

KORELACJA WYBRANYCH ASPEKTÓW BADANIA PRZEDMIOTOWEGO Z WYNIKAMI STOSOWANEGO LECZENIA FIZJOTERAPEUTYCZNEGO U PACJENTÓW Z BÓLAMI KRĘGOSŁUPA ŁĘDŹIOWO - KRZYŻOWEGO W OKRESIE PRZEWLEKŁYM

1. Poradnia Rehabilitacji SGZP ZOZ, Blonie 2. Zakład Rehabilitacji Oddziału Fizjoterapii II WL Akademii Medycznej w Warszawie, Katedra i Klinika Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu Akademii Medycznej w Warszawie.

WSTĘP

- Okolo 80% populacji powyżej czterdziestego roku życia miało przynajmniej jeden poważny epizod bólów krzyża. [1, 2]
- Jako zasadniczą przyczynę „bólów krzyża” upatruje się szybko postępującą zmianę trybu życia

- człowieka współczesnego. [3, 4]
- Skuteczne leczenie tej jednostki chorobowej powinno opierać się na bardzo wnikliwej diagnozie. [5]

CEL PRACY

- Próba znalezienia takich elementów badania przedmiotowego, które będą wskazywały na dynamikę

poprawy stanu klinicznego pacjenta, u którego zastosowana będzie fizjoterapia tradycyjna.

MATERIAŁ I METODY

- Badania wykonano na 50-osobowej grupie pacjentów.
- Kryterium wieku pacjentów włączanych do badań to 18 - 65 lat.
- Do badania zostali zakwalifikowani pacjenci z rozpoznaną jednostką chorobową - „Choroby grzbietu” o numerach M 40 - M 54.9 zgodnie z numeracją jednostek chorobowych ICD - 10 Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób. [6]
- W grupie tej znaleźli się pacjenci w okresie przewlekłym choroby z objawami bólowymi receptorowymi kręgosłupa i tkanek okołokręgosłupowych, a także z bólami neurogennymi receptorowymi i neurogennymi niereceptorowymi kręgosłupa w odcinku lędźwiowo - krzyżowym o charakterze lumbalgii i ischialgii. [7, 8] Charakterystykę badanej grupy ujmuje tabela 1.
- Z badania zostali wyłączeni pacjenci stosujący farmakoterapię oraz pacjenci z następującymi schorzeniami i objawami:
 - nowotwory układu nerwowego i kręgosłupa,
 - infekcje wirusowe i bakteryjne,
 - niestabilne objawy neurologiczne,
 - objawy świadczące o uszkodzeniu ogona końskiego (zaburzenia pracy pęcherza moczowego i jelit),
 - objawy niestabilności kręgosłupa (kostne lub więzadłowe)

- Pacjenci przed rozpoczęciem zabiegów fizjoterapeutycznych byli oceniani badaniem klinicznym i badaniem radiologicznym. Po ich zakończeniu ocenę stanowiło jedynie badanie kliniczne, które obejmowało ocenę:
 - testu Laseque'a,
 - testu Laseque'a skrzyżowanego,
 - testu Bragarda,
 - testu Laseque'a odwróconego,
 - wrażliwości punktów Valleixa (pośladkowy górny, pośladkowy dolny, podkolanowy, strzałkowy, goleniowy zewnętrzny, grzbiet stopy),
 - odruchu kolanowego,
 - odruchu ze ścięgna Achillesa,
 - stanu napięcia mm. przykręgosłupowych,
 - testu palce - pięty,
 - testu Schobera,
 - pomiaru ubytków masy mięśniowej,
 - zaburzeń czucia,
 - charakteru bólu (lumbalgia, ischialgia),
 - wielkości bólu w skali 4^o (1^o - bóle sporadyczne, 2^o - bóle lekkie, 3^o - bóle znaczne, 4^o - bóle ostre). [9]
- W trakcie leczenia rehabilitacyjnego trwającego 3 tygodnie pacjenci byli poddani tradycyjnym zabiegom fizjoterapeutycznym stosowanym w zespołach bólowych L - S w przewlekłym okresie choroby. [10, 11] I tak, stosowano:
 - Fizjoterapię, w tym :
 - elektroterapia - prądy DD, prądy interferencyjne;
 - fototerapia - IR;
 - krioterapia;
 - magnetoterapia impulsowym polem magnetycznym małej częstotliwości. [12]
 - Masaże rozluźniające mm. przykręgosłupowych
 - Kinezyterapię, w tym:
 - ruch w odciążeniu w stawach międzykręgowych w zakresie bezbolesnym,
 - techniki reedukacji nerwowo-mięśniowej mm. brzucha,
 - techniki reedukacji nerwowo-mięśniowej mm. pośladkowych.

