

A derékfájás diagnosztikája és terápiája

Módszertani ajánlás

1. Összefoglalás

A derékfájás a felnőtt lakosság közel kétharmadát érintő megbetegedés; diagnosztikája és terápiája a mozgásszervi betegségekkel foglalkozó szakorvosok (reumatológusok, ortopéd szakorvosok, neurológusok, neuroradiológusok, idegsebészek és rehabilitációs szakemberek), valamint a háziorvosok mindennapi munkájának jelentős részét képezi.

A módszertani ajánlás elemzi a mozgásszervi és nem mozgásszervi eredetű derékfájás elkülönítésének szempontjait, majd a gerinc mozgási szegmentumának patogenetikai történései alapján ismerteti a derékfájást okozó kórképeket. A mozgásszervi okból létrejövő derékfájás diagnosztikai alapjait a fizikális vizsgálat és a radiológiai, illetve más képalkotó eljárások nyújtotta információk elemzésén keresztül mutatja be. A terápiával foglalkozó fejezet ismerteti a konzervatív és a műtéti terápia alapelveit, majd kitér a sürgősségi ellátással kapcsolatos teendőkre is. A módszertani összefoglaló végül javaslatot tesz a beteg szakorvoshoz, illetve kórházba utalásának szempontjaira.

2. Bevezetés

Derékfájásnak nevezzük a törzs háti oldalán a bordaívék és az ülőgumók közti területen jelentkező, vélhetően a mozgásszervek struktúrájából kiinduló fájdalmat. A BNO X. szerinti osztályozása: M40–M54.

Helyesebbnek tartjuk – nemzetközi mintára – a derékfájás megjelölést, mint a nálunk honos discopathia, spondylosis stb. kifejezéseket, mivel az, hogy a derékfájás pontosan melyik struktúrából indul ki, sokszor nem állapítható meg pontosan, még akkor sem, ha a képalkotó eljárások discopathiát, spondylosist vagy akár discusherniát mutatnak ki. E patológias elváltozások nem okvetlen forrásai a beteg aktuális fájdalmainak, hiszen a derékfájás még krónikus esetekben is ritkán állandó, a fenti patológiai elváltozások pedig általában nem javulnak, csak stagnálnak vagy romlanak. Verbális iatrogeniát követünk tehát el, ha discopathiában vagy spondylosisban jelöljük meg a fájdalom okát,

mivel így megváltoztathatatlanságukat szentesítjük, reménytelené téve a beteget. Nem szabad megfeledkezni arról sem, hogy a derékfájás számos esetben pszichogén eredetű, illetve ilyen tényezőkkel keveredő oka is van.

Valószínűleg ez a helytelen szóhasználatunk és felfogásunk is szerepet játszik abban, hogy a mi betegeink egész másképp viszonyulnak saját derékfájásukhoz, mint például teszik ezt az Egyesült Államokban. A felnőtt lakosság 95%-a ott is – legalább egyszer életében – megtapasztalja a legalább egy hétig tartó, életvitelt befolyásoló derékfájás kellemtelenségeit vagy gyötrelmeit. Az amerikaiak mindössze 20–25%-a tartja azonban szükségesnek, hogy emiatt orvoshoz forduljon. A többiek tudják, hogy ez esetben pihenniük, feküdniük kell, s ha szükséges, fájdalomcsillapítót, szalicilt vagy más, nem szteroid gyulladáscsökkentőket szednek. Szakorvos felkeresését derékfájás esetén az amerikai betegek csupán 5%-a tartja indokoltnak.

A Módszertani ajánlás a Magyar Gerincgyógyászati Társaság kezdeményezésére jött létre. A Módszertani ajánlás alapját képező szöveg dr. Bálint Géza és dr. Szebenyi Béla (Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet) munkája. A szöveg végső kidolgozása és egyeztetése három szakértői konferencia során történt 1996–97-ben, melyeken az alábbi szakmai kollégiumok, illetve társaságok vettek részt:

A Háziorvoslás Szakmai Kollégiuma, Neurológiai Szakmai Kollégium, Ortopédiai Szakmai Kollégium, Radiológiai Szakmai Kollégium, Rehabilitációs Szakmai Kollégium, Reumatológiai és Fizioterápiás Szakmai Kollégium, Magyar Általános Orvosok Egyesülete, Magyar Gerincgyógyászati Társaság, Magyar Ideg- és Elmeorvosok Egyesülete, Magyar Idegsebészeti Társaság, Magyar Neuroradiológusok Társasága, Magyar Orvostudományi Társaságok Szövetsége, Magyar Radiológusok Társasága, Magyar Reumatológusok Egyesülete

Tudjuk, hogy nálunk egészen más a helyzet. A betegek csaknem mindegyike szinte azonnal orvoshoz, s ha lehet, szakorvoshoz fordul. Ez nem helyes, nem indokolt. Egészségneveléssel kell elérni azt, hogy ez a helytelen gyakorlat megváltozzék.

3. A mozgásszervi és nem mozgásszervi eredetű derékfájás elkülönítése

3.1. Az elkülönítés alapelvei

A mozgásszervi eredetű derékfájást a nem mozgásszervi eredetűtől jellegzetes tünetek különböztetik meg. A mozgásszervi eredetű derékfájás esetén:

- általában mozgásra, terhelésre jelentkezik a fájdalom, illetve a mozgás, a testhelyzet, a terhelés befolyásolja;
- egy vagy több csigolya, csigolya közti rés, a paravertebralis lágy részek, a sacroiliacalis ízület nyomásra, ütögetésre érzékeny, fájdalmas;
- úgynevezett antalgias – fájdalomelkerülő – kényszertartás figyelhető meg, scoliosis jelentkezik vagy a lordosis kiegyenesedése, esetleg fokozódása, a gerincmozgások beszűkültek;
- egy- vagy kétoldali paravertebralis izomspazmus alakul ki, az izomzat diffúzan vagy körülírtan nyomásérzékeny;
- fartájba, lágyéktájba, alsó végtagba kisugárzó fájdalom, esetleg zibbadás jelentkezik.

3.2. A nem mozgásszervi eredetű derékfájás leggyakoribb okai

- *Nőgyógyászati okok:* adnexitis, tumorok, az uterus prolapsusa, retroflexiója, dyspareunia, amelyek a medencefenék izmainak spazmusát, a kismedence vénás congestióját okozhatják, és a vénás pangás a gerincscatorna vénáira is ráterjedhet. A méhszalagok a sacroiliacalis ízületek felszínét is vongálhatják.
- *Retroperitonealis okok:* leggyakrabban vese, pancreas, illetve végbél körüli elváltozások, ritkán psoasfolyamat, Leriche-szindróma. Vesebetegségek is okozhatnak deréktáji ütögetési érzékenységet vagy a paravertebralis izomzat fájdalmas spazmusát. Egyéb retroperitonealis folyamat (elsősorban pancreastumor) fájdalomelkerülő, elsősorban flexiós kényszertartást, míg a végbél körüli elváltozások keresztcsont és farkcsont körüli fájdalmat okoznak.
- *Hasüregi okok* ritkán okoznak derékfájdalmat, bár például a gyomorfekély, az epehólyag, a pancreas és más hasúri szervek megbetegedései okozta fájdalmak nemcsak a hátba, de a derékba is sugározhatnak.

– *Pszichogén okok:* a derékfájást vagy annak megjelenését az esetek egy részében depresszió (úgynevezett szomatizált depresszió), anxietas, tartós stresszhelyzet magyarázhatja.

3.3. A mozgásszervi eredetű derékfájás leggyakoribb okai

- *Az izmok, a szalagok, az ízületek, a csontok akut vagy krónikus túlterhelése* (statikai elváltozások, húzóadás, szakadás, rándulás, szakításos vagy fáradásos törés), spondylolysis, spondylolisthesis. Ezek egymagukban ritkán, főleg fiatal korban okoznak derékfájást.
- *A mozgásszegmentum* mindazon elváltozásai, amelyek megváltoztatják a szegmentum stabilitását. A mozgásszegmentum elváltozásai a leggyakoribb okai a derékfájásnak, s nagyon hajlamosítanak a többi ok által létrehozott derékfájásra.
- *A gerincet és szalagjait megbetegítő gyulladások* (infekciózus – specifikus vagy aspecifikus – spondylitis, spondylitis ankylopoetica).
- *A csigolyákat érintő csontbetegségek* (metabolikus csontbetegségek, például osteoporosis, osteomalacia, tumorok, haematológiai rendszerbetegségek stb.).
- *Extra- és intraduralis lokalizációjú kórfolyamatok, tumorok.*
- *A hideghatás és a vírusinfekció* leginkább az izomzatot érinti.

