

ВНУТРІШНІ ХВОРОБИ

УДК 616.005.1 – 08 – 563[038].41

Ковальчук Л.Я., Венгер І.К., Костів С.Я., Зарудна О.І.

ПОПЕРЕДЖЕННЯ РЕЦИДИВІВ ТА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ТРОМБОЗ ГЛИБОКИХ ВЕН

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

ПОПЕРЕДЖЕННЯ РЕЦИДИВІВ ТА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ТРОМБОЗ ГЛИБОКИХ ВЕН – Розглянуто результати лікування та реабілітаційних заходів у 91 пацієнта, що переніс тромбоз глибоких вен нижніх кінцівок. Встановлено, що застосування комплексно схеми лікування тромбозу глибоких вен та реабілітаційних заходів дозволяє зменшити тяжкість проявів хронічно венозно недостатності посттромботичного генезу, досягнути адекватно профілактики ретромбозу та поліпшити соціальну адаптацію пацієнтів.

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ РЕЦИДИВОВ И РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ, КОТОРЫЕ ПЕРЕНЕСЛИ ТРОМБОЗ ГЛУБОКИХ ВЕН – В статье рассматриваются результаты лечения и реабилитационных мероприятий у 91 пациента, который перенёс тромбоз глибоких вен нижних конечностей. Установлено, что применение комплексной схемы лечения тромбоза глибоких вен и реабилитационных мероприятий позволяет снизить тяжесть проявлений хронической венозной недостаточности посттромботического генеза, достичь адекватной профилактики ретромбоза и улучшить социальную адаптацию пациентов.

PREVENTION OF RELAPSES AND REHABILITATION OF PATIENTS WHO SUFFERED FROM DEEP VEIN THROMBOSIS – The results of treatment and rehabilitation measures in 91 patients, who suffered from thrombosis of deep veins of lower extremities, are considered. It was set that application of complex chart of treatment of deep vein thrombosis and measures of rehabilitation allows to reduce the severity of signs of chronic venous insufficiency of postthrombotic genesis, to attain the adequate prophylaxis of rethrombosis and improve social adaptation of the patients.

Ключові слова: тромбоз глибоких вен, посттромбофлебітичний синдром, хронічна венозна недостатність.

Ключевые слова: тромбоз глибоких вен, посттромбофлебитический синдром, хроническая венозная недостаточность.

Key words: deep vein thrombosis, postthrombophlebitic syndrome, chronic venous insufficiency.

ВСТУП Тромбоз глибоких вен нижніх кінцівок давно набув статусу не тільки медичного, але і соціального. За статистичними даними, в краях Європи та Північно Америки тромбози глибоких вен уражають 1000-1600 людей на 100000 населення. Такий рівень захворюваності зумовлений зміною способу життя людства (надмірна маса тіла, гіподинамія, характер харчування та ін.), виникненням спадкових та набутих порушень системи гемостазу, поширенням онкологічною патологією, збільшенням рівня травматизму, неконтрольованим прийманням гормональних препаратів та ін. [1, 2, 5].

У пацієнтів після тромбозу глибоких вен розвивається патологічний стан, що називається післятромбофлебітичним синдромом. Даний стан характеризується персистуючими змінами стінок магістральних вен із ураженням клапанного апарату, розвитком склерозу і ригідності венозної стінки [6].

Неадекватне лікування тромбозу глибоких вен приводить до розвитку хронічно венозно недостатності з подальшим виникненням трофічних виразок венозної етіології, що серед осіб працездатного віку зустрічається у 1-2 %, а у осіб старшого віку – 4-5 % [3, 4].

Враховуючи соціальне значення проблеми, значний відсоток втрати працездатності, соціальну дезадаптацію даних пацієнтів є необхідність розробити та впровадити в клінічну практику комплекс заходів для пацієнтів, що перенесли ТГВ, спрямованих на попередження та прогресування хронічно венозно недостатності.

Мета дослідження: розробити комплекс реабілітаційних заходів, які спрямовані на попередження розвитку хронічно венозно недостатності у пацієнтів, що перенесли тромбоз глибоких вен нижніх кінцівок.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Під спостереженням знаходився 91 пацієнт із діагнозом: тромбоз глибоких вен нижніх кінцівок. Хворі знаходились на стаціонарному лікуванні у відділенні судинно хірургі Тернопільсько обласно комунально клінічно лікарні за період 2007-2009 років. Середній вік пацієнтів склав 47 років. Серед обстежених було 62 (68,1 %) жінки та 29 (31,9 %) чоловіки. У 79 (86,8 %) пацієнтів тромбоз глибоких вен діагностовано вперше, у 12 (13,2 %) хворих в анамнезі були епізоди тромбозу. Середня тривалість тромбозу глибоких вен до початку лікування склала $(4,1 \pm 0,2)$ дні.

