

# Лікувальна фізична культура, спортивна медицина й фізична реабілітація

УДК 616-089+616.13-004.6

## СТРУКТУРА ОПЕРАТИВНИХ УТРУЧАНЬ ПРИ ОБЛІТЕРУЮЧОМУ АТЕРОСКЛЕРОЗІ НИЖНІХ КІНЦІВОК ТА АСПЕКТИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ ІЗ ЦІЄЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Наталія Голод<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Державний вищий навчальний заклад «Прикарпатський університет імені Василя Стефаника», Івано-Франківськ, Україна, natasha\_777@i.ua

<https://doi.org/10.29038/2220-7481-2018-03-113-120>

### Анотації

**Актуальність.** Захворювання серцево-судинної системи в більшості економічно розвинених країн займають лідируючі позиції серед причин захворюваності, інвалідизації та смертності. Смертність від захворювань серцево-судинної системи переважає над смертністю від усіх злоякісних новоутворень, разом узятих, причому, 25 % померлих від серцево-судинних захворювань – це люди працездатного віку. Атеросклероз (atherosclerosis) – хронічна хвороба, яка характеризується ліпоїдною інфільтрацією внутрішньої оболонки артерій еластичного й змішаного типів із наступним розвитком у їх стінці сполучної тканини та клінічно проявляється загальними й місцевими розладами кровообігу. Атеросклероз облітеруючий – різновид атеросклерозу, що характеризується різким звуженням або повним закриттям просвіту артерій. Він спостерігається, зазвичай, в артеріях нижніх кінцівок, серця, нирок і екстракраніальних відділах судин головного мозку. **Мета дослідження** – установити структуру оперативних втручань при облітеруючому атеросклерозі нижніх кінцівок та виявити головні аспекти, на які має бути спрямована реабілітація хворих із цією патологією. **Методи дослідження** – аналіз та синтез наукових джерел, аналіз медичних карт. Проведено аналіз 59 медичних карт хворих після оперативних втручань при облітеруючому атеросклерозі нижніх кінцівок. Проаналізовано структуру втручань і їх ускладнень протягом десяти місяців 2017 р. Критерій виключення – хворі з облітеруючим атеросклерозом нижніх кінцівок із цукровим діабетом. **Результати дослідження.** Такі хворі потребують реабілітаційного втручання залежно від стадії захворювання, типу оперативного втручання вже в ранньому післяопераційному періоді та в амбулаторних умовах. Особливої уваги потребують хворі після ампутації фаланг пальців, опорної частини стопи та ампутацій вище коліна. Адже при ампутації нижніх кінцівок значно порушується статика тіла, центр тяжіння переміщується в бік збереженої кінцівки. Як наслідок, нахил таза, що призводить до викривлення хребта й збільшення навантаження на збережену кінцівку, відбувається атрофія м'язів кукси. Значно знижується якість життя пацієнтів. **Висновки.** За результатами дослідження встановлено, що відсоток жінок із цим захворюванням є меншим, порівняно з чоловіками, проте він значний, що не зовсім збігається з попередніми дослідженнями та, очевидно, потребує вивчення причин росту цього захворювання серед жінок. Також встановлено, що майже чверть пацієнтів із цим діагнозом поступили в хірургічне відділення в стадії деструктивних змін із характерними виразками в дистальних відділах кінцівки й пальцях, що призвело до їх ампутації.

