

Stanovisko České neurologické společnosti ČLS JEP k organizaci péče o pacienty s akutní bolestí zad v bederní úrovni u dospělých

**MUDr. Svatopluk Ostrý, Ph.D.^{1,2}, prof. MUDr. Ivana Štětkařová, CSc., MHA³, MUDr. Jaroslav Korsa^{4,5},
prof. MUDr. Josef Bednařík, CSc.⁶**

¹Neurologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a. s., České Budějovice

²Neurochirurgická a neuroonkologická klinika 1. LF UK v Praze a ÚVN – VFN Praha

³Neurologická klinika 3. LF UK, Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Praha

⁴Rehabilitační oddělení, Oblastní nemocnice Příbram, a. s., Příbram

⁵Neurologické oddělení, Oblastní nemocnice Příbram, a. s., Příbram

⁶Neurologická klinika LF MU a FN Brno

Péče o velmi frekventní obtíže, jako jsou bolesti zad, má být strukturovaná a racionální. Bolest zad v bederní oblasti je symptomem s vysokou incidencí i prevalencí a současně je zřídka příznakem závažné patologie. Postupy založené na systému varovných příznaků a psychosociálních faktorech splňují požadavky přesné diagnostiky nenáročné na čas i hmotné zdroje. Cílem práce bylo vytvořit oporu pro všeobecné praktické lékaře v péči o pacienty s akutní bolestí zad a současně předložit doklady o oprávněnosti a bezpečnosti tohoto způsobu léčby. Proto byl vytvořen souhrnný materiál popisující péči o pacienty s akutní bolestí zad. Text je strukturován do dvou částí. První, stručná, má formu takzvaného „desatera“. Popisuje heslovitě logický sled kroků diagnostiky a způsobu léčby. Umožňuje rychlou orientaci a měla by sloužit v každodenní praxi pro připomenutí a ujištění, že žádný z důležitých kroků nebyl vynechán. Druhá, podrobnější, obsahuje vysvětlující text opatřený odkazy, který slouží k upřesnění a bližšímu seznámení čtenáře se stávajícími doporučeními. Chceme, aby materiál sloužil jako opora každodenní práce všeobecného praktického lékaře a spolupracujících specialistů v péči o pacienty s akutní bolestí zad.

Klíčová slova: akutní bolest zad, varovné příznaky, červené praporky, psychosociální faktory, žluté praporky, zainteresování pacienta, psychosociální léčba, nesteroidní protizánětlivé léky.

Czech Neurological Society ČLS JEP expert opinion for primary care management of acute low back pain

Care for common problems like low back pain needs to be structured and rational. Low back pain is a symptom with a high incidence and prevalence, yet is rarely a symptom of severe pathology. Procedures based on a system of warning signs and psychosocial factors meet the requirements of accurate diagnosis, saving time and material resources. The aim of the work was to provide support to general practitioners for caring for patients with acute low back pain, at the same time presenting evidence of the legitimacy and safety of this method of treatment. Accordingly, summary material describing how to care for patients with acute low back pain was created. The text is divided into two parts. The first part of the summary takes the form of the so-called "Ten Commandments". It sets out a short logical sequence of diagnostic steps and treatment. It provides quick orientation and should be used in daily practice to remind and reassure that none of the important steps has been missed. The second, more detailed part of the summary contains an explanatory text with links which serves to clarify and acquaint the reader with existing recommendations. We want the material to serve as a support for the daily work of general practitioners and specialists co-operating in the care of patients with acute low back pain.

Key words: acute low back pain, warning signs, red-flags, psychosocial factors, yellow-flags, patient selfcare involvement, psychosocial treatment, nonsteroidal antiinflammatory drugs.



KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: MUDr. Svatopluk Ostrý, Ph.D., ostrý@nemcb.cz
Neurologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a. s.
B. Němcové 54, 370 01 České Budějovice

Cit. zkr: Med. praxi 2020; 17(5): 346–351
Článek přijat redakcí: 6. 10. 2020

Akutní bolesti zad v bederní úrovni (dále jen bolesti dolních zad („low back pain“ – LBP, zkráceně bolesti zad), jsou považovány spíše za symptom než za onemocnění. Netýká se jiných etází páteře: tj. krční, ani hrudní. Specifikem LBP je **nemožnost stanovit přesnou příčinu** včetně strukturálního korelátu, 40–58 % bolestí během 4–6 týdnů **plně odeznívá** a všeobecně má **dobrou prognózu**. Závažný strukturální podklad bolestí zad je přítomen v < 1 %. Dle platných doporučených postupů je lékařem prvního kontaktu všeobecný praktický lékař (VPL).

