

Mekotkivne ozljede kralješnice (distorzije, distenzije, segmentalne disfunkcije) kao posljedica sportskih aktivnosti

Darko PEROVIĆ

Specijalna bolnica "Sveta Katarina", Zabok

Najčešći uzrok križobolje u sportaša su mišićnoligamentarne distorzije (uganuća) i distenzije (istegnuća), najčešće lumbosakralne regije i zatim cervikalne regije. Obično nastaju tijekom treniga (80%), a rijetko tijekom natjecanja (6%).

Distenzije su rascjepi mišićno-tetivnih jedinica i čine više od 60% mekotkivnih ozljeda kralješnice. Nastaju kod naglih i intezivnih mišićnih kontrakcija. Distorzije su djelomične ili kompletne rupture ligamenata koje su posljedica preintezivnih mišićnih kontrakcija, preopsežnih pokreta zglobova i direktnih udaraca. Posljedica ovih ozljeda je poremećaj funkcije jednog ili više vertebralnih segmenata - segmentalna disfunkcija. Kiropraktičari koriste termin segmentalna disfunkcija za loš položaj ili patološki pomak kralježaka, dok osteopati koriste termin somatska disfunkcija. Obje grupe alternativnih stručnjaka smatraju da istezanje somatskih i autonomnih živaca u korijenu živca vertebralnog segmenta izaziva dodatne simptome ekstremiteta i visceralnih organa. Združenim mišićno-tetivnim i ligamentarnim ozljedama mogu se pridružiti i ozljede živaca i kralješnične moždine, najčešće u cervikalnoj regiji, a manifestiraju se kao lezije brahialijalnog plexusaili kao „central cord“ – kontuzijska ozljeda kralješnične moždine, koja nastupa ako je spinalni kanal od ranije prekomjerno sužen.

U procesu dijagnostike mekotkivnih ozljeda neizostavno je uzimanje podataka o mehanizmu ozljede, trajanje boli, lokalizacija i širenje boli i pokreti koji pojačavaju ili smanjuju bol. U pregledu se mora jasno definirati točke boli, mišićni spazam, opseg pokreta i odrediti koji pokreti pojačavaju bol. Neurološka procjena i testovi za sakrolijakalne zglobove bitni su za diferencijalnu dijagnozu simptomatski sličnih bolesti/stanja. Laboratorijski testovi nemaju ulogu kod ovih ozljeda. Radiološki testovi moraju razjasniti postojanje prijeloma, reumatske bolesti ili tumora, te prepoznavanje degenerativnih bolesti zglobova i deformiteta. Za ispunjenje ovog zadatka primjenjuju se RTG snimke. UZV i MR snimanja

se nisu pokazale korisnim za dijagnozu ozljeda mišića i ligamenata, ali su korisni za prepoznavanje ozljeda diskova ili kosti.

Kod liječenja akutne faze primjenjujemo mirovanje manje od 48 sati, lokalno hlađenje, primjena ortoze, elektrostimulacija, im. injekcije NSAID i poštuda svih većih aktivnosti. U fazi oporavka primjenjuje se istezanje i jačanje abdominalne i PVM muskulature; lokalno grijanje, postupan povratak fizičkim aktivnostima, masaže i kiropraktičke manipulacije. U fazi održavanja vježbama se postiže optimalna rastezljivost i fleksibilnost mišića i ligamenata.

Iako se bol najčešće smanji nakon 3 dana, povratak sportu je preporučljiv tek kada pacijent nema bolove pri sportskim aktivnostima. Najbolja prevencija novih neželjenih događaja su vježbe mišićnog korzeta i vježbe balansa kralježnice. Prognoza je uspješno izlječenje u 90% pacijenata, a 10% razvije kroničnu križbolju. Bitno je educirati sportaše u vježbama zagrijavanja („warm-up“) i vježbama hlađenja („cool-down“).

Literatura:

1. Grubišić F, Grazio S. Nediskogena mišićno-zglobno-koštana križbolja. U: Grazio S, Buljan D, ur. Križbolj, Jastrebarsko: Naklada Slap; 2009, str. 95-130.
2. Radebold A, Young CC, urednici. Lumbosacral spine sprain/strain injures [Internet]. New York: 2012 [pristup 2014 Ruj 15]. Dostupno na: <http://emedicine.medscape.com/article/95444-overview>.
3. Delitto A, George SZ, Dillen van L i sur. Low back pain. Clinical practice guidelines linked to the international classification of functioning, disability, and health from the orthopaedic section of the american physical therapy association. *Orthop Sports Phys Ther.* 2012;42:A1-A57.
4. Torg JS, Pavlov H, Genuario SE i sur. Neurapraxia of the cervical spinal cord with transient Quadriplegia. *J Bone Joint Surg Am.* 1986;68A:1354-70.
5. Hides JA, Richardson CA, Jull GA. Magnetic resonance imaging and ultrasonography of the lumbar multifidus muscle. Comparison of two different modalities. *Spine.* 1995;20:54-8.