

Uporaba mekog ovratnika u liječenju vratobolje

Priredila: Višnja ABDOVIĆ ŠKRABALO, dr. med.

Vratobolja često smanjuje radnu sposobnost i ostale svakodnevne aktivnosti. Ona je kompleksno i subjektivno iskustvo koje može biti posljedica različitih promjena muskuloskeletnog sustava. Meki i čvrsti ovratnici čine se kao benigna intervencija, ali mogu imati i neželjene efekte, osobito u slučaju prolongiranog korištenja. Smatra se, naime, da – kao i pri imobilizaciji zbog atrofije – potiču sekundarna oštećenja.

U SAD-u 50 do 70 posto stanovnika jedanput u životu ode liječniku zbog vratobolje, a trećina svake godine odlazi na pregled. Također, 85 posto vratobolja posljedica je akutne ili ponovljene ozljede vrata. Naravno, bolesnici s generaliziranom hipersenzitivnošću te oni s inicijalno višom razinom bolnosti i smanjenom funkcijom, obično imaju lošiju prognozu.

Od svih ortoza za vrat mekani ovratnik najmanje ograničava opseg pokreta te je 76 posto pacijenata zadovoljno njegovom uporabom i ističe da imaju manje bolove. Nakon jednotjedne imobilizacije gipsanim ovratnicima pojavljuju se prve atrofične promjene, ali mogu biti uzrokovane i fiziološkim mehanizmom izbjegavanja boli. Čvrsti ovratnik najčešće se koristi za stabilizaciju vratne kralježnice nakon trauma, operacija ili fraktura te dislokacija, a zbog poznatih nuspojava, kao što su moguće teškoće pri disanju, povećan rizik od aspiracije, bolnost i veća cijena ovratnika, ne propisuje se rutinski za smanjenje boli.

Najčešće indikacije za ortoze, kad je riječ o vratnoj kralježnici, trzajna su ozljeda vrata, cervikalna radikulopatija i akutni traumatizirani bolesnici te postoperativna stabilizacija vratne kralježnice.

Trzajna ozljeda vrata traumatska je ozljeda mekih tkiva vratnog dijela kralježnice uzrokovana hiperfleksijskom, hiperekstenzijskom ili rotacijskom ozljedom, a da se nije dogodila fraktura, dislokacija ili hernija intervertebralnog

diska. Simptomi počinju odmah ili s odgodom. Najčešće se bolesnik otpušta s mekim ovratnikom i analgetskom terapijom.

G. E. Borchgrevnik (Spine, 1998) naveo je da je kod pacijenata koji su odmah nakon ozljede nastavili s uobičajenim dnevnim aktivnostima ishod (opseg pokreta, bol) 24 tjedna nakon ozljede bio mnogo bolji u odnosu prema onima koji su 14 dana nakon ozljede bili imobilizirani Schanzovim ovratnikom.

C. Dehner (Arch Phys Med Rehab, 2006) također je pratio bolesnike kojima je mekani ovratnik bio propisan odmah nakon ozljede na dva, odnosno na 10 dana i nije uočio veće razlike u ishodu (bol, opseg pokreta, indeks nesposobnosti) u usporedbi s produljenom uporabom ovratnika. Predložio je da pacijenti s perzistirajućom boli produže nošenje ovratnika, što im ne bi trebalo štetiti barem prvih 10 dana.

K. Mealy (Br J Med, 1986) je zaključio kako je početna dvotjedna imobilizacija, uz postupnu mobilizaciju nakon trzajne ozljede, povezana s produženim oporavkom te da su se ispitanici u skupini podvrgnutoj aktivnoj mobilizaciji vrata i svakodnevnim vježbama za vratnu kralježnicu, nakon četiri i osam tjedana osjećali mnogo bolje, kad je riječ o intenzitetu boli i opsegu pokreta vratne kralježnice.

L. A. McKinny (Br J Med, 1989) pratio je dvije godine 247 osoba s trzajnim ozljedama vrata koje su bile liječene ili aktivnom mobilizacijom ili konzervativno mekim ovratnikom i inicijalno odmorom. Na početku istraživanja nije bilo veće razlike među tim skupinama, no dvije godine poslije znatno manji postotak simptoma i boli bio je u skupini kojoj je savjetovana rana mobilizacija. Zapravo je i fiziološka prednost učinila bolesnika odgovornim za tijek njegova liječenja. Mišljenje je autora da pacijentima treba savjetovati ranu imobilizaciju kako bi se postigli što bolji rezultati liječenja.

