



ZASTOSOWANIE MASAŻU LECZNICZEGO W ZESPOLE BOLESNEGO BARKU

The effectiveness of therapeutic massage in painful shoulder syndrome

IWONA WILK^{A,B,E,F}

Katedra Fizjoterapii, Wydział Fizjoterapii, Akademia
Wychowania Fizycznego we Wrocławiu

A- przygotowanie projektu badania (study design), B- zbieranie danych (data collection), C- analiza statystyczna (statistical analysis), D- interpretacja danych (data interpretation), E- przygotowanie maszynopisu (manuscript preparation), F- opracowanie piśmiennictwa (literature search), G- pozyskanie funduszy (funds collection)

Streszczenie

Wstęp: Zespół bolesnego barku stanowi zbiór objawów bólowych zlokalizowanych w obrębie obręczy barkowej i obejmuje struktury tworzące obręcz: łopatkę, obojczyk i ramię. Mnogość struktur tworzących obręcz barkową powoduje, iż dysfunkcje w tym obszarze występują bardzo często, ponieważ zaburzenie funkcjonowania tylko jednego elementu, może wywołać zespół bólowy całego kompleksu barkowego. Dolegliwości występujące w tym schorzeniu to przede wszystkim ból i ograniczenie ruchomości stawu. Dysfunkcje barku ograniczają samodzielność, wywołują dyskomfort fizyczny i psychiczny, doprowadzają do obniżenia jakości życia. Zespół bolesnego barku występuje często jako główna jednostka chorobowa. W wielu przypadkach jest też objawem współistniejącym z innymi schorzeniami.

Celem pracy było przedstawienie możliwości zastosowania masażu tensegracyjnego w zespole bolesnego barku.

Materiał i metoda: W artykule przedstawiono sposób opracowywania poszczególnych mięśni obręczy barkowej z zastosowaniem - w odpowiedniej kolejności - masażu tensegracyjnego. Zabieg masażu miał na celu obniżenie podwyższonego tonusu spoczynkowego mięśni oraz poprawienie ukrwienia danej okolicy, w następstwie czego spodziewano się przywrócenia prawidłowej funkcji barku. Wykonano 6 zabiegów z częstotliwością co trzeci dzień. Każdy z nich trwał 45 minut.

Wyniki: Po zastosowaniu terapii uzyskano zmniejszenie dolegliwości bólowych zlokalizowanych w obrębie barku, zniesienie nawykowego ustawiania barku i kończyny górnej oraz zmotywowano pacjentkę do podjęcia rehabilitacji ruchowej.

Wnioski: Masaż jest jedną z form terapii, którą można wykorzystać w zespole bolesnego barku. Często stanowi część wstępną przed podjęciem usprawniania ruchowego.

Słowa kluczowe: masaż leczniczy, zespół bolesnego barku

Summary

Introduction: The chronic painful shoulder syndrome comprises the set of symptoms located in the area of the shoulder girdle and all the structures which make this complex, namely, the scapula, the clavicle and the arm. The complexity of the structures, which make up for the shoulder girdle, results in frequent dysfunctions as the abnormality in functioning of only one element can lead to the problems with the whole structure. Pain and limited joint mobility are the most frequent symptoms. The dysfunctions of the shoulder girdle limit the patient's independence and evoke mental and physical discomfort which decrease the quality of life. The syndrome often occurs as a main disorder but in many cases its symptoms coexist with other diseases.

The purpose of the work was to present the possibility of application of therapeutic (tensegrity) massage in the chronic pain shoulder syndrome.

Material and methods: This article presents the process of massage application to different muscles of the shoulder in the appropriate order, which is called the therapeutic (tensegrity) massage. The purpose of the massage is to decrease the tonus of the muscle and increase the blood flow which ought to result in restoring the shoulder function. Six 45-minute-long massage sessions were performed and repeated every three days.

Results: After the therapy, the decrease of painful shoulder was observed along with the vanish of the shoulder and the arm lifting habit. After this massage period, when the pain was smaller, the patient immediately wanted to continue physiotherapy.

