

Fizjoterapia w kręczu szyi II

Małgorzata Matyja, Anna Gogola

Neurorozwojowe usprawnianie niemowląt z kręczem szyi. (opracowanie własne).

Kręcz szyi to przymusowe asymetryczne ustawienie głowy, polegające na pochyleniu jej w stronę uszkodzenia i skróceniu w stronę przeciwną.



Ryc. 1 Asymetryczne ułożenie głowy – widok z przodu.



Ryc. 2 Asymetryczne ułożenie głowy – widok z tyłu.

Najczęstsze przyczyny kręczu szyi to:

1. nieprawidłowe ułożenie płodu
2. urazy okołoporodowe:
 1. związane z zerwaniem włókien mięśniowych i powstaniem krwiaka mięśnia mostkowo- sutkowo-obojczykowego (MOS)
 2. spowodowane niedokrwiennym przykurczem (MOS)
 3. związane z dysfunkcją o.u.n, manifestowane w postaci zaburzeń ruchowych pochodzenia ośrodkowego (z.r.p.o)

Generalnie wyróżnić można następujące rodzaje kręczu szyi:

1. mięśniowy
2. kostny
3. związany z zaburzeniami wzroku i słuchu
4. neurogeny:
 1. związany z ciężkim uszkodzeniem o.u.n
 2. związany z mikrouszkodzeniami o.u.n manifestującymi się obniżonym napięciem posturalnym zaburzającym rozwój symetrii
 3. wynikający z uszkodzenia splotu ramiennego

Konsekwencje asymetrycznego ustawienia głowy mogą mieć zarówno charakter lokalny jak i globalny. Najczęściej opisywane są zaburzenia lokalne, co sprawia, że proponowane sposoby usprawniania dzieci z kręczem szyi dotyczą głównie oddziaływania o charakterze miejscowym. Spośród powyższych zwykle wymienia się:

- spłaszczenie potylicy po stronie twarzowej
- różnego stopnia wyprost głowy
- asymetrię twarzy
- skłon boczny odcinka szyjnego kręgosłupa

Należy zwrócić uwagę na fakt, że wraz z objawami lokalnymi w różnych częściach ciała pojawiają się również, rzadziej opisywane, skutki globalne. Są one konsekwencją wpływu ustawienia głowy w przestrzeni na rozkład napięcia mięśniowego. Wpływ ten obserwowany jest na każdym etapie rozwoju integracji o.u.n, począwszy od okresu dominacji tonicznych odruchów postawy (ATOS, STOS, TOB), poprzez przewagę reakcji prostowania, aż do reakcji równowagi. Tak więc stałe, asymetryczne ułożenie głowy, wywołane różnymi czynnikami - hipotonią centralną i obwodową hipertonią, zaburzeniami sensorycznymi – utrudnia rozwój symetrii i jednocześnie utrwała wpływ jednostronnego ATOS z charakterystycznym rozkładem napięcia mięśniowego.



Ryc. 3 Stałe asymetryczne ułożenie głowy w pozycji pronacyjnej.

Objawy globalne występują w każdym przypadku. Mogą mieć jednak różny charakter i nasilenie. Poniżej przedstawiono przykłady takich objawów zaczerpnięte z piśmiennictwa i zaobserwowane przez autorów:

- trudności w rozwoju prawidłowej kontroli głowy, tułowia, kkg i kkd w przestrzeni we wszystkich płaszczyznach, szczególnie widoczne w reakcjach prostowania i równowagi



Ryc. 4 Asymetryczne ustawienie głowy w próbie Landau'a.

- utrzymywanie ciężaru ciała na wydłużonej stronie twarzowej, brak doświadczeń z przenoszeniem ciężaru ciała na stronę skróconą - potyliczną
- asymetria odcinka szyjnego i piersiowego, żeber, odcinka lędźwiowego z asymetrycznym ustawieniem miednicy (niżej położony kołec biodrowy przedni górny po stronie potylicznej)
- trudności w rozwoju bocznej kontroli głowy i tułowia po stronie twarzowej (opóźnienie rozwoju reakcji prostowania)



Ryc. 5 Trudności w bocznej kontroli głowy po stronie twarzowej

- asymetria ustawienia i funkcji kkg oraz zaburzenia koordynacji wzrokowo-ruchowej:
- kg po stronie twarzowej znajduje się w zakresie pola widzenia dziecka, jest wkładana do ust i wykorzystywana do sięgania, prezentuje więc większą kontrolę i ustawienie wyprostne
- kg po stronie potylicznej prezentuje ustawienie zgięciowe charakteryzujące się wysokim uniesieniem i retrakcją łopatki, zgięciem

