

BOL U DONJEM DIJELU LEĐA

M54 Dorsalgia Bol u leđima

UVOD

Preko 80 % ljudi u zreom periodu svog života se suočava sa problemom akutnog bola u donjem dijelu leđa. Problem bola u leđima spada među najčešće razloge zbog kojih se traži medicinska pomoć u primarnoj praksi.

To nije neobično s obzirom na funkciju lumbalnog dijela kičme:

- obezbjeđivanje pokretljivosti tog dijela tijela,
- stabilizacija pršljenova pri pokretima i opterećenju,
- nošenje tereta,
- amortizacija djelovanja sile zemljine teže.

Značajan je u smislu medicinskog tretmana, pacijentove smanjene radne sposobnosti kao i mogućnosti da obavlja uobičajene aktivnosti.

Ne treba zaboraviti da je bol u donjem dijelu leđa simptom, a ne bolest, koji uključuje bol, prvenstveno u predijelu leđa, kao i bol u nogama koji je posljedica poremećaja u lumbosakralnom predjelu (išijas), ali uzrok često može biti i van kičme. Zato je najvažnija uloga ljekara u primarnoj praksi da razluči mehanički uzrok, koji je najčešći, od ostalih, mnogo ozbiljnijih.

DEFINICIJA

Lumbalni sindrom je skup oboljenja i poremećaja koji izazivaju bol u lumbalnom i lumbosakralnom predjelu i može se širiti duž jedne, rjeđe duž obe noge (lumboišijalgija).

ETIOLOGIJA I EPIDEMIOLOGIJA

- čest poremećaj kod odraslih osoba, najčešće od 25 – 45 godina starosti,
- 80% ljudi ima tokom života tegobe sa bolom u lumbosakralnom dijelu leđa,
- od svih pacijenata u primarnoj praksi se 4-6% zaposlenih žena i 5-7% zaposlenih muškaraca javlja zbog ovih tegoba,
- pogađa pripadnike oba pola ,
- obično je vezan za posao koji osoba obavlja,
- najčešće nastaje zbog degenerativnih promjena (diskopatija, spondiloza, spondiloartroza) i mišićne ili ligamentne napetosti u lumbosakralnom predjelu,
- ozbiljna patologija se mora isključiti prije nego što se započne adekvatno liječenje pacijenta (infekcija, fraktura, malignitet, sy caudae equinae).
- u 95% slučajeva zahvaćenosti spinalnih korjenova, pogođeni su L4-L5 i L5-S1

FAKTORI RIZIKA

Rizik nastanka bola u leđima dovodi se u vezu sa više faktora:

Dob - obično bol u leđima počinje između 25. i 45. godine života, i normalni proces starenja muskuloskeletnog sistema doprinosi pojavi akutnih epizoda.

Zanimanje - zanimanja koja zahtijevaju mnogo sjedenja predstavljaju veći rizik za razvoj oštećenja diskova između pršljenova i pojave bola u leđima,
- teški manuelni poslovi koji uključuju dizanje tereta,
- zanimanja koja uključuju vibracije (vožnja motornih automobila).

Držanje tijela - nepravilno držanje tijela može imati anatomske i funkcionalne uzroke

- različita držanja tijela uzrokuju različite pritiske na intervertebralne diskove:

- npr.
- | | |
|---|------------|
| - u ležećem položaju pritisak na diskove je | 25-75 kg |
| - pri stajanju ili hodanju | 100 kg |
| - pri sjedenju | 135-180 kg |
| - pri podizanju tereta | 275 kg |

Visina i težina - kod viših osoba veća je incidenca boli u leđima nego kod nižih osoba (posturalno - kao posljedica saginjanja da bi izgledali niži, često kod mladih u periodu naglog rasta), ali to se prije može dijagnostikovati kao " loše držanje",
- visina povećava težinu i snagu koju donji dio kičme mora nositi prilikom pomijeranja
- težina je takođe bitan faktor, gojaznost povećava rizik nastanka bola u leđima.

