

O NEJMODERNĚJŠÍ LÉČBĚ BOLESTÍ ZAD

Jak se vyhnout operaci

Degenerativní onemocnění páteře – tedy změny způsobené opotřebením páteřních struktur, nejčastěji meziobratlových plotének, kloubů a vazů – je proces, který s věkem postupuje. „Pacientům v ambulanci často říkám, že tahle nemoc je trochu jako rakovina – ne v tom, že by vás ohrožovala na životě, ale že se nezastaví. Nezabije vás, ale pořád se vyvíjí. Někdy pomalu, někdy rychleji – to je velmi individuální. A i genetika v tom hraje obrovskou roli,” říká přední český spondylochirurg, tedy odborník na operace páteře, **MUDr. JIRÍ CHROBOK (67), Ph.D.**, z neurochirurgického oddělení Nemocnice Na Homolce. Jak dnes vypadá moderní léčba páteře? Kdy může bolest zad signalizovat nádorové onemocnění? A proč je tak složitým problémem?



■ Na jaký případ ze sálu nikdy nezapomenete?

Je to případ, který se mi vryl do paměti hned na začátku mé neurochirurgické praxe – je to už více než pětadvacet let. Šlo o mladou ženu ve vysokém stupni těhotenství, která byla přivezena po těžké autonehodě. Byla v hlubokém bezvědomí a krvácela do mozku. Bohužel dítě bylo již mrtvé. Situace byla natolik závažná, že jsme museli operovat okamžitě – současně s porodníky. Zatímco kolega porodník prováděl akutní císařský řez, my jsme prováděli rozsáhlou kraniotomii – odstranění části lebeční klenby – a evakovali nitrolební hematom (*krevní sraženina, jež tlačí na mozek, pozn. red.*). Během výkonu však došlo k masivnímu krvácení způsobenému vážným stavem, kdy se přestává srážet krev. Bylo velmi těžké operaci vůbec dokončit. S obtížemi jsme uzavřeli operační ránu, a upřímně řečeno – nečekali jsme, že pacientka přežije.

■ A přežila?

Její stav se dále komplikoval – na ARO se rozvinul těžký septický stav, musela jí být amputována noha pod kolenem. A další průběh už šel mimo nás, protože pacientka přešla do péče jiných oddělení. O dva roky později se v mé ambulanci objevila mladá žena, lehce kulhající, ale bez jakéhokoliv neurologického postižení. Přišla kvůli plánované kranioplastice – tedy k navrácení kostního krytu lebky. A když jsem se jí nevěřícně ptal, jak je možné, že se tak zotavila, vyhrnula sukni, ukázala protézu a s úsměvem poděkovala za to, že vůbec žije. To byl pro mě moment, který mi navždy připomněl, že i v těch nejbezevýchodnějších situacích je naděje. A i po třech desetiletích mám ten obraz pořád před očima.

■ Co vás i po tolika letech na sále stále baví – a co vás naopak nejvíc vyčerpává?

Samozřejmě stále mě baví samotné operování. Ten pocit, že můžu pacienta zbavit bolesti, nebo dokonce rizika ochrnutí, je pro mě nesmírně motivující. Co mě naopak dlouhodobě vyčerpává, je přebujelá administrativa. Během čtyřiceti let praxe jsem viděl, jak dramaticky narostla – zatěžuje nás čím dál víc a ubírá čas i energii, kterou bychom raději věnovali pacientům.

■ Co v poslední době nejčastěji operujete?

Naprostá většina výkonů v rámci páteřní chirurgie – přibližně 75 až 80 % – se týká degenerativních onemocnění páteře. U nás je to ještě víc, kolem 85 %, protože se speci-



▲ Degenerativní onemocnění páteře. Co to vlastně je? Jde o změny způsobené opotřebením páteřních struktur – nejčastěji meziobratlových plotének, kloubů a vazů. Jsou běžné zejména ve středním a vyšším věku. Nejčastější potíže: degenerace meziobratlové ploténky, výhřez ploténky, zúžení páteřního kanálu, tedy zúžení místa pro míchu a nervy, posun obratlů vůči sobě, dále facetový syndrom, což je bolest způsobená meziobratlovými klouby.

alizujeme především na plánované operace. Zbývajících 15 % tvoří zejména úrazy. V menší míře operujeme nádory, řešíme zánětlivé komplikace nebo vrozené deformity páteře.

