

BOLEČINA V LEDVENEM PREDELU HRBTENICE

LOW BACK PAIN

asist. dr. Robert Košak, dr. med.

Univerzitetni klinični center Ljubljana, Ortopedska klinika

Izvleček

Bolečina v ledvenem predelu hrbtenice je najbolj pogosta bolečina gibal pri človeku. Devetdeset odstotkov odraslih oseb v času svojega življenja vsaj enkrat ali tudi večkrat začuti značilno bolečino v križu. Petdeset odstotkov ljudi ima v aktivnem (delovnem) življenjskem obdobju bolečino v križu vsaj enkrat na leto. Bolečina v ledvenem predelu hrbtenice ni specifična bolezen. Gre za simptom, ki je posledica različnih drugih bolezenskih stanj. Značilno je, da pri 85 odstotkih bolnikov z bolečino v križu, kljub obsežnim diagnostičnim preiskavam, ne ugotovijo vzroka za bolečino. Pri večini le-teh se stanje umiri v dveh do treh mesecih, ne da bi jih zdravili oz. operirali. Bolečina v ledvenem predelu hrbtenice je lahko akutna, subakutna ali kronična. Najpogostejši vzroki zanjo so zvini, utesnitve živčnih vlaken, okvare kostnih in sklepnih delov hrbtenice. Akutne poškodbe so predvsem manjše poškodbe, ki povzročijo nategnitev ali delne raztrganine ligamentov, tetiv in/ali mišic v ledvenem predelu hrbtenice. Do poškodbe lahko pride ob nenadnih preobremenitvah ali nepravilnih obremenitvah hrbtenice, lahko pa so posledica preutrujenosti struktur ob hrbtenici. Stisnjenje delov živčevja lahko povzročajo izbočene medvretenčne ploščice (hernija diskusa) ali okostje (spinalna stenoza). Pogosto so vzrok za bolečino v ledveni hrbtenici tumorji, benigni ali maligni. Ti so lahko primarni, pogosteje pa gre za metastatske spremembe. Vzrok za bolečine v ledvenem predelu hrbtenice so tudi vnetna stanja (spondilodiscitisi). Ti se lahko kažejo le z bolečino v ledvenem predelu hrbtenice, lahko pa povzročajo tudi stisnjenje delov živčevja in s tem znake radikulopatij. V zadnjem času pa je vedno več bolnikov z bolečino v križu, katere vzrok je njihovo duševno stanje, klinična slika ni značilna, z različnimi preiskovalnimi metodami pa ne moremo ugotoviti telesnega vzroka za bolečino.

Ključne besede:

bolečina v križu, vzroki, diagnostika

Abstract

Low back pain is a common concern, affecting up to 90 % of people at some point in their lifetime. Up to 50 % will have more than one episode. Low back pain is not a specific disease. Rather, it is a symptom that may occur from a variety of different processes. In up to 85 % of people with low back pain, despite a thorough medical examination, no specific cause of the pain can be identified. Typically, the symptoms of low back pain show significant improvement within two to three months from its onset. Low back pain can be either acute, subacute or chronic in its clinical presentation. Common causes of low back pain include lumbar strain, nerve irritation, lumbar radiculopathy, bony encroachment, and conditions of the bone and joints. A lumbar strain is a stretch injury to the ligaments, tendons, and/or muscles of the low back. The stretching incident results in microscopic tears of varying degrees in these tissues. Lumbar strain is considered one of the most common causes of low back pain. The injury can occur because of overuse, improper use, or trauma. The nerves of the lumbar spine can be irritated by mechanical impingement. These conditions include lumbar disc disease (radiculopathy) and bony encroachment (spinal stenosis). Low back pain can also be caused by tumors, either benign or malignant, that originate in the bone of the spine or pelvis and spinal cord (primary tumors) and those which originate elsewhere and spread to these areas (metastatic tumors). Infection of the discs (septic discitis) and bone (osteomyelitis) is a rare but important cause of low back pain; it can also be of the radicular type. The cause may also be psychological (emotional) or due to other non-anatomical factors.

