

MULTIMODÁLNE PODMIENKY CHRONIFIKÁCIE BOLESTÍ CHRBTY

Hasarová D.¹, Šanta M.²

¹Klinika anesteziológie a resuscitácie, FNŠP J.A.Reimanna,
Prešov

²Katedra ošetrovateľstva, Fakulta zdravotníctva Prešovskej
univerzity, Prešov

Abstrakt

Podľa definície IASP sú pojmom vertebrogénne bolesti označované akútne a chronické recidivujúce alebo perzistujúce bolestivé stavy chrbtice degeneratívnej, alebo funkčnej etiológie. Napriek pokrokom v diagnostike a širokej škále terapeutických postupov výrazne vzrastá počet pacientov s chronickým priebehom a následnou invalidizáciou predovšetkým vo vyspelých priemyselných štátoch. Klinickými štúdiami sa prichádza k záveru, že sa na danom stave rovnakou mierou spolupodieľajú somatické zmeny, psychogénne faktory, ale aj sociálne vzťahy a systém sociálneho zabezpečenia. Jednostranný prístup lekárov, sústreďujúci sa najmä na somatické zmeny, bez zohľadnenia psychogénnych a sociálnych vzťahov, vedie postupne k chronifikácii a následnej invalidizácii. Aj dĺžka práceneschopnosti vedie k strate fyzickej kondície, pracovných návykov, strachu z bolesti pri fyzickej záťaži, psychických zábranách a neistote. Otázkou zostáva, nakoľko sa zmeny v systéme sociálneho zabezpečenia v období posledného desaťročia spolupodieľajú na vzostupe invalidizácie pre chronické vertebrogénne bolesti.

Kľúčové slová: chronifikácia bolesti chrbta - faktory somatogénne, psychogénne a sociálne

Abstract

According to IASP definition "back pain" means acute and chronic recurrent or persistent pain states of the back of the degenerative or functional origin. Despite progress in diagnostic and treatment procedures the number of patients with chronic course of diseases and disability is increasing in industrial countries. The conclusion of clinical studies is that this state depends on somatic changes, psychogenic and social circumstances and on health insurance system. Many physicians concentrate only on somatic changes without interest in psychogenic and social circumstances. This is a reason that this disorder leads to chronicity and disability in many cases. This state causes loss of physical condition, working routine, fear of pain when working and psychological uncertainty. The question is how big the share of changes in health and social insurance system during last decade is on the increase of disability and chronicity of back pain. Conclusion: A physician has to think of somatic, psychogenic and social circumstances and to encourage patients to come back to physical activities as soon as possible.

Key words: chronification of low back pain - somatogenic, psychogenic and social factors

Podľa definície IASP sú bolesti chrbta symptómom,

nie samostatným ochorením. Diferenciálne diagnosticky zahŕňajú veľký počet ochorení, ktoré sú orientované výlučne etiologicky. V menšej miere ide o infekcie, neoplastické procesy, alebo prenesené bolesti z vnútorných orgánov. Najčastejšie sú príčinou degeneratívne zmeny, alebo funkčné poruchy, často označované ako idiopatické bolesti chrbta (Hildebrandt et al., 1993).

S ohľadom na výrazný vzostup bolesti chrbta nielen akútnych, ale predovšetkým chronických recidivujúcich a perzistentných, je daný stav označovaný ako epidémia 90-tych rokov. Nie je to len problém medicínsky, ale aj problém zdravotných poisťovní, zamestnávateľov, spoločenský a ekonomický. Epidemiologický prieskum ukazuje, že 80% obyvateľov vo vyspelých priemyselných krajinách aspoň raz v živote trpelo na bolesť chrbta, ročná incidencia je 15% v rovnakom zastúpení mužov a žien a začiatok ťažkostí je predovšetkým v strednom veku. (Frymoyer et al., 1992).

V literatúre existuje celý rad štúdií, v ktorých boli prehľadnocoované rôzne faktory, ktoré sa spolupodieľajú na chronifikácii bolesti chrbta. (Waddell et al., 1993, Pfingsten, 2004).

Tieto štúdie sa zameriavali najmä na:

- nepriaznivé pracovné a sociálne podmienky,
- osobnosti pacienta,
- rôzne terapeutické postupy,
- strach z pohybovej aktivity.

Na Slovensku sú od r.1990 vertebrogénne ochorenia na prvom mieste v priznávaní čiastočnej invalidity, pričom sa zohľadňuje predovšetkým:

- vek,
- celkový zdravotný stav,
- funkčný stav, ktorý je už liečbou neovplyvniteľný (*chôdza, postoj, držanie tela*),
- kvalifikácia a zamestnanie, ktoré pacient vykonáva.

Vysoké percento práceneschopnosti podľa sledovania lekárov nemocenskej poisťovne je podmienené:

- postupným vzostupom dennej nemocenskej dávky, takže pri nízkom plate nevzniká finančná strata,
- zhoršenými pracovnými podmienkami (*zastaralé stroje, vybavenie, zastaralé technologické postupy*),
- prekračovanie pracovnej doby (*12-14 hodinový pracovný čas*),
- nesleduje sa bezpečnosť práce a nevývodzujú sa dôsledky z pracovných úrazov,
- psychickým tlakom a strachom zo straty zamestnania.

