

# РЕХАБИЛИТАЦИЯ СЛЕД ОПЕРАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ ПО ПОВОД НА ХРОНИЧНА ВЕНОЗНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ

Михаела Мирева<sup>1</sup>, Милан Цеков<sup>2</sup>, Мариана Алберт<sup>1</sup>, Светозар Марангозов<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Медицински колеж „Йорданка Филаретова“ Медицински университет-София

<sup>2</sup>Клиника „Съдова хирургия“, ВМА-София

## REHABILITATION AFTER CHRONICAL VENOUS DISEASE SURGICAL INTERVENTION

Mihaela Mireva<sup>1</sup>, Tsekov Milan<sup>2</sup>, Mariana Albert<sup>1</sup>, Svetozar Marangozov<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medical College “Jordanka Filaretova” Medicine University - Sofia

<sup>2</sup>Clinic of Vascular Surgery, Military medical academy - Sofia

### РЕЗЮМЕ

Наличието на разширени вени или така наречената варикозна болест (варикоза) е заболяване, което се проявява в неравномерно разширяване и змиевидно нагъване на подкожните вени на краката. Най-често се засягат повърхностните (подкожните) вени на долните крайници. Основните причини за развитие на ХВН са наследствената обремененост и начинът на живот. Повечето пациенти имат роднина по права линия със същия проблем - родители, баби, лели и т.н. Това се дължи на вродена слабост на съединителната тъкан. При тези пациенти често варикозата е съпътствана от наличие на плоскостъпие и хернии.

Начинът на живот също оказва влияние. Най-уязвими са хората, чиято работа изисква продължително стоене на крака – хирурзи, фризьори, магазинери и т.н. При тези пациенти продължителното стоене води до повишаване на венозното налягане в дисталната (долната) част на крайниците с появата на отоци, разширени вени и трофични промени по кожата на подбедриците.

Има и вторична варикоза, предизвикана от други заболявания. Такива са наличието на вродени малформации, травми и ДВТ (дълбока венозна тромбоза).

Основното лечение в тези случаи е оперативно. Както при всяка оперативна интервенция от изключителна важност е ранното и правилно раздвижване на пациента. Това включва изправяне и раздвижване на пациента в стаята в деня на интервенцията, непосредствено след преминаване на ефекта на анестезията. На 1-ви

### ABSTRACT

Varicose disease is a process of superficial vein dilatation of the lower extremities. The most important reason of chronic venous disease is correlated with hereditary factors and the still of life. The secondary varicose is caused by malformations, traumatism and deep vein thrombosis.

The principal way of resolving this problem is surgical intervention. As in any case of surgical intervention, the right mode of rehabilitation is of great importance.

**Keywords:** chronic venous disease, varicose disease, deep vein thrombosis, postphlebotic syndrome, rehabilitation

*следоперативен ден пациентът връща към изпълнение на дейностите от ежедневието и пълно възстановяване на двигателната активност.*

**Ключови думи:** ХВН, варикозна болест, дълбока венозна тромбоза, постфлебичен синдром, рехабилитация

Човекът има дълбока и повърхностна венозна система. Повърхностните вени са разположени между кожата и мускулните фасции. Дълбоките вени са разположени дълбоко под фасциите и повечето от тях са успоредни на артериите и имат същите наименования (например *arteria iliaca externa* и *vena iliaca externa*). По строеж венозните стени приличат на артериалните, но имат по-слабо развит мускулен слой и са по-тънки. Характерни за вените на долните крайници са джобовидните клапи по вътрешната им страна. Те осигуряват еднопосочно движение на кръвта и я подпомагат в движението ѝ към сърцето. Дълбоките и повърхностните вени са свързани помежду си. Освен в Сафено-феморалното и сафено-поплитеалното състие, връзката между двете системи се осъществява и посредством т. нар. перфорантни вени. Това са вени които преминават през фасцията и също притежават клапен апарат пропускащ кръвта в посока към дълбоките вени. При вродена слабост на съединителната тъкан и при клапна инсуфициенция се появява рефлукс в посока към повърхностните вени, повишаване на налягането в тях и постепенната им дилатация.

