
REHABILITACIJA BOLESNIKA S BOLOVIMA U VRATU

Nadica Laktašić Žerjavić

Medicinski fakultet, Sveučilište u Zagrebu, Klinika za reumatske bolesti i rehabilitaciju,
Klinički bolnički centar Zagreb, Kišpatićeva 12, 10000 Zagreb

Bol u vratu je jedan od najčešćih mišićnokoštanih poremećaja. Tipično se bol u vratu širi zatiljno, prema ramenima i u gornji dio grudne kralježnice prema lopaticama. Dvije od tri osobe će u toku života doživjeti bol u vratu, a 25 do 40 % osoba s vratoboljom će imati tegobe u ruci. Najčešće se javlja u dobi od 45. do 54. godine života i češća je u žena. Rizični čimbenici mogu se podijeliti na psihološke (stres, anksioznost, depresija, smetnje sna) i biološke (dob, spol, neuromuskularne bolesti i poremećaji, upalne reumatske bolesti, dugotrajno kronično, statičko ili dinamičko preopterećenje vratne kralježnice, ozljeda vratne kralježnice).

Prema trajanju bol u vratu se dijeli na akutnu, trajanja do 6 tjedana, subakutnu trajanja 6 do 12 tjedana i kroničnu trajanja dužeg od 12 tjedana. Lokalizirana bol u vratu u pravilu je mišićnog podrijetla (bolni miofascijalni sindrom), podrijetla iz ligamenata ili malih zglobova kralježnice, a ima prvenstveno karakteristike nociceptivne boli. Šireća (iradirajuća) bol iz vrata posljedica je kompresije živčanih korjenova (cervikobrahijalni sindrom s radikularnom distribucijom boli, parestezija i neurološkog ispada) ili kompresije kralježnične moždine (cervikalna mijelopatija), a ima prvenstveno karakteristike neuropatske boli. Valja naglasiti da se i miofascijalna bol može širiti u glavu (tenzijska glavobolja), ruku (cervikobrahijalni sindrom bez tipične radikularne distribucije boli i bez popratnog neurološkog ispada), grudnu kralježnicu i prsni koš te, ako dugo traje, može poprimiti karakteristike neuropatske boli. Tenzijsku glavobolju karakteriziraju napadaji glavobolje blagog do umjerenog intenziteta, najčešće obostrane lokalizacije bez pojačanja na uobičajenu tjelesnu aktivnost. Ponekad se opisuje kao stezanje poput obruča, počinje okcipitalno ili bifrontalno i širi se na cijelu glavu, a traje od pola sata do jednog dana i sklona je ponavljanju. Također, promjene malih zglobova između prva tri vratna kralješka mogu uzrokovati širenje boli u glavu (cervikalna glavobolja) koja je tipično jednostrana. Karakterizira je ishodište boli u vratu ili zatiljnom dijelu glave, odakle se bol širi naprijed, zahvaća polovicu čela, te područje oko uha i oka na istoj strani, a karakteristično uvijek pogađa istu stranu, javlja se u obliku napadaja različite jakosti i traje od nekoliko sati do nekoliko dana.

Tenzijsku i cervikalnu glavobolju, za razliku od migrenozne glavobolje, u pravilu ne prate dodatni simptomi poput aure, fotofobije, fonofobije i mučnine. Bolove u vratu može pratiti osjećaj propadanja, nestabilnosti sa zanošenjem u jednu stranu (cervikogena ili proprioceptivna vrtoglavica), dok su tipične vrtoglavice u pravilu drugog uzroka, a dijagnoza cervikogene vrtoglavice je isključna.

Klinički pregled pri bolovima u vratu uključuje procjenu zakrivljenosti i pokretljivosti vratne kralježnice, palpaciju spinoznih nastavaka kralježnice, mišića u području vrata i ramena te tipičnih bolnih točaka (tzv. trigger točke), neurološki pregled ruku i nogu (procjena osjeta, mišićne snage i tonusa te refleksa), pregled hoda, koordinacije i ravnoteže. Spurlingov test je validan i osjetljiv klinički test u dijagnostici cervikalne radikulopatije. Najčešći simptom cervikalne radikulopatije je bol praćena parestezijama radikularne distribucije, dok se mišićna slabost razvija tek u oko 15 % bolesnika, a od spinalnih korjenova najčešće su zahvaćeni C5, C6 i C7 korijen. Glavni uzrok kompresije živčanog korijena u području vratne kralježnice jesu degenerativne promjene malih zglobova, unkovertebralnih zglobova i intervertebralnog diska, a u manjoj mjeri hernija intervertebralnog diska.

