

СУШКОВ С.А.

**ТЕХНОЛОГИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ
ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ**УО «Витебский государственный медицинский университет»,
Республика Беларусь

Оперативное лечение при варикозной болезни нельзя рассматривать как радикальное, так как ни одно из известных оперативных вмешательств не может воздействовать на все звенья этиопатогенеза заболевания. Сохраняющиеся патогенетические механизмы, препятствуют восстановлению функциональных способностей и в последующем могут приводить к прогрессированию заболевания. Улучшить результаты оперативного лечения можно путем организации эффективной реабилитации и диспансеризации.

На основании общих концептуальных подходов к организации реабилитации, принятых в отечественном здравоохранении, и собственного опыта разработана технология реабилитации больных с варикозной болезнью после оперативного лечения. Она включает экспертно-реабилитационную диагностику (определение функционального класса, реабилитационного потенциала и прогноза), формирование клинико-реабилитационных групп, составление индивидуальных программ реабилитации, оценку эффективности реабилитации, проведение медико-социальной экспертизы. Описанная схема технологии реабилитации может использоваться для разработки конкретных реабилитационных программ в послеоперационном периоде для больных с варикозной болезнью.

Ключевые слова: варикозная болезнь, флебэктомия, хроническая венозная недостаточность, реабилитация.

Operative treatment in case of varicosity shouldn't be regarded as radical, because none of other well-known operative interventions is able to influence all phases of disease etiopathogenesis. Remaining pathogenic mechanisms impede restoration of functional abilities and later may result in disease progression. The results of the operative treatment may be improved by effective rehabilitation and prophylactic medical examination organization. On the basis of general conceptual approach to rehabilitation organization accepted in native medical health service and from our own experience, we have worked out the method of varicosity patients treatment after operations. It includes experimental-rehabilitation diagnostics (determination of the functional class, rehabilitation potential and prognosis), organizing of clinical-rehabilitation groups, working out of individual rehabilitation programs, estimation of rehabilitation efficiency and performing of medical-social experts' opinion. Described plan of rehabilitation technology can be used for working out of concrete rehabilitation programs during post operative period for varicosity patients.

Keywords: varicosity, phlebectomy, chronic venous insufficiency, rehabilitation.

В Беларуси варикозным расширением страдает около 2,5-3 миллионов человек, т.е. 25-30% населения [1]. Несмотря на предлагаемые в последние десятилетия многочисленные методы консервативного лечения этой патологии, оперативное ос-

тается основным и наиболее эффективным. В то же время следует заметить, к сожалению, варикозная болезнь – одно из массовых хирургических заболеваний, в лечении которого не удалось добиться убедительных успехов. Однажды перенесенная операция

совсем не дает гарантии излечения. Частота рецидивов варикозного расширения вен, по данным многих авторов, колеблется от 12 до 80%, а трофические язвы повторно возникают у 10-30% оперированных.

По данным И.Н. Гришина с соавт. [1], в Республике Беларусь ежегодно выполняется около 5 тысяч операций по поводу варикозного расширения вен. Нетрудно предположить, что количество больных, нуждающихся в повторной операции, велико. Среди больных с данной патологией преобладают лица трудоспособного возраста, что, безусловно, придает рассматриваемой проблеме важное социальное значение и побуждает осуществлять поиск путей улучшения лечения.

Несомненно, разработка и внедрение современных методов оперативного лечения – это один из путей улучшения оказания помощи больным с варикозной болезнью. Однако следует признать, что ни один из вариантов оперативных вмешательств не может ликвидировать все патогенетические механизмы заболевания. Поэтому самую обширную операцию при варикозной болезни следует расценивать как условно-радикальную. То обстоятельство, что после оперативного вмешательства сохраняются действующими многие механизмы патогенеза, ставит перед хирургами проблему сдерживания дальнейшего прогрессирования заболевания. Решаться она может благодаря рациональной организации реабилитации и диспансеризации больных в послеоперационном периоде.

Современная реабилитация больных не может восприниматься только как набор советов больному в послеоперационном периоде, которые он будет выполнять или нет на своё усмотрение. Это должна быть стройная система, представляющая набор организационных и лечебных мероприятий. В настоящее время в отечественном здравоохранении выработаны общие кон-

цептуальные подходы организации реабилитации [2,3,4]. Необходимо только, базирясь на них, разработать технологии для конкретной патологии. К сожалению, для больных с варикозной болезнью четкая система реабилитации не создана.

