МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

ДВНЗ «УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

КНП «ЦЕНТР СПОРТИВНОЇ МЕДЦИНИ, САНОЛОЛОІЇ ТА ФІЗИЧНОЇ

РЕАБІЛІТАЦІЇ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ»

**ПРОФЕСІЙНІ КОМПЕТЕНТНОСТІ**

**ФАХІВЦІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА**

**ЕРГОТЕРАПІЇ: ІННОВАЦЙНІ ПІДХОДИ**

**Матеріали П науково-практичної конференції**

**з міжнародною участю**

**21-22 жовтня 2021 року**

Ужгород - 2021

**ОСОБЛИВІСТЬ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ**

**НА ВАРИКОЗНУ ХВОРОБУ**

**Мальцева О. Б., Андріїв О.В., Пантьо В.І.**

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород,

ТОВ «Медичний центр Діамед», м. Ужгород,

Некомерційне комунальне підприємство «Ужгородська районна поліклініка»Ужгородської районної ради.

**Ключові слова:**варикозна хвороба, методики фізичної реабілітації.

**Вступ.** Варикозним розширенням вен страждає 15-17% дорослого населення України, кількість тільки зареєстрованих хворих складає біля 1,5 мільйона громадян. За деякими оцінками, у 25% жінок та 10% чоловіків розвивається варикозне розширення вен, а в 1 - 2 % випадків, варикозна хвороба (ВХ) нижніх кінцівок ускладнюється утворенням трофічних виразок. Трофічні виразки все частіше зустрічаються у осіб працездатного віку. Варикозне розширення вен нижніх кінцівок - професійна хвороба вчи­телів, хірургів, верстатників - усіх, хто тривалий час змушений перебувати у вертикальному статич­ному положенні. Низький соціальний рівень та медична культура населення призводять до пізнього звернення пацієнтів за допомогою. В результаті формується тривала тимчасова (80-100%) втрата працездатності. Захворювання знижує якість життя пацієнтів, починаючи від косметичних і естетичних проблем на ранніх стадіях, і закінчуючи важкою інвалідизацією при розвитку трофічних порушень та виразок.

Поширеність хвороби переважно серед самої працездатної частини насе­лення, значні трудові й матеріальні витрати, пов'язані з лікуванням і частою інвалідністю хворих, указує на соціальну значущість цієї проблеми, що вимагає невідкладного вирішення [1,2].

Тривалість лікування, тяжкість клінічних проявів, значні функціональні, органічні та косметичні порушення, високий відсоток тимчасової втратити працездатності й інвалідизації хворих вимагають подальшого вивчення даної патології та пошуку нових методів хірургічного, консервативного та реабілітаційного лікування [3, 4].

**Мета** **дослідження.** Підвищити ефективність фізичної реабілітації (ФР) хворих на варикозну хворобу (ВХ) в післяопераційному періоді.

**Матеріали та методи.** Під наглядом знаходились 12 пацієнтів ВХ, що проходили післяопераційний етап реабілітації. Клінічне обстеження: оцінка скарг пацієнтів на ознаки порушень функції вен (їх наявність, локалізація, час появи, інтенсивність і тривалість; стомлюваність при фізичному навантаженні, наявність набряків, тощо). Загальний аналіз крові, біохімічний аналіз крові (загальний білок, білірубін, трансамінази, креатинін, цукор), час згортання крові. Проби: маршова проба Дельбе – Пертеса, триджгутова проба  Шейніса, двобинтова проба Пратта-2, проба Тальмана, проби Троянова - Тренделенбурга і Гаккенбруха, проба Вальсальви. Функціонально-динамічна флебоманометрія, ультразвукове дослідження.

В комплексі ФР хворих із ВХ використовувались такі засоби: стандартне (для післяопераційного періоду) медикаментозне лікування, а також, з метою покращення лімфодренажної функції, венозного відтоку, впливу на мікроциркуляторне русло – лікувальна фізична культура (ЛФК), самомасаж, гідропроцедури (контрастні ванночки для ніг). Носіння спеціального анти варикозного трикотажу.

