

Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

DOPORUČENÉ POSTUPY PRO PRAKTICKÉ LÉKAŘE

Projekt MZ ČR zpracovaný ČLS JEP za podpory grantu IGA MZ ČR 5390-3

Reg. č. a/109/074

Bolesti zad vertebrogenního původu

Autor: Doc. MUDr. Ivan Müller, CSc.

Spoluautor: MUDr. Pavel Kacerovský

Gesce: Česká spondylochirurgická společnost ČLS JEP

Oponenti: MUDr. Vladimír Medek

MUDr. Karel Linhart

Doporučené postupy. Projekt MZ ČR zpracovaný ČLS JEP za podpory grantu IGA
MZ ČR 5390-3 Copyright © 2001, ČLS JEP.

Jiné užití než pro vlastní potřebu návštěvníků [www stránek ČLS JEP](http://www.cls.cz/dp)
(<http://www.cls.cz/dp>) není dovoleno.

I. Vertebrogenní syndromy jsou choroby mající původ v páteři a přilehlých strukturách od příčin a prognózy banální až po závažné a život ohrožující stavy.

Podle lokalizace se dělí na bolesti hrudní a na bolesti bederní páteře. Bolesti krční páteře vyžadují vlastní “Doporučené postupy”.

Epidemiologická charakteristika je zajímavá, protože tato onemocnění jsou vázána na moderní změny prostředí (“cultural shift”) a na stresy i biologicko-psychologicko-sociální problémy populace. Studie ze Southamptomu uvádí z 13.000 respondentů vzestup potíží s páteří za posledních 10 let z 36,4% na 49,1%. Jiné studie uvádějí, že 80% populace prodělalo alespoň jednu ataku bolestí zad a co je v moderní době závažnější, asi 75% dětí už má zkušenost s těmito bolestmi. Choroba tvoří asi 1/3 klientely praktických lékařů!

Z didaktických důvodů dělíme podstatu bolestí zad na :

- *myogenní* (lumbago, dorzalgie, trigger pointy s referenční oblastí bolesti, fibromyalgický syndrom apod. Skupina tohoto postižení je předmětem rehabilitace a zasloužila by si zvláštní “Doporučený postup”)
- *diskogenní* (onemocnění meziobratlových plotének, oblast spondylochirurgie a neurochirurgie, vyžaduje rovněž speciální “Doporučený postup”)
- *spondylogenní* (tkvící v patologii skeletu a kloubů páteře, na př. vrozené a získané vady páteře, poúrazové stavy, záněty páteře, degenerativní choroby, metabolická onemocnění páteře, tumory a metastázy páteře, iatrogenní postižení páteře “failed back”).

II. Klinický obraz páteřní bolesti spočívá v bolestech hrudní či bederní páteře různého stupně s vyzařováním do okolí (irradiující bolest) či bez vyzařování, závislé na pohybu a námaze s reflexními svalovými spazmy paravertebrálních svalů a omezením pohybu.

Pro lékaře jsou alarmující:

a/ klidové a noční bolesti (záněty a tumory)

b/ neurologické zejména narůstající příznaky s poruchou citlivosti a motoriky končetin a sfinkterovými potížemi (syndrom caudy = urgentní neurochirurgická a spondylochirurgická příhoda, jinak komplikace zánětů, tumorů a metastáz urgentního charakteru)

c/ nejasné bolesti břicha po vyloučení interních a chirurgicko-gynekologických potíží (hnisavé záněty páteře a plotének, zejména u dětí, hematomy po úrazech).

Postup při péči musí být obezřetný, je třeba zejména podrobnou anamnézou vyloučit rentové a psychosociální faktory včetně problémů pracovních a rodinných. V současné době je nutno myslet i na faktory drogových závislostí, AIDS atd. Je zajímavé, že podle southamptonské studie a údajů Coxe, je podíl těžce pracujících a “bílých límečků” na vzniku potíží přibližně stejný (19% a 16%). Časový faktor vzniku, závislost na aktivitě nemocných a případné potíže noční je nutno nepřehlédnout, stejně jako subjektivní pocit neobratnosti končetin. Nutné je i ověření funkce svěračů, změření teploty.

