

Některé příčiny bolestí zad a jejich léčba

MUDr. Ivan Vrba

ARO Nemocnice Na Homolce, Praha

Bolest v oblasti dolních zad (BZ) je jako klinický syndrom definována bolestí, svalovým napětím a ztuhlostí v oblasti mezi dolním okrajem žeber a gluteálními rýhami s bolestmi dolních končetin nebo bez nich. Článek je zaměřen na nespecifické bolesti zad, které nebývají většinou v popředí zájmu neurologů. Z mnoha randomizovaných studií a systematických přehledů vyplývá, že základním přístupem v prevenci i léčbě BZ je doporučení zůstat aktivním a rehabilitační, resp. fitness program. Hlavním cílem léčby BZ je snížení intenzity bolesti, zlepšení aktivity a spolupráce nemocného, prevence vzniku nejrůznějších omezení a udržení pracovní schopnosti.

Klíčová slova: bolest dolních zad, nespecifické bolesti dolních zad, léčebné možnosti, multidisciplinární přístup.

Some sources of low back pain and their treatment

Low back pain (LBP) is defined as pain, muscle tension or stiffness localized below the low costal margin and above the gluteal folds, with or without leg pain. The article is focused on non-specific low back pain. Numerous randomized controlled trials and systematic reviews show strong evidence for advice to stay active and fitness programmes. Treatment targets are reduction of pain, better activity and participation, including disability prevention as well as maintenance of work capacity.

Key words: low back pain, non-specific low back pain, treatment possibilities, multidisciplinary approach.

Med. praxi 2012; 9(4): 184–188

Úvod

Nepříznivý nárůst počtu nemocných s bolestí dolních zad či bolestí kříže (z anglického low back pain) je pozorován v řadě vyspělých zemí již od druhé poloviny minulého století a bohužel stále pokračuje. Tento stav má negativní vliv nejen na jednotlivé nemocné, ale má i závažné sociálně ekonomické dopady na jejich nejbližší okolí, rodinu i na celou společnost. BZ jsou v současnosti vnímány jako choroba a chronické bolesti zad jsou stále často akceptovány jako důvody pracovní neschopnosti (1, 2). Problémy jsou nejenom v nedostatečně včasné a správné diagnostice a léčbě BZ, ale zejména v nedostatečné prevenci vzniku chronických BZ.

Epidemiologie BZ

Prevalence BZ je 60–85 %. Prevalence i incidence BZ se stále celosvětově zvyšuje a je doprovázena vznikem funkčních omezení, hendikepů a neschopnosti (z anglického disability) (3). To vše vede k distresu a problémům v chování nemocného, ke zhoršení jeho pracovní schopnosti a k závislosti na pomoci ostatních. Na zhoršování tohoto stavu má vliv mnoho faktorů, včetně narůstajícího stárnutí populace, obezity a sedavého životního stylu. Nemocní mají strach z opětovného vzniku BZ, který způsobuje omezení zájmových i pracovních aktivit. Prevence je základem, a to jak primární (omezení vzniku BZ), tak sekundární (omezení chronicity BZ). Jsou prokázána rizika vzniku chronických BZ (žluté praporky – viz dále v textu), ale identifikace rizikových jedinců je však stále velmi obtížná.

Diagnostika BZ

Bolest je hlavním a nejčastějším projevem vertebrogenních potíží. Je to výsledek multifaktoriálního procesu, na kterém se podílejí anatomické, patofyziologické a psychosociální faktory. Zjistit přesný zdroj bolesti je většinou nesnadné, někdy i nemožné. Bolest může mít původ v poškozených strukturách páteře, příp. v tkáních v okolí páteře, nebo se může propagovat i ze vzdálenějších orgánů. Ke zjištění zdrojů bolesti existuje stále více vhodných diagnostických metod, jde jen o to je mít k dispozici a umět je využívat (4).

Dělení BZ

Je mnoho způsobů, jak je možné dělit BZ. Základním, i když ne zdaleka nejdůležitějším, je časové dělení (5):

- Akutní: méně než 6 týdnů
- Subakutní: 6 až 12 týdnů
- Chronická: přetrvávající (kontinuální) bolesti v období delším než 3 měsíce nebo se BZ objevují epizodicky během 6 měsíců

Akutní a chronická bolest zad se liší jak v diagnostickém, tak léčebném přístupu. Akutní bolest zad má většinou příznivou prognózu a lze ji zvládnout (po vyloučení závažných onemocnění páteře – viz „red flags“) i bez použití speciálních vyšetřovacích postupů a stanovení přesné diagnózy. Při managementu chronické bolesti je třeba použít speciálních vyšetřovacích (např. zobrazovacích) i léčebných postupů (např. invazivních).

Důležité je dělení na bolesti páteřní a nepáteřní etiologie (přenesená bolest). Přenesená bolest (referred pain) ze zdrojů lokalizovaných mimo páteř

se projevuje nezávislostí bolesti na postavení a pohybech páteře, nebolestivostí při palpaci páteře, chyběním paravertebrálních spasmů a zmírněním bolesti po léčbě správně diagnostikované její nepáteřní etiologie. Přenesená je tedy bolest vnímaná v oblasti, která je inervovaná jinými nervy než oblast jejího skutečného zdroje (6).

