

Bolesti zad jsou jednou z mála životních jistot.

MUDr. Jan Hnízdil
Lékařské listy © 2000

Bolesti zad, mající svůj původ v oblasti páteře, jsou celosvětově považovány za jeden z nejzávažnějších medicínských, ekonomických a sociálních problémů. S tímto typem bolesti se během svého života setká téměř 85 procent veškeré populace. Podle údajů z USA vedou bolesti zad bezkonkurenčně v pořadí příčin pracovní neschopnosti osob mladších 45 let, zaujímají druhé místo v hodnocení příčin návštěvy lékaře, jsou pátým nejčastějším důvodem hospitalizace a čtvrtou nejčastější příčinou chirurgických zákroků. Roční náklady na léčbu a pracovní neschopnost těchto pacientů dosahují padesáti miliard dolarů.

Neméně znepokojivá je však i situace v ČR. Podle údajů, vydaných Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR, byly v roce 1997 nemoci pohybového aparátu na druhém místě v příčinách pracovní neschopnosti (13,88 %), za nemocemi dýchacího ústrojí (48,4 %) a před poraněními a otravami (10,76 %). Právě bolesti zad se ve skupině těchto onemocnění postaraly nejen o nejvyšší počet prostonaných dní (z více než 580 tisíc jich měly na svědomí 360 tisíc), ale i o nejdelší dobu trvání pracovní neschopnosti. Od roku 1970 se u nás zvýšil počet těchto případů o polovinu a průměrná doba trvání pracovní neschopnosti se prodloužila o 74 procent. Tyto statistické údaje tak naléhavě nutí k zamyšlení nad příčinami, způsoby léčby a prevence bolesti zad a k přehodnocení celé řady dosud rutinních diagnostických a terapeutických postupů.

DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA BOLESTÍ ZAD

Naprostá většina bolesti zad má svůj původ v dočasné funkční poruše krční či bederní páteře, tedy oblastí, které jsou z mechanického hlediska nejméně namáhány. V ambulantní praxi bývá tento stav obvykle označován jako syndrom cervikokraniální, cervikobrachiální, lumbosakrální, sakroiliakální, či všeobjímající vertebrogenní algický syndrom. Tyto velice časté diagnózy však pouze informují o existenci bolesti a její lokalizaci, nikoliv ale o příčině jejího vzniku.

Dříve než označíme bolest za čistě vertebrogenní, je nezbytné vyloučit některá závažná onemocnění, která mohou být bolestí zad též provázána. Jedná se především o některé choroby neurologické, infekční a cévní, do oblasti zad se mohou promítat i bolesti vyvolané chorobami srdce, plic a celé řady viscerálních orgánů. Zřejmě nejvyšší vztah mezi bolestí zad a viscerální poruchou a naopak byl zaznamenán u afekcí gynekologických. Velmi podobné vztahy panují i mezi ICHS a poruchami v oblasti hrudní páteře.

Z vlastních vertebrogenních příčin bolesti zad je nutné zmínit choroby s jasně vymezeným patologicko-anatomickým substrátem, jakými jsou spondylóza a spondylartróza, tedy degenerativní změny meziobratlových plotének s následným zúžením meziobratlového prostoru, tvorbou osteofytů na okrajích obratlových těl a artrózou, postihující chrupavky meziobratlových kloubů.

V diferenciální diagnostice nelze opomenout spondylartritidy, především ankylozující spondylitis (Bechtěrevova choroba), zánětlivá onemocnění páteře různé etiologie, vrozené vývojové vady, traumata a nádorové procesy, v této lokalizaci spíše metastatické než primární. Bolesti zad pak mohou být čistě svalové (fibrozitidy), též osteoporóza obratlů může být příčinou bolesti, zejména je-li provázána kompresivní frakturou.

Zvýšenou pozornost pak vyžadují **bolesti provázející výhřez meziobratlové ploténky** s následnou iritací příslušného nervového kořene a odpovídající klinickou symptomatologií. Povzbudivým zjištěním nepochybně je, že bolesti zad, způsobené některou z uvedených vážných příčin, jsou relativně vzácné, lze je podrobnou anamnézou a pečlivým klinickým vyšetřením poměrně snadno vyloučit, a to i bez použití nákladných a pacienty zatěžujících diagnostických metod. Teprve v případě důvodného podezření na organický původ obtíží (kořenové dráždění, metastázy, traumata, infarkt myokardu) je racionální věst diferenciálně diagnostické úsilí i tímto směrem. Téměř 98 procent bolesti zad má totiž svůj původ v dočasné funkční poruše pohybového aparátu, týkající se svalů, vazů, kloubů a meziobratlových plotének, při které bývá morfologický substrát zcela diskrétní a převážná většina pacientů se jeho odhalení standardními diagnostickými metodami nikdy nedočká.