Усі обстежені мали ураження двох і більше сегментів вен системи нижньої порожнистої вени. Тромбоз вен гомілково-підколінного сегмента було діагностовано у 8 (8,7 %) пацієнтів, гомілково-підколінно-стегнового сегмента – у 13 (14,3 %) хворих, гомілково-підколінно-стегно-клубового сегмента – у 12 (13,2 %), підколінно-стегнового сегмента – у 31 (34,1 %) обстежуваного, підколінно-стегно-клубового сегмента – у 15 (16,5 %), стегно-клубового сегмента – у 12 (13,2 %) хворих.

26 (25,5 %) пацієнтам місцево (у вени тилу стопи) вводили урокіназу, 23 (25,3 %) хворим урокіназу вводили системно (у ліктьову вену), 28 (30,8 %) пацієнтам проводили системне введення фібринолізу та 14 (15,4 %) хворим місцево вводили актилізе.

У 37 (40,7 %) пацієнтів після проведення тромболітичної терапії відмітили відновлення кровотоку в тромбованому сегменті венозної системи.

Крім тромболітичної терапії усі пацієнти отримували комплекс традиційних лікувальних заходів із включенням антикоагулянтної терапії.

Після закінчення тромболітичної терапії протягом 6-8 діб вводили низькомолекулярні гепарини (клексан, цибор (115 Од/кг від маси тіла пацієнта)) з переходом на непрямі антикоагулянти (варфарин), дозу яких корегували залежно від рівня МНВ.

Для попередження прогресування посттромбофлебітичних змін ми запропонували схему реабілітаційної програми хворих, що перенесли тромбоз глибоких вен, яка передбачала наступні завдання:

- профілактику рецидиву захворювання;
- компенсацію венозного відтоку від нижніх кінцівок і попередження прогресування післятромбофлебітично хвороби;
- соціальну адаптацію пацієнтів.

На основі поставлених завдань було рекомендовано наступні етапи реабілітаційної програми пацієнтів, що перенесли тромбоз глибоких вен:

1. Тривале застосування непрямих антикоагулянтів (НА). Основою профілактики ТГВ є тривале застосування непрямих антикоагулянтів. Застосування НА достовірно знижує частоту ретромбозів в найближчому та віддаленому періодах. При відсутності протипоказань НА призначали в період застосування прямих антикоагулянтів за 3-4 дні до заплановано відміни непрямих антикоагулянтів. Із непрямих антикоагулянтів використовували варфарин в дозі, що дозволяла досягнути міжнародного індексу INR більше 1,5.

Тривалість застосування НА залежала від факторів, що спровокували тромбоутворення. При х транзіторному характері (операція, травма, іммобілізація та ін.) НА застосовували протягом 3 міс. При ідеопатичному характері тром-

бозу – 6 міс. При рецидивуючому характері флеботромбозу НА застосовували протягом 12 міс.

2. При виникненні станів, що провокують тромбоемболію у пацієнтів, які перенесли тромбоз глибоких вен, використовували введення прямих антикоагулянтів, переважно низькомолекулярні гепарини у профілактичних дозах до повної нормалізації показників згортальної системи (цибор (Vemiparinum patricium) 2500 МО підшкірно).

3. Раціональне динамічне навантаження. Спеціальна гімнастика в горизонтальному положенні пацієнта сприятливо впливає на реабілітацію хворих. Необхідно обмежити перебування пацієнта у статичному вертикальному та горизонтальному положеннях, що веде до різкого зростання рівня флебогіпертензії. Обов'язковою умовою є виконання всіх вправ в умовах еластичної компресії нижніх кінцівок.