Velkým problémem může být odlišení přenesené somatické bolesti od radikulární bolesti. Nejdůležitějšími faktory rozlišení jsou anamnéza vzniklé bolesti, její kvality a šíření, její rozsah a distribuce. Kořenová etiologie je vyjádřena v jasných distribučních zónách. Pseudoradikulární etiologie se vyznačuje projekcí do kořenových zón, lokalizace je ale neurčitá, přesahující do sousedních dermatomů (difúzní charakter), není objektivní výpadek citlivosti, motoriky a reflexů, bolest není provokována typickými manévry. Přenesená somatická bolest je mnohem častější než radikulární bolest (6).

Zvláštní jednotkou je pak bolest psychogenní (psychosociální) etiologie, jak vědomá či nevědomá (panická porucha, chronický stres). Na rozlišení organických a neorganických zdrojů bolesti zad se někdy používají i tzv. Waddellovy neorganické testy (5).

Specifické a nespecifické bolesti zad

Jedním ze základních kroků k novému pohledu na bolesti zad bylo odlišení tzv. **specifických a nespecifických příčin** BZ, které doporučil již v roce 1987 anglický ortoped Gordon Waddell. Za příčiny specifické BZ považuje pouze ty, které se vyznačují identifikovatelnou progresivní patologií s možným postižením nervových struktur (např. výhřez meziobratlové ploténky,

spondylolistéza, spinální stenóza, segmentární/degenerativní/instabilita, zlomeniny, tumory, infekční a zánětlivá postižení). Tyto příčiny však tvoří pouhých 15 % všech případů bolesti zad. Zbývajících 85 % patří k nespecifickým BZ (NSBZ). Jsou definovány jako bolesti bez identifikovatelné specifické anatomické nebo neurofyzilogické poruchy (2, 7).

NSBZ je difúzně se šířící bolest a často je chronického charakteru. Je charakterizována bolestí, svalovým napětím a ztuhlostí, což vede k omezení funkčních aktivit. Často bývá spojena s projevy bolesti i v jiných částech těla, např. s bolestí hlavy, břicha a končetin.

Ke zvládnutí NSBZ se používají různé přístupy. Jsou zdůrazňovány rehabilitační režimy dle různých rehabilitačních škol, použití analgetik, antidepresiv a dalších léků. V poslední době se jako velmi přínosný hodnotí kognitivně-behaviorální přístup, který má vést k tomu, aby došlo k přesunu péče o bolest od zdravotníků zpět na postiženého člověka (8).

Nově formulovaná doporučení u NSBZ

Z mnoha velkých randomizovaných studií a následně provedených systematických přehledů vyplynuly nové poznatky pro léčbu i prevenci NSBZ. V následujícím textu jsou uvedeny výsledky, které byly prokázány na nejvyšší úrovni (I a) metaanalýz a randomizovaných kontrolních studií s pozitivním výsledkem (I a+) (9).

Životní styl

- Fitness program (aerobní cvičení pro zlepšení flexibility, koordinace, odolnosti a svalové síly, které je každodenní a trvající nejméně 30 minut) – např. běhání, plavání, jízda na kole a aerobic, edukační programy (sloužící k vysvětlení příčin BZ a ke snížení obav a strachu z BZ) mají vést ke zvýšení fyzické aktivity na podkladě ergonomických rad. Zapojení nemocného do léčby i prevence BZ a zůstat stále aktivním jsou prevencí přechodu do chronického stavu BZ.
- Fitness programy a setrvávání v aktivitě snižují bolest.
- Fitness programy, edukační programy a setrvávání v aktivitě podporují a zlepšují funkčnost nemocného.

Léky

- Farmakologická léčba nemá žádný vliv na prevenci vzniku NSBZ a nezabraňuje přechodu do chronického stavu. Může ale snížit bolest a zlepšit funkčnost nemocného.

- Neopioidní analgetika a nesteroidní antiflogistika (NSA) snižují bolest, podporují a zlepšují funkci u akutních i chronických stavů.
- Svalová relaxancia snižují bolest a zlepšují funkčnost u akutních stavů, antidepresiva snižují bolest u chronické NSBZ.
- U lokální léčby a epidurální aplikace steroidů se neprokázal léčebný efekt.

Rehabilitační postupy

- Efektivními se ukázaly tyto rehabilitační postupy: kloubní manipulace či pomalé mobilizace (joint play techniky) a masáže v akutních stavech, posilující cvičení, relaxační techniky, ovlivnění chování, aerobní cvičení, vytrvalostní cvičení a multidisciplinární programy v chronických stavech NSBZ. U léčby klidem se prokázal negativní vliv jak na ovlivnění bolesti, tak funkčnosti v akutním i chronickém stavu.
- Podpora fyzické aktivity, vyloučení klidu a manuální (pracovní) terapie snižují bolest, podporují a obnovují funkčnost v akutních stavech NSBZ.
- Pozitivní ovlivnění chování je prevencí přechodu do chronického stavu NSBZ.
- Aerobní a posilovací cvičení, ovlivnění chování a multidisciplinární léčebné programy snižují bolest a zlepšují (podporují) funkční schopnosti v chronických stavech NSBZ.

