



УДК 615.825+615,83/616.14 – 007.64

Основні напрямки фізіотерапії варикозної хвороби вен нижніх кінцівок на поліклінічному етапі реабілітації

Доцент Білоусова Л.Г.¹, ст. викладач Орщацька Н.В.²

¹ДУ ІЗНХ ім. В.Т. Зайцева НАМНУ

²Харківський державний університет радіоелектроніки

Мета: визначити основні підходи до призначення методів апаратної фізіотерапії і бальнеотерапії у комплексному лікуванні хворих з хронічною венозною недостатністю нижніх кінцівок на поліклінічному етапі реабілітації.

Матеріал і методи дослідження: аналіз науково-методичної літератури з проблеми реабілітації хворих з хронічною венозною недостатністю нижніх кінцівок.

Результати дослідження: систематизовані основні напрямки призначення методів фізіотерапевтичного лікування і профілактики рецидиву варикозної хвороби вен нижніх кінцівок на поліклінічному етапі реабілітації.

Висновки: результати дослідження можуть бути використані при складанні комплексної програми фізичної реабілітації хворих з варикозною хворобою вен нижніх кінцівок на поліклінічному етапі реабілітації.

Ключові слова: варикозна хвороба, фізіотерапія, поліклінічний етап.

Цель: определить основные подходы к назначению методов аппаратной физиотерапии и бальнеотерапии в комплексном лечении больных с хронической венозной недостаточностью нижних конечностей на поликлиническом этапе реабилитации. **Материал и методы исследования:** анализ научно-методической литературы по проблеме реабилитации больных с хронической венозной недостаточностью нижних конечностей. **Результаты исследования:** систематизированы основные направления назначения методов физиотерапевтического лечения и профилактики рецидива варикозной болезни вен нижних конечностей на поликлиническом этапе реабилитации. **Выводы:** результаты исследования могут быть использованы при составлении комплексной программы физической реабилитации больных с варикозной болезнью вен нижних конечностей на поликлиническом этапе реабилитации. **Ключевые слова:** варикозная болезнь, физиотерапия, поликлинический этап.

Purpose: to determine the main approaches to the appointment of methods of apparatus physiotherapy and balneotherapy in the complex treatment of patients with chronic venous insufficiency of the lower extremities at the out-patient stage of rehabilitation. **Material and methods of research:** analysis of scientific and methodological literature on the problem of rehabilitation of patients with chronic venous insufficiency of the lower extremities. **Results of the study:** the main directions of the appointment of methods of physiotherapeutic treatment and prevention of recurrence of lower extremities varicose veins at the out-patient stage of rehabilitation are systematized. **Conclusions:** the results of the study can be used to compile a comprehensive program of physical rehabilitation of patients with lower extremities varicose veins at the out-patient stage of rehabilitation. **Keywords:** varicose disease, physiotherapy, out-patient stage





Вступ. Відомо, що хронічна венозна недостатність – це симптомокомплекс, що виникає внаслідок природженої або набутої недостатності клапанного апарату поверхневих або глибоких вен нижніх кінцівок [1]. Спеціалісти-флебологи [5; 16] стверджують, що основними причинами хронічної венозної недостатності є варикозна хвороба вен нижніх кінцівок і посттромбофлебітичний синдром. Варикозна хвороба, на думку флебологів [5], є одним із найпоширеніших захворювань венозної системи і спостерігається у 17-25% населення, переважно у осіб молодого та середнього працездатного віку, що може привести до стійкої інвалідизації при неповноцінному лікуванні.

Спеціалісти [5; 17] вважають, що лікування хронічної венозної недостатності при варикозній хворобі – це процес хронічний і багато комплексний, при якому важливо чергувати різні методи консервативного та хірургічного лікування. Основною консервативної та хірургічної терапії варикозної хвороби вен, на їх думку, є усунення хронічної венозної недостатності, профілактика рецидивів захворювання, ліквідація можливих ускладнень, підвищення працездатності та якості життя хворої людини [7; 16]. При консервативному лікуванні варикозної хвороби вен нижніх кінцівок основними провідними ланками є компресійна і медикаментозна терапія разом з фізіотерапією і лікувальною фізичною культурою [19], що і зумовило узагальнити основні напрямки до призначення сучасних фізіотерапевтичних методів лікування і профілактики ускладнень та рецидивів варикозної хвороби.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Роботу виконано згідно пріоритетного тематичного напряму 4.48.3. «Медико-біологічне обґрунтування проведення відновлювальних заходів і призначення засобів фізичної реабілітації особам молодого віку різного ступеня тренуваності». Номер державної реєстрації – 0116U004081.

