

*Thou cold sciatica
Cripple our senators,
that their limbs may halt
as lamely as their manners*

Tymon Ateńczyk, akt IV, scena 1*

Rys historyczny i ewolucja poglądów

Istnieją dowody na to, że bóle krzyża trapią człowieka, odkąd przyjął on wyprostną pozycję ciała. Jak czytamy u Gaeliusa Aurelianususa w jego traktacie *Sciatica et Psoadica*, Foliston, Rzymianin żyjący około 270 roku p.n.e., zalecał cierpiącemu na ischalgie w momencie ataku bólu słuchanie grających na flecie, „gdyż muzyka wprawia nogi w stan drżenia, przez co uśmierza ból” (wg Mettlera i Mettlera).

Przypuszczenie, że odchylenia budowy kręgosłupa mogą ujemnie wpływać na czynność nerwów czuciowych oraz na czynność zwieraczy, liczy sobie 4500 lat, tj. powstało w okresie IV Dynastii Starego Królestwa Egiptu. W papirusie Edwina Smitha czytamy, że „ten, który z powodu przemieszczenia kręgów szyjnych pozbawiony jest czucia rąk i nóg oraz oddaje bezwiednie mocz, nie powinien być leczony”.

Niewiele istnieje dziedzin medycyny, w których panowałoby tyle zamieszania, nieдомówień i fałszywych poglądów, co w dziedzinie bólów krzyża. U źródła wszelkiego zła leży mylenie ostrych bólów krzyża, mających w ponad 90% przypadków źródło w uszkodzeniach lędźwiowych krążków międzykręgowych, z pobolewaniami o niewielkim nasileniu i przewlekłymi bólami, mogącymi rzeczywiście występować w przebiegu wielu różnorodnych schorzeń.

Nie bez winy jest sama medycyna, gdyż zarówno w podręcznikach ortopedii, jak i neurologii sprawom tym poświęca się z reguły mało miejsca i uwagi. Wszelkie opisy, dotyczące się zarówno etiologii i patogenezы tych bólów, jak i ich leczenia, a co ważniejsze, zapobiegania im, traktowane są bardzo marginesowo lub w ogóle pomijane.

Bóle krzyża stanowią tak znamienne dolegliwość dla naszych czasów, że nasuwa się pytanie, dlaczego ten odcinek narządu ruchu stanowi taki *locus minoris resistentiae*.

Początku całej sprawy należy szukać w odległym okresie oligoceńskim, kiedy to człowiek zarzucił tryb życia nadrzewnego i przybrał wyprostną postawę ciała. Wówczas to doszło do postawienia nowych wymagań przed kręgosłupem w odcinku lędźwiowo-krzyżowym, do których nie został on należycie przygotowany w procesie ewolucji. Dlatego też między innymi, w przeciwieństwie do innych ssaków, no-

* „zimna scjatyko ochrom senatorów, niech mają nogi koślawe jak dusze”, William Shakespeare: *Dzieła dramatyczne*, t. 5, PIW, Warszawa 1973, przekład Leona Ulricha.

worodek człowieka jest zupełnie bezradny i wymaga całkowitej opieki ze strony rodziców. Ponieważ zarówno jego kręgosłup, jak i stawy biodrowe nie są przystosowane do postawy wyprostnej ciała, niemowlę musi przez pierwszy rok życia przebywać głównie w pozycji leżącej.

Nie należy zapominać, że nasza wiedza dotycząca bólów krzyża jest stosunkowo świeża i że badania tego zagadnienia zaczęły się na dobre dopiero w 1934 roku, kiedy to Mixter i Barr opublikowali na łamach *New England Journal of Medicine* artykuł poświęcony uszkodzeniom krążka międzykręgowego i jego następstwom neurologicznym.

Krążki międzykręgowe zostały opisane po raz pierwszy już przez Vesaliusa w 1555 roku, ale dopiero dwa wieki później (w 1764) Domenico Cotugno opisał rwę kulszową w pracy pt. *De Ischiade Nervosa Commentarius*, jako odrębną jednostkę chorobową. Przez wiele lat rwa kulszowa występowała w piśmiennictwie pod nazwą „choroba Cotugno”. Mimo że *scoliosis ischiadica* opisał Gussenbauer już w 1878 roku pod nazwą skoliozy nerwowo-mięśniowej, to ani on, ani jemu współcześni nie łączyli tego stanu z chorobą krążka międzykręgowego.

