



Diagnozowanie i leczenie Zespołów Bólowych Kręgosłupa Łędźwiowego (ZBKL) z wykorzystaniem metody McKenziego oraz metody Neurac – opis przypadku

Duża liczba pacjentów z zespołami bólowymi kręgosłupa łędźwiowego (ZBKL) zmusza nas do ciągłego zadawania sobie pytań: Jak leczyć te dolegliwości? Jakimi metodami? Jak jest podłoże tych bólów? Wreszcie najważniejsze pytanie: Jakie ćwiczenia zalecić pacjentowi do samodzielnego wykonywania w domu?



Dolegliwości te zaliczane są do schorzeń cywilizacyjnych, według różnych źródeł szacuje się, że około 80% populacji przechodzi przynajmniej raz w życiu epizod bólu kręgosłupa lędźwiowego, a u około 10% występują dolegliwości o charakterze przewlekłym. Ponad połowa z tych osób ma nawroty dolegliwości w ciągu roku upływającego od pierwszego epizodu, co często prowadzi do wystąpienia przewlekłego bólu kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego. Przewlekły zespół bólowy kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego (ang. *low back pain*) jest różnorodnym etiologicznie i objawowo zespołem, który powstaje w następstwie uszkodzenia różnych struktur anatomicznych. Literatura naukowa jest zgodna, że w większości przypadków bóle dolnego odcinka kręgosłupa są wynikiem uszkodzenia lub degeneracji krążka międzykręgowego (dysku). W oparciu o literaturę można dodatkowo wyróżnić następujące przyczyny ZBKŁ:

- zwężenie kanału kręgowego różnego pochodzenia (stenoza),
- zmiany zwyrodnieniowe odcinka lędźwiowego kręgosłupa,
- uszkodzenia urazowe,
- niemechaniczne przyczyny ZBKŁ (bóle pochodzenia chemicznego),
- poważne patologie – tzw. czerwone flagi – zespół ogona końskiego, nowotwór, złamanie, infekcje kręgosłupa, zżsk,
- bóle występujące po zabiegu operacyjnym.

Oprócz przeważającej ilości bólów związanych z problemami „dyskowymi” (diagnozowanie i leczenie według metody McKenziego) pacjenci odczuwają również bóle mogące wynikać z zablokowania stawów międzywyrastkowych (leczenie według metody Mulligana), oraz bóle związane z brakiem stabilizacji funkcjonalnej i kontroli nerwowo-mięśniowej w obrębie lędźwiowego odcinka kręgosłupa (diagnozowanie i leczenie wg metody Neurac).

Leczenie w ZBKŁ ma zdecydowanie charakter zachowawczy. Prawie wszyscy badacze problemu są zgodni co do tego, że operację należy rozważyć dopiero wówczas, kiedy leczenie zachowawcze

nie przyniosło spodziewanego rezultatu oraz gdy występują poważne neurologiczne objawy ubytkowe. Warto zaznaczyć, iż mnogość przyczyn ZBKŁ wyklucza przyjęcie i możliwość leczenia ściśle określonej metodą. Sugeruje się raczej konieczność indywidualnego podejścia terapeuty do pacjenta, w zależności od faktycznych przyczyn i źródeł dolegliwości bólowych oraz dobranie odpowiedniej metody leczenia w zależności od rodzaju problemu stwierdzonego podczas diagnozy i badania pacjenta. Wiemy, że dobre, wnikliwe badanie stanowi 90% skuteczności leczenia pacjenta. W bólach krzyża najczęściej ulegają przeciążeniom połączenia pomiędzy kręgami L4–L5, L5–S1, a także stawy krzyżowo-biodrowe. Przeciążenia poszczególnych elementów budowy kręgosłupa oraz tkanek okołokręgosłupowych mogą dotyczyć zarówno mięśni i ich przyczepów, tkanki powięziowej, aparatu więzadłowo-stawowego, a w konsekwencji krążków międzykręgowych, powodując zaburzenie ich prawidłowej funkcji.

Zdecydowana większość badaczy zajmujących się problematyką bólów krzyża jest zgodna, że dolegliwości te mają charakter schorzenia łagodnego, które bardzo często przemija samoistnie, bez względu na rodzaj podjętego leczenia. Przyjmuje się wręcz, że większość dolegliwości mija samoistnie po upływie powyżej dwóch miesięcy. Ewentualne dolegliwości kończyn dolnych oraz objawy neurologiczne są zjawiskami wtórnymi (często określanymi jako powikłania nieleczonych lub źle leczonych bólów krzyża). Choć stan zdecydowanej większości pacjentów ulega samoistnej poprawie w stosunkowo krótkim czasie, to jednak pacjenci ci mają kolejne nawroty choroby w ciągu sześciu miesięcy po wystąpieniu pierwszego epizodu. Niestety, większość z kolejnych epizodów ma znacznie bardziej nasilony przebieg i często łączy się z objawami neurologicznymi. Pojawiają się więc liczne pytania: Jak leczyć te dolegliwości? Jakimi metodami? Czy dolegliwości bólowe są spowodowane problemem mechanicznym (problemy krążka międzykręgowego, stawów międzywyrastkowych, stabilizacji funkcjonalnej)? Czy bóle mają podłoże chemiczne, na które terapeuta manualny ma mniej-