Мета дослідження: визначити основні підходи до призначення методів апаратної фізіотерапії та бальнеотерапії у комплексному лікуванні хворих з хронічною венозною недостатністю нижніх кінцівок на поліклінічному етапі реабілітації.

Матеріал і методи дослідження. Теоретичний аналіз наукової та науково-методичної літератури з проблеми фізичної реабілітації хворих з хронічною венозною недостатністю нижніх кінцівок.

Результати дослідження. Дослідженнями ряду авторів [5] доведено, що варикозна хвороба вен нижніх кінцівок характеризується «порушеннями відтоку крові в поверхневій венозній системі внаслідок патологічних рефлюксів та дисфункцій м'язово-венозної помпи нижніх кінцівок». Більшість спеціалістів флебологів [1; 5] стверджують, що виникнення і розвиток варикозної хвороби вен нижніх кінцівок обумовлений одночасним впливом природжених та набутих факторів ризику і детермінуючих факторів, які викликають венозну гіпертензію, зниження тону вен та затруднення відтоку венозної крові. До таких чинників виникнення і розвитку варикозної хвороби відносять спадковість, вагітність, ожиріння, спосіб життя й характер роботи, дисгормональний стан [16].

У клінічному перебігу варикозної хвороби флебологи [5] виділяють три стадії





– компенсації, субкомпенсації та декомпенсації.

На першій стадії хвороби виражених розладів венозного відтоку в кінцівці не виявляють, в стадії субкомпенсації хворі відчувають непостійний біль у ділянці гомілки та відмічають мінущі набряки при тривалому перебуванні на ногах. На стадії декомпенсації хворі скаржаться на постійне відчуття важкості в ногах, швидку стомлюваність, тупий біль, набряки та появу різноманітних ускладнень: болючий шкірний свербіж, значно виражене розширення вен, пігментацію шкіри, гемосидероз, дерматосклероз, суха або мокнуча екзема, трофічні виразки гомілки, флебіт, тромбофлебіт, кровотечі [7; 9].

На думку більшості спеціалістів-флебологів та реабілітологів [1; 10; 11], лікування варикозної хвороби та профілактика її ускладнень мають бути комплексним і спрямованим на усунення патогенетичних механізмів (клапану недостатність вен), зовнішніх проявів хвороби (варикозне розширення вен) та, по можливості, корекцію факторів ризику (схильності). Більшість авторів [1; 5; 9] рекомендують застосовувати в тому чи іншому поєднанні всі три методи лікування: консервативне, флебосклерозування та різноманітні методи хірургічного втручання.

Але результати клінічного досвіду хірургів-флебологів [5; 14], проведеного після радикального хірургічного втручання, свідчать про необхідність призначення післяопераційних реабілітаційних заходів (лікувальної фізичної культури, фізіотерапії, компресійної терапії тощо) у зв'язку з прогресуючим характером перебігу хронічної венозної недостатності нижніх кінцівок.

Завданнями консервативного та післяопераційного лікування варикозної хвороби нижніх кінцівок, згідно досліджень Чернихи Л.М., Міщалова В.Г., Нікульникова П.І. із співавтор., 2005, є:

- усунення чинників ризику (корекція способу життя, раціональне харчування та працевлаштування);
- покращення флебогемодинаміки (еластична компресія, лікувальна фізична культура, фізіотерапевтичні процедури);
- корекція порушень мікроциркуляції крові та лімфотоку (медикаментозна терапія, фізіотерапія, лікувальна фізична культура, компресійна терапія, лікувальний масаж);
- усунення запальних реакцій (фізіотерапія, медикаментозна терапія) [1].

Як показує клінічний досвід роботи флебологів та реабілітологів [5; 11; 15] основними складовими консервативної та післяопераційної терапії патогенетичних розладів хронічної венозної недостатності є медикаментозна терапія, компресійна терапія, фізіотерапія та лікувальна фізична культура.

Згідно досліджень ряду флебологів [1; 5] компресійна терапія показана при хронічній венозній недостатності будь-якого ступеня незалежно від етіології. Абсолютних протипоказань до неї нема, за винятком відносного протипоказання – наявності хронічного облітеруючого захворювання артерій нижніх кінцівок при регіонарному систолічному тиску у задній великогомілковій артерії нижче 80 мм.рт.ст. [5]. З метою компресійного лікування флебологи [5; 8] рекомендують використовувати еластичні бинти трьох класів різної розтяжності, а також виробити





з еластичного трикотажу чотирьох класів (гольфи, панчохи колготи), які підбирають індивідуально для кожного хворого, в залежності від конкретних клінічних ознак та ступеня належної компресії.