Následuje klasické klinické vyšetření obnaženého nemocného s palpací a poklepem, trakcí páteře, ověřením rozsahu pohybu, deformit, stavu kůže a její teploty, pátráním po svalových spasmech apod. Každý, tedy i praktický lékař, nesmí opomenout vyšetřit napínací manévry (na DK na př. Lasegueův manévr), základní šlachově okosticové reflexy (bicipitální a tricipitální na horní končetině, patelární a Achillovy šlachy na dolní končetině), vyšetření citlivosti a motoriky (špetka na ruce, výstup pata-špice na noze, překonání odporu pohybem palce nohy apod.).

Algoritmus diagnostiky bolesti zad lze řídit schematem Nachemsona 1982 a to

klinickým nálezem a dobou trvání potíží. Angloamerické zdroje zdůrazňují u nezávažných případů jen krátkodobý klid na loži a analgetizaci se suchým teplem, jinak rychlý návrat do práce a denních činností. Při pracovní neschopnosti a dlouhodobém klidu se až 5x zvyšuje riziko chronicity a “útěk” nemocného do invalidního důchodu!

Praktický postup:

a/ Bolesti do doby trvání 1 týdne - péče praktického lékaře s vyšetřením, dostatečná analgetizace (myorelaxancia u nás oblíbená zhoršují další aktivitu nemocných a pokud se podají, pak jen velmi krátce!), úlevová poloha na lůžku, suché teplo, pravidelné návštěvy praktického lékaře (nikoliv zaběhaný systém denního zvaní nemocného na středisko, což irituje stav a prodlužuje chorobu!). Po zmírnění potíží návrh rehabilitačního programu pro vertebropaty (škola zad, posílení svalového korzetu páteře a břicha cvičením, sensomotorická cvičení dle Klein-Vogelbachové na velkých míčích, speciální cvičení dle McKenzieho, cvičení na labilních plochách - kulových úsečích dle Freemana, plavání a cvičení ve vodě, před cvičením analgetické procedury fyzikální terapie).

b/ Bolesti trvající déle než 1 týden - úkolem praktického lékaře je kvalitní radiologické vyšetření páteře (nutné 2 projekce, případně boční funkční snímky v předklonu a záklonu), vyšetření neurologické a základní laboratorní screening (zejména markery zánětu = FW, CRP či tumorů = immunoELFO a další).

Terapie podle zjištěné příčiny :

1. *Vady* (vrozené a získané skoliózy, morbus Scheuermann) se léčí konzervativním či spondylochirurgickým postupem, využití protetických pomůcek = pásů, límců, ortéz, rehabilitační programy.
2. *Záněty* (zjištění etiologie navigovanou punkcí pod CT či rtg zesilovačem, případně transpedikulární biopsie s bakteriologickým a histologickým vyšetřením, antibiotika dlouhodobě podle citlivosti, klid a posléze ortéza s rehabilitačním programem. V poslední době se tato onemocnění léčí také radikálně spondylochirurgicky : odstraněním hnisavého ložiska, rekonstrukci páteře štěpy a fixatéry. Zvláštností je revmatická skupina zánětů, kde často zasahuje spondylochirurg korekčními osteotomiemi a stabilizací páteře (morbus Bechtěrev). Vhodná je i léčba konzervativní medikamentózní, obstríky, protetickými pomůckami a rehabilitačně - lázeňským programem. Při nestabilitách a neurologických lézích zásah spondylochirurgickou operací zpravidla s distrakcí, využitím kosterních štěpů ke spondylodéze a instrumentací. Problémem zůstávají recidivy zhruba o 2-3 let od operace způsobené jizvením epidurálních prostorů).
3. *Metabolické nemoci* (zejména osteoporóza, osteomalacie a hyperparatyreoidismus primární či sekundární) se řeší konzervativně po diagnostice denzitometrické a zjištění hladin osteomarkerů. Nejdůležitější je pohybový režim zajištěný rehabilitačním programem. Zlomeniny obratlů řešíme ortézami, (medikamentózní a dietní režim je dlouhodobou záležitostí).
4. *Tumory* zejména zhoubné, ale i benigní a nádorům podobné afekce (po diagnostice scintigrafické, CT, MRI a biopsii) řešíme radikálně spondylochirurgicky : odstraněním tumoru, náhradou odstraněné části kostními štěpy či armovaným kostním cementem a delší zpravidla zadní instrumentací.