Розширення фізичної активності повинно відбуватись поступово. Необхідно починати із повільно ходьби протягом 3-5 хв із наступним відпочинком та горизонтальним положенням нижніх кінцівок. Кожні 2 тижні слід збільшувати проміжок безперервної ходьби на декілька хвилин. Критерієм адекватності навантаження є відчуття розпирання або болю в нижній кінцівці. У перші місяці реабілітаційного періоду достатньо 1-1,5 год ходьби в день за 3-4 прийоми. Такого режиму фізичної активності необхідно дотримуватись протягом 2 років. В подальшому можливі прогулянки на лижах та велосипеді.

Особливо сприятливий вплив на реабілітаційний період пацієнтів, що перенесли тромбоз глибоких вен, має плавання.

4. Еластична компресія. Еластична компресія показана всім пацієнтам, що перенесли тромбоз глибоких вен. Компресійне лікування помітно покращує флебодинаміку за рахунок зниження патологічної ємності нижніх кінцівок, покращення функціональних можливостей збереженого клапанного апарату, зростання за рахунок підвищеного тканинного тиску зворотного всмоктування рідини у венозної коліні капіляра.

Компресійне лікування повинно бути постійним і адекватним. Його призначають на тривалий термін, а іноді і пожиттєво. Для цього ми використовували еластичний медичний трикотаж II-III компресійних класів, що забезпечував тиск на рівні гомілок 25-45 мм рт.ст.

Важливим моментом є те, що еластичну компресію необхідно застосовувати на обидві нижні кінцівки.

5. Фармакотерапія. Поряд із тривалим застосуванням непрямих антикоагулянтів слід проводити медикаментозне лікування, що спрямоване на зниження проявів хронічно венозної недостатності та попередження розвитку трофічних змін м'яких тканин венозної етіології. Медикаментозне лікування повинно проводитись курсами. Ми застосовували препарат "Вазокет" по 1 таб. 1 раз на день протягом 2 міс. 2 рази на рік.

Застосування фармакотерапії забезпечує підвищення венозного тону, покращення лімфодренажної функції, нормалізацію гемореологічних властивостей крові, мікроциркуляції, зменшення запальної реакції.

6. Фізіотерапевтичне лікування. Найбільш доцільним із фізіотерапевтичних процедур вважали використання переміжно пневмокомпресії і вплив змінного магнітного поля. Дані процедури вважали за необхідне проводити поміж курсами медикаментозного лікування.

7. Санаторно-курортне лікування. Санаторно-курортне лікування рекомендували для укріплення ефекту медикаментозної терапії. Для даних хворих оптимальними є курорти із радоновими, сірководневими і термальними водами.

8. Рекомендації загального характеру:

– раціональне харчування – важливий компонент реабілітаційного періоду, що дозволяє контролювати масу тіла, так як ожиріння сприяє прогресуванню проявів хронічно венозної недостатності;

– особиста гігієна. В умовах хронічно венозної недостатності відбуваються зміни кровопостачання шкіри та перевантаження лімфатичної системи. За даних умов знижується толерантність шкірних покривів до пошкоджуючих факторів із розвитком запальної реакції. Під час щоденного гігієнічного душу ми рекомендували пацієнтам контрастний душ на кожну нижню кінцівку протягом 10-15 хв. Всім пацієнтам радили категорично відмовитись від гарячої водної бані та сауни.

Застосування тривалий час еластичного медичного трикотажу призводить до сухості шкіри і утворення мікротріщин, що є вхідними воротами для інфекції. Для профілактики гіперкератозу рекомендували пацієнтам застосувати зволожуючі креми і лосьйони на ділянки накладання еластичного трикотажу.

Під час тривалих автомобільних подорожей рекомендували пацієнтам передбачувати зупинки для виконання простих гімнастичних вправ, спрямованих на корекцію венозного застою в судинах нижніх кінцівок та тазу, що зумовлено тривалим вимушеним положенням тіла.

Також уваги заслуговують пацієнти, що перенесли тромбоз глибоких вен, та планують трансконтинентальні перельоти. До тривалого вимушеного положення тіла під час перельоту додаються перепади тиску, дегідратація, стрес. Пацієнтам обов'язково повинні бути рекомендовані вправи для гомілкових м'язів, що імітують ходьбу, періодичні прогулянки по салону, застосування еластичного трикотажу, вживання достатньої кількості рідини, а в окремих випадках слід вирішувати питання про застосування профілактичних доз низькомолекулярних гепаринів.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ Провівши аналіз клінічного стану пацієнтів, через 2 роки після перенесеного тромбозу глибоких вен встановлено, що у хворих відмічається нижчий ступінь проявів хронічно венозної недостатності нижніх кінцівок.

