

CERVIKALNI SINDROM

SADRŽAJ

DEFINICIJA	2
ETIOLOGIJA I EPIDEMIOLOGIJA	2
KLASIFIKACIJA	3
FAKTORI RIZIKA	3
DIFERENCIJALNA DIJAGNOZA	4
KLINIČKA SLIKA	4
DIJAGNOZA	5
FIZIKALNI PREGLED	6
PRETRAGE	7
LIJEČENJE	8
TRETMAN BEZ MEDIKAMENATA	9
MEDIKAMENTNI TRETMAN	9
PLAN TRETMANA	12
INDIKACIJE ZA UPUĆIVANJE SPECIJALISTI	13
PREVENCIJA	13
DOBRO JE ZNATI	13
PREPORUKE ZA PACIJENTA	14
PRILOZI:	15
PREPORUKE ZA PACIJENTE SA BOLOM U VRATU	15
KLASIFIKACIJA PREPORUKA	17
LITERATURA	18

CERVIKALNI SINDROM

- M 47** **Spondylosis**
 Spondiloza
- M 50** **Morbi discorum intervertebraliū alii**
 Bolesti diskusa vrata
- M 53** **Syndroma cervicobrachiale**
 Cervikobrahijalni sindrom

Pacijenti sa simptomima cervikalnog sindroma su česti u ambulantama porodične medicine. Tegobe na koje se pacijenti najčešće žale su: bol u vratu, glavobolje, nesvjestice, vertiginozne smetnje, bolovi u ramenima i gornjim ekstremitetima, zujanje u ušima, zamagljen vid i dr. Obilje mogućih simptoma predstavlja veliki diferencijalno-dijagnostički problem za porodičnog ljekara.

S obzirom da uzroci cervikalnog sindroma mogu varirati od sasvim benignih pa do ozbiljnih problema koji zahtijevaju dodatne konsultacije, dijagnostičke i terapijske procedure, ukazala se potreba za izradom jedinstvenog vodiča koji bi pomogao porodičnim ljekarima da fokusirano upućuju pacijente na pretrage i konsultacije i racionalno koriste raspoloživa sredstva.

CILJ ovog vodiča je da se naprave jedinstvene smjernice za postavljanje dijagnoze, diferencijalne dijagnoze koja je veoma obimna, upućivanje na dalje pretrage i tretman pacijenata sa cervikalnim sindromom.

S obzirom da je najčešći uzrok cervikalnog sindroma degenerativni reumatizam, ovaj vodič je najvećim dijelom usmjeren na ove probleme.

Namijenjen je ljekarima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

DEFINICIJA

Cervikalni sindrom obuhvata smetnje kojima su uzrok promjene vratnog dijela kičmenog stuba. Najčešće predstavlja klinički sindrom degenerativnih promjena koje se manifestuju bolom, hipertonusom mišića vrata i ramenog pojasa, ograničenim pokretima i vegetativnim smetnjama u području glave i gornjih ekstremiteta.

ETIOLOGIJA I EPIDEMIOLOGIJA

U opštoj populaciji, oko dvije trećine svih osoba tokom života ima bol u vratnoj kičmi. Prevalenca je najveća u srednjem životnom dobu.

Najčešći uzrok bola u vratnom dijelu kičme su degenerativne promjene na intervertebralnim zglobovima, kostovertebralnim zglobovima, unkovertbralnim zglobovima i intervertebralnim diskusima.

KLASIFIKACIJA

- **CERVIKALNI SINDROM** Pacijenti se žale na bolove u vratu i ramenima koji nastaju postepeno ili naglo, poslije zauzimanja nepovoljnog položaja, naglog ili nekontrolisanog pokreta vrata ili rashlađenja.
- **CERVIKOBRAHIJALNI SINDROM** Posljedica je iritacije ili kompresije nervnih korjenova C4-C8, najčešće zbog prolapsa i.v. diskusa, teških degenerativnih promjena ili povreda.
- **CERVIKOCEFALNI SINDROM** Najčešće nastaje kao posljedica iritacije ili kompresije nervnih korjenova C1-C3. Osnovni simptom je glavobolja različitog karaktera i intenziteta. Glavobolja je lokalizovana u potiljku sa tendencijom širenja prema ramenima, čeonj, orbitalnoj ili aurikularnoj regiji.
- **VERTEBROBAZILARNI SINDROM** Nastaje kao posljedica iritacije zadnjeg cervikalnog simpatikusa čija vlakna mrežasto omotavaju vertebralne arterije, izazivajući refleksne vaskularne poremećaje u vertebrobazilarnom slivu. Iritaciju najčešće izazivaju degenerativne promjene na vratnoj kičmi: spondiloza (osteofiti), unkartroza, spondilartroza. Ateroskleroza može pogoršati simptome.