4. A mozgásszervi eredetű derékfájás

4.1. A gerinc mozgási szegmentuma

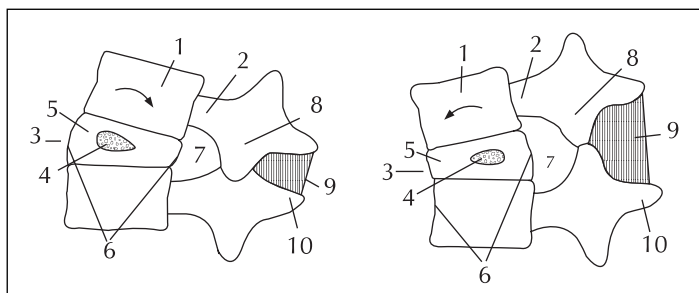
A mindennapos derékfájások 95 vagy még nagyobb százalékában a gerinc mozgási szegmentumának kóros elváltozásai játszanak szerepet. A gerinc mozgási szegmentumának részeit az 1. ábrán foglaltuk össze.

4.2. A discus intervertebralis elváltozásai és ezek következményei

4.2.1. A discus intervertebralis elváltozásai

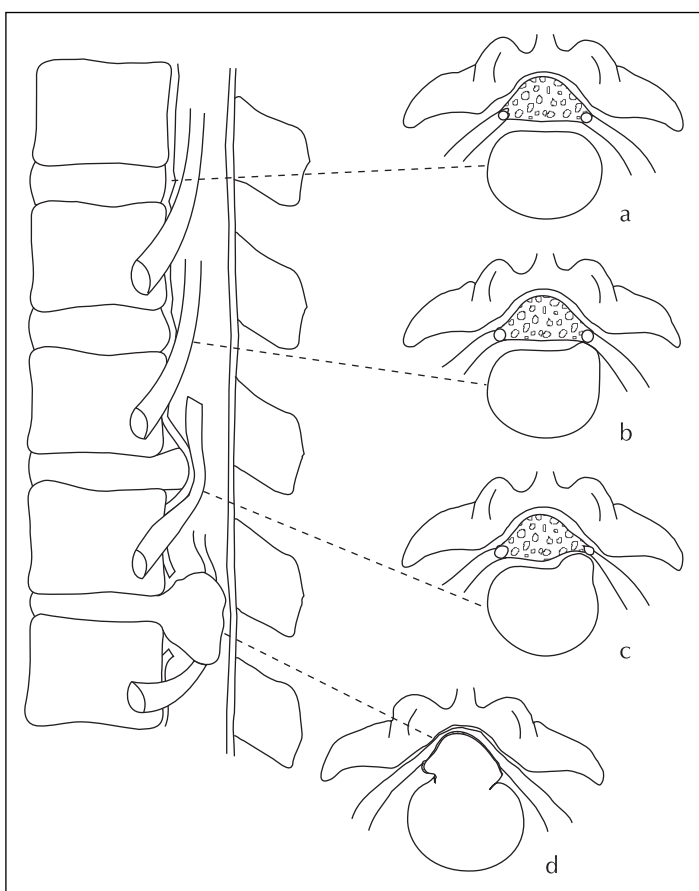
A szabályos porckorong rostos gyűrűből (anulus fibrosus) és kocsonyás magból (nucleus pulposus) áll. Ez utóbbi követi a gerinc mozgásait, vagyis előrehajlaskor hátrafelé, hátrahajlaskor előre felé mozdul el.

A discus intervertebralis degenerációja már a 20. életév után megkezdődik. A porckorong-degeneráció következtében az anulus fibrosusban repedések



1. ábra. A gerinc mozgási szegmentumának részei

1: csigolyatest, 2: csigolyaívek, 3: intervertebralis discus, 4: nucleus pulposus, 5: anulus fibrosus, 6: ligamentum longitudinale anterius et posterius, 7: intervertebralis foramen, idegyök, 8: intervertebralis kisízület, 9: interspinosus szalag, 10: processus spinosus



2. ábra. A discus intervertebralis patológiai elváltozásai. a. Ép viszonyok. b. Protrusio. A nucleus pulposus előbortosuló része az anulus rostjait maga előtt tolva boltosítja ki a ligamentumot. c. Prolapsus. A nucleus pulposus áthatja az anulus fibrosust, de a ligamentum intakt marad. d. Sequestratio. A ligamentum is átszakad, és a kiszakadt discus kizáródhat.

támadnak, a nucleus pulposus ezekbe betüremkedik, eredeti formáját és mozgását elveszítheti. A discus intervertebralis patológiailag lehetséges elváltozásait a 2. ábrán szemléltetjük.

Klinikailag észlelhető tüneteket (vertebralis és radicularis jelek) a durzaságot, illetve a gyököt elérő porckorong-sérv okozhat (3. ábra).

Az anulus fibrosus részleges átszakadása is okozhat derékfájdalmat, hisz az anulus külső rétegében is vannak fájdalomérző receptorok. A discus degenerációjának egyéb patológiai formái is okozhatnak mind derékfájást, mind gyöki irritációt. Sokszor a kitüremkedés nem közvetlenül nyomja a gyököt, hanem pangást, oedemát okoz, melynek megszüntével a gyök irritációja, kompressziója megszűnik. A protrusio visszahúzódhat, a nucleus pulposus összetöppedhet, még a kiszakadt sérv is megkisebbedhet, elhelyezkedhet a gerincscatornában. Veszélye, hogy roncsolja a gyököket, illetve, hogy a kiszakadás helyén újabb nucleus pulposus-tömeg nyomulhat ki.

4.2.2. A discus intervertebralis elváltozásainak következményei

Akár sérvesedéssel, akár egyszerű vízvesztéssel, atrófiával kisebbedik meg, válik laposabbá az intervertebralis discus, annak statikai következményei vannak.

- A lelapuló discus következtében elcsúsznak a kisízület ízfelszínei, emiatt azok inkongruenssé, sublaxáltakká válnak.

- A szegmentum instabil lesz, a kisízület hajlamosabbá válik sérülésre, rándulásra.

- Becsípődhet a kisízület synovialis hártájája, tokja, vagy becsípődhetnek a kisízületekben lévő félhold alakú testecskék, a meniscoidok.

- A fájdalom reflexes izomspazmust vált ki, mely a kisízületet a kóros helyzetben rögzíti, blokkolja. Ez az úgynevezett *kisízületi blokk*, melyet a manuálterápia avatott művelője meg tud oldani.

- A kisízületi rándulás, distorsio okozhat oedemát, synovitist, ízületi duzzanatot, amely a discusprotrusióval ellentétben dorsal felől szűkíti be a discuslelapulás következtében amúgy is szűkebbé váló foramen (4. ábra).

- A kisízület képleteiből kiinduló fájdalom kisugározhat a fartájba vagy akár a combba is, diffúz, szétterülő, neurológiai tüneteket nem okozó, úgynevezett *pseudoradicularis* fájdalom formájában, de a gyök – irritációja révén – okozhat valódi radicularis fájdalmat is.

4.3. A porckorong-degeneráció okozta derékfájás-szindrómák alaptípusai

4.3.1. Porckorong-sérv-szindróma

- Kezdődhet derékfájással, antalgias tartással vagy anélkül;

- radicularis fájdalommal, zsibbadással, amely az idegyök által beidegzett területnek csak egy részén (például lábszár, boka) jelentkezik;

- sokszor nem is neuralgiás, hanem izomláz-szerű, görcsös vagy égő fájdalom formájában, amely tapintással, nyomással provokálható;

– jelentkezhethet hirtelen, paresissal (a láb dorsal-vagy plantarflexiós gyengeségével) vagy caudasyndromával is, amely esetek sürgős szakkonzíliumot igényelnek.

– A porckorongsérv-szindrómára általában jellemző, hogy kiújulása esetén súlyosabb formában jelentkezik, és hosszabb ideig tart (*gyarapodó tünetcsoport*).

4.3.2. Kisízületi szindróma

– A kisízületi szindróma is derékfájással kezdődik, antalgias tartást is okozhat;

– ritkán jár valódi radicularis tünetcsoporttal;

– gyakran okoz pseudoradicularis kisugárzó fájdalmat, amely diffúz, szétterjedő, nem jól definiált, ritkán terjed a térdtől distalisan;

– általában nem jár a nyújtási tünetek (Laségue-tünet vagy femoralis jel) pozitívitásával, illetve neurológiai tünetekkel;

– a kisízületi szindróma néhány nap alatt gyógyulhat, gyakran recidivál, de recidívák esetén nem súlyosodik (*stagnáló vagy decrescendo tünetcsoport*).

4.4. A degeneratív gerincelváltozások okozta krónikus derékfájás

A krónikus derékfájások legnagyobb része is discuslelapulás és következményes kisízületi instabilitás következménye. Ez hozza létre másodlagosan a discusdegenerációt és a spondylosist is.