Наличието на разширени вени или така наречената Варикозна болест (варикоза) е ЗАБОЛЯВАНЕ, КОЕТО СЕ ПРОЯВЯВА В НЕРАВНОМЕРНО РАЗШИРЯВАНЕ И ЗМИЕВИДНО НАГЪВАНЕ НА ПОДКОЖНИТЕ ВЕНИ НА КРАКАТА. Най-често се засягат повърхностните (подкожните) вени на долните крайници. Дълбоките вени са дълбоко под мускулните фасции, т. е. те са протектирани и са приспособени да понасят по-високо налягане от повърхностните вени. Ако има разширени дълбоки вени, то това се дължи най-често на травми или вродени малформации. Разбира се не всички хора които имат „изпъкнали“ вени страдат от варикозна болест, такива например са по-слабите хора или спортистите.

Според СЕАР (clinical, etiology, Anatomy, Pathophysiology) класификацията ХВН (хронич-

ната венозна недостатъчност) се разделя на 7 стадия:

- 0 (нулев) стадий – няма видими клинични данни за варикоза, но пациентите се оплакват от тежест в краката, тъпа болка, сърбеж, крампи и поява на оток обикновено в края на деня.
- 1-ви стадий - към по-горните оплаквания се добавя появата на телангиектазии (метличковидни капиляри) и ретикулярни вени.
- 2-ри стадий - към по-горните оплаквания се добавя появата на варикозни вени.
- 3-ти стадий - към по-горните оплаквания се добавя появата на перималеоларен (в глезена и долната трета на подбедрицата) оток.
- 4-ти стадий- към по-горните оплаквания се добавя появата на трофични промени по кожата-хиперпигментация(покафеняване) и липодерматосклероза.
- 5-ти стадий- към по-горните оплаквания се добавя наличието на белег от заздравяла венозна язва.
- 6-ти стадий - към по-горните оплаквания се добавя наличието на венозна язва.

Клиничната картина на заболяването се обуславя от тежест, тъпа болка, сърбеж, крампи и поява на оток в краката обикновено в края на деня. Отокът може и да е постоянен. В по-напредналите стадии се добавят наличието на хиперпигментация на кожата и появата на трудно заздравяващи рани на подбедриците.

Основните причини за развитие на ХВН са наследствената обремененост и начина на живот. Повечето пациенти имат роднина по права линия със същия проблем-родители,баби, лели и т. н. Това се дължи на вродена слабост на съединителната тъкан. При тези пациенти често варикозата е съпътствана от наличие на плоскостъпие и хернии.

Начинът на живот също оказва влияние. Най-уязвими са хората чиято работа изисква продължително стоене на крака –хирурзи, фри-

зъори, магазинери и т. н. При тези пациенти продължителното стоене води до повишаване на венозното налягане в дисталната (долната) част на крайниците с появата на отоци, разширени вени и трофични промени по кожата на подбедриците. Бременността също се явява честа причина за поява на разширени вени, което се обяснява с настъпилите хормонални промени, повишаване на вятрекоремното налягане и притискане на тазовите вени което рязко затруднява венозната циркулация. Това са причините за т. нар. първична варикоза.

Има и вторична варикоза предизвикана от други заболявания. Такива са наличието на вродени малформации, травми и ДВТ (Дълбока венозна тромбоза). В първият случай имаме вродена аплазия или хипоплазия (липса или недоразвитие) на дълбоки вени и венозния кръвоток се поема от повърхностните вени, които физиологично не са „приспособени“ да поемат такова налягане и количество кръв, което води до тяхната дилатация (разширяване). При травми често се получават артерио-венозни комуникации, при които механизмът на варикозата е същия. Най-честата причина обаче за появата на вторична варикоза се явява ДВТ (Дълбока Венозна Тромбоза). В следствие на тромбозата на дълбоките вени, отново кръвотока се поема от повърхностните което води до тяхното разширяване - т. нар. Пост Флебиден Синдром (ПФС).

Друго усложнение на варикозната болест е повърхностният тромбофлебит. Той се явява асептичен (неинфекциозен) възпалителен процес на венозната стена, придружен от интравенозна тромбоза. Характеризира се с появата на болезнено, шнуровидно уплътнение със зачервяване по хода на засегнатата вена. Рискът от появата му при пациенти с варикоза е 10 пъти по-често отколкото при варикозно непроменени вени. В тези случаи го наричаме варикофлебит.