Navodi se i kako Schanzov ovratnik ne samo da nije učinkovit u smanjivanju boli uzrokovane trzajnom ozljedom vrata nego može i prolongirati oporavak zbog poticanja imobilizacije (Verhagen AP, Cochrane Database Syst Rev, 2007).

Logan (Emerg Med J, 2003) zaključio je kako tradicionalno liječenje mekim ovratnikom može kratkotrajno smanjiti bol, ali i produžiti oporavak te je preporučio da se na njega zaboravi i ordinira analgetska terapija dovoljno duga i u dovoljnoj dozi, te pravodobno odredi svakodnevni program vježbi. Bolesnika treba pratiti i radi eventualnog produljenja fizikalne terapije budu li problemi perzistirali.

Kongsted (Spine, 2007) pratio je nakon terapije godinu dana 458 osoba s trzajnom ozljedom vrata nakon izravnog sudara ili udarca u stražnji dio vozila. Bolesnike je svrstao u tri skupine: (a) oni koji su dva tjedna nosili Philadelphijski ovratnik te imali postupnu aktivnu mobilizaciju; (b) oni koji su educirani i određena im je rana mobilizacija – tzv. metoda "ponašaj se prirodno"; (c) oni sa šestotjednim programom fizikalne terapije medicinskom gimnastikom. Nakon jednogodišnjeg praćenja bolesnika nije bilo razlike u boli, smanjenju funkcije i radnoj sposobnosti.

Cervikalna radikulopatija stanje je kada patološki proces zahvaća korijen živca, a najčešći je uzrok pritisak herniranog diska, spondiloza, tumor ili trauma zbog koje počinje avulzija korijena živca, no uzrok ne mora biti jasan. Simptomi su različiti – parestezije te slabost i bol u rukama i/ili vratu. Ovratnik se može koristiti u kombinaciji s drugim konzervativnim terapijskim modalitetima.

L. C. Persson (Spine, 1997) ustanovio je da je kod pacijenata s kroničnom radikularnom boli učinak imobilizacije Schanzovim ovratnikom, fizikalne terapije i operativnog zahvata bio nakon 12 mjeseci podjednak, i to u intenzitetu boli, funkciji i raspoloženju.

Stabilizacija vratne kralježnice u akutnom zbrinjavanju traumatiziranih pacijenata postiže se krutim ovratnikom kako bi se spriječile posljedice nestabilnosti vratne kralježnice. Takav se ovratnik koristi i za konzervativno liječenje fraktura aksisa bez pomaka i frakture trupa kralješka C2.

Rutinska imobilizacija traumatiziranih osoba obavlja se s tvrdim naslonom za cijelu kralježnicu, krutim ovratnikom i pomoćnim sredstvima prevencije rotacija u vratu. Pritom su standard tvrdi ovratnik i tvrdi ležaj za sve pacijente s dokumentiranom nestabilnom frakturom prije primjene traktacije ili operativne stabilizacije. Pokazalo se da samo osobe s bolovima i napetošću u vratnoj paravertebralnoj muskulaturi i promjenama u neurološkom statusu, te intoksicirani ili izrazito bolno traumatizirani trebaju radiološku obradu kako bi se isključila ozljeda kralježnične moždine. Prema tome, kod prisebnog, orijentiranog pacijenta bez neuroloških osobitosti i napetosti u vratnoj paravertebralnoj muskulaturi, može se i bez rendgenograma isključiti lezija kralježnične moždine.

Učinak Schanzova ovratnika u rutinskoj kliničkoj praksi su limitacija pokreta, kinestetički podsjetnik i smanjenje boli (toplina). Kontinuirana upotreba za blagi mišićni spazam limitirana je na 72 sata. Vrlo je važna edukacija pacijenata o učinkovitosti i nuspojavama.

(Muzin S, Isaac Z, Walker J, El Abd O, Baima J. When should a cervical collar be used to treat neck pain? Curr Rev Musculoscelet Med 2008;1:114-119.)