Do powiązania rwy kulszowej z bólami krzyża przyczynił się Laségue, który opisał charakterystyczne sylwetki chorego. Dalej idą opisy skolioz bólowych Charcota i Brissauda. Pełny opis krążka międzykręgowego podają: Virchow (1837), Von Luschka (1858) i Ribbert (1858).

Pierwsza ilustracja przedstawiająca tyłowypchnięte jądro miażdżyste krążka międzykręgowego ukazała się w 1824 roku w książce Charlesa Bella pt. *Observations in injuries of the spine and of the thigh bone*, wydanej w Londynie przez wydawnictwo Thomasa Tegg.

Następny opis uszkodzenia krążka międzykręgowego pochodzi od Kochera, który w roku 1898 opisał przypadek upadku mężczyzny na nogi z wysokości ok. 30 metrów. Sekcja zwłok wykazała rozerwanie pierścienia włóknistego pierwszego krążka lędźwiowego oraz przemieszczenie jądra miażdżystego do kanału kręgowego.

W 1902 roku Krause i Oppenheim opisali chorego cierpiącego na bóle krzyża na skutek obrażeń odniesionych w bójkę. Po upływie pewnego okresu doszło do porażenia kończyn dolnych oraz nietrzymania stolca i moczu. W czasie operacji znaleziono przemieszczone do kanału kręgowego jądro miażdżyste uciskające ogon koński. W miarę upływu lat doniesienia tego rodzaju stawały się coraz częstsze, przy czym znajdowane w kanale kręgowym fragmenty jądra miażdżystego najczęściej opisywano nadal jako *enchondroma* kanału kręgowego.

W 1911 roku Goldweith opisał przypadek chorego, u którego w wyniku zabiegów leczniczych z powodu skręcenia stawu biodrowo-krzyżowego doszło do uszkodzenia krążka międzykręgowego na poziomie L₅–S₁. Doniesienie to jest dlatego interesujące, że Goldweith zwrócił uwagę na połączenie lędźwiowo-krzyżowe jako częste źródło rwy kulszowej. W tym samym roku Middleton i Teacher przedstawili przypadek porażenia kończyn dolnych u chorego, który podniósł duży ciężar.

Poczynając od 1916 roku mnożą się doniesienia poświęcone etiologii i patogenie bólów krzyża i rwy kulszowej (Elsberg, Sicard, Putti). W roku 1927 Schmorl

donosi o przemieszczeniach jąder miażdżystych w głąb trzonów kręgów, a następnie wspólnie z Andreae zwracają uwagę na przesuwanie się jądra miażdżystego do światła kanału kręgowego przez rozerwany pierścień włóknisty. Spostrzeżeniom ich niestety nie towarzyszyły wnioski kliniczne. W 1922 roku Adson usuwa jądro miażdżyste z kanału kręgowego dentysty cierpiącego na uporczywy nerwoból kulszowy.

Przełomowym momentem w diagnostyce uszkodzeń krążka międzykręgowego jako odrębnej jednostki chorobowej było stwierdzenie Dandy'ego (1929), który pierwszy połączył znajdowane w kanale kręgowym „chrząstki” z objawami nerwobólu kulszowego (*This lesion is a pathologic basis for cases of so-called sciatica, especially bilateral sciatica*). W roku 1933 i 1934 Mixer i Barr potwierdzają spostrzeżenia Dandy'ego i uzasadniają, że większość tzw. guzów kręgosłupa nie była niczym innym, jak wypchniętymi do kanału kręgowego fragmentami pierścieni włóknistych i jąder miażdżystych. Na podstawie zestawienia 19 przypadków operacyjnego leczenia tyłowypchnięcia jądra miażdżystego udowadniają, że stany te są odpowiedzialne za tzw. idiopatyczny nerwoból kulszowy. Spostrzeżenia te uzyskały potwierdzenie w badaniach Keya, Burnsa i Younga, Armstronga, Charnleya, Mandy'ego, Mitchella, Bartelinka, Browna, Roafa, Joncke, Morisa, Lucasa, Lindbloma i Scotta, Lovego, Criaga i Walsha, Sahlgrena, Sjögriasta, Friberga i Hulta oraz Hirscha i Nachemsona. W miarę upływu czasu badania potwierdzały coraz większy udział tyłowypchnięcia jądra miażdżystego w powstawaniu objawów nerwobólu kulszowego (2–3%, 54%, 75–80%, 89%, 83% oraz ponad 90%).