V ETIOLOGII BOLESTÍ ZAD DOMINUJÍ PSYCHOSOMATICKÉ FAKTORY

Za naprostou většinou tzv. vertebrogenních algických syndromů se skrývají funkční poruchy pohybového aparátu. Příčinou těchto poruch bývá zpravidla přetížení způsobené náročnou či stereotypní fyzickou zátěží, vadným držením těla, či nevhodným pohybovým stereotypem. Tento typ přetížení bývá provázen obrazem typické svalové nerovnováhy, při které dochází ke zvýšenému zatížení a zkrácení zádových svalů a flexorů kyčle na straně jedné a k útlumu či ochabnutí svalů stěny břišní a svalů hýžděvých na straně druhé. Zkrácené i ochablé svaly mohou být bolestivé.

Typickou lokalizací bolestivých bodů **bývají trnové výběžky bederních obratlů a zadní horní spiny.** Tento typ svalové nerovnováhy vyvolává zvětšenou bederní lordózu a tzv. Baastrupův fenomén, tedy osteochondrózu trnových výběžků.

Téměř identický obraz svalové nerovnováhy jako v oblasti křížové velmi často nalézáme i **v segmentu krční páteře,** kde dochází ke zkratu sestupné části m. trapezius, m. levator scapulae a m. sternocleidomastoideus, ochablé bývají naopak hluboké flexory šíje a dolní fixátory lopatek. V důsledku této svalové dysbalance dochází k výrazné změně statiky i dynamiky krční páteře, provázené předsunutým držením hlavy a zvětšenou krční

lordózou. Zmíněné typy svalové nerovnováhy bývají téměř stereotypně zjišťovány u pacientů obezních, s nedostatkem vhodné pohybové aktivity a sedavým způsobem zaměstnání.

Zřejmě nejvýznamnější úlohu v etiologii bolestí zad však zaujímají **psychické poruchy provázené emoční tenzí**. Tyto poruchy totiž prostřednictvím limbického systému vyvolávají zvýšení svalového tonu, který pak významnou měrou přispívá ke vzniku a trvání bolestí zad. Především negativní emoce se mohou tímto způsobem projevit klinickými příznaky na pohybovém aparátu. Podle J. E. Sarna z Ruskova Institutu rehabilitační medicíny Univerzity v New Yorku jsou neřešené problémy příčinou napětí, které se projevuje fyzickou bolestí. Sarno soudí, že bolest zad se pro pacienty často stává únikovou cestou od nutnosti řešit složité životní situace a doporučuje v takových případech konzultaci psychologa či psychosomatika. **Souvislost mezi psychickými vlivy a bolestí zad potvrzuje celá řada vesměs zahraničních studií.** Těmito vlivy jsou nejčastěji úzkost, deprese, problémy v rodině, zaměstnání, sexu, či obtížné vyrovnávání se s fyziologickým procesem stárnutí.

Srovnávací studii 200 pacientů trpících chronickou bolestí zad a současně sledovaných z důvodů probíhajících dlouhotrvajících psychických obtíží publikoval Polatin a kol. v roce 1993 v prestižním časopise Spine. Ze závěrů studie vyplynulo, že téměř 77 procent pacientů s chronickou bolestí zad trpělo celoživotně některým z psychiatrických příznaků. Zjištěná incidence byla významně vyšší než její výskyt v populaci obecně. Polatin soudí, že zneužívání léků a úzkost bolesti zad obvykle předchází, zatímco deprese může tento typ obtíží jak předcházet, tak i následovat. **Ve světle zmíněných poznatků je proto nutné zásadním způsobem přehodnotit přístup k diagnostice i terapii bolestí zad. Ačkoliv jsou totiž v převažující většině funkční etiologie, s dominující psychosomatickou složkou, bývají zpravidla léčeny rutinním způsobem, o jehož účelnosti lze s úspěchem pochybovat.**

RITUÁLY V DIAGNOSTICE A TERAPII BOLESTÍ ZAD

Vyloučení několika závažných a v podstatě výjimečných příčin bolestí zad nebývá z medicínského hlediska příliš obtížné, jasně definovaná je i následná kauzální léčba. Mnohem větší problém však představuje obrovské množství pacientů, u nichž objektivní nález není výrazný a netrpí ani jiným zřejmým onemocněním, které by jejich obtíže vysvětlovalo.

