

PERIFERNÍ PROJEVY CERVIKOBRACHIÁLNÍHO SYNDROMU (CB SY., C-TH SY.) A JEJICH ZÁMĚNY.

**doc. MUDr Vladimír Kříž,
CeMR Centrum medicínské rehabilitace,
Kostelec n.Č.lesy,**

**Správné fungování celé páteře má svá klíčová místa.
Přechod mezi krční (C) a hrudní (Th) páteří je jedním z nejdůležitějších.**

**Časté poruchy v této oblasti mají jako jednu z příčin
v abnormálním mechanickém namáhání tohoto přechodu,
neboť se zde spojuje nejpohyblivější část páteře –
krční, s tuhou horní hrudní aperturou.**

**Oblast C-Th přechodu je úzce funkčně propojena s vegetativními centry v oblasti
krční a hrudní páteře i v oblasti prodloužené míchy a spodiny 4. komory mozkové, což
může způsobovat nejen trofické poruchy na horní končetině (poruchy prokrvení, edémy,
chladné nebo potící se prsty), ale i nauseu, zvracení, závratí, poruchy zraku i sluchu
(včetně tinnitu).**

**C-Th přechod ovlivňuje souhru hlubokých krátkých meziobratlových svalů,
které jsou rozhodující pro to, aby se pohyby páteře rovnoměrně rozkládaly na
jednotlivé segmenty.**

**Při poruše této souhry může dojít k přetížení kteréhokoliv úseku páteře,
a to při jakémkoliv pohybu nebo i spontánně.**

DIAGNOSTIKA PORUCH C-Th PŘECHODU

C-Th přechod má relativně málo receptorů pro bolest, takže často porucha na sebe neupozorní bolestí v místě příčiny (= nejsou bolesti C páteře).

Také omezení rotace v C-Th přechodu si často pacienti neuvědomují, protože tento pohyb vykompenzují rotací horní a střední C nebo horní Th páteře nebo jen pohybem očí.

(Hlavním cílem rotace páteře je podívat se někam!

Pohyb za účelem pohledu do stran a dolů je neomezen.

Potíže dělá až pohyb při pohledu vzhůru a do stran.)

Vlastní mechanická porucha hybnosti C-Th přechodu jednou z nejnáze orientačně diagnostikovatelných, a to šetrnou (ale s dotažením) rotací hlavy a krční páteře v maximálním záklonu. Poruchu tohoto pohybu může snadno zjistit lékař jakéhokoliv oboru a dokonce i sám poučený pacient.

Rotace hlavy v záklonu bývá tradičně zakazovaným pohybem, neboť při ní při současných poruchách v C-Th přechodu mohou vznikat nejrůznější potíže, tradičně připisované vertebrobazilární insuficienci z útlaku a.vertebralis (závratě, pády, bolesti hlavy, bolesti mezi lopatkami).

V maximálním záklonu je však zablokovan pohyb horních $\frac{3}{4}$ C páteře. Také další příznaky, které se mohou objevit při tomto pohybu, např. bolesti v kříži či mezi lopatkami, bolesti či brnění projikující se do HK či DK nemohou být cévního původu.

Neplynulost, asymetrie, praskání či vrzání při tomto pohybu (které díky kostnímu vedení dříve slyší sám pacient než terapeut) jsou však nejčastěji projevem spondylartrózy přetěžovaného C-Th přechodu.

Jedním z častých příznaků je i viditelné nedostatečné prokrvení kůže typu kropenaté kůže dlaně a prstů (Kříž:syndrom kropenaté dlaně).

Méně častější je edém nad trnem C7, který, je-li ponechán delší dobu zvazivovatí. Lidově se mu říká „babí“ nebo vdovský“ hrb.

Nejčastějším příznakem poruchy C-Th je hypertonus šíjových svalů (s pocitem bolesti nebo jen tuhosti) a příznaky na horních končetinách

ZDROJE - PREVENCE

Poruchy často C-Th často vznikají

ze špatného uložení hlavy při spaní

(spaní na břicho,

spaní na boku s nedostatečně podloženou hlavou,

spaní na zádech s moc podloženou hlavou,

spaní vsedě v dopravních prostředcích či u TV „klimbnutí hlavy“)

déle trvajícím natočením hlavy do strany

(v práci, při poradách a schůzích, u televize či jiné obrazovky)

dlouhodobý předklon (event. i předsun) hlavy při práci, řízení auta aj.

Jiným zdrojem jsou prudké pohyby hlavy, např. při pádech či dopravních úrazech.