Dolčujeme ortézami a onkologicky podle typu nádoru. Podobným způsobem ošetřujeme i metastázy páteře zejména pokud narůstá neurologická léze. Dosud se chybuje v pozdním odeslání takových nemocných z terénu do specializovaných spondylochirurgických center.

5. *Poúrazové stavy* velmi často vedou deformitou páteře k neurologickým, bolestivým a nestabilním problémům a jsou zpravidla (po dokonalém vyšetření včetně rtg, funkčních rtg, CT, MRI případně kontrastní perimyelografie /KPMG/) indikovány ke složitým etapovým předním a zadním spondylochirurgickým korekčním operacím. Lehčí stavy léčíme konzervativně úpravou životního režimu, ortézami a rehabilitačně – lázeňským programem.
6. Složitým problémem jsou *iatrogenní choroby páteře* /tzv. failed back/ po předchozích operacích meziobratlových disků či spondylochirurgických výkonech s chronickou bolestí, psychosomatickými a rentovými tendencemi. Indikace léčby musí spočívat kromě klinického také v důkladném psychologickém vyšetření, léčba zahrnuje pomůcky protetické, rehabilitační programy, spolupráci s psychologem (autogenní trénink, metoda AVS apod.), s ambulancí bolesti či neurochirurgem (funkční stereotaxe spinální). Všeobecně udávané výsledky léčby jsou nejisté.
7. Mnoho je případů *degenerativních poruch páteře* (olistézy, stenózy páteřního kanálu, spondyloartrózy) a ty se léčí konzervativně či chirurgicky.

c/ Nejasné a složité spondylogenní bolesti zad je nutné soustředit se k diagnostice, léčení, doléčení a dispenzarizaci do specializovaných center vybavených dokonalými týmy specialistů a komplementy.

Ošetřovatelská péče o nemocné s bolestmi páteře spondylogenního původu je náročná, vyžaduje zaškolený personál, skupinovou péči řídicí se dokonalými ošetřovatelskými standardy, u ležících nemocných neustálé polohování, boj s dekubity, plnění základních životních potřeb, psychoterapii, rehabilitační péči. U bolestivých stavů, onkologických a terminálních stavů je nutno zajistit dokonalou analegetizaci, pomoc rodiny a využití hospiců a dalších zařízení k humánnímu dožití.

Spondylochirurgická centra je proto nutné dostatečně vybavit zkušeným personálem zdravotních sester (bakalářů a magistrů), ošetřovatelek, pomocného personálu (sádrovníků) a technickými prostředky k ulehčení ošetřovatelské péče.

Pro ochrnutého nemocného počítá na př. britské středisko ve Stoke Mandeville s 5 členným týmem ošetřovatelek na 1 pacienta! Přitom jde o obsazením personálem na jednu směnu, pro trojsměnný provoz se jedná o 15 zdravotníků!

III. Prognóza většiny spondylogenních bolestí je příznivá, vyžaduje ale podrobné a dlouhodobé pohovory lékaře s nemocným, vysvětlení a navržení režimu, zdůraznění dobré prognózy. Negativní a malé informace spíše vedou k chronicitě potíží a invaliditám (jak je patrné z ukazatelů v západní Evropě). Prognóza onkologických nemocných se spondylochirurgickými výkony podstatně zlepšila oproti minulosti zejména ve spolupráci s týmem dalších odborníků (onkologů, radioterapeutů, psychologů).

