

## OCENA SKUTECZNOŚCI TESTÓW KLINICZNYCH W DIAGNOSTYCE DYSKOPATII ŁĘDŹWIOWEGO ODCINKA KRĘGOSŁUPA

Tomasz TITTINGER, Tetiana BOJCZUK, Grzegorz PRZYSADA

*Uniwersytet Rzeszowski, Wydział Medyczny, Instytut Fizjoterapii  
(Polska)*

**ОЦІНКА ДОСТОВІРНОСТІ КЛІНІЧНИХ ТЕСТІВ У ДІАГНОСТИЦІ ДИСКОПАТІЇ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА** Томаш ТІТТІНГЕР, Тетяна БОЙЧУК, Гжегош ПШИСАДА (*Університет Жешовський, Медичний відділ, Інститут фізіотерапії, Польща*)

**Анотація.** Праця присвячена порівнянню результатів комп'ютерної томографії і магнітно-ядерного резонансу з висновками окремих клінічних діагностичних тестів. Обстежено групу хворих, які перебували на лікуванні у неврологічному відділенні лікарні MSWiA у Жешові. Причиною госпіталізації був біль у поперековому відділі хребта.

У праці подано опис і проведено порівняння достовірності діагностичних тестів. Дослідження дало підстави вибрати найвірогідніший тест для діагностики патології поперекового відділу хребта. Показано різну діагностичну цінність клінічних тестів, а також проведено аналіз ситуацій, які утруднюють диференційну діагностику патології поперекового відділу хребта.

Отримані результати дали підстави дійти певних висновків і порівняти їх з даними літературних першоджерел, у яких обговорюються проблеми діагностики патології поперекового відділу хребта.

**Ключові слова:** хребет, поперековий відділ, дископатія, діагностика.

**Wstęp.** Narząd ruchu jest zdecydowanie najczęstszym źródłem bólu odczuwanym przez człowieka i to nie tylko, dlatego, że stanowi on trzy czwarte masy ciała. Będąc zależny od naszej woli, właśnie za pomocą zdolności odczucia bólu broni się on przed działaniami uszkadzającymi, jednocześnie informując o istnieniu zaburzeń w jego obrębie. Mechanizm ten uzewnętrznia się w momencie ostrego bólu dolnej części kręgosłupa, gdy cierpiąca osoba porusza się utrzymując sztywno zgiętą sylwetkę w kierunku, który nie zwiększa dolegliwości. Zjawisko to pozwala na zminimalizowanie odczucia bólu i nie wykonywanie ruchów i czynności oddziaływujących w sposób niekorzystny na objęte procesem patologicznym tkanki. Analizując to można dojść do wniosku, iż ból jest naszym sprzymierzeńcem i pomimo cierpienia, jakie jest z nim związane daje nam dużo cennych wskazówek podczas procesu diagnostyki i leczenia [1, 3, 4, 6].

Skutecznie poprowadzona terapia umożliwia szybką eliminację dolegliwości bólowych i maksymalne skrócenie czasu rekonwalescencji. Takie przebieg choroby jest jednak możliwy jedynie w przypadku szybkiego i celnego rozpoznania oraz zlokalizowania pierwotnej przyczyny odczuwania bólu. W praktyce okazuje się jednak, że bardzo często nie jest to łatwe pomimo dużego zasobu dostępnych sposobów diagnostycznych. Niejednokrotnie podczas próby dokładnego bardziej kompleksowego zbadania pacjenta wykonuje się wiele różnych działań diagnostycznych, które często dostarczają niejasne, a nawet niekiedy wykluczające się wyniki. Zjawisko to jest podstawą do powstania wielu pytań odnoszących się do prawidłowości, skuteczności i praktycznego zastosowania wybranych metod diagnostyki medycznej i fizjoterapeutycznej [5, 8, 9, 14].

Dokładne obrazowanie wnętrza ludzkiego ciała za pomocą wysoko zaawansowanej aparatury diagnostycznej ma jednak również swe niekorzystne strony. Niewątpliwie jest to badanie drogie i często mało dostępne w mniejszych słabo rozwiniętych miastach. Poza niekorzystnym wpływem radiacji na organizm człowieka, mowa tu również o interpretacji badania radiologicznego przez pacjenta oraz jego emocjonalnego nastawienia do choroby po zapoznaniu się ze szczegółowym opisem wyników badania. Opis w swej treści, która bardzo szczegółowo przedstawia wszelkie odstępstwa od przyjętych norm może przerażać pacjenta i wywierać niekorzystny wpływ na efekty terapii.

