

*Pacientů s bolestmi
v zádech stále přibývá*

Diagnóza bolest zad – problém dnešní doby

Bolesti v zádech jsou v dnešní době fenoménem tak častým, že odborníci hovoří dokonce o epidemii. Čísla z demografických studií jsou varovná: bolestmi zad trpí až 80 procent populace, a to včetně školních dětí. Tato diagnóza je jednou z nejobvyklejších příčin pracovní neschopnosti v produktivním věku. Hlavně syndrom bolesti dolních zad (bederní části), také nazývaný low back pain (LBP), již přerůstá do sféry sociální a ekonomické.

Jen ve Velké Británii se například v posledních deseti letech pětkrát zvýšil počet pacientů, kteří přišli k ambulantnímu ošetření s těmito potížemi. Výplaty jejich nemocenských dávek narostly dvojnásobně.

Co je ale příčinou vzrůstajícího počtu lidí s různými lékařskými diagnózami, charakterizujícími bolesti v zádech? „V této souvislosti moderní, zvláště angloamerické studie hovoří o tak zvané ‚cultural shift‘ – změně kulturního klimatu, kdy lidé na běžnou denní zátěž a určitý pohybový dyskomfort reagují protipólem – tedy inaktivitou či hypokinezi. Existují dokonce i termíny jako ‚computer spine‘, vykreslující to, že místo častých a pro páteř zdravých změn poloh prosedíme celé hodiny u počítače a o ‚drobnosti‘, jako jsou nastavení výšky monitoru, opěrka předloktí u židle a podobně, se příliš nestaráme,“ konstatuje Kamila Honsová, fyzioterapeutka z Kliniky rehabilitace Fakultní nemocnice v Praze – Motole.

Zjednodušeně řečeno – podle ní i dalších odborníků – v důsledku sedavého zaměstnání nejenže přicházíme o přirozený pohyb, ale vynecháváme ho i ve svém volném čase, kdy by mohl mít pro naši páteř velký kompenzační význam. „Faktem je, že mnoho lidí nad třicet let věku není zvyklých relaxovat pohybem a udržovat si tak nejen fyzickou kondici, ale i dobrý svalový ‚korzet‘ stabilizující páteř. Navíc pokud se již bolest v zádech objeví, mnoho z nich reaguje tím, že se o to víc fyzicky ‚šetří‘, tedy vyhýbá zdravým formám pohybu. Snad nejhorší variantou je pak kombinace neřešených potíží s dlouhodobým užíváním analgetik,“ uvádí Kamila Honsová.

Různé příčiny, příznaky, diagnózy

Také četné vědecké studie, provedené ve Spojených státech amerických za posledních dvanáct let, ukazují rapidní nárůst počtu indikací různých typů analgetické léčby i specifických vy-

šetření u bolestí zad. Například u dnes už zcela rutinní vyšetřovací metody magnetické rezonance o celých 307 procent.

Řada autorů upozorňuje na sporné body v otázce diagnostiky bolestí zad a následné léčby, na to, že pacient je mnohdy opakovaně a nákladně vyšetřován. Ve skutečnosti však neexistuje úplně přímý vztah mezi tím, jaký má pacient strukturální nález na páteři (průkaz degenerativních změn apod.), a jak se cítí. V mnoha případech se totiž pomocí zobrazovací metody strukturální nález prokáže (a někdy dokonce značný), ale daný pacient nemusí mít vůbec potíže. V klinických studiích byli například testováni dobrovolníci, kteří si nestěžovali na bolest dolní části zad (lumbalgie), a přesto u nich vyšetření pomocí CT (počítačová tomografie) odhalilo strukturální změny na páteři. Ukazuje se, že existují zcela asymptomatické výhřezy disků (podobně i v případě dalších změn na páteři – spondylolistéza, zúžení páteřního

Nejdůležitější příčiny bolestí zad:

- poranění muskuloligamentózního aparátu
- protruze a výhřez meziobratlové ploténky
- degenerativní změny v meziobratlových ploténkách a facetových kloubech
- spinální stenóza
- uskřínutí nervu v kořenovém kanále (při kostěné apozici nebo kalcifikaci ligamenta)
- spinální a paraspínální infekce
- anatomické anomálie (spondylolistéza, přechodné obratle apod.)
- systémová onemocnění (primární nebo metastatické tumory, infekční onemocnění páteře, osteoporóza, ankylozující spondylitida)
- viscerální onemocnění

zdroj: Kolář P., Lewit K., 2005

Lidé bohužel nejsou *zvyklí relaxovat*

Prevence bolestí zad:

