

Диференциален кинезитерапевтичен подход при лумбо-сакрални патологии

Гергана Тодорова, Св. Георгиева, Й. Гавраилов

Summary – we have developed a differential method of physical therapy applicable in the most common lumbosacral pathologies. A range of clinical symptoms with characteristic pathological kinesiology abnormalities in the lumbosacral part are examined by applying a test diagnostic and a complex rehabilitation program of treatment. This way it is possible to avoid the application of a sample physical therapy and to protect patients from complications. We emphasize on increasing the prophylaxis level and prevention as protective measure against eventual future pathology and repetitive chronic pain. After disappearance of the severe symptoms we apply muscle training for synchronizing the agonist-antagonist nature.

Key words – lumbosacral diseases, differential physical therapy, prophylaxis and prevention;

ВЪВЕДЕНИЕ

Установено е, че над 90% от населението между 35-50 год. страда от определен дискомфорт в поясно-кръстовата област. Основният етиологичен феномен за това е настъпващата с възрастта дегенеративна вертебрална остеохондроза (хронично невъзпалително заболяване на прешлените и лигаментарния апарат). Болестта се развива почти винаги с дискова херния и лумбо-сакрален радикулит. Въпреки сравнително еднаквата им клинична изява, ще ви докажем, че всяка една от тези нозологии притежава свои специфични аспекти, с които ние като физиотерапевти сме длъжни да се съобразим.

С необходимост ще изясним и второстепенно-причинните състояния пораждащи болкова симптоматика в лумбалната зона, които понякога могат да залъжат при изясняване на клиничното състояние. Тези фактори са свързани с лош и токсичен хранителен режим; хипотонусна паравертебрална мускулатура; застоелит битовизъм; ревматизъмът и артрозната болест; лумбализация (L5+1), сакрализация (S5+1); заболявания в малкия таз като бъбречни проблеми (микролити, конкременти, нефролитиаза); полови дефекти; простудни състояния; остеофити; туморни образувания и други.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Цел- целим да отдиференцираме всяка нозологична единица с основните ѝ прояви, като изхождайки от резултатите дадем напътствия за най-подходяща физиотерапия спрямо всяка от тях.

Задачи:

1. Да опишем типичните процеси при всяка болест;
2. Да приложим тестова диагностика;
3. Да дадем напътствия за самопрофилактика;
4. Да очертаем кинезитерапевтичната лечебна програма, пригодена към физико-психоемоционалната среда на конкретния пациент.

Материали и методи:

Основните патологии в поязната зона са:

Лумбо-сакрален радикулит- възпалителен коренчев процес на периферните гръбначно-мозъчни нерви. В хода на отключено възпаление се натрупва инфилтрат върху коренчевите стени причиняващ компресия на радиксите. Те реагират със сетивно-болкови импулси ирадиращи към долните крайници. Причинява се от:
-простуда;

-spina bifida-вродена патология свързана с непълно изграждане на невралната гръбначно-мозъчна тръба. Поради разцепените междупрешленни пръстени част от гръбначния мозък пролабира към дермата, което може да предизвика инфекция. Анатоомо-топографското ѝ разположение в поясните,кръстцови и опасни vertebrae довежда понякога до инконтиненция на урина и фекални маси. Зоната около увредената спина е окосмена. Обикновено децата се раждат с диплегия на долните крайници,което ги инвалидизира или завършват летално след настъпила инфекция.

-синдром на Бааструп (Spondiloarthritis posterior,лумбална спондолоза)-аномалия свързана със срастване на pr.pr.spinosi,която с възрастта става причина за изява на артроза от дорзален вертебрален тип. Патологоанатомично се разкриват склерозиращи фацетни повърхности между триещите се едни в други спинални израстъци.