Trudnoća - najmanje 50% trudnica ima problema sa bolom u leđima

DIFERENCIJALNA DIJAGNOSTIKA ZA BOL U DONJEM DIJELU LEĐA

Tabela 1. Pomoć kod diferencijalne dijagnostike bola u donjem dijelu leđa

	Mišićna bol	Prolaps intervertebralnog diska	Metastatično oboljenje	Osteoartritis	Osteoporozna	Bubrežni kamenac	PMS	Psihogeni
Mjesto	- lumbodorzalno ili krstačno-bedreno	- centralni lumbalni ili sakralni dio	- bilo gdje	- lumbalni ili sakroilijski dio	- lumbalni ili torakalni dio	- krsta i prepone	- donji lumbalno-sakralni dio	- rasprostranjeno lumbalnim dijelom
Širenje	- obično nema širenja	- prednji, bočni ili stražnji dio bedara	- bilo gdje	- bol se može širiti prema nozi ili pasu	- bol se može širiti prema nozi ili pasu	- ilijačna fosa, - kod muškaraca prema mošnicama	- suprapubično, prema perineumu i unutrašnjem dijelu bedara	- bilo gdje
Vrsta bola	- obično oštar i probadajući	- probadanje ili pečenje, ponekad grčenje u nozi	- stalan, - obično jak	- tup, stalan	- tup, stalan, osim ako nije došlo do vertebralnog kolapsa	- jak, - po tipu kolike	- tupi, ključajući bol, - grčevi	- varijantno
Početak	- naglo ili podmuklo	- naglo	- podmukao	- podmukao	- podmukao, osim ako nije došlo do vertebralnog kolapsa kad je nagli	- naglo i recidivirajuće	- podmuklo, vezano za menstrualni ciklus	- varijantno
Trajanje	- danima ili sedmicama, osim ako se ne olakša analgeticima	- danima ili sedmicama, - osim ako se ne olakša analgeticima ili terapijskim tretmanom	- stalno, osim ako se ne olakša analgeticima	- mjesecima, osim ako se ne olakša lijekovima	- mjesecima, osim ako se ne olakša lijekovima	- danima, može zahtijevati hiruršku intervenciju	- u vrijeme menstrualnog ciklusa	- varijantno
Pogoršavajući faktori	- kretanje koje uključuje pogođenu grupu mišića	- savijanje i uspravno podizanje noge - sjedenje	- kretanje	- kretanje	- kretanje	-	-	- varijantno
Faktori koji smanjuju bol	- odmor	- odmor	- obično ništa	- odmor	- odmor, ali može doći do pogoršanja stanja	-	-analgetici	- varijantno
Pratni simptomi	- grčenje pogođene grupe mišića	- grčenje pogođene grupe mišića	- dokaz o malignosti na drugim dijelovima	- dokaz o osteoartritisu u drugim zglobovima	- tanka koža, - kifoskolioza	- dizurija ili hematurija - uznemirenost	- predmenstrualna retencija tečnosti	- varijantno

ISTORIJA BOLESTI

Veoma često je anamneza najvažniji dio pregleda

- Cilj:**
- otkriti simptome ozbiljnog oboljenja
 - prepoznati simptome oštećenje n. Ischiadicusa
 - ispitati bol, neprijatnost, nesposobnost normalnog funkcionisanja
 - očekivanje pacijenta

Ispitati:

- ranije epizode bola
 - početak javljanja sličnih simptoma (početak veće boli u leđima kod osoba mlađih od 20 godina mora se shvatiti ozbiljno)
 - ranije posjete ljekaru zbog sličnih tegoba
 - ranija ispitivanja
 - prethodni tretmani
 - bolovanja
- sadašnja bolest
 - početak (može biti nagli, nakon povrede, dizanja tereta, nezgodnog pokreta ili postepen tokom 24 časa),
 - priroda i intenzitet simptoma,
 - širenje bola u donje ekstremitete (obično počne u lumbalnom predjelu, može iradirati u jednu nogu, rijetko bilateralno),
 - faktori koji pogoršavaju bol (pokret, sjedenje, stajanje, dizanje tereta, pregibanje, uvrtnje, vožnja, kašljanje, kijanje)
 - faktori koji ublažavaju bol (odmor - olakšava mehanički izazvan bol, dok se zapaljenski bol u mirovanju pojačava; posturalno- olakšanje pri promjeni položaja ukazuje na mehanički uzrok, dok je kod koštanog bola bez efekta),
 - bol koji ne popušta može ukazivati na malignost ili infekciju,
 - noćno znojenje ukazuje na infekciju i mora se shvatiti ozbiljno
 - jutarnja ukočenost duža od 30 minuta ukazuje na inflamaciju, te se takav pacijent treba uputiti na dalje pretrage na višem referalnom nivou (kod mlađih osoba: ankilozni spondilitis; kod starijih osoba: polimijalgia, sistemski lupus eritromatodes (SLE) ili reumatoidni artritis (RA)),
 - neurološki znakovi ili poremećaji bešike zahtijevaju hitno liječenje,
 - primijećene poteškoće u svakodnevnom životu,
 - urađene pretrage, tretmani i njihova efikasnost.
- ostale bolesti
 - operacije, traume, druge muskuloskeletne bolesti
 - druge hronične bolesti (dijabetes, ateroskleroza u donjim ekstremitetima, bolesti urogenitalnog sistema),
 - alergije
 - lijekovi
- socijalna istorija: porodica, edukacija, posao, slobodne aktivnosti.
- način života: fizičke vježbe, pušenje, piće, dijete.

