

**Kiedy ruch
powoduje
ból**



**Oceń
Zrozum
Podejmij
działanie**

**OGÓLNOŚWIĄTOWY ROK NA RZECZ ULGI
W BÓLU MIĘŚNIOWO - SZKIELETOWYM**
Październik 2009 – Październik 2010

Bóle szyi

Wprowadzenie

Bóle szyi stanowią powszechny i poważny problem stanowiący istotną przyczynę niesprawności, przynajmniej w krajach uprzemysłowionych. Funkcją kręgosłupa szyjnego jest kontrola ruchów głowy w odniesieniu do reszty ciała. Ponieważ oczy i narządy przedsionkowe są umiejscowione w obrębie głowy, informacje z mechanoreceptorów znajdujących się w strukturach szyjnych są kluczowe dla interpretacji informacji pochodzących z układu przedsionkowego i dla kontroli zadań motorycznych, które opierają się na informacji wzrokowej. Z tego powodu bóle szyi mogą wiązać się także z konsekwencjami w zakresie ogólnego funkcjonowania.

Epidemiologia i aspekt ekonomiczny

- Bóle szyi dotyczą rocznie 30-50% ogólnej populacji.
- 15% ogólnej populacji doświadczy przewlekłego bólu szyi (>3 miesiące) w jakimś okresie życia.
- 11-14% populacji osób pracujących doświadczy ograniczeń aktywności związanych z bólami szyi w ciągu roku.
- Zachorowalność osiąga punkt szczytowy w wieku średnim, a ból dotyczy częściej kobiet niż mężczyzn.
- Czynniki ryzyka obejmują: powtarzalny charakter pracy, przedłużone okresy zgięcia kręgosłupa szyjnego, duże napięcie psychologiczne związane z pracą, palenie i wcześniejszy uraz szyi/ramion.

Patofizjologia

Patofizjologia większości zespołów bólowych szyi nie jest wyjaśniona. Istnieją dowody na zakłócenie metabolizmu utleniającego i podwyższenie poziomów substancji pronocyceptywnych w mięśniach szyi sugerując, że zaburzenia krążenia miejscowego w obrębie mięśni lub osłabiony metabolizm mogą stanowić elementy patofizjologii.

Ból szyi wiąże się także ze zmienioną koordynacją mięśni szyjnych i zakłóconym czuciem głębokim w obrębie szyi i ramion. Dowody sugerują, że zjawiska te są wynikiem bólu, ale także same z siebie mogą nasilać objawy.

W przypadku bólu szyi pochodzenia pourazowego, uraz w obrębie tkanki miękkiej może zakłócać przepływ informacji z mechanoreceptorów w uszkodzonej tkance, co może przyczyniać się do powstania zaburzeń czuciowych i ruchowych.

Objawy kliniczne

- Bóle szyi rozwijają się stopniowo lub powstają na skutek urazu.
- Często występują epizody nawracania dolegliwości.
- Objawy kliniczne związane z bólami szyi to: ból i sztywność w obrębie szyi, bóle głowy, zawroty głowy, ból promieniujący do ramion i kończyn górnych.
- Bóle szyi powstałe na skutek urazu obejmują szerszy zakres objawów włączając: objawy skroniowo-zuchwowe, zaburzenia wzroku i słuchu, problemy ze snem oraz problemy poznawcze i emocjonalne.
- Wyniki uzyskane w badaniu klinicznym związane z bólami szyi to: ograniczony zakres ruchów szyi, zwiększona męczliwość i zmniejszony próg bólu przy ucisku w obrębie mięśni szyi.
- Objawy towarzyszące takie jak lęk, depresja i bóle krzyża mogą być wyrazem poważniejszego zaburzenia.

