

Wójcik Gustaw, Skalska-Izdebska Renata, Kolbuszewska Agnieszka, Szulc Anna. Wpływ kompleksowej terapii uzdrowiskowej na leczenie zespołu bólowego kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego = The effect of comprehensive therapy Spa for the treatment of pain syndrome the spine lumbosacral. Journal of Education, Health and Sport. 2016;6(12):71-83. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.192324>
<http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/4035>

The journal has had 7 points in Ministry of Science and Higher Education parametric evaluation. Part B item 755 (23.12.2015).
755 Journal of Education, Health and Sport eISSN 2391-8306 7

© The Author (s) 2016;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland

Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.

Received: 02.11.2016. Revised 22.11.2016. Accepted: 02.12.2016.

WPLYW KOMPLEKSOWEJ TERAPII UZDROWISKOWEJ NA LECZENIE ZESPOŁU BÓLOWEGO KRĘGOSŁUPA LĘDŹWIOWO-KRZYŻOWEGO

The effect of comprehensive therapy Spa for the treatment of pain syndrome the spine lumbosacral

Gustaw Wójcik¹, Renata Skalska-Izdebska², Agnieszka Kolbuszewska², Anna Szulc³

¹Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej. Wydział Nauk o Zdrowiu i Nauk Społecznych, Katedra Kultury Fizycznej i Fizjoterapii

²Uniwersytet Rzeszowski, Wydział Medyczny, Instytut Fizjoterapii

³Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Rehabilitacji

STRESZCZENIE

Wstęp: Zespół bólowy kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego jest najczęstszą przyczyną dolegliwości bólowych współczesnego człowieka. Dotyczy coraz więcej osób w różnym wieku, szczególnie w krajach wysokorozwiniętych. Dolegliwości te są trudne do zdiagnozowania, a ich przyczyną są liczne zaniedbania takie jak: brak ruchu, zbyt wysokie BMI, nadmiernie przeciążanie kręgosłupa itp. Leczenie polega na stosowaniu zabiegów fizykoterapeutycznych, kinezyterapii, masażu, farmakoterapii. W terapii uzdrowiskowej wykorzystuje się walory otoczenia, klimat, naturalne źródła wody mineralne oraz lecznicze tworzywa naturalne. Istotne znaczenie ma działanie przeciwstresowe.

Cel pracy: Celem pracy była ocena kompleksowej terapii uzdrowiskowej, jej wpływu na zespół bólowy kręgosłupa w odcinku lędźwiowo-krzyżowym.

Material i metody: Badanie przeprowadzono na grupie 31 osób przebywających na leczeniu sanatoryjnym, u których zdiagnozowano zespół bólowy kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego. Grupę kontrolną stanowiło 12 osób również ze zdiagnozowanym zespołem bólowym kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego, ale nie biorących udziału w leczeniu

uzdrowiskowym. W celu oceny wpływu kompleksowej terapii uzdrowiskowej posłużono się zmodyfikowanym kwestionariuszem Oswestry oraz skalą bólu VAS.

Wyniki: Po zakończeniu leczenia wykazano znaczną redukcję dolegliwości bólowych u pacjentów leczących się w sanatorium: średnia z pomiaru bólu przed leczeniem uzdrowiskowym wyniosła 5, natomiast po jej zakończeniu 2 (przy poziomie istotności $p=0,000002$). Jakość życia pacjentów wyraźnie uległa poprawie.

Wnioski: Analiza wyników wskazuje, że leczenie sanatoryjne znacznie ograniczyło dolegliwości bólowe u pacjentów z zespołem bólowym kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego, przebywających na terapii uzdrowiskowej w porównaniu do grupy kontrolnej. Stwierdzono także, iż zastosowana terapia uzdrowiskowa wpłynęła na zmniejszenie ilości przyjmowanych przez pacjentów środków farmakologicznych.

Słowa kluczowe: zespół bólowy kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego, terapia uzdrowiskowa.

ABSTRACT

Background: Lumbar spine pain syndrome - a cross is the most common cause of pain of modern human. This applies more and more people of all ages, especially in developed countries. These problems are difficult to diagnose, and their causes are numerous neglect such as lack of exercise, too high BMI, excessive overloading, etc. Treatment is based on physiotherapy treatments, physiotherapy, massage, medication. The spa therapy uses values of the surroundings, climate, natural sources of water and natural healing plastic. It is important here antistress effect.

Aim: The aim of this study was to evaluate complex spa therapy and its effect on lumbar-cross spine pain syndrome.

Material and methods: The study was conducted on a group of 31 people diagnosed with lumbar-cross spinal pain syndrome, they staying on treatment in the sanatorium. The control group also included people diagnosed with lumbar-cross spinal pain syndrome, but not staying on treatment spa. For about the price impact of comprehensive spa therapy was used a modified questionnaire Oswestry and VAS pain scale.