szy wpływ? Wreszcie najważniejsze pytanie: Jakie ćwiczenia zalecić pacjentowi do samodzielnego wykonywania w domu? Wiemy bowiem, że odpowiednie ćwiczenia są jedyną „tabletką”, którą my jako terapeuci możemy przepisać pacjentowi. Osobiście uważam, iż ta przysłowiowa „tabletką” jest najważniejsza podczas leczenia pacjentów z mechanicznym podłożem bólów krzyża. Większość postępowania terapeutycznego zmierza w kierunku wzięcia odpowiedzialności za stan swojego zdrowia przez samego pacjenta, terapeuta pełni oczywiście tutaj rolę osoby wiodącej (diagnoza, wybór sposobu leczenia, wizyty kontrolne), należy jednak zaznaczyć, że pacjent musi nauczyć się odpowiednich ćwiczeń i procedur przeciwdziałających kolejnym nawrotom dolegliwości. Podkreśla się równocześnie konieczność najszybszego uruchomienia i powrotu pacjenta do normalnej aktywności, zrywając z dotychczasowym przekonaniem o wiodącym znaczeniu „odpoczynku” w łóżku.

Opis pacjenta – badanie podmiotowe wg karty badania McKenziego

WYWIAD

Pacjent – 28 lat, skierowany do leczenia metodą McKenziego przez lekarza neurologa z powodu przewlekłego zespołu bólowego kręgosłupa lędźwiowego. Objawy bólowe u pacjenta zlokalizowane są w obrębie kręgosłupa lędźwiowego – promieniowanie w poprzek grzbietu.

Pacjent odczuwa dolegliwości bólowe podczas czynności dnia codziennego, które związane są z jego pracą zawodową (monter instalacji wentylacyjnych, duża ilość pozycji zgięciowej, duża ilość zgięcia i wyprostu, przebywanie w jednej pozycji). Równocześnie pacjent odczuwa dolegliwości bólowe podczas stania przez okres dłuższy niż około 30 minut, podczas wykonywania gwałtownych czynności – ruchy zgięcia, wyprostu, rotacji.

Objawy występują od około 1 roku, bez wyraźnej nagłej przyczyny (brak urazu). Pacjent zgłasza również, że przed wystąpieniem dolegliwości był czynnym sportowcem (sporty siłowe, gimnastyka), przypuszczał, że brak ćwiczeń (ze względu na dużą ilość pracy), jak i nowa pra-



Literatura naukowa jest zgodna, że w większości bóle dolnego odcinka kręgosłupa są wynikiem uszkodzenia lub degeneracji krążka międzykręgowego (dysku).



ca mogły przyczynić się do wystąpienia dolegliwości. Dolegliwości utrzymują się przez ten czas z tą samą intensywnością, są dni kiedy – jak sam określa – nie odczuwa bólu, największe nasilenie występuje po nocy i podczas długiego stania w jednej pozycji lub w pozycji pochylonej. Po nocy pacjent określa, że „musi się rozchodzić” i wówczas czuje się lepiej. Podczas bólu w długotrwałej pozycji stojącej lub w pochyleniu pomaga odpoczynek (pozycja leżąca na brzuchu, na plecach z podkurzonymi nogami, przysiad). Pacjent dotychczas był leczony tylko farmakoterapią (NLPZ, środki przeciwbólowe). Lekarz rodzinny – jak to określił pacjent – zabronił mu się ruszać i gwałtownie ćwiczyć.

Z tej części badania wynikły bardzo ważne dla terapeuty wskazówki: wykonywany zawód (obciążenia mechaniczne), brak ćwiczeń (zmiana spędzania czasu wolnego), zagrożenia i przeciążenia, informacja na przyszłość odnośnie do edukacji pacjenta. Również informacja o czasie trwania dolegliwości i ich nasileniu oraz zmienności objawów. Wiemy również, że pacjent był wcześniej bardzo aktywny ruchowo, teraz praktycznie stał się pacjentem pozostającym „w bezruchu”.

