

Bolesti zad – příčiny a léčba

doc. MUDr. Ivana Štětkařová, CSc.

Neurologické oddělení, Nemocnice Na Homolce, Praha

Bolesti zad jsou jednou z nejčastějších příčin krátkodobé i dlouhodobé pracovní neschopnosti. Řada poruch je funkčních a upraví se v poměrně krátké době, zejména odezní-li provokující faktor (nadměrná zátěž, jednostranné přetížení, infekce apod.). Tyto stavy nazýváme **prosté bolesti zad**, kam zahrnujeme akutní krční, hrudní a bederní blokády. Je třeba rozpoznat stavy, které pacienta potenciálně ohrožují, kdy dochází k dráždění nervových struktur. Alarmující jsou neustupující kruté bolesti zad, recidivující těžké blokády zad, bolesti vyzařující do končetin a prstů, zhoršující se svalové oslabení včetně poruchy citlivosti, poruchy sfinkterů a chůze. K základní morfologické diagnostice nadále patří rentgenové vyšetření páteře, v indikovaných případech doplněné CT a MRI vyšetřením. Léčba prostých bolestí zad je převážně farmakologická (paracetamol, nesteroidní antirevmatika, lokální obstrukce) s navazující rehabilitační péčí a edukací pacienta. Při těžké a postupující kompresi kořenů nebo míchy je pacient rychle odeslán k operaci na specializované pracoviště. Deprese a úzkost často doprovázejí chronické a recidivující bolesti zad. Význam mají psychosociální faktory.

Klíčová slova: akutní a chronické bolesti zad, patofyziologie, diagnostika, léčba.

The management of back pain

Back pain is one of the most common cause of short and long-term invalidity. Majority of disability is functional and it is promptly improved when provoking factors like overloading or infection disappeared. Back pain could be divided into acute cervical and thoracic blockage and low back pain. Risk factors of nervous system impairment have to be identified, as severe back pain, recurrent spinal blockage, pain radiation into upper and lower limbs, progressive muscle weakness and numbness, sphincter and gait disability. Radiological investigations of spine includes routine x-ray, CT a MRI. Pharmacological treatment of back pain comprises paracetamol, non-steroid antirheumatics and local anesthetic injections. Physiotherapy is important in subsequent health care. Patient with severe and progressive root compression and/or spinal cord damage undergo urgent surgical operation. Depression and anxiety are common in chronic and recurrent back pain. Bio-psycho-social factors play an important role in such status.

Key words: acute and chronic back pain, pathophysiology, diagnostics, treatment.

Interní Med. 2009; 11(7 a 8): 345–348

Problémy s páteří se vyskytují u velkého procenta lidí a během života se každý s těmito obtížemi minimálně jednou setká. Jsou důsledkem našeho životního stylu, ke kterému patří jednostranné dlouhodobé přetěžování, práce ve vynucených statických polohách, malá pohybová kompenzace v období relaxace. Stárnutí a s tím spojená degenerace všech struktur našeho organismu je dalším z momentů, které určují stupeň postižení páteře a přilehlých tkání. Vertebrogní obtíže patří mezi jedny z nejčastějších příčin omezení pracovní schopnosti a fyzické aktivity jedince. Roční prevalence bolestí zad se pohybuje mezi 15–45 % (1). Nejčastější jsou bolesti v oblasti bederní páteře.

Degenerativní změny páteře lze rentgenologicky prokázat u populace v pátém deceniu až v 50 %, v polovině sedmého decenia téměř u 90 % osob (2). Tyto nálezy nemají vždy jednoznačnou souvislost s obtížemi pacienta. První problémy se mohou projevit již v dětství a bývají spojeny například s vadnou statikou páteře. Důležitým faktorem rozvoje degenerativního procesu páteře je genetická dispozice. Negativní vliv na metabolismus ploténky má

kouření. Obezita přispívá k přetěžování závesného aparátu páteře. Probíhající infekční onemocnění nebo dekompenzace jiných metabolických nemocí stav rovněž zhoršuje. Proběhlé trauma páteřních struktur v minulosti je dalším predisponujícím faktorem.

