



SAOBRAĆAJNI TRAUMATIZAM / TRZAJNE POVREDE VRATNE KIČME

Zoran Mikerević¹, Zoran Ninić¹, Dalibor Mihajlović¹

Služba Hitne Medicinske Pomoći sa Edukativnim Centrom JZU DZ Banjaluka

Uvod

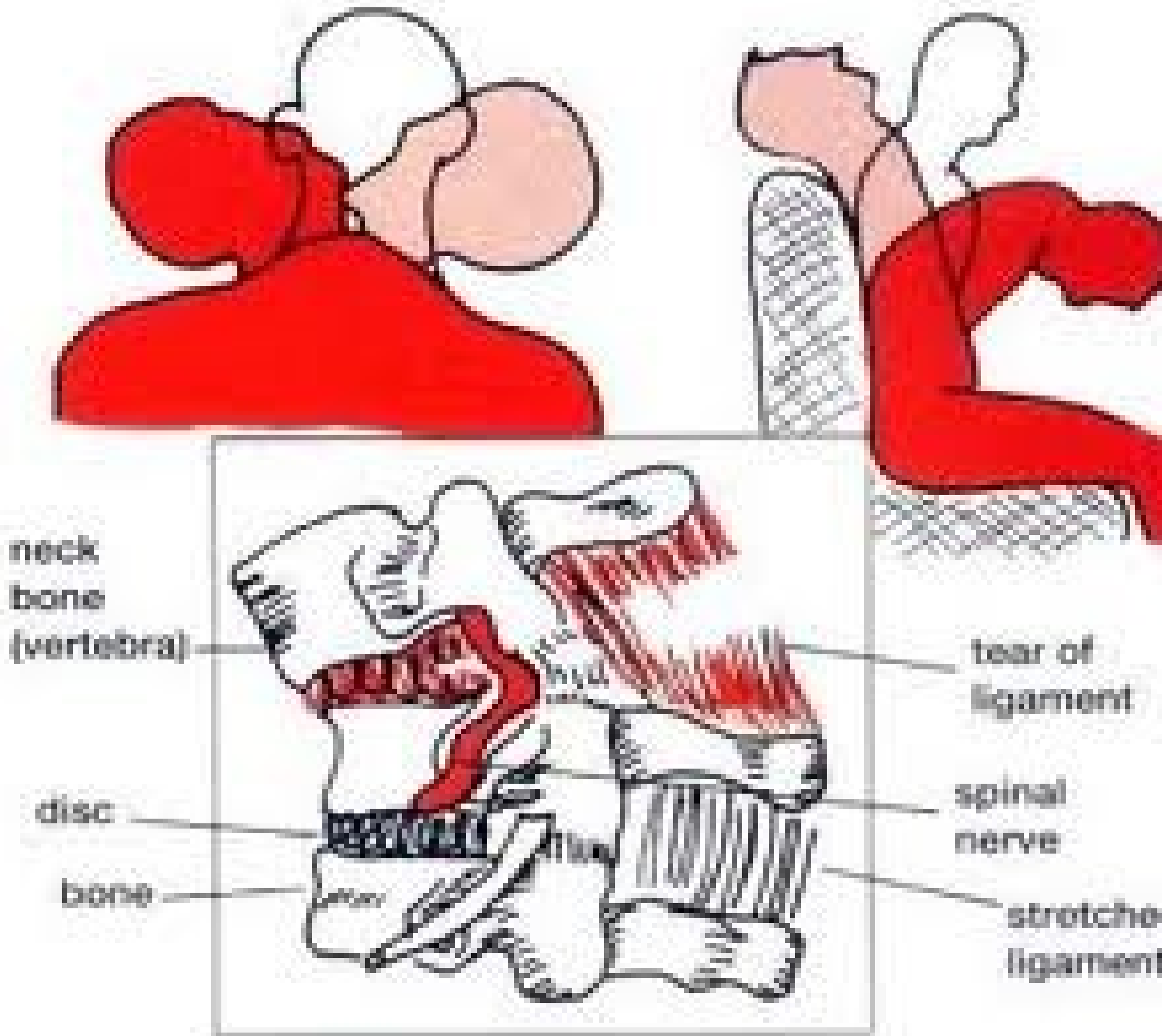
Uporedo sa tehnološkim napretkom na području saobraćaja i transportnih sredstava te dramatičnog porasta saobraćajnih nezgoda tako se pojavljuju i nove vrste povreda koje nastaju kao posljedica nemogućnosti ljudskog tijela da se nosi naglim promjenama količine kretanja u jedinici vremena. Jedna od njih je trzajna povreda vratne kičme (Whiplash injury).