Rehabilitační postupy by se měly zaměřit na celkové ovlivnění nemocného a ne pouze bolestivých míst. Ke každému nemocnému je nutné přistupovat jako k celku, kde faktory patologicky změněné tkáně hrají stejně důležitou roli jako faktory psychologické, pocity strachu, existenční nejistota, očekávání, nálada, životní nastavení a další (8). Léčebné postupy by měly být součástí komplexního multimodálního přístupu s pomocí multidisciplinárního týmu.

Základní doporučení pro léčbu NSBZ (9)

- zachovat fyzickou aktivitu
- přiměřené pravidelné cvičení
- ovlivnění rizikových faktorů
- ujištění pacienta o příznivé prognóze

Akutní fáze (do 4–6 týdnů)

- vyloučit „červené praporky“ – viz dále
- vyloučit nepáteční etiologii bolesti (z oblasti břicha, pánve, hrudníku)
- neprovádět další vyšetření, včetně zobrazovacích, pokud nejsou přítomny známky specifické příčiny bolesti

- snížit bolest pomocí léků (paracetamol, když není účinný, pak NSA) nebo použít manuální terapii
- instruovat nemocného, že určitá bolest v zádech je normálním průvodním jevem lidského života a že je nutné zůstat aktivním a vyhnout se klidu

Subakutní fáze (po 6 týdnech trvání potíží bez známek zlepšování stavu)

- pečlivé vyšetření s revizí anamnézy, klinického nálezu a diagnostického závěru
- při opětovném vyloučení závažné příčiny (červené praporky) a známek specifické etiologie bolesti se nedoporučuje rutinně provádět zobrazovací vyšetření (některé věku odpovídající změny mohou být mylně interpretovány jako specifická příčina bolesti)
- pátrat po „žlutých praporecích“ – viz dále
- léčebná rehabilitace včetně ovlivnění poruch chování a uklidnění nemocného
- zaměřit se na problémy na pracovišti
- snažit se o návrat nemocného do práce

Pozdní fáze (po 3 měsících neúspěšné léčby)

- opětné pečlivé vyšetření
- zahájení multidisciplinárního psychorehabilitačního programu se zaměřením na návrat do pracovního procesu (identifikace „bariér návratu“ a jejich řešení)
- ergoterapie

Diagnostická triáda

V současné době se jako nejdůležitější ukazuje rozdělení bolesti dolních zad na podkladě tzv. **diagnostické triády** (3):

- prosté BZ
- nervové kořenové bolesti
- závažná onemocnění páteře

Prosté bolesti zad – jsou charakterizovány mechanickými bolestmi (muskuloskeletální původ), bolest je typicky nociceptivní. Lokalizace je zejména v lumbosakrální oblasti. Věkově jsou pacienti v aktivním pracovním věku (20–55 let). Pacient se cítí převážně dobře. Prosté BZ mají většinou dobrou prognózu (90 % nemocných se uzdraví do 6 týdnů).

Nervové kořenové bolesti – jejich zdrojem je nejčastěji výhřez disku, stenóza či jizva s útlakem nervového kořene. Typická je jednostranná bolest dolní končetiny s paresteziemi a necitlivostí odpovídající segmentu postižení. Bolest je typicky neuropatická (ostrá, vystřelující, pálivá) a je horší než prostá bolest zad, jsou známky

nervového poškození s motorickými, senzorickými a reflexními změnami. Prognóza je zde horší (pouze asi 50 % se uzdraví do 6 týdnů).

Závažná onemocnění páteře – na nejzávažnější stavy BZ, k nimž patří nádory, infekce, zánětlivá onemocnění, strukturální deformity-zlomeniny, rozsáhlá neurologická onemocnění (např. syndrom kaudy ekviny), je třeba pomýšlet při výskytu příznaků, které jsou v anglofonní oblasti souhrnně označovány jako tzv. red flags (červené praporky) (10). Za „red flags“ je třeba považovat: věk pod 20 a nad 55 let, násilné poranění páteře, bolest hrudní páteře, jinak nevysvětlitelné bolesti břicha, zhoršení bolesti v klidu, v noci a při položení. Bolest je převážně nezávislá na pohybu (tedy nemechanická), je stálá a progresivní. Pacient se cítí celkově špatně (např. horečka, ztráta váhy). Jsou přítomny varující nálezy (např. zvýšené zánětlivé parametry a pozitivní zobrazovací nález).

Diagnostická triáda je i základem pro rozdělení odpovědnosti za nemocné s bolestmi zad mezi základní péči a specialisty. V základní péči je místo pro léčbu nespecifických bolestí zad (praktičtí a rodinní lékaři), specialisté se zaměřují na onemocnění specifické patologie a na případy neúspěšné léčby nespecifických a kořenových bolestí zad v primární péči (např. neurologové, ortopedi, neurochirurgové a algeziologové). Nejzávažnější stavy, nevládnutelné ani jednotlivými specialisty, pak patří do péče specializovaných center (spondylochirurgické jednotky, centra léčby bolesti apod.) (schéma 1). Samozřejmě, že předpokladem úspěšné, zvláště následné péče je vzájemná spolupráce mezi specialisty a primární péčí a mezi jednotlivými odborníky.