Целью настоящей работы являлась разработка технологии реабилитации больных с варикозной болезнью после оперативного лечения.

Общие принципы организации реабилитации

Цель медицинской реабилитации – улучшение качества жизни, связанного со здоровьем, путем восстановления функциональных возможностей организма. Теоретической основой её является концепция последствий болезни, разработанная ВОЗ и представленная в виде дополнения к МКБ 10. В соответствии с ней воздействие заболевания на организм рассматривается на трех уровнях: органном, организменном и социальном. Медицинская реабилитация также должна строиться по аналогичной многоуровневой системе. Поэтому она предусматривает решение следующих задач:

- восстановление нарушенных функций;
- восстановление саногенетических механизмов организма и его личностных качеств;
- социально-бытовую адаптацию;
- профессиональное восстановление.

Реабилитационная технология включает экспертно-реабилитационную диагностику (определение функционального класса, реабилитационного потенциала и прогноза), формирование клинико-реабилитационных групп, составление индивидуальных программ реабилитации, оценку эффективности реабилитации, проведение медико-социальной экспертизы [4].

Оценка функционального класса является первой ступенью медицинской реабили-

литации. На этом этапе, используя данные клинических и инструментальных исследований, оценивается характер морфологических и функциональных изменений, и пациент ранжируется по функциональной шкале.

Второй ступенью технологии медицинской реабилитации является определение реабилитационного потенциала. Это комплекс биологических и психофизиологических свойств человека, позволяющих реализовывать его потенциальные способности [4]. Его оценивают как высокий при возможности восстановления функций на всех уровнях, средний – при частичном восстановлении и низким – в случае отсутствия возможностей организма к восстановлению.

От возможности реализации реабилитационного потенциала зависит реабилитационный прогноз. На него оказывает также влияние наличие факторов риска и сохранившихся в послеоперационном периоде патогенетических механизмов. Интегральная оценка реабилитационного потенциала, а также указанных этиологических, патогенетических факторов и позволяет сформулировать реабилитационный прогноз.

Завершением экспертно-реабилитационной диагностики является формулирование клинико-функционального диагноза. Он будет основой для реабилитационной программы. В первую очередь, с учетом данных формируются клинико-реабилитационные группы. Далее составляется программа реабилитации.

Для каждого пациента лечащий доктор должен составить индивидуальную реабилитационную программу, при этом участие больного обязательно. Без диалога самая хорошая программа так и останется на бумаге, так как больной или не сможет, или не захочет выполнять её отдельные пункты.

По мере выполнения реабилитационной программы необходимо оценивать её

эффективность. Осуществлять это следует на основании двух подходов. Первый – оценка врачом морфологических и функциональных изменений в организме больного. Второй – оценка пациентом своего собственного состояния. Для этого целесообразно использовать интегральный показатель – качество жизни.

Качество жизни – это интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии [5,6,7]. Изучение этого показателя позволяет получить информацию об основных сферах жизни человека (физиологической, психологической, эмоциональной и социальной) и оценить компоненты самочувствия, связанные, а также несвязанные с болезнью, и соответственно дифференцированно определить влияние заболевания и лечения на его состояние. Оценка показателей качества жизни позволяет производить мониторинг состояния больного и проводить коррекцию лечебной программы. Важным элементом этого показателя является участие больного в оценке собственного состояния. Его оценка совместно с медицинским заключением специалиста позволяет получить более полную и объективную картину заболевания и характеристику состояния больного [5].

После завершения индивидуальной программы следует провести медико-социальную экспертизу, на основании которой составить долгосрочный прогноз и продолжить работу с пациентом в рамках программы диспансеризации.

Технология послеоперационной реабилитации больных с варикозной болезнью

Реабилитация с больных варикозной болезнью должна строиться на основании

указанных концептуальных подходов. Поэтому изложим свои представления возможностей организации и функционирования такой реабилитационной системы.

