proLékaře.cz | 6.11.2026

doi: 10.48095/cccsnn2020659

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

Czech Neurological Society CMA JEP expert opinion for primary care management of acute low back pain in adults

Redakční rada potvrzuje, že rukopis práce splnil ICMJE kritéria pro publikace zasílané do biomedicínských časopisů.
The Editorial Board declares that the manuscript met the ICMJE "uniform requirements" for biomedical papers.

S. Ostrý[1,2], I. Štětkářová[3], J. Korsa[4,5], J. Bednařík[6]

[1] Neurologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.
[2] Neurochirurgická a neuroonkologická klinika 1. LF UK a ÚVN – VFN, Praha
[3] Neurologická klinika 3. LF UK a FN Královské Vinohrady, Praha
[4] Rehabilitační oddělení, Oblastní nemocnice Příbram, a.s.
[5] Neurologické oddělení, Oblastní nemocnice Příbram, a.s.
[6] Neurologická klinika LF MU a FN Brno

✉
MUDr. Svatopluk Ostrý, Ph.D.
Neurologické oddělení
Nemocnice České Budějovice, a.s.
B. Němcové 585/54
370 01 České Budějovice
e-mail: ostry@nemcb.cz

Přijato k recenzi: 7. 10. 2020
Přijato do tisku: 12. 11. 2020

Souhrn
Péče o velmi frekventované obtíže, jako jsou bolesti zad, má být strukturovaná a racionální. Bolest zad v bederní oblasti 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 v bederní oblasti a současně předložit doklady o oprávněnosti a bezpečnosti tohoto způsobu léčby. Proto byl vytvořen souhrnný materiál popisující péči o pacienty s akutní bolestí zad v bederní oblasti. Text je strukturován do dvou částí. První, stručná, má formu tzv. desatera. Popisuje heslovitě logický sled kroků diagnostiky a způsobu léčby. Umožňuje rychlou orientaci a měla by sloužit v každodenní praxi. Druhá, podrobnější, obsahuje vysvětlující text, který slouží k upřesnění a bližšímu seznámení se stávajícími doporučeními. Chceme, aby materiál sloužil jako opora každodenní práce všeobecného praktického lékaře a spolupracujících specialistů v péči o akutní bolesti zad v bederní oblasti.

Abstract
Care for common problems like back pain needs to be structured and rational. Low back pain 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 and, at the same time, to present 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. 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 cooperating in the care of patients with acute low back pain.

Klíčová slova
akutní bolest zad v bederní oblasti – varovné příznaky – červené praporky – psychosociální faktory – žluté praporky – zainteresování pacienta – psychosociální léčba – nesteroidní protizánětlivé léky

Key words
acute low back pain – warning signs – red-flags – psychosocial factors – yellow-flags – patient selfcare involvement – psychosocial treatment – nonsteroidal anti-inflamatory drugs

proLékaře.cz | 6.11.2026

Akutní bolesti zad v bederní úrovni (low back pain; LBP), zkráceně bolesti zad, jsou považovány spíše za symptom než za onemocnění. Netýkají se jiných etáží páteře, tj. krční ani hrudní. Specifikem LBP je **nemožnost stanovit přesnou příčinu** vč. strukturálního korelátu, 40–58 % bolestí během 4–6 týdnů **plně odeznívá** a všeobecně mají **dobrou prognózu**. Závažný strukturální podklad LBP je přítomen v < 1 %.

Dle platných doporučených postupů je lékařem prvního kontaktu všeobecný praktický lékař (VPL).