Często, bowiem obserwuje się zjawisko nadmiernego przykładania wagi do rozpoznania schorzenia ustalonego na podstawie opisu badania radiologicznego. Stwarza to ogromne utrudnienia w drodze do uzyskania poprawy stanu zdrowia osoby leczonej [11].

Należy pamiętać, że nawet najdoskonalsze badanie radiologiczne ukazuje tylko struktury anatomiczne badanego i leczonego pacjenta, a jest to jedynie część całości, jaką jest człowiek. Praca ta oparta na rzetelnych badaniach klinicznych jest próbą zwrócenia uwagi na konieczność traktowania każdego pacjenta w sposób holistyczny oraz indywidualny. Taki sposób postępowania podczas diagnostyki jak i całego procesu rehabilitacji jest bliższa do osiągnięcia celu, jakim jest sprawność ruchowa i psychiczna pacjenta [13].

#### **Cel pracy:**

1. Określenie stopnia skuteczności wybranych testów klinicznych w odniesieniu do badania radiologicznego.
2. Wskazanie najskuteczniejszych i najmniej skutecznych testów.
3. Ustalenie kierunku, w którym powinny zmierzać dalsze badania podejmujące problematykę dyskopatii lędźwiowej.

**Material i metoda.** Grupa badawcza składała się ze 100 pacjentów z oddziału neurologicznego szpitala MSWiA w Rzeszowie. Celem hospitalizacji była diagnostyka i leczenie dolegliwości bólowych kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego oraz innych objawów takich jak bóle okolicy miednicy i kończyn dolnych.

Do grupy osób objętych badaniem porównawczym zakwalifikowano pacjentów obu płci w przedziale wiekowym od 20 do 60 roku życia. Podczas pobytu w oddziale wszyscy opisani pacjenci zostali poddani badaniu radiologicznemu metodą tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego. Wynikiem tego badania było postawienie rozpoznania oraz sporządzenie dokładnego opisu przez lekarza radiologa. Pacjenci przeszli również standardową diagnostykę fizykalną wykonaną przez lekarza specjalistę neurologa, który podczas badania wykonał badanie odruchów głębokich. W celu uzupełnienia diagnostyki pacjenci zostali zbadani dodatkowo przez fizjoterapeutę, który posłużył się badaniem objawu Lasegue'a, testu dwóch wag, próby chodu na palcach lub piętach, testem kaszlu oraz wywiadem na temat zaburzeń mikcji i defekacji.

Do ewidencji wyników użyto specjalnie do tych celów sporządzonej karty badań. Po zakończeniu części badawczej karta badań służyła jako podstawa do wyliczenia wartości statystycznych, które zostały przedstawione jako stopień korelacji poszczególnych badań do badania radiologicznego.

**Wyniki.** W grupie 100 pacjentów wykonano badanie diagnostyczne kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego metodą rezonansu magnetycznego lub tomografii komputerowej. Lekarz specjalista radiolog w 52 przypadkach opisał dyskopatię jednego lub więcej dysków oraz jego ucisk lub kontakt z korzeniem nerwowym. Daje to 52 % z pośród całej grupy badawczej pacjentów zgłaszających dolegliwości bólowe kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego lub okolicy miednicy.

Z całej grupy 100 osób przyjętych na oddział neurologii z powodu dolegliwości bólowych kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego u 76 osób stwierdzono radiologiczne zmiany w obrębie dysków międzykręgowych w postaci dehydratacji jądra miażdżystego, uwypuklenia się pierścienia włókniściego (protrusiu disci intervertebralis) i wypadnięcia jądra miażdżystego (prolapsus nucleii pulposi) lecz tylko u 52 pacjentów opisano konflikt dyskowo korzeniowy.

