

Kamil Ślusarz

**„Porównanie efektów leczenia osób z dolegliwościami bólowymi
kręgosłupa lędźwiowo–krzyżowego,
odmiennymi sposobami terapii”**

**Rozprawa na stopień doktora nauk medycznych
w dyscyplinie nauki medyczne**

Promotor: Prof. dr hab. n. med. Witold Rongies

Zakład Rehabilitacji Wydział Medyczny
Warszawski Uniwersytet Medyczny



Obrona rozprawy doktorskiej przed Radą Dyscypliny Nauk Medycznych
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Warszawa 2021

Kamil Ślusarz

KIEROWNIK
Zakładu Rehabilitacji
Centralny Szpital Kliniczny UCK WUM
W
prof. dr hab. n. med. Witold Rongies

21.02.2021.

Wstęp. Zespoły bólowe kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego (L-S), stają się bardzo powszechne i coraz częściej dotyczą osób w młodym wieku, co jest szczególnie niepokojące. W grupie głównych przyczyn tych dolegliwości wymienia się mechanizację i komputeryzację życia współczesnego człowieka (co powoduje znaczne obniżenie wydatków energetycznych naszych organizmów) oraz nieprzestrzeganie zasad ergonomii. Do innych, równie ważnych powodów coraz częstszego występowania zespołów bólowych kręgosłupa L-S zalicza się stosowanie przez dużą część współczesnej populacji wysokokalorycznej diety. Następstwem tego jest rosnąca liczba osób z nadwagą i osób otyłych. Problem ten dotyczy zwłaszcza państw rozwiniętych. Nadmierna masa ciała, wraz z innymi, wymienionymi wcześniej czynnikami, doprowadza do przewlekłych przeciążeń narządu ruchu, w tym głównie kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego. Jednym z pierwszych następstw tego zjawiska jest dehydratacja krążków międzykręgowych, a w kolejnym etapie ich degeneracja. Uważa się, iż głównymi przedmiotowymi przyczynami powstawania choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa jest strukturalna podatność krążków międzykręgowych na uszkodzenia. Wśród najczęstszych, bezpośrednich przyczyn powstawania dolegliwości bólowych kręgosłupa L-S wymienia się kompresję zdegenerowanych krążków międzykręgowych oraz konflikt przepukliny dyskowej z korzeniami rdzeniowymi. Odczuwany ból w tej okolicy ciała obniża sprawność funkcjonalną człowieka, niekiedy w bardzo spektakularny sposób. Zatem, wszystkie dostępne sposoby leczenia prowadzonego w grupie pacjentów z bólem kręgosłupa L-S wyznaczają sobie za główny cel redukcję tego bólu oraz przywracanie utraconych funkcji ruchowych. Aktualnie najbardziej powszechnymi formami zachowawczego leczenia bólów dolnego odcinka kręgosłupa jest fizjoterapia i terapia manualna, do której zaliczamy również osteopatię. Głównym celem badania było wykazanie i porównanie efektów obu wymienionych terapii, w wybranej grupie pacjentów z nieswoistym bólem kręgosłupa L-S.

Grupy badane i metody. Do badania zakwalifikowano wstępnie 100 pacjentów z nieswoistym bólem kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego, z pośród których 10 nie spełniło warunków włączenia, a kolejnych 10 nie wyraziło zgody na badanie. Wszystkie etapy badań ukończyło 80 pacjentów, w tym 49 (61%) kobiet i 31 (39%) mężczyzn, o średniej wieku 47,7 lat. W wyniku wyboru przez chorych rodzaju terapii, stworzono dwie grupy badane. Grupa A poddana była fizjoterapii, a grupa B leczeniu osteopatycznemu. Do grupy A włączono 40 pacjentów, których średnia wieku wynosiła średnio 51,0 SD±8,8 lat, w tym 29 (72,5%) kobiet w wieku od 38 do 62 lat (średnio 50,9 lat) i 11 (27,5%) mężczyzn w wieku od 35 do 62 lat (średnio 49,7 lat). Osoby w grupie A charakteryzowały się wskaźnikiem BMI o średniej

wartości 26,0 kg/m². Średni czas trwania dolegliwości to 113,2 SD±43,2 dni. Do grupy B zakwalifikowano również 40 osób, o średniej wieku 44,4 SD±8,5 lat, w tym 20 (50%) kobiet w wieku od 35 do 62 lat (średnio 46,7 lat) i 20 (50%) mężczyzn w wieku od 35 do 56 lat (średnio 42,2 lat). Średnia wartość wskaźnika BMI w tej grupie pacjentów, 25,5 kg/m². Średni czas trwania dolegliwości to 83,5 SD±66,2 dni. Czas trwania leczenia w obu grupach wynosił około 20±5 dni. Grupy były porównywalne pod względem wieku, płci, BMI i czasu trwania terapii (p>0,05). Realizując cele badania wykorzystano trzy narzędzia pomiarowe: wizualną skalę analogową (ang. *Visual Analogue Scale - VAS*) do oceny nasilenia bólu okolicy kręgosłupa L-S, oraz dwa testy ankietowe do oceny niepełnosprawności funkcjonalnej (*Quebec Back Pain Disability Scale* i *Oswestry Disability Index*). Pomiaru dokonano w trzech punktach czasowych: bezpośrednio przed leczeniem, po zakończonym leczeniu oraz po około 90±15 od ostatniego dnia zabiegowego.