**Ключові слова:** облітеруючий атеросклероз нижніх кінцівок, реабілітація.

Наталія Голод. Структура оперативних втручань при облітеруючому атеросклерозі нижніх кінцівок та аспекти реабілітації хворих із цією патологією. **Актуальність.** Захворювання серцево-судинної системи в більшості економічно розвинених країн займають лідируючі позиції серед причин захворюваності, інвалідизації та смертності. Смертність від захворювань серцево-судинної системи переважає над смертністю від усіх злоякісних новоутворень, разом узятих, причому, 25 % померлих від серцево-судинних захворювань – це люди працездатного віку. Атеросклероз (atherosclerosis) – хронічна хвороба, яка характеризується ліпоїдною інфільтрацією внутрішньої оболонки артерій еластичного й змішаного типів із наступним розвитком у їх стінці сполучної тканини та клінічно проявляється загальними й місцевими розладами кровообігу. Атеросклероз облітеруючий – різновид атеросклерозу, що характеризується різким звуженням або повним закриттям просвіту артерій. Він спостерігається, зазвичай, в артеріях нижніх кінцівок, серця, нирок і екстракраніальних відділах судин головного мозку. **Мета дослідження** – установити структуру оперативних втручань при облітеруючому атеросклерозі нижніх кінцівок та виявити головні аспекти, на які має бути спрямована реабілітація хворих із цією патологією. **Методи дослідження** – аналіз та синтез наукових джерел, аналіз медичних карт. Проведено аналіз 59 медичних карт хворих після оперативних втручань при облітеруючому атеросклерозі нижніх кінцівок. Проаналізовано структуру втручань і їх ускладнень протягом десяти місяців 2017 р. Критерій виключення – хворі з облітеруючим атеросклерозом нижніх кінцівок із цукровим діабетом. **Результати дослідження.** Такі хворі потребують реабілітаційного втручання залежно від стадії захворювання, типу оперативного втручання вже в ранньому післяопераційному періоді та в амбулаторних умовах. Особливої уваги потребують хворі після ампутації фаланг пальців, опорної частини стопи та ампутацій вище коліна. Адже при ампутації нижніх кінцівок значно порушується статика тіла, центр тяжіння переміщується в бік збереженої кінцівки. Як наслідок, нахил таза, що призводить до викривлення хребта й збільшення навантаження на збережену кінцівку, відбувається атрофія м'язів кукси. Значно знижується якість життя пацієнтів. **Висновки.** За результатами дослідження встановлено, що відсоток жінок із цим захворюванням є меншим, порівняно з чоловіками, проте він значний, що не зовсім збігається з попередніми дослідженнями та, очевидно, потребує вивчення причин росту цього захворювання серед жінок. Також встановлено, що майже чверть пацієнтів із цим діагнозом поступили в хірургічне відділення в стадії деструктивних змін із характерними виразками в дистальних відділах кінцівки й пальцях, що призвело до їх ампутації.

сосудистых заболеваний – это люди трудоспособного возраста. Атеросклероз (atherosclerosis) – хроническая болезнь, которая характеризуется липоидной инфильтрацией внутренней оболочки артерий эластичного и смешанного типов с последующим развитием в их стенке соединительной ткани и клинически проявляется общими и местными расстройствами кровообращения. Атеросклероз облитерирующий – разновидность атеросклероза, характеризующаяся резким сужением или полным закрытием просвета артерий. Он наблюдается, как правило, в артериях нижних конечностей, сердца, почек и экстракраниальных отделах сосудов головного мозга. **Цель исследования** – установить структуру оперативных вмешательств при облитерирующем атеросклерозе нижних конечностей и выявить основные аспекты, на которые должна быть направлена реабилитация больных с данной патологией. **Методы исследования** – анализ и синтез научных источников, анализ медицинских карт. Проведен анализ 59 медицинских карт больных после оперативных вмешательств при облитерирующем атеросклерозе нижних конечностей. Проанализирована структура вмешательств и их осложнений в течение десяти месяцев 2017 г. Критерий исключения – больные с облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей с сахарным диабетом. **Результаты исследования.** Такие больные нуждаются в реабилитационном вмешательстве в зависимости от стадии заболевания, типа оперативного вмешательства уже в раннем послеоперационном периоде и в амбулаторных условиях. Особого внимания требуют больные после ампутации фаланг пальцев, опорной части стопы и ампутаций выше колена, ведь при ампутации нижних конечностей значительно нарушается статика тела, центр тяжести перемещается в сторону сохранившейся конечности. Как следствие, наклон таза, что приводит к искривлению позвоночника и увеличения нагрузки на сохранившуюся конечность, происходит атрофия мышц культы. Значительно снижается качество жизни пациентов. **Выводы.** По результатам исследования установлено, что процент женщин с данным заболеванием является меньшим по сравнению с мужчинами, однако он значителен, что не совсем совпадает с предыдущими исследованиями и, очевидно, требует изучения причин роста данного заболевания среди женщин. Также установлено, что почти четверть пациентов с данным диагнозом поступили в хирургическое отделение в стадии деструктивных изменений с характерными язвами в дистальных отделах конечности и пальцев, что привело к ампутации.