Badanie metodami rezonansu magnetycznego i tomografii komputerowej wykazuje, że ze wszystkich osób cierpiących na dolegliwości bólowe dolnego odcinka kręgosłupa zdecydowana większość posiada zmiany chorobowe w obrębie przynajmniej jednego z dysków lędźwiowych. Do bardziej zaawansowanych zmian, będących przyczyną konfliktu dyskowo-korzeniowego doszło u ponad połowy z wszystkich pacjentów, u których rozpoznano dyskopatię.

Z grupy 100 badanych osób metodami radiologicznymi wykryto u 52 pacjentów konflikt dyskowo-korzeniowy w tym u 15 z nich obejmował on segmenty L<sub>3</sub>-L<sub>4</sub>. Wszystkie osoby zostały poddane badaniu odruchów neurologicznych ze ściętna mięśnia czworogłowego uda. Neurolog zanotował 12 osób, u których stwierdził zaburzenie w badanych odruchach, co stanowi 12 % z całej badanej grupy. Z 12 przypadków występowania nieprawidłowości zaobserwowanych przez neurologa w 3 przypadkach pokrywało się z rozpoznanym uciskiem korzenia przez dysk w segmentach L<sub>3</sub>-L<sub>4</sub>.

Badaniem tym skutecznie wykryto tylko 3 opisane konflikty dyskowo-korzeniowe, co stanowi zaledwie 20 %. Z wszystkich istniejących konfliktów dyskowo-korzeniowych nie wykryto 12 przypadków opisanych przez radiologa.

Ciekawym zjawiskiem jest fakt, iż zanotowano z całej grupy 100 osób 7 przypadków wystąpienia zaburzeń w odruchach kolanowych u osób, u których badanie radiologiczne nie stwierdziło żadnej patologii w obrębie badanej okolicy. Świadczy to o często występujących zaburzeniach w odruchach ze ścięgna mięśnia dwugłowego uda nie spowodowanych uszkodzeniem korzenia nerwu w przebiegu wypadnięcia jądra miazdzystego.

Z grupy 100 badanych osób metodami radiologicznymi wykryto u 52 pacjentów konflikt dyskowo-korzeniowy w tym u 45 osób był on w segmentach L<sub>5</sub>-S<sub>1</sub>. Wszyscy pacjenci zostali poddani badaniu odruchów neurologicznych ze ścięgna Achillesa. Specjalista neurolog przeprowadzając badanie stwierdził zaburzenie w odruchu u 18 osób, co stanowi 18 % z całej badanej grupy. Ze wszystkich 18 przypadków, gdzie wynik badania odruchów stwierdził nieprawidłowości, 9 pacjentów miało rozpoznany przez radiologa konflikt dyskowo-korzeniowy w segmentach L<sub>5</sub>-S<sub>1</sub>. Skuteczność tego badania w grupie 45 pacjentów z opisanym uciskiem korzenia nerwowego w segmentach L<sub>5</sub>-S<sub>1</sub> to 20 %. Badanie tego odruchu nie ujawniło 36 przypadków ucisku korzenia opisanych przez radiologa.

W przypadku badania odruchów ze ścięgna Achillesa neurolog zanotował 7 przypadków wystąpienia zaburzeń w odruchach skokowych osób, u których badanie radiologiczne nie stwierdziło żadnej patologii w obrębie badanej okolicy.

Z grupy 100 badanych pacjentów metodami radiologicznymi wykryto u 52 osób przypadek dyskopatii, w wyniku której doszło do ucisku korzenia nerwowego, 45 z tych osób miało konflikt w obrębie segmentów L<sub>5</sub>-S<sub>1</sub>. Wszyscy pacjenci zostali poddani badaniu objawu Lasegue'a. Fizjoterapeuta badający pacjentów zanotował pozytywny objaw Lasegue'a w 40 przypadkach. Z wszystkich 40 pozytywnych objawów u 9 pacjentów objaw Lasegue'a zanotowany był po stronie uciśniętego korzenia nerwowego. Stanowi to skuteczność badania objawu Lasegue'a na poziomie 20 %. W 36 przypadkach nie stwierdzono dodatniego objawu Lasegue'a mimo występującego konfliktu dyskowo-korzeniowego w segmentach L<sub>5</sub>-S<sub>1</sub>. Wykazano tym porównaniem małą skuteczność testu Lasegue'a w wykrywaniu istniejących konfliktów dyskowo-korzeniowych.