-лумбална дискова херния-над 90% от радикулерните патологии се причиняват от дискова херния, възникваща на основата на вече споменатата вертебрална остеохондроза. Болестта поражява междупрешленните дискове, които в резултат на хронична микротравматизация се дехидратират и фибриноидно дегенерират. Отклонения се откриват в най-натоварените зони(L4-L5;L5-S1). Във времето дисковете се снижават намалявайки значително междупрешленното пространство. Това неминуемо довежда до постепенна хернизация на част от пулпозното ядро,което вдавайки се в гръбнака предизвиква притискане на прилежащото коренче и гръбначен мозък.Клинично под наблюдение се поставят само задните латерални,парамедианни и медианни дискови хернии, като латералните хернии са изява на лумбо-сакрален радикулит. Болестта се изразява с два синдрома:

1)Вертебрален-изгладена физиологична лордоза(с възможно развитие и на кифоза);функционална сколиоза, наклоняваща гръбначния стълб към здравата страна,когато е латерална(L4-L5),или към болната страна,когато е медианна(L5-S1);ригидна паравертебрална мускулатура;хипомобилност на това ниво;установяват се болезнени точки в междупрешленното пространство(симптом на бутончето);нарушава се стойката,локомоцията ,затруднява се изправянето; този синдром е защитен механизъм за отбременяване на притиснатото коренче;

2)Коренчев-болково, стрелкащо, режещо чувство засилващо се при смях,кихане,кашляне,физическо усилие,рязко движение;често болката се излъчва в дорзалната ходилна зона и палеца,когато е засегнато L5 коренче,невъзможно е ходенето на пети,или към петата и малкия пръст,при S1 засегнато коренче,затруднява се ходенето на пръсти, като M.Triceps Surae хипотрофира;медианната дискова херния се характеризира с двустранна многокоренчева симптоматика,чиято посока е винаги към гръбначно-мозъчния канал; нозологията се хронифицира с периоди на обостряне и стихване,като се придружава от сетивни,двигателни,сексуални и тазоворезервоарни смущения;

При дискова херния много рядко се наблюдават временни парализи и парези;основно се установява хипотонусна седалищна и подбедрена мускулатура;

Проби за диагностициране:

-при натиск в болковите тазови и бедрени точки на Vallaix(3 см встрани от срединната линия на L5 и S1 прешлени;средна бедрена област;в задколянната ямка;ямката на латералния малеол,дискомфорта се засилва;

-симптом на Нери-при флексия на главата към корема,се усеща разтягане и болка;

-симптом на Ласег-при повдигане на долен крайник от тилен лег с изправено коляно,болката се увеличава,при флексия се лимитира;

Тестова диагностика:

-динамометрия-установява се силата на гръбните изправячи;

-мобилност на гръбначен стълб:

*динамичен и статичен тест на Краус Вебер-в три оси на движение-флексия,екстензия,латерален наклон двустранно и ротации;чрез първият се установява мобилността в лумбалната област с 5 тестови движения;вторият включва девет изометрични позиции,определящи степента на мускулния дисбаланс и изграденият мускулен корсет в поясният сегмент;

*цялостна флексия на гръбначен стълб и ТБС на Том Маиер-стъпва се върху столче на 20-30см от пода;трупът се флектира с екстензирани коленни стави;целта е ръцете да докоснат фалангите на краката;измерва се разстоянието от пода до пръстите на ръцете;ако пациента ги докосне,теста е отрицателен,ако са над фалангите на ходилото е положителен,ако не достига столчето се установява инактивитет със скъсена ишиокурална мускулатура;

-тест на Owestri-обхваща шест степенна скала за оценка на болката от 0-5 и определяне нивото на самостоятелност;

-тест на Шобер-от изправена позиция с ходила на широчина на раменете;чрез обхващане на илиачните кристи се определя нивото на L4(централно от кръстните вдлъбнатини);с помощта на сантиметър се отбелязват 5 см каудално и 10 см краниално;без флексия в коленете приканваме пациента да се наведе доколкото му е възможно напред.Лош признак е ако се измерят повече от 16 см и по-малко от 7 см.