- **pravidelná pohybová aktivita** například střídání aerobního tréninku a mírného posilování, plavání, u sportů s jednostranným zatížením jako například tenis, golf je nutné připojit kompenzační cvičení
- **hmotnost odpovídající BMI v normálním rozpětí** (body mass index) = hmotnost v kg/výška v m², obecně hovoříme o nadváze od BMI většího než 25
- **dobré pohybové stereotypy** správný sed, zvedání předmětů, ergonomická úprava pracovního prostředí, ale i dobrý polštář na spaní apod. – úprava dle tzv. školy zad, fyzioterapie
- **schopnost relaxace, omezení stresových faktorů**
- **automobilizační cvičení páteře** (zvýšení flexibility pohybových segmentů)
- **jóga, pilates, tai-či a jiná cvičení cílená na uvědomování si vlastního těla**
- **odstranění svalových dysbalancí a bloků** fyzioterapie: specifické techniky – aktivace hlubokého stabilizačního systému páteře, dechová cvičení, mobilizace kloubů páteře, postizometrická relaxace svalů v hypertonu, Vojtova reflexní lokomoce, senzomotorická stimulace, McKenzie koncept a další

Zdroj: Ambulance fyzioterapie, Melánie Feketeová, Praha 4

kanálu – spinální stenóza). A naopak někdy jen minimální strukturální nález může způsobit vleklé potíže a bolest. Čím to je?

Tajemství psychiky a lidského těla

Páteř (a lidské tělo vůbec) má jisté adaptační možnosti – určité změně a asymetrii se může přizpůsobit, ovšem velmi in-

Meziobratlová ploténka – rizikové místo

Degenerativní onemocnění meziobratlových plotének, zahrnované pod pojem diskopatie, má celou řadu příčin. Vliv mají aterosklerotické změny artérií podél páteře, poruchy výživy struktur ploténky, hormonální i genetické faktory. „Nejčastější příčinou jsou ale funkční změny pohybového aparátu, kdy vzniká určitý nevýhodný tah svalů a vazů při chybném zatěžování páteře. Už samotné dlouhotrvající napětí těchto struktur může vyvolávat bolest,“ uvádí Kamila Honsová.

Je také známo, že přes 60 procent výhřezů disků je lokalizováno v oblasti bederní páteře (dále pak v oblasti krční). Tento úsek páteře sestává z pěti obratlů spolu s tzv. lumbosakrálním přechodem – neboli napojením bederní páteře na křížovou kost – bývá také hodnocen jako nejpřetěžovanější úsek páteře. Tlak na meziobratlovou ploténku se dramaticky zvyšuje zejména při flekčních polohách, tj. ohýbání trupu, ale i při sedu s kulatými zády a podobně, kdy je jádro ploténky – nucleus – vytlačováno vzad. Maximum zátěže dolní části bederní páteře je při rychlém zvedání, například nějakého břemene, z předklonu. Bederní páteř dohromady s tzv. pánevním kruhem (kosti pánevní) také tvoří funkční spojení, přes které je přenášena zátěž trupu a naopak musí tlumit nárazy, vznikající například při chůzi.

I jen na podkladě těchto znalostí páteřní biomechaniky tedy není divu, že vůbec nejčastěji lidé do ordinace lékařů přicházejí s bolestí dolní části zad (zmiňovaný low back pain), která je dnes už charakterizovaná jako celý syndrom. Právě tyto potíže mohou často přecházet do chronického, tedy opakujícího se stavu, kdy se i po mnoho let může střídát stadium relativního klidu a opětovného propuknutí bolestí. I kvůli narůstající ekonomické náročnosti léčby se proto dnešní medicína snaží pojmenovat faktory, které za dlouhodobými bolestmi zad stojí.

Od funkčních změn k degenerativním

Na podkladě funkčních změn se následně rozvíjejí změny závažnější – degenerativní neboli strukturální. Patří sem různé stupně poškození meziobratlových destiček, artrotické změny na kloubech páteře a podobně, které mohou vést až k obrazu tzv. radikulárního syndromu. Zde už patologicky změněná meziobratlová ploténka či její fragmenty putující páteřním kanálem mohou utiskovat míšní nerv vycházející z daného segmentu páteře. To je i laické veřejnosti dobře známý pojem – výhřez ploténky. Tento stav vyvolává typickou radikulární (kořenovou) bolest a další příznaky, jako je změněná citlivost v určitém přesně vymezeném rozsahu či snížení síly daných svalových skupin. Například u kořenového syndromu L5 (označení pro segment bederní páteře) může pacient pociťovat bolest či změněnou cit-

pohybem a udržovat si tak fyzickou kondici

livost na zevní straně stehna a lýtky až vpředu po nártu k 1.–3. prstu u nohy. Jsou oslabeny i drobné svaly nohy, a proto dělá potíže chůze po patách a podobně.