Results: After treatment significantly decreased pain in patients receiving treatment in a sanatorium: the average of measuring pain before spa treatment was 5, and after its completion 2 (with a level of significance of $p = 0.000002$)

Conclusion: After analyzing the results, it was found that the sanatorium treatment significantly reduced pain in patients with lumbar-cross spinal pain syndrome, who were on spa treatments compared to the control group. It was also found that the therapy spa influenced the reduction of the patients were taking pharmacological pills.

Key words: lumbar spine pain syndrome, sacral therapy spa.

WSTĘP

Dolegliwości bólowe dolnej części kręgosłupa są częstym problemem zdrowotnym towarzyszącym człowiekowi od dawna. Dotyczą one nie tylko ludzi w starszym wieku, ale występują u młodych dorosłych, a nawet u dzieci [1]. Przyjmuje się, że 60-80% populacji

świata miało lub będzie mieć dolegliwości bólowe kręgosłupa. Odcinek lędźwiowo-krzyżowy jest szczególnie narażony na przeciążenia oraz rozwój zespołów bólowych, gdyż ma to związek z jego znaczną ruchomością i utrzymywaniem ciężaru górnej części ciała [2,3].

Na zespół bólowy kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego składają się odczuwane przez pacjenta doznania bólowe występujące pomiędzy dwunastym kręgiem piersiowym a kością krzyżową. Ból w tym odcinku może mieć wiele przyczyn. Może wystąpić na skutek chorób zwyrodnieniowych stawów, reumatoidalnych, wewnętrznych, nowotworów, przeciążenia, zaburzeń postawy jak również zniekształceń kończyn dolnych. Bóle w odcinku lędźwiowo-krzyżowym urastają do rangi schorzenia cywilizacyjnego w krajach rozwiniętych, ponieważ występują zarówno u robotników wykonujących ciężkie prace fizyczne, jak i u pracowników umysłowych, przebywających przez wiele godzin w pozycji siedzącej. U większości chorych dolegliwości występują między 30. a 50. rokiem życia, pojawiając się zazwyczaj u osób dotąd zdolnych do wykonywania pracy i cieszących się pełnią zdrowia. Przyczyny i źródła są często trudne do określenia i precyzyjnego zlokalizowania [4].

LECZENIE UZDROWISKOWE ZESPOŁÓW BÓLOWYCH KRĘGOSŁUPA

W leczeniu zespołu bólowego kręgosłupa niezmiernie ważne jest kompleksowe działanie. Szczegółowa diagnostyka ma podstawowe znaczenie zarówno dla właściwego rozpoznania, jak i planowania leczenia.

Dokładnie przeprowadzone badanie przedmiotowe i podmiotowe umożliwia lokalizację dolegliwości bólowych oraz właściwe zaplanowanie terapii. Kompleksowe leczenie uzdrowiskowe polega na łączeniu balneoterapii, klimatoterapii z elementami fizykoterapii. Głównymi metodami leczenia są naturalne zasoby oraz czynniki, jednak by terapia była kompleksowa stosuje się kinezyterapię, leczenie fizykalne, masaże, ważna jest także odpowiednio dobrana dieta. Często stosowane są również metody specjalne: psychoterapia, trening autogenny. Gdy istnieje taka potrzeba sięga się także po farmakoterapię. Warto wspomnieć o dobrach natury takich jak borowina, wody mineralne, klimat, które bardzo korzystnie wpływają na leczenie dolegliwości bólowych kręgosłupa [4,5].

Pomimo, iż każde uzdrowisko posiada swój profil leczenia, tzn. posiada właściwości klimatyczne lub zasoby naturalne wykorzystywane w leczeniu określonej grupy schorzeń, to bóle kręgosłupa, ze względu na częstość występowania, są leczone w każdym uzdrowisku [5].

Niebagatelne znaczenie w zespole bólowym kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego ma edukacja pacjenta, ważne jest także aby pacjent poznał przyczynę swojego bólu. Edukacja pacjenta powinna dotyczyć przyjmowania właściwej postawy ciała, powinna także obejmować prawidłowe wykonywanie czynności dnia codziennego oraz wskazywać metody zmniejszania dolegliwości bólowych. Przyspiesza to proces leczenia, lecz należy pamiętać że zespołu bólowego kręgosłupa nie można wyleczyć w sensie odwrócenia nabytych zmian strukturalnych. Dlatego tak ważne jest by stosować ćwiczenia, uprawiać sport, nie przeciążać kręgosłupa, utrzymywać prawidłową postawę i o ile to możliwe niską masę ciała [6].

Bardzo ważną rolę w leczeniu uzdrowiskowym spełnia tzw. „reżim sanatoryjny”, czyli ustalenie rytmu dnia i obciążeń dobowych zgodnie z zegarem aktywności biologicznej człowieka, niemniej jednak każdego pacjenta powinno się traktować indywidualnie. Należy zwracać uwagę na jego nastawienie psychiczne, wiek i wiele innych czynników, które mogą mieć istotny wpływ na terapię [2,7].