Prvním krokem takového pacienta bývá obvykle návštěva praktického lékaře, který po provedení základního vyšetření a pravidelné ordinaci "brufenu s mydocalmem", odesílá trpícího, vybaveného již nezřídkou pracovní neschopností, na oddělení ortopedie. Zde je podrobně hodnocen pohybový aparát, doplněno RTG lebky a páteře, častým terapeutickým zákrokem bývá obstřík bolestivého bodu či nervového kořene směsí anestetika a kortikoidu. Další zastávkou pacienta v jeho putování po zdravotnických zařízeních se stává ambulance neurologie. Zde bývá doplněno vyšetření elektroencefalografické či elektromyografické, vzácností pak není ani vyšetření počítačovou tomografií či nukleární magnetickou rezonancí. S diagnózou některého ze zmíněných vertebrogenních algických syndromů končíva obvykle pacient svoji složitou pouť na oddělení rehabilitace. Zde je tradičně diagnostikován funkční kloubní blok páteře, pacient je podroben manipulacím, masáží a různým fyzikálními procedurám, to vše pod trvalou clonou myorelaxancií a vysoce účinných antirevmatik. Vyvrcholením tohoto léčebného rituálu může být v některých případech i odeslání pacienta na několikátý denní komplexní lázeňskou léčbu.

V podstatě banální, psychosomaticky podmíněná porucha pohybového aparátu tak zásluhou celé řady lékařů přerůstá v oblundný proces, který lze jen stěží označit za léčebný. Ten, kromě nezanedbatelných částek vynaložených na zbytečná vyšetření a léčebné zákroky, vede i ke zjevnému poškozování samotného pacienta. Z víceméně zdravého člověka se postupně stává skutečný pacient, kterého série provedených vyšetření a odesílání k dalším specialistům utvrzují v přesvědčení, že je vážně nemocen. Pro něj zcela nesrozumitelné diagnózy vertebrogenních algických syndromů jej neurotizují, vžívá se do situace člověka, který musí být z důvodů vážné choroby intenzivně léčen. RTG nález naprosto běžných degenerativních změn, který mu lékař sdělí bez bližšího vysvětlení, jeho "prožívání choroby" ještě prohlubuje.

obřadní FARMAKOTERAPIE V PRAXI, ANEB LÉK HORŠÍ NEŽ CHOROBA

V popsaném diagnostickém a léčebném postupu tak lze bez většího úsilí vysledovat celou řadu naprosto iracionálních kroků. Zpravidla pouhé sdělení pacienta o existenci bolesti zad bývá totiž pro praktického lékaře dostatečným argumentem ordinování kombinace myorelaxancia a nesteroidního antirevmatika (NSA) v domněnání, že odstraněním lokálního svalového spasmu, který bolesti zad zpravidla provází, se stav rychleji upraví. Jedná se však o domněnku hluboce mylnou, praxe totiž ukazuje, že **většina spasmů je naopak velice účelných, znehybňují totiž postižený segment páteře, a fungují tak jako určitá imobilizační dlahy.** Úporná snaha o odstranění takového spasmu proto paradoxně navozuje spíše prohloubení dysbalance svalového tonu a nevede, především u ambulantních pacientů, kteří zpravidla pokračují ve fyzické aktivitě, k požadovanému efektu. Představa, že myorelaxans působí výlučně na postižený segment, je naprosto scestná, lék totiž ovlivňuje prakticky rovnoměrně celý systém kosterní svaloviny, a může tak u svědomitého pacienta, který využívá všechna ordinovaná balení léku, vést k poměrně velmi rychlé devastaci svalového korzetu.

Obdobný stav panuje i v ordinování NSA, určených pro zcela jiná onemocnění, než jsou bolesti zad funkčního charakteru. Zbytečně ordinovaná NSA, jejichž konzumaci pacient velmi rychle a ochotně přivyká, jej jednak utvrzují v přesvědčení o závažnosti vlastní choroby, postupem času mu však svými nežádoucími účinky začínají působit řadu obtíží, nutících jej vyhledat další lékaře. Díky lehkovážnému přístupu k ordinování tohoto typu léků a snadnému návyku pacientů k jejich konzumaci **nabývá užívání NSA celosvětově charakteru skryté epidemie,**

jejíž důsledky lze jen stěží odhadnout.

Podle sdělení lékařů Bostonské univerzity, publikovaného v roce 1998 v New England Journal of Medicine, způsobuje totiž například ibuprofen, ale zejména aspirin, poškození zažívacího traktu, na které ročně ve Spojených státech amerických umírá 17 tisíc osob, což je stejný počet lidí, které v témže časovém období usmrtí AIDS.

Neměně znepokojující je ale i situace v České republice. Ze statistických údajů vyplývá, že je u nás denně hospitalizováno 25 pacientů z důvodu krvácení do zažívacího traktu, 10 z nich pak v přímé souvislosti s léčbou NSA. Náklady na léčbu nežádoucích účinků léků jsou v těchto případech 1,5krát až dvakrát vyšší, než náklady na celkovou léčbu vlastní choroby pohybového aparátu.