Conclusions: Massage is one of the forms of therapy, which can be used in the painful shoulder syndrome. It might often constitute the introductory stage to the rehabilitation aimed at mobilization of the patient.

Keywords: therapeutic massage, painful shoulder syndrome

Wprowadzenie

Obręcz barkową tworzą cztery połączenia stawowe: mostkowo-obojczykowy, obojczykowo-barkowy, łopatkowo-żebrowy i łopatkowo-ramienny. Właściwe funkcjonowanie obręczy barkowej zależy od prawidłowej budowy i działania poszczególnych stawów. Złożoność budowy sprawia, iż często dochodzi do występowania zaburzeń w obrębie barku. Zespół bolesnego barku (ZBB) może wystąpić z powodu schorzeń, uszkodzeń czy urazów pojedynczych struktur czynnościowych, wchodzących w skład obręczy barkowej, jak również może stanowić wypadkową nakładających się mikrourazów w obszarze kilku stawów zaliczanych do obręczy [1,2].

Powszechność prezentowanej dysfunkcji wynika z faktu, iż wystarcza nieprawidłowe działanie tylko jednego z elementów całego systemu stawowego obręczy barkowej, aby spowodować zaburzenia funkcjonowania innych elementów [3].

Niezwykle istotne jest zróżnicowanie przyczyny pierwotnej i wtórnych następstw rozprzestrzeniających się na obszar barku. Dolegliwościom bólowym barku bardzo często towarzyszą schorzenia odcinka szyjnego kręgosłupa oraz tkanek miękkich okolicy przykręgosłupowej. W wybranych przypadkach bolesny bark nie jest głównym schorzeniem, lecz objawem towarzyszącym innym jednostkom chorobowym, np. hemiplegii, zaburzającym i znacznie opóźniającym proces rehabilitacji [2,4,5].

Wśród najczęstszych objawów zespołu bolesnego barku wymienia się ból oraz częściowe lub całkowite ograniczenie ruchomości barku, co znacznie zmniejsza samodzielność i wpływa na obniżenie jakości życia pacjenta [3].

Zaburzenia w zespole bolesnego barku dotyczą zazwyczaj dysfunkcji mięśni stożka rotatorów, jak również ścięgien pozostałych mięśni zlokalizowanych w obrębie ramienia, więzadeł i torebek stawowych. w rejonie barku [6].

Postępowanie terapeutyczne w przypadku zespołu bolesnego barku obejmuje między innymi leczenie operacyjne, doustną farmakoterapię, iniekcje dostawowe, kinezyterapię i fizykoterapię [1,4]. W leczeniu zespołu bolesnego barku stosowano również masaż oraz techniki aktywnego rozluźniania (*active release technique*) [7,8].

Materiał

Kobieta 78, zgłosiła się do przychodni rehabilitacyjnej ze skierowaniem na zabiegi masażu. Głównymi objawami były dolegliwości bólowe w obrębie barku prawego i kręgosłupa. Silniejszy ból występował w barku i znacznie nasilał się przy próbach wykonania ruchu odwodzenia w stawie ramiennym. Ograniczenie ruchomości kończyny górnej wymuszało nawykowe unoszenie całej obręczy barkowej, w celu wykonania czynności.

Na podstawie opisu zdjęć rentgenowskich, dołączonych do skierowania na zabiegi masażu, u pacjentki

zdiagnozowano stan po zaklinowanym złamaniu szyjki chirurgicznej kości ramiennej prawej oraz po wcześniejszym złamaniu trzonu obojczyka prawego. W chwili obecnej została stwierdzona przez lekarza specjalistę zalana kostniną szczelina przełomu, w obu miejscach złamania.

Z dokumentacji lekarskiej historii chorób pacjentki uzyskano następujące informacje: u pacjentki występują zaawansowane zmiany zwyrodnieniowo-zniekształcające stawu ramiennego i wydrążenia stawowego łopatki pod postacią osteofitów oraz zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa szyjnego z cechami dyskopatii na poziomach C_5/C_6 i C_6/C_7 .