W całej grupie 100 pacjentów pozytywny objaw Lasegue'a stwierdzono w 20 przypadkach u osób, u których nie rozpoznano w badaniu radiologicznym żadnego konfliktu dyskowo-korzeniowego.

W całej grupie 100 osób, które zostały poddane badaniu testem stania i chodu na palcach zanotowano 8 przypadków, w których badający stwierdził zaburzenie. W grupie 52 osób mających radiologicznie rozpoznany ucisk korzenia nerwowego przez dysk, zanotowano 45 ucisków korzenia w segmentach L<sub>5</sub>-S<sub>1</sub>. Test stania i chodu na palcach dał pozytywny wynik u 8 pacjentów w tym 4 osoby posiadały opisany konflikt dyskowo-korzeniowy w segmentach L<sub>5</sub>-S<sub>1</sub>. Stanowi to jedynie 8,8 % skuteczności tego testu.

Z całej grupy badanych tym testem w 3 przypadku stwierdzono pozytywny objaw u osoby niemającej żadnej patologii w badanej okolicy. Świadczy to o stosunkowo dużej częstotliwości występowania tego objawu z innej przyczyny niebędącej wynikiem ucisku korzenia nerwowego w przebiegu dyskopatii.

W całej grupie 100 osób, u których wykonano badanie testem stania i chodu na piętach zanotowano 10 przypadków, w których badający stwierdził zaburzenie. W grupie 52 osób mających radiologicznie opisany ucisk korzenia przez dysk 15 z nich miało swoją lokalizację w segmentach L<sub>3</sub>-L<sub>4</sub>. Pozytywny objaw testu w grupie tych 15 osób wystąpił u 5 z nich. Stanowi to 33,3 % skuteczność tego testu w wykrywaniu ucisków korzeni nerwowych w przebiegu dyskopatii. Za pomocą tego testu badający terapeuta nie stwierdził żadnych trudności w wykonaniu próby stania i chodu na piętach u 10 osób ze stwierdzonym uciskiem korzenia nerwowego przez dysk. Porównanie to dowodzi 66,6 % nieskuteczności tego testu w wykrywaniu przypadków, gdzie dochodzi do ingerencji struktury dysku w swobodny przebieg korzeni nerwowych.

W 6 przypadkach pozytywne objawy testu wystąpiły u osób u których specjalista radiolog nie rozpoznał żadnej patologii w obrębie badanej okolicy. Świadczy to o częstym występowaniu pozytywnego wyniku tego testu u osób z inną przyczyną jego występowania.

W całej grupie na 100 badanych u 37 osób zanotowano zaburzenie w równomiernej dystrybucji wagi ciała. Stanowi to 37 % z wszystkich pacjentów poddanych temu badaniu. W grupie 52 osób, którym specjalista radiolog rozpoznał konflikt dyskowo-korzeniowy zjawisko nie dociążania kończyny po stronie uciśniętego korzenia nerwowego wystąpiło 13 razy. Świadczy to o 25 % skuteczności tego testu w wykrywaniu ucisków korzeni nerwowych podczas dyskopatii. U 39 pacjentów mających konflikt dyskowo-korzeniowy objaw nie dociążania nie wystąpił lub pojawił się po stronie przeciwnej.

Objaw nierównej dystrybucji wagi ciała wystąpił u 18 osób, które nie miały stwierdzonej żadnej patologii w badanej okolicy. Świadczy to o licznie występujących innych przyczynach mających wpływ na wynik testu 2 wag.

Z grupy 100 badanych osób metodami radiologicznymi wykryto u 52 pacjentów konflikt dyskowo-korzeniowy. Wszystkie osoby zostały zapytane podczas wywiadu o ewentualne występowanie problemów podczas mikcji lub defekacji. W grupie 52 osób, którym radiologicznie stwierdzono konflikt dyskowo-korzeniowy 3 pacjentów zgłosiło problemy. Stanowi to 5,7 % częstotliwości występowania tego objawu u pacjentów z radiologicznie rozpoznany konflikt dyskowo-korzeniowym. Wszystkie 3 osoby, u których wystąpił objaw miały rozpoznany radiologicznie konflikt dyskowo-korzeniowy. Stanowi to znikome występowanie tego testu u pacjentów z dyskopatią. Lecz jeżeli objaw wystąpi jest wysoce prawdopodobne, że istnieje konflikt dyskowo-korzeniowy.