SEKCJA GORZEJ/LEPIEJ – OKREŚLENIE DYNAMIKI OBRAZU KLINICZNEGO

Analizując tę część karty badania, terapeuta może wnioskować, że dolegliwości nasilały się podczas pozostawiania pacjenta w statycznej pozycji (bezruch), pozycji zgięciowej, zmianie pozycji ze zgięciowej do wyprostnej. Tak jak w poprzedniej części badania, pacjent odczuwał większe dolegliwości po nocy (jak określał – „musiał się rozchodzić do południa”), jak również pod koniec pracy. Zdecydowanie lepiej było podczas dnia, kiedy nie był jeszcze zmęczony i kiedy pozostawał w ruchu. Czasami podczas snu odczuwał dolegliwości, wtedy zmieniał pozycję (ulubiona jego pozycja podczas snu, to pozycja na plecach i boku, strona bez znaczenia). Ważna dla terapeuty informacja to brak „triady objawów” – pogarszanie się dolegliwości, stały ból, pacjent woli być w bezruchu. Wykluczono patologię o podłożu „chemicznym”, ponieważ badany lepiej czuł się podczas ruchu, objawy nie nasilały się od okresu rozpoczęcia dolegliwości – były zmienne, ból nie był stały.

CHARAKTERYSTYKA ROZLEGŁOŚCI I ILOŚCI POPRZEDNICH EPIZODÓW

Pacjent nie potrafił dokładnie określić ilości poprzednich epizodów, twierdził, że pierwszy epizod pojawił się około rok temu. Od tamtego czasu wydawało mu się, że było około 3 ostrzejszych nasileń dolegliwości, nie potrafił określić czasu ich trwania, ale miał wrażenie, że każdy następny był mocniejszy pod względem bólu i dyskomfortu funkcjonowania, w tym okresie posiłkował się środkami przeciwbólowymi i jak określał – po pewnym czasie „przechodziło”.

PYTANIA SPECJALNE – USTALENIE CZERWONYCH FLAG

Analizując pytania specjalne, nie stwierdzono poważnych patologii kręgosłupa, stan zdrowia pacjenta poza zgłaszanymi dolegliwościami był dobry. Pacjent czasami podczas nasilenia dolegliwości bólowych posiłkował się lekami przeciwbólowymi, co – jak określał – było sporadyczne. Bóle nocne przecho-



dziły podczas zmiany pozycji i były określane bardziej jako dyskomfort. Waga ciała na stałym poziomie. Niepokojące dla pacjenta było badanie TK odc. lędźwiowego kręgosłupa – na poziomie L2/L3 szerokołukowe, tylnopiętrowe wypuklenie krążka na ok. 7 mm, powodujące ucisk worka oponowego dużego stopnia i zwężenie zachyłków korzeniowych, z możliwym uciskiem korzeni nerwowych. Na poziomie L4/L5 tylnopiętrowe wypuklenie krążka na ok. 5 mm, powodujące umiarkowany ucisk worka oponowego. Zwężenie lewego zachyłka korzeniowego większego stopnia.

BADANIE PRZEDMIOTOWE

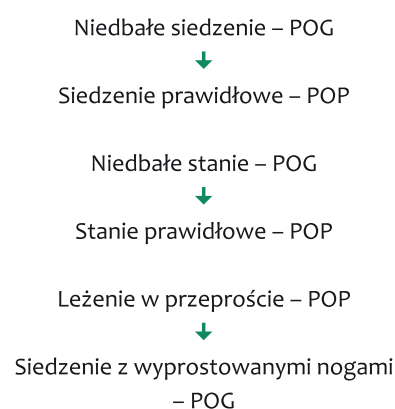
Pacjent prezentował dobrą postawę siedzącą oraz stojącą, występowała u niego zmniejszona lordoza lędźwiowa. Podczas badania pacjent nie odczuwał nasilonych objawów bólowych (jak określał – delikatny ból – 4/10 w skali VAS), korekcja postawy spowodowała ich dalszą eliminację, brak nasilenia przy dużym przekorygowaniu. Stwierdzono małą utratę ruchu w kierunku zgięcia, przesuwu boczno-lewego i prawo, u pacjenta wystę-

powiała umiarkowana utrata ruchu przeprostu (tabela 1). Podczas badania utraty ruchu pojawił się istotny element sugerujący, że dolegliwości wpisują się w zespół zaburzeń strukturalnych (derangement) wg klasyfikacji McKenziego. Umiarkowana utrata ruchu przeprostu może sugerować tylne przemieszczenie jądra miazdycznego.

Testowanie powtarzanymi ruchami wybitnie potwierdziło wcześniejszą diagnozę tylnego derangementu. Zarówno pozycje zgięciowe, jak i powtarzane zgięcia w pozycji stojącej i leżącej podczas testu nasilały dolegliwości bólowe, po testowaniu wystąpiło pogorszenie dolegliwości. Przeprost w pozycji leżącej oraz powtarzane przeprosty w pozycji stojącej i leżącej powodowały zmniejszenie dolegliwości i utrzymując się przez około 5 minut poprawę. Uzyskano również zwiększenie zakresu ruchu przeprostu zarówno w pozycji stojącej, jak i leżącej. Pacjent określił to słowami, że „może się dalej odgiąć z mniejszym bólem”. Ból w skali VAS zmniejszył się do około 2/10. Testując, stwierdzono kierunkową preferencję – przeprost, która będzie kierunkiem ruchu leczniczego (tabela 2).