Dodatkowo w odcinku szyjnym kręgosłupa u pacjentki stwierdzone zostały cechy zmian osteoporotycznych i spondylotycznych w trzonach kręgów i stawach międzykręgowych, oraz antelisteza trzonu kręgu L4. Pacjentka pięć lat temu przeżyła operację wstawienia endoprotezy stawu biodrowego prawego.

W ocenie oglądowej obserwowano postawę nawykową, asymetrię w ustawieniu obręczy barkowej, prawy bark uniesiony w górę i ustawiony w protrakcji z przywiedzioną kończyną górną zgiętą w stawie łokciowym. Zauważono skoliozę w odcinku lędźwiowym oraz okrągłe plecy w odcinku piersiowym kręgosłupa. Zaobserwowano deformację w obrębie stawów międzypaliczkowych i śródrečno-paliczkowych dłoni.

W ocenie stanu skóry stwierdzono obecność rozległej blizny w okolicy wyrostka łokciowego kości łokciowej i liczne siniaki świadczące o wrażliwości i kruchości naczyń oraz rozległe żyłaki podudzia i uda. Pacjentka porusza się o kuli ze względu na stan po operacji stawu biodrowego i endoprotezie stawu oraz skłonności do częstych potknięć i upadków.

Metoda

Terapia masażem obejmowała wykonanie 6 zabiegów, z częstością 2 razy w tygodniu, każdy jednorazowo 45 minut. Przed przystąpieniem do pierwszego zabiegu przeprowadzono wywiad dla potrzeb masażu, dokonano oceny oglądowej i palpacyjnej tkanek w obrębie zgłaszanej największej dolegliwości bólowej [9]. Przed przystąpieniem do terapii, bezpośrednio po zakończeniu terapii i 3 miesiące po zabiegach masażu pacjentka wypełniała kwestionariusz McGilla, wersję skróconą (SF-MPQ – short form of the McGill Pain Questionnaire) [10,11].

Ilościowy aspekt bólu w obrębie barku, określane przez pacjentkę przed terapią w skali VAS, wynosił 7. Dodatkowo pacjentka dokonała charakterystyki rodzaju występującego u niej bólu za pomocą kwestionariusza McGilla w wersji skróconej. Przeprowadzona diagnostyka umożliwiła dobór rodzaju i metodyki masażu.

Na podstawie oceny palpacyjnej stwierdzono największe napięcie tkanek, po stronie prawej obejmujące mięśnie: nadgrzebieniowy, podgrzebieniowy, mięśnie obłe i równoległoboczne oraz mięsień naramienny szczególnie część tylna i środkowa. Znacząco wrażliwość uciskową w ocenie palpacyjnej wykazywał kłykiec boczny i przyśrodkowy prawej kości ramiennej.

W obrębie kręgosłupa, po obu stronach odnotowano wzmożone napięcie spoczynkowe na mięśniach: prostownik grzbietu, czworoboczny grzbietu, czworoboczny lędźwi, pośladkowy wielki i średni.

Pierwszy zabieg obejmował wykonanie masażu opartego na zasadę tensegracji, mięśni obręczy barkowej i kończyny górnej. Zasada tensegracji wykorzystywana w masażu brzmi następująco: wzrost napięcia jednej tkanki wywołuje zmianę napięcia pozostałych tkanek będących z nią w kontakcie bezpośrednim i pośrednim [12,13].