Z grupy 100 badanych osób metodami radiologicznymi wykryto u 52 pacjentów konflikt dyskowo-korzeniowy. Wszyscy pacjenci zostali poddani testem na występowanie objawów korzeniowych podczas próby kaszlu. Fizjoterapeuta wykonujący badanie zanotował 24 przypadki wystąpienia objawu korzeniowego podczas przeprowadzonej próby. Stanowi to 24 % z całej grupy pacjentów objętych tym badaniem. W grupie 52 pacjentów, którym stwierdzono radiologicznie konflikt dyskowo-korzeniowy objaw ten wystąpił 14 razy. Jest to wynik dający skuteczność wysokości 26,9 %.

Podczas przeprowadzonego badania objaw korzeniowy został zgłoszony przez 10 osób, które nie miały stwierdzonej żadnej patologii w badanej okolicy. Świadczy to o dużej subiektywności tego badania.

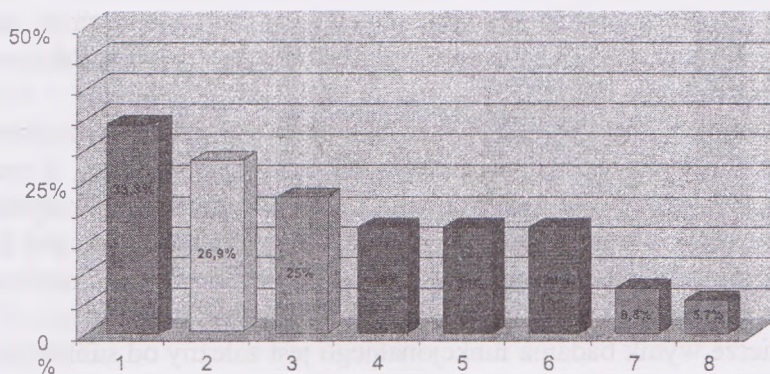
**Dyskusja.** Podczas całego badania użyto w celu porównawczym wyniki badań radiologicznych oraz wyniki 8 testów wykonanych przez lekarza neurologa i fizjoterapeutę. Wyniki zebrane poprzez wykonanie testów zakwalifikowano jako subiektywne i przyrównano je do wyników otrzymanych metodami radiologicznymi. Określono przydatność poszczególnych testów klinicznych w diagnostyce odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa oraz procentową skuteczność w wykrywaniu istniejących konfliktów dyskowo-korzeniowych (ryc. 1).

W zestawieniu wszystkich wykonanych testów do wyniku badania radiologicznego najskuteczniejszy w wykrywaniu istniejącego konfliktu dyskowo-korzeniowego okazał się test chodu na piętach (33,3 %). Jako drugi najskuteczniejszy test okazał się test kaszlu (26,9 %). Niewiele mniej skuteczny od testu kaszlu okazał się test dwóch wag (25 %).

Trzy testy uzyskały identyczną skuteczność (20 %), były to: test Lasegue'a oraz badania odruchów skokowych i kolanowych. Bardzo niewielką skutecznością wykazał się test stania i chodu na palcach (8,8 %). Zdecydowanie najmniej skuteczne było występowanie zaburzeń mikcji i defekacji (5,7 %).

Jednym z najpopularniejszych i najczęściej stosowanym testem w poradni pierwszego kontaktu, gabinecie fizjoterapii jak i w poradni neurologicznej w diagnostyce bólu krzyża jest test Lasegue'a. Przeprowadzone badanie udowodniło jego niską skuteczność oraz częste występowanie w przypadkach, gdzie nie stwierdzano w obrazie radiologicznym istotnych zmian patologicznych.

Jakimowicz określa jako najczęstszą przyczynę bólów krzyża i kończyny dolnej – wypadnięcie jądra miazdżystego tarczy międzykręgowej z uciskiem na korzonek nerwowy L<sub>5</sub> lub S<sub>1</sub>, natomiast objaw Lasegue'a jest stałym objawem uszkodzenia korzonka L<sub>5</sub> albo S<sub>1</sub> [4].