Wprowadzenie określenia „wypchnięcie” krążka międzykręgowego zawdzięczamy Loyemu, który w roku 1936 opublikował artykuł pod tytułem *Protrusions of the intervertebral disc (fibrocartilage)*.

Nie umniejszając w niczym roli chorób i uszkodzeń krążka międzykręgowego, w etiopatogenezie bólów krzyża trzeba wyraźnie podkreślić, że każda ze składowych kręgosłupa – trzony i łuki kręgów, krążki międzykręgowy, stawy międzywyrastkowe, ich torebki oraz wysłanie maziówkowe, więzadła, mięśnie około- i przykręgosłupowe, rdzeń i opony, jak też zaopatrujące je nerwy i naczynia krwionośne – może stanowić punkt wyjścia dolegliwości. Co więcej, to kręgosłup jako narząd może też podlegać dysfunkcjom wtórnie, z powodu dolegliwości przeniesionych, wyzwalanych w innych tkankach i narządach!

Chociaż poszczególne składowe kręgosłupa mają różne właściwości fizyczne i różne stopnie tolerancji na sumowanie szkodliwych mikrourazów zawodowych, sportowych itp., to powstające w różnym czasie zmiany patologiczne mogą być sygnalizowane podobnymi objawami; stąd tak wiele zamieszania i trudności diagnostycznych we wczesnym okresie choroby. Jednakże pogarszająca się z czasem stabilizacja kręgosłupa musi doprowadzić do destabilizacji poszczególnych jednostek ruchowych, a tym samym do wystąpienia typowych objawów neurologicznych. Naturalnie, odstępstwo od tego stanowią nowotwory rdzenia i opon, a także samej tkanki kostnej oraz makrourazy, które szybko, a niekiedy nawet natychmiast dają objawy neurologiczne.



Ryc. 1.2. Tak siedziiano przed wiekami i tak się siedzi dzisiaj w wielu tzw. zapóźnionych regionach świata. Pozycja ta zabezpiecza przed bólami krzyża, gdyż tułów jest podpierany przez uda, co dodatkowo wzmacnia zabezpieczenie kręgosłupa przez ciśnienie panujące w klatce piersiowej i w jamie brzusznej.

Wcale nie tak rzadko przyczyną przewlekłych bólów i dysfunkcji odcinka lędźwiowego kręgosłupa są uszkodzenia jatrogenne – mikrowylewy tkankowe i zbliźnowacenia lub destabilizacja kręgów w następstwie lekkomyślnego stosowania wyciągów czy tzw. mobilizacji i manipulacji kręgosłupa (ból z „nadmiaru leczenia”, wg Grucy).

Przypomnieć należy, że u podłoża nowoczesnej medycyny legło przekonanie, że choroby mają określone przyczyny, które mogą być wykrywalne, definiowane i eliminowane. To właśnie odróżnia medycynę racjonalną (naukową) od medycyny szamanów, znachorów i wiejskich babek, którą wcale nie tak rzadko próbują kontynuować przedstawiciele zawodów paramedycznych i niestety, także niedouczeni lekarze!

W przypadku zespołów bólowych kręgosłupa w każdej próbie postawienia diagnozy i leczenia musi się uwzględniać czynniki natury biomechanicznej (anatomia stosowana), a także prawidłowość ukrwienia rdzenia i korzeni. W tym miejscu należy zaznaczyć, że pojemność kanału centralnego i kanałów korzeniowych, z którą przychodzimy na świat, nie jest cechą stałą i zmienia się w ciągu życia.