V procese chronifikácie hrajú úlohu nielen somatické zmeny, ale aj psycho - sociálne faktory. Nielen v laickej verejnosti, ale aj v bežnej medicínskej praxi sa najväčší význam pripisuje somatickým zmenám. Dodnes sú naše vedomosti o vzniku bolesti chrbta nedostatočné, keďže biomechanika a inervácia chrbtice sú pomerne zložité. Vo väčšine prípadov sa predpokladajú degeneratívne, alebo funkčné zmeny v muskulo-skeletálnej oblasti v dôsledku starnutia. Každá zmena integrity kostry, väzivového či svalového aparátu ovplyvňuje funkčnú zdatnosť, stabilitu a nociceptné dráždenie v ce-

lom segmente.

V praxi sa v hrubej diagnostike a následnej liečbe uplatňuje základné delenie na (Pfingsten et al., 1996):

A: radikulárne

diskogénne	hernia platničky laterálna stenóza
kostné	spinálna stenóza spondylolistéza
pooperačné	fibrotické zrasty

B: neradikulárne

diskogénne	iritácia anulus fibrosus iritácia väzivového aparátu
artikulárne	medzistavcové sklbenia iliosakrálne sklbenie

V skutočnosti sú vzájomné prepojenia jednotlivých somatických štruktúr, funkčných zmien a psychosociálnych vzťahov pri vzniku a perzistencii bolesti chrbta omnoho komplikovanejšie. Bolesti muskuloskeletálnej genézy sú častejšie sekundárneho pôvodu, majú aditívny účinok a môžu byť v popredí celého bolestivého syndrómu. Stálym preťažením vznikajú poruchy koordinácie a chybná inervácia svalstva, čoho dôsledkom je zhoršenie degeneratívnych procesov. Pri segmentálnych poruchách (*bloky, degeneratívne zmeny*) okrem dráždenia nociceptorov dochádza k reflexnému svalovému napätiu a ďalšiemu dráždeniu nociceptorov. Pri obmedzení pohybu, často aj iatrogénne navodená inaktivita, dochádza ku skráteniu a oslabeniu svalstva, demineralizácii kosti a skráteniu šlachových úponov.

Psychické napätie sa cez svalové vretienka prenáša na svalstvo a vedie k jeho stuhlosti. V krčnom svalstve je väčšie zastúpenie svalových vretienok, preto sú bolesti podmienené psychickým napätím viac lokalizované v oblasti krčnej chrbtice.

Dlhodobá práceneschopnosť vedie k strate pracovných návykov, strachu z pracovného zlyhania, narušeniu interpersonálnych vzťahov na pracovisku a postupnej sociálnej izolácii.

Medicínsky závažným problémom sa stáva perzistencia bolesti chrbta po operačných výkonoch na chrbtici. "Radikulárne" ťažkosti po hemilaminektómii spravidla ustúpia. "Neradikulárne" zväčša pretrvávajú, z čoho vyplýva, že problém "postlaminektomického syndrómu" zahŕňa rozsiahlejšie morfológické zmeny celého segmentu chrbtice, ktoré sú v rôznom rozsahu jednotlivito alebo spoločne v komplexe prepojené a sú dôvodom perzistencie, či znovuoobjavenia lumboischialgii.

Mnohí autori sa domnievajú, že prvotné sú organické zmeny, ku ktorým sa pridružujú psychické faktory v zmysle naučenej reakcie na bolesť, reaktívna depresia a zmeny v sociálnej oblasti, takže podiel organického a psychického podielu na celkovom obraze je obtiažne odlišiť. Niektoré štúdie boli zamerané na identifikovanie psychosociálnych rizikových faktorov (Herda et al., 1991). V niektorých štúdiách bol stupeň predoperačnej depresie (*bez nádeje, sklon ku katastrofickým očakávaniam*) identifikovaný ako rizikový faktor. Rovnako aj dĺžka predoperačnej práceneschopnosti bola chápaná ako negatívny

prediktor.

Degeneratívne a funkčné zmeny v oblasti chrbtice, často potvrdené rozsiahlym rádiologickým nálezom, môžu, ale nemusia viesť k bolestivým prejavom. U väčšiny pacientov sú degeneratívne zmeny spojené s korešpondujúcimi funkčnými poruchami v zmysle svalových kontraktúr a blokad. Na druhej strane sú pacienti, u ktorých sú aj nepatrné somatické zmeny sprevádzané výrazným bolestivým správaním.

