



Fizjoterapia w zawrotach głowy



Rehabilitacja ruchowa (kinezyterapia) jest skutecznym postępowaniem w leczeniu zawrotów głowy. Zawroty głowy same w sobie nie są konkretną jednostką chorobą, a objawem wielu różnych schorzeń, dlatego na początku należy ustalić ich przyczynę. Niejednokrotnie jest to proces długotrwały, a u wielu osób, np. u starszych pacjentów może się okazać, że etiologia jest złożona. Należy zwrócić uwagę na fakt, że każde leczenie, również kinezyterapia powinno być skonsultowane z lekarzem przed jego zastosowaniem, biorąc pod uwagę nie tylko charakter zawrotów głowy ale inne choroby współistniejące, wiek, aktywność fizyczną, stosowane przez pacjenta leki, itd.

Kinezyterapia w zawrotach głowy obejmuje dwie główne strategie: terapię ruchową zaburzeń układu przedsionkowego (której celem jest pobudzenie mechanizmów kompensacyjnych w centralnej części układu nerwowego poprzez stosowane treningów habituacyjnych) oraz leczenie łagodnych położeniowych zawrotów głowy (BPPV – benign paroxysmal positional vertigo).

Wskazaniami do kinezyterapii w zawrotach głowy są przede wszystkim:

- jednostronne całkowite lub częściowe uszkodzenie przedsionka
- zawroty głowy prowokowane ruchem lub zmianą położenia (bez cech uszkodzenia obwodowej części narządu przedsionkowego)

- obustronne uszkodzenie przedsionków
- zawroty głowy oraz zaburzenia równowagi wynikające z podeszłego wieku
- łagodne położeniowe zawroty głowy

W fazie ostrej zawrotów głowy pochodzenia błędnikowego ruchy głowy wyzwalają/nasilają zawroty, nudności, wymioty, dlatego już samo spionizowanie pacjenta jest ćwiczeniem. Powinno ono następować stopniowo – począwszy od leżenia w pozycji, która jest dla pacjenta najwygodniejsza, następnie leżeniem z tułowiem opartym o wezgłowie łóżka, siedzeniem w łóżku z nogami i tułowiem podpartymi, następnie siedzeniem na brzegu łóżka bez podparcia nóg/tułowia.

Kinezyterapia zaburzeń układu przedsionkowego

W trakcie treningu habituacyjnego, polegającego na powtarzaniu ruchów prowokujących dolegliwości ośrodkowy układ nerwowy przyzwyczaja się do określonych ruchów i powoduje wytłumienie przykrych dolegliwości. Kompensacja przedsionkowa pozwala mózgowi odzyskać kontrolę nad równowagą i zminimalizować objawy zawrotów głowy, gdy dochodzi do uszkodzenia lub braku równowagi między prawym i lewym narządem przedsionkowym (organami równowagi) w uchu wewnętrznym.

Przykłady ćwiczeń stosowanych w treningu habituacyjnym:

1. W łóżku lub siedząc

Ruchy oczu

- W górę i w dół
- Z boku na bok
- Wyciągnij wyprostowaną kończynę górną do przodu z kciukiem skierowanym w górę, poruszaj głową w prawo i w lewo, ręka pozostaje nieruchoma – staraj się skupić wzrok na kciuku. Można również wykonać to ćwiczenie ruchem głowy do góry i na dół



Ryc.1 Ćwiczenia ruchów oczu

Ruchy głowy

- Skłony głowy do przodu i do tyłu
- Ruchy głowy na boki



Ryc. 2 Ćwiczenia ruchów głowy

2. Ćwiczenia w pozycji siedzącej

- Ruchy oczu i głowy jak wyżej
- Wzruszanie ramionami do góry
- Krążenia ramionami
- Pochylenie się do przodu i podniesienie przedmiotów położonych naprzeciwko siebie
- Pochylenie się do boku z podniesieniem przedmiotów leżących obok



Ryc. 3 Ćwiczenia ze skrętami tułowia

3. Ćwiczenia w pozycji stojącej

- Wszystkie wymienione powyżej
- Zmiana pozycji z siedzącej na stojącą z oczami otwartymi, a następnie zamkniętymi (należy pamiętać, że nie jest to zalecane dla osób starszych z nadciśnieniem ortostatycznym)
- Rzucanie piłką z ręki do ręki powyżej poziomu oczu
- Rzucanie piłkę z ręki do ręki poniżej kolana
- Usiądź, wstań, obróć się dookoła własnej osi, zatrzymaj, usiądź

4. Poruszanie się

Wchodzenie i schodzenie z pochylni/podjazdu

Wchodzenie i schodzenie po schodach

Stanie na miękkim podłożu, np. poduszce/ krążku do ćwiczeń równowagi



Ryc. 4 Ćwiczenia na miękkim podłożu

Praktyczna wskazówka

Notuj nasilenie zawrotów/nudności dotyczących danego ćwiczenia. Można je ponumerować od 0 do 5, gdzie 0 - oznacza, że ćwiczenie nie daje żadnych dolegliwości, a 5 objawy bardzo silne, nie do zniesienia. Zaczynij od ćwiczeń, które dają dolegliwości na poziomie 2-3, kontynuuj dane ćwiczenie do momentu aż przez 3 dni nie będzie dawało objawów (0 na skali). Ćwiczenia należy wykonywać kilka razy dziennie.

