

# Bolest dolních zad

*Muž, narozen v r. 1958, ředitel střední školy, přichází na doporučení mého pacienta pro bolest dolních zad. Hmotnost 95 kg, výška 175 cm.*

## Anamnéza

**Rodinná anamnéza:** bez zvláštností

**Osobní anamnéza:** vážněji nestonal, trvale se neléčí, chodil od října na rehabilitaci pro bolest v dolních zádech – bez účinku.

**Farmakologická anamnéza:** trvale léky žádné neužívá, bral NSA bez účinku.

**Alergická anamnéza:** alergie neudává

**Nynější onemocnění:** Od října 2011 bolesti a někdy parestzie po zadní straně levého lýtky, sfinktery ovládá. Při chůzi, protahování, cvičení cítí bolest, nemůže si lehnout na břicho, v noci pro bolesti špatně spí. Obtíže jej velmi trápí, špatně chodí, pro bolesti nemůže dlouho sedět, bolesti má i v noci, parestzie má stále. Užíval NSA, analgetika, ale bez většího účinku. Měl problémy s chůzí, měl špatný stereotyp chůze, který byl nápadný i dalším členům profesorského sboru. Sfincktery ovládá.

## Klinické vyšetření

**30. 1. 2012.** Krční páteř omezena o 1/3 do rotací, předklon volný, šije volná, poklep hrudní a bederní páteře nebolestivý, hypertonie hrudní a bederní oblasti, blokáda Th/L přechodu, spasmus vlevo 4 cm délky, Thomayer 30, úklony omezeny, bolestivé, Lassegue vpravo 80, vlevo 65 st., blokáda střední hrudní oblasti, paravertebrální (P-V) svaly v hypertonu v LS přechodu, m. gluteus maximus i medius vlevo s bolestivými spouštěčovými body (TrP), bolestivost kolem velkého trochanteru vlevo, leváda bolestivá. Křížokýčelní klouby (SI) pruží, nebolí. Na horních končetinách ramena anteflexe, abdukce 170, zevní i vnitřní rotace 80 stupňů, nebolestivé, lokty flexe 150, extenze 0, akra hybná, bez artritid. Na dolních končetinách kyčle volné, flexe 120, vnitřní rotace 25., zevní rotace 30, kolena – flexe 135, bez výpotku, extenze 0, talocrurální kloub s blokádami, prstce s blokádami II-IV bilaterálně. Slabší síla svalová při dorziflexi halluxu vlevo. Chodí bez opory.

Provedena manuální medicína – techniky měkkých tkání a mobilizace na boku do flexe dle Lewita 30 min, ošetření TrP laserem 6 J/cm<sup>2</sup>.

**Vizuální analogová škála (VAS) pro bolest při první návštěvě:** 8.

**Vyšetření zobrazovací metodou:** V říjnu měl provedeno vyšetření CT, kde výhrz ploténky L4/L5, L5/S1.

**Diagnóza:** Bolest dolních zad s radikulopatií L5.

## Léčba

**Návštěva 6. 2. 2012:** Pacient přinesl výsledek vyšetření EMG dne 6. 2. 2012: Neurografický nález vyšetřených nervů dolních končetin vykazuje sníženou amplitudu CMAP a nevýbavnost F vln při stimulaci m. peroneus sin., jako nepřímou známku radikulopatie L5. V jehlové EMG – nález v m. tibialis ant. a m. peroneus longus vlevo podporuje dg. radikulopatie L5.

Před týdnem po manuální terapii a laseru odjížděl odsud zlepšen, ještě byl na trakci, bylo mu lépe. Přes víkend měl 1 Paralen, v noci pro bolesti špatně spí.

**Klinický nález:** Thomayer 30, úklony omezeny, bolestivé, Lassegue 70 st. vlevo, P-V svaly v hypertonu v LS přechodu, v m. gluteus medius a maximus vlevo s bolestivými TrP, leváda bolestivá. SI pruží, nebolí, kyčle volné.

