

Bóle krzyża – związek z nawykiem stania „na spoczniej” na prawej kończynie dolnej

Back pain – connection with the habit of standing ‘at ease’ on the right leg

Tomasz Karski¹, Jacek Karski²,
Małgorzata Kulka³

¹ Wyższa Szkoła Społeczno-Przyrodnicza w Lublinie

² Klinika Ortopedii i Rehabilitacji Dziecięcej, Katedry Ortopedii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Kierownik Kliniki:
dr hab. n. med. Grzegorz Kandzierski,
prof. nadzw. UM

³ Katedra i Klinika Neurologii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Kierownik Katedry i Kliniki:
prof. dr hab. n. med. Konrad Rejda

Adres do korespondencji:

prof. zw. dr hab. n. med. Tomasz Karski
Gabinet Ortopedyczny
ul. Uroczna 19, 20-825 Lublin
tel. 81 742 63 71
e-mail: t.karski@neostrada.pl,
tmkarski@gmail.com

Streszczenie

Autorzy opisują patologię dotyczącą kolana, goleni, biodra i kręgosłupa wynikającą z nawyku stania na prawej kończynie dolnej (PKD). Dotychczas brak było w piśmiennictwie prac na temat sposobu stania. Pierwsze obserwacje lubelskie pochodzą z 1997 roku. Nawyk stania „na spoczniej” na PKD powoduje u dzieci powstanie zaburzeń osi goleni, kolana, jest również przyczyną rozwoju skoliozy. U dorosłych nawyk stania na PKD prowadzi do patologii kolana, biodra i kręgosłupa, powodując rozwój zmian zwyrodnieniowych. Stanie na PKD jest czynnikiem etiologicznym wielu patologii u dzieci, młodzieży i dorosłych, w tym jest częstą przyczyną bólów krzyża u wielu starszych osób. Czynnikiem ten to nowy rozdział w medycynie. O zespole stania na PKD powinni pamiętać wszyscy lekarze.

Abstract

Authors described the pathology of the knee, shank, hip and spine connected with etiological causes of the permanent standing ‘at ease’ on the right leg. Till now there were no articles about standing in scientific literature. The first observations were made in Lublin in 1997. In children the standing ‘at ease’ on the right leg is the cause of bigger axis deformity of the right shank, right knee and the cause of the so-called idiopathic scoliosis in two groups. In adults standing ‘at ease’ on the right leg is the cause of degenerative changes in knee, hip, spine, and the cause of back pain. All doctors in every country over the world should be familiarized with facts about manner of standing.

Słowa kluczowe: zespół stania „na spoczniej” na prawej kończynie dolnej, patologia kręgosłupa, bóle krzyża, artroza biodra, zaburzenia osi goleni, kolana

Keywords: syndrome of standing ‘at ease’ on the right leg, pathology of spine, back pain, hip arthrosis, knee and shank deformity

WSTĘP

Czy sposób stania może mieć wpływ na choroby leczone przez neurologów? Niniejsza praca próbuje odpowiedzieć na to pytanie. Dotychczas autorzy nie spotkali w piśmiennictwie prac na temat sposobu stania. Wyjątkiem są publikacje obu autorów w USA i Czechach (1995-2019). Wbrew powszechnemu mniemaniu stanie może być różne i opisano to poniżej. Rozwiązanie „tajemnicy stania” to lata 1984-2007. Najistotniejsze były obserwacje w 1997 roku. W pracy omówiono nie tylko problemy ściśle neurologiczne, ale także zagadnienia z pogranicza ortopedii, rehabilitacji i neurologii [2-25].

STANIE, CHODZENIE, SPANIE, SIEDZENIE

W ciągu 10 lat naszego życia zwykle 2,5 roku śpiemy – odpoczywamy w pozycji leżącej, co ważne jest dla serca, krążenia i kręgosłupa (hydratacja dysków międzykręgowych – istotne w leczeniu neurologicznym), 2,5 roku chodzimy, 2,5 roku siedzimy i 2,5 roku stoimy. Okazuje się, że około 70% ludzi (obserwacje z lat 1997-2019) ma nawyk stałego stania „na spoczniej” na prawej kończynie dolnej (PKD). Dotyczy to dzieci, młodzieży i dorosłych.

U dzieci stanie na prawej kończynie prowadzi do skoliozy, tzw. idiopatycznej, w różnych typach, u dorosłych jest przyczyną skoliozy dege-

neracyjnej, uporczywych bólów krzyża oraz niewydolności prawego biodra, często również kolana.

DOBROCZYNNY DZIAŁANIE *NORDIC WALKINGU*

Wprawdzie tematem artykułu jest stanie, ale wcześniej kilka słów na temat *nordic walkingu*, który jest najlepszą formą aktywności osób starszych.

Nordic walking – spacer z pomocą lasek wprowadzony przez Finów – ma dla dorosłych wyjątkowo korzystne oddziaływanie zdrowotne. W 1995 roku Markko Kantaneva z Centrum Olimpijskiego Vierumäki opisał zasady korzystania z „dobrodziejstwa zdrowotnego” *nordic walkingu*. Ta forma ruchu jest ważna dla krążenia, oddychania i dla całego narządu ruchu. Jest to forma rehabilitacji bardzo pomocna w wielu jednostkach chorobowych w neurologii [1, 26, 27].

