



Agnieszka Krawczyk-Wasielewska¹, Sara Ruskowiak¹, Przemysław Keczer¹, Przemysław Daroszewski²,
Włodzimierz Samborski¹

¹Katedra i Klinika Reumatologii, Rehabilitacji i Chorób Wewnętrznych, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

²Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Efektywność masażu klasycznego u chorych z zeszywniającym zapaleniem stawów kręgosłupa

Efficiency of classic massage in Ankylose Spondylitis

STRESZCZENIE

W pracy przedstawiono przypadek 64-letniego pacjenta aktywnego zawodowo z rozpoznaniem w 1979 roku zeszywniającym zapaleniem stawów kręgosłupa, aktualnie poddanego leczeniu biologicznemu. Celem badania była ocena efektywność masażu klasycznego u chorego z zeszywniającym zapaleniem stawów. U pacjenta zastosowano fizjoterapię w postaci serii 6 masażów wykonywanych w czasie 3 tygodni z 3-dniową przerwą pomiędzy zabiegami.

Do oceny postępów terapii wykorzystano wizualną skalę analogową (VAS), kwestionariusz wskaźników bólu według Laitinena, pomiar ruchomości kręgosłupa goniometrem, skale BASDAI i BASFI. Przeprowadzona terapia doprowadziła do poprawy ruchomości poszczególnych odcinków kręgosłupa. Po terapii badany lepiej radził sobie z codziennymi czynnościami zgodnie z wynikami skal BASDAI i BASFI.

Forum Reumatol. 2021, tom 7, nr 2: 86–90

Słowa kluczowe: fizjoterapia; zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa; masaż klasyczny; BASFI; BASDAI

OPIS PRZYPADKU

W artykule przedstawiono przypadek 64-letniego mężczyzny ze zdiagnozowanym zeszywniającym zapaleniem stawów kręgosłupa. Chorobę zdiagnozowano w 1979 roku, pacjent odczuwał wtedy sztywność i dolegliwości bólowe w odcinku lędźwiowym. Badany prezentuje dość łagodny przebieg choroby, o czym świadczy obraz kliniczny oraz udostępnione przez pacjenta badania obrazowe. W badaniu RTG widoczne są jedynie niewielkie osteofity na bocznej krawędzi trzonu L3, szpara stawów krzyżowo-biodrowych jest zachowana z widoczną okołostawową sklerotyzacją (ryc. 1).

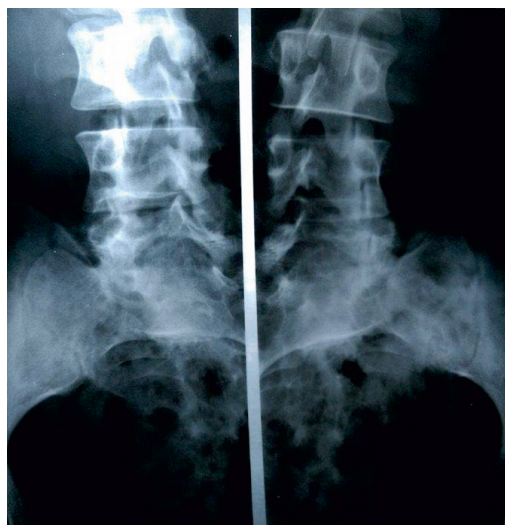
Od czasu diagnozy badany pozostaje pod opieką lekarza reumatologa, regularnie bierze

leki oraz korzysta z fizjoterapii. W okresie od 2000 do 2019 roku 9-krotnie korzystał z sanatorium. Terapia, jakiej był poddany, składała się z masażu klasycznych, masażu podwodnych, masażu wirowych, krioterapii, ćwiczeń na basenie oraz okładów ciepłych z parafiny i borowiny. Pacjent jednak nie był zadowolony z pobytów, nie przyniosły mu oczekiwanych efektów, tylko chwilową ulgę w bólu. Raz w roku badany korzysta z rehabilitacji w ramach oddziału dziennego pobytu.

W chwili obecnej pacjent zażywa leki na nadciśnienie oraz kwas acetylosalicylowy przeciw agregacji płytek krwi, a także cztery razy dziennie sulfasalazinum w dawce 500 mg, działające przeciwzapalnie. Od trzech lat poddany jest leczeniu biologicznemu.

