

O POPRAVILU HRBTENICE OD A DO Ž

BOLEČINE V HRBTU SODIJO MED NAJPOGOSTEJŠE BOLEČINE IN NA SPLOŠNO NAJPOGOSTEJŠE ZDRAVSTVENE TEŽAVE, ŠE POSEBEJ V DRUŽBAH, V KATERIH SE PREBIVALSTVO STARA. DA JE VSE VEČ STAROSTNIH DEGENERACIJ IN OKVAR NA HRBTENICI, OPAŽA TUDI IZKUŠENI ORTOPED PROF. DR. ROK VENGUST Z ORTOPEDSKE KLINIKE V LJUBLJANI.



prof. dr. Rok Vengust

FOTO: KINOKS, LJUBIŠA DUKANOVIČ



BIGSTOCK

Pogovarjala sva se o najpogostejših težavah in operativnih posegih, s katerimi te odpravijo, zanimalo pa me je tudi, kakšno je življenje nadvse iskanega kirurga, čigar izkušnje in znanje bi želela imeti vsaka boljša klinika, na kateri izvajajo operacije hrbtenice.

Če začneva pri osnovi, anatomiji hrbtenice, to razdelimo na vratni, prsni, ledveni, križni in trtični del. Kje se najpogosteje pojavijo deformacije?

»Deformacije so najpogosteje posledica degenerativnih sprememb. Pojavljajo se predvsem v ledvenem delu hrbtenice, ki je najbolj obremenjen in hkrati najbolj mobilni. Na tem delu hrbtenice izvedemo tudi največ operacij.«

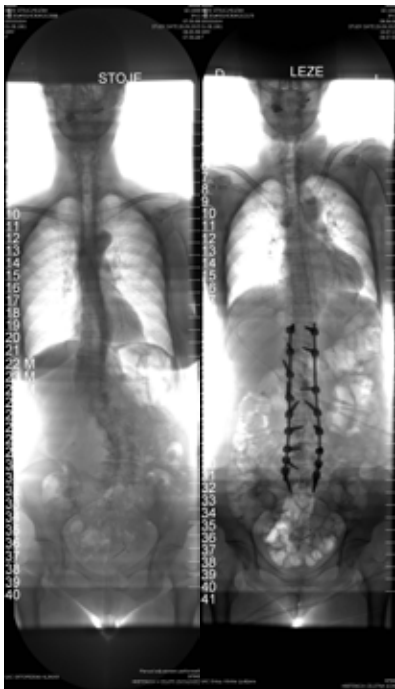
Verjetno za vse ni potreben operativni poseg; marsikaj se lahko reši ambulantno. Kakšni so tovrstni pristopi in kakšne napotke dobi pacient, za katerega se ne boste že v začetku odločili za operacijo? Mogoče raje predlagate telovadbo, injiciranje kortikosteroidov, hialuronske kisline ...?

»Največ pacientov s težavami v hrbtenici toži za bolečinami v križu. Zdravljenje je največkrat ambulantno, ob resnejših ali dolgotrajnejših težavah pa lahko posredujemo z blokadami ali tudi operativno. Izbrani splošni zdravnik se lahko v primerih, za katere oceni, da ni potreben pregled pri specialistu, odloči za ambulantno zdravljenje, ki vključuje napotitev na ustrezno fizioterapijo in/ali uporabo protibolečinskih zdravil. Ob obisku pri specialistu steče diagnostični postopek. Bolnika najprej podrobno izprašamo in pregledamo. Preden se odločimo za invazivno zdravljenje, ki je neposredni poseg v človeško telo, moramo seveda opraviti več preiskav. Najprej je to rentgensko slikanje, pogosto tudi magnetna

rezonanca, redkeje CT, scintigrafija okostja in druge preiskave. Na podlagi dobljenih podatkov nato postavimo diagnozo in bolniku predlagamo ustrezno zdravljenje.«

Je res, da so najpogostejše bolezni hrbtenice hernije in stenoze? Za kakšna bolezenska stanja gre in kdaj se začnejo pojavljati?

