

Diagnozowanie w angiologii

DIAGNOSTYKA OGÓLNA CHORÓB NACZYŃ OBWODOWYCH

- badanie podmiotowe (wywiad),
- badanie przedmiotowe,
- badanie angiograficzne.

BADANIE PODMOTOWE

Wywiad rodzinny:

1. Istotne są informacje o występowaniu wśród krewnych cukrzycy, zaburzeń gospodarki lipidowej, otyłości, nadciśnienia tętniczego, dny moczanowej.
2. Ważnym jest pytanie o narządowe manifestacje chorób naczyniowych; przebyte przez krewnych zawały serca, udary mózgowe, chromanie przestankowe lub amputacje z przyczyn nieurazowych.
3. Wiek i płeć: mają istotne znaczenie dla sprecyzowania rozpoznania choroby naczyniowej. Miażdżycowe niedokrwienie kończyn dolnych przed 60 rokiem życia występuje 6-7 razy częściej u mężczyzn niż u kobiet. Wiek podeszły - powyżej 70 lat, cukrzyca i hiperlipoproteidemia niwelują różnice w zapadalności na miażdżycę.
4. Niekorzystne warunki pracy, jak narażenie na wilgoć, urazy kończyn, także mikrourazy, praca w gumowym obuwiu, korzystanie ze wspólnych łaźni (grzybice) mogą sprzyjać wcześniejszemu ujawnieniu się dolegliwości i nasilać je.
5. Czynniki ryzyka chorób naczyń: Palenie tytoniu jest ściśle związane z rozwojem choroby Buergera, sprzyja także rozwojowi miażdżycy tętnic i przyspiesza ją.

Przy planowaniu leczenia pacjenta ważna jest również znajomość czynników ryzyka chorób sercowo naczyniowych

Dzielimy je na:

- czynniki ryzyka nie podlegające modyfikacji
- czynniki ryzyka podlegające modyfikacji

Do czynników ryzyka nie podlegających modyfikacji zaliczamy:

- wiek,
- płeć męską,
- u kobiet - okres po menopauzie,
- obciążenie rodzinne

Do czynników ryzyka podlegających modyfikacji zaliczamy:

- Czynniki ryzyka pierwszego rzędu:
 - palenie papierosów (2x większe ryzyko niż u niepalących),
 - nadciśnienie tętnicze (im wyższe nadciśnienie, tym wyższe ryzyko),
 - zaburzenia gospodarki cholesterolowej (wzrost stężenia całkowitego cholesterolu i frakcji LDL, zmniejszenie stężenia cholesterolu frakcji HDL),
 - Hiperfibrinogenemia (Zwiększone stężenie fibrynogenu w osoczu jest czynnikiem ryzyka wielu chorób układu krążenia),
 - Cukrzyca.
- Czynniki ryzyka drugiego rzędu:
 - nadwaga (powyżej 30% należnej masy ciała),
 - brak ruchu,
 - stres emocjonalny,
 - osobowość typu A (ambitny, agresywny, skłonny do uniesień),
 - przyjmowanie doustnych środków antykoncepcyjnych (szczególnie u kobiet palących),
 - podwyższone CRP (niezależny czynnik ryzyka powikłań sercowo-naczyniowych w obrębie tętnic wieńcowych, naczyń mózgowych, naczyń obwodowych – teoria zapalna miażdżycy, ukryte ogniska zapalne).

BADANIE PODMIOTOWE

1. W Chorobach naczyń obejmuje oglądanie, palpację, osłuchiwanie i próby czynnościowe. Oglądaniem oceniamy wygląd i zabarwienie skóry, stan mięśni, tętnienia, przebieg i wypełnienie żył powierzchownych. Skóra w niedokrwieniu tętniczym jest blada lub zasiniona, z zapadniętymi żyłami powierzchownymi.

2. Objawy (5xP) niedokrwienia

- pain – ból
- paralysis – porażenie kończyny
- parestesia – zaburzenia czucia, parestezje, drętwienia
- pallor – zblednięcie skóry
- pulseless – brak tętna na tętnicy położonej dystalnie od przeszkody

3. Objawy

- zapadnięcie żył powierzchownych
- oziębnięcie

4. Objawy późne

- obrzęk
- stężenie i przykurcze mięśni
- pęcherze skórne (wypełnione treścią surowiczą, potem krwistą)
- zmiany martwicze

DIAGNOSTYKA - TESTY ZABURZENIA PRZEPŁYWU KRWI A. ZABURZENIA W PRZEPŁYWIE ŻYLNYM

TEST PERTHESA - służy do badania funkcji żył głębokich i przesywających w kończynach

Badany w pozycji stojącej, zakładamy opaskę na kończynie powyżej wyczuwalnych żyłaków.

Pacjent powinien szybko poruszać się w miejscu.

Niewydolność stwierdza się wtedy gdy podczas pracy mięśni nie następuje pełne opróżnienie żyłaków

- całkowite zatrzymanie krwi to niewydolność żył odpiszczelowej.
- niekompletne opróżnienie żyłaków to niewydolność zastawek żył łączących.
- natomiast brak jakichkolwiek zmian w żyłach to znaczy niewydolność żył przesywających i częściowa niewydolność żył głębokich.

TEST LOWENBERGA - pozwala wykryć wczesny objaw w zakrzepicy w kończynie dolnej.

Na oba podudzia badanej osoby mankiety do mierzenia ciśnienia pompujemy do ok. 180 mmHg.

