

## Jak může rehabilitace pomoci? (Jde-li o bolest, omezení aktivit a dysfunkci?)

autor: Craig Liebersona, DC  
překlad: Eva Nováková  
McKenzie Journal, vol. 10, #3 - 2002

Obnova pohybové funkce se zaměřuje na terapii omezení pohybových aktivit a bolesti. Cílem moderní péče o pacienty s muskuloskeletálními problémy je: uvolnění (odstranění) bolestí ve spolupráci s pacientem a obnovení pohybové funkce a instruktáž autoterapií ve smyslu prevence. Pacient je vyšetřen na základě kombinací anamnézy a vyšetření včetně specifických denních aktivit, které pacienta limitují, dále je sledován mechanický vliv na bolest a pacientova funkční pohyblivost. Takovéto vyšetření slouží ke stanovení diagnózy a umožňuje lékaři náhled na specifickou léčbu hlavně z hlediska obnovy pohybové funkce.

### Anamnéza a vlastní vyšetření.

Funkční ohodnocení začíná vždy anamnézou. Aktivity, které pacienty limitují, jsou považovány za klíčové a určují směr terapie. Důležitý je právě moment pohybu a pozice, který provokuje bolest; proto pacientova tolerance rozlišuje vztah aktivit k posturálnímu zaujímání držení těla, jako je sed, stoj, chůze apod. A proto jakákoliv senzitivita váhového zatížení ve vztahu ke gravitační intoleranci by měla být zaznamenána. Po anamnéze následuje vyšetření, které zhodnocuje pacientovo posturální držení těla ve vztahu k zátěži, rozsahu pohybu, u kterého je zaznamenávána bolest provokativní a ustupující během pohybu, polohy. Speciální polohy (jako např. Gaenslensova), schopnosti (např. v kleku) a pohybové stereotypy (např. flexe vleže na zádech) by měly být zhodnoceny detailněji (s větší přesností).

Zhodnocení pohybového aparátu v různých zátěžových situacích je velmi nutné pro potvrzení diagnózy. V případě naléhavosti se hodnotí i palpační vyšetření v závislosti na odezvě v maximálním rozsahu pohybu. McKenzieho mechanická diagnostika hodnotí efekt mechanické zátěže na symptomy z hlediska opakovaných pohybů či poloh v maximálním rozsahu pohybu. Cyriax identifikuje svalovou lézi bolestí vzhledem k omezenému rozsahu pohybu a nesvalové léze bolestí v pasivním pohybu. Bolest vyvolaná v měkkých tkáních může být potvrzena pomocí palpáce triggerpointů (bolestivých bodů).

Cyriax byl prvním tzv. pionýrem, který používal systematické zhodnocení k určení tkáně, která provokovala bolest. Právě on zahrnul do vyšetření pasivní a aktivní rozsah pohybu a odolával svalovému testování, aby určil, zda-li byl primární příčinou sval nebo kloub. On rozlišil pacienty do skupin na *kontraktilní* (svaly) a *inertní* (kloub, ligamenta, bursy) *stavy*. Kloubní potíže později rozdělil na kapsulární a nekapsulární vzory a tento postup se ale snadněji aplikoval u končetin.

McKenzie rozšířil tento model pro páteř o používání opakovaných aktivních pohybů při maximálním možném rozsahu pohybu. Také proto byl schopen klasifikovat pacienty do poruchového, dysfunkčního a posturálního syndromu. Význam McKenzieho schopnosti určit specifický směr pacientova pohybu byl zejména dán fenoménem centralizace, který bezpečně odstraňuje kořenové symptomy. Vollowitz přidal k tomuto modelu anamnestické údaje vztahující se k sensitivitě během poloh, pohybů a posturálního držení těla. Cílem McKenzieho vyšetření je určit pohyb a polohu, která provokuje nejnižší a nejvyšší bolest tak, že cvičební program je vybírán pro nejnižší provokaci bolestí během cvičení i po něm. U McKenzieho poruchového syndromu se bolest zvyšuje během opakovaného pohybu a je vztahována k poruše uvnitř disku. U dysfunkčního syndromu se bolest provokuje pouze na konci rozsahu pohybu, ale po cvičení žádná bolest nepřetrvává. Takováto dysfunkce je chápána jako výsledek adaptivního zkrácení tkání.

U posturálních pacientů nedochází k žádné iritaci symptomů během opakovaných testů, ale domnívají se, že jde o bolesti vyvolané ochablým držením těla. Z tohoto důvodu nemůže být bolest provokována jednoduchým nebo opakovaným pohybem. Nicméně posturální bolest může být provokována hlavně při prodlužované zátěži v ochablém držení těla.

Poruchový syndrom se vyznačuje typickou bolestí během průběhu rozsahu pohybu (např. bolest během vstávání ze sedu do stoe). Tato bolest se může měnit velmi rychle v závislosti na různých pohybech a polohách. Typické je, že tlaky vyvolané jedním směrem pacienty zhoršují, zatímco tlaky opačným směrem uzdravují, uvolňují bolest. Často se můžeme setkat s tímto stavem u pacientů např. s kořenovými symptomými syndromy i u těch, co jsou akutně vybočeni. Jakmile je vybočení zredukováno, tak klasický McKenzieho pacient se zhoršuje periferizací při pohybu do flexe a zlepšuje se centralizací při pohybu do extenze. Extenze je potom předepisována jako terapie. (Pozn. překlad. – jde-li o poruchový syndrom č.1- 6)

Podle McKenzieho pacienti, u kterých se bolest zvyšuje opakovanou extenzí a jsou-li stejní nebo lepší při opakované flexi, jsou označováni jako poruchový syndrom s anteriorním posunem v disku. (Pozn. překlad. – Poruchový syndrom č.7) Tito pacienti typicky odpovídají pro cvičení flekčních pohybů (např. autoterapie strečinku či postizometrické relaxace) nebo techniky, které mohou uvolnit posteriorní facetové klouby (např. chiropraktické modifikace).