Завданням фізіотерапії і лікувальної фізичної культури, які призначають на початкових стадіях розвитку варикозної хвороби з метою профілактики її можливих ускладнень, а також після хірургічних втручань з метою попередження рецидиву хвороби та післяопераційних ускладнень, на думку реабілітологів [2; 11; 15] є:

- усунення запальних явищ, набряку та гіпоксії тканин гомілки;
- ліквідація больового синдрому;
- покращення тканевої мікроциркуляції;
- стимуляція венозного відтоку крові та лімфотокую;
- профілактика флебіту, тромбофлебіту і посттромбофлебітичного синдрому, трофічних виразок;
- усунення післяопераційних гематом та інфільтратів;
- підвищення працездатності та якості життя.

Із широкого арсеналу фізіотерапевтичних чинників фізіотерапевти і реабілітологи [3; 12; 13] рекомендують призначати хворим той чи інший метод апаратної фізіотерапії та бальнеотерапії в залежності від стадії варикозної хвороби, методу лікування, індивідуальних особливостей хворої людини, супутньої соматичної патології та поставлених вищеперерахованих завдань. Серед фізіотерапевтичних чинників, які здатні покращувати та стимулювати мікроциркуляцію, венозний відток крові та лімфоток, прискорювати регенерацію трофічних розладів та які можливо використовувати в комплексі консервативного лікування, а також у післяопераційному періоді, фізіотерапевти [3; 6; 12] виділяють наступні фізіотерапевтичні методи:

- лікарський електрофорез з використанням флеботоніків, гіпокоагулянтів, ферментів, дезагригантів (детралюкс, гепарин, трентал, трипсин, хімотрипсин, лідаза, йодид калію, антибіотики тощо). Лікарський електрофорез можливо призначати на всіх стадіях варикозної хвороби, особливо при наявності таких ускладнень, як трофічні виразки, флебіт, тромбофлебіт, посттромбофлебітичний синдром. Подразнення гальванічним струмом шкірних рецепторів активізує крово-, лімфообіг, покращує трофічні процеси в тканинах гомілки, а лікарські препарати забезпечують специфічну дію на тлі гальванічного струму [2; 4];

- електричне поле УВЧ у терапевтичних дозах знижує судинний тонус, значно розширює капіляри, покращує регіонарний кровообіг, сприяє утворенню колатералей, прискорює лімфодинаміку, розсмоктує післяопераційні інфільтрати, призводить до посиленого метаболізму і прискоренню регенеративних процесів у тканинах гомілки [9; 17]. Електричне поле УВЧ надає протизапальну бактерицидну, антиспастичну, трофічну, репаративну та імуностимулюючу дії [18]. Призначають продольну (при тромбофлебіті поверхневих вен) і поперечну (при тромбофлебіті глибоких вен) методики в оліготермічному дозуванні, тривалістю процедури до 10 хв., на курс лікування 8-10 процедур [9]. Протипоказаннями до УВЧ-терапії є загальними та гіпотонія [18];





- магнітотерапія, лікувальна дія змінного магнітного поля низької частоти обумовлена нормалізацією регіонарного кровообігу, поліпшенням та прискоренням мікроциркуляції у тканинах гомілки, гіпокоагуляційним, протизапальним і болезаспокійливим ефектами. В останні роки метод змінної магнітотерапії низької частоти успішно використовують не тільки при консервативному методі лікування варикозно розширених вен нижніх кінцівок, а і після хірургічного втручання – венектомії, після якої часто діагностується наявність довготривалих гематом і хворобливих інфільтратів [2; 9]. Протипоказаннями до магнітотерапії є загальні та наявність у нижніх кінцівках металевих конструкцій;

- дарсонвалізація відома як метод консервативної терапії варикозної хвороби, яка стимулює регіонарний кровообіг. Дія високочастотними імпульсними струмами високої напруги і малої сили обумовлює посилення циркуляції крові в судинах, поліпшує трофіку тканин гомілки, стимулює метаболічні процеси, значно знижує свербіж шкіри над розширеними венами та надає антиспастичний ефект, що сприяє зменшенню та усуненню больового синдрому і появи парестезій та свербіжу. Використовують лабільну методику, діючи скланим електродом по поверхні шкіряних покровів по ходу варикозного розширення вен. Інтенсивність напруги регулюється за відчуттям хворої людини від слабкої до середньої, загальна тривалість процедури до 10-15 хв., на курс лікування 15-20 процедур. Протипоказаннями до призначення дарсонвалізації хворим є загальні та наявність значних розладів шкірної чутливості [18];