U postižení nižšího míšního kořene je zase distribuce příznaků typicky po zadní straně hýždí, stehna a lýtky až do plosky nohy – po její zevní straně. Postižení ohybačů nohy má za následek, že se pacient jen špatně postaví na špičku nohy, což ovlivní odraz nohy při chůzi. Také z důvodu bolesti bývá postižená dolní končetina při chůzi méně zatěžována, pacient ji šetří. To vede dlouhodoběji ke změnám v pohybových stereotypech a ty často přetrvávají, i když už bolest není akutní. Právě v akutním stadiu je na místě tlumení bolesti, nezbytností bývá podrobné vyšetření u odborného lékaře – neurologa či specialisty FBLR (rehabilitačního lékaře), potvrzení nálezu na páteři pomocí zobrazovacích metod (hlavně magnetické rezonance, CT). Po překonání akutního bolestivého stavu a nezbytného období klidu může v mnohém pomoci právě cílená rehabilitace.

Možnosti fyzioterapie

Fyzioterapie je složkou komplexní rehabilitace, jako obor je sice zaměřena primárně na odstranění funkčních poruch,

ale roli hraje i v sekundární prevenci, tedy u závažnějších bolestivých stavů a v případě už zjištěných strukturálních nálezů na páteři (typicky už zmíněný výhřez meziobratlového disku). Moderní terapie u vertebrogenních pacientů se zaměřuje na poruchy tzv. hlubokého stabilizačního systému páteře, který je pro držení i pohyb jednotlivých segmentů páteře klíčový. Jde hlavně o hluboké svaly podél páteře, rozepjaté v několika vrstvách podél obratlových těl, kam patří i hluboké svaly krční, břišní svalstvo, bránice ve své posturální funkci a svaly pánevního dna. „I když nemáme anatomii lidského těla zrovna v malíčku, můžeme si tento systém zapojující se do držení těla představit jako spolupracující, sebraný tým,“ popisuje podstatu problému fyzioterapeutka Honsová. Jeho činností se totiž vytváří určitý vnitřní tlak (vnitřní stabilizace), nutný k tomu, aby páteřní segmenty pracovaly v co nejnvýhodnějším postavení. Pokud však jedna část systému nefunguje (častěji je z funkce vyřazen prakticky jako celek), musí jeho funkci převzít jiné svaly, povrchovější. To už je pro páteř nevýhodné a problém se může akcentovat při větší zátěži (typicky bolest dolní části zad po prudším pohybu, předklonech, nebo naopak déletrvající zátěži v jedné opakované pozici – tou je i špatný sed s kyfózou v bederní oblasti).

Situace je o to složitější, že stabilizační funkce svalů je v podstatě řízena podvědomě, tyto hluboké svaly nelze posilovat, a naopak – pokud například přímé břišní svaly posilujeme (při běžném cvičení typu sedy-lehy), můžeme paradoxně pracovat proti stabilizaci. Funkce hlubokého stabilizačního systému páteře je také úzce spojena s dýcháním, respektive naším dechovým stereotypem. „My se snažíme pacienty učit takzvané brániční dýchání, snažíme se, aby si uvědomovali lépe svoje tělo a odbourali špatné pohybové návyky. K aktivaci hlubokého stabilizačního systému používáme hlavně určité polohy a cvičení vycházející z motorického vývoje dítěte a také reflexní terapii,“ přibližuje možnosti rehabilitace Mgr. Honsová.

Také tým terapeutů pod vedením docenta Pavla Koláře, předního českého fyzioterapeuta, dlouhodobě tuto metodu používá. Často se přitom rozhoduje právě o tom, zda pacient podstoupí další analgetickou léčbu (například obstrukci v místě nervového kořene), půjde na složitý spondylochirurgický zákrok, nebo jeho bolesti ustoupí a stav se zlepší po „běžné“ rehabilitaci a farmakoterapii, tedy bude léčen konzervativně. Řada lidí přitom význam fyzioterapie a pohybové aktivity podceňuje a domnívá se, že jejich problém zcela vyřeší právě operace. „Pokud se nejedná o jednoznačně nutnou indikaci, každému bych spíše doporučila starat se o své tělo,“ uzavírá terapeutka.

Každý by si měl uvědomit, že u „klasické“ bolesti zad, která má příčinu v pohybovém systému, návštěva lékaře ani spolknutí prášku na bolest nestačí. K prevenci těchto potíží je lepší žít aktivně, poznat možnosti svého těla a věnovat sami sobě trochu času navíc při cvičení. ■



Ilustrace: Dreamstime