

Значението на кинезитерапията в комплексното лечение на хроничната артериална недостатъчност на крайниците

Ивелина Стефанова

The importance of physiotherapy in the complex treatment of chronic arterial insufficiency of the extremities: *Chronic arterial insufficiency of the extremities is a pathological change in the functional status of the limb blood flow that occurs slowly. The main objective of physiotherapy is a lasting improvement and maintenance of general circulation and metabolic processes in the body of the patient.*

Key words: *Chronic arterial insufficiency of the extremities, physiotherapy.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Безспорен факт в началото на 21 век е, че честотата на сърдечно-съдовите заболявания в световен мащаб непрекъснато се покачва. Нашата страна не прави изключение. По данни от Регионална здравна инспекция - Русе за 2010 г. най-висока е смъртността от сърдечносъдови заболявания (66,74%)[1]. За съжаление повечето българи страдат без да обръщат сериозно внимание на съдовите си заболявания, които бавно и постепенно ги инвалидизират. Необходима е повече информация за заболяването и индивидуален подход към всеки болен.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Артериалните заболявания се представят с два основни синдрома – на остра и на хронична артериална недостатъчност.

Острата артериална недостатъчност е спешно състояние, характеризиращо се с внезапно начало и оплаквания от остра болка в засегнатия крайник – стъпало, подбедрица, длан. Тя винаги е дистално от мястото на запушването. Съпроводена е с изстиване и изтръпване на засегнатите участъци. Обективно – стъпалото (дланта) е хладно, бледо или цианотично, с изпразнени подкожни вени, намалена до липсваща сетивност, намалена до липсваща активна подвижност, а в най-тежките случаи (на гангрена) – плегия по периферен тип или контрактура в глезенната става. Липсват пулсации на определени палпаторно достъпни места на долните крайници.

Хроничната артериална недостатъчност на крайниците е патологична промяна на функционалното състояние на кръвообръщението на крайника, което настъпва бавно. Във функционално отношение стеснението на лумена предизвиква намаляване на кръвния ток, намаляване на преноса на O_2 и хранителни вещества, а това води до исхемия на крайника.

Клиничната картина се развива постепенно - болните се оплакват от умора при продължително ходене, като разстоянието постепенно се скъсява, появяват се парастезии и болка в подбедрената мускулатура. Това предизвиква накуцване при ходене, което налага пациента да спре и след почивка да продължи т. нар. Claudicatio intermitens. В по-късните стадии се появява и нощната болка, изстиване и изтръпване на засегнатите участъци.

Клинично заболяването протича в 4 стадия по Фонтен:

- I стадий – артериална непроходимост без клинична изява - умора след продължително ходене;

- II стадий – клаудикацио интермитенс с умора, схващане и болка при ходене на определено разстояние:

II A – над 200 м - този стадий е компенсиран и след амбулаторно лечение оплакванията намаляват;

II B – под 200 м - умората при ходене се увеличава, появяват се и нощните болки;

- III А стадий – болки в стъпалото при покой, разстоянието което болният изминава се намалява до 100 - 50 м;
- III Б стадий – нощните болки стават нетърпими, болният спи седнал на стол, което облекчава незначително болката.
- IV стадий – трофични промени (некроза) до гангрена на стъпалото. Клиниката е с изразена болка и парестезии.

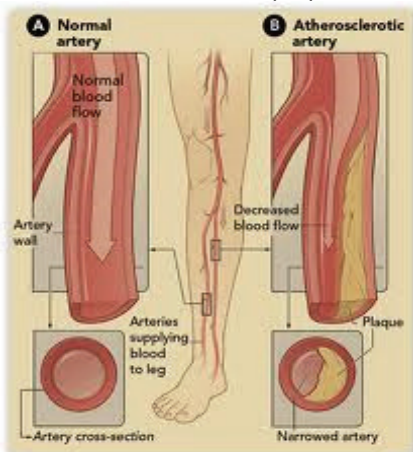


Фиг.1 Трофични промени в дисталната част на долните крайници

Основен фактор за развитието на ХАНК е атеросклерозата - около 90% от случаите с артериална исхемия, особено значима като социално заболяване, тъй като много често се комбинира с ИБС и мозъчно-съдова болест. Атеротромбозата е причина за около 65% от смъртността в България.