Patofyziologické mechanismy degenerativních změn páteře

Degenerativní proces začíná na meziobratlové ploténce, ve které výživa probíhá difúzí z krycí destičky a je velmi nedokonale. V procesu stárnutí dochází k úbytku vody v ploténce, změnám proteoglykanů a struktury kolagenních fibril, snižuje se aktivita fibroblastů a chondroblastů. Ploténka ztrácí svou funkci mechanického nárazníku („tlumiče“) a je náchylná k prasklinám a natržením, což nakonec vede k výhřezu části nebo celé ploténky. Kolem krycích destiček vznikají kostní návalky – osteofyty, které stabilizují postižený segment. Probíhající degenerace intervertebrálních kloubů je podobná stárnutí v meziobratlové ploténce, kloubní pouzdro tuhne a je méně odolné a zvyšuje se kloubní pohyblivost. Proliferuje mezenchym a dochá-

zí k subchondrální sklerotizaci s tvorbou cyst. Artróza intervertebrálních kloubů je častým zdrojem bolesti.

Dalším nepříznivým faktorem, který ovlivňuje klinické potíže, je vrozená šířka páteřního kanálu a páteřní deformity (idiopatická skolióza a spondylolistéza). Na klinických příznacích stenózy páteřního kanálu se kromě mechanického faktoru (statického i dynamického) podílí zhoršení cévního zásobení. V případě zúžení páteřního kanálu v bederní oblasti se objevují tzv. neurogení kaudikace, které jsou charakterizované rozvojem obtíží ve stoji a chůzi s úlevou ve flexi páteře. Sleduje se čas a dráha, za kterou se objeví bolesti v zádech a v dolních končetinách. Zúžení páteřního kanálu v krční oblasti ohrožuje pacienta postižením míchy (centrální myelopatie), na jejímž vzniku se rovněž podílí mechanická komprese a zhoršené cévní zásobení. Bolest v oblasti krční páteře nebývá prvním příznakem, spíše se objevuje nejistota při chůzi, pocit ztuhlých dolních končetin, neobratnost a zhoršení drobné motoriky prstů horních končetin. Mohou být i sfinkterové potíže, což je někdy diagnostickým problémem

ve stáří, neboť příčinou těchto obtíží může být i jiné postižení (prostata, nedostatečnost pánevního dna, diabetes mellitus). K dráždění kořene dochází nejčastěji ve foramen, které je zúženo výhřezem disku nebo kostními změnami. Část vyhřezlé ploténky se může chovat jako cizí těleso a organismus pak reaguje lokálním aseptickým zánětem.

Dělení bolestí zad

Z hlediska času rozlišujeme bolesti zad akutní, subakutní a chronické. Akutní bolesti zad trvají několik dnů až týdnů. Za chronické bolesti zad považujeme ty obtíže, které jsou delší než 6 měsíců.

Podle současných diagnostických doporučení (3) rozlišujeme 1) prosté, nespecifické bolesti zad (většinou bez jasného organického podkladu), 2) bolesti zad vyvolané závažným organickým onemocněním páteře (infekce, tumor, trauma) a 3) bolesti kořenové a míšní (nejčastěji příčinou bývá komprese nervových struktur). Koncepte varovných příznaků („red flags“) (4, 5, 6) určuje faktory, jejichž přítomnost zvyšuje riziko závažného onemocnění páteře a vedlejších tkání, vnitřních orgánů či postižení nervového systému. Po zařazení pacienta do některé z těchto skupin je zvolen další diagnostický postup. Prosté bolesti zad patří do péče praktického lékaře, složitější případy s potenciálním postižením nervového systému je nutné poslat specialistovi.

U akutních bolestí zad se za rizikové faktory (5, 7) považuje věk pod 20 let a nad 50 let (nutné pomýšlet na tumor) a věk nad 70 let (podezření na patologickou zlomeninu obratle). Důraz je kladen na příčinu vzniku poranění, zda se u pacienta nevyskytl nádorové onemocnění, chronická infekce ledvin, plic, kůže nebo jiné závažné interní onemocnění, zda není dlouhodobě léčen imunosupresivou, zda u něho nedochází k intravenózní aplikaci drog, zda neměl v poslední době invazivní výkon na páteři (lumbální punkce, periradikulární obštit, epidurální katetr) včetně operací, nutné je sledovat úbytek váhy a teplotu apod.