SPOSOBY STANIA

Zjawisko stania jest analizowane w Lublinie od 1997 roku do chwili obecnej i jest to analiza jedyna na świecie. Obciążanie całego ciała może przebiegać przez lewą kończynę, prawą lub symetrycznie przez obie kończyny dolne. Można zatem stać na jednej kończynie lub na dwóch kończynach, ze stopami obok siebie i szeroko, czyli w abdukcji, w rotacji wewnętrznej lub zewnętrznej bioder. Wiele z tych form stania jest korzystnych dla narządu ruchu, inne zaś są niekorzystne (ryc. 1 A, B).

SKĄD NAWYK STANIA NA PRAWEJ KOŃCZYŃIE DOLNEJ (PKD)?

Wyjaśnienie nawyku stania na PKD bazuje na wiedzy dotyczącej zespołu przykurczów i deformacji noworodków oraz niemowląt (ZPiD) według prof. Hansa Mau („Siebener-Syndrom”). Według tego autora istnieją asymetrie anatomiczne i czynnościowe ciała noworodka oraz niemowlęcia. W Lublinie dodatkowo opisano i dodano do zespołu przykurczów asymetrię ruchu przywiedzenia biodra. Badanie tego ruchu jest oceną w wyproście stawów. Mniejsze przywiedzenie prawego biodra ułatwia stanie na prawej nodze i jest częstym zjawiskiem wśród wielu badanych pacjentów.

Ocena addukcji prawego i lewego biodra powinna odbywać się w pozycji wyprostnej stawu,



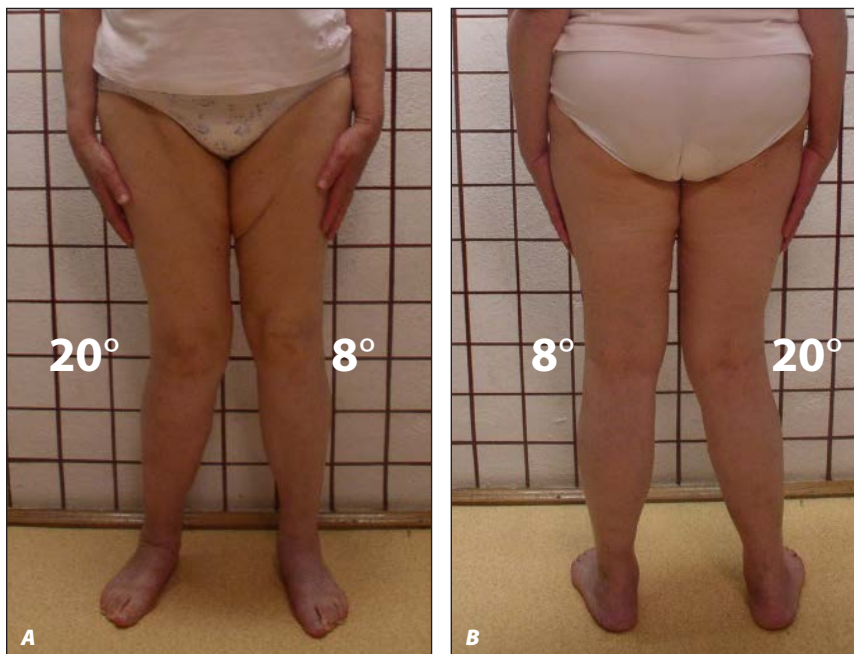
Ryc. 1 A. Sposób stania z obciążeniem biegnącym przez lewą kończynę dolną (LKD) jest bezpieczny. Nie prowadzi do patologii w obrębie narządu ruchu. **B.** Sposób stania z obciążeniem prawej kończyny dolnej (PKD) jest częsty lub stały i przez to prowadzi do patologii kręgosłupa oraz prawego biodra i prawego kolana.

Fig. 1 A. Standing on the left leg is safe and does not lead to pathology in locomotor system. **B.** Standing 'at ease' on the right leg is permanent and because of this leads to pathology of spine, of right hip and right knee.

czyli w takiej pozycji, która jest identyczna do pozycji stania oraz identyczna do fazy podparcia w czasie chodzenia. Mniejsze przywiedzenie prawego biodra wyjaśnia częste stanie w pozycji „na spoczynku” na PKD. Według autorów nie jest to związane z dominacją czynności lewej półkuli mózgu. Dzieci już od 2. roku życia wybierają prawą kończynę dolną do stania. Ten sposób stania staje się stałym nawykiem aż do końca życia. U dorosłych jest przyczyną różnorodnych patologii, w tym uporczywych bólów krzyża.