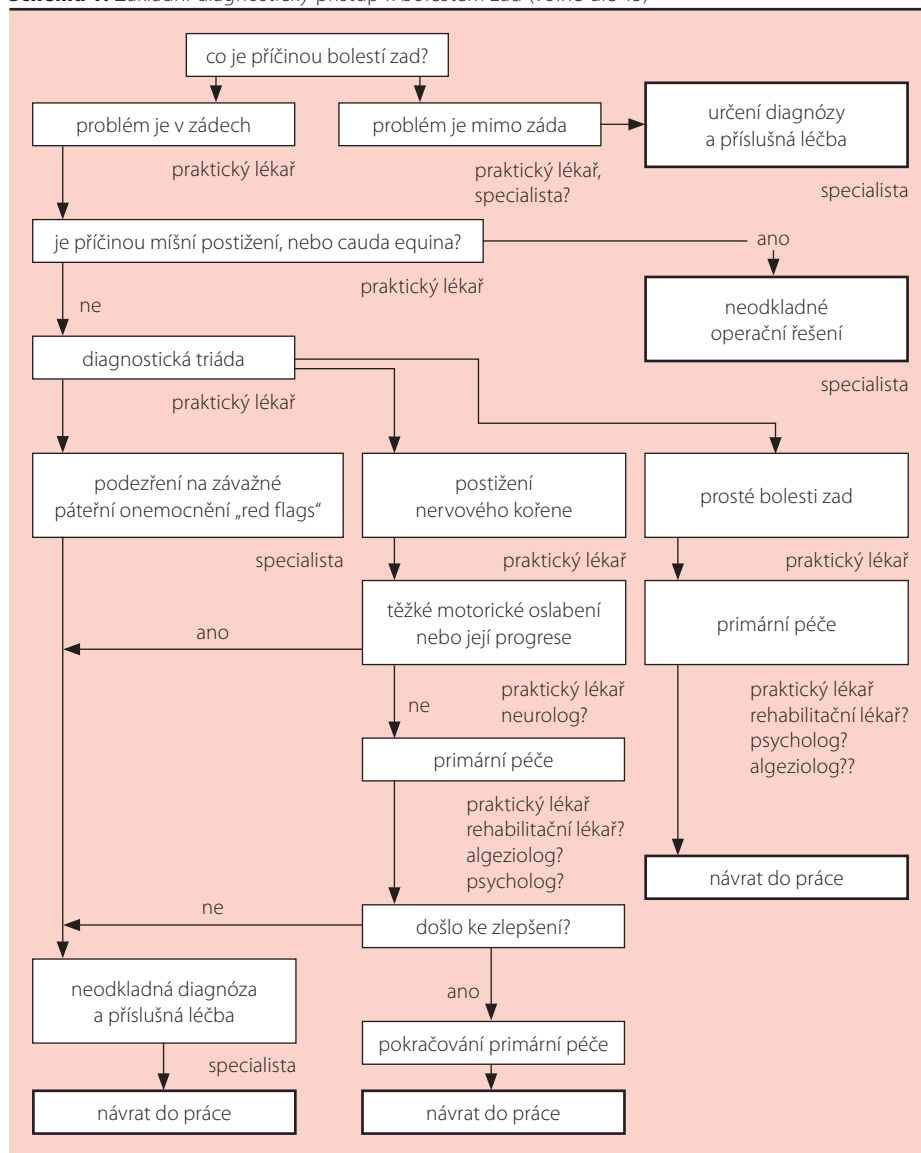
Na rozdíl od akutní bolesti zad, kdy se jejich příčiny většinou nedaří přesně určit, u chronických bolestí zad se daří v posledních letech zjistit příčiny bolesti až u 80 % případů. Je to zejména kvůli tomu, že po roce 1987 byly zavedeny nové vyšetřovací a diagnostické metody (magnetická rezonance, computerové vyšetření, diskografie a speciální diagnostické blokády – provokační diskografie, blokáda facetových kloubů, blokáda sakroiliakálního skloubení) (4, 5).

Management léčby chronických BZ

Základní přístup: individuální a multidisciplinární.

Základní cíle: snížení bolesti, zlepšení funkčnosti a spolupráce, prevence disability a podpora návratu do práce. Na rozdíl od bolesti akutní u chronické bolesti zad musí být přístup a léčba daleko komplexnější a multifaktoriální (11, 12):

Schéma 1. Základní diagnostický přístup k bolestem zad (volně dle 15)



1. **medikamentózní léčba** – NSA, centrální myorelaxantia, antidepresiva, antikonvulziva, slabé a silné opioidy
2. **invazivní metody** (nervové blokády, neuro-modulace, radiofrekvenční neurolyza)
3. **rehabilitační** (fyzikální) léčba
4. **psychologická** (psychosociální) pomoc a podpora
5. **pracovní a sociálně rehabilitační programy**

Obecné zásady farmakoterapie bolesti zad (13)