Navzdory těmto alarmujícím údajům spotřeba perorálních NSA stále stoupá. V prvních třech čtvrtletích roku 1999 jen Všeobecná zdravotní pojišťovna vynaložila na úhradu léků, jejichž účinnou látkou je ibuprofen, 130,9 miliónu Kč, a zaznamenala tak oproti stejnému období předchozího roku nárůst o 22 miliónů Kč. Náklady na ibuprofen stouply v uvedeném období o 10 miliónů, přičemž tyto údaje nezahrnují náklady ostatních zdravotních pojišťoven, ani spotřebu NSA přímo hrazených pacienty. Současný stav je bohužel takový, že i sám pacient nákladná a z terapeutického hlediska neúčelná NSA či myorelaxancia aktivně vyžaduje a v případě, je-li mu tato medikace buď zcela odepřena, nebo doporučen "pouhý" paralen, který je v rozumné dávce v takovém případě mnohem přijatelnější, považuje to za nedoceníení svojí choroby a nechotu lékaře.

DIAGNOSTICKÉ ZOBRAZOVACÍ METODY, JEJICH MOŽNOSTI A RIZIKA

Podobně neradostný stav jako ve farmakoterapii bolestí zad však panuje i v otázce indikace a interpretace diagnostických zobrazovacích metod. V naprosté většině případů totiž nelze ztotožňovat morfologické změny na páteři s příčinou obtíží, řada pacientů, u nichž je tento náález výrazný, totiž bolestmi zad vůbec netrpí až do chvíle, kdy je tento stav RTG vyšetřením odhalen. Deset let probíhající švédský výzkum zřetelně prokázal, že **u dospělých starších padesát let může RTG jen velmi málo přispět k diagnostické hodnotě vyšetření.** Neočekávaný a pro léčbu významný náález se vyskytl jen u jednoho z 2500 RTG vyšetřovaných pacientů.

Scott D. Boden z University G. Washingtona publikoval v roce 1990 závěry studie, při které vyšetřoval 67 pacientů, kteří nikdy ne- trpěli bolestí v kříži ani bolestí dolních končetin vertebrogenního charakteru. Ve věkové skupině pacientů mladších 60 let vyšetření pomocí NMR odhalilo u 20 procent zřejmý výhřez meziobratlové plotny, u 50 procent pak její vyklenutí (bulging), které představuje též jednu z možných příčin bolestí zad. Ve věkové skupině pacientů starších 60 let byl výhřez plotny odhalen u 30 procent vyšetřovaných, téměř 80 procent mělo bulbing plotny a každý vykazoval určitý stupeň degenerativních změn, provázejících stárnutí organismu. **Z těchto údajů tedy jasně vyplývá, že náález výhřezu plotny či degenerativních změn v obraze některé z diagnostických metod svědčí pouze o existenci těchto změn, což samo o sobě, bez odpovídajících klinických příznaků, nemá prakticky žádný diagnostický či terapeutický význam.**

Informování pacienta o pokročilých degenerativních změnách, spondylartróze, osteochondróze, či diskopatii je proto zcela zbytečné, pokud není hodnoceno komplexně a pacientovi srozumitelně vysvětleno. **U naprosté většiny pacientů s bolestí zad navíc RTG vyšetření ani provedeno být nemusí, obvyklý náález degenerativních změn je totiž pro další léčbu v podstatě bezvýznamný.**

Námítka, že i za banální bolestí zad se může skrývat fraktura obratle či metastáza tumoru, je jistě správná, není však myslitelné jí ospravedlňovat RTG vyšetření každého pacienta. Na metastázu tumoru či frakturu obratle lze usuzovat z pečlivé anamnézy a celkových klinických příznaků, a RTG, CT, či NMR by proto neměly být vyšetřením první volby. Kromě zbytečné psychické traumatizace hovoří proti paušálnímu RTG či CT vyšetřování každého pacienta s bolestí zad i nezanedbatelné nežádoucí účinky, spojené se zvýšenou radiační zátěží organismu.