Prosté bolesti zad

Bolest je hlavním příznakem nemocných s páteřními problémy, pro které vyhledávají lékaře různých odborností. Typickou obtíží u prostých bolestí zad je náhle vzniklá lokální bolest v příslušné části páteře, bez vyzařování do končetin nebo trupu, spojená s bloádou v páteřním segmentu, někdy s vynucenou polohou páteře (antalgické držení), občas doprovázená vegeta-

tivními příznaky, například nauzeou, zvýšeným pocením a závratěmi v závislosti na poloze hlavy. Důležitá je anamnéza a podrobné klinické vyšetření. Ptáme se na charakter a intenzitu bolesti, zda je trvalá nebo záchvatovitá, šlehavá nebo tupá, vyskytující se převážně v noci nebo jen během dne, je-li vázaná na specifickou činnost nemocného. Důležité je vědět, kdy a jak obtíže vznikly (po zvednutí břemene, po nadměrné fyzické námaze, po pádu, v souvislosti s infekcí). Zajímáme se o lokalizaci bolesti, je-li přítomné vyzařování do končetin a prstů nebo jen lokální bolest, je-li závislost na poloze těla a páteře, má-li pacient úlevovou polohu apod. Nejtypičtějšími obtížemi jsou akutní krční bloádka, bolest mezi lopatkami a akutní lumbago.

Akutní bloády zad

Akutní krční bloádka vzniká po náhlém prudkém nekontrolovaném pohybu hlavou, po přetížení krční páteře při nuceném držení hlavy (např. po opakovaném jednostranném nošení břemene), po celkovém prochladnutí nebo při nevhodné poloze hlavy a krku ve spánku. Příčinou je funkční postižení struktur krční páteře. Je patrná výrazná bloádka s omezením pohyblivosti všemi směry, často s nepřírodným držením hlavy k jedné straně. Objevují se spazmy šíjových svalů a lokální bolestivost, kterou lze vyhmátnat zejména v oblasti vazivových úponů. Může se objevit vertigo, nauzea, zvracení, zvýšené pocení. Příčinou bývá podráždění a komprese vertebrálních arterií, které probíhají v intervertebrálních foraminech krční páteře, s následnou cévní nedostatečností v oblasti bazilární tepny. Na vzniku závratí se může podílet také ischemizace labyrintu, který je zásoben ze stejného zdroje. Významným přídatným faktorem je arterioskleróza.

Hrudní bloádka vzniká častěji v pohyblivějších částech hrudní páteře, tj. v její horní části, kde je přechod mezi krční a hrudní páteří, a dále v dolní části, tj. v oblasti přechodu mezi hrudní a bederní páteří. Příčinou vzniku bloády je často nevhodné držení páteře při práci, mechanické přetížení, prudký pohyb do rotace, nevhodná poloha při spaní. Predisponujícím faktorem jsou úrazy páteře v minulosti, vadné držení páteře v hyperkyfóze či vyhlazení (aplanace) kyfózy.

Lumbago neboli akutní bloádka v bederní páteři se objevuje často po náhlém předklonu s rotací nebo po prudkém zvednutí těžkého břemene z předklonu do záklonu. Typická je těžká bloádka bederní páteře s poruchou držení do vynucené polohy, omezení až nemožnost určitých pohybů zejména do rotace spojená

s bolestivostí, někdy je přítomná chůze s lehkým vybočením na jednu stranu, jsou přítomné reflexní svalové změny. Někdy dojde k bloádě opožděně, ale předchází jí dlouhodobé držení ve vynucené poloze (např. jízda v autě), nadměrná fyzická práce, prochladnutí či podklouznutí.

Podkladem většiny těchto akutních bolestí páteře vzniklých náhlým prudkým pohybem je natažení nebo natržení svalových vláken, vazivových úponů a svalových fascií. Vznikají bloády v intervertebrálních kloubech, někdy může dojít i k jejich výraznějšímu přímému poškození. Prudkou rotací se může dále porušit již částečně zdegenerovaná meziobratlová ploténka a dochází k jejímu vyklenutí nebo vyhřeznutí. Svalové spazmy postihují hlavně ochablé a nedostatečně zatěžované svaly podél páteře (paravertebrální a šíjové). Podkladem bolesti je lokální edém s doprovodnými metabolickými změnami.

