

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ ВАРИКОЗНІЙ ХВОРОБІ ТА ТРОМБОФЛЕБИТІ

В.І. Перевертайло, Т.В. Плужнікова

Полтавський національний педагогічний університет імені В.Г.Короленка

Варикозне розширення вен – це роздуті, розширені та покручені вени, які зазвичай виникають на ногах, а саме на гомілках. Варикозне розширення вен може мати синій або темно-фіолетовий колір, бути звитим, набряклим і виступати над поверхнею шкіри.

Варикозно-розширеними венами можуть стати будь-які поверхневі вени. Найчастіше уражаються вени на ногах, оскільки стояння та ходьба підвищують кров'яний тиск у венах нижньої частини тіла.

Багато хто хоче отримати вичерпну відповідь на питання, чи потрібно лікувати варикоз. Дане захворювання часто має хронічний характер. Сучасні методи лікування не завжди можуть повністю позбавити пацієнта від судинних проблем. Варикозне розширення вен найкраще не видалити безслідно, а обмежити розвиток захворювання і уникнути виникнення серйозних ускладнень (трофічних виразок, захворювань, що призводять до інвалідності та смерті).

Лікарі, які займаються лікуванням захворювань вен (флебологи, судинні хірурги), рекомендують вибрати оптимальну тактику боротьби з цією проблемою і закликають розуміти, що варикозне розширення вен – це захворювання, яке вимагає тривалого лікування [1, с. 50].

Тромбофлебіт – це запалення стінок поверхневих вен, що супроводжується утворенням тромбів. Найчастіше в процес втягуються органи малого таза і ноги. Розвиток захворювання може мати небезпечні для життя наслідки. Лікування тромбофлебіту не можна відкладати. Тромбофлебіт пов'язаний із запаленням стінки судини. У порожнині кровоносних судин утворюється тромб. Захворювання може вражати кінцівки (як нижні, так і верхні), органи малого тазу, грудну клітку і шию. Термін «тромбофлебіт» використовують при ураженні поверхневих підшкірних вен. Коли тромбоз вражає глибокі вени, це називається флеботромбозом. Флебіт діагностується, коли стінка судини запалена без тромбу.

У фазі загострення початкової стадії тромбофлебіт поверхневих вен лікується амбулаторно. Якщо захворювання не розвинулося, пацієнт може вести активний спосіб життя. Призначаються протизапальні засоби, застосовуються креми-антикоагулянти, ангіопротектори. Для цього призначений пакет з льодом.

Лікування тромбофлебіту проводиться в стаціонарі, якщо є велике ураження поверхневих вен.

Гострий, швидко прогресуючий тромбоз потребує хірургічного лікування. Під час операції судинний хірург видаляє ділянку вен із згустками крові та, можливо, тромбовані ділянки. У легких випадках операція проводиться за допомогою ін'єкцій або лазерного випромінювання.

Прогноз варикозного розширення вен сприятливий на все життя. Проте у 20–50% пацієнтів працездатність втрачається або обмежується у фазі декомпенсації. Розвитку захворювання сприяють плоскостопість, ожиріння і неправильне харчування. Це захворювання провокується сильним навантаженням на стопи, особливо у людей із зайвою вагою. Слабкі стінки вен також сприяють розвитку варикозного розширення вен, що вказує на слабкість м'язів ніг [2, с. 76].

Загальноновизнаною є роль лікувальної фізичної культури в лікуванні, особливо в профілактиці варикозного розширення вен. Проте методика використання лікувальної гімнастики та інших форм лікувальної фізичної культури ще недостатньо розроблена. Багато питань є спірними та незрозумілими щодо тактики застосування відновлюючих засобів після важких фізичних навантажень у спорті, особливості яких можуть сприяти розвитку варикозного розширення вен [2, с. 36].

Розширення венозної порожнини відбувається за рахунок підвищення внутрішньосудинного тиску. У вертикальному положенні людини стінки вен нижніх кінцівок відчувають сильний тиск зсередини. Дія цього фактора посилюється при тривалому статичному навантаженні на нижні кінцівки, підвищенні внутрішньочеревного тиску при піднятті тягарів та вагітності [1, с. 86].

При порушеннях периферичного венозного кровообігу особливе місце в арсеналі лікувальних заходів займає лікувальна фізкультура. Фізіотерапевтичні методи більш ефективні на ранніх стадіях захворювання і особливо ефективні у людей з генетичною або професійною схильністю до захворювання [3, с. 45].

Список використаних джерел:

1. Паламарчук В. І. Вивчення склерозуючої дії пінної форми полідоканолу в експерименті *in vivo* / В. І. Паламарчук, Ю. І. Бондаренко, Ю. П. Тітова, І. В. Іркін, В. І. Заріцька // Клінічна хірургія. – 2014. – № 8. – С. 73–76.
2. Сабадош Р. В. «За» і «Проти» щодо різних доступів до сафено-стегнового з'єднання / Р. В. Сабадош, В. А. Сабадош // Клінічна Флебологія. –Щенєв С. В. Эндовенальная лазерная коагуляция при лечении больных с варикозной болезнью вен нижних конечностей / С. В. Щенєв, А. А. Ларионов, А. И. Чернооков, М. В. Ларионова и др. // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. – 2011. – № 2. – С. 76–79.
3. Юрець С. С. Досвід використання ендовенозної лазерної коагуляції в комплексному лікуванні хронічної венозної недостатності нижніх кінцівок / С. С. Юрець, С. М. Леванчук, В. Б. Мельник, В. В. Шапринський // Фотобіологія та фотомедицина. – 2009. – Т. 6, № 1. – С. 14–16.