

Subiektywna i obiektywna ocena wyników leczenia zawrotów głowy pochodzenia szyjnego za pomocą terapii ruchowej

Subjective and objective evaluation of the results of cervical vertigo kinesi-therapy

Hanna Zielińska-Bliźniewska, Marzena Bielińska, Piotr Pietkiewicz, Jurek Olszewski

SUMMARY

Introduction: The study aimed at the subjective and objective evaluation of the results of cervical vertigo kinesi-therapy.

Material and methods: The tests were conducted on 100 random patients, including 65 women aged 20–76 and 35 men aged 20–73, under kinesi-therapy. The patients were divided into 2 groups: I – 50 cervical vertigo patients, II – healthy subjects, no vertigo. With consideration to the previous history and possible contraindications, every patient was subject to an individually selected cycle of exercises including: postisometric relaxation of the perivertebral cervical muscles, isometric exercises of the neck muscles, relaxation exercises, habituation exercises, posture exercises, exercises in spatial awareness through 2 months (three times per day). The objective evaluation of the effectiveness of the applied therapy was performed by means of videonystagmography and cervical spine mobility measurements before and after 2 weeks, one month and two months. The subjective evaluation of the therapy results was based on the patient's opinion before and after the therapeutic cycle, according to Silvoniemis criteria.

Results: Due to kinesi-therapy the symptoms intensification in patients from group I with lesions in videonystagmography was decreasing in consecutive periods: after 2 weeks, one month and two months. These findings are presented in Table VI. However, after 2 months the lesions were persistent in videonystagmography: calibration in 16 cases (32%), pendulum test 0.3 Hz in 25 cases (50.0%), pendulum test 0.45 Hz in 31 cases (62.0%), pendulum test 0.6 Hz in 38 cases (76.0%) and spontaneous nystagmus in one case (2.0%).

Conclusions: in the conducted tests, both objective (videonystagmography) and subjective (Silvoniemis criteria) the major part of the patients (82.3%) revealed a complete abatement or a significant decrease in the cervical vertigo intensification due to kinesi-therapy.

Hasła indeksowe: zawroty głowy pochodzenia szyjnego, wideonystagmografia, kinezyterapia

Key words: cervical vertigo, videonystagmography, kinesi-therapy

©by Polskie Towarzystwo Otolaryngologów

– Chirurgów Głowy i Szyi

Otrzymano/Received:

20.01.2011

Zaakceptowano do druku/Accepted:

31.01.2011

Klinika Otolaryngologii i Onkologii
Laryngologicznej II Katedry Otolaryngologii UM
w Łodzi

Kierownik: prof. dr hab. med. J. Olszewski

Wkład pracy autorów/Authors contribution:

wg kolejności

Konflikt interesu/Conflicts of interest:

Autorzy pracy nie zgłaszają konfliktu interesów.

Adres do korespondencji/

Address for correspondence:

imię i nazwisko: Jurek Olszewski

adres pocztowy:

Klinika Otolaryngologii i Onkologii

Laryngologicznej

II Katedry Otolaryngologii UM w Łodzi

ul. Żeromskiego 113

90-549 Łódź.

tel./fax 42-6393580

e-mail jurek.olszewski@umed.lodz.pl

Otolaryngol Pol 2011;
65 (3a): 93-99

Wstęp

Zawroty głowy mogą stanowić objaw wielu chorób, a przyczyny ich są bardzo różnorodne zarówno pod względem mechanizmów patogenetycznych, jak i umiejscowienia procesu [1]. Duże znaczenie w mechanizmach zachowania równowagi mają bodźce czucia głębokiego pochodzące z tkanek szyi, a więc mięśni, powięzi, ścięgien, a zwłaszcza stawów kręgosłupa szyjnego [2, 3]. Należy także pamiętać, że poprzez szyję przebiegają ważne pnie naczyniowe zaopatrujące w tlen ośrodkowy układ nerwowy. Pewne ruchy w obrębie szyi mogą się odbijać niekorzystnie na krążeniu kręgowym, powodując niedotlenienie w zakresie tętnic kręgowych i podstawnej mózgu [4].

Nawracające zaburzenia równowagi i zawroty głowy mogą być także spowodowane poprzez zmiany zwyrodnieniowe, zapalne i pourazowe istniejące w obrębie szyjnego odcinka kręgosłupa [2, 5, 6]. Niezwykle istotna dla oceny stanu pacjenta staje się więc wnikliwa diagnostyka.

Kolejnym krokiem w rozwoju metod diagnostycznych stosowanych w otoneurologii jest wideonystagmografia polegająca na obserwacji za pomocą czulej, działającej na podczerwień kamery video ruchów gałek ocznych i ich następnej analizie za pomocą specjalnego programu komputerowego [1, 7].

Postępowaniem wspomagającym leczenie farmakologiczne [8] oraz chirurgiczne w przypadku zawrotów

głowy pochodzenia szyjnego jest kinezyterapia polegająca na stosowaniu różnych form aktywności fizycznej o optymalnie dostosowanym do choroby obciążeniu.

Dobór ćwiczeń zależy od stanu funkcjonalnego i zamierzonego celu i można je podzielić na [9–11]: bierne, czynno-bierne, samowspomagane, w odciążeniu, czynne, z oporem, redresje, wyciągi, synergistyczne, oddechowe, relaksacyjne, pionizacji i nauki chodzenia.

W skład kinezyterapii ogólnej wchodzi następujące ćwiczenia: ogólnokondycyjne, gimnastyki porannej, w wodzie, sport inwalidów.

