

O vertebrogénnom algickom syndróme s MUDr. Ivanom Buranom, PhD.

Rozhovor

ÚVOD

Bolesti chrbta predstavujú častý problém v populácii a vyžadujú komplexný prístup k diagnostike a liečbe. Tento článok vychádza z podcastu, v ktorom neurológ primár MUDr. Ivan Buran, PhD., a lekárka so špecializáciou z neurológie a rehabilitácie MUDr. Eva Dúbravová diskutovali o problematike ochorení pohybového aparátu, o bolesti, rôznych spôsoboch jej diagnostiky a liečby, vrátane tej rehabilitačnej.

MUDr. Eva Dúbravová (ED): Začala by som prvou spomienkou na stretnutie s tebou, Ivan. Keď som bola pred atestáciou z neurológie, pán docent Orolín ma za tebou vyslal s pacientom s lumboschiadickým syndrómom a ja som prvýkrát videla iné vyšetrenie, iný pohľad na pacienta. Pamätám sa, že si vyšetroval na dvoch váhach, s olovnícou a toto vyšetrenie, a tvoj prístup k pacientovi ma veľmi zaujali aj inšpirovali. Ako si spomínaš na svoje začiatky neurológa, vertebrológa ty?

MUDr. Ivan Buran: Ja som mal šťastie na učiteľov. Boli to odborníci zameraní pre štúdium porúch pohybového ústrojenstva, najmä porúch štruktúry a funkcie chrbtice. Bol to prof. Lewit a doc. Véle. Dnes už, žiaľ, nie sú medzi nami. Ale boli to oni, kto mi dal prvé pokyny, ako vyšetrovať a zároveň ako liečiť aj zatiaľ nie príliš známe poruchy funkcie chrbtice.

ED: Ešte stále si pracovne aktívny. Môžeš teda hodnotiť aj vtedajšiu, aj dnešnú medicínu – alebo takú tú vertebrologickú – dobu. V čom vidíš hlavné rozdiely v prístupe k pacientovi vtedy a dnes? Dnes máme k dispozícii počítačovú tomografiu, magnetickú rezonanciu, ale možno práve výsledky týchto vyšetrení sa preceňujú.

MUDr. Buran: Spomínané zobrazovacie metódy sú neoddeliteľnou súčasťou riešenia pohybových porúch, ich diagnostiky, ale nie sú jediným kritériom. **Porucha pohybového aparátu sa manifestuje aj bez morfológických zmien, a to je to novum, ktoré predtým nebolo.** A je pravidlom, že štrukturálne zmeny sa manifestujú často až poruchou funkcie. Je veľmi dôležitou úlohou vyšetrojúceho lekára určiť aktuálny podiel oboch porúch na klinickej manifestácii. Platí, to je veľmi dôležité, že **liečime pacienta, a nie nález RTG, CT, MR.**

ED: Myslíš si, že pri, povedzme, postgraduálnej výučbe, neurológov sa kladie dôraz na výučbu práve týchto funkčných zmien?

MUDr. Buran: Teraz už áno.

ED: Na magnetickej rezonancii môžeme hodnotiť aj hlboké svaly chrbta. Práve ty vo svojich prednáškach na to upozorňuješ.

MUDr. Buran: Je dôležité, že dnes sa dívame oveľa viac na pohybové poruchy ako komplex porúch. **Neochorie určitý sval, ale pacient ako taký.** Dnes je už známe, že existujú takzvané funkčné stabilizačné systémy, ktorých dlhotrvajúca porucha vedie až k štrukturálnym zmenám. Napríklad pri dlhotrvajúcich poruchách stabilizátorov hlbokých svalov chrbtice môže nastať ich atrofia, a tým je obvykle časť stabilizačného systému vyradená z funkcie. Ak tam už nie je, potom treba podporiť aktivitu svalov, ktoré sa zúčastňujú na stabilizácii, napríklad driekovej oblasti, tiež. To znamená stabilitu svalov brucha, bránice a panvového dna. A to je to novum, čo sa dosiaľ príliš nedávalo do popredia.

ED: Okrem svalov stability pohybového aparátu zabezpečujú aj väzy. Je to problematika hypermobility, na ktorú sa podľa môjho názoru v diagnostike a liečbe, či už medikamentózne, alebo pohybovej, zabúda.