FAKTORI RIZIKA

- Loše držanje tijela,
- Povrede,
- Dugotrajno sjedenje,
- Rad za kompjuterom,
- Fizička neaktivnost,
- Izloženost stresu (vibracioni stres, dizanje tereta, ponavljajući stresovi),
- Povrede,
- Pušenje,
- Neadekvatna ishrana,
- Profesionalna izloženost,
- Genetska predispozicija.

DIFERENCIJALNA DIJAGNOZA

Većina ljudi tokom života ima bol u vratnoj kičmi. Bol može biti akutan i trajati od nekoliko sati do nekoliko sedmica, ili može biti hroničan. Bol u vratu koji traje nekoliko sedmica ili duže smatra se hroničnim. U većini slučajeva, bol u vratnoj kičmi nema ozbiljan uzrok. Međutim, bol u vratu, posebno ako duže traje, može imati ozbiljan uzrok.

Porodični ljekar u svojoj praksi ima zadatak da diferencira pacijente sa bolom u vratnoj kičmi koji može da ima benigni ili ozbiljan uzrok.

UZROCI BOLA U VRATNOJ KIČMI

- Degenerativne promjene (spondiloza, unkartroza, degenerativne promjene intervertebralnih diskusa),
- Izloženost stresu,
- Dugotrajno sjedenje, nepravilan položaj tijela,
- Povrede vratne kičme,
- Reumatoidni artritis,
- Psorijatični artritis,
- Ankilozirajući artritis,
- Fibromijalgija,
- Osteoporoza,
- Brahijalni neuritis,
- Koštane metastaze,
- Mb. Paget.

KLINIČKA SLIKA

Tipična klinička slika pacijenta sa cervikalnim sindromom karakteriše se prisustvom bolova i osjetljivosti u mišićima zadnje strane vrata sa širenjem bola u zatiljak, ramena ili paraskapularnu regiju. Osjetljivost mišića može se javiti pri izvođenju jednog ili više pokreta, a glavobolja je uobičajen simptom.

SIMPTOMI I ZNACI

- Bol u vratu koji može biti oštar ili tup,
- Napetost u vratu,
- Bolna i ograničena pokretljivost,
- Nemogućnost obavljanja dnevnih obaveza zbog ukočenosti u vratu,
- Bol u ramenima i rukama udružena sa bolom u vratu,
- Nesvjestica,

- Vrtoglavica,
- Zujanje u ušima,
- Zamagljen vid,
- Glavobolja,
- Diplopija,
- Slabost, osjećaj težine, osjetljivost i parestezije u gornjim ekstremitetima,
- Oslabljena koncentracija i memorija.

KLINIČKA SLIKA CERVIKALNOG SINDROMA

- Bol u srednjem dijelu vratne kičme koji se širi prema ramenima, lopaticama i prednjem dijelu grudnog koša.

KLINIČKA SLIKA CERVIKOCEFALNOG SINDROMA

- Bol u gornjem, stražnjem dijelu vrata,
- Bol se širi u sljepoočnice i prema čelu,
- Šum u ušima ili smetnje ravnoteže (n. statoacusticus),
- Bol u području lica (n. trigeminus),
- Zamagljen vid, dvoslike (n. oculomotorius).

KLINIČKA SLIKA CERVIKOBRAHIJALNOG SINDROMA

- Bol koji se širi u ramena i ruke,
- Bol može biti izolovan ili se javljaju parestezije u rukama, najjače u prstima šaka,
- Tegobe su jače tokom noći, remete san,
- Hipoestezije u dermatomima C4-C8.

KLINIČKA SLIKA VERTEBROBAZILARNE INSUFICIJENCIJE

- Glavobolje, praćene mučninom i povraćanjem,
- Vrtoglavica,
- Smetnje sa sluhom i vidom,
- Smetnje gutanja,
- Pseudoanginozni bolovi i druge vegetativne smetnje,
- Simptomi lokalnog cervikalnog i/ili cervikobrahijalnog sindroma.