■ Na čem všem závisí, jak se bude vyvíjet léčba u člověka s bolestmi zad?

Především na tom, kam se svými obtížemi zamíříte jako první – jestli na ortopedii, neurologii, rehabilitaci, k praktickému lékaři, nebo rovnou za spondylochirurgem. Právě tento první krok často předurčí váš další osud i vývoj léčby. Každý odborník k tomu totiž přistupuje z jiného úhlu pohledu.

„Vyčerpává mě přebujelá administrativa.“

■ Například?

Když přijdete k mladšímu, ještě nadšenému spondylochirurgovi a máte na magnetické rezonanci větší výhřez ploténky, může se přiklánět k rychlému operačnímu řešení, i když příznaky trvají jen dva až tři týdny. Naopak neurolog nebo rehabilitační lékař operaci odsouvají co nejdál. Pacienti mají bolest půl nebo tři čtvrtě roku, a pořád jim dávají infuze, rehabilitace... Tady záleží na osobním nastavení lékaře a na tom, jak je orientovaný. Někteří posílají pacienty na chirurgii dříve, jiní preferují delší konzervativní léčbu. Takže léčebný postup může být velmi individuální, nejen podle nálezu, ale i podle toho, u koho pacient skončí.

■ Asi i samotné obtíže každý vnímá jinak, že?

Ano, vlastně neexistuje objektivní škála, jež by přesně vyjádřila intenzitu bolesti. My se pacientů ptáme, jak by své bolesti hodnotili na škále od 0 do 10. A každý tuto škálu vnímá odlišně. Vnímavější lidé označí bolest za deset i při méně závažném nálezu, jiní naopak snášejí silné obtíže dlouhodobě a přicházejí k nám až po mnoha měsících. Citlivější pacienti často vyhledají lékaře brzy a dožadují se vyšetření, jako je magnetická rezonance. Jiní se snaží bolest přecházet, užívají analgetika, docházejí na rehabilitaci, a k operaci se dostanou až ve chvíli, kdy konzervativní léčba selže.

■ Kdy je tedy čas jít k lékaři?

Někteří pacienti – zejména „držáci“, často sportovně nebo pracovní velmi aktivní a motivovaní – své obtíže dlouho podceňují. Bolest nevnímají jako závažný problém

Odborně se to nazývá ischialgie a zná to hodně tuzemských pacientů. Jde o bolesti vystřelující z bederní páteře do dolní končetiny. „Často naznačují utlačení nervového kořene, které může při zanedbání vést až k poškození nervu a následnému oslabení či částečnému ochrnutí končetiny,“ vysvětluje MUDr. Chrobok.



► V celé České republice se ročně provede přibližně 15 až 16 tisíc operací páteře.

a často oddalují nejen návštěvu lékaře, ale i jakékoliv invazivnější řešení, včetně operace. Obecně však platí, že pokud bolesti zad trvají déle než tři týdny, měl by pacient vyhledat lékaře. Může se totiž jednat o víc než jen přetížení svalů, špatné držení těla nebo následky nevhodného pohybu – třeba zvednutí těžkého břemene nebo špatné polohy při spánku. Pokud během těch tří týdnů domácí léčba nepomáhá, většina lidí začne brát volně dostupná analgetika jako ibuprofen, ale je určitě vhodné odborné vyšetření. V případě silné bolesti není nutné čekat tři týdny – čím intenzivnější bolest, tím dříve by měl pacient lékaře navštívit.

■ U jakých příznaků bychom měli upozornět?

