

# Физикалната медицина трябва да се съобразява с общия статус на болния (за практиката)

Проф. Тройчо Троев, г-р Айча Заралиева, г-р Георги Тодоров,  
г-р Христина Миланова, г-р Мимоза Георгиева

Клиника по физикална и рехабилитационна медицина,  
Военномедицинска академия, София

## Резюме

*В практиката си лекарят специалист по физикална и рехабилитационна медицина се среща с болни с различни интердисциплинарни проблеми, за разрешаването на които са необходими знания от съответните специалисти – по кардиология, вътрешни болести, неврология, ортопедия и травматология и др. Правилно и подробно снетата анамнеза, последвана от първичен медицински преглед с изследване на функционалното състояние, неврологичен, кардиологичен, статус на опорно-двигателния апарат (ОДА) и различни функционални изследвания, са основа за поставянето на правилна диагноза и адекватна терапия. Естествените и преформираниите физикални фактори се прилагат за профилактика и лечение както на основното заболяване, така и на придружаващите заболявания, а също и за модифициране на рисковите фактори. Необходимо е подробно изясняване кое е основното и придружаващите заболявания на всеки болен, защото при определени условия придружаващото заболяване може да стане водещо.*

**Ключови думи:** WPW-синдром, пароксизмална надкамерна тахикардия, ИБС, селективна коронарна артериография, физикална и рехабилитационна медицина

## Physical And Rehabilitation Medicine Have To Consider The General Condition Of The Patient (For Practice)

Troycho Troev, Aycha Zaralievа, Georgi Todorov, Hristina Milanova, Mimoza Georgieva

Clinic of Physical and Rehabilitation Medicine, Military Medical Academy, Sofia

## Abstract

*In his practice the physician specialist in physical and rehabilitation medicine meets patients with various interdisciplinary problems, requiring knowledge for solving them from the specialists in cardiology, internal medicine, neurology, traumatology and ortopedics. The proper and detailed medical history, followed by a primary medical exam, functional status, neurological, cardiological, status of the musculoskeletal system and various functional tests are fundament for correct diagnosis and appropriate therapy. Natural and preformed physical factors are used for prevention and treatment of the primary disease and the comorbid diseases and for modifying the risk factors. The detailed study what is primary and what is comorbid in each patient is necessary, because sometimes comorbid disease can be leading for the patient.*

**Key words:** WPW syndrome, paroxysmal supraventricular tachycardia, IHD, selective coronary arteriography, physical and rehabilitation medicine

***Qui bene interrogat, bene diagnost***

Физикалните фактори и средства са в състояние да осигурят по-добро качество на живот както на здравите, така и на болните индивиди. Те могат успешно да се прилагат както за здраве и красота, така и за подпомагане на медикацията и възстановяването на пациентите по отношение на основното заболяване, евентуалните му усложнения и наличния функционален дефицит, а така също и по отношение на придружаващата патология и рисковите фактори<sup>5</sup>.

Ние поддържаме схващането, че в съвременната физикална медицина и рехабилитация трябва да бъде задължителен холистичният подход към болния. Позволяваме си да подчертаем, че към комплексната оценка на пациента (познавателна способност, обем на движение, мускулна сила, координация, тествания за самостоятелност и др.) изключително важно място заема функционалното състояние на всички органи и системи. Пълното функционално възстановяване на болния след физикално-рехабилитационно лечение зависи от преморбидния здравен и психо-социален статус, както и от придружаващите (често несполелени от болните) заболявания.

Лекуващият лекар – в частност специалистът по физикална и рехабилитационна медицина, трябва да притежава задълбочени теоретични познания и практически умения за работа с естествените и преформирани фактори. Точно толкова важно е и умението му да изгражда цялостна рехабилитационна програма, базирана на добре изследвания рехабилитационен потенциал на болния. Тук основно място заема подробната професионално снета анамнеза на пациента, както и точното и квалифицирано интерпретиране на представените параклинични и функционални изследвания. Всичко това е условие за лечебна промяна в диагностично-терапевтичния алгоритъм. Възможно е т.нар. придружаващо заболяване да стане основен фактор, с който сме длъжни да се съобразим при провеждането на рехабилитационната програма.