DIJAGNOZA

Dijagnostički proces uključuje preciznu anamnezu, fizikalni pregled, radiološku obradu i ostale dopunske dijagnostičke preglede prema potrebi (CT, NMR, EMNG, TCCD, EEG, otoneurološka obrada)

FIZIKALNI PREGLED

INSPEKCIJA

- Posmatrati držanje glave i vrata, uočiti eventualne abnormalnosti i deformitete, npr. tortikolis, smanjenu ili izravnatu fiziološku lordozu

UZROCI PATOLOŠKOG IZGLEDA VRATNE KIČME

IZGLED:	UZROK:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Smanjena lordoza ili položaj u fleksiji 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Akutne lezije, reumatoidni artritis,
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Povećana lordoza 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ankilozirajući spondilitis,
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tortikolis 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kontraktura m.sternokleidomasteideusa,
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lateralna fleksija 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erozije na lateralnom dijelu atlasa kod reumatoidnog artritisa.

PALPACIJA

- **Cervikalni i cervikocefalni sindrom:** povišen tonus i bolnost paravertebralnih mišića i spinoznih nastavaka.
- **Cervikobrahijalni sindrom:** oslabljena gruba mišićna snaga ruku, hipotrofija tenara i hipotenara.

ISPITIVANJE POKRETLJIVOSTI VRATNE KIČME

- **Fleksija** - pacijent normalno može dodirnuti bradom grudni koš, a ukoliko ne može potrebno je izmjeriti postojeću distancu brada-grudni koš. *Normalan raspon fleksije* je 0-80 stepeni.
- **Ekstenzija** - tražiti od pacijenta da zabaci glavu unazad, što je više moguće. *Normalan raspon ekstenzije* je 0-50 stepeni.
- **Lijeva i desna lateralna fleksija** - tražiti od pacijenta da dodirne glavom jedno, pa drugo rame. Normalan raspon lateralne fleksije je 0-45 stepeni.
- **Rotacija** - tražiti od pacijenta da rotira glavu od jednog ka drugom ramenu. *Normalan raspon rotacije* je 0-80 stepeni.

NEUROLOŠKI PREGLED

- Kod sumnje na cervikalnu radikulopatiju neophodno je učiniti neurološki pregled.
- Radikulopatija je najčešća na nivoima C5-C6 i C6-C7.

- Ako anamnestički podaci ukazuju na moguću radikulopatiju, treba pažljivo ispitati postoje li znaci atrofije m. supraspinatusa, m. infraspinatusa, m. deltoideusa i m. triceps brachialis.
- Ispupčena skapula može ukazati na radikulopatiju C6-C7.
- Slabost u rukama i atrofija sa segmentalnim gubitkom refleksa nalazi se kod kompresije nervnih korjenova na izlazištu, dok pritisak na kičmenu moždinu uzrokuje hiperrefleksiju, povišen tonus, poremećaj osjeta na vibraciju i u nogama odgovor plantarne ekstenzije.

SIMPTOMI NAJČEŠĆIH RADIKULOPATIJA NA VRATNOJ KIČMI

NIVO	SIMPTOMI
C5-C6	Bol u trapezijusu i vršku ramena, često se širi u palac, s parestezijama i senzornim oštećenjima u istim arealima; slabost i sniženi refleksi u odgovarajućoj miotomskoj distribuciji.
C6-C7	Bol u ramenu i aksili, sa iradijacijom u srednji prst, slabost i sniženje refleksa u odgovarajućoj miotomskoj distribuciji.

Kod sumnje na radikulopatiju pacijenta treba uputiti specijalisti koji postavlja indikacije za dodatne dijagnostičke procedure.

PRETRAGE

Pretrage u domenu porodičnog ljekara:

LABORATORIJSKE ANALIZE:

- Laboratorijske analize nisu neohodne za postavljanje dijagnoze, naročito ako se sumnja da je uzrok cervikalnog bola degenerativni reumatizam.
- Laboratorijski nalazi mogu biti korisni ako postoji diferencijalno-dijagnostički sumnja na upalni reumatizam.

RTG VRATNE KIČME U DVA PRAVCA

RTG snimak nije obavezno uraditi kod svih pacijenata sa bolom u vratu. Ljekar postavlja indikaciju za RTG snimanje na osnovu anamneze, kliničkog pregleda i odgovora na terapiju.	<i>Stepen dokaza la</i>
--	-----------------------------

Indikacije za upućivanje na RTG vratne kičme

- Anamnestički podatak o prethodnoj traumi,
- Neuromotorni deficit (da se isključi spondilolisteza ili tumori),
- Neobjašnjiv gubitak na težini (da se isključi malignitet),
- Zloupotreba supstanci ili alkohola (postoji povećan rizik od osteomijelitisa, osteoporoze ili traume),
- Anamneza postojeće maligne bolesti (da se isključe metastaze),
- Upotreba kortikosteroida (povećan rizik infekcija i osteoporoze),
- Temperatura (potencijalno znak osteomijelitisa ili epiduralnog abscesa),
- Loš odgovor na konzervativnu terapiju,
- Pacijenti koji su uključeni u sudske parnice.

