

LP recuperarea in bolile veno-limfatice

⇒ *Tromboza venoasă profundă(TVP)*

➤Este o afecțiune cauzată de producerea unui trombus, de obicei puțin aderent într-o venă profundă.

➤Etiopatogenie:

1. staza venoasă,
2. leziunea peretelui venos,
3. hipercoagulabilitatea sângelui,
4. hiperactivitatea plachetară,
5. hipercoagulabilitatea plasmatică.

➤Factorii de risc pentru TVP:

- traumatisme chirurgicale și nonchirurgicale
- imobilizare prelungită,
- vârsta peste 60 de ani,
- tumori maligne,
- insuficiență cardiacă,
- varice,
- TVP în antecedente,
- obezitate,
- infecții generale(septicemie),
- sdr. nefrotic,
- anticoncepționale orale și tratament cu estrogeni,
- sarcină și puerperiu,
- hipercoagulabilitate sanguină,
- anticorpi antifosfolipidici.

➤Manifestări clinice:

1. durere,
2. edem,
3. cordon venos trombozat,
4. dilatarea rețelei venoase superficiale
5. modificări tegumentare.

➤Tratament. Obiective:

1. prevenirea embolismului pulmonar,
2. prevenire sindromului posttrombotic.

➤Metodologia tratamentului:

- imobilizarea și posturarea antideclivă a membrului afectat,
- anticoagulare,
- tromboliză,
- tratament chirurgical.

⇒ *Tromboflebitele superficiale (TFS).*

➤Sunt afecțiuni inflamatorii, de regulă circumscrise și abacteriene, ale pereților venelor subcutanate, însoțite de formarea de trombuși aderenți.

➤Comparativ cu TVP importanța lor este mică: ele nu embolizează decât foarte rar, niciodată letal, au tendință la vindecare spontană și nu lasă sechele invalidante. Ocazional

se pot extinde însă, la venele profunde și pot fi septice. Survin mai frecvent pe un teren varicos sau în cursul unui sdr. posttrombotic.

⇒ *Sindromul posttrombotic (SPT)*

➤ Reunește manifestările clinice ale hipertensiunii venoase cronice din sistemul venos profund, urmare a unei tromboze venoase profunde (TVP) vindecată cu sechele.

➤ Insuficiența venoasă care rezultă, însoțită frecvent de o insuficiență limfatică, duce la un drenaj insuficient de sânge și lichid interstițial, cauza modificărilor locale. SPT este mai frecvent la nivelul membrelor inferioare.

➤ Manifestările clinice principale ale SPT sunt: edemul, dilatația venelor subcutanate, modificările tegumentelor și durerile.

➤ Profilaxie și tratament:

1. compresie externă (fașe elastice și ciorapi elastici cu compresie progresivă),
2. drenaj postural (nu masaj),
3. intervenții chirurgicale reparatoare asupra sistemului venos profund.

LP recuperarea fiziokinetoterapică în insuficiența cardiacă

■ **Insuficiența cardiacă** este un diagnostic funcțional care se referă la îndeplinirea în sistemul circulator a funcției de pompă de către inimă.

➤ Insuficiența cardiacă este sindromul clinic determinat de incapacitatea inimii de a asigura debitul circulator necesar acoperirii nevoilor metabolice ale organismului.

➤ Clinic apar semne de:

1. stază retrogradă (pulmonară și/sau sistemică) și
2. debit cardiac scăzut.

➤ Insuficiența cardiacă reprezintă modalitatea posibilă de evoluție finală a oricărei suferințe care interesează cordul.

➤ Dată fiind incidența mare în lumea modernă a suferințelor cardiace rezultă și frecvența mare cu care este întâlnită IC.

■ **Complicațiile insuficienței cardiace sunt multiple și afectează prognosticul bolii. Ele sunt datorate:**

1. Scăderii debitului cardiac și perfuziei insuficiente a unor organe;
2. Stazei în cavitățile cardiace (în primul rând atri) și în sistemul venos;
3. Bolii de bază sau unor suferințe intercurrente;
4. Tratatamentului.

