

CHRBTICA A VNÚTORNÉ CHOROBY

Plukovník MUDr. Ľudovít ZBOJAN, náčelník VLÚ v Piešťanoch

(Venované k päťdesiatinám primára MUDr. G. NIEPLA, CSc.)

Donedávna bola chrbtica považovaná v tele za pasívny element a ako hlavná úloha bola jej prisudzovaná úloha tvorby ochranného obalu pre miechu a súčasť pohybového a podporného aparátu. Čo do výskumu bola skôr oblasťou ortopédov, chirurgov a z interných odborov len reumatológov. U iných interných odborov bola považovaná za tkanivo, respektive tkanivá, ktoré podliehajú všetkým zmenám ako ostatné tkanivá — trpí teda poruchami výživy, metabolizmu, endokrinopatiami a podobne. V rámci týchto zmien bola chrbtica vo vnútornom lekárstve zohľadňovaná vždy len pasívne. V posledných desaťročiach je však stále viac nadhadzovaná otázka, akú aktívnu úlohu má chrbtica pri chorobách vnútorných orgánov a či a ktoré poruchy vnútorných orgánov vznikajú pri chorobách a poruchách chrbtice, aké patogenetické vzťahy sú medzi nimi, či skutočne existuje pravý kauzálny vzťah a nakoľko predstavuje chrbtica vyvolávajúci a podporný chorobný faktor pre vnútorné orgány (2). K patogenetickému objasneniu vzťahov boli vytvorené mnohé hypotézy. Domnievame sa, že chybou doterajších i seriózných snažení bolo, že sa zrovnávali poruchy vnútorných orgánov väčšinou s röntgenovými zmenami chrbtice, teda statickými-morfologickými, obvykle degeneratívnymi zmenami, a nie s funkčnými poruchami chrbtice.

Z učebníc anatómie i ortopédie vieme, že chrbtica je súvislý longitudinálny stĺpec nad sebou uložených stavcov. Za fyziologických pomerov je tento stĺpec sprehýbaný charakteristickým spôsobom striedavo v rovine sagitálnej. Existuje pritom značná variabilita a „individuálna norma“ (3). Prechodné oblasti tohoto zakrivenia ako i spojenia chrbtice s hlavou a pánvou sú najviac zaťažované a sú považované za „kľúčové oblasti“. Chrbtica má 24 medzistavcových platničiek a 52 (s rebernými 100) kĺbov. Pohyb chrbtice je výslednicou súčtu malých pohybov jednotlivých segmentov. Medzistavcové kĺby pôsobia ako koľaje určujúce smer alebo os pohybu, zatiaľ čo medzistavcová platnička je pružným nárazníkom. Platnička, medzistavcové kĺby foramina intervertebralia s ich obsahom ako i priestory medzi processus spinosi a transversi medzi dvoma stavcami, tvoria dohromady funkčnú jednotku, označovanú podľa Junghansa ako „pohybový segment“. V tomto pohybovom segmente môžu vznikať poruchy jednak poruchou medzistavcových platničiek a jednak špecifickou reverzibilnou funkčnou poruchou chrbtice, tzv. funkčnou blokádou medzistavcových kĺbov. Porucha medzistavcovej platničky (vyklenovanie

a výhrez) bola považovaná za hlavný etiopatogenetický faktor všetkých vertebrogených ochorení. Tento názor ešte ovláda lekárske myslenie. Dnes sa však tento názor „všetkozapríčiniujúcich diskopatií“ opúšťa, resp. rezervuje len pre poslednú, prípadne dolnú 2 lumbálne stavce-platničky. Pojem diskopatia nevyjadruje všetky vertebrogené ochorenia. Ďaleko najčastejšou príčinou vertebrogených ochorení je strata, alebo aspoň porušenie hybnosti, teda blokáda pohyblivosti niektorého pohybového segmentu (3).

Čo je podstatou týchto funkčných blokád nie je presne známe. Osteopati prirovnávajú blokádu kĺbu zaseknutiu zásuvky neobratným pohybom. V žiadnom prípade neznamena subluxáciu, teda morfológický posun, ktorý potom možno „napravovať“. Táto dysfunkcia-funkčná blokáda je vlastným predmetom „manipulačnej liečby“, ktorou sa tento zablokovaný pohyb uvoľňuje (4).

Ako vznikajú tieto funkčné poruchy-blokády? 1. Spontánne, u zdravých jedincov v dôsledku fyziologického zaťaženia napr. dlhším sedením, alebo prácou v nepriaznivej polohe, dlhším ležaním a pod., a spontánne sa upravujú. Ak zaťaženie prekračuje individuálnu odolnosť, alebo ide o jedinca s chybným pohybovým návykom alebo chybnou chrbticou, vzniká preťaženie a vzniklé blokády pretrvávajú. 2. Ďalším činiteľom vyvolávajúcim blokádu je trauma: Každé mechanické násilie, ktoré je schopné poškodiť funkciu chrbtice a vyvolať pretrvávajúcu blokádu. 3. Tretí mechanizmus, ktorý bude najviac zaujímať internistov, súvisí s pojmom reflexných segmentových porúch, a leží mimo chrbticu, často vo vnútorných orgánoch.

