнецов) Коми филиала ГОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия», г. Сыктывкар

Ключевые слова: флебологические больные пожилого возраста, заболеваемость, этапное лечение, диспансеризация, малоинвазивные операции.

Введение. Частота заболеваний вен нижних конечностей увеличивается пропорционально возрасту больных. Начавшись в пожилом возрасте (60 лет и старше), болезни вен быстро прогрессируют и в короткий срок приводят к осложнениям: трофические язвы, рецидивирующее рожистое воспаление, тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА). Значительную роль в возникновении венозных тромбозов и ТЭЛА играют наследственные нарушения в системе гемостаза — тромбофилии [1, 2]. Стационарозамещающие технологии во флебологии получают развитие в связи с социально-экономическим эффектом [4]. С 1981 г. в г. Сыктывкаре проводится работа по ранней диагностике болезней вен, диспансеризации больных, консервативным методам лечения, своевременному отбору на оперативное лечение, реабилитации после операций. До 1989 г. операции на венах выполнялись в общехирургическом отделении Коми республиканской больницы (КРБ), объем операций: флебэктомия при варикозной болезни, операция Троянова–Тренделенбурга при восходящем варикотромбофлебите большой подкожной вены бедра. В 1989 г. в КРБ было открыто сосудистое отделение, появилась возможность выполнять ангиографию вен, объем операций увеличился, начали выполнять субфасциальную перевязку перфорантных вен по типу операции Линтона, экстравазальную коррекцию несостоятельных клапанов глубокой вены бедра с помощью клапанов А.В.Веденского (лавсановых спиралей). В 1989 г. в поликлинике № 3 г. Сыктывкара был

открыт дневной стационар для лечения больных с сосудистой патологией нижних конечностей, в том числе больных с посттромбофлебитической болезнью (ПТФБ), варикозной болезнью с трофическими нарушениями, в настоящее время функционируют 13 коек. Амбулаторно выполнялась флебосклерозирующая терапия в показанных случаях. В 1997 г. в г. Сыктывкаре был открыт кардиологический диспансер с отделением сосудистой хирургии с 15 кардиохирургическими койками и 40 — сосудистыми. Объем операций при болезнях вен увеличился. В 1999–2001 гг. освоена и выполнялась малоинвазивная операция — эндоскопическая диссекция несостоятельных перфорантных вен нижних конечностей у больных с трофическими нарушениями в виде длительно незаживающих язв [6]. В 2005 г. выполнено 436 операций при патологии вен. За 9 мес 2006 г. выполнено 328 операций на венах, в их числе 236 флебэктомий, 16 операций Линтона, 6 операций экстравазальной коррекции клапанов глубоких вен, 6 имплантаций кава-фильтров и др. В 1997 г. при поликлинике № 3 была открыта первая амбулатория врача общей практики (АВОП), в настоящее время работают три АВОП, планируется открытие еще одной. Врачи общей практики вносят свой вклад в консервативное лечение больных с патологией вен при проведении диспансеризации, своевременно направляют больных к хирургу. В 2005 г. на базе поликлиники № 3 открыт филиал — реабилитационный центр с дневным стационаром на 8 коек, физиотерапевтическим отделением, отделением лечебной физкультуры для реабилитации инвалидов и пожилых больных. Таким образом, была создана система оказания помощи больным с патологией

вен, включающая 6 этапов комплексного лечения и реабилитации больных: I — первичное звено (поликлиника, АВОП), II — дневной стационар поликлиники, III — специализированное сосудистое отделение, IV — реабилитация (медицинская, социальная, профессиональная) на базе реабилитационного центра и на дому силами амбулаторной и социальной служб, V — санаторно-курортное лечение, VI — диспансеризация.

Цель исследования — изучение заболеваемости и распространенности патологии вен нижних конечностей у пожилых больных, эффективности методов диагностики и лечения.

Материалы и методы. Проведен анализ статистических данных заболеваемости вен нижних конечностей у пожилых больных в сравнении с лицами моложе 60 лет за 2006 г. по материалам МУЗ «Городская поликлиника № 3» г. Сыктывкара. Обследовано 118 флебологических больных пожилого возраста (ФБПВ) по специально разработанной карте исследования, включающей 147 параметров, характеризующих пол, возраст, социальный статус, жалобы, анамнез, объективные, специальные и лабораторные исследования, объем лечения, диспансеризации, качество жизни.