**Ключевые слова:** облитерирующий атеросклероз нижних конечностей, реабилитация.

**Nataliya Golod. Structure of Surgical Intervention at Obliterating Atherosclerosis of Lower Extremities and Aspects of Rehabilitation of Patients with this Pathology. The Relevance of the Topic.** In most economically developed countries cardiovascular diseases occupy a leading position among the causes of morbidity, disability, and mortality. Mortality from diseases of the cardiovascular system prevails over mortality from all malignant neoplasms taken together, and, 25% of those who died of cardiovascular diseases are people of working age. Atherosclerosis (atherosclerosis) is a chronic disease, characterized by lipid infiltration of the inner shell of the arteries of the elastic and mixed types with subsequent development of connective tissue in their wall, and clinically manifested by general and local disorders of blood circulation. Obliterating atherosclerosis is a type of atherosclerosis, characterized by a sharp narrowing or complete closure of the arterial lumen. As a rule, it is observed in the arteries of the lower extremities, heart, kidneys and the external sections of the brain blood vessels. **The purpose of the study** – to establish the structure of surgical interventions in the obliterating atherosclerosis of the lower extremities and to identify the main aspects that should be addressed for the rehabilitation of patients with this pathology. **Methods of research** – analysis and synthesis of scientific sources, analysis of medical records. The analysis of 59 medical records of patients after surgical interventions with obliterating atherosclerosis of the lower extremities has been performed. The structure of interventions and their complications for ten months of 2017 have been analysed. The exclusion criterion is patients with obliterating atherosclerosis of the lower extremities with diabetes. **Results of the Research.** Such patients need rehabilitation interventions, depending on the stage of the disease, on the type of surgical intervention in the early postoperative period and in ambulatory surveillance. Particular attention is needed for patients after amputation of phalanges of toes, the support part foot and amputations above the knee. After all, amputation of the lower extremities significantly disturbs the body's static, the center of gravity moves toward the retained limb. As a result, the slope of the pelvis, which leads to curvature of the spine and an increase in the load on the retained limb occurs, as well as the atrophy of the muscles of the box. The quality of life of patients significantly decreases. **Conclusions.** According to the results of the study it has been found out the percentage of women with this disease is lower than that of men, but it is significant, which does not completely coincide with previous studies, and obviously, it is necessary to investigate the causes of the growth of the disease in women. It has been found out that almost a quarter of patients with this diagnosis got into the surgery department at the stage of destructive changes with distinctive ulcers in the distal parts of the limbs and fingers, which led to their amputation.

**Key words:** obliterating atherosclerosis of the lower extremities, rehabilitation.

**Вступ.** Захворювання серцево-судинної системи в більшості економічно розвинених країн займають лідируючі позиції серед причин захворюваності, інвалідизації та смертності. Смертність від захворювань серцево-судинної системи переважає над смертністю від усіх злякисних новоутворень, разом узятих, причому; 25 % померлих від серцево-судинних захворювань – це люди працездатного віку. Атеросклероз (atherosclerosis) – хронічна хвороба, яка характеризується ліпоїдною інфільтрацією

внутрішньої оболонки артерій еластичного й змішаного типів ьз наступним розвитком у їх стінці сполучної тканини та клінічно проявляється загальними й місцевими розладами кровообгу. Атеросклероз облітеруючий – це різновид атеросклерозу, що характеризується різким звуженням або повним закриттям просвіту артерій. Його спостерігають, зазвичай, в артеріях нижніх кінцівок, серця, нирок та екстраніальних відділах судин головного мозку [4].

Біль у ногах, який виникає під час ходьби й зникає в стані спокою, свідчить про наявний симптом стенозу та оклюзії артерій ніг або біфуркації аорти й називається «переміжною кульгавістю». Локалізація, інтенсивність і характер болю свідчать про ступінь порушення кровообігу, ступінь ішемії й темпи розвитку захворювання. При гострій оклюзії артеріального стовбура біль особливо інтенсивний. Так, П. Я. Чумак, А. Я. Кузнецов, М. О. Рудий, О. П. Ковальов відзначають, що м'язова слабкість і парезії (відчуття оніміння, поколювання, повзання мурашок) можуть бути симптомами порушення кровообігу. Вони посилюються в момент функціонального навантаження.

На сьогодні в США та країнах Європи розроблено багато реабілітаційних програм для пацієнтів із переміжною кульгавістю, проте питання реабілітації хворих після оперативних втручань при облітеруючому атеросклерозі нижніх кінцівок залишається відкритим і складним, оскільки пацієнти мають багато супутніх захворювань та потребують різнопланового фізіотерапевтичного й ерготерапевтичного втручання.

**Мета дослідження** – установити структуру оперативних втручань при облітеруючому атеросклерозі нижніх кінцівок та виявити головні аспекти, на які має бути спрямована реабілітація хворих із цією патологією.