Първичният медицински преглед – с добре снета анамнеза, общ, неврологичен, кардиологичен, неврофункционален статус, правилно интерпретираните функционални изследвания от други специалисти, реализирани в стационар и/или амбулатория, са необходимите правила за добра физикална практика. Неспазването на всичко това може да доведе до тежки и непоправими грешки както за лекуващия лекар – специалист по ФРМ, така и за самия болен.

В този аспект си позволяваме да представим клинични случаи на пациенти, провели амбулатор-

но лечение във ВМА, Клиника „Физикална и рехабилитационна медицина“.

*„Въпреки че вероятността млад човек без клинични кардиологични прояви да получи животозастрашаваща аритмия е минимална, все пак тя не е равна на 0“.*

Д-р Мичъл Коен

**Клиничен случай 1**

**Синдромът на Волф-Паркинсон-Уайт (Wolf-Parkinson-White syndrome)** е рядко срещано състояние на по-ранно възбуждане на сърдечните камери, което се дължи на допълнителен по-къс път на провеждане, заобикалящ нормалния (дължащ се на наличието на допълнителен проводен път между предсърдията и камерите, наречен сноп на Кент)<sup>6, 14</sup>. Честотата му е около 0.1–0.3% от населението. В повечето случаи пациентите почти нямат никакви оплаквания през целия им живот. При съвсем малка част от тях синдромът може да доведе и до изява на внезапна сърдечна смърт, която е с честота около 0.6%.

Ще си позволим да припомним някои основни физиологични, патофизиологични и клинични елементи на WPW-синдрома. При здрави хора електрическата активност започва от синусовия възел, разположен в дясното предсърдие. Предава се на всички клетки на предсърдията, а така също и към атриовентрикуларния (AV) възел, който се намира между камерите и предсърдията. От AV-възела започва мрежа от връзки (снопът на Хис), която провежда импулса до камерния миокард, подпомага разпространението на провеждането през камерите и води до тяхното съкращение. AV-възелът има физиологичното свойство да забавя провеждането на електрическите импулси през него, а оттам – и броя на сърдечните удари. Наличието на допълнителна проводна връзка води до заобикаляне на възела, като се губи забавящият му ефект (едновременно активиране на камерите по два пътя – през AV-възела и през допълнителния проводен път).

WPW-синдромът представлява синдром на преждевременно възбуждане на камерите. Налице е допълнителна проводна връзка (ДПВ) между предсърдията и камерите. Заобикаляйки по това допълнително снопче, възбуденият импулс избягва забавянето в AV-възела и затова времето, необходимо на импулса да достигне от предсърдията до камерите, се скъсява<sup>15, 16</sup>. Опасно е възникването на пред-

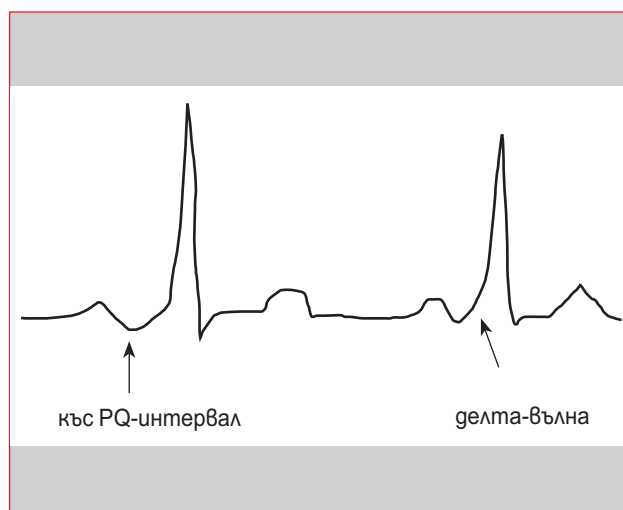
сърдно мъжгено при пациентите с този синдром. Допълнителната връзка не може да филтрира многобройните предсърдни съкращения, както AV-възлеът, поради което има опасност всички предсърдни електрически импулси да бъдат проведени към камерите и да се стигне до изява на животозастрашаваща аритмия – камерно мъжгено. Пациентите с WPW-синдром трябва да приемат медикаменти, които да овладяват пристъпите от тахикардия, но в някои случаи не е необходимо да се приемат медикаменти, защото пристъп може да се купирира и с вазусови прийоми или с електрокардиоверсия.