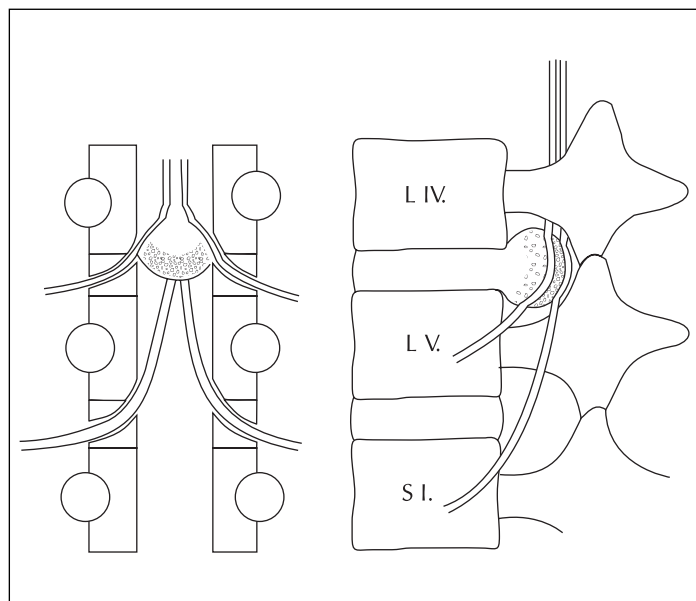
4.4.1. Spondylosis

A spondylosis nem más, mint a szervezet kompenzációs törekvése az instabil mozgási szegmentum „megtámasztására”. A spondylosis tehát általában nem külön betegség, hanem a discusdegeneratio következménye, s önmagában nem oka a derékfájdalomnak. Épp ezért helytelen a derékfájás okát spondylosisként megadni.

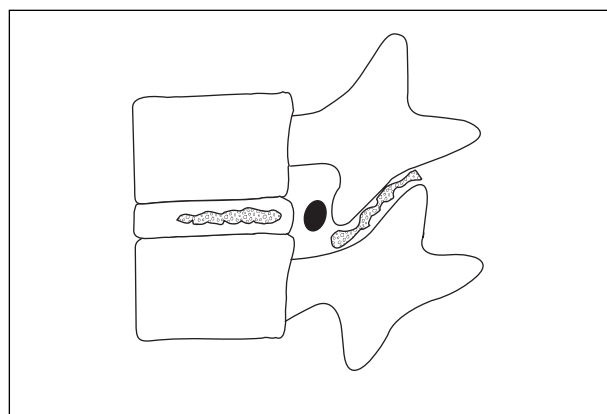
4.4.2. Spondylolysis, spondylolisthesis

Spondylolysis alatt a csigolya ívén létrejött, egy- vagy kétoldali folytonossági hiányt értjük. Oka – a feltételezések szerint – leggyakrabban fáradásos törés, ritkábban fejlődési rendellenesség. Kétoldali spondylolysis esetén csigolya-előrecsúszás, *spondylolisthesis* jöhet létre (5. ábra).

A spondylolisthesis okozhat mind radicularis, mind pseudoradicularis szindrómát, gyakran szövődik discusprotrusióval, sokszor azonban teljesen tünetmentes is lehet. Előrehajlaskor a lumbalis gerincen néha „lépcső” tapintható.



3. ábra. Több ideggököket érintő posteromedialis discushernia



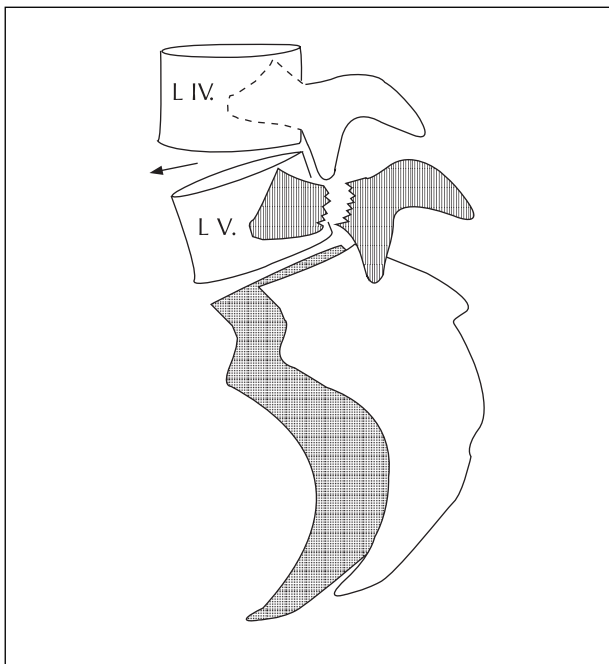
4. ábra. Az instabil, sérülékeny, duzzadt kisízület dorsal felől szűkíti a forament, és irritálhatja a gyököt

Ha a csigolyák – degeneratív okból – *spondylolysis* nélkül előre- vagy hátracsúsznak, ezt *pseudospondylolisthesis*nek nevezzük.

4.4.3. Congenitalis vagy szerzett canalis spinalis stenosis

Jellegzetes tünetcsoportot létrehozó, nem ritka kórkép. A veleszületetten szűkebb gerinccsatornát az évek során a discusdegeneratio és a kisízületek arthrosisos folyamata tovább szűkíti. Különösen fontos a gerinccsatorna laterális recessusának beszűkülése, de a porckorong-degeneráció önmagában is a gerinccsatorna másodlagos beszűküléséhez vezethet.

Jellegzetes tünete a claudicatio intermittens, amely jelen esetben nem az alsó végtagi érszűkület következményeként jön létre (úgynevezett *spinalis claudicatio*). Ez görcsszerű, néha éles fájdalom,



5. ábra. L V.-spondylolysis. Az L V. csigolya a felette lévő gerincszakasszal együtt előrecsúszik.

amelyet paraesthesiával kísérve általában mindkét alsó végtagban érez a beteg. A fájdalom bizonyos távolság megtétele után jelentkezik, a beteget megállásra, jellegzetes előrehajlásra, rövid pihenésre kényszeríti, amely után tovább tud menni. Jelentkezhet a fájdalom hátrahajláskor, máskor a tünetek nem különböznek a discushernia tüneteitől.

4.5. Derékfájással járó mozgásszervi kórképek

4.5.1. Myofascialis derékfájás (*lumbago*)

- Túleröltetés, átfázás, vírusinfectio okozhatja;
- a fájdalom diffúz, izomlázszerű;
- az izomzat sokszor rendkívül fájdalmas, nyomásérzékeny, olykor spasztikus lehet;
- antalgias tartás többnyire nem észlelhető;
- melegre, hyperaemizáló kenőcsökre, egyszerű fájdalomcsillapítókra, nem szteroid gyulladáscsökkentőkre, de spontán is gyorsan javul.

4.5.2. A sacroiliacalis ízület elváltozásai

4.5.2.1. A sacroiliacalis ízület lazasága, instabilitása, blokkja

- Főleg többször szült nők esetében fordul elő, de sportoló férfiaknál is jelentkezhet;
- a sacroiliacalis ízület nyomásérzékeny, a sacroiliacalis Mennel-jel pozitív lehet;
- a crista ilei kompressziója oldalt fekvő betegen fájdalmat válthat ki;

- blokk esetén az azonos oldali csípő adductiója korlátozott lehet;
- sikeres manipuláció megoldja mind a fájdalmat, mind a csípő adductiójának korlátozottságát.

4.5.2.2. Sacroileitis

- Főleg fiatalabb korban gyakori;
- a spondylitis ankylopoetica (Bechterew-kór) első manifestációja lehet;
- egyéb szeronegatív spondylarthrititis, reaktív arthritis részjelensége is lehet, ilyenkor gyakran egyoldali;
- előfordul, hogy infekciózus eredetű (pyogen fertőzések, tbc);
- gyakran okoz éjszakai, mindkét lábba sugárzó fájdalmakat.
- Az ízület nyomásra, ütögetésre érzékeny;
- adott esetben a röntgenelváltozások az antero-posterior medencefelvételen, de különösen a Bársony-Schulhof-féle betekintő sacroiliacalis felvételen tanulmányozhatók jól;
- az ízrés először kitágul, elmosódik, gyöngysor-szerű subchondralis cysták, majd eróziók jelennek meg, az ízfelszínnek kirágódnak. Később az ízrés fokozatosan beszűkül, majd részleges vagy teljes ankylosis alakulhat ki.