FIZIKALNI PREGLED

U toku fizikalnog pregleda akcenat se stavlja na funkcionalni status i znakove kompresije nervnih korjenova.

- pacijent treba da bude svučen u dovoljnoj mjeri,
- posmatrati držanje tijela, statiku kičme i nogu (po mogućnosti od ulaska pacijenta u ordinaciju)
- inspekcija kičme – posmatrati da li postoji skolioza, naglašena ili izravnata lumbalna lordoza u periodu akutnog bola
- palpacija - povišen tonus paravertebralne muskulature u stojećem stavu je znak akutnog lumbalnog sindroma
- unilateralna osjetljivost tačaka n. Ischiadicusa je često znak kompresije
- pokretljivost kičme u svim pravcima pokazuje funkcionalni status leđa, a mjerenje pokretljivosti je značajno za praćenje stanja

- ispitati prednju i lateralnu fleksiju, ekstenziju i rotaciju (Schober-ov test, test lateralne pokretljivosti)
- ograničenje savijanja unatrag ukazuje na moguću kompresiju spinalnih korjenova i spinalnu stenozu

Procjena znakova kompresije spinalnih korjenova:

- hod na prstima i petama:
 - nemogućnost hodanja na vrhovima prstiju - znak oštećenja n. tibialis, korjen S1.
 - provjeriti da li pacijent vuče stopalo pri hodu ("viseće stopalo") – znak oštećenja n. peroneusa, korijen L5.
- Lazarevićev znak: dok pacijent leži, testirati koliko može podići ispruženu nogu do pojave bola u nozi (< 45° - pozitivan znak);
 - bol u lumbalnom dijelu i zatezanje iza koljena ne znače pozitivan znak
- izmjeriti stepen moguće fleksije (< 90° se ne smatra normalnim);
- provjeriti da restrikcija nije posljedica oboljenja kuka, provjeriti pokretljivost svih zglobova,
- testirati snagu svih mišićnih grupa, uključujući i sedalne mišiće
- provjeriti simetriju i normalnost refleksa
 - patelarni - korijen L4,
 - ahilov - korijen S1,
 - pozitivan refleks Babinskog, kao i parapareza – indikacija za neurološko i neurokirurško ispitivanje na višem referalnom nivou)
- provjeriti senzibilitet uključujući i perineum.

PRETRAGE

Laboratorijski pregled

U principu su negativne i nisu indikovane u početnom stadijumu.

Ukoliko se sumnja na ozbiljniji uzrok bola, uraditi:

- KKS sa diferencijalnom KS
- SE
- alkalna i kisela fosfataza
- serumski kalcijum
- elektroforeza serumskih proteina.

RTG

- radiografija u dijagnostikovanju bola u donjem dijelu leđa nije rutinski indikovana,
- indikovana u slučaju da:
 - simptomi traju > 1 sedmice,
 - pacijent stariji od 50 godina,
 - suspektna anamneza

Ostale pretrage:

- **CT, NMR, mijelografija, EMG** – indikacije postavlja specijalista na višem referalnom nivou

KLINIČKA KLASIFIKACIJA

Rjeđi, ali ozbiljni uzroci lumbosakralnog bola se moraju prepoznati u ranoj fazi, kao i znakovi kompresije n. ischiadicusa.

Pravilna trijaža na osnovu istorije bolesti i kliničkog nalaza je neophodna za dijagnostiku, izbor terapije i prognozu kao i dalja ispitivanja i tretman na odgovarajućem referalnom nivou.

Osnovna podjela :

1. OZBILJNE ILI SPECIFIČNE BOLESTI

Na ovu mogućnost ukazuju:

- pojavljivanje simptoma prije 20. ili početak nakon 55. godine života

- nemehanički uzrok bola
- torakalni bol ± deformitet
- ranija istorija: karcinom, steroidi, HIV
- loše opšte stanje, groznica, gubitak težine
- opsežan neurološki nalaz
- normalan radiografski nalaz ne isključuje mogućnost ozbiljnog oboljenja
- ako postoji suspektnost, pacijent se mora uputiti na viši referalni nivo

Moguća oboljenja i stanja:

Malignitet:

- dob preko 50. godina
- kancer u anamnezi (u kosti najčešće metastaziraju Ca dojke, bronha, bubrega),
- nenamjeren gubitak težine
- simptomi ne nestaju nakon ležanja i odmora
- bol traje duže od mjesec dana
- ↑SE

Uputiti specijalisti

Infektivni spondilitis

- infekcija urinarnog trakta ili kože,
- imunosupresija,
- dugotrajna upotreba kortikosteroida,
- zloupotreba intravenskih droga,
- AIDS

