

## **Mgr Bogumiła Dampc**

Rozprawa doktorska: „*Terapia manualna w leczeniu zachowawczym coccygodynii*”,

promotor prof. dr hab. Krzysztof Słowiński.

### **Streszczenie**

Coccygodynia – ból kości ogonowej i tkanek leżących w jej najbliższym otoczeniu, to problem opisywany od przełomu XVI i XVII wieku, przysparzający praktykom wielu trudności zarówno diagnostycznych jak i leczniczych. Problem dotyczy około 1% populacji cierpiącej na dolegliwości odkręgosłupowe. Do przyczyn coccygodynii zalicza się przyczyny organiczne jak i czynnościowe. Wielu utożsamia ją z przyczyną urazową – upadkiem, uderzeniem, jednak u wielu osób pojawia się coccygodynia samoistna, idiopatyczna, nie mająca w swej genezie przyczyn organicznych. Przedmiotem badań była coccygodynia o podłożu czynnościowym, w tym również pourazowym, po wykluczeniu przyczyn morfologicznych dolegliwości.

Założenia:

Założeniami tej pracy są: określenie zasadniczych problemów i trudności w sposobach leczenia coccygodynii oraz szukanie możliwości opracowania algorytmu postępowania u osób cierpiących na coccygodynię.

Cele:

1. Analiza przyczyn występowania bólu kości ogonowej
2. Określenie współzależności i współwystępowania innych dolegliwości w obrębie narządu ruchu z bólem kości ogonowej
3. Określenie współzależności pomiędzy zmianami strukturalnymi widocznymi na przeglądowych zdjęciach RTG odcinka piersiowego i lędźwiowego kręgosłupa oraz MR lub TK odcinka lędźwiowego kręgosłupa a bólem kości ogonowej

4. Określenie współwystępowania i współzależności bolesności w badaniu palpacyjnym wybranych struktur anatomicznych w obrębie narządu ruchu z bólem kości ogonowej
5. Ocena doraźnej i odległej skuteczności technik terapii manualnej w leczeniu zachowawczym coccygodynii na przykładzie założeń terapii manualnej Rakowskiego

#### Materiał i metody:

Liczba badanych pacjentów wyłoniona została spośród 13 793 osób z dolegliwościami narządu ruchu, po analizie kartotek pacjentów podejmujących terapię w Centrum Terapii Manualnej (CTM) w latach 1990 – 2017 (urodzonych w latach 1940 – 2001). Z grupy tej wyłoniona została grupa badawcza (A) i kontrolna (B) obejmujące po 123 osoby każda. Grupa badawcza (A), to grupa osób zgłaszających się do CTM ze względu na ból kości ogonowej (objaw główny). Grupa kontrolna (B), to grupa osób zgłaszających się do CTM ze względu na różne dolegliwości narządu ruchu, wykluczając z nich bóle kości ogonowej. Badania miały charakter retrospektywny. Dane zostały uzyskane z kartotek pacjentów i zebrane zostały w protokole badania, wprowadzone do arkusza kalkulacyjnego, a w kolejnym kroku poddane analizom statystycznym w poszukiwaniu związków przyczynowo-skutkowych między bólem kości ogonowej, a badanymi czynnikami.

#### Wyniki:

W grupie A zdecydowaną większość badanych osób (77,24%) stanowiły kobiety ( $p=0,0001$ ). Osoby będące w grupie A były niższe od osób z grupy B ( $p=0,0157$ ). Badanie w zakresie BMI w grupie A i B nie wykazały istotnych różnic statystycznych ( $p=0,6559$ ). Dolegliwości związane z coccygodynią to: ból kości krzyżowej ( $p<0,0001$ ), dolegliwości bólowe okolicy łopatkowej ( $p<0,0013$ ), dolegliwości bólowe odcinka środkowego piersiowego kręgosłupa ( $p<0,0011$ ). W grupie kontrolnej częściej występującymi dolegliwościami były: trudność z rozpoczęciem i kontynuowaniem mikcji ( $p<0,0067$ ), bóle odcinka L i L/S kręgosłupa ( $p<0,0168$ ), bóle okolicy stawów biodrowych ( $p<0,025$ ), bóle stawów kolanowych ( $p<0,0128$ ). W grupie A 30 osób doznało urazu kości ogonowej. Czas trwania dolegliwości u tych osób nie był dłuższy niż u osób, które nie doznały urazu kości ogonowej, a zgłaszały jej ból ( $p=0,5927$ ).

Żadna forma zaburzeń napięcia mięśni dna miednicy nie jest zależna od wcześniej doznanego urazu kości ogonowej ( $p=0,1653$ ). Siła związku dla badanych zaburzeń wynosiła odpowiednio: dla obniżonego napięcia spoczynkowego mięśni dna miednicy  $p=0,7222$ , dla zaburzenia sprawności mięśni dna miednicy  $p=0,4361$ , dla odwrotnej koordynacji mięśni dna miednicy  $p=1$ . Nie istnieje istotna zależność w występowaniu bolesności kości ogonowej w badaniu per rectum u osób z grupy A, które doznały urazu kości ogonowej oraz u osób, które urazu nie doznały. Siła związku dla badanych czynników wynosiła odpowiednio: dla mobilizacji grzbietowej kości ogonowej  $p=0,1620$ , dla mobilizacji brzusznej kości ogonowej  $p=0,5870$ , dla wrażliwości dotykowej koniuszka kości ogonowej  $p=0,0644$ .

