

Opći pristup bolesniku s križoboljom

Simeon GRAZIO

Klinika za reumatologiju, fizikalnu medicinu i rehabilitaciju,
Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice, Zagreb

Križbolja je vrlo česta, a troškovi skrbi za te bolesnike su visoki. Kako se obično radi o multifaktorijskoj bolesti postoje poteškoće u potvrdi validnih uzročno-posljedičnih veza, a često nije niti moguće identificirati koji su čimbenici i u kolikoj mjeri zaista odgovorni za bolesnikove tegobe.

Iz praktičnih razloga (planiranje obrade, liječenja i prognoze) korisno je bolesnike s križoboljom podijeliti u kategorije. Tako je poželjno, na temelju kliničkih znakova, odnosno uzroka i patofiziološke osnove, već u ranoj fazi učiniti kategorizaciju na: nespecifičnu križbolju, križbolju povezanu s radikulopatijom (radikularni sindrom) i križbolju povezanu sa suspektnom ili potvrđenom ozbiljnom patologijom. Na temelju trajanja simptoma razlikujemo akutnu, subakutnu i kroničnu križbolju.

Većinu bolesnika s križoboljom treba pratiti i liječiti liječnik primarne zdravstvene zaštite, a upućivanje specijalisti trebalo bi ograničiti na pacijente s ozbiljnim patološkim promjenama povezanim s tzv. crvenim zastavama, radikularnim sindromima/lumboishijalgijom, odnosno neurološkim problemima koji zahtijevaju daljnju obradu i eventualno specifično liječenje, te ako bolesnici s kroničnom perzistirajućom križoboljom imaju visoki stupanj nesposobnosti i potrebna im je multidisciplinarna evaluacija i liječenje.

Akutna križbolja u najvećem postotku bolesnika prolazi u roku od 1-3 mjeseca. Međutim, recidivi su relativno česti. U kliničkim su studijama prediktivnu vrijednost za razvoj kronične križbolje pokazali: ponavljajuće epizode križbolje, prethodna bol bilo gdje drugdje, jačina boli u prva tri mjeseca, promjena intenziteta boli, izazivanje boli pokretima distalnih dijelova tijela, kao

i strah od pokreta. Ipak, čini se da su u tom smislu bitiniji čimbenici koji se odnose na psihološke osobine bolesnika, vrstu posla i socijalni status. Stoga u evaluaciji bolesnika s križoboljom u obzir treba uzeti bolesnikova očekivanja i ocijeniti stupanj emocionalnog stresa, odnosno psihosocijalne čimbenike. Jedan od takvih testova rizika za kronicitet križobolje je The STarTBack Screening Tool. Radi se o jednostavnom upitniku koji je specifično osmišljen za pomoć kliničarima u inicijalnoj stratifikaciji bolesnika prema riziku za lošiji ishod (niski, srednji i visoki rizik), što načelno određuje terapijski pristup.

U dijagnostičkom postupniku ključno je mjesto anamneze i kliničkog pregleda. Među pretragama u kliničkoj praksi se često koristi nativni rendgenogram, dok se od ostalih slikovnih metoda, općenito, prednost daje magnetskoj rezonanciji u odnosu na kompjuteriziranu tomografiju. Glavna elektrofiziološka dijagnostička metoda je elektromioneurografija (EMNG), a radi se kada su izražene subjektivne tegobe i prisutni klinički znakovi, koji ukazuju na oštećenje neuralnih struktura.

Načelno, akutna i kronična križbolja liječe se različito. Neposredni cilj liječenja akutne križbolje je smanjenje boli. Kontrolom boli daje se potpora bolesniku i zadobiva samopouzdanje za ostvarenje jednog od najvažnijih postulata rehabilitacije bolesnika s akutnom križoboljom, a to je što brža mobilizacija. Osim toga, poznato je da bol poželjno smanjiti i zbog negativnih učinaka periferne i centralne senzitivacije, odnosno prelaska u kronično bolno stanje. U suzbijanju boli koriste lijekovi i metode (prvenstveno fizikalno-terapijske) različitog mehanizma djelovanja, što se uklapa u načelo multimodalne balansirane analgezije. U akutnoj fazi eventualno dolazi u obzir i spinalna manipulacija, ali samo ako je izvodi educirani stručnjak, kao i kraća primjena ortoza. Glavni cilj liječenja bolesnika s kroničnom križoboljom je obnavljanje funkcije, pa i u slučaju perzistiranja boli. U toj fazi središnje mjesto imaju medicinske vježbe, s ciljem kako terapije tako i prevencije recidiva križobolje. Pozitivan, iako relativno kratkotrajni učinak pokazan je i za masažu. U bolesnika s visokim stupnjem nesposobnosti koristan je i intenzivni multidisciplinarni biopsihosocijalni pristup. U svim fazama bolesti važna je edukacija bolesnika. Glede intervencijskog/kirurškog liječenja odluka o tome se temelji na korelaciji kliničkog nalaza, tijeka bolesti te rezultata dijagnostičkih testova, a sve se više primjenjuju minimalno invazivne procedure, koje imaju prednosti prema opsežnijim zahvatima.

Križbolja je heterogeno stanje, što utječe na način kako se evaluira, klasificira, liječi i proučava. Pomoć liječnicima u racionalnom propisivanju i provođenju

odgovarajućih dijagnostičkih i terapijskih postupaka za bolesnike s križoboljom pružaju smjernice, kao što su one Hrvatskog vertebraloškog društva. Slijedeći smjernice smo učinkovitiji, što u konačnici ima značajan utjecaj na zdravlje bolesnika.

Literatura:

1. Grazio S, Buljan D, ur. Križobolja. Jastrebarsko:Naklada Slap; 2009.
2. Grazio S, Ćurković B, Vlak T, Bašić Kes V, Jelić M, Buljan D, Gnjidić Z, Nemčić T, Grubišić F, Borić I, Kauzlarić N, Mustapić M, Demarin V. Dijagnostika i konzervativno liječenje križobolje: pregled i smjernice Hrvatskog vertebraloškog društva. Acta Med Croat 2012;66:259-94.
3. Fairbank J, Gwilym SE, France JC i sur. The role of classification of chronic low back pain. Spine (Phila Pa 1976) 2011;36(21 Suppl):S19-42.
4. Hill JC, Whitehurst DGT, Lewis M i sur. Comparison of stratified primary care management for low back pain with current best practice (STarT Back): a randomised controlled trial. Lancet 2011;378(9802):1560-71.
5. Houra K, Perović D, Kvesić D, Radoš I, Kovač D, Kapural L. Prve hrvatske smjernice za dijagnostiku i liječenje križobolje i lumboishijalgije minimalno invazivnim procedurama. Liječ Vjesn 2013;135:187-95.