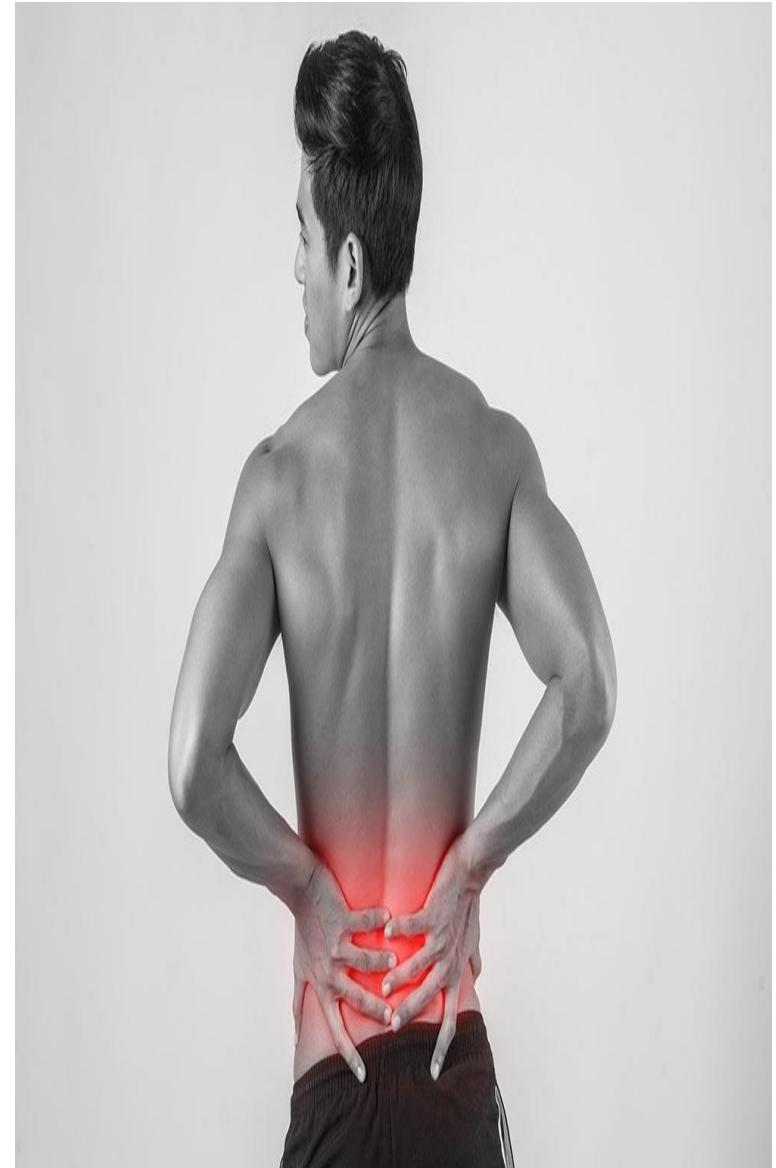


Хронични неспецифичан бол у леђима

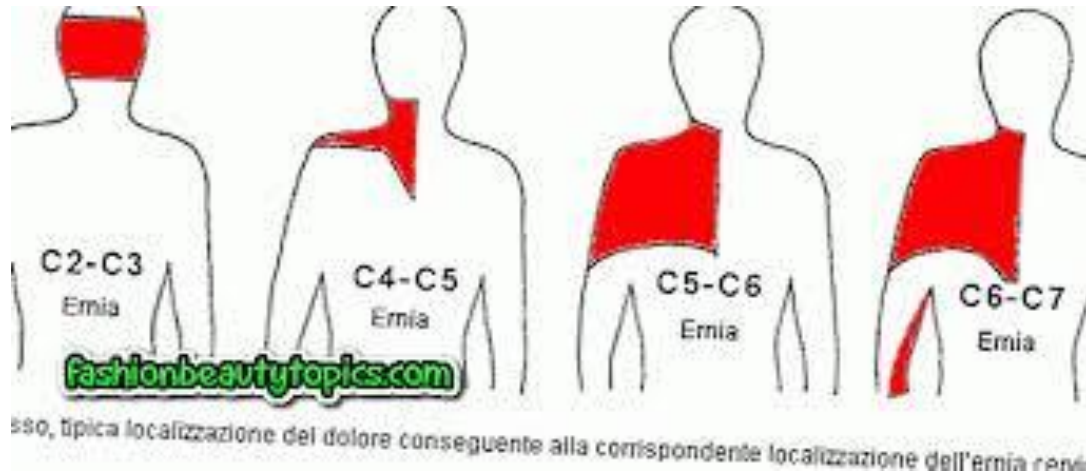
Проф др С Милетић Дракулић

- Бол у леђима може да се подели на **бол у**
- **врату,**
- **грудном делу кичме,**
- **слабинском (лумбаго) (више од 95%)**
- - бол у крстима од доњих ребара до глутеалне линије
- **крсној кости (сацрум)**
- По току се дели на:
- акутни лумбални бол (< 6 недеља)
- субакутни лубални бол (6-12 недеља)
- хронични лумбални бол (> л2 недеља)



