



ORSZÁGOS SPORTEGÉSZSÉGÜGYI INTÉZET, REHABILITÁCIÓS ÉS FIZIOTERÁPIÁS OSZTÁLY, BUDAPEST  
\* SEMMELWEIS EGYETEM, CSALÁDORVOSI TANSZÉK, BUDAPEST

## A DERÉKFÁJÁS MEGELŐZÉSE, KEZELÉSI ÉS REHABILITÁCIÓS LEHETŐSÉGEI

DR. PERÉNYI GIZELLA–DR. DANI VILMOS\*

A derékfájás az egyik leggyakoribb mozgásszervi panasz. A szerzők a panaszok jelentkezésén, tüneteiben és diagnosztikus problémáin túl tárgyalják a megelőzés, a kezelés és a rehabilitáció lehetőségeit a hazai és külföldi irodalom tükrében, saját munkájuk negyedszázados gyakorlatának és tapasztalatának összegzésével. A derékfájdalmak megelőzésében hangsúlyozzák a statikai, az anatómiai rendellenességek korai kiszűrésének és a gyermekkortól végzett rendszeres testmozgásnak, tornának – szükség esetén gyógytornának – a fontosságát. Az idült, illetve a gyakran ismétlődő heveny fájdalmak esetén a komplex rehabilitációs kezelés alkalmazását tartják a legeredményesebb terápiának. Ez a gyógyszeres, fizio- és balneoterápia mellett mindig magában foglalja a rendszeresen végzett testmozgást, az irányított gyógytornát és a pszichés vezetést is.

Derékfájásnak nevezzük a törzs háti oldalán, a bordaívek és az ülőgumók közti területen jelentkező, leggyakrabban a mozgásszervek struktúrájából (csont, ízület, szalagok, lágyszövetek, izomzat) kiinduló fájdalmat.

A derékfájás az egyik leggyakoribb mozgásszervi panasz (1., 2., 4.). A családorvosi rendeléseken a betegek 12–15%-a jelentkezik ezzel a tünettellel, mely gyakran okoz munkaképtelenséget, jelentősen növelve a betegállományban töltött napok számát. A szakrendeléseken (reumatológia, ortopédia, rehabilitációs szakambulancia) a betegek 40–45%-át derékfájós betegek teszik ki. A felnőtt lakosság 80–85%-a életében legalább egyszer szenvedett már több napig tartó, életvitelét is befolyásoló derékfájástól (3).

### A derékfájás megelőzése

Köztudott, hogy a gerinc egy működési egységet képez a nyakunktól a lumbális-szagrális szakaszig. Az is ismert, hogy a gerinc mozgásainak legkisebb építőkövei nem a csigolyák, hanem az ún. *mozgásszervek* (segmentum mobile). Egy-egy ilyen mozgási (funkcionális) egységet két csigolya és az azokat összekötő porc-

korong, az intervertebrális kiscsontok, valamint az egésztest rögzítő szalagok és izmok alkotják. Ha ezek közül bármely anatómiai képlet kórosan megváltozik, ez maga után vonja a többi elváltozását is, ami megváltoztathatja a szegmentum stabilitását, s alapja lehet a fájdalom kialakulásának (2., 5.).

Ennek ismeretében már óvodás kortól kezdve, de különösen kisiskolás és serdülő korban, amikor a csont- és izomrendszer kifejlődik, fokozottan kell figyelniük a felnövekvő nemzedék egészséges testi fejlődésére. A derékfájdalom *primér prevenciója* során fel kell hívjuk a szülőket, az érdekeltek figyelmét arra, hogy a mozgásszegény életmód, a televízió, a videó és számítógépek előtt töltött aránytalanul sok idő, a gyermekkorban emelkedő tendenciát mutató elhízás, mind hajlamosít a gerinc tartási rendellenességeinek kialakulására. Orvosi feladat a statikai (pl. lúdtalp), vagy anatómiai rendellenességek (scoliosis, Scheuermann-kór) időben történő kiszűrése és megfelelő kezelése.

