

ÚSTŘEDNÍ VOJENSKÁ NEMOCNICE

...od nemoci ke zdraví...

Spektrum neurologických onemocnění je velmi široké, říká primář Neurologického oddělení ÚVN



MUDr. JIŘÍ KASÍK, Ph.D. 3. část

● **Problematika dalšího hlavního odborného zaměření oddělení neurologie, o němž jsme ještě podrobněji nehovořili, je onemocnění páteře s postižením nervových struktur páteřního kanálu. Co si pod tím má laik představit?**

Přibližně 80% populace má v průběhu svého života zkušenost s bolestí páteře. Ve většině případů bolest odezní během max. 6 týdnů, pouze u desetiny postižených trvá déle. Příčinou bolesti, která je lokalizována pouze v oblasti zad jsou především funkční poruchy v meziobratlových kloubech a změny svalového napětí vznikající při náhlém nekoordinovaném pohybu, zvedání těžkých břemen apod. Pacienti potíže interpretují slovy „zablokoval jsem si záda“. Pouze u 2% nemocných je příčinou bolesti postižení nervových struktur uvnitř páteřního kanálu. Pro tyto stavy jsou vedle bolestí zad typické projekční bolesti do končetin, které jsou projevem útlaku nervových struktur, tj. míšních kořenů, a proto je označujeme jako kořenové syndromy. Nejčastější příčinou útlaku jsou výhřezy meziobratlové ploténky a kostěné změny lidově pojmenované jako „výrůstky na páteři“. Ty jsou projevem degenerace páteře, tj. procesu fyziologického stárnutí s přispěním rizikových faktorů, mezi něž patří sedavý či „usedlý“ způsob života, nadměrná tělesná hmotnost, kouření, expozice vibracím a řada dalších. Mezi méně časté příčiny bolestí zad s projekcí do končetin patří nádory, metastázy, cystické útvary, jizvy po operacích páteře, abscesy, záněty obratlů a plotének, krvácení do míšních obalů, úrazy nebo revmatická a metabolická onemocnění.

● **Patříte k zakladatelům CT řízených intervenčních metod v léčbě kořenových syndromů ve střední Evropě. Můžete o tom říci něco bližšího?**

Zavedení přístrojů výpočetní tomografie (CT) do klinické praxe v 70. letech uplynulého století vedlo nejen k převratu v diagnostice

onemocnění nervového systému, ale umožnilo jejich využití přímo v léčebném procesu. Speciální jehla zavedená pod kontrolou přístroje do cílového prostoru páteře a aplikace léčebné směsi k nervovému kořeni významně ovlivnily léčbu kořenových syndromů. Výkony jsou šetrné, bezpečné, při výběru vhodných pacientů úspěšné u více než 80% nemocných.

První publikované zkušenosti s CT intervenční léčbou u onemocnění páteře pochází od autorů Gronemeyera a Seidela z roku 1989. Naše zkušenosti s touto léčbou byly prezentovány poprvé v roce 1993 na mezinárodním kongresu v Praze. V té době jsme byli pátým pracovištěm na světě a prvním v bývalém východním bloku, které využívalo intervence v léčbě kořenových syndromů. Dnes jsou CT intervenční metody běžně používané v klinické praxi a dostupné v celé republice.

● **Jaké jsou nejčastější důvody potíží pacientů, když je tzv. bolí záda?**

Jak jsem již uvedl, nejčastější příčinou náhlého vzniku bolestí zad jsou prudké nekoordinované pohyby, zvedání těžkých břemen v předklonu, dlouhodobé setrvání a práce v nezvyklých polohách a další, které vedou převážně k funkčním poruchám drobných kloubů páteře a pánve, případně svalového korzetu. Funkční poruchy převažují u mladších věkových kategorií. Stejné mechanismy se mohou uplatnit i při postižení nervových struktur za předpokladu přítomnosti degenerativních změn, které přibývají s věkem a proto postihují více střední a starší věkové skupiny.