Desatero péče o pacienta s akutní bolestí zad v bederní úrovni

1. Lékařem prvního kontaktu při bolestech zad je **VPL**. Vyšetření VPL spočívá v provedení vstupní triáže do 3 skupin: 1) *nespecifické* bolesti zad; 2) bolesti zad s *neurogenní* poruchou a 3) *specifické* bolesti zad. Vstupní triáž provádí VPL pomocí **anamnézy** (zaměřené na mechanizmus a okolnosti vzniku bolestí a komorbidity), **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) (tab. 1) [1]. **Významné red-flags** jsou pro malignitu, frakturu a zánět.
3. **Neurogenní porucha** hrozí, když se vyskytují rychle progredující nebo víceetážový neurologický deficit, nápadná paréza (nelze provést stoj na patě, nelze provést flexi v kyčli), náhlá močová retence (vysoce senzitivní pro syndrom kaudy).
4. Pomýšlet na **extraspinální příčinu** bolestí při netypické lokalizaci bolestí nebo při netypických příznacích (dušnost, bolesti břicha, bolesti přechodu hrudní/bederní páteře, 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 (žluté praporky – **yellow-flags**) ukazujících na riziko chronického průběhu. Zpřesnění pomocí prognostických skríningových 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:* nesteroidní antirevmatika (non-steroidal anti-inflammatory drugs; NSAID), alternativou jsou krátkodobě slabé opioidy (obojí možné v kombinaci s paracetamolem). Kořenová bolest – pregabalin, gabapentin nebo inhibitory zpětného vychytávání dopaminu a noradrenalinu (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 obstřik. Nepoužívat necílené obstřiky a radiofrekvenční ablace. *Chirurgická:* indikována při grafickém průkazu závažné patologie korelující s klinickými příznaky.
10. **Vyšetření specialistou** je indikováno při podezření na závažnou patologii, při 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 v bederní oblasti [1].

Varovný příznak (red-flag)		patologie				
		malignita	fraktura	infekce	syndrom 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 vleže 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				+		+
abusus i.v. drog				+		+
imunodeficience/HIV/AIDS				+		+
dysfunkce močového měchýře – náhle vzniklá (retence, paradoxní ischurie)					+	+

proLékaře.cz | 6.11.2026

Úvod

Akutní bolest zad 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 byla vypracována řada národních doporučených postupů péče o tyto pacienty pro sféru primární péče [2–10]. Česká lékařská společnost JEP vydala své doporučené postupy [11–14]. Ve zmíněných doporučeních panuje všeobecná shoda, že úvodní management a péče o pacienty s nekomplikovaným průběhem bolestí zad přísluší VPL [2–7,9–15].

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 [16].

Za akutní jsou považovány bolesti zad trvající < 4, resp. 6 týdnů [8,17–19]. Dolní časová hranice pro chronické bolesti se uvádí 12 týdnů [6,7].

Dokument se nezabývá bolestmi hrudní a krční páteře, problematikou dětí, těhotných žen, pooperačními ani poúrazovými stavy.

Epidemiologie

Průměrná prevalence LBP je 18,3 %, měsíční 30,8 % a roční 38,1 % [20,21]. Vrchol výskytu je mezi 40 a 69 lety, u žen častěji (35,3 %) než u mužů (29,4 %) [22]. Celkem 39–58 % populace s LBP vyhledá lékařskou pomoc [21,23,24]. Tento počet tvoří 1,8–4,7 % z celkové klientely VPL [25]. Obtíže spontánně rychle odeznívají. Během 4–6 týdnů dojde k úplné restituci bolestí u 40–58 % a disability u 55–58 % pacientů. Za 6–12 měsíců dochází k úpravě bolestí u 72,5–85 %, disability u 83,3–86 % pacientů [19,21,26]. Přibližně u třetiny osob přetrvávají významnější obtíže déle než rok. U 20 % jsou obtíže limitující, ve 2–7 % se LBP stávají chronickými [19,27]. K recidivám dochází během 3 měsíců v 19–34 %, do 1 roku u 24–84 % jedinců [19,20,28].

Diagnostika

Hlavním cílem je odhalit strukturální příčinu LBP. 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 [6]. Měl by obsahovat: Lasègueův 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 praporků, tzv. red-flags [1,29–32].