Bolesność koniuszka kości ogonowej występowała częściej u osób z grupy B ( $p<0,0001$ ). Istnieje istotna zależność między bolesnością palpacyjną koniuszka kości ogonowej, a pojawieniem się bólów kości ogonowej w grupie A. Ból kości ogonowej u osób z grupy A tylko w 34,23% współwystępował z bolesnością palpacyjną kości ogonowej w badaniu per rectum. U 71,26% badanych z grupy A występował ból kości ogonowej bez jej bolesności palpacyjnej w badaniu ( $p<0,0001$ ). Zaburzenie sprawności mięśni dna miednicy (zwieracza odbytu i/lub dźwigacza odbytu) występowało częściej u osób z grupy B ( $p=0,0055$ ). Badania pokazały, że istnieją zależności między występowaniem bólu kości ogonowej, a bolesnością palpacyjną więzadła nadkolcowego kości krzyżowej na poziomach S1-S5 ( $p<0,0001$ ) oraz że bolesność palpacyjna więzadeł międzykolcowych i nadkolcowego segmentów ruchowych kręgosłupa Th8-L2 występuje częściej u osób z grupy B ( $p=0,0001$ ). W grupie B średnia ilość zaangażowanych więzadeł odcinka Th kręgosłupa była istotnie większa niż w grupie A ( $p<0,0149$ ).

Skolioza odcinka piersiowego kręgosłupa występowała częściej u osób z bólem kości ogonowej ( $p=0,0007$ ). Coccygodynia współwystępuje z przepukliną jądra miażdżystego na poziomie L5/S1, widoczną w badaniu MR lub TK kręgosłupa ( $p=0,0058$ ).

Nie występowały istotne różnice w czasie trwania terapii w grupie A i grupie B ( $p=0,4065$ ). Nie istniała zależność pomiędzy czasem trwania dolegliwości, a czasem trwania terapii oraz czasem trwania dolegliwości, a ilością przeprowadzonych wizyt ( $p=0,8044$ ).

Efekt doraźny oceniło 68 osób z grupy A. Bardzo dobre wyniki (0 VAS) uzyskano u 43 osób (63,23%), dobre (do 3 VAS) u 11 osób (16,17%), średnie (4-5 VAS) u 6 osób (8,82%), brak poprawy (6-10 VAS) u 8 osób (11,76%)

Nie zaistniała istotna zależność pomiędzy efektywnością terapii, a ilością przeprowadzonych zabiegów ( $p=0,7559$ ) oraz pomiędzy efektywnością terapii, a czasem trwania dolegliwości ( $p=0,5793$ ).

Efekt odległy oceniło 45 osób z grupy A. Bardzo dobre wyniki (0 VAS) uzyskano u 41 osób (91,1%), dobre (do 3 VAS) u 0 osób (0%), średnie (4-5 VAS) u 0 osób (0%), brak poprawy (6-10 VAS) u 4 osób (8,9%).

Istnieje zależność pomiędzy efektem doraźnym i odległym ( $p<0,0001$ ), jest ona rosnąca, czyli wraz ze wzrostem wartości efektu doraźnego rosną wartości efektu odległego.

Wnioski:

1. Najistotniejszą przyczyną coccygodynii jest zaburzenie czynności narządu ruchu. Uraz kości ogonowej może być tylko czynnikiem wyzwalającym jej powstanie
2. Z coccygodynią współistnieją i są współzależne inne dolegliwości w obrębie narządu ruchu, jak: bóle kości krzyżowej, odcinka środkowego piersiowego kręgosłupa i okolicy łopatkowej
3. Zaburzenia czynności narządu ruchu związane z coccygodynią nie są widoczne w obiektywnych badaniach medycznych, ale zmiany strukturalne w badaniach obrazowych pokazują związek przyczynowo-skutkowy ze skoliozą odcinka piersiowego kręgosłupa oraz przepukliną jądra miażdżystego na poziomie L5/S1
4. Zarówno u pacjentów cierpiących na coccygodynię jak i pacjentów zgłaszających inne dolegliwości w obrębie odcinka lędźwiowego kręgosłupa i miednicy można wykazać bolesność palpacyjną tych samych struktur anatomicznych i podobną, pozytywną, doraźną reakcję na te same bodźce zabiegowe
5. W ocenie subiektywnej pacjentów uzyskano 79,3% bardzo dobrych i dobrych doraźnych wyników leczenia. W wynikach odległych uzyskano 91,1% bardzo dobrych i dobrych wyników leczenia. Świadczy to o wysokiej skuteczności

diagnostyki i terapii manualnej Rakowskiego w zachowawczym leczeniu  
coccygodynii

Opisane w powyższej pracy badania rozwijają problem coccygodynii idiopatycznej. Uwzględniają czynniki czynnościowe, niemożliwe do zobrazowania i zmierzenia w obiektywnych badaniach medycznych. Badają skojarzone i dobrane indywidualnie do potrzeb każdego pacjenta metody terapeutyczne. Biorą pod uwagę nie tylko tkanki związane anatomicznie z kością ogonową lecz uwzględniają czynniki odległe mogące wywoływać lub podtrzymywać opisywany problem. Pokazują możliwości działań terapii manualnej w omawianym problemie, ukazując szerszą perspektywę możliwości zachowawczego leczenia coccygodynii, respektując jej różnorodną patogenezę.