Łagodne położeńiowe zawroty głowy (BPPV - benign paroxysmal positional vertigo)

BPPV może być spowodowane przez kryształki (znane również jako otolity) przemieszczające się z ich normalnego miejsca w uchu wewnętrznym (łagiewki i woreczka) do innego obszaru w uchu, który jest odpowiedzialny za wykrywanie rotacji (kanały półkoliste). Poruszające się w kanałach półkolistych kryształki powodują silne, krótkotrwałe (trwające do około 60 sekund) zawroty głowy o charakterze wirowym. Zawroty te wyzwała zmiana położenia głowy do tzw. pozycji krytycznej, najczęściej w czasie leżenia czy spania, schylania się lub gwałtownego podnoszenia ku górze, przy zwracaniu głowy raz w jedną raz w drugą stronę.

Na początku należy postawić diagnozę i określić, w którym kanale półkolistym są uwolnione otolity - najczęściej wykonuje się manewr Dix-Hallpike'a. Manewr polega na energicznym położeniu pacjenta na leżance w pozycji krytycznej, z odpowiednim ułożeniem głowy i obserwacji oczopląsu oraz zawrotów głowy. Oczopląs obserwujemy w uniemożliwiających fiksację wzrokową okularach Frenzl'a. W okularach tych znajdują się powiększające soczewki oraz oświetlenie gałek ocznych.

W przypadku dodatniego testu Dix-Hallpike'a stosuje się manewry repozycyjne. Dwa najczęściej stosowane to manewr Epley'a i manewr Semonta (dotyczą kanału półkolistego tylnego - najczęstsza przyczyna BPPV). BPPV może również dotyczyć kanałów bocznych (wtedy diagnostyczny będzie obrotowy test supinacyjny, a leczniczo wykonywane są manewry Lemperta i manewr barbecue) oraz kanałów przednich w 2-3%.

Ważne jest, aby te manewry były wykonywane wyłącznie przez wyszkolonego specjalistę, aby zapobiec ryzyku urazów szyi i pleców. Manewry są przeciwwskazane u osób po świeżych urazach lub operacjach kręgosłupa szyjnego, z dyskopatią kręgosłupa szyjnego.



Ryc.5 test Dix-Hallpike'a

Manewr uwalniający Semonta

Gdy choroba dotyczy BPPV z lewego kanału półkolistego tylnego

- Pozycja siedząca, głowa skrzyżowana o 45° w prawą stronę
- Pacjent energicznie przechodzi do pozycji leżącej na boku lewym (105°). Głowa pozostaje w tej samej pozycji tj. lekko zwrócona ku górze. Pozostaje w tej pozycji 30 s
- Pacjent energicznie przechodzi do pozycji leżącej na prawym boku (195°). Głowa pozostaje w tej samej pozycji w stosunku do tułowia. Pozostaje w tej pozycji 30 s
- Pacjent siada na leżance



Ryc. 6 Manewr Semonta

Manewr repozycyjny Epley'a

Gdy choroba dotyczy BPPV z lewego kanału półkolistego tylnego

Start. Pozycja siedząca. Pozycja siedząca, głowa skrzyżowana o 45° w lewą stronę.

1. Pacjent energicznie przechodzi do pozycji leżącej (105°) z głową lekko zwisającą poza krawędź leżanki. Pozostaje w niej 20-30 s
2. Pacjent skręca głowę o 90° w stronę prawą (w stronę ucha zdrowego). Pozostaje w niej 20-30 s
3. Pacjent skręca drugi raz głowę o 90° w stronę prawą (wymaga to skręcenia tułowia w stronę prawą). Pozostaje w niej 20-30 s
4. Pacjent siada na leżance.

Należy pamiętać, że zawroty głowy mogą się utrzymywać przez pierwsze 4-5 dni po zastosowaniu manewrów uwalniających i nie musi to świadczyć o braku ich skuteczności! Jeśli zawroty głowy utrzymują się lub powracają, może być konieczne ponowne wykonanie manewrów repozycyjnych. Po wykonaniu manewrów przeciwwskazane jest przyjmowanie pozycji krytycznej przez 48 godzin. Ponadto zaleca się unikanie leżenia na chorym uchu przez 7 dni.

W domu pacjenci mogą wykonywać ćwiczenia wg Branda-Daroffa. Polegają one na przeprowadzaniu szybkich zmian pozycji głowy i ciała w określonym przez terapeutę kierunku i rytmie. Ćwiczenia wykonuje się seriami 5-10 razy dziennie. W 7-10 dniu systematycznych ćwiczeń u większości pacjentów występuje poprawa.

Przykłady ćwiczeń można obejrzeć tutaj:

Literatura:

Spiegel R, Rust H, Baumann T, Friedrich H, Sutter R, Göldlin M, Rosin C, Müri R, Mantokoudis G, Bingisser R, Strupp M, Kalla R. Treatment of dizziness: an interdisciplinary update. Swiss Med Wkly. 2017 Dec 27;147:w14566

Józefowicz-Korczyńska M. Rehabilitacja zawrotów głowy i zaburzeń równowagi. Otolaryngologia, 2010 9(1): 7-12.

<https://www.brainandspine.org.uk/our-publications/our-fact-sheets/vestibular-rehabilitation-exercises/>

Jahn K, Kressig RW, Bridenbaugh SA, Brandt T, Schniepp R. Dizziness and Unstable Gait in Old Age: Etiology, Diagnosis and Treatment. Dtsch Arztebl Int. 2015;112(23):387-393. doi:10.3238/arztebl.2015.0387

Muncie HL, Sirmans SM, James E. Dizziness: Approach to Evaluation and Management. Am Fam Physician. 2017 Feb 1;95(3):154-162. PMID: 28145669.

Autor: lek. Mateusz Gasiński - specjalista otolaryngolog

Ostatnia aktualizacja

11/10/2022

Data opublikowania

11/10/2022

Author

e-jankowska

[Historia zmian](#)

Source URL: <https://www.5wszk.com.pl/strona/1173-fizjoterapia-w-zawrotach-glowy>