Ve chvíli, kdy se objeví tzv. ischialgie, což jsou bolesti vystřelující z bederní páteře do dolní končetiny. Ty často naznačují utlačení nervového kořene, které může při zanedbání vést až k poškození nervu a následnému oslabení či částečnému ochrnutí končetiny. V tomto případě je nutné vyhledat lékaře okamžitě. Typické příznaky začínajícího ochrnutí jsou například: potíže s postavením se na patu při postižení L5 kořene (*páteřního obratle, pozn. red.*), oslabená extenze palce nohy – palec nejde aktivně zvednout směrem vzhůru, anebo potíže s postavením se na špičku, kdy může jít o postižení S1 kořene (*prvního křížového obratle, pozn. red.*). V nejzávažnějších případech, kdy se přidá to, že se pacient nemůže vymočit, anebo naopak má inkontinenci



ci moči v kombinaci s bolestí zad, se může jednat o urgentní stav, který vyžaduje okamžitou lékařskou pomoc.

■ Jak vlastně probíhá klasická léčba bez operace?

Konzervativní léčba má dnes velmi širokou škálu možností. Nejčastěji pacient nejprve dostává léky na bolest, antirevmatika a léky na uvolnění svalů a proti otoku nervových

„Každý vnímá škálu bolesti odlišně.“

kořenů. Pokud tyto medikamenty nepomáhají, přechází se často na infuze – ty bývají podávány v sériích, například 10, 15 až 20 infuzí podle závažnosti stavu a odezvy pacienta. Současně nebo paralelně probíhá rehabilitace, pokud bolest není natolik intenzivní, že by pohyb znemožňovala. Ně-

kdy se s rehabilitací začíná až po odeznění akutní fáze bolesti.

■ Co když bolest dále přetrvává?

Pak se přistupuje k tzv. semi-invazivním metodám (*lékařské postupy, jež jsou méně invazivní než klasické operace, ale stále zahrnují nějaký stupeň narušení tkáně, například s použitím jehly, nevyžadují však rozsáhlé řezy ani narkózu, pozn. red.*). Zejména k cíleným obstríčkům, které se dnes nejčastěji provádějí pod CT navigací. Tato metoda se odborně označuje jako periradikulární terapie, zkráceně PRT. Pacienti často říkají, že „jdou na prť“, a míří na radiologii, kde intervenční radiolog na základě nálezu z magnetické rezonance přesně lokalizuje postižený nervový kořen – typicky posledního bederního obratle (L5) nebo prvního křížového obratle (S1) – a aplikuje tam léčivo s cílem zmenšit otok kořene a utlumit bolest přímo v místě postižení. Tyto obstríčky prováděné pod CT navigací patří mezi velmi přesné a účinné. Umožňují cílené podání léčiva přímo ke kořeni postiženého nervu, což často přináší výraznou úlevu. V praxi pacienti obvykle dostanou sérii 1 až 3 těchto „prtů“, obvykle v třítydenních rozestupech. Pokud léčba zabírá, může se cyklus opakovat po několika měsících. Další metodou je tzv. kaudální blokáda, pacienti s oblibou říkají, že jdou na „kaudál“.

■ V čem to spočívá?

V tom, že se píchne směs lokálního anestetika, kortikoidu a fyziologického roztoku do páteřního kanálu v oblasti křížové kosti. Dlouhá jehla se zavádí skrz otvůrek v kosti a výsledný efekt bývá u některých pacientů velmi dobrý a dlouhodobý.

■ Pokud ani tyto pokročilé metody nezaberou, je už dalším krokem operace?

Ano, pak je na řadě spondylochirurg. Ten si podle potřeby doplňuje další cílená vyšetření, protože ne vždy je jednoduché přesně určit, která struktura páteře je příčinou

bolestí. V této fázi se rozhoduje, jaký typ výkonu by byl nejvhodnější. Což ovlivňuje řada faktorů: celkový klinický obraz, věk pacienta, neurologický nálezn, dosavadní léčba i osobní přístup konkrétního lékaře nebo zvyklosti pracoviště. I když pacient stráví v ambulanci jen 15–20 minut, musíme během krátké doby na základě všech dostupných informací rozhodnout, v jakém rozsahu a jakou technikou budeme operovat.