WPŁYW STANIA NA PRAWEJ KOŃCZYŃIE DOLNEJ NA PRAWE KOŁANO

U dzieci często obserwuje się koślawość kolan (deformacja podobna do litery X). Koślawość rozwija się najczęściej u dzieci z minimalnymi dysfunkcjami ośrodkowego układu nerwowego (*minimal brain dysfunction* – MBD), u których bardzo często współistnieje wiotkość stawów powodowana zmianą właściwości biologicznych kolagenu. Ta wiotkość przez wielu lekarzy jest błędnie oceniana jako „osłabienie mięśni”. Błędnie również zalecają „wzmacnianie mięśni”. Wiotkość



Ryc. 2 A, B. Pacjentka lat 72, bóle w dolnej części kręgosłupa, promieniujące do lewej kończyny. Koślawość obu kolan, bardziej prawego. Niestabilność boczna kolan. Prawe kolano z przykurczem 10. stopnia. Kręgosłup w teście Adamsa jest sztywny, skrzywienie lędźwiowe lewostronne (ryc. 3). Przyczyną patologii jest nawyk stania na prawej kończynie dolnej od dzieciństwa.

Fig. 2 A, B. Patient in age of 72. Pain in low part of spine with radiation to the left leg. Valgus deformity of knees – more right knee. Instability of knees. Flexion contracture in the right knee 10 degree. Spine stiff in Adams test. Left convex lumbar scoliosis (fig. 3). The cause of pathology – standing on the right leg from childhood.

umożliwia wadliwe siedzenie, czyli w pozycji „televizyjnej”, z goleniami i stopami z boku ciała. Niestety z upływem lat z powodu wadliwego siedzenia powstaje i utrwała się koślawość kolan [23-25].

Bardzo często zauważa się asymetrię koślawości większą prawego kolana, która związana jest z nawykiem stania na PKD (ryc. 2 A, B). Niewyleczona koślawość u dzieci prowadzi u dorosłych do niestabilności kolana lub obu kolan oraz dużych zmian zwyrodnieniowych, bólów i trudności w chodzeniu [23-25].

WPŁYW STANIA NA PRAWEJ KOŃCZYNIE DOLNEJ NA OŚ PRAWEJ GOLENI

U niemowląt i małych dzieci obserwuje się szpotawość goleni (deformacja podobna do litery O). Szpotawość bywa widoczna już u noworodków i niemowląt, jest jednym z objawów ZPiD. Przedwczesne stanie i chodzenie (przed ukończeniem 1. roku życia) oraz niedobory witaminy D₃ są przyczyną narastania szpotawości. Jedną z postaci szpotawości – dotyczącą bliższej części goleni – nosi nazwę choroby Blounta. Bywa, że szpotawość prawej goleni jest większa. To zaś związane jest z nawykiem stania na PKD. Auto-



Ryc. 3. Pacjentka lat 72 (patrz ryc. 2 A, B). Zdjęcie RTG kręgosłupa – widok od tyłu. Skolioza degeneracyjna, lędźwiowa lewostronna. Sztywność kręgosłupa. Uporczywe bóle dolnej części kręgosłupa. Bóle promieniujące do lewej kończyny. Przyczyną deformacji jest nawyk stania na prawej kończynie dolnej od dzieciństwa.

Fig. 3. Patient 72 years old (see fig. 2 A, B). X-ray picture of spine – view from back. Degenerative lumbar left convex scoliosis. Stiffness of the spine. Intensive back pain with radiation to the left leg. The cause of deformity – habit of standing on the right leg from the childhood.

rzy obserwowali liczne przykłady takiej asymetrycznej szpotawości u starszych osób, u których w dzieciństwie nie wyleczono zaburzenia osi goleni (ryc. 4 A, B). Szpotawość jest zatem przyczyną niestabilności i artrozy kolan, bólów i trudności w chodzeniu [25].

WPŁYW STANIA NA PRAWEJ KOŃCZYNIE DOLNEJ NA PRAWĘ BIODRO

Jest wiele przykładów niewydolności prawego biodra z powodu nawyku stania na prawej nodze (na PKD). Wiedza ta jest znana w lubelskim środowisku ortopedycznym od 1997 roku [25]. Potwierdzone to zostało licznymi dowodami klinicznymi w latach 90. XX wieku oraz w XXI wieku.

Jak wspomniano powyżej, jeśli ktoś ma nawyk stania na PKD, oznacza to, że stoi w ten spo-



Ryc. 4 A, B. Pacjentka lat 51, szpotawość obu kolan. Wada od dzieciństwa to szpotawość bliższych nasad goleni, typowa dla choroby Blounta, nigdy nieleczone. Szpotawość prawego kolana większa z powodu nawyku stania na PKD. Kolana niestabilne, bolesne. Chodzenie trudne i niewygodne. Równocześnie sztywność kręgosłupa. Skolioza lędźwiowa lewostronna. Uporczywe bóle krzyża.

Fig. 4 A, B. Patient 51 years old. Varus deformity of both knees. Deformation typical for Blount disease from the childhood. Bigger deformity on the right knee because of permanent standing on the right leg. Instable and painful both knees. Insufficiency of gait. Stiffness of spine. Left convex lumbar scoliosis. Back pain.