CEL PRACY

Celem pracy była ocena wpływu leczenia sanatoryjnego u pacjentów z zespołem bólowym kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego oraz uzyskanie odpowiedzi na postawione pytania badawcze:

- Czy leczenie sanatoryjne wpłynęło na zmniejszenie dolegliwości bólowych u pacjentów z zespołem bólowym kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego?
- Czy kompleksowa terapia uzdrowiskowa wpłynęła na poprawę wykonywania czynności dnia codziennego?
- Czy zastosowana kompleksowa terapia uzdrowiskowa wpłynęła na zmniejszenie ilości przyjmowanych środków farmakologicznych w badanej grupie?

MATERIAŁ I METODY

Badania zostały przeprowadzone w lipcu oraz sierpniu 2014 roku. Grupę badaną tworzyły osoby, u których został zdiagnozowany zespół bólowy kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego. Każdy pacjent dobrowolnie oraz świadomie brał udział w tym badaniu, co zostało potwierdzone pisemną zgodą. Cel badań został przedstawiony każdemu z badanych.

Z badania zostali wykluczeni pacjenci, u których bóle występowały na podłożu chorób neurologicznych, reumatoidalnych oraz nowotworowych. Kryterium wykluczającym było także korzystanie z zabiegów fizjoterapeutycznych w okresie ostatniego roku oraz nie wyrażenie zgody na uczestnictwo w badaniach.

Badaniem objęto 31 pacjentów, których podzielono na dwie grupy. Grupa badana składała się z 11 mężczyzn oraz 20 kobiet. Średnia wieku wyniosła 62,06 lat. Pacjenci byli

badani pod kątem wpływu terapii uzdrowiskowej na zakres ruchomości kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego, dolegliwości bólowych oraz poprawę jakości życia.

Grupę kontrolną natomiast tworzyło 12 osób, 5 kobiet i 7 mężczyzn, które nie korzystały w tym czasie z terapii uzdrowiskowej i z żadnej innej formy fizjoterapii. Średnia wieku w grupie kontrolnej wyniosła 61,67. Wiek pacjentów mieścił się pomiędzy 45. a 81. rokiem życia.

Każdy pacjent przed rozpoczęciem terapii został zbadany przez lekarza uzdrowiskowego, który ordynował zabiegi i planował proces usprawniania. Pacjenci do dyspozycji mieli takie zabiegi jak: okłady parafinowe, borowinowe, kąpiele: siarczkowo-siarkowodorowe, kwasowęglowe, perełkowo-ozonowe, czterokomorowe, kąpiele wirowe kończyn górnych i dolnych; natrysk szkocki, magnetoterapia, elektroterapia, laseroterapia, ciepłolecznictwo, światłolecznictwo, masaże: podwodny, klasyczny, wibracyjny; ultradźwięki, inhalacje, krenoterapia, a także gimnastyka indywidualna, grupowa lub przyrządowa oraz ćwiczenia w basenie.

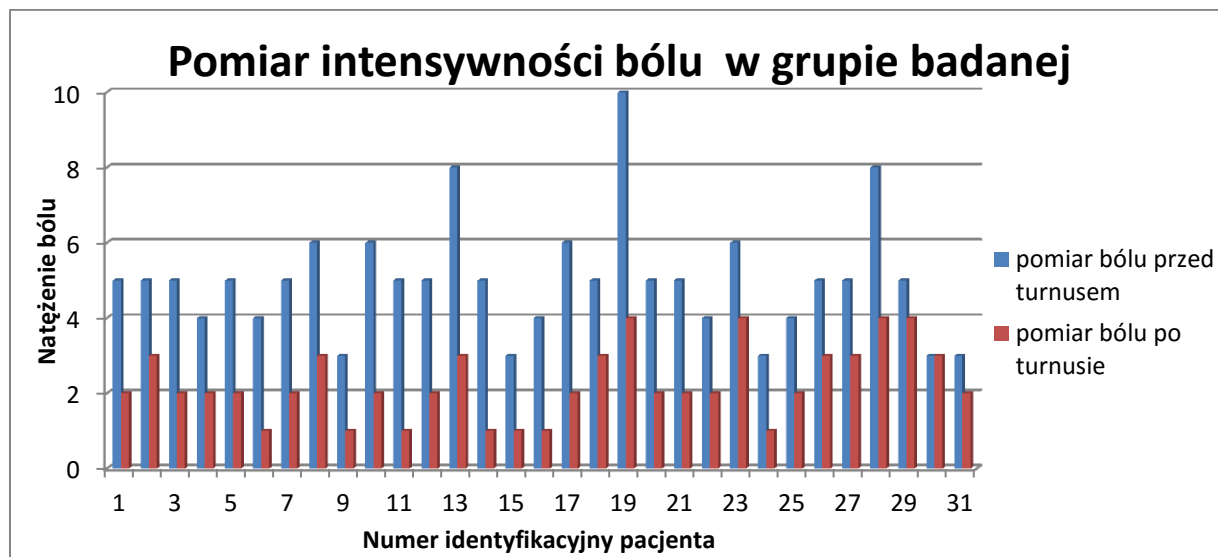
Do oceny wpływu kompleksowej terapii uzdrowiskowej w leczeniu pacjentów ze stwierdzonym zespołem bólowym kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego, wykorzystano zmodyfikowany kwestionariusz Oswestry oraz skalę bólową VAS (wizualna skala analogowa). Ocena stanu funkcjonalnego pacjentów została przeprowadzona dwukrotnie, przed rozpoczęciem turnusu sanatoryjnego oraz po jego zakończeniu. W grupie kontrolnej przeprowadzone identyczną ocenę funkcjonalną pacjentów, przy zachowaniu analogicznego odstępu czasowego, odpowiadającemu długości trwania leczenia sanatoryjnego. Kwestionariusz Oswestry złożony był z 10 pytań, dotyczących intensywności dolegliwości bólowych oraz ich wpływu na poszczególne dziedziny życia. Pacjenci zaznaczali tylko jedną z sześciu możliwych odpowiedzi na każde pytanie, która najtrafniej opisywała ich odczucia. Uporządkowane zostały one w taki sposób, aby umożliwić miarodajną i skuteczną interpretację: 1 - ból najmniej dokuczliwy, niepowodujący znacznych utrudnień w życiu codziennym, natomiast odpowiedź 6 - oznaczała intensywny ból oraz duże problemy z wieloma czynnościami, takimi jak samoobsługa, dźwiganie cięższych przedmiotów, chodzenie, siedzenie, stanie, spanie, życie towarzyskie, podróżowanie, praca zawodowa, czy obowiązki domowe.

