Значај физикалних процедура у третману вратног синдрома

Р. Драгојловић Ружичић¹, В. Меденица², Г. Арсић Комљеновић³

The Importance of Physical Procedure in the Treatment of Cervical Syndrome

R. Dragojlović Ružičić, V. Medenica, G. Arsić Komljenović

Сажетак: Вратни синдром, након лумбалног синдрома, други је по учесталости у групи болести локомоторног система. Врло је чест са високим степеном преваленце, инциденце, као и апсентизма код особа које раде у принудном положају главе и врата (при раду на компјутеру, за машином у фабрици и сл.). Тегобе могу бити тако изражене да пацијенти дуго одсуствују са посла. Код старијих особа могу бити изражене и сметње у виду вртоглавице, зујање у ушима, пробадање у пределу срца, на ови пацијенти често „лутају од лекара до лекара“ док се не постави дијагноза болести. Дешава се да се прво јаве ортопеду због пада и прелома проузрокованих вртоглавицом, па тек након решавања прелома бивају упућени физијатру.

Физикална терапија заузима значајно место у лечењу вратног синдрома. На располагању су бројни физикални агенси. Њихова примена брзо смањује тегобе, знатно смањује употребу антиреуматика, скраћује трајање болести и одсуствовање са посла. Врло су битне вежбе које се не примењују само у терапији већ и превентивно. Потребно је укључити ширу популацију у свакодневно вежбање, посебно младе који све више времена проводе за компјутером.

Кључне речи: вратни синдром, физикалне процедуре.

Summary: Cervical syndrome after low back pain is the second most common group of diseases in the musculoskeletal system. It is very common with high prevalence, incidence, and absenteeism in people who work in a fixed position of the head and neck (when working on the computer, the machine in a factory, etc.). Symptoms can be so pronounced that patients long absent from work. In the elderly can be expressed and interference in the form of dizziness, ringing in the ears, tingling in the area of the heart and these patients often “wander from doctor to doctor” until the diagnosis. It happens that the first contact the orthopedic surgeon because of falls and fractures caused by dizziness and only after solving the fracture are referred to a physiatrist.

Physical therapy plays an important role in the treatment of cervical syndrome, there are a number of physical agents. Their use quickly reduces symptoms, reduces the use ammatory shorten the duration of illness and absenteeism. They are very important exercises that do not apply only to treatment but also prevention. It is necessary to include a wider population in daily practice, especially the young, who spend more time at the computer.

Key words: cervical syndrome, physical therapy.

1 Радница Драгојловић Ружичић, Висока медицинска школа струковних студија „Милутин Миланковић“, Београд.

2 Веселин Меденица, Висока медицинска школа струковних студија „Милутин Миланковић“, Београд.

3 Dr sc. med. Гордана Арсић Комљеновић, Висока медицинска школа струковних студија „Милутин Миланковић“, Београд.

Увод

Цервикални синдром је скуп тегоба и клиничких симптома који настаје услед иритације и компресије нервних коренова, крвних судова и нервног сплета у вратној кичми. Болови се често шире у потиљачну регију (окципиталне главобоље), ка лопатицама, ка грудној кости, низ руке². Болови који се шире низ руке могу бити праћени трњењем (парестезијама), као и оштећењем сензибилитета у одговарајућим дерматомима. Код пацијената код којих ове тегобе трају дуго, знатно је умањена функционална и радна способност. Продужено трајање тегоба (хронична главобоља, укоченост и бол вратно-рамене регије, поремећај сна...) доводе пацијента у стање хроничне психичке испрљености и депресије.

Вратна регија је веома сложене анатомске и функционалне грађе. Сачињавају је „мишићни оклоп“, који окружује органе врата, и вратни део кичменог стуба². Вратна кичма је најпокретнији део кичменог стуба у целини и значајно је изложена повредама.

Дегенеративне промене на структурама вратне кичме и околним лигаментарно-мускуларним структурама крећу релативно рано, још у младости. Бројни су фактори који потпомажу развоју ових промена: трзајне повреде врата, борилачки спортови, рад за рачунаром...

