

McKenzie koncept u dijagnostici i liječenju križobolje

Porin PERIĆ

Klinika za reumatske bolesti i rehabilitaciju,
Klinički bolnički centar – Zagreb, Zagreb

Poznato je da se križobolja javlja podjednako često u ljudi s pretežno sjedećim zanimanjima i kod fizičkih radnika, iako zadnja skupina pokazuje viši postotak odsutnosti s posla, jer nisu u mogućnosti raditi s takvim tegobama. Općenito križobolja je u većine bolesnika samolimitirajuća bolest. Ipak, recidivi su česti. Rekurentne epizode križobolje obično su jače i sve progresivnije s svakom novom atakom.

Krajem 50-ih godina prošloga stoljeća novozelandski fizioterapeut Robin McKenzie razvio je poseban sustav vježbi sa svrhom liječenja i prevencije budućih epizoda križobolje, koji je tada bio prilično revolucionaran i drugačiji od dotadašnjih načina liječenja.

McKenzie smatra da profilaksa bolnih recidiva križobolje mora otpočeti s učenjem bolesnika da sam smanji bol, a to je moguće samo u situaciji kada bolesnik osjeća bolove. Prema tome, liječenje treba započeti u trenutku atake križobolje. Vrlo je važno uključiti bolesnike koji imaju intermitentne ishijalgije bez neuroloških deficita. To znači da mora postojati dio dana kada bolesnik ne osjeća ni bolove niti parestezije u nogama. Bolesnici koji se prezentiraju bolovima koje nije moguće smanjiti ili centralizirati ni pojedinim pokretima niti u određenoj poziciji, odnosno bolesnici koji imaju konstantne jake bolove u nogama s neurološkim deficitom nisu prikladni za mehaničke procedure koje su sastavni dio McKenzijeveg pristupa liječenju križobolje.

U etiologiji križobolje postoje tri važna predisponirajuća činitelja: sjedeći položaj, gubitak lumbalne lordoze (uz ograničenost lumbalne ekstenzije), učestalost fleksijskog položaja.

Razmatrajući ove činitelje čini se vrlo razumnim i korisnim sugerirati bolesniku s križoboljom da s vremena na vrijeme ekstendira svoju kralježnicu u određenim okolnostima ili sjedi uz podržanu lumbalnu ortožu. Na taj način će doći do smanjenja stresa na stražnji anularni zid i do simultanog pomaka tekućine unutar nucleusa pulpozusa prema naprijed- to znači daleko od mjesta na kojem se događa najveći broj protruzija i ekstruzija.

Križobolji obično prethodi neki neobični i nagli pokreti, kao i dizanje tereta, a napose ako ga izvodi netrenirana i nespremna osoba. Dakle, mehanički stresovi dovoljni za izazivanje boli obično su vezani uz posturalne stresove ili aplikaciju abnormalnih sila na tijelo u mirovanju ili pokretu.

McKenzie-ev pristup bolesniku s križoboljom je dijagnostički i terapijski. Medicinske vježbe, kao terapijski dio, dominantno su ekstenzijskog tipa, ali nakon posebno provedenog testiranja provode se i određene fleksijske vježbe, a ovisno o tipu problema koji je dijagnosticiran. McKenzie sustav (engl. The Mechanical Diagnosis and Therapy system) se može podijeliti u 3 osnovne podgrupe: posturalni sindrom, disfunkcijski sindrom i derangement sindrom ili sindrom raspada (engl. derangement=rastrojstvo), a svaka pojedina podgrupa ima i specifičan način liječenja. Također, postoje i podklasifikacije unutar svake podgrupe.

Posturalni sindrom nastaje kao rezultat dugotrajnih položaja ili pozicija tijela koje mogu zahvatiti zglobove površine, mišiće i tetive. Bol je obično lokalizirana i dobiva se u krajnjim položajima normalnoga opsega kretanja, npr u pogrbljenom držanju. Ponavljani pokreti po McKenzie konceptu ne mijenjaju simptome i odgovor bolesnika na primjenu tih ponavljanih pokreta je vrlo brz (npr. odmah dolazi do smanjenja boli).

Disfunkcija znači da postoji određeno adaptivno "skraćivanje", ožiljne promjene ili adherencija vezivnih niti u području vezivnoga tkiva koja uzrokuje nelagodu. Disfunkcija može biti intermitentna ili kronična, ali njezina glavna značajka je konzistentno smanjenje pokreta i pojava boli u krajnjim položajima normalnoga opsega pokreta.

Derangement sindrom je najčešće prisutan sindrom u kliničkoj praksi. Njegovo glavno obilježje je senzitivnost za točno određene pokrete i preferiranje djelomičnih obrazaca pokreta. Pri izvođenju određenih pokreta poput fleksije i/ili ekstenzije (pregibanje prema naprijed ili ravnanje) simptomi poput bolova u leđima postaju više centralizirani ili manjeg intenziteta. Može biti reducibilan i nereducibilan. U nereducibilnom su prisutni svi znakovi derangement sindroma,

ali nijedan postupak ne dovodi do promjene simptoma. U reducibilnom derangement sindromu postoji obično jedan pokret pri testiranju ponavljanim pokretima koji umanjuje simptome ili centralizira bol. Suprotan pokret pogoršava simptome ili periferizira bol u distalniji dio ekstremiteta.

Zaključno treba reći da je liječenje križobolje još uvijek simptomatsko. Posebna pozornost pridaje se rekurentnim epizodama križobolje, koje su glavni razlog morbiditeta i povećanja zdravstvenih troškova. Medicinska gimnastika temelj je liječenja svake križobolje, a McKenzie koncept koji je prisutan u medicini više od 60 godina ima značajno mjesto u liječenju takvih bolesnika.

Literatura:

1. McKenzie R., The lumbar spine: Mechanical diagnosis and therapy. Spinal publications New-Zealand (1981). (secondary)
2. Garcia A. et al. Effectiveness of the back school and McKenzie techniques in patients with chronic non-specific low back pain: a protocol of a randomized controlled trial, BMC Musculoskeletal Disorders 2011;12:179.
3. Hefford C. McKenzie classification of mechanical spinal pain: Profile of syndromes and directions of preference. Manual therapy 2008;13(1):75-81.
4. May S, Ross J i sur. The McKenzie classification system in the extremities: A reliability study using McKenzie assessment forms and experienced clinicians. J Manipul Physiol Ther 2009;32(7):556-63.
5. Machado LAC et al. The effectiveness of the McKenzie method in addition to first-line care for acute low back pain: a randomized controlled trial. BMC Medicine 2010;8:10.