Desatero péče o pacienta s akutní bolestí zad

1. Lékař prvního kontaktu při bolestech zad je **všeobecný praktický lékař (VPL)**. Vyšetření VPL spočívá v provedení vstupní triáže do 3 skupin: 1) **nespecifické** bolesti zad, 2) bolesti zad s **neurogení** poruchou a 3) **specifické** bolesti zad. Vstupní triáž provádí VPL pomocí **anamnézy** (zaměřené na mechanismus a okolnosti vzniku bolesti a komorbiditu), **fyzikálního vyšetření a orientačního neurologického vyšetření** (detekce parézy, poruch citlivosti a sfinkterových poruch).
2. Při vstupní triáži identifikovat nemocné s podezřením na **závažné specifické organické a progredující onemocnění páteře** (charakteru nádoru, infekce, autoimunitního zánětu, úrazu, osteoporózy). Použít varovné příznaky (red-flags) (tabulka 1). **Významné red-flags** jsou pro malignitu, frakturu a zánět.
3. **Neurogení porucha** hrozí, když je rychle progredující nebo víceetážový neurologický deficit, nápadná paréza (nelze stoje na patě, nelze flexe v kyčli), náhlá močová retence (vysoce senzitivní pro syndrom kaudy).
4. Pomýšlet na **extraspinální příčinu** bolestí při netypické lokalizaci bolestí nebo netypických příznacích (dušnost, bolesti břicha, bolesti Th/L přechodu, bolesti nezávislé na pohybu, apod.), změnách ve fyzikálním nálezu.
5. **Indikace zobrazovacího vyšetření** je pouze selektivní: při podezření na závažnou patologii (red-flags) nebo když je podmínkou pro léčebnou proceduru, např.: manipulaci.
6. Pátrat po psychosociálních faktorech (**yellow-flags**), ukazujících na riziko chronického průběhu. Zpřesnění pomocí prognostických screeningových dotazníků.
7. Ujistit nemocného o **nezávažnosti** příčiny, poučit o podkladu obtíží, způsobu řešení, vybavit instruktážními materiály pro samoléčbu.
8. **Neinvazivní léčba:** *Nefarmakologická:* klid na lůžku nejvýše 2–3 dny, časná aktivizace, fyzioterapie, instruktáž, samoléčba, manuální terapie, časný návrat k pracovní činnosti. *Farmakologická:* NSAID, alternativou jsou krátkodobě slabé opioidy (obojí možné v kombinaci s paracetamolem). Kořenová bolest – pregabalin, gabapentin nebo SNRI. Prevence a řešení nežádoucích účinků.
9. **Invazivní léčba:** možno použít až po selhání neinvazivní terapie. *Injekční:* kaudální blokáda (mimo centrální bederní stenózu), nebo cílený transforaminální obstřík (PRT). Nepoužívat necílené obstříky a radiofrekvenční ablace. *Chirurgická:* indikována při grafickém průkazu závažné patologie korelující s klinickými příznaky.
10. **Vyšetření specialistou** je indikováno při podezření na závažnou patologii, neurologickém deficitu nebo při nedostatečné odezvě na úvodní léčbu trvající 1 měsíc.

Tab. 1. Přehled hlavních a souhlasně akceptovaných varovných příznaků (red-flags) pro závažnou patologii při bolestech zad (převzato a upraveno dle (6, 30))

Varovný příznak (red-flag)		Patologie				
		Malignita	Fraktura	Infekce	Sy kaudy	Nespecifické
Malignita v anamnéze za posledních < 15 let		+				+
Nevysvětlitelná ztráta hmotnosti		+				+
Bolest	klidová nebo se v klidu nezmírňuje	+		+		+
	noční nebo vzrůstající v noci (nezmírňuje se v leže na břiše)	+		+		+
	trvající > 1 měsíc (4 týdny)	+				
Věk	< 20 let					+
	> 50 let	+				+
teplota ≥ 38 °C		+		+		+
Trauma	významné v anamnéze		+			+
	lehké (a současně věk > 50 let, osteoporóza a kortikosteroidy)		+			
Celkové užívání kortikosteroidů nebo imunosuprese						+
Abúzus i.v. drog						+
Imunodeficience/HIV/AIDS						+
Dysfunkce močového měchýře – náhle vzniklá (retence, paradoxní ischurie)					+	+

Úvod

Akutní bolest zad (low back pain, LBP) patří všeobecně mezi časté důvody návštěvy lékaře. Vysoká incidence a prevalence znamená značnou ekonomickou zátěž zdravotnických systémů. Výskyt LBP je nejčastější v porovnání s bolestmi hrudní a krční páteře v poměru 4 : 2 : 1. Proto je vypracována řada národních doporučených postupů péče o tyto pacienty pro sféru primární péče (1–9). Česká lékařská společnost JEP vydala své doporučené postupy (10–13). Ve

zmíněných doporučeních panuje všeobecná shoda, že úvodní management a péče o pacienty s nekomplikovaným průběhem bolestí zad přísluší všeobecnému praktickému lékaři (VPL) (1–6, 8–14).