Adres do korespondencji:

dr n. o. zdrowiu Agnieszka
Krawczyk-Wasielewska
Katedra i Klinika Reumatologii,
Rehabilitacji i Chorób
Wewnętrznych, Uniwersytet
Medyczny im. K. Marcinkowskiego
w Poznaniu
e-mial: akw@ump.edu.pl



Rycina 1. Zdjęcie RTG kręgosłupa pacjenta

Aktualnie badany wykonuje pracę siedzącą jako kontroler jakości, 8 godzin dziennie, około 15 dni w miesiącu. Zajmuje się przygotowywaniem dokumentacji związanej z przyjmowaniem przez firmę określonych towarów. W ciągu dnia jego zadaniem jest również ocena jakości przyjętych artykułów przez pracowników, co oznacza spacer po obszarze magazynu dwa razy dziennie po około 10 minut. Oprócz tego badany w pracy nie dźwiga. Pacjent nigdy nie uprawiał i w chwili obecnej nie uprawia żadnego sportu.

Sylwetka badanego ma charakterystyczny dla zeszytniającego zapalenia stawów wygląd (ryc. 2). Zaobserwować można spłaszczenie lordozy lędźwiowej, pogłębienie kifozy piersiowej, przesunięcie łopatek do boku i wysunięcie barków do przodu. Wynikiem pochylenia sylwetki do przodu jest widoczne zgięciowe ustawienie stawów biodrowych i kolanowych.

CEL PRACY

Celem niniejszego badania była ocena wpływu masażu klasycznego na intensywność dolegliwości bólowych, zakres ruchu oraz możliwość wykonywania aktywności dnia codziennego u chorego z zeszytniającym zapaleniem stawów kręgosłupa.

METODA TERAPII

U pacjenta wykonano sześć 45-minutowych sesji masażu klasycznego. Terapia była wykonywana w odstępach 3-dniowych przez okres 3 tygodni. Masażowi poddane były mięśnie tułowia od odcinka szyjnego do lędźwi-



Rycina 2. Sylwetka pacjenta widziana z boku, zdjęcie aktualne

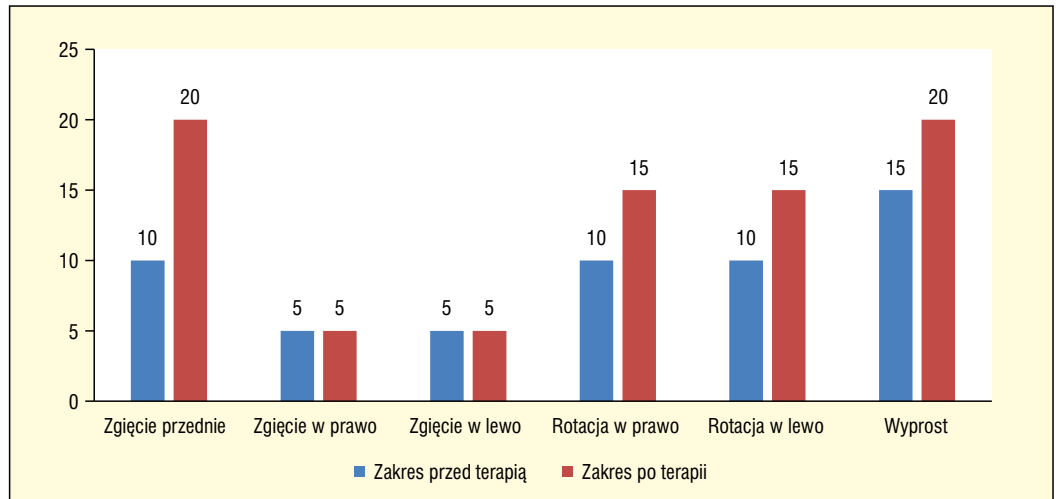
wego kręgosłupa. W trakcie wykonywanej terapii wykorzystano standardowy dla masażu klasycznego zestaw technik: głaskanie, rozcieranie powierzchniowe i głębokie, ugniatanie poprzeczne i podłużne, wibracja i oklepywanie.

METODA BADAWCZA

Badanie wykonano 2-krotnie na przestrzeni 3 tygodni. Pierwsze badanie wykonano przed rozpoczęciem terapii, drugie — po serii zabiegów. Pacjent wyraził pisemną zgodę na udział w badaniach, a na podstawie przeprowadzonego wywiadu nie stwierdzono przeciwwskazań do wykonania masażu klasycznego.