Дегенеративне промене интервертебралног диска могу настати већ у тринаестој години живота. Оне се јављају у виду промена конзистенције диска, дехидрације нуклеуса, стварају се фисуре у анулусу, при чему нема субјективних тегоба. Због микротрауме, у току свакодневног живота, или једне нагле трауме, може доћи до протрузије, пролапса или херније. Пролапс диска је углавном уназад, према вертебралном каналу, најчешће латерално, а ређе медијално. Код медијалног пролапса врши се притисак на кичмену мождину, а латерално долази до компресије нервних корена и околних ткива у интервертебралном отвору. (Притиснути коренови приказују промене у акутном и хроничном стадијуму болести. Они су прво отечени, задебљани, истегнути, а касније и адхерентни, уз пролабиран диск, с којим могу бити ожиљно везани и показују знакове дегенерације)⁴.

До пролапса диска у цервикалној регији најчешће долази у нивоу Ц5 –Ц6, Ц6 – Ц7 пршљенова⁴.

Клиничка слика

Цервиклани синдром се може поделити на следеће облике:

1. *Цервиклани синдром у ужем смислу* – тегобе су изражене у вратној регији и раменима. Ја-

вља се бол, ограниченост покрета вратне кичме, повишен је тонус вратно-рамене мускулатуре, која је болна на палпацију.

2. *Цервицефални синдром* – изражене су главобоље, затим тегобе везане за компресију артерије вертебралис, а то је најчешће *вертиго*. Пацијенти се жале на главобољу, често мигренозног типа (праћена повраћањем, вртоглавицом, зујањем у ушима). Све ове тегобе су праћене ограниченим болним покретима врата и повишеним тонусом вратно-рамене мускулатуре².
3. *Цервикобрахијални синдром* – изражени су болови у врату и руци, који су праћени променом сензибилитета у овим регијама. Може бити присутан и анталгични положај врата. Болови су обично радикуларног типа, зависно од нервног корена који је захваћен. Тегобе могу бити узроковане протрузијом интервертебралног диска али много чешће дегенеративним променама апофизних зглобова².

Дијагноза цервикалног синдрома се поставља на основу добро узете анамнезе, клиничке слике, детаљног прегледа, радиографије, електродијагностике, електромиографије. Уколико нативна радиографија није довољна, раде се додатне претраге (контрастна радиографија, компјутеризована томографија и нуклеарна магнетна резонанца, dopler scan вертебралних крвних судова).

Терапија цервикалног синдрома

Медикаментозна терапија

Углавном је симптоматска и има за циљ да потпомогне друге облике терапије. Примењују се антиреуматици, аналгетици, и битни су у третману, јер прекидају *circulus vitiosus* (бол-спазам мускулатуре).

Седативи се такође користе у циљу релаксације и смањења спазма мускулатуре. Може се применити и витаминска терапија (комплекс Б витамина код афекција нервних коренова) као и вазодилатори.

У акутној фази у сва три облика саветује се мировање, релаксација вратне кичме. Саветује се лежање на малом, меканом и ваљкастом

јастуку, чиме се растерећује вратна кичма. Ово треба спроводити док се бол у врату, повишен тонус паравертебралне мускулатуре и радикуларни симптоми не смање или не ишчезну².

Растерећење кичме се постиже и оковратником (Шанцова крагна), што често доводи до повлачења тегоба. Оковратником се постиже корекција држања тела, односно, коригује се прејакно изражена вратна лардоза. Оковратник се користи ноћу и то заједно са јастуком. Тиме се ублажавају, чак и нестају рани јутарњи болови и болесник не мора да носи оковратник дању. У оковратнику глава се мора налазити у положају лагане инклинације. Важно је да је оковратник направљен тако да одговара пацијенту, да је удобан и да не узрокује болове на упоришним тачкама³.

У акутном стадијуму су на располагању бројне физикалне процедуре у циљу аналгезије и смањења спазма мускулатуре.

