lymfom nebo metastazující neuroblastom. Nejčastějšími benigními nádory v dětském věku, které mohou způsobovat bolesti zad, jsou osteoblastom, osteoidní osteom, chondrom z chrupavčité tkáně, z cévní tkáně hemangiom nebo neurinom vycházející z nervové tkáně. Bolesti v zádech mohou působit i nádory míšní, jako je astrocytom nebo ependymom.

Bolest páteře je **trvalá** a postupně se **akcentující,** většinou **tupá**, **není závislá na fyzické aktivitě** a obtěžuje dítě i **v noci**. Děti si mohou také stěžovat i na bolesti v oblasti třísel a kyčlí. Dříve aktivní dítě se stává pasivním a odmítá vykonávat aktivity jako dříve. Dochází ke zhoršování dynamiky páteře a dítě se nemůže předklonit, odmítá skákat, vyhledává antalgické polohy. Právě tyto symptomy by nás měly upozornit na to, že se jedná o závažný problém. V závislosti na velikosti a lokalizaci nádoru může dítě vykazovat potíže s chůzí, mohou být přítomny neurologické příznaky charakteru radikulopatie či myelopatie. Mezi celkovými příznaky jsou většinou přítomny subfebrilie či febrilie, celková slabost, větší únavnost, noční pocení, nechutenství a redukce hmotnosti. Klinické vyšetření by mělo být doplněno zobrazovacím vyšetřením, přičemž negativní prostý snímek (v předozadní a boční projekci) a přetrvávání varovných symptomů by mělo být indikací k provedení MRI vyšetření.

Podobnými a často nedostatečně specifickými příznaky se projevují i infekce v oblasti páteře. Infekce mohou postihovat jak obratlová těla (spondylolitida), tak i meziobratlové ploténky (spondylodiscitida) a přilehlé měkké tkáně, vzácně i míchu (myelitida). Incidence spondylodiscitidy u dětí je nízká (10). Nejčastěji se vyskytuje v mladším batolecím věku nebo v dospívání, což souvisí s rozdílným krevním zásobením plotének a obratlových těl u dětí. Nejčastěji je postižen bederní úsek páteře. Stanovení diagnózy je často opožděno právě z důvodu přítomnosti nedostatečně specifických symptomů, jako jsou bolesti břicha, odmítání pohybu, kulhání, bolesti v oblasti kyčelního kloubu. Elevace laboratorních zánětlivých markerů je pozitivní jen ve zhruba 40–50 % případů (11). Zlatým standardem je vyšetření MRI. Ve většině případů je indikována konzervativní terapie v podobě klidu a podávání antibiotik. Prognosticky se jedná o příznivý stav. Důležitá je včasnost diagnózy, což vzhledem k nespecifickým symptomům a elevaci zánětlivých parametrů až s časovým odstupem nemusí být snadné.

## Spondylolýza a spondylolistéza

Spondylolýzou označujeme stav, kdy je přerušen obratlový oblouk v zúženém místě tzv. isthmu obratlového oblouku. Spondylolýza se vyskytuje zcela výjimečně u dětí do tří let věku. Incidence k 6–7 % vzrůstá v adolescentním věku (14, 15). S jednostranným nebo oboustranným přerušením obratlového oblouku se většinou setkáváme u adolescentních sportovců. Někteří autoři zmiňují rodinnou nebo etnickou predispozici (16). Za hlavní příčinu vzniku se považují opakovaná mikrotraumata (únavová fraktura) způsobená četnými rotacemi a extenčními pohyby dolních úseků páteře většinou při aktivním výkonu sportů jako je atletika, fotbal, gymnastika nebo krasobruslení. Nejčastěji se jedná o postižení čtvrtého nebo pátého bederního obratle. V terapii je indikován klidový režim, vyloučení extenčních pohybů páteře, aplikují se torako-bederně-sakrální ortézy (TLSO), indikace k chirurgické léčbě je raritní (12, 15).

Při oboustranném přerušení pars interarticularis může dojít k ventrálnímu posunu obratle v páteřním segmentu. Mluvíme o spondylolistéze. V dětském a dospívajícím věku se nejčastěji jedná o vývojovou (isthmickou) spondylolistézu a většinou dochází k posunu pátého bederního obratle. Klinické projevy jsou obdobné jako u spondylolýzy. Děti si stěžují na bolesti bederní páteře při záklonu, bolesti mohou vyzařovat do dolních končetin. K určení míry posunu je indikován prostý rtg snímek v předozadní a boční projekci, v případě přítomnosti neurologických příznaků je nutné doplnit MRI vyšetření. Dle míry posunu je indikována konzervativní nebo chirurgická léčba. Sledování vývoje posunu je nutné až do ukončení kostní zralosti. Na spondylolistézu je nutné rovněž myslet při bolestech v bedrech u dětí s dětskou mozkovou obrnou, převážně u chodících diparetiků, u kterých trvale patologické postavení pánve v anteverzi může s postupem věku vést k obratlovému posunu.

## Morbus Scheuermann

Jedná se o strukturální vadu páteře, při které dochází k osteochondróze krycích plotének obratlových těl. Etiopatogeneze onemocnění je multifaktoriální na genetickém podkladě. Porucha vzniká nejčastěji v období růstové akcelerace, častěji jsou postiženi chlapci. Krycí ploténky obratlových těl jsou nerovné, dochází k herniaci plotének do přilehlých obratlových těl a vznikají tzv. Schmorlovy uzly. Změny nejčastěji postihují hrudní úsek páteře, ale může dojít k poruchám i v oblasti bederního úseku. Na základě klínovatění obratlů progreduje hrudní kyfóza, která je hlavním příznakem tohoto onemocnění. Adolescenti si stěžují obvykle na tupou bolest hrudního a méně často i bederního úseku páteře, dochází k omezení pohyblivosti páteře především do záklonu. V rámci terapie hraje významnou roli kinezioterapie, která cílí na korekci svalových dysbalancí, posturální korekci, podporu respiračních funkcí. Ve fyzioterapeutické praxi jsou aplikovány speciální postupy vhodné pro toto onemocnění. Je důležité se vyhýbat nadměrnému přetěžování páteře. Rehabilitace by měla být pravidelná, a to až do ukončení růstu páteře. Na místě je i doporučení komplexní lázeňské léčby. V případě výraznějších bolestí je indikován klid a analgetická léčba. Ke zmírnění klínovatění obratlových těl s cílem redukce kyfotizace jsou indikovány ortézy. Při výraznějších kyfotických křivkách je indikována spondylochirurgická léčba. Od juvenilní kyfózy je nutné odlišit posturální kyfózu (tzv. kulatá záda), při které nedochází k popsaným strukturálním změnám a dynamika páteře není porušená.

## Výhřez meziobratlové ploténky

Za raritní lze také považovat výhřez meziobratlové ploténky v dětském věku, ačkoliv vzestup radikulopatií je klinicky pozorován zejména ve skupině adolescentů. Jsou dokumentovány kazuistiky, kdy příčinou útlaku nervu mohou být aneuryzmatické kostní cysty, osteoblastom, nebo výhřez zkalcifikovaného disku u Klippel-Feil syndromu (17–19). Častěji se však jedná o adolescenty, kteří přicházejí s rozvinutými příznaky radikulopatie po švihovém pohybu v rámci sportovní aktivity (taekwondo) či následkem neadekvátní elevace břemene (zvedání sudu piva, mrtvý tah v posilovně)