Kobiety	22%
Mężczyźni	78%
Średnia wieku (lat)	45
Średnia masa ciała (kg)	79
Średni wzrost (cm)	171
Wykonywana praca dynamiczna (fizyczna)	64%
Wykonywana praca statyczna (siedząca)	36%
Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa	58%

Tab. 1. Charakterystyka grupy badanej (n=50)

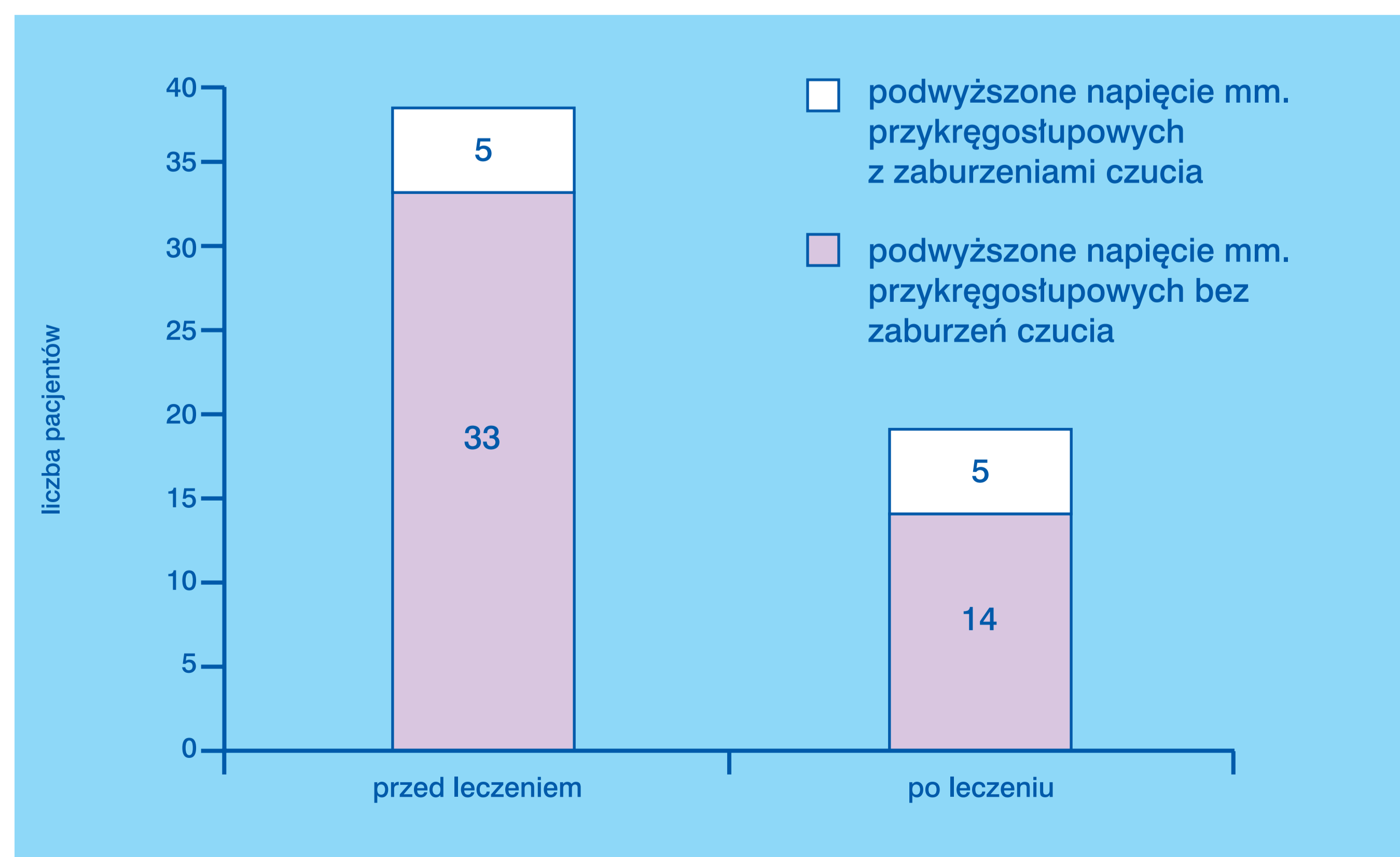
WYNIKI

- Wyniki wyjściowe zaproponowanych testów wykonanych przed leczeniem, zostały porównane z wartościami uzyskanymi po zastosowanej fizjoterapii tradycyjnej.
- Analizując wyniki otrzymane w pracy sprawdzono istnienie korelacji poszczególnych badanych cech w zakresie ich istotności statystycznej. Do analizy danych wykorzystano współczynnik korelacji Spearmana używamy do porównywania między grupami zależnymi. Za poziom istotności przyjęto wartość 0,05. Zebrane wyniki leczenia zostały przedstawione w Tabeli 2.