Трофічні виразки нижньої третини гомілки розвинулись у 5 (5,5 %) пацієнтів, а трофічні зміни шкіри нижньої третини гомілки на кінцівці, де було діагностовано тромбоз глибоких вен, – у 16 (17,6 %) пацієнтів.

Варикозну форму посттромбофлебітичного синдрому було діагностовано у 17 (18,7 %) пацієнтів.

Необхідно зазначити, що у багатьох хворих відмічалась комбінація ускладнень, так ПТФС, варикозна форма поєднувались із трофічними виразками нижньої третини гомілки або трофічними змінами тієї ж ділянки.

В обстежуваних пацієнтів ретромбоз розвинувся у 8 (8,7 %) випадках, що вимагало повторної госпіталізації пацієнтів та детального вивчення причин тромбозу.

Перспективи подальших досліджень. Високий рівень захворюваності на тромбоз глибоких вен зумовлює значне поширення проявів хронічно венозної недостатності посттромботичного генезу серед популяції. Вивчення передумовлюючих станів в організмі, розроблення системи прогнозування розвитку тромботичного процесу є перспективним для зниження рівня захворюваності, зменшення частоти тромбоемболічних ускладнень та проявів посттромбофлебітичного синдрому.

ВИСНОВОК Застосування адекватного комплексу лікувальних заходів у пацієнтів із тромбозом глибоких вен та комплексного підходу до реабілітації дозволяє знизити клінічні прояви хронічно венозної недостатності, що зумовлені посттромбофлебітичним синдромом, поліпшити якість життя пацієнтів, зменшити частоту втрати працездатності.

ЛІТЕРАТУРА

1. Consensus statement. Prevention of venous thromboembolism. International consensus statement. (Guidelines According to Scientific Evidence). // Intern. Angiol. – 1997. – Vol. 16. – P. 3-28.
2. Haas S. Management of venous thromboembolism / S. Haas // Hamostaseologie. – 1998. – Vol. 18. – P. 18-26.
3. Nordstrom M. A prospective study of incidence of deep vein thrombosis

within a defined urban population / M. Nordstrom, B. Lindblad, D. Bergqvist, T. Kjellstrom // J. Intern. – Med. – 1992. – Vol. 232. – P. 155-160.

4. Salzman E.W., Hirsh J. Prevention of venous thromboembolism. In: Colman R.W., Hirsh J., Marder V., Salzman E.W., editors. Haemostasis and

thrombosis, basic principles and clinical practice. – New York: Lippincot, 1982. – P. 986.

5. Баркаган З.С. Очерки антитромботической фармакопрофилактики и терапии. – М., 2000. – 148 с.

6. Флебология / Под ред. В.С. Савельева. – М., Медицина, 2001.

УДК 616-092.19-053.4

Федорців О.Є., Лучишин Н.Ю.

ВИЗНАЧЕННЯ НЕСПЕЦИФІЧНО РЕЗИСТЕНТНОСТІ ОРГАНІЗМУ ДІТЕЙ СТАРШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

ВИЗНАЧЕННЯ НЕСПЕЦИФІЧНО РЕЗИСТЕНТНОСТІ ОРГАНІЗМУ ДІТЕЙ СТАРШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ – У статті представлені результати вивчення стану здоров'я та неспецифічних адаптаційних реакцій організму дітей дошкільного віку. Дослідження виявили зниження неспецифічно резистентності майже у третини дітей, що відвідують дошкільні навчальні заклади.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ОРГАНИЗМА ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА – В статье представлены результаты изучения состояния здоровья и неспецифических адаптационных реакций организма детей дошкольного возраста. Исследование определило снижение неспецифической резистентности почти у трети детей, которые посещают дошкольные учебные заведения.

DETERMINATION OF NON-SPECIFIC RESISTENCY OF THE PRESCHOOL AGE CHILDREN – Investigation of a health state and general non-specific adaptation body reactions of preschool age children is presented in the article. This research has shown reduced levels of non-specific resistance almost in the one third part of children which visit preschool educational institutions.

Ключові слова: неспецифічні адаптаційні реакції, дошкільники.

Ключевые слова: неспецифические адаптационные реакции, дошкольники.

Key words: general non-specific adaptation reactions, preschool age children.