MUDr. Buran: Hypermobilita je častou príčinou recidivujúcich vertebrogénnych algických syndrómov a je relatívnu kontraindikáciou manipulácií a cvičení s rýchlymi a rozsiahlymi pohybmi. Z hľadiska prognózy si musíme uvedomiť, že pri dlhšom trvaní je to vlastne preartróza, že dochádza až k štrukturálnym zmenám na kĺboch. Takže hypermobilitu musíme brať síce ako konštitucionálnu odchýlku, ale s dosahom na celý pohybový aparát.

ED: Ak by som sa vrátila k zobrazovacím technikám, aké miesto podľa teba dnes zohráva klasická röntgenová snímka?

MUDr. Buran: RTG dokumentuje štrukturálne zmeny vedúce k poruchám statiky a kinetiky, ale nemusí to byť aktuálne k prezentovanému bolestivému syndrómu. Pri bolestivých stavoch nám pomáha vyriešiť etiopatogenézu. Najmä pri recidivujúcich stavoch môžeme usudzovať aj na dlhšie trvajúce poruchy, ktoré až po určitom čase vedú k manifestácii bolestivého syndrómu. Sú to napríklad rôzne artrózy, spondylózy, spondylartrózy, osteochondrózy. Takže RTG je dôležitá súčasť diagnostiky a svoje miesto má hlavne v oblasti posttraumatických stavov.

ED: Ďalšou metódou v diagnostike neurosvalových ochorení je elektromyografické vyšetrenie. Ty EMG robievaš. Kedy by sme mali na toto vyšetrenie myslieť, kedy ho

indikovať, ak máme pacienta s pohybovými ťažkosťami?

MUDr. Buran: Vždy vtedy, keď klinický náález nie je jednoznačný v rámci jednoduchého lumboischiadického alebo cervikobrachialného syndrómu – v úvodzovkách, samozrejme. Tam, kde je širšia symptomatológia. EMG potvrdzuje rozsah a lokalizáciu poruchy, ale aj patoplastický terén, ktorý môže byť príčinou aktuálnych ťažkostí. Napríklad pri diabetickej polyneuropatii, endokrinnnej poruche to často býva hypotyreóza. My diagnostiku EMG potrebujeme na to, aby sme vedeli, či ide iba o lokálny problém, alebo či treba hľadať v kontexte širšej patológie, degeneratívnych ochorení, vrodených neurologických porúch.

ED: Na čo by sme mali myslieť alebo na čo by sme nemali zabúdať, ak máme pred sebou pacienta s nejakou vertebrogénnou diagnózou či ťažkosťami?

MUDr. Buran: Treba vylúčiť malígnu proces, ďalej v širokom rozsahu metabolické ochorenia – v našej populácii to často býva cukrovka. Na to treba myslieť. Potom endokrinopatie, už som hovoril o hypotyreóze. Artrotické, hyperostotické zmeny, hypermobilita boli spomenuté tiež. A hlavne u starších ľudí sa zabúda na možnosť larvovanej depresie.

ED: Najčastejšie práve bolesť privádza pacienta do ambulancie. Čo je dôležité pri akútnej a čo pri chronickej bolesti?

MUDr. Buran: Pri akútnej bolesti ide o odstránenie príčiny a zabránenie prechodu do chronicity, ktorá obvykle vzniká po troch mesiacoch, keď akútna bolesť prechádza do neuropatickej. Pri oboch typoch je potrebné odstrániť patologické pohybové stereotypy.

ED: Čiže treba liečiť aj akútnu bolesť, aby neprešla do chronickej.

MUDr. Buran: Aby neprešla do chronicity. To znamená, že po odznení – a to je dôležité – po odznení akútneho bolestivého syndrómu musíme hodnotiť patologické pohybové stereotypy pacienta.

ED: Patofyziologicky je bolesť nociceptívna a neuropatická. Aký máš ty pohľad na prístup k liečbe z tohto hľadiska?

MUDr. Buran: Rozlíšenie nociceptívnej a neuropatickej bolesti má diagnostický význam. Neuropatická bolesť častejšie prechádza do chronicity, častejšie je prejavom malignity, metabolických porúch, a teda má širšiu etiopatogénu. Pri neuropatickej bolesti sú bežné analgetiká či antiflogistiká málo účinné alebo sú neúčinné. Tam je indikovaná liečba antikonvulzívmi, napríklad pregabalínom, gabapentínom, antidepresívami. Tie však môžu pri kombinácii s niektorými inými liekmi vyvolať sérotonínový syndróm.