Definice pojmu: Za „bolesti zad“ (LBP) jsou považovány bolesti a diskomfort mezi dolní hranicí žeber a gluteofemorální rýhou bez ohledu na propagaci do dolních končetin u dospělých pacientů (15). Za akutní jsou považovány bolesti zad trvající méně než 4, respektive 6 týdnů (7, 16–18). Dolní

časová hranice pro chronické bolesti se uvádí 12 týdnů (5, 6). (Dokument se nezabývá bolestmi hrudní a krční páteře, problematikou dětí, těhotných žen, pooperačními, ani poúrazovými stavy).

Epidemiologie

Průměrná prevalence bolestí zad je 18,3 %, měsíční 30,8 % a roční 38,1 % (19, 20). Vrchol výskytu je mezi 40–69 lety, u žen častěji (35,3 %), u mužů méně (29,4 %) (21). 39–58 % populace s LBP vyhledá lékařskou pomoc (20, 22, 23). To

Tab. 2. Přehled varovných příznaků (red-flags) pro závažnou patologii při bolestech zad; souhrnný a úplný výčet doposud zveřejněných varovných příznaků užívaných v existujících v klinických doporučeních a guidelines (převzato a upraveno dle (30))

Varovný příznak (red-flag)		Patologie				
		Malignita	Fraktura	Infekce	Sy kaudy	Nespecifické
Malignita v anamnéze za posledních < 15 let		+				+
Nevysvětlitelná ztráta hmotnosti		+				+
Bolest	klidová nebo se v klidu nezmírňuje	+		+		+
	noční nebo vzrůstající v noci (nezmírňuje se v leže na břiše)	+		+		+
	konstantní, neprogredující, nemechanická					+
	na více místech	+				
	trvající > 1 měsíc	+				
	náhlý začátek (a současně lehké trauma, kortikosteroidy, deformita)		+			
	kostní citlivost proc. spinosus			+		
	vyzařující do obou dolních končetin				+	
	ischias				+	
	v hrudníku nebo břišní bolest					+
	vzrůstá ve flexi					+
	vzrůstá navzdory léčbě					+
Nezlepšení obtíží při léčbě (> 4–6 týdnů)		+				
Věk	< 20 let					+
	> 50 let	+				+
	> 60 let		+			
	vysoký věk	+				
	vysoký věk > 70 let	+	+			
Zvýšená sedimentace (F/W)		+				+
Celková slabost		+				+
Vícečetné onkologické rizikové faktory		+				
Silné klinické podezření		+				
Snížená chuť k jídlu		+		+		
Rychlá únavnost		+		+		
Progresivní příznaky		+				
Teplota $\geq 38^{\circ}\text{C}$		+		+		+
Paraparéza		+				
Trauma	významné v anamnéze		+			+
	lehké (a současně věk > 50 let, osteoporóza a kortikosteroidy)		+			
Zlomenina(y) v anamnéze			+			
Osteoporóza			+			+
Ženské pohlaví			+			
Nízká hmotnost			+			
Zvýrazněná hrudní kyfóza			+			
Strukturální deformita			+			+
Celkové užívání kortikosteroidů nebo imunosuprese				+		+
Abúzus i.v. drog				+		+
Imunodeficience/HIV/AIDS				+		+
Předchozí operace zad/páteře				+		
Předcházející infekce				+		
Infekce močových cest				+		
Penetrující/nezhojená rána				+		
Jiné chronické onemocnění v pozadí				+		
Sedlovitá anestezie, perineální necitlivost					+	+
Dysfunkce močového měchýře – náhle vzniklá (retence, paradoxní ischurie)					+	+
Dysfunkce análního svěrače / snížení tonu					+	
Inkontinence stolice					+	
Progresivní chabá paréza dolních končetin					+	+
Rozsáhlejší porucha cití (na dolních končetinách)					+	+
Porucha/abnormita chůze					+	+
Významné omezení flexe v bederní etáži						+
Absence flexe v úrovni 5. bederního obratle						+
Ranní ztuhlost						+

Tab. 3. Přehled psychosociálních faktorů (yellow-flags) významných pro rozvoj chronicity a invalidity při bolestech zad; strukturováno dle příslušné související oblasti (převzato a upraveno dle (40))