Badanie z użyciem skali VAS polegało na zaznaczeniu przez chorego miejsca na osi liczbowej (ponumerowanej od 0 do 10), które odpowiadało jego aktualnym doznaniom bólowym, gdzie 0 oznaczało całkowity brak bólu, a 10 największy ból, jaki można sobie wyobrazić.

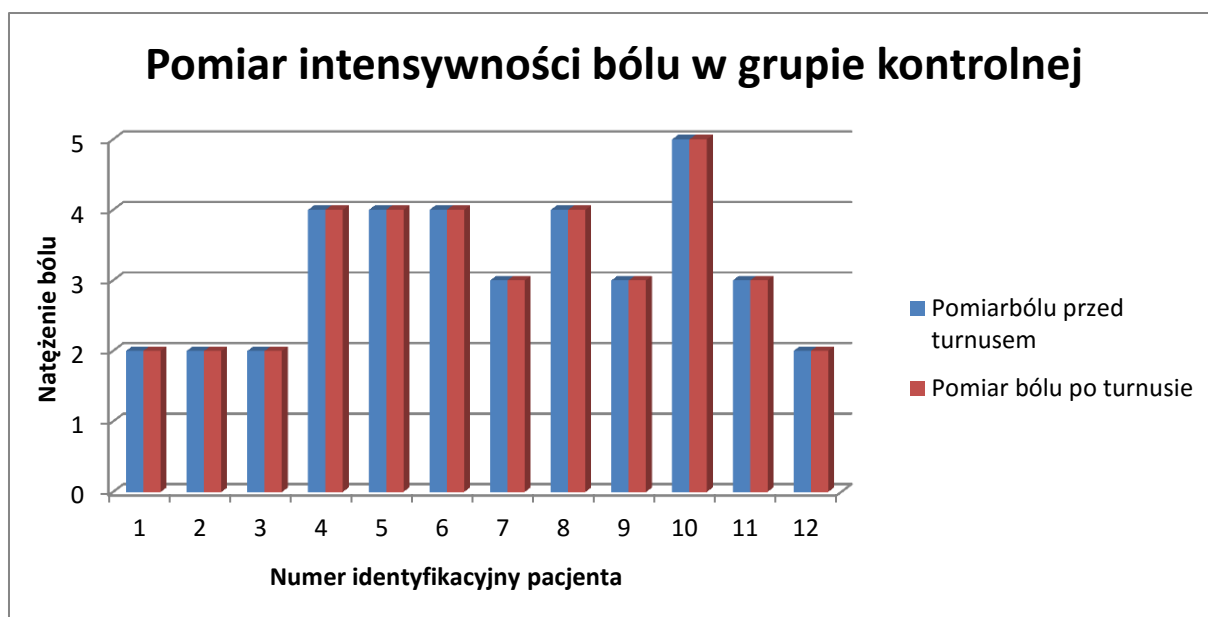
W celu dokonania analizy statystycznej posłużono się programem Statistica 8.0. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$. Weryfikacji różnic między zmiennymi dokonano przy użyciu testu Wilcoxon'a oraz testów dla prób niezależnych.

WYNIKI

Przed turnusem sanatoryjnym w grupie badanej średnia z dokonanych pomiarów bólu wyniosła 5, natomiast po zakończeniu terapii uzdrowiskowej jej wartość uległa obniżeniu do 2 (Ryc. 1). Poziom istotności statystycznej wyniósł $p = 0,000002$. W grupie kontrolnej nie stwierdzono istotnej statystycznie zmiany nasilenia bólu, średnia z pierwszego pomiaru przy pomocy skali VAS wyniosła 3, zaś z drugiego, także 3 (Ryc. 2). W związku z tym analizowanie wyników badania przy pomocy kwestionariusza Oswestry jest w przypadku grupy kontrolnej nieuzasadnione.