Badany parametr	Przed leczeniem	Po leczeniu
Bez bólu	0%	6%
Ból I stopnia	0%	30%
Ból II stopnia	8%	36%
Ból III stopnia	68%	22%
Ból IV stopnia	24%	6%
Objaw Bragarda	66%	56%
Wartość objawu Laseque'a > 60 stopni	0%	28%
Wartość objawu Laseque'a pomiędzy 30 - 60 stopni	42%	50%
Wartość objawu Laseque'a < 30 stopni	58%	22%
Objaw Laseque'a odwrócony	64%	40%
Obecność co najmniej jednego punktu bolesnego uciskowego	14%	12%
Odruch ze ścięgna Achillesa	66%	68%
Zaburzenia czucia	16%	10%
Wzmoczone napięcie mięśni przykręgosłupowych	76%	38%
Zaburzenia neurologiczne i ubytki masy mięśniowej (badane testem palce- pięty)	4%	2%

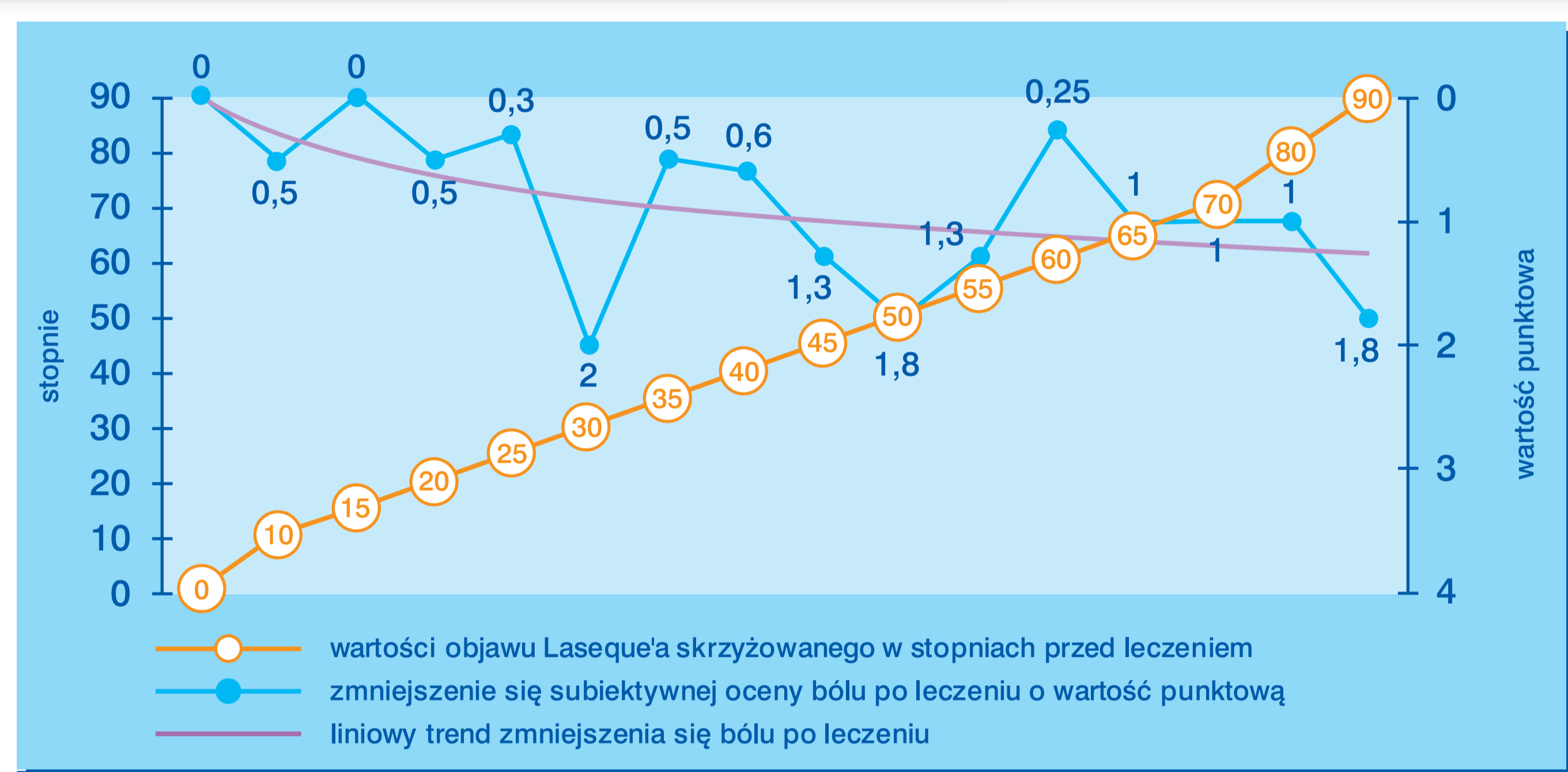
Tab. 2. Wyniki leczenia; odsetek osób, u których zaobserwowano określony parametr przed i po leczeniu.