Predpokladá sa, že funkčnou jednotkou nie je len pohybový segment, ale že všetky orgány, ktoré sú inervované z príslušného segmentu, vytvárajú istú funkčnú a trofickú jednotu. Gutzeit vytvoril pojem „vertebrón“, ktorým označuje pohybový segment a ústrojenstvo inervované príslušným koreňom. Každá porucha v segmente (napr. vnútorného orgánu), dostatočne intenzívna, môže vyvolať dráždenie (tzv. nociceptívne dráždenie), ktorého výsledkom je „pseudoradikulárny syndrom“, podľa Brügera (4). Pseudoradikulárny syndrom na rozdiel od pravého radikulárneho, je súbor reflexných odpovedí na bolestivé-nociceptívne dráždenie v segmente a patrí k nemu: vyžiarujúca bolesť, hyperalgetické kožné Haedové zóny, svalový spazmus, a pri jeho dlhom trvaní blokáda v pohybovom segmente. Pri ochoreniach vnútorných orgánov

vzniká tento (ochranný) svalový spazmus, dobre známy *defense musculaire* nielen v brušnom svalstve, ale i svalstve trupu a svalstve chrbtice. Týmto spazmom si vysvetľujeme napr. obmedzenie dýchania u chorôb hrudných orgánov, ďalej ohraničené skoliózy u vnútorných chorôb ako aj vznik blokád v príslušnom pohybovom segmente chrbtice. V koži a podkoží vznikajú zatvrdliny veľmi citlivé na obyčajný pohmat, známe ako Haedové hyperalgetické zóny (HAZ). Ide o prejavy viscerokutanného a visceromotorického reflexu, uskutočňovaného multisynapticky jednak vegetatívne nervovým systémom, ktorý zásobuje vnútorné orgány, a jednak spinálnym nervstvom (7). Oba nervové systémy sú spojené, prepojené práve v mieche príslušného segmentu.

Tieto reflexné zmeny môžeme objektívne zistiť palpáciou, ale i zmeraním zmien kožnej teploty, elektrického odporu, zmenami dermatografizmu, zmenami lokálnej potivosti, teda objektívne. Ovplyvnením týchto reflexných zmien (obstreky, intrakutanné „pupence“, masáž, teplo a pod.), môžeme ovplyvniť celý pseudoradikulárny syndrom, a to nielen bolesť, ale domnievame sa, že môžeme priaznivo ovplyvniť aj poruchu vnútorného orgánu. Ak porucha vnútorného orgánu vyvolá bolestivý pseudoradikulárny syndrom, tento multiplikuje (Gutzeit) obtiaže vnútornej choroby. Obtiaže bez neho by boli menšie, alebo by neboli vôbec. Pseudoradikulárny syndrom nemusí mať vyjadrené všetky zložky: spontánná bolesť môže chýbať, kým ostatné reflexné zložky, vrátane blokády chrbtice sú latentne prítomné. Takto si môžeme vysvetliť „nepriaznivý“, provokujúci vplyv obyčajného prievanu, alebo podchladenia sedením na kameni, ležaním na studenej zemi, čo môže manifestovať (podráždením HAZ) napr. cystitidu, aj iné ochorenia vnútorných orgánov.

Pseudoradikulárny syndrom môže pretrvávajúť i po odznení podnetu, pôvodného nociceptívneho dráždenia a po normalizácii nálezov laboratórnych, ekg a iných. Takto si môžeme vysvetliť rôzne obtiaže po prebehnutom ochorení vnútorného orgánu, napr. vertebrogenné stenokardie po infarkte myokardu, ďalej dyskinézy žľčových ciest po cholecystitide, pravdepodobne aj posthepatický syndrom po vírusovej hepatitide a obtiaže po akútnej pankreatitide. Spätným ovplyvňovaním z dlhotrvajúcej blokády chrbtice vo vertebrone mohli by sme si vysvetliť aj istú náchylnosť určitého orgánového ochorenia k recidívam, zatiaľ neprebádané.

Považujeme za plauzibilné, že funkčná porucha chrbtice-funkčná blokáda je, resp. môže byť, jedným z mnohých článkov patogenetickej reťaze vnútorných chorôb a že takmer každá porucha vnútorného orgánu má svoju sprievodnú „vertebrogennú zložku“. Neodvážujeme sa tvrdiť, že by však samotná funkčná blokáda vedela vyvolať poruchu vnútorného orgánu. Isté ale je, že v priebehu vnútorných ochorení môžeme zmierniť klinický priebeh ovplyvnením reflex-

ných zmien v segmente, do čoho môžeme rátať aj odstránenie funkčných blokád chrbtice manipulačnou liečbou (Lewit). Po odznení interného ochorenia by mohlo odstránenie funkčných blokád odstrániť následné funkčné dyskinézy a „patie“ a „post-syndromy“, (ktorých vznik a pomerne dlhé pretrvávanie v rekonvalescencii si nevieme doteraz dobre vysvetliť /5/). — Správne to vystihuje Gutzeit, ak hovorí o chrbtici raz ako o iniciátorovi, potom zas provokatérovi, multiplikátorovi, eventuálne lokalizátorovi vnútorného ochorenia.