■ Konkrétně?

Zda postačí jen mikrochirurgický zákrok, nebo bude nutné provést rozsáhlejší operaci, takzvanou dekompresi, tedy chirurgické uvolnění utlačovaných nervových struktur (např. míšních nervů nebo míchy, pozn. red.) doplněné instrumentací (šrouby a spojovací tyče, které zajistí stabilitu operované části páteře, pozn. red.) spolu s meziobratlovou fúzí – kostním spojením dvou nebo více obratlů, jež zabrání jejich vzájemnému pohybu. Pokud už to má lékař zažitě a dělá to mnoho let, zanalyzuje si všechny poznatky poměrně velmi rychle. Řada pacientů má rozsáhlejší degenerativní nálezn na více úsecích páteře, často jde o změny postihující zároveň více struktur najednou: meziobratlové ploténky, kloubní spojení i stabilitu páteře. A právě určení, kterou část páteře operovat, v jakém rozsahu a jakou technikou, bývá klíčové a vyžaduje zkušenosti.

■ Může se tedy stát, že odoperujete jednu část páteře, ale bolest přetrvává kvůli jiné – neodoperované – části?

Někdy se může stát, že odoperujeme určitý segment páteře, ale skutečná příčina potíží

▼ „Obecně platí, že pokud bolesti zad trvají déle než tři týdny, měl by pacient vyhledat lékaře. Může se totiž jednat o víc než jen přetížení svalů, špatné držení těla nebo následky nevhodného pohybu,“ nabádá MUDr. Chrobok.



„Pacienti často říkají, že ‚jdou na prť,‘“ usmívá se MUDr. Chrobok, když popisuje cílené obstríky, jež se provádějí pomocí CT snímkování, tedy počítačové tomografie, nazývané lidově „cetéčko“. „Tato metoda se odborně označuje jako periradikulární terapie, zkráceně PRT.“ Účinná látka se díky monitoringu dostane přesně tam, kam je ji potřeba umístit.

není v samotné páteři, nýbrž v mimopáteřních faktorech – například v psychice pacienta. Rozhodování před operací by proto nemělo být založeno pouze na grafickém nálezu na magnetické rezonanci nebo CT, protože vždy nemusí způsobovat obtíže

„Kolem šedesátky má degenerativní změny skoro každý.“

nemocného. Degenerativní změny na páteři se totiž vyskytují u velké části populace bez toho, aby působily jakékoliv potíže. U čtyřicetiletých má degenerativní změny přibližně 40 % lidí, u padesátníků asi 50 %, a u lidí kolem šedesáti let téměř všichni. To znamená, že i když je na rezonanci „něco vidět“, nemusí to být příčinou bolesti. Mám

s tím osobní zkušenost, sám mám na magnetické rezonanci patrné pokročilé změny na ploténkách. Když jsem viděl tu hrůzu, nechtěl jsem věřit vlastním očím. Poslední ploténku mám totálně rozežranou – kost na kost –, ale bolesti žádné nepocituji. Pracuji celý den na sále v předklonu, v těžké ochranné zástěře, operuji pod mikroskopem a ve volném čase zvedám těžké věci ve fitku, boxuji do těžkých pytlů – a přesto mě páteř nijak nebolí. Naopak potkávám pacienty, kteří mají relativně drobný nálezn, ale trpí velmi výraznými bolestmi. To jen potvrzuje, jak složitá a individuální je diagnostika a léčba páteřních obtíží. Do hry vstupuje celá řada faktorů, jako jsou páteřní těžiště, stav svalového korzetu, celková fyzická kondice, psychosomatika a duševní nastavení, jak je člověk zvyklý k bolesti přistupovat, přítomnost depresí.

■ Depresí?