Také dlouhodobá extrémní poloha hlavy v záklonu při narkóze (ale též u kadeřnice nebo zubaře) může vyvolat dysfunkci C-Th přechodu.

Na horní končetině mohou vést projevy dysfunkce C-Th přechodu (včetně jeho vegetativní komponenty) k mylným diagnózám a následně špatné léčbě následujících syndromů.

Na HK:

Sy. karpálního tunelu

Epikonkylitidy

Bolestivé rameno

Jiné tunelové sy. na HK

Jiné vegetativní projevy na HK

(otoky, poruchy prokrvení, studené ruce, potivé ruce aj.)

Syndrom karpálního tunelu.

K této dg. mohou vést: parestezie, bolest, poruchy cití, poruchy prokrvení, edém, či poruchy jemné motoriky v oblasti prstů, které mohou postihovat všechny prsty, jen ulnární nebo radiální nebo střední prsty ale i kterýkoliv z nich jednotlivě. Jedná-li se opravdu o tento syndrom, neměly by být už žádné poruchy nad zápěstím: a to příznaky subjektivní (anamnéza), klinické (manuální vyšetření páteře) a laboratorní.

Laboratorním vyšetřením je sice nejčastěji EMG, ale prakticky dostupnější a levnější jsou metody měření kožního odporu (Akudias, Stimul, Rebox).

Neměla by být samozřejmě ani blokáda v oblasti C-Th přechodu. Uvědomíme-li si totiž, že vegetativní komponenta CB sy. může vést k edému, tedy včetně edému v karpálním tunelu, musíme akceptovat, že i „pravý sy. karpálního tunelu“ může mít jedinou a primární poruchu v oblasti C-Th přechodu. Léčit v tomto případě sy karpálního tunelu (jako sekundární poruchu) lokálně, např. aplikací kortikoidů, nebo dokonce uvolňující operací, není příliš logické, etické a ekonomické. Přimlouvám se tedy, aby platila zásada, že takto nebude primárně léčen žádný pacient, pokud u něho nebyla vyloučena porucha v C-Th oblasti. Pokud tam tato porucha je, musí být primárně léčena adekvátními metodami. Teprve až potom, zvláště jestliže příznaky přetrvávají, je možné uvažovat o léčbě lokální, ať již prostředky fyzikální terapie, jehlou či skalpelem. Je to také o tom, že by každý lékař, zabývající se pohybovým systémem, měl umět alespoň orientačně diagnostikovat poruchu C-Th přechodu a poslat s ní pacienta k odborníkovi pro rehabilitační a myoskeletální medicínu, dříve než ho pošle na EMG či další vyšetření a než ho začne léčit metodami svého oboru, včetně celkové i lokální medikamentózní léčby.

Epikondylitidy.

Bolest v oblasti radiálního či ulnárního epikondylu (tenisový či oštěpařský loket) je rovněž

často iniciována poruchou v C-Th oblasti. I porucha C-Th přechodu může manifestovat bolestivým loktem a třeba i po neobvyklé zátěži. Kybernetická představa vertebrogenních poruch spočívá v tom, že svaly v důsledku pozměněných nervových impulzů pracují inkoordinovaně a tudíž jejich bříška, šlachy, ale především úpony jsou zatěžovány nerovnoměrně. Je-li k tomu ještě porušena jejich trofika (což rovněž způsobuje vegetativní složka CB sy), je jejich fragilita ještě větší. Platí zde tedy totéž, jako u předchozího syndromu. Napřed je vždy nutné vyšetřit a ošetřit páteř a teprve potom je možné teprve léčit lokálně.

A platí to nejen pro obstríky a operace, ale i o předpisy lokálních aplikací fyzikální léčby na bolestivé místo. Z nich ultrazvuk na bolestivý epikondyl je stále běžně ordinovanou terapií nerehabilitačních lékařů, ačkoliv je tato aplikace uvedena v kontraindikacích ultrazvuku v každé učebnici. Je-li porucha v C-Th oblasti, nemá smysl bez jejího odstranění aplikovat na končetinu ani další fyzikální procedury jako např. DD, IF či TENS proudy, pulzní magnetoterapii, laser, vířivou lázeň, masáž, podvodní masáž, ale ani kineziterapii (léčebnou tělesnou výchovu), reflexní terapii (techniky měkkých tkání) nebo ergoterapii (léčbu prací).

Pro vertebrogenní etiologii svědčí současný příznak spontánně či jen palpačně bolestivého úponu m. deltoideus, nad nímž nacházíme i změny kožního odporu. Ty nám pomohou najít a odstranit bolestivé body na končetině (a nejen v místě spontánní bolesti). Jejich odstranění (ale až po manuální úpravě poměrů na páteři a event. hlavičky radia) je prevencí recidiv. Tato jednoduchá diagnostika umožňuje i cílenou aplikaci fyzikální léčby na místa sekundárních poruch. Kdo ji používá, je často překvapen, kam až tyto změny zasahují.