Ako zistíme funkčnú blokádu chrbtice? Ak je ojedinelá, tak ju ťažko zistiť globálnym vyšetrovaním pohyblivosti chrbtice alebo rtg vyšetrením a môžeme ju zistiť len precíznou osteopatickou technikou. Obvykle je však v oblasti blokády pohmatová bolestivosť paravertebrálne od trňa a na hrudníku porušená plynulosť dýchacej vlny.

Zisťovanie („aktuálna diagnóza“) funkčných poruch chrbtice má aj pre lekára vnútorných chorôb význam pre diferenciálnu diagnózu. Funkčné blokády chrbtice môžu vznikáť aj primárne (HAZ nie!) po traumate-preťažení chrbtice a imitovať rôzne ochorenia vnútorných orgánov: pleuritídu-pleurodyniu, žľčňkovú koliku, apendicitídu, obličkové bolesti, adnexitídy s bolestivými dysmenoroami (z blokády sakroiliakálneho kĺbu) a pod. Príslušnosť väčšiny vnútorných orgánov k určitému segmentu je determinovaná, a preto môžu vznikáť veľmi podobné reflexné zmeny. Tieto zmeny sa u afekcií rôznych orgánov prekrývajú pre viacsegmentálnu príslušnosť orgánu, takže sa nedajú využiť diagnosticky. Ich existenciou možno však objektivizovať vnútorné ochorenie (aj funkčné-dyskinézy a pod.), a tak vylúčiť simuláciu a prognosticky kladne posudzovať ich vymiznutie; ďalej, pre ich homolateritu, u niektorých chorôb diagnózu upresniť.

U nás, v ČSSR, sa vďaka Lewitovi a spolupracovníkom rozvíjala manipulačná a s ňou spojená cielená reflexná terapia v neurologickom prostredí. Sám pracujem v liečebnom ústave, kde sú vertebrogenné poruchy veľmi časté a vnútorné choroby okrem reumatických viac menej interkurentné. Moje výsledky s vertebromanipuláciou u vnútorných chorôb sú preto skromné. Opakovane sa mi podarilo upraviť, zlikvidovať žľčňkový záchvat cielenou úpravou blokády thorakálnej chrbtice (TH 6), a to s dlhodobým, viacmesačným výsledkom a raz prechodne, ale s okamžitou úľavou, renálnu koliku. Na okraj len poznámku, že vznik týchto bolestivých záchvatov nebol viazaný na dietnu chybu, ale polohu a preťaženie chrbtice (napr. hra biliardu večer, v noci záchvat, cestovanie lietadlom v búrke, záchvat pri vstávaní ráno, po praní, upratovaní, práci v predklone s vysavačom a pod.). Je pozoruhodné, že v bolestivom období neznášajú pacienti masné a iné dráždivé jedlo. Po zrušení bolesti manipuláciou okamžite znášajú tieto jedla bez najmenších obtiaží.

Moje zdelenie je len informatívne. Doterajšie výsledky v terapii aj vnútorných chorôb zdajú sa byť sľubné a vhodné povšimnutia, overenia i využitia tam, kde je možnosť spolupráce internistu s lekárom, ktorý vie osteopaticky diagnostikovať funkčné blokády chrbtice a ovláda techniku vertebromanipulačnej liečby. Skúsiť tam, kde predpokladáme výraznú funkčnú zložku vnútornej choroby, prípadne výraznú zložku vertebrogennú.

Záver

Funkčná porucha chrbtice môže byť jedným z mnohých článkov v patogenéze vnútorných chorôb a ich recidív. Podali sme stručný prehľad o možných vzájomných vzťahoch chrbtice

a porúch vnútorných orgánov a poukázali na možnosť priaznivého ovplyvnenia, a to súbežne s adekvátnou internou liečbou (farmakoterapiou a pod.).

Literatúra

1. Janda, V. a kol.: Pokroky v rehabilitaci. Praha, SZN 1968.
2. Kunert, W.: Wirbelsäule, Vegetatives Nervensystem und Inere Medizin, Stuttgart 1963.
3. Lewit, K.: Manipulační léčba v rámci reflexní terapie. Praha, SZN 1966.
4. Lewit, K.: Prednášky v Tématickom kurze manipulačnej a reflexnej terapie. Bratislava 1968—9.
5. Ondřejčka a kol.: Vnútorné choroby, diel 2., str. 686, Osveta 1963.
6. Zbojan, L.: Etiopatogeneza, klinika a terapia diskogennej choroby. Rehabilitácia, 4, 1966, 1:5—18.
7. Žaloudek, K.: Masáž. Praha, SZN 1965.