Na základě triáže je pacient zařazen do jedné ze tří skupin:

1) nespecifické bolesti zad;
2) bolesti zad s neurogenní poruchou (radikulopatie vč. bederní stenózy a syndromu kaudy);
3) specifické bolesti zad (nemají nic společného se specifickými záněty).

Celkem 85–95 % akutních bolestí zad jsou **nespecifické bolesti zad** (tj. nemají strukturální příčinu). Přibližně 5–10 % má příčinu degenerativně-spondylogenní, < 1 % bolestí zad má jiný než degenerativní strukturální podklad [2,33–36].

Pro **neurogenní poruchu** svědčí rychle progredující nebo víceetážový neurologický deficit, nápadná paréza (nelze provést stoj na patě, nelze provést flexi 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 přítomna retence, pak je syndrom kaudy krajně nepravděpodobný (výskyt jen u 0,1 ‰) [37].

Za **specifické patologie** jsou považovány malignita, fraktura, zánět (vč. autoimunitního). Celkem je evidováno 46 různých varovných příznaků (red-flags) (tab. 2). Neexistují jednotná terminologie ani přesné vymezení termínů, jen ojediněle je spolehlivost příznaků ověřena [1].

Tab. 2. Přehled varovných příznaků (red-flags) pro závažnou patologii při bolestech zad v bederní oblasti. Souhrnný a úplný výčet doposud zveřejněných varovných příznaků užívaných v existujících v klinických doporučeních a guidelines [1].

Varovný příznak (red-flag)		patologie				
		malignita	fraktura	infekce	syndrom 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 vleže na břiše)	+		+		+
	konstantní, neprogredující, nemechanická					+
	na více místech	+				
	trvající > 1 měsíc	+				
	náhlý začátek (a současně lehké trauma, kortikosteroidy, deformita)		+			
	citlivost proc. spinosus			+		
	vyzařující do obou dolních končetin				+	
	vyzařující po zadní straně dolní končetiny („ischias")				+	
	v hrudníku nebo břišní bolest					+
	vzrůstá ve flexi					+
	vzrůstá navzdory léčbě					+

proLékaře.cz | 6.11.2026

Tab. 2 – pokračování. Přehled varovných příznaků (red-flags) pro závažnou patologii při bolestech zad v bederní oblasti. Souhrnný a úplný výčet doposud zveřejněných varovných příznaků užívaných v existujících v klinických doporučeních a guidelines [1].

Varovný příznak (red-flag)		patologie				
		malignita	fraktura	infekce	syndrom kaudy	nespecifické
nezlepšení obtíží při léčbě (> 4–6 týdnů)		+				
věk	< 20 let					+
	> 50 let	+				+
	> 60 let		+			
	vysoký věk	+				
	vysoký věk > 70 let	+	+			
zvýšená sedimentace		+				+
celková slabost		+				+
vícečetné onkologické rizikové faktory		+				
silné klinické podezření		+				
snížená chuť k jídlu		+		+		
rychlá únavnost		+		+		
progredující příznaky		+				
teplota ≥ 38 °C		+		+		+
paraparéza dolních končetin		+				
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					+	
progredující chabá paréza dolních končetin					+	+
rozsáhlejší porucha čití (na dolních končetinách)					+	+
porucha/abnormita chůze					+	+
významné omezení flexe v bederní etáži						+
absence flexe v úrovni 5. bederního obratle						+
ranní ztuhlost						+

proLékaře.cz | 6.11.2026

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) [1,2].

V případě pozitivní onkologické anamnézy vzrůstá relativní riziko metastatického postižení páteře 14,7×, absolutně to znamená vzestup z 0,7 na 9–33 % [5,18,38].

Kumulativní nárůst rizika kompresivní fraktury byl prokázán u těchto příznaků:

- ženské pohlaví;
- věk > 70 let;
- významné trauma;
- chronické užívání kortikosteroidů.