Key words:

low back pain, causes, diagnostics

UVOD

Najpogostejša bolečina v gibalih pri človeku je bolečina v ledvenem predelu hrbtenice. 90 odstotkov odraslih oseb

v času svojega življenja vsaj enkrat ali tudi večkrat začuti značilno bolečino v križu. 50 odstotkov ljudi ima v aktivnem (delovnem) življenjskem obdobju bolečino v križu vsaj enkrat na leto. Akutna bolečina v križu je peti najbolj pogosti vzrok, da bolnik poišče pomoč pri družinskem zdravniku. 90 odstotkov ljudi z akutno bolečino v križu se ponovno vrne na delo v obdobju treh mesecev.

Prispelo: 10. 5. 2010

Sprejeto: 16. 5. 2010

Vzroki bolečine v križu so številni, diferencialno diagnozo je zaradi neznačilnosti posameznih znakov včasih težko postaviti, zdravljenje pa je pogosto zahtevno. Najbolj pogost vzrok za bolečino v križu so degenerativne spremembe medvretenčne ploščice. Te so predvsem posledica načina življenja sodobnega človeka, ki je veliko bolj nedejavno. Intelektualne dejavnosti nas silijo k dolgotrajnemu sedenju za mizo ali pri računalniku. Ljudje, ki so zaposleni v industriji, imajo pri svojem delu hrbet pogosto v prisilni drži, njihovo gibanje pa vsebuje vedno enake, ponavljajoče se gibe. Zaradi vse večje zaposlenosti ljudi v sodobnem načinu življenja nam zmanjkuje časa za rekreacijo (bolje: si ga ne vzamemo!) ... Vse to škodljivo pliva na prehrano medvretenčne ploščice, ki se, razen v zgodnjem otroškem obdobju, prehranjuje le z difuzijo. Difuzija in s tem tudi prehrana je ob takem načinu življenja motena, kar privede do zgodnjega obrabljanja ploščice, posledica tega pa je bolečina v ledvenem predelu hrbtenice.

Bolečino v ledvenem predelu hrbtenice po času trajanja lahko razdelimo v tri skupine:

1. akutna bolečina – bolečina, ki traja šest tednov ali manj;
2. subakutna bolečina – bolečina, ki traja od 6 do 12 tednov;
3. kronična bolečina – bolečina, ki traja več kot 12 tednov.

KLINIČNI ZNAKI

Pri bolniku z bolečino v ledvenem predelu hrbtenice je bolečina lahko le v ledvenem predelu (lumbalgija), lahko pa se bolečina širi tudi vzdolž spodnjih udov pogosto s pridruženimi nevrološkimi izpadi (lumboischialgija).

Lumbalgija

Bolečino v križu, ki po telesu navzdol ne sega nižje od zadnjičnih gub ali kolen, pogosto pa jo spremlja krč ledvenih mišic, imenujemo lumbalgija. Bolnik ne opisuje tipične nevrogene bolečine, ki se širi po poteku ishiadičnega ali femoralnega živca in ne opisuje spremenjenega občutka v dermatomih. Pri pregledu medeničnega obroča in nog ne ugotovimo nevroloških izpadov.

Lumboischialgija

Zaradi mehaničnih vzrokov (hernija medvretenčne ploščice, stenoza hrbtenjačnega kanala, tumor, epiduralni absces, zlom vretenca) lahko prihaja do pritiska na živčevje, kar se klinično kaže z bolečino vzdolž poteka okvarjenega živca. Najpogosteje je mehanični pritisk na nivoju L4/L5 in L5/S1, kar se kaže z bolečino po zadnji strani spodnjega uda. Pritisk na nivoju L3/L4 se kaže z bolečino po sprednji strani

stegna (kjer poteka femoralni živec). Pri kliničnem pregledu pogosto najdemo nevrološke izpade.