Související s:	práci a zaměstnáním	veškerá bolest musí být odstraněna před opětovným nástupem do práce či návratem ke koníčkům
		očekávání zvýšení bolesti při zvýšení pracovní aktivity
		strach ze zvýšení bolesti během pracovní aktivity
		práce je škodlivá pro záda
		nepříznivá pracovní anamnéza
		nepodporující a nestimulující pracovní prostředí
		nezájem o práci nemocného z pozice zaměstnavatele
	domněnkami a pověrami	špatná interpretace tělesných symptomů
		bolest je neovlivnitelná a nekontrolovatelná
		nedostatečný a nekvalitní přístup ke cvičení
		přehnaná snaha o využití technických fixačních systémů pro ovlivnění bolesti
	chováním	nízká úroveň edukace
		pasivní přístup k rehabilitaci a ke cvičení
		nadužívání nadměrného klidu a nehybnosti
		omezení aktivity, zejména obyčejných denních aktivit
		vylovení normální aktivity
		zhoršení spánku pro bolest
		zvýšená spotřeba alkoholu a podobných látek k odstranění bolesti, kouření
	afektivitou	neúměrné nadhodnocení bolesti (VAS 10)
		deprese
		pocity neužitečnosti a nepotřebnosti
		podrážděnost
		znepokojení ze zvýšené tělesné citlivosti
		omezení a nezajímání se o společenské aktivity
		nadměrně a přehnaně se starající partner
	finančními otázkami (kompenzace)	sociálně a společensky omezující nebo o nemocného se nezajímající partner
		nedostatek možností hovořit o svých problémech
		nedostatečné finanční podněty k návratu do práce
		anamnéza již předcházejícího podobného chování (dlouhodobá pracovní neschopnost pro opakované bolesti zad či pro jiná postižení)
		neustálé oddalování finanční podpory pro nemocného
		diskuze až pře o způsobilosti nemocného k určité práci (otázka pracovní neschopnosti)

tvorí 1,8–4,7 % z celkové klientely VPL (24). Obtíže spontánně rychle odeznívají. Během 4–6 týdnů dojde k úplné restituci bolesti u 40–58 %, a disability u 55–58 %. Za 6–12 měsíců dochází k úpravě bolesti u 72,5–85 %, disability u 83–86 % (18, 20, 25). Přibližně u 1/3 osob přetrvávají významnější obtíže déle než rok. U 20 % jsou obtíže limitující, ve 2–7 % se bolesti zad stávají chronickými (18, 26). K recidivám dochází během 3 měsíců v 19–34 %, do 1 roku u 24–84 % (18, 19, 27).

Diagnostika

Hlavním cílem je odhalit strukturální příčinu bolesti zad. Panuje všeobecná shoda v úvodní triáži.

Triáž se provádí na základě anamnézy, fyzikálního vyšetření a orientačního neurologického vyšetření. Obsah orientačního neurologického

vyšetření není striktně definován (5). Měl by obsahovat: Laségeův manévr, vyšetření šlachově-okosticových reflexů, svalové síly a citlivosti na dolních končetinách a genitálu, ověření kontroly močení, zvláště močové retence. Cíleně se v triáži pátrá po varovných příznacích v podobě červených praporek, tzv. „red-flags“ (28–32).

Na základě triáže je pacient zařazen do jedné ze 3 skupin: 1) **nespecifické** bolesti zad, 2) bolesti zad s **neurogení** poruchou (radikulopatie vč. bederní stenózy a syndromu kaudy) a 3) **specifické** bolesti zad (nemá nic společného se specifickými záněty).

85–95 % akutních bolestí zad jsou **nespecifické bolesti zad** (tj. nemají strukturální příčinu). Přibližně 5–10 % má příčinu degenerativně-spondylogenní, méně než 1 % bolestí zad má jiný než degenerativní strukturální podklad (1, 33–36).

Pro **neurogení poruchu** svědčí rychle progredující nebo víceetážový neurologický deficit, nápadná paréza (nelze stoj na patě, nelze flexe v kyčli). Pro syndrom kaudy svědčí sfinkterové poruchy močení i stolice, sedlovitá perianogenitální hypestezie/anestezie, oboustranný asymetrický neurologický deficit. Nejspolehlivějším příznakem je močová retence s 90% senzitivitou. Není-li retence, pak je syndrom kaudy krajně nepravděpodobný (výskyt jen u 0,1 %) (37).

Za **specifické patologie** jsou považovány malignita, fraktura, zánět (včetně autoimunitních). Celkem je evidováno 46 různých varovných příznaků (red flags) (tabulka 2). Neexistuje jednotná terminologie, ani přesné vymezení termínů, jen ojediněle je spolehlivost příznaků ověřena (30).

Většinový souhlas je pouze u dvou příznaků pro malignitu (pozitivní onkologická anamnéza < 15 let, nevysvětlitelná ztráta tělesné hmotnosti) a dvou příznaků pro frakturu (významné nebo velké trauma a užívání kortikosteroidů nebo imunosuprese) (1, 30).

V případech pozitivní onkologické anamnézy vzrůstá relativní riziko metastatického postižení páteře 14,7krát, absolutně to znamená vzestup z 0,7 na 9–33 % (4, 17, 38).