Могу се применити: електротерапија (стабилна галванизација, електрофореза аналгетика – новокаин, диклофен), дијадинамске струје, интерферентне струје, ТЕНС, ласеротерапија, биоптрон лампа, соно терапија, мануелна масажа). Вештом комбинацијом ових физикалних процедура пацијенту се може знатно помоћи, тегобе ће се постепено смањивати и престати. Употреба физикалних агенаса значајно доприноси смањењу коришћења медикаментозне терапије, што се не може занемарити због нус појава код примене аналгетика. Ово је посебно значајно за старије особе које већ имају укључену медикаментозну терапију за друге хроничне болести.

Са својим аналгетским дејством и брзином деловања посебно се издваја ласеротерапија, која представља релативно нову физикалну процедуру, која је све више заступљена. Спада у светлосну терапију. Ласер емитује усмерену, мо-

нохроматску, кохерентну светлост велике енергије⁶. У физикалној медицини се користе ласери мале снаге који делују биостимулативно. Биолошко дејство ласера зависи од таласне дужине и густине енергије с којом се примењују⁶.

Ласерски зраци се апсорбују у ткиву, подстичу метаболичке процесе, повећавају енергетски биланс ћелија, утичу на стварање слободних радикала⁶. Све ово резултира аналгетским, антизапаљенским, антиедематозним дејством, стимулативним дејством на регенерацију ткива. Механизми дејства ласерског зрака, као и ефекти, још се интензивно изучавају.

Многе студије указују на то да ласери мале снаге смањују акутни и хронични мишићно-скелетни бол, мишићни спазам и неурогени бол⁶. Управо из овог разлога ласер је почео да се употребљава код цервикалног синдрома. У почетку, у пракси се користио након исцрпљивања могућности наведених физикалних агенаса (електротерапија, сонотерапија, термотерапија и др), и ако се не би добили повољни ефекти, „покушавало“ се са ласеротерапијом. Захваљујући пацијентима код којих су били контраиндиковани поједини наведени физикални третмани (нпр. електротерапија код присутности расе такег-а) укључивана је ласеротерапија као прва процедура и постигнути су веома повољни ефекти. То је дало подстицаја да и код других пацијената ласеротерапија буде укључена међу првим процедурама. Ефекти оваквих поступака су се брзо исплатили – бол код цервикалног синдрома престајао је знатно раније, у појединим случајевима већ током самог третмана. Дужина трајања обезбољавања након самог третмана у почетку је била краћа, са повећањем броја третмана ласеротерапије периоди обезбољавања су трајали све дуже до потпуног престанка болности. Овакво аналгетско дејство доприноси да се практично са почетком ласеротерапије прекида медикаментозна терапија или се значајно смањује.

Ласеротерапија код цервикалног синдрома углавном се користи „скенирајућом“ методом и као ласеро-акупунктура. Оваква примена знатно смањује потребу укључивања других физикалних агенаса. Пракса је показала да је довољно укључити још једну, на пример, електропроцедуру галванизацију или дијадинамске струје

или интерферентне струје и сонотерапију (фонофорезу Диклофена). Оваква примена физикалних агенаса показала се врло ефикасном, много раније се постиже побољшање у односу на коришћење других физикалних процедура.

Често, нарочито у земљама Западне Европе, у терапију цервикалног синдрома се укључује тракција вратне кичме, у акутним случајевима се ради у болничким условима. Ако постоје знаци иритације вертебро-базиларних артерија пратећег вегетативног нервног сплета, треба користити оковратник, а тракцију вратне кичме избегавати.

Све чешће у лечењу тегоба вратног синдрома користе се технике манипулације вратне кичме (хиропракса). С обзиром на то да овај третман носи велике ризике, потребно је упозорити пацијенте да коришћење хиропраксе у третману ових тегоба може дати брзе и позитивне ефекте, али треба бити врло опрезан. Хиропракса је заступљена у земљама широм Запада, они имају званичне школе за хиропрактичаре, где се стиче потребно медицинско знање и пракса. На жалост, на нашим просторима, изузев појединаца, многи раде на основу „урођеног осећаја“.