Metody kinezyterapeutyczne, uznawane za najbardziej efektywne i precyzyjne sposoby aplikowania ruchu, często są rozbudowane o część diagnostyczną i wykorzystują specjalne techniki wypracowane z wykorzystaniem wiedzy z zakresu anatomii, fizjologii i biomechaniki [12–14].

W ostatnich latach w leczeniu zawrotów głowy zalecana jest rehabilitacja ruchowa, ponieważ ma bardzo dobry efekt terapeutyczny, na co wskazują liczni autorzy [6, 13, 14].

Celem badań jest subiektywna i obiektywna ocena wyników leczenia zawrotów głowy pochodzenia szyjnego za pomocą kinezyterapii.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono na grupie losowo wybranych 100 chorych, w tym 65 kobiet w wieku 20–76 lat (średnia wieku $42 \pm 0,5$) i 35 mężczyzn w wieku 20–73 lat (średnia wieku $40 \pm 0,5$), których podzielono na 2 grupy:

I – badaną, liczącą 50 chorych (41 kobiet i 9 mężczyzn) z zawrotami głowy pochodzenia szyjnego,

II – porównawczą, składającą się z 50 zdrowych osób (24 kobiet i 26 mężczyzn) bez zawrotów głowy.

W zależności od obrazu radiologicznego szyjnego odcinka kręgosłupa podzielono grupę I na cztery podgrupy ze: splotką lordozą, osteofitami, dyskopatią oraz dyskopatią i osteofitami.

U wszystkich pacjentów zastosowano indywidualnie dobrany cykl ćwiczeń uwzględniający dotychczasowy przebieg choroby oraz ewentualne przeciwwskazania i obejmujący: relaksację poizometryczną mięśni okołokręgosłupowych w odcinku szyjnym, ćwiczenia izometryczne mięśni szyi, a także ćwiczenia relaksacyjne, habituacyjne, koordynujące postawę i orientację przestrzenną przez okres 2 miesięcy.

Pacjenci przez pierwsze pięć dni wykonywali ćwiczenia pod kontrolą terapeuty, a następnie po udzieleniu instruktażu ćwiczyli samodzielnie w domu (3x dziennie).

Obiektywna ocena skuteczności zastosowanej terapii odbywała się (przed oraz po 2 tygodniach, po miesiącu i po 2 miesiącach) za pomocą badania wideonystagmograficznego oraz pomiarów ruchomości odcinka szyjnego kręgosłupa.

Na badanie wideonystagmograficzne składała się rejestracja: oczopląsu samoistnego, wahadłowego ruchu gałek ocznych, oczopląsu położeńowego, oczopląsu szyjnego w teście skrętu szyi, oczopląsu indukowanego kalorycznie.

Ocena dokonana została przed cyklem terapeutycznym oraz po cyklu zabiegów. Subiektywna ocena efektów terapii dokonana była na podstawie opinii pacjenta, przed cyklem i po cyklu zabiegów terapeutycznych, według kryteriów Silvoniemiego w skali od 0 do 4, gdzie: 0 – brak objawów, 1 – chwilowe napadowe zawroty głowy związane z ruchem głowy, 2 – lekkie zawroty głowy, niestabilność chodu, 3 – umiarkowane zawroty głowy, niewielkie zaburzenia równowagi, 4 – silne zawroty głowy, nudności, wymioty, silne zaburzenia równowagi.

Wyniki badań poddano analizie statystycznej, obliczając wartość średnią (X) i odchylenie standardowe (SD).

Wyniki

Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, że w grupie I (badanej) przeważały kobiety w przedziale wiekowym 51–60 lat i powyżej 60 lat, odpowiednio w 17 przypadkach (17,0%) i w 12 przypadkach (12,0%), natomiast mężczyzn było po 2 w przedziałach wiekowych 20–30 i 51–60 oraz 3 (3,0%) powyżej 60 lat (Tab. I). Z kolei w grupie II (porównawczej) zarówno wszystkie kobiety, jak i mężczyźni byli w przedziale wiekowym 20–30 lat, odpowiednio w 24 przypadkach (24%) i w 26 przypadkach (26%).

W tabeli II zestawiono badanych chorych w zależności od czasu występowania zawrotów głowy pochodzenia szyjnego. I tak najczęściej w grupie I zawroty trwały od 1 miesiąca do 1 roku – w 13 przypadkach u kobiet (20,0%) i u 3 mężczyzn (8,57%), powyżej 5 lat – w 15 przypadkach u kobiet (23,08%), oraz od 1 do 5 lat odpowiednio u 9 kobiet (13,85%) i 5 mężczyzn (14,29%). W grupie II chorzy nie podawali występowania zawrotów głowy.

Wśród objawów towarzyszących zawrotom głowy w grupie I najczęściej odnotowano następujące (Tab. III): bóle odcinka szyjnego kręgosłupa – 34-krotnie (52,31%) u kobiet i 6-krotnie (17,14%) u mężczyzn, dezorientację i lęk odpowiednio 30-krotnie (46,15%) i 4-krotnie (11,43%), bóle głowy odpowiednio 29-krotnie (44,62%) i 2-krotnie (5,71%) oraz mrowienie twarzy i kończyn górnych odpowiednio 25-krotnie (38,46%) i 2-krotnie (5,71%), natomiast w grupie II dominującym objawem były bóle głowy odpowiednio 11-krotnie (16,92%) u kobiet i 5-krotnie (14,29%) u mężczyzn.

W odróżnieniu od grupy porównawczej (II) w grupie I stwierdzono zmiany radiologiczne odcinka szyjnego kręgosłupa pod postacią (Tab. IV): zniesienia lordozy szyjnej w 12 przypadkach u kobiet (18,46%)

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3170971>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3170971>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)