

Low back pain ?

Kříž V., Majerová V. (Jandův den 23.4.2015)

Low back pain, česky bolest v dolním úseku páteře, latinsky lumbalgie nepředstavují žádnou nosologickou jednotku ani syndrom.

Jsou jen vyjádřením subjektivního pocitu a sdělení pacienta, že ho bolí v bedrech či v kříži. Dříve se této oblasti také občas lidově říkalo cembr. I když v křížovkách se slovem cembr označuje jen srnčí hřbet.

Všechny výzkumné práce, zabývající se problémem bolestí dolního úseku páteře, pokud nespecifikují řadu dalších nálezů, jsou v podstatě nepoužitelné. Přesto se s touto diagnózou publikují kvanta sdělení o efektu různých terapií, od medikamentózních, přes různé druhy fyzikální terapie až po různé metody cvičení.

Antiflogistika, analgetika, myorelaxacia, antidepressiva a další působí tak široce, že mimo jiné oblasti mohou příznivě působit i na bolesti v bederní páteři.

Naopak různé druhy fyzikální terapie (ultrazvuk, různé elektroterapie, pulzní magnet, laser, rázová vlna) aplikované na bolestivou bederní páteř, působí zcela lokálně.

Při tom při řádném vyšetření celé páteře se velice zřídka jedná jenom o poruchu v bederní oblasti.

I pokud je zdroj potíží z této oblasti, dochází řetězením k obraným funkčním změnám na všech ostatních úsecích páteře.

Nebo naopak, změny ostatních úseků páteře mohou vyvolávat lumbalgie i v případech, kdy na bederní páteři žádné strukturální ani funkční změny nenajdeme.

A samozřejmě bolesti v bederní páteři mohou vyvolat i změny v nižších oblastech těla od pánve až po palec nohy.

Samotná bolest kteréhokoliv úseku páteře vyvolává reflexní stažení hlubokých i viditelných povrchných svalů kolem páteře s cílem znehybnit bolestivý úsek páteře.

Tento reflex byl od pradávna užitečný v případech poškození páteře, jejichž léčení vyžadovalo imobilizaci, např. při frakturách obratlů bez porušení nervových struktur.

I dnes se občas setkáme s náhodným obrazem starých zhojených fraktur, vzniklých při různých úrazech, se kterými postižený nešel k lékaři, a kde došlo ke spontánnímu zhojení s výsledkem deformace jednoho nebo i několika obratlů. Pacient si při tomto nálezu může vzpomenout, že kdysi měl úraz, který ho na pár dní znehybnil a po němž ho několik týdnů bolela záda, aniž byl nějak léčen.

Tento páteř znehybňující reflex je však škodlivý, pokud se jedná o poškození nervových struktur tlakem sousedních obratlů, neboť hypertonus paravertebrálních svalů tento útlak zhoršuje, nebo přinejmenším ho fixuje. Proto také samotné snížení těchto hypertonů může přinést úlevu, ať již je dosaženo medikamentózně či fyzikálními prostředky jako masáž, teplo či aplikace různých druhů fyzikální terapie. Zpravidla se jedná jen o přechodné zlepšení. Ale občas jen takto způsobené snížení tlaku na iritované struktury může mít i trvalý efekt tím, že umožní autoreparační procesy.

Z tohoto vrozeného reflexu také vyplývá, že jakákoliv vyvolaná bolest v oblasti páteře je škodlivá. Může vyvolávat fixaci nebo zhoršení situace, a proto pacientům

radíme, aby se snažili této bolesti vyhnout. Ať už jí vyvolává nějaká poloha či určitý pohyb v práci nebo v mimopracovním životě, včetně některých obecně doporučovaných cviků. Pacientům můžeme doporučit, aby se těmito situacím vyhnuli, nebo jim radíme vyzkoušet jak některé činnosti provést bezbolestně. Typické jsou např. bolesti bederní páteře při mírném předklonu nad umyvadlem při ranní hygieně. Tyto často ustoupí, pokud se pacient postaví k umyvadlu mírně bokem nebo pokud si opře jednu nohu o sousední vanu nebo schůdek.

Také při objevení či zhoršení ranních bolestí až po posazení se na posteli pomůže jiný způsob vstávání s postele s vynecháním sedu.

Řadu příčin těchto bolestí mohou způsobovat viscerovertebrální vztahy, které na rehabilitačních pracovištích většinou nemůžeme vyloučit.

Kdo toto vyloučení požaduje, musí požadovat řadu vyšetření pacienta od různých klinických oborů. Stejně ale ani tato vyšetření nemohou zcela vyloučit všechny mimopáteřní příčiny bolestí v bedrech. Až pokud kolegové jiných oborů nenajdou příčinu, končí jejich diagnostika tím, že může jít o vertebrogenní původ potíží. Někteří se pokoušejí tyto potíže léčit svými prostředky, které mohou mít efekt, někdy jen přechodný, minimální, nebo žádný.

A až při přetrvávajících nebo obnovujících se potížích je pacient poslán na rehabilitaci pro možný vertebrogenní původ potíží. Výsledkem je, že pacient se dostane na rehabilitaci s řadou nálezů i neúspěšných terapií až za několik týdnů. **Možná proto je průměrná doba pracovní**

neschopnosti pro bolesti zad 70 dní a tyto jsou druhou nejčastější příčinou pracovní neschopnosti.