ВСТУП Реформування освіти, що проводиться в країні з початку нового століття, викликає підвищення вимог до рівня психофізичного розвитку дітей дошкільного віку. Це пов'язано із ускладненням змісту освітніх програм для дошкільних навчальних закладів, зростанням кількості занять на день, поширенням цифрових та комп'ютерних технологій у побуті та в процесі навчання дітей дошкільного віку. Реформування освіти передбачає і більш ранній початок систематичного шкільного навчання дітей з 6-річного віку, однак питання визначення функціонально зрілості організму окремо дитини цього віку та готовності до початку навчання у школі є проблематичним для лікарів та педагогів [2, 4, 6].

На сьогодні констатують різке погіршення стану здоров'я підростаючого покоління [1, 7, 9, 11]. Здоровими вважаються лише 27 % дітей дошкільного віку (В.В. Морозова, 2008). Цей вік, як один із критичних етапів онтогенезу людини, характеризується напруженням адаптаційних механізмів, пов'язаним з інтенсивними нейрогуморальними змінами, специфічним психологічним змістом цього періоду. Все це зумовлює підвищений ризик розвитку адаптаційних порушень при несприятливих впливах навколишнього середовища [5].

У сучасній медицині стало традицією пов'язувати стан здоров'я, хвороби і перехідні між ними стани з рівнем адаптації. Ґрунтуючись на ідеях Г. Сельє про реалізацію неспецифічного адаптаційного стрес-синдрому, Г.Х. Гаркаві та співав. довели існування ряду неспецифічних адаптаційних реакцій, що виникають в організмі. Автори з'ясували, що загальною закономірністю фізіологічно адаптації є послідовна зміна фаз: реакція тренування, спокійна активація, підвищена активація, переактивація. Періодичність

розвитку адаптивних реакцій дає змогу організму гнучко пристосовуватися навіть до найменших змін зовнішнього середовища [3].

Доведено, що адаптивні реакції становлять складний комплекс імунних, нервово-гуморальних змін, які адекватно відбиваються змінами у формулі крові. На думку ряду дослідників, тип загально неспецифічно адаптаційно реакції можна використовувати для скринінгово оцінки діяльності системи гемостазу, психоемоційного стану, переваги симпатично чи парасимпатично іннервації, активності залоз внутрішнього секрети, визначення стану неспецифічно реактивності організму та стану клітинного і гуморального імунітету, функції зовнішнього дихання, ліпідного обміну та деяких параметрів гемодинаміки [8, 10].

Мета дослідження: дослідити особливості стану неспецифічно реактивності організму у дітей старшого дошкільного віку на основі методу Л.Х. Гаркаві, виявити кореляційні зв'язки між показниками адаптації та захворюваністю.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Проведено аналіз адаптаційних реакцій за даними гемограм 122 дітей віком від 4 до 5 років, які відвідували дошкільні навчальні заклади м. Тернополя. Серед них 62 (50,8 %) хлопчики і 60 (49,2 %) дівчаток. Стан здоров'я визначали за результатами клінічного обстеження.

Тип загально неспецифічно адаптаційно реакції встановлювали за індексом адаптації (ІА), що визначається співвідношенням лімфоцитів до сегментоядерних нейтрофілів у мазку-відбитку периферично крові. Кожній із адаптаційних реакцій відповідає свій діапазон значень індексу. Стрес-реакція діагностувалась при значенні ІА 0,07-0,29, реакція тренування – 0,3-0,47, реакція спокійно активації – 0,48-0,68, реакція підвищено активації – 0,69-1,12, переактивації – більше 1,12 [3].

Результати досліджень обробляли методом варіаційно статистики. Оцінку різниці відносних величин здійснювали з використанням непараметричного критерію кутового перетворення Фішера.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ За результатами аналізу, неспецифічна резистентність у дітей проявлялась різними за характером реакціями (рис. 1).

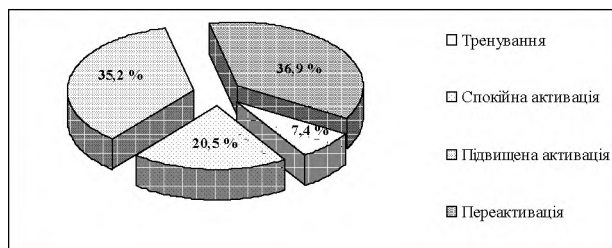


Рисунок 1. Розподіл дітей за типом адаптаційно реакції.