TESTY STATYCZNE

Testy statyczne potwierdziły wcześniejsze założenia, iż przyczyną dolegliwości jest zespół zaburzeń strukturalnych – derangement tylny, nastąpiła poprawa podczas siedzenia i stania w prawidłowej pozycji, objawy zanikały podczas leżenia w przepróście, równocześnie nieprawidłowe siedzenie i niedbałe stanie powodowało pogorszenie objawów. Zalecono równocześnie pacjentowi używanie podpórki lędźwiowej podczas długotrwałego siedzenia i jazdy samochodem.



PROWIZORYCZNA KLASYFIKACJA PODCZAS WSTĘPNEJ DIAGNOZY

Na podstawie przeprowadzonego badania podmiotowego i przedmiotowego ustalono, że dolegliwości mają podłoże mechaniczne, postawiono rozpoznanie: zespół strukturalny – derangement tylny centralny.

TAB. 1. UTRATA RUCHU

UTRATA RUCHU	DUŻA	UMIAR.	MAŁA	BRAK	BÓL
Zgięcie			x		
Przeprost		x			
Przesuw boczny (P)			x		
Przesuw boczny (L)			x		

TAB. 2. TEST POWTARZANYMI RUCHAMI

	OBJAWY PODCZAS TESTOWANIA	OBJAWY PO TESTOWANIU	ODP. MECH. (ZAKR. RUCHU)		
			↑	↓	B/Z
Opisz objawy przed testem w pozycji stojącej	ból 3/10 w skali VAS				
Zgięcie w pozycji stojącej	nasilenie	POG			
Powt. zgięcia w pozycji stojącej	nasilenie	POG			
Przeprost w pozycji stojącej	BZ				
Powt. przeprostu w pozycji stojącej	zmniejszenie	POP	X		
Opisz objawy przed testem w pozycji leżącej	ból centralny 3/10 w skali VAS				
Zgięcie w pozycji leżącej	nasilenie				
Powt. zgięcia w pozycji leżącej	nasilenie	POG			
Przeprost w pozycji leżącej	zmniejszenie				
Powt. przeprostu w pozycji leżącej	zmniejszenie	POP	X		



ZDJ. 1. PRZEPROST W POZYCJI STOJĄCEJ



ZDJ. 2. PRZEPROST W POZYCJI LEŻĄCEJ



ZDJ. 3. OCENA LOKALNEJ STABILIZACJI DOLNEJ CZĘŚCI KRĘGOSŁUPA

LECZENIE

Test powtarzanymi ruchami stwierdził preferencję kierunkową, która będzie kierunkiem ruchu leczniczego – przeprost. Powtarzany przeprost w pozycji stojącej oraz leżącej powodowały zmniejszenie dolegliwości podczas testowania i poprawę po testowaniu. Zalecono pacjentowi podczas pracy wykonywanie przeprostu w pozycji stojącej 10 razy co godzinę, jeżeli pacjent musiał przebywać dłuższy czas w pozycji zgięciowej, zalecono, aby przerywał ją nawet co 15 minut, wykonując 5 przeprostów w pozycji stojącej. Po powrocie z pracy pacjent miał za zadanie wykonywać w domu 10 przeprostów w pozycji leżącej co 1–1,5 godziny (zdjęcia 1, 2). Również polecono, aby odpoczywał w miarę możliwości około 20 minut co pewien czas w pozycji leżenia przodem. Podczas długiego siedzenia pacjent miał używać podpórki lędźwiowej. Wyznaczono kolejną wizytę za 7 dni.

PIERWSZA WIZYTA KONTROLNA

Na pierwszej wizycie kontrolnej pacjent stwierdził, że dolegliwości znacznie się zmniejszyły, określił je na poziomie 2/10 w skali VAS (50%). Występowały znacznie rzadziej i z mniejszą intensywnością. Ból pojawiający się przy dłuższym stanie i chodzeniu nadal pozostawał, chociaż – jak określił – wydawał się mu mniejszy. Zalecane przez terapeutę procedury wykonywał systematycznie, zgodnie z podaną ilością. W pracy w razie pojawienia się bólu lub dyskomfortu w obrębie lędźwiowego odcinka kręgosłupa pacjent wy-

konywał od razu 5 przeprostów. W domu po powrocie z pracy zgodnie z zaleceniami wykonywał procedurę przeprostów w pozycji leżącej, 10 razy co godzinę. Terapeuta sprawdził poprawność i technikę wykonywania przez pacjenta procedur przeprostów i poinstruował go, aby po wykonaniu ostatniego przeprostu w pozycji leżącej dodał autodocisk (zablokowanie łokci w pozycji wyprostu i dodanie wydechu – opadnięcie bioder). Wyznaczono kolejną wizytę za 7 dni.