Trzajna povreda vratne kičme je traumatske prirode i definiše se kao ubrzavajuće - usporavajući mehanizam energije koja se prenosi na vrat, obično kao posljedica sudara motornih vozila, mada može nastati i kod padova i nekih sportskih aktivnosti. Sam termin trzajna povreda vratne kičme se odnosi na naglu, prisilnu hiperekstenzijsko - hiperfleksijsku povredu vrata sa dominantnim povređivanjem mekih tkiva.

Neophodan uslov za njen nastanak je prekomjerno savijanje vrata u nekom od fizioloških pravaca (napred - nazad, bočno i kombinovano). Kao zaštita od ove vrste povređivanja osmišljen je naslon za glavu u vozilu, koji treba da je pravilno namješten, čvrst i visok. Upotreba sigurnosnog pojasa ne utiče bitno na nastanak trzajne povrede vratne kičme.

Mehanizam nastanka povrede

Uobičajni mehanizam nastanka trzajne povrede vratne kičme opisuje se kao udar jednog vozila u zadnji dio drugog vozila, mada može nastati i tokom čeonog sudara kao i udara u bočnu stranu vozila ili kombinacijom ovih mehanizama. Osnovni uslov za njen nastanak je da su glava i vrat slobodno pokretni. Može biti povrijeđen bilo koji putnik u vozilu, nebitno od pozicije. U slučaju da se povrijeđeni nalazi u zaustavljenom vozilu koje je udareno od pozadi, u trenutku udara vozilo dobija naglo ubrzanje ka naprijed a samim tim i tijelo uz minimalno kašnjenje takođe dobija isto ubrzanje. Nakon određenog intervala trup i ramena ubrzavaju ka naprijed što izaziva ugaoni pomak glave i vrata u odnosu na trup, pa se glava kreće nazad i dole a vrat dolazi u položaj hiperekstenzije sve dok njegove anatomske strukture ne pruže otpor. Nakon toga slijedi pokret glave ka naprijed pri čemu vrat dolazi u položaj hiperfleksije. Ove povrede nastaju usljed brzine i sile pokreta glave i vrata u odnosu na trup koje prevazilaze fiziološke mogućnosti paravertebralne muskulature jer amplituda pokreta se izvrši u kratkom vremenu u kojem nervni sistem ne stigne odreagovati pa je time i motorni odgovor nedovoljno efikasan.



Hitna medicinska pomoć na terenu

Pri dobroj kliničkoj orijentaciji pravovremena hitna medicinska pomoć je od neprocjenjive važnosti za prevenciju mogućeg pogoršanja inicijalnog stanja povrede, pa se medicinski interveniše na licu mjesta tako što se vrši imobilizacija vratne kičme postavljanjem plastične vratne kragne („STIFNEK“) i lateralne imobilizacije („LATERALNI STIFNEK“) glave. Pažljivim prenošenjem imobilisanog na transportna sanitetska nosila, izvlačenjem sa mjesta događaja do smještaja u sanitetsko vozilo u kojem se dalje preduzimaju odgovarajuće procedure sve do prijema u hospitalnu zdravstvenu ustanovu najčešće kliničkog nivoa zdravstvene službe.



Klinička slika

Do pojave prvih simptoma može doći odmah ili nakon nekoliko časova. Najčešći simptom je bol u vratu ali se može javiti i glavobolja, bol u rameno-međulopatičnoj regiji i bol u rukama.

U ostale simptome spadaju: vrtoglavica, poremećaj vida, sluha, bol u donjeviličnim zglobovima, ukočenost vrata, umor. Ponekad povređeni mogu biti psihički izmijenjeni zbog perzistentnosti tegoba.

Dijagnostičko-terapijski pristup

Ne postoji dijagnostički test za trzajne povrede. Dijagnoza se postavlja na osnovu uzetih anamnestičkih podataka vezanih za pacijentov iskaz o simptomima, objektivni klinički pregled (ortoped, traumatolog, neurohirurg) i po potrebi se rade RTG, CT, NMR ako je sumnja na prelom pršljenova ili dislokaciju. Najveći broj povrijeđenih se liječi konzervativno kombinovanom terapijom: mirovanje, analgetici, vježbe za mišiće vrata bez imobilizacije vrata I i II stepena izuzev III stepena kada postoje neurološki ispadi (oslabljeni ili ugašeni duboki tetivni refleksi, mišićna slabost, senzitivni deficit) i to maksimalno 72 sata. IV stepen (prelomi ili luksacije vratne kičme) zahtijeva neurohirurški pristup liječenju uz fiksnu imobilizaciju do postizanja pune stabilnosti vratne kičme.

Zaključak

Kod svih oblika saobraćajnih nezgoda te kod nezgoda pojedinih sportskih aktivnosti treba uvijek misliti da može doći do ovakvog oblika povrede te preventivno djelovati na licu mjesta u smislu pravilne imobilizacije vratne kičme te adekvatnog transporta u odgovarajuću zdravstvenu ustanovu.