Ano, málo se mluví o tom, že až u 25 % pacientů s depresí jsou bolesti zad jedním z prvních příznaků. Tito lidé pak absolvují magnetickou rezonanci, kde se „něco“ najde. Zvlášť ve věku kolem padesáti šedesáti, kdy jsou degenerativní změny na páteři běžné. Orientuje-li se lékař jen podle radiologického nálezu a nemá čas zkoumat další okolnosti, může se rozhodnout pro operaci, jež ve skutečnosti neřeší hlavní příčinu obtíží. Psychika totiž hraje obrovskou roli v tom, jak bolest vnímáme. U citlivějších lidí nebo u těch, kteří žijí dlouhodobě ve vleklém stresu, jsou pod tlakem – ať už v práci, ze strany nadřízených, nebo sami na sebe kladou příliš vysoké nároky –, se právě záda stávají jakýmsi hromosvodem psychiky.

■ Jsou i další situace, kdy bolest zad nemá okamžitě zjevnou příčinu v páteři?

Například zhoubné nádory. Až 20 % karcinomů se poprvé projeví právě bolestí zad, často kvůli metastázám v obratlových tělech. Pacient, který o svém onkologickém onemocnění dosud vůbec neví, přijde s tím, že ho „jen“ bolí záda – a až vyšetření ukáže, že má metastatické postižení páteře, někdy i vlivem metastázy rozpadlý obratel. Takové případy občas vidáme. Typický scénář: člověk byl dosud úplně zdravý, žádné varovné příznaky, a náhle během dvou týdnů vznikne krutá bolest, nebo dokonce neurologický výpadek – slabost končetiny či částečné ochrnutí. Důvodem bývá právě metastatické poškození páteře, které do té doby tělo zvládalo vyrovnávat, až to došlo do stadia, kdy se náhle objevily šílené bolesti. Často u mladších pacientů. Dřív se

k diagnóze metastáz dostávali pacienti až v pozdních stádiích – mnohdy tehdy, když už došlo k ochrnutí nebo když jejich stav byl celkově vážný. Dnes jdou lidé s bolestí zad často rovnou na magnetickou rezonanci nebo na CT, a tím se mnohé odhalí.

■ V souvislosti s rozvojem moderních zobrazovacích metod, které lékařům dokážou podrobně ukázat, co se v těle děje, tedy i v páteři, se dnes čím dál více mluví o bolestech přímo meziobratlové ploténky. Co je způsobuje?

Nejde o to, že bychom díky novým technologiím objevili nový typ bolesti – spíše jsme díky nim schopni lépe rozlišit, co přesně bolest způsobuje. Meziobratlová ploténka je zásobována krví do 12 až 13 let, pak prakticky ztrácí přímé cévní zásobení. Od té chvíle se spouští komplexní proces jejího

„Bolesti zad bývají jedním z prvních příznaků deprese.“

postupného opotřebování. Ten je velmi individuální a významně ovlivněný genetikou. Někdo má degenerativní změny už ve dvaceti a začíná pociťovat obtíže. K tomu se často přidávají vnější faktory, které degeneraci urychlují – například špatný pohybový režim, sedavý způsob života, nadváha, opakované zvedání těžkých předmětů,



▲ Jedna z častých příčin bolesti zad? Výchřez meziobratlové ploténky, kdy se vazivový obal protrhne a do páteřního kanálu se protlačí část rosolovitého obsahu. Rizikové jsou v této souvislosti především nadměrný pohyb a přehnaná zátěž, jež už jsou za fyziologickou hranici.

nevhodné sportovní aktivity nebo dlouhé jízdy autem. To všechno vytváří nadměrnou zátěž na páteř, zejména v ose těla. Výsledkem může být buď protržení ploténky s výchřezem, nebo její pomalá, chronická degenerace. V některých případech nedojde k jejímu protržení a výchřeznutí, ale ploténka ztratí svou výšku a pružnost, její okolí reaguje neinfekčním, degenerativním zánětem a otokem. Tento proces bývá doprovázen zvýšenou tvorbou krevních cév kolem ploténky v obratlových tělech.

■ A to poznáte na magnetické rezonanci?