ED: Čiže ak sa pacient necíti lepšie, mali by sme liečbu prehodnotiť. Možno práve neliečime ten správny typ bolesti.

MUDr. Buran: To je možné, ale často sa robieva chyba v tom, že sa lieky pri neuropatickej bolesti podávajú.

ED: A adjuvantná terapia?

MUDr. Buran: Tá platí aj pre nociceptívnu, aj pre neuropatickú bolesť, niekedy má prídavný efekt proti bolesti a spazmom.

ED: Sú známe výskumy, že pri podávaní liekov – vysokodávkovaných vitamínov B (B_1 , B_6 , B_{12}) je potrebná menšia dávka nesteroidových antireumatík, ich kratšie podávanie, čo má pre pacienta takisto veľký význam. Aj tu treba dodržiavať dávku a dĺžku podávania. Rovnako i vitamín C a magnézium môžu byť efektívne.

MUDr. Buran: Plne s tým súhlasím. A v postcovidovej ére sa nám veľmi osvedčilo ako doplnková liečba podávanie koenzýmu Q10. Je to enzým, ktorý je síce telu vlastný, ale pri niektorých ochoreniach, konkrétne napríklad pri covide a borelióze, jeho koncentrácia v tele dosť klesá a môže potom vzniknúť precitlivosť na bolestivé podnety a niektoré svalové prejavy, únava, fascikulácie. A treba pamätať na to, že pokles koenzýmu Q býva pri antilipidných liekoch. Liekoch na zníženie hyperlipidémie, hypercholesterolémie. Na to pozor, tam to býva dosť časté. Manifestuje sa to potom

svalovým ochorením, bolesťami a – ako som už hovoril – aj svalovými záškľbmami. Takže pri niektorých virózach, borelióze a farmakologickej liečbe hyperlipidémie treba koenzým Q10 podávať už preventívne v bežných dávkach. V bežných dávkach sa nedá predávkovať.

ED: Treba ešte na niečo myslieť u starších pacientov? Spomínal si larvovanú depresiu.

MUDr. Buran: Vždy na malignitu, dôležitá je osteoporóza – nie vždy sú u seniorov diagnostikované, ochorenie sa manifestuje až nejakým algickým syndrómom. Ďalej treba pamätať na artrózy. Pri nich takisto pozor na jednu vec – na postihnutie intervertebrálnych, teda fazetových kĺbov. Pritom nemusí byť nejaký výrazne postihnutá platnička. Čo z toho vyplýva? Že pacient sa zohne až k zemi a povie sa: „Však sa pohybujete dobre“. Lenže on sa nedokáže zakloniť a ukloniť, vtedy sa kĺbové plošky do seba zasúvajú. S takýmto stavom sa môžeme stretnúť najmä u starších pacientov, mali by sme myslieť na artrózu nielen na kĺboch končatín, ale aj na artrózu intervertebrálnych, fazetových kĺbov. Pri senioroch by sa malo pamätať aj na zatiaľ nediagnostikovaný diabetes. A ako som hovoril, často to býva larvovaná depresia, ale skúsený klinik ju pozná už z kontextu rozhovoru.

ED: Čo si myslíš o podávaní obstriekov? Kedy by sme k nim mali pristúpiť?

MUDr. Buran: Všade tam, kde jednoznačne zistíme trigger point. Lokálny obstriek nielen potlačí bolesť, ale často aj uvoľní spazmy. A niektoré z látok, ktoré sa podávajú ako lokálne anestetiká, majú aj stimulačný vplyv na metabolismus kolagénu, čo sa nie vždy berie do úvahy. Nevie sa o tom. Potom je to vysvetlenie toho, že mi pacienti alebo kolegovia hovoria: „Prosím ťa, veď to má iba lokálny účinok, za pár minút vyprchá.“ Keď ho však podám opakovane, pacient sa zlepší.

ED: Dnes je tendencia skôr k sedavému spôsobu života. Hypomobilita sa považuje

za jednu z príčin nárastu pohybových ochorení, resp. pohybových ťažkostí v dnešnej populácii. Ako teda s pohybom?

