Tab. 5. *Pokračování z předešlé strany*

Rozsáhlejší porucha čití (na dolních končetinách)				+	+
Porucha/abnormita chůze				+	+
Významné omezení flexe v bederní etáži					+
Absence flexe v úrovni 5. bederního obratle					+
Ranní ztuhlost					+

Tab. 6. *Přehled psychosociálních faktorů (žluté praporky) významných pro rozvoj chronicity a invalidity při bolestech zad v bederní oblasti dle Vrba I, 2004*

Související s:	
prací a zaměstnáním	veškerá bolest musí být odstraněna před opětným nástupem do práce či návratem ke koníčkům
	očekávání zvýšení bolestí 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 bolestí
	nízká úroveň edukace/vzdělání
chováním	pasivní přístup k rehabilitaci a ke cvičení
	nadužívání nadměrného klidu a nehybnosti
	omezení aktivity, zejména obyčejných denních aktivit
	vyloučení normální aktivity
	zhoršení spánku pro bolest
	zvýšená spotřeba alkoholu a podobných látek k odstranění bolesti, kouření
	neúměrné nadhodnocení bolesti (VAS 10)
afektivitou	deprese
	pocity neužitečnosti a nepotřebnosti
	podrážděnost
	znepokojení ze zvýšené tělesné citlivosti
	omezení a nezajímání se o společenské aktivity
	nadměrně a přehnaně se starající partner
	sociálně a společensky omezující nebo o nemocného se nezajímající partner
	nedostatek možností hovořit o svých problémech
finančními otázkami (kompenzace)	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)

známkou aktivního zánětlivého procesu, chronické zánětlivé změny se pak zobrazují jako eroze nebo tuková metaplazie v T1 vážených obrazech). Vyšetření MR je cennou pomůckou ve včasné detekci a diagnostice nemocných. Poměr pohlaví je rozdílný u axSpA, respektive AS, převažují muži nad ženami, naopak u nr-axSpA je poměr pohlaví stejný. Přítomnost antigenu HLA-B27 (human leukocyte antigen B27) je u AS pozitivní u 95 % pacientů, ale u nr-axSpA je přítomen mezi 70–90 % (14, 16, 17). Je srovnatelná závažnost mezi ax-SpA a nr-axSpA a terapeutický přístup je obdobný včetně farmakologické i nefarmakologické léčby. Mezi nefarmakologické postupy patří pravidelné domácí cvičení včetně cílené fyzioterapie k zachování hybnosti a soběstačnosti pacienta. Nesteroidní antirevmatika (NSA) jsou základní terapií nekomplikovaných SpA, pokud není aktivita choroby dostatečně kontrolována, je indikována biologická terapie (bDMARD). Mechanismem účinku bDMARD je inhibice klíčových enzymů podílejících se na patogenezi SpA (tumor nekrotizující faktor α, TNFα; interleukin 17, IL-17) (Obr. 2) (18). Terapie a bližší rozbor problematiky SpA přesahuje rozsah tohoto textu.

Stručná charakteristika klinických syndromů vedoucích k BZ v jednotlivých etážích páteře

Krční páteř

Strukturální degenerativní změny meziobratlových kloubů a projevy diskopatie mohou vést k rozvoji poruchy funkce a vzniku úžinových syndromů. Útlak nervových struktur, ať už je to komprese nervů či míšní