S postupnou chronifikáciou bolesti chrbta stúpa aj význam psychologických mechanizmov, ktoré sa spolupodieľajú na udržiavaní bolesti. Dôležité je odlišiť procesy, ktoré bolesť chrbta vyvolali, a ktoré ju udržiavajú. Pri vzniku bolesti hrajú úlohu exogénne faktory (*telesné preťaženie, dlhodobé chybné držanie tela*), pri recidíve a chronifikácii majú prevahu psycho-sociálne faktory. Predovšetkým proces učenia zhoršuje symptomatiku a navodzuje chronifikáciu bolesti (Vlayen et al., 2003). Bolestivé epizódy sú spojené s pracovným uvoľnením, pozornosťou okolia, podporou a oslobodením od nepríjemných aktivít. Ak je pohyb spojený s bolesťou, snaží sa jej pacient vyhýbať. Dôsledkom toho dochádza ku strate kondície, pracovných návykov a zručností, k chybnému držaniu tela s následným oslabením svalstva a zhoršením degeneratívnych procesov. Sebaopozorovanie sa sústreďuje na bolesť často s prehnanou interpretáciou.

Osobnostná charakteristika: analýzou anamnestických údajov a psychologickými testmi možno určiť tri najčastejšie typy osobnosti liečených pre vertebrogénne problémy:

- vysoko zodpovední pacienti, v riadiacich funkciách, kde práca je fixovaná ako centrum života,
- jedinici, vždy pripravení každému a za každých okolností pomáhať,
- osoby s nedostatočnou schopnosťou presadiť sa a dlhodobou frustráciou.

U všetkých troch typov došlo k výraznému psychickému prepätiu s následnou bolestivou svalovou stuhlosťou.

Svoj podiel na danom stave však máme aj my, zdravotnícki pracovníci. Pretrvávajú predstava, že príčinou bolesti je len poškodené tkanivo, ktoré sa po určitom čase a pri určitej liečbe zhojí. Diagnostika však musí vyčádzať z bio-psycho-sociálnych predstáv:

- objektivizácia telesných zmien - viditeľná patológia,
- posúdenie osobnosti pacienta a jeho správania (*zisk z bolesti, zneužívanie liekov, poruchy spánku, sexuálne poruchy, strach z pohybovej aktivity*),
- obmedzenie bežných životných aktivít a sociálnej funkcie.

Nedostatočným zohľadnením takýchto komplexných predstáv v diagnóze vznikajú aj najčastejšie chyby v liečbe:

- nedostatočné diferencovanie medzi radikulárnou a neradikulárnou bolesťou,
- nadhodnocovanie rádiologických nálezov,
- ordinovanie pasívnych terapeutických postupov počas dlhého obdobia,
- nedostatočná informovanosť pacienta o priebehu a prognóze ochorenia,
- chýbajúce zohľadnenie psycho-sociálnych vzťahov

v diagnostike a liečbe,

- ordinácia predovšetkým monokauzálnych liečebných postupov.

Záver

Multimodálne faktory chronifikácie vyžadujú aj multimodálny prístup v diagnostike a liečbe. Pojem multimodálny však neznamena izolované využitie jednotlivých zložiek (*farmakoterapia, rehabilitačné postupy, akupunktúra, TENS, psychoterapia*), ale súčasné skĺbenie a integračný postup v diagnostike aj liečbe chronických bolestí chrbta s dôrazom na kombináciu racionálnej farmakoterapie a rehabilitačno-relaxačných postupov (Kulichová, 2002).

Literatúra

1. HILDEBRANT, J., PFINGSTEN, M., KLINGER, R., MAIER, C., HESENBRING, M. Zum Problem der Klassifikation chronischer Schmerzsyndrome - Multiaxiale Schmerzklassifikation MASK. In *Anästh. Intensiv-med. Notfallmed. Schmerzther.* 1993;27:s.366-373
2. FRYMOYER, J.W. Predicting disability from low back

pain. In *Clin.Orthop*, 1992;279:s.101-109.

3. PFINGSTEN, M., KALUZA, G., HILDEBRANDT, J. Ruckenschmerzen. In BASLER, H.D., FRANZ, C., KRONER-HERWIG, B., REHFISCH, H.P., SEEMANN, H. *Psychologische Schmerztherapie*. 1996, Berlin: Springer Verl. ISBN 3-540-59457-4. s. 375-399.
4. PFINGSTEN, M. Angstvermeidungs-Uberzeugungen bei Ruckenschmerzen. In *Schmerz* 2004, 18: s. 17-27.
5. HERDA, C., WIRTH, T., BASLER, H.D., FLORIN, J., GRISS, P. Prognose des Erfolges von Operationen an der Bandscheibe. In *Schmerz* 1991;5: s. 148-154.
6. WADDELL, G., NEWTON, M., HENDERSON, I., SOMERVILLE, D., MAIN, C.J. A Fear Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fearavoidance beliefs in chronic low back pain and disability. In *Pain* 1993, 52: s.157-168.
7. VLAEYEN, J.W.S. Fear in Muskuloskeletal Pain. In *Proceedings of the 10th World Congress on Pain*. 2003, Seattle : IASP Press, s. 631-650.
8. KULICHOVÁ, M. Bolesti. In *Štandardné terapeu-tické postupy*. 2. vydanie. Martin : Osveta, 2001. s. 760-770. ISBN 80-8063-088-7.