

© Коллектив авторов, 2003.

И.М.Шейхет, Э.И.Давидюк, К.В.Петров, В.Н.Морозов, Е.В.Добрынин **ОПЫТ РАБОТЫ ПО ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ** **АНГИОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ, РАБОТАЮЩИХ НА** **ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОМ ТРАНСПОРТЕ**

Дорожная поликлиника ОЖД
Санкт-Петербург, Россия

Аннотация: В представленном докладе дается анализ результата диспансеризации работников железнодорожного транспорта.

Ключевые слова: диспансеризация, ангиология, железнодорожный транспорт.

В настоящее время смертность от заболеваний сердца и сосудов вышла на первое место и составляет по С.-Петербургу $\approx 63\%$. Значительную часть этой патологии составляет поражение дистальных сосудов конечностей. За последние два года к ангиохирургу обратились:

в 2001 году – 140 человек, из них заболевание артерий установлено у 58 больных;

в 2002 году – 193 человека, диагноз установлен у 72 человек;

за 9 месяцев 2003 года число обратившихся с заболеваниями артерий составило 58 человек.

В основном это люди зрелого и преклонного возраста, но имеется тенденция поражения данным заболеванием людей более молодого возраста.

Так, если в 1985 году на учете у ангиохирурга диспансерная группа на 95% состояла из людей старше 65 лет, то в 2002 году возрастное соотношение резко изменилось и составляет 65% - люди старше 60 лет, 35% - люди молодые.

В связи с внедрением современных технических методов обследования, появилась возможность диагностировать заболевание на доклиническом уровне, что дает возможность своевременно начать лечение и сохранить профессию или признать профессиональную не пригодность при поступлении на работу.

Это диагностическое исследование выполняется всем лицам старше 40 лет, поступающим на работу на железнодорожный транспорт, а также при прохождении врачебно-экспертной комиссии работающего контингента регламентированные соответствующими отраслевыми приказами.

Дуплексное сканирование сосудов дало возможность дифференцировать ХОЗАНК от других заболеваний, сопровождающихся спазмом артерий (плоскостопие, патология позвоночника и др.). За лечением в 2002 году обра-

тилось 72 человека с ХОЗАНК. По возрастным группам они представлены ниже:

От 40-50 лет – 8 чел.

От 50-60 лет – 27 чел.

Старше 60 лет – 37 чел.

В группе больных от 40 до 60 лет преобладают мужчины, что нельзя сказать о группе старше 60 лет, где соотношение полов у больных с ХОЗАНК выравнивается. Больные, страдающие ХОЗАНК, проходят обследование в условиях включающих в себя:

1. анализ крови
2. анализ мочи
3. сахар крови
4. липидограмма
5. ЭКГ
6. дуплексное сканирование артерий не реже 1 раза в год, что даёт возможность назначить лечение с учетом патологии в необходимом объеме.

При установлении ХОЗАНК впервые больные направляются в стационар для более углубленного обследования.

Алгоритм лечения в поликлинике включает в себя следующие пункты:

1. Коррекция липидного обмена с назначением диеты и препаратов нормализующих липидный обмен, в том числе никотиновая кислота, фолиевая кислота, липостабил, тыквеол, симвастатин длительными курсами.
2. Курс инфузионной и афферентной терапии: реополиглюкин В/В, пентоксифиллин в/в, актовегин в/в, никотиновая в/в, УФО-крови, ВЛОК, магнитотерапия.
3. Постоянный прием ангиопротекторов между курсами инфузионной терапии (вазонит, курантил, а также СКЛ)

На фоне проводимого лечения у 50% больных, соблюдающих рекомендации, отмечается хороший результат и на длительное время удается стабилизировать состояние. У остальных

больных, не получающих полноценное лечение по тем или иным причинам, заболевание активно прогрессирует. Больные с нарушением кровотока >40% и нарастающей ишемией конечностей направляются в стационар. Прошедшие оперативное лечение долечиваются в поликлинике.

Из группы больных, за последние 2 года, получивших оперативное лечение, у половины больных отмечен хороший результат: исчез синдром перемежающей хромоты, они стали активнее, продолжают работу по своей специальности; у четвертой части больных отмечен удовлетворительный результат - они стали проходить значительно большее расстояние до появления боли; у четверти больных результат неудовлетворительный, приведший к ампутации конечности. Большая часть оперированных больных, пенсионного возраста наблюдается в ЛПУ по месту жительства.

Диспансеризация осуществляется ангиохирургом и общими хирургами.

Лица, связанные с движением поездов, а также наиболее тяжелый контингент, прошедший оперативное лечение, наблюдаются ангиохирургом. Остальные больные этой группы - на учете у общих хирургов.

Диспансерная группа ангиологических больных представлена в таблице №1.

Таблица 1
Диспансеризация ангиологических больных

годы	ХОЗАНК		ВРВ		ПТБ, ХВН III	
	всего	ангио-хирург	всего	ангио-хирург	всего	ангио-хирург
2002	68	17	347	134	28	9
2003 (9мес)	52	19	205	67	36	15

Больные с ХОЗАНК наблюдаются хирургами по цеховому признаку.

В обязательном порядке они осматриваются ангиохирургом поликлиники. Кратность осмотра ангиохирургом зависит от степени выраженности заболевания. Не осложненные формы осматриваются 2 раза в год, оперированные больные и больные с прогрессирующими формами заболевания осматриваются не реже 4-х раз в год. Все больные получают лечение в адекватном объеме, а при отсутствии эффекта от консервативной терапии, они направляются в стационар.

