

ВАРИКОЗНА ХВОРОБА: ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

У роботі представлено метод фізичної реабілітації (ФР) хворих на варикозну хворобу (ВХ) в післяопераційний період. Спеціальні фізичні вправи, масаж нижніх кінцівок та режим ходьби сприяли більш швидкому відновленню працездатності, покращенню фізичного стану, а також якості життя пацієнтів.

Ключові слова: варикозна хвороба, фізична реабілітація, лікувальна фізична культура, масаж.

The article presents the patients with varicose veins in the postoperative period. Correction of patients with therapeutic exercises, massages and self massage of the lower extremities, various types of walking, significantly affect the quality of life of patients with varicose veins of the lower extremities and contribute to their physical fitness.

Key words: varicose veins, physic rehabilitation, physical culture, self massage, various types of walking, quality of life.

Постановка проблеми. Варикозне розширення вен нижніх кінцівок відноситься до одного з найпоширеніших захворювань периферійних судин, відомих суспільству з давнини. За оригінальним висловом J. van der Stricht (1996), ВХ стала «платою людства за прямоходіння і вертикальний спосіб життя». За різними джерелами, 25-50 % дорослого населення страждає хронічною венозною недостатністю. У 75 % європейців віком 30-70 років діагностують телеангіоектазії та ретикулярні вени, у 25-50 % – варикозні вени, у 10- 15% – важкий варикоз, у 1 % – венозні виразки. [1, с. 19]

Поширеність хвороби переважно серед самої працездатної частини населення, значні матеріальні витрати, пов'язані з лікуванням хворих, вказують на соціальну значущість цієї проблеми, що вимагає невідкладного вирішення, адже захворювання знижує якість життя пацієнтів, починаючи від косметичних і естетичних проблем на ранніх стадіях і закінчуючи важкою інвалідизацією при розвитку трофічних порушень та виразок. [2, с. 17]

Навіть при проведенні сучасного комплексного консервативного та хірургічного лікування у 10-30 % хворих з часом знову виникають рецидиви. До того ж, після оперативних втручань при ВХ, ускладнених трофічними виразками, часто виникають гематоми, запальні інфільтрати по ходу видалених вен, а частота інфекційно-некротичних ускладнень сягає від 12,5 до 53%. Враховуючи, що класична комбінована флебектомія, яка довгі роки була основною методикою лікування ВХ, поступово уступає місце малотравматичним ендовазальним методикам лікування, актуальними залишаються питання зменшення інвазивності і травматичності втручання та скорочення термінів госпіталізації і реабілітації. [3, с. 174; 4, с. 96]

Мета дослідження – підвищити ефективність ФР хворих на ВХ в післяопераційному періоді. Завдання дослідження: вивчити та провести аналіз

літературних джерел щодо сучасних реабілітаційних методик ВХ нижніх кінцівок; обґрунтувати та розробити комплекс ФР хворих на ВХ в післяопераційному періоді; провести дослідження по ефективності застосування комплексу ФР хворих на ВХ в післяопераційному періоді. Об'єкт дослідження: комплекс ФР для хворих на ВХ в післяопераційному періоді. Предмет дослідження – вплив комплексу ФР для хворих на ВХ.