Bolestivé rameno.

Příčin bolestivého ramene je mnoho, ne všechny jsou snadno diagnostikovatelné. Pokud je však bolest v oblasti ramene spojena s poruchou C-Th přechodu (a k tomu často i s poruchami horní a střední hrudní páteře), začínáme vždy léčbou páteře. Pro primární poruchu v oblasti páteře svědčí např. to, že pacienta bolí aktivní pohyb v rameni (nejčastěji anteflexe nad určitý úhel, někdy v rozsahu od 30-ti, jindy třeba až od 120-ti stupňů), ale tentýž pohyb provedený pasivně nebolí, není omezen a nebolí ani pasivní rotace v ramenním kloubu. Toto platí obzvláště při vzniku potíží. Trvají-li bolesti ramene dlouho, často nejde odlišit, zda bylo primární postižení ramene či páteře a musíme léčit současně obojí.

Pouřazové stavy.

Občas se setkáme s poruchami C-Th přechodu po úrazech horní končetiny, někdy zcela banálních, jako je Collesova zlomenina nad zápěstím, kontuze ramene či fraktura klíční kosti.

(Platí to samozřejmě i po úrazech jiných oblastí těla.)

Zde je dobré, nechat si popsat mechanismus úrazu, protože zvláště při pádech a při dopravních nehodách je často přehlédnuto současné poškození krční páteře buď švihovým mechanismem nebo naopak prudkým stažením krčních svalů, jako obrannou reakcí proti úderu do hlavy. Potíže z poruchy krční páteře se většinou projeví až později, protože akutní bolest z úrazem postižené oblasti přehluší bolest z traumatizované oblasti páteře. Také člověk je často po úrazu imobilizován nebo spontánně omezí svůj pohybový režim, a příznaky jemných poruch funkce páteře se objeví až při obnově pohybového režimu nebo při rehabilitaci.

Poruchy páteře mohou být i zde primární (vzniklé současně při úrazu) nebo sekundární, vzniklé během léčby nebo hojení traumatu. Bolesti horní končetiny mohou být někdy úplně, jindy částečně způsobeny, nebo udržovány také přetrvávající poruchou krční páteře. Tato porucha se také může podílet na rozvoji takzv. algoneurodystrofického syndromu (Sudeckova skvrnitá osteoporóza).

Orientační vyšetření krční páteře by mělo být u těchto pacientů pravidlem u každého lékaře a zvláště pak při rehabilitaci specialistou.

Dysfunkce C-Th přechodu může komplikovat specializovanou nebo spontánní rehabilitaci i u mnoha dalších postižení. Může být totiž příčinou **poruch rovnováhy - závratí**, eventuálně i následných pádů nebo jen obavy z nich. Občas totiž pacienti z tohoto důvodu, který si ale třeba ani neuvědomují, vědomě či podvědomě omezují svůj pohybový režim, např. jen na dobu přítomnosti doprovodu. To komplikuje nácvik posazování, postavování i chůze nejen po úrazech dolní končetiny ale i u lidí po chirurgických operacích bez vztahu k pohybovému systému. Závratě či pocit nejistoty zvláště při změnách polohy, při nichž se mění i poloha hlavy, jsou tedy dalším případem, kdy je potřeba věnovat pozornost krční páteři.

Dysfunkce CTh může být i

**spouštěcím či udržujícím mechanismem
pro dysfunkce vyšších i nižších úseků páteře**
(včetně jejich projevů.)

**PROTO PŘI JAKÉKOLIV AVIZOVANÉ PORUŠE
JINÉHO ÚSEKU PÁTEŘE (ALE I HLAVY A KONČETIN)
BYCHOM MĚLI
VYŠETŘIT MECHANICKOU FUNKCI C-TH .**

**POKUD OBNOVENÍM MECHANIKY PÁTEŘE
DOJDE K VYMIZENÍ ČI ÚSTUPU POTÍŽÍ,
JE TO POTVRZENÍ MECHANICKÉ ETIOLOGIE,**

PACIENT NEMUSÍ BÝT JINAK LÉČEN
(medikamenty, klid či dokonce fixace, obstríky, operativa)

ANI (nákladně a dlouhodobě) VYŠETŘOVÁN

doc. MUDr Vladimír Kříž, 281 63 Kostelec n.Č.lasy, Kutnohorská 46, tel. 321 679 950,