U badanego dokonano oceny intensywności dolegliwości bólowych na podstawie wizualnej skali analogowej (VAS, *visual analogue scale*) oraz kwestionariusza wskaźników bólu według Laitinena.

Do oceny ruchomości kręgosłupa wykorzystano goniometr oraz taśmę centymetrową. Oceniono ruchomość odcinka szyjnego w skłonie do przodu, wyproście, skłonach bocznych i rotacjach. W odcinku piersiowym zmierzono skłon w przód na podstawie testu Otto, a w odcinku lędźwiowym na podstawie testu Schobera. W odcinku lędźwiowym dokonano także pomiarów zakresu ruchu wyprostu, skłonu bocznego oraz rotacji. Dodatkowo wykona-



Rycina 3. Zestawienie wyników pomiaru zakresu ruchu w odcinku szyjnym kręgosłupa, mierzone w stopniach

no test Fabera służący do wykrywania zmian w stawach krzyżowo-biodrowych.

Do oceny aktywności choroby, zaburzonych czynności ruchowych oraz możliwości wykonania czynności dnia codziennego wykorzystano skalę BASDAI i BASFI.

WYNIKI

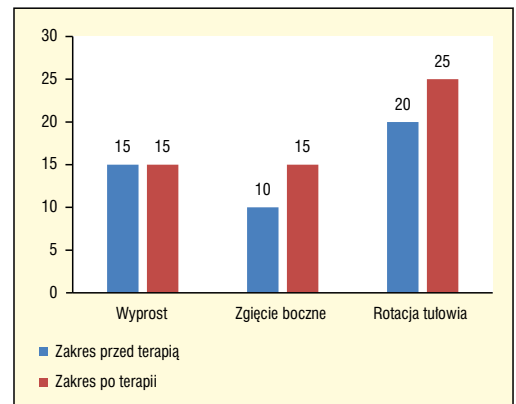
Wynik na wizualnej skali analogowej VAS określającej ból u pacjenta przed terapią wynosił 20, a po terapii 10. W kwestionariuszu Laitinena pacjent przed i po terapii zaznaczył takie same wartości zarówno w zakresie nasilenia bólu, częstości jego występowania, jak i ograniczenia aktywności ruchowych. Wynik przed i po terapii był równy 3.

Pomiary zakresu ruchomości odcinka szyjnego kręgosłupa u pacjenta wskazują na występowanie znaczących ograniczeń ruchomości. Szczegółowy pomiar ruchomości kręgosłupa szyjnego wykonany goniometrem przedstawiono na rycinie 3.

W odcinku piersiowym zaobserwowano zwiększenie odległości między wyrostkami kolczystymi w skłonie w przód (test Otto). Wynik przed terapią mieścił się w normie i wynosił 2 cm, a po terapii zwiększył się do 2,5 cm.

Wynik pomiaru ruchomości odcinka lędźwiowego w skłonie w przód (test Schobera) przed terapią wynosił 2 cm, natomiast po terapii wzrósł do 2,5 cm. Ciągle jednak był znacząco poniżej normy zakresu ruchomości. Pozostałe wyniki dotyczące ruchomości kręgosłupa lędźwiowego mierzone goniometrem przedstawiono na rycinie 4.

W wykonanym teście Faber zarówno na prawą, jak i lewą nogę, przed i po terapii już



Rycina 4. Zestawienie wyników pomiaru zakresu ruchu w odcinku lędźwiowym, mierzone w stopniach

podczas ułożenia stopy na kolanie pojawiał się silny ból. Nie było możliwości wykonania naciśku na kolano. Test Fabera należy uznać zatem za pozytywny, zarówno przed, jak i po terapii.

W skali BASDAI, która służy do określenia stanu pacjenta na podstawie objawów, takich jak długość trwania i nasilenie sztywności porannej, ból i obrzęk stawów, pacjent uzyskał wynik 3 przed terapią i 1,6 po jej zakończeniu. U badanego zaobserwowano także zmiany w skali BASFI, oceniającej zdolność radzenia sobie z czynnościami dnia codziennego. Przed terapią pacjent otrzymał wynik 2,4, a po leczeniu 1,8.

DYSKUSJA

U chorych z zeszytniającym zapaleniem stawów kręgosłupa fizjoterapia obok prawidłowo dobranych leków odgrywa znaczącą rolę przede wszystkim w zachowaniu sprawności, aktywności i mobilności chorego. U każde-

go pacjenta z zeszywniającym zapaleniem stawów kręgosłupa choroba rozwija się inaczej, stąd sylwetka, postawa oraz zakresy ruchów są różne. Zastosowanie zabiegów fizjoterapeutycznych daje możliwość rozluźnienia mięśni, zapobiegnięcia przykurczom oraz może wpłynąć na opóźnienie procesu zeszywnienia [1, 2].