A legfontosabb feladat azonban a derék izomzatának fejlesztése, a szervezet hajlékonyságának, rugalmasságának, állóképességének, terhelhetőségének a fokozása (2). Ezt pedig csak rendszeres és irányított testedzéssel, sportolással lehet elérni. Minden tőlünk telhető meg kell tennünk annak érdekében, hogy az érdekeltek (szülők, testnevelők, iskolaigazgatók, edzők, sportvezetők, önkormányzati felelősök stb.) teremtsék meg annak a feltételeit, hogy a 6–18 éves generáció *minden tagjával ismertessük meg a rendszeres testmozgás örömét*. Legyen az számukra életforma. Tudjuk, hogy ez nem csak a derékfájás elsődleges megelőzésében kulcsfontosságú kérdés, de a későbbi szív- és koszorúér megbetegedések, a cukorbetegség, a magas vérnyomás, az elhízás, az egyéb mozgásszervi megbetegedések, a pszichés és addiktológiai kórképek kialakulásának megakadályozásában (Mens sana in corpore sano!) is óriási jelentőséggel bír (6).

A rendszeresen sportoló fiatalok közül fokozottan kell figyeljünk azokra, akik aszimmetrikus terheléssel járó sportágat űznek (pl. a dobó atléták, teniszezők, vívók,

kenuzók). Ha edzéseiket nem kellő szakértelemmel vezetik, a törzs, a végtagok féoldalal terhelése izomzatuk aszimmetrikus fejlődéséhez vezethet, ami későbbi gerincpanaszok alapja lehet (2., 5.). A mindenki számára ajánlható rendszeres úszás és a szimmetrikus törzserősítés nekik is kellő védelmet biztosít.

### A panaszok jelentkezése

A fájdalom nagyon gyakran hirtelen, pl. egy rossz mozdulatot követően, igen hevesen kezdődik. Mászor néhány nap alatt fokozatosan alakul ki és eredményez jelentős mozgáskorlátozottságot. Az intenzív fájdalom ellenére mindkét típus javulhat, gyógyulhat (olykor spontán, minden beavatkozás nélkül is) relatíve rövid idő alatt, de gyakran találkozunk elhúzódó, a kezelésekre rosszul reagáló esetekkel is. Sok betegnél tapasztaljuk az akut fájdalom jelentkezésének gyakori visszatérését, kiújulását.

A legfontosabb teendőnk minden esetben a fájdalom eredetének tisztázása. A mozgásszervi eredetű derékfájás jellemző tünetei alapján kizárhatjuk az egyéb kórokokat (1., 3.). Mik ezek a típusos tünetek?

1. A fájdalom mozgásra, terhelésre jelentkezik, illetve a testhelyzet befolyásolja annak erősödését, csökkenését. A vese, ill. húgyúti fájdalom, mely a derékba is sugárzik, a mozgástól függetlenül, nyugalomban is jelentkezik. A hasnyálmirigy tumor fájdalomkerülő flexiós kénysertartása is jellemző, ezt észlelve gondolnunk kell erre a lehetőségre. Keresztcsonti, farkcsonti állandó fájdalmat végbél körüli elváltozás okozhat.
2. A csigolyák, az intervertebrális rések, a paravertebrális izomzat, ill. a sacroiliacalis ízület nyomásra, ütögetésre érzékenyek.
3. A gerinc mozgásai beszűkülnek, antalgias – fájdalomkerülő – kénysertartás alakul ki.
4. Egy, vagy kétoldali paravertebrális izomspazmust észlelhetünk, körülírt, vagy diffúz nyomásérzékenységgel.
5. A hasi folyamatoktól eltérően – ahol a fájdalmak irradiációja a lapocka felé, az alsó háti, deréktáji régióra, vagy inguinális irányba történik – mozgásszervi eredet esetén a fájdalom sugárzása főleg a fartájra, a csípő felé, ill. az alsó végtagba irányul. Ezeket a területeken zsibbadás is jelentkezhet.

A nem mozgásszervi eredet tisztázására akut fájdalom esetén a vizelet vizsgálata gyors differenciáldiagnosztikai segítséget jelenthet. Elhúzódó fájdalmak jelentkezésekor nők esetében a ginekológiai okot mindig ki kell zárni. A kórtörténeti adatok értékelése alapján a hasi ultrahang és/vagy röntgen vizsgálat, a széklet ismételt ellenőrzése, valamint proktológiai konzílium is indokolt lehet (4., 7.).

Mivel a depresszió, az anxiétas, valamint a tartós stresszhelyzet gyakori oka az elhúzódó derékfájásnak, illetve tudjuk, hogy a meglévő panaszokat ezek a

pszichogén tényezők jelentősen rontani képesek, fontos, hogy az előzményeket kutató kérdéseink során feltárjuk ezeket a kórosi lehetőségeket is.

