Rehabilitacja w chorobach naczyń

FORUM

Spis treści

Rehabilitacja w chorobach naczyń **5**

Choroby tętnic 5

Choroby żył 23

Zakrzepica żył głębokich 27

Rehabilitacja w chorobach naczyń

Postęp medycyny w ostatnich dziesięcioleciach oraz zmiany w sposobie sprawowania opieki nad chorymi spowodowały znaczny wzrost długości ludzkiego życia. Starzenie się społeczeństwa powoduje istotny wzrost liczby problemów związanych z leczeniem osób w podeszłym wieku. Intensywność współczesnego życia, zmiana sposobu odżywiania, brak aktywności fizycznej i siedzący tryb życia to czynniki wpływające na wzrost zachorowań na tzw. choroby cywilizacyjne. Choroby naczyń odgrywają wśród nich coraz większą rolę.

Choroby cywilizacyjne

Choroby tętnic

Miażdżyca zarostowa tętnic kończyn dolnych

Najczęstszym schorzeniem naczyń krwionośnych jest miażdżyca i jej skutki narządowe. Jest to choroba tętnic elastycznych oraz dużych tętnic mięśniowych, a jednocześnie ogólnoustrojowa, rozwijająca się powoli przez lata i objawiająca się, w zależności od umiejscowienia, różnymi zespołami klinicznymi. Istotą miażdżycy jest zmiana powierzchni naczynia, która powoduje uaktywnienie osoczowych czynników krzepnięcia, powstawanie przyściennych zakrzepów, zwężenie światła naczynia, upośledzenie przepływu krwi i w rezultacie – niedokrwienie narządów zaopatrywanych przez to naczynie. W następstwie jej rozwoju dochodzi do znacznego pogrubienia błony wewnętrznej oraz zmian włóknisto-rozplemowych prowadzących do upośledzenia przepływu krwi oraz powikłań zakrzepowo-zatorowych.

Istota miażdżycy

Etiologia miażdżycy nie jest do końca poznana. Do najważniejszych czynników odgrywających decydującą rolę w jej powstawaniu należą:

Etiologia miażdżycy

1) zaburzenia gospodarki lipidowej: dieta bogata w nasycone kwasy tłuszczowe, z dużą zawartością lipoprotein typu LDL,
2) palenie tytoniu,
3) nadciśnienie tętnicze,
4) siedzący tryb życia – aktywność fizyczna powoduje dobre ukrwienie organizmu i normalizuje proporcje wszystkich frakcji lipoprotein we krwi,

Copyright by Forum Media Polska Sp. z o.o.

5) choroby uwarunkowane genetycznie, tj. hiperlipidemie,
6) inne choroby, np. cukrzyca.

Podstawowym sposobem walki z miażdżycą jest eliminowanie czynników ryzyka, schemat strategii ich leczenia obejmuje:

- zaprzestanie palenia tytoniu,
- leczenie zaburzeń lipidowych,
- leczenie nadciśnienia,
- leczenie cukrzycy,
- utrzymywanie ciśnienia tętniczego < 140/90 mmHg,
- leczenie przeciwpłytkowe kwasem acetylosalicylowym.

Obraz kliniczny miażdżycy tętnic

Obraz kliniczny miażdżycy tętnic jest zróżnicowany i w dużym stopniu zależy od umiejscowienia niedrożności. Objawy przewlekłego miażdżycowego niedokrwienia kończyn to:

- obniżenie temperatury kończyn dolnych,
- bladosine zabarwienie skóry łydek,
- bolesne skurcze mięśni łydek,
- parestezje (mrowienie, drętwienie, pieczenie),
- osłabienie siły mięśniowej,
- zaniki mięśniowe,
- ból o typie chromania przestankowego,
- zmiany troficzne i martwicze skóry kończyn dolnych.

Zespół Leriche'a

Najczęstszym miejscem występowania zmian miażdżycowych jest końcowy odcinek aorty i jej rozwidlenie (42,4%), następnie tętnice wieńcowe (32,1%) oraz tętnice odchodzące od łuku aorty (17,2%). Niedrożność końcowego odcinka aorty brzusznej i/lub tętnic biodrowych, zwaną zespołem Leriche'a (ZL), stwierdza się u 10–30% chorych z niedokrwieniem kończyn dolnych. Charakterystycznymi objawami tego zespołu są:

- niewyczuwalne tętno nad tętnicami udowymi,
- chromanie przestankowe,
- zaniki mięśni w obu kończynach dolnych,
- zblednięcie kończyn dolnych,
- u mężczyzn niemożność utrzymania wzwodu prącia.

