Dorsalgie v ordinaci praktického lékaře

doc. MUDr. Dalibor Pastucha, Ph.D., MBA^{1,5}, MUDr. Stanislav Horák², Ph.D., Mgr. Eva Rabelová¹,
MUDr. Petr Hubáček, MBA^{3,6}, LL.M., MUDr. Jiří Hyjánek, Ph.D.⁶, Mgr. Radka Filipčíková, Ph.D., MBA, LL.M.⁴,
MUDr. Šárka Daňková^{5,7}

¹ReFit Clinic, s. r. o, Olomouc

²Oddělení Rehabilitace FN Olomouc

³Ústav Epidemiologie a ochrany veřejného zdraví, Lékařská fakulta, Ostravská Univerzita

⁴Centrum prenatalní diagnostiky a genetiky U.S.G. POL, s. r. o, Olomouc

⁵Ústav Rehabilitace, Lékařská fakulta, Ostravská Univerzita

⁶Oddělení vědy a výzkumu Fakulta zdravotnických věd, Universita Palackého v Olomouci

⁷Klinika rehabilitace, FN Ostrava

Bolesti zad patří mezi nejčastější příčiny návštěvy u praktického lékaře. Nejčastější příčinou bolestí zad jsou v současné době mechanické poruchy a degenerativní změny pohybového aparátu. Praktický lékař, jako lékař první linie, by měl aktivně působit na prevenci, včasnou diagnostiku a adekvátně pomoci či alespoň ulevit v akutním stavu. Pokud je podezření na závažné onemocnění (tumor, systémové onemocnění apod.), je na místě minimalizovat prodlevy a provést vyšetření specialistou co nejdříve.

Klíčová slova: bolesti zad, praktický lékař, prevence, léčba.

Back pain in ambulance of general practitioner

Back pain is one of the most common reasons for a visit general practitioner. The most common cause of back pain is currently mechanical disturbances and degenerative changes in the locomotive apparatus. Practitioner, as a first-line doctor, should actively work on prevention, early diagnosis, and adequately help or at least relieve the acute condition. If a serious illness (a tumor, a systemic disease, etc.) is suspected, it is advisable to minimize delays and perform a specialist examination as soon as possible.

Key words: back pain, general practitioner, prevention, therapy.

Nejčastější příčinou bolestí zad jsou v současné době mechanické poruchy a degenerativní změny pohybového aparátu. Svůj nesporný podíl zde má i stres, špatný spánek, mechanické přetěžování, inaktivita, obezita a mnoho dalších často psychosomatických příčin. Přirozenou funkcí pohybového aparátu je především pohyb. V důsledku rozvoje moderních technologií je dnešní populace dlouhodobě vystavena hypokinezi, sedavý způsob života s přemírou statické zátěže a s absencí přirozené pohybové aktivity, jakou je zejména lokomoce (1). Vznik funkčních i strukturálních poruch pohybového aparátu je dále podporován vadným držetím těla ve

spojení s neekonomickým zatížením muskulo-skeletálního systému. Nelze také opomenout narůstající množství nádorových onemocnění, TBC, patologických fraktur a procesů v oblasti páteře. Bolesti zad mohou být spojené s hereditárními poruchami pojiva, projevujícími se zejména skoliózou a kloubní hypermobilitou (např. Marfanův syndrom, Ehlersův-Danlosův syndrom).

Chronické přetížení muskulo-tendino-skeletálních struktur vede zpočátku k mechanickým poruchám s bolestivostí a reflexními změnami v měkkých tkáních. Pokud jsou včas a hlavně adekvátně léčeny, dochází ke kvalitnímu zhojení

a obnově funkce. V opačném případě nastává řetězení zprvu převážně funkčních změn, které mohou postupně strukturalizovat (změny charakteru a struktury měkkých tkání – změna elasticity, pevnosti, fibróza, změny v zastoupení svalových vláken, ale i změny kostní – tvorba kostních apozic apod.)

Pokud pacient přichází s déle trvající bolestí, její zdroj bývá často v jiném segmentu či etáži pohybového aparátu. Takto je nutno postupovat i k terapii, protože ve většině případů je léčba lokalizovaná do místa bolesti jen symptomatická a nevyřeší kauzální příčinu. Praktický lékař, jako lékař první linie, by měl aktivně pů-

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA:

doc. MUDr. Dalibor Pastucha, Ph.D., MBA, dalibor.pastucha@refitclinic.cz
Refit Clinic, s. r. o, U Reálky 1 076/4, 779 00 Olomouc

Cit. zkr: Med. praxi 2018; 15(2): ???

