FRI-K.201-1-HP-04

KINESITHERAPY IN THE TOTAL HEALTHCARE PLAN IN PEMPHIGUS VULGARIS - CLINICAL CASE

Assoc. Prof. P. Barakova, PhD
University of Ruse
Faculty of Public Health and Health Care
Tel.: 0899955088
E-mail: mrsbarakova@abv.bg

***Abstract**: The report addresses the inclusion of kinesitherapy in the overall healing plan of pemphigus vulgaris in a 50 year old woman. Kinesitherapy was conducted in three stages: in the Anesthesiology, Resuscitation and Intensive Care Clinic, at the Department of Vascular and Plastic Surgery of the Pleven Municipal Hospital and in a home environment within 63 days. It recognizes the complex effect of the use of drug therapy and kinesitherapy on the condition.*

***Key words:** autoimmune diseases, pemphigus vulgaris, kinesitherapy*

***JEL Codes:** I 12*

ВЪВЕДЕНИЕ

Пемфигусът е автоимунно заболяване на кожата и външните видими лигавици от групата на булозните дерматози. Наименованието идва от гръцки - pemphix /мехур/. Автоимунният механизъм на възникването е недостатъчно изяснен. При имунологично изследване на серума на пациентите с пемфигус се откриват автоантитела, насочени срещу белтъка дезмоглеин. Този белтък осигурява междуклетъчното свързване в кожата и лигавиците, при разрушаването му се загубва междуклетъчното свързване, епидермисът се разслоява - процес, наречен акантулиза. [3, 4] Хистологично се характеризира с интраепидермални мехури, изпълнени с ексудат. Мехурите се разрастват, увеличават се, лесно се разкъсват, заместват се от болезнени ерозии. Лигавичните лезии /по мекото небце, венците и др./ обикновено се развиват преди тези по кожата. В процеса се засягат също конюктивата, носната лигавица и тази в областта на половите органи. Пациентите имат затруднения в храненето, преглъщането, променя се гласа. Ерозиите са влажни, розово- червени, силно болезнени, в краищата им и по тях има остатъци от разкъсаните мехури. [1, 3]

Срещат се **четири основни типа** на заболяването: pemphigus vulgaris – в 70% от случаите, vegetans - вегетиращ, foliaceus - листовиден, erythemadosus - себореен/, както и някои други форми.

Диагностицира се на базата на: клиничната картина, която е типична; при положителни симптоми на Николски и на Asboe-Hansen, с цитологични и хистологични изследвания. [1, 2]

Лечението е общо и локално: глюкокортикостероиди, цитостатици, антибиотици и др. Заболяването е сериозно, води до инвалидност.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Клиничен случай: Касае се за 50-годишна жена, бивша елитна спортистка. След приключване на спортно-състезателната дейност продължава системни занимания с джогинг, фитнес, аеробика, йога за напреднали. Ежедневните физически натоварвания са с висока интензивност в продължение на години, съчетани са с хранителен режим, неотговарящ на възможностите на организма за възстановяване /вегетарианство, веганство, едно- и двудневни пълни гладувания в седмицата или месеците и др./.

От есенно-зимния период на 2016 г. започват оплаквания от възпаления в устната кухина - на венците, на небцето. Лекувана в дентални кабинети /за афти/ без успех. В края на пролетта на 2017 г. се появяват единични мехури по тялото /гърба и корема/, които лекува с хомеопатия

/назначена от немедицински специалист/, продължава се гладуването по съвет на „хомео-специалиста“. Поради рязко влошаване на здравето и поява на мехури по цялото тяло е приета в Клиниката по кожни и венерически болести на УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ - Плевен. Назначената компетентна, мощна терапия не повлиява процеса. Мехурите покриват четирите крайника /без дланите и стъпалата/, те са по корпуса, тила и врата. Засегнати са носната лигавица, устните и устната кухина, включително езика, областта на двете очи. Особено тежко бе засегната ингвиналната част на таза, седалището и половата зона. Клиничните показатели /белтък, хемоглобин и др./ бяха рисково влошени, поради което пациентката беше приета в Клиниката по анестезиология, реанимация и интензивно лечение на УМБАЛ - Плевен. Разширена бе мощната медикаментозна терапия - обща /големи дози глюкокортикостероиди, кръвопреливания, антибиотици и др./, локалната - превръзки на всички засегнати зони /в случая на четирите крайника и корпуса/ със специфичните за заболяването медикаменти. След преминаване на пряката опасност за живота /при все още много лошо общо състояние/ ми бе предложено да се включа в лечебната програма със задача постепенно да вертикализирам пациентката и да възстановя локомоцията - при променените условия, вследствие тежката акантолиза, минимални възможности за движение в ставите на долните крайници поради мехурите, ерозиите от тях и превръзките, покриващи крайниците и тялото.