POGOSTEJŠE PREISKOVALNE METODE PRI ORTOPEDU

Standardni rentgenogrami

Obravnava bolnikov z bolečino v križu ali radikulopatijo se začne s standardnimi rentgenogrami ledveno-križničnega dela hrbtenice. Klasična radiološka diagnostika omogoča prikazovanje okostja, prikaže morebitne razvojne anomalije in patološka stanja hrbtenice. Pomembna pa je tudi pri ugotavljanju degenerativnih sprememb, kot so spondiloza, degenerativna skolioza in »listetični« premiki med posameznimi vretenci. Uporabna je pri ugotavljanju popoškodbenih stanj, metastaz in vnetnih procesov.

MRI preiskava ledveno-križničnega dela hrbtenice

MRI preiskava pokaže mehka tkiva in okostje v več ravninah. Koristna je, ker pokaže začetne protruzije ali hernije medvretenčne ploščice, postoperativne brazgotine, epiduralne abscese in druge vnetne spremembe, primarne in sekundarne tumorje, spinalne stenoze in druga stanja na hrbtenici. Na prikazanih sekvencah T2 pokaže degenerirane in dehidrirane medvretenčne ploščice.

Lumbosakralna radikulografija in CT

To je dobra preiskovalna metoda za ugotavljanje stanja likvorskega prostora, ki je lahko utesnjen zaradi centralne, lateralne ali kombinirane spinalne stenoze ali hernije diska. Preiskava je pomembna tudi zato, ker jo lahko opravimo pri bolnikih, pri katerih MRI preiskave iz različnih razlogov ne moremo narediti (zaradi kovinskih tujkov v bolnikovem telesu, njegovega strahu pred zaprtim prostorom).

Funkcionalni rentgenogrami ledveno-križničnega dela hrbtenice

S funkcionalnimi rentgenogrami ugotavljamo nestabilnost posameznih segmentov hrbtenice.

Za ocenjevanje antefleksije v ledveno-križničnem predelu hrbtenice bolnika položimo na bok, kolke naj ima skrčene in hrbtenico upognjeno naprej. V tem položaju je bolečina pri bolniku manjša in tako lahko le-ta hrbtenico bolj upogne. Okvarjena medvretenčna ploščica se izraziteje deformira, vidimo lahko, kakšen je največji možni premik med vretenci. Ocenjevanje retrofleksije v ledveno-križničnem predelu hrbtenice naredimo pri bolniku, ko le-ta stoji.

Provokacijska diskografija ledveno-križnega dela hrbtenice

Provokacijska diskografija je običajna diskografija ledveno-križničnega dela hrbtenice. S porazdelitvijo kontrastnega sredstva ugotavljamo degeneracijo diska, pod pritiskom pa vbrizgamo tudi fiziološko raztopino v pulpozno jedro (nukleus pulposus). Če je vzrok za bolečino medvretenčna ploščica, s tem postopkom izzovemo pri bolniku tipično bolečino. Ker so sočasno vstavljene diskografske igle v najmanj tri medvretenčne ploščice (običajno testiramo disk L3/L4, L4/L5 in L5/S1), lahko provokacijo ponavljamo in tako ugotovimo mesto bolečine (bolečina v predelu diskusa).

Nevrofiziološka diagnostika

Nevrofiziološke preiskave uporabimo, če s slikovno diagnostiko ne moremo pojasniti izpadov v perifernem živčevju. Z nevrofiziološko diagnostiko ugotavljamo novo nastale in kronične radikulopatije in pleksopatije, omogoča pa nam tudi, da odkrijemo vnetne, diabetične in paraneoplastične polinevropatije.