● **Má-li člověk jednorázové bolestivé problémy se zády, je vhodnější klid, nebo se naopak má snažit potíže rozehýbat?**

Pokud se objeví akutní bolest zad v závislosti na nějaké fyzické aktivitě, doporučuji klidový režim a běžná volně prodejná analgetika nebo nesteroidní antirevmatika k potlačení bolesti. Po zklidnění je vhodná postupná fyzická zátěž. Obecně platí, že bolest je nejen projevem poruchy či poškození nějaké tkáňové struktury, ale má i protektivní význam - omezuje pohybovou aktivitu a tím chrání tkáňové struktury před dalším poškozením. Proto je klidový režim v akutní fázi vhodnější, než se pokoušet potíže tzv. rozehýbat.

● **Jak dochází k poškození meziobratlové ploténky a jaké jsou typy výhřezů?**

Meziobratlová ploténka je složena z centrálního jádra hlenovitého charakteru a vazivového prstence. Vytváří elastický polštář mezi obratlovými těly, umožňuje pohyb a působí jako tlumič vůči zátěži. S věkem dochází postupně k poruchám výživy a metabolismu ploténky, jejichž výsledkem jsou strukturální změny a ztráta elastických vlastností. Uvedené změny jsou součástí degenerativního procesu, jehož první projevy začínají již kolem dvacátého roku věku člověka. Vedle degenerativních změn se uplatňují i mikrotraumata a řada uvedených rizikových faktorů. U takto změněné ploténky může dojít k výhřezu centrální hmoty jádra přes vazivový prstencec do páteřního kanálu s následným útlakem nervových struktur. Výsledkem jsou projekční bolesti u postiženého. Rozsah průniku centrální hmoty vazivovým prstencem umožňuje podle rentgenologického obrazu rozlišit několik typů výhřezů. Například pod pojmem protruze ploténky si lze představit průnik centrální hmoty trhlínami ve vazivovém prstenci, který se vyklenuje do páteřního kanálu, ale jeho kontinuita není zcela porušena. Naopak u výhřezu ploténky je kontinuita prstence zcela porušena a centrální hmota proniká



přímo do kanálu a tlačí na nervový kořen. To je velmi zjednodušené vysvětlení pochodů, které se mohou objevit u meziobratlové ploténky postižené degenerativním procesem.

● **Jaké jsou způsoby léčby bolestí při výhřezu meziobratlové ploténky?**

Léčení projevů výhřezu meziobratlové ploténky rozdělujeme na konzervativní a chirurgické. Spektrum konzervativních metod doplňují CT intervenční metody, o kterých byla řeč, jejich principem je farmakologická dekomprese nervových struktur.

Základem každé léčby izolovaných bolestí zad nebo s projekcemi do končetin je redukce pohybové aktivity, případně klidový režim. V případě imobilizujících bolestí zaujetí polohy, při níž jsou bolesti nejvíce snesitelné. Analgetika či nesteroidní antirevmatika potlačující bolesti jsou nedílnou součástí léčby. Po odeznění akutní fáze je vhodná řízená pohybová aktivita nejlépe pod dohledem zkušených fyzioterapeutů. V případě projekčních bolestí do končetin je na místě konzultace s neurologem, který klinickým vyšetřením zhodnotí stav nervových struktur a v případě podezření na kompresi nervových kořenů zajistí vyšetření některou ze zobrazovacích metod, jako jsou výpočetní tomografie (CT) nebo magnetická rezonance. Při korelaci klinického nálezu s nálezem rentgenologickým je potřebné zhodnotit celkový stav pacienta a zahájit konzervativní léčbu. Chirurgická léčba je indikována až v případě vyčerpání všech možností konzervativní léčby, protože je stále významně zatížena častým výskytem obtížně řešitelných pozdních pooperačních komplikací. Existuje pouze jeden klinický obraz, tzv. syndrom kaudy equiny, který se musí urgentně řešit chirurgicky, aby se zabránilo nevratnému poškození nervových struktur s těžkými následky.

● **Lůžková část Neurologického oddělení ÚVN je dělena na tři funkční úseky. Které to jsou a kolik lůžek mají?**

Součástí našeho lůžkového oddělení je jednotka intenzivní péče - iktová jednotka, která je koncipována jako specializované pracoviště pro diagnostiku a léčbu akutních cévních mozkových onemocnění a dalších urgentních neurologických stavů. Iktová jednotka má kapacitu 6 lůžek. Na intermediální části oddělení, která má kapacitu 10 lůžek, jsou umístěni pacienti z iktové jednotky po stabilizaci onemocnění, nebo pacienti s onemocněním vyžadujícím zvýšený lékařský dohled a ošetrovatelskou péči. Poslední, tzv. standardní část oddělení s 28 lůžky je určena pro pacienty, kteří jsou soběstační a jejich zdravotní stav nevyžaduje nepřetržitě sledování.