»Sta najpogostejši posledici degenerativne bolezni ledvene hrbtenice, ki ju lahko zdravimo s kirurškimi posegi. Pojavljata se v različnih življenjskih obdobjih. Hernija je najpogostejša med 30. in 50. letom starosti, stenoza pa se najpogosteje pojavlja po 60. letu starosti. Hernija je posledica degenerativnih sprememb medvretenčne ploščice. V vezivnem obroču se pojavijo razpoke, skozi katere uide želatinozno jedro, disk se izboči. Izbočenje lahko mehanično pritisne na ishiadični živec in povzroči zelo bolečo ishialgijo (oz. išijas) ali ob pritisku v zgornji ledveni hrbtenici bolečino v spodnjem delu stegna. Govorimo o radikularni bolečini, ki je vedno posledica



Korekcija degenerativne skolioze

kombinacije mehanične utesnitve in kemičnega draženja živca. Pri stenozni kombinacija obrabe fasetnih sklepov, hipertrofije rumenega ligamenta in degenerativnega bočenja diskov s sprednje strani povzroči utesnitev hrbteničnega kanala, po katerem tečejo živci. Poglavitni simptom je klavdikacijska bolečina nog, tj. bolečina v nogah, ki se stopnjuje s hojo in z daljšo stajo, medtem ko se pri sedenju in ležanju ne pojavlja. Težave se navadno pojavijo po 60. letu starosti. Poznamo tudi prirojeno zožen hrbtenični kanal. Pri teh bolnikih že minimalne degenerativne spremembe hrbtenice med 30. in 40. letom starosti lahko povzročijo tipično klavdikacijsko bolečino nog.«

Kaj je kifoplastika?

»To je operativna metoda, pri kateri zlomljeno vretence z baloni najprej razpremo in nato vanj vbrizgamo kostni cement. Uporablja se pri osteoporotičnih zlomih vretenc. Preprostejša metoda je verteroplastika, pri kateri v prizadeto vretence samo vbrizgamo kostni cement. Metodi omogočata podobne klinične rezultate; nekoliko manj zapletov je pri kifoplastiki, ki pa je zato bistveno

dražja, zahteva splošno anestezijo in daljšo hospitalizacijo. Vertebroplastiko izvajamo pod intravensko lokalno anestezijo. Kostni cement vbrizgamo v vretence prek tulca. Postopek traja od 10 do 15 minut. Pacient ostane v bolnišnici še od ene ure do dveh ur po operaciji, nato pa gre lahko v domačo oskrbo.«

Kaj so velike hrbtenične operacije?

»To so operacije, ki so za pacienta in kirurga zahtevnejše. To so operacije večjih deformacij hrbtenice, tumorjev in vnetij. Treba je sprostiti živčne strukture, korigirati deformacije in korekcijo zadržati do kostnega preraščanja z različnimi vijaki, s kletkami in ploščicami. Tovrstne operacije trajajo od 90 minut pa tudi vse do osmih ur.«

Izvajate velike hrbtenične operacije sami ali potrebujete tudi pomoč kolegov?

»Navadno večje operacije operirava dva hrbtenična kirurga, ki narediva poseg vsak na svoji strani, včasih pa je asistent tudi specializant.«

V naš prostor ste vpeljali kar nekaj novih operativnih pristopov – od vertebroplastike, ALIF, TLIF, pri spondilolistezah, izoliran zadnji pristop pri operacijah tumorjev; ali je katera medtem že zastarela oz. se je izkazala za ne najbolj optimalno oz. so vse še v klinični rabi?

»Od metod, ki smo jih na novo vpeljali, jih nekaj tudi ne uporabljamo več. Naj omenim umetno medvretenčno ploščico ledvene hrbtenice, ki smo jo začeli vstavljati pred 15 leti, jo uspešno izvajali skoraj 10 let, nato pa je proizvajalec proizvod preprosto ukinil. Čas je namreč pokazal, da so indikacije za ta poseg zelo ozke in da je bolnikov, ki so bili primerni za tak poseg, zelo malo.«

Kateri materiali so primerni za vsaditev v človeško telo in kakšni so ti pri posegih na hrbtenici?

»Najpogosteje uporabljamo inertne materiale, ki ne vplivajo na delovanje tkiv v človeškem telesu, hkrati pa

zagotavljajo ustrezne mehanske lastnosti. Včasih so v hrbtenico vstavljali jeklene konstrukte (vijake in palice), danes pa uporabljamo predvsem titanij ter zlitine kroma in kobalta. Pri umetnih medvretenčnih ploščicah smo uporabljali polietilenski vložek, medvretenčne kletke pa so pogosto sestavljene iz polimera, imenovanega PEEK.«

Pri katerih bolnikih je potrebna korekcija vsajenih hrbteničnih konstruktov?