Ryc. 1 Wyniki pomiarów bólu przy pomocy skali VAS w grupie badanej przed i po terapii uzdrowiskowej



Ryc. 2 Wyniki pomiarów bólu przy pomocy skali VAS w grupie kontrolnej przed i po terapii uzdrowiskowej

Intensywność bólu: Przed leczeniem uzdrowiskowym 8 pacjentów (26%) nie stosowało przeciwbólowego leczenia farmakologicznego. Po zakończonym turnusie liczba ta powiększyła się do 19 (61%).

Podnoszenie ciężkich przedmiotów: 13 pacjentów (42%) przed rozpoczęciem leczenia uzdrowiskowego twierdziło, iż jest w stanie dźwigać ciężkie przedmioty. Po zakończeniu turnusu tego zdania było 22 badanych (71%). W pierwszym badaniu (przed turnusem) 4 pacjentów (13%) odpowiedziało, że potrafi dźwigać ciężkie przedmioty bez nasilania się bólu. W drugim pomiarze takiej odpowiedzi udzielono 12 razy (39%).

Chodzenie: 65% ogółu grupy badanej przed leczeniem uzdrowiskowym twierdziło, że ból nie ogranicza w żaden sposób odległości, którą są w stanie przejść. Po zakończeniu turnusu odpowiedziało tak aż 87% badanych.

Siedzenie: Podczas pierwszego pomiaru 15 pacjentów (48%) twierdziło, że potrafi dowolnie długo siedzieć. Po 3-4 tygodniach tego zdania było 24 pacjentów (77%). Przed leczeniem uzdrowiskowym tylko 9 pacjentów (29%) odpowiedziało, że jest w stanie siedzieć dowolnie długo na każdym rodzaju fotela czy krzesła. Po terapii odpowiedziało tak 13 badanych (42%). Początkowo 3 osoby (10%) twierdziły, że nie są w stanie siedzieć dłużej niż pół godziny, po przebytej terapii nikt nie udzielił takiej odpowiedzi.

Stanie: Po zakończeniu leczenia uzdrowiskowego dwa razy więcej badanych twierdziło, że może stać dowolnie długo bez nasilania się bólu (przed turnusem 5 osób - 16%, zaś po 10 - 32%).

Spanie: Przed rozpoczęciem leczenia uzdrowiskowego 13% badanych twierdziło, iż nie jest w stanie przespać całej nocy z powodu bólu kręgosłupa. Dwudziestu siedmiu (87%) badanych kuracjuszy twierdziło, że dolegliwości bólowe dolnego odcinka kręgosłupa nie są zbyt silne i nie przeszkadzają im dobrze spać. Po terapii sanatoryjnej odpowiedź ta padła aż 31 razy.

Życie towarzyskie: 16% badanych przed turnusem stwierdziło, że ich życie towarzyskie jest uboższe gdyż nie mogą wykonywać cięższych zajęć takich jak taniec. Pięciu pacjentów więcej stwierdziło w drugim badaniu, że ich życie towarzyskie jest normalne.

Podróżowanie: O 19% więcej badanych odpowiedziało, że może podróżować gdziekolwiek bez nasilania dolegliwości bólowych (początkowo 16, następnie 22 osoby). Ponadto o 50% mniej pacjentów stwierdziło w drugim pomiarze, że podróżowanie nasila ból.

W stosunku do każdego pytania w grupie badanej w zmodyfikowanym kwestionariuszu Oswestry przeprowadzono test kolejności par Wilcoxon oraz wyznaczono podstawowe parametry statystyczne takie jak mediana, średnia itp. (Tab. 1, Tab. 2).

Tab. 1 Podstawowe parametry statystyczne w grupie badanej

	średnia	dolny koniec 95% przedziału ufności	górnny koniec 95% przedziału ufności	Mediana	Minimum	Maksimum	kwartył dolny	kwartył górny	odchylenie kwartyłowe	odchylenia standardowe
Intensywność bólu przed terapią	2,94	2,55	3,33	3,00	1,00	5,00	3,00	3,00	0,00	1,06
Intensywność bólu po terapii	1,45	1,20	1,70	1,00	1,00	3,00	1,00	2,00	1,00	0,68
Podnoszenie ciężkich przedmiotów przed terapią	3,19	2,66	3,72	4,00	1,00	6,00	2,00	4,00	2,00	1,45
Podnoszenie ciężkich przedmiotów po terapii	2,16	1,72	2,61	2,00	1,00	4,00	1,00	4,00	3,00	1,21
Siedzenie przed terapią	2,32	1,95	2,69	3,00	1,00	4,00	1,00	3,00	2,00	1,01
Siedzenie po terapii	1,81	1,52	2,10	2,00	1,00	3,00	1,00	2,00	1,00	0,79
Spanie przed terapią	1,74	1,43	2,06	2,00	1,00	4,00	1,00	2,00	1,00	0,86
Spanie po terapii	1,26	1,09	1,42	1,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	0,44