Laboratorijske preiskave

Laboratorijske preiskave so pomembne predvsem pri ugotavljanju vnetnih dogajanj (povečane vrednosti CRP, SR, L), primarnih in sekundarnih tumorjev (alkalna in kislina fosfataza, proteinogram, hemogram).

Scintigrafija skeleta

Scintigrafija skeleta je dobra preiskovalna metoda predvsem za ugotavljanje vnetnih dogajanj, primarnih in sekundarnih tumorjev, zlomov in degenerativnih stanj hrbtenice.

DIFERENCIALNA DIAGNOSTIKA AKUTNE BOLEČINE V KRIŽU

V tabeli 1 so prikazane diagnoze s simptomi in znaki, ki so lahko vzrok za bolečino v ledvenem predelu hrbtenice.

Tabela 1: Diagnoze s simptomi in znaki, ki so lahko vzrok za bolečino v ledvenem predelu hrbtenice.

Diagnoza	Simptomi in znaki
Mišični krč	lokalna občutljivost, omejena gibljivost hrbtenice
Hernija diskusa	pozitiven Laseguov znak, pogosti nevrološki izpadi
Spinalna stenoza	bolečina pri hoji (klavdikacijska razdalja), blagi nevrološki izpadi
Osteoartritis	bolečine pri gibanju, predvsem pri ekstenziji
Spondilolisteza	bolečine pri gibanju, pozitiven RTG
Vnetja	ostra bolečina, vročina, perkutorna bolečina, različni nevrološki izpadi
Tumorji	bolečina, ki se počasi stopnjuje, lahko lokalizirana občutljivost, različni nevrološki izpadi

Mišični krč

Mišični krč je najpogostejši vzrok, da bolniki z akutno bolečino v križu poiščejo pomoč pri zdravniku. Bolečnost ob nategnitvi mišic lahko povzroči omejeno gibljivost v sosednjih sklepih, včasih bolniki navajajo tudi sevanje bolečine v zgornje ali spodnje ude s parestezijo, kar je težko ločiti od radikularnih simptomov. Bolečina nastane po nerodnem gibu, predklonu, dvigovanju bremena. Do njih lahko pride tudi spontano, po poškodbi, kot posledica ponavljajočih se gibov, prisilne drže, kroničnih okužb, duševnih obremenitev ali mraza, lahko nastopijo nenadoma ali postopoma. Bolečina praviloma na telesu ne sega nižje od zadnjičnih gub ali kolen, pogosto pa jo spremlja krč ledvenih mišic, ki ga pri pregledu lahko otipljemo. Pri bolnikovem gibanju, občutenju in njegovih refleksih ne najdemo odstopanj od normale, Laseguov znak je negativen. Atrofije mišic niso značilne.

Diagnozo postavimo tako, da izključimo druge bolezni s kliničnim pregledom bolnika in dodatnimi preiskavami. Stanje najpogosteje opisujemo kot lumbalgijo in če ne najdemo specifičnega anatomskega vzroka za bolečino (ali ga ne uspemo dokazati), jo imenujemo nespecifična bolečina v križu, ki jo zdravimo konzervativno.

Hernija diskusa

Hernija diskusa (medvretenčne ploščice) je posledica protruzije (izbočenja) medvretenčne ploščice (nucleus pulposus) skozi razpoko v zunanjem krožnem obodu (anulus fibrozus) v njegovi najšibkejši točki – običajno v posterolateralni smeri. Najpogostejša je na nivoju L4/L5, sledi L5/S1, redkeje L3/L4, ostali nivoji torakolumbalne hrbtenice so okvarjeni izjemoma.

Za hernijo medvretenčne ploščice je značilna bolečina v križu in/ali v spodnjem udu. Bolečina je pogostejša v udih, manj pogosta pa v predelu hrbtenice. V akutni fazi je gibljivost hrbtenice omejena, pozitivni so testi na nateg (test na nateg n. femoralisa, n. ischiadicusa), pogosto vidimo t. i. radikularne znake, ki pomenijo okvaro spodnjega motoričnega nevrona na nivoju spinalnih korenin ali spinalnih živcev z ohlapno parezo, parestezijami in hipestezijami po

dermatomski razporeditvi, oslabiljenimi refleksi in normalnim ali zmanjšanim mišičnim tonusom.