Rycina 1. Porównanie skuteczności przeprowadzonych testów

- 1 – test stania i chodu na piętach,
- 2 – test kaszlu,
- 3 – test dwóch wag,
- 4 – test Lasegue’a,
- 5 – badanie odruchów kolanowych,
- 6 – badanie odruchów skokowych,
- 7 – test stania i chodu na palcach,
- 8 – zaburzenie mikcji lub/i defekacji

Rakowski twierdzi, że wypadnięcie jądra miazdżystego dysku międzykręgowego jest najczęstszym zaburzeniem ruchomości jednostki ruchowej, a wypadnięcie jądra doprowadza do uciśnięcia korzenia – ów konflikt korzeniowo-dyskowy to główna przyczyna bólu [12].

Badanie dowiodło iż powodem nieuzasadnionych radiologicznie przypadków stwierdzenia pozytywnego objawu Lasegue’a jest podobieństwo symptomów towarzyszącym innym dysfunkcjom. Najczęściej jest to zmniejszenie zdolności rozciągania mięśni kulszowo-goleniowych lub podrażnienie mięśnia gruszkowatego. Oba te zjawiska mogą do złudzenia przypominać rwę kulszową w przebiegu dyskopatii z uciskiem korzenia nerwowego. Na przykładzie wyżej wymienionego testu oraz jego procentowej skuteczności nasuwa się wniosek o konieczności wykonania wielu testów podczas diagnostyki funkcjonalnej.

W celu określenia szans na postawienie prawidłowej diagnozy posługując się wszystkimi wyżej wymienionymi testami sprawdzono ich występowanie u osób z radiologicznie rozpoznanym uciskiem korzenia nerwowego. U 71,7 % pacjentów z uciskiem korzenia nerwowego przynajmniej jeden z testów dawał pozytywny wynik. Jest to wysoki wynik, choć nie w pełni zadowalający. W przypadkach tych jednak przeważały sytuacje gdzie z wszystkich 8 testów tylko 1 lub 2 sygnalizowały konflikt dyskowo-korzeniowy. Taki obraz kliniczny uzyskany przez diagnostę nie umożliwia łatwego podjęcia decyzji o charakterze rozpoznania.

Lewitt określa zaburzoną czynność w narządzie ruchu jako najczęstszą przyczynę bólu, a zmiany morfologiczne nie muszą stanowić uzasadnienia dla większości bólów powstających w narządzie ruchu [7].

Dodatkowo czynnikiem utrudniającym postawienie prawidłowej diagnozy jest świadomość częstego występowania pozytywnych wyników w testach u pacjentów bez stwierdzonej radiologicznie patologii w badanym odcinku. Nierzadkim zjawiskiem jest również brak znaczących objawów bólowych jak i korzeniowych w przypadkach dużych wypadnięć jądra miazdżystego i bezdyskusyjnego ucisku na korzeń nerwowy.

Minta, Szapołow, Permoda, Śliwiński odnotowali malejącą wraz z wiekiem badanych i czasem trwania choroby częstość występowania dodatnich testów korzeniowych, a nieaktywny zespół korzeniowy wystąpił u około połowy badanych [10].

Hak, Stadnicki, Janiszewski zwracają uwagę na psychogenne czynniki, które mogą być przyczyną funkcjonalnych zaburzeń w narządzie ruchu a uwarunkowania psychiczne mają wpływ na poziom i charakter odczuwanego bólu [2].

Analizując wyniki przeprowadzonych badań funkcjonalnych oraz obserwując wnioski innych autorów podejmujących badanie tego problemu możemy stwierdzić, iż proces diagnozowania dolegliwości bólowych kręgosłupa jest procesem bardzo złożonym. Z przeprowadzonego badania wynika, że opieranie rozpoznania jedynie na wynikach testów klinicznych jest działaniem ryzykownym. Dzieje się tak jednak bardzo często ze względu na wysokie koszty i niedostateczną dostępność badań obrazowych.

W dużej mierze wynik badania funkcjonalnego jest zależny od subiektywnych odczuć pacjenta, których podłożem często jest stan psychiczny. Rzutuje to bezpośrednio na manifestowany przez chorego obraz symptomów co znacznie wpływa na wynik przeprowadzanego w danej chwili badania.