Podróżowanie przed terapią	1,68	1,39	1,97	1,00	1,00	3,00	1,00	2,00	1,00	0,79
Podróżowanie po terapii	1,39	1,14	1,63	1,00	1,00	3,00	1,00	2,00	1,00	0,67
Pielęgnacja przed terapią	1,23	0,98	1,47	1,00	1,00	4,00	1,00	1,00	0,00	0,67
Pielęgnacja po terapii	1,10	0,95	1,24	1,00	1,00	3,00	1,00	1,00	0,00	0,40
Chodzenie przed terapią	1,45	1,19	1,72	1,00	1,00	4,00	1,00	2,00	1,00	0,72
Chodzenie po terapii	1,16	0,99	1,33	1,00	1,00	3,00	1,00	1,00	0,00	0,45
Stanie przed terapią	3,10	2,51	3,68	3,00	1,00	6,00	2,00	4,00	2,00	1,60
Stanie po terapii	2,03	1,67	2,39	2,00	1,00	4,00	1,00	2,00	1,00	0,98
Życie towarzyskie przed terapią	1,32	1,05	1,60	1,00	1,00	3,00	1,00	1,00	0,00	0,75
Życie towarzyskie po terapii	1,03	0,97	1,10	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00	0,00	0,18
Zmiana natężenia bólu przed terapią	2,74	2,33	3,15	3,00	1,00	5,00	2,00	3,00	1,00	1,12
Zmiana natężenia bólu po terapii	1,42	1,17	1,67	1,00	1,00	3,00	1,00	2,00	1,00	0,67

Tab. 2 Test kolejności par Wilcoxon'a przeprowadzony w grupie badanej

	ilość ważnych zmian	Statystyka testowa	p
Test kolejności par wilcoxon'a			
Intensywność bólu	25	4,372373	0,000012
Podnoszenie ciężkich przedmiotów	22	3,895878	0,000098
Siedzenie	13	3,179797	0,001474
Spanie	13	3,179797	0,001474
Podróżowanie	8	2,520504	0,011719
Pielęgnacja	4	1,825742	0,067890
Chodzenie	11	2,400593	0,016369
Stanie	22	4,106905	0,000040
Życie towarzyskie	5	2,022600	0,043115
Zmiana natężenia bólu	27	4,540725	0,000006

DYSKUSJA

Leczenie pacjentów ze stwierdzonym zespołem bólowym kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego uzależnione jest od obrazu klinicznego, okresu choroby i powinno być oparte o fizjoterapię, farmakologię, psychoterapię oraz nauki poprawnego wykonywania czynności dnia codziennego [8].

Celem leczenia uzdrowiskowego jest poprawa stanu zdrowia i sprawności psychofizycznej umożliwiającej powrót do normalnego funkcjonowania w społeczeństwie. Kompleksowa terapia uzdrowiskowa w leczeniu pacjentów z zespołami bólowymi okolicy lędźwiowo-krzyżowej ma istotny wymiar zarówno w znaczeniu klinicznym jak i społecznym. Leczenie sanatoryjne umożliwia wykorzystanie naturalnie występujących w regionie uzdrowiska czynników - balneoterapii, opartej na stosowaniu leczniczych wód mineralnych, solanek czy borowiny [9]. Niestety takich możliwości nie daje leczenie ambulatoryjne, stąd też lepsze efekty leczenia występują u pacjentów leczonych uzdrowiskowo. Także zmiana środowiska, w którym pacjent egzystuje na co dzień, stwarza możliwość wytłumienia pewnych psychologicznych czynników mogących wywoływać bądź nasilać chorobę jak np. stresująca praca zawodowa, czy praca związana z dźwiganiem ciężkich przedmiotów.

Problem oceny skuteczności leczenia uzdrowiskowego pacjentów jest często podejmowany na podstawie różnych skal i kwestionariuszy. W tym badaniu autorzy posłużyli się skalą nasilenia bólu VAS oraz zmodyfikowanym kwestionariuszem Oswestry, dzięki któremu możliwe było przeanalizowanie 10 aspektów stanu psychofizycznego pacjentów leczonych uzdrowiskowo.

W wyniku leczenia uzdrowiskowego w większości wcześniej spotykanych problemów zaobserwowano poprawę.

Najlepsze efekty terapii uzdrowiskowej widoczne są w ocenie nasilenia bólu i ocenie stanu psychofizycznego przed przystąpieniem do terapii i po jej zakończeniu: 5,0 na 2,0 w skali VAS a w grupie kontrolnej 3,0 na 3,0 w skali VAS. Wymiernym efektem terapii w grupie leczonej uzdrowiskowo było ograniczenie przyjmowania leków przeciwbólowych. Podobne zależności odnotowano w badaniach innych autorów [10,11]

Pacjentom z zespołami bólowymi kręgosłupa towarzyszy przewlekły ból, który stanowi swoisty hamulec w podejmowaniu jakiegokolwiek aktywności fizycznej, co przejawia się często w postaci obniżonego nastroju, a w skrajnych przypadkach może prowadzić nawet do depresji [12].