4.5.3. Spondylitis ankylopoetica (SPA, Bechterew-kór)

- Az intervertebralis ízületek, valamint a gerinc szalagjainak elcsontosodással járó gyulladása.
- Kezdetben rendszerint a sacroiliacalis regio fájdalmas mindkét oldalon.
- A fájdalom gyakran jelentkezik éjszaka, sokszor mindkét alsó végtagba kisugározva.
- A lumbalis gerinc lateralflexiója szimmetrikusan beszűkül.
- A csigolyák mozgásra, ütögetésre érzékenyek lehetnek.
- Röntgenfelvételen kezdetben úgynevezett *kockacsigolyákat* látunk: az ülő hosszanti szalag és a csigolyatest közti laza kötőszövet elcsontosodik, s a csigolyatest elülső homorulata ez által megszűnik, a csigolyatest oldalról kockára hasonlít. A betegség előrehaladásával fokozatosan alakul ki a kétoldali sacroileitis, a kisízületek ankylosisa – melyről a betegség a nevét kapta –, a szalagcsontosodások (végállapotban *bambusznádra* emlékeztető röntgenképpel), ritkán spondylodiscitis.

4.5.4. Fertőzőes spondylitis és discitisek

4.5.4.1. Spondylodiscitis infectiosa

- Leggyakrabban gennykeltők, Salmonella-, Brucella-törzsek okozzák, bár az esetek jelentős részében nem sikerül kimutatni a kórokozót.
- A megfelelő processus spinosusok nyomásra,

ütögetésre érzékenyek.

– A beteg gerincét mereven tartja, a sarokra zökkenési próba pozitív.

– Irányadó lehet a nagy fájdalom, a láz, a leukocytosis, a magasabb sülyedés. Oka – feltételezések szerint – leggyakrabban fáradásos törés, ritkábban fejlődési rendellenesség és a megfelelő antitesttiter emelkedése.

– A radiológiai kép kezdetben negatív lehet. Ilyenkor – alapos klinikai gyanú esetén – a CT és az izotópszcintigráfia adhat támpontot.

– Posztoperatív discitis esetén az izotópvizsgálat nem informatív.

4.5.4.2. *Osteomyelitis vertebrae*

– Bármely kórokozó okozhatja, leggyakrabban urogenitalis fertőzés, pneumonia, cholecystitis, stb.

– Létrejöhet hematogén úton vagy közvetlen ráterjedéssel is.

– Általában discitisszel kezdődik, majd a destruktív bakteriális folyamat teljesen tönkreteszi a zárólemezeket, behatol a csigolyatestbe, epiduralis vagy extravertebralis tályogot (például psoastályog) is létrehozhat.

– Klinikai jellemzője az elesettség, a láz, a nagy fájdalom és a csigolyatáji nyomásérzékenység.

– Neurológiai tünetek a folyamat s a tályog elhelyezkedésének megfelelően jelentkeznek.

– A radiológiai képen a zárólemez destructióján kívül üregeket, sequesterárnyékokat láthatunk. Gyakori a praervertebralis vagy a paravertebralis lágyrész-árnyék kiszélesedése. A tályogok kimutatására izotóp, CT- és MR-vizsgálat lehet szükséges.

– Blokkcsigolya-képződéssel gyógyulhat. A csigolyatestek – a spondylitis tuberculosával ellentétben – megtartják eredeti magasságukat, nem alakul ki gibbus.

4.5.4.3. *Spondylitis tuberculosa*

– A beteg anamnézisében gyakran szerepel előzetes tüdő- vagy egyéb extrapulmonalis tuberculosos.

– Két csigolya egymás felé néző zárólemezein, discitisszel kezdődik, de a folyamat sokkal torpidabban zajlik, mint a nem specifikus spondylitis vagy spondylodiscitis esetén.

– A csigolyatest pusztulása miatt szögleteszerű megtöretés, *gibbus* alakul ki.

– A gerincsatornába hatoló csigolyadestructio vagy tályog neurológiai tüneteket, ritkán bénulást is okozhat.

– Az extravertebralis elhelyezkedő sülyedéses hidegtályog a m. psoas mentén a combon is megjelenhet.

– A Pott-féle triász ismérvei: gibbus, paraplegia és tályog.

– A folyamat végül blokkcsigolya kialakulásával gyógyul.

4.5.5. *Metabolikus csontbetegségek*

– Leggyakoribb formája az osteoporosis.

– Klinikailag hát- és derékfájdalmak formájában jelentkeznek, főként posztklimaxos nőknél.

– A fájdalmakat a csigolyák microfracturái, kompressziós törései s a megváltozott statikai viszonyok következtében létrejövő izomspazmus, szalagvongálódás okozza.

– Neurológiai tüneteket általában nem okoz.

– A csigolyák, a bordák gyakran ütögetésre is nyomásérzékenyek, a paravertebralis izomzat spasztikus, nyomásérzékeny.

– A későbbi stádiumban fokozott kyphosis, a lumbalis lordosis kiegyenesedése alakul ki.

– A radiológiai kép a csigolyatestek mérszartalmának csökkenését, a csigolyatest struktúrájának elmosódottságát, a zárólemezek éles kirajzolódását, a zárólemezek benyomódását, ékcsigolyákat, kompressziós fracturákat mutat. A csontdenzitásmérés pontos mennyiségi adatokkal szolgál a csonttömeget és a csontsűrűséget illetően.

– *Osteomalacia* ma is előfordulhat szoptató anyák, felszívódási zavarban szenvedők (például gluténszenzitív enteropathia), idősebbek esetében. Az osteomalacia gyakran okoz diffúz csontfájdalmat, izomgyengeséget, kacsázó járást.

– Diffúz háti és deréktáji fájdalmakat ritkábban hyperparathyreosis és Paget-kór is okozhat.

4.5.6. *Traumás elváltozások*

4.5.6.1. *Csigolyafracturák*

– Krónikus derékfájást a csigolyatörés utáni megváltozott statika okoz.

– Csigolyatörés esetén mindig gondolnunk kell patológiás fractura lehetőségére is.

– Előfordul, hogy sérülés után a hagyományos analóg röntgenvizsgálat nem mutat eltérést, de néhány hét múlva kialakul a csigolya poszttraumás összeroppanása (Kümmel–Verneuil-szindróma).

– A haránt- vagy tövisnyúlványok szakításos törése lehet egyszeri nagy izomkontrakció, szalagrándulás következménye, vagy előfordul fáradásos törésként is. Fájdalmat okozhat, de különösebb jelentősége nincs. A leszakított csigolyanyúlvány általában nem csontosodik vissza a helyére.

4.5.6.2. *Az os coccygeum sérülése vagy törése*

– „Fenekre esés” következményeként nem ritka, néha csak sokkal később derül ki.

– Gyakran okoz krónikus coccygodyniát.

– Az os coccygeum subluxatióját, begömbülését a medencefenék és a gát izmainak spazmusa, contracturája is létrehozhatja.

– Radiológiai kimutatásához oldalirányú coccygeumfelvétel szükséges.

4.5.7. A csigolyák daganatai és daganatszerű elváltozásai

4.5.7.1. Primer daganatok

– Ritkák, de fiatal korban előfordulnak (osteoid osteoma, benignus osteoblastoma, osteosarcoma, chondrosarcoma, chordoma, csigolyatest-haemangioma).

– A csigolya gyakran nyomásra, ütögetésre érzékeny lehet, antalgias tartás is kialakulhat.

– Az izolált csigolyatest-haemangioma panaszt általában nem okoz.

– Gerincvelői vagy gyöki kompressziós tünetek ritkán alakulnak ki, a kisugárzó fájdalmak azonban gyakoriak.

– A daganatok lokalizációját a pontos, alapos radiológiai vizsgálat derítheti ki. ^{99m}Tc -foszfonát-dúsulás a tumoros területen minden más radiológiai elváltozást megelőzhet.

4.5.7.2. Metasztatikus tumorok

– Gyakoriak, különösen tüdő-, mell-, prostata- és pajzsmirigy-rák, illetve hypernephroma ad gyakran áttéteket a csigolyában.

– A megfelelő csigolyák nyomásra, ütögetésre érzékenyek lehetnek, kisugárzó fájdalmak, neurológiai tünetek az érintett ideg-, illetve egyéb képleteknek megfelelően jelennek meg.

– ^{99m}Tc -foszfonát-szcintigráfia révén a gerinc, a medence, sőt a csontváz egésze ábrázolható.

– Ha az áttét a csontban van, a metastázisok általában izotóp-dús, „meleg” terület formájában ábrázolódnak.

4.5.7.3. Epiduralis, intraduralis extramedullaris és intramedullaris daganatok

– Derékfájást, kisugárzó fájdalmat, neurológiai tüneteket okozhatnak aszerint, hogy milyen idegelemeket irritálnak, illetve komprimálnak.

– A definitív diagnózis megállapításához általában MR-vizsgálat szükséges.