Ano, otázkou však zůstává, zda je právě tato oblast skutečným zdrojem bolesti, nebo zda jde jen o náhodný, němý nálezn. Tady nám pomáhá nukleární medicína, konkrétně vyšetření jako SPECT nebo PET. Pomocí těchto metod sledujeme metabolickou aktivitu tkání, protože při aktivním degenerativním zánětu dochází ke zvýšené činnosti kostních buněk. Radioizotop, který se pacientovi aplikuje, se pak koncentruje právě v místech této zvýšené aktivity. Pokud se tedy v postižené oblasti objeví zvýšené vychytávání izotopu, máme silný důkaz, že jde o zdroj obtíží. V této oblasti jsme u nás udělali velký pokrok. Na našem pracovišti jsme s těmito vyšetřeními začali jako první v republice a už v polovině devadesátých let jsme prováděli první SPECT. O něco více se nám však osvědčilo vyšetření PET s radiofarmakem fluoridem sodným, které je velmi citlivé na metabolické změny v kostní tkáni. Hromadí se v místech, kde probíhá aktivní kostní přestavba. Při skenování celé páteře od krční po křížovou kost pak na snímcích vidíme jasně osvětlená ložiska – pacienti tomu často říkají, že „to svítí jako žárovka“. Takto lze zachytit například aktivní degenerativní proces v meziobratlové ploténce nebo v drobných meziobratlových kloubech. Právě tyto aktivní změny bývají zdrojem bolesti – i přesto, že na magnetické rezonanci žádný výrazný nálezn nevidíme. Ploténka může být jen lehce změněná, ale nevýchřezlá, a kloubní postižení se často vůbec nedá z běžné magnetické rezonance nebo CT vyčíst. Jediným způsobem, jak tyto aktivní kloubní změny přesně lokalizovat, je právě vyšetření nukleární medicíny.

■ Jakou máte s vyšetřením PET zkušenost?

PET s fluoridem sodným používáme přes dvacet let a z vlastní zkušenosti můžu říct, že jeho diagnostická přesnost je výrazně



vyšší než u klasického SPECT. Zvláště u krční páteře, kde jsou kloubní struktury velmi drobné, je ten rozdíl zásadní. Navíc PET má nižší radiační zátěž než SPECT. Pracuje se v režimu s nízkou dávkou radiofarmaka, látka se z těla vylučuje rychleji a pacient je zatížený menším množstvím záření. Například kontakt s malými dětmi nebo těhotnými ženami je po PET vyšetření omezen zhruba o polovinu kratší dobu než u SPECT. PET je však dražší než SPECT a vyšetření s radiofarmakem fluoridem sodným se v současnosti provádí převážně u nás na Homolce. Tím samozřejmě nechci nijak snižovat význam SPECT. Ten má v diagnostice také své pevné místo.

■ **A co dál, když na vyšetření PET skutečně vidíte ložisko - tedy aktivitu buď v meziobratlové ploténce, nebo v meziobratlových kloubech?**

Pokud takové ložisko na PET vidíme, následuje další krok - tzv. facet block, tedy diagnostický (a částečně i terapeutický) obstríkaní facetového (meziobratlového) kloubu pod CT navigací. Pacientovi se přímo do kloubu aplikuje směs lokálního anestetika a kortikoidu. Když pak dočasně pocítí úlevu - třeba na tři týdny -, máme důkaz, že právě tento kloub byl zdrojem bolesti. Obstríkaní lze podle potřeby zopakovat, i dvakrát třikrát, a někdy to přinese nejen diagnostické potvrzení, ale i terapeutický efekt. Aktivní artróza kloubu totiž není stav, který



▲ **Meziobratlové ploténky připomínají jakýsi polštář či gumový balonek uložený mezi jednotlivými obratli, který tlumí nárazy. Vnější vazivová část ploténky chrání vnitřní gelový obsah. Vlivem stárnutí ploténka vysychá, ztrácí pružnost a mohou se na ní tvořit trhlinky.**

by trval doživotně. Může spontánně ustoupit, stejně jako například artróza kolene. Není však možné přesně říct, kdy k tomu dojde - zda za tři měsíce, za tři roky, nebo za pět. Někteří pacienti takto trpí i dlouhé

„Kloubní část se částečně odstraní nebo zbrousí.“

roky. Pokud se ale potíže opakují, obstríkaní pomáhají jen dočasně a pacient nechce donekonečna podstupovat injekce, pak přichází v úvahu operační řešení.