Uputiti specijalisti

Fraktura

- anamnestički podatak o traumi (saobraćajna nesreća, pad s visine, direktni udarac u leđa kod mlađih ili manji pad ili podizanje nečeg teškog kod osobe sa mogućom osteoporozom ili kod starije osobe...)
- dugotrajna upotreba kortikosteroida,
- dob preko 70 godina
- RTG

Uputiti specijalisti

Spondilolisteza

- dislokacija (obično ka napred) jednog lumbalnog pršljena na onaj ispod njega,
- početak bolova često u adolescentnom periodu (8-10-15 godina)
- RTG

Uputiti specijalisti

Ankilozitajući spondilitis

- mlađi od 40 godina, više oboljevaju muškarci,
- jutarnja ukočenost s progresivnim slabljenjem spinalnih pokreta,
- zahvaćenostu sakroilijačnih zglobova,
- bol se ne smanjuje sa mirovanjem, naprotiv, pogoršava se,
- traje duže od tri mjeseca,

Dalje pretrage – reumatolog.

Sindrom Cauda equina

- bol i poremećaj senzibiliteta po tipu "jahaćih pantalona",
- urinarna retencija ili inkontinencija,
- gubitak tonusa analnog sfinktera ili fekalna inkontinencija,
- perinealna anestezija (oko anusa, perineuma i genitalija)
- globalna ili progresivna motorna slabost u donjim ekstremitetima,
- HITNO uputiti specijalisti (apsolutna indikacija za operaciju što je prije moguće, poželjno do 6

sati od pojave simptoma).

2. KOMPRESIVNA RADIKULOPATIJA (LUMBOISHIALGIA)

- najčešći uzrok – hernija intervertebralnog diska,
- odmah ili kasnije u toku akutnog napada, bol se širi duž noge, prema stopalu i/ili nožnim prstima,
- najčešće unilateralno i to jača od bola u donjem dijelu leđa,
- karakteristične su utrnutost i parestezija uz smanjenu sposobnost podizanja ispružene noge, koja prouzrokuje bol duž noge.
- objektivni nalaz zavisi od toga koji je korijen zahvaćen.
- nalazimo antalgličnu skoliozu sa konveksitetom na stranu bola,
- pacijent leži na zdravoj strani, a bolesnu nogu drži savijenu
- Lazarević pozitivan na $< 30^\circ$ (služi za procjenu stepena kompresije i praćenje oporavka), a ukoliko je pozitivan kontralateralno, ukazuje na veći stepen oštećenja.

TERAPIJA

1. Konzervativna

- ne postoji randomizirajuća studija koja je fokusirana na efekte ležanje u krevetu, te se ne može preporučiti kao terapija ležanje duže od 3-4 dana,
- pacijenti mogu nastaviti svoje životne aktivnosti u mjeri koju im bolovi dopuštaju, izbjegavajući položaje koji uzrokuju bol,
- teži bolovi, svakako, zahtijevaju ležanje u rasterećujućem položaju (modifikovani Williamsov položaj, položaj na boku uz fleksiju trupa, kukova i koljena).
- nema evidencije o korisnosti manipulacije, istezanja ili fizikalne terapije, pa ne mogu biti preporučeni.

Medikamenti: nesteroidni antireumatici, sami ili u kombinaciji sa slabim opijatima za analgeziju

- u terapiji bola prednost treba dati analgeticima i nesteroidnim antiinflamatornim lijekovima koji ispoljavaju manje neželjenih dejstava kao što su: paracetamol, ibuprofen, diklofenak ili ketoprofen,
- od opijatnih tramadol.
- noviji COX-2 inhibitori, kao što su meloksikam (*Movalis*) ili nimesulid (*Nimulid*) su još uvijek veoma skupi, i kao takvi u većini slučajeva nedostupni široj populaciji. Pored toga, treba imati u vidu da ni ovi lijekovi nisu bez neželjenih dejstava pa još uvijek nemaju prednost nad standardnim antiinflamatornim lijekovima.
- Ovakva bolna stanja su veoma često povezana sa određenim stepenom spazma mišića, pa ima opravdanja da se u terapiju kratkotrajno (3-5 dana) uvedu i benzodiazepini (diazepam) jer je poznato da ovi lijekovi ispoljavaju i miorelaksantno dejstvo.