Chronické bolesti zad

Dlouhodobé bolesti zad se u řady nemocných objevují plíživě, bez jasné příčiny a jasného morfologického podkladu. Velmi obtížné a pomalu odeznívají. Někdy bývá přítomná hypermobilita páteře a dalších nosných kloubů. Chronická bolest je v současnosti považována za biopsychosociální problém, ve kterém se tyto faktory v různém poměru vzájemně ovlivňují (8). Vhodné je vyšetření psychologem a psychiatrem. Určuje se osobnost nemocného, jeho sociální zázemí, jak chronické obtíže zasahují do jeho rodinných a pracovních aktivit apod. Nemocní s refrakterními bolestmi zad častěji trpí úzkostí, depresí nebo lékovou závislostí (9).

U déletrvajících bolestí zad je nutné vždy vyloučit další závažná organická postižení páteře. Chronická bolest se často vyskytuje u degenerativní bederní stenózy a spondylolýstézy. Z infekčních afekcí je velmi závažnou diagnózou bakteriální spondylitida a spondylodiscitida. Bývá přítomná krutá bolest v zádech hlavně v noci, zvýšená teplota a laboratorní známky zánětu v séru. Může vzniknout absces s následnou kompresí nervových struktur s nutností operačního řešení. Dlouhodobé bolesti v zádech bývají u řady revmatologických onemocnění. U Bechtěrevovy nemoci a revmatoidní artritidy je typická sakroileitida s propagací bolesti do hýždí a zadní strany stehien. Primární a metastatická nádorová onemocnění páteře se manifestují neustupujícími lokálními bolestmi v zádech. Podobnou symptomatologii má osteoporóza, zejména je-li doprovázena frakturami obratlů.

Zvláštní skupinu osob s chronickou bolestí tvoří pacienti, kteří jsou po opakovaných operacích páteře (nejčastěji v bederní oblasti) a udávají jen malou úlevu. Tyto stavy se označují jako „failed back surgery syndrome“ (FBSS), stavy se selháním chirurgické léčby. Po vyloučení nové morfologické příčiny obtíží (recidiva výhřezu disku s útlakem kořene, segmentální nestabilita obratle po dekompresi bez fúze apod.) jsou tito pacienti odesíláni do specializovaných ambulančí pro léčbu chronické bolesti, kde mohou podstoupit nejmodernější metody léčby bolesti včetně léčby pumpovými systémy s intratekální aplikací morfinu nebo zavedení míšních neurostimulátorů s epidurální stimulací (10, 11).

Základní diagnostické postupy u prostých bolestí zad

U akutní prosté nespecifické bolesti zad se v prvních týdnech obtíží provádění zobrazovacích metod nedoporučuje (3, 5). Prosté bolesti zad mají většinou nekomplikovaný průběh a upravují se spontánně nebo je lze zmírnit léčbou do 2–4 týdnů od vzniku. Pacienta v první fázi kontrolujeme častěji a pak dále podle ústupu obtíží. Při výskytu varovných příznaků v jakékoli fázi je nutné rentgenové vyšetření páteře, kyčlí a pánve (k vyloučení fraktury, zánětu či nádoru a k určení rozsahu degenerativních změn páteře, posunu obratlů s případnou nestabilitou), základní laboratorní vyšetření séra a moči a vyšetření specialistou.

Bolesti zad s potenciálním ohrožením nervového systému

Nejčastějším odborným konzultantem v těchto případech bývá neurolog. V případě podezření na poruchu nervového systému je třeba si všimnout těchto varovných příznaků:

U **postižení kořene** se objevují intenzivní bolesti, které vyzařují v příslušném dermatomu například do prstů horní nebo dolní končetiny, obručovitě na hrudník, a nereagují na běžnou analgetickou léčbu, jsou přítomné pozitivní napínací manévry na končetinách (zvednutí natažené dolní končetiny vleže vyvolá bolest v zádech), je snížena citlivost nebo se objeví svalové oslabení na končetině (např. zhoršení stoje na patě nebo špičce při postižení kořene L5 a S1).

