

РЕХАБИЛИТАЦИОННА ПРОГРАМА И ЕРГОТЕРАПЕВТИЧЕН ПОДХОД ПРИ АНКИЛОЗИРАЩ СПОНДИЛАРТРИТ (БОЛЕСТ НА БЕХТЕРЕВ)

Ст. пр. Нина Михайлова, ас. Таня Мегова, ас. Любомира Стоянова
Факултет „Обществено здраве“, катедра „Физикална медицина, рехабилитация, ерготерапия и спорт“, МУ – Плевен
mihalova.nina@abv.bg

Анотация: Анкилозиращ спондилартрит е хронично имуновъзпалително заболяване, което засяга гръбначния стълб и неговите стави – сакроилиачни, интервертебрални, костовертебрални, междупрешлените дискове с прилежащите лигаменти. Боледуват по-често мъже отколкото жени между 15 и 35 години възраст.

Ключови думи: анкилозиращ спондилартрит, рехабилитация, ерготерапия

Въведение

Анкилозиращ спондилартрит е хронично имуновъзпалително заболяване, което засяга гръбначния стълб и неговите стави – сакроилиачни, интервертебрални, костовертебрални, междупрешлените дискове с прилежащите лигаменти. Боледуват по-често мъже отколкото жени между 15 и 35 години възраст.

Етиология и патогенеза на заболяването – аутоимунно заболяване с генетично предразположение и склонност към свръхреакция на имунната система. Има подчертана фамилиалност. В началото възпалителния процес започва в ставната синовиална, в която се установяват възпалителни клетки и инфилтрати. По-късно разраства грануляционна тъкан, образува се колаген и фибринозна тъкан като по-късно настъпва окостяване. Разрастването на фиброзна тъкан води до разрушаване на ставния хрущял. Поразени са задължително места на ставната капсула. Най-често патологичния процес започва от сакроилиачните стави, по-късно обхваща и интервертебралните стави.

Клинична картина – Заболяването започва бавно и постепенно с преходни болки и лека сутрешна скованост в седалищната или поясно-кръстна област. Характерни са нощните болки, които трудно се появяват от аналгетици. Има общи оплаквания като лесна умора, прогресивна отслабелост, безапетит, редукция на тегло, слабост на долните крайници, субфебрилна температура.

Клинични форми

- **Класическа – Централна форма** – засяга само гръбначния стълб.
- **Ризомиелична форма** – сравнително рядка форма. Характеризира се с участие в процеса на раменните и тазобедрените стави.
- **Гръбначнопериферна форма** – засяга гръбначния стълб и големите периферни стави.
- **Скандинавска форма** – среща се рядко и се характеризира с развитието на артрит на малките стави на ръцете и стъпалата в съчетание със сакроилит и спондилартрит.
- **Висцерална форма** – в около ¼ от случаите се засягат и вътрешните органи.

За анкилозиращ спондилартрит се мисли винаги при наличие на болки със скованост на гръбнака у младия хора (15-30г.), предимно мъже, и при ограничаване на движенията на гръбнака. За диагнозата се изисква наличие на рентгенови промени на сакроилиачните стави, двустранен сакроилит или стеснена ставна яма.

Анкилозиращият спондилартрит е **пелечиво** заболяване, при което се цели забавяне на процеса. Заболяването протича в 3 стадии

1. Стадий – I. Продромален период.
2. Ранен период
- III стадий – на развитие
- III стадий – клинично оформен

Типичната поза, която се наблюдава след многогодишно развитие на заболяването се характеризира с отпуснати до

талято ръце, приведени рамене, шийна хиперлордоза, торакална кифоза, скъсени гръдни мускули и отпусната или балонирана коремна мускулатура.

Изследвания:

1. Анамнеза

2. **Оглед** – изследване на стойката, извършва се от изходно положение стоещ – отпред, от страни и отзад. Най-често се установява – намалена лумбална лордоза, леко увеличена гръдна кифоза, отпуснат корем, изпъкнала раменна и шийна мускулатура (“готически рамене”).

3. **Палпация** – чрез метода на палпацията се открива хипертонус на паравертебралната мускулатура.

4. **Телометрия** на ставите на горни и долни крайници и подвижност на гръбначен стълб.

5. Измерване на гръдния обиколки (ХИРД 1/2/3)

6. Тестуване за статични мускули

- най-често се скъпяват – m. trapezius, m. levator scapulae, m. pectoralis major, m. quadratus lumborum, m. iliopsoas;
- хипотрофирани мускули – паравертебрална и коремна мускулатура;

7. Тестуване по Краузе Вебер

8. **Апноични проби на дих. с-ма.** Проба на Флинг-Щапке (поема дълбоко въздух и го задържа, норма 40-50сек, под 20-30 нарушения в ССС и ДС) и Йенч-Сабразе (задръжките на дишането след дълбоко издишане 20-30сек, под 15сек павашени функционални възможности), проба чрез продължително броене – вдигане и броене на глас до 80-100, проверка за уморемостта на ДС (дишателна система);

9. Анализ на походката.

10. **Тестове за изследване на сакроилиачните спондилози.**

тест на Фергюсън – поява на болка при качване на нивиско стол;

тест на Сабразе – болезненост при прекръстосване на краката един върху друг при седяло положение;
- признак на Менел (проба на Хелсен) – поява на болка и невъзможност за екстензия в ТБС (тазобедрена става) от и.п. (изходна позиция) тилан след на ръба на кушетката;

Електролечение: екзогенна топлина – солукс, инфрауж, кални приложения, фонофореза (лабилен метод, паравертебрално), УВЧ, диадинамична електрофореза (с КJ, аналгетици и антиреumatични средства), балансиране сериш и радонови води, при скандинавската форма то се прилага само при болни в клинична ремисия, ИФТ, магнитотерапия.

Кинезитерапевтична програма

Цел на кинезитерапията. Постигане на максимални потенциал за нормален живот, овладяване на болката, поддържане функционалност на гръбначния стълб, пренасянето на деформитетите и забавяне еволюцията на заболяването.