Wykorzystano tensegrację, ponieważ pozwala ona na pośrednie i stopniowe rozluźnianie tkanek i powoduje łatwiejsze opracowanie tkanki wykazującej największą wrażliwość uciskową. Opracowanie masażem tkanek rozpoczyna się od struktur zlokalizowanych dystalnie względem tkanki o największym napięciu spoczynkowym i największej dolegliwości bólowej. Metodyka masażu opartego na zasadzie tensegracji obejmuje opracowanie układów tkanek, które pozostają ze sobą w kontakcie pośrednim i bezpośrednim. Lokalizacja najbardziej bolesnego miejsca oparta jest na ocenie palpacyjnej wykonanej na podstawie karty oceny stanu pacjenta dla potrzeb masażu [9]. Zabieg trwał 45 minut. Zastosowana terapia nie przyniosła wyraźnych efektów przeciwbólowych, jednak pacjentka zaczęła obniżać bark, prostować przedramię w stawie łokciowym i nie utrzymywała ramienia w przywiedzeniu. Swobodnie mogła trzymać kończynę górną w innym ustawieniu niż dotychczas. Na spotkaniu oznajmiła, że jej lęk przed bólem jest mniejszy i sama próbuje wykonywać ruchy ręką, bez obaw, że spowoduje ból. Pacjentka nadal odczuwała największe dolegliwości bólowe w okolicy obręczy barkowej. Ponownie wykonano masaż tensegracyjny polegający na opracowaniu tkanek zaliczanych do I układu (mięśnia najszerzego grzbietu), II układu (piersiowego większego) i III układu (mięśnia zębatego przedniego) w odpowiedniej kolejności. Struktury łącznotkankowe zlokalizowane w obrębie kończyn dolnych zaliczane do ww. układów opracowywano punktowo na przyczepach mięśniowych, żeby nie obciążać intensywnymi technikami, np. ugniataniem osłabionego układu żylnego. Po drugim zabiegu masażu pacjentka odczuwała zmniejszenie dolegliwości bólowych w okolicy karku, szyi i obręczy barkowej strony prawej. Nadal w odcinku lędźwiowym kręgosłupa po obu stronach utrzymywał się ból określany przez pacjentkę jako uciążliwy. Podczas kolejnego zabiegu zmodyfikowano metodykę masażu i uzupełniono ją o opracowanie tkanek zaliczanych do IV układu (wiązadła krzyżowo-guzowego). Każdorazowo masowano wybiórcze tkanki, pozostające w zależnościach strukturalnych, występujące w poszczególnych układach [12,13]. W połowie terapii odnotowano zmniejszenie ilości tkanek wykazujących nieprawidłowe napięcie po stronie prawej ciała, dlatego też włączono podczas jednego zabiegu opracowanie mięśni grzbietu, wykonując po obu stronach kręgosłupa masaż klasyczny. Opracowanie prawej strony ciała było wykonywane w leżeniu na boku lewym. Opracowanie grzbietu

wykonywano w pozycji leżenia przodem, ponieważ pacjentka nie mogła położyć się na stronie, po której miała wszczepioną endoprotezę stawu biodrowego. Pozycja ta ze względu na dolegliwości bólowe w obrębie powłok brzusznych oraz ucisk na klatkę piersiową nie mogła trwać długo i opracowanie grzbietu trwało od 15 do 20 minut.

Metodyka masażu każdorazowo podlegała modyfikacji ze względu na wiek pacjentki, samopoczucie w dniu wykonywania zabiegu i możliwości doboru pozycji ułożeniowych oraz współwystępujące jednostki chorobowe.

Wyniki

Przed przystąpieniem do terapii dolegliwość bólowa okolicy barku określana była w skali VAS na 7. W połowie czasu trwania terapii ból odczuwany w obręczy barkowej zmniejszył się i określany był na poziomie VAS=3. Bezpośrednio po terapii uzyskano zniesienie dolegliwości bólowej VAS=1. Natomiast ból odczuwany w okolicy kręgosłupa i grzbietu miał charakter przewlekły i utrzymywał się na poziomie VAS=4. Zmniejszył się nieznacznie bezpośrednio po terapii i wyniósł VAS=3.

Ilościowy aspekt bólu odczuwanego w obręczy barkowej został przedstawiony za pomocą skali numerycznej (VAS), która stanowi jedną z części skróconej wersji kwestionariusza McGill.

Analizowano także jakościowy aspekt bólu barku odczuwany i opisywany przez pacjentkę. Z pozyskanej wiedzy wynika, że efekt ten utrzymał się 3 miesiące po zastosowaniu terapii. Po upływie trzech miesięcy od terapii masażem pacjentka rozpoczęła rehabilitację obejmującą zabiegi fizykalne i kinezyterapię w przychodni rehabilitacyjnej.