Článek přijat redakcí: 16. 7. 2017

Článek přijat k publikaci: 25. 11. 2017

sobit na prevenci, včasnou diagnostiku a měl by být schopen adekvátně pomoci či alespoň ulevit v akutním stavu. V dnešní nelehké a profesně značně rizikové době je jistě jednodušší odeslat pacienta na specializované rehabilitační či neurologické vyšetření. Ale termíny vyšetření a následného ošetření jsou dnes extrémně dlouhé. Navíc díky těmto „alibistickým“ postupům jsou ambulance specialistů přeplněny často i neindikovanými pacienty, u kterých byla k normalizaci stavu dostačující kombinace analgeterapie a režimových opatření. Běžnou praxí je i zneužívání zdravotnické záchranné služby (ZZS) pro zásah v terénu pro dorsalgie. Pacienti někdy díky nedostatečné edukaci od svého praktického lékaře volají na tísňovou linku a udávají prudké bolesti zad náhle vzniklé. Operátor zdravotnického operačního střediska vysílá výjezdovou skupinu, která se teprve na místě od pacienta dozví, že bolesti jsou chronického rázu a informace o „akutnosti“ byla sdělena za účelem příjezdu týmu ZZS. Výjezdy ZZS pro dorsalgie se v kraji pohybují řádově v tisících. Analogicky jsou takto zneužívány i urgentní příjmy v nemocnicích.

V ordinaci PL vše začíná. Musí být odebrána kvalitní anamnéza, včetně pracovní a sportovní. Navazuje klinické vyšetření, kdy je potřeba sledovat tzv. varovné příznaky (varovné praporky). Kdy červené praporky odrážejí biomedicínské faktory, žluté psychologické faktory (postoj k nemoci, potíže v práci, emoce), modré jsou faktory pracovního místa a černé jsou faktory zdraví a možnosti kompenzace.

Jako stěžejní se jeví červené praporky (red flags) (2):

- věk: pod 20 let + nad 55 let
- čerstvé trauma v anamnéze
- dlouhodobá léčba kortikoidy
- malignita v anamnéze
- léky: abúzus, imunosupresiva
- HIV+
- úbytek na váze bez příčiny, teploty
- neurologické projevy (včetně SY kaudy)
- strukturální deformity

Diagnostická triáda (3):

- prosté bolesti zad
- kořenové (neurogenní) bolesti
- bolesti vyvolané závažným onemocněním páteře

Prevence

Prevence vertebrogenních potíží spočívá především ve správném držení těla, dobré fyzické kondici, omezení rizikových aktivit, případně v kompenzačním cvičení. Doporučení pro prevenci hodně apelují na životní styl, kdy různé fitness programy (jedná se o aerobní cvičení ke zlepšení flexibility, koordinace, svalové síly a odolnosti, které je každodenní a nejméně 30 min), edukační programy (pro vysvětlení základních příčin bolestí) by měly vést k větší fyzické aktivitě na podkladě rad z ergonomie. Důležité je zapojení pacienta do procesu prevence i následně terapie (3). Z fyziologického i terapeutického hlediska je pravidelná pohybová aktivita nepostradatelná. Příkladem vhodné pohybové aktivity může být chůze, nordic walking, jóga apod. Jestliže u pacienta s chronickými vertebrogenními potížemi chybí základní fyzická kondice a pravidelná pohybová aktivita potom nelze očekávat dlouhodobý efekt jakékoli terapie. Neochota pacientů akceptovat základní režimová opatření je často podporována ze strany lékařů indikací pasivních terapeutických výkonů. Dnešní úroveň znalostí naopak předpokládá až 90% podíl aktivní fyzioterapie.

Často si na potíže zakládáme již v dětství. K nejčastějším odchylkám v držení těla patří zvýraznění fyziologických zakřivení páteře, elevace lopatek, porucha jejich fixace a centrace (scapulae alatae), protrakce ramen, vpadlý hrudník v oblasti 5.–8. žebra, prominence kaudálních žebířů, diastáza břišních svalů, valgozita hlezenních kloubů, ploché nohy (4). Při správném držení těla je ve stoji páteř napřímená, temeno hlavy míří vzhůru, brada je mírně zasunutá, kostrč směřuje k patám (pánev není podsazená), ramena jsou doširoka rozložená a uvolněná dolů, břicho a hýždě jsou relaxované, kolena mírně povolena. Chodidla jsou nejvýrazněji opřena ve třech bodech a to v oblasti paty, 1. a 5. MP kloubu. Hmotnost je rozložená rovnoměrně anteroposteriorně a shodně na obou chodidlech. Vsedě je držení hlavy, ramen a trupu shodné, pánev spočívá na vrcholu sedacích hrbolů, kyčle jsou flektovány přibližně v úhlu 90°, kolenní klouby a chodidla jsou vzdáleny na šířku ramen, chodidla spočívají celou plochou na zemi.