■ **Jak se provádí?**

V tomto případě se operace zaměřuje na stabilizaci daného segmentu páteře. Kloubní část se částečně odstraní, případně

zbrousí, a mezi kloubní plochy se vloží osteokonduktivní materiál (např. umělé štěpy), aby došlo ke srůstu - tzv. kloubní fúzi. Celý segment se pak zajišťuje vnitřním fixátorem. Pokud je ale postiženo více úrovní - například čtyři nebo pět segmentů -, znamenalo by to zafixovat téměř celou páteř. A to už není malý zákrok. Taková operace může zahrnovat i osm až deset šroubů a nese s sebou vyšší riziko komplikací. Samozřejmě že i takové výkony provádíme - zrovna nedávno jsme stabilizovali celou páteř u pacientky s degenerativní skoliózou a těžkou stenózou (zúžením, pozn. red.), jež už téměř nemohla chodit a měla výrazné neurologické výpadky. V takovém případě je rozsáhlá stabilizace přínosem, protože zlepší kvalitu života a zastaví zhoršování stavu. Je ovšem jasné, že pacient s takovou operací v sobě zkrátka „něco cítí“ - má v sobě šrouby, pohyblivost páteře je omezená, a nebude nikdy zcela bez potíží. Ale i přesto je to často výrazná úleva a životní posun oproti předoperačnímu stavu. I rozsáhlá stabilizace tedy pro řadu pacientů může představovat reálný a významný benefit.

■ **Zmínili jste stenózu neboli zúžení páteřního kanálu. O co jde?**

To je problém, který se často vyskytuje u starších lidí. U nich už nejsou potíže způsobené tolik měkkými strukturami, jako je meziobratlová ploténka, protože ta je často už natolik opotřebovaná, dehydratovaná a zploštělá, že už ani „nevychřezne“. Místo toho se začne zužovat prostor v páteřním kanálu - tomu říkáme stenóza. Zúžení často vzniká kvůli přeměnám kostí a kloubů v okolí - vlivem dlouhodobých degenerativních změn, jako je artróza. Klouby „zbytní“, tvoří se výrůstky a ty pak tlačí na nervové struktury procházející páteřním kanálem. Anatomicky je to tak, že mícha

končí přibližně u prvního bederního obratle. Od tohoto místa dolů už nevede mícha, nýbrž svazek nervových kořenů, kterému říkáme cauda equina, latinsky „koňský ocas“. Tyto nervové kořeny vystupují z páteře ven a ovlivňují funkci svalů a citlivost v dolních končetinách. Nervové kořeny jsou v tom úzkém prostoru utlačovány, a právě to způsobuje bolest, brnění nebo slabost v nohou, v nejtěžším případě ochrnutí některých svalových skupin na noze. Podle toho, kde pacient cítí bolest nebo brnění (např. na zevní nebo přední straně nohy), můžeme odhadnout, který nervový kořen je drážděn nebo utlačen. A pokud se to potvrdí i na magnetické rezonanci - tedy že tam opravdu dochází ke stlačení toho konkrétního kořene -, máme jasnou představu, co je příčinou potíží. V některých případech je ten prostor tak malý, že se až divíme, že pacient ještě může chodit. Přesto tito lidé často tvrdí, že mají „jen“ bolest nohou - obvykle ujdou jen určitou vzdálenost, třeba padesát metrů. Pak si musejí na chvíli odpočinout, často se předklonit, čímž se zvětší průsvit páteřního kanálu - nervy, které byly dočasně utlačeny, se po krátké úlevě zotaví, a poté lidé mohou znovu pokračovat.