Jsou-li přítomny tři z uvedených příznaků, vzrůstá relativní riziko kompresivní fraktury obratle 218×, absolutně to znamená vzestup ze 4 na 52–90 % [1,36].

Současně je doporučeno zohlednit možné mimospinální příčiny, např. pankreatitidu, nefrolitiázu, akutní infarkt myokardu, aneuryzma aorty, vředovou chorobu, systémové onemocnění apod. [5].

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 zvyšujícími riziko chronifikace a recidiv obtíží. Upřednostňováno je časné a strukturované vyhledávání yellow-flags (tab. 3) [39,40], tzn. při prvním vyšetření každé ataky kombinace rozhovoru a skríningových dotazníků (STarT Back nebo Örebro) [7,41,42].

Nedoporučuje se paušální indikace zobrazovacích vyšetření u nespecifických LBP, zvláště při první návštěvě [6]. 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 [2,3,5–7,43–45]. 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 [3]. Skiagrafie může odhalit změny pouze na skeletu. MR je upřednostněna před CT.

Diagnosticko-terapeutický algoritmus akutních bolestí zad je zobrazen na obr. 1.

Tab. 3. Přehled psychosociálních faktorů (yellow-flags) významných pro rozvoj chronicity a invalidity při bolestech zad v bederní oblasti. Strukturováno dle příslušné související oblasti [40].

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
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
	diskuse až pře o způsobilosti nemocného k určité práci (otázka pracovní neschopnosti)