4.5.7.4. Lymphomák, leukaemiák, myeloma multiplex

– Szintén okozhatnak elváltozásokat a csigolyákban vagy a gerincscatornában.

– Leggyakoribb a myeloma multiplex, amely gyakran jelentkezik hát-, illetve derékfájás formájában.

– Röntgenfelvételen sokszor csak diffúz mérszartalom-csökkenés látszik myeloma esetén, a jellegzetes kerek felritkulások nem láthatók.

– Myeloma esetén a csontszcintigráfia sokszor nem mutat dúsulást.

– A laboratóriumi vizsgálatok a legtöbb esetben igen magas süllyedést és monoklonális globulinszaporulatot mutatnak.

5. A mozgásszervi eredetű derékfájás diagnosztikája

5.1. Anamnesztikus kérdések

- Foglalkozása.
- Milyen testhelyzetben dolgozik? Mit sportol?
- Mikor érzett *először* derékfájdalmat?
- Mikor érzett *először* lábba sugárzó fájdalmat?
- Milyen körülmények között? (Emelés, hajlás, rossz mozdulat? Sérülés? Elesés?)
- Akkor mennyi ideig tartott? Mit kapott?
- Azóta hányszor, milyen körülmények között recidivált a fájdalom? (Különösebb előzmény nélkül, reggelre, rossz mozdulatra.)
- A recidívák lefolyása milyen volt? Zsibbadással járt-e?
- Hasprés fokozta, fokozza-e fájdalmát?
- Jelen panasza mikor, hogyan kezdődött?
- A derékfájás pontos helye, jellege.
- Állandó vagy időszakos-e a fájdalom?
- Kisugárzik-e, s ha igen, hová?
- Zsibbadás, érzészavar van-e?
- Fáj-e nyugalomban, fekvéskor, éjjel?
- Van-e a mozgások indításakor fájdalom?
- Milyen pozícióban tud legjobban elhelyezkedni?
- Mi csillapítja és mi fokozza fájdalmát?
- Érez-e izomgyengeséget? Hol? Mikor?
- Hasprés fokozza-e jelen fájdalmát?
- Érez-e zsibbadást a lovaglónadrág-területen?
- Van-e vizeleti vagy székelési zavara, láza, hőemelkedése, általános rossz közérzete?
- Van-e hangulati és alvászavara?

5.2. Fizikális vizsgálat

5.2.1. A beteg álló helyzetében végzett vizsgálatok

- A deréktáj megtekintése levetkőztetett betegen, nyújtott térddel, zárt lábakkal.
- Legfontosabb az antalgias tartás, a scoliosis, az alsóvégtaghossz, a medence szintje, a lumbalis lordosis és a paravertebralis izomzat megítélése.
- *Előrehajlaskor* ívelt lesz-e a lumbalis gerinc vagy merev marad, és a beteg csípőből hajlik előre?
- *Az oldalhajlást* nyújtott térddel, zárt lábbal, combhoz szorított kézzel vizsgáljuk. A laterálflexió aszimmetrikusan szűkül be (egyik oldalra kifejezettebben) discopathia, discusprotrusio, kisézületi distorsio, illetve ezek által okozott radiculopathia esetén, illetve az egyik oldalra hajlás fájdalmat provokálhat. Spondylitis ankylopoetica, előrehaladott spondylosis, osteoporosis esetén a laterálflexió szimmetrikusan szűkül be.
- Vizsgálunk kell, hogy a *hátrahajlás* provokál-e fájdalmat.

További vizsgálatok:

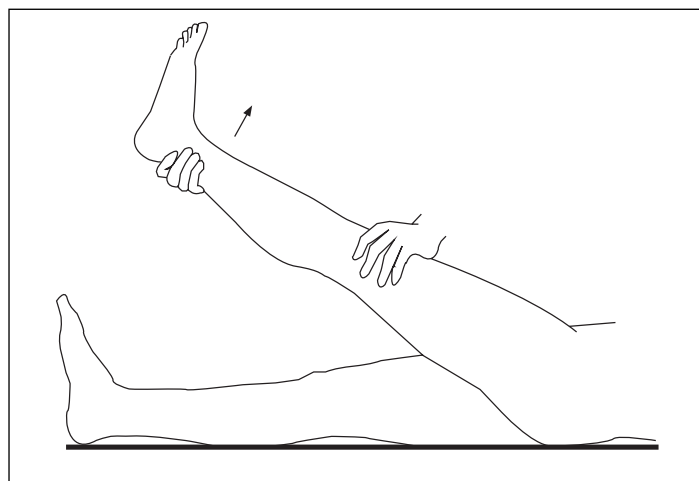
- a processus spinosusok nyomásérzékenysége álló helyzetben, kissé előrehajlított derékkel, ütögetéssel;
- az interspinosus érzékenysége nyomással;
- az interspinosuslépcső (spondylolisthesis) tapintása;
- kivált-e radicularis vagy pseudoradicularis fájdalmat a paravertebralis nyomás;
- a paravertebralis izomzat tapintása (spasmus, nyomásérzékenység, a m. erector trunci nyomásérzékenysége a crista tapintásával);
- az esetleges myogelosisok, *Copeman-herniák* tapintása (Ez utóbbiak a spina iliaca posteriorok és superiorok területén tapintható csomók, amelyek valójában a fascia lumbodorsalison „átsérvesedő”, kötőszövetes tokba zárt zsírcsomók. Jelentőségüket az adja, hogy „beleduzzadhatnak” a kötőszövetes tokba, és fájdalmassá válhatnak. Főleg középkorú és idősebb nőbetegek esetében fordulnak elő.);
- a sacroiliacalis ízületek ütögetési érzékenysége;
- lábujjhegyre állás, lábujjhegyen járás, sarkakon állás, sarokjárás;
- a járás megfigyelése (*Trendelenburg-tünet*, spasztikus járás);
- *zökkenési próba*: a beteget megkérjük, hogy lábujjhegyre állás után hirtelen zökkenjen sarokra. Ha a hirtelen zökkenés után a beteg egy meghatározott pontra mutat, az discitisre, spondylitisre, destruktív folyamatra, törésre utalhat.

5.2.2. A beteg ülő helyzetében vizsgáljuk

- Vajon a scoliosis, antalgias tartás, paravertebralis izomspasmus változik-e?

5.2.3. A beteg háton fekvő helyzetében vizsgáljuk

- A csípőmozgásokat (ab- és adductio, flexio, rejtett flexiós kontaktúra);
- a neurológiai tüneteket (reflexek, érzészavar, beleértve a nyeregzónát is);
- az ujjak, a bokák, a térdék erő ellenében kifejtett dorsalflexiós és -extenziós erejét;
- a láb supinációs és pronációs erejét;
- a quadriceps és az iliopsoas erejét, erő ellenében;
- megtapintjuk az ereket (a. femoralis, a. dorsalis pedis, a. tibialis);
- vizsgáljuk a n. femoralis nyomásérzékenységet és a nyújtási tünetek közül a *Laségue-tünetet* (6. ábra).
- Előfordul, hogy nemcsak a panaszt okozó alsó végtag, hanem az ellenoldali, eredetileg nem fájdalmas láb emelése is fájdalmat vált ki a *panaszt okozó oldalon*. Ilyenkor a durazsákhoz rögzített gyök elmozdítja a durazsákot, s az ellenoldali gyököt mintegy „ráhúzza”



6. ábra. A *Laségue-tünet* kivitelezése. A beteg hanyatt fekszik a vizsgálópadon, két lába nyújtva. Egyik kezünket a beteg térdére tesszük, hogy teljesen nyújtva tartsuk, másik kezünkkel a nyújtott alsó végtagot – a sarok alá nyúlva – lassan emelni kezdjük. Bizonyos magasságba emelésnél a beteg éles, csíkszerű, az alsó végtagba lesugárzó radicularis fájdalmat jelez, és mindenképpen megakadályozza, hogy lábát tovább emeljük, mert a gyököt mintegy ráhúzzuk a porckorongóérvé, ami nagy fájdalmat okoz.

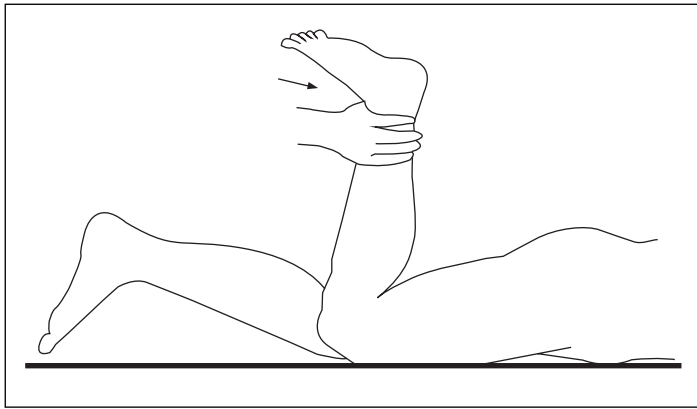
az ellenoldalon kitüremkedő gerincérvre. A vizsgálómódszert *keresztezett Laségue-tünetnek* nevezzük.