2. Operativna

- indikaciju postavlja specijalista
- manje od 10% slučajeva diskus hernije ima indikacije za operativni tretman,
- samo oko 2% diskus hernija je dorzomedijalno i izaziva Sy. Caudae equinae, što predstavlja apsolutnu indikaciju za hitnu operaciju,
- pareza sa nemogućnošću fleksije i ekstenzije skočnog zgloba kao i nepodnošljiv bol su takođe indikacija za ranu hiruršku intervenciju,
- pacijenta sa značajnim bolom duž noge koji, uprkos konzervativnom tretmanu traje duže od 6 nedelja, treba uputiti na viši referalni nivo radi daljih pretraga, tretmana i eventualne operacije
- često ponavljajuće epizode lumboishialgije.

Prognoza

- obično dobra: 50% ovih pacijenata se oporavi u roku od 6 sedmica, a 90% unutar 90 dana,.
- mogući recidivi
- naknadni pregledi su potrebni samo ako simptomi ostanu prisutni.

3. NESPECIFIČNI, JEDNOSTAVNI BOL U LEĐIMA ili LUMBALGIA

- simptomi se javljaju uglavnom u lumbosakralnom području, bez znakova oštećenja nervnih korjenova ili ozbiljnijih oboljenja,
- javlja se kod pacijenata od 20 - 55 godina starosti, inače zdravih,
- uzrok bola je obično biomehanički pošto je kičma kompleksan sistem izložen stalnom, velikom statičkom i dinamičkom opterećenju (nagli pokret, podizanje tereta, "presječe ga"),

Simptomi i znaci:

- bol je prisutan u lumbosakralnom području, zadnjici i bedrima,
- reaktivni spazam paravertebralne muskulature može prouzrokovati mnogo bola,
- ograničena je pokretljivost, naročito je smanjena anterofleksija uz očuvanu laterofleksiju (za razliku od zapaljenja),
- bol se povećava pri kašlju, smijehu, defekaciji,
- smanjuje se mirovanjem,
- Lazarević – pozitivan,
- mišićni refleksi i senzibilitet u donjim ekstremitetima su normalni.

Podjela se može izvršiti na osnovu dužine trajanja simptoma:

1. AKUTNI STADIJ

- simptomi traju kraće od 6 nedelja,
- dijagnoza i tretman se određuju na osnovu anamneze i fizikalnog pregleda, dodatne pretrage (laboratorija i RTG) se rade samo ukoliko postoji razlog za sumnju na ozbiljnije oboljenje.

LIJEČENJE

Cilj: - oslobađanje od bola (najvažniji cilj u akutnom stadijumu bolesti)

- povratak normalne pokretljivosti
- prevencija ponavljanja

- oporavak je uglavnom brz i obično traje nekoliko dana do nekoliko nedjelja, čak i ako se radi o ponovljenim epizodama,
- pacijenta treba umiriti i potpuno informisati o prirodi, predviđenom toku bolesti i liječenja kao i očekivanom dobrom krajnjem ishodu bolesti

Mirovanje i aktivnost

- ležanje u krevetu se ne preporučuje kao terapijski tretman,
- pacijent može da miruje par dana u zavisnosti od intenziteta bola, u rasterećujućim položajima,
- preporučuje se izbjegavanje strogog mirovanja, već treba nastaviti normalne životne aktivnosti što prije, u mjeri koju stanje dozvoljava, treba reći pacijentu da blaga fizička aktivnost ima blagotvorno dejstvo na oporavak,
- već u ranoj fazi se može početi sa laganim aerobnim vježbama, saglasno fizičkom stanju, npr. šetnja, hodanje, kao i sa odgovarajućim statičkim vježbama,
- fizičke aktivnosti treba povećavati progresivno, tokom nekoliko dana i nedjelja,
- međutim, aktivnije vježbe za leđa se ne preporučuju u periodu od prve dvije nedjelje, i ne postoji evidencija o njihovoj korisnosti,
- ukoliko je neophodno, opravdano je kraće bolovanje, ali cilj je što brži povratak na posao,
- pacijenti koji se ranije vrate uobičajenim aktivnostima se obično osjećaju bolje i koriste manje analgetika od onih koji miruju u dužem periodu.