Клинична изява – има три групи пациенти:

- С асимптомна ЕКГ находка. Това са по-голямата част от пациентите
- С пароксизмална надкамерна (най-често *reentry*) тахикардия
- С животозастрашаващи тахиаритмии (много рядко). При тези болни рефрактерният период (в антеградна посока) на допълнителния проводен път е много къс. В тези случаи предсърдното мъжгено може да прерасне в камерна тахикардия и камерно мъжгено.

WPW-синдромът се диагностицира с обикновена 12-канална ЕКГ, 24-часов ЕКГ запис (при наличие на интермитентна изява) или с електрофизиологично изследване.

ЕКГ белези на WPW-синдрома са скъсен или долнограничен PQ-интервал под 0.12 s, наличие на делта-вълна (представлява положителна, изоелектрична или отрицателна девиация в началото на камерния комплекс, което довежда до разширяване на началната му част) (фиг. 1). WPW-синдромът може да се проявява постоянно (постоянен) или интермитентно (интермитиращ).



Фиг. 1. ЕКГ образ на WPW-синдром

Лечението на WPW-синдрома е медикаментозно или с извършване на инвазивна процедура с изгаряне на допълнителната проводна връзка, наречена радиочестотна катетърна аблация, което дефинитивно води до излекуване. Този подход е единственият начин за излекуване на това състояние, като при него се локализира местоположението на допълнителния проводен път и впоследствие се извършва радиочестотна аблация. Медикаментите не могат да лекуват, те могат само да купират пристъпите от тахикардия и/или тахиаритмия, да ги разреждат и направят поносими<sup>6, 16</sup>.

В представения клиничен случай се касае за 34-годишна пациентка, постъпваща за първи път за рехабилитация в Клиниката по повод оплаквания от леко болезнена и леко оточна подутина, разположена по дорзалната повърхност на лявото стъпало, болки по стъпалото, засилващи се при по-продължително ходене, стоене права и умора. Оплакванията датират от няколко месеца, с постепенно прогресиращ характер.

Диагноза: *Fibroma regio dorsalis pedis sin.*

Пациентката проведе 10-дневен курс на рехабилитация със следните физиотерапевтични процедури:

1. Парафинолечение в областта на лявото стъпало – 20 минути,  $t=50^{\circ}\text{C}$ , кюветноапликационен метод.
2. Ултрафонофореза с Voltaren gel  $0.6 \text{ W/cm}^2$ , 6 минути, лабилен метод, импулсен режим.

При сметата подробна анамнеза на болната и преглед на съпътстващата медицинска документация се установи, че се касае за WPW-синдром – манифестна антеросептална ДПВ с пристъпна тяснокомплексна тахикардия и аневризма на междупредсърдния септум.

Анамнеза: Хоспитализирана през м. септември 2008 г. по повод тежък задух при минимални физически усилия, асоцииран с предноторакална опресия. Проведени неколкократно ЕКГ записи с динамични ST-промени с десцендентна ST-депресия в долнолатералните отвеждания (които могат да бъдат в контекста на WPW-синдрома като вторични реполяризационни промени на наличната камерна преексцитация). Оплакванията възникват на фона на диагностицирана по-рано същата година вродена сърдечна малформация – аневризма на междупредсърдната преграда с малък междупредсърден дефект, оценен като неоперативен. От компютърната томография с пулмоангиография – без данни за белодробен тромбоемболизъм.

**ЕКГ:** Синусов ритъм, скъсен PQ-интервал, налична Δ-вълна, без реполаризационни промени от исхемичен тип.

**Коронарография:** Установи се десен тип коронарна циркулация, нормална коронарна анатомия.

**ЕхоКГ:** Аневризмална формация в областта на *fossa ovalis*, нахлуваща в ДП с малък ляво-десен шънт в рамките на перфорации при симптоматична пациентка. Начална дилатация на ЛП.

**Холтер ЕКГ:** Синусова тахикардия с максимална сърдечна честота до 150 уд./мин. и данни за WPW-синдром.

През м. февруари 2012 г. е осъществено електрофизиологично изследване (ЕФИ) и опит за катетърна аблация на допълнителна проводна връзка (ДПВ) по повод оплаквания от пристъпно сърцебиене. ЕФИ – данни за манифестна антеросептална ДПВ. По време на процедурата при манипулиране с катетър в антеросепталната зона (на трикуспидалния клапен пръстен) – изчезване на антероградното и ретроградното провеждане по ДПВ, с невъзможност за индукция на тахикардия или антерограден мепинг, което наложи прекратяване на процедурата без опит за катетърна аблация.

