

Fizjoterapia pacjentów z żylną chorobą zakrzepowo-zatorową

MONIKA SZNAJDER

WSTĘP

Żylna choroba zakrzepowo-zatorowa (ŻChZZ) pod postacią zakrzepicy żył głębokich (ZZG) i zatorowości płucnej (ZP) stanowi poważny problem epidemiologiczny i wciąż jest przyczyną wysokiej śmiertelności. Rozpowszechnienie czynników ryzyka powoduje, że po ostrym zespole wieńcowym i udarze mózgu jest trzecią najczęstszą chorobą układu krążenia. Ograniczenie ruchomości kończyn dolnych zwiększa patogenetyczny udział czynników triady Virchowa i sprzyja zakrzepicy. Ważny jest wpływ treningów fizycznych na ochronę śródbłonna naczyń, zwiększenie fibrynolizy, zmniejszenie aktywacji procesów zapalnych w chorobach sercowo-naczyniowych, wzrost kapilaryzacji mięśni oraz poprawę parametrów wentylacyjnych płuc i hemodynamicznych serca. Szybkie rozpoznanie choroby i optymalizacja leczenia antykoagulacyjnego umożliwiają niezwłoczne wdrożenie fizjoterapii. Wczesne rozpoczęcie aktywności fizycznej stabilnych hemodynamicznie pacjentów z ŻChZZ nie wiąże się z istotnym ryzykiem rozwoju ZP czy ZZG ani z nasileniem objawów choroby. Indywidualnie dostosowana aktywność fizyczna oraz metody kompresjoterapii zmniejszają objawy kliniczne, poprawiają wydolność fizyczną i jakość życia. Programy fizjoterapii i edukacja zdrowotna chorych po ZP i ZZG kontynuowane w okresie poszpitalnym zmniejszają ryzyko nawrotów oraz odległych następstw ŻChZZ, jak zespół pozakrzepowy (ZPZ), przewlekła zakrzepowo-zatorowa choroba płuc (CTED – chronic thromboembolic disease), przewlekłe zakrzepowo-zatorowe nadciśnienie płucne (CTEPH – chronic thromboembolic pulmonary hypertension).

FIZJOTERAPIA U PACJENTÓW Z OSTRĄ ZATOROWOŚCIĄ PŁUCNĄ

Ponad 80% pacjentów z ostrą ZP odczuwa duszność spoczynkową. Duszność, utrzymujący się początkowo suchy kaszel oraz towarzyszący mu ból o charakterze opłucnowym znacznie ograniczają prawidłowy proces oddychania. Wzrost oporu naczyń płucnych oraz nieprawidłowa mechanika oddychania upośledzają przepływ krwi w krążeniu płucnym, zaburzają stosunek wentylacji do perfuzji i prowadzą do hipoksemii.

Objawy ZZG mogą wystąpić u 1/3 chorych z ostrą ZP. Po optymalizacji leczenia przeciwkrzepliwego, ustabilizowaniu stanu pacjenta i uzyskaniu zgody zespołu terapeutycznego należy rozpocząć, najlepiej w 1-2 dobie hospitalizacji, uruchamianie pacjentów z ostrą ZP. Fizjoterapia odgrywa ważną rolę w wyrównywaniu zaburzeń stosunku wentylacji do perfuzji w tkance płucnej oraz wspomaganie powrotu żylnego. Z tego powodu należy prowadzić ćwiczenia oddechowe, ze szczególnym uwzględnieniem pracy przepony, poprawiające ruchomość klatki piersiowej, normalizujące napięcie mięśni oddechowych oraz dostosowujące sposób oddychania do wysiłku fizycznego. Początkowo pacjenci