- Na bazie uzyskanych korelacji pomiędzy poszczególnymi parametrami można stwierdzić co następuje:
 - Jeżeli jest podwyższone napięcie mm. przykręgosłupowych w badaniu wstępnym to trudniej zmniejszyć zakres zaburzeń czucia (współczynnik korelacji Spearmana dla rang p=0.001).



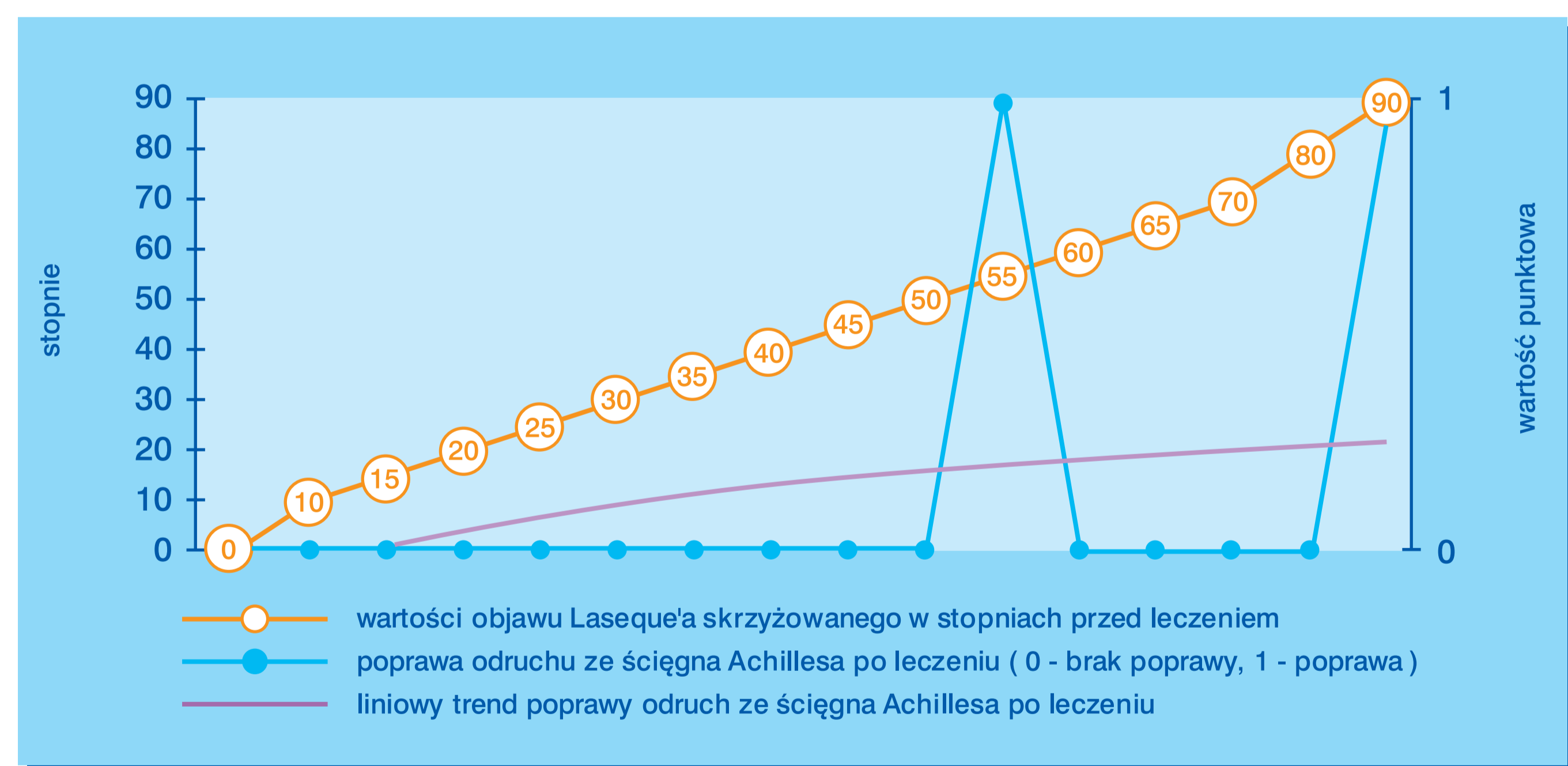
Wykres 1. Zależność wzmoczonego napięcia mm. przykręgosłupowych przed leczeniem do poprawy zaburzeń czucia po leczeniu. (współczynnik korelacji Spearmana dla rang p=0.001).