Оценка функционального класса

На наш взгляд, не только с этой целью, но и вообще для решения многих других вопросов, касающихся реабилитации, можно использовать «Международную классификацию хронических заболеваний вен нижних конечностей (СЕАР)». В частности, для оценки функционального класса достаточно первых трех разделов. Кодирование проводить не трудно, но оно позволяет в последующем наиболее точно определить состояние патологического процесса на разных этапах реабилитации. Например, у больного варикозная болезнь с трофической язвой, имеется варикозная трансформация поверхностных, недостаточность глубоких вен и несостоятельность перфорантов. В соответствии с указанными разделами диагноз будет закодирован следующим образом – Сб, Ер, Аs, Ad, Ар. Даже не видя больного, на основании такой кодировки легко установить характер патологического процесса, стадию, а также какие вены вовлечены в патологический процесс. Удобным является и то, что в классификации используются не стадии, а классы заболевания. Это предоставляет возможность перевода больного в более низкий класс после проведенного лечения. Для более детального описания можно также использовать разделы - «V. Клиническая шкала», «VI. Шкала снижения трудоспособности». Разделение больных по соответствующим классам разделов доступно большинству врачей, т.к. осуществляется на основании данных клинического обследования. Из инструментальных методов достаточно использование ультразвукового ангиосканирования.

Определение реабилитационного потенциала

У больных варикозной болезнью он будет оцениваться с учетом двух аспектов. Во-первых, следует определить, насколько обратимы патологические изменения, имеющиеся у больного. Очевидно, что добиться полного регресса выраженных трофических нарушений невозможно. Нельзя также рассчитывать и на полное восстановление состояния глубоких вен при их вовлечении в патологический процесс. На полную компенсацию лимфоотока, в случае развития сопутствующей лимфедемы, также вряд ли приходится рассчитывать. Мы привели для примера только несколько ситуаций, их, конечно, больше. Важно, чтобы при оценке реабилитационного потенциала все они были определены и четко описаны.

Второй аспект – это психофизиологические свойства человека. Очевидно, что при варикозной болезни, являющейся хроническим прогрессирующим заболеванием, невозможно добиться хорошего эффекта без активного участия пациента. Если пациента невозможно убедить длительно пользоваться компрессионным трикотажем или проходить курсы медикаментозного лечения и он явно не будет выполнять эти рекомендации, то ожидать высокой эффективности реабилитационных мероприятий явно не приходится.

Оценивать реабилитационный потенциал у больных варикозной болезнью можно следующим образом:

- высокий – имеется возможность полной ликвидации всех патологических изменений и клинических проявлений нарушения венозного оттока;
- средний – имеется возможность добиться частичного регресса патологических изменений и клинических проявлений нарушения венозного оттока;
- низкий – отсутствуют возможности добиться частичного регресса патологичес-

ких изменений и клинических проявлений нарушения венозного оттока.

Реабилитационный прогноз

Уже после оценки функционального класса и определения реабилитационного потенциала можно предвидеть результаты реабилитации. Для более полной картины необходимо ещё определить факторы риска. Напомним, что при варикозной болезни к ним относят: наследственность; беременность; работу, связанную с длительным стоянием или большими нагрузками; избыточный вес; дисгормональные состояния. Чем больше факторов будет выявлено у пациента, тем хуже прогноз.

Определение факторов риска имеет значение не только для прогнозирования, но для планирования реабилитационных мероприятий. Некоторые из них можно корректировать – снижение массы тела, лечение дисгормональных состояний, изменение характера трудовой деятельности и т.д.

Прогноз может оцениваться как:

- благоприятный;
- сомнительный;
- неблагоприятный.

Формулирование

клинико-функционального диагноза

Это завершающий этап экспертно-реабилитационной диагностики. В диагнозе указываются функциональный класс, реабилитационный потенциал и реабилитационный прогноз. На основании диагноза формируются клинико-реабилитационные группы.

Составление программы реабилитации

При составлении программы реабилитации следует придерживаться следующих принципов: раннее начало, этапность, преемственность, непрерывность, комплексность, индивидуальность.

Послеоперационная реабилитация практически начинается сразу по окончании операции. В раннем послеоперационном периоде совмещаются лечебные и реабилитационные мероприятия. Затем последние начинают превалировать и становятся основными. Точно провести здесь границу между завершением лечения и началом реабилитации невозможно.

Планируя реабилитацию у больных варикозной болезнью целесообразно выделять два этапа.

1 этап – ранний период реабилитации, он длится до восстановления больным трудоспособности.

2 этап – поздний период реабилитации, начинается от момента восстановления трудоспособности и длится до достижения стойкого эффекта операции.

Необходимость деления на два этапа обусловлена тем, что на них решаются отличающиеся задачи. На первом превалирующей является восстановление трудоспособности в кратчайшие сроки. Поэтому акцент делается на мероприятия, направленные на ликвидацию последствий самой операции (заживление ран, рассасывание инфильтратов и гематом и т.д.).