Результаты и обсуждение. Взрослое население обслуживаемого района составляют 58 559 человек, из них лиц в возрасте 60 лет и старше — 6593 (11,3%), в том числе мужчин — 2132 (3,6%), женщин — 4460 (7,7%). Анализ структуры патологии вен показал, что всего случаев варикозной болезни (ВБ) было 768, из них у пожилых — 252 (мужчин — 43, женщин — 209), варикотромбофлебита (ВТФ) — 63, из них пожилых — 31 (мужчин — 9, женщин — 22), ПТФБ — 143, из них у пожилых — 88 (мужчин — 22, женщин — 66), тромбоза глубоких вен (ТГВ) — 23, из них у пожилых — 12 (мужчин — 3, женщин — 9), хронической венозной недостаточности — 146, из них у пожилых — 83 (мужчин — 18, женщин — 65). Всего зарегистрировано заболеваний вен нижних конечностей 1143 (19,52 на 1 тыс. населения), в том числе у лиц 18–59 лет — 677 (13,03 на 1 тыс. указанного населения), у пожилых больных (60 лет и старше) — 466 (70,68 на 1 тыс. пожилого населения). Среди пожилых мужчин частота поражения составила 44,6 на 1 тыс., среди пожилых женщин — 83,2 на 1 тыс.

Обследовано 118 ФБПВ 60 лет и старше, среди них мужчин было 19, женщин — 99, ВБ страдали 93 больных, ПТФБ — 15, ТГВ — 4, ВТФ — 6. Сопутствующие заболевания имели все больные, их число колебалось от 1 до 7, наиболее часто встречались гипертоническая болезнь (99 больных), церебральный атеросклероз (59 больных), ишемическая болезнь сердца (58 больных), болезни органов пищеварения (39 больных), органов

дыхания (24 больных). Постоянную боль в ногах отмечали 43 больных, непостоянную — 39 больных. Отеки были у 69 больных, тяжесть в ногах отмечали 75 больных. Продолжительность заболевания составила от 2 мес (3 больных) до 20 лет и более (11 больных). Расширение подкожных вен отметили 90 больных. Хирургические операции в анамнезе были у 34 больных, травмы нижних конечностей имел 31 больной. Варикозную болезнь у матери отметили 18 больных, у других родственников — 28 больных. Трофические язвы были у 10 больных (8,5% из числа обследованных), из них зажившие — у 3, открытые — у 7 больных. Размеры язв варьировали от 0,5 см в диаметре (1 больная) до 5 см (1 больная). У 2 больных было несколько язв (3). У всех больных язвы локализовались в нижней трети голени, у 2 — на медиальной поверхности, у 1 — на задней поверхности, у 3 — на латеральной поверхности, у 1 — на передней поверхности голени. Фаза экссудации язв отмечена у 2 больных, репарации — у 1, начала эпителизации — у 4 больных. Лабораторные исследования в поликлинике включали исследование коагулограммы, тромбоцитов, международного нормализованного отношения (МНО). Протромбиновый индекс был определен у 24 больных, активированное время рекальцификации — у 10, активированное частичное тромбопластиновое время — у 8, фибриноген В — у 9, фибриноген А — у 8, тромбоциты — у 25, анти-тромбин III — у 4, этаноловый тест — у 8, МНО — у 4 больных. Амбулаторно тромбофилические состояния не выявляли. В сосудистом отделении кардиологического диспансера у 1 больной определяли D-димер, протеин С. Инструментальные методы диагностики в поликлинике были ограничены реовазографией. Допплерографию, дуплексное ультразвуковое ангиосканирование проводили в диагностическом центре и кардиологическом диспансере, ангиографию — в кардиологическом диспансере. Реовазографию выполнили 13 больным и выявили дистонию клапанов глубоких вен. Ультразвуковую доплерографию выполнили 14 больным, УЗАС — 7, выявили полную окклюзию глубоких вен у 2 больных, частичную — у 1, рефлюкс по перфорантным венам — у 3, несостоятельность клапанов подкожных вен — у 4 больных. Ангиографию выполнили 6 больным, у 5 — выявили окклюзивный тип тромбоза, у 1 — пристеночный тип тромбоза. Лечение у хирурга в поликлинике получил 81 больной, остальные обращались к участковым терапевтам и врачам общей практики. Принимали дезагреганты 61 (51,7%) больной, трентал — 44 (37,3%), флеботропные препараты — 113 (95,8%), непрямые антикоагулянты (варфарин) — 5, нестероидные противовоспалительные препараты — 27, анти-