- W przypadku stwierdzenia większych wartości objawu Laseque'a skrzyżowanego w badaniu wstępnym, częściej ulegały poprawie subiektywnie odczucia bólowe po leczeniu (współczynnik korelacji Spearmana dla rang p=0.009).



Wykres 2. Zależność wartości objawu Laseque'a skrzyżowanego przed leczeniem do zmiany subiektywnej oceny bólu po leczeniu (współczynnik korelacji Spearmana dla rang p=0.009).

- Im większa była wartość objawu Laseque'a skrzyżowanego w badaniu wstępnym, tym częściej poprawiał się po leczeniu odruch ze ścięgna Achillesa (współczynnik korelacji Spearmana dla rang p=0.03).



Wykres 4. Zależność wartości objawu Laseque'a skrzyżowanego przed leczeniem do zmiany odruchu ze ścięgna Achillesa po leczeniu (współczynnik korelacji Spearmana dla rang p=0.03).

WNIOSKI

Na podstawie przeprowadzonych badań w 50-osobowej grupie pacjentów z zespołem bólowym kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego w okresie przewlekłym przed leczeniem i po leczeniu stwierdzono, że fizjoterapia tradycyjna :

- Nie jest skuteczna u pacjentów, którzy mają wzmoczone napięcie mięśni przykręgosłupowych i jednocześnie zaburzenia czucia.
- Powinna być stosowana u pacjentów o dużym subiektywnym odczuciu bólu pod warunkiem stwierdzenia jednocześnie dużych wartości objawu Laseque'a skrzyżowanego.
- Powinna być stosowana u pacjentów o zaburzonym odruchu za ścięgna Achillesa pod warunkiem stwierdzenia jednocześnie dużych wartości objawu Laseque'a skrzyżowanego.

PIŚMIENNICTWO

- Loney P. L., Stratford P. W.: The Prevalence of Low Back Pain in Adults: A Methodological Review of the Literature. *Physical Therapy* 1999; 4, 384 - 395.
- Frymoyer J.W.: Back pain and sciatica. *N. Engl. J. Med.* 1988; 318, 291-292.
- Adams M.: Investigation of Personality Characteristics in Chronic Low Back Pain Patients. *Physiotherapy* 1994, 80, 8, 514 - 519.
- Bombardier C.: A guide to interpreting epidemiologic studies on the etiology of back pain. *Spine* 1994, 18, 2047-2056.
- Riddle D. L.: Classification and low back pain: a review of the literature and critical analysis of selected systems. *Physical Therapy* 1998, 7, 708 - 737.
- Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta Tom I ICD - 10 Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 1994
- Dobrogowski J., Zespoły bólowe narządu ruchu, *Terapia* 2004, 10 (157), 36-41.
- Marskey H., Bogduk N., Klasyfikacja bólu przewlekłego, Wydawnictwo Rehabilitacja Medyczna, Kraków 1999, 40-41.
- Dobrogowski J., Zespoły bólowe narządu ruchu, *Terapia* 2004, 10 (157), 89-90.
- Cook F. M., Hassenkamp A. M.: Active rehabilitation for chronic low back pain. *Physiotherapy* 2000, 2, 61-69.
- Dobrogowski J., Zespoły bólowe narządu ruchu, *Terapia* 2004, 10 (157), 287-288.
- Lisiński P., Trojanowicz M., Stryła W., Laseroterapia i magnetoterapia jako metody wspomagające leczenie zespołu bólowego kręgosłupa szyjnego, *Ortop. Traumatol. Rehab.* 2005, 7 (3), 302-305.