Dyskusja

W wielu jednostkach chorobowych zastosowanie masażu klasycznego jest skuteczną formą terapii przeciwbólowej. W przypadku zaawansowanych wieloobjawowych zmian wskazana jest modyfikacja postępowania terapeutycznego i dobór najefektywniejszej formy zabiegu. Niezwykle istotne w terapii jest uwzględnienie współistniejących chorób, dodatkowych objawów, możliwości fizycznych pacjenta, aktualnych potrzeb i wieku pacjenta. Wszystkie wyżej wymienione czynniki wpływają na przebieg terapii, jej skuteczność i czas utrzymania się uzyskanego efektu terapeutycznego.

W opisywanym przypadku przedstawiono zastosowanie masażu tensegracyjnego. Ten rodzaj masażu wymaga umiejętności dokonania precyzyjnej oceny palpacyjnej, zdiagnozowania tkanek wykazujących wzmożone napięcie spoczynkowe i doboru właściwej metodyki masażu. Podstawą masażu tensegracyjnego jest bardzo dobra znajomość anatomii i doświadczenie w pracy z pacjentem. Dzięki temu stanowi on skuteczną metodę terapeutyczną i zapewnia indywidualne podejście do pacjenta. W literaturze przedstawione są

liczne przykłady zastosowania masażu tensegracyjnego w wybranych schorzeniach. Opisywano efektywność zabiegu w dolegliwościach bólowych kręgosłupa i głowy [14], w przypadku zmian zwyrodnieniowych stawów biodrowych [15], w zespołach bolesnego barku [3,6]. Wykorzystywano masaż tensegracyjny w leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu [16] i jako terapię wspomagającą w zespole jelita nadwrażliwego [17]. Po zastosowaniu masażu tensegracyjnego w wybranych jednostkach chorobowych wykazano wysoką skuteczność i trwałość uzyskanego efektu terapeutycznego.

Adres do korespondencji
mgr Iwona Wilk
ul. Aleja I.J. Paderewskiego 35
51-612 Wrocław
Tel. +48 510 410 296
E-mail: iwona.wilk@awf.wroc.pl

Praca wpłynęła do redakcji: 28.01.2014
Po recenzji: 02.02.2014
Zaakceptowana do druku: 15.02.2014

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonej terapii można wnioskować, że masaż tensegracyjny może być wykorzystywany w terapii zespołu bolesnego barku. Stosowany jest również jako skuteczna metoda zmniejszająca dolegliwości bólowe i wzmożone napięcie spoczynkowe w zespołach bólowych kręgosłupa.

Piśmiennictwo

1. Lesiak A. Zespół bolesnego barku: patogeneza, obraz kliniczny i leczenie. *Rehabil Med* 2002; 6: 26-43.
2. Lemański JB. Zespół bolesnego barku. *Med Sport* 2006; 16: 22-23.
3. Kassolik K, Andrzejewski W, Brzozowski M, Wilk I, Górecka-Midura L, Ostrowska B, Krzyżanowski D, Kurpas D. Comparison of massage based on the tensegrity principle and classical massage in treating chronic shoulder pain. *J Manipulative Physiol Ther* 2013; 36 (7): 417-443.
4. Andrews JR. Diagnosis and treatment of chronic painful shoulder: review of nonsurgical interventions. Current concepts. *Arthroscopy* 2005; 21: 333-47.
5. Cieślak W. Zespół bolesnego barku hemiplegika. *Rehabil Prakt* 2006; 2: 16-18.
6. Andrzejewski W, Kassolik K, Pawlak H. Masaż w dysfunkcji bolesnego barku. *Rehabil Prakt* 2009; 2: 44-46.
7. Hollis M, Jones E. *Masaż terapeutyczny*. Wrocław: Wyd. Medyczne Górnicki; 2012: 134-135.
8. Mok E., Woo CP. The effects of slow-stroke back massage on anxiety and shoulder pain in elderly stroke patients. *Compl Ther Nurs Midwifery* 2004; 10: 209-216.
9. Kassolik K, Andrzejewski W. Ocena palpacyjna w masażu tensegracyjnym. *Fizjoter* 2009; 17(4): 60-66.
10. Melzack R. The short-