

НАЦИОНАЛЕН ВОЕНЕН УНИВЕРСИТЕТ
“ВАСИЛ ЛЕВСКИ”
ФАКУЛТЕТ “АВИАЦИОНЕН”

СБОРНИК ДОКЛАДИ

ОТ

НАУЧНА КОНФЕРЕНЦИЯ

“НАСТОЯЩЕ И БЪДЕЩЕ
НА АВИАЦИОННОТО ОБРАЗОВА-
НИЕ
В БАЛКАНСКО-ЧЕНОМОРСКИЯ РЕ-
ГИОН НА ЕВРОПА”

22-23 МАЙ 2010 ГОДИНА

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

Ст. пр. Пипа Михайлова, ас. Татяна Мисова, ас. Любомира Стоянова

Факултет „Обществено здраве“, катедра „Физикална медицина, рехабилитация, ерготерапия и спорт“, МУ – Плевен
mihailova.pina@yahoo.com

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

Ключови думи: анкилозиращ спондилартрит, рехабилитация, ерготерапия

Въведение

Анкилозиращ спондилартрит е хронично имуновъзпалително заболяване, което засяга гръбначния стълб и неговите стави – сакроилиачни, интервертебрални, костовертебрални, междупрешленните дискове с прилежащите лигаменти. Боледуват по-често мъже откогато жени между 15 и 35 годишна 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 плазматични клетки и лимфоцити. По-късно разраства грануляционна тъкан, образува се конген и фибринозна тъкан като по-късно настъпва окостяване. Разрастването на фиброзна тъкан води до разрушаване на ставната хрущял. Поразени са задните 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 сакроилиачната или поясно-кръстна област. Характерни са нощните болки, които трудно се повлияват от аналгетици. Има общи оплаквания като лесна умора, прогресивна отслабелост, безпеститис, редукция на тегло, слабост на долните крайници, субфебрилна температура.

Клинични форми

- **Класическа** – Централна форма – засяга само гръбначния стълб.
- **Ризомелична 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 разпространение на артрит на малките стави на ръцете и стъпалата в съчетание със сакроилиачен спондилартрит.
- **Висцерална форма** – в около 1/4 от случаите се засягат и вътрешните органи.

За анкилозиращ спондилартрит се зисли два етапа при напачене на болки със скованост на гръбнака у млади хора (15-30г.), предимно мъже, и при ограничаване на движението на гръбнака. За диагнозата се търска наличие на релти синоити при етепенна ставна пщца.

Анкилозиращ спондилартрит е нелечимо заболяване, при което се цели забавяне на процеса. Заболяването протича в 3 етапа

1. Етап I – 1. Прогресиращ период, 2. Релен период
- II етап – на равнище
- III етап – клинично оформен

Тяжестта на заболяването се наблюдава след многогодишно развитие на заболяването се характеризира с отпуснати до

талото ръце, приведени рамене, пщца хиперлордоза, торакална кифоза, скъсени гръдни мускули и отпусната или болотопира коремна мускулатура.

Изследвания:

1. Анамнеза

2. **Оглед** – изследване на стойката, погърива се от изходно положение стоже – отпред, отстран и отзад. Най-често се установява – намалена лумбална лордоза, леко увеличена гръдна кифоза, отпуснат корем, пщца раменна и пщца мускулатура ("тотически 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 гръдни обиколки (ХИР)** 1/2/3

6. **Тестуване за статични мускули**

- най-често се скъсват – m. trapezius, m. levator scapulae, m. pectoralis major, m. quadratus lumborum, m. Psoas;

- хипотрофирани мускули – паравертебрална и коремна мускулатура;

7. Тестуване по Краус Вебер

8. **Апноични проби на дих. с-ма.** Проба на Филан-Цанге (поема дълбоко въздух и го задържа, норма 40-50сек, под 20-30 нарушения в ССС и ДС) и Йени-Сабразе (задържа на дихането след дълбоко издишване 20-30сек, под 15сек намалени функционални възможности), проба чрез продължително броеие – издишване и броеие на глас до 80-100, проверява се уморемостта на ДС (дихателна система);

9. Анализ на походката

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

- тест на Фертоасти – поява на болка при качване на ненисок стол;

- тест на Сабразе – болемост при прекръстосване на краката един върху друг при седнало положение;

- притяк на Метел (проба на Хенсли) – поява на болка и невъзможност за екстензия и ТЪС (тазобедрен став) от н.п. (изходна позиция) тласа лев на ръба на кушетката;

Екстролечение: екзогенна топлота – солуе, инфуруж, кални апликаци, фонофореза (диабетес метод, паравертебрално), УВЧ, латалнамофореза и калтеска електрфореза (с КЛ, аналгетици и антиспазматични средства), балнеолечение – серни и радонови пщци, при скандинавската форма то се прилага само при болки в кинична ремисия, ИФГ, магнитотерапия.

Кинезотерапевтична програма

Цел на кинезотерапията. Поддържане на максимална потенциална нормален живот, овладяване на болката, поддържане функцията на гръбначния стълб, превенция на деформитетите и забавяне еволюцията на заболяването.