**Методи дослідження** – аналіз та синтез наукових джерел, аналіз медичних карт. Проведено аналіз 59 медичних карт хворих після оперативних втручань при облітеруючому атеросклерозі нижніх кінцівок. Проаналізовано структуру втручань і їх ускладнень протягом десяти місяців 2017 р. Критерій виключення – хворі з облітеруючим атеросклерозом нижніх кінцівок із цукровим діабетом.

Дослідження проводили на базі Івано-Франківської центральної міської лікарні № 1, у хірургічному відділенні.

**Результати дослідження.** Основними симптомами облітеруючого атеросклерозу нижніх кінцівок є болі або відчуття втоми в м'язах ніг під час ходьби (зазвичай, у литкових м'язах) – цей симптом є одним із ранніх ознак атеросклерозу судин ніг (переміжна кульгавість); незвичне відчуття мерзлякуватості й оніміння в стопі, що посилюється при фізичному навантаженні (ходьба, підйом сходами); різниця в температурі шкіри між кінцівками (страждаюча нога прохолодніша від здоровою); болі в носі в стані спокою, що позбавляють пацієнта сну; наявність ранки, яка не гоїться, або трофічної виразки, зазвичай розміщеної в ділянці стопи або нижньої третини гомілки; потемніння шкіри, часто у вигляді темно-бурого або чорного некрозу пальців стопи (гангрена); зменшення волосяного покрыву, блідість і сухість шкірних покривів, деформація нігтьових пластин, гіперкератоз. [1; 4; 9].

Для діагностики облітеруючого атеросклерозу нижніх кінцівок використовують різні методи. Огляд дає змогу виявити симптоми порушення трофіки тканин. Методом пальпації можливо виявити зміну температури різних ділянок тіла й порівняти її на симетричних ділянках, визначити та порівняти пульсацію артерій на симетричних ділянках. Аускультация уможлиблює обчислення плечо-гомількового індексу. А також використовують функціональні проби Опеля (1911), Самуельса (1929), Панченка (1937), Гольдфлама (1985), Мошковича, Шамової, Сітенка (1907, 1949, 1953), «Білої плями» та застосовують сучасні функціональні методи дослідження, як-от: реовазографія, ультразвукова доплєграфія, ангиографія, осцилографія, термометрія (-графія) шкірних покривів, комп'ютерна томографія, які використовують для уточнення клінічного діагнозу, ступеня, характеру ураження судин, оцінки ефективності проведеного лікування та ін. [4; 6].

Сьогодні зарубіжні й вітчизняні фахівці для класифікації стадій захворювання облітеруючого атеросклерозу нижніх кінцівок користуються класифікацією R. Fontain et. all.(1968):

I – болі в ногах з'являються лише після тривалої (більше 1000 м) ходьби;

IIА – болі виникають після проходження відстані в діапазоні 200–1000 м;

IIБ – безболісна ходьба складає менше ніж 200 м;

IIIА – виникнення «болів спокою», що з'являються в горизонтальному положенні;

IIIБ – часті «болі спокою», що вимушують опускати ногу більше ніж 3–4 рази за ніч;

IV А – поява некротичних змін пальців стопи;

IV Б – гангрена стопи або гомілки. [2; 3; 6].

Також за ділянкою ураження атеросклероз поділяється на такі форми:

Синдром Леріша (оклюзія термінального відділу аорти та клубових артерій); оклюзія стегнової артерії, оклюзія підколінної артерії; синдром Такаясі (оклюзія гілок артерій дуги аорти); оклюзія мезентеріальних артерій; оклюзія ниркових артерій; атеросклероз артерій мозку [4; 5].

За рівнем оклюзії облітеруючий атеросклероз нижніх кінцівок поділяється на біфуркацію аорти (с-м Ляриша); здухвинно-стегновий сегмент; стегно-підколінний сегмент; підколінно-гомільковий сегмент (дистальний) (рис. 1).

Уважається, що атеросклероз – це захворювання, спричинене низкою ендогенних й екзогенних факторів, які сприяють виникненню його клінічних проявів і прогресуванню.



Рис. 1. Ангіограма. Варіанти атеросклеротичного ураження стегнової артерії

Згідно з аналізом джерел [1; 4; 6], на сьогодні вважається, що до розвитку атеросклерозу призводять такі основні чинники:

- куріння;
- чоловіча стать (у більшості випадків);
- гіперхолестеринемія, гіперліпідемія;
- підвищений артеріальний тиск (незалежно від причини його зростання);
- гормональний фактор (гіпотиреоз, цукровий діабет);
- соціальні фактори (емоційне перенапруження, стрес);
- ожиріння, надлишкова маса тіла;
- мала фізична активність;
- генетичні, спадкові фактори.

