## ONEMOCNĚNÍ PÁTEŘE

Jakub Ježek

## SKOLIÓZA

**DEFINICE**

Termínem skolióza se označuje deformita páteře ve frontální rovině. Součástí deformity je však rovněž postižení v ostatních rovinách – hypo- nebo hyperkyfóza a rotace obratlů.

**ETIOLOGIE**

Skupina onemocnění páteře, která se projeví skoliotickou deformitou, je poměrně různorodá a příčin skoliózy je řada. Z hlediska etiopatogeneze používáme následující rozdělení:

1. Kongenitální (vrozená) skolióza – vzniká na podkladě vývojových změn obratlů.
2. Idiopatická skolióza – je nejčastější formou skoliózy, postupně progredující. Může vzniknout od 3 let až do puberty. Etiologie je neznámá.
3. Neuromuskulární skolióza – provází onemocnění při poruše vývoje s periferním motorickým deficitem.
4. Skolióza při neurofibromatóze – je podmíněná přítomností neurofibromu v okolí páteře, typická je ostrá křivka.
5. Sekundární skoliózy – jsou důsledkem jiných známých onemocnění. Vyskytují se v každém věkovém období. Příčinou je základní onemocnění. Patogeneticky je stav dán nestejnou délkou končetin, dále vlivem růstu tumorů, úrazem, degenerativními změnami. Rovněž psychické alterace (hysterie) mohou působit sekundární skoliózu.

**SUBJEKTIVNÍ OBTÍŽE**

U nejčastější idiopatické skoliózy nejsou zpočátku žádné, často je vada zachycena náhodně, způsobuje kosmetický defekt. U pokročilých křivek může vést ke kardiopulmonální insuficienci z deformity hrudníku.

**OBJEKTIVNÍ NÁLEZ**

Při vyšetření je patrné zakřivení páteře ve frontální rovině do jednoduché nebo dvojité křivky.

**RTG VYŠETŘENÍ**

Provádíme nativní snímky ve dvou projekcích (předozadní, boční), vždy na dlouhý formát, abychom zobrazili celou páteř.

**KONZERVATIVNÍ TERAPIE**

Provádí se u lehčích křivek, vždy se odvíjí podle stupně postižení (pouhé sledování nebo korzetoterapie).

**OPERAČNÍ LÉČBA**

Je indikována u významných křivek. Je zaměřená na korekci křivky, stabilizaci a fúzi ze zadního nebo předního přístupu.

## SPONDYLÓZA, SPONDYLARTRÓZA

**Spondylóza** je degenerativní proces postihující intervertebrální prostory. Projevuje se snížením meziobratlových disků, tvorbou okrajových osteofytů, které mohou vytvořit přemosťující valy jak ventrálně, tak dorzálně. **Spondylartróza** je degenerativní artrotický proces postihující intervertebrální klouby.

**ETIOLOGIE**

Je neznámá. Proces začíná nejspíše degenerací meziobratlového disku, dochází v něm ke ztrátě tekutiny, ztrátě elasticity, narušení jeho struktury. Vyskytuje se především ve vyšším věku. Spondylóza postihuje především volné úseky páteře, spondylartróza následuje rozvoj spondylózy.

**SUBJEKTIVNÍ OBTÍŽE**

Zpočátku jsou obtíže mírné, později pozátěžové bolesti lokalizované do postiženého úseku páteře, ranní ztuhlost.

**OBJEKTIVNÍ NÁLEZ**

Je patrné omezení pohyblivosti páteře, zmenšování výšky pacienta, u spondylartrózy se mohou přidat neurologické příznaky. V RTG obrazu spondylózy je patrné snížení intervertebrálních prostorů, tvorba okrajových osteofytů, v pokročilých případech přemosťujících postižený segment.

**KONZERVATIVNÍ TERAPIE**

Vždy jí začínáme. Pomocí rehabilitačních procedur se snažíme docílit analgetického účinku a zpevnění svalového korzetu. Symptomaticky užíváme nesteroidní analgetika. Důležitá jsou i režimová opatření, redukce hmotnosti u nadváhy a omezení přetěžování páteře.

**OPERAČNÍ LÉČBA**

Je indikovaná u bolestivých nestabilit či neurologických příznaků. Spočívá většinou ve ztužení postiženého úseku (spondylodéza) a v případě nutnosti uvolnění (deliberaci) nervových struktur.

## ÚRAZY PÁTEŘE

Poranění páteře a míchy tvoří velmi různorodou skupinu, jednak podle závažnosti a jednak podle typu poranění. Nejzávažnější poranění nacházíme u účastníků dopravních nehod, u sportovních (skok do vody) a pracovních úrazů (zejména pád z výše) a po suicidálních pokusech. Významnou skupinu tvoří zlomeniny páteře v osteoporotickém terénu u starší populace, stále častěji pak vídáme patologické zlomeniny zejména jako projevy metastázy neoplastických procesů. S poraněním páteře a míchy se setkáváme prakticky ve všech věkových kategoriích.

**SUBJEKTIVNÍ OBTÍŽE**

Dominující je bolestivost v místě poranění. Při podezření na poranění páteře pátráme po bolesti aktivně. Pokud pacient udává poruchy čití na horních či dolních končetinách, eventuálně nemožnost aktivního pohybu končetinami, musí nás to upozornit na přítomnost neurologické léze.

**OBJEKTIVNÍ NÁLEZ**

Nacházíme palpační bolestivost v místě poranění. U těžších poranění může být přítomen hematom.

**RTG vyšetření** je základem pro stanovení diagnózy. Provádíme ho ve dvou rovinách, předozadní snímek vleže na zádech a při bočním snímku natáčíme rentgentovou lampu. **CT** je suverénní diagnostickou metodou u většiny zlomenin páteře. Na transverzálních řezech určí rozsah poranění a stav páteřního kanálu. **MR** lze použít k posouzení stavu míchy, k odhalení fragmentu meziobratlového disku v kanálu či k diagnostice postižených vazivových struktur páteře (uplatnění zejména u poranění C páteře). Je metodou volby tam, kde při neurologickém postižení CT neodhalilo příčinu komprese.

**KONZERVATIVNÍ TERAPIE**

Má několik způsobů. **Funkční léčba** se používá nejčastěji u thorakolumbální páteře. Principem je včasná mobilizace po odeznění akutní bolesti o berlích a rehabilitace zádového a břišního svalstva. Takto léčíme izolované zlomeniny výběžků TL páteře a kompresivní zlomeniny u starších pacientů s osteoporózou. **Ortézy** se používají pro C (límce) i TL (korzety, pásy) páteř.

**OPERAČNÍ LÉČBA**

Principem je dosáhnout repozice, trvalé stabilizace a v případě útlaku nervových struktur dekomprese. Repozice znamená obnovení normálního vzájemného vztahu jednotlivých obratlů nebo obnovení tvaru obratlového těla. Toho lze dosáhnout ze zadního, z předního a případně kombinovaného přístupu. Stabilizace má rozhodující význam pro udržení repozice. Dočasnou stabilizaci zajišťuje implantát, trvalou pak pevné zhojení poraněných struktur.

## OŠETŘOVATELSKÁ A REHABILIAČNÍ PÉČE PO OPERACÍCH PÁTEŘE

**Péče o operační ránu**

Převazy provádíme standardně každý sudý pooperační den (den operace je brán jako nultý), drény se extrahují většinou 2. pooperační den, v případě větších ztrát do drénů i později. Stehy se extrahují přibližně dva týdny po operaci.

**Péče o výživu a hydrataci**

Pacienti po spinálních operacích nemívají omezení v příjmu potravy, nebývá nutná speciální dieta. Jejich mobilita je ale omezená, proto je ztížené i samostatné pití a krmení, je potřeba jim pomoci, v prvních dnech dbát i na infuzní terapii.

**Prevence dekubitů**

Vznik dekubitů je pooperačně vždy nežádoucí, jeho riziko je u imobilizovaných pacientů větší. Je nutné pacienty pravidelně polohovat na boky, vypodkládat predilekční místa. Dále je třeba dbát zvýšené opatrnosti a hygieny u límců a korzetů.

**Prevence TEN**

Provádíme ji medikamentózně (podáváme nízkomolekulární hepariny), dále předoperačně elastickými bandážemi či elastickými kompresními punčochami k operaci.

**Rehabilitace**

Zahajujeme ji dle možností již v den operace, kdy se zaměřujeme především na cviky v rámci prevence TEN – pasivní cvičení a izometrické cviky dolních končetin, dále prevenci hypostatické pneumonie – dechová cvičení a dechová gymnastika. Vertikalizaci zahajujeme dle celkového stavu pacienta většinou 2. pooperační den. Po operacích krční páteře není omezení sedu. Jinak je tomu po operacích TL páteře. Po těchto operacích pacient nesmí sedět (po dobu 6-12 týdnů), z lůžka se učí vstávat přes bok či přes břicho. K vlastní chůzi se používají buď tříbodové fixační Jewetovy korzety či podpažní berle.

**Pacienti s neurologickým postižením**

Rehabilitační i ošetřovatelská péče je ztížena. Jedná se většinou o postižení dolních končetin, eventuálně v kombinaci s různým postižením horních končetin, může být přítomna inkontinence moče i stolice. U těchto pacientů je potřeba **pečovat o vyprazdňování** – zpočátku zaveden permanentní močový katétr (PMK) či suprapubická epicystostomie. Provádí se nácvik močového měchýře, zaštipování PMK. Při nemožnosti volních pohybů dolních končetin eventuálně i zhoršené celkové pohyblivosti je výrazně **zvýšeno riziko dekubitů**, s výhodou je použití antidekubitální matrace. Při poranění míchy v oblasti krční je z důvodu různě těžké obrny pomocných dýchacích svalů přítomna hypoventilace, proto je potřeba věnovat pozornost **péči o dýchací systém**. Na plegických končetinách je nutno pravidelným pasivním cvičením a polohováním **bránit vzniku flekčních kontraktur** u transverzálních míšních lézí, aby byl možný např. sed a nebyl dále zhoršován stav pacienta v rámci sebeobsluhy. U paréz je opět třeba cvičením **zachovat funkci svalů** k jejich dalšímu možnému používání při návratu neurologických funkcí.