DRUGA WIZYTA KONTROLNA

Na kolejnej wizycie kontrolnej pacjent stwierdził, że dolegliwości uległy dalszemu zmniejszeniu. Występowały sporadycznie tylko po dłuższej pracy w zgięciu, ale równocześnie zniknęły po zmianie pozycji (wyprost) i wykonaniu 5 przeprostów. Pacjent nadal wykonywał systematycznie wszystkie zalecone procedury w domu, po powrocie z pracy (przeprosty z autodociskiem). Nadal jednak występował u niego ból związany z dłuższym przebywaniem w stałej, niezmienniej pozycji (siedzenie, stanie), dodatkowo pacjent stwierdził, że zauważył podobne dolegliwości podczas długiego chodzenia. Trudno było określić, czy te dolegliwości pojawiły się teraz, czy może wcześniej ich nie zauważył, chociaż wracając do badania, w sekcji gorzej/lepiej można stwierdzić, że chodzenie nie dawało dolegliwości bólowych. Do kolejnej wizyty poproszono pacjenta, aby dalej kontynuował dotychczasowe leczenie, zmieniając równocześnie ilość i częstotliwość wykonywanych przeprostów (w stanie 10 przeprostów co godzinę lub w razie bólu czy dyskomfortu w domu

10 przeprostów z autodociskiem co dwie godziny). Pacjent nadal używał podpórki przy dłuższym siedzeniu. Ze względu na utrzymujące się dolegliwości bólowe podczas przebywania pacjenta w stałej niezmienniej pozycji i podczas długiego chodzenia, terapeuta postanowił przeprowadzić badanie metodą Neurac.

BADANIE METODĄ NEURAC

Testy Neurac miały na celu wykrycie objawów nie zrównoważenia i dysfunkcji w łańcuchach biomechanicznych. Przeprowadzono testy kontroli motorycznej (lokalne napięcia izometryczne w granicach strefy neutralnej) oraz testy taśm mięśniowo-powięziowych (wielosegmentowe ruchy na podłożu stabilizacji centralnej) w obrębie lędźwiowego odcinka kręgosłupa. Badanie i leczenie przeprowadzono na urządzeniu Redcord.

TEST KONTROLI MOTORYCZNEJ NEURAC – OCENA LOKALNEJ KONTROLI MOTORYCZNEJ DOLNEJ CZĘŚCI KRĘGOSŁUPA

Badanie to miało na celu ocenę kontroli nerwowo-mięśniowej i stabilizacji funkcjonalnej lędźwiowego odcinka kręgosłupa i rejonu dna miednicy (ocena głębokiego systemu stabilizacyjnego dolnej części kręgosłupa). Badano zmęczenie, dyskomfort lub ból pojawiający się podczas utrzymania statycznej pozycji testowej przez okres co najmniej 120 sekund. Poinstruowano pacjenta, aby dał sygnał, gdy pojawi się ból, zmęczenie dolnej części kręgosłupa lub konieczność odpoczynku (zdjęcie 3).



ZDJ. 4. POZIOM 3 – PRZECIĘTNY

ZDJ. 5. POZIOM 3 – PRZECIĘTNY,
PODCZAS KTÓREGO POJAWIŁ SIĘ BÓL

ZDJ. 6. POZIOM 4 – ZAAWANSOWANY



ZDJ. 7. POZIOM 3 – PRZECIĘTNY

INTERPRETACJA TESTU

Pacjent utrzymał pozycję neutralną przez okres 120 sekund, co uznaje się za minimum testowe. Podczas testu nie zgłaszał dolegliwości bólowych lędźwiowej części kręgosłupa, potrafił utrzymać poprawną pozycję, nie dochodziło do napięcia mięśni globalnych (kompensacja ze strony tych mięśni). Testowany nie zgłaszał również potrzeby odpoczynku przed upływem zakładanych 120 sekund. Wynik testu uznano za ujemny, gdyż nie rozpoznano dysfunkcji głębokiego systemu stabilizacyjnego.

TESTY TAŚM MIĘŚNIOWO-POWIEZIOWYCH NEURAC

Podczas testowania oceniano: zdolność do przyjęcia i utrzymania skorygowanej pozycji, jakość ruchu, układ części ciała, ból. Testujący oceniał zaburzenia występujące w łańcuchach mięśniowo-powięziowych dolnej części kręgosłupa, sprawdzając jakość ruchu i możliwości funkcjonalne pacjenta. Pacjent bez dysfunkcji narządu ruchu powinien w każdym teście uzyskać poziom 3 (przeciętny). Poziom 1 i 2 definiuje się jako słabe ogniwo

(zaburzenie w obrębie systemu biokinematycznego). Różnice na poziomie 3 i na wyższych uznaje się za wynikające z nierównowagi nerwowo-mięśniowej. Prawą i lewą stronę ciała testuje się osobno.