Проте в наукових джерелах немає доказів, що саме кожен із цих факторів окремо призводить до розвитку захворювання.

Хірургічне лікування показано всім пацієнтам із важкою ішемією кінцівки, фактором, що визначає операбельність осіб із явищами ваяжкої ішемії, є стан судин відтоку, тобто дистальніше місця оклюзії. Судинна реконструкція показана всім хворим, у яких, за даними ангіографії, збережені основні шляхи відтоку (поверхнева або глибока артерія стегна) при аорто-здухвинній локалізації оклюзії або хоча б в одній з артерій гомілки при сукупних ураженнях стегново-підколінного й периферичного артеріального сегментів. Ураження головних сегментів відтоку на значному протязі є протипоказанням до виконання судинної реконструкції. При визначенні показання до проведення операції поряд із місцевими ознаками операбельності особливу увагу приділяють загальному стану хворих, характеру супровідних захворювань, які й зумовлюють ступінь ризику операції та є загальним показником операбельності хворих. [1; 4].

Відновлення магістрального кровотоку при оклюзійних ураженнях черевної аорти й магістральних артерій досягають за допомогою основних видів операцій, що одержали широке застосування в хірургічній практиці, а саме таких як:

- 1) різні види ендартеректомії, інтимтромбектомії;
- 2) обхідне шунтування оклюзійного сегмента артерії;
- 3) резекція і заміщення облітерованого сегмента артерії (протезування).

Якщо сегментарна оклюзія артерій у хворих не перевищує 7–9 см, то потрібна ендартеректомія. Операція полягає в тому, що видаляють змінену інтиму разом з атеросклеротичною бляшкою й тромбом. Її проводять як відкритим (повздожня артеріотомія над облітерованою ділянкою артерії), так і закритим (поперечна артеріотомія) методом.

Кожен із цих методів має свої переваги та недоліки. Ендартеректомію застосовують рідко, оскільки оклюзійний процес зазвичай уражує судини на великому протязі. У таких випадках здійснюють шунтування або резекцію ураженої ділянки артерії із заміщенням її пластичним матеріалом [4].

При оклюзійних ураженнях аорто-здухвинного сегмента більш широко використовують операції обхідного шунтування алопротезом або резекцію ураженої ділянки судини з її наступним протезуванням. Сьогодні для пластики артерій застосовують переважно два види судинних трансплантатів: автовенні й синтетичні протези (лавсанові, фторлон-лавсанові, дакронові й тефлонові) [1; 4].

При атеросклеротичному ураженні черевної аорти і клубових артерій виконують аорто-стегнове шунтування з використанням синтетичного трансплантанта або резекцію в ділянці біфуркації аорти з протезуванням. При облітерації артерії в стегново-підколінному сегменті проводять стегново-підколінне або стегново-тибіальне шунтування сегментом великої підшкірної вени. Перевагу віддають автовені, оскільки, як зазначають вітчизняні фахівці, синтетичні протези тромбуються вже в найближчий час після операції [1; 4].

Ідеальним методом ревазуляризації кінцівки при супровідних оклюзіях аорто-здухвинного й стегново-підколінного сегментів вважається подвійна реконструкція обох сегментів. При неможливості виконати реконструктивну операцію хворим із тяжкою ішемією кінцівки показана операція на симпатичній нервовій системі й надниркових залозах. Незважаючи на те, що результати поперекової симпатекомії у хворих із III і IV стадіями захворювання гірші, ніж у хворих із II стадією. Практично всім пацієнтам показана поперекова симпатекомія як альтернатива ампутації. Ефективність цієї операції вища, коли атеросклеротичні ураження локалізуються переважно в нижніх кінцівках, коли хворі молодого віку, при I–II стадіях захворювання та одночасному проведенні реконструктивних операцій. Після симпатекомії настає парез артерій кінцівки, ліквідується периферичний ангіоспазм, стимулюється розвиток колатерального кровообігу [2; 4].

При значних дистрофічних змінах тканин дистальних відділів кінцівок із явищами гангрені й обширних некрозах із вираженим больовим синдромом, лімфангіїтом і пахвинним лімфаденітом одночасно з виконанням поперекової симпатекомії показана внутрішньоартеріальна інфузія лікарських препаратів в одну з гілок стегнової або зовнішньої клубової артерії. Внутрішньоартеріальне введення лікарських сумішей дає змогу зняти больовий синдром, периферичний ангіоспазм, поліпшує мікроциркуляцію й реологічні властивості крові, зменшує явища запалення та набряк тканин [4; 5].