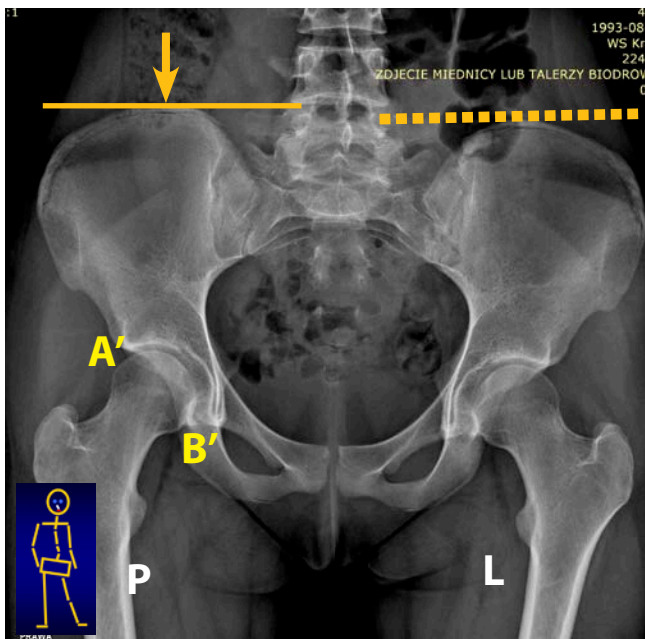
sób często lub stale, nie zmienia nogi na lewą lub zmienia tylko krótkotrwale i rzadko. W czasie chodzenia w każdej fazie obciążania następuje bardzo duże przeciążenie biodra (wyjaśniają to prace ortopedów francuskich, szwajcarskich, niemieckich i amerykańskich). W powstającej patologii biodra ważna jest kumulacja czasu stania. Prawe biodro ulega przeciążeniu, głowa kości udowej przemieszcza się do boku, następuje zjawisko tzw. lateralizacji (ekspulsji), a to dodatkowo powoduje niekorzystne warunki czynności stawu biodrowego w czasie stania i chodzenia (ryc. 5). Warto tutaj przypomnieć, że przy chodzeniu obciążenie każdego biodra jest czterokrotnością ciężaru ciała. Prawe biodro ulega wtedy zmianom anatomicznym. W przeciążonych rejonach głowy kości udowej powstają zmiany zwyrodnieniowe, zanika chrząstka szklista, pojawiają się ogniska osteolizy, następują zmiany kształtu głowy, ulega ona deformacji (ryc. 6). Zanika szczelina stawowa pomiędzy dachem panewki i głową kości udowej, to zaś wiąże się z utratą ruchów. Biodro traci odwiedzenie, rotację wewnętrzną i wyprost. W czasie chodzenia oraz w spoczynku, w tym w nocy, pacjent odczuwa dokuczliwe bóle, zwykle lokalizowane w pachwinie. Końcowym efektem takich zmian jest potrzeba protezoplastyki biodra.

Przy niewygodności prawego stawu biodrowego ważne są działania profilaktyczne – zmiana sposobu stania, chodzenia, siedzenia i spania. Szczegóły takiego leczenia podano w części „Zalecenia profilaktyczne i lecznicze”.

WPŁYW STANIA NA PRAWEJ KOŃCZYŃIE DOLNEJ NA POWSTAWANIE SKOLIOZY U DZIECI I ZMIAN ZWYRODNIENIOWYCH ORAZ BÓLÓW KRĘGOSŁUPA U DOROSŁYCH

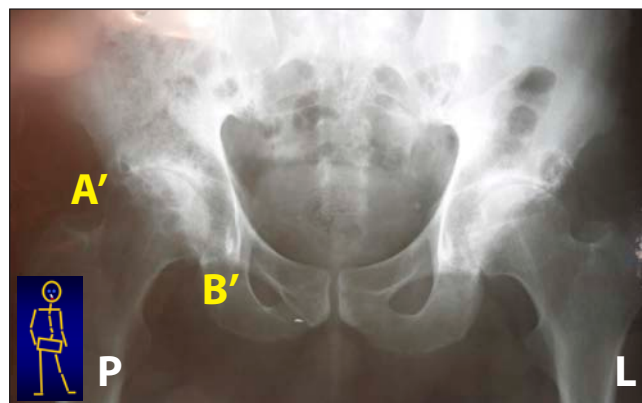
Ponad 2 tys. lat czekano na opisanie etiologii skoliozy, częściej patologii kręgosłupa. Zaburzenie osi kręgosłupa przeważnie dotyczy dziewcząt (80%). Skoliozy występują u około 7% polskiego społeczeństwa. Wobec nieznamośności etiologii, czyli przyczyn, do 1995 roku deformację określano mianem „skoliozy idiopatycznej”. Nie wiedziano, jaka jest przyczyna wady, od którego wieku rozwija się deformacja kręgosłupa, dlatego skrzywienie lędźwiowe jest zawsze lewostronne, a piersiowe prawostronne, czemu garb żebrowy zawsze jest po prawej stronie klatki piersiowej. Nie potrafiono wytłumaczyć, dlaczego w okresie akceleracji rośnięcia wada gwałtownie narasta. Mówiono wtedy o progresji, ale nie znano jej przyczyn. Nie wiedziano, jak leczyć, stosowano gorsety, operowano, ale zwykle leczenie nie było w pełni skuteczne. Złe wyniki leczenia tłumaczono jako „naturalny przebieg skoliozy” (*the natural history of scoliosis*). Mimo operacji skrzywienie i garb nadal były widoczne, a z upływem lat nawet narastały. Sztywność kręgosłupa uniemożliwiła prawidłowe funkcjonowanie każdego operowanego. U osób operowanych bóle przeciążeniowe w części nieobjętej usztywnieniem były dokuczliwe i wieloletnie.