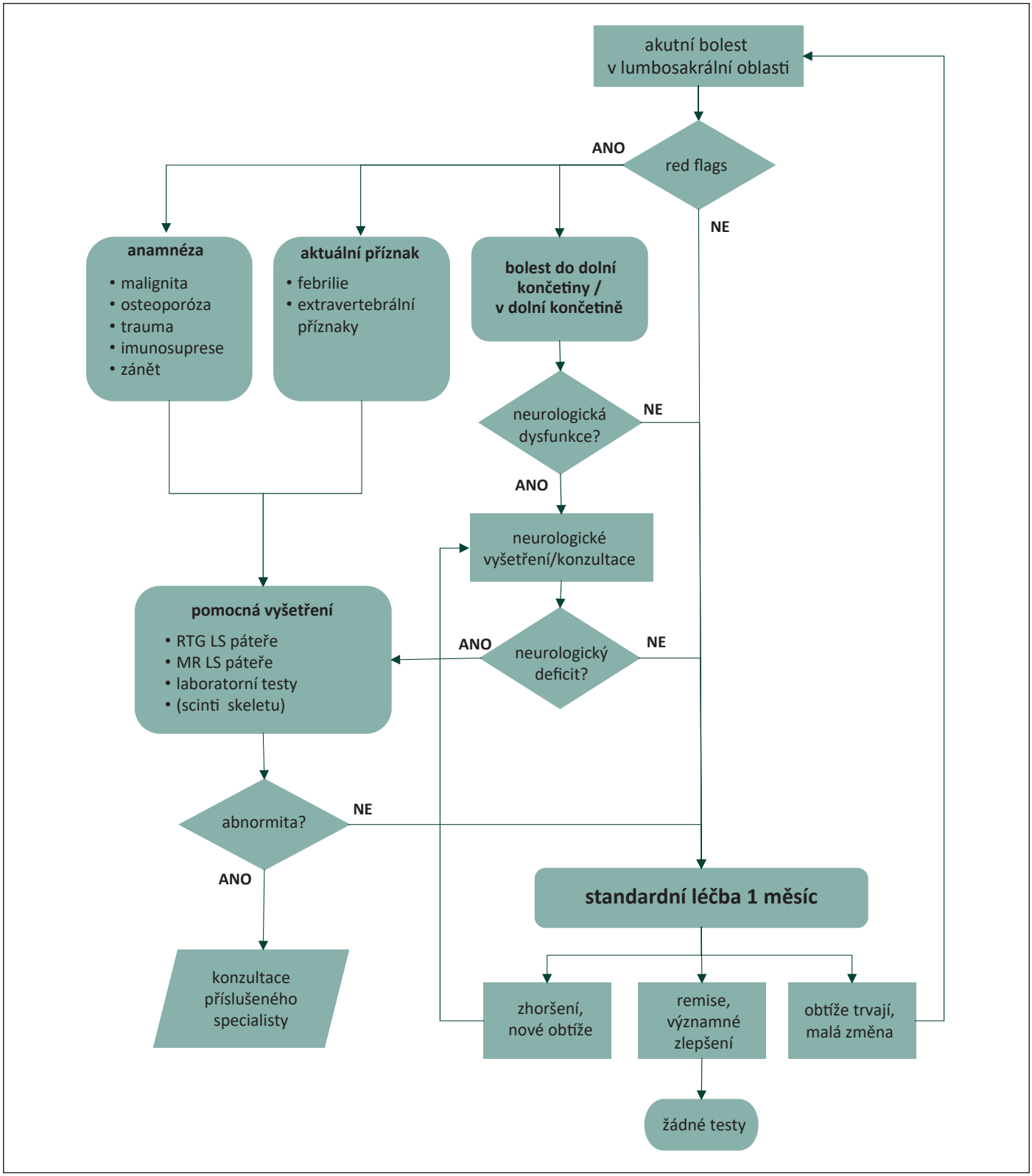
Léčba

Farmakologická léčba

Souhlasná nebo převažující doporučení jsou pro podávání 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 mechanizmu účinků léčiv [2–4,8,47–49]. Selektivní preparáty (cyklooxygenáza; COX-2) 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) v případě neúčinnosti, nevhodnosti nebo kontraindikace NSAID, případně při neúčinnosti jiných postupů [2,3,7,10].

proLékaře.cz | 6.11.2026



Obr. 1. Diagnosticko-terapeutický algoritmus akutních bolestí zad v lumbosakrální (LS) oblasti (převzato a upraveno z [15]).
O indikaci pomocných vyšetření (MR, 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).

Fig. 1. Diagnostic-therapeutic acute low back pain algorithm flowchart (adjusted according to [15]).
Auxiliary examinations (MRI, electrophysiological examinations) are up to specialist (neurologist, neurosurgeon, orthopedics) indication. Cauda equina dysfunction symptomps (sphincter dysfunction, perianogenital hypoesthesia, bilateral lower extremity pain and paresis) is a matter of urgent consultation.

proLékaře.cz | 6.11.2026

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) [51–53].

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) [3,8,54–56].

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 ke snížení a vymizení příznaků. Efekt není závislý na formě předání informací, vč. letáků, manuálů, bulletinů, multimediálních spotů, podcastů apod. [2–4,8]; zainteresování pacienta do vlastního léčebného procesu [2]; minimalizace klidu na lůžku [2,4,9]; aktivizace a podpory obnovy běžných denních a pracovních činností [2,3]. Pozitivní, avšak krátkodobý efekt přináší fyzikální léčba (aplikace suchého tepla) [8].

Manuální terapie, fyzioterapie, masáže, akupunktura nemají jasný průkaz účinnosti [8,57–60]. Doporučeno je selektivní použití dle efektu předchozích opatření na základě prognostického skríningu dotazníků (STarT Back nebo Örebro) [21,41,42].

Doporučuje se individuálně přizpůsobená aktivní a multidisciplinární fyzioterapie před pasivním cvičením [3]. Není však dostatek validních dat o jejím obsahu, délce a frekvenci cvičení [2].

Pozitivní vliv má individuálně přizpůsobená psychosociální léčba, zvláště kognitivně-behaviorální terapie [3]. Kombinace fyzioterapie a psychosociální léčby přináší další benefit [3].