- метод лазерної терапії заснований на впливі електромагнітних хвиль оптичного діапазону. Лазерне опромінювання тканин гомілки сприяє покращенню мікроциркуляції, зниженню набряку тканин, стимуляції регенерації трофічних виразок. Для консервативного лікування трофічних виразок гомілки використовують гелій-неонове лазерне опромінювання з довжиною хвилі 632 нм на відстані 80 см. від виразки; тривалість процедури до 5 хв. на одне поле; курс лікування 10-15 процедур [4];

- магнітно-лазерна терапія – сполучення постійного магнітного поля (ПМП) з лазерним опромінюванням в інфрачервоній області. Дослідження ряду авторів [9; 12] вказують на позитивний вплив ПМП на мікроциркуляцію, підвищення рівня вільного гепарину, зменшення антигепаринової активності крові та прискорення фібринолізу під впливом ПМП. При проведенні процедури опромінюють підколінну ділянку (64 с.) пахову ділянку (128 с.) і зону проєкції печінки (128 с.) [4; 9].

- з метою профілактики рецидиву варикозної хвороби та попередження її ускладнень фізіотерапевти [2; 17] рекомендують призначати хворим в умовах поліклініки або санаторію загальні радонові ванни, лікувальна дія яких проявляється позитивним впливом на тонус судин, покращенням венозного відтоку крові та лімфотоку, що пов'язане, на думку Савельєвої Ю.Л., 2008, зі зменшенням венозної гіпертензії, та проявляється відчуттям легкості у кінцівках, зменшенням набряку гомілки. Призначають загальні радонові ванни з концентрацією 40-80 нкі/л при температурі води 35-35°С, тривалістю процедури від 8 до 15 хв., на курс – 10-12 процедур [14];





- загальні мінеральні хлоридно-натрієві ванни значно підвищують венозний тонус, покращують окисні процеси у тканинах гомілки, посилюють кровообіг, нормалізують діяльність ЦНС, справляють безбеспокійливу, протизапальну, гіпосенсибілізуючу дію [17]. Призначають хлоридно-натрієві ванни з розчином солі слабої (10-20г/л) та середньої (20-40 г/л) концентрації, тривалістю процедур 8-10 хв., на курс 10-15 процедур. Призначають радонові та хлоридно-натрієві ванни на початкових стадіях варикозної хвороби і в післяопераційному віддаленому періоді для профілактики рецидиву. Протипоказаннями до призначення ванн є загальні та наявність ускладнень варикозної хвороби (гострий період тромбофлебіту, рецидивуючого тромбофлебіту, довготривалі трофічні виразки);

- для профілактики і лікування трофічних розладів на тлі хронічної варикозної недостатності на початкових стадіях варикозної хвороби вен нижніх кінцівок Лук'яненко Т.В., 2011, рекомендує призначати грязеві аплікації на кінцівку при температурі грязі 38-40°С на 15-20 хв., чергуючи їх зі загальними ваннами. Грязеві процедури покращують кровообіг, активізують обмін речовин, трофічні процеси та оксигенацію тканин кінцівки [9; 12]. Таким чином, широкий арсенал сучасних фізіотерапевтичних чинників відкриває на думку реабілітологів [10; 11; 15], значні можливості щодо застосування з урахуванням стадії хвороби, методу лікування, супутньої соматичної патології тих чи інших методів фізіотерапії індивідуально для кожного хворого.

Висновки.

1. Аналіз сучасної науково-медичної літератури свідчить про значне розповсюдження серед осіб працездатного віку варикозної хвороби вен нижніх кінцівок, що потребує комплексного підходу до призначення засобів фізичної реабілітації у лікуванні та профілактики рецидиву захворювання.
2. Визначено наявність широкого арсеналу методів апаратної фізіотерапії та бальнеотерапії, які можуть використовуватися як у комплексі консервативного лікування варикозної хвороби вен нижніх кінцівок, так і після хірургічних втручань.
3. Клінічний досвід спеціалістів-флебологів і реабілітологів свідчить про те, що фізіотерапевтичні методи в комплексному лікуванні варикозної хвороби повинні бути спрямовані на стабілізацію та усунення зовнішніх клінічних проявів хвороби та її трофічних розладів, а також на ліквідацію післяопераційних ускладнень і профілактику рецидиву хвороби.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з науковим обґрунтуванням комплексної програми фізичної реабілітації хворих молодого віку з початковими стадіями варикозної хвороби вен нижніх кінцівок в умовах поліклініки.