Badany pacjent zmagał się z chorobą od 38 lat, ruchomość kręgosłupa odbiega od normy, ale jest wciąż zachowana, mimo długotrwałego procesu chorobowego. Jest sprawny, porusza się sam, nadal pracuje zawodowo. Od czasu stosowania leków biologicznych praktycznie nie skarży się znacząco na dolegliwości bólowe. Podczas prowadzonej terapii pacjent nie korzystał z żadnych innych zabiegów fizjoterapeutycznych, oprócz wykonywanej pracy nie był aktywny ruchowo. Dotyk nie sprawiał mu bólu, a po każdym masażu pacjent czuł rozluźnienie i twierdził, że zabieg jest dla niego przyjemny. Mimo pozytywnych odczuć subiektywnych pacjenta po terapii nie udało się uzyskać znaczącej redukcji dolegliwości bólowych, a uzyskana poprawa była niewielka. W literaturze wskazuje się na masaż jako na jedną z możliwych metod terapii, ale przy jednocześnie niewielu dowodach naukowych wskazujących na jego skuteczność u pacjentów z zeszywniającym zapaleniem stawów kręgosłupa [3, 4]. Jako możliwe mechanizmy działania masażu na tkankę wskazuje się działanie biomechaniczne poprzez nacisk mechaniczny na tkanki, działanie fizjologiczne poprzez stymulację zmian w tkance, działanie neurologiczne przez stymulację odruchową oraz działanie psychologiczne [5].

U badanego intensywność dolegliwości bólowych była niewielka, stąd też redukcja dolegliwości po terapii nie była znacząca. W odczuciach subiektywnych pacjent wskazywał na znaczącą poprawę, której nie zaobserwowano w skali Latinena, redukcję bólu zaobserwowano jedynie w skali VAS. Niewielki efekt przeciwbólowy można tłumaczyć krótkim okresem obserwacji. Znacząco lepsze rezultaty o charakterze przeciwbólowym uzyskali Ćwirlej i wsp. [6]. W powyższych badaniach poziom bólu u pacjentów mierzony skalą VAS znacznie się obniżył po zastosowaniu masażu, a u osób, u których zaobserwowano zmniejszenie dolegliwości bólowych, doszło także do znacznej poprawy mobilności kręgosłupa [6]. W badaniach obrazujących efekty masażu wykonywanego przez 6 miesięcy u pa-

cjentów z zeszywniającym zapaleniem stawów kręgosłupa zaobserwowano znaczące zmniejszenie poziomu bólu, objawy zmniejszyły się o 90% w okresie 6 miesięcy [7]. Potwierdza to zatem hipotezę, że brak znaczącego efektu przeciwbólowego u badanego może mieć związek z krótkim czasem terapii.

Zakres ruchomości kręgosłupa szyjnego, piersiowego i lędźwiowego u badanego przed terapią w większości nie mieścił się w normach, określonych dla poszczególnych obszarów kręgosłupa. Pacjent skarżył się, że posiadana ruchomość nie była wystarczająca dla jego potrzeb, szczególnie ograniczony był ruch rotacji w odcinku szyjnym i lędźwiowym. Z wywiadu wynika, że problem ten chory zauważył już na początku zdiagnozowania choroby. W badaniu palpacyjnym w odcinku piersiowym kręgosłupa zaobserwowano znaczące zwiększenie napięcia mięśniowego. Pomiary ruchomości w tym odcinku wykazały największą sztywnością, która nie uległa poprawie po terapii. Po wykonanej terapii zaobserwowano poprawę w zakresie ruchomości odcinka szyjnego i lędźwiowego, prawie w każdym zakresie. Być może wynika to z faktu, że na tę okolicę szyjną kręgosłupa pacjent narzekał najmniej i jeśli chodzi o mobilność i dolegliwości bólowe sprawia mu najmniej problem. Wzrost ruchomości stawowej i zakresu ruchów, który uzyskano, jest potwierdzeniem pozytywnego wpływu masażu klasycznego na tkanki organizmu. Zwiększenie elastyczności w zakresie tkanek miękkich otaczających kręgosłup poprawiło ruchomości całego kręgosłupa, co potwierdzają dane z literatury [6, 8, 9].