Kryteria diagnostyczne

- Dla większości zespołów bólowych szyi brakuje obiektywnych kryteriów diagnostycznych. Dlatego też diagnoza opiera się na stwierdzanych objawach.
- Badanie z użyciem rezonansu magnetycznego (MRI) jest użyteczne w określonych zaburzeniach, takich jak mielopatia lub u pacjentów po poważnym urazie, ale w przypadku większości bólów szyi ma ograniczoną wartość.
- Testy prowokacyjne są przydatne do oceny wpływu ucisku korzenia nerwu na dolegliwości bólowe.
- W przypadku bólu będącego wynikiem odgięciowego urazu kręgosłupa szyjnego został zaproponowany system klasyfikacji przez Québec Task Force (QTF), opisujący pięć stopni odpowiadających stopniu nasilenia dolegliwości.

Rozpoznanie i leczenie

Z względu na ograniczoną wiedzę dotyczącą patofizjologii większości zespołów bólowych szyi, leczenie przyczynowe zazwyczaj nie jest możliwe. Dlatego też leczenie i rehabilitacja mają na celu głównie zmniejszenie objawów i poprawę funkcjonowania.

- Istnieją poważne dowody, że multimodalne programy rehabilitacyjne obejmujące ćwiczenia fizyczne, terapię manualną (mobilizacje i manipulacje) oraz techniki psychologiczne poprawiają funkcjonowanie i zwiększają aktywność.
- Dowody wskazują na skuteczność akupunktury, terapii laserowej o niskiej częstotliwości i pulsującego pola elektromagnetycznego w wczesnie wdrożonej i krótkotrwałej terapii w bólu,
- Brakuje dowodów potwierdzających skuteczność farmakoterapii, z wyjątkiem krótkotrwałej ulgi w bólu po domięśniowych zastrzykach z lidokainy.

Piśmiennictwo

1. Cote P, van der Velde G, Cassidy JD, Carroll LJ, Hogg-Johnson S, Holm LW, Carragee EJ, Haldeman S, Nordin M, Hurwitz EL, Guzman J, Peloso PM. The burden and determinants of neck pain in workers: results of the Bone and Joint Decade 2000–2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. *Spine* 2008;33(4 Suppl):S60–74.
2. Falla D. Neuromuscular control of the cervical spine in neck pain disorders. In: Graven-Nielsen T, Arendt-Nielsen L, Mense S, editors. *Fundamentals of musculoskeletal pain*. Seattle: IASP Press; 2008. p. 417–30.
3. Gross AR, Goldsmith C, Hoving JL, Haines T, Peloso P, Aker P, Santaguida P, Myers C. Conservative management of mechanical neck disorders: a systematic review. *J Rheumatol* 2007;34:1083–102.
4. Hogg-Johnson S, van der Velde G, Carroll LJ, Holm LW, Cassidy JD, Guzman J, Cote P, Haldeman S, Ammendolia C, Carragee E, Hurwitz E, Nordin M, Peloso P. The burden and determinants of neck pain in the general population: results of the Bone and Joint Decade 2000–2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. *Spine* 2008;33(4 Suppl):S39–51.
5. Jensen I, Harms-Ringdahl K. Neck pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2007;21:93–108.
6. Nordin M, Carragee EJ, Hogg-Johnson S, Weiner SS, Hurwitz EL, Peloso PM, Guzman J, van der Velde G, Carroll LJ, Holm LW, Cote P, Cassidy JD, Haldeman S. Assessment of neck pain and its associated disorders: results of the Bone and Joint Decade 2000–2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. *Spine* 2008;33(4 Suppl):S101–22.
7. Spitzer WO, Skovron ML, Salmi LR, Cassidy JD, Duranceau J, Suissa S, Zeiss E. Scientific monograph of the Quebec Task Force on Whiplash-Associated Disorders: redefining “whiplash” and its management. *Spine* 1995;20(8 Suppl):1S–73S.
8. Sterner Y, Gerdle B. Acute and chronic whiplash disorders: a review. *J Rehabil Med* 2004;36:193–209.