Wyniki. W grupie A, w pierwszym badaniu średnia wartość ocenianego nasilenia bólu wyniosła 6,0 SD±1,7 punktów na skali *VAS*, a w grupie B 6,8 SD±2,0 punktów. W teście *Quebec Back Pain Disability Scale* średnia wartość punktowa oznaczająca stopień niepełnosprawności funkcjonalnej pacjentów w grupie A wyniosła 33,0 SD±13,8 punkty vs 38,8 SD±16,0 punktów w grupie B, a w teście *Oswestry Disability Index* odpowiednio 22,7 SD±5,9 punkty vs 27,2 SD±7,7 punktów. Przeprowadzona analiza statystyczna nie wykazała istotnych różnic pomiędzy wartościami ocenianych parametrów (p>0,05), z wyłączeniem testu *Oswestry Disability Index* (p<0,05). W pomiarze przeprowadzonym bezpośrednio po zakończonej terapii lepsze efekty zdrowotne zaobserwowano w grupie prowadzonej wg. koncepcji osteopatycznej (grupa B), w której natężenie bólu ok. L-S obniżyło się w zakresie wartości średniej z 6,8 SD±2,0 do 3,0 SD±2,1 punktów na skali *VAS*, a sprawność funkcjonalna uległa poprawie, ponieważ stwierdzono obniżenie średniej wartości punktowej z 38,8 SD±16,0 do 16,8 SD±12,5 punktów w teście *Quebeck Back Pain Disability Scale* oraz z 27,2 SD±7,7 do 16,5 SD±6,3 punktów w teście *Oswestry Disability Index*. Wszystkie zaobserwowane różnice pomiędzy wartościami ocenianych parametrów były istotne statystycznie (p<0,05). W grupie leczonej metodami fizjoterapeutycznymi, w tym samym okresie, uzyskano mniejsze efekty terapeutyczne. Wartość średnia nasilenia ocenianego bólu, zmniejszyła się po leczeniu z 6,0 SD±1,7 do 4,6 SD±2,4 punktów na skali *VAS*. Różnica ta była znamienna (p<0,05). Również w tej grupie badanych pacjentów stwierdzono poprawę w zakresie sprawności funkcjonalnej uzyskując w teście *Quebeck Back Pain Disability Scale* obniżenie średniej wartości punktowej z 33,0 SD±13,8 do 26,5 SD±15,7 punktów i w teście

Oswestry Disability Index z 22,7 SD±5,9 do 19,2 SD±5,7 punktów, ale stwierdzone różnice wartości w obu testach, nie były statystycznie istotne ($p>0,05$). Dalsza analiza statystyczna wykazała: istotną różnicę w nasileniu dolegliwości bólowych pomiędzy grupami w obu punktach pomiarowych po zakończonym leczeniu, na korzyść grupy „osteopatycznej” ($p<0,05$); istotną różnicę wartości w teście *Quebeck Back Pain Disability Scale* pomiędzy badanymi grupami w obu punktach pomiarowych po zakończonym leczeniu, na korzyść grupy „osteopatycznej” ($p<0,05$); istotną różnicę wartości w teście *Oswestry Disability Index* pomiędzy badanymi grupami w badaniu po ok. 90±15 dniach od ostatniego dnia zabiegowego, na korzyść grupy „osteopatycznej” ($p<0,05$);

Podsumowanie wyników.

1. Zarówno leczenie fizjoterapeutyczne jak i osteopatyczne zastosowane u badanych pacjentów, spowodowało znaczące zmniejszenie nasilenia bólu okolic L-S kręgosłupa i poprawę sprawności funkcjonalnej w zakresie wykonywania czynności dnia codziennego.
2. Porównanie skuteczności zastosowanych metod terapeutycznych, bezpośrednio po zakończeniu leczenia, wskazało na lepszy efekt terapeutyczny w grupie poddanej terapii osteopatycznej, w porównaniu do grupy leczonej metodami fizjoterapeutycznymi.
3. W badaniu odległym, około 90±15 dni po zakończeniu terapii, dalsze, wyraźne zmniejszenie się ocenianych dolegliwości bólowych i znaczną poprawę sprawności w wykonywaniu czynności dnia codziennego, uzyskano tylko wśród pacjentów leczonych metodą osteopatyczną. W grupie „fizjoterapeutycznej” zaobserwowano bardzo nieznaczny progres poprawy w tym punkcie pomiarowym.
4. W badaniu nasilenia ocenianego bólu, po zakończonym leczeniu, wykazano zmniejszenie się dolegliwości bólowych kręgosłupa L-S u pacjentów obu badanych grup, które korelowało pozytywnie ze wzrostem możliwości funkcjonalnych badanych pacjentów.

Wnioski.

1. Wyniki uzyskane w badaniu własnym wskazały na większą skuteczność terapii osteopatycznej, w porównaniu do działań fizjoterapeutycznych, w grupie

pacjentów z nieswoistym bólem kręgosłupa L-S. Jednak włączenie do obserwacji stosunkowo małych pod względem liczebności grup pacjentów nie pozwala na jednoznaczne i ostateczne stwierdzenia.

2. Nasilenie bólu okolicy kręgosłupa L-S silnie koreluje z możliwościami funkcjonalnymi w tej grupie osób. Potwierdza to dominującą rolę kręgosłupa w narządzie ruchu.
3. Różne formy terapii zachowawczej mogą być skuteczne w redukcji bólu i poprawie możliwości funkcjonalnych w populacji pacjentów z nieswoistym bólem okolicy kręgosłupa L-S.
4. Badania o podobnym charakterze należy kontynuować, ponieważ służą one optymalizacji leczenia w grupie pacjentów z bólem kręgosłupa L-S.