



I/1. A gerinc vizsgálata

A fejezet célja azon gerincbetegségek bemutatása, melyek a nyaki, háti, ágyéki, keresztcsonti, gáttáji fájdalmakban, mozgáskorlátozottságban, esetleges deformitásokban jelentkeznek.

I./1.1. Definíció

A gerinc testünk vázát alkotó, tengelyét képező, mobilis és mégis stabil mechanikai szerkezet. Az egymást követő, oszlopszerűen elhelyezkedő funkcionális egységek a sagitalis síkban a test statikáját, rugószerű működésével, a koponya rázkódásmentes alátámasztását szolgálja. Védi és hordozza a mellkasi- és hasi szerveket, valamint közvetett módon a

végtagokat. A gerincvelőt védve kapcsolatot tart fenn a neuronális szabályozáson keresztül a központi idegrendszer és a periféria között. Ennek megfelelően jelentkező tünetek, melyek sokszínűek lehetnek utalhatnak a megfelelő funkcionális egység betegségére.

I./1.2. Anamnézis

A vizsgálat első lépése a részletes anamnézis felvétele.

A **fájdalom** többnyire a beteg vezető tünete. Tisztázandó a fájdalom kialakulásának *ideje*, mely nem mindig esik egybe az orvoshoz való fordulás idejével. A fájdalmat *kiváltó ok*, az azt provokáló helyzet, mozgás, munka, életkörülmények ismerete látszólag nem szorosan kapcsolódik az anamnézis felvételhez, de mégis a beteg pszichoszociális helyzetének megbecslése segít a panaszok objektívebb értékelésében.

A **fájdalom jellege**. *Mozgással összefüggő fájdalom* általában degeneratív betegség, vagy jóindulatú kórképre utal. A *nyugalomban, vagy éjszaka* jelentkező panaszok daganat, vagy gyulladásos megbetegedést feltételeznek. Fontos tényező a fájdalom hely és kisugárzása. A gerinc szegmentális felépítéséből eredően a tünetek perifériás jelleggel is felléphetnek. Így a vizsgálónak nélkülözhetetlen a megfelelő neurológiai ismeretek és vizsgálóeljárások ismerete.

I./1.3. A gerinc vizsgálata

Már a beteg bejövetele, levetkőzése, majd a beteg *megjáratása* segít abban, hogy funkcionális helyzetben, egy kicsit elvonva a beteg figyelmét önmagáról megszerezzük az első benyomásunkat. Elsősorban teherviselő ízületi eltérések (végtag hosszkülönbség, ízületi fájdalom, vagy gyulladás jelenlétét is felismerhetjük), illetve az esetleges szuperpozíciókra utaló jelek is segítenek a későbbiek megítélésében.

Az előttünk álló beteg minden irányú megtekintésével információt nyerünk, a gerinc, illetve a test bármely aszimmetriájáról. A vállak és a medence vízszintes síkhoz való viszonyát is jegyezzük fel. Ferde medence (dőlés) esetén az alsóvégtagok hosszának meghatározása szükséges. Hosszkülönbség esetén funkcionális scoliosist találunk.



Nyaki gerinc vizsgálata:

A nyaki gerinc deformitásai viszonylag ritkák, *antalgiás tartás*, *torticollis*, *scoliosis*, valamint *Klippel-Feil szindróma* esetén rövidebb nyakat, és lenőtt hátsó hajvonalat találunk.

A fájdalom helyének meghatározásakor, az izomzat (paravertebralis, trapesius) tónusát, esetleg állagát, hőmérsékletét vizsgáljuk tapintással.

Kompressziós jellegű fájdalmak esetén, a fejtető lenyomásával, a csigolyák processus spinosusainak ütögetése jelentkező fájdalom az érintett szegmentum helyét mutatja meg.

A végtagokba kisugárzó fájdalom, esetleg érzéskiesés, paraesthesia gyöki tünetet igazol, mely pontos neurológiai vizsgálatot igényel (az adott szegmentum tisztázása, periferiás idegi tünetek, kéz finom mozgások vizsgálata mellett).

Háti gerinc vizsgálata:

A gerinc megtekintésekor a gerinc deformitás jellegének és helyének meghatározása a következő lépés. A sagitalis görbület pontos jellemzése, mellett az oldalirányú eltérések leírása következik.

Az oldalirányú scoliosis kompenzátságának meghatározása során a vertebra prominens (C7) processus spinosusa és a farpofák között egy a talajra merőleges egyenes húzható. Amennyiben ez nem egy egyenesbe esik a scoliosis dekompenzátságát találjuk.