Volba a vedení analgetické léčby i u bolestí zad vychází z pacientova údaje o intenzitě a charakteru bolesti a z konkrétního klinického stavu. **Nerohoduje biologický původ bolesti (nádo-rová, nenádorová), ale její intenzita.** Při výběru léčiva z analgetického žebříčku se **u akutní bolesti (AB) uplatňuje postup „shora dolů“** (step down), **u chronické nenádorové bolesti (CHNNB) postup**

„zdola nahoru“ (step up). U intenzivní AB je na místě parenterální podání analgetika, event. i opioidu. Jinak má jednoznačnou přednost **neinvasivní podávání** analgetik – p. o., transdermálně, rektálně. Z hlediska časového faktoru jsou u AB nejvýhodnější analgetika s rychlým nástupem účinku, u CHB se analgetika podávají podle časového plánu, a předchází se tak rozvoji bolesti. Analgetika titrujeme proti intenzitě bolesti a používá se nejvyšší analgeticky efektivní dávka. Kombinace neopioidních a opioidních analgetik má aditivní účinek. Aditivní efekt má i kombinace analgetik s adjuvantními analgetiky a paracetamolu s nesteroidními antiflogistiky (NSA). Zásadně se nekombinují jednotlivá NSA (zvýšené riziko vedlejších účinků). Analgetickou léčbu je nutno individualizovat z hlediska volby i dávky analgetika. Od počátku je nutná monitorace účinnosti léčby a vedlejších účinků analgetik, které je nutno razantně léčit. U některých typů CHNNB je na místě pacienta vybavit záchranou medikací k řešení průlomové a incidentální bolesti.

Prospěšnost analgetické léčby by měla vždy převyšovat její vedlejší projevy.

Některé léčebné přístupy v léčbě bolestí zad (centrální myorelaxantia a nesteroidní antiflogistika)

Centrální myorelaxantia se používají při bolestivých kontrakturách kosterního svalstva, příp. u centrálních bolestivých stavů se svalovými spazmy. Při jejich použití by se měl posoudit svalový spasmus a neměly by se používat dlouhodobě. Je nutné počítat s možnými, někdy i výraznými sedativními a anxiolytickými účinky, měly by se používat s následným klidovým režimem, výhodně na noc. Je nutné počítat i s velkými individuálními rozdíly ve snášenlivosti jednotlivých léků. Výhodné jsou kombinace s analgetiky, antipyretiky a nesteroidními antiflogistiky, dochází k potenciaci účinku. Nejvíce používaná centrální myorelaxantia jsou nebenzodiazepinová (carisoprodol, tizadinin, mefonoxalon, tolperizon a zejména baclofen s výrazným adjuvantním analgetickým efektem). V poslední době se baclofen používá v léčbě spasticity spojené s bolestí do subarachnoidálního prostoru pomocí sofistikovaných dávkovacích systému (podkožně implantovaných pump) (14). V léčení bolestí zad, zejména chronické, jsou výhodná i benzodiazepinová myorelaxantia, např. diazepam či tetrazepam, který má nejen účinek myorelaxační, ale i anxiolytický. V přehledu Cochranovy databáze, která se věnuje léčbě bolestí zad z roku 2004, byl prokázán efekt centrálních myorelaxantií u akutních bolestí zad, nebyl prokázán u chronických bolestí zad, i když byla zjištěna větší účinnost ve srovnání s nesteroidními antiflogistiky či jinými analgetiky (6). Vzhledem k četným nežádoucím účinkům by v této indikaci neměly být podávány. Nejvýznamnější národní doporučení věnované léčbě bolestí v lumbosakrální oblasti doporučují použití centrálních myorelaxantií po omezenou dobu (Velká Británie – 1999, Švédsko – 2000), doporučují jako možnost volby (USA – 1994) či nedoporučují jejich použití (Holandsko – 1996).

Nesteroidní antiflogistika a antirevmatika (NSA) (13)

Efekt nesteroidních antiflogistik (NSA) byl prokázán u akutních bolestí zad a jejich podání je součástí skoro všech doporučení (6). Vzhledem k nežádoucím účinkům je zdůrazňováno časově omezené podávání a nedoporučuje se jejich použití v chronické léčbě. Účinnost NSA se vzájemně významně neliší, u žádného z nich se neprokázala vyšší účinnost ve srovnání s ostatními NSA.

NSA tlumí bolest podle metaanalýz se stejnou pravděpodobností jako morfin. NSA lze po-

važovat za velmi účinná analgetika. Dosavadní poznatky svědčí pro to, že se analgetická účinnost četných NSA v průměru příliš neliší (u jednotlivých pacientů se však může značně lišit). Analgetický efekt NSA je závislý na velikosti dávky. Další výhodnou vlastností u NSA je minimální tolerance i při dlouhodobém používání a neexistence fyzické závislosti.