Niezwykle skomplikowany układ biomechaniczny, jakim jest kręgosłup z zawartym w nim rdzeniem i korzeniami, działa prawidłowo jedynie do czasu bezbłędnego funkcjonowania wszystkich składowych. Dysfunkcja któregośkolwiek z elementów tkankowych, nawet spoza narządu ruchu i układu nerwowego, powoduje dysfunkcję całości, a to oznacza dyskomfort, ból i ograniczenie ruchów. Jest to patologia wieloprzyczynowa, przeto pomijając niezwykle rzadkie przypadki (np. nowotwór rdzenia), nie można o niej myśleć kategoriami jednego czynnika etiologicznego, co na nieszczęście powszechnie się zdarza*.

Ten, kto doceni powyższe stwierdzenie i będzie respektować oraz właściwie interpretować występujące objawy, może liczyć na postawienie w miarę prawidłowej diagnozy i podjęcie pożytecznego leczenia. W przeciwnym razie może dojść do leczenia zmian „niemych”, przy jednoczesnym rozwoju choroby podstawowej, co prędzej czy później musi doprowadzić do fatalnych następstw!

* Coraz więcej takich zmian wykrywają nowoczesne badania obrazowe!

W przypadku zaawansowanej patologii kręgosłupa, żadna terapia nie jest w stanie spełnić oczekiwań chorego bez względu na to, czy leczenie jest zachowawcze, czy operacyjne. Dobrze, jeżeli dojdzie do takiego polepszenia, które umożliwi prowadzenie w miarę możliwości pożytecznego trybu życia, w tym kontynuowanie wyuczonego zawodu.

Tak się dziwnie składa, że pewne oczywiste prawdy trudno torują sobie drogę do świadomości leczących. Tak jest np. z oczywistą prawdą, że **usunięcie chorego krążka międzykręgowego nie rozwiązuje problemów pacjenta**; naturalnie, w przypadku oczywistych objawów neurologicznych z tym związanych, usunięcie chorego krążka jest bezwzględnie wskazane (odbarczenie rdzenia lub korzenia), ale należy zdawać sobie sprawę z tego, że choroba podstawowa pozostaje i powstała destabilizacja kręgosłupa może mieć niekorzystne skutki.

Operacyjne usunięcie chorego krążka międzykręgowego, mające na celu odbarczenie uciśniętego korzenia czy rdzenia kręgowego, oznacza zazwyczaj wygranie bitwy (niejednokrotnie dużej), ale nigdy wygranie wojny! W chwili obecnej nie ma leczenia operacyjnego, które by spełniło wszystkie oczekiwania pacjenta. Dobrze, jeśli dochodzi do zmniejszenia rozmiarów zagrożenia i złagodzenia bólu.

Bez względu na sposób leczenia – zachowawcze, czy operacyjne, nigdy nie dojdzie do przywrócenia fizjologicznej ruchomości w obrębie chorej jednostki ruchowej Junghansa, przeto ruchomość tę przejmują kompensacyjnie pozostałe jednostki ruchowe, ze szkodą dla siebie! Niejednokrotnie powoduje to objawy choroby krążków międzykręgowych z innych poziomów, które niekiedy mogą też wymagać leczenia operacyjnego. To nie oznacza wcale, że pierwsza operacja się nie udała, jak się powszechnie uważa!

Jakkolwiek leczenie przyczynowe może być trudne, względnie całkowicie niemożliwe, to zawsze należy starać się ustalić, które zmiany tkankowe lub narządowe były pierwotne, a które stanowią następstwo samego procesu chorobowego, bólu czy dysfunkcji.

U podłoża wielu dysfunkcji i dolegliwości leżą przeciążenia i skręcenia, zazwyczaj powszechnie lekceważone, gdyż radiogramy nie wykazują uszkodzeń kostnych, a zdjęcia czynnościowe są z reguły zaniedbywane. Oprócz bólu i przemijającej dysfunkcji pozostawiają one różnie zaznaczone uszkodzenia stabilizatorów kręgosłupa, nie wyłączając krążków międzykręgowych.

