

ЛУМБАЛНИ СИНДРОМ

Ненад Недовић

Београд 2010

Увод

Бол у лумбосакралном пределу представља једну од најчешћих болних манифестација савременог човека. Сматра се да око 75% популације било кад у току живота доживи тегобе у виду лумбалгије. Масовност појаве, дуготрајан и прогресиван ток, изразито неповољне социјално-економске последице за појединца, породицу и друштво у целини сврставају овај синдром у социјалне болести. Лумбални синдром у виду акутних епизода (diskus-hernija), јавља се често између 30-50, а најчешће између 30-39. године живота. Гледано са стране професије коју оболели појединци обављају, тежак физички рад представља важан фактор у појави лумбалног синдрома. То се односи поготово на онај физички рад који захтева сагињање, дизање терета и торзију кичменог стуба.

Лечење лумбалног синдрома захтева ангажовање стручњака из различитих области. Без сумње, најважнији део процеса лечења и рехабилитације представља примена физикалне терапије и кинезитерапије. Сама примена физикалних агенаса делује лековито и повољно на отклањање симптома лумбалног синдрома. Превентивно деловање кинезитерапије је посебно значајно ради спречавања настанка поновних епизода болести.

Узроци лумбалног синдрома

- дегенеративни и реуматоидни процеси на кичменом стубу,
- статички поремећаји,
- повреде кичменог стуба,
- конгениталне аномалије,
- обољења кичмено г стуба (упалне, метаболичке, инфективне болести и тумори)

Дегенеративни и реуматски процеси на кичменом стубу су јако сложени процеси који захтевају свеобухватне дијагностичке процедуре, као и широке и прецизне анамнестичке податке. Овде нас углавном највише занимају дегенеративне промене интервертебралног дискуса. О овим дегенеративним променама ће касније бити више речи.

Статички поремећаји који су битни за лумбални болни синдром су у главном везани за позицију кичме приликом заузимања одређених положаја тела. Неправилан положај тела доводи до одступања од нормалне позиције кичме у миру. Код неправилног положаја кичме повећава се карлични нагиб и лумбосакрални угао, и повећава се лумбална лордоза. Код неправилног положаја тела бол се јавља због иритације фасет зглобова и синовијалног ткива. Због свега овога веома је битна едукација болесника о правилном држању, као и о начину обављању активности свакодневног живота.

Повреде кичменог стуба су јако честе у последње време, а дешавају се како у саобраћајним незгодама, тако и на радном месту. Обично доводе до компресије и истезања ткива. Компресија се врши на тело пршљена, међупршљенски дискус, зглобове зглобних наставака.

Конгениталне аномалије кичменог стуба су урођени деформитети које карактерише морфолошка изобличеност појединих делова кичме, праћена већим или мањим функционалним сметњама.

Постоје и деформитети који су последица конгениталних поремећаја осификационих центара у развоју. Они се манифестују као промене corpora, артикулационих наставака, arcusa, попречних и ртних наставака.

Обољења кичменог стуба могу бити упалне, метаболичке, инфективне природе, као и различите врсте тумора. Када неки патолошки процес, нпр. остеопороза, хронична запаљења, малнутриција и ендокрини поремећаји ослабе пршљен, онда чак и релативно блага траума може да оштети пршљен и проузрокује мањи или већи бол.

Поремећај функције лумбосакралног дела кичменог стуба

Поремећај функције лумбосакралног дела кичме настаје постепено и неприметно. На почетку поремећај функције манифестан је током акутног и субакутног стадијума. Дисфункција овог дела кичме највећим делом последица је бола у лумбосакралном делу или радикуларног бола, као и заштитне мишићне реакције на бол. Покрети у лумбосакралном делу су обично ограничени и врло болни.

Знаци неуролошког дефицита

Неуролошки дефицит одговарајућег лумбосакралног спиналног живца у току лумбалног синдрома изражава се поремећајем сензибилитета, мотилитета и тетивних рефлекса.