гистаминные — 6, антибиотики при наличии трофической язвы — 7, определялась чувствительность микрофлоры к антибиотикам у 3 больных. Витаминотерапию получали 24 больных, местное лечение (гели, мази) — 61, физиотерапевтические процедуры — 15, в их числе магнитотерапию — 3, дарсонваль — 12. В дневном стационаре и реабилитационном центре поликлиники лечились 36 (30,5%) больных от 1 раза в год (18 больных) до 4 раз в год (1 больная). Флебосклерозирующая терапия была проведена 3 больным. В специализированном сосудистом отделении получили лечение 11 больных (9,3%), в их числе флебэктомия выполнена 5 больным, операция Линтона — 2, операция Троянова–Тренделенбурга — 1, тромбэктомия — 1. В других общехирургических стационарах города по поводу заболеваний вен (трофические язвы) лечились 10 (8,5%) больных. Санаторно-курортное лечение получили 11 больных. На диспансерном учете у хирурга состояли 57 больных. Были переведены на инвалидность 5 больных. Качество жизни субъективно оценивали как высокое — 2, хорошее — 7, удовлетворительное — 101, неудовлетворительное — 8 (6,8%). Двигательная активность была умеренно ограничена у 28 больных, значительно ограничена — у 12, резко ограничена (передвижение по квартире) — у 4. Нуждались в частичном обслуживании 10 больных, в постоянном постороннем уходе — 1 больная. Пользовались техническими средствами реабилитации (трость, кресло-коляска) 11 больных. В помощи социального работника нуждались 8 больных. Стесненные материальные условия отметили 5 больных.

Выводы. 1. Частота заболеваний вен нижних конечностей у пожилых людей встречается в 5,4 раза чаще, чем у населения моложе 60 лет.

2. Для повышения эффективности диагностики патологии вен на амбулаторном этапе у ФБПВ необходимо увеличение объема лабораторных исследований (выявление тромбофилических состояний), улучшение инструментальной диа-

гностики (оснащение поликлиники аппаратурой для ультразвукового дуплексного ангиосканирования с цветным картированием).

3. Для повышения эффективности лечения ФБПВ необходимо углубленное обследование в амбулаторных условиях и отбор больных для малоинвазивных методов оперативного лечения: эхофлебосклерооблитерации, эндоскопической диссекции недостаточных перфорантных вен, эндовазальной лазерной коагуляции подкожных вен и др.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Воробьева Н.А. Значение молекулярно-генетической диагностики при тромбозах и их профилактика // Экология человека.—2004.—№ 2.—С. 19–22.
2. Илюхин Е.А., Прохоров Г.Г., Жирновой В.М. Тромбофилия и венозные тромбозы (обзор литературы) // Амб. хир.—2006.—№ 3.—С. 3–8.
3. Лебедев Н. Н., Карташов В. Т., Бардин И. А. и др. Опыт применения эндовазальной лазерной коагуляции подкожных вен при варикозной болезни нижних конечностей в амбулаторно-поликлинических условиях // Амб. хир.—2007.—№ 2.—С. 36–39.
4. Лисицын А.С. Стационарозамещающие технологии во флебологии // Амб. хир.—2006.—№ 3.—С. 74–76.
5. Хирургические болезни в гериатрии (Избранные лекции) / Под ред. Б.С.Брискина, С.Н.Пузина, Л.Н.Костюченко.—М.: БИНОМ, 2006.—С. 137–165.
6. Хирургия «малых пространств» / Под ред. В.Н.Египова.—М.: Медпрактика-М, 2002.—С. 48–53.

Поступила в редакцию 26.09.2007 г.

N.K.Minaeva

DISEASES OF VEINS IN THE ELDERLY: STEP-WISE TREATMENT AND REHABILITATION

A specially developed card including 147 parameters was used in examination of 118 elderly phlebological patients. Pathology of the veins occurs in the elderly 5.4 times more often than in subjects younger than 60. A six-step system was developed for treatment of such patients: primary step, day hospital, specialized vascular and surgical unit, rehabilitation center, health resort treatment, dispensary examinations. Laboratory investigation of thrombophilic conditions, ultrasonic angioscanning and using minimally invasive methods of operative treatment should be introduced in the laboratory practice for the improvement of quality of life and prevention of complications.