FYZIKÁLNÍ TERAPIE K BOLESTEM ZAD NEODMYSLITELNĚ PATŘÍ

Tradiční pokračování léčebných rituálů bolestí zad představuje ale zejména aplikace prostředků fyzikální terapie, především ultrazvuku, interferenčních a diadynamických proudů, magnetoterapie, pulzní signální terapie, či laserterapie. Tento typ léčby si v průběhu let vydobyl tak dominantní postavení, že mezi většinou lékařů i pacientů panuje přesvědčení, že fyzikální terapie k léčbě bolestí zad neodmyslitelně patří. Tuto skutečnost nelze omluvit neznalostí reálných možností fyzikální terapie, a tak jediným vysvětlením je snaha lékařů o zdůraznění vlastní nepostradatelnosti a poskytování léčebné péče doslova za každou cenu. I pacientům ovšem tento způsob vyhovuje, nabývají totiž přesvědčení, že jejich zdravotní stav byl správně zhodnocen a že jsou konečně odpovídajícím způsobem léčeni. Nákladné moderní přístroje pro aplikaci fyzikální terapie, které je obklopují, vytvářejí iluzi dokonale technicky vybaveného pracoviště, která již sama o sobě má blahodárny vliv na jejich zdravotní stav. **Efekt fyzikální terapie u poruch pohybového aparátu přitom dosud nebyl v plném rozsahu přesvědčivě vědecky prokázán.** Studie publikovaná v roce 1997 v München. Med. Wochenschr. použití fyzikální terapie při léčbě afekcí měkkých tkání pohybového aparátu dokonce zásadním způsobem zpochybňuje. S konečnou platností byla prokázána neúčinnost v šesti studiích zkoumajících účinek léčby ultrazvukem. Neustále narůstá i počet vědeckých sdělení, upozorňujících na skutečnost, že elektroléčebné procedury, založené na kožní nervové stimulaci (TENS), diadynamické, či interferenční proudy, mají při léčbě bolestí zad jen velmi omezený reflexní efekt. **Ještě větší skepse panuje v názorech na účinky módní magnetoterapie, pulzní signální terapie a laserterapie, kterým lze podle aktuálních vědeckých poznatků přisoudit výhradně efekt placeba.** Přesto ale nelze očekávat, že by výsledky těchto výzkumů dokázaly něco změnit na pevné pozici fyzikální terapie při léčbě kloubních a vertebrogenních obtíží. Představy někdy až rituálních aktů s těmito metodami spojených jsou totiž pro mnohé lékaře i pacienty nesmírně přitažlivé a jsou pravděpodobně odrazem jisté touhy po mystice v medicíně, která současně období provází. Uklidněním proto může být jen skutečnost, že **fyzikální terapie, na**

Článek, který mne zaujal

rozdíl od iracionální farmakoterapie, pacienta pokud neléčí, tedy alespoň nijak výrazněji nepoškozuje.

METODY REFLEXNÍ A MANUÁLNÍ BÝVAJÍ PACIENTY AKTIVNĚ VYHLEDÁVÁNY

Podobný stav jako v oblasti terapie fyzikální však panuje i v ordinování reflexních a jiných manuálních chiropraktických metod, jakými jsou především reflexní masáže, mobilizační a manipulační techniky, či přístrojové trakce. V případě masáží se jedná o proceduru pro pacienty vesměs velice příjemnou, a proto i aktivně vyžadovanou. Praktické zkušenosti svědčí o tom, že odborně provedená reflexní masáž či chiropraktický zákrok skutečně mohou u akutních pacientů bolest krátkodobě zmírnit. Zda jsou však masáže, chiropraxe a jiné podobné metody, včetně například přístrojové trakce, účelné u chronických obtíží, aniž by se pacient na léčbě jakkoliv aktivně podílel, je více než sporné. **Hluboce mylné je i přesvědčení pacientů o tom, že pravidelné absolvování chiropraktických zákroků je tím neúčinnějším způsobem prevence a léčby bolestí zad.** Zbytečně manipulace s klouby za účelem odstranění asymptomatických či zcela imaginárních blokády, na jejichž přesném definování se navíc odborníci nedokáží plně shodnout, vedou zpravidla k dalšímu uvolňování vazivového aparátu meziobratlových kloubů, a paradoxně tak frekvenci výskytu a intenzitu bolesti spíše zvyšují.

PRACOVNÍ NESCHOPNOST S KLIDEM NA LŮŽKU, NEBO PŘIMĚŘENÁ AKTIVITA?

Značné rozdíly panují též v názorech na dodržování klidu na lůžku v průběhu akutní ataky bolestí zad. Ten byl ještě před několika lety považován za nedílnou součást léčby, vycházející ze zkušenosti, že v poloze vleže dochází ke snížení tlaku na meziobratlové ploténky, a pacientům se tak přechodně uleví. Přestože mnoho lékařů tuto tradici neustále dodržuje, její obliba v posledních letech očividně klesá.

Dr. R. A. Deyo z Univerzity ve Washingtonu podrobil dlouhodobému sledování pacienty s akutní bolestí zad, z nichž jedné skupině ordinoval sedmidenní klid na lůžku, zatímco skupině druhé pouze dva dny klidu na lůžku. Když s odstupem nejprve tři týdnů a později tři měsíců hodnotil terapeutický efekt ve smyslu ústupu bolesti, omezení pohyblivosti a celkové spokojenosti, neshledal mezi oběma skupinami žádný rozdíl. Intenzita obtíží ani nález strukturálních změn, zjištěných při prvním lékařském vyšetření, přitom neměly prakticky žádný prognostický význam pro určení délky pracovní neschopnosti, která se v naprosté většině případů řídila výhradně doporučením samotného lékaře, jak dlouho má pacient v domácím léčení setrvat.

