

je 4000–5000 mg, při jednotlivých dávkách 500–1000 mg. Závažným nežádoucím účinkem je riziko dřeňového útlumu obzvláště u dlouhodobého podávání. Metamizol je vhodný pro zvládnutí průlomové bolesti. NSA jsou efektivní analgetika a účinek závisí na velikosti dávky. NSA by měla být podávána co nejkratší dobu v co nejmenších účinných dávkách. Je nutné zhodnotit kontraindikace, farmakologické interakce a nežádoucí účinky NSA obzvláště u polymorbidních nemocných (kardiovaskulární, gastrointestinální, renální). Mechanismus účinku NSA spočívá hlavně v inhibici enzymů cyklooxygenázy (COX), které jsou zodpovědné mimo jiné za přeměnu kyseliny arachidonové na prostaglandiny. NSA mají dle své selektivity schopnost inhibice COX1 a COX2, preferovány jsou NSA s převažující selektivitou ke COX2. COX1 je syntetizován v celé řadě orgánů a podílí se na jejich fyziologické funkci, zatímco hladina COX2 výrazně stoupá při zánětlivých pochodech a traumatu a podílí se na vzniku bolesti. Mezi neselektivní inhibitory COX patří např. idometacin, diclofenac, ibuprofen a další, preferenční inhibitory COX-2 jsou nimesulid, meloxicam a mezi selektivní COX-2 inhibitory patří celecoxib. COX-2 selektivní preparáty mají stejný analgetický účinek při nižším výskytu nežádoucích účinků ve srovnání s neselektivními NSA, nicméně jisté opatrnosti je nutné u nemocných se srdečním selháváním vzhledem k jejich potenciální kardiotoxicitě. Slabé opioidy jsou u akutní BZ indikovány pouze výjimečně (tramadol, dihydrokodein). Krátkodobá terapie je možná kombinovanými preparáty s paracetamolem využívajícími synergických účinků se slabým opioidem (paracetamol + tramadol, paracetamol + kodein). Názory na využití myorelaxancií se liší a obecně nejsou u akutních bolestí doporučována, nicméně pokud to stav vyžaduje, jejich délka užívání by neměla přesáhnout 5–7 dní. Pokud je možnost, dá se využít i lokální terapie v podobě obstríků glukokortikoidy. Klid na lůžku je vhodný v akutní fázi, nicméně s co možná nejčasnějším návratem k fyzické aktivitě. Rehabilitační terapie má svůj efekt společně s úpravou pohybových stereotypů. Eventuálně akupunktura či manipulační terapie (2, 9, 15, 24).

## LITERATURA

1. Adamová B. Bolesti páteře. In: Hakl M a kol. Léčba bolesti. Mladá fronta, Praha, 2013: 170–182.
2. Hakl M. Léčba bolestí zad Čas. Lék. čes. 2018;157:62–66.
3. Barnett R, Ingram T, Sengupta R. Axial spondyloarthritis 10 years on: still looking for the lost tribe. Rheumatology (Oxford). 2020 Oct 1;59(Suppl4):iv25–iv37.
4. Conen AE, Schoenenberger RA. A pain in the back. Lancet. 2006 Jan 21;367(9506):240.
5. Danve A, Deodhar A. Axial spondyloarthritis in the USA: diagnostic challenges and missed opportunities. Clin Rheumatol 2019;38:625–34.
6. Sieper J, van der Heijde D, Landewe R et al. New criteria for inflammatory back pain in patients with chronic back pain: a real patient exercise by experts from the Assessment of Spondylo Arthritis International Society (ASAS). Ann Rheum Dis 2009;68:784–8.
7. Bogduk N. On the definitions and physiology of back pain, referred pain, and radicular pain. Pain. 2009;15;147(1–3):17–9.
8. Imboden JB, Hellman DB, Stone JH et al. Current diagnosis and treatment, Rheumatology, third edition. New York: McGraw-Hill Medical; 2013.
9. Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM et al. Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. Ann Intern Med. 2017;4;166(7):514–530.
10. Verhagen AP, Downie A, Popal N et al. Red flags presented in current low back pain guidelines: a review. Eur Spine J. 2016;25(9):2788–2802.
11. Vrba, I. Diferenciální diagnostika bolesti zad. Med Pro Praxi. 2008;5:208–212.
12. Scheinost M, Němejcová K, Pudlač A et al. Difuzní idiopatická skeletární hyperostóza. Vnitř Lék. 2014;60(5–6):442–447.
13. Vrba I. Komentáře ke článku Systém „červených praporek“ v diagnostice a terapii bolestí zad. Bolest. 2004;7(Suppl 2/2004):27–31.