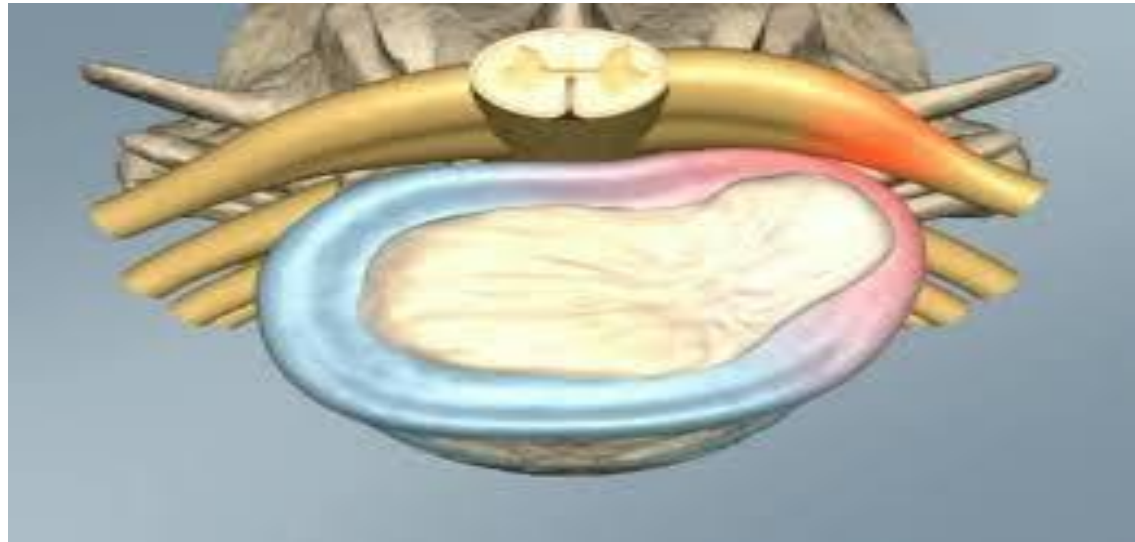
Подела по ирадијацији бола

- бол у леђима ограничен на једну област
- шири се у друге област
- Када се бол шири из врата дуж руку говоримо о **цервикобрахијалгији**
- када се шири низ ногу о **лумбоишиалгији (ишијас)**



Порекло бола бола у леђима (дорсалгиа)

- Мишића
- живаца (нерава),
- зглобова,
- костију и других структура кичме.



Испитивања узрока бола у леђима

- механичких (примарни бол у леђима – 98%) ретко и други узроци (секундарни бол – 2%):
- **тумори** (примарни и метастазе)
инфекције (запаљене хрскавице – интервертебралног диска, запаљење кичмених пршљенова, епидурални апсцес)
остеопороза са компресивним преломима пршљенских тела
артритис
трауматска повреда кичме (саобраћајни удес, пад, ударац) и друго

Ostali..

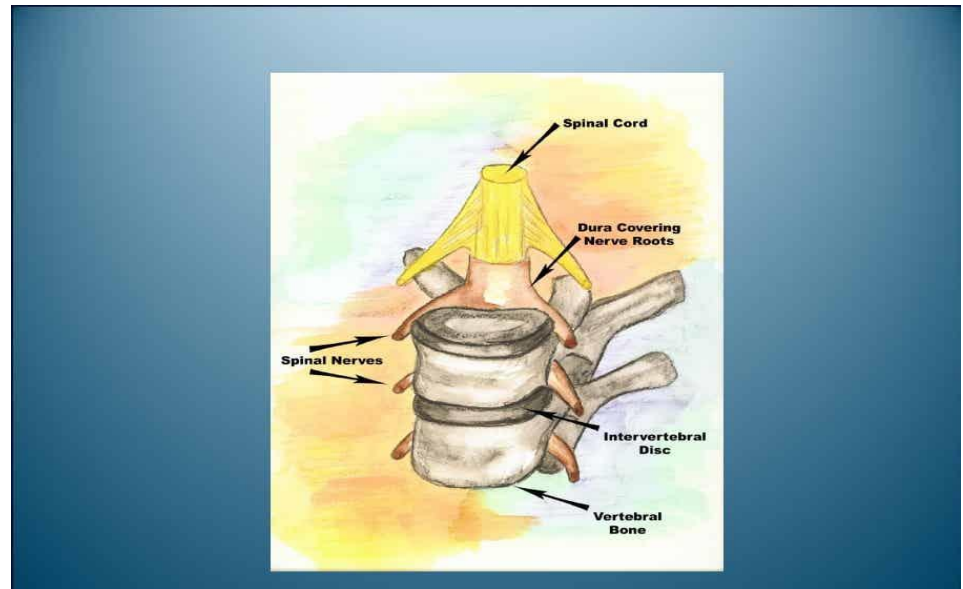
- Ретки наследни узроци- анкилозирајућег спондилитиса
- гинеколошка обољења(ендометриоза) као и трудноћа
- камен у бубрегу
- коксартрозу и перитрохантеритис
- депресија (препозната или непрепозната), анксиозност, стресне ситуације, незадовољство уопште