Методика: Кинезитерапията проведохме в рамките от 29-ти юни до 1-ви септември, т.е. 63 дни /включително събота и неделя/. Условно тя може да се раздели в три етапа: I-ви - начален етап от 16 дни, завършващ до вертикализиране и ходене на разстояние до 10 м, проведен в Клиниката по анестезиология, реанимация и интензивно лечение; II-ри етап – от 17-ти юли до 6-ти август – 21 дена, проведен в Отделението по съдова и пластична хирургия на УМБАЛ-Плевен и III-ти етап – от 7-ми август до 1-ви септември – 26 дни, проведени в домашна обстановка.

Кинезитерапевтичната стратегия в I етап насочихме преди всичко към включване на компенсаторни механизми във функционирането на кардио-респираторната система поради наличие на клинични и функционални белези, чиято съвкупност в този случай можеше да намери израз в проявата на дихателна недостатъчност. За нас практически ефикасно средство срещу нарушената газова обмяна, за коригиране на хипоксемията бе включването на дихателни упражнения - с техните разновидности, прилагани са подходящите за клиничния случай и дихателно обучение в усложнената клинична картина. Основен дял в процедурите от този етап бяха пасивните упражнения за всички стави на крайниците, за чието изпълнение бе необходимо познаването на ежедневните проявления на заболяването - локализацията на мехурите и състоянието на ерозиите - дълбочина, етап на развитие, възможностите за движение в ставите, които се ограничават от няколко фактора – болката, акантолизата, превръзките. Включването на пасивните упражнения в съчетания с дихателни от друга страна мобилизираха екстракардиалните фактори на кръвообръщението, за да се облекчи сърдечната функция и да се противодействат на застойните явления и хиподинамията. На десетия денвнимателно вертикализирахме пациентката, в следващите дни започнахме възстановяване на ходенето /с наша помощ/ при следене на функционалните показатели /централния източник, необходим за вливанията изостряше нашето внимание повече/. Времетраенето на процедурата бе 20-25 минути.

Снимки 1 и 2. Кинезитерапия в реанимация – ранен етап

Кинезитерапевтичната стратегия във II етап продължи 21 дни, проведена в Отделението по съдова и пластична хирургия, тя бе насочена към постепенно повишаване на общия тонус, укрепване на кардио-пулмоналната система, повлияване на биомеханиката на външното дишане. За подобряване на периферното кръво- и лимфообръщение, имащо директно отношение към локалното възстановяване на кожата, включихме в програмата от този етап четири вида изометрични упражнения за мускулите на долните крайници, които се изпълняваха в серии по десет броя. Същите повлияха благоприятно за намаляването на отоците, които съпътстваха клиничните изяви на пемфигуса. Към комплекса добавихме четири групи упражнения за мобилизация на гръбна и коремна мускулатура, за стабилизация на гръбначния стълб, тъй като при изправения строеж и ходенето, пациентката не успяваше да поддържа добра телесна стойка и с голяма част от тежестта си се опираше на нас. Последните десет дни от периода в клиниката ходенето бе увеличено до 50 м в болничните коридори /централният източник бе махнат в края на този етап/.

Снимки 3 и 4. Кинезитерапия в хирургия – втори етап

Кинезитерапевтична стратегия в III етап: Етапът се проведе в домашна обстановка, продължи 26 дни. Мощната медикаментозна терапия и усиления хранителен режим повлияха за увеличаване на съпротивителните, имунни сили и резистентността на организма срещу развитието на тежките симптоми на болестта. Част от превръзките се махнаха, като продължи ежедневното третиране на целия корпус и крайници със специалните спрейове, кремове и др. Лекуващите направиха опит за намаляване на кортико-стероидите, за да предотвратят някои усложнения /например глюкокортикоид-индуцирана остеопороза /5/, съпътстващи тяхното прилагане, но на този етап редуцирането на дозировката е еднократна в седмицата.