Pretrage u domenu specijaliste:

- **Nuklearna magnetna rezonanca (NMR)** - korisna u postavljanju dijagnoze hernije intervertebralnog diskusa, osteofita i artroze zglobova.
- **Kompjuterizovana tomografija (CT)** - korisna dijagnostička metoda za procjenu promjena na kostima, postojanja degenerativnih promjena (spondiloza, artritis), ali ne daje dovoljno podataka o promjenama na intervertebralnim diskusima.
- **CT-mijelografija** - predstavlja "zlatni standard" za rješavanje kompleksnih slučajeva, omogućava diferenciranje koštanih izraštaja od hernijacije diskusa.
- **Elektromioneurografija (EMNG)** - indicovana je kod pacijenata sa suspektom cervikalnom radikulopatijom.
- **Transkranijalni dopler krvnih sudova glave i vrata (TCCD)** – dijagnostička metoda za procjenu postojanja i određivanje stepena vertebrobazilarne insuficijencije.

LIJEČENJE

CILJ LIJEČENJA

- Otklanjanje bola,
- Otklanjanje drugih simptoma,
- Održavanje pokretljivosti,
- Sprečavanje invalidnosti,
- Pобоljšanje kvaliteta života.

TRETMAN BEZ MEDIKAMENATA

- Masaža toplo/hladno,
- Odmor,
- Vježbe laganog istezanja (lagano istezati vrat na jednu, zatim na drugu stranu i zadržati 30 sekundi),
- Vježbe za vrat po preporuci fizijatra,
- Transkutana električna stimulacija (TENS),
- Kratkotrajna imobilizacija,
- Hirurški tretman,
- Akupunktura,
- Trakcija (proširenje intervertebralnog prostora).

	<i>Stepen dokaza</i>
Fizikalni tretman i tretman koji uključuje program vježbanja kod pacijenata efikasnije smanjuje bol u poređenju sa pacijentima kod kojeg je primijenjen pasivni tretman.	<i>la</i>
Nije dokazano poboljšanje simptoma kod pacijenata koji su tretirani manipulacijom i mobilizacijom u odnosu na pacijente bez tretmana.	<i>la</i>
Tretman akupunkturoum <u>nije preporučeno</u> za terapiju bola u vratnoj kičmi bez obzira na uzrok.	<i>la</i>

MEDIKAMENTNI TRETMAN¹

Rani i adekvatan tretman analgeticima, antiinflamatornim lijekovima, mišićnim relaksantima i pomoć kod problema sa spavanjem su nosioci farmakološkog tretmana kod pacijenata sa cervikalnim sindromom.

	<i>Nivo preporuke</i>
Prva linija farmakološkog tretmana uključuje <i>paracetamol</i> i nesteroidne anti-inflamatorne lijekove.	<i>A</i>
Preporučuje se primjena <i>paracetamola</i> u dozi 2-4 g/dan kao terapije prve linije.	<i>A</i>

¹ Fabrički nazivi lijekova navedeni su u „Registru lijekova Republike Srpske sa osnovama farmakoterapije“

Postoje jaki dokazi o efikasnosti nesteroidnih anti-inflamatornih lijekova u tretmanu akutnog bola, a umjerenoj efikasnosti u otklanjanju hroničnog bola.	A
Može se razmatrati kratkotrajna primjena mišićnih relaksanasa (benzodijazepini). Ovi lijekovi su najefikasniji u prva četiri dana terapije.	A
Opioidi se mogu razmatrati, ako ostali lijekovi nisu efektivni u otklanjanju bola. Kratkotrajna primjena opioida korisna je za otklanjanje akutnog bolnog sindroma.	A
Adjuvantna terapija antidepresivima i antikonvulzantima može se razmatrati kod pacijenata sa hroničnim neuropatskim bolom, ili kod pacijenata sa pridruženom depresijom.	A
Epiduralna aplikacija kortikosteroida se preporučuje samo kod pacijenata sa radikulopatijom (u domenu specijaliste neurohirurga).	A