Provedeny techniky měkkých tkání LS oblasti, mobilizace na boku do flexe dle Lewita, 30 min, aplikace MD-ISCHIAL, MD-NEURAL po 1 ampuli do TrP a TeP, soft laser 6 J/cm<sup>2</sup>.

**Návštěva 9. 2. 2012:** Nemocný přichází na kontrolu, po minulé léčbě se cítí lépe, v noci spí, při chůzi má bolest v lýtku menší, nejhorší situace je po ránu.

**Klinický nález:** Thomayer 30, Lassegue vlevo 75 st., vpravo 80 st, bolestivost bederní oblasti je menší při vyšetření, bolestivost v hýždí při vyšetření přetrvává, kyčle volné.

Provedena manuální medicína včetně mobilizace na boku dle Lewita, soft laser 6 J/cm<sup>2</sup> na TrP. Aplikace MD-ISCHIAL, MD-LUMBAR po jedné ampuli do TrP a TeP.

**Návštěva 20. 2. 2012:** Subjektivně nemocný udává bolest pod kolenem vlevo a na horní části lýtky dorzálně, cítí se lépe po terapii, lépe se mu chodí.

**Klinické vyšetření:** Thomayer 10, hypertonie LS přechodu, Lassegue vlevo 75 st., kyčle volné, kolem velkého trochanteru vlevo bolestivost. V Th-L přechodu hyperalgetická zóna (HAZ), bolestivý spasmus vlevo s blokádou.



Provedena manuální terapie, laseroterapie a aplikace MD-ISCHIAL a MD-LUMBAR po jedné ampuli do TrP a TeP.

**Návštěva 27. 2. 2012:** Pacient se cítí se lépe, udává bolesti LDK pod kolenem jen občas. V noci se pro obtíže nebudí, po minulé aplikaci jej to ještě druhý den ještě bolelo, od dalšího dne zcela bez obtíží. Ve škole konstatují, že ředitel lépe chodí.

**Klinické vyšetření:** Lassegue vlevo 80, vpravo 80, síla svalová akrálně (dorziflexe halluxů téměř stejná), schopen chůze po špičkách, po patách, hypertonie LS přechodu a bolestivost v oblasti m. gluteus maximus a medius vlevo.

Vizuální analogová škála pro bolest: 0.

Provedena manuální terapie, laseroterapie, aplikace MD-ISCHIAL, MD-LUMBAR po 1 ampuli do TrP a TeP. Další kontrola stanovena po 4 týdnech.

**Klinické vyšetření při poslední návštěvě:**

Návštěva 26. 3. 2012: Pacient udává, že vše se zlepšilo, vydržel bez léčby delší interval, byl v divadle, měli tam horší sedačky, ale nohy mu neztěžkly. Sfincktery ovládá.

**Klinické vyšetření:** Thomayer 10, Lassegue 80 bilaterálně, palpační bolestivost LS přechodu není, jen u horní hrany pánve vlevo. Bez parézy.

Provedena aplikace MD-ISCHIAL a MD-LUMBAR, manuální terapie, bez laseru.

Kontrola byla stanovena za 2 měsíce.

VAS pro bolest při poslední návštěvě: 0.

## Zhodnocení

U pacienta s prokázanou radikulopatií L5 vlevo byla prováděna léčba manuální medicínou – techniky měkkých tkání dle prof. Lewita a mobilizace na boku do flexe dle prof. Lewita 30 min, aplikace soft laseru do spouštěčových bodů 6 J/cm<sup>2</sup> aplikace MD-NEURAL, MD-ISCHIAL do spouštěčových bodů při první návštěvě, od druhé návštěvy aplikována MD-ISCHIAL a MD-LUMBAR – celkem 5 bodů, první týden 2x týdně, poté 1x týdně s přestávkou kvůli dovolené lékaře, poslední návštěva po 4týdenní pauze – celkem 5 aplikací s výborným výsledkem.