Etiologię skoliozy idiopatycznej opisano w latach 1995-2007 (T. Karski) [2-22]. W 1997 roku odkryto, że dzieci ze skoliozą mają nawyk stałego stania na PKD. Ten nawyk ujawnia się, jak już wspomniano powyżej, w 2. roku życia. Za-



Ryc. 5. Pacjentka lat 26, nawyk stania na PKD. Zdjęcie RTG wykonane w pozycji stojącej. Prawy talerz kości biodrowej ustawiony wyżej. Lateralizacja głów udowych. Skośne ustawienie miednicy. Odległość B' większa od A' – wyraz przemieszczenia bocznego głowy kości udowej. Skolioza lędźwiowa lewostronna. Okresowe bóle prawego biodra i dolnej części kręgosłupa.

Fig. 5. Patient 26 years old. Habit of permanent standing on the right leg. X-ray picture taken in standing position. Right part of pelvis higher. Lateralization of both heads of femur. Oblique position of pelvis. B' bigger than A' – shown lateralization of femoral head. Left convex lumbar scoliosis. Periodical hips and spine pain.



Ryc. 6. Pacjent lat 69, ból prawego biodra. Radiologicznie cechy zaawansowanej artrozy obu bioder. Osteoporoza. Skośne ustawienie miednicy jako objaw stałego stania na PKD i przykurczu addukcyjnego. Odległość B' większa od A' – wyraz przemieszczenia bocznego głowy kości udowej. Skolioza degeneracyjna lędźwiowa lewostronna i ból krzyża.

Fig. 6. Patient 69 years old. Pain of right hip. Radiological arthrosis of both hips. Osteoporosis. Oblique position of pelvis as result of permanent standing on the right leg and abduction contracture of hip. Distance of B' bigger than A' – result of lateral position of the femoral head. Degenerative left convex lumbar scoliosis and back pain.



Ryc. 7. Pacjentka lat 62, zdjęcie RTG kręgosłupa – widok od tyłu. Skolioza lędźwiowa degeneracyjna, lewostronna. Przyczyną jest nawyk stałego stania na prawej kończynie dolnej (PKD) od dzieciństwa. Skolioza nigdy nieleczone. Obecnie uporczywe bóle dolnej części kręgosłupa. Bardzo intensywne od 8 lat. Bóle promieniują do lewej kończyny. Maksymalna sztywność kręgosłupa. Stale leczona neurologicznie.

Fig. 7. Patient 62 years old. X-ray picture of spine – view from back. Degenerative left convex lumbar scoliosis. The cause of deformity – permanent standing on the right leg from childhood. Scoliosis never treated. Now intensive back pain, bigger for 8 years. Radiation of pain to the left leg. Maximal stiffness of spine. Patient receives constant neurological treatment.

tem stanie na PKD powoduje najpierw czynnościowe, czyli odwracalne, odchylenie osi kręgosłupa, lecz po 8-10 latach utrwała się w postaci skoliozy. W 2006 roku opisano „model ruchów bioder” i wynikający stąd, przez chodzenie i stanie, typ skoliozy. Stanie „na spoczynku” na prawej kończynie, wspólnie z czynnikiem chodzenia, jest istotnym momentem w etiologii biomechanicznej skoliozy dwułukowej „S” w I grupie etiopatologicznej (I epg). W tym typie deformacji kręgosłup jest sztywny.

Stanie na PKD jest jedyną i wyłączną przyczyną skoliozy „C” II/A epg. Jeśli „czynnik stania” jest połączony z wiotkością lub dziecko było pierwotnie leczone wadliwymi ćwiczeniami, powstaje skolioza typu „S” II/B epg. W typie II/A epg i II/B epg kręgosłup zachowuje swoją ruchomość. Stanie na PKD u dorosłych ze skoliozą jest przyczyną bólów krzyża z powodu kompresji korzeni nerwowych po stronie wklęsłości (konkawacji) skoliozy lub z powodu rozciągania korzeni nerwowych po stronie wypukłości (konweksji) skrzywienia. Jest to – obok hiperlordozy lędźwiowej – najczęstsza przyczyna wizyt starszych pacjentów w poradniach neurologicznych.



Ryc. 8 A-D. Przykłady rehabilitacji w bólach bioder i kręgosłupa. **A-C.** Sposób stania, siedzenia i spania korzystny dla bioder. **D.** Pozycja łagodząca ból kręgosłupa, wskazana jest w czasie odpoczynków w dzień i w nocy jako zasadnicza pozycja lecznicza oraz profilaktyczna.

Fig. 8 A-D. Examples of rehabilitation therapy in hip and spine pain syndrome. **A-C.** Positions of standing, sitting and sleeping beneficial for hips. **D.** Position diminishing the back pain, recommended in day's rest and during night's sleep.