Лечението на разширените вени и техните усложнения е комплексно и в много случаи засяга повече от една специалност. Основно с това заболяване се занимават съдовите хирурзи и ангиолозите, но при настъпване на усложнения като липодерматосклероза и поява на венозни язви, често се прибегва и до помощта на дерматолози и пластични хирурзи.

Лечението на ХВН както и на всяко друго заболяване започва с профилактиката. Пациенти които имат наследствена обремененост, работят „на крака“ или в седнало положение, при първите симптоми, като тежест в краката, поява на отоци в края на деня, които на сутринта са изчез-

нали и при поява на капиляри и разширени вени трябва да се консултират със съдов хирург.

Профилактиката включва съответен двигателен режим, венотонични медикаменти и профилактични еластични чорапи. Целта на профилактичното лечение е да се забави или спре развитието на ХВН. Когато въпреки взетите профилактични мерки все пак се достигне до 2-ри стадии, се преминава към инвазивно лечение. Минимално инвазивните интервенции включват склеротерапия (запълване на вените с пяна), РФА (радиофреквентна аблация) и Лазерна аблация. При наличие на тежка варикоза се прибегва до класическо оперативно лечение.

Ранната следоперативната рехабилитация има за цел нормализиране на венозното кръвообращение. От изключително значение е активиране на екстракардиалните фактори за ускоряване на венозния кръвоток и предпазване от застошни явления. След изтичане ефекта на анестезията се преминава към намаляване на субективните оплаквания и възстановяване на нормалната функция на опорно-двигателния апарат.

Алгоритъмът на първия ден включва:

1. Дихателни упражнения.
2. Пасивни упражнения.
3. Изометрични упражнения за глутеална, бедрена мускулатура и мускулите на подбедрицата.
4. Ритмични упражнения за мускули на долни крайници от оточно положение.
5. Ранна вертикализация която продължава целия първи ден през 40 мин., с наложен интраоперативно еластобандаж.
6. Ходене на малки разстояния.

Упражненията се изпълняват от проксимални към дистални стави. Изходните положения са: тилен лег с оточно положение на долни крайници и стоеж. Натоварването е строго индивидуално и постепенно. Упражненията предхождат вертикализацията.

През втория ден алгоритъмът продължава с:

1. Активни ритмични движения за ставите на долен крайник.
2. Изометрични упражнения.
3. Ортостатична тренировка на долните крайници.
4. Увеличаване на проходното разстояние.
5. Качване и слизане по стълби.

След изписване на пациента се продължава активния двигателен режим без тежки физически натоварвания, ограничаване на седежа с висящи подбедрици. Препоръчва се упражнения за плоскостъпие, ходене на босо, многоструктур-

на пътека, ходене, велоогометър, танци, плуване, при постоянна еластокомпресия, възстановяване на физическата активност за изпълнение на битови, професионални дейности и подобряване качеството на живот.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Андреев А. Съдови заболявания. Съдова и ендovasкуларна хирургия, София, 2009
2. Hankey G., Norman P., Eikelboom J. Medical treatment of peripheral arterial disease. JAMA. 2006;295(5):547-553 <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=202271>
3. Rooke T., Hirsch A., Misra S. et al. 2011 ACCF/AHA focused update of the guideline for the management of patients with peripheral artery disease (updating the 2005 guideline): A report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol 2011, 58(19): 2020-2045 <http://content.onlinejacc.org/article.aspx?articleid=1146931>
4. Stevens J., Simpson E., Harnan S. Systematic review of the efficacy of cilostazol, naftidrofuryl oxalate and pentoxifylline for the treatment of intermittent claudication. Br J Surg. 2012 Dec;99(12):1630-8 <http://bjs.co.uk/details/article/3703281/Systematic-review-of-the-efficacy-of-cilostazol-naftidrofuryl-oxalate-and-pentox.html>
5. Лечебна гимнастика при някои по-чести заболявания. Доц. Каранешев, Медицина и физкултура, София 1975.
6. Алгоритми за физикална превенция, терапия и рехабилитация на някои често срещани и социално значими заболявания. И. Колева, 2006.
7. Физиотерапия при мускулно-скелетни дисфункции на долни крайници. Н. Попов, Д. Попова, Т. Груева. НСА-ПРЕС, София, 2013.
8. Физиотерапия при вътрешни и хирургични болести. В. Желев, Авангард Прима, София 2013

*Адрес за кореспонденция:  
Мариана Алберт  
e-mail: andial@mail.bg*