Inne przyczyny niedokrwienia kończyn

Ponad 98% zwężeń i niedrożności aorty brzusznej oraz tętnic kończyn dolnych jest następstwem miażdżycy. Inne, występujące znacznie rzadziej przyczyny niedokrwienia kończyn dolnych to m.in.: choroba Bürgera, obwodowe zatory tętnicze, zapalenie naczyń, wady rozwojowe, zespoły nadkrzepliwości i zespoły uciskowe.

Choroba Bürgera, czyli zakrzepowo-zarostowe zapalenie naczyń krwionośnych (łac. *Thrombangitis obliterans*) jest chorobą głównie średnich i małych tętnic oraz żył kończyn dolnych. Etiologia jest nieznana, występuje u młodych (20–45 lat) mężczyzn palących

Copyright by Forum Media Polska Sp. z o.o.

Zakrzepowo-zarostowe zapalenie naczyń krwionośnych

tytoń. Zmiany są odcinkowe i polegają na zapaleniu całej ściany naczyń krwionośnych, następnie na zarośnięciu ich światła i całkowitej niedrożności, stąd też skutkiem tej choroby jest zgorzel dystalnej (położonej dalej od środka ciała) części kończyn dolnych. Początkowo występują objawy takie jak: zmęczenie kończyn podczas wysiłku, chromanie przestankowe, nadwrażliwość na zimno, zaburzenia czucia z postępującymi zanikami mięśniowymi. Stopniowo w miarę rozwoju choroby tętno w zajętych kończynach zanika, pojawiają się objawy niedokrwienia i niedożywienia kończyn, które w efekcie prowadzą do martwicy palców, a nawet stóp, co wiąże się z koniecznością amputacji kończyny. Leczenie polega na całkowitym zaprzestaniu palenia tytoniu (co we wczesnym okresie choroby może zatrzymać dalszy jej rozwój), bardzo dokładnej pielęgnacji stóp, profilaktyce i leczeniu infekcji oraz bólów kończyn, stosowaniu leków przeciwzakrzepowych i poprawiających przepływ naczyniowy.

W miażdżycowym niedokrwieniu kończyn dolnych pierwsze zmiany najczęściej umiejscawiają się w tętnicach udowej i podkolanowej (80–90%), w drugiej kolejności – w tętnicach piszczelowej i strzałkowej (40–50%) oraz w aorcie i tętnicach biodrowych (30%).

Badania kliniczne wykazują, że przewlekłe niedokrwienie kończyn dolnych stwierdza się u 1% chorych poniżej 50. roku życia oraz u około 5% populacji w wieku powyżej 50. lat. Częstość zachorowań u mężczyzn jest prawie trzykrotnie wyższa niż u kobiet, ale po 70. roku życia staje się niemal identyczna u obojga płci. Dane epidemiologiczne wskazują, że populacja chorych z objawami jest 4–7-krotnie, a chorych bez objawów – 2–3-krotnie bardziej obarczona ryzykiem zgonu niż osoby, u których nie występują zmiany miażdżycowe w naczyniach.

Diagnostykę w kierunku przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych zawsze należy rozważać u osób z rozpoznaną chorobą niedokrwienną serca w przypadku nieprawidłowego wyniku badania tętna na kończynach dolnych lub zmian stwierdzonych w obrębie tętnic szyjnych lub nerkowych.

Diagnostyka przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych

Rozpoznanie przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych można ustalić już na podstawie wywiadu, badania tętna na tętnicy udowej, podkolanowej, piszczelowej tylnej, grzbietowej stopy oraz osłuchiwania tętnic udowych i aorty. Jednakże podstawowym badaniem w ustaleniu niedokrwienia kończyn dolnych jest pomiar wskaźnika kostkowo-ramiennego ABI (ang. *ankle-brachial index*). W warunkach prawidłowych ciśnienie skurczowe mierzone na wysokości kostki jest wyższe niż mierzone na ramieniu. Wskaźnik ABI oblicza się jako stosunek ciśnienia na wysokości kostki (tj. tętnicy piszczelowej tylnej lub grzbietowej stopy) do ciśnienia na

Copyright by Forum Media Polska Sp. z o.o.