З метою зменшення болю, покра­щення трофіки ніг, збільшенні сили нижніх кінцівок, зменшення гіпертонусу м'язів нижніх кінцівок (НК), зняття набряків, судом, хворим було рекомендовано проводити ранковий комплекс вправ ЛФК, щодня, тривалістю 10-15 хв, повільно збільшуючи тривалість заняття. Важливим фактором застосування було поєднання вправ ЛФК із самомасажем. Пацієнти застосовували також ходьбу босоніж, обтирання холодною водою. Основні прийоми методики ходьби босоніж: ходьба по піску, по гальці, по колючому настилу, м'якому настилу (підви­щуються силові можливості м'язів нижніх кінцівок). У самостійні заняття включали нескладні спеціальні та загальнорозвиваючі вправи в домашніх умовах. Після заняття пацієнтам було рекомендовано відпочивали з високо піднятим нижнім кінцем ліжка.

Прийоми самомасажу ВХ (поверхнево-площинне погладжування, окремі прийоми масажу по Е. Воддеру, циркуляторний масаж) використовувались з метою покращення кровообігу, зменшення (або ліквідації) набряків та втоми, підвищення тонусу та покращення самопочуття. Тривалість одного сеансу - 30 хвилин, на курс 15 сеансів.

**Результати досліджень**. До початку відновлювального періоду всі 12 (100%) хворих на ВХ скаржились н**а** болючість в ділянці післяопераційної рани, важкість в нижніх кінцівках, відчуття підвищеної втомлюваності в ногах, синюшність ніг, косметичні дефекти нижніх кінцівок, «судинні зірочки». У 80% (10 хворих) випадків пацієнтів турбували відчуття печіння, нічні судоми в литкових м'язах, набряклість нижніх кінцівок, що з'являються наприкінці дня, свербіж шкірних покривів нижніх кінцівок.

Об'єктивний огляд хворих підтвердив важкість перебігу ВХ. У 12 (100%) хворих об'єктивно відмічались: візуальна реакція на біль при змінах положення тіла та рухах, порушення ходи, гематоми, візуальні ознаки помірного запалення та деформації шкіри в місцях оперативного доступу, набряклість (пастозність) в дистальних відділах нижніх кінцівок, косметичні дефекти та гіперпігментація шкіри. Пальпаторно була зафіксована болючість шкіри та підлеглих м'яких тканин в місцях оперативного доступу.

Повторне обстеження хворих через 20 днів показало: скарги на болючість у ділянках післяопераційних ран, відчуття важкості та підвищення втомлюваності нижніх кінцівок, набряклість наприкінці дня, відчуття печіння, нічні судоми в литкових м'язах та свербіж шкіри нижніх кінцівок зникли повністю (100%).

Повторний об’єктивний огляд хворих: візуальна реакція на біль при змінах положення тіла та рухах, набряклість (пастозність) в дистальних відділах НК, порушення ходи зникли у 12 (100 %) хворих. Косметичні дефекти зникли у 10 (83%) хворих, зменшилися у 2 (17%) хворих. Синюшність шкіри та косметичні дефекти не зникли, але зменшилися у 12 (100%) хворих. Із значним покращенням та покращенням курс реабілітації завершили 11 (91%) хворих.

**Висновки** з проведеного дослідження. Обгрунтовано та розроблено комплекс ФР хворих на ВХ в післяопераційному періоді. Встановлено, що ефективне лікування та реабілітація ВХ нижніх кінцівок можливо лише у випадку індивідуального підходу до кожного пацієнта, раціональному використанні всіх засобів ФР, необхідності дотримуватись здорового способу життя, режиму дня та рухової активності. ЛФК, самомасаж нижніх кінцівок, різні види ходьби, особливо скандинавська ходьба, істотно впливають на якість життя пацієнтів та сприяють підвищенню їх фізичної працездатності.

**Література:**

1.Ковальчук Л.Я., Венгер І. К., Гощинський В.Б. Клінічна флебологія Тернопіль,  «Укрмедкнига». – 2009. – 288 С.

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

3.Хірургія. За редакцією Л.Я. Ковальчука. Тернопіль, ТДМУ «Укрмедкнига».-2010.-С.244-258.

4.В.І.Паламарчук, В.А.Ходос, В.А.Черняк, В.М.Криса Алгоритм сучасних лікувальних технологій в амбулаторній хірургії варикозної хвороби нижніх кінцівок // *Клінічна хірургія.-* 2013.- №2.-С.36-40.

5.Філак Я.Ф., Філак Ф.Г. Масаж і нетрадиційний масаж: підручник Ужгород: ФОП Сабов А.М.- 2015. – 336 С.

6.Герцин А.М. До проблеми управління реабілітаційним процессом // *Врачебное дело*, 2016.- №1 – 2.- С.142 – 147.