Jednou z hlavních nevýhod NSA je riziko závažných gastrointestinálních nežádoucích účinků, zejména krvácení do trávicího traktu. To je zvýšené nejen u vředové choroby a po vyšších dávkách, ale i u starších osob (nad 65 let), při současném podávání kortikoidů, antikoagulancií nebo dalších NSA. Kromě toho NSA u seniorů poněkud zvyšují riziko závažných kardiovaskulárních nežádoucích účinků (infarktu myokardu, iktu, hypertenze) a poškození ledvin. Proto se doporučuje dávat u seniorů přednost paracetamolu, opioidům, případně jejich kombinaci před NSA. Relativní riziko závažných gastrointestinálních nežádoucích účinků je u různých NSA různé (může být minimální až vysoké). Je minimální u nejnovějších NSA, **selektivních inhibitorů COX-2** (koxibů, např. rofecoxibu, parecoxibu) a největší u starších, klasických NSA, které tlumí COX-1 i COX-2 (**neselektivní inhibitory COX**), i když i mezi nimi jsou značné rozdíly (nejmenší riziko má ibuprofen). U tzv. **přednostních** (preferenčních, částečně selektivních) **inhibitorů COX-2**, které tlumí COX-2 mnohem více než COX-1 (např. nimesulid), se předpokládá menší riziko GI NÚ než u starších NSA neselektivních inhibitorů COX. Při indikaci NSA je třeba vždy zvážit gastrointestinální a kardiovaskulární rizika a případně přidat k terapii gastroprotektivní (omeprazol) nebo kardioprotektivní léčbu.

Neselektivní inhibitory COX (starší – klasická NSA)

Ibuprofen – je gastrointestinálně nejšetrnější klasické NSA (v dávkách do 1200 mg/den). Relativní riziko GI krvácení nejméně po tříměsíčním podávání ibuprofenu bylo 2,0. Dos. max. pro die: 2400 mg.

Diklofenak patří mezi klasická NSA s menším rizikem krvácení z peptického vředu (relativní riziko 4,2). Důležité je rozlišovat, zda jde o přípravky s normálním, bezprostředním úplným uvolněním účinné látky (IR forma), které mají rychlý nástup účinku, ale tlumí bolest jen několik hodin, nebo o retardované přípravky s postupným (řízeným) uvolňováním účinné látky (SR a CR formy). Perorální přípravky s postupným uvolňováním mívají (až na výjimky) pomalejší nástup účinku. Jsou dostupné i farmaceutické formule se složkou IR (25 mg) i SR (50 mg), kde

se uplatňuje jak rychlý nástup, tak dostatečně dlouhé trvání (až 24 h) analgetického účinku. Přípravky s řízeným uvolňováním diklofenaku působí 24 h. Dos. max. pro die: 150 mg.

Piroxikam – na rozdíl od ostatních NSA má velmi dlouhý poločas eliminace (průměrně 50 h), což sice umožňuje delší trvání účinku, ale je také spojeno s pomalejším nástupem hladin a účinku a delším trváním dosažení ustálených hladin (několik dní). Piroxikam je více GI rizikový (relativní riziko GI krvácení bylo 13,7). Dos. max. pro die: 20 mg.

Naproxen – má poněkud delší poločas (13 h) než většina ostatních klasických NSA. Má střední riziko GI krvácení (relativní riziko 9,1). Dos. max. pro die: 1000 mg.

Ketoprofen – účinný je pravotočivý dexketoprofen, má rychlejší nástup účinku. Ketoprofen bývá analgeticky účinný, má však i vysoké riziko GI krvácení (relativní riziko 23,7). Dos. max. pro die: 300 mg.

Indometacin – silný analgetický účinek, vysoké riziko GIT krvácení, nevhodný pro chronické užívání, dos. max. pro die: 200 mg krátkodobě.

Přednostní COX-2 inhibitory

Nimesulid – dobrý analgetický efekt (jeho NNT není známo). Dos. max. pro die: 200 mg.

Meloxikam – dos. max. pro die: 15 mg. Výhodou je dlouhý poločas umožňující dávkování 1x denně, nevýhodou pomalý nástup účinku.

Selektivní COX-2 inhibitory

Selektivní inhibitory cyklooxygenázy 2 (COX-2) – koxiby – tlumí bolest s podobně vysokou pravděpodobností jako neselektivní klasická NSA, avšak na rozdíl od nich mají nižší gastrointestinální toxicitu, která se někdy téměř neliší od placeba. V poslední době je poměr terapeutického prospěchu a rizika koxibů přehodnocován. Pro závažné nežádoucí účinky (kardiovaskulární nebo kožní) byly z trhu staženy rofecoxib a valdecoxib. V současné době jsou na trhu tři koxiby: celecoxib, parecoxib a etorixib. Celecoxib a etorixib jsou určeny pro léčbu revmatoidní artritidy a osteoartrózy.

Parecoxib – je zatím jediným injekčním koxibem. Je určen pro léčbu pooperační bolesti.

Prevence vzniku chronických BZ

Kromě včasné a správné diagnostiky a léčby je u chronických BZ velmi důležitá i včasná identifikace a zhodnocení rizik vzniku chronických BZ (3, 15).

Jaké jsou signály pro nebezpečí vzniku chronicity? Jsou to zejména opakované potíže, abnormální bolestivé chování, přetrvávající

známky kořenového dráždění, místní svalová i celková slabost, deprese, osobnostní problémy (např. závislost na alkoholu), špatný vztah k práci (monotónní práce, malá pracovní spokojenost a nedostatečná hmotná zainteresovanost), ztráta práce, soudní jednání o náhrady, nadměrné kouření a špatný celkový zdravotní stav.