Najčešće korišćeni lijekovi za liječenje cervikalnog sindroma

Analgetici	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>paracetamol</i> – lijek prvog izbora za smanjenje bola, ▪ Doza: 3-4 x 500 mg - 1 g.
Nesteroidni antireumatici	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>ibuprofen</i>: 2-3 x 400-600 mg/dan, max. 2-4 g/dan, ▪ <i>diklofenak</i>: 2-3 x 50 mg/dan per os, rektalno: 1-2 x 50 mg/dan, ▪ <i>ketoprofen</i>: 100-200 mg/dan u 2-3 pojedinačne doze, max. 300 mg/dan, ▪ <i>nimesulid</i>: 2 x 100 mg/dan per os, ▪ <i>piroksikam</i>: 2 x 20 mg/dan per os, ▪ <i>meloksikam</i>: 2 x 7,5 mg/dan per os, ▪ <i>tenoksikam</i>: 2 x 20 mg/dan per os, ▪ Specifični COX - 2 inhibitori (<i>celekoksib</i>, <i>rofekoksib</i>) ne preporučuju se za rutinsku upotrebu. Smanjuju rizik od gastrointestinalnog krvarenja, ali povećavaju rizik od srčanog i moždanog udara. Visoka cijena ograničava njihovu širu primjenu.
Blagi opijati	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Efikasni za otklanjanje bola kod akutnog bolnog sindroma, ▪ <i>Tramadol</i>, ▪ Doza: 2-3 x 50 mg per os. max. 400 mg/dan.
Miorelaksanti	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>diazepam</i>, <i>bromazepam</i>, ▪ Preporučuje se kratkotrajna primjena – do 4 dana.

PLAN TRETMANA

Zavisi od kliničke slike i faze bolesti

AKUTNA FAZA

- **Medikamentna terapija:**
 - *Paracetamol*, NSAIL u periodu od 2-3 sedmice
- **Fizikalna terapija:**
 - Mirovanje i relaksacija vratne kičme što kraći period,
 - Podržati pacijente da se što prije vrate aktivnostima dnevnog života,
 - Spužvasti okovratnik se preporučuje samo kratko vrijeme (ne duže od četiri dana), skidati ga postepeno kako ne bi došlo do smanjenja snage mišića vrata,
 - **Ne** preporučuju se procedure sa dubinskim toplotnim djelovanjem, jer mogu dovesti do egzacerbacije radikularnog bola.

SUBAKUTNA I HRONIČNA FAZA

- **Medikamentna terapija:**
 - Analgetici prema potrebi.
- **Fizikalna terapija:**
 - *Kineziterapija*: vježbe istezanja koje poboljšavaju elastičnost,
 - *Statičke vježbe* za jačanje paravertebralne muskulature i mišića gornjih ekstremiteta,
 - Primjena blage *površinske toplote i/ili hladnoće*,
 - *Manuelna masaža*,
 - *Elektroterapija*: dijadinamske, galvanske, interferentne struje,
 - *Sonoterapija*,
 - *Radna terapija* i ergonomska savjetovanja,
 - Preporuke za kućni program vježbanja,
 - Obnova fizikalnog tretmana 1-2 puta godišnje.

INDIKACIJE ZA UPUĆIVANJE SPECIJALISTI

- **Fizijatar** - kada postoje indikacije za provodjenje fizikalnog tretmana.
- **Neurolog** - uvijek ako se pri fizikalnom pregledu nađu neurološki ispadi.
- **Neurohirurg** - u slučajevima kada se razmatra hirurško liječenje pacijenta.
- **Reumatolog** - ako diferencijalno-dijagnostički postoji sumnja na postojanje upalnog reumatizma.
- **Ortoped** - kod sumnje na malignitet ili infekciju.

PREVENCIJA

- Edukacija o održavanju i postizanju pravilne posture,
- Regularna fizička aktivnost,
- Pravilna ishrana, održavanje normalne tjelesne mase,
- Izbjegavati vibracione stresove kod vožnje, dugotrajnu fleksiju vrata,
- U okviru sekundarne prevencije ohrabriti pacijente u provođenju kućnog programa terapijskih vježbi.

DOBRO JE ZNATI

- Neophodno je pacijentima ukazati na značaj redovnog uzimanja farmakološke terapije, kao i nefarmakološkog tretmana (kućni program vježbanja).
- Kod propisivanja NSAIL treba upoznati pacijente da postoji opasnost od gastrointestinalnih krvarenja.