● **Jaký je personální stav na Vašem oddělení?**

V současné době na neurologickém oddělení pracuje 23 lékařů, z toho 14 na plný úvazek, 6 na částečný úvazek a 3 lékaři externisté zajišťují pohotovostní služby na Emergency. O pacienty na lůžkách a ambulanci pečují 34 zdravotních sester a 13 sanitářů.

● **Součástí odborné ambulance neurologického oddělení jsou poradny, které vedou specialisté na danou problematiku. Jakou pomoc pacientům nabízejí?**

Ambulantní část oddělení je členěna na část akutní a odbornou. V akutní ambulanci jsou vyšetřováni nemocní, jejichž zdravotní stav vyžaduje urychlené neurologické vyšetření a to i bez objednání. Naopak v odborných ambulancích jsou vyšetřováni a sledováni pacienti s chronickými projevy neurologických onemocnění. Nástavbou odborných ambulancí jsou poradny, které vedou specialisté. Máme celkem šest poraden. Jejich výčet je následující: poradna pro vertebrogenní onemocnění zahrnuje diagnostiku a léčbu onemocnění páteře a páteřního kanálu (mimo úrazové stavy) s postižením nervového systému, která vznikají zejména na podkladě degenerativních změn. Poradna pro cévní

mozková onemocnění je zaměřena na časnou diagnostiku a léčbu rizikových pacientů pro vznik cévní mozkové příhody a tzv. sekundární prevenci, což je poradenská ambulantní péče o nemocné, kteří již cévní mozkovou příhodu prodělali a je u nich vysoká pravděpodobnost jejího opakování. Odborná poradna pro záchvatová onemocnění je zaměřena na diagnostiku, léčbu a sledování záchvatových neurologických onemocnění, jako je např. epilepsie. Poradna pro bolesti hlavy zajišťuje komplexní diagnostiku, profylaxi a léčbu tzv. primárních a sekundárních bolestí hlavy jako jsou migrény, tenzní bolesti hlavy, neuralgie trigeminu apod. Odborná poradna pro onemocnění periferního nervového systému je zaměřena zejména na diagnostiku a léčbu onemocnění a poškození periferních nervů, nervosvalová a svalová onemocnění. Poradna pro extrapyramidová onemocnění se zabývá problematikou Parkinsonovy choroby a jiných příbuzných onemocnění s třesem končetin, tiky apod.

● **Jste členem České lékařské akupunkturistické společnosti. Může být jednou z alternativ léčebných postupů v oblasti neurologie také akupunktura?**

Ano. Obecně považují akupunkturu za léčebnou metodu použitelnou v neurologii. Samozřejmě za předpokladu, že je jasně stanovena diagnóza onemocnění a dostupné léčebné postupy byly vyčerpány. Myslím, že je dobře využitelná u některých typů bolestí hlavy, postižení trojklaného nervu, bolestí zad nebo v procesu rehabilitace následků onemocnění nervového systému.

● **Podílíte se na výchově mladých fyzioterapeutů studujících na Fakultě tělesné výchovy a sportu UK. Jaký je vztah Vaší specializace a fyzioterapie?**

Vztah mezi neurologií a fyzioterapií je velmi blízký. Fyzioterapie je totiž nezbytnou součástí léčebného procesu u většiny neurologických onemocnění. Rehabilitační léčebné metody běžně využíváme zejména při obnově poruch hybnosti, které jsou výsledkem postižení periferního nebo centrálního nervového systému. Časné zařazení rehabilitace může významně zkrátit dobu léčby a tím urychlit návrat nemocného do běžného života. Kvalitní rehabilitace má i preventivní význam zejména u onemocnění páteře.

Na výchově mladých fyzioterapeutů FTVS UK se podílíme již řadu let. Snažíme se jim předat nejen současné teoretické poznatky a naše zkušenosti z oboru neurologie, ale i prakticky demonstrovat některá onemocnění, na jejichž léčbě se mohou v budoucnu jako profesionálové podílet.

Jiří Hruška

foto: Jan Kouba