### Diagnózis

Az anamnézis pontos felvétele ebben az esetben is fontos. A fájdalom kezdete, kialakulásának körülményei, helye, erőssége, provokálhatósága, kisugárzása; mind fontos kérdések. Jelentkezik-e zsibbadás, érzészavar, izomgyengeség? Köhögés, tüsszentés fokozzák-e a fájdalmat? Van-e vizeleti, székelési zavar? Fentebb már volt szó róla: van-e hangulati és alvászavar, szorongás, kimerültség, családi vagy munkahelyi konfliktus-szituáció?

Fizikális vizsgálat. A levetkőztetett beteget először állva, nyújtott térdekkel, zárt lábakkal vizsgáljuk. Így érzékelhetjük az antalgias tartást, a lumbális lordózis változásait, az esetleges szkoliózist, a medence szintjét és a paravertebrális izomzat állapotát. Ha az oldalhajlás szimmetrikusan szűkül be spondylosis, osteoporosis, Bechterew-kór lehet az ok. Gyakoribb a laterálflexió egyoldali fájdalommal járó aszimmetrikus beszűkülése, ilyenkor discopathia, discus protrusió, kisízületi disztortió, illetve az ezek által okozott radiculopathia lehet az ok (1., 3.). Állva vizsgálhatjuk a gerinc, a sacroiliacalis ízület valamint a derék izomzatának nyomásérzékenységét, fájdalmát is.

A beteget hátára fektetve vizsgáljuk tovább. A csípő-ízületek, a térdek, a bokák és a lábujjak erő ellenében történő mozgatása, a reflexek és az érzészavarok vizsgálata segíti véleményünk pontosítását. Leggyakoribb vizsgálataink közé tartozik a Laségue-tünet ellenőrzése. Helyesen úgy végezzük, ha egyik kezünket a beteg térdére helyezük, hogy azt teljesen nyújtva tartjuk, a másik kezünkkel a sarok alá nyúlva lassan emelni kezdjük a végtagot. Fennálló elváltozás esetén a beteg egy magasság elérésekor éles, a vizsgált végtagba sugárzó fájdalmat jelez, mely a végtag továbbemelését lehetetlenné teszi.

A vizsgálat olyannyira közsímet, hogy gyakran észleljük a tünetek „túl-játszását”. Aggraváció gyanúja esetén a Bechterew-tünettel objektíválhatjuk a fájdalom valódiságát. Az egyik kezünket a nyújtott térddel hátán fekvő beteg térdeire tesszük (megakadályozva ezek hajlítását), majd a másik kezünkkel ülő helyzetbe segítjük. Ha nyújtott térddel fel tud ülni anélkül, hogy fájdalom jelentkezne, a beteg szimulálja a Laségue-tünetet.

Képalkotó eljárások. A korrekt diagnózis felállításához a részletes anamnézis és a körültekintő fizikális vizsgálat mellett gyakran szükség van kiegészítő, ún. képalkotó vizsgálatok elvégzésére. Ezek a röntgen, a komputertomographia (CT), mágneses rezonancia (MR) és a szcintigráfia. Igénybevetelük – jól körülhatárolt indikációs területekkel – általában a szakkonziliáriusok javaslata alapján történik. Indokoltak, ha a kezelés ellenére

a fájdalom fokozódik, elhúzódóvá válik, vagy gyakran ismétlődik, illetve ha idősebb (55 év feletti) betegnél a daganat, vagy az osteoporózis lehetősége fennáll. Fontos tudnunk, hogy e vizsgálatokkal jelzett kórosnak ítéltető eltérés nem jelent minden esetben valós betegséget. Óvnunk kell az arra hajlamos betegeinket, hogy egy pozitív Rtg., vagy MR lelet alapján egész életükre betegnek, mi több rokkantnak képzeljék magukat!

A laboratóriumi vizsgálatok a már említett urológiai eltérés észlelésén túl gyulladásos, fertőzőes, daganatos és anyagcsere megbetegedések felismerésében nyújthatnak segítséget.

### A mozgásszervi eredetű derékfájás kezelése

**Konzervatív kezelés.** A terápia elsődleges célja a fájdalom csökkentése, megszüntetése, a funkciók helyreállítása és, ha ez lehetséges, a kiváltó ok megszüntetése.

**Akut fájdalom** esetén a megfelelő gerincszakasz **nyugalomba helyezése** már eredményes lehet. Kemény alapú fekhelyen történő fekvés, szükség esetén párnák segítségével történő kitámasztás nyugtató, fájdalomcsökkentő hatású.