PREPORUKE ZA PACIJENTE

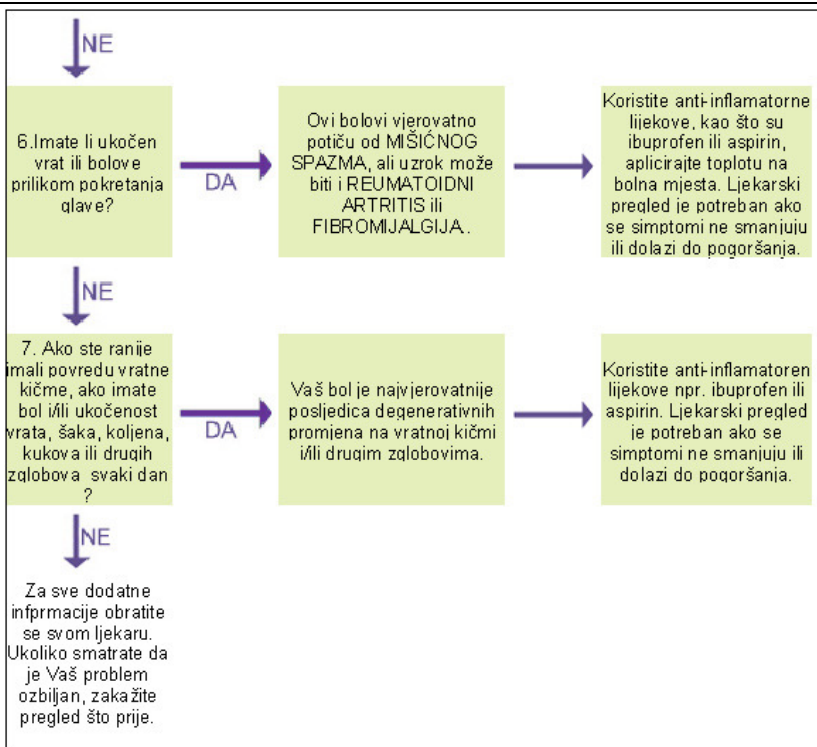
Kod većine pacijenata sa bolom u vratu, uzrok je loše držanje tijela. Male promjene u uobičajenim dnevnim aktivnostima mogu biti korisne da se izbjegne ili ublaži bol i/ili napetost u vratnom dijelu kičme.

- Napravite češće pauzu ukoliko vozite na dužim relacijama ili satima radite za kompjuterom.
- Držite glavu lagano zabačenu unazad, iznad kičme, da smanjite naprezanje vratne muskulature. Izbjegavajte stezanje zuba.
- Podesite svoj sto, stolicu i kompjuter tako da monitor bude u visini očiju.
- Koljena bi trebala biti lagano iznad nivoa kukova. Preporučuje se korištenje stolica sa naslonjačima za ruke.
- Izbjegavajte držanje telefona između uha i ramena kada razgovarate.
- Istežite se što češće ukoliko radite za stolom. Podižite i spuštajte ramena. Istežite ramena i lopatice zajedno, a zatim se relaksirajte. Postavite ramena prema dole i pomjerate glavu na svaku stranu da bi tako istezali vratnu muskulaturu.
- Radite vježbe za jačanje muskulature grudnog koša. Istežite mišiće prednje strane grudnog koša i i ojačajte mišiće prednje i zadnje strane ramena, koji čine dobar oslonac za vrat.
- Izbjegavajte spavanje na stomaku. Ova pozicija je napor za vrat.
- Izaberite jastuk koji podržava prirodnu zakrivljenost vrata.

