**Глава IX. Диспансеризация.**

Всего обратились за лечебной помощью 3010 пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей. Из них преобладающее большинство составили лица женского пола: 2567 пациенток, что составляет 85,3% от всей популяции (Рис. 9.1). Соотношение мужчин и женщин составило 1:5,8.

Рис. 9.1: Процентное соотношение пациентов по половому признаку

Возраст пациентов колебался от 12 до 84 лет. На диаграмме (Рис. 9.2) представлена характеристика пациентов по возрастному критерию. Преобладающее число больных (77%) обратилось за лечебной помощью в возрасте 21-50 лет.

Рис. 9.2: Возрастная характеристика пациентов

Ниже представлена клиническая характеристика больных (Рис. 9.3). Внутрикожный варикоз (ретикулярные вены и телеангиэктазии) имел 241 пациент, что составляет 8% от обратившихся. Группу С2  (классификация СЕАР) составило 1220 пациентов (40,5%), С3 – 1295 (43%), С4 – 151 (5%). 103 пациента имели зажившие или открытые трофические язвы. Таким образом, соотношение лиц, обратившихся в центр по косметическим показаниям и медицинским, примерно одинаковое.

Рис. 9.3: Клиническая характеристика пациентов

Среди всех начавших склеротерапию пациентов, прервали ее по невыясненным причинам 124, что составляет 4,1%. Прошли полный курс склеротерапии 2886. Количество посещений для склерозирования вен разнилось от 2 до 7, в среднем 2,8. Интервалы между посещениями составили в среднем 2,6 дня.

После окончания основного курса лечения пациентам назначалась диспансеризация с рабочими интервалами 1, 2, 3 месяца, всего 6 месяцев. Это составляло этап активного диспансерного наблюдения, т.е. пациенту назначался и контролировался очередной визит к врачу. При неявке пациент вызывался на прием по телефону, реже письменно. При этом во время первого посещения с пациентом проводилась беседа о необходимости полугодового наблюдения и лечения, что могло гарантировать эффективность конечного результата. Пациент это подтверждал собственноручной подписью.

На первый контрольный осмотр (КО-I) через месяц явились 2540 пациентов, что составляет 88%. 346 больных не посетили специалиста по следующим причинам: удовлетворенность результатом лечения и отсутствием, по их мнению, необходимости повторного осмотра, отдаленность проживания, материальные соображения и др.

Рис. 9.4: Активность явки пациентов на диспансерные осмотры

Явились на осмотр через 2 месяца (КО-II) 2135 (73,9%), 3 месяца (КО-III) 1644 (56,9%), 4 месяца (КО-IV) 965 (33,4%), 5 месяцев – (КО-V) 644 (22,3%) пациента. Таким образом, активность посещения врача пациентами с каждым месяцем снижалась. Ультразвуковое сопровождение лечебного процесса использовалось у 143 (4,9%) пациентов. При этом часть из них являлась на первый прием уже с наличием на руках ультразвукового флебосканирования. В период активного диспансерного наблюдения потребовались дополнительные склероинъекции в неокклюзированные подкожные вены и перфоранты 856 (29,6%) больным.

Активное наблюдение и лечение сроком 6 месяцев является оптимальным периодом для достижения хороших ближайших и отдаленных результатов склеротерапии варикозных вен

По истечению 6 месяцев пациентов переводили на второй, пассивный этап диспансеризации. То есть больным рекомендовали посещение флеболога с интервалом 6 месяцев. Активность пациентов на данном этапе диспансеризации выразилась низкими цифрами: более 1 года наблюдалось 522 пациента, что составляет 17,3%. Из них посещали флеболога 2 года – 402 (77%) пациента, 3 года – 317 (60,7%), 4 года – 260 (49,8%), 5 лет – 176 (33,7%), более 5 лет (максимально 14) – 149 (28,5%).

На этапе пассивной диспансеризации проведен повторный курс склеротерапии в связи с реканализацией и неоварикозом 161 пациенту (5,6%). Направлены на оперативное вмешательство в территориальные медицинские учреждения в связи с неудовлетворительным или недостаточным результатом лечения 117 больных.

Используемая нами схема активно-пассивной диспансеризации является прообразом пожизненной диспансеризации, так необходимой больным с хроническим прогрессирующим заболеванием, каковым является варикозная болезнь. Проводимое больным этапное лечение позволяет поддерживать ноги, в лучшем случае, в здоровом и красивом состоянии, в худшем (при лечении осложненного варикоза) – обеспечить неосложненное течение заболевания, что значительно улучшает качество жизни пациентов. К сожалению, активность пациентов на различных этапах диспансеризации довольно низкая.

Однократный курс лечения и отсутствие эффективной и долгосрочной диспансеризации, несмотря на технически правильно выполненную склеротерапию, является основной причиной плохих ближайших и отдаленных результатов склеротерапии варикозных вен. Это приводит к дискредитации метода как в глазах пациентов, так и во врачебной среде.