Примена свих наведених физикалних процедура има циљ обезбољавање, снижење повишеног тонуса вратно-рамене мускулатуре да би се започела кинезитерапија, тј вежбање, и тако постигло комплетно функционално оспособљавање пацијента.

Кинезитерапија

Кинезитерапија доводи до побољшања циркулације, што резултира смањењем болова. Пацијенту треба кориговати држање тела, посебно врата, јер, услед лошег држања, долази до прептерећења појединих делова кичменог стуба и појаве бола. Потребно је јачати мускулатуру и обучити пацијента заштитним покретима.

У акутној фази креће се са статичким вежбама, релаксацијом, постепено се уводе активне вежбе. Тамо где су изражени остеофити, треба посветити посебну пажњу. Са вежбама се креће обазриво, важно је дозирано спровођење кинезитерапије, што се постиже постепеним повећањем интензитета вежби, као и

дужином третмана. Све време се прати пацијент и његове реакције на вежбање. У случају појаве бола, интензитет вежби се мора смањити или прекинути. Пацијенте треба обучити да вежбе спроводе лаганим темпом и без трзаја, тј. наглих покрета.

Све пацијенте, а посебно оне које су изложени ризику понављања тегоба, треба обучити за самостално извођење вежби. Неопходно им је објаснити значај вежби за одржавање трофике и снаге мускулатуре вратно-раменог појаса, што је значајна превенција појаве цервикалног синдрома.

Ово је посебно важно за младе особе, као и друге категорије људи који радно време проводе у принудном положају (за рачунаром, машином, као и за особе које су изложене стресу). Уочено је да стрес има велики утицај на појаву спазма вратно-рамене мускулатуре. Пролонгирани спазам доводи до промене у мускулатури: врши се компресија на циркулацију и нервне структуре. Све то доприноси развоју дегенеративних промена на вратној кичми и на околним лигаментарно-мускуларним структурама.

Закључак

Цервикални синдром је врло распрострањен, последице нелечених случајева су често падо-

ви и преломи услед вртоглавице, најчешће код старијих особа. Није занемарива чињеница да је далеко једноставније и јефтиније лечити цервикални синдром него преломе и компликације прелома. Такође је запажено да се у пракси често „одлаже“ упућивање ових пацијентата физијатру и користе се антиреуматици и тиме одлаже физикални третман.

Посебан проблем представљају младе особе, које већ у току школовања дуги део дана проводе за компјутером. Код њих знатно раније почињу тегобе услед неправилног и дугог седења. Код запослених проблем је дуго стајање за машином, канцеларијски посао и слично. Уз све ово надовезује се готово неизбежни стрес током радног дана. Све ово указује на значај кинезитерапије, тј. свакодневних вежби. Из неоправданих разлога вежбање је запостављено код већине младих, готово заборављено у канцеларијама, фабрикама. Редовно вежбање је врло битно за одржавање исправног става тела, одржавање кондиције и за побољшање психо-физичког стања у целини. Вежбе су битне за смањивање негативног ефекта стреса на организам.

У много развијенијим земљама од наше, на пример у Јапану, вежбе се спроводе колективно у паузама. Можда би то био најједноставнији и најприступачнији начин превенције цервикалног синдрома и у нашој популацији.

Литература

1. Јевтић М.: Физикална медицина и рехабилитација. Медицински факултет Крагујевац, 1999; 502–507.
2. Зековић П.: Физикална терапија са рехабилитацијом. Завод за уџбенике и наставна средства, Београд, 1996; 215–218.
3. Јајић И.: Специјална физикална медицина. Школска књига, Загреб, 1991; 21–24.
4. Бановић Д.: Повреде у спорту. Медицинска књига, Београд, 1993; 213–214.
5. Ruszkowski I. и сарадници: Ортопедија. Југословенска медицинска наклада, Јумена, Загреб, 1979; 319–320.
6. Михајловић В.: Физикална терапија. Ободско слово, Ријека Црнојевића, 2002; 353.