Zabrinjavajući simptomi pri bolovima u vratu su tzv. crvene zastave, a ukazuju na moguću ozbiljnu patologiju u podlozi bolova u vratu i zahtijevaju hitnu dodatnu dijagnostičku obradu (slikovnu i laboratorijsku). Na prijelom i nestabilnost ukazuje bol u vratu nakon traume, posebice uz popratni neurološki deficit. Na malignu bolest ukazuje pozitivna anamneza maligne bolesti, noćna bol, vrućica, gubitak na tjelesnoj težini uz najčešće jednostrani neurološki deficit. Na mijeopatiju ukazuje urgencija mokrenja, ataksija, klonus, hiperrefleksija, a na spinalni apsces vrućica, stanje imunokompromitiranosti, anamneza zloupotrebe droga, uz popratni neurološki deficit.

Bolovi u vratu mogu značajno utjecati na obavljanje svakodnevnih aktivnosti i na kvalitetu života. Funkcionalna procjena vrši se pomoć funkcionalnih upitnika kao što je indeks NDI (engl. The Neck Disability Index).

Liječenje vratobolje uključuje primjenu lijekova (analgetici, antidepresivi, antiepileptici, lokalni anestetici), edukaciju bolesnika, ergonomsku prilagodbu radnog mjesta, primjenu kineziterapije, krioterapije, termoterapije i elektroterapije (TENS, IFS), trakciju, miofascijalnu relaksaciju, manipulaciju, primjenu ortoza, kineziotaping, anesteziološke invazivne postupke (npr. radiofrekventnu denervaciju malih zglobova kralježnice) i u konačnici kirurško liječenje.

Ključne riječi: Bol u vratu, rehabilitacija, medicinske vježbe, elektroterapija, funkcionalni status

Litereatura

1. Ay S, Konak HE, Evcik D, Kibar S. The effectiveness of Kinesio Taping on pain and disability in cervical myofascial pain syndrome. *Rev Bras Reumatol Engl Ed.* 2017;57(2):93-99.
2. Childress MA, Becker BA. Nonoperative Management of Cervical Radiculopathy. *Am Fam Physician.* 2016;93(9):746-54.
3. Hurley RW, Adams MCB, Barad M, Bhaskar A, Bhatia A, Chadwick A, et al. Consensus practice guidelines on interventions for cervical spine (facet) joint pain from a multispecialty international working group. *Reg Anesth Pain Med.* 2022;47(1):3-59.
4. Kazeminasab S, Nejadghaderi SA, Amiri P, Pourfathi H, Araj-Khodaei M, Sullman MJM, et al. Neck pain: global epidemiology, trends and risk factors. *BMC Musculoskelet Disord.* 2022;23(1):26.
5. Kroeling P, Gross A, Graham N, Burnie SJ, Szeto G, Goldsmith CH, et al. Electrotherapy for neck pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(8):CD004251.
6. Martimbianco ALC, Porfírio GJ, Pacheco RL, Torloni MR, Riera R. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for chronic neck pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;12(12):CD011927.
7. Reiley AS, Vickory FM, Funderburg SE, Cesario RA, Clendaniel RA. How to diagnose cervicogenic dizziness. *Arch Physiother.* 2017;7:12.
8. Rodríguez-Fuentes I, De Toro FJ, Rodríguez-Fuentes G, de Oliveira IM, Mejjide-Faílde R, Fuentes-Boquete IM. Myofascial Release Therapy in the Treatment of Occupational Mechanical Neck Pain: A Randomized Parallel Group Study. *Am J Phys Med Rehabil.* 2016;95(7):507-15
9. Sihawong R, Janwantanakul P, Sitthipornvorakul E, Pensri P. Exercise therapy for office workers with nonspecific neck pain: a systematic review. *J Manipulative Physiol Ther.* 2011;34(1):62-71.
10. Smith MS, Olivas J, Smith K. Manipulative Therapies: What Works. *Am Fam Physician.* 2019;99(4):248-252. Sihawong R, Janwantanakul P, Sitthipornvorakul E, Pensri P. Exercise therapy for office workers with nonspecific neck pain: a systematic review. *J Manipulative Physiol Ther.* 2011;34(1):62-71.
11. Tunwattanapong P, Kongkasuwan R, Kuptniratsaikul V. The effectiveness of a neck and shoulder stretching exercise program among office workers with neck pain: a randomized controlled trial. *Clin Rehabil.* 2016;30(1):64-72
12. Vernon H, Mior S. The Neck Disability Index: a study of reliability and validity. *J Manipulative Physiol Ther.* 1991;14(7):409-15.