Leczenie uzdrowiskowe daje w tym przypadku możliwość wydłużonego odpoczynku, a zastosowanie zabiegów uśmierzających ból sprawia, że pacjenci chętniej podejmują aktywność ruchową, co poprawia funkcję narządu ruchu, polepsza nastrój i daje motywację do walki o własne zdrowie. W badaniach własnych stwierdzono zmniejszenie nasilenia bólu u 87% badanych, co miało też odzwierciedlenie w odstawieniu leków przeciwbólowych podczas wykonywania czynności dnia codziennego. Przed rozpoczęciem turnusu tylko 26%

osób nie przyjmowało leków przeciwbólowych, a po zakończeniu terapii leki przeciwbólwe odstawiło aż 61% badanych.

Wielu autorów w swoich doniesieniach stwierdza korzystny wpływ leczenia uzdrowiskowego u pacjentów z zespołami bólowymi kręgosłupa podkreślając wpływ aktywności towarzyskiej, gdzie kuracjusze spędzają z sobą dużo czasu zarówno podczas zabiegów jak i po ich zakończeniu – w czasie wolnym [13]. W badaniach własnych poprawę w sferze życia towarzyskiego zgłosiło 16% kuracjuszy.

Wielu autorów prac potwierdza skuteczność leczenia uzdrowiskowego, dzięki któremu dochodzi do poprawy samopoczucia, stymulacji sił obronnych organizmu, ulgi w cierpieniu czy uodpornienia na choroby [4,5,14].

Uważa się że najlepsze wyniki terapii mogą zostać osiągnięte tylko poprzez zastosowanie kompleksowego usprawniania, które obejmuje leczenie bólu, wzmocnienie mięśni tułowia, co wpływa na stabilizację kręgosłupa oraz kreuje prawidłową postawę ciała [15].

W wielu badaniach potwierdzono skuteczność stosowania różnorodnych czynników fizykalnych w leczeniu zespołu bólowego kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego [16,17].

W leczeniu sanatoryjnym szerokie zastosowanie ma masaż, a także liczne zabiegi fizykalne. Podstawowym jednak środkiem leczniczym jest aktywność fizyczna, dlatego też jest szeroko stosowana w leczeniu przewlekłych zespołów bólowych kręgosłupa. Tutaj także znaczną przewagę w efektach leczenia uzyskali pacjenci sanatoryjni mogący poza wyznaczonymi cyklami kinezyterapii korzystać z walorów parku zdrojowego.

Leczenie sanatoryjne wykorzystuje do celów leczniczych klimat oraz mikroklimat. Niezwykle dobry wpływ na sferę psychiczną pacjenta ma „reżim sanatoryjny”, dzięki któremu kuracjusze czują się bezpiecznie poprzez odpowiednio rozplanowane w ciągu dnia zabiegi, posiłki, czasu na sen i odpoczynek, otoczeni są opieką wykwalifikowanego personelu, zapominają o problemach życia codziennego, co jest niezwykle istotne w walce ze stresem, który może być główną przyczyną bólów kręgosłupa [4,18].

Regresja dolegliwości bólowych pacjentów przebywających w sanatorium, zawdzięczana jest zabiegom fizjoterapeutycznym, lecz również w dużym stopniu pozytywnym czynnikiem wpływającym na psychikę pacjenta. Wykluczenie bądź ograniczenie czynnika stresowego obniża patologiczne napięcie mięśni szczególnie przykręgosłupowych, zmniejszając lub likwidując dolegliwości bólowe pleców [15,19,20].

Należy pamiętać, że bóle kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego mogą mieć podłoże psychiczne, wówczas żadna terapia fizykalna nie przynosi efektu, a wręcz może spotęgować ból. Wielu autorów twierdzi, że nawet 80% przypadków bólów nie wynika ze schorzeń

strukturalnych lecz ze zmartwień, stresów lub zaburzeń psychicznych. Wówczas powinno się skierować pacjenta do psychologa lub psychiatry [21,22].

Czas spędzony w sanatorium pozwala pacjentom na nabycie prawidłowych nawyków prozdrowotnych, reguluje się ich rytm dobowy, co daje długotrwałe efekty [4,5,17].

U pacjentów leczonych ambulatoryjnie brakuje tego elementu terapii, stąd też lepsze wyniki leczenia dolegliwości bólowych kręgosłupa w odcinku lędźwiowym uzyskano w grupie pacjentów poddawanych kompleksowej terapii uzdrowskiej.

Najważniejsza w walce z zespołami bólowymi kręgosłupa jest edukacja społeczeństwa. Jest to najlepszy i najtańszy sposób leczenia. W sanatoriach duży nacisk kładzie się na profilaktykę, co sprawia, że efekty terapii uzdrowskiej utrzymują się bardzo długo [17,22].

Na podstawie uzyskanych wyników można stwierdzić, że po leczeniu uzdrowskim u większości pacjentów nastąpiła poprawa stanu zdrowia i jakości ich życia.