Výslovně nedoporučeny jsou klid na lůžku přesahující 2–3 dny, elektroléčebné postupy, bederní a peroneální ortézy, stélky a balanční podrážky [3,8].

Převažují doklady o neúčinnosti pasivní fyzioterapie, trakce (zvláště přístrojové) a nízkoenergetického laseru [3,8].

Invazivní léčba

Pro invazivní léčbu lze použít epidurální aplikaci lokálních anestetik a steroidů (kaudální blokáda) kromě centrální spinální stenózy, případně cílený transforaminální obstřik [3,10]. Nedoporučují se necílené spinální injekce/obstřiky, radiofrekvenční ablace ani chirurgická léčba [2,3,10].

Chirurgická léčba

Prosté bolesti zad nejsou indikací pro chirurgickou léčbu [2,3]. 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 [3]. Je třeba zachovat uvedenou posloupnost od klinických příznaků přes vysvětlující grafický nález po 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 [2,3,9,10];
- nedostatečný efekt odpovídající konzervativní léčby v intervalu 1–24 měsíců [2,4,9,11]. Interval přizpůsobit povaze příznaků.

Konflikt zájmů

Autoři deklarují, že v souvislosti s předmětem práce nemají žádný konflikt zájmů.

Literatura

1. 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. doi: 10.1007/s00586-016-4684-0.

2. Gatchel RJ, Rollings KH. Evidence informed management of chronic low back pain with cognitive behavioral therapy. Spine J 2008; 8(1): 40–44. doi: 10.1016/j.spinee.2007.10.007.

3. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management. NICE – National Institute Healthcare Excellence 2016. [online]. Available from URL: https://www.nice.org.uk/guidance/ng59/resources/low-back-pain-and-sciatica-in-over-16s-assessment-and-management-pdf-1837521693637.

4. Agency for Clinical Inovation. Management of people with acute low back pain: model of care. [online]. Available from URL: https://www.aci.health.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0007/336688/acute-low-back-pain-moc.pdf.

5. Chou R, Qaseem A, Snow V et al. 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. doi: 10.7326/0003-4819-147-7-200710020-00006.

6. 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. doi: 10.1007/s00586-010-1502-y.

7. 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. doi: 10.1007/s00586-018-5673-2.

8. Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM et al. 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. doi: 10.7326/M16-2367.

9. Stochkendahl 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. doi: 10.1007/s00586-017-5099-2.

10. Van Wambeke P, Desomer A, Ailliet L et al. Low back pain and radicular pain: evaluation and management. [online]. Available from URL: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_287_Low_back_pain_Report.pdf.

11. Bednařík J, Kadaňka Z. Akutní bolesti v lumbosakrální oblasti z pohledu neurologa. ČNS JEP 2002. [online]. Dostupné z URL: https://www.czech-neuro.cz/content/uploads/2018/07/t267.pdf.

12. Muller I, Kacerovský P. Bolesti zad vertebrogenního původu. ČLP JEP 2001. Reg. č. a/109/074.

13. Skála B, Effler J, Herle P et al. Bolesti zad – vertebrogenní algický syndrom 2011. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP; 2011.

14. Skála B, Herle P, Neradílek F et al. Bolesti pohybového aparátu obecně. Bolesti zad, bolesti hlavy – možnost léčby. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP; 2014.

15. Bednařík J, Vlčková E. Nejčastější bolesti v ordinaci praktického lékaře. Bolesti zad. In: Rokyta R (ed.). Léčba bolesti v primární péči. 1. vyd. Praha: Grada Publishing 2017: 19–39.

16. van Tulder M, Becker A, Bekkering T et al. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. Eur Spine J 2006; 15 (Suppl 2): S169–191. doi: 10.1007/s00586-006-1071-2.