Fontos elvi szempont, hogy arra tanítsuk meg betegeinket, csak addig legyenek ágyhoz kötöttek, amíg a fájdalom lehetetlenné teszi mozgásukat. Javasoljuk, hogy óvatosan bár, de legyenek annyira aktívak, amennyire csak lehet. Fokozatosan próbálják folytatni napi tevékenységüket. Ebben segítségükre lehet, ha gerincfűzőt rendelünk számukra, melyet főleg az akut szakban és közvetlenül a nagy fájdalom enyhülésekor indokolt viselni.

Ha nem jelentkeznek radikuláris tünetek lokális hyperaemizáló kenőcsök, pakolások (pl. Ritex) alkalmazása, a derék melegen tartása indokolt. A betegek gyakran ismétlődő kérdésére a válasz: a meleg fürdő ilyenkor ellenjavallt! Gyógyszeresen egyszerű fájdalomcsillapítók, nem-szteroid gyulladáscsökkentők és izomrelaxánsok adása javasolt. Injekciók adására ritkán van szükség.

Ha radikuláris tüneteket is észlelünk (a fájdalom lesugárzik az alsó végtagba, a Laségue-tünet pozitív, zsibbadás, érzészavar, reflexeltérés jelentkezik, izomműködési zavarok lépnek fel) a fenti kezeléseken túl, megfelelő képzettség esetén, lokális injekciók adása is szóba jön. A paravertebrális izomzatba megfelelően adott Lidocain a kóros izomgörcsöt oldhatja, megszüntetve ezzel a fájdalom circulus vitiosusát. Kifejezett, makacs radikuláris tünetek esetén a periradiculáris Lidocain-szteroid kombináció csökkenti a gyök körüli oedémát és a fájdalmat. Csak gyakorlattal és kellő óvatossággal alkalmazzuk. A fájdalom a nem-szteroid gyulladáscsökkentők és az izomrelaxánsok mellett olykor ópiátok adását is szükségessé teszi. Intézeti körülmények között gyakran adják a panaszok enyhítésére a fenti

gyógyszereket kombináltan tartalmazó ún. ischiász-infüziót. Az óvatos, fokozatos mobilizálás mellett fájdalomcsillapító, funkció-javító, fizioterápiás eljárásokat is javasolhatunk.

Minden esetben fontos feladatunk a beteg kellő pszichés vezetése, a betegségtudat kialakulásának csökkentése.

A későbbi panaszok kivédése érdekében feltétlenül meg kell tanítani minden derékfájós betegünket arra, hogy megfelelő (megtanult) **rendszeres tornával, úszással**, ha az indokolt, testsúlycsökkentéssel, a fájdalmak kiújulási esélye jelentősen csökkenthető. Ki kell használnunk a rendszeres testmozgás szomatikus és pszichés pozitív hatásait: a panaszos izomzata megerősödik, törzse stabilizálódik, mozgása, munkavégzése könnyebbé válik, megszabadul szorongásaitól, betegségtudata mérséklődik, majd megszűnik.

**Krónikus derékfájdalmat** leggyakrabban a gerinc degeneratív betegségei és statikai rendellenességei okoznak. Igazolt azonban, hogy az idült derékfájásban szenvedők között szignifikánsabban magasabb a depresszió előfordulása. Az ő esetükben – a polipragmázia veszélyét elkerülve – a fájdalomcsillapítók, a mellékhatások figyelembevételével intermittálva adagolt nem-szteroid gyulladáscsökkentők és izomlazítók adása mellett, (a szakkonziliárius tanácsát kikérve) antidepresszánsok adása is indokolt. Ebbe az ördögi körbe (ti. mi volt előbb: a derékfájás, vagy a depresszió?) különösen sikeresesen tudunk belépni, ha elérjük, hogy a beteg – akár segítséggel is, de – rendszeresen tornázzék, éljen a balneoterápia lehetőségével, járjon uszodába.

Legjobb eredményt olyan komplex kezeléstől várhatunk, amely magába foglalja a helyes életmódra (élet és munkastílusra) történő nevelést, a folyamatos, pozitív életérzést sugalló pszichoterápiát, a rendszeres tornát és úszást, valamint szükség esetén a megfelelő gyógyszeres beavatkozást.

**Műtéti kezelés.** A gerincműtétek abszolút indikációját jelenti a cauda-szindróma kialakulása (kétoldali lumboscialgia, vizelési, székelési zavarok jelentkezése, perianális anesztézia fennállása), illetve a frissen kialakult, súlyos alsó végtagi parézis (3). Relatív indikáció esetén (mint pl. a nem befolyásolható, vagy alig csökkenő fájdalom, vagy a hosszan tartó enyhébb fájdalom, mely mögött igazolt discus hernia van) a műtéttel érdemes várni, mert a türelmes komplex kezelés gyakrabban jár kielégítő eredménnyel, mint a műtét.