PRILOZI

PREPORUKE ZA PACIJENTE SA BOLOM U VRATU

SIMPTOMI	DIJAGNOZA	TRETMAN
1. Da li ste imali neku povredu vrata?	Predijte na pitanje 4.	
↓ DA		
2. Imale li bol, ukočenost ili trnjenje u vašim ramenima, rukama ili nogama?	Ovo može biti mišićni spazam, ali i znak povrede vratne kičme.	URGENTNO Neophodan je hitan ljekarski pregled. Ako je ljekar postavio dijagnozu mišićnog spazma koristite lijekove za smanjenje bolova kao što su paracetamol ili ibuprofen, primjenjujte toplotu na bolna mjesta ako Vam je to preporučio ljekar.
↓ NE		
3. Da li se bol pojavio polako, nekoliko sati nakon povrede?	MIŠIĆNI BOL I SPAZAM se uobičajeno razvijaaju od nekoliko minuta do nekoliko sati nakon povrede.	Koristite anti-inflamatorne lijekove, kao što su ibuprofen ili aspirin za smanjenje bolova, i aplicirajte toplotu na bolna mjesta. Ukoliko se simptomi pogoršavaju ili traju nekoliko dana bez poboljšanja, obavezan je ljekarski pregled.
↓ NE		
*4. Imate li temperaturu, ukočen vrat, povraćanje, ili laganu povredu oka?	Ovi simptomi mogu poticati od obične virusne infekcije ili MENINGITISA, ili teških infekcija mozga.	HITNO Neophodan je ljekarski pregled odmah.
↓ NE		
Imate li pulzirajući bol ili osjetljivost u ramenima i rukama?	Ovo može biti posljedica HERNIJE CERVIKALNOG DISKUSA, ali simptomi mogu poticati i od MIŠIĆNOG SPAZMA.	Potreban je ljekarski pregled. Možete koristiti paracetamol ili ibuprofen za smanjenje bolova, i aplicirati toplotu na bolna mjesta. Ako su se bolovi pojavili iznenada, posjetite doktora odmah.



KLASIFIKACIJA PREPORUKA

Pri pretrazi literature korištene su elektronske baze podataka i štampani materijali relevantni za specifičnu oblast kojom se vodič bavi. Stepen dokaza i nivo preporuke dati u kliničkim vodičima zasnivaju se na sljedećim kriterijumima:

Stepen dokaza:

Ia: Meta-analize, sistematski pregledi randomiziranih studija.

Ib: Randomizirane kontrolisane studije (najmanje jedna).

IIa: Sistematski pregledi kohornih studija.

IIb: Dobro dizajnirana kohortna studija i lošije dizajnirana randomizirana studija.

IIIa: Sistematski pregledi "case control" studija.

IIIb: Dobro dizajnirana "case control" studija, "correlation" studija.

IV: Studije slučaja ("case-series") i loše dizajnirane opservacione studije.

V: Ekspertska mišljenja.

Nivo preporuka:

Nivo preporuke	Na osnovu stepena dokaza	Obrazloženje:
A	Ia i Ib	Zahtijeva bar jednu randomiziranu kontrolisanu studiju kao dio literature koja obrađuje određeno područje.
B	IIa, IIb i III	Zahtijeva dobro dizajniranu, ne nužno i randomiziranu studiju iz određenog područja.
C	IV i V	Preporuka uprkos nedostatku direktno primjenljivih kliničkih studija dobrog kvaliteta.

LITERATURA

1. *A Binder.* Neck pain. Clin Evid 2002;8:232-34.
2. *A Binder.* Neck pain. Clin Evid Concise 2004;11:1534-50.
3. *American Academy of Family Physicians.* Family Health & Medical Guide. Dallas: Word Publishing; 1996.
4. *Cannon CP, et al.* Cardiovascular outcomes with etoricoxib and diclofenac in patients with osteoarthritis and rheumatoid arthritis in the Multinational Etoricoxib and Diclofenac Arthritis Long-term (MEDAL) programme: a randomised comparison. Lancet November 18, 2006;368:1771-81.
5. *Collantes E, Curtis SP, Lee KW, Casas N, McCarthy T, Melian A, et al.* A multinational randomized, controlled, clinical trial of etoricoxib in the treatment of rheumatoid arthritis. BMC Fam Pract 2002;3:10.
6. *Dvorak J:* Epidemiology, physical examination, and neurodiagnostics,. Spine 1998 Dec 15;23(24):266-73.
7. *Emery P, Zeidler H, Kvien TK, Guslandi M, Naudin R, Stead H, et al.* Celecoxib versus diclofenac in long-term management of rheumatoid arthritis: randomised double-blind comparison. Lancet 1999;354:2106-11.
8. *Goldstein JL, Correa P, Zhao WW, Burr AM, Hubbard RC, Verburg KM, et al.* Reduced incidence of gastroduodenal ulcers with celecoxib, a novel cyclooxygenase-2 inhibitor, compared to naproxen in patients with arthritis. Am J Gastroenterol 2001;96:1019-27.
9. *Graham Douglas, Fiona Nicol, Colin Robertson.* Macleod's Clinical Examination, 11th edition, 2005.
10. *Hoving JL, Gross AR, Gasner D, et al.* A critical appraisal of review articles on the effectiveness of conservative treatment for neck pain. Spine 2001;26:196-205.
11. *Hurwiz EL, Aker PD, Adams AH, et al.* Manipulation and mobilization of the cervical spine. A systematic review of the literature, Spine. 1996; 21:1746-59.
12. J Am Board Fam Pract 2004;17:S13-22.
13. *Jandrić S.* Osnovi fizikalne medicine i rehabilitacije. Banjaluka, : "Grafomark", 2005:111-16.
14. *Kjellman GV, Skargren EI, Oberg BE.* A critical analysis of randomized clinical trials on neck pain and treatment efficacy. A review of the literature. Scand J Rehabil Med 1999;31:139-52.
15. *Mark H. Beers, Robert Berkow,* The Merck Manual of diagnosis and therapy, prvo hrvatsko izdanje, Split, 2000