Таблица 2

Эффективность проводимого лечения

Годы	ХОЗАНК			Варикозная болезнь			ПТБ, ХВН III	
	состоит	Улучшен.	Ухудшен.	Состоит	Улучшен.	Рецидив	Улучшен.	Ухудшен.
2002	68	34	10	347	297	50	14	14
2003 (9мес)	52	30	7	205	176	29	10	8

Значительную группу диспансерных больных составляют пациенты с не осложненными формами варикозной болезни. Санация этой группы больных предусмотрена отраслевым приказом. На оперативное лечение направляются больные, имеющие выраженное варикозное расширение вен, или умеренное расширение вен, сопровождающееся ХВН первой- второй степени в соответствии с отраслевым приказом по допуску к работе представителей разных профессий железнодорожного транспорта.

После оперативного лечения, выполненного в стационаре, больные возвращаются на долечивание в поликлинику, где проходят курс реабилитационного лечения (эластическая компрессия, приём флеботоников, магнитотерапия).

Лица, перенесшие оперативное лечение состоят на диспансерном учете у хирурга в течение 2-х лет и снимаются с него по выздоровлению при отсутствии рецидива заболевания.

В таблице №2 представлены данные об оперированных больных и сроках их временной нетрудоспособности.

Таблица 3

	ГОДЫ		
	2001	2002	2003 (9 мес.)
Оперировано	60	43	38
ВН в днях	21,8	22,9	24,3

Увеличение дней нетрудоспособности объясняется тяжестью заболевания оперированных больных и, как видно из таблицы сроки временной нетрудоспособности не превышают рекомендуемые (30-35 дней после операции). Сроки лечения удлиняются в группе с осложненными формами варикозной болезни.

Запущенные формы хронической венозной недостаточности третьей степени среди рабо-

тающего контингента составляют небольшое число. В основном это работники вспомогательных служб. Возрастная группа этой категории больных старше 40 лет и более 70 % из них люди преклонного возраста, 1/3 из которых сочетает в себе ХОЗАНК и ХВН III ст.

Как правило, запущенные случаи являются результатом несвоевременного направления или отказ больных с варикозной болезнью на операцию. Одной из причин является также наблюдение больных в разных лечебных учреждениях, (поликлиники по месту жительства, ведомственные ЛПУ), что сказывается на качестве лечения. Не маловажен и социальный аспект, так как лечение этой патологии длительное и дорогостоящее.

В 2002г. больных с ХВН III ст., наблюдаемых в Дорожной поликлинике было 28 человек, из них у 14 отмечались трофические язвы. В 2003г. эта группа увеличилась до 36 человек, а страдающих язвами стало 17 человек. Кроме стандартного обследования все больные проходят дуплексное сканирование вен, обследуется свертывающая система крови.

При наличии язвенного дефекта берется бактериальный посев из язвы для адекватной антибактериальной терапии. В сомнительных случаях, при длительно незаживающих язвах берется мазок-отпечаток. Случаев выявления атипических клеток не было.

Алгоритм амбулаторного лечения этой группы больных состоит из 4-х разделов соответствующих этапности заболевания.

В экссудативной фазе назначают:

1. щадящий режим
2. антибиотики широкого спектра действия
3. НПВП
4. ежедневные перевязки с применением сорбентов
5. эластическая компрессия
6. антигистаминные препараты

В фазе грануляций продолжается:

1. ограничение ходьбы
2. назначается ангиопротекторы (трентал, курантил, УФО-крови)
3. венотоники (детралекс, асклезан)
4. перевязки через 2-3 дня с применением воскопрана, метураколовой губки, куриозина.
5. эластическая компрессия
6. возможно наложение цинк-желатиновой повязки сроком до 4 недель

В фазе эпителизации назначается эластиче-

ская компрессия III класса (бандажи), продолжается лечение флеботониками и местное лечение.

IV этап –

1. оперативное лечение
2. эластическая компрессия.
3. прием флеботоников
4. «Д» наблюдение с кратностью осмотров до 4-х раз в год

Временная нетрудоспособность в этой группе колеблется от 40-60 дней и требует в дальнейшем рационального устройства пациентов.

Выводы:

Удовлетворительное качество диспансеризации работников железнодорожного транспорта объясняется:

1. Учитывая то, что при устройстве на работу, при проведении медицинского осмотра, лица, имеющие видимую сосудистую патологию, на работу связанную с движением поездов не допускаются согласно отраслевых приказов, а у работающих ранее выявления заболевания позволяет своевременно провести лечение в достаточном объеме.
2. Наличие специалистов - ангиологов в поликлинике.
3. Наличие хорошей материально-технической базы.
4. Отработанными в ЛПУ в соответствии со стандартами качества алгоритмами наблюдения и лечения данной категории больных. как в амбулаторных условиях, так и после своевременного оперативного лечения в стационаре.

Литература:

1. Введенский А.Н. Постромботическая болезнь. Л.: Медицина, 1986. 208с.
2. Савельев В.С., Кошкин В.М. Критическая ишемия нижних конечностей.-М., «Медицина», 1997.-159с.
3. Флебология: Руководство для врачей / Савельев В.С., Гологорский В.А., Кириенко А.И. и др.: Под ред. В.С. Савельева. М.: Медицина, 2001. 664с.
4. Савельев В.С., Думпе Э.П., Яблоков Е.Г. Болезни магистральных вен.-М.: Медицина, 1972. –440с.
5. Яблоков Е.Г., Кириенко А.И., Богачев В.Ю. Хроническая венозная недостаточность. – М.: изд.»Берег», 1999.-128с.
6. Амбулаторная хирургия №1(9) февраль-2003г
7. Амбулаторная хирургия №3(11) сентябрь-2003г.

Correspondence: DP_Makovetsky@other.orw.ru