17. Cherkin DC, Deyo RA, Loeser JD et al. An international comparison of back surgery rates. Spine (Phila Pa 1976) 1994; 19(11): 1201–1206. doi: 10.1097/0000 7632-199405310-00001.

18. Deyo RA, Diehl AK. Cancer as a cause of back pain: frequency, clinical presentation and diagnostic strategies. J Gen Intern Med 1988; 3(3): 230–238. doi: 10.1007/BF02596337.

19. Pengel LH, Herbert RD, Maher CG et al. Acute low back pain: systematic review of its prognosis. BMJ 2003; 327(7410): 323. doi: 10.1136/bmj.327.7410.323.

20. Hoy D, Brooks P, Blyth F et al. The epidemiology of low back pain. Best Pract Res Clin Rheumatol 2010; 24(6): 769–781. doi: 10.1016/j.berh.2010.10.002.

21. Maher C, Underwood M, Buchbinder R. Non-specific low back pain. Lancet 2017; 389(10070): 736–747. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30970-9.

22. 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. doi: 10.1002/art.34347.

23. 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. doi: 10.1097/00007632-199602010-00018.

24. Ferreira ML, Machado G, Latimer J et al. Factors defining care-seeking in low back pain – a meta-analysis of population based surveys. Eur J Pain 2010; 14(7): 747. doi: 10.1016/j.ejpain.2009.11.005.

25. 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. doi: 10.1097/00007632-199501000-00003.