Решено е пациентката да остане на медикаментозна терапия: Пропафенон 2x300 mg, ацетилсалицилова киселина 100 mg.

Във физиотерапевтичния комплекс се използва съчетаването на парафинови процедури и ултразвук.

Парафинолечението има следното благоприятно действие върху организма: аналгетично, противовъзпалително, регенериращо, бактерицидно, фибролизиращо, спазмолитично, подобряващо трофиката и разнасящо. Използва се къветноапликационният метод при температура на парафина около 50°C. След отделянето на парафина от тавичката и поставянето му върху мушам се слага върху стъпалото и се моделира според формата му.

Ултразвукът е със следното биологично и терапевтично действие: аналгетично, противовъзпалително, резорбтивно, фибринолитично, десенсибилизиращо, трофично, антиспастично, бактерицидно, хиперемизиращо и имуностимулиращо.

Чрез ултрафонофореза въвеждаме локално Voltaren emulgel и разчитаме на синергичното действие на физикалния фактор и медикамента.

При завършване на курса на лечение с физикални фактори се констатира значително подобрене на оплакванията на болната по отношение на диа-

гнозата, за която постъпва за физиотерапия. Болката и отокът на стъпалото са намалели.

При проведеното физиотерапевтично лечение в Клиниката на пациентката след подробно същата анамнеза и интерпретиране на функционалните изследвания сме изключили (като абсолютно противопоказани) приложението на магнитотерапия или на СВЧ и УВЧ токове<sup>10, 12</sup>. Ултрафонофорезата се реализираше във физиотерапевтични кабинки, разположени на разстояние от съвременните апарати за магнитотерапия.

## Клиничен случай 2

В Клиниката за амбулаторно лечение бе приет В.И.Г., мъж на 53 г., с оплаквания от силна болка в поясния отдел с ирадиация по двата крака, по-силно вляво, с усещане за боцкане и изтръпване. Болковият синдром е особено изразен вечер, нарушаващ съня на пациента. Оплакванията се засилват след физическо натоварване или продължително стоене прав. Обективно се установи анталгична походка, видим цикатрикс от оперативна интервенция на ниво L1–L4, силно ограничение на подвижността в лумбалния дял, болезнени точки на Вале, Ласег (+) пол. при 45°, хипотрофия на двата *m. quadriceps femoris*, по-силно изразена вляво. Представа МРТ-изследване на лумбален отдел – с данни за дегенеративни и постоперативни промени, дискови хернии на нива L1–L2–L3–L4; ЕМГ с данни за преднокоренчева увреда: L2–L3 вляво, L4, L5 двустранно, S1 вляво, тежко изразена за L2, L3 вляво и заднокоренчева L2–L3 вляво и тежко изразена заднокоренчева за S1 двустранно, повече вляво, неврогенна атрофия на *m. quadriceps femoris sin.* В анамнезата на миналите заболявания: гвукратно опериран по повод дискова херния – през 2007 г. поради стеноза на вертебралния канал в лумбалния отдел с временно подобрене и през 2010 г. с поставяне на метална стабилизация. След втората интервенция пациентът споделя, че оплакванията са продължили да персистират. В последните 10-тина дни „положението станало нетърпимо“. На конкретно зададения въпрос има ли проблеми със сърдечно-съдовата система, пациентът съобщава за преживян инфаркт. От представената медицинска документация стана ясно, че през февруари 2011 г. е преживял остър преден инфаркт на миокарда (МИ) със ST-елевация. Извършена е сърдечна катетъризация със следната находка: десен тип коронарна циркулация; ствол: б.о.; ЛАД (лява десцендентна коронарна артерия) – остиопроксимална оклузия; ДКА (дясна коронарна артерия) –