Работната ни стратегия включваше продължаване на дихателните упражнения, както и на пасивните. След завършване на нашата работа остана екстензионен дефицит от 10о за лакътните стави и 10о - за флексията в двете колена, 5о за екстензия в същите, което си обясняваме с големите и дълбоки лезии и грубите ръбове по краищата им. Включихме активни упражнения от тилен лег - 10 минути, изометрични серии за мускулите на долните крайници от шест позиции, упражнения за разтягане и мобилизиране на гръбни и коремни мускули, за ритмична стабилизация на корпуса. В комплекса следват също упражнения от страничен и лицев лег, от колянна опора. В последните десет дни включихме шест упражнения от стоеж, процедурата завършва с ходене и три релаксиращи упражнения. Времетраенето на заниманието бе 60 минути, темпът е умерен, всички упражнения се съчетават с дихателни, които се дават и самостоятелно.

Масажът е абсолютно изключен от кинезитерапевтичните средства.

Снимки 5 и 6. Кинезитерапия в домашни условия – трети етап

Резултати: Така приложени, кинезитерапевтичните средства активизират кръво- и лимфообръщението, подобряват обменните процеси и нормализират съдовия тонус, подобрява се периферната регулация за разпределението на централния дебит на кръвта при променените периферни съпротивления в засегнатите зони. Това въздействие се осъществява невро-рефлекторен път, по пътя на нерво-ендокринната регулация, както и физико-химично /pH, барорецептори, метаболити/.

Физическите натоварвания вървят по „тънката червена линия“ - да се въздейства на организма, но да не се достига до умора, която може да доведе до активизиране на автоимунния патологичен процес.

Терапевтичните трудности при кинезитерапията произлизат поради това, че характерните прояви на пемфигуса са явно проявени и затрудняват активните и пасивни движения. Освен това, поради голямото индивидуално ниво на компенсаторните реакции в различните етапи на заболяването и различния толеранс към хипоксията на отделния пациент, съществува рискът от неадекватно физическо натоварване, което може да доведе до обостряне на процеса.

Работата ни с този клиничен случай, както и цялата ни многогодишна дейност като кинезитерапевт, ни кара да смятаме, че е съмнително кинезитерапията сама да доведе до високи резултати, напротив, смятаме, че само колективните усилия на интердисциплинарен екип с капитан на екипа - тесния специалист, могат да решат благоприятно проблемите на автоимунните заболявания.

ИЗВОДИ

1. Кинезитерапията на пациентите с автоимунни заболявания - общо и с пемфигус вулгарис - в частност, изисква много точна индивидуална оценка на състоянието и възможностите на кардио-пулмоналната система, на обмяната на веществата /в общия смисъл/, на имунната и нервната система, както в началото, така и през цялото време на лечението, възстановяването и в последващите етапи от живота им.
2. Нуждата от съпътстваща живота на пациентите с автоимунно заболяване /пемфигус/ медикаментозна терапия, в съчетание с продължителна медико-социална рехабилитация, изисква с методите на кинезитерапията при тези болести да бъдат запознати както тесните специалисти /специалисти по кожни болести, имунолози, интернисти и др./, така и семейните лекари, кинезитерапевтите, социалните работници, психолозите и др.
3. Общият лечебен план на пациентите с автоимунно заболяване /в това число пемфигус/ е добре да има не само чисто медицинска същност, а и разумна приемственост на медицинска, рехабилитационна и социална страна на проблема.

4. Участието ни в частния клиничен случай очертава следните акценти: ранно започване на всички необходими активни мероприятия, прилагането им през целия лечебен период и след това комплексен характер на терапевтичните мероприятия и ресоциализация на пациентите.

REFERENCES

Durmishev, A., L. Durmishev; Applied dermatotherapy, Ed. "Prof. Marin Drinov ", Sofia, 2016

Zlatkov, H .; Dermatological Differential Diagnosis, C, MI Raikov, 2003

Zlatkov, H .; S. Valkova; Skin and Venereal Diseases, Medical Center of Pleven, Pleven, 2013

Penev, Z., N. Zlatkov, A. Dourmishev, Dermatology and Venereology, Ministry of Health, Sofia, 2001

Petranova, Ts., Y. Sheytanov, Iv. Sheitanov; Osteoporosis, Ed. Continuous Perfection, Sofia, 2016