Csigolya elváltozások másik jellegzetes tünete a bordapúp jelenléte, melyet csigolyarotatio okoz.



Legegyszerűbb vizsgálat a beteget álló helyzetéből csípőben 90 fokban előrehajlítjuk (hyperflexiós teszt). Pozitív esetben a csigolya rotatio következtében a scoliosis konvex oldalán a csigolyák processus transversusai a rotatio mértékének megfelelően a sagitalis síkba fordulnak, mindezt felerősítik a costotransversalis ízületekben szalagosan rögzült bordák (bordapúp). Ebben az esetben *strukturális scoliosisról* beszélünk.

Funkcionális scoliosis esetén a hyperflexiós vizsgálat során nem találunk felső test aszimmetriát.

Strukturális gerinc deformitások állapot jellemzője a gerinc mobilitása:

Mindkét oldalra történő hajlítás (bending-teszt) során láthatóvá válik a mozgástartományban való eltérés, a gerinc tengelyében való húzással is jellemezhető a gerinc merevsége vagy mobilis volta.

A háton hasonlóan, mint a nyaki szakasznál itt is megtapintva az izomzatot nyomásérzékenységet, fájdalmat, izomspasmust, körülírt, nyomásérzékeny *myogelosisos* csomókat tapinthatunk.

A vállakat lefelé nyomva, sarkra zökkenés, a processus spinosusok ütögetése is fájdalmat provokálhat a megfelelő szegmentumot megjelölve.

A háti gerinc mozgásait jellemezhetjük:

A törzs előrehajlásakor a C7 és Th12 csigolyák processus spinosusainak távolságával- *Güntz-jel* – normál esetben 4-6 cm.

A háti kyphosisának mobilitásának vizsgálatával- az előre hajolt testhelyzetből a hát homorítását nézzük (normálisan a háti kyphosis eltűnik).

Costovertebralis ízületek vizsgálata, melyet a mellkas tágulásával tudjuk kifejezni. A mellbimbó vonalában megmért körfogat növekedés (belégzés alatt) normál esetben 7-8 cm, vagy annál nagyobb.



Ágyéki gerinc vizsgálata:

Hasonlóan a fenti két szakaszhoz itt is a deformitások, mozgáskorlátozottság, a fájdalom jellege mellett, a lokális és kisugárzó fájdalmak meghatározása a legfontosabb.

A lumbalis szakasz gerincünk legmozgékonyabb része.

Az **ágyéki gerinc flexio** mértékének meghatározása referencia pontokhoz mért távolságok leírásával (kézuji-talaj esetleg – bokák, térdekhez vonatkoztatott távolságok).

Schober-jel vizsgálata során az S1 csigolyától mért 10 cm-es távolság növekedését mérjük a gerinc előre hajlásánál, mely normálisan 5 cm felett van. Az **lateralis irányú mozgások** esetén 20-20 fok tartható normálisnak. Az oldalra hajlást a combon vezetett kézuji végének kiinduló pont és végponton való leméréseivel is jellemezhetjük.

Rotációs mozgás az ágyéki szakaszon 10-10 fok terjedelmű. Az 11 csigolyától lefelé két csigolya közötti rotatio 1-2 fok között fiziológiás. A rotatio fokozódása, rotatio instabilitást eredményez, mely az érintett csigolyák degeneratív megbetegedésének fontos jele.

A **sacro-iliacalis ízületek**, mivel feszes ízületek, passzív elmozdulással vizsgálhatók, mely, ha fájdalmat provokál az ízületben fennálló izgalmi állapotra utalnak. Ez történhet:

A crista ileik két irányból való összenyomásával.

A sacroiliacalis Mennel-tünet a hason fekvő beteg csípőjének hyperextenziójával váltható ki (az egyik kezünkkel megtámasztott keresztcsont mellett a comb aláhelyezett másik kezünkkel megemeljük az alsóvégtagot, ezzel kisebb elmozdulást provokálunk a sacroiliacalis ízületben).

Lumbosacralis Mennel-tünet az ágyéki gerinc, elsősorban a lumbosacralis átmenet irritációjára, degeneratív elváltozásaira utal.

Ilyenkor a hason fekvő beteg ágyéki gerincét rögzítjük az egyik kezünkkel, majd a másik kezünket az alsóvégtagok aláhelyezve a végtagokat és a medencét dorsalis irányba húzzuk, mely pozitív esetben fájdalommal jár, az elváltozás helyét megjelölve

A **lumbalis gerinc vizsgálatánál** az alsóvégtagi ízületek és alap neurológiai vizsgálatok is hozzátartoznak (reflex vizsgálat, nyújtási próbák).