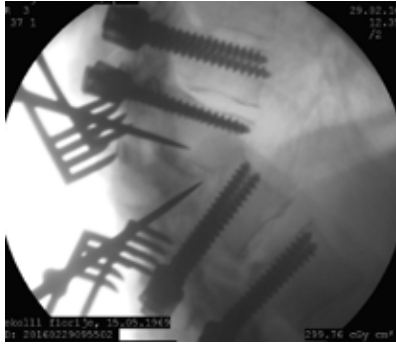
»Skolioze, ki se pojavijo v rani mladosti, moramo občasno tudi po fiksaciji korigirati, saj hrbtenica raste. Pri tem uporabljamo metodo, s katero s pomočjo magnetov brez operativnega posega podaljšujemo vsadke skozi kožo. Metodo je v Slovenijo vpeljal dr. Košak z Ortopedske klinike v Ljubljani.«

Veliko se govori o t. i. kletkah, ki jih vsadite med dvoje vretenc. Lahko to podrobneje pojasnite? Je mogoče včasih ne glede na nove pristope vendarle treba narediti korak nazaj?

»Uporabljamo dve vrsti kletk. Prve vstavljamo v medvretenčni prostor, druge pa npr. pri tumorju namesto celih vretenc. Kletke, s katerimi nadomestimo eno vretence, so lahko visoke 5 cm, tiste, s katerimi nadomestimo dve vretenci, celo 10 cm, medtem ko kletke, ki jih vstavljamo med dve vretenci, merijo od 7 do 14 milimetrov. S pomočjo kletk rekonstruiramo sprednji steber hrbtenice, z zadnje strani pa opravimo dodatno fiksacijo s t. i. pedikularnimi vijaki.«

Razvoj gre v smeri nadomestkov po meri posameznika. Kdaj predvidoma načrtujete na Ortopedski kliniki njihovo 3D-tiskanje?

»Letos se pripravljamo tudi na uvedbo nove tehnologije trirazsežnega tiskanja kletk, ki jo ponekod po svetu že uporabljajo. Ta tehnika omogoča izdelavo kletk, ki se po obliki in velikosti natančno prilagajajo posameznemu pacientu, zato naj bi bilo tudi zdravljenje uspešnejše.«



Osteotomija hrbtenice zaradi grbe po vnetju v mladosti

So kakšne novosti pri operaciji vratnih vretenc?

»Ponovno smo začeli izvajati zatrditev vretenc v predelu vratnih vretenc, kjer smo pri hernijah prej vstavljali umetne medvretenčne ploščice. Te (po svetu op. p.) še vedno vstavljajo pri 5–10 % bolnikov, vendar rezultati vstavitve umetnih medvretenčnih ploščic komaj dosegajo rezultate, ki jih dosežemo z zatrditvijo vretenc.

V preteklih leti smo pogosto zatrdili zgornja vratna vretenca zaradi nestabilnosti pri revmatoidnem artritisu. Te operacije so zdaj redkeje zaradi uspešnega in pravočasnega zdravljenja z biološkimi zdravili.«

Kje vidite vlogo celične terapije? Jo že uporabljate na kliniki ali kje drugje?

»Pri težavah z medvretenčnimi ploščicami se je uporaba celične terapije izkazala za nezadostno. Samo z njeno uporabo medvretenčnih ploščic za zdaj ne moremo povrniti v prvotno stanje; lahko pa pospešimo zaraščanje medvretenčnega prostora, ko želimo hrbtenico zatrditi.

Pri tem posegu bolniku odvzamemo celice kostnega mozga in jih filtriramo, da dobimo matične celice. Te vbrizgamo na mesto, na katerem želimo začeti proces zaraščanja. Navadno tako pospešimo zaraščanje med telesi vretenc zadnjega ledvenega gibalnega segmenta, in to takrat, ko opravljamo dolgo fiksacijo.«

Bolečina pri abdukciji ali fleksiji v kolku je lahko povezana z nepravilnostmi v medeničnem obroču, v manjšem odstotku pa lahko izhaja tudi iz hrbtenice. Kdaj lahko bolečina ob patologiji hrbtenice seva v kolka?