Матеріали і методи. Під наглядом знаходились хворі з першим та другим ступенем варикозного розширення вен нижніх кінцівок без трофічних порушень у віці від 45 до 60 років, які знаходились на етапі реабілітації, в стаціонарі, після оперативного втручання (ендовазальна лазерна коагуляція). Було сформовано дві групи: основна (ОГ – 12 хворих) і контрольна (КГ – 10 хворих). Комплекс обстеження включав: анамнез життя, анамнез хвороби. Клінічне обстеження починалося з оцінки скарг пацієнтів: їх наявність, локалізація і час появи, інтенсивність і тривалість; стомлюваність при фізичному навантаженні, наявність набряків, тощо. Обов'язковий комплекс передопераційного обстеження: загальний аналіз крові, біохімічний аналіз крові (загальний білок, білірубін, трансамінази, креатинін, цукор), час згортання крові, група крові і резус-фактор, загальний аналіз сечі, флюорографія грудної клітини (давність не більше 1 року), висновок стоматолога про санацію ротової порожнини, ЕКГ, огляд терапевта (для жінок – огляд гінеколога). Критеріями включення пацієнтів в дослідження були: збільшення діаметра дистальної частини нижньої кінцівки більш ніж на 1,0 см в порівнянні з іншою кінцівкою; різниця ранкових і вечірніх вимірів в області стопи і гомілки більше 1,0 см при наявності варикозного розширення підшкірних вен. Проводили вимірювання діаметрів ноги в області середини стопи і над гомілковостопним суглобом, з реєстрацією рівнів максимального приросту. Порівняльні вимірювання виконували вранці до підйому з ліжка і ввечері (після денного ортостатичного навантаження). Обов'язкове ультразвукове дослідження із кольоровим картуванням потоків крові і енергетичною доплерографією. При цьому було оцінено стан комунікантих вен та клапанного апарату, визначалась трофіка недієздатних перфорантних вен та великих притоків. Під час обстеження були промарковані місця неспроможних перфорантних вен та великих притоків. При ультразвуковому обстеженні була виключена патологія глибоких вен, що дало можливість проводити оперативне втручання на поверхневих венах. Варикозна хвороба має велику різноманітність клінічних форм, тому при виборі індивідуальної стратегії оздоровлення в післяопераційний період важливо враховувати і характер ураження, і його особливості, і стан судин. Ведення післяопераційного періоду в обох групах включало стандартні прийоми стаціонарного етапу лікування: активний режим, хода зразу ж після закінчення дії анестезії; по потребі нестероїдні протизапальні препарати 1-2 рази на добу в різних формах (капсули, ін'єкції, ректальні свічки) протягом 2-3 діб; вено тоніки, препарати каштану 3-4 тижні; фракціоновані гепарини в профілактичних дозах 4-5 діб; еластична компресія протягом 2-3 місяців. Для хворих ОГ було розроблено спеціальний комплекс вправ, всім пацієнтам проводився відсмоктуючий масаж.

При використанні кінетотерапії з першого дня після операції використовували положення лежачи, інтенсивність навантаження залежала від стану хворого, з урахуванням віку. Заняття слід починати не раніше ніж через 1,5-2 години після прийому їжі. Фізичні вправи підвищують скорочувальну здатність серцевого м'язу, посилюється кровообіг, в тому числі і периферійний, що, в свою чергу, сприяє механічному масажу стінок судин, завдяки якому вони стають більш еластичними. У крові знижується рівень холестерину, отже, і ризик утворення всередині судин кров'яних згустків – тромбів. Особлива увага приділялась проведенню масажу. Масаж всім хворим ОГ проводився з метою покращення дренажу венозної крові; зменшення набряків; зняття запалення; стимуляції трофічних процесів в тканинах. Використовувалися прийоми погладжування і вичавлювання, виконували уздовж ходу кровонесних і лімфатичних судин у напрямку від периферії до регіональних лімфовузлів, що сприяло "вичавлюванню" крові і лімфи з капілярів у вище розміщені відділи судинного русла і створення в них негативного тиску, руху крові з нижчих відділів. Прийоми масажу для кінцівки виконували в послідовності: стегно, гомілка, стопа для досягнення максимального ефекту. Такий протокол виконання масажу на кінцівках називається відсмоктувальною методикою (основи традиційної схеми виконання масажу). При виконанні масажу по Е.Воддеру використовувалися чотири базові техніки: техніка "стаціонарні кола" (Stationary Circles), "ротаційна техніка" (Rotary Technique), техніка Вітчизняна наука на зламі епох: проблеми та перспективи розвитку 217 "совкові погладжування" (Scoop Strokes), "насосна техніка" (Pump Technique). Тривалість одного сеансу масажу - 40-60 хвилин, на курс - 10-15 сеансів. Положення пацієнта – лежачи на спині, ноги підняті на 45° (вище рівня серця). Виконували також циркуляторний масаж, який не тільки надзвичайно ефективний, але і приємний. При постійному застосуванні цієї методики покращується стан шкіри, поверхневі судини стають менш помітними, хворий починає відчувати легкість в ногах, очевидною стає різниця у відчуттях до і після масажу. Після кількох сеансів болі в ногах зникають, ноги стають візуально гарнішими.