Nie wolno nam zapominać o tym, że człowiek to nie maszyna lecz ciało ściśle powiązane z duszą. Ludzkie emocje bez względu na to czy są one pozytywne czy nie, nigdy nie są obojętne dla ciała. Chcąc skutecznie diagnozować, leczyć czy rehabilitować należy traktować każdego pacjenta w sposób holistyczny.

### Wnioski

1. Metoda rezonansu magnetycznego i tomografii komputerowej jest drogim lecz obiektywnym sposobem weryfikacji konfliktów dyskowo-korzeniowych.
2. Test stania i chodu na piętach uzyskał wynik najbliższy wynikom badania radiologicznego.
3. Występowanie zaburzeń mikcji i defekacji w każdym z zaistniałych przypadków pokryło się z obrazem radiologicznym lecz z objaw ten nie występuje często.
4. Wykonanie maksymalnej ilości testów zwiększa wiarygodność i skuteczność badania.
5. Badanie fizjoterapeutyczne powinno zawsze uwzględniać wyniki badań radiologicznych i być uzupełnione testami funkcjonalnymi.
6. Istnieje potrzeba prowadzenia dalszych badań, których celem będzie określenie najsukcesyjniejszej i najbardziej dostępnej metody diagnostycznej.

### Piśmiennictwo

1. Gburka Z. Zespół bólowy dolnego odcinka kręgosłupa – diagnostyka, profilaktyka, rehabilitacja, orzecznictwo / Gburka Z. // G IG. – Katowice-Ustroń, 1994. – S. 7 – 48; 56 - 66.
2. Hak A. Wpływ statyki miednicy na postawę ciała w aspekcie terapii manualnej / Hak A., Krawczyńska J., Kamińska E., Czerwiak G. // Biomed – Głogów, 2005. – T. 9, nr 1, 2. – S. 52 - 55.
3. Hawrylak A. Ruchomość kręgosłupa lędźwiowego u osób z bólami dolnego odcinka kręgosłupa / Hawrylak A. // Fizjoterapia Polska. –Warszawa: Medsportpress. 2004. – nr 2. – S. 100 - 106.
4. Haxby Abbott J. Naturalny przebieg ostrego bólu krzyża / Haxby Abbott J. // Rehabilitacja Medyczna. – Kraków, 2003. – T. 7, nr 2. – S. 9 - 16.
5. Katz R. T. Ocena stopnia uszkodzenia i niepełnosprawności w przypadku bólów krzyża / Katz R. T. // Rehabilitacja Medyczna. – Kraków, 2001. – T. 5, nr 4. – S. 23 - 46.
6. Kiwerski J. Bóle kręgosłupa: podręcznik dla Ciebie / Kiwerski J., Fiutko R. : – Warszawa: PZWL, – 1997. S. 24 – 66; 72 - 73.
7. Legwant Z. Diagnostyka różnicowa bólów krzyża / Legwant Z., Śliwiński. // Medycyna Manualna. – Głogów, 1997. – T. 1, nr 1. – S. 20 - 22.
8. Mataczyński K. Anatomia czynnościowa dolnego odcinka kręgosłupa – dysfunkcje, objawy kliniczne, prognozowanie i wybór terapii / Mataczyński K. – Zamość: Centrum Badawczo-Szkoleniowe WSZiA, 2004. – S. 13 - 23.
9. McGill S. M., Poprawianie skuteczności ćwiczeń fizycznych w stosowanych w bólach krzyża / McGill S. M. // Rehabilitacja Medyczna. – Kraków, 1999. – T. 3, nr 4. – S. 44 - 64.
10. Milanowska K. Rehabilitacja medyczna. – Warszawa: PZWL 2001. – S. 140 - 155 .

11. Rakowski A. Potencjał holistycznego modelu terapii manualnej we wspomaganiu leczenia chorób organicznych oraz terapii chorób pseudoorganicznych / Rakowski A. // *Medycyna Manualna*. – Głogów, 2004. – T. 8, nr 3, 4. – S. 29 - 34.
12. Rakowski A. Kręgosłup w stresie / Rakowski A. – Gdańsk: GWP, 2002. – S. 72 – 88; 122 - 126.
13. Rakowski A. Miejsce modelu holistycznego terapii manualnej w medycynie / Rakowski A. // *Biomed*. – Głogów, 2004. – T. 8, nr 1, 2. – S. 3 - 16.
14. Śniegocki M. Terapia przepukliny krążka międzykręgowego odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa / Śniegocki M., Kasprzak H. A., Łukowicz M., // *Fizjoterapia Polska*. – Warszawa, 2002. – nr 2. – S. 128 - 133.