# Článek, který mne zaujal

Dysfunkční pacienti trpí bolestmi pouze na konci rozsahu pohybu vzhledem k adaptabilnímu zkrácení svalů a kapsulární části kloubu. Zde nedochází k tak rychlým změnám v příznacích, jak je tomu u poruchového syndromu. Objektivně dochází k pozvolnému zlepšení rozsahu pohybu a bolesti na konci rozsahu pohybu.

Terapie je cílena na strečink tkání ve směru omezení po dobu několika týdnů.

Třetí McKenzieho klasifikací je posturální syndrom a, jak už bylo řečeno, je pro něj typické ochablé držení těla, při kterém také dochází k provokování symptomů. Terapie je zaměřena na zlepšení držení těla, ergonomické opěrky a pravidelné cvičení i během pracovní doby.

Ověření McKenzieho systému nejlépe doložil poruchový syndrom, kde zvolené terapeutické pohyby mohou být potvrzeny na základě schopnosti centralizovat kořenové symptomy a redukovat bolest.

Žádný z obou syndromů - ani dysfunkční ani posturální - nevykazuje tak jasné výsledky testů jako právě poruchový syndrom. Opakované testy pohybů u dysfunkčního syndromu neovlivní bolesti okamžitě a terapie je zvolena vždy ve směru bolesti – tzv. přiměřený strečink. A u posturálního syndromu se také neobjeví žádný jasný vzorek při opakovaných testech pohybů.

Jiný model pohledu na dysfunkční a posturální syndrom tvoří ovšem funkční patologie pohybového systému. (Podívejme se na “DC” 16. června, 1995). Dysfunkční pacienti podle McKenzieho jsou označováni “adaptivním zkrácováním”, ale podle Jandy takové zkrácení obvykle není příčinou jejich bolesti, namísto toho jde o adaptaci na poranění, ochablé držení nebo repetitivní přetěžování. Přetížení kloubních struktur vede podle očekávání ke zkrácení a k přemáhání posturálních svalů a k oslabení a inhibici fázických svalů. Klíčem léčby svalových dysbalancí je facilitace inhibovaných svalových vláken pomocí specifického spinálního nastavení. Někdy jsou svalové dysbalance přítomny bohužel tak dlouho, že změní stereotypní pohybové vzory, jako je např. chůze nebo reflexní odpověď pohybu na subkortikálním základě. Tyto špatné programy v CNS – mozeček není schopen opravit pomocí terapie na spinální segmentální úrovni, jako je spinální nastavení. Proto je nutné zvolit specifické cvičení, jako je proprioreceptivní cvičení na reflexním základě včetně zaměření se na “slabý článek ztětžení” během funkčních pohybů.

Syntéza, nebo-li propojení zkušeností Cyriaxe, McKenzieho, Vallowitze a Jandy je možná. Následující shrnutí demonstuje použití těchto jednotlivých terapeutických přístupů.

## Akutní bolest:

Určit směr omezeného rozsahu pohybu, kde dochází k centralizaci a redukcí bolesti (McKenzieho poruchový syndrom). Poskytnout cvičení opakovaných pohybů jedním směrem po celý den a zrušit polohy, které provokují bolesti.

## Subakutní a chronická bolest:

- Určit rozsah pohybu, který je nejméně bolestivý a biomechanicky přibližný pro zadání “funkčního rozsahu” (Vallowitz, Morgan) => Poskytnout cvičení “funkčního rozsahu”, které může znovu obnovit kinestetické uvědomění a rozpoznání oslabených svalů. Klíčem je zrušení provokačních pohybů a zůstat ve “funkčním rozsahu”, zatímco se trénuje až do únavy.
- Určit svalové dysbalance (ve vztahu ke staženým a oslabeným svalům) (Janda) >> intervence začíná léčbou kloubní dysfunkce, která může facilitovat oslabené svalové články řetězce >> jestliže je to nutné, tak zvolit i postizometrickou relaxaci na zkrácených svalech >> jestliže je svalová dysbalance zakódována v mozečku, volit proprioreceptivní stimulaci funkčních aktivit, která selektivně aktivuje oslabené články pohybového řetězce.

Cvičení (McKenzie, stabilizační, proprioreceptivní), vzdělávání (sed, stoj, zvedání těžkých předmětů) a manipulace (kloubů, měkkých tkání) jsou všechny důležité v rehabilitaci. Jednoduchá provokativní vyšetření dle McKenzieho jsou nejdůležitější v akutní fázi, právě když je bolest nadměrná. Nicméně jakmile ohodnotíme možnou funkční patologii pohybového systému a kvalitu pohybu, tak bychom měli docílit zlepšení právě terapií zaměřenou na příčinu bolesti. Konečným cílem je dvojitý efekt terapie. Prvním je redukce citlivosti u posturálních pohybů a poloh, takže pacienti mají malé nebo žádné omezení v denních činnostech a v práci, druhým je obnova funkce pohybu a schopnost pacientů naučit se autoterapii, aby četnost recidiv byla minimální.

Craig Liebersona, DC  
McKenzie Journal, vol. 10, #3 - 2002