Kumulativní nárůst rizika kompresivní fraktury byl prokázán u těchto příznaků: ženské pohlaví, věk > 70 let, významné trauma a chronické užívání kortikosteroidů. Jsou-li přítomny tři z uvedených příznaků, pak relativní riziko kompresivní fraktury obratle vzrůstá 218x, absolutně to znamená vzestup ze 4 % na 52–90 % (30, 36).

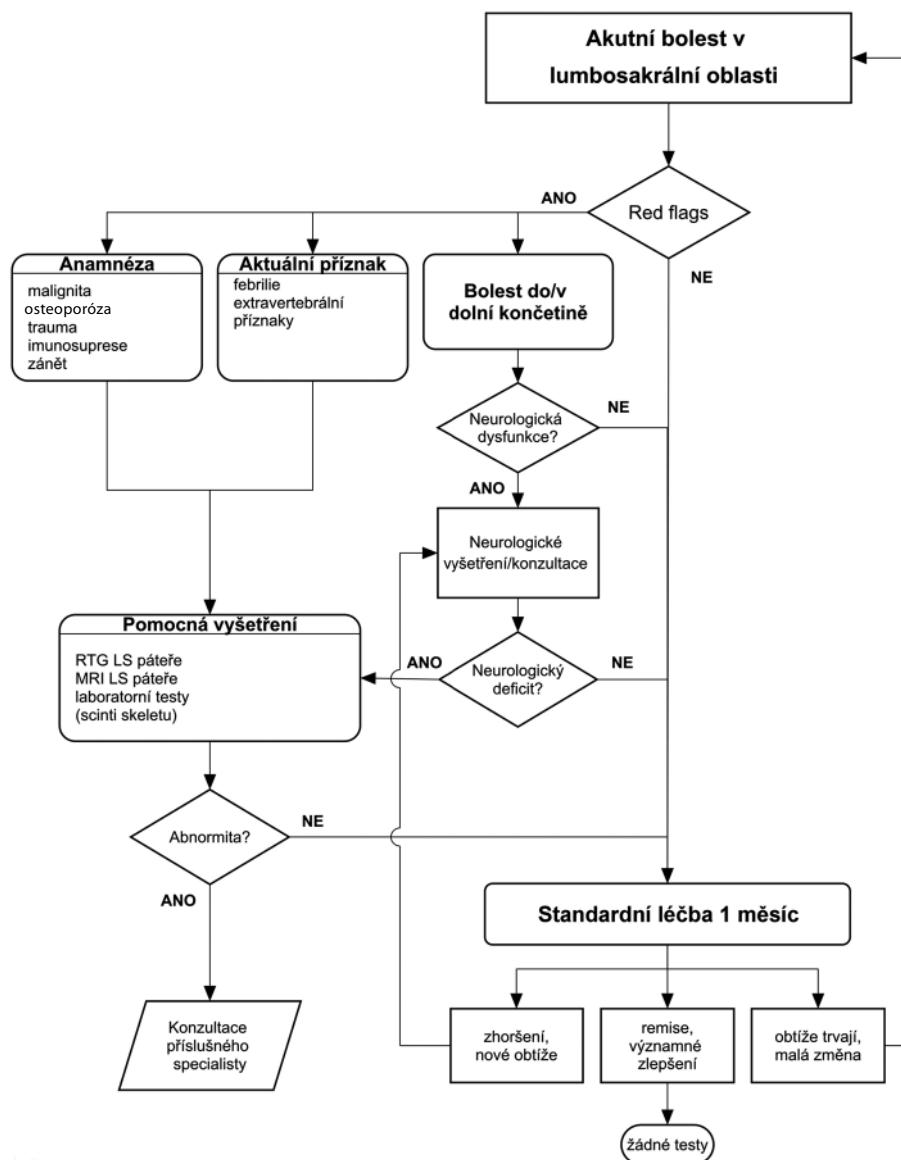
Současně je doporučeno zohlednit možné mimospinální příčiny, např. pankreatitidu, nefrolitiázu, akutní infarkt myokardu, aneurysma aorty, vředovou chorobu, systémové onemocnění, apod. (4).

Druhým cílem je stanovit prognózu, resp. předpoklad chronického průběhu.

Psychosociální vlivy a postoje, tzv. „yellow-flags“, ztěžují rekonvalescenci, prodlužují dobu pracovní neschopnosti a spolu s bolestí a depresí jsou hlavními faktory zvyšující riziko chronifikace a recidiv obtíží. Upřednostňováno je časné a strukturované vyhledávání „yellow-flags“ (tabulka 3) (39, 40), tzn. při prvním vyšetření každé ataky, kombinací rozhovoru a screeningových dotazníků (STaT Back, Örebro) (6, 41, 42).