Второй этап более длительный, причем продолжительность может сильно варьировать в зависимости от стадии заболевания. Особенностью его является происходящая реорганизация венозного оттока и восстановление функциональных нарушений в результате проведенной оперативной коррекции. Кроме того, больной возвращается в обычные условия жизни (трудовая деятельность, двигательный режим и т.д.), что, несомненно, будет сказываться на происходящих процессах.

Учитывая особенности каждого из этапов, будут отличаться объем и характер реабилитационных мероприятий.

Программа реабилитации должна предусматривать ряд компонентов [4, 8]:

- снижение отрицательных факторов внешнего воздействия;
- увеличение способности личности противостоять заболеванию;
- устранение обратимых функциональных нарушений;
- уменьшение не полностью обратимых изменений;
- адаптацию к условиям жизни.

К сожалению, к настоящему времени типовые индивидуальные планы при варикозной болезни не разработаны. Поэтому их приходится составлять самостоятельно. В программу включаются рекомендации по коррекции образа жизни, применению медикаментозного, компрессионного, физиотерапевтического лечения и ЛФК.

Реабилитационные мероприятия частично проводятся в лечебных учреждениях, частично в домашних условиях. Это должно быть отражено в индивидуальном плане и обсуждено с пациентом. Больной должен понимать, что желаемого результата можно достичь только соблюдая принцип непрерывности, который обеспечивается именно проведением домашней реабилитации, т.е. часть ответственности ложится на него самого.

Оценка эффективности реабилитации

Для оценки эффективности реабилитации у больных варикозной болезнью необходимо произвести объективную оценку произошедших морфологических и функциональных изменений. Для её стандартизации лучше использовать шкалы. В принципе, удобно с этой целью использовать раздел классификации CEAP - «V. Клиническая шкала». Выраженность каждого симптома определяется баллами. Это дает возможность оценить изменения отдельных клинических проявлений в течение реабилитации.

Субъективная оценка пациентом результатов реабилитации изучается с помо-

щью опросника по качеству жизни. Первые исследования качества жизни больных с патологией венозной системы нижних конечностей в западных странах были проведены в начале 90-х годов XX столетия [9,10]. В последующем этот показатель стал активно изучаться у больных варикозным расширением вен [11,12,13], в том числе и после оперативного лечения [14]. Первоначально исследователи в своей работе применяли общий опросник качества жизни SF-36 [10,11,12,14]. Стремление получить более детальную информацию именно у больных с заболеванием вен нижних конечностей привело к разработке специальных опросников. Первый из таких опросников (CIVIQ) был создан в Парижской лаборатории общественного здоровья профессором R. Launois [15]. Он включает четыре шкалы с дифференцированной оценкой 4 параметров: болевого синдрома, социальной и физической активности, психологических неудобств. В 1997-1998 г.г. проведено крупное международное проспективное контролируемое исследование (RELIEF-study) [16]. В нем участвовали специалисты 23 стран, в том числе российские хирурги. Исследование было посвящено изучению эффективности применения детралекса для лечения хронической венозной недостаточности. Важнейшим критерием оценки являлось изучение качества жизни. Кроме основной цели, доказательств эффективности детралекса, проведенное исследование дало ещё один важный результат. В качестве исследовательского инструмента использовался специальный опросник для изучения качества жизни больных с хронической недостаточностью (CIVIQ). Анализ результатов исследования показал, что он обладает необходимыми психометрическими свойствами – надежностью, валидностью и чувствительностью. Поэтому его стали использовать многие флебологи из разных стран [17,18].

Мы также апробировали этот опросник. Наш опыт показал, что он довольно прост для пациентов и удобен для анализа. Методика работы с ним следующая, больному предоставляется бланк опросника и он самостоятельно выбирает из предлагаемых наиболее подходящий ответ. При анализе врачу легко определить, какие проблемы беспокоят пациента. На основании полученных данных при необходимости проводится коррекция реабилитационных мероприятий.

После завершения 2 этапа послеоперационной реабилитации следует провести медико-социальную экспертизу. Суть её заключается в определении достигнутого результата, составлении долгосрочного прогноза и на основании этого выработки рекомендаций на последующие годы. Самым главным моментом этого прогноза является, кроме предположения о возможном прогрессировании венозной недостаточности, определение необходимости поддерживающей терапии в последующем.

