

---

# FIZIKALNO-TERAPIJSKE METODE U LIJEČENJU BOLESTI I STANJA KOJE ZAHVAĆAJU SAKROILIJAKALNE ZGLOBOVE

---

**TATJANA NIKOLIĆ, DUBRAVKA SAJKOVIĆ**

Klinika za reumatologiju, fizikalnu medicinu i rehabilitaciju,  
KBC Sestre milosrdnice, Zagreb

Iako se procjenjuje da 10-25 % bolesnika sa perzistentnom križoboljom ima izvoriste boli u sakroilijakalnim zglobovima, trenutno nema definiranog algoritma liječenja premda se najčešće koristimo smjernicama za liječenje križobolje (1). Standardno fizikalno terapijsko procedure uključuju vježbo istožanja i jačanja muskulature, tehnike mobilizacije i manipulacije, primjenu ortoza za stabilizaciju sakroilijakalnih zglobova, kinesio taping, masaže, edukaciju bolesnika, modifikaciju aktivnosti, aerobno kondicioniranje i pasivne modalitete kao što su primjena topline, ultrazvuka i elektroterapijskih procedura, najčešće TENS-a. Prilikom izbora metode liječenja potrebno je evaluirati prisutnost i intenzitet boli, biomehanički problem te deficit snage i fleksibilnosti (2, 3). Više autora preporučuje rehabilitacijski programu 3 faze: akutna faza (1-3 dana), faza oporavka (3 dana do 8 tjedana) i održavajuća faza (iza 8 tjedana). U akutnoj fazi možemo primijeniti NSAR, krioterapiju i poštedu opterećenja, što uključuje i izbjegavanje trčanja ili prekomjerenog hodanja. Važno je identificirati aktivnosti koje pogoršavaju simptome. Korekcija mišićne asimetrije (dužina mišića ili napetosti) mora započeti što ranije. Faza oporavka usmjerena je na korekciju funkcionalnog mehaničkog deficita i opterećenja zahvaćenih struktura. Riješavanje disbalansa mišićne dužine i snage donjih ekstremiteta važno je zbog direktnog ili indirektnog prenošenja sila preko sakroilijakalnih zglobova. Pažnju treba posvetiti vanjskim rotatorima kuka poput m. piriformisa te odnosu agonističkih i antagonističkih skupina mišića. Uspostava normalnog biomehaničkog obrasca postiže se produženjem fleksora kuka uz jačanje glutealne muskulature. Kako se postiže zadovoljavajuća duljina mišića i/ili smanjenje ukočenosti mišića, proces jačanja mišića koji su inhibirani biomehaničkim deficitom se završava. U tom procesu su korisne neuromuskularna reedukacija i tehnike facilitacije. Jačanje zatvorenog kinetičkog lanca bi trebalo uključiti u samom početku vježbi lumbosakralne stabilizacije. Progresijom vježbi snaženja u različitim

pozicijama ubrzat će se povratak funkcionalnim aktivnostima. Unilateralna disfunkcija rezultirat će funkcionalnom razlikom u dužini nogu što će pogoršati simptome zbog asimetričnog opterećenja, stoga je važna korekcija razlike u funkcionalnoj dužini nogu. U akutnoj fazi zbrinjavanja boli kod rasteretnog hoda ili hoda s pomagalom mogu se koristiti povišenja u cipelama kako bi se ispravila funkcionalna razlika u dužini nogu. Ponovnim uspostavljanjem mišićnog balansa i korigiranjem funkcionalne razlike u dužini nogu, trebalo bi razmotriti daljnje korištenje povišenja u cipeli. Daljnje neprimjereno povišenje u obući podupire mišićnu neravnotežu koja u početku može biti asimptomatska, ali kasnije dovodi do biomehaničkih promjena opterećenja. Razliku u anatomske dužini nogu trebalo bi odrediti što ranije tako da se mogu napraviti potrebne korekcije. Slijedeća faza liječenja može započeti kad se postigne odsutnost boli i upale, oporavak funkcionalne zglobne i miofascijalne disfunkcije te oporavak snage i fleksibilnosti mišića na otprilike razinu od 75% prije ozljede. Uobičajene aktivnosti dnevnog života, osobito hodanje, ne bi smijele izazivati simptome. Održavajuća faza je zadnja faza rehabilitacije i usmjerena je na ispravljanje funkcionalnih biomehaničkih nedostataka i razvijenih adaptivnih obrazaca što je nužno u daljnjoj prevenciji ozljeda prilikom povratka uobičajenim aktivnostima, vježbanju i sportu. Iako je održavanje fleksibilnosti i snage svakog pojedinog mišića važno, trening koji uključuje multiple mišićne skupine u koordiniranoj aktivnosti ključ je uspješnog oporavka. To postižemo lumbopelvičnom stabilizacijom, proprioceptivnom reedukacijom, pliometrijskim i drugim vježbama ili sport specifičnim aktivnostima. Važno je uključiti i edukaciju o pravilnom ergonomske provođenju aktivnosti svakodnevnog života i u radnom okruženju. Posebnu pažnju treba posvetiti tehnikama treninga kod onih koji se bave sportom i vježbanjem (4,5,6). Pregledni rad koji je ispitivao učinkovitost fizioterapijskih intervencija na disfunkciju sakroilijakalnih zglobova, objavljen 2017.g. u *The Journal of Physical Therapy Science*, identificirao je 9 članaka, od kojih su 3 ispitivala učinkovitost vježbi, 3 korištenje kinesio tapinga, a 4 učinak manipulacije. Prema rezultatima su manipulacije, vježbe i primjena kinesio tapinga učinkovite u liječenju boli, onesposobljenosti i zdjelične asimetrije kod sakroilijakalne disfunkcije. Manipulacije su pokazale najveću učinkovitost (3).

## LITERATURA

1. Hansen H, Manchikanti L, Simopoulos TT, Christo PJ, Gupta S, Smith HT i sur. A systematic evaluation of therapeutic effectiveness of sacroiliac joint interventions. *Pain Physician*. 2012;15:247-78.
2. Rashbaum RF, Ohnmeiss DD, Lindley EM, Kitchel SH, Patel VV. Sacroiliac joint pain and its treatment. *Clin Spine Surg*. 2016;29:42-8.

3. Al-Subahi M, Alayat M, Alshehri MA, Helal O, Alhasan H, Alalawi A i sur. The effectiveness of physiotherapy interventions for sacroiliac joint dysfunction: a systematic review. *J Phys Ther Sci.* 2017;29:1689-94.
4. Peebles R, Jonas CE. Sacroiliac joint dysfunction in the athlete: diagnosis and management. *Curr Sports Med Rep.* 2017;16(5):336-42.
5. Prather H, Hunt D. Conservative management of low back pain, part I. Sacroiliac joint pain. *Dis Mon.* 2004;50(12):670-83.
6. Foley BS, Buschbacher RM. Sacroiliac Joint Pain: anatomy, biomechanics, diagnosis, and treatment. *Am J Phys Med Rehabil.* 2006;85:997-1006.