Medikamentna terapija

- **Analgetici** se trebaju prepisati u odgovarajućem vremenskom intervalu, a ne po potrebi.
Paracetamol – obično lijek izbora za početak, efikasno smanjuje bol
Doza: 3-4 x 500 mg – 1 g
- **Nesteroidni antireumatici** – ukoliko je paracetamol insuficijentan da kupira bol,
Ibuprofen, diklofenak – efikasni, a imaju najmanji rizik od gastrointestinalnih komplikacija, 10 dana kontinuirano, zatim po potrebi,
Doze: Ibuprofen: 2-3 x 400 – 600 mg /dan, max. 2, 4 g /dan
Diklofenak: 2- 3 x 50 mg per os, rektalno: 1-2 x 50 mg,
- novi COX-2 selektivni nesteroidni antireumatici su veoma bezbjedni, ali još uvijek prilično skupi.
- **Blagi opijati** (npr. kodein ili tramadol) se mogu pridodati paracetamolu ili NSAL ukoliko je pojedinačni efekat nedovoljan,
Doza: Tramadol: 1-2 x 50 – 100 mg; max: 400 mg /dan;
- propratni efekti kodeina uključuju konstipaciju i pospanost,
- izbjegavati jake opijate, čiji štetni efekti uključuju sporo reagovanje, zamagljeno rasuđivanje i moguću fizičku ovisnost.
- **Miorelaksanti** – diazepam, bromazepam, iako imaju značajan efekat na umanjenje bola, ne mogu zamijeniti prethodne lijekove, preporučuje se kratkotrajno dodavanje od 3-5 dana kako bi se poboljšalo maksimalno analgetsko dejstvo. Akcenat je na kratkotrajnom davanju budući da mogu uzrokovati pospanost i dovesti do fizičke zavisnosti već nakon kraće upotrebe.

Transkutana električna stimulacija nerava (TENS)

- nema konačnog dokaza efikasnosti transkutane električne stimulacije nerava za pacijente sa akutnim bolom u donjem dijelu leđa.

Manipulacija

- smije je provoditi samo sertifikovani (posebno obučeni) ljekar ili terapeut,
- može skratiti vrijeme bola,
- ubrzava vraćanja normalnim životnim aktivnostima,
- povećava zadovoljstvo pacijenta,
- ne može spriječiti ponavljanje simptoma i eventualnu hronifikaciju,
- optimalno vrijeme nije jasno određeno,
- RTG snimak se preporučuje prije manipulacije, sem ako je jasno da ne postoje kontraindikacije.

Indikacije: - faset-sindrom
 - subluksacija u iv. zglobovima

Kontraindikacije su: - proces na pršljenovima (uznapredovala osteoporoza, tumor ili infekcija)
 - ankilozirajući spondilitis
 - nestabilnost, spondilolisteza
 - spondilartroza
 - skorašnja trauma
 - krvarenje
 - suspektna diskus hernija

PROGNOZA je dobra.

2. SUBAKUTNI STADIJ

- traje od 6 do 12 nedjelja
- ukoliko se bol produžava nakon 6 nedjelja od početka bolesti, treba uputiti pacijenta na ispitivanje da bi se odredila priroda bolesti i moguća potreba za operativnim tretmanom, ili da bi se napravio sveobuhvatan rehabilitacioni plan,
- konsultovati ortopeda ili neurohirurga, te psihijatra da preispitaju dijagnozu (specifične pretrage), tretman i sposobnost za rad, kao i potrebu za rehabilitacijom,
- ukoliko nema indikacije za operativni tretman, pacijent se može liječiti u primarnoj praksi od strane multidisciplinarnog tima, uz česte konsultacije specijalista.
- pacijenti sa diskus hernijom obično osjete poboljšanje tokom konzervativnog tretmana, prije

nego što se radi evaluacija potrebe za operacijom; pokazalo se da je efekat operacije bolji ukoliko se uradi unutar tri mjeseca od početka bolova,

PRETRAGE

- Ljekar mora razmotriti dijagnostičku reevaluaciju ako je pacijent i dalje ograničen simptomima bola u leđima u periodu dužem od jednog mjeseca u kojem nema znakova poboljšanja,
- reevaluacija započinje pregledom i ažuriranjem istorije bolesti i fizikalnim pregledom kojim se ponovo provjeravaju mogući dokazi o ozbiljnim uzrocima bola u leđima,
- laboratorijske analize: SE, KKS, urin, ostali testovi po potrebi,
- RTG lumbosakralnog predjela, u dva pravca,
- takođe se ispituju pacijentovo ponašanje u odnosu na bolest, iscrpljenost i depresivnost - mogu se ispitati kroz intervju ili njegov vlastiti opis bola,
- dokazano je da psihosocijalni i socioekonomski problemi u pacijentovom životu mogu uticati na rezultate tretmana i često predstavljaju mnogo značajniji faktor rizika za razvoj hroničnog recidivirajućeg bola u donjem dijelu leđa nego biomedicinski faktori.