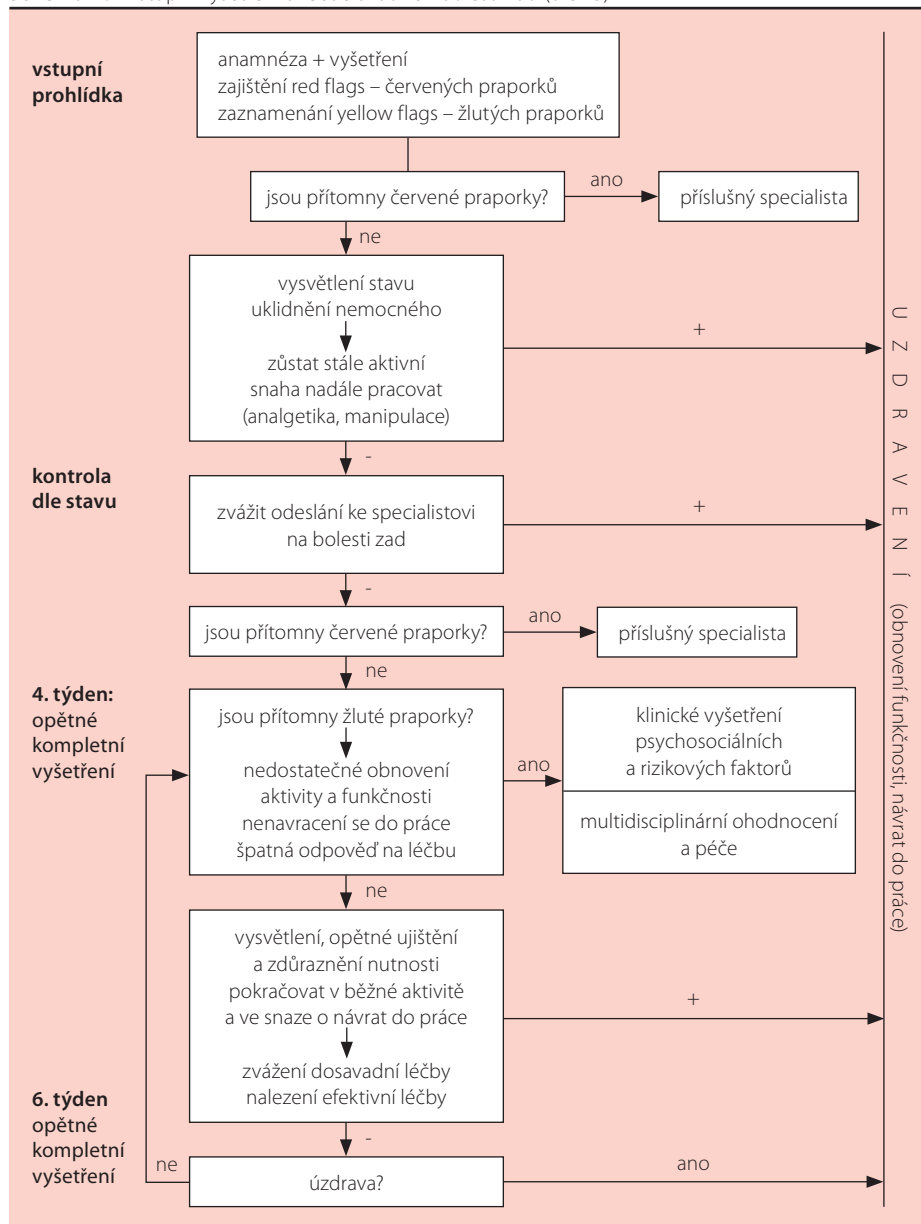
Ukazuje se, že důležitější roli pro vznik chronických BZ než fyzické vlivy mají vlivy psychosociální. Jsou důležité nejen pro vznik chronických BZ, ale zejména pro jejich udržování. A tak podobně jako výstražné red flags byl vytvořen i systém tzv. **yellow flags** – „žluté/upozorňující/praporky“. K nim řadíme psychosociální rizikové faktory, jako jsou např. nesprávné postoje a pověry pacienta kolem bolestí zad, neúspěšné diagnostické a léčebné výsledky, problémy v chování, emocích, v rodině a v práci, katastrofizace a deprese, pasivní vyrovnávání se s bolestí (pasivní očekávání bolesti, omezení až vyloučení fyzické a sociální aktivity), zvýšení svalové tenze (svalová nerovnováha) a známky ochranného chování (zaujímání úlevných poloh, kulhání, nadpoužívání opěrných pomůcek apod.) (11).