Nezanedbatelný vliv na délku období trvání obtíží však má skutečnost, zda v tomto období pobírá pacient finanční kompenzaci, nebo úrazové pojištění, či nikoliv. Sander a Meyers srovnávali období trvání obtíží pacientů, kteří utrpěli úraz v rámci pracovního procesu, se skupinou pacientů s úrazy, ke kterým došlo mimo tento rámec. Studie zahrnovala pacienty s poraněními a bolestí v bederní páteři a pacienty, kteří se podrobili operativnímu zákroku. Zatímco doba trvání pracovní neschopnosti byla v první skupině u poranění, ke kterým došlo v rámci pracovního procesu, 14,9 měsíců a 3,6 měsíců u obtíží a poranění mimopracovních, u operovaných činil tento poměr 9,3 ku 4,4 měsícům.

K téměř identickým závěrům dospěl i Greenough v retrospektivní studii na 300 pacientech. Z obou studií vyplynulo, že typ poruchy, diagnóza ani zvolený léčebný postup neměly zásadní vliv na dobu trvání obtíží, zatímco aspekty psychologické a psychosociální se ukázaly jako determinující. **Pacienti i lékaři by si proto měli uvědomit, že ani pracovní neschopnost ani klidový režim na lůžku v naprosté většině případů nezlepšují prognózu onemocnění.** Naopak, čím déle je pacient v důsledku bolestí zad vyřazen z pracovního procesu, tím větší je riziko přechodu stavu do chronicity a menší šance k návratu do zaměstnání. Obavy z toho, že by pokračování v přiměřené fyzické aktivitě mohly stav pacienta zhoršit, nejsou ve většině případů opodstatněné, což ovšem neznamená, že se každý pacient může okamžitě vrátit k běžným denním činnostem. Fyzicky těžce pracující pochopitelně mohou být práce neschopni mnohem déle, než lidé s méně náročným, například sedavým zaměstnáním. V otázce pohybové zátěže je proto nutné zdůraznit aspekt přiměřenosti. Pokud by byl pacient nucen k náročné fyzické aktivitě předčasně, v akutní bolestivé fázi, vystavuje se reálnému nebezpečí fixace chybných pohybových stereotypů, jejichž odstranění pak bývá obvykle velmi obtížné a zdlouhavé.

POUŽITÍ ZÁDOVÝCH ORTÉZ VYŽADUJE PŘÍSNOU INDIKACI

Ústup od dřívě s oblibou doporučovaného klidu na lůžku vystřídal v posledních letech módní vlna používání krčních, hrudních, bederních či bederně křížových podpor, pásů a bandáží. Řada firem nabízí tyto protetické pomůcky v dokonale technicky zpracovaném gumotextilním nebo neoprenovém provedení se širokou paletou doplňků v podobě flexibilních výztuh, akupresurních vložek, termoizolačních materiálů, nebo dokonce "zázračných" stabilních magnetů. Vzhledem k termoizolačním a částečně imobilizujícím vlastnostem doporučují výrobci tyto bandáže u naprosté většiny bolestí zad.

Zkušenosti z ambulantní praxe však potvrzují, že tak bezbřehý optimismus a široké indikační spektrum rozhodně nejsou na místě. **Použití bandáží se ukazuje jako účelné především v některých případech bolestí zad vážnějšího charakteru, krátkodobě v rámci re- rehabilitace po úrazech a operacích páteře, či u starých pacientů s výrazně pokročilými degenerativními změnami a osteoporózou, u nichž nelze očekávat zásadní efekt od vlastní pohybové aktivity. Paušální ordinování bandáží osobám mladších věkových kategorií při běžných bolestech zad je naopak nutné důrazně odmítnout.** Domněnka těchto pacientů, že pravidelným dlouhodobým nošením těchto bandáží přispívají ke zlepšení svého zdravotního stavu, je hluboce mylná. Již několikátýdenní používání bandáže totiž vede k velice rychlému a výraznému ochabnutí svalového korzetu trupu, což jen přispívá k tomu, že se většina bolestí zad dramaticky zhoršuje a obtíže přecházejí do chronicity. Napravit takto způsobenou škodu na svalovém korzetu trupu prostřednictvím cílené léčebné tělesné výchovy pak bývá velmi obtížné a zdlouhavé.