Przy takim ciśnieniu w zdrowej kończynie zaburzenie czucia natomiast na chorej tolerowany ucisk będzie mniejszy

TEST HOMANSA - ocena zakrzepicy żył w kończynie dolnej

Leżenie na plecach biernie uniesienie wyprostowanej kończyny dolnej, nagle zgięcie grzbietowe stopy przy wyprostowanym kolanie następnie nagle zgięcie grzbietowe stopy przy zgiętym kolanie z jednoczesnym uciskiem podudzia. Jeżeli w obydwu występuje ból łydki świadczy o zakrzepicy.

TEST TRENDELENBURGA – ocena wydolności żył powierzchownych i głębokich uda głównie żył odstrzałkowej i przesywających.

Osoba badana leży uniesiona kończyna dolna elastyczna opaska w okolicy pachwiny badany wstaje.

Jeżeli w 30 sek od wstania żyłki się nie wypełnią, a po zwolnieniu opaski wypełnia się szybko od strony bliższej to niewydolność zastawek żył odpiszczelowej przy wydolnych żyłach przesywających.

Gdy żyłki wypełnią się od strony dystalnej – niewydolność żył przesywających od strony proksymalnej niewydolność żył odstrzałkowej.

Szybkie wypełnienie żyłaków od strony dystalnej przed zdjęciem opaski a od strony proksymalnej po jej zdjęciu świadczy o niewydolności żył odpiszczelowej i jej połączeń z głębokim układem żylnym.

TESTY NA ZABURZENIA PRZEPŁYWU W TĘTNICACH:

TEST ALLENA - ocena przepływu krwi w kończynach górnych.

Pacjent unosi KG zaciska rękę w pięść terapeuta swoimi palcami blokuje przepływ krwi w tętnicach po minucie badany opuszcza rękę i otwiera dłoń.

Gdy przekrwienie nie następuje równomiernie może to świadczyć o niedrożności tętnic.

TEST RATSCHOWA – BOERGERA - ocena naczyń okolicy miednicy i kończyn.

Pacjent leży na plecach KD proste w kolanach uniesione w górę, przez 2 min naprzemiennie prostowanie i zginanie w stawach skokowych.

U zdrowych nie ma problemu z bezbolesnym wykonaniem, następnie siadamy ze spuszczoymi KD, fizjologicznie po 5-7 sek.

Występuje przekrwienie im późniejsze tym mniejsza drożność naczyń.

BADANIE ANGIOGRAFICZNE

Polega na podaniu do naczyń badanych kontrastu, dzięki jego zaczernieniu specjalista może ocenić światło i przebieg żył, tętnic.

Dodatkowym badaniem, które jest również pomocne w zdiagnozowaniu pacjenta jest: USG doppler umożliwia ocenę przepływu krwi przez zastawki serca, żyły i tętnice.

W połączeniu ze standardowym badaniem USG/ECHO serca daje dobrą ocenę zaawansowania zmian utrudniających przepływ krwi (zwężenia) lub cofania się pod prąd.

Po zdiagnozowaniu pacjenta zespół medyczny stara się dobrać jak najlepszy dla danego pacjenta schemat leczenia.

Leczenia zaczyna się od form mniej inwazyjnych po bardziej inwazyjne tzn. środki nefarmakologiczne, farmakologiczne i na końcu interwencji chirurgicznej.

W planowaniu fizjoterapeutycznym pomocna jest znajomość **skali Fontaine'a** gdzie wyróżniamy 4 okresy dzięki podporządkowaniu chorego do danego okresu możemy planować dalsze postępowanie

Okres I - bezobjawowy lub skąpoobjawowy.

Dolegliwości nie występują lub są minimalne, zazwyczaj lekceważone przez pacjentów: drętwienia, mrowienia kończyn, wzmożona ich wrażliwość na zimno, większa nużliwość kończyn.

Okres II - bólów wysiłkowych - chromania przestankowego.

Chromanie przestankowe jest specyficznym rodzajem bólu, powstaje z powodu niedoboru tlenu w pracujących mięśniach.

Najczęściej dotyczy kończyn dolnych, w kończynach górnych występuje rzadko, co tłumaczymy efektywniejszym rozwojem krążenia obocznego.

Ból chromania przestankowego charakteryzuje się regularnością - występuje po wykonaniu określonej pracy (tej samej ilości kroków), zmusza chorego do przerywania wysiłku, po odpoczynku pacjent może kontynuować marsz do wystąpienia kolejnego bólu itd.

Przyjęto II okres przewlekłej niewydolności tętniczej kończyn dolnych dzielić na dwa podokresy:

IIa - chromanie przestankowe powyżej 200 m,

IIb - chromanie przestankowe poniżej 200 m.

Okres III - bólów spoczynkowych. Bóle spoczynkowe, zazwyczaj początkowo nocne, wraz z narastającym deficytem ukrwienia rozciągają się na całą dobę.

Niewielki wysiłek mięśniowy lub niższe ułożenie kończyn (sen w pozycji siedzącej lub z nogami opuszczonymi poza łóżko) u wielu chorych łagodzi ból.

Okres IV - martwicy i/lub owrzodzeń niedokrwiennych, którym towarzyszą bóle spoczynkowe o bardzo dużym nasileniu, najczęściej wymagające stosowania narkotycznych środków przeciwbólowych.

Na podstawie prawidłowo przeprowadzonej diagnostyki dobieramy odpowiedni program rehabilitacji.

Rehabilitacja ruchowa może korzystnie wpłynąć na czynniki ryzyka miażdżycy.

Ważny problem stanowi akceptacja tej formy leczenia przez chorego i faktyczne wykonywanie ćwiczeń.

Wielu chorych nie może wykonywać ćwiczeń, na przykład z powodu ciężkiej choroby wieńcowej, choroby zwyrodnieniowej stawów lub zaburzeń neurologicznych.

W razie niedostępności nadzorowanego programu rehabilitacyjnego należy zalecić choremu samodzielne wykonywanie ćwiczeń.