Неспецифични, "обични", механички лумбални синдром

- 19 од 20 случајева нагло насталог лумбалног бола
 - Јачина бола у крстима је од умереног до врло јаког.
 - Најчешће је изазван обичном механичком повредом напрезањем, истезањем, руптуром мишићних влакана или/и лигамената
 - - сублуксацијом фасет зглобова
 - - лошим ставом
 - - значајном разликом у дужини екстремитета(>2 цм)
-
- 1/3 болесника се опорави после недељу дана, 90% до 6 недеља
 - Рецидивни болести су 40%

дисфункцију нервних коренова

- Симптоми у нози (бол, парестезије)
- изазван хернијацијом дискуса
- Прогноза је добра И оперативно лечење обично није потребно
- Око 50% болесника се опорави за 6 недеља
- 90% за 90 дана



СИМПТОМИ

- Лумбални бол се шири дуж натколенице
- Бол је јак, непрекидан, у виду печења, утрнулост ноге
- Бол се појачава ноћу, после дужег стајања, седења, кијања, кашљања и напрезања



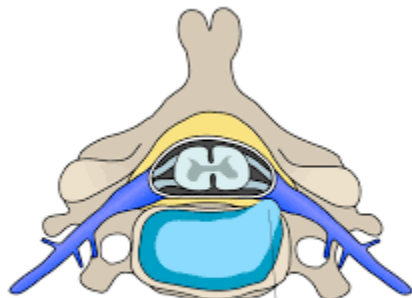
Физикални преглед код лумбалног синдрома

- **инспекција** кичме у стојећем ставу:
 - - процена држања тела (тело у антефлексији)
- **Палпација** :
 - - тонус леђних паравертебралних мишића (спазам),
 - - осетљивост појединих делова кичме,
 - - једнострана осетљивост задњице и бутина (код компресије нервног корена).
- **Перкусија кичмених пршљенова**
 - - перкуторна осетљивост пршљенова (фрактура, инфекција, метастаза).
- **Покретљивост кичме**
 - 1)Сагитална покретљивост-савијање пут напред до бола са испруженим коленима. Мери се растојање прсти - под у цм.
 - 2)Латерална покретљивост - тест савијања на страну(анкилозирају}ег спондилитиса)
 - Асиметрија је честа код болесника са лумба

Процена компресије нервних коренова

неопходна код ширења бола у ногу испод колена

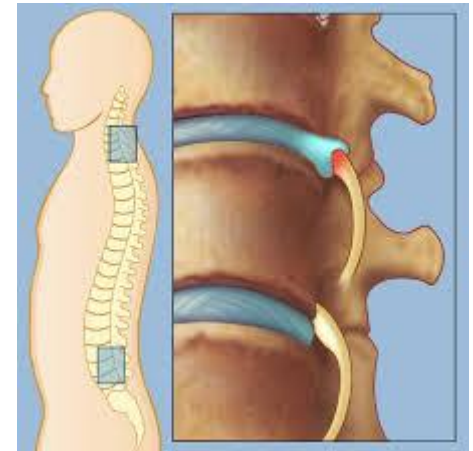
- Дизање испружених ногу (Лазаревићев знак) је осетљив тест за потврду компресије нервног завршетка на нивоу L5- S1
- **Пасивна дорзифлексија** чланка изазива ирадијацију бола у нози код компресије корена
- **Укрштени бол**: при подизању здраве ногепојачање бола у оболелој нози је специфичан знак компресије нервно
- .



Пропалс међупршљенског диска (дискус хернија) врши притисак на предњи корен спиналних живаца



- Мишићна снага доњих екстремитета: снага екстензије стопала и палца (Л5корен), ход на петама
- слабост плантарне флексије и ход на прстима (С1 корен).
- Тетивни рефлекси: пателарни (Л4 корен); Ахилов (С1корен).
- Испитивање сензибилитета: медијална страна колена(Л4); медијална (Л5, дорзална (Л5) и латерална (С1) страна стопала.