Większość stabilizatorów tkankowych jest słabo ukrwiona, względnie nieukrwiona, w związku z tym do ich wygojenia dochodzi bardzo powoli, a kolagen powstający z regeneratów naprawczych ma niewielką lub całkowicie inną rozciągliwość; stąd długotrwałe dolegliwości.

O ile w wieku młodym duże rezerwy naprawcze umożliwiają wytworzenie się mechanizmów adaptacyjnych, o tyle w wieku dorosłym jakiegokolwiek uszkodzenia tkanek miękkich, około- czy śródkręgosłupowych, wygajają się z wyraźnym upośledzeniem czynności, co objawia się różnie.

Przed podjęciem jakiegokolwiek leczenia zachowawczego konieczne jest określenie tzw. rezerwy kanału kręgowego. Zaniedbanie tego może mieć fatalne następstwa, szczególnie gdy będą stosowane wyciągi, manipulacje, nastawienia itp.

W przypadku szerokiego kanału kręgowego nie należy się spieszyć z zabiegami odbarczania rdzenia, gdyż rdzeń ma należną rezerwę przestrzenną. Co więcej, usunięcie wyrosła śródkanałowych może pociągnąć za sobą jatrogenną destabilizację pożytecznie zaryglowanej przez organizm chorej jednostki ruchowej. Destabilizacja taka oznacza dla chorego prawdziwe nieszczęście, gdyż objawy bólowe mogą być z czasem nie do zniesienia.

Powszechnie uważa się, że do uszkodzenia krążka międzykręgowego dochodzi w wyniku makrourazów. Jest to pogląd nieuzasadniony, gdyż z reguły przyczyną choroby krążka międzykręgowego są sumujące się przeciążenia i mikrourazy. Jeśli przy okazji np. złamania kręgosłupa, w przebiegu leczenia, czy po upływie jakiegoś czasu od złamania dochodzi do objawów choroby krążka międzykręgowego, to najprawdopodobniej krążek ten był chory na długo przed wypadkiem, tyle że stopień zaawansowania choroby nie uzewnętrzniał się klinicznie!

Od momentu opublikowania słynnego artykułu Mixtera i Barra*, krążek międzykręgowy znajduje się w centrum uwagi świata lekarskiego, który choremu krążkowi przypisuje całe zło. Mimo że od tego czasu opublikowano setki tysięcy prac poświęconych bólom kręgosłupa i wykryto wiele innych czynników przyczynowych, fascynacja krążkiem międzykręgowym nie maleje! Nic też dziwnego, że w myśl zasady „cel uświęca środki” w krążki międzykręgowe wstrzykiwano nowokainę, środki kontrastowe lub papainę, czy też je wycinano, w nadziei zlikwidowania źródła dolegliwości. Nie ma potrzeby zbytniego uzasadniania, że tego rodzaju postępowanie skazane było na niepowodzenie i nie przyniosło rozwiązania problemu bólów kręgosłupa – gdyż przynieść nie mogło!

Sytuację pogarsza fakt, że cała filozofia leczenia bólów kręgosłupa przez niedoświadczonych czy wręcz niedouczonego lekarzy zogniskowana jest na krążku międzykręgowym, jako przyczynie wszelkiego zła! Stwierdzenie w obrazie radiologicznym objawów mniej czy bardziej zaawansowanej spondylozy dowodzi choroby krążka międzykręgowego – ale choroby zakończonej, a nie trwającej! Tak zwane замуrowanie chorego krążka w wyniku procesu spondylozy (syndesmo- i osteofity na krawędziach trzonów kręgów) oznacza wygojenie – czyli rzecz pożyteczną. Problem może stać się poważny, jeśli ktoś nierozważnie zniszczy owo pożyteczne zaryglowanie (np. jakimis „manipulacjami”) i doprowadzi do destabilizacji chorej jednostki ruchowej. Nieszczęście wówczas jest pewne, gdyż dojdzie do objawów albo neurologicznych, albo angiologicznych (drażnienie tętnic kręgowych), czy też jednych i drugich razem!