Są też skoliozy typu „I” (III epg), których czynnikiem etiologicznym jest wyłącznie chodzenie. Brakujące ruchy biodra lub obu bioder w czasie chodzenia są przeniesione na miednicę i kręgosłup. Powodują powstanie kompensacyjnych ruchów rotacyjnych miednicy i kręgosłupa, wtedy skutkiem przewlekłej dystorsji w stawach międzykręgowych przy każdym kroku dochodzi do bliznowacenia i sztywności kręgosłupa. W tym typie wady brak jest skrzywień lub są one minimalne. Jednak cierpienia z powodu bólów kręgosłupa są duże i uporczywe. Chorzy tacy są pacjentami w gabinetach ortopedii, reumatologii (?) i neurologii.

W podsumowaniu tej części można stwierdzić, że każdy typ skoliozy z upływem lat życia staje się „skrzywieniem degeneracyjnym” i prowadzi do długotrwałych oraz męczących bólów krzyża (ryc. 3, 7).

DYSKUSJA

Pacjenci z bólami kręgosłupa stanowią dużą grupę wśród osób w poradniach ortopedii i neurologii. Chorzy ci wymagają diagnostyki różnicowej i stosownej terapii. Według autorów niniejszego opracowania leczenie operacyjne nie jest drogą do sukcesu. Zatem u pacjentów klinic

i oddziałów neurologii należy zawsze starać się o określenie przyczyn bólów krzyża. Najczęstszą przyczyną bólów kręgosłupa jest:

- hiperlordoza lędźwiowa z powodu przykurczu zgięciowego bioder u osób z niewyleczonymi w dzieciństwie objawami dysfunkcji neuromięśniowej (MBD);
- skolioza „C” lub „S” według klasyfikacji lubelskiej II/A epg i II/B epg; oba typy są związane z nawykiem stania na PKD;
- sztywność kręgosłupa w III typie skoliozy według klasyfikacji lubelskiej jest przyczyną bólów, szczególnie w tych zawodach, w których w czasie pracy (sportu) potrzebne są pełne ruchy kręgosłupa;
- spondyloliza i spondylolisteza są oczywistymi patologiami prowadzącymi do bólów krzyża.

W diagnostyce ważne są testy neurologiczne, ale bardzo istotna jest również znajomość topografii bólów. Należy pamiętać, że bóle na wysokości biodra, lecz zlokalizowane z boku i od tyłu, pochodzą z kręgosłupa. Korzeniowe bóle kręgosłupa często promieniują do obwodu kończyny po tylnobocznej stronie uda, bocznej голени i grzbietowej powierzchni stopy.

Bóle wskutek artrozy biodra są zawsze zlokalizowane w pachwinie, mogą promieniować do przyśrodkowej powierzchni uda i do kolana.

ZALECENIA PROFILAKTYCZNE I LECZNICZE

Jeśli stwierdzi się nawyk stania na PKD, wtedy spostrzeżenie to należy potwierdzić badaniem klinicznym addukcji bioder w wyproście. Stwierdza się wówczas mniejsze przywiedzenie prawego biodra w stosunku do lewego biodra i to upewnia nas o zespole stania na prawej kończynie dolnej (ZSPKD). Pacjentów informuje się o potrzebie zmiany sposobu stania. Dla przeciwdziałania artrozie biodra i bólów krzyża zaleca się:

- stanie w odwiedzeniu i rotacji wewnętrznej bioder (znane w karate);
- chodzenie w odwiedzeniu 20-30 cm;
- siedzenie w rotacji wewnętrznej bioder – kolana razem, stopy maksymalnie przesunięte do boku;
- spanie – na brzuchu ze zgięciem i odwiedzeniem chorej kończyny (część nocy) – ważne dla biodra; inną część nocy należy spać w pozycji embrionalnej, co jest korzystne dla kręgosłupa.

Dzieci i dorośli z zaburzeniami osi kręgosłupa oraz osoby z objawami skoliozy degeneracyjnej i z bólami krzyża powinny odpoczywać i spać w pozycji embrionalnej. Taka pozycja daje skuteczne odciążenie korzeni nerwowych i zmniejsza lub znosi ból. Do „archiwum historii medycyny” powinno przejść zalecenie spania na twardej podłodze.

W fazie bezbolesnej osoby z hiperlordozą lub skoliozą wymagają specjalnej kinezyterapii. Bardzo skuteczną formą leczenia są ćwiczenia typowe dla karate (dzieci, młodzież) oraz jogi (dorośli).

Zaburzenia osi goleni (szpotawość) i kolan (koślawość) powinny być wyleczone w dzieciństwie. W wieku dorosłym te wady często są połączone z przykurczem kolana i jego niestabilnością, co jest przyczyną bólów i niewydolności lokomocyjnej. Ważne jest różnicowanie z bólami krzyża u pacjentów neurologicznych.