INTERPRETACJA TESTÓW

- Unoszenie miednicy w leżeniu tyłem:
 - Prawa strona – pacjent poprawnie wykonał ćwiczenie na poziomie 3 (przeciętny). Poziom 4, brak poprawności wykonania – miednica niesymetrycznie ustawiona, skręt ciała, tułów uciekał bocznie (zdjęcie 4).
 - Lewa strona – pacjent podczas wykonywania ćwiczenia na poziomie 4 uskarżał się na ból kręgosłupa lędźwiowego po lewej stronie. Ćwiczenie wykonał z bocznym skrętem tułowia.
- Mostek w leżeniu tyłem:
 - Prawa strona – podczas wykonywania ćwiczenia na poziomie 3, pojawił się ból z lewej strony kręgosłupa lędźwiowego.
 - Lewa strona – podczas wykonywania ćwiczenia na poziomie 3, pojawił się ból całego odcinka lędźwiowego (zdz. 5). Pacjent określił 6/10 VAS.
- Mostek w leżeniu przodem:
 - Prawa strona – pacjent poprawnie wykonał ćwiczenie na poziomie 4 (zaawansowany). Poziom 5 – brak stabilizacji (zachwianie tułowia), skręt ciała (zdz. 6).
 - Lewa strona – ćwiczenie na poziomie 3, poprawnie wykonane, poziom 4 – ból całego lędźwiowego odcinka kręgosłupa.

TAB. 3. PROTOKÓŁ DIAGNOSTYCZNY NEURAC – ODCINEK LĘDŹWIOWY I MIEDNICA

TESTY TAŚM MIĘŚNIOWO-POWIEZIOWYCH				
Test	prawa	lewa	uwagi	suma
Unoszenie miednicy w leżeniu tyłem	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	L – tułów 4 ucieka bocznie ból lewa strona	6
Mostek w leżeniu tyłem	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	P – ból z lewej strony 3 L – ból całego odc. 3	4
Mostek w leżeniu przodem	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	L – ból przy 4 cały odc. P – 4 bez bólu	7
Odwodzenie biodra w leżeniu bokiem	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	P – trzęsienie ciała przy 4 L – jak wyżej	6
Przywodzenie biodra w leżeniu bokiem	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	P – trzęsienie ciała przy 4 L – jak wyżej	6
Suma	15/25	14/25	wynik całkowity	29/50

KLUBBEN

KLUBBEN Polska sp. z o.o.
Fordońska 30, 85-085 Bydgoszcz
tel. (52)3478848 fax (52)3270633
rehabilitacja@klubben.pl

**ZDROWE PLECY
W TWOICH RĘKACH
ZAUFAJ SPRAWDZONYM
ROZWIĄZANIOM**



Zadbaj o swoje plecy korzystając z
metod certyfikowanych pieczęcią
ZDROWY KRĘGOSŁUP (AGR)



GYMNIC **FLEXI-BAR** **AIREX**



4. Odwodzenie biodra w leżeniu bokiem:

- Prawa strona – poprawnie wykonane ćwiczenie na poziomie 3, podczas testowania na poziomie 4 wystąpił skręt ciała i balansowanie tułowia.
- Lewa strona – tak samo jak przy testowaniu strony prawej (zdjęcie 7).

5. Przywiedzenie biodra w leżeniu bokiem:

- Prawa strona – poprawnie wykonane ćwiczenie na poziomie 3, podczas testowania na poziomie 4 wystąpił skręt ciała i balansowanie tułowiem, brak utrzymania prawidłowej lordozy lędźwiowej (zdjęcie 8).
- Lewa strona – tak samo jak przy testowaniu strony prawej.

Z interpretacji poszczególnych testów wynika, że najsłabiej dla pacjenta wypadł mostek w leżeniu tyłem. Test miał zbadać dolną część kręgosłupa, obręcz miedniczną i rejon stawów biodrowych. Celem tego badania było sprawdzenie kontroli nerwo-mięśniowej i stabilizacji funkcjonalnej lędźwiowego odcinka kręgosłupa, obręczy miednicznej i rejonu stawów biodrowych z zaangażowaniem mięśni kulszowo-goleniowych, zwrócenie uwagi na siłę tylnych taśm mięśniowo-powięziowych. Ponieważ pacjent podczas poziomu 3 odczuwał ból w lędźwiowym odcinku kręgosłupa, terapeuta stwierdził, że leczenie rozpocznie od poziomu 2, wykorzystując alternatywne pozycje wyjściowe. W tym celu wykorzystano do uniesienia miednicy obu kończyn dolnych, jak również pomoc sprężyn. Pacjent wykonywał 4 serie po 6 powtórzeń (zdjęcie 9). Podczas wykonywania tego ćwiczenia pacjent nie zgłaszał dolegliwości bólowych.