Дијагноза

Код постављања дијагнозе важно је потврдити обољење и одредити фазу обољења, идентификовати компримовани корен и степен његовог оштећења.

Анамнеза има изузетну важност. Она треба да расветли околности под којима се јавио бол, карактер и локализацију бола. Важне су и ситуације о понашању бола, тј кад се појачава и смањује.

За утврђивање радикуларне компресије неопходно је применити и тестове истезања као што су Лазаревићев или Брагардов знак.

Лечење

Лечење лумбалног синдрома је искључиво симптоматско, јер узрок дегенеративног процеса још није познат. Неке студије показују да се услед лечења и слушања лекарских савета 80% пацијената опорави у року од месец дана. Лечење лумбалног синдрома је у већини случајева конзервативно, само у мањем броју случајева спроводи се хируршко лечење.

Пример из свакодневне праксе пацијента са проблемом лумбалног синдрома:

Пацијенткиња Д.П. '68. годиште, са дијагнозом *St. post operationem discus hernia L5-S1*. Примењена **физикална терапија** иде следећим редом:

1. Поларизована светлост, трајања 8 минута, ниво L5-S1; поларизована светлост даје субјективно осећај топлоте, долази до убрзања кинетичке енергије молекула испод коже, обично се примењује као уводна процедура
2. Дијадинамик, попречно на лумбални део, примењују се велике плочасте електроде, примењују се DF и LP облик струје, са променом пола, у трајању од 3 минута, 8 апликација у серији; DF има краткотрајни надражајни ефекат, док LP модулација има аналгетски ефекат.
3. TENS, трајање 10 минута, циљ деловања је смањење бола, делујемо на нервне завршетке у кожи, електроде се постављају дуж дерматома у коме се манифестује бол, 10 апликација у серији.
4. Стабилна галванизација, лонгитудинална десцедентна, ради се са трожилним каблом, катода се поставља проксимално на лумбални део, а две аноде на оба стопала. Десцедентна стимулише нервну проводљивост, трајање 20 минута.
5. Ласер, 4 тачке, трајање је 5 минута по тачки, 10 апликација у серији, примењујемо га у лумбалном нивоу L5-S1; ласер се апликује комбинацијом фреквенција 10,400,1000 и 4000 Hz користећи импулсни ласерски зрак.

План кинезитерапијског третмана

- **Вежбе које пацијенти раде**

- Повлачи колено ка себи, прво једно па друго, ногу флектира и у куку и колену. (вежба за истезање лумбалног дела кичменог стуба и задње ложе натколеница и њихових горњих припоја).
- Опружају колена са отпором, колена и кукови у благој флексији (око 30°), ноге наслоњене на ваљак или неки јастук. (вежба за јачање *m. quadricepsa*).
- Изометријска контракција абдоминалних мишића, потискују лумбални део (додирује подлогу, нестанак лумбалне лордозе), руке су опружене поред

- тела. (вежба за исправљање лумбалног дела, истезање лумбалних екстензора и меких ткива).
- Иста ова вежба само се положај руку мења, руке са стране, абдуциране у рамену за 45° , а затим под 90° , гурају руке ка подлози, активирају абдоминалне мишиће, (стимулација дубоких екстензора лумбалне кичме).
 - У супинираном положају раде абдукцију и враћање једне па друге ноге по подлози, (вежба за абдукторе).

2-3 пута на дан понављају се ове вежбе, свака вежба траје 6 секунди, одмор 10 секунди и ради се 6 понављања.

Литература

1. Конечни Ј. : *Клиничка реуматологија*
2. Олга Поповић-Младеновић : *Клиничка примена физикалне медицине*
3. Ђорђевић Љ.В., Ђорђевић М.Б. : *Бол у леђима*
4. Недвидек Б. : *Основи физикалне медицине и медицинске рехебилитације*
5. Кунеј Д., Станковић Т. : *Практикум физикалне терапије*
6. Милисављевић М. : *Клиничка анатомија човека*