LIJEČENJE

Opšte mjere:

- treba pokušati pomoći pacijentu da shvati pravu prirodu i težinu bolesti kroz razgovor, kao i značaj što ranijeg povratka svim aktivnostima i poslu,
- shvatajući strukturu i funkciju kičme, pacijent treba razumjeti kako da zaštiti leđa tokom svakodnevnih aktivnosti,
- edukacija o ergonomiji, relaksaciji, škola leđa (zaštitni položaji pri ustajanju, sjedanju, leganju, stajanju, dizanju tereta, i dr.)
- izbjegavati sjedenje jer je tada pritisak na intervertebralne diskuse veći za 30% nego pri stajanju.
- dijeta - treba smanjiti težinu ukoliko je potrebno

Psihološki tretman

- **Cilj** je pomoći pacijentu da se što prije oporavi i obavlja normalne aktivnosti, kao i da se onemogućiti razvoj hroničnog oboljenja donjeg dijela leđa.
- obezbjediti stalnu brigu (porodični ljekar ili drugi članovi tima),
- pacijentu treba pomoći da prevaziđe psihosocijalne probleme, čak i ako nisu direktno povezani sa lumbalnim bolom,
- da prihvati svoju nemogućnost da privremeno obavlja lične aktivnosti,
- pacijent mora naučiti kako da se nosi sa bolom, stresom, emocionalnim reagovanjem (relaksacija, reorganizacija) i treba mu pomoći da to uradi na za sebe najpogodniji način,
- treba provjeriti nefizičke faktore kao što su nerealistična očekivanja pacijenta ili poslodavca na koja je moguće uticati na pozitivan način.
- specifični problemima se može prići psihoterapeutskim metodom (otkloniti strah, anksioznost, depresiju),
- kognitivno - bihevioralni pristup takođe ima dokazane efekte, uzevši u obzir i radno mjesto pacijenta,
- bolovanja bez jasnih indikacija mogu doprinijeti hronifikaciji bolesti,
- povratak na posao može biti olakšan ukoliko se omogući privremeni prelazak na adekvatnije, lakše radno mjesto u dogovoru sa poslodavcem.

Medikamentna terapija:

- **Analgetici:** po potrebi, saglasno intenzitetu i prirodi bola
- paracetamol, NSAID ili kombinacija NSAID i blagih opijata može se dati u zavisnosti od intenziteta bola,
- pri upotrebi NSAID treba posebno voditi računa o starijim pacijentima kod kojih postoji veliki rizik od perforacije peptičkog ulkusa i krvarenja kao komplikacije ove terapije.
- **Benzodiazepine** treba izbjegavati.

Fizikalna terapija

- preporučuje se da počne unutar 6 sedmica,
- vježbe čiji se intenzitet postepeno povećava se preporučuju jer pomažu u povećavanju fizičkog stanja, snage mišića i cilj im je poboljšanje funkcionalnog kapaciteta i što bržeg povratka na posao
- tretman se ne preporučuje pacijentima sa ozbiljnim ili progresivnim neurološkim ispadima zbog rizika od komplikacija.

PROGNOZA

Iako u većini slučajeva oporavak nastupa nakon nekoliko sedmica, pacijentima se treba reći da je moguće da blagi oblik simptoma i dalje bude prisutan, a nije neuobičajen ni povratak bola, ali to odmah ne znači da se radi o hroničnom slučaju.

3. HRONIČNI STADIJ

- bol traje duže od 12 nedjelja
- hroničnom lumbalnom bolu govorimo kada bol traje duže od 12 nedjelja ili kada se bolne epizode u lumbalnom predjelu ponavljaju u kraćim intervalima,
- mogu biti posljedica pomjeranja diskusa, ali i promjenom njegove elastičnosti i zapremine,
- kod oštećenog diskusa svaki ekstremni položaj može da prouzrokuje tegobe, takođe i dugo sjedenje, stajanje, nošenje tereta...
- može biti zahvaćen uvijek isti segment kičme, ali moguće je da ukoliko se jedan segment smiri, da se opterećenje i oštećenje prošire na drugi, susjedni, posebno ukoliko su prisutni jedan ili više rizičnih faktora.
- obavezno treba konsultovati specijalistu

LIJEČENJE

- Cilj:**
- prevencija ponavljanja
 - korekcija posturalnih problema
 - naučiti pacijenta kako da pravilnije i bezbjednije živi, koristeći zaštitne položaje za leđa
 - vrijede iste opšte preporuke kao za subakutnu fazu,
 - pacijent mora aktivno učestvovati u tretmanu i odlukama o načinu rehabilitacije, pasivno čekanje rezultata nije pokazalo rezultate.

Fizikalna terapija

- najznačajniji vid terapije hroničnog lumbalnog bola,
- dugotrajne vježbe dovoljnog intenziteta koje povećavaju mišićnu snagu i opštu kondiciju imaju dobar efekat na bol i funkcionalni kapacitet pacijenta sa hroničnim lumbalnim problemima,
- dokazano je da intenzivne vježbe istezanja leđa imaju bolji efekat od drugih fizikalnih agensa,
- led, toplota, kratkotalasna dijatermija, masaža i ultrazvuk, iako se koriste za simptomatsko ublažavanje boli nemaju značajniji efekat na kliničke rezultate.