MUDr. Buran: Hypomobilita je dôležitá vec, ale vrátim sa k sedavému spôsobu života. Otázka znie, ako sedíme. Pretože sedenie síce zdanlivo uľahčuje pohybovému aparátu, ale nesprávne sedenie, naopak, zaťažuje napríklad väzivový aparát. To si takisto treba uvedomiť. Napríklad u detí sa často stretávame s anteflekčnou bolesťou hlavy – dieťa píše s predklonenou hlavou a tá ho potom opakovane bolieva. Dôležité je zároveň si uvedomiť, že hlavne medzistavcová platnička, ale aj ostatné štruktúry sú závislé od prieniku látok pri kompresii a uvoľnení. A to sa deje pri pohybe. Je to niečo podobné, ako keď sa vloží špongia do vody. Stlačením sa z nej vytlačí obsah, a keď povolí, tak sa nasaje. Ako dobre vieme, medzistavcová platnička nie je kompletne vaskularizovaná. Takže samotný pohyb vedie aj k tomu, že si vlastne troficky posilňujeme statický aparát, že vyživujeme platničky.

ED: Kedysi bola u akútnych pacientov tendencia, aby boli v pokoji. Dnes sa od toho ustupuje.

MUDr. Buran: Absolútny pokoj nie je správny. Nie je tam to stlačenie-povolenie. To tam musí byť.

ED: Pohyb však bolesť nesmie vyvolať ani zhoršovať. Ty si neurológ, ale vo svojej praxi využívaš aj fyzioterapeutické alebo fyziatrické diagnostické a liečebné metódy. Čo ty považuješ za dôležité vo fyzioterapii?

MUDr. Buran: Dôležité sú dve veci. Či už sa robí pohybová, alebo fyzikálna liečba, dôležitý je empatický prístup k pacientovi. Musí cítiť, že mu chceme pomôcť, a on potom dodržiava postupy, ktoré by predtým nerobil. A ešte je dôležité, či to vieme odhadnúť podľa vnímavosti pacienta, vysvetliť postup jednotlivých opatrení a povedať mu, k čomu to vedie. Pretože tí pacienti potom oveľa lepšie cvičia, oveľa lepšie sa pohybujú a oveľa viac si pamätajú, čo treba robiť a prečo.

ED: Aby tomu pacienti rozumeli.

MUDr. Buran: Tak, aby tomu rozumeli.

ED: Aj dnes sa hovorí, že vlastne nerehabilitujeme, ale edukujeme.

MUDr. Buran: Tak. Áno. Ide vlastne o vysvetlenie jednotlivých postupov.

ED: Tento rok vyjde druhé vydanie publikácie Vertebrogénne algické syndrómy. Poznámky k etiopatogenéze, diagnostike a terapii, ktorej si autorom. Podľa mňa jej obsah ani po vyše dvadsiatich rokoch nestráca nič zo svojej aktuálnosti, ale ak by

si tam mal niečo pripísať, doplniť, čo by to bolo?

MUDr. Buran: Jednoznačne problematiku stabilizačného systému a jeho porúch, o ktorej sa nevedelo. V minulosti sme nebrali vždy do úvahy, že šikmé brušné svaly sú svaly, ktoré podporujú chrbticu, a že panvové dno je potrebné, aby sa stabilizovali niektoré štruktúry v krížovo-driekovej oblasti. Takže toto by som tam zvýraznil. To je prístup profesora Koláča. Určite je to teraz už známe. Treba mať na pamäti, že je to jedna z podstatných metód, ktorá sa sústreďuje na to, aby sa zabránilo prechodu pohybových ťažkostí do chronicity.

ED: A škola chrbta?

MUDr. Buran: To tiež.

ED: Aj v nej ide o zmenu pohybových a pracovných stereotypov, zafixovanie tých správnych. Takže aj toto je jedna z ciest prevencie.

MUDr. Buran: Sme odsúdení na pohyb, ale na správny pohyb.

ED: Myslím si, že väčšiu pravdu si na záver nemohol vysloviť. Ďakujem ti za rozhovor. Aj za to, ako odovzdávaš ďalej svoje teoretické aj praktické poznatky všetkým, ktorí sa vo svojej praxi venujú pacientom s ochoreniami pohybového aparátu.

Podcast **O vertebrogénnom algickom syndróme** s MUDr. Ivanom Buranom, PhD., si môžete vypočuť tu