CHIRURGIE BOLESTÍ ZAD VYŽADUJE PŘÍSNÁ KRITÉRIA

Článek, který mne zaujal

Na opačném konci terapeutického spektra oproti metodám konzervativním stojí chirurgické zákroky na páteři. V centru pozornosti neurochirurgie se ocitají pochopitelně především operace výhřezu meziobratlové plotny, kdy se její měkký vnitřní obsah provalí okolním prstencem a dráždí přilehlé nervové kořeny. Bolest v kříži se pak typickým způsobem šíří do dolních končetin a bývá provázána mravenčením či snížením citlivosti příslušné oblasti. V některých případech může být bolest v kříži zcela vytlačena do pozadí a v popředí příznaků dominuje právě jen bolest šířící se dolní končetinou. Volba mezi postupem konzervativním a radikálním neurochirurgickým bývá v těchto případech mnohdy velmi obtížná.

Ve prospěch konzervativního postupu hovoří především tyto skutečnosti:

Téměř polovina populace má klinicky "němý" výhřez meziobratlové plotny.

U řady pacientů s CT či NMR prokázaným výhřezem plotny neodpovídá strana výhřezu straně klinických obtíží pacienta.

U početné skupiny pacientů, u kterých se klinický stav zcela upravil, zůstal nález výhřezu plotny v obraze CT naprosto stejný, jako v období maximálních bolestí a plně rozvinuté klinické symptomatologie.

Okamžitý efekt operace není dostatečným důvodem k jejímu upřednostnění před konzervativními postupy, u kterých pochopitelně odpadá riziko pooperačních komplikací.

Studie, provedená s odstupem pěti let od operace výhřezu plotny, prokázala, že třetina operovaných je lepší než neoperovaní, třetina stejná a třetina dokonce horší.

Studie provedená pomocí NMR u pacientů s klinicky manifestním výhřezem plotny prokázala, že vyhřezlá část plotny se může za nějaký čas sama upravit a téměř 90 procent pacientů se během šesti týdnů spontánně uzdraví. Jen 10 procent pacientů s klinicky manifestním výhřezem je tak indikováno k operačnímu řešení.

Nadšení pro operační léčbu zpochybňuje i dlouhodobý výzkum, provedený na 280 pacientech H. Weberem z Ullevaal Hospital v Oslo a publikovaný v roce 1983. **Ačkoliv se zlepšení a ústup bolesti u operovaných pacientů dostavily mnohem rychleji než u pacientů léčených konzervativně, rozdíl mezi nimi se postupem času zcela setřely a při hodnocení provedeném v odstupu čtyř a deseti let již nebylo možné obě skupiny odlišit.**

Navzdory argumentům, hovořícím ve prospěch konzervativní léčby, je v některých případech plně indikován neurochirurgický zákrok. Jeho volba se však musí bezpodmínečně opírat o pečlivé klinické vyšetření a zhodnocení všech příznaků, přičemž pozitivní CT či NMR by měly mozaiku klinických příznaků s konečnou platností doplnit. **Operační zákrok je proto vyhrazen pro nevelké procento pacientů, u nichž je bolest prokazatelně v příčinné souvislosti s výhřezem meziobratlové plotny.** Tak je tomu především v případě, když krutá bolest v kříži, typicky se šířící dolní končetinou po dobu zhruba šesti týdnů, vzdoruje intenzivní konzervativní terapii, v klinickém obraze přetrvávají výrazně pozitivní napínací manévry (Laseque pod 45 stupňů), objevují se svalové parézy a vyhasínají reflexy příslušné jednotlivým segmentům páteře. Indikaci absolutní pak představují poruchy svěračů. Všechny ostatní příznaky je nutné posuzovat přísně individuálně a řídit se klinickým průběhem choroby. Jestliže se stav pacienta zřetelně lepší, operační zákrok není na místě.

BOLESTI ZAD JAKO ŽIVOTNÍ REALITA

Zamyslíme-li se nad příčinami, diagnostikou i nejnovějšími poznatky týkajícími se terapie bolestí zad, nutně dospějeme k závěru, že tím nejrozumnějším přístupem je chápat je jako životní realitu a občasnou, byť velmi nepříjemnou součást běžného života. Bolest zad totiž není výlučným problémem medicínským, nýbrž představuje složitý komplex biologických, psychologických a sociálních faktorů, mezi nimiž dominantní roli zaujímají především aspekty psychologické.

V diagnostice, v případě, že vyloučíme několik závažných a v podstatě výjimečných stavů, je pátrání po určení přesné příčiny bolestí zad, za cenu nákladných a mnohdy zatěžujících vyšetření, ve většině případů zcela zbytečné. Vytváření diagnóz doslova za každou cenu a tendence spíše diagnostikovat nemoc, která není, než přehlédnout skutečnou chorobu, pramení s největší pravděpodobností z nedostatku sebereflexe lékaře, který provádí nadbytečné diagnostické a terapeutické výkony nikoliv proto, že by je stav pacienta vyžadoval, nýbrž z pocitu jakési úzkosti vůči sobě a snahy být za všech okolností "krytý".