– Aggraváció gyanúja esetén a *Laségue-tünet* validitását a *Bechterew-tünett*el objektívizálhatjuk. A beteg a hátán fekszik, lábai nyújtva vannak. Egyik kezünket a beteg két térdére helyezük, megakadályozandó, hogy térdét behajlítsa. Másik kezünkkel ezután ülő helyzetbe segítjük a beteget. Ha nyújtott térdrel fel tud ülni anélkül, hogy radicularis fájdalom keletkezne, a beteg szimulálja a *Laségue-tünetet*, hisz a gyököt éppen úgy megnyújtottuk, mint a *Laségue-tünet* kiváltásánál.

– A *pszeudo-Laségue-tünetet* nem szabad összetéveszteni a valódival. Ez esetben a végtag emelésekor nem éles, csíkszerű, hanem diffúz, rosszul definiált, szétterjedő fájdalom keletkezik, amely szinte sohasem sugárzik le a térdtől distalisabban, s jellegzetes zsibbadás, érzészavar, reflexeltérés, esetleg motoros tünet soha nem kíséri. A beteg jelzi a fájdalmat, de engedi tovább emelni a lábát. Oka a megrövidült combizomzat, amely hosszan fennálló vertebralis tünetek esetén gyakran előfordul.

5.2.4. A beteg oldalt fekvő helyzetében vizsgáljuk

- A m. gluteus medius izomerejét,
- a trochanter major nyomásérzékenységét,
- a tuber ischii nyomásérzékenységét,
- a n. ischiadicus nyomásérzékenységét (glutealis Valleix-pont),
- a glutealis izomzatot,
- elvégezzük az úgynevezett medencekompressziós tesztet (a crista ilei megnyomása).



7. ábra. A femoralis tünet kivitelezése. A femoralis tünetet az L_4 -gyök nyújtására alkalmazzuk. Perifériás femoralis neuralgia és neuritis esetén is pozitív. A beteg a hasán fekszik, majd lábát bokánál megfogva térdét lassan behajlítjuk. Ha a femoralis tünet pozitív, 100–140 fok között radicularis jellegű, vagyis a lágyékból a comb elülső felszínébe sugárzó éles, csíkszerű fájdalom keletkezik.

5.2.5. A beteg hason fekvő helyzetében vizsgáljuk

- A processus spinosusok,
- az interspinosus tér,
- a paravertebralis régió nyomásérzékenységét (csengő tünet);
- a paravertebralis izomzat spasmusát;
- a sacroiliacalis ízület nyomásérzékenységét;
- a csípő extenzióját vagy hiperextenzióját;
- a sacroiliacalis Mennel-tünetet;
- a glutealis izomzatot;
- a glutealis hajlat, a poplitealis hajlat és a fibulafej mögötti Valleix-pont nyomásérzékenységét;
- a nyeregzőna, illetve a végtag hátsó felszínének érzéskvalitásait;
- a femoralis tünetet (7. ábra).

5.3. A leggyakoribb radicularis szindrómák összefoglaló diagnosztikája

5.3.1. L_4 -radicularis szindróma

- A fájdalom a comb elülső felszínén sugárzik le a lábszár medialis részébe.
- A fájdalom az L IV–V. csigolya közti résznek megfelelően, valamint a n. femoralis megnyomásával provokálható.
- Nyújtási tünete a femoralis nyújtási tünet.
- Érzészavar: a comb elülső felszínén a patella felett, a lábszár medialis oldalán.
- Reflexeltérés: a patellareflex gyengül vagy kiesik.
- Motoros tünet: a m. quadriceps atrófiás, illetve ereje gyengül.
- A beteg panaszkodhat arra, hogy térde időnként megroggyan.
- Femoralis neuritis esetén a m. tibialis anterior

nem érintett, ezért ez differenciáldiagnosztikailag igen fontos tünet.

5.3.2. L_5 -radicularis szindróma

- A fájdalom a lumbosacralis tájról a comb lateralis részén, majd a láb nagyujji részébe sugárzik.
- A fájdalom az L_5 -gyök kilépésének megfelelően az L IV–V. csigolyák között interspinosusan és paraspinalisan váltható ki.
- Érzészavart a láb medialis oldalán észlelünk.
- Reflexeltérés a jól vizsgálható reflexek vonatkozásában (patella-, Achilles-reflex) nincs.
- A rutinszerűen nem vizsgált tibialis posterior reflex kieshet.
- A láb extenziós, illetve everziós ereje csökken.
- A m. extensor hallucis longus kizárólag az L_5 -gyökből kapja beidegzését, ezért mindig vizsgáljuk meg külön is a hallux dorsalflexióját rezisztencia ellenében.
- A sarokra állás, a sarokjárás gyengülhet.
- Kifejezett paresis esetén a lábat csapó, peroneusparesisre jellemző járás („szteppelő járás”) jöhet létre.

5.3.3. S_1 -radicularis szindróma

- A radicularis fájdalom a lumbosacralis tájról a comb hátsó felszínén, a lábszár lateralis felszínén a láb lateralis szélébe sugározhat.
- A fájdalom az L V. és a sacrum között interspinosusan és paraspinosusan provokálható nyomással; az S_1 -gyök kilépése az első foramen sacrale táján érzékeny.
- Érzészavar a láb és a lábszár lateralis oldalán.
- Az Achilles-reflex gyengülhet vagy kieshet.
- Ellenállással szemben végzett vizsgálatkor a láb flexiója gyengül.
- A lábujjhegyre állás vagy a lábujjhegyen járás gyengülhet.

5.3.4. A caudasyndroma tünetei

- A medialis porckorong sérve az L II. magasságától distalisán az egész cauda equinát nyomhatja.
- Az érzészavar először a végbél és a külső nemi szervek körül jelentkezik, később kialakul a jellegzetes „lovaglónadrág-érezészavar”.
- Az érző és motoros dermatomák nagy egyéni variációt mutatnak, amelyet a klinikai diagnózis felállításánál figyelembe kell venni.
- Vizeleti, esetleg székelési zavar (incontinentia vagy csak nehezebb vizeletürítés), esetleg épp ellenkezőleg, gyakoribb vizelés léphet fel.
- Mindkét alsó végtagba kisugárzó radicularis fájdalom,
- mindkét oldali reflexek csökkenése, kiesése,
- paraparesis.

– *Itt is hangsúlyozzuk, hogy a caudasyndromában szenvedő beteg sürgős gerincsebészeti elhelyezést igényel, s a megoldás legtöbbször műtéti.*

5.4. Radiológiai és egyéb képalkotó eljárások

A radiomorfológiai szempontból kórosnak ítéhető eltérés önmagában még nem jelent betegséget. A klinikai diagnózis csak az anamnézis, a fizikális vizsgálat eredménye, a radiológiai és egyéb leletek együttes értékelésével állítható fel.

5.4.1. Hagyományos röntgenvizsgálat

Röntgenfelvétel banálisnak látszó derékfájás esetén akkor szükséges:

- ha a beteg a veszélyeztetett korcsoportba tartozik osteoporosis és daganatos betegség szempontjából;
- ha a fájdalom rosszabbodik;
- ha a fájdalom több mint három hétig tart;
- ha rövidebb ideig tart ugyan, de ismétlődik.

Minimálisan kétirányú (anteroposterior és oldalirányú) felvétel szükséges, spondylolysis és/vagy spondylolisthesis gyanúja esetén kétoldali *Dittmár-féle*, ferde irányból, két oldalról 30 fokos szögben készült felvétel készítése is indokolt. Medence-, illetve sacroiliacalis felvétel akkor szükséges, ha sacroiliacalis vagy más, medencecsontot érintő elváltozás gyanúja merült fel (például fiatal férfiak krónikus, éjszakai derékfájása kapcsán spondylitis ankylopoetica gyanúja).