Nutné je dodržovat základní ergonomická doporučení vycházející např. ze školy zad, která nás učí jak se chovat v běžném životě, ale i v práci či v zátěžových situacích tak, abychom mini-

malizovali přetížení zad. Jako příklad si uvedme postup šetrného zvednutí těžkého břemene ze země začíná dřepem se zachováním napřímení trupu, přitažením břemene k tělu, vzpřímení do stoje (5).

Terapie

Kdy léčit a jak, je problematika velmi rozsáhlá. Etiologicky jde o rozsáhlou kategorii onemocnění, kdy příčinou může být jak funkční blokáda nebo muskulotendinózní přetížení, tak i vrozené a vývojové vady, degenerativní, revmatická a metabolická onemocnění, spondylolizéza, úrazy a řada dalších. V posledních letech výrazně přibývá pacientů s psychickou zátěží a postupně dochází k psychosomatizaci potíží. Zde je pak výhodná koordinace léčby s psychologem či psychiatrem, čemuž se ale mnoho pacientů brání ze strachu z určité stigmatizace (6). Problematika diagnostiky a praporků byla uvedena výše.

U akutní bolesti zad bude konzervativní terapie spočívat především v režimových opatřeních (klid – pokud je nutný, suché teplo, polohování na lůžku) eventuálně i dočasnou imobilizaci (ortéza, tejpink) a adekvátní analgeterapii. Pokud nemáme podezření na hernii disku, pak doporučujeme klidový režim v trvání max. 1–3 dnů, při podezření na hernii se klidový režim prodlužuje na cca týden. Delší doba je naopak spíše kontraproduktivní, protože dochází ke snížení propriocepce, oslabení autochtonních svalů a k posturální dekompenzaci se všemi negativními důsledky (6). Pozor – upoutání na lůžko zvyšuje pocit nemoci (illness behaviour) (2).

Základní doporučení pro léčbu v akutní fázi bolesti (4–6 týdnů):

- zachovat fyzickou aktivitu a přiměřené pravidelné cvičení
- ovlivnit rizikové faktory a ujistit pacienta o příznivé prognóze
- vyloučit červené praporky
- vyloučit nepáteřní příčinu bolesti (břicho, hrudník, pánev, ...)
- neprovádět další vyšetření, pokud nejsou známky specifické příčiny bolesti
- snížení algii pomocí farmak či manuální terapií (3)

V rámci farmakoterapie akutní bolesti je z počátku lepší volit léky s obsahem paraceta-

molu nebo metamizolu, pokud jsou ke snížení algii dostatečné a pacient nemá kontraindikace podání. Při selhání pak jako lék druhé volby volíme nesteroidní antiflogistikum. Léky pacient musí užívat pravidelně (2).

Je ale nutné varovat před neuváženým předepisováním nesteroidních léků, často v nevhodných kombinacích. Proces hojení měkkých tkání je také vlastně „zánětem“, proto jeho potlačení nesteroidními farmaky vede k prodlouženému hojení. Potlačená bolest může vést k určitému pocitu uzdravení. Následná zátěž dané oblasti, která přichází ještě v době hojení, je častou příčinou dalšího poškození tkání a insuficientního hojení (6).

Při nedostatečném efektu lze využít kombinace analgetik, ke zvážení je i krátkodobá preskripce myorelaxancia samostatně nebo do kombinace s NSA (2).

Další možností je podání léku ze skupiny opioidů. Přednostně ze skupiny slabých opioidů, kam patří tramadol (DMS 50–100 mg, DMD 400 mg) v různých formách podání (p. o., s. c., i. m., nebo i. v.). Analgetický efekt tramadolu lze potěncovat paracetamolem. Kodein (DMD 240 mg), který ale má jen slabý analgetický efekt, se opět používá v kombinaci s paracetamolem, a dihydrokódein (DMD 240 mg). I u slabých opioidních analgetik nelze opomenout jejich vedlejší účinky (nevolnost, zácpa, ovlivnění rozhodování aj.) (6). S výhodou jsou dnes podávány kombinované preparáty tramadolu či kodeinu a paracetamolu. Menší množství léku sníží nežádoucí účinky při dostatečné analgetické odpovědi díky kombinaci analgetik.

Je důležité si uvědomit, že se při akutní bolesti nesmíme bát použít zpočátku třeba i silné

opioidy (morfin, pethidin, fentanyl aj.) a poté postupně dávku redukovat, či přejít na lék nižší skupiny dle analgetického žebříčku WHO (step down) (6).