Nedoporučuje se paušální indikace zobrazovacích vyšetření u nespecifických LBP, zvláště při

Obr. 1. Diagnosticko-terapeutický algoritmus akutních bolestí zad v lumbosakrální oblasti (převzato a upraveno dle (10)); o indikaci pomocných vyšetření (MRI, elektrofyziologická vyšetření) optimálně rozhoduje specialista (neurolog, neurochirurg, ortoped); důvodem pro urgentní konzultaci jsou příznaky dysfunkce kaudy (sfinkterové obtíže, perianogenitální porucha citlivosti, bolesti a paréza obou dolních končetin)



první návštěvě (5). Pacienta neujistí v tom, že se jedná o příznivý stav. Naopak prodlužuje pracovní neschopnost, neodůvodněně zvyšuje míru invazivní a operační léčby a ve svém důsledku zhoršuje prognózu (1, 2, 4–6, 43–45). Např. asymptomatická protruze ploténky je častá, vzrůstá s věkem od 30% ve 20 letech až k 84% v 80 letech (46).

Zobrazovací vyšetření (rtg, CT, MR) je indikováno v případě podezření na závažnou specifickou příčinu bolestí zad, jako podklad pro jinou léčbu (manipulaci) nebo když výsledek zásadně změní léčebný postup (2). Skiografie může odhalit změny pouze na skeletu. MRI je upřednostněna před CT.

Léčba

Farmakologická léčba

Souhlasná nebo převažující **doporučení** jsou pro podávání nesteroidních antirevmatik (NSAID) a myorelaxancií v nejnižší účinné dávce a v co nejkratší době podávání. Současně je třeba zohlednit kontraindikace, rizika a nežádoucí účinky léčiv vyplývající z komorbidit (gastrointestinální, renální, kardiální, apod.) a mechanismu účinků léčiv (1–3, 7, 47–49). COX-2 selektivní preparáty mají stejný analgetický účinek při nižším výskytu nežádoucích účinků ve srovnání s neselektivními NSAID (50).

Převažuje doporučení krátkodobého podávání slabých opioidů (s paracetamolem nebo bez paracetamolu) v případě neúčinnosti, nevhodnosti, nebo kontraindikace NSAID, případně při neúčinnosti jiných postupů (1, 2, 6, 9).

K ovlivnění kořenových bolestí lze použít amitriptilin, pregabalin, gabapentin, duloxetin, a případně venlafaxin. Při nedostatečném efektu možno zaměnit nebo vhodně kombinovat (gabapentin s venlafaxinem nebo amitriptilinem) (51, 52, 53).

Pro nespecifické akutní LBP **není doporučeno** podávání paracetamolu v monoterapii (nemá průkaz analgetického efektu), kortikosteroidů, benzodiazepinů, antidepresiv, antikonvulziv, ani rutinní používání silných opiátů (nebyla dostatečně prokázána účinnost) (2, 7, 53, 54, 55, 56).

Nefarmakologická léčba

Všeobecný souhlas panuje v **prospěšnosti** o ujištění a edukaci pacienta o příznivém charakteru a prognóze obtíží, instruktáže o svépomocných postupech a opatřeních sloužících k snížení a vymizení příznaků. Efekt není závislý na formě předání informací, včetně letáků, manuálů, bulletinů, multimediálních spotů, podcastů apod. (1–3, 7); zainteresování pacienta do vlastního léčebného procesu (1); minimalizace klidu na lůžku (1, 3, 8); aktivizace a podpory obnovy běžných denních a pracovních činností (1, 2). Pozitivní, avšak krátkodobý efekt, přináší fyzikální léčba (aplikace suchého tepla) (7).

Manuální terapie, fyzioterapie, masáže, akupunktura nemají jasný průkaz účinnosti (7, 57–60). Doporučeno je selektivní použití dle efektu předchozích opatření na základě prognostického screeningu dotazníků (StArT Back nebo Örebro) (20, 41, 42).

Doporučuje se individuálně přizpůsobená aktivní a multidisciplinární fyzioterapie před pasivním cvičením (2). Není však dostatek validních dat o jejím obsahu, délce a frekvenci cvičení (1).

Pozitivní vliv má individuálně přizpůsobená psychosociální léčba, zvláště kognitivně behaviorální terapie (2). Kombinace fyzioterapie a psychosociální léčby přináší další benefit (2).

Výslovně **nedoporučeny** jsou klid na lůžku přesahující 2–3 dny, elektroléčebné postupy,

bederní a peroneální ortézy, stélky a balanční podrážky (2, 7).

Převažují **doklady o neúčinnosti** pasivní fyzioterapie, trakce (zvláště přístrojové) a nízkooenergetického laseru (2, 7).

Invazivní léčba

Pro invazivní léčbu **lze použít** epidurální aplikaci lokálních anestetik a steroidů (kaudální blokáda), kromě centrální spinální stenózy, případně cílený transforaminální obstrukční (PRT) (2, 9). **Nedoporučují se** necílené spinální injekce/obstrukční, radiofrekvenční ablace ani chirurgická léčba (1, 2, 9).