ZALECENIA DO KOLEJNEJ WIZYTY KONTROLNEJ

Terapeuta postanowił połączyć leczenie metodą McKenziego i Neurac. Pacjent, jak zalecono poprzednio, miał wykonywać 10 przeprostów w staniu w pracy co godzinę lub w razie potrzeby, 10 przeprostów z autodociskiem co dwie godziny w domu. Równocześnie po wykonaniu 10 przeprostów miał wykonać 10 razy ćwiczenie: mostek w leżeniu tyłem, wykorzystując obie kończyny wsparte na łóżku do wysokości kolan (zdj. 10). Wyznaczono kolejną wizytę za 7 dni.

TRZECIA WIZYTA KONTROLNA

Pacjent stwierdził, że bóle w obrębie odcinka lędźwiowego „praktycznie zniknęły”, sporadycznie odczuwał dyskomfort i bardzo delikatny ból w tym odcinku podczas przebywania w pozycji zgięcia (określił jako 1/10 VAS). Ból podczas przebywania w pozycji stałej niezmienniej i podczas długiego chodzenia pojawiał się później i był mniejszy. Określił, że tak „mógłby sobie funkcjonować i żyć, jest dobrze”.

Na tej wizycie terapeuta postanowił przetestować pacjenta na poziomie 3 metody Neurac, gdyż ten poziom dawał odczucia bólowe badane na wcześniejszej wizycie. Mostek w leżeniu tyłem bez pomocy sprężyn został wykonany poprawnie, pacjent zgłaszał delikatny ból w odcinku lędźwiowym, określił go na 3/10 w skali VAS (50% popraw!).

ZALECENIA DO KOLEJNEJ WIZYTY KONTROLNEJ

Poproszono pacjenta, aby nadal wykonywał 10 przeprostów w staniu co godzinę, będąc w pracy. W domu nadal miał wykonywać 10 przeprostów z autodociskiem, a po wykonaniu przeprostów 10 razy na lewą i prawą nogę ćwiczenie: mostek w leżeniu tyłem z oparciem stóp na krześle (zdjęcie 11). Wyznaczono kolejną wizytę kontrolną za 7 dni.

CZWARTA WIZYTA KONTROLNA

Pacjent stwierdził, że bóle w obrębie odcinka lędźwiowego nie występują, ból podczas przebywania w pozycji zgięciowej



ZDJ. 8. POZIOM 3 – PRZECIĘTNY



ZDJ. 9. ĆWICZENIE W ALTERNATYWNEJ POZYCJI WYJŚCIOWEJ



ZDJ. 10. ĆWICZENIE DOMOWE – MOSTEK W LEŻENIU TYŁEM – MODYFIKACJA DLA POTRZEB PACJENTA



ZDJ. 11. ĆWICZENIE DOMOWE – MOSTEK W LEŻENIU TYŁEM – MODYFIKACJA DLA POTRZEB PACJENTA



ZDJ. 12. ĆWICZENIE DOMOWE – MOSTEK W LEŻENIU PRZODEM – MODYFIKACJA DLA POTRZEB PACJENTA



praktycznie nie występuje. Ból podczas przebywania w pozycji stałej niezmienniej (stanie, siedzenie) i podczas długiego chodzenia pojawiał się sporadycznie. Pacjent stwierdził, że został wyleczony.

Na tej wizycie terapeuta postanowił również przetestować pacjenta na poziomie 3 metody Neurac, gdyż ten poziom przy poprzedniej wizycie dawał odczucia bólowe (3/10 VAS). Mostek w leżeniu tyłem bez pomocy sprężyn został wykonany poprawnie i bez bólu. Podczas testowania na poziomie 4 pojawiło się trzęsienie ciała i niesymetryczne ustawienie miednicy przy badaniu prawej i lewej strony, ból nie występował.

ZALECENIA PO ZAKOŃCZENIU LECZENIA

Ustalono dla pacjenta profilaktyczny program ćwiczeń mający na celu zapobiegać nawracającym bólom w odcinku lędźwiowym kręgosłupa. Pacjent w pracy miał wykonywać 10 przeprostów w razie pojawiającego się bólu, jak również po przebywaniu w długiej pozycji zgięciowej. W domu pacjent miał zalecenie wykonywać 2 razy dziennie serię 10 przeprostów z autodociskiem i 10 razy na każdą stro-

nę mostek w leżeniu tyłem z podpartymi stopami (poziom 3). Równocześnie terapeuta zalecił pacjentowi wykonanie w ciągu dnia 10 razy na każdą stronę ćwiczenie: mostek w leżeniu przodem z podparem pod stawy skokowe (zdz. 12). W razie pojawienia się silniejszych, niepokojących dolegliwości bólowych lub problemów z techniką ćwiczeń poproszono pacjenta o kontakt z terapeutą. Zaskoczeniem było, że pacjent po otrzymaniu zaleceń na przyszłość, sam zaproponował kontynuowanie ćwiczeń raz w tygodniu na urządzeniu Redcord, bo – jak stwierdził – „podobą mi się to”.