WNIOSKI

Na podstawie przeprowadzonych badań uzyskano odpowiedzi na pytania badawcze:

1. Ból odcinka lędźwiowo-krzyżowego wyraźnie zmniejszył się u pacjentów leczonych sanatoryjnie, w przeciwieństwie do grupy kontrolnej.
2. Zastosowana terapia uzdrowska spowodowała ograniczenie ilości przyjmowanych środków farmakologicznych.
3. Terapia uzdrowska wyraźnie poprawiła jakość życia pacjentów, a także pozytywnie wpłynęła na wykonywane czynności dnia codziennego.

PIŚMIENNICTWO

1. Wójcik G, Piskorz J. Powikłania pooperacyjne dyskopatii lędźwiowej – opis przypadku, *Med. Og. Nauki Zdr.* 2015; 21(2): 116-119.
2. Wójcik G, Sokołowska B, Urbańczuk M, Amarowicz M. Ocena częstości występowania wybranych zmian i wad wrodzonych kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego u osób zgłaszających się na badanie TK z powodu bólu grzbietu. *Forum Med. Rodz.* 2015; 9(3): 206-208.
3. Harrison D.E. Biomechanika ośrodkowego układu nerwowego. Część I. Odkształcenia kanału kręgowego spowodowane zmianami pozycji ciała *Rehabilitacja Medyczna.* 2001; (26): 235-242.
4. Wójcik G, Piskorz J, Iłżecka J, Bulikowski W. Effect of intervertebral disc disease on scoliosis in the lumbar spine. *Curr. Iss. Pharm. Med. Sci.* 2014; 27(3): 155-158.
5. Ponikowska I, Straburzyński G. Zmiany odczynowości ustrojowej w przebiegu leczenia uzdrowskiego. *Balneologia Polska,* 1989; 31: 39-45.
6. Mooney V. Treating low back pain with exercise. *J Musculoskel Med* 1995; (5): 395-403.

7. Ponikowska I, Ferson D. Nowoczesna medycyna uzdrowiskowa. Medi Press, Warszawa 2009.
8. Ponikowska I. Medycyna uzdrowiskowa – istota, rola, kierunki działania. Izba Gospodarcza Uzdrowiska Polskie, Warszawa 1999.
9. Andrzejewski W. i wsp. Skuteczność masażu leczniczego i zabiegów fizykoterapeutycznych u pacjentów z dolegliwościami bólowymi dolnego odcinka kręgosłupa w przebiegu choroby zwyrodnieniowej. Kwart. Ortop. 2003; 1: 17-19.
10. Nitera-Kowalik A. i wsp. Wykorzystanie metody Mc Kenziego w kompleksowym usprawnianiu pacjentów z zespołem bólowym dolnego odcinka kręgosłupa w 21 WSZUR w Busku Zdroju. Kwart. Ortop. 2009; 2: 172-178.
11. Price DD, Bushnell MC. Psychological Methods of Pain Control: Basic Science and Clinical Perspectives. IASP Press, Seattle 2004.
12. Ptazkowski K. i wsp. Oddziaływanie leczenia uzdrowiskowego na stan zdrowia psychicznego kuracjuszy ocenianego kwestionariuszem GHQ-28. Acta Balneo. 2012; 54(2): 115-120.
13. Mooney V, Saal JA, Saal JS. Ocena i leczenie bólu krzyża. W: Clinical Symposia. Volume 44, number 4. Novartis Poland, Warszawa 1998.
14. Stodolny J.: Choroba przeciążeniowa kręgosłupa. Epidemia naszych czasów. ZL Natura, Kielce 2000.
15. Ciejka E, Wójtowicz K. Ocena skuteczności stosowanych zabiegów fizjoterapeutycznych w leczeniu choroby zwyrodnieniowo-wytwórczej stawów obwodowych i kręgosłupa, Balneol Pol, 2009; (3):117.
16. Cousins MJ. (red.) Acute pain Management: Scientific Evidence. A.N.Z.C.A., Sydney 2005.
17. Javid MJ. Chemonucleolysis versus laminectomy: a cohort comparison of effectiveness in charges. Spine 1995; 20: 2016-22.
18. Kovelonov AY. Research of efficiency of vibroacoustic therapy method in prophylaxis of influenza and other ARD, Proceedings of the Fourth International Conference “Vibroacoustic in Medicine”, St. Petersburg 2006.
19. Lehmann J, de Lateur B. Ultrasound, shortwave, microwave, laser, superficial heat and cold in the treatment of pain. W: Textbook of pain (red. PD. Wall, R. Melzack). Churchill Livingstone, Edinburgh 1999.
20. Pollock ML, Leggett SH, Graves JE, et. al.: Effective resistance training on lumbar extensor strength. Am J Sports Med 1989.
21. Rakowski A. Kręgosłup w stresie. Jak pokonać ból i jego przyczyny. Gdańskie Wydawnictwo Pedagogiczne, Gdańsk 1994.
22. Mataczyński K, Molas A, Ryń B. Znajomość zasad profilaktyki wśród pacjentów z zespołem bólowym kręgosłupa. Postępy Rehabilitacji 2002.