Medikamentna terapija

Analgetici - pošto se njihov efekat gubi relativno brzo, preporučuje se povremena upotreba, po potrebi, tokom egzacerbacije bola,

Antidepresivi: - iako se često koriste u manjim dozama za ublažavanje bola u donjem dijelu leđa, povremene kontrolisane probe ne pokazuju da su efikasni,

- indikovani su u slučajevima hroničnog lumbalnog bola zbog efekta izmijenjene reakcije na bol, pacijent lakše podnosi dugotrajne, ponavljajuće bolove i stres.

REHABILITACIJA

Rehabilitacija se definiše kao skup aktivnosti koje imaju za cilj smanjenje nesposobnosti uzrokovane bolešću ili traumom i povećavanje sposobnosti za funkcionisanje u svakodnevnom životu i za rad.

- rehabilitacija uključuje i intervencije u fizičkom i socijalnom okruženju,

- trebala bi biti dio terapijskog lanca od primarnog do specijalističkog nivoa,
 - pacijentova životna situacija i individualne potrebe određuju kontekst rehabilitacije,
 - davanje potrebnih informacija pacijentu, smanjuje napetost i povećava povjerenje pacijenta,
 - redovne vježbe mogu spriječiti ponavljanje epizoda bola u donjem dijelu leđa.
- **ŠKOLA LEĐA** – definiše se kao strukturisani program vježbi i edukacije u vezi problema sa donjim dijelom leđa. Obuhvata edukaciju pacijenta o anatomiji i prirodi oboljenja, te principima vježbi i držanja tijela, posebno primijenjeno u aktivnostima svakodnevnog života, sporta, rada, te samim tim doprinosi povećanju funkcionalnog kapaciteta pacijenta .
 - ne postoji konsenzus o sadržaju efikasnog programa vježbi, ali osnovno je jačanje mišića leđa, trupa i donjih ekstremiteta, s tim da se čvrstina mišića u vezi sa funkcijom leđa čini značajnijom od njihove snage,
 - proprioceptivne vježbe - za povećavanje pacijentove svjesnosti položaja tijela čime mu se omogućuje bolja kontrola pokreta kičme,
 - uspostavljanje pravilnog držanja - ako je moguće treba korigovati probleme kao što je hiperlordoza, pelvični nagib i sl.,
 - plivanje
 - šetnja
 - od značaja je i pravilan izbor kreveta, madrac mora biti prilagodljiv tijelu, a podloga dovoljno čvrsta da pruži potporu.
 - u rehabilitacionom procesu, brzi povratak normalnim aktivnostima pokazuje bolje rezultate od pasivnog ležanja u krevetu.
 - Lumbalni korseti i mider - nije dokazano da korseti i mideri smanjuju bol u donjem dijelu leđa, čak mogu biti kontraindikovani pošto dužom upotrebom mogu dovesti do smanjenja mišićnog tonusa.

KRITERIJUMI ZA DALJE UPUĆIVANJE

Klinička urgentnost bola u donjem dijelu leđa je različita, zavisno od njenog uzroka. Pacijenti kod kojih su prisutni znakovi i simptomi koji ukazuju na moguće ozbiljnije oboljenje se hitno trebaju uputiti na pretrage i tretman pod kontrolom specijaliste.

LITERATURA:

1. Clinical Abstracts: Success and Failure in Treating Back Pain, Medscape Orthopedics and Sports Medicine 1(11), 1997
2. Dambro / Griffith's 5-Minute Clinical Consult: Low back pain . 2001-2002 – CD version
3. EBM (evidence-based medicine) Guidelines: Low back pain, Helsinki, Finland: Duodecim Medical Publications Ltd; 09.07.2003. p. 1-20 [165 references]
4. EBMG: Physical activity in the prevention, treatment and rehabilitation of diseases, Helsinki, Finland: Duodecim Medical Publications Ltd; 05.10.2003. p. 1-12 [48 references]
5. Jarvik JG et al: Diagnostic And Therapeutic Testing In Patients With Back Pain, Radiology 204(2):447-54, 1997 Aug 97
6. Laborde JM: Cognitive-behavioral techniques in the treatment of chronic low back pain, J South Orthop Assoc 7(2):81-85, 1998
7. Managing Back Pain: New Clinical Giudelines, Clinical Reviews 7(11):57-59, 62, 64, 67-68, 1997
8. The Royal College of General Practitioners : Clinical Guidelines for the Management of Low Back Pain, London, England: RCGP; 2000.
9. Vischer L. Th.: Common painful syndromes, Folia rheumatologica, CIBA-GEIGY Ltd. Medical and Pharmaceutical Information, Basle, Switzerland, 1989. p. 96-112