U dorosłych w leczeniu kolan wskazane są codzienne, wielokrotne ćwiczenia izometryczne mięśnia czworogłowego, często z równoczesnym wyciągiem osiowym. Tutaj informuje się, że w leczeniu kolana nie należy wykonywać ćwiczeń ze zgięcia do wyprostu. Dodatkowo zalecana jest termoterapia, prądy diadynamiczne, jonoforeza, krioterapia miejscowa, ćwiczenia w kąpielach solankowych lub w wodach geotermalnych (w Polsce są już liczne rehabilitacyjne ośrodki geotermalne).

PRAKTYCZNE WSKAZÓWKI PROFILAKTYCZNE I LECZNICZE DLA PACJENTÓW NEUROLOGICZNYCH Z BÓLAMI KRĘGOSŁUPA

W leczeniu zespołów bólowych kręgosłupa (bólów krzyża) cenne są:

- korekcyjny (lecniczy) sposób stania – w małej abdukcji i rotacji wewnętrznej bioder;
- siedzenie swobodne – nigdy prosto;
- odpoczynki i spanie w pozycji embrionalnej, najlepiej na prawym boku, czyli po stronie wklęsłości w lewostronnej skoliozie lędźwiowej;
- przy rozpoznanej sztywności kręgosłupa – ćwiczenia redresyjne, typowe dla ćwiczeń rozciągających;
- łagodne masaże (autorzy nie zalecają „nastawiania kręgosłupa”);
- wyciąg krzeselkowy (Persches Brett Behandlung) (opisany w naszej poprzedniej publikacji w „Neurologii Praktycznej”);
- kąpiele geotermalne;
- zabiegi fizykoterapeutyczne, jak laser, diadynamik, jonoforeza, pole magnetyczne, krioterapia i inne.

Pacjentom należy przypominać, że podnoszenie i noszenie ciężkich przedmiotów w pracy i w domu powinno odbywać się „z boku ciała” nigdy „z przodu”. Nie jest też wskazane podnoszenie ciężkich przedmiotów „z ugięciem kolan”, co powszechnie zaleca „stara wiedza ortopedyczna i rehabilitacyjna”. Taka forma podnoszenia przedmiotów prowadzi do przeciążenia i bólów kolan. Poprawna rehabilitacja, a nie zabiegi operacyjne, jest najlepszym sposobem profilaktyki i leczenia bólów krzyża, artrozy biodra i kolana.

WNIOSKI

1. Nowa „jednostka ortopedyczna” prowadząca do różnorodnej patologii to zespół stania „na spoczynku” na prawej kończynie dolnej (ZSPKD).
2. Permanentne stanie na PKD rozpoczyna się w 2. roku życia i trwa przez wszystkie dalsze lata życia.
3. Dzieci i dorośli stoją na PKD – stanie na prawej nodze jest stabilne, wygodne, niemęczące. Wynika to z mniejszej addukcji prawego biodra wskutek skrócenia pasma biodrowo-piszczelowego i przez to lepszej stabilizacji biodra w czasie stania.
4. Mniejsza addukcja prawego biodra to jeden z objawów asymetrii w zespole przykurczów i deformacji według prof. Hansa Mau.

5. Permanentne stanie na PKD ma wpływ na oś kręgosłupa, powodując u dzieci i młodzieży skoliozę w dwóch grupach etiopatogenetycznych. Są to skoliozy: „S” I epg, „C” II/A epg i „S” II/B epg (według klasyfikacji lubelskiej – T. Karski, 1995-2007).
6. U dorosłych ZSPKD jest przyczyną uporczywych bólów krzyża wskutek lewostronnej degeneracyjnej skoliozy lędźwiowej i bólów prawego biodra z powodu artrozy.
7. Wieloletnie doświadczenie kliniczne uczy, że w leczeniu rehabilitacyjnym i profilaktyce ważne są ćwiczenia redresyjne dla odzyskania pełnego zakresu ruchów stawów kręgosłupa, biodra i kolana.
8. Najkorzystniejsze są ćwiczenia w wodach geotermalnych.
9. Wszyscy lekarze powinni zapoznać się z zespołem stania na PKD i uwzględniać tę wiedzę w leczeniu pacjentów z problemami kręgosłupa, biodra i kolana.

