

Postępowanie rehabilitacyjne w leczeniu niestabilności kręgosłupa lędźwiowego



Spis treści

Wstęp	5
Klasyfikacje kręgozmyku	6
Etiologia kręgozmyku	9
Diagnostyka kręgozmyku	11
Objawy kręgozmyku	15
Postępowanie lecznicze	17
Postępowanie rehabilitacyjne	20
Podsumowanie	28
<i>Piśmiennictwo</i>	28

Postępowanie rehabilitacyjne w leczeniu niestabilności kręgosłupa lędźwiowego

Wstęp

Bóle kręgosłupa lędźwiowego zaliczane są do najczęstszych przypadłości zgłaszanych przez pacjentów i występują w niemal wszystkich grupach wiekowych. Według statystyk u ponad 80% osób przynajmniej raz w życiu pojawia się epizod dolegliwości bólowych dolnych odcinków kręgosłupa. Istnieje wiele przyczyn, które mogą prowadzić do problemów segmentu lędźwiowo-krzyżowego. Jedną z nich jest kręgozmyk, który jednak występuje w populacji dość rzadko (ok. 4–8% osób dorosłych) [1].

Termin kręgozmyk (spondyloliza, spondylolisteza) wywodzi się od greckiego *spondyl* (kręgosłup) oraz *olisthesis* (ześlizg). Wzmianki na jego temat pojawiały się już w 1782 r. Położnicy byli pierwszymi osobami, które zauważyły, że ograniczeniem światła kanału rodowego miednicy jest wystające do jego światła *promontorium* (trzon kręgu L5) przemieszczone do przodu w wyniku ześlizgu L5/S1, rzadziej L4/L5. Kręgozmyk jest patologią kręgosłupa opisaną wyłącznie u człowieka, niewystępującą u innych ssaków [2, 3, 4].

Spondylolizy i spondylolistezy nie stwierdza się w wieku niemowlęcym ani u dzieci, które nie chodzą lub nie siedzą w pozycji wyprostowanej. Częstość występowania kręgozmyku wzrasta od 0% w chwili narodzin do 4% w wieku 4 lat, a po osiągnięciu wieku 14 lat do 6%. Częściej występują u chłopców [5].

Kręgozmyk spowodowany jest defektem łuku kręgowego w jego części międzywyrastkowej i jednocześnie stanowi formę przewlekłej niestabilności kręgosłupa, polegającą na przesunięciu do przodu kręgu położonego wyżej względem kręgu znajdującego się poniżej, najczęściej na poziomie odcinka L5-S1, rzadziej L4-L5 wraz z całym leżącym wyżej kręgosłupem. Wynikiem niestabilności są dolegliwości bólowe dolnego odcinka kręgosłupa, ucisk korzeni nerwowych, chromanie neurogenne, zaburzenia w ogólnej postawie i równowadze, z powodu zmian stosunków anatomicznych w obszarze krzyżowo-miednicznym, a w skrajnych sytuacjach całkowita utrata stabilności kręgosłupa [3, 5, 6, 7, 8].

Kręgozmyk

Kręgozmyk u dzieci

Przyczyny kręgozmyku

Niestabilność

Niestabilność definiuje się jako utratę sztywności poruszającego się segmentu w sytuacji, gdy podczas wykonywania ruchu czynnego dochodzi do gwałtownego jego zaburzenia w postaci: widocznego zapadnięcia, zaczepienia lub drżenia poruszającego się segmentu. Powstaje, gdy na skutek przyłożenia siły, dochodzi do większego przemieszczenia segmentu niż w przypadku struktur prawidłowych. Mogą się wtedy pojawić dolegliwości bólowe, progresywne deformacje czy zagrożenia struktur neurologicznych. Powstaje wyczuwalna palpacyjnie w badaniu przedmiotowym różnica pomiędzy pozycją stojącą a leżącą (wskazuje na niestabilny kręgozmyk) [9, 10].

Hangman's fracture

Przypadłość może również obejmować wyżej leżące odcinki kręgosłupa. Jednym z przykładów jest tzw. *Hangman's fracture*, który polega na niestabilności w odcinku szyjnym z powodu złamanego kręgu C2 powstałej głównie wskutek wypadków drogowych oraz skoków do wody na główkę. Mechanizmem powstawania jest nadmierny wyprost w odcinku szyjnym [4].

Kręgozmyk nie jest wskazaniem do szybkiego leczenia operacyjnego. Odpowiednio przeprowadzona rehabilitacja nie powoduje pogorszenia stabilności w chorobowo zmienionym odcinku kręgosłupa, co w większości przypadków pozwala pacjentowi uniknąć zabiegu operacyjnego [11].

Klasyfikacje kręgozmyku

Klasyfikacja Meyerdinga

Jednym z podstawowych podziałów służących do oceny kręgozmyku jest klasyfikacja Meyerdinga, który stworzył ją w 1932 r., w oparciu o stopień ześlizgu definiowany jako procent przedniego przesunięcia trzonu kręgu wyżej leżącego względem trzonu kręgu położonego niżej [3]. Obejmuje ona podział pięciostopniowy, gdzie każdy stopień odpowiada konkretnemu przedziałowi procentowemu ześlizgu: stopień I od 0% do 25% ześlizgu szerokości trzonu; stopień II od 26% do 50%, stopień III od 51% do 75%, stopień IV od 76% do 100%. Stopień V oznacza wystąpienie spondyloptozy („zapadnięcia kręgosłupa”). Ześlizgnięty trzon wyżej położonego kręgu leży poniżej linii poziomej kręgu położonego niżej w głąb miednicy małej (dotyczy poziomu L5-S1) [3, 4].