PODSUMOWANIE

Opis danego pacjenta stanowi jeden ze sposobów leczenia ZBLK. Zamierzeniem autora było zaprezentowanie możliwości połączenia leczenia dwoma metodami. Jako terapeuta metody McKenziego autor zdaje sobie sprawę z tego, że przeważająca ilość ZBLK związanych jest z problemami krążka międzykręgowego, dlatego metoda McKenziego jest wiodącą metodą jego warsztatu pracy z pacjentami bólowymi w odcinku lędźwiowym kręgosłupa. Problem z krążkiem międzykrę-

gowym potwierdziło również u pacjenta badanie TK. Równocześnie wiemy, iż istnieje pewna grupa pacjentów, zwłaszcza młodych, u których występują bóle związane z zaburzeniem kontroli nerwowo-mięśniowej i stabilizacji funkcjonalnej lędźwiowego odcinka kręgosłupa. Przykładowy pacjent jest najlepszym dowodem tego, iż problemy „dyskowe” idą w parze z problemami stabilizacji funkcjonalnej, co potwierdziła najważniejsza część całego leczenia, czyli badanie. Dlatego nic nie stoi na przeszkodzie, aby u tego pacjenta zastosować terapię tymi metodami. Czym więcej mamy możliwości i czym bardziej obfity jest nasz warsztat pracy, tym więcej możemy zdziałać. Pamiętajmy, że „jeżeli w ręce mamy tylko młotek, to wszystko dookoła wygląda jak gwoździe”. ■

MGR PIOTR PACTWA

„Neurocentrum – Wadowice”, gabinet rehabilitacji ruchowej i terapii manualnej, terapeuta certyfikowany metody McKenziego, terapeuta certyfikowany metody Neurac.

BIBLIOGRAFIA:

1. Adams M., Bogduk N., Burton K., Dolan P., *Biomechanika bólu kręgosłupa*, DB PUBLISHING 2006.
2. Arkuszewski Z., *Podręcznik medycyny manualnej – atlas zabiegów: miednica, kręgosłup lędźwiowy, kręgosłup piersiowy, żebra*, wydawnictwo ELIPSA-JAIM, Kraków 2006.
3. Backup K., *Testy kliniczne w badaniu kości, stawów i mięśni*, PZWL, Warszawa 2004.
4. Budniok A., *Przewlekłe bóle krzyża, niestabilność kręgosłupa*, MMW 1997, nr 4.
5. Donelson R., *Natychmiastowa eliminacja bólu krzyża*, OSW 2011.
6. Dziak A., *Bóle krzyża*, PZWL 1994.
7. Evjenth O., Gloeck Ch., *Lokalizacja objawów bólowych w obrębie kręgosłupa i kończyn*, wydawnictwo Rolewski, Toruń 2002.
8. Frisch H., Roex J., *Terapia manualna – poradnik wykonywania ćwiczeń*, PZWL, Warszawa 2001.
9. Gieremek K., *Zastosowanie metody McKenziego w terapii pacjentów dyskopatią dolnego odcinka kręgosłupa*, „Postępy Rehabilitacji” 1994, T 8, nr 2.
10. Hartman L., *Podręcznik technik osteopatycznych w leczeniu manualnym kręgosłupa i stawów obwodowych*, wydawnictwo Natura, Kielce 1997.
11. Kalternborn F., *Kręgosłup, badanie manualne i mobilizacje*, wydawnictwo Rolewski, Toruń 1998.
12. Lewit K., *Terapia manualna w rehabilitacji chorób narządu ruchu*, wydawnictwo Natura, Kielce 1999.
13. McKenzie R., *Kręgosłup lędźwiowy – mechaniczne diagnozowanie i Terapia*, tom 1 i 2, Wydawnictwo Forum, Poznań 2011.
14. McKenzie R., *Wylecz swoje plecy*, Medmedia 2010.
15. Mulligan B., *Terapia manualna – techniki NAG, SNAG, MWM*, Kraków 2004.
16. Meyers T., *Taśmy anatomiczne*, DB PUBLISHING 2010.
17. Rapała K., *Zespoły bólowe kręgosłupa – zagadnienia wybrane*, PZWL, Warszawa 2006.
18. Stodolny J., *Jak chronić swój kręgosłup*, wydawnictwo „Natura”, Kielce 1997.
19. Styczyński T., *Zespoły rzekomokorzeniowe u chorych na dyskopatię lędźwiowego odcinka kręgosłupa*, „Nowa Medycyna” 1997, T 4.
20. Styczyński T., Sadowski A., *Zespoły korzeniowe i rzekomokorzeniowe w obrazie klinicznym przepukliny lędźwiowych krążków międzykręgowych*, „Postępy Rehabilitacji” 1996, T 10, nr 2.