Jest rzeczą oczywistą, że objawowe leczenie kilkudziesięciu patologii jednym sposobem – manipulacji i mobilizacji – musi z czasem pociągnąć za sobą – poza

* W. Mixter, J.S. Barr: *Rupture of the intervertebral disc with involvement of the spinal canal*, New Engl. J. Med., 1934, 2 II, 210–215.

okresami względnej poprawy – postęp choroby zasadniczej i różnie odległe w czasie szkody, a nawet kalectwo (mielopatia!). **Ponieważ do ujemnych następstw pseudoleczenia dochodzi po upływie pewnego czasu, kiedy to pacjenci zostają objęci medycyną konwencjonalną (naukową), a żadnej patologii kręgosłupa nie udaje się już w tym okresie wyleczyć, rozgoryczeni pacjenci obciążają wszystkimi niepowodzeniami Bogu ducha winnych ortopedów, neurochirurgów czy neurologów.** To właśnie niemożność wyleczenia zaawansowanych patologii organicznych służy za argument na uzasadnienie nieskuteczności rzetelnego, specjalistycznego leczenia w zespołach bólowych kręgosłupa, aby można było stosować różne praktyki, nierzadko nie mające z nauką niczego wspólnego.

Tak się nieszczęśliwie składa, że pewne oczywiste prawdy naukowe są całkowicie odrzucane (bo są niewygodne!) przez tych, których „terapię” nabijają im kieszenie! Jedną z prawd oczywistych wyrazić można pytaniem – „Jak można coś nastawić, co uległo zniszczeniu”, np. staw międzytrzonowy w uszkodzeniu krążka międzykręgowego? Należy ponadto pamiętać, że w uszkodzeniach krążka zarówno staw międzytrzonowy, jak i jego najbliższe otoczenie natychmiast ulegają zmianom zwyrodnieniowym. Tak więc zadaniem osteo- i entezofitów jest autowyleczenie chorego stawu sposobem jego zaryglowania. Jest to mechanizm pożyteczny*.

Wszelkie zbędne manipulacje na chorym stawie międzytrzonowym, którego pochodną jest następca choroba stawów międzywyrostkowych, nie tylko niszczą autozaryglowanie chorego (bolesnego) miejsca, ale też destabilizując chorą jednostkę ruchową przyczyniają się do narastania zmian zwyrodnieniowych! Proces ten wyraża się powiększaniem osteo- i entezofitów, co bezpośrednio prowadzi do zgubnej w następstwa stenozy kanału rdzeniowego, kanałów korzeniowych albo kanałów tętnic kręgowych – względnie do tego wszystkiego jednocześnie! W tych warunkach pozostaje tylko operacyjne odbarczenie rdzenia kręgowego, korzeni nerwów rdzeniowych czy tętnic kręgowych, co jakkolwiek może spowolnić przebieg choroby, to nigdy nie spełni nawet części oczekiwań pacjenta!

Obowiązkiem świata lekarskiego jest cierpliwe wyjaśnianie amatorom bezkrytycznego stosowania terapii manualnej, że tzw. odblokowanie chorego stawu międzytrzonowego czy stawów międzywyrostkowych kręgosłupa niczego nie leczy, gdyż przyczyną jest nieodwracalne uszkodzenie więzadłowo-torebkowo-mięśniowych stabilizatorów. Z kolei, zaniedbanie leczenia przyczynowego groźnych dla życia czy dla zdrowia chorób musi przynieść szkody i doprowadzić do trwałego kalectwa.

Jakkolwiek przyczyną wszelkiego zła jest wyprostna postawa ciała człowieka, która w procesie ewolucji trafiła na kręgosłup nie przygotowany do pracy i dźwigania masy ciała w odmiennych warunkach biomechanicznych, przez co powoduje wcześniejsze zużycie krążków międzykręgowych, to jednak niewiele się czyni dla odpowiedniego zabezpieczenia kręgosłupa w odcinku lędźwiowym.