Выводы

Варикозная болезнь является хроническим, постоянно прогрессирующим заболеванием. Ни один из способов лечения не воздействует на все этиопатогенетические факторы, даже радикальная операция не гарантирует полного избавления от патологии. Поэтому основными принципами лечения варикозной болезни в настоящее время должны быть комплексность и этапность. Комплексность подразумевает сочетание применения различных методов (оперативных и консервативных). Целесообразность такого подхода обусловлена невозможностью добиться излечения одним из них. Только рациональное сочетание всех способов лечения позволяет получить хорошие результаты. Не менее важным является принцип этапности. Он предпола-

гает рассматривать операцию только как этап лечения, после которого необходимо проведение комплекса реабилитационных мероприятий, включающих корригирующее лечение.

Мы изложили только общую схему технологии послеоперационной реабилитации больных с варикозной болезнью. Она, на наш взгляд, может быть положена в основу конкретных реабилитационных программ, разрабатываемых для этой категории пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гришин, И. Н. Возможности и перспективы амбулаторной хирургии варикозной болезни в республике Беларусь / И. Н. Гришин, В. А. Лесько, А. С. Терещенко // Белорусское общество врачей УП Артмедика [Электрон.ресурс]. – Режим доступа: <http://www.artmedica.com>. – Дата доступа: 19.11.2005.
2. К концепции медицинской реабилитации / И. Б.Зеленкевич [и др.] // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 1998. – № 1. – С. 21-28.
3. Оценка критериев жизнедеятельности и эффективности реабилитации: методические рекомендации / Л. С. Гиткина [и др.]. – Мн., 1996. – 16 с.
4. Смычек, В. Б. Основы реабилитации: курс лекций / В. Б. Смычек. – Мн., 2000. – 132 с.
5. Новик, А. А. концепция исследования качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова, П. Кайнд. – СПб.: ЭЛБИ, 1999. – 140 с.
6. Оценка качества жизни больного в медицине / А. А. Новик [и др.] // Клиническая медицина. – 2000. – № 2. – С. 10-13.
7. Salek, M. S. Health-related quality of life: a review / M. S. Salek, D. K. Luscombe // J. Drug Dev. – 1992. – Vol.5, N 3. – P. 137-153.
8. Смычек, В. Б. Индивидуальная программа больных и инвалидов / В. Б. Смычек // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 1998. – № 6. – С. 45-47.

9. A questionnaire to assess risk factors, quality of life, and use of health resources in patients with venous disease / P. J. Frank [et al.] // Eur. J. Surg. – 1992. – Vol.158. – P. 149-155.
10. Towards measurement of outcome for patients with varicose veins / A. M. Garratt [et al.] // Qual. Health Care. – 1993. – № 2. – P. 5-10.
11. The SF36 health survey questionnaire: an outcome measure suitable for routine use within the NHS? / A. M. Garratt [et al.] // B.M.J. – 1993. – Vol.29, N 306 (6890). – P.1440-1444.
12. Responsiveness of the SF-36 and a condition specific measure of health outcome for patients with varicose veins / A. M. Garratt [et al.] // Qual .Life. Res. – 1996. – N 5. – P.1-12.
13. Vanhoutte, P. M. Venous disease: from pathophysiology to quality of life / P. M. Vanhoutte, S. Corcaud, C. de-Montrion // Angiology. – 1997. – Vol.48, N 7. – P. 559-567.
14. How successful is varicose vein surgery? A patient outcome study following varicose vein surgery using the SF-36 Health Assessment Questionnaire / D. M. Baker [et al.] // Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. – 1995. – Vol. 9, N 3. – P. 299-304.
15. Launois, R. Construction and validation of a quality of life questionnaire in chronic lower limb venous insufficiency (CIVIQ) / R. Launois, J. Reboul-Marty, B. Henry // Qual. Life Res. – 1996. – N 5. – P. 539-554.
16. Jantet, C. RELIEF-study: first European consolidated data. Reflux assessment and quality of life improvement with micronized Flavonoids / C. Jantet // Angiology. – 2000. – Vol. 51, N 1. – P. 31-37.
190. Флебология: руководство для врачей / В. С. Савельев [и др.]; под ред. В. С. Савельева. – М.: Медицина, 2001. – 664 с.
17. Chronic venous disease: health status of a population and care impact on this health status through quality of life questionnaires / J. J. Guex [et al.] // Int. Angiol. – 2005. – Vol.24, N 3. – P. 258-264.
18. Przybylska, M. Varicose veins of lower limbs is a very common medical problem in developed countries and also in Poland / M. Przybylska, W. Majewski // Pol. Merkuriusz .Lek. – 2005. – Vol.18. – P.657-662.

Поступила 28.05.2007г.