Vždy je na místě řídit se klinickým nálezem. Pokud sáhneme k preskripci nesteroidních léků (NSA), pak je vhodné, hlavně u dlouhodobě léčených a starších pacientů obecně, zvážit podání protektivní dávky inhibitorů protonové pumpy. Dlouhodobé podávání NSA u seniorů zvyšuje riziko infarktu myokardu, iktu, hypertenze či poškození ledvin (6).

U pacientů s chronickou bolestí využíváme tzv. „step up“ postupu. Zde je třeba začít nejnižší možnou, ale již účinnou, dávkou analgetika, a až při nedostatečném efektu dávku navyšovat nebo léky kombinovat, popřípadě přidat k analgetiku adjuvantní analgetikum (antikonvulziva, antidepresiva I. generace, SSRI, SNRI, alfa-2-adrenergní agonisté (klonidin), kortikosteroidy). Odlišným problémem je neuropatická bolest, kde je základem terapie použití adjuvantních analgetik, a to dle charakteru bolesti. U konstantní palčivé bolesti použijeme antidepresiva (AD) I. generace, ev. SNRI (účinek se blíží AD I. generace) či SSRI (nižší analgetický účinek). Naopak u paroxysmální, neuralgiformní vystřelující bolesti jsou primárně indikována antikonvulziva (6), v případě výskytu nežádoucích účinků i pomocné léky (antiemetika, laxativa, gastroprotektiva, psychostimulancia). Veškerá terapie bolesti se provádí vždy s respektováním zásad terapie bolesti dle metodického pokynu Společnosti pro studium a léčbu bolesti (7).

Další možností v rámci ambulantní péče jsou obstrukční lokálními anestetiky. Jedná se větší-

nou o intradermální obstrukce do hyperalgetických zón, popř. aplikace metody tzv. „suché jehly“ do spouštěvých bodů. Fyzikální metody (aplikace termoterapie, ultrazvuku, laseru, různých forem elektroterapie, trakce) patří zásadně do rukou erudovaného fyzioterapeuta (6).

Pacientovi lze (ale spíše u subakutních a chronických bolestí) doporučit aplikaci suchého tepla do bolestivé oblasti.

V terapii chronické bolesti by se měly využít prvky kognitivní behaviorální terapie, cvičení pod vedením fyzioterapeuta, je možné využít reflexní terapie, akupunktury, epidurální obstrukce, nervové blokády, popř. další specifické metody, jako je např. radiofrekvenční ablace. Přístup tedy musí být multidisciplinární – biopsychosociální (2).

Pokud bolesti trvají **déle než 2 až 3 týdny**, bez zjevné příčiny, a hlavně bez příznivé reakce na terapii, je na místě doplnit RTG vyšetření dané oblasti ve dvou projekcích (AP + bočná), případně i funkční snímky v předklonu a záklonu (především při spondylolistéze, k verifikaci její stability). Dále je vhodné provést laboratorní screenigové vyšetření – hlavně zánětlivé markery, základní revmatologický screening, popřípadě i onkomarkery a ELFO bílkovin. S výsledky (ne dříve) je pak pacient odeslán k vyšetření specialistou (neurolog, rehabilitační lékař, ortoped atd.). Tento postup většinou urychlí diagnostický proces. Pokud je ale významné podezření (přítomny red flags, klinika, ...) na závažné onemocnění (tumor, systémové onemocnění apod.), je na místě minimalizovat prodlevy a provést vyšetření specialistou co nejdříve (6).

LITERATURA

1. Švejcar P, Šťastný M. Moderní fyziotérinink. Praha: Plot 2013: 178.
2. Jarošová H. Bolesti zad – bolesti dolního úseku páteře (low back pain) – z pohledu internisty. [Online]. Postgr. Med., 2010, příloha 3, dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/bolesti-zad-bolesti-dolniho-useku-patere-low-back-pain-z-pohledu-internisty-454149>.
3. Vrba I. Diferenciální diagnostika a léčba bolestí zad. [Online]. Neurol. pro praxi 2010; 11(3): 183–187. Dostupné z: file:///C:/Users/61125/AppData/Local/Temp/Solen_neu-201003-0010-1.pdf.
4. Kučera M, Kolář P, Dylevský I, et al. Dítě sport a zdraví. Praha: Galén 2011: 190.
5. Lewit K. Manipulační léčba. Praha: Sdělovací technika. 2003.
6. Horák S, Tomšová J. Vyšetření a léčba bolestí zad z pohledu fyzioterapie. Med. Pro Praxi 2010; 7(3): 122–125.
7. Bolest. Metodické pokyny pro farmakoterapii bolesti. Praha Print 2016; 19(Suppl. 1).
8. Müller I, Kacerovský P. Bolesti zad vertebrogenního původu. Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně – Doporučené postupy pro praktické lékaře, Reg. č. a/109/074, 5 s.