»Bolnikov s tovrstnimi težavami je precej. Degenerativne poškodbe ledvene hrbtenice, npr. zdrs vretenc, po navadi sevajo v predel kolka. S kliničnim pregledom lahko zelo dobro ugotovimo, ali gre za poškodbe hrbtenice ali kolka. Pregled lahko opravijo hrbtenci ali pa kolčni kirurgi.«

Kakšna je pojavnost globoke venske tromboze in kakšna je sodobna zaščita?

»Globoka venska tromboza se po hrbtencijskih operacijah pojavi pri približno 0,5–1 % bolnikov. Mnenja zdravnikov o uporabi antikoagulantne zaščite so različna. Nekateri predpišejo antikoagulate v preventivnem odmerku, drugi samo aspirin, tretji ničesar.

Naša praksa je, da bolnikom, ki pridejo na operacijo peš, so operirani in naslednji dan nadaljujejo hojo, ne predpišemo zdravil. Bolnikom, ki pred operacijo ali po njej (zaradi njene zahtevnosti) ne morejo dobro hoditi ali pa imajo povišane dejavnike tveganja, npr. zaradi preteklih tromboz, predpišemo antikoagulate (zdravila za preprečevanje strjevanja krvi). Pri velikih operacijah, po katerih bolniki še nekaj časa ne morejo hoditi, vedno predpišemo antikoagulate.«

Kako pripravite bolnike na operacijo?

»Pripravljene imamo brošure, v katerih so pojasnila in jasna navodila. Ko se bolnik vpiše v čakalni seznam in pride na vrsto, se najprej oglasi pri anesteziologu, s katerim se pogovori o poteku anestezije in vseh mogočih zapletih. Anesteziolog oceni tveganje in odredi dodatne preiskave, če je to potrebno. Nato je bolnik sprejet na predoperativno pripravo, pri čemer ga pregleda specialist in se z njim pogovori o ortopedskih vidikih

operacije ter izvede rentgensko obravnavo, na osnovi katere kirurgi natančno vemo, kateri del telesa in kako je treba operativno zdraviti. Pred operativnim posegom se nato z bolnikom na viziti ponovno pogovorimo.«

Kakšna je rehabilitacija po operaciji hrbtenice? Je odvisna tudi od poteka operacije?

»Če ni večjih zapletov, bolniki po vseh operacijah vstanejo in začnejo hoditi. Po operaciji hernije gredo v domačo oskrbo že prvi dan po posegu, po operaciji stenoze pa drugi dan. Po zatrditvah hrbtenice gredo bolniki v domačo oskrbo navadno drugi ali tretji dan po operaciji, pri velikih operacijah pa je hospitalizacija primerno daljša. Bolniki, pri katerih nismo izvajali zatrditev, so med drugim do tretjim tednom po operaciji za 14 dni napoteni v zdravilišče. Po rehabilitaciji lahko spet normalno hodijo.«

Kako bolniki preživijo obdobje pred zdraviliškim zdravljenjem, ko so še v domači oskrbi?

»Šivi v rani po operacijskem posegu ostanejo 12 dni. Četrty dan po operaciji lahko pacient prehodi cca 500 m, teden dni po operaciji pa že kilometer in več. Svojo telesno aktivnost po operaciji postopoma povečuje. Ob preprostejši operaciji lahko bolnik po koncu rehabilitacije v zdravilišču prehodi že daljšo, tudi večkilometrsko razdaljo.«

Opravljate na Ortopedski kliniki v Ljubljani tudi samoplačniške preglede in operacije? Se veliko ljudi odloči zanje in ali so vedno na voljo?

»Tovrstne preglede in operacije lahko opravljajo v vseh javnih zdravstvenih ustanovah. Samoplačniška možnost je stvar posameznikove odločitve; nekateri se želijo prej povrniti v staro stanje in biti prej aktivni, zato si storitve plačajo sami. Če se bolnik zanje odloči, mu jih omogočimo.«

Pogovarjala se je Sanja Vilfan Švajger.
FOto: arhiv Ortopedska klinika UKC Ljubljana