## ОЦЕНКА ДОСТОВЕРНОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ТЕСТОВ В ДИАГНОСТИКЕ ДИСКПАТИИ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Томаш ТИТТИНГЕР, Тагьяна БОЙЧУК, Гжегош ПШИСАДА

*Жешовский Университет, Медицинский отдел, Институт физиотерапии  
(Польша)*

**Аннотация.** Исследование посвящено сравнению результатов компьютерной томографии и магнитно-ядерного резонанса с выводами некоторых клинических диагностических тестов. Исследована группа больных, пребывавших на лечении в неврологическом отделении больницы MSWiA в Жешове. Причиной госпитализации был болевой синдром в поясничном отделе позвоночника.

В статье приведено описание и произведено сравнение достоверности диагностических тестов. Исследование обосновало выбор наиболее значимого теста для диагностики патологии поясничного отдела позвоночника. Показана различная диагностическая ценность клинических тестов, а также проанализированы ситуации, осложняющие дифференциальную диагностику патологии поясничного отдела позвоночника. Полученные результаты послужили обоснованием выводов и обеспечили возможность сравнения их с данными литературных первоисточников, в которых обсуждаются проблемы диагностики патологии поясничного отдела позвоночника.

**Ключевые слова:** позвоночник, поясничный отдел, дископатия, диагностика.

## OCENA SKUTECZNOŚCI TESTÓW KLINICZNYCH W DIAGNOSTYCE DYSKOPATII LĘDŹWIOWEGO ODCINKA KRĘGOSŁUPA

Tomasz TITTINGER, Tetiana BOJCZUK, Grzegorz PRZYSADA

*Instytut Fizjoterapii, Wydział Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego  
(Polska)*

**Streszczenie.** Przedstawiona praca zawiera porównanie wyników badań tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego z wynikami wybranych testów klinicznych. Badanie zostało przeprowadzone na grupie 100 pacjentów, którzy przebywali w oddziale neurologicznym szpitala MSWiA w Rzeszowie. Powodem hospitalizacji był ból odcinka lędźwiowego kręgosłupa.

W pracy opisano i porównano skuteczność poszczególnych testów diagnostycznych. Badanie to umożliwiło wybranie najskuteczniejszego testu służącego do diagnozowania odcinka lędźwiowego kręgosłupa. Podczas badania porównawczego wykazano małą zbieżność wyników wykorzystanych metod diagnostycznych, oraz przedstawiono sytuacje utrudniające diagnostykę różnicową kręgosłupa lędźwiowego.

Uzyskane wyniki posłużyły do wyciągnięcia wniosków i porównania ich z literaturą podejmującą problem diagnostyki odcinka lędźwiowego kręgosłupa.

**Słowa kluczowe:** kręgosłup, odcinek lędźwiowy, dyskopatia, diagnostyka.

## EVALUATION OF THE CLINICAL TESTS SIGNIFICANCE FOR DIAGNOSTICS OF LUMBAR SPINE DYSCOPATHY

Tomash TITTINGER, Tetyana BOYCHUK, Gzhegosh PSHYSADA

*Zheshuw University, Medical Department, Institute of the Physical Therapy  
(Poland)*

**Annotation.** This research include comparison results of computer tomography and magnetic resonance with selected clinical tests. Research was realized on group of 100 patients who were in neurological ward of MSWiA Rzeszów hospital. Reason of hospitalization was low back pain.

This work describe and compare effectiveness individual diagnostics tests. Research has enabled election of test of most forceful serviceman for lumbar spine diagnosing. During comparative research was proved insignificant convergence between results of both methods and present situations making difficult differential diagnostics of lumbar spine.

Gotten results have been of service for extracting conclusion and comparison of their with literature taking problem of lumbar spine diagnostics.

**Key words:** lumbar spine, dyscopathy, diagnostics.