16. *McCormack BM, Weinstein PR*:Cervical spondylosis. An update. *WestJ Med* 1996 Jul-Aug; 165(1-2)-51.
17. *National Institute for Clinical Excellence*. Guidance on the use of cyclooxygenase (Cox) II selective inhibitors, celecoxib, rofecoxib, meloxicam and etodolac for osteoarthritis and rheumatoid arthritis. Technology appraisal guidance no. 27. London: National Institute for Clinical Excellence, 2001:14. Accessed October 3, 2003
18. Philadelphia panel evidence.Based clinical practice guidelines os selected rehabilitation interventions for neck pain. *Phys Ther* 2001;81:1701-17.
19. *Simon LS, Weaver AL, Graham DY, Kivitz AJ, Lipsky PE, Hubbard RC, et al*. Anti-inflammatory and upper gastrointestinal effects of celecoxib in rheumatoid arthritis: a randomized controlled trial. *JAMA* 1999;282:1921-8.
20. *Stoisavljević-Šatara S*, urednik. Registar lijekova Republike Srpske sa osnovama farmakoterapije. Agencija za lijekove Republike Srpske, Banja Luka 2008.
21. *White AR,Ernst E*. A systematic review of randomized controlled trials of acupunctue for neck pain. *Rheumatology* 1999,38:143-7.
22. *Zoung WF*. Cervical spondylotic myopathy: a common cause of spinal cord dysfunction in older patients. *Am Fam Physician* 2000;62:1064-70.

KLINIČKI VODIČI ZA PRIMARNU ZDRAVSTVENU ZAŠTITU

Klinički vodiči namijenjeni su prvenstveno specijalistima porodične medicine, ali i svim ljekarima-praktičarima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

Ažuriranje kliničkih vodiča vrši se svake tri godine saglasno najnovijim saznanjima medicine zasnovane na dokazima, prema metodologiji opisanoj u „Smjernicama za razvoj i reviziju kliničkih vodiča“. Na nivou primarne zdravstvene zaštite, nadležno za ovu aktivnost je Udruženje ljekara porodične medicine Republike Srpske.

Klinički vodič pripremila je konsultantska kuća "Bonex inženjering" d.o.o. Beograd, u okviru Projekta jačanja zdravstvenog sektora (HSEP) – projektni zadatak "Revizija i unapređenje kliničkih vodiča za primarnu zdravstvenu zaštitu", finansiranog iz kredita Svjetske banke².

Na izradi vodiča radila je radna grupa³ u sastavu⁴:

prof. dr Slavica Jandrić, specijalista fizikalne medicine i rehabilitacije - reumatolog, Zavod za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju „Dr M.Zotović“, šef Katedre za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju Medicinskog fakulteta u Banjaluci,

prim. mr sc. med. Verica Petrović, specijalista porodične medicine, Dom zdravlja u Banjaluci, Katedra za porodičnu medicinu Medicinskog fakulteta u Banjaluci,

prim. mr sc. med. Kosana Stanetić, specijalista opšte i porodične medicine, Dom zdravlja u Banjaluci, Katedra za porodičnu medicinu Medicinskog fakulteta u Banjaluci,

prof. dr Svjetlana Stoisavljević-Šatara, specijalista kliničke farmakologije, šef Katedre za farmakologiju, toksikologiju i kliničku farmakologiju Medicinskog fakulteta u Banjaluci.

Koordinator radne grupe: **dr Đina Martinović**, Bonex inženjering, Beograd.

² Mišljenja i interesi organizacije koja je finansirala razvoj i reviziju kliničkih vodiča nisu imali uticaja na konačne preporuke.

³ Članovi radne grupe izabrani su saglasno kriterijumima definisanim u „Smjernicama za razvoj i reviziju kliničkih vodiča“ i ne postoji sukob interesa.

⁴ Imena autora su navedena po abecednom redu.

CERVIKALNI SINDROM