Особливості клінічного перебігу післяопераційного періоду в ОГ представлені в таблиці 1.

Таблиця 1

Динаміка суб'єктивних та об'єктивних ознак ВХ в післяопераційному періоді під впливом ФР № п/п Показники До ФР n =12 Після ФР абс % Зникли Зменш. абс % абс % 1 Болючість в ділянках післяопераційних ран 12 100 12 100 - - 2 Відчуття важкості в нижніх кінцівках, підвищена стомлюваність н/к 12 100 12 100 - - 3 Синюшність нижніх кінцівок 12 100 - - 12 100 4 Набряклість н/к, що з'являється наприкінці дня 11 91 11 100 - - 5 Відчуття печіння, нічні судоми в литкових м'язах 10 83 10 100 - - 6 Наявність косметичних дефектів н/к («судинні зірочки») 12 100 - - 12 100 7 Свербіж шкіри н/к. 10 83 10 100 - - Об'єктивні ознаки 8 Гематоми, візуальні ознаки запалення 12 100 12 100 - - 9 Деформація шкіри в місцях оперативного доступу, місцеві запальні зміни 12 100 - - 12 100 10 Набряклість, (пастозність) в дистальних відділах н/к. 12 100 12 100 - - 11 Косметичні дефекти, Гіперпігментація шкіри 12 100 10 83 2 17 12 Пальпаторна болючість шкіри та підлеглих м'яких тканин в місцях

оперативного доступу 12 100 2 17 10 83 13 Візуальна реакція на біль при змінах положення тіла та рухах, порушення ходи 12 100 12 100 - -

Повторний огляд хворих на ВХ в післяопераційному періоді через два тижні підтвердив ефективність нового комплексу позитивним перебігом захворювання. Візуальна реакція на біль при змінах положення тіла та рухах, набряклість(пастозність) в дистальних відділах нижніх кінцівках порушення ходи у 12 (100 %) хворих. Косметичні дефекти, гіперпігментація шкіри зникли у 10 (83%)хворих, зменшилися у 2 (17%) хворих.

Висновки. Проведено дослідження по ефективності застосування комплексу ФР для хворих на ВХ в післяопераційному періоді. Встановлено, що ефективне лікування та реабілітація варикозного розширення вен нижніх кінцівок можливо лише у випадку індивідуального підходу до кожного пацієнта, раціональному використанні фізичних вправ та прийомів масажу, необхідності дотримуватись здорового способу життя, режиму дня та рухової активності. Із значним покращенням та покращенням в ОГ післяопераційний період Вітчизняна наука на зламі епох: проблеми та перспективи розвитку 218 завершили 11 (91%) хворих. Лікувальна гімнастика, масаж та самомасаж нижніх кінцівок, різні види ходьби, особливо скандинавська ходьба, істотно впливають на якість життя пацієнтів з варикозним розширенням вен нижніх кінцівок та сприяють підвищенню їх фізичної працездатності.

ДЖЕРЕЛА ТА ЛІТЕРАТУРА

1. Венгер І. К. Основні причини формування рецидиву варикозної хвороби вен нижніх кінцівок після хірургічного лікування / І. К. Венгер, М. В. Чорненький, С. Я. Костів, В. В. Запорожець, В. В. Гнатко // Шпитальна хірургія. – 2011. – № 2. – С. 18-23.

2. Куликова А.Н. Эволюция хирургических и эндовазальных методов коррекции стенового венозного рефлюкса у больных с варикозной болезнью нижних конечностей / А. Н. Куликова, Д. Р. Гафурова // Клиническая медицина. – 2013. – Т. 91, № 7. – С. 13-17.

3. Шаповалова В.А. Спортивна медицина і фізична реабілітація: Навч. посібник / В. А. Шаповалова, В. М. Коршак, В. М. Халтагарова, І. В. Шимеліс, Л. І. Гончаренко. – К.: Медицина, 2008. – С. 174-188.

4. Філак Я.Ф. Масаж і нетрадиційний масаж: підручник / Я.Ф. Філак, Ф.Г. Філак. – Ужгород: ФОП Сабов А.М., 2015. – 336 с.