A kétirányú röntgenfelvétel információértéke:

- kimutathat számos, radiológiai elváltozást okozó egyéb kórképet (spondylitis, csonttumor, kompressziós fractura, fejlődési rendellenességek, a canalis spinalis kóros tágulata, spondylitis ankylopoetica, Paget-kór, haemangioma stb.);
- discopathiára utaló vagy egyéb, a fájdalmat magyarázó „segmentum mobile” elváltozást mutat. Ilyenek:
 - az intervertebralis rés beszűkülése (tudnunk kell, hogy a praesacralis porckorong normálisan is ék alakú és laposabb, mint a proximálisabbak),
 - vákuumfenomén a porckorongban,
 - bármely csigolya hátrahelyezettsége a többihez képest (Ez leggyakrabban az V. lumbalis csigolya esetében fordul elő. A sacrumhoz képest fennálló hátrahelyezettsége a praesacralis discopathia leggyakoribb indirekt jele.);
 - a csigolya előrehelyezettsége az alatta lévőhöz képest [Ez lehet pseudospondylolisthesis (megnyúlt interarticularis csigolyarész) vagy valódi spondylolisthesis következménye, mely

mindig kétoldali spondylolysis következménye, és az említett Dittmár-féle felvétel segítségével mutatható ki.];

- az anteroposterior felvételen scoliosis, antalgias tartás; az oldalirányú felvételen a lordosis kiegyenesedése, a sacrum helyzete, fokozott dőlése figyelhető meg (Antalgias tartás és a scoliosis között az a különbség, hogy antalgias tartás esetén a csigolyák nem rotálódnak, vagyis a processus spinosusok elfordulása nem észlelhető.);
- fejlődési rendellenességek (átmeneti csigolyák, illetve közöttük lévő állüzetek stb.);
- cristán támaszkodó processus transversus;
- Bastrup-szindrómát, vagyis a processus spinosusok egymás felőli felszíneinek összeérését igazolhatja;
- spina bifidát mutathat ki;
- egy csigolyát érintő destructio tumoros elváltozásra, két vagy több csigolya destructióját okozó elváltozás gyulladással folyamatra utalhat.

5.4.2. Szcintigráfias vizsgálat

E célra ^{99m}Tc-difoszfónátot használnak általában, amelyet az osteoblastok vesznek fel, így az osteoblast működéséről ad felvilágosítást. Tekintettel arra, hogy osteolyticus folyamatok (például osteolyticus metasztázis) körül is fokozott az osteoblasttevékenység, lyticus folyamatok kimutatására is alkalmas (kivételesen myeloma multiplex, ahol a szcintigráfia „néma” marad). Korábban mutat csontban zajló folyamatokat, mint az analóg röntgen vagy akár a CT, de természetesen csak az osteoblasttevékenység mértékét mutatja, s nem a csontelváltozás jellegét. Erre az izotópdúsulás lokalizációjából, intenzitásából következtethetünk.

A csontizotóp-vizsgálat tehát kimutathat:

- csontfolyamatot (például csontmetasztázist), ízületi vagy gerincbetegséget (például spondylitis ankylopoetica) azokban az esetekben is, amikor az analóg röntgen nem mutat elváltozást (például kezdődő sacroileitis, spondylitis, tumor).
- Továbbá információt adhat arról, hogy a röntgenképen látható elváltozás aktív-e még (például lezajlott sacroileitis, spondylitis, spondylodiscitis stb.).
- Igazolhatja a folyamat infekciózus jellegét, vagyis található-e nagyszámú granulocytá az elváltozás helyén. A szcintigráfiát ez esetben jelzett fehérvérszettekkel vagy ⁶⁷Ga-mal végezzük el. Infekciózus spondylitis esetén az izotóp természetesen nemcsak a csontban, de ha a folyamat extraossealis, a lágy részekben is dúsul.
- A műtétet követő néhány hónapon belül a szcintigráfia pozitívítása a műtéti területen nem kórjelző.

5.4.3. Komputertomográfias (CT-) vizsgálat

Céltzott CT-vizsgálat indokolt:

– ha az analóg röntgenvizsgálat nem elegendő a csontfolyamat kimutatására és pontos lokalizációjára;

– ha a gerinc keresztmetszeti rétegvizsgálatára is szükségünk van az elváltozás kimutatásához vagy pontosabb lokalizációjához.

A rétegvizsgálat elsősorban a csontvizsgálatra alkalmas, a lágy részek vizsgálatára kevésbé. Ma a gerinc-CT-vizsgálatot elsősorban a lumbalis discushernia diagnosztikájára használjuk, mert a mielográfiával ellentétben nem invazív jellegű beavatkozás. A kitüremkedett discushernia s a durazsák sokszor nem jól különíthető el, ezért végezhetünk mielográfiával kiegészített CT-vizsgálatot is.

CT-vizsgálatot végezhetünk spondylitis gyanúja esetén, illetve spondylitis kiterjedésének, illetve csigolyatestbe való betérésének megítélésére és más kórfolyamat (például tumor) pontos lokalizációjára, valamint sacroileitis korai diagnosztikájára is.

A CT hátránya, hogy általában csak két-három intervertebrális rést tekinthetünk át, s a tünetek okozója olykor proximalisabb lehet. Előnye, hogy pontosan megítélhetjük a porckorongzóna és a dura, valamint a gyök viszonyát, látjuk, hogy szűk-e a gerincsatorna, jól megítélhetők a kisízületek, és extraforaminalis discusherniát is ábrázolni tudunk, amelyet mielográfiával nem tudtunk kimutatni.

5.4.4. Mágneses rezonancia (MR-) vizsgálat

Elsősorban a lágy részokről ad kiváló információt. Csontfolyamat megítélésére nem igazán alkalmas. Előnyei:

– Az MRI a szövetek víztartalmának különbözősége alapján nagyon alkalmas arra, hogy a porckorong degenerációs folyamatát kimutassa.

– Nem jár sugárterheléssel.

– Hosszabb gerincszakasz is áttekinthető.

– A discushernia, a synovialis cysta, a lágy részekből kiinduló tumorok jól ábrázolhatók és lokalizálhatók, a gerincvelő kórfolyamatai és azok kiterjedése három síkban információvesztés nélkül jól megítélhető.

A nyaki és háti gerincszakaszon discushernia vagy más lágy részből kiinduló kórfolyamat esetén analóg röntgenvizsgálat után, MR-vizsgálat végzendő.

Discushernia gyanúja esetén, ha más kórfolyamat nem valószínű, CT-, illetve MR-vizsgálat csak akkor indokolt, ha terápiás konzekvenciája van, például műtét végzése komolyan szóba jön. Protrusio, sőt discushernia ugyanis nagyon sokszor lehet tünetmentes. A radiculitis meggyógyulhat konzervatív kezelésre, ugyanakkor a CT-n vagy MR-képeken észlelhető discusprotrusio vagy -hernia kiterjedése nem változik.

Posztoperatív állapotban gerincműtét után natív CT-vizsgálaton adekvát információ nem várható. Ilyen esetben MR-vizsgálat, esetleg mielográfiával kombinált CT-vizsgálat javasolt.

5.4.5. Egyéb vizsgálatok

– *EMG-vizsgálat* segíthet a klinikai tüneteket okozó laesio lokalizációjában és nyomon követésében.

– *A liquorvizsgálat* ritkán differenciáldiagnosztikai szempontból válhat szükségessé (Guillain-Barré-szindróma, sclerosis multiplex).

– *Laboratóriumi vizsgálatokat* gyulladásos, infekciózus, tumoros folyamatok, illetve metabolikus csontbetegségek diagnosztikájában alkalmazunk.

– *Diszkográfia*, önmagában *mielográfia* kivételes esetekben végezhető.

6. A mozgásszervi eredetű derékfájás konzervatív kezelése

A ma alkalmazott terápiák java része empirikus jellegű, tüneti terápia. Sajnos hiányoznak azok a kontrollált vizsgálatok, amelyek az alábbi terápiák hatékonyságát egyértelműen bizonyítanák. Figyelembe kell venni a terápia tervezésénél azt is, hogy a derékfájás spontán is megszűnhet. Különösen kritikusnak kell lennünk azon terápiás eljárásokkal szemben, amelyeknek szövődményei lehetnek (kellő gyakorlat hiányában végzett lokális injekciós beavatkozások, manuálterápia, szteroidkezelés).

6.1. Akut derékfájás radicularis tünetek nélkül

A néhány nap alatt megszűnő derékfájás orvosi beavatkozást nem igényel. Amennyiben a panaszok nem szűnnek vagy a beteg számára elviselhetetlenek, az alábbi eljárások alkalmazhatóak (a gyógyszeres polypragmasia kerülésével):

– fektetés, pihentetés két-három napig;

– hyperaemizáló kenőcsök, pakolások (például Ritex);

– felületes, lokális meleg;

– egyszerű fájdalomcsillapítók, nem szteroid gyulladáscsökkentők, izomrelaxánsok;

– ritkán lokális injekciók;

– fájdalomcsillapító fizioterápiás eljárások;

– egyes esetekben hosszabb (7-10 napos) fektetés is szükséges lehet. Inkább intézeti körülmények között javasolhatóak az olyan eljárások, mint az „ischiasinfúzió”, epiduralis injekció, rövid szteroidlövés;

- későbbiekben a gerinctorna megtanítása, úszás, a gerinckímélő életmód elsajátítása (gerinciskola) javasolható;
- azonnali szakkonzílium szükséges, amennyiben paresis, esetleg caudaszindróma (vizelési zavar, gáttáji érzészavar) tünetei jelentkeznek.