Приблизно в 50 % випадків хворим із гангренозними й виразково-некротичними змінами тканин дистальних відділів кінцівки поряд із виконанням реконструктивної операції, утручання на симпатичній нервовій системі й надниркових залозах або проведенням тривалої внутрішньоартеріальної інфузії здійснюють великі некретомії, екзартикуляцію пальців або економні ампутації на рівні стопи чи гомілки або вище. Ампутація кінцівки на рівні стегна показана при високій оклюзії магістральних артерій, значних, незворотних змінах тканин дистальних відділів кінцівки. При успішній відновній операції з наявністю пульсівного кровотоку артеріями гомілки й стопи продовжують загальне та місцеве консервативне лікування. У післяопераційний період можливі такі ускладнення: тромбоз авто- або алотрансплантатів, що вимагає повторного екстреного оперативного втручання; кровотеча з операційної рани: первинна (у перші три дні), вторинна (після п'ять днів), арозивна; гематурія (свідчить про передозування антикоагулянтів) [2; 4].

За даними нашого дослідження, проведеного в хірургічному відділенні Івано-Франківської центральної міської лікарні, більшість пацієнтів із цим діагнозом – це чоловіки. Гендерну структуру хворих, яким проводили оперативні втручання з приводу атеросклерозу нижніх кінцівок, відображено на рис. 2.

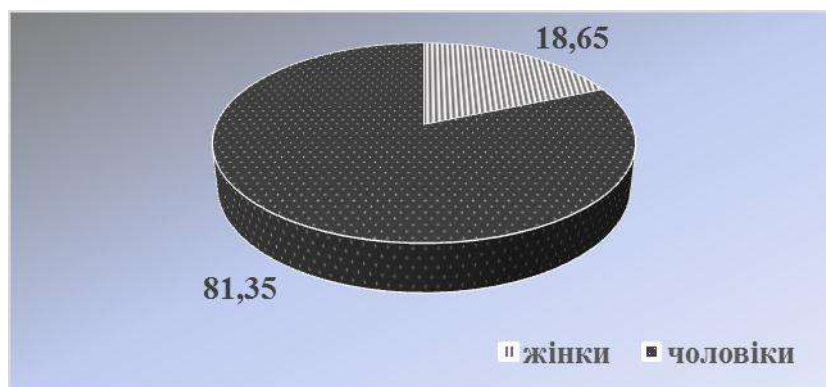


Рис. 2. Гендерна структура пацієнтів (%).

Велика проблема лікування й реабілітації таких хворих полягає в тому, що з цим діагнозом хворі поступають, зазвичай, у стадії деструктивних змін із характерними виразками в дистальних відділах кінцівки та пальцях. Краї й дно цих виразок «несвіжі», покриті брудно-сірим нальотом, грануляції відсутні, навколо з'являється запальна інфільтрація. Виникає набряк стопи та гомілки. Біль у стопі й пальцях стає постійним і нестерпним. Розвивається суха, або волога гангрена пальців і стоп. Для збереження неураженої частини стопи у таких випадках проводиться ампутація пальців або частини стопи, інколи здійснюють вищі ампутації.

Проаналізувавши структуру хворих, яким проводили оперативні втручання з приводу атеросклерозу нижніх кінцівок, установили, що вагомому відсотку хворих проводили ампутацію фаланг пальців, меншому відсотку – ампутацію частини стопи (рис. 3).

Отже, згідно з аналізом результатів дослідження видно, що відсоток жінок із цим захворюванням є меншим, порівняно з чоловіками, проте він є значним, що не зовсім збігається із попередніми дослідженнями й, очевидно, потребує вивчення причин росту такого захворювання серед жінок.



Рис. 3. Структура оперативних втручань

Також встановлено, що майже чверть пацієнтів із цим діагнозом поступили в хірургічне відділення в стадії деструктивних змін із характерними виразками в дистальних відділах кінцівки й пальцях, що призвело до їх ампутації.