дијагностика

- Дијагностика бола у леђима је пре свега клиничка
- Дobar неуролошки преглед може да да највише информација
- налази **Магнетном резонанцом** или **Компјутеризованом томографијом** (скенер) нису увек у корелацији са оним што болесник осећа и лекар налази на прегледу
- Важна процедура у искључењу ређих узрока и тежих оштећења дискуса, нарочито ако се разматра операција



ЕМНГ преглед

- Непотребно ако је радикулопатија јасно клинички дијагностикована
- Од користи је код продуженог радикуларног бола да се искључи неуропатија (алкохолна или дијабетесна), радикулитис или фокално отећење нерва
- Код вишеструких нивоа абнормалности на НМР даби се одредио клинички значајан ниво

Опрез!!

- Лумбални бол пре 20 и после 50 године → Потребна етиолошка дијагностика
- Старији од 70 година → Искључити остеопорозу
- Анамнеза о малигном обољењу → Искључити метастазе
- Траума → Искључити пршљенске фрактуре
- Инфламацијски бол (јачи при мировању, температура) → Искључити спондилитис, сакроилиитис

лечење

- каузално
- СИМПТОМАТСКО

Каузално лечење

- Бол у леђима који не пролази за три дана захтева медицински третман
- лечење ефикасније ако се усмери на узроке о којима се ређе мисли (као што је непрепозната депресија)
- Мировање се НЕ саветује болесницима са обичним лумбалним болом и за болеснике са дискус хернијом
- Саветовати разумно коришћење леђа: избегавање положаја који појачавају бол, подизања терета, ротационих покрета, савијања.

Симптоматско лечење

- НСАИЛ су ефикасни у симптоматском лечењу имају аналгетски и антиинфламацијски ефекат: (Диклофен, Бруфен, Мелоксикам, Зодол, итд.) је најчешћи вид терапије
- Препоручује се један НСАИЛ, а не комбинација,
- Орално (опрез код улкуса-Ибупрофен најсигурнији,
- антикоагулатне терапије)
- Један лек до 4 недеље

- **COX-2 нису ефикаснији од celekoksiba, rofekoksiba**
- (кад постоји доказано улкусно крвављење, антикоагуланси)
- Парацетамол(Гастрична подношљивост боља)1000 мг на 6х

- примена миорелаксаната, лекова који опуштају мишиће смањујући тако притисак на нерве
- Не препоручује се код акутног лумбалног бола кортикостероидима (орално, парентерално или у облику локалних инфилтрација)
- Антидепресиви код хроничног бола Амитриптилин је ефикасан код фибромиалгије
- Бензодиазепине избегавати због брзог стварања навике

- Примена локалних анестетика ограничена на фасет зглобове
- секундарне изворе бола: бурзе, миогене
- Спинална манипулација (коју обавља стручно лице) код сублуксација фасет зглобова

Физикална терапија

- вежбе, избегавање опасних и примена заштитних положаја,
- Суштина физичких вежби су истезање мишића и јачање мишића, посебно оних који „држе“ кичмени стуб, а то су леђни и трбушни мишићи (пливање)
- Примена тополоте у виду топлих купки и тушева
- Физикална терапија вежбе, избегавање опасних и примена заштитних положаја, што је у домену физикалне медицине и што треба да препише специјалиста физијатар, примени и надгледа искусан физиотерапеут
- Суштина физичких вежби су истезање мишића и јачање мишића, посебно оних који „држе“ кичмени стуб, а то су леђни и трбушни мишићи

Хирушко лечење

Апсолутна индикација-хитна рана операција унутар 6 сати при развоју **синдрома caude equine**

- поремећај сфинктера: уринарна ретенција/инконтиненција или анална инконтиненција

- перинеална анестезија

- Парапареза

Релативна индикација

Пареза и неиздрживи бол.

- Ако јак бол са ирадијацијом дуж ноге траје дуже од 6 недеља уз конзервативно лечење размотрити могућност хирушког лечења

- Резултати су најбољи ако се интервенција обави у прва три месеца од појаве симптома

Превенција бола у леђима

- одговарајућег лежаја, душека, јастука, ергономски обликованих столица и фотелја, престанак спавања на стомаку
- јачање мишића леђа и трбуха уз избегавање ротационих покрета
- дизања превеликог терета
- одржање пожељне телесне тежине
- најприменљивија вежба је брзо ходање, најкраће 30 минута
- Важно је имати удобну и квалитетну обућу са ниском (али не и равном) петом