продължителна, от проксимален до среден сегмент стеноза, като в среден сегмент достига 70%. Проведена е реканализация на инфаркт-свързаната артерия – ЛАД – предилатация с балон и имплантация на стент с възстановяване на кръвотока в ЛАД. Поради персистираща гръдна болка на следващия ден е направена контролна СКАГ (селективна коронарна артериография) – ЛАД-проходим стент, като в дисталната му част се визуализира фокална тип А дисекция; осъществено е директно стентирание. В началото на м. юли 2011 г. отново е проведена СКАГ поради типична стенокардия при умерено физическо натоварване – поради сигнификантна стеноза на ЛАД е поставен още един стент. Месец по-късно оплакванията от стенокардия се появяват отново, поради което се налага поредна СКАГ. ДКА (ясна коронарна артерия) е открита гръдга 70% стеноза, последвана от друга 90% стеноза, множество стенози до 50–60%. Имплантирани са два лекарство-излъчващи стента. Оттогава пациентът е на постоянна медикаментозна терапия по отношение на ИБС, АХ, дислипидемия, с оптимален контрол на кръвното налягане и без оплаквания при нормални физически натоварвания.

Наличието на метална стабилизация в областта с най-силна болка и придружаващото, основно според нас, кардиологично заболяване значително ограничават избора на физикални фактори при представения пациент<sup>1, 3, 4</sup>. От друга страна, при наличие на мускулна хипотрофия следва да се прилага активна кинезитерапия с цел възстановяване на мускулната сила<sup>13</sup>. Сериозността на стенокардните оплаквания при нашия болен обаче напълно изключи прилагането на тренировки<sup>2, 8, 9</sup>. Поради водещия болков синдром и сетивните нарушения, преценихме да започнем терапия с преформирани физикални фактори – галваничен и интерферентен ток. Избрахме електрофорезата като метод, при който се комбинират въздействието на галваничния ток и въвежданя медикамент – поради нару-

шенията в сетивността, Nivalin (амр., 2 mL, 5 mg) и натриев салицилат, като хидрофилната възглавничка с Nivalin се поставяше на долнолатералната повърхност на подбедрицата, а тази с натриев салицилат – над сакрума, под нивото на металната стабилизация. Интерферентният ток се прилагаше в лумбалната област при честота 100 Hz през първите 3 дни от курса и 1–100 Hz през останалите. В рамките на първите 5 дни от курса на лечение пациентът не съобщи за особена промяна по отношение на усещането за изтръпване. Нощните болки бяха по-слаби по интензивност. До края на 10-ия ден състоянието не се промени особено при физическо и статично натоварване, но се намали значително болката през нощта. При уължаването на курса, след общо 15 процедури електрофореза и интерферентен ток, изтръпването и боцкането изчезнаха, нощната болка се редуцира напълно, намалена значително болката при ходене и статично натоварване.

През целия терапевтичен период сме следили сърдечно-съдовия статус на болния, както и евентуалната поява на стенокардни пристъпи<sup>18</sup>. Предвид многократните инвазивни кардиологични манипулации и поставянето на 5 стента, за нас основно и водещо заболяване е ИБС<sup>11, 17</sup>.

Приложението на кинезитерапия след миокарден инфаркт и поставяне на голям брой стентове (повече от 4) трябва да се съобразява с основните постулати на съвременната кардиореабилитация<sup>7</sup>.

**В заключение** искаме да подчертаем за пореден път важността на цялостната преценка за състоянието на пациента при съставянето на рехабилитационна програма. Особеностите на всеки болен както в здравния, така и в социалния статус, трябва да се имат предвид при избора на преформирани и естествени физикални фактори. Хolistичният подход към пациента в съвременната физикална и рехабилитационна медицина е стандартът, към който трябва да се стремим.

### Книгопис

1. Георгиев, Б., Колева, И. Кардиореабилитация на пациентите със сърдечно-съдова болест. *Наука кардиология*. 2011;2,52-61.
2. Денчев, Ст. Остър миокарден инфаркт. *Вътрешна медицина*. 2005;157-167.
3. Йотов, Й. Съвременни аспекти на профилактиката на сърдечно-съдовите заболявания. *Мединфо 11*, 2011;1,1-5.
4. Кинова, Е., Л. Саздова, А. Гудев. Сърдечна рехабилитация при пациенти след остър миокарден инфаркт. *Сърдечно-съдови заболявания*. 2011;2,12-16.
5. Колева, И. Основи на физикалната терапия и рехабилитация (вкл. ерготерапия и medical SPA), 2011, с. 30–35.
6. Кръстев, З. Сърдечни аритмии. Раздел Кардиология, у-к по Вътрешна медицина, 2005;110-133.

Пълната библиографска справка е на разположение в издателството и може да бъде представена при поискване.