U badanego zaobserwowano poprawę w wynikach uzyskanych w skalach BASDAI i BASFI. Po terapii czynności dnia codziennego nie sprawiają już takiego problemu jak przed zastosowaniem zabiegów. Zmniejszył się u pacjenta poziom zmęczenia, miejsca wrażliwe na dotyk stały się mniej uciążliwe. Po przebudzeniu sztywność poranna była mniejsza i trwała zdecydowanie krócej. Wykonywanie skłonu w przód, sięganie po różne przedmioty znajdujące się powyżej poziomu barków sprawiało zdecydowanie mniej problem. Badany zauważył, że łatwiej mu przejść z pozycji leżącej do stojącej, a także stanie bez podparcia stało się bezbolesne, a podczas wejścia po 15 schodkach nie opiera dłoni na barierce. Poprawę w zakresie sztywności i zmęczenia będących elementami skali BASDAI zaobserwowano także w innych badaniach [7, 10]. Poprawa stanu funkcjonalnego i zwiększenie

ruchomości są najbardziej widocznymi efektami obserwowanymi u badanego.

WNIOSKI

1. Stosowanie masażu klasycznego w zesztywniającym zapaleniu stawów kręgosłupa doprowadziło do zmniejszenia napięcia

mięśniowego i poprawy mobilności kręgosłupa.

2. Największy efekt poprawy ruchomości kręgosłupa uzyskano w odcinku lędźwiowym kręgosłupa.
3. Po zastosowanej terapii uzyskano poprawę w zakresie komfortu wykonywania codziennych czynności.

ABSTRACT

The paper presents a case of a professionally active 64-year-old patient diagnosed in 1979 with ankylosing spondylitis, currently undergoing biological treatment.

The aim of the study was to evaluate the effectiveness of classical massage in a patient with ankylosing arthritis. The patient underwent physiotherapy in the form of a series of 6 massages performed over a period of 3 weeks, with a 3-day break between treatments.

The following were used to assess the progress of therapy: visual analogue scale (VAS), pain index questionnaire acc. Laitinen, spine mobility measurement with a goniometer, BASDAI and BASFI scales. The conducted therapy led to the improvement of the mobility of individual sections of the spine. After the therapy, the subject coped better with everyday activities according to the results of the BASDAI and BASFI scales.

Forum Reumatol. 2021, tom 7, nr 2: 86–90

Key words: physiotherapy; ankylosing spondylitis; classic massage; BASFI; BASDAI

Piśmiennictwo

1. Zborowski A. Masaż w wybranych jednostkach chorobowych. Część 1. AZ, Kraków 2010.
2. Gaździk TSz. Ortopedia i traumatologia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
3. Passalent LA. Physiotherapy for ankylosing spondylitis: evidence and application. *Curr Opin Rheumatol.* 2011; 23(2): 142–147, doi: [10.1097/BOR.0b013e328342273a](https://doi.org/10.1097/BOR.0b013e328342273a), indexed in Pubmed: [21150624](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21150624/).
4. Dagfinrud H, Kvien TK, Hagen KB. The Cochrane review of physiotherapy interventions for ankylosing spondylitis. *J Rheumatol.* 2005; 32(10): 1899–1906.
5. Waters-Banker C, Dupont-Versteegden EE, Kitzman PH, et al. Investigating the mechanisms of massage efficacy: the role of mechanical immunomodulation. *J Athl Train.* 2014; 49(2): 266–273, doi: [10.4085/1062-6050-49.2.25](https://doi.org/10.4085/1062-6050-49.2.25), indexed in Pubmed: [24641083](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24641083/).
6. Ćwirlej A, Ćwirlej A, Maciejczak A. Efekty masażu leczniczego w terapii bólów kręgosłupa. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego.* 2007(3): 253–257.
7. Chunco R. Stiffness, and fatigue levels associated with ankylosing spondylitis: a case study. *International Journal of Therapeutic Massage & Bodywork.* 2012; 4(1): 12–17.
8. Zborowski A. Masaż klasyczny. AZ, Kraków 2008.
9. Magiera L. Klasyczny masaż leczniczy. BIO-STYL, Kraków 2006.
10. Romanowski M, Straburzyńska-Lupa A. Deep tissue massage and its impact on disease activity and functional performance in patient with ankylosing spondylitis – case report. *Polish Journal of Physiotherapy.* 2018; 13(2): 42–47.