Povzbudivou informací pak představuje skutečnost, že většina pacientů trpících bolestí zad se uzdraví stejně rychle bez ohledu na to, jestli se léčí, či nikoliv. **Nejvhodnějším medicínským přístupem je proto trpělivé pozorné vyčkávání a zásada nerušit necitlivými léčebnými zákroky spontánní a zcela přirozený proces uzdravování.** Pacientovi v akutní fázi ataky bolestí zad proto lékař nejvíce prospěje tím, že jej přesvědčí, aby se pokusil obtíže raději několik dní trpělivě snášet. Zcela samozřejmou součástí takové konzultace by mělo být i srozumitelné seznámení pacienta s příčinami obtíží a zdůraznění příznivé prognózy, vedoucí k jeho uklidnění. V zájmu rychlejší úlevy od bolesti je pak mnohem účelnější, zůstane-li pacient v dobré kondici a udržuje-li se, pokud mu to stav dovolí, přiměřeně aktivní. **Zásadní význam pro prevenci a léčbu bolestí zad má ale zejména úprava životního stylu v tom nejširším smyslu slova s akcentem na složku psychosociální a pohybovou.** Změna životního stylu bývá totiž u většiny případů bolestí zad, a to nejen funkční etiologie, léčbou kauzální. U naprosté většiny bolestí zad totiž s neúprosnou pravidelností zjišťujeme vlivy psychosociální, nadváhu a svalovou nerovnováhu jako důsledek pohybové chudosti a stereotypu.

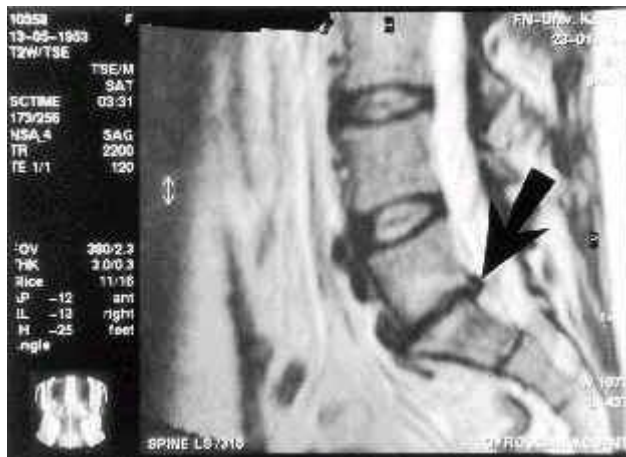
Správný životní styl a cílená léčebná tělesná výchova se tak ukazují být neocenitelnými pomocníky v prevenci i léčbě akutních i chronických vertebrogenních obtíží. Nespočetná řada klinických studií, týkajících se pohybových režimů a bolestí zad, jednoznačně potvrzuje, že pohybové programy významným způsobem snižují riziko recidiv a brání přechodu onemocnění do chronicity. V prevenci bolestí zad a dalších civilizačních chorob se však může velmi pozitivně projevit i zdánlivě bezvýznamné zvýšení pohybové aktivity. Čas-to postačí, vyhýbá-li se pacient použití výtahů a zvládne-li každodenní cestu do práce rychlejší chůzí, snaží se o nepřilíš náročnou fyzickou práci v domácnosti, nebo absolvuje-li denně alespoň hodinovou procházku

O zmíněný aktivní přístup k léčbě bolestí zad však nebývá příliš velký zájem ani ze strany samotných pacientů, s výjimkou těch, kteří již trpí skutečně velkými obtížemi. Zatímco uvědomělý pacient cíleně vyhledává svého lékaře či fyzioterapeuta, aby s ním konzultoval otázky pohybového režimu a životosprávy, v povědomí převažující většiny panuje

Článek, který mne zaujal

přesvědčení, že k tomu, aby byl člověk zdrav, musí být manipulován, masírován a jinak fyzikálně opečováván, za vydatné podpory farmak, bez jakékoliv iniciativy z vlastní strany. Zásadní význam pro výsledný léčebný efekt má proto především změna v myšlení pacientů, kteří si musí uvědomit, že klíč k uzdravení spočívá především v jejich rukách a je otázkou jejich snahy a vůle.

*vedoucí lékař
rehabilitačního oddělení,
Fakultní poliklinika VFN,
Praha,*



*foto z archivu autora
Výhřez meziobratlové plotny L5 - S1 v obraze počítačové tomografie*