U **syndromu kaudy** jsou typické intenzivní kořenové bolesti v dolních končetinách, poruchy vyměšování a sexuálních funkcí, postižení sedlovitého (perianogenitálního) citlivosti na končetinách v dermatomech, různě vyjádřené motorické oslabení dolních končetin (chabá paraparéza).

U **míšní komprese** se objevuje porucha citlivosti na končetinách a trupu, svalové oslabení (smíšená kvadraparéza, spastická paraparéza) se zhoršením chůze (ztuhlost, neobratnost, slabost), mohou být přítomné lokální bolesti kolem páteře.

V diferenciální diagnostice uvažujeme o **přenesených bolestech** (pseudoradikulárních), pro které je typická bolestivá projekce do podobných lokalizací jako kořenové dráždění (12). Do oblasti bederní páteře se propagují bolesti kyčlí, blokády sakroiliakálního skloubení, postižení pánevního dna. Důležitá je přenesená bolest nekořenového charakteru z dráždění nebo blokády facetových (zygapofyzeálních) kloubů na páteři. Poruchy ledvin a urogenitálního traktu, tlustého střeva a konečníku, dělohy a vaječníků, abdominální aorty či ilických tepen se rovněž propagují bolestivě do oblasti bederní páteře.

K přesné diagnostice příčin bolesti v zádech se používá řada moderních radiologických metod (CT vyšetření, myelografie, MRI, scintigrafie skeletu) doplněných o neurofyziologická vyšetření (elektromyografie a evokované potenciály).

Urgentní neurologická konzultace je nezbytná v případě rozvoje míšního postižení nebo syndromu kaudy. Při nálezů komprese (výhřezem disku, zhroucením metastatického obratle, tlakem nádoru apod.) je řešením akutní operace na specializovaném pracovišti.

Terapie prostých bolestí zad

Patří lékařům první linie. Ti by měli pacienta v první řadě uklidnit a poučit, že nekomplikované akutní bolesti mají dobrou prognózu, co se týče závažnosti poruchy i relativně rychlého odeznění obtíží. Obtíže se však mohou opakovat, zejména po určitých provokačních momentech, jako je nadměrná zátěž, jednostranné přetěžování, dlouhé stání nebo sezení apod. Tyto faktory je třeba vyloučit. V akutní fázi pomáhá krátkodobý klid na lůžku, i když obecně doporučován není. Na přechodnou dobu lze používat krční límec. Je nutné upravit celkový pohybový režim. Pacient by se měl po zmírnění bolesti včas zapojit do běžných denních aktivit, zvyšovat intenzitu zátěže, vynechat činnosti, které bolesti zvyšují, aby nedošlo k chronicitě obtíží. Nutná je prevence s vhodným pohybovým režimem, úprava pracovního místa, kompenzační cvičení pod vedením zkušeného fyzioterapeuta, redukce váhy, péče o zdravé spaní.

Pokud jsou bolesti výrazné a omezující, je nutné přistoupit k farmakoterapii (3). Lékem první volby bývá paracetamol, ale je nutná dosta-

tečná jednorázová dávka (750–1 000 mg). Dobře se snáší a nemá negativní vliv na žaludeční sliznici. Kromě antipyretického účinku má analgetický účinek, může se s výhodou kombinovat se slabými opioidy (např. kodeinem nebo tramadolem). Při jeho neúčinnosti se volí nesteroidní antiflogistika (NSA), kterých je v současnosti na trhu celá řada (diclofenac, indomethacin, ibuprofen, ketoprofen, piroxicam, meloxicam, nimesulid a další). NSA jsou i protizánětlivé a jejich efekt se liší afinitou k cyklooxygenáze 2 (COX 2), která je zodpovědná za lokální zánětlivou reakci. Nejúčinnější NSA jsou selektivní a preferenční inhibitory COX 2. Značnou nevýhodou NSA jsou výraznější nežádoucí účinky na gastrointestinální a kardiovaskulární trakt (žaludeční eroze až ulcerace, bronchospasmus a antiagregační efekt, tromboembolické komplikace u koxibů) a hodí se spíše ke krátkodobé léčbě. Myorelaxancia (tetrazepam, tizanidin, tolperizon, baklofen, mefenolaxon apod.) je možné podat v úvodu léčby. Tolperizon má výrazně nízký tlumivý efekt a lze jej podávat i delší dobu. U akutních bolestivých stavů s krátkodobým podáváním mají příznivý účinek. U chronické bolesti zad nebyl jejich efekt prokázán, a proto se jejich podávání v těchto indikacích nedoporučuje. S výhodou lze využít i sedativní efekt myorelaxancií, pokud má pacient problémy se spaním a je výrazně úzkostný.

