Postępowanie rehabilitacyjne **w zakrzepowo-zarostowym zapaleniu naczyń**

FORUM

Spis treści

Wstęp	5
Histopatologia	6
Cechy kliniczne	6
Objawy i przebieg choroby	7
Diagnostyka	9
Postępowanie lecznicze	14
Leczenie farmakologiczne	14
Leczenie operacyjne	15
Postępowanie rehabilitacyjne	16
Ocena możliwości fizycznych	17
Kinezyterapia	25
Fizykoterapia	27
Rehabilitacja w angiochirurgii	34
Rehabilitacja w okresie przedoperacyjnym	34
Rehabilitacja w okresie pooperacyjnym	35
Podsumowanie	37

Postępowanie rehabilitacyjne w zakrzepowo-zarostowym zapaleniu naczyń

Wstęp

Charakterystyka choroby Buergera

Zakrzepowo-zarostowe zapalenie naczyń (choroba Buergera/Bürgera/von Winiwartera-Buergera, *Thrombangitis Obliterans* – TAO) jest zapalną, odcinkową i niemiażdżycową chorobą tętnic średniego i małego kalibru oraz żył, obejmującą dystalne odcinki naczyń kończyn dolnych i górnych. W wyniku toczącego się procesu zapalnego dochodzi do powstawania zakrzepów i zarastania światła naczynia. Zmiany niedokrwienne w znaczący sposób kształtują obraz chorobowy, wydolność ogólnoustrojową, sprawność psychiczną i sytuację socjalną pacjenta [1].

Wieloczynnikowy charakter schorzenia obejmuje predyspozycje genetyczne, mechanizmy immunologiczne, nieprawidłowości w krzepnięciu, a także dysfunkcję śródbłonka. Dym tytoniowy i substancje w nim zawarte, odgrywają główną rolę w inicjacji zakrzepowo-zarostowego zapalenia naczyń, jak i jego dalszym przebiegu [1]. Zwiększone ryzyko wystąpienia schorzenia wiąże się także z: miażdżycą naczyń, chorobami zapalnymi tkanki łącznej, infekcjami przyzębia, stresującym trybem życia, brakiem higieny stóp, występowaniem choroby Buergera w rodzinie [2].

U 75% chorych wczesne rozpoznanie schorzenia i podjęcie leczenia pozwala uzyskać poprawę lub zapobiec dalszemu pogorszeniu bez stosowania kosztownych metod inwazyjnych. Terapia ukierunkowana jest na poprawę wydolności czynnościowej i usprawnienie krążenia obocznego. Kluczowym czynnikiem, który poprawia rokowanie wydaje się być zaprzestanie palenia. Zanim rozważy się konieczność leczenia operacyjnego, należy ustalić plan postępowania zachowawczego. Właściwa diagnoza oraz odpowiednio wcześnie rozpoczęte leczenie zachowawcze pozwalają często na powstrzymanie procesu chorobowego, oddala potrzebę interwencji chirurgicznych i wpływa na poprawę jakości życia pacjenta. Wśród wielu metod leczenia, ważne miejsce zajmuje rehabilitacja, która polega przede wszystkim na racjonalnym, stałym stosowaniu czynnego ruchu, a jej cennym uzupełnieniem powinny być zabiegi z zakresu fizykoterapii [3].

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

Histopatologia

Obraz anatomopatologiczny zajętych naczyń zależy od czasu trwania i fazy choroby. W przebiegu zakrzepowo-zarostowego zapalenia naczyń wyróżnia się trzy stadia: I – ostre/wczesne (zapalne); II – pośrednie (zakrzepowe); III – końcowe/zmian późnych (zwłóknienia) [4].

Fazy choroby Buergera

Zmiany chorobowe wczesnej fazy charakteryzuje ostre zapalenie obejmujące wszystkie warstwy ściany naczyń, szczególnie żył, z obrazem wypełniającej światło naczynia zakrzepicy. Na obwodzie zakrzepu widoczne są często mikroropnie, w których może być obecna jedna bądź więcej wielojądrzastych komórek olbrzymich. Ostre zapalenie oraz mikroropnie, to histologiczne markery uznawane za najbardziej rozpoznawalne, choć można je również spotkać w innych jednostkach chorobowych. Silnie zapalny charakter zmian zakrzepowych pojawia się z większą intensywnością oraz regularnością w żyłach i staje się mniej charakterystyczny w miarę organizowania zakrzepu. Pierwotne pochodzenie zmian naczyniowych w chorobie Buergera wciąż nie jest ustalone. Intensywny naciek zapalny oraz proliferacja komórek obserwowana w ostrym stadium zmian mają indywidualne nasilenie [1, 2].

Faza pośrednia odznacza się postępującą organizacją zakrzepu w tętnicach i żyłach, której towarzyszy znaczny naciek komórek zapalnych w obrębie zakrzepu oraz mniejszy w ścianie naczynia. W końcowym stadium dochodzi do pełnej organizacji zamykającego światło naczynia zakrzepu z dużą rekanalizacją, znacznym unaczynieniem błony środkowej, zwłóknieniem przydanki i tkanki okołonaczyniowej. We wszystkich trzech etapach architektura ściany naczynia, włączając wewnętrzną blaszkę sprężystą, pozostaje nietknięta. Jest to cecha odróżniająca zakrzepowo-zarostowe zapalenie naczyń od miażdżycy tętnic i innych układowych zapaleń naczyń. Chorobę Buergera cechuje odcinkowe rozmieszczenie zmian. W łożysku naczyniowym łagodna zakrzepica tętnicza i żylna z zaznaczoną reakcją komórkową przeplata się z zakrzepicą zapalną [1].

Cechy kliniczne

Zakrzepowo-zarostowe zapalenie naczyń dotyczy najczęściej młodych mężczyzn, nałogowych palaczy, u których pierwsze objawy niedokrwienia występują przed 40. rokiem życia. Kobiety stanowią mniej niż 8% chorych. Choroba Buergera ma charakter przewlekły, przebiega rzutami z następującymi po sobie okresami zaostrzeń i remisji [2].

Dominujący obraz kliniczny schorzenia, to niedokrwienie obejmujące dystalne odcinki małych i średnich tętnic oraz żył. U 50%

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