Pri radikulopatiji lahko pride tudi do atrofije ustreznih mišic (štiriglava stegenska mišica, extensor digitorum longus, extensor hallucis longus, peroneusi). Pregled grobe moči mišic in refleksov ima veliko večjo specifičnost za radikularne okvare kot preizkus senzoričnosti. Senzorične okvare namreč ne ustrezajo vedno natančnim dermatomskim mejam: bolniki čutijo bolečine predvsem v proksimalnih predelih udov, parestezije pa v distalnih predelih.

Nevrološki izpadi so posledica pritiska medvretenčne ploščice na živčne korenine. Če jih pri bolniku ugotovimo, ga je treba napotiti še na druge diagnostične preiskave, da bi diagnozo potrdili in da bi se lahko odločili za morebitno operativno zdravljenje.

Klinični pregled nadaljujemo z običajnim RTG, s katerim izključimo številna patološka stanja (degenerativne spremembe, vnetje, tumor, zlom, prirojene anomalije). Vzrok in predel koreninske okvare natančneje dokažemo in opredelimo s slikovnimi preiskavami (MRI, lumbosakralna radikulografija, CT) in nevrofiziološko diagnostiko (EMG), s čimer opredelimo obseg okvare živčnih korenin, trajanje okvare, morebitno regeneracijo.

Pri konzervativnem zdravljenju bolnikom priporočamo mirovanje oz. počitek, zdravljenje z analgetiki, fizioterapijo (trakcijsko, obsevalno zdravljenje, protibolečinsko obsevanje), infiltracije (blokada). Z naštetimi metodami želimo pri bolnikih zmanjšati oz. odpraviti bolečino, povrniti gibljivost, zmanjšati njihove okvare, preprečiti ponovitve oz. nastanek kroničnih težav.

Predvsem pri napredovalih nevroloških izpadih in seveda pri sfinktrskih motnjah je indicirana operativna sprostitev hrbtenjačnega kanala. Indikacija za takojšnjo operacijo je sindrom kavde ekvine s spremljajočimi mikcijskimi motnjami in hipestezijo v obliki jahalnih hlač ali napredujoča pareza mišic. Relativna indikacija so radikularne bolečine s slabše izraženimi nevrološki izpadi, pri katerih ne pride do izboljšanja po intenzivnem konzervativnem zdravljenju, ki naj traja vsaj šest do dvanajst tednov. Kontraindikacija so bolečine brez radikularne simptomatike, nepojasnen anatomsko-morfološki vzrok za bolečine, če bolnik pri zdravljenju ne sodeluje in psihološki vzroki za bolečino.

Sindrom kavde ekvine

Sindrom kavde ekvine je skupina simptomov in znakov, ki so posledica stiskanja dveh ali več živčnih korenin v lumbalnem delu hrbtenice. Najpogostejši vzrok za sindrom so obsežne hernije diskusa, lahko pa je le-ta posledica zloma, tumorja, spinalne stenoze ali vnetja z epiduralnim abscesom. Značilen je hiter razvoj simptomatike (v nekaj urah) z napredujočo bolečino v križu, ki lahko seva v nogi in znaki radikularnega

draženja – hipestezija v obliki jahalnih hlač, ni miotatičnih refleksov (patelarni, Ahilov, bulbokavernozni), oslabelelost mišičja (vsega ali samo na delu spodnjega uda, sfinktrskih mišic), zaradi česar lahko pride do paraplegije, zastoja ali uhajanja urina, motenj odvajanja, motenj erekcije. Parestezija in mišična pareza sta pogosto simetrični. Simptome in znake je treba hitro prepoznati in takoj opraviti potrebne preiskave ter bolnike operirati. Potek in izid zdravljenja sta boljša, če bolnika operiramo v 24 urah po nastanku težav, sicer pa se funkcija sfinktrskih mišic lahko povrne še eno leto po operativnem posegu.