Chirurgická léčba

Prosté bolesti zad nejsou indikací pro chirurgickou léčbu (1, 2). Chirurgická léčba má být indikována na základě klinických příznaků, v souladu s grafickým nálezem a nedostatečným dlouhodobým efektem správně vedené nefarmakologické, farmakologické a případně invazivní terapie (2). Je třeba zachovat uvedenou posloupnost od klinických příznaků, přes vysvětlující grafický nálezu a průkaz nedostatečného vlivu konzervativní léčby. Indikace chirurgické léčby by měla být stanovena na základě vyšetření specialistou kromě syndromu kaudy, který by měl být zjištěn již při vstupní triáži.

Vyšetření specialistou

Doporučení pro indikaci vyšetření specialistou jsou:

- podezření na závažný podklad/příčinu bolestí zad na základě red-flags (případně podpořeno grafickým vyšetřením) nebo přítomnost kořenových příznaků (1, 2, 8, 9).
- nedostatečný efekt odpovídající konzervativní léčby v intervalu 1–24 měsíců (1, 3, 8, 10). Interval přizpůsobit povaze příznaků.

Všichni autoři deklarují, že v souvislosti s předmětem studie nemají žádné komerční zájmy.

LITERATURA

1. Evidence-Informed Primary Care Management of Low Back Pain. 2015: 49.
2. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management. NICE – National Institute Healthcare Excellence. 2016: 18.
3. Management of people with acute low back pain: model of care. N. A. f. C. Innovation. Chatswood, NSW Health. 2016: 39.
4. Chou R, Qaseem A, Snow V, et al. Clinical Efficacy Assessment Subcommittee of the American College of P, American College of P. and American Pain Society Low Back Pain Guidelines, P. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Ann Intern Med* 2007; 147(7): 478–491.
5. Koes BW, van Tulder M, Lin CW, et al. An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care. *Eur Spine J* 2010; 19(12): 2075–2094.
6. Oliveira CB, Maher CG, Pinto RZ, et al. Clinical practice guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care: an updated overview. *Eur Spine J* 2018; 27(11): 2791–2803.
7. Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forciea MA, Clinical Guidelines Committee of the American College of P. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2017; 166(7): 514–530.
8. Stockkendahl MJ, Kjaer P, Hartvigsen J, et al. National Clinical Guidelines for non-surgical treatment of patients with recent onset low back pain or lumbar radiculopathy. *Eur Spine J* 2018; 27(1): 60–75.
9. Van Wambeke P, Desomer A, Ailliet L, et al. Low back pain and radicular pain: evaluation and management. KCE Reports. Brussel, Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2017.
10. Bednařík J, Kadaňka Z. Akutní bolesti v lumbosakrální oblasti z pohledu neurologa. Doporučené postupy pro praktické lékaře. Č. I. s. JEP, Česká neurologická společnost. 2002: 8.
11. Muller I, Kacerovský P. Bolesti zad vertebrogenního původu. Doporučené postupy pro praktické lékaře, Česká lékařská společnost JEP. 2001.
12. Skála B, Effler J, Herle P, Fila P. Bolesti zad – vertebrogenní algický syndrom 2011. Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře Praha, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP. 2011: 20.
13. Skála B, Herle P, Neradilík F, et al. Bolesti pohybového aparátu obecně. Bolesti zad, bolesti hlavy – možnost léčby. Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře Praha, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP. 2014: 37.
14. Bednařík J, Vlčková E. Nejčastější bolesti v ordinaci praktického lékaře. Bolesti zad. In: Rokyta R. Léčba bolesti v primární péči. 1. vydání ed. Praha: Grada Publishing; 2017: 19–39.
15. van Tulder M, Becker A, Bekkering T, et al. Chapter 3. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. *Eur Spine J* 2006. 15(Suppl 2): S169–191.
16. Cherkin DC, Deyo RA, Loeser JD, Bush T, Waddell G. An international comparison of back surgery rates. *Spine (Phila Pa 1976)* 1994; 19(11): 1201–1206.
17. Deyo RA, Diehl AK. Cancer as a cause of back pain: frequency, clinical presentation, and diagnostic strategies. *Journal of general internal medicine* 1988; 3(3): 230–238.
18. Pengel LH, Herbert RD, Maher CG, Refshauge KM. Acute low back pain: systematic review of its prognosis. *BMJ* 2003; 327(7410): 323.
19. Hoy D, Brooks P, Blyth F, Buchbinder R. The Epidemiology of low back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2010; 24(6): 769–781.