■ **Clasificarea insuficienței cardiace după gradul dispneei**

Clasa	Criterii NYHA	Criterii Goldman
I	Dispnee la eforturi excepționale	Dispnee la eforturi peste 7 MET (ex. urcat 8 trepte cu 10 kg sau mers plat cu 25kg)
II	Dispnee la eforturi obișnuite	Dispnee la eforturi de 5-7 MET (ex. mers plat sau

		grădănit)
III	Dispnee la eforturi mici	Dispnee la eforturi de 2-5 MET (ex. îmbrăcat, făcut patul, mers lent)
IV	Dispnee în repaus	Dispnee la efort sub 2 MET

Tabel 8

➤ Insuficiențele cardiace clasa a IV-a necesită repaus prelungit la pat, uneori mai multe luni. Această prescripție comportă repaus la pat 14-18 ore pe zi, în rest repaus și activități în fotoliu. Este permisă deplasarea pentru igiena personală, cu condiția unor facilitări apropiate.

➤ În decursul repausului prelungit la pat se impun măsuri preventive a:

1. Depresiei psihice prevenită prin activități simple care pot fi performate de pacient (lectură, audiții muzicale, scurte vizite, terapie ocupațională);
2. Constipației prevenite prin alimentație bogată în fibre, electroterapie de stimulare a musculaturii netede;
3. Pierderii reactivității vasculare cu hipotensiune ortostatică prevenită sau diminuată prin masaj, mișcări sistematice pasive și active ale membrelor inferioare și ridicarea la marginea patului de câteva ori pe zi.
4. Escarelor de decubit prevenite prin mobilizări repetate, schimbări repetate ale poziției în pat, masajul zonelor de presiune.
5. Stazei venoase și edemului prevenite prin mobilizări active repetate ale membrelor inferioare, mișcări de pedalaj la nivelul gleznelor, masaj de drenaj.
6. Stazei bronhopulmonare prevenite prin gimnastică respiratorie, posturări de drenaj bronșic.

■ **Recomandările Colegiului American de Cardiologie privind testarea la efort în insuficiența cardiacă:**

1. Testarea se efectuează numai la pacienții stabili;
2. Măsurarea directă a MVO₂max este preferabilă estimării în METS;
3. Protocolul de testare este individualizat;
4. Treptele succesive de 1 MET (10W);
5. Durată optimă a testării 8-10 minute;
6. Testul de mers pentru testarea sublimaximală este de 6 minute.

➤ Clasificarea funcțională a IC după MVO₂ – clasificarea Weber

Clasa Weber	MVO ₂ mlO ₂ /kgc/min	Pragul anaerob mlO ₂ /kgc/min	Deteriorarea capacității funcționale
A	peste 20	peste 14	Ușoară/absentă

B	16-20	10-14	Ușoară/moderată
C	10-15	8-11	Moderată/severă
D	sub 10	sub 8	severă

Tabel 9

➤Aplicarea testului de efort în practică la pacienții cu IC

⇒Scopuri:

1. Diagnostic.
2. Evaluare a rezervei funcționale, a eficienței tratamentului farmacologic a antrenamentului fizic.
3. Prognostic. Indică profilul de risc în IC, predicția mortalității/morbidității. MVO2max este cel mai puternic predictor al morbidității și mortalității pacienților cu IC.

⇒Clasificarea pacienților cu IC în funcție de consumul maxim de O2 în 3 grupe

1. $VO_{2max} \leq 10 \text{ ml/kgc/min}$ – pacienți cu risc înalt
2. $VO_{2max} 10-18 \text{ ml/kgc/min}$ – pacienți cu risc mediu
3. $VO_{2max} \geq 18 \text{ ml/kgc/min}$ – pacienți cu risc scăzut.

⇒Contraindicațiile testului de efort la pacienții cu IC:

1. Angină pectorală instabilă
2. Aritmii
3. $FC < 50 \text{ b/min}$ sau $FC > 100 \text{ b/min}$
4. TAS $< 80 \text{ mmHg}$
5. Dezechilibru hidroelectrolitic și al funcției renale
6. Stenoza aortică

■ **Kinetoterapia în IC**

1. Posturări, fașe elastice la niv mb.inf.
2. Mers, mișcări active ale tuturor segmentelor fără rezistență. Intensitatea efortului sub consumul maxim de oxigen.
3. Înot, bicicletă ergometrică.
4. Nu se efectuează izometrie.
5. Efortul se efectuează cu inspir înaintea mișcării și expir în timpul mișcării.