Spinalna (lumbalna) stenoza

Spinalna (lumbalna) stenoza je zožitev hrbtenjačnega kanala ledvene hrbtenice (centralna stenoza) ali zožitev izstopišč živčnih korenin (lateralna stenoza). Pojavi se lahko na enem, pogosto pa na več nivojih. Lahko je prirojena ali pridobljena (najpogosteje degenerativna, redkeje pa popoškodbeno ali iatrogena). Pri degenerativni obliki je najpogosteje okvarjen ledveni predel hrbtenice na nivojih L4/L5 in L3/L4.

Bolniki opisujejo bolečine v lumbalnem predelu hrbtenice, jakost bolečine se spreminja s spremembo bolnikovega položaja telesa. Tipično je, da so takrat, ko bolnik hrbtenico razbremeni in upogne naprej, njegove bolečine manjše. Najpogostejši simptom so še intermitentne nevrogene klavdikacije. Pri telesnih dejavnostih, zlasti pri hoji, bolnik začuti bolečine v zadnjičnih mišicah, stegnih, mečih in stopalih. Bolnik ima tudi motnje čutenja – disestezije – mravljinčenje. Če le-ta počiva nekaj minut, bolečine in mravljinčenje popusti. Pri pregledu lahko najdemo le blage znake draženja živčnih korenin hrbtanjače.

Poleg anamneze in kliničnega pregleda je pomembna tudi slikovna diagnostika (RTG, CT- mielografija, MRI). Kot pri zdravljenju bolnikov z lumboishialgijo, predvsem v zgodnjih fazah, uporabljamo konzervativne metode tudi za zdravljenje bolnikov s spinalno stenozo. Če imajo bolniki hude in stalne težave, se odločimo za operativno zdravljenje, izvedemo temeljito dekompresijo spinalnega ali hrbtenjačnega kanala in izstopišč živčnih korenin. Pri ogroženi stabilnosti hrbtenice je treba narediti tudi operacijsko zatrditev (spondilodezo) okvarjenega gibljivega segmenta le-te.

Spondiloliza in spondilolisteza

Spondiloliza in spondilolisteza lahko nastaneta zaradi več vzrokov (displastični - prirojeni, istmični - poškodbeni, degenerativni, idiopatski, tumorski ...). Spondiloliza (prekinitev v intraartikularnem delu vretenčnega loka) je lahko enostranska ali obojestranska. Spondilolisteza je posledičen zdrs telesa vretenca praviloma naprej in le redko nazaj glede na kavalno ležeče vretence. Pri večini bolnikov liza in/ali listeza ne povzročata večjih težav. Pri 1/2 do 1/3 bolnikov

s težavami je potrebna obravnava glede na vzrok, stopnjo okvare, stabilnost hrbtenice, stisnjenje ali nategnitev živčnih korenin.

Za konzervativno zdravljenje se odločimo, če bolnik nima nevroloških izpadov. Če konzervativno zdravljenje ni uspešno, če zdrs napreduje ali če pride do nevroloških izpadov, se odločimo za operacijo – spondilodezo z dekompresijo živčnih struktur ali brez nje.

Vnetja

Akutne bakterijske, virusne in glivične okužbe ledvenega predela hrbtenice so (glede na del hrbtenice, ki je okužen) – spondilitis, spondilodiscitis, discitis. Okužba lahko zajame tudi več vretenc in medvretenčnih ploščic. Najpogostejši povzročitelj gnojnih hrbteničnih okužb je stafilokok. Ne smemo pozabiti tudi na anaerobne povzročitelje, tuberkulozo in glivična vnetja. Običajno so vnetja posledica hematogenega razsoja, redkeje lokalnega širjenja, lahko so povzročena iatrogeno.

