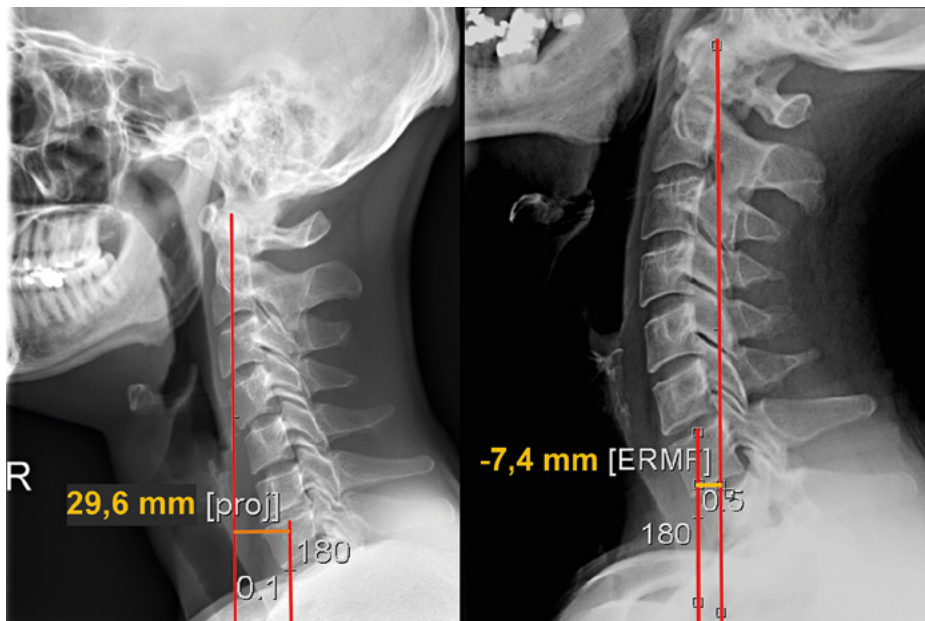


**Tab. 1.** Rozsah pohybů v jednotlivých pohybových segmentech krční páteře

Etáž	Flexe – extenze	Úklony	Rotace
	úhel (stupně)	úhel (stupně)	úhel (stupně)
Okciput-C1	13	8	8
C1–C2	10	0	47
C2–C3	8	10	9
C3–C4	13	11	11
C4–C5	12	11	12
C5–C6	17	8	10
C6–C7	16	7	9
C7–T1	9	4	8

**Obr. 1.** Vlevo pozitivní hodnota, dekompenzace krční páteře ventrálně, vyrovnaná krční lordóza; vpravo negativní hodnota, dekompenzace lehce dorzálně

(Fehlings et Skaf, 1998). Nejdůležitějším faktorem v Evropě je progredující degenerativní postižení krční páteře s následnou sekundární stenózou. Velký význam má i primární stenóza páteřního kanálu, kde již menší sekundární změny mohou vést k neurologickému postižení. Z pohledu spondylochirurga je nutné hodnotit nejen každý pohybový segment páteře, ale komplexně celou páteř jak ve frontální, tak hlavně v sagitální rovině. Pohybový segment obsahuje dva přilehlé obratle s meziobratlovou ploténkou, jejich vzájemné skloubení a spojení pomocí vazů, kloubních pouzder a svalových úponů. Degenerace postihuje většinou celý pohybový segment – meziobratlovou ploténku, horní a dolní krycí ploténky obratlů, se vznikem okrajových osteofytů. Výraznější ventrální osteofyty mohou působit polykací potíže. Dorzální osteofyty směřující do páteřního kanálu působí sekundární stenózu a kompresi nervových struktur. Snížením meziobratlového prostoru dochází současně k přetížení intervertebrálních

kloubů, zmenšení jejich pohyblivosti a rozvoji spondylartrózy, způsobující laterální a dorzální stenózu. Degenerace postihující unkovertébrální klouby vede k laterální stenóze a současně může působit kompresi a vertebralis a vertebrálních věn. Vlivem snížení celého pohybového segmentu dochází k nařasení a zduření ligamentum flavum, které vede k tlaku na nervové struktury ze zadní strany. Degenerativní změny nejčastěji postihuje subaxiální krční páteř C3–7. Je to dáno rozsahem pohybů v jednotlivých segmentech a silovým působením. Maximální rozsah pohybů je v segmentu C5/6, následují přilehlé segmenty C4/5 a C6/7 (Tab. 1).

Pro předoperační plánování je nutné důkladné zhodnocení radiologické dokumentace. Základem jsou klasické rentgenové snímky v předozadní (AP) a boční projekci, které informují o statickém nálezu, včetně dlouhých formátů celé páteře. Je potřeba vždy dělat tyto snímky ve stoje. O dynamických vlastnostech krční páteře informují funkční snímky v předklonu a záklonu, kde se hod-

notí posuny obratlů, rozevírání v jednotlivých pohybových segmentech, subluxace v intervertebrálních kloubech, a to vše k vyloučení nestability páteře. Dále se hodnotí velikost lordózy celé krční páteře, event. její kyfotizace a současně i jednotlivé pohybové segmenty (Obr. 1). Nezbytným vyšetřením, pokud není kontraindikace, je magnetická rezonance (MRI), která ukáže lokalizaci útlaku nervových struktur – přední, zadní, kombinovaný útlak a rozsah myelopatických ložisek (Kovalová et al., 2016). Pokud je kontraindikace MRI, doplňuje se výpočetní tomografie (CT), lépe myelo CT.

Při progresi neurologického nálezu nereagující na konzervativní terapii nebo výrazné stenóze páteřního kanálu způsobující kompresi nervových struktur, nestabilitě, po vyšetření neurologem a radiologickým došetřením, je vhodné odeslat pacienta na spondylochirurgické pracoviště ke zvážení operačního řešení (Bakhsheshian et al., 2017; Fehlings et al., 2017). Principem chirurgické léčby je odstranění útlaku nervových struktur. Dekomprese nervových struktur může být přímá, kdy se odstraňují prominující a stenozující části, nebo nepřímá, kdy je principem zvětšení plochy páteřního kanálu. Operační přístupy a výkony se dělí na přední, zadní a kombinované (McCormick et al., 2020). Přední operační výkon je indikován v 80–90 % případů, hlavně u jedno- a dvusegmentového postižení s útlakem zepředu. Přední přístup popsali Smith a Robinson (Smith et Robinson, 1958). V poloze na zádech z pravostranného nebo levostranného přístupu, dle zvyku operátora, z podélného nebo příčného kožního řezu, který je kosmeticky výhodnější, a po protnutí m. platysma následuje většinou tupá preparace až k přední ploše páteře. Následuje kompletní odstranění meziobratlové ploténky a dorzálních osteofytů na zadním okraji obratlových těl, které způsobují útlak nervových struktur. Nyní již prakticky všechny pracoviště používají při dekompresi operační mikroskop, který kromě mnohem lepších světelných podmínek výrazně ozřejmuje dekompresi nervových struktur a ložiska krvácení. Pokud je příčinou útlaku měkký výhřez ploténky, nejsou přítomny větší degenerativní změny, je možné nahradit ploténku totální náhradou disku. To umožní zachování pohybu. V ostatních případech je principem