Препоръки за профилактика и лечение:

Профилактика-на първо място човек трябва да спазва правилна стойка; да се избягва хиперобременяване в поясният сегмент.При покой и сън с цел поддържане цервикалната и лумбална лордоза се препоръчва използване на малки възглавнички.Във всекидневие си е задължително при вземане на предмет от земята да се кляка,а не цялостно да се навеждаме с торса при изправени колена.Избягването на неудобни пози като продължително седене на стол с отпусната глава,дълго седене пред телевизора в еднообразна поза.Всеки индивид се приканва да изгради дозиран двигателен режим,при обезитас да се намалят килограмите,да се тренира и закали психическата и органичната устойчивост.Да не се лежи по корем,носенето на високи обувки и вибрационните претоварвания да се лимитират.

Физиотерапевтично лечение:

Първата ни задача е да установим психо-емоционалното състояние на индивида,за да намерим златната за него среда,в която ние да вътворим нашата терапевтична програма.Проявявайки емпатия към нашите пациенти ние ще спечелим тяхното доверие,което премахва критичните бариери пред лечебния процес.

Кинезитерапия:

При вентрално пролабирала дискова херния или спинална стеноза-пациента чувства облекчаване при сън или седеж,когато трупът е във флексионна позиция.В острия период се препоръчва(1-5 ден) пациента да бъде в тилен лег като върху кушетката поставяме стол играещ ролята на фиксираща платформа.Тазобедрените и коленни стави трябва да се флектират под прав ъгъл.Тази позиция да се задържа 10-15 минути през около два часа.Ако има компенсаторна латерална кривина се препоръчва при флектиран долен крайник откъм здравата страна да се спусне диагонално горният крайник откъм кривината по круриса му с цел алинирането ѝ.

При дорзално пролабирала дискова херния –пациента чувства облекчение при локомоция,когато трупът е в екстензионна позиция.В острия период(1-5 ден) се осъществява позиционна терапия от лицев лег като трупът се отпуска с мишници долепени до предмишници(1 минута).След това за четвърт секунда лицето се стимулира да надигне само леко раменните си стави с цел изправяне на торса.

При spina bifida и синдрома на Бааструп-противопоказни са масажни похвати от рода на дълбоко омачкване,изцеждане,изтегляне на кожна гънка,валяне,силни

ударни прийоми. Ако подходим лаишки при спина бифида можем да предизвикаме, увреждане на неврални структури,отключвайки паралитични прояви или възпалителен процес; при синдрома на Бааструп само допълнително ще предизвикаме хипертонизиране на паравертебралната мускулатура,чиято анормална контрактилност би довела до амобилност в и без това трудно активизиращата се в кинематично отношение зона;

След острата фаза при дискова херния и наличен радикулит се препоръчват следните упражнения:

*От тилен лег-флексия на ТБС и КС(90гр.) ,като тазът се подвига с изометрично задържане(3-4секунди) и ръцете са поставят под седалището;

*От тилен лег-флексия в ТБС и КС(90гр.) с коремно-диафрагмално дишане, насочено към стимулация на абдоминалните мускули;

*От тилен лег-абдукцират се двете ръце от двама терапевта,като трети повдига единият долен крайник и осъществява ротационни движения в различни сектори завършвайки с тракция по неговата ос; същото се повтаря с противоположния крайник;

*От тилен лег-осъществява се директна екстензия на долните крайници, предизвикваща раздалечаване на прешлените и отбременяване на притиснатия радикс;

*В страничен лег- осъществява се абдукция на долен крайник с кръгови движения в различна посока;

*В страничен лег-при флектиран 90 гр. в колянна става медиален долен крайник се осъществява тракция на реципрочния сегмент,постигайки отбременяване в засегнатата зона,като пациента трябва да постави едната си ръка под главата,а другата в опора на нивото на мамилите;

*В колянно-дланна опора- трупът се изтегля напред/назад;

*В колянно-лакътна опора- едната ръка извършва диагонално движение към противоположния долен крайник,изтегляйки се максимално зад него;същото се повтаря с другата ръка;

*В лицева опора- леко повдигане на долните крайници,екстензирани в коленните стави, като пръстите се впиват в постелката;тази позиция се задържа до възможност;

Нашата първа работа е да коригираме латералната кривина ако съществува и чак след това да се насочим към лумбалната патология.