Znaki vnetja pri bolnikih so sistemski, in sicer: povišana telesna temperatura, splošno slabo počutje, potenje ponoči, povečane vrednosti laboratorijskih parametrov, ki kažejo na vnetje. Pogosto so z laboratorijskim izvidom potrjene hemokulture. Lokalni znaki so bolečina nad prizadeto regijo, znaki radikularnega draženja.

Poleg značilnih laboratorijskih izvidov (povečane vrednosti vnetnih parametrov: CRP, L, SR) je pomembna še slikovna diagnostična obravnava (RTG in MRI ter scintigrafija skeleta). Če z laboratorijskim izvidom ni potrjena hemokultura, je treba narediti diagnostično biopsijo.

Zdravljenje je odvisno od več dejavnikov, med katerimi so najpomembnejši: bolnikovo splošno zdravstveno stanje zaradi vnetja, morebitna deformacija njegove hrbtenice in nestabilnost le-te ter bolnikovo nevrološko stanje.

Konzervativno bolnika zdravimo tako, da le-ta počiva (leži), z imobilizacijo njegove hrbtenice s steznikom in z antibiotiki v visokih odmerkih parenteralno vsaj šest tednov, nato jih bolnik jemlje še skozi usta. Če je potrebno operativno zdravljenje, opravimo temeljito operativno odstranitev abscesa, odmrlega tkiva, drenažo gnojne votline, dekompresijo živčnih struktur in po potrebi stabilizacijo hrbtenice.

Poškodbe

Najpogostejše poškodbe lumbosakralnega dela hrbtenice so nategnitev (distorzija) ledvenega predela, delni izpah malih sklepov v hrbtenici in zlomi vretenc (teles ali prečnih nastavkov). Nategnitev ledvenega predela hrbtenice ne pomeni večje okvare, bolečinska simptomatika pa je lahko akutna ali dolgotrajna. Pri zlomih vretenc je zdravljenje odvisno

od stabilnosti hrbtenice oziroma tipa zloma in od morebitnih pridruženih nevroloških izpadov. Posledice zlomov ledvenega predela hrbtenice so različne stopnje zmanjšane zmožnosti bolnikov.

Osteoporotični zlomi

Motnje presnove, npr. osteoporoza, so dokaj pogoste, še posebej pri ženskah. Do zloma pride pri delovanju zelo majhne zunanje sile. Zaradi redkejšje strukture skeleta krovne plošče vretenc popustijo in se posedejo. Nastane tipična klinasta (zlom prsnega vretenca) ali bikonkavna deformacija (zlom ledvenega vretenca) telesa vretenca. Medvretenčne ploščice niso poškodovane.

Pri osteoporotičnem zlomu v akutni fazi mora poškodovanec počivati in jemati analgetike. Steznik lahko razbremeni bolnikova poškodovana vretenca in zmanjša njegove bolečine. Bolniki ga uporabljajo nekaj tednov. Če zaradi zlomov pride do okvare živčevja in posledičnih znakov okvare ali če bolečina traja dalj časa, se odločimo za operativno stabilizacijo hrbtenice. Opravimo vertebroplastiko, kifoplastiko, če gre za utesnitve živčnih struktur pa dekompresijo in stabilizacijo.

Tumorji

Tumorji so lahko benigni ali maligni. Benigni lahko prizadenejo živčne korenine ali ovojnice hrbtenjače (nevriom, meningeom ...) ali pa hrbtenico (osteohondrom, osteoid osteom, hemangiom, benigni osteoblastom ...). Večinoma jih lahko uspešno odstranimo. Maligni tumorji so pri ljudeh v tretjem desetletju in pri tistih, ki so starejši, dvakrat pogostejši od benignih. So lahko primarni kostni tumorji (multipli mielom, osteosarkom, Ewingov tumor...) ali pa sekundarni tumorji (sekundarni osteosarkom, hondrosarkom), metastaze (karcinom dojke, prostate, pljuč, ledvic, ščitnice ...). Bolnike zdravimo celostno in interdisciplinarno.