Ukazuje se jako velmi potřebné, aby vyšetření žlutých praporků bylo začleněno do běžného vyšetření nemocného s BZ (schéma 2). V několika zemích již byl navržen algoritmus k použití žlutých praporků na podkladě souboru speciálních otázek. Je navrhováno vyšetřit nemocné pomocí těchto otázek asi 2–4 týdny po vzniku bolesti. Psychologické vyšetření je důležité zejména pro identifikaci pacientů, kteří jsou v úzkosti a tísní (distress) a mají problémy se vyrovnat se svojí bolestí. Rozhodující je vyloučit u nemocných nevhodné pasivní přístupy a naopak je orientovat na úpravu a zvýšení funkčnosti a na pozitivní změny v jejich chování (5). Na BZ proto musíme vždy pohlížet komplexně, v kontextu všech možných ovlivňujících faktorů (od vlastního vnímání bolesti až po vliv okolí – společnosti).

Základní doporučení pro diagnostiku a léčbu bolestí zad (16, 17)

1. Včasná a přesná diagnostická rozvaha vycházející z diagnostické triády.
2. Důkladná anamnéza a fyzikální vyšetření by měly vést k vyloučení „red flags“ a k následnému ubezpečení pacienta o dobré prognóze.
3. Omezení klidu a podpora brzkého návratu k předcházejícím vhodným aktivitám a do pracovní činnosti.
4. Použití jednoduchých symptomatických opatření a léků a léčebných postupů pro ovlivnění a zmírnění bolesti.

Schéma 2. Přístup k vyšetření a léčbě akutních bolestí zad (dle 15)



5. Vyloučení nadměrné medikace a zabránění označení BZ jako nemoci (prevence iatrogenního postižení).
6. Odhalení psychosociálních faktorů jako hlavních prediktorů vedoucích k chronicitě, zejména při nezlepšování stavu a zvážení vlivu psychosociálních a pracovních problémů (yellow flags).
7. Při vytváření nových algoritmů v diagnostice a léčbě bolesti se musí nutně vycházet z principů evidence based medicine.

Závěr

Bolesti zad se staly závažným celosvětovým medicínským i společensko-ekonomickým problémem, který si žádá neodkladné řešení. Péče o nemocné s bolestmi zad, zvláště s chronickými, spotřebovává vysokou část nákladů nemocenského a sociálního pojištění. Účinné přístupy k jejich

racionalnímu řešení se snaží nacházet týmy odborníků v mnoha zemích, zejména ekonomicky vyspělých. I když existují rozdílné názory na dílčí problémy, v jednom panuje naprostá shoda: pouze multidisciplinární přístup s využitím moderních poznatků o biopsychosociální podstatě a charakteru BZ může být cestou k dosažení východiska z této nepříznivé situace (3, 8, 12).

Podporováno výzkumným úkolem

RG 0021620816/2005–2011.

Převzato a upraveno

z *Neurol. praxi* 2010; 11(3): 183–187.

Literatura

1. Fordyce WE. Back pain in the workplace. IASP Press, Seattle 1995: 5–65.
2. Vrba I, Neradilek F. Bolesti zad (seriál léčba bolesti). Zdravotnické noviny 17/2003: 29–31.
3. Waddell G. The back pain revolution, second edition, Churchill Livingstone 2004: 9–459.

4. Vrba I. Komentář ke článku systém „červených praporků“ v diagnostice a terapii bolestí zad. *Bolest* 2004; (Suppl. 2): 27–31.
5. Bogduk N, McGuirk B. Medical Management of Acute nad Chronic Low Back Pain. *Pain Research and Clinical Management*. Elsevier 2002: 115–204.
6. Bednařík J, Kadaňka Z. Bolesti v zádech. In: Rokyta R, a kol. *Bolest*. Tegis, spol. s.r.o., Praha 2006: 485–507.
7. Neradilek F. Multidisciplinární řešení bolestí zad. *Medicina po promoci* 2006; 6: 71–78.
8. Kadaňka Z. Bolesti jako psychologický problém. *Neurol. pro Praxi* 2009; 2: 86–90.
9. Krismer M, Van Tulder M. Low back pain (non-specific). *Best Practice and research Clinical Rheumatology* 2007; 21: 77–91.
10. Barsa P, Häckel M. Systém „červených praporků“ v diagnostice a terapii bolestí zad. *Bolest* 2004, Supplementum 2: 15–19.
11. Schofferman J. Failed back surgery: Etiology and diagnosis evaluation. *The Spine Journal* 2003; 3: 400–403.
12. Van Tulder M., Koes B. Low back pain. *Wall and Melzack's textbook of pain*. 5th Edition. Elsevier 2006: 699–708.
13. Kol. autorů. Farmakologie akutní a chronické nenádorové bolesti. *Bolest* 2008; (suppl.).
14. Štětkařová I, Vrba I. Intratekální podávání baklofenu v léčbě těžké spasticity. *Bolest* 2006; 2: 76–82.
15. Waddell G. The back pain revolution. *Churchill Livingstone*. 1998: 10–280.
16. Vrba I, Kozák J. Možnosti moderních přístupů k prevenci a léčbě bolestí dolní části zad. *Zdravotnické noviny-Lékařské listy* 2005; 25: 15–17.
17. Long D. Surgical treatment for back and neck pain. *Wall and Melzack's textbook of pain*. 5th Edition. Elsevier 2006: 683–697.

MUDr. Ivan Vrba*ARO Nemocnice Na Homolce, Praha**Roentgenova 2, 158 00 Praha 5**ivan.vrba@homolka.cz*