Список використаної літератури

1. Асоціація судинних хірургів України, Асоціація кардіологів, судинних та серцевих хірургів м. Києва (2005), *Український Консенсус з лікування пацієнтів з варикозною хворобою нижніх кінцівок*, Київ.
2. Белоусова, Л.Г., Ананьева, Т.Г., Оршацька, Н.В. (2008), "Комплексная





- физическая реабилитация после венэктомии на санаторном этапе", *Слобожанський науково-спортивний вісник*, №2, С. 99-103.
3. Боголюбов, В.М. (2009), *Физиотерапия и курортология*, Биноль, Москва.
 4. Боголюбов, В.М. (2012), *Техника и методика физиотерапевтических процедур. Справочник*, Бином, Москва.
 5. Бондарев, В.І., Бондарев, Р.В., Васильев, О.О., Верхулецкий, І.Є., Герасименко, Є.О., Елін, А.Ф., Кабанова, Н.В., Кондратенко, П.Г., Конькова, М.В., Міміношвіді, О.І., Смирнов, М.Л., Соколов, В.В., Фомін, П.Д. (2009), *Хірургія*, за ред. проф. П.Г. Кондратенко, Медицина, Київ.
 6. Быковская, Т.Ю., Кабарухин, А.Б., Семенов, Л.А., Козлова, Л.В., Козлов, С.А., Бесараб, Т.В. (2010), *Виды реабилитации. Физиотерапия. ЛФК. Массаж*, Феникс, Ростов н/Д.
 7. Гавриленко, Л.В., Вахрастьян, П.Б. (2005), "Рецидив варикозного расширения вен нижних конечностей", *Хирургия*, №2, С. 65-72.
 8. Захараш, М.П. (2006), *Хірургія*, Медицина, Киев.
 9. Лукьяненко, Т.В. (2011), *Здоровые суставы, сосуды и мышцы*, Харьков – Белгород.
 10. Мухін, В.М. (2008), *Фізична реабілітація*, Олімпійська література, Киев.
 11. Пешкова, О.В. (2011), *Фізична реабілітація при захворюваннях внутрішніх органів*, Харків.
 12. Пономаренко, Г.Н. (2005), *Частная физиотерапия*, Медицина, Москва, С. 580-690, ISBN: 5-225-04676-2
 13. Попов, С.Н. (2005), *Физическая реабилитация*, Феникс, Ростов н/Д.
 14. Савельева, Ю.А. (2008), *Варикозное расширение вен*, РИПОЛ классик, Москва.
 15. Таможанська, Г.В., Сінайській, Є. (2016), "Лікувальна фізична культура в комплексній реабілітації хворих при варикозному розширенні вен на санаторному етапі", *Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології*, № 2, С. 96-99.
 16. Тураев, П.И. (2005), *Хроническая венозная недостаточность и трофические язвы нижних конечностей*, Нова книга, Винница.
 17. Федорів, Я.-Р.М. (2004), *Основи фізіотерапії*, Видавничий дім «НАУТІЛІУС», Львів.
 18. Яковенко, Н.П., Самойленко, В.Б. (2011), *Фізіотерапія*, ВСВ «Медицина», Київ.
 19. Бісмак, О.В. (2017), "Лікувальна фізична культура у фізичній реабілітації хворих на варикозне розширення вен", *Міжнародний науковий журнал "Науковий огляд"*, Т. 9. № 4, С. 14-32.

Відомості про авторів

Білоусова Лідія Григорівна, канд. мед. наук, доцент, зав. фізіотерапевтичним кабінетом ДУ ІЗНХ ім. В.Т. Зайцева НАМН України
E-mail: smbahdafk@ukr.net





Орщанька Наталя Володимирівна старший викладач кафедри фізичного виховання і спорту Харківського національного університету радіоелектроніки
E-mail: d_pht@nure.ua
ORCID.ORG/0000-0003-2209-2957

Стаття надійшла до редакції: 11.12.2017 р.
Опубліковано: 22.12.2017 р.