Pokud ale chceme v rámci svých rehabilitačních a myoskeletálních znalostí primárně léčit pacienta s bolestmi zad, vystavujeme se riziku, že námi diagnostikované a léčené vertebrogenní potíže mohou být jen sekundárním příznakem stovek jiných diagnóz, chronickou apendicitidou počínaje a metastázami konče. Zvláště u periferních ambulancí k nám přicházejí či jsou posláni pacienti s bolestmi zad bez jakéhokoliv předchozího vyšetření, nebo s minimální dokumentací provedených vyšetření nebo s žádnou jejich dokumentací. Někdy ani pacient nepovažuje za potřebné nám tyto výsledky přinést. A jsme postaveni před dilema, zda máme pacienta vyšetřit a ošetřit, či zda ho máme poslat domů či jinam pro již provedená vyšetření.

Užitečné jsou pro nás výsledky zobrazovacích metod. Občas jsou ale zaměřeny jen na bolestivý úsek páteře, občas dostane pacient jen první záznam poškození, bez dalších záznamů, zobrazujících co bylo na pacientovi provedeno za zákroky a jak probíhají hojivé procesy.

Tyto nálezy jsou pro nás důležité a podle našich zkušeností se nedá spoléhat jen na jejich popis (kdo ví, kdo to popisoval), ale je dobré je vidět je na vlastní oči.

Přechodem na digitalizaci zobrazovacích metod je jednodušší si je prohlédnout na vlastním počítači. Není ale obvyklé, aby pacienti tato vyšetření dostávali do ruky např. pro potřeby rehabilitace po operacích na páteři, po léčbě zlomenin a to ani, když o to požádají.

Podle současných pravidel má pacient nárok obdržet svoji dokumentaci. **Podle zákona č.372 o zdravotních**

službách z roku 2011, par. 65 a 66: pacient má nárok na výpis nebo kopii své zdravotnické dokumentace pro libovolné vlastní potřeby, avšak v tomto případě již oproti úhradě nákladů na pořízení kopie. (Tempus Medicorum 24,2015,č.4,str.27.)

#### Nahlížení do zdravotnické dokumentace, pořizování jejích výpisů nebo kopií

##### § 65

(1) Do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi mohou v přítomnosti zaměstnance pověřeného poskytovatelem nahlížet, pořizovat si její výpisy nebo kopie

a) pacient, zákonný zástupce nebo opatrovník pacienta....

##### § 66

(4) V případě, že je zdravotnická dokumentace vedena pouze v elektronické podobě, má pacient nebo jiná osoba oprávněná podle § 65 právo nahlížet dálkovým přístupem nebo na pořízení její kopie na technickém nosiči dat, který si určí, nebrání-li tomu technické možnosti poskytovatele; t

Tedy neměl by být problém při každém zhotovení rtg, CT, MR současně předat výsledky pacientovi, zvláště když je jasné, že je budou potřebovat zařízení, které budou pacienta následně léčit.

Většinou ale musíme pacientům dávat žádanky o přehrání jejich zobrazovacích vyšetření pro naše potřeby.

Stále zde přetrvává dojem, že vyšetření a jeho výsledky jsou majetkem pracoviště, které vyšetření provedlo. Tak tomu bylo dříve, kdy si pracoviště zobrazovacích metod hradily materiál i práci personálu ze svého rozpočtu. Nyní mají tyto náklady hrazené pacientovou zdravotní pojišťovnou, tedy z peněz zdravotního pojištění pacienta, takže on má nárok vlastnit tuto svoji dokumentaci.

Pro rehabilitaci je extrémně důležitá cíleně vedená anamnéza. Pacient totiž často sděluje svou aktuální hlavní bolest, pro kterou se dostavil. Ostatní, pro něj méně významné potíže, natož pak předchozí potíže sdělí až po cílených dotazech.

Speciálně u vertebrogenních potíží je statisticky známo, že nejvíce lidí si stěžuje na potíže bederní páteře (ať už se s nimi léčí nebo ne). My se domníváme, že to není jen nějakou zvýšenou fragilitou a zatížením bederní páteře, ale že to může být tím, že je zde buď větší množství receptorů pro bolest, nebo jsou zde receptory nastaveny na větší citlivost.

Díky cíleným dotazům zjistíme, že bolestem v kříži před časem předcházela pro něj dnes nevýznamný úraz, nebo nevýznamné bolesti mezi lopatkami, které třeba ještě trvají, anebo že pacient mívá občas potíže s otáčením hlavy, které mu ale příliš nevadí, protože to nebolí a omezený pohyb si vykompenzuje, aniž by si to uvědomil. Také ranní nebo noční brnění prstů přičítají k přeležení ruky, závratě sníženému krevnímu tlaku.

Proto je důležité provést vyšetření pacienta s lumbalgií se zaměřením na celé tělo, od plosek nohou až po temeno hlavy nebo obráceně. Často zjistíme poruchy v oblastech mimo L páteř, které mohou vyvolávat lumbalgie nebo se na nich mohou spolupodílet, nebo je zhoršovat. Vzácně při bolestech v kříži najdeme L páteř funkčně intaktní a po odstranění “vzdálenějších” poruch, lumbalgie vymizí.

V našem příspěvku jsme chtěli připomenout, že na bolestech dolní části zad se může podílet řada dalších poruch, které je vhodné vyšetřit a také ošetřit.