**Chronické BZ** – vyžadují multidisciplinární přístup a jejich prognóza je horší než u akutních BZ. Cílem léčby je efektivní kontrola bolesti a návrat pacienta do pracovního zařazení. Terapie bolesti u chronické BZ je většinou řízena specialisty z ambulance bolesti. Farmakologická terapie zahrnuje analgetika, myorelaxancia a podpůrná farmaka, např. antidepresiva (např. venlafaxin, duloxetin), antikonvulziva (gabapentin, pregabalin). Infuzní terapie je další možností terapie BZ zejména u nemocných s radikulární BZ, úžinových syndromů a dalších. Analgetická infuzní směs obvykle obsahuje analgetickou a myorelaxační složku, např. kombinovaný preparát s diklofenakem a orfenadrinem. Rehabilitační a fyzikální léčba je součástí dlouhodobé léčby spjatá se školou zad. Psychologická podpora je vhodná, obzvláště pokud jsou přítomny žluté praporky. Po vyčerpání terapeutických možností stojí jako poslední v řadě invazivní metody – blokády, neuromodulace, radiofrekvenční neurolyza, eventuálně neurochirurgické výkony (2, 9, 15, 24).

## Závěr

BZ patří k jednomu z nejčastějších důvodů vyhledání lékařského ošetření. BZ postihnou v průběhu života prakticky každého jedince. Předpokládá se, že 85–95 % akutních BZ tvoří prosté BZ bez strukturální příčiny, přibližně 5–10 % má příčinu v degenerativních-spondylogenních změnách páteře, jen asi 1% BZ má jiný než degenerativní podklad (11, 15). Zánětlivá chronická BZ patří k hlavním projevům axSpA a cíleným odebráním anamnézy lze rizikové jedince včas identifikovat a odeslat k revmatologickému vyšetření. Včasné objasnění původu BZ s adekvátním algoritmem vyšetření k vyloučení závažných život ohrožujících stavů je základem pro úspěšnou léčbu a dobrou prognózu nemocného. Systém červených praporek pomáhá identifikovat jedince, u kterých BZ může signalizovat závažné onemocnění. Péče o nemocného s chronickými BZ vyžaduje často multidisciplinární přístup celé řady specializací.

*Podpořeno projektem (Ministerstva zdravotnictví) koncepčního rozvoje výzkumné organizace 023728 (Revmatologický ústav).*

14. Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewe R et al. The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part II): validation and final selection. Ann Rheum Dis., 2009;68:777–783.
15. Ostrý S, Štětkařová I, Korsa J et al. Stanovisko České neurologické společnosti ČLS JEP k organizaci péče o pacienty s akutní bolestí zad v bederní úrovni u dospělých. Czech Slov Ne urol N. 2020;83/116(6):659–666.
16. Sieper J, Rudwaleit M. Early referral recommendation for ankylosing spondylitis (including pre-radiographic and radiographic forms) in primary care. Ann Rheum Dis., 2005;64:659–663.
17. Zeidler H, Amor B. The Assessment in Spondyloarthritis International Society (ASAS) classification criteria for peripheral spondyloarthritis and for spondyloarthritis in general: the spondyloarthritis concept in progress. Ann Rheum Dis., 2011;70:1–3.
18. Pavelka K a Výbor České revmatologické společnosti Doporučení České revmatologické společnosti pro farmakologickou léčbu axiálních spondyloartritid Část I. Strategie léčby a farmakoterapie Čes. Revmatol. 2021;29(1):5–19
19. Popescu A, Lee H. Neck Pain and Lower Back Pain. Med Clin North Am. 2020;104(2):279–292.
20. Cohen SP. Epidemiology, diagnosis, and treatment of neck pain. Mayo Clin Proc. 2015 Feb;90(2):284–99.
21. McConaghy JR, Oza RS. Outpatient diagnosis of acute chest pain in adults. Am Fam Physician. 2013, 1;87(3):177–82.
22. Melancia JL, Francisco AF, Antunes JL. Spinal stenosis. Handb Clin Neurol. 2014;119:541–9.
23. Koes BW, van Tulder M, Lin CW et al. An updated overview of clinical guidelines for the management of nonspecific low back pain in primary care. Eur Spine J 2010; 19(12):2075–2094.
24. Bijlsma J WJ et al. EULAR Compendium on Rheumatic Diseases. BMJ Publishing Group Ltd. 2009;477–485.