6.2. Akut derékfájás radicularis tünetekkel

- Fektetés, pihentetés, kímélő testhelyzetben kemény alapú fekhelyen;
- ischiasborogatás (Egyszerű állott vizes borogatás, amelybe becsavarjuk az egész alsó végtagot és a fartáját is. A vizes ruhát szárazzal takarjuk körül; fél-egy órát hagyjuk fenn.);
- nem szteroid gyulladásgátlók, izomrelaxánsok, analgetikumok, ischiasinfúzió, kivételes esetben másképp nem csillapítható fájdalom esetén opiátok (trankvillánsok, a nem szteroidok és az analgetikumok fájdalomcsillapító hatását pontenciózzák);
- megfelelő képzettség birtokában lokális injekciós technikák;
- amennyiben sürgős műtéti indikáció nem áll fenn, és a kezelésre három-négy nap, maximum egy hét alatt nincs kielégítő javulás, szakkonzílium igénybevétele szükséges;
- fájdalomcsillapító fizioterápiás eljárások;
- izometriás torna;
- fokozatos mobilizálás szárazon, később esetleg vízben subaqualis torna formájában;
- a gyógytorna megtanítása, gerinciskola;
- azonnali szakkonzílium szükséges, amennyiben paresis, esetleg caudaszindróma (vizelési zavar, gáttáji érzészavar) tünetei jelentkeznek.

7. Discushernia-műtét

A műtét abszolút indikációi:

- caudaszindróma,
- akutan kialakult, súlyos paresis.

Relatív indikációk:

- nem befolyásolható vagy alig csökkenthető fájdalom, vagy
- két-három hónap alatt megfelelő konzervatív kezelésre nem javuló tünetek, amelyek háttérben CT-vel, MRI-vel vagy mielográfiával pontosan lokalizálható discushernia áll.

7.1. A porckorongsérvműtét eredménye

- A műtét eredményei akkor a legjobbak,
- ha nagy fájdalomrohamban végzik;
 - ha az első tünetek felléptétől három, de leg-
alább hat hónapon belül elvégzik;

- ha a rehabilitáció azonnal megkezdődik, s következetesen folytatódik az első hetekben;
- ha ugyanakkor a beteg nem terheli gerincét jobban, mint azt állapota megengedi.

7.2. Utókezelés discushernia-műtétet követően

Szerencsés esetben a beteg 6–12 héten belül folytatja kenyérkereső munkáját.

- Problémamentes porckorongsérvműtét után a beteg lassan mobilizálható, intézeti utókezelésre általában nincs szükség.
- Gyógytornász tanítsa meg a végzendő torna gyakorlatokra, és folyamatosan ellenőrizze a beteget. Ajánlott az úszás, kímélet jó néhány hétig, fokozatos mobilizálás, illetve munkába állítás a műtét után 6–12 héttel.
- Ha a műtét után a panaszok és a tünetek nem rendeződtek teljesen, vagy rövid idő után kiújultak, a tünetek okának pontos megállapítása szükséges. Ez esetben szóba jöhet intézetben végzett kivizsgálás és szükség szerint rehabilitációs kezelés.

7.3. Posztoperatív problémák és kezeléseik

Ha műtét után a beteg tünetei nem szűnnek kellőképpen vagy kiújulnak, esetleg más formában jelentkeznek, ennek a következő okai lehetnek:

- Műtét után idő kell még ahhoz, hogy a gyök körüli oedema csökkenjen, az izomspasmus, az antalgias tartás megszűnjék.

Megoldása: várakozás, szükség esetén rehabilitációs kezelés.

- Műtét után azonos magasságban vagy más magasságban maradt benn kiboltsuló porckorongsérv, vagy újabb alakult ki.

Tennivaló: pontos diagnosztika, konzervatív kezelés, esetleg újabb műtét.

- Nem porckorongsérv, hanem egyéb elváltozás okozza a beteg panaszait, például sacroileitis, tumor, sclerosis multiplex, alagútszindróma, atípusos depresszió.

Tennivaló: pontos klinikai elemzést követően megfelelő diagnosztika és terápia.

- A műtét szövődménye okozza a panaszokat: gyöki sérülés, discitis, infekció stb.

Tennivaló: pontos klinikai elemzést követően megfelelő diagnosztika és terápia (például discitis esetén rétegfelvétel, izotópos vizsgálat; fertőzés esetén antibiotikus kezelés stb.).

- A műtét késői szövődménye alakult ki: például gyök körüli hegesedés, laminectomia esetén a segmentum instabilitása.

Tennivaló: pontos klinikai elemzés és diagnosztika, majd rehabilitációs kezelés.

– A beteg tudatosan vagy nem tudatosan nem akar meggyógyulni.

Teendő: az okok feltárása, szükség esetén pszichoterápia.

7.4. A krónikus derékfájás kezelése

Krónikus derékfájás degeneratív gerincbetegség következményeként háromféleképpen alakulhat ki:

- akut derékfájás krónikusba megy át;
- akut fellángolások és krónikus szakok váltogatják egymást;
- a derékfájás fokozatosan kezdődik, s folyamatosan fennáll.

Az organikus okok mellett azt is szem előtt kell tartanunk, hogy a krónikus derékfájásban szenvedők között a depresszió, különösen az atípusos depresszió előfordulása szignifikánsan magasabb. A pszichogén kóreredit megállapításában, a kórforma pontos diagnosztizálásában szakember (pszichiáter stb.) segítsége nem nélkülözhető. Ezért a krónikus derékfájás terápiájában fontos szerepe van a felvilágosításnak, a beteg statikája, munkája, mindennapi élete elemzésének, a megfelelő élet- és munkastílus kialakításának. Mindezt helyes, ha a már nálunk is működő „gerinciskolákban” sajátítja el a beteg. Meg kell ismernie saját derékfájásának okait, s tennie kell azok ellen.

A discopathia és a kisízületi instabilitás tartós megoldásának legjobb módszere a torna. A beteg számára szemléletesen el szoktuk mondani, hogy megfelelő tornával az instabil kisízületeket stabilizálhatja. A komplex kezelésnek (torna, a helyes életmódra nevelés, pszichoterápia) kitűnő eszköze a gerinciskola.

8. Sürgősségi teendők mozgásszervi eredetű derékfájás esetén

Sürgősségi helyzet elvileg két okból alakulhat ki a gyakorlatban:

- az alapbetegség vagy szövődménye következtében;
- az alkalmazott kezelés nemkívánatos mellékhatásai vagy esetleges szövődményei miatt.

8.1. Sürgősségi esetek

8.1.1. Szeptikus, bakteriális spondylitis vagy discitis gyanúja. *Teendő:* azonnali szakkonzílium.

8.1.2. Akutan kialakuló perifériás paresis vagy caudasyndromát okozó lumbalis discushernia vagy egyéb spinalis térszűkítő folyamat. *Teendő:* azonnali elhelyezés gerincműtétet végző sebészeti osztályra.

8.1.3. Igen nagy fájdalmat okozó alsó végtagi radiculopathia. *Teendő:* opiátok, fektetés, ischiasborogatás. Ha eredménytelen, akkor szakkonzílium igénybevétele javasolt.

8.2. A kezelés okozta szövődmények

8.2.1. Intraduralisan került lokálanesztetikum. *Teendő:* azonnali elhelyezés intenzív osztályon.

8.2.2. Perineuralis injekció következtében fellépett átmeneti perifériás paresis. *Teendő:* néhány órán át szigorú fektetés és obszerváció, amíg a lokálanesztetikum hatása el nem múlik.

A MAGYAR NŐORVOS TÁRSASÁG ÉS A MAGYAR GYERMEKORVOSOK TÁRSASÁGÁNAK PERINATÁLIS SZEKCIÓJA

1997. május 29–30 között Salgótarjánban tartja országos kongresszusát.

A rendezvény témái:

- koraszülés, művi koraszülés;
- diabetes mellitus és terhesség;
- az ultrahangvizsgálat és a flowmetria jelentősége terhesség alatt;
- kardiológiai vészhelyzetek intrapartum és neonatális ellátása;
- az újszülöttek lélegeztetése, új respirációs eljárások;
- az újszülöttek szupportív kezelése az intenzív ellátás idején (antibiotikumok, transzfúziós praxis stb.) és neonatális utóképek.

Információ: Zsárik Judit, New Instant Bt., 1013 Budapest, Attila út 29. I. em. 7/a. Tel./fax: 212-2232.