**Дискусія.** У сучасній системі охорони здоров'я відсоток пацієнтів із цією патологією, які отримали реабілітаційну допомогу, є дуже мізерним. Після виписки зі стаціонару хворі тривалий час

підлягають диспансерному нагляду. Цей нагляд, зазвичай, має формальний характер. Як правило, для профілактики загострення, рішенням ЛКК поліклініки надаються обмеження в роботі, які не ведуть до зниження кваліфікації. Люди фізичної праці переводяться на легку працю, а якщо це спричиняє зниження кваліфікації, надається III група інвалідності на період перепідготовки. У II стадії захворювання – працездатні лише люди розумової праці. Особам некваліфікованої фізичної праці призначається III група інвалідності. II група надається хворим з ампутацією (стегна, гомілки) однієї і при ураженні в II стадії – іншої кінцівки. У III стадії всі признаються інвалідами III групи, за необхідності, потребують зменшення об'єму виробничої діяльності. Часті загострення хвороби дають основу надати II групу інвалідності. У IV стадії надають II групу, а при ураженні обох ніг – I групу інвалідності [4]. Проте таким хворим не надається ерготерапевтична допомога, яка могла б повернути їх у соціум.

Лікування в Україні цих хворих залежить від локалізації уражень і ступеня ішемії кінцівки. На початкових стадіях порушення кровообігу в кінцівці показане консервативне лікування. Його проводять 2–3 рази на рік, курс триває 1–2 місяці. Застосовують судинорозширювальні препарати, спазмолітичні засоби, які діють на холінергічні системи, гангліоблокуючі засоби, препарати, що покращують реологічні властивості крові й мікроциркуляцію. Використовують антисклеротичні засоби, препарати, що знижують усмоктування холестерину [1, 4, 6].

У лікувальних і санаторно-курортних установах України фізіотерапевтичне лікування (мається на увазі використання природних та переформованих чинників) спрямоване на покращення кровообігу, ліквідацію гіпоксії в тканинах, профілактику прогресування захворювання й нормалізацію функціонального стану центральної нервової системи, а саме: баро- та лазеротерапія, гіпербарична оксигенація. Із бальнеопроцедур часто застосовують різні ванни (кисневі, радонові, йодобромні, сірководневі, киснево-радонові, морські) грязьові й озокеритові аплікації, імпульсні струми, УВЧ, електрофорез лікарських засобів, мікрохвильову терапію, магнітотерапію. Використовують ЛФК: ходьбу, лікувальну гімнастику, плавання в басейні (30–32 °С), спортивні ігри та вправи, купання й плавання в морі (24–26 °С). Проводять масаж спини, поперекової ділянки та сегментарний масаж [4].

Проте в сучасній вітчизняній системі охорони здоров'я не проводиться вторинна профілактика цього захворювання та недооцінюється значення профілактичних заходів, спрямованих на усунення причин захворювання й профілактику подальших ускладнень. Не проводиться оцінка ефективності наданих реабілітаційних послуг. Зазвичай уся реабілітація зводиться до «відпущення певних процедур».

Аналіз іноземних джерел свідчить, що за кордоном велику увагу приділяють підвищенню рухової активності застосуванням аеробних навантажень цієї групи пацієнтів, що, зі свого боку збільшує тривалість і дистанцію ходи й, отже, покращує життя таких пацієнтів та суттєво зменшує відсоток пацієнтів із прогресуванням облітеруючого атеросклерозу нижніх кінцівок. Також розробляються реабілітаційні заходи для відмови пацієнтів від шкідливих звичок, для корекції дієти, спрямованої на нормалізацію маси тіла та зниження рівня холестерину в крові [6].

Такі хворі потребують реабілітаційного втручання залежно від стадії захворювання, типу оперативного втручання вже в ранньому післяопераційному періоді та в амбулаторних умовах. Особливої уваги потребують хворі після ампутації фаланг пальців, опорної частини стопи та ампутацій вище коліна. Адже при ампутації нижніх кінцівок значно порушується статика тіла, центр тяжіння переміщується в бік збереженої кінцівки. Як наслідок, нахил таза, що призводить до викривлення хребта та збільшення навантаження на збережену кінцівку, відбувається атрофія м'язів кукси. Значно знижується якість життя пацієнтів.

**Висновки та перспективи подальших досліджень.** У нашій країні щорічно виконується понад 5000 оперативних втручань, спрямованих на відновлення рециркуляції крові в басейні черевного відділу аорти та артерій нижніх кінцівок у хворих з облітеруючим атеросклерозом судин нижніх кінцівок. Ситуацію ускладнює той факт, що більшість хворих з облітеруючим атеросклерозом звертаються за допомогою в пізніх стадіях, коли оклюзії приймають «багатоповерховий» характер і загроза втрати кінцівки є дуже високою.