Prevence spočívá v časném odhalení spondylogenních nemocí a jejich adekvátní terapii, ve stále odsuzované dispenzarizaci a zejména v koncentraci léčby složitých stavů ve spondylochirurgických centrech. Každý nemocný musí být “ manažérem svého zdraví” a z toho musí vycházet i zdravotnická osvěta, která je stále na slabé úrovni. Moderní způsob

života, stresy, nezaměstnanost, matřimoniální a další je třeba řešit úpravou životního režimu, spoluprací s psychology a rehabilitační medicínou. Nemalou míru zde hraje i ergonomie práce, úprava zdravého sezení a ležení, úprava pracovních sektorů, využití volného času ke zdravému sportování a pohybu, správné stravování a nakonec i dostatek odpočinku.

Posudková činnost je závažná, přísná hlediska udělování důchodů a činností naplňuje NACHEMSONŮV slogan: "Tak jako k letu ptáka je potřebný vzduch, tak ke zdraví člověka je potřebná práce!" U závažných spondylogenních onemocnění je třeba vytvářet pracovní místa s vhodným režimem a délkou pracovní doby, chráněné dílny a další opatření.

Sociální pomoc vyžadující především tíže postižení nemocní se spondylogenním onemocnění páteře včetně pobytů v lázních a rekondičních ozdravných pobytů v rehabilitačních zařizeních, přednostní péči a zájem úřadů práce, plnění zákona o povinnosti zaměstnávat tělesně postižené osoby atd. Nezastupitelná je práce sociálních pracovníků.

Dispenzarizace postižených byla zdůrazněna v předchozím textu, atomizací zdravotnických zařizení zejména soukromých se často rozpadla. Vážné spondylogenní onemocnění je třeba dispenzarizovat ve spondylochirurgických centrech, ale k tomu je nutná vybavenost archivů moderní technikou.

Následná péče o spondylogenní choroby spočívá v týmové spolupráci zejména s rehabilitační medicínou, ortopedickou protetikou, psychologickými poradnami, ergonomy práce a podniky zabývajícími se výrobou užitečného nábytku, zdravotních pomůcek atd.

B) Literární odkazy:

- 1/ Cox, J.M.: Low Back Pain, Mechanism, Diagnosis and Treatment. Baltimore 1998, Williams and Wilkins, VI.vydání, s. 735.
- 2/ Danneels, L.A., Vandersteaeten, G.G.: CT imaging of trunk muscles in chronic low back pain patients and healthy control subjects. Eur. Spine J. 2000, 9: 266 – 277
- 3/ Editorial: Dochází skutečně k "epidemii bolestí zad?" Medicina 2000, 7: 1 podle Lancet 2000, 355:1929 a Brit. Med.J. 2000, 320:1552.
- 4/ Trnavský, K., Kolařík, J. : Onemocnění kloubů a páteře v praxi. Praha 1997, Galén, vydání 1., s.417
- 5/ Mohr, P.: Bolí vás záda? České Budějovice 1993, Dona, 1. české vydání, s. 158

Praktický lékař :

1. *týden spondylogenní bolesti:*

- anamnéza, klinické a orientační neurologické vyšetření, klid, suché teplo, analgetizace, pravidelné návštěvy lékaře v bytě nemocného.

2. *týden spondylogenní bolesti:*

- odeslání k odborným vyšetřením, terapie podle doporučení odborníků

Specialista /ortopéd, neurolog, spondylochirurg/:

- anamnestické a podrobné klinické vyšetření
- radiogram páteře včetně funkčních snímků
- neurologické vyšetření, laboratorní vyšetření
- navržení terapie : medikamentózní, protetická, rehabilitačního programu ve spolupráci s rehabilitačním lékařem
- posudkové řešení – pracovní neschopnost ? či ambulantní léčení při zaměstnání?

Specializované centrum / potíže delší než 2-3 měsíce/:

- anamnestické a podrobné klinické vyšetření
- neurologické speciální vyšetření včetně elektrofyziologických metod
- psychologické vyšetření
- speciální paraklinická vyšetření: CT, MRI, celotělová scintigrafie, laboratorní vyšetření, densitometrie, biopsie s bakteriologickým a histologickým vyšetřením
- spolupráce s týmem dalších odborníků
- léčba – konzervativní, protetická, rehabilitační
 - spondylochirurgická, doléčení protetické, rehabilitační, případně onkologické