proLékaře.cz | 6.11.2026

26. 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(7662): a171. doi: 10.1136/bmj.a171.
27. Koes BW, van Tulder MW, Thomas S. Diagnosis and treatment of low back pain. BMJ 2006; 332(7555): 1430–1434. doi: 10.1136/bmj.332.7555.1430.
28. Stanton TR, Henschke N, Maher CG et al. 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. doi: 10.1097/BRS.0b013e31818a3167.
29. Acute low back pain problems in adults. Clinical practice guideline 14. [online]. Available from: https://chiro.org/Low_Back_Pain/Acute_Lower_Back_Problems_in_Adults.html.
30. Barsa P, Hackel M. Systém „červených praporků" v diagnostice a terapii bolestí zad. Bolest 2004; 7 (Suppl 2): 15–19.
31. Štětkářová I, Chrobok J. Vertebrogenní onemocnění. In: Štětkářová I (ed.). Spinální neurologie. Praha: Maxdorf 2019: 361–385.
32. Štětkářová I. Bolesti zad. Med pro Praxi 2007; 3: 124–127.
33. Bardin LD, King P, Maher CG. Diagnostic triage for low back pain: a practical approach for primary care. Med J Aust 2017; 206(6): 268–273. doi: 10.5694/mja16.00828.
34. Underwood MR, Dawes P. Inflammatory back pain in primary care. Br J Rheumatol 1995; 34(11): 1074–1077. doi: 10.1093/rheumatology/34.11.1074.
35. van Tulder MW, Assendelft WJ, Koes BW et al. Spinal radiographic findings and nonspecific low back pain. A systematic review of observational studies. Spine (Phila Pa 1976) 1997; 22(4): 427–434. doi: 10.1097/00007632-199702150-00015.
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. doi: 10.1002/art.24853.
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. doi: 010.1136/bmj.f7095.
39. Nicholas MK, Linton SJ, Watson PJ et al. 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. doi: 10.2522/ptj.20100224.
40. Vrba I. Komentáře ke článku Systém „červených praporků" v diagnoistice 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. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60937-9.
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. doi: 10.1097/00002508-200303000-00002.
43. Chou R, Fu R, Carrino JA et al. Imaging strategies for low-back pain: systematic review and meta-analysis. Lancet 2009; 373(9662): 463–472. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60172-0.
44. Webster BS, Bauer AZ, Choi Y et al. Iatrogenic consequences of early magnetic resonance imaging in acute, work-related, disabling low back pain. Spine (Phila Pa 1976) 2013; 38(22): 1939–1946. doi: 10.1097/BRS.0b013e3182a42eb6.
45. Webster BS, Choi Y, Bauer AZ et al. The cascade of medical services and associated longitudinal costs due to nonadherent magnetic resonance imaging for low back pain. Spine (Phila Pa 1976) 2014; 39(17): 1433–1440. doi: 10.1097/BRS.0000000000000408.
46. Brinjikji W, Luetmer PH, Comstock B et al. Systematic literature review of imaging features of spinal degeneration in asymptomatic populations. AJNR Am J Neuroradiol 2015; 36(4): 811–816. doi: 10.3174/ajnr.A4173.
47. Abdel Shaheed C, Maher CG, Williams KA et al. Efficacy and tolerability of muscle relaxants for low back pain: Systematic review and meta-analysis. Eur J Pain 2017; 21(2): 228–237. doi: 10.1002/ejp.907.
48. Chou R, Huffman LH, American Pain Society et al. Medications for acute and chronic low back pain: a review of the evidence for an American Pain Society/American College of Physicians clinical practice guideline. Ann Intern Med 2007; 147(7): 505–514. doi: 10.7326/0003-4819-147-7-200710020-00008.
49. Štětkářová I. Bolesti zad - příčiny a léčba. Interní Med 2009; 11(7): 345–348.
50. Roelofs PD, Deyo RA, Koes BW et al. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for low back pain. Cochrane Database Syst Rev 2008; 1: CD000396. doi: 10.1002/14651858.CD000396.pub3.
51. Neuropathic pain in adults: pharmacological management in non-specialist settings. NICE – National Institute Healthcare Excellence 2013: 33.
52. Bednařík J, Ambler Z, Opavský J et al. Klinický standard pro farmakoterapii neuropatické bolesti. Cesk Slov Neurol N 2012; 75/108(1): 93–101.
53. Finnerup NB, Attal N, Haroutounian S et al. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis. Lancet Neurol 2015; 14(2): 162–173. doi: 10.1016/S1474-4422(14)70251-0.
54. Abdel Shaheed C, Maher CG, Williams KA et al. Efficacy, tolerability, and dose-dependent effects of opioid analgesics for low back pain: a systematic review and meta-analysis. JAMA Intern Med 2016; 176(7): 958–968. doi: 10.1001/jamainternmed.2016.1251.
55. Chaparro LE, Furlan AD, Deshpande A et al. Opioids compared to placebo or other treatments for chronic low-back pain. Cochrane Database Syst Rev 2013; 8: CD004959. doi: 10.1002/14651858.CD004959.pub4.
56. Machado GC, Maher CG, Ferreira PH et al. Efficacy and safety of paracetamol for spinal pain and osteoarthritis: systematic review and meta-analysis of randomised placebo controlled trials. BMJ 2015; 350: h1225. doi: 10.1136/bmj.h1225.
57. Rubinstein SM, Terwee CB, Assendelft WJ et al. Spinal manipulative therapy for acute low-back pain. Cochrane Database Syst Rev 2012; 9: CD008880. doi: 10.1002/14651858.CD008880.pub2.
58. Furlan AD, Giraldo M, Baskwill A et al. Massage for low-back pain. Cochrane Database Syst Rev 2015; 9: CD001929. doi: 10.1002/14651858.CD001929.pub3.
59. Furlan AD, Yazdi F, Tsertsvadze A et al. A systematic review and meta-analysis of efficacy, cost-effectiveness, and safety of selected complementary and alternative medicine for neck and low-back pain. Evid Based Complement Alternat Med 2012; 2012: 953139. doi: 10.1155/2012/953139.
60. Hayden JA, van Tulder MW, Malmivaara A et al. Exercise therapy for treatment of non-specific low back pain. Cochrane Database Syst Rev 2005; 3: CD000335. doi: 10.1002/14651858.CD000335.pub2.