Сучасне вітчизняне хірургічне лікування хворих із хронічною критичною ішемією нижніх кінцівок перебуває на високому рівні, проте ефективність від виконання таких операцій залежить від багатьох факторів: від стадії захворювання, локалізації та довжини оклюзії, ступеня ішемії кінцівки, супутніх захворювань. Однак в Україні й надалі залишаються дуже високі показники виконання первинних ампутацій нижніх кінцівок. Можливо, причиною цього є майже повна відсутність кваліфікованої та своєчасної реабілітаційної допомоги таким пацієнтам, відсутність просвітницької й профілактичної роботи, спрямованої на попередження цього захворювання.

На сьогодні не розроблені програми реабілітації з індивідуальним мультидисциплінарним підходом, спрямовані на відновлення активностей, програми, які враховують фактори ризику, супутню патологію та, насамперед, причини цього захворювання. Отже, у зв'язку зі збільшенням кількості хворих на атеросклеротичні оклюзії артерій стегна й гомілки та невтішні результати їх лікування, перспективно подальших досліджень убачаємо розробку реабілітаційних заходів для хворих після оперативних втручань та для профілактики подальших ускладнень від основного й супутніх захворювань, підвищення якості життя цієї категорії пацієнтів.

#### *Джерела та література*

1. Березницький Я. С., Захараш М. П., Мишалов В. Г. и др. Хірургія. Базовий підручник з хірургії: [у п'яти книгах]. [Електронний ресурс].
2. Мішалов В. Г., Літвінова Н. Ю. Хірургічне лікування атеросклеротичного оклюзійно-стенотичного ураження брахіоцефальних артерій у хворих із супутньою ішемічною хворобою серця. Київ: Принт-Експрес, 2006. С. 135.
3. Мішалов В. Г., Нікульников П.І. та ін. Діагностика і лікування пацієнтів з хронічною критичною ішемією нижніх кінцівок, поєднаною з мультифокальним атеросклерозом. Укра- їнський Консенсус. Київ, 2006. 67 с.
4. Чумак П. Я., Кузнецов А. Я., Рудий М. О., Ковальов О. П. Хірургічні хвороби: підручник. Тернопіль: ТДМУ, 2006. 488 с.
5. Черняк В. А., Костромин Г. А., Ужанов О. Г., Кошевский Ю. И. Консервативная терапия больных облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей в состоянии критической ишемии в сочетании с ишемической болезнью сердца: Міжнар. симпозиум «Гемостаз – проблеми та перспективи» (5–6 лист. 2002 р., м. Київ). Київ, 2002. № 31. С. 342–345.
6. <http://www.thecochranelibrary.com>

#### *References*

1. Bereznytskyi, Ya. S., Zakharash, M. P., Myshalov, V. H. & etc. Khirurgiia [Surgery]. Bazovyi pidruchnyk z khirurgiia (u piaty knykh) elektronnyi variant.
2. Mishalov, V. H. & Litvinova, N. Yu. (2006). Khirurhichne likuvannia aterosklerotychnoho okliuziino-stenotychnoho urazhennia brakhiosefalnykh arterii u khvorykh iz suputnoiu ishemichnoiu khvoroboiu sertsia [Surgical treatment of atherosclerotic occlusion and stenosis of brachiocephal arteries in patients with coexisting ischemic heart disease]. K., Print-Ekspres, 135.
3. Mishalov, V. H., Nikulnykov, P. I. & etc. (2006). Diahnostyka i likuvannia patsiientiv z khronichnoiu krytychnoiu ishemieiu nyzhnikh kintsivok, poiednanoi z multyfokalnym aterosklerozom [Diagnosis and treatment of patients with chronic critical ischemia of the lower extremities, combined with multifocal atherosclerosis]. Ukrayinskyi Konsensus. K., 67.
4. Chumak, P. Ia., Kuznietsov, A. Ia., Rudyi, M.O. & Kovalov, O. P. (2006). Khirurhichni khvoroby [Surgical pathology]. Ternopil: TDMU, 488.
5. Cherniak, V. A., Kostromyn, H. A., Uzhanov, O. H. & Koshevskiy, Yu. Y. (2002). Konservativnaia terapiia bolnykh obliteriruiushchim aterosklerozom sosudov nizhnikh konechnostei v sostoianii kriticheskoi ishemii v sochetanii s ishemicheskoi boleznio serdtsa [Conservative therapy of patients with obliterating vessels atherosclerosis of the lower limb ischemia in combination with coronary heart diseasecritical]. Mizhnarod. simpozium «Hemostaz – problemi ta perspektivy» (5–6 lystopada 2002 r., m. Kyiv). K., no. 31, 342–345.
6. <http://www.thecochranelibrary.com>

Стаття надійшла до редакції 08.05.2018 р.