* Naturalnie, wyleczenie chorego stawu sposobem jego zeszywnienia nie oznacza uwolnienia pacjenta od dokuczliwych następstw z powodu ucisku, czy drażnienia tkanek miękkich.

Prawdą jest, że zarówno warunki pracy, jak i tryb życia współczesnego człowieka, zmniejszenie ilości ruchu i związane z tym osłabienie mięśni, otyłość itp. to czynniki, których szkodliwości w żadnym przypadku nie można pominąć. Prawdą jest jednakże i to, że świat lekarski nie dotarł do ogółu społeczności z propagandą odpowiedniej profilaktyki bólów krzyża.



Ryc. 1.3. Koncertująca rodzina Mozartów
(obraz z r. 1763)

Zwróć uwagę na prawidłową postawę ciała siedzącego Wolfganga Amadeusza, mimo że nie sięgał nogami podłogi, oraz stojącego Leopolda (oparcie ciała o krzesło, ugięcie jednej nogi).

I tak, do chwili obecnej pokutuje w społeczeństwie wiele fałszywych wyobrażeń na temat prawidłowej postawy ciała oraz wykonywania ćwiczeń fizycznych, mających przecież służyć utrzymaniu zdrowia i sprawności ciała.

Poczynając od zajęć wychowania fizycznego w szkole, młodemu człowiekowi, nie mającemu pojęcia o prawidłowej postawie ciała i o tym, co mu wolno, a czego nie wolno, aplikuje się solidną porcję ćwiczeń przeciążających lędźwiowy odcinek kręgosłupa. Sprawa niestety nie kończy się na zabiegach czynionych w szkole, gdyż ćwiczenia usposabiające do bólów krzyża prześladowają młodego człowieka w wojsku czy na uczelni w ramach zajęć wf. Co więcej, jako dojrzałemu człowiekowi proponuje się mu to samo w ramach porannych gimnastyk przez radio, „ścieżek zdrowia” itp. zabiegów zalecanych w imię utrzymania lub przywracania zdrowia i sprawności fizycznej.

Bóle krzyża stanowią chorobę cywilizacji i prawdziwą plagę społeczną. Nic też dziwnego, że na przestrzeni lat, które upłynęły od opisania uszkodzenia krążka międzykręgowego, wykonano tysiące prac badawczych i klinicznych zmierzających do ustalenia anatomii i fizjologii krążka, jego wytrzymałości na obciążenia oraz profilaktyki i leczenia jego uszkodzenia. Mimo, że etiologia uszkodzenia krążka nie została do końca wyjaśniona, istnieją przekonujące dowody na to, że uszkodzenie krążka międzykręgowego stanowi objaw „zużycia i zdzierania” z indywidualnym programem wytrzymałości na sumujące się w ciągu życia naciski i obciążenia.

O tym, jak wielkie zainteresowanie społeczne wzbudzą bóle krzyża świadczy to, że tematem tym zajął się nawet magazyn konsumentów angielskich *Which?*

Na ankietę pisma odpowiedziało 2000 osób powyżej 16 roku życia cierpiących na bóle krzyża. Odpowiedzi rzuciły światło na zagadnienie zarówno rozpoznawania, jak i leczenia bólów krzyża (w systemie służby zdrowia funkcjonującym o wiele lepiej od naszego).

A oto wnioski:

30% mężczyzn twierdziło, że ich dolegliwości zostały spowodowane wypadkiem, 28% kobiet wiązało je z ciążą czy chorobami ginekologicznymi. Część chorych doznała bólów w związku z rodzajem wykonywanej pracy, podrażnieniem czy działaniem ciężarów. Prawie 25% chorych pierwszego ataku bólu doznało w okresie młodzieńczym, poniżej 25% cierpiało przez cały (lub prawie cały) rok, przy czym dolegliwości były w przedziale 7–10 (skala bólów od 1 do 10). Pod wpływem jakiegось leczenia u 60% chorych doszło do wyleczenia lub znacznego złagodzenia dolegliwości, ponad 1/3 z tej liczby wskazywała leki, jako przyczynę ustępowania bólów, druga 1/3 ustąpienie choroby zawdzięczała lekarzom (w tym 9% specjalistom), ale prawie połowa tych, u których doszło do polepszenia, uznała, że może to zawdzięczać tylko sobie, rodzinie, krewnym lub przyjaciółom. 60% chorych szukało pomocy w społecznej służbie zdrowia, z tego prawie 25% było niezadowolonych z leczenia. 40% niezadowolonych uważało, że służba zdrowia oraz lekarze nie mają dostatecznej wiedzy na temat bólów krzyża i nie wiedzą, jak je leczyć.