Psihogeni dejavniki

Diagnostika in zdravljenje bolnikov z bolečino v ledvenem predelu hrbtenice, ki je posledica psihogenih dejavnikov, je težavno. V to skupino sodijo bolniki, pri katerih ni objektivnih kliničnih znakov (nevrološki izpadi), ter tisti, pri katerih smo izključili zgoraj omenjene bolezni. Glavna težava je bolečina, s kliničnim pregledom ne moremo ugotoviti jasnih znakov radikularne okvare. Bolniki svoje psihološke potrebe izražajo kot telesne simptome (somatizacija).

ZAKLJUČEK

Akutna bolečina v križu je posledica številnih patoloških stanj lumbalnega predela hrbtenice, lahko pa tudi bole-

zenskih stanj drugje v bolnikovem telesu. Njena pojavnost med prebivalstvom je velika. Taki bolniki od družinskega zdravnika terjajo veliko časa in napora, saj se za opisom bolečine – lumbalgija ali lumboishialgija – lahko skriva širok spekter različnih obolenj, tudi takih, ki zelo ogrožajo bolnikovo zdravje.

Literatura:

- Hart LG, Deyo RA, Cherkin DC. Physician office visits for low back pain: frequency, clinical evaluation, and treatment patterns from a U. S. national survey. *Spine* 1995; 20: 11-9.
- Nachemson AL. Newest knowledge of low back pain: a critical look. *Clin Orthop* 1992; (279): 8-20.
- Von Korff M, Saunders K. The course of back pain in primary care. *Spine* 1996; 21: 2833-7.
- Waddell G, Somerville D, Henderson I, Newton M. Objective clinical evaluation of physical impairment in chronic low back pain. *Spine* 1992; 17: 617-28.
- Waddell G, McCulloch JA, Kummel E, Venner RM. Nonorganic physical signs in low-back pain. *Spine* 1980; 5: 117-25.
- Porter RW, Ralston SH. Pharmacological management of back pain syndromes. *Drugs* 1994; 48: 189-98.
- Moskowitz RW. The appropriate use of NSAID's in arthritic conditions. *Am J Orthop* 1996; 25(9 suppl): 4-6.
- Deyo RA, Diehl AK, Rosenthal M. How many days of bed rest for acute low back pain? A randomized clinical trial. *N Engl J Med* 1986; 315: 1064-70.
- Beurskens AJ, De Vet MC, Koke AJ, Regtop W, van der Heijden GJ, Lindeman E, et al. Efficacy of traction for nonspecific low back pain: 12-week and 6-month results of a randomized clinical trial. *Spine* 1997; 22: 2756-62.
- Herman E, Williams R, Stratford P, Fargas-Babjak A, Trott M. A randomized controlled trial of transcutaneous electrical nerve stimulation (CODETRON) to determine its benefits in a rehabilitation program for acute occupational low back pain. *Spine* 1994; 19: 561-8.
- Nutter P. Aerobic exercise in the treatment and prevention of low back pain. *Occup Med* 1988; 3: 137-45.
- Han TS, Schouten JS, Lean ME, Seidell JC. The prevalence of low back pain and associations with body fatness, fat distribution and height. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1997; 21: 600-7.
- Koes BW, Assendelft WJ, van der Heijden GJ, Bouter LM. Spinal manipulation for low back pain: an updated systematic review of randomized clinical trials. *Spine* 1996; 21: 2860-71.
- Weber H. Lumbar disc herniation: a controlled, prospective study with ten years of observation. *Spine* 1983; 8: 131-40.