Často používanou metodou v případě akutní lokalizované bolesti je lokální injekční podání anestetika. Aplikují se intradermální pupeny nebo hloubkové obstríky bolestivých svalových úponů na páteři a podél lopatky, v oblasti sakroiliakálního skloubení, kolem bolestivých obratlových trnů nebo kostotransverzální skloubení. Specializovanější metodou je „kořenový obstrík“, kdy se lokální anestetikum s kortikoidem aplikuje podél postiženého kořene, často s přesnou navigací pod CT kontrolou nebo obstrík do kloubní facety či epidurální obstrík přes hiatus sacralis. U akutních kompresivních kořenových syndromů pomáhá krátkodobá nárazová vysoká dávka steroidů (prednison v dávce 1 mg/kg váhy).

Léčebná rehabilitace je velmi důležitá u prostých bolestí zad. Jde o komplexní program léčebného cvičení a fyzikální terapie, který napomáhá obnově psychických a pohybových funkcí. Manipulační léčba může mít efekt u akutní bolesti zad, ale v posledních studiích se ukazuje, že není efektivnější než jiné léčebné metody. V oblasti krční páteře může dokonce dojít ke zhoršení bolesti včetně závrativých stavů, zejména jsou-li přítomné těžší spondylogenní změny. Trakce patří do rukou zkušeného odborníka a v současné době se již příliš nepoužívá. Je

možné použít reflexní masáž, ultrazvuk, aplikace tepla a chladu nebo diadynamické proudy. Cvičení se doporučuje po odeznění akutního stadia, když již nejsou výrazné bolesti nebo omezení pohyblivosti. Význam je léčebný a zejména preventivní. Pacientovi je třeba vysvětlit, že má nadále cvičit podle instrukcí a již sám. Doporučuje se posilování ochablých svalových skupin a protahování zkrácených a bolestivých svalů a úponů.

Léčba chronických bolestí zad

K léčbě chronických bolestí zad včetně neuropatické bolesti se používá poměrně početná skupina adjuvantních léčiv, z nichž nejdůležitější jsou antidepresiva a antiepileptika. Zasahují do řady receptorových systémů, blokují napětově řízené sodíkové a kalciové kanály, působí na NMDA receptory, ovlivňují metabolismus GABA.

Velmi dobrý efekt u chronických neuropatických bolestí spojených s depresí má podání malé dávky tricyklických antidepresiv. Léčbu je třeba pečlivě zvážit vzhledem k řadě nežádoucích účinků (sedativní efekt, anticholinergní účinky, kardiotoxicita). Podává se 25–50 mg amitriptylinu na noc, v kombinaci s běžným analgetikem podaným během dne. Bezpečné je používání antidepresiv typu SSRI (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu), mezi které patří fluoxetin, sertralin, paroxetin, citalopram, escitalopram. Sníží doprovodnou depresi a úzkost. Nežádoucí účinky jsou malé a nehrozí předávkování. Výraznější analgetický efekt mají antidepresiva s duálním působením, které ovlivňují zpětné vychytávání serotoninu, dopaminu či noradrenalinu (SNRI, DNRI). Antikonvulziva (karbamazepin, gabapentin, pregabalin, valproát) se volí zejména u neuropatické bolesti.