Piśmiennictwo

1. Anderson G.B.J.: *Epidemiology of low back pain*, First International Congress – Back Pain, current advances. Vienna 3–8 Nov. 1985 (referat).
2. *Back Pain and how to keep it of bay*. Which?, February, 1986.
3. Bogduk N.: *The anatomical basis for spinal pain syndromes*, J. Man Phys. Therap., 1995, 18(s), 603–605.
4. Cassidy J.D., Wedge J.H.: *The epidemiology and nature of low back pain and spinal degeneration*. [w:] Kirkaldy-Willis W.H. (ed.): *Managing low back pain*. 2nd ed. Churchill-Livingstone, New York, Edinburgh, London, Melbourne 1988.
5. De Palma A.F., Rothman R.H.: *The intervertebral disc*. W.B. Saunders Co., Philadelphia, London, Toronto 1970.
6. Deyo R.A. i wsp.: *Patient satisfaction with medical care for low back pain*. Spine, 1986, 11, 28.
7. Dixon A.: *Indroduction*, [w:] Jayson M.I.V. (ed.): *The lumbar spine and back pain*. Pitman Med., Turnbridge Wells 1980.
8. Dziak A.: *Bóle krzyża*, wyd. IV, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1994.
9. Epstein B.S.: *The Spine*. 3rd ed. Lea and Febiger, Philadelphia 1969.
10. Feuerstein M. i wsp.: *Enviromental stressors and chronic low back pain: life events, family and work enviroment*, Pain, 1985, 22, 3, 295.
11. Frymoyer J.W., Pope M.H., Costanza M.C., Rosen J.C., Goggin J.E., Wilder D.G.: *Epidemiologic studies of low back pain*. Spine, 1980, 5, 419.
12. Jayson M.I.V. (ed.): *The lumbar spine and back pain*. Churchill-Livingstone, New York, Edinburgh, London, Melbourne 1987.
13. Kirkadly-Willis W.H. (ed.): *Managing low back pain*. 2nd ed. Churchill-Livingstone, New York, Edinburgh, London, Melbourne 1988.

14. Laslett M., van Wijmen P.: *Low back and referred pain, diagnosis and proposed new system of classification*. New Zeal. J. Phys., 1999, 27, 5–14.
15. Mag Nab I., *Backache*. The Wilkins and Wilkins Co., Baltimore 1977.
16. Malanga G.A., Nadler S.F.: *Nonoperative treatment of low back pain*, Mayo Clinic Proceedings, 1999, 74, 1135–1148.
17. Million R.: *Back Pain from the General Practicioners point of view*. International Back Pain News, 1986, (July), 1, 4.
18. Nordin M.: *Back Pain a neglected subject*. Interantional Back Pain News, 1986, 1, 3.
19. Poster R.W.: *Management of back pain*. Churchill-Livingstone, New York, Edinburgh, London, Melbourne 1986.
20. Rothman R., Simeone F.: *The Spine*. W.B. Saunders Co., Philadelphia 1977.
21. Ruge D., Wiltse L.L.: *Spinal disorders*. Lea and Febiger, Philadephia 1977.
22. Stanton-Hick M., Boas R. (eds.): *Chronic low back pain*. Raven Press, New York 1982.
23. Vernon-Roberts B.: *Future priorities in investigating the pathology of back pain*. Int. Back Pain News, 1987, 2, 3.
24. Wood P.H., Bradley E.M.: *Epidemiology of back pain*. [w:] Jayson M.I.V. (ed.): *The lumbar spine and back pain*. Churchill-Livingstone, New York, Edinburgh, London, Melbourne 1987.