Боледуват мъжете 9:1 спрямо жените. Категорични фактори са тютюнопушенето, алкохолът, приемането на големи количества мазнини и въглехидрати заседналия начин на живот. В около 10% от случаите причина са други заболявания: диабетна макро- и микроангиопатия, болест на Бюргер, болест на Рейно и др.

Атеросклерозата е заболяване на артериалната стена, при което е налице задебеляване на най-вътрешния и слой, което постепенно прогресира и в последствие се наблюдава запушване на увреденият кръвоносен съд. Като резултат на този процес се развива тъканна исхемия – липса на достатъчно количество кислород в кръвоснабдяваните от засегнатите артерии тъкани и органи.



Фиг.1 Артериален кръвоносен съд – нормален лумен и стеснен лумен

Като правило заболяването обхваща всички съдове на човешкото тяло, но най-опасно е засягането на коронарните, каротидните, вертебралните и артериите на долните крайници - общата бедрена артерия - а. femoralis comunis, поплитеалната артерия - а. poplitea, илиачната артерия - а. Iliaca и абдоминалната част на аортата.

Ранната диагностика и информираността на пациента са от голямо значение за хода на лечението. Лечението в I и II стадии по Фонтен е медикаментозно, съчетано с кинезитерапия, докато при III и IV стадий падиента задължително трябва да се насочи за реваскуларизация – реконструктивна съдова операция

Мястото на КТ в комплексното лечение на ХАНК:

КТ се прилага в I и II стадий от развитието на заболяването. **Основната цел** е трайно подобряване и поддържане на общото кръвообръщение и обменните процеси в организма на болния.

Задачи:

1. Регулиране на съдовия тонус.
2. Стимулиране на общото кръвообръщение и обменните процеси в организма на болния, съответно подобряване на местното кръвообръщение и трофика на засегнатите крайници.
3. Предотвратяване на склеротичните промени в стените на артериите.
4. Подобряване на психоемоционалния тонус на болния.

Средства:

Това може да бъде постигнато с опростени в координационно отношение общоразвиващи упражнения за всички части на тялото (в отворена и затворена кинетична верига) изпълнени свободно и ритмично, в пълна амплитуда и бавен до среден темп. Започва се с упражнения за малките стави, като постепенно се преминава към по-големите. Особено значение имат дихателните и релаксиращите упражнения, но най-голям ефект при периферна артериална недостатъчност има теренното лечение - то спомага за развиване на колатерална съдова мрежа. Прилага се по равен терен, с бавен темп на ходене, тогава циркулаторните изисквания са най-малки и не предизвикват бърза поява на пристъпната болка. Не се препоръчва силово обременяване, тъй като се получава несъответствие между увеличените нужди на работещите мускули и затруднението в кръвоснабдяването им, поради облитерация на артериите, което води до задълбочаване на патологичния процес.

Ходенето се изпълва още и като средство за определяне степента на съдовото заболяване. Разработени са тестове, с помоща на които се определя стадия на артериалната недостатъчност въз основа на разстоянието, което болния може да извърви с определен темп, до момента на появата на болката.

Продължителността на КТ процедура е от 25-30 минути за първи стадий до 15-20 за втори стадий два пъти дневно. Изходното положение за изпълнение на комплекса за първи стадий не е от голямо значение, но за втори - тилен лег, лег и седеж. Главният критерий, определящ натоварването и продължителността на кинезитерапевтичната процедура е болката.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По отношение на лечението много важна е профилактиката. Активен двигателен режим, спиране на тютюнопушенето, борба с наднорменото тегло, добър контрол на диабета и не на последно място намаляване на стреса, които са в основата на борбата с това заболяване.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Атанасов, А. ред., Хирургични болести, „Знание“, 2001

[2] Желев, В.. Физиотерапия, 2011

[3] Кратък статистически справочник - Здравеопазване 2010 - РЗИ Русе.

За контакти:

Гл. ас. Ивелина Стефанова, Катедра „Кинезитерапия“, Русенски университет
“Ангел Кънчев”, тел.: 082-821993, e-mail: ivelinastefanova_rs@abv.bg

Докладът е рецензиран.