■ **To je pozoruhodné.**

Je zajímavé, jak si nervy na to často „zvyknou“ a přizpůsobí se podmínkám. Tím, že jsou dlouhodobě pod tlakem, se trochu ztenčí, ale jejich funkce zůstává zachována. Takže pacient třeba nemá žádné ochrnutí, ale „jen“ bolest nebo únavu nohou. Když do takového místa aplikujeme kortikoidní obstríkaní, který působí proti otoku, nervový kořen „splaskne“, a tím pádem se dočasně uvolní tlak, a bolest ustoupí. Ovšem - páteř tím nevyléčíme. Stenóza (zúžení, pozn. red.) zůstává stejná.

■ **Mají pacienti často od operace páteře nereálná očekávání?**

Ano, často se to stává. Někdy mají pacienti očekávání přiměřená, avšak velmi často nepřemýšlejí o možných komplikacích nebo omezeních. Hodně přitom záleží na konkrétní osobnosti - jak je člověk citlivý, jakou má psychickou odolnost, rodinné zázemí, nebo jestli prochází nějakou krizí. Tyto faktory mají obrovský vliv. Například u žen často vidíme, jak na jejich stav působí vztahové problémy, úmrtí partnera nebo rozvod. Tito pacienti k nám chodí léta - mám pacienty, jež sleduji 30 nebo

40 let - a vnímám, jak na jejich zdravotní stav působí životní situace. Někdy zejména ženy přijdou s tím, že se „náhle zhoršily“, bolí je záda, a až při delším rozhovoru vyjde najevo, že třeba před půl rokem přišly o manžela. Ta bolest je pak často psychosomatická - tělo reaguje na duševní zátěž. U jiných pacientů je navíc problém v tom,

„Nervy se podmínkám často přizpůsobí.“

že mají degenerativní změny páteře v mnoha úrovních, ale operujeme jen segmenty, kde jsou zásadní degenerativní změny s největším útlakem nervů nebo nestabilitou. A ano, někteří pacienti mohou mít i po operaci nadále obtíže - a to proto, že skutečný zdroj jejich problémů nebyl v tom, co jsme na snímcích viděli jako patologii.

■ **A problém je tedy kde?**

Už jsem to zmiňoval: příčina může být jinde - třeba v psychice pacienta, ve špatném postavení těžiště nebo se například

vytvořila pooperační jizva (fibróza, pozn. red.), jež nervy opět dráždí. Jindy se prostě jen dále rozvíjí degenerativní onemocnění páteře - protože to je proces, který s věkem pokračuje. Já pacientům v ambulanci často říkám, že tahle nemoc je trochu jako rakovina - ne v tom, že by vás ohrožovala na životě, ale v tom, že se nezastaví. Nezabije vás, pořád se však vyvíjí. Někdy pomalu, někdy rychleji - to je velmi individuální. A genetika v tom hraje obrovskou roli. Mám na to i vlastní příklad - moje žena byla poprvé operována už ve třiceti. Měla naprosto zničenou ploténku. A nebylo to náhodou - její otec, kterého jsem také operoval, měl podobné problémy, absolvoval tři operace. U ženy se to navíc zhoršilo sportem - od dětství se věnovala vrcholovému tenisu, hrála profesionálně, jezdila do Rakouska, Německa... A tím si páteř definitivně dorazila. O deset let později musela podstoupit další stejnou operaci - výměnu ploténky z předního přístupu, tedy přes břicho.

Karolína Lišková



▼ **„V ambulanci vyšetřím kolem 25 až 30 pacientů týdně,“ vypočítává spondylochirurg Chrobok z neurochirurgického oddělení Nemocnice Na Homolce. „Na našem oddělení provádíme přes 1 500 páteřních operací ročně. To vše je bohužel limitováno nejen personálně, ale i počtem lůžek.“**



Tzv. kaudální blokáda nebo, jak pacienti s oblibou říkají, „kaudál“ je postup, který dokáže ulevit od dlouhodobé bolesti. Směs lokálního anestetika, kortikoidu a fyziologického roztoku se píchne do páteřního kanálu v oblasti křížové kosti. „Dlouhá jehla se zavádí skrz otvůrek v kosti a výsledný efekt bývá u některých pacientů velmi dobrý a dlouhodobý,“ popisuje MUDr. Chrobok.