Chirurgická léčba

Chirurgická léčba je indikována v případech progredující poruchy nervového systému (útlak kořene nebo míchy) v rámci degenerativního onemocnění páteře (foraminální stenóza, výhřez meziobratlové ploténky), po traumatu (fraktura obratle), v rámci infekčních komplikací (spondylodiscitida) nebo metastázy se zborcením obratle a jeho prominencí do páteřního kanálu. Provádějí se výkony dekomprese a stabilizační. Používané techniky se od sebe liší podle přístupu a typu postižení (foraminotomie, laminektomie, laminoplastika, somatektomie apod.). Miniinvazivní výkony (chemická nukleolýza) mají přísná indikační kritéria a jsou vyhrazeny pro degeneraci nucleus pulposus meziobratlové ploténky. Další moderní léčebnou metodou jsou vertebroplastiky, které se používají např. u kompresivních fraktur obratle při osteoporóze. Při prominenci kostních úlomků do páteřního kanálu jsou však přísně kontraindikované. Mohlo by dojít k fixaci úlomku a následnému útlaku míchy nebo kořenů. Akutní dekompresní operace je třeba provést co nejrychleji u syndromu kaudy (do 24 hodin) a při míšní kompresi (trauma, nádor, epidurální hematoma).

Závěr

Bolesti zad jsou jedním z nejčastějších problémů, které řeší lékaři první linie. Bývají důsledkem degenerativních změn na páteři, které má většina populace již v produktivním věku. Řada akutních problémů (krční a hrudní blokáda, lumbago) jsou benigní povahy a spontánně do několika dnů až týdnů odezní. Důležité je odlišit nemocné se závažnou poruchou a odeslat k příslušnému specialistovi. Léčba bolesti zad je v první řadě farmakologická (paracetamol, NSA, lokální anestetika) a rehabilitační. V případě

hrozící poruchy nervového systému se volí další intervenční metody včetně operace. Problémem zůstávají chronické bolesti zad, jejichž léčba je dlouhodobá a vyžaduje spolupráci specialistů mnoha lékařských oborů.

Literatura

1. Alexander JT. Natural history and nonoperative management of cervical spondylosis. In: Menezes AH, Sonntag VKH (Eds): Principle of Spinal Surgery. New York, McGraw-Hill 1996: 547–558.
2. Ellenberg MG, Honet JC, Treanor WJ. Cervical radiculopathy. Arch Phys Med Rehabil 1994; 75: 342–352.
3. Bednařík J, Kadaňka Z. Bolesti v zádech. In: Rokyta R, Kršíak M, Kozák J. Bolest. Tigris 2006: 484–507.
4. Barsa P, Hackel M. Systém „červených praporek“ v diagnostice a terapii bolestí zad. Bolest 2004; Suppl. 2: 15–19.
5. Koes BW, Van Tunder MW, Ostelo R, Buton A, Waddell G. Clinical guidelines for the management of low back pain in primary care. An international comparison. Spine 2001; 26: 2504–2514.
6. Vrba I. Komentář k článku „Systém „červených praporek“ v diagnostice a terapii bolestí zad“. Bolest 2004; Suppl. 2: 27–31.
7. Bednařík J. Akutní bolesti v lumbosakrální oblasti pro praktické lékaře z pohledu neurologa. Doporučený postup České lékařské společnosti JEP. <http://www.cls.cz/>
8. Campbell LC, Clauw DJ, Keefe FJ. Persistent pain and depression: a biopsychosocial perspective. Biol Psychiatry 2003; 54 (3): 399–409.
9. Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. Depression and pain comorbidity: a literature review. Arch Int Med 2003; 163 (20): 2433–2445.
10. Alo KM, Holsheimer J. New trends in neuromodulation for management of neuropathic pain. Neurosurgery 2002; 50 (4): 690–704.
11. Vrba I, Chrobok J, Štětkařová I. Failed back surgery syndrome. In: Rokyta R, Kršíak M, Kozák J. Bolest. Tigris 2006: 284–290.
12. Mečíř P. Radikulární a pseudoradikulární bolesti dolních končetin – praktické zkušenosti z diagnostiky a léčby. Med. Pro Praxi 2006; 5: 236–240.

doc. MUDr. Ivana Štětkařová, CSc.

Neurologické oddělení, Nemocnice Na Homolce
Roentgenova 2, 150 30 Praha 5
ivana.stetkarova@homolka.cz