Piśmiennictwo

1. Burger D.: Power Nordic Walking. Podnikatelska 1160/14, cz. 320 56 Plzen.
2. Karski T., Karski J., Madej J., Latański M.: Persönliche Überlegungen zur Ätiologie der idiopathischen Skoliosen. Praktische Hinweisen zur Entdeckung beginnender Skoliosen. Möglichkeiten der Prophylaxe Orthopädische Praxis 2002; 38: 75-83.
3. Karski T.: Etiology of the so-called "idiopathic scoliosis". Biomechanical explanation of spine deformity. Two groups of development of scoliosis. New rehabilitation treatment; possibility of prophylactics. Stud Health Technol Inform 2002; 91: 37-46.
4. Karski T.: Biomechanical factors in the etiology of idiopathic scoliosis: two etiopathological groups of spinal deformities. Ortop Traumatol Rehabil 2004; 6(6): 800-808.
5. Karski T., Kałakucki J., Karski J.: "Syndrome of contractures" (according to Mau) with the abduction contracture of the right hip as causative factor for development of the so-called idiopathic scoliosis, [w:] Uyttendaele D., Dangerfield P.H. (red.): Technology and informatics. Research into spinal deformities 5. IOS Press, Washington 2006; ss. 34-39, bibliogr. poz. 21.
6. Karski T.: Recent observations in the biomechanical etiology of so-called idiopathic scoliosis. New classification of spinal deformity – I-st, II-nd and III-rd etiopathological groups, [w:] Uyttendaele D., Dangerfield P.H. (red.): Technology and informatics. Research into spinal deformities 5. IOS Press, Washington 2006, ss. 473-482, bibliogr. poz. 52.
7. Karski T.: Recent observations in the biomechanical etiology of so-called idiopathic scoliosis. New classification of spinal deformity – I-st, II-nd and III-rd etiopathological groups. Stud Health Technol Inform 2006; 123: 473-482.
8. Karski T., Kałakucki J., Karski J.: "Syndrome of contractures" (according to Mau) with the abduction contracture of the right hip as causative factor for development of the so-called idiopathic scoliosis. Stud Health Technol Inform 2006; 123: 34-39.
9. Karski T., Kałakucki J., Karski J.: Relationship of "syndrome of contractures" in newborns with the development of the so-called idiopathic scoliosis. World J Pediatr 2007; 4: 254-259, bibliogr. poz. 38.
10. Karski T., Kandziński G., Karski J., Kałakucki J., Madej J., Wójcik A.: Zmieniająca się wiedza w ortopedii – postawy lekarzy, rozterki rodziców na przykładzie skolioz tzw. idiopatycznych, [w:] Łoch E., Papierkowski A., Wallner A. (red.): Sytuacja dzieci we współczesnym świecie literatury i medycyny. Część 5. Lub. Tow. Nauk., Lublin 2007, ss. 29-37, bibliogr. poz. 50.
11. Karski T.: Explanation of biomechanical etiology of the so-called idiopathic scoliosis with the recent observations from 2006-2007. New classification (2001-2006). Importance of "gait" and "standing". Magyar Traumatol Ortop 2008; 51 suppl. 1: 15.
12. Karski T.: New clinical observations connected with "biomechanical aetiology of so called idiopathic scoliosis" (2006-2007). Stud Health Technol Inform 2008; 140: 194-196.
13. Karski T.: Biomechanical etiology of the so-called idiopathic scoliosis (1995-2007) – connection with „syndrome of contractures” – fundamental information for pediatricians in program of early prophylactics. Journal of US-China Medical Science 2011; 8: 72-86.
14. Karski T.: Present day explanation of the clinical signs in the biomechanical aetiology of the so-called idiopathic scoliosis (1995-2011). The relationship between the "model of hips movement" and the character of scoliosis; three groups and four types. The causative role of "gait" and "standing at ease on the right leg". Stud Health Technol Inform 2012; 176: 133-138.
15. Karski T.: Biomechanical etiology of the so-called idiopathic scoliosis (1995-2007). Three groups and four types in the new classification. J Nov Physiother 2013; S2: 6.
16. Karski J., Karski T.: So-called idiopathic scoliosis: diagnostic tests: examples of children incorrectly treated. New therapy by stretching exercises and results. J Nov Physiother 2013; 3: 2: 9.
17. Karski T.: Biomechanical etiology of the so-called idiopathic scoliosis (1995-2007) – connection with „syndrome of contractures” – fundamental information for pediatricians in program of early prophylactics. Surg Sci 2014; 5: 33-38.
18. Karski T., Karski J.: Biomechanical etiology of the so-called idiopathic scoliosis (1995-2007). Causative role of „gait" and „permanent standing 'at ease' on the right leg". New classification. Principles of new therapy and causal prophylaxis. Can Open Med Sci Med J 2015; 1: 1-16.
19. Karski T., Karski J.: „Syndrome of contractures and deformities" according to prof. Hans Mau as primary cause of hip, neck, shank and spine deformities in babies, youth and adults. American Research Journal of Medicine and Surgery 2015; Vol. 1; Issue 2.
20. Karski T., Karski J.: Bóle krzyża – problem neurologiczno-ortopedyczny. Objawy, przyczyny, leczenie i profilaktyka. Neurol Prakt 2016; 4: 9-16.
21. Karski J., Karski T., Karska K., Pyrc J.: Ankle joint pathology of car drives and passengers. Case report. Am Res J Med Surg 2017; 1-12.
22. Karski T., Karski J.: Ankle joint, knee, hip distortion syndrome connected with the using of small cars. Ortho Res Online J 2017; 1-4.
23. Karski T.: Physiotherapy – correct, or incorrect, based on 'wrong principles of treatment'. Example for spine, hip, knee, shank and feet. Ortho Res Online 2017; 1-4.
24. Mittelmaier R., Neureuther Ch.: "Nordic walking" – całoroczny trening. Wydawnictwo RM, Warszawa 2011 (wydrukowano w Republice Czeskiej).
25. Mittelmaier R., Neureuther Ch., Neureuther F., Thurner B., Baur Ch.: "Nordic walking" – całoroczny trening, wyd. rozszerzone. Wydrukowano w Republice Czeskiej (2015).
26. www.ortopedia.karski.lublin.pl (dostęp: 13.06.2019).