През острата фаза на всяко от тези заболявания се препоръчва и така познатото лечение със стероидни и нестероидни противовъзпалителни и антиревматични средства;извършва се блокади с Diphrophos,Lydocain;прилага се мануална терапия;при лимитиране на болката се започва и физиотерапия с локални топлинни процедури.Провежда се инфрачервено облъчване на кръста и дорзалната зона на засегнатия долен крайник.Възприето е лечението с диадинамични токове,ултравиолетови еритеми,електрофорези с новокаин и лидокаин.

През хроничната фаза се прилага ултразвук на кръста и задната област на долния крайник. Успешно се въвежда и магнитното поле по надлъжна и напречна методика. Добавя се фонофореза с индометацин,диклак,дехидрокортизон,фастум гел.Препоръчва се термално лечение (40-42гр.) под формата на кални приложения,лугови компреси,парафинови приложения(тип гащета,панталони).Ефективен метод е масаж на кръста и долните крайници. Необходимо е също и балнеолечението с индиферентни(36-37 гр.) или топли (над 37 гр.) процедури. Рехабилитацията и лечебната гимнастика са задължителен аспект,без който няма възможност индивидът да си възвърне нормалното ежедневие.Тя е насочена към засилване на коремната и екстензорната

паравертебрална мускулатура, с цел изграждане на стабилен мускулен корсет в лумбо-сакралната зона. За това ще предложим следната методика на лечение:

Мускулна тренировка за синхронизиране на агонистично-антагонистична природа - с нея целим да закалим моторните структури в областта на торса предизвиквайки по-бързата им хипертрофия и мобилизация. Вторият основен аспект е да подобрим кардио-респираторните резерви на конкретния организъм. Чрез нея прилагаме аналитично натоварване с 5 до 10 изотонични контракции на флексорите последвани без пауза от съкращаване на екстензорите на трупа целяйки да синхронизираме тяхната агонистично-антагонистична природа. Тази тренировка се повтаря в рамките на 4-5 серии според индивидуалната поносимост. Между тях даваме време за почивка от 30-60 секунди според жизнените показатели на всеки пациент. Ползи:

- пестене времето за манипулиране;
- стимулация на ослабените мускули и релаксация на хипертонусната им реципрочна мускулатура, с модифицираните прийоми на ПНМУ;
- адаптиране на кардио-респираторните структури към различно по-степен натоварване;
- лимитиране периода на хипомобилност и афункционалност с по-бърза ресоциализация;

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Физиотерапевта не лекува само тялото, но и психиката, защото тя изразява себе си чрез видимото. Казват, а и ние сме склонни да се съгласим, че всяко заболяване е закодирано и се отключва в зависимост от нашето психическо състояние. Необходимо е всеки индивид със своето оплакване да бъде третиран спрямо биоритъма и психическата устойчивост, която притежава. Така постигайки хармония между терапевт и пациент, ще се създаде благоприятна индивидуална среда за възстановяване.

ЛИТЕРАТУРА

- [1.] Владимирова Б., Ортопедия, травматология и ортотика, "Знание" ЕООД 2000
- [2.] Желев, В. В., Физиотерапия-трета част: специализирани методи и методики във физиотерапията, София, 2011 г.
- [3.] Попов Н., Кинезиология и патокинезиология на опорно-двигателния апарат, НСА ПРЕС, София, 2009 г.
- [4.] <http://www.medicina-bg.info>
- [5.] <http://www.doctorbg.com>
- [6.] <http://www.conf.uni-ruse.bg>
- [7.] <http://www.zdrave-bg.eu>

Докладът е рецензиран.