- stawu łokciowego, pronacją przedramienia, zaciśnięciem ręki (czasami zaobserwować można zaniki mięśni kłębku)
- zaburzenie aktywności kkg w linii środkowej –manifestuje się trudnością w jej przekraczaniu co utrudnia rozwój koordynacji bilateralnej
- obserwuje się trudność w uzyskaniu podporu na kończynie górnej potylicznej
- występuje trudność w rozwoju płynnych ruchów gałek ocznych – szczególnie problem ten dotyczy śledzenia przedmiotów w stronę potyliczną
- zmniejszona stymulacja twarzy po stronie potylicznej wywołuje asymetrię funkcji warg i języka
- asymetria w zakresie ułożenia i funkcji kończyn dolnych obejmuje:
- ustawienie zgięciowo-odwiedzeniowe kd po stronie po stronie potylicznej z tendencją do supinacji stopy oraz trudności w rozwoju funkcji podporowej z jednoczesnym dążeniem do ustawienia w zgięciu
- ograniczenie odwiedzenia kd po stronie potylicznej z narastającym przywiedzeniem i rotacją wewnętrzną
- ustawienie wyprostno-przywiedzeniowe kończyny dolnej po stronie twarzowej z osłabioną aktywnością antygravitacyjną (brak zdolności wstawania z kłębku jednonoż)



Ryc. 6 Asymetria w zakresie ułożenia i funkcji kończyn dolnych.

Reasumując można stwierdzić, że w przypadku silnej asymetryzacji ciała wywołanej kręcem szyi nie ma strony ciała mającej lepszą lub gorszą kontrolę - strona twarzowa wyspecjalizowana jest w kierunku przenoszenia ciężaru ciała z ograniczonymi możliwościami w zakresie koncentrycznej komponenty (np. skracanie tułowia) reakcji prostowania i równowagi. Strona potyliczna prezentuje ograniczoną zdolność przenoszenia ciężaru ciała spowodowaną zaburzeniem ekscentrycznej komponenty (np. wydłużanie tułowia) reakcji prostowania i równowagi.

- Spojrzenie skierowane w stronę przeciwną do kręcu.
- Ciężar ciała na stronie wydłużonej.
- Asymetria ułożenia kończyn górnych.
- Asymetria odcinka lędźwiowego.



Ryc. 7 Wpływ asymetrycznego ustawienia głowy na rozkład napięcie posturalnego.

Rozwój psychomotoryczny dziecka z asymetrycznym ustawieniem głowy może przebiegać nieprawidłowo w wyniku utrwalania doświadczeń sensomotorycznych, pochodzących ze sprzężeń zwrotnych błędnych wzorców postawy i ruchu. Poza wymienionymi konsekwencjami, kręć szyi może stanowić przyczynę bocznego skrzywienia kręgosłupa. Z powyższych względów istotne jest wczesne rozpoczęcie usprawniania dzieci z asymetrycznym ułożeniem głowy, zabezpieczające je przed utrwaleniem niepożądanych wzorców posturalnych i motorycznych i jednocześnie zapewniające gromadzenie prawidłowych doświadczeń sensomotorycznych. Jeżeli z przeprowadzonych badań (bardzo pomocne jest USG mięśnia MOS) wynika, iż zwłóknienie mięśnia mostkowo-sutkowo-obończykowego jest znacznego stopnia - warto rozważyć możliwość uwolnienia tego mięśnia chirurgicznie. Z doświadczenia autorów wynika, że wczesna, tzn. przed ukończeniem 1 roku życia, interwencja chirurgiczna daje dobre rezultaty, ponieważ zmniejsza okres przebywania w nieprawidłowych wzorcach posturalnych i motorycznych, co przyspiesza likwidację skutków globalnych.

Ćwiczenia wykonywane z niemowlętami obejmują:

- lokalne ćwiczenia rotacyjno - redresyjne wg Karskiego, przywracające zakres ruchomości kręgosłupa szyjnego

- odpowiednia pielęgnacja - zachęcanie do kontroli wzrokowej w linii środkowej ciała; proponowane jest też stosowanie przeszkody ograniczającej rotację głowy - często przeszkoda służy do pchania i może powodować dalsze wzmacnianie skróconych mięśni
- globalne ćwiczenia metodą NDT-Bobath lub metodą Vojty – zapewniające prawidłowy rozkład napięcia mięśniowego poprzez właściwą stymulację mechanizmu antygravitacyjnego (Bobath) lub centralnego kompleksu motorycznego (Vojta)

W przypadku krwaka mięśnia MOS wskazane jest stosowanie laseroterapii i masażu. W przypadku utrzymywania się asymetrii po okresie niemowlęcym ćwiczenia w dalszym ciągu obejmują aktywizację ekscentrycznej aktywności mięśni po stronie potylicznej i aktywizację koncentrycznej aktywności mięśni po stronie twarzowej kręczu. W czasie terapii duże znaczenie ma również dokładna ocena stanu dziecka, w celu ustalenia kryteriów zakończenia tego procesu. Doświadczenie autorów wskazuje bowiem na dość częste przypadki zaprzestania usprawniania po uzyskaniu pełnego zakresu ruchomości kręgosłupa szyjnego, bez uwzględnienia oceny globalnych skutków długotrwałego asymetrycznego ustawienia głowy. W tej sytuacji istotna wydaje się taka ocena stanu pacjenta, która ułatwi obserwację wspomnianych zaburzeń globalnych i umożliwi określenie kryterium zakończenia terapii. Termin ten związany jest z uzyskaniem prawidłowej kontroli głowy, tułowia, kończyn górnych i dolnych wyrażonej w symetrii wzorców motorycznych.