20. Maher C, Underwood M, Buchbinder R. Non-specific low back pain. *Lancet* 2017; 389(10070): 736–747.
21. Hoy D, Bain C, Williams G, et al. A systematic review of the global prevalence of low back pain. *Arthritis Rheum* 2012; 64(6): 2028–2037.
22. Carey TS, Evans AT, Hadler NM, et al. Acute severe low back pain. A population-based study of prevalence and care-seeking. *Spine (Phila Pa 1976)* 1996; 21(3): 339–344.
23. Ferreira ML, Machado G, Latimer J, Maher C, Ferreira PH, Smets RJ. Factors defining care-seeking in low back pain: a meta-analysis of population based surveys. *Eur J Pain* 2010; 14(7): e741–747.
24. Hart LG, Deyo RA, Cherkin DC. Physician office visits for low back pain. Frequency, clinical evaluation, and treatment patterns from a U.S. national survey. *Spine (Phila Pa 1976)* 1995; 20(1): 11–19.
25. Henschke N, Maher CG, Refshauge KM, et al. Prognosis in patients with recent onset low back pain in Australian primary care: inception cohort study. *BMJ* 2008; 337: a171.
26. Koes BW, van Tulder MW, Thomas S. Diagnosis and treatment of low back pain. *BMJ* 2006; 332(7555): 1430–1434.
27. Stanton TR, Henschke N, Maher CG, Refshauge KM, Latimer J, McAuley JH. After an episode of acute low back pain, recurrence is unpredictable and not as common as previously thought. *Spine (Phila Pa 1976)* 2008; 33(26): 2923–2928.
28. Bigos SJ, Bowyer O, Braen GR, Brown K, Deyo R, Haldeman S. Acute Low Back Pain Problems in Adults. Clinical Practice guideline. P. H. S. United States Department of Health and Human Services, Agency for Health Care Policy and Research. Rockville. 1994; AHCPR Publication Number 95–0643.
29. Barsa P, Hackel M. Systém "červených praporek" v diagnostice a terapii bolestí zad. *Bolest* 2004; (Suppl 2): 15–19.
30. Verhagen AP, Downie A, Popal N, Maher C, Koes BW. Red flags presented in current low back pain guidelines: a review. *Eur Spine J* 2016; 25(9): 2788–2802.
31. Štětkařová I, Chrobok J. Vertebrogenní onemocnění. In: Štětkařová I. a kol. Spinální neurologie. Praha: Maxdorf; 2019: 361–385.
32. Štětkařová I. Bolesti zad. *Med. Praxi* 2007; 3: 124–127.
33. Bardin LD, King P, Maher CG. Diagnostic triage for low back pain: a practical approach for primary care. *The Medical journal of Australia* 2017; 206(6): 268–273.
34. Underwood MR, Dawes P. Inflammatory back pain in primary care. *Br J Rheumatol* 1995; 34(11): 1074–1077.
35. van Tulder MW, Assendelft WJ, Koes BW, Bouter LM. Spinal radiographic findings and nonspecific low back pain. A systematic review of observational studies. *Spine (Phila Pa 1976)* 1997; 22(4): 427–434.
36. Henschke N, Maher CG, Refshauge KM, et al. Prevalence of and screening for serious spinal pathology in patients presenting to primary care settings with acute low back pain. *Arthritis Rheum* 2009; 60(10): 3072–3080.
37. Deyo RA, Rainville J, Kent DL. What can the history and physical examination tell us about low back pain? *JAMA* 1992; 268(6): 760–765.
38. Downie A, Williams CM, Henschke N, et al. Red flags to screen for malignancy and fracture in patients with low back pain: systematic review. *BMJ* 2013; 347: f7095.
39. Nicholas MK, Linton SJ, Watson PJ, Main CJ. Decade of the Flags" Working. G. Early identification and management of psychological risk factors ("yellow flags") in patients with low back pain: a reappraisal. *Phys Ther* 2011; 91(5): 737–753.
40. Vrbka I. Komentáře ke článku Systém "červených praporek" v diagnostice a terapii bolestí zad. *Bolest* 2004; 7(Suppl 2/2004): 27–31.
41. Hill JC, Whitehurst DG, Lewis M, et al. Comparison of stratified primary care management for low back pain with current best practice (STaRT Back): a randomised controlled trial. *Lancet* 2011; 378(9802): 1560–1571.
42. Linton SJ, Boersma K. Early identification of patients at risk of developing a persistent back problem: the predictive validity of the Orebro Musculoskeletal Pain Questionnaire. *Clin J Pain* 2003; 19(2): 80–86.
43. Chou R, Fu R, Carrino JA, Deyo RA. Imaging strategies for low-back pain: systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2009; 373(9662): 463–472.
44. Webster BS, Bauer AZ, Choi Y, Cifuentes M, Pransky GS. Iatrogenic consequences of early magnetic resonance imaging in acute, work-related, disabling low back pain. *Spine (Phila Pa 1976)* 2013; 38(22): 1939–1946.

Další literatura u autora
a na www.medicinapropraxi.cz