### Az idült derékfájós beteg rehabilitációja

A rehabilitáció természetesen mindig magában foglalja a szükség szerinti fájdalomcsillapítást, az izomspazmusok oldását megfelelő gyógyszerekkel, a fizioterápiát (ultrahang, iontoforézis, meleg pakolások), a helyi relaxációt célzó masszázst, az általános relaxáció

érdekében végzett pszichés vezetést és a mozgásterápiát.

Ez utóbbi során az izomegyensúly helyreállítása, az izmok működésének, erejének és állóképességének a helyreállítása a cél. Az egyensúlyt szimmetrikus gyakorlatok végeztetésével, az erőt, ellenállás alkalmazásával, az állóképességet, az egyes gyakorlatok ismétlésével, egyre hosszabb ideig való gyakorlásával fokozhatjuk (8). Minden esetben, gyakorlott, jól felkészül gyógytornászok irányításával, tanulják meg a betegek a végzendő gyakorlatokat. Fontos alapelv, hogy a beteg minden új gyakorlatot lassan, az egyes izomcsoportra, az új mozgásra koncentrálni végezzen. A tanulási folyamat során az irányítás mellett biztonságot szerezve már otthonában is folytathatja rendszeres tornáját.

A rehabilitáció része, hogy a betegek irányítás mellett gyakorolják és tanulják meg a mindennapi élettevékenységükhöz szükséges helyes mozgásmintákat is (emelés, leülés/felállás, ágyból felkelés, hajlás, fordulás stb.). Ennek a komplex programnak az eredményeként remélhető a panaszok teljes megszűnése, a beteg életminőségének hosszú távú javulása.

#### IRODALOM

1. Gömör Béla, Bálint Géza (szerk.): Reumatológia: Derékfájás (310-326. oldal) Medicina, Budapest, 1989.
2. Per A.F.H. Renström: Handbook of Sports Medicine and Science, Tennis: Spine Injuries (204-222 oldal). Blackwell Science Ltd., Oxford, 2002.
3. Vízkelety Tibor, Szendrői Miklós (szerk.): Ortopédia: A gerinc és a törzs deformitásai és funkcionális zavarai (45-96 oldal). Springer-Verlag, Budapest, 1996.
4. John F. Beary III., Charles L. Christian, Norman A. Johanson (szerk.): Reumatológiai zsebkönyv: Derékfájdalom (133-141. oldal). Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, 1993.
5. Leif Sward: The Thoracolumbar Spine in Young Elite Athletes. Sports Medicine 13(5), 357-364. 1992.
6. A gyermekek és a fiatalok fizikai aktivitásának előmozdítása. Egyetértési nyilatkozat. FIMS XXVII. Sportorvos Világ-

kongresszus, 2002 Budapest. Sportorvosi Szemle, 43(3-4) 142. oldal, 2002.

7. Andrew Frank: Derékfájás. Lege Artis Medicinae, 4(2), 108-119. old., 1994.

8. Huszár Ilona, Tringer László, Kulmann Lajos (szerk.): Rehabilitáció az orvosi gyakorlatban. Sport és rehabilitáció (Czeplédi Károly). Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Psychotherápiás Klinika, (198-203. oldal), Budapest, 1999.

#### TESZTKÉRDÉSEK

##### 1. A derékfájás megelőzésének legfontosabb módszere:

- a) Derékfűző rendszeres használata fizikai munkavégzéskor.
- b) A derékből történő hajlámelzés, illetve a hideghatások és a huzat kerülése.
- c) A mozgás örömeinek megtanítása, a törzs, a derék izomzatának fejlesztése gyermekkortól kezdve, a rendszeres testmozgás, sportolás.

##### 2. Heveny fájdalom esetén milyen hosszú ágynyugalmat javasolunk?

- a) Minimum egy hetet.
- b) Nem szükséges fektetés.
- c) Amíg a fájdalom indokolja. A kínzó fájdalom enyhülésével egy időben az óvatos, fokozatos mobilizálást javasoljuk.

##### 3. A krónikus derékfájás leghatásosabb gyógymódja:

- a) Rendszeres isziász infúzió.
- b) A szükséges gyógyszeres kezelést, a fizioterápiát, a rendszeres tornát, úszást, valamint szükség esetén a betegségtudatot csökkentő pszichoterápiát is magába foglaló komplex kezelés.
- c) Lokálisan, paravertebrálisan adott Lidocain+sztteroid injekció.

##### A helyes válaszok: c.

- c.
- b.