

## **Programi specifičnih vježbi za križbolju uvjetovani statusom bolesnika (klasifikacijski i individualno temeljena terapija)**

**Tea SCHNURRER-LUKE VRBANIĆ**

Centar za fizikalnu i rehabilitacijsku medicinu,  
Klinički bolnički centar Rijeka, Rijeka

Poznato je da oko 85% bolesnika s križboljom ne dobije specifičnu uzročnu dijagnozu, jer je vrlo teško identificirati pato-anatomske supstrate, s obzirom da većina bolesnika ima križbolju uzrokovanu s više čimbenika kao što su loša postura, dekonicioniranje i slabost okolnih mišića, funkcijska nestabilnost, emocionalni stres, ali i promjene uvjetovane starenjem mišićno-koštanog sustava (npr. degenerativne promjene intervertebralnog diska, osteoartritis intervertebralnih zglobova, hipertrofija ligamenata). Najnoviji trendovi u biomedicinskoj literaturi promoviraju primjenu klasifikacijskih kriterija križbolja po podgrupama, prema kojima bi se određivala vrsta vježbi, pratila usješnost terapije, te bi se mogli prepoznati dobri i loši prognostički čimbenici (1,2).

U želji da se optimizira pristup bolesnicima s križboljom, neki autori preferiraju klasifikaciju križbolje u podgrupe prema anamnezi, položajima u kojima se javljaju/pojačavaju simptomi i prema prisutnim kliničkim znakovima, a s ciljem provođenja specifičnih vježbi, individualno prilagođenih samom bolesniku (1,3). Klasifikacijski modeli koriste se za bolesnike s križboljom u akutnoj, subakutnoj i kroničnoj fazi, sa ili bez prisutne radikulopatije, uzimajući u obzir komorbiditet (4,5). Osim najpoznatijeg sistema Delitta i sur, jednostavniji klasifikacijski modeli se baziraju na anamnezi i kliničkom statusu.

No, postavlja se pitanje što s bolesnicima koji ne zadovoljavaju kriterije podgrupa. Naime, prema nekim podacima 26% bolesnika sa subakutnom

i kroničnom križoboljom i 50% onih s akutnom križoboljom ne može se klasificirati. Također, uvidjelo se da križobolja nejasne klasifikacije u pravilu traje duže, onesposobljenost je, općenito, u tih bolesnika manja, a manji je i strah od pokreta. Učinkovitost klasifikacijskog algoritma u bolesnika s takvom križoboljom ne daje željene rezultate, iako takvi bolesnici mogu biti dobri kandidati za opći program vježbi za bolna križa (6).

U slučaju križobolje s radikulopatijom može se primijeniti tehnika neurodinamike (7). Ona se bazira se na dobrom poznavanju biomehanike međudjelovanja trodjelnog sustava: mišićno-koštanog okvira lumbalne kralješnice, pripadajućih živčanih korjenova i spinalnog živca, te inerviranih mišića kao efektora. Princip tehnike je testiranje (pronalaženje položaja koji olakšavaju simptome) - opetovano testiranje kao vježba - te retestiranje. Nakon retesta slijedi sistematična progresija u izboru težine neurodinamičke tehnike. Osnova navedene tehnike je korištenje 4 osnovna modula. To su tzv. moduli: otvarača, klizača, zatezača i zatvarača. Kako nastupa regresija simptoma, sistematičnom progresijom prelazi se od manje zahtjevnog modula ka zahtjevnijem. U radu Nagrlea i suradnika, djelotvornost iste tehnike opisuje se i kod križobolje s parestezijama, a bez kliničkih znakova radikulopatije (8).

Klasifikacijski sistemi križobolje s podjelom u podgrupe nakon kojih slijedi primjena odgovarajuće vrste vježbi, kao i neurodinamičke tehnike su intervencije koje se široko koriste u liječenju bolesnika s križoboljom. Međutim, znanstvena istraživanja iz ovog područja su ograničena, jer se uglavnom radi o prikazima slučajevima ili o studijama s relativno malim brojem ispitanika, a pretežno se odnose samo na simptom križobolje. Shodno tome, pristup primjenom specifičnih vježbi s obzirom na klasifikacijske kriterije uglavnom nije ušao u većinu smjernica za liječenje bolesnika s križoboljom, iako su se tom konceptu najviše približile metode spinalne manipulacije i mobilizacije, koje se preporučaju u nekim smjernicama.

Zaključno, postojeće dobre iskustvene rezultate i rezultate dosadašnjih studija ne treba zanemariti, ali su potrebna daljnja istraživanja s većim brojem bolesnika uz usporedbene skupine, a također se mora imati na umu i eventualnu samolimitirajuću regresiju simptoma bez obzira na primijenjenu terapiju, u određivanju mjesta specifičnih medicinskih vježbi na temelju klasifikacijskih metoda i neurodinamičkih tehnika u bolesnika s križoboljom.

## Literatura:

1. Fritz JM. Use of a classification approach to the treatment of 3 patients with low back syndrome. *Phys Ther.* 1998;78(7):766-77.
2. Hebert JJ, Fritz JM. Clinical decision rules, spinal pain classification and prediction of treatment outcome: a discussion of recent reports in the rehabilitation literature. *Chiropr Man Therap.* 2012;20(1):19.
3. Delitto A, Erhard RE, Bowling RW. A treatment-based classification approach to low back syndrome: identifying and staging patients for conservative treatment. *Phys Ther.* 1995;75(6):470-485; discussion 485-9.
4. Petersen SM, Scott DR. Application of a classification system and description of a combined manual therapy intervention: a case with low back related leg pain. *J Man Manip Ther.* 2010;18(2):89-96.
5. Koes BW, van Tulder MW, Thomas S. Diagnosis and treatment of low back pain. *BMJ.* 2006 Jun 17;332(7555):1430-4.
6. Stanton TR, Hancock MJ, Apeldoorn AT, Wand BM, Fritz JM. What characterizes people who have an unclear classification using a treatment-based classification algorithm for low back pain? A cross-sectional study. *Phys Ther.* 2013;93(3):345-55.
7. Shacklock M. *Clinical neurodynamics.* Elsevier, Philadelphia 2005.
8. Nagrale AV, Patil SP, Gandhi RA, Learman K. Effect of slump stretching versus lumbar mobilization with exercise in subjects with non-radicular low back pain: a randomized clinical trial. *J Man Manip Ther* 2012;20(1):35-42.