

FIZJOTERAPIA DZIECI Z PRZEPUKLINĄ OPONOWO-RDZENIOWĄ

FORUM



Spis treści

Przepuklina oponowo-rdzeniowa	5
Poziomy występowania przepukliny i zaburzenia towarzyszące	7
Postępowanie we wczesnej interwencji w środowisku domowym	10
Propozycje stymulacji terapeutycznych w nauczaniu umiejętności ruchowych	18
Przykłady ćwiczeń stabilizujących dolny odcinek kręgosłupa	24
Ćwiczenia z wykorzystaniem płaszczyzn niestabilnych	32
Przykładowe stymulacje dla zwiększenia koordynacji mięśniowej w pozycji pionowej i chodzenie	38
Piśmiennictwo	45
<i>Kinesiology Taping</i> – plastrowanie dynamiczne w neurologii	46

Przepuklina oponowo-rdzeniowa

Przepuklina oponowo-rdzeniowa (*meningomyelocele*, MMC) jest wadą dotyczącą układu nerwowego oraz kręgosłupa, powstałą w okresie ich wczesnego rozwoju. Zaliczana jest do wad dysraficznych, czyli zaburzeń procesu zamykania cewy nerwowej w pierwszych tygodniach ciąży. W przypadku przepukliny oponowo-rdzeniowej zaburzenie zamykania cewy nerwowej dotyczy jej dystalnej części, dlatego często dodatkowo powstaje wada kręgosłupa w postaci ubytku kostnego łuków kręgow, w postaci rozszczepienia łuków kręgow, przez który przedostaje się rdzeń kręgowy wraz z oponami [1, 2]. Należy zaznaczyć, że obszar rozszczepu kręgosłupa nie musi odpowiadać rozległości uszkodzenia neurosegmentów, przy czym charakter objawów jest związany z poziomem uszkodzenia rdzenia. Objawy przepukliny oponowo-rdzeniowej to przede wszystkim:

Objawy przepukliny
oponowo-
rdzeniowej

- niedowłady – zazwyczaj wiotkie, symetryczne, całkowite porażenia – bez możliwości wykonania ruchu lub niecałkowite, charakteryzujące się osłabieniem siły mięśniowej oraz problemami w wykonywaniu ruchów czynnych,
- wadliwe ukształtowanie kręgosłupa w postaci pogłębionej kifozy przybierającej często postać garbu lędźwiowego, ze zniekształconymi kręgami kręgosłupa zwłaszcza w odcinku lędźwiowym, w postaci zwężonych ku przodowi klinowo zbudowanych kręgow; dodatkowo może występować skolioza lub pogłębiona lordoza lędźwiowa powstała na skutek przykurczu zgięciowego mięśni biodrowo-lędźwiowych i/lub porażennego zwichnięcia lub podwichnięcia stawów biodrowych [3],
- wodogłowie (80–90% dzieci z MMC) objawiające się w okresie noworodkowym powiększeniem obwodu głowy, uwypukleniem ciemienia, rozejściem szwów czaszkowych, ustawieniem ku dołowi gałek ocznych, niepokojem bądź apatią i wymiotami; wodogłowie zazwyczaj wymaga implantacji zastawki komorowo-otrzewnowej bądź komorowo-dosercowej,
- neurogenne zaburzenia układu moczowego (85–90% dzieci z MMC) – na skutek nieprawidłowości w przewodnictwie dróg nerwowych wstępujących z pęcherza moczowego do wyższych części układu nerwowego bądź dróg zstępujących dochodzi do wzrostu ciśnienia śródpęcherzowego oraz mikcyjnego i zalegania moczu,

- zaburzenia neurogenne przewodzenia pokarmowego – uszkodzenie na poziomie S2–S4 prowadzi do trudności w pracy jelit, zwieraczy i w konsekwencji do problemów z oddawaniem stolca,
- przykurcze mięśniowe oraz zniekształcenia stawów, zwłaszcza kolanowych oraz stóp,
- podwichnięcia lub zwichnięcia stawów biodrowych,
- złamania (kości udowej lub piszczeli) [1, 2, 3].

Dodatkowymi objawami mogą być zaburzenia czucia i problemy skórne o typie odleżyn, dlatego niezwykle ważna jest profilaktyka przeciwoleżynowa i szczególna dbałość o skórę, zmiana pozycji oraz specjalne poduszki w wózkach.

Przyczyny
przepukliny
oponowo-
rdzeniowej

Przyczyn przepukliny oponowo-rdzeniowej upatruje się w czynnikach genetycznych, ale przede wszystkim w działaniu zwłaszcza w okresie od 4 do 8 tygodnia życia płodowego teratogennych substancji, takich jak: niektóre leki przeciwdrgawkowe, mykotoksyny w ziarnach zbóż, metotreksat czy zakażenia wirusowe. Ponadto, niekorzystnie działać może również na płód cukrzyca czy otyłość mamy.

Powszechnie znaną i stosowaną profilaktyką zmian dysraficznych jest przyjmowanie przez kobiety kwasu foliowego i witaminy B12 przynajmniej na miesiąc przed planowaną ciążą oraz do 12 tygodnia ciąży.

Diagnostyka przepukliny oponowo-rdzeniowej przeprowadzana jest bardzo wcześnie. W zasadzie już w czasie badań prenatalnych wada może być uwidoczniła w badaniu kręgosłupa, pokrywy czaszki oraz struktur wewnątrzczaszkowych u płodów [1].

Autor: **dr Roksana Malak**

Poziomy występowania przepukliny i zaburzenia towarzyszące

Objawy przepukliny oponowo-rdzeniowej zależą od wielu czynników. Jednym z nich jest poziom występowania przepukliny. Wada dysraficzna, którą jest MMC, może występować na każdym poziomie rdzenia kręgowego i kręgosłupa: szyjnym, piersiowym, lędźwiowym i krzyżowym [4]. Najbardziej popularny podział uwzględniający umiejscowienie wady dysraficznej został wprowadzony przez Sharrarda i związany jest z najczęstszą lokalizacją wady w odcinku piersiowym, lędźwiowym lub krzyżowym.

Podział Sharrarda
wg umiejscowienia
wady dysgraficznej

I. Grupa pierwsza – uszkodzenie neurosegmentów od Th12

Objawy:

- porażenie mięśni kończyn dolnych o typie wiotkim,
- kończyny ustawione w odwiedzeniu i rotacji zewnętrznej,
- dzieci zazwyczaj poruszają się na wózkach inwalidzkich,
- czasem wzmożona aktywność reflektoryczna dająca obraz przypominający porażenie spastyczne – reakcje odruchowe w obrębie kończyn dolnych,
- zniekształcenia stóp,
- zaburzenia czucia poniżej Th12,
- zaburzenia mikcji oraz oddawania stolca.

II. Grupa druga – uszkodzenie neurosegmentów L1 i L2

Objawy:

- brak czynności wolicjonalnej w mięśniach unerwionych od L2,
- niedowład grupy mięśni przywodzicieli stawu biodrowego przy zachowanej aktywności mięśnia biodrowo-lędźwiowego, krawieckiego i czworogłowego uda,
- przykurcze zgięciowe stawów biodrowych przy jednoczesnym ustawieniu kończyn dolnych w rotacji zewnętrznej,
- dzieci, jeśli poruszają się samodzielnie, to z pomocą zaopatrzenia ortopedycznego, typu kule,