Dyskopatię można leczyć, ale lepiej jej zapobiegać

Rozmowa z dr. n. med. Pawłem Radło, ortopedą ze Szpitala Ortopedicum w Krakowie

- Ból pleców to jeden z głównych powodów, dla którego pacjenci szukają konsultacji lekarskich. Na tego typu uciążliwe dolegliwości narzeka coraz więcej Polaków. Co może być ich najczęstszą przyczyną?

- Powodem jest najczęściej przepuklina dysku kręgosłupa, czyli dyskopatia. Przepuklina dysku jest chorobą dorosłych, ale może dotykać nawet osoby bardzo młode, zwykle występuje między 25. a 60. rokiem życia. Dotyczy około 70-80 procent społeczeństwa.

- Na czym - z medycznego punktu widzenia - polega?

- Dyskopatia jest mechanicznym uszkodzeniem krążka międzykręgowego, czyli właśnie dysku. To taki niewielki elastyczny element zbudowany z kolagenowej osłony - na zewnątrz z pierścienia włóknistego, w środku z jądra miażdżystego. Dysk działa jak łożysko i amortyzator. Dyskopatia, najprościej mówiąc, polega na tym, że jądro miażdżyste wysuwa się przez uszkodzenie z pierścienia włóknistego do kanału kręgowego. Uwypuklenie dysku może prowadzić do ucisku korzeni nerwowych i powodować ból w krzyżu oraz rwę kulszową. W odcinku szyjnym mówimy o bólu karku i rwie ramiennej. Lędźwiowy i szyjny odcinek kręgosłupa są najbardziej podatne na dyskopatię. To dwa najbardziej newralgiczne miejsca - 70 procent dyskopatii występuje w odcinku lędźwiowym, z tego kilkanaście procent pacjentów cierpi na rwę kulszową. Rwa kulszowa to bowiem silny ból nogi lub stopy pochodzący z kręgosłupa; trzeba więc leczyć kręgosłup, aby ból wyeliminować. Dyskopatie w odcinku szyjnym są rzadsze, to tylko 20 procent przypadków; najrzadsze są w odcinku piersiowym - 10 procent.

- Kiedy może dojść do uszkodzenia dysku?

- Przyczyn dyskopatii należy doszukiwać się przede wszystkim w znacznych obciążeniach kręgosłupa, powiązanych najczęściej z nieumiejętnym podnoszeniem, dźwiganiem różnych przedmiotów, długotrwałym siedzeniem, na przykład za biurkiem, brakiem aktywności fizycznej. Czyli każde schylenie się bez uginania kolan albo dłuższe siedzenie ze zgarbionymi plecami, a nie w pozycji wyprostowanej, może być przyczyną rozerwania pierścienia włóknistego i przesunięcia jądra miażdżystego w kierunku korzenia nerwu bądź kanału kręgowego. Dyskopatia może być także konsekwencją nagłego urazu lub kontuzji.

- Zwyrodnienie nie ma tu nic do rzeczy?

- W zasadzie nie ma. Oczywiście, choroba zwyrodnieniowa dysku może się rozwinąć na bazie dyskopatii, ale nie jest z nią tożsama.

- Jak można pomóc cierpiącemu pacjentowi?

- Pierwszy krok to zaprzestanie tych czynności, które doprowadziły do uszkodzenia dysku. Czyli próba odwrócenia mechanizmu urazu, co w niewielkich uszkodzeniach jest realne. Leczenie dyskopatii zależy od stadium rozwoju choroby. W większości zdiagnozowanych przypadków wystarczające jest skierowanie pacjenta na rehabilitację i fizjoterapię oraz wdrożenie farmakologii. Jeśli chodzi o rehabilitację, wykorzystujemy kilka metod. Bardzo dobre wyniki przynosi metoda McKenzie, aktualnie najlepiej naukowo udowodniona. Inne ważne metody to terapia powięziowa i relaksacja poizometryczna. Farmakologia to leki przeciwbólowe, leki wspomagające regenerację uszkodzonych korzeni nerwowych, leki zmniejszające napięcie mięśniowe, a w trudnych przypadkach, zwłaszcza rwy kulszowej, mamy w odwodzie także leki sterydowe, które zmniejszają obrzęk przepukliny i struktur nerwowych. Chorzy czasem pytają o blokadę. Można ją zastosować tylko w wyjątkowych przypadkach; jest to leczenie skrajnie objawowe, nie usuwa przyczyny dolegliwości.

- Jeśli jednak chory nie reaguje na leczenie zachowawcze?

- Pozostaje leczenie operacyjne, konieczne jest bowiem usunięcie przepukliny dysku. Operacje podejmujemy wówczas, gdy rehabilitacja wraz z farmakoterapią nie dają rezultatów. Ból nie ustępuje, wręcz narasta i uniemożliwia codzienne funkcjonowanie. Zmniejszenie czucia, osłabienie siły mięśniowej w nodze lub ręce to wskazania do operacji. Warto wiedzieć, że jeśli w leczenie musi wkroczyć chirurg, w wielu przypadkach pacjent nie musi być poddany klasycznej operacji. Coraz częściej wykonywanym zabiegiem jest minimalnie inwazyjna operacja mikrodyscektomii, umożliwiająca szybszy powrót do zdrowia. Trzeba jednak pamiętać, że przez kilka tygodni po zabiegu pacjent musi realizować konkretne zalecenia konieczne do wyleczenia i zabliźnienia samego pierścienia włóknistego.

- Lepiej zapobiegać niż leczyć. Na czym polega profilaktyka dyskopatii?

- Wiele zależy od nas samych, przede wszystkim od trybu życia, jaki prowadzimy. Aby zapobiegać rozwojowi dyskopatii, powinniśmy być bardziej aktywni fizycznie. Nieocenioną rolę odgrywa umiejętność przybierania właściwej pozycji ciała - czynnikami ryzyka są przede wszystkim te pozycje i czynności, które powodują zniesienie fizjologicznej lordozy w odcinku lędźwiowym kręgosłupa, szczególnie długotrwałe siedzenie w nieprawidłowej pozycji. Istotne są także wszystkie często powtarzane skłony kręgosłupa do przodu, nieprawidłowo wykonywana praca w przodopochyleniu. Ważnym czynnikiem ryzyka jest nieprawidłowe podnoszenie ciężaru połączone ze skrętem tułowia.

Rozmawiała
Dorota Dejmek

Ortopedicum

AKADEMIA PACJENTA Szpitala Ortopedicum
zaprasza na cykl bezpłatnych spotkań z doświadczonymi lekarzami - specjalistami ortopedii oraz na praktyczne zajęcia z fizjoterapeutami

- **13 listopada, godz. 13.30-14.30** Nowoczesne leczenie bólu kręgosłupa, dr n. med. Paweł Radło
- **18 listopada, godz. 14.30-16.00** Choroba zwyrodnieniowa stawu kolanowego i biodrowego – jak przygotować się do zabiegu endoprotezoplastyki, dr n. med. Andrzej Kochman
- **20 listopada, godz. 18.00-19.00** Profilaktyka bólu kręgosłupa - ćwiczenia z fizjoterapeutą
- **27 listopada, godz. 17.00-18.00** Profilaktyka bólu kręgosłupa - ćwiczenia z fizjoterapeutą

Zgłoszenia i dodatkowe informacje pod nr. tel. **608 410 614**
e-mail: **akademia.pacjenta@ortopedicum.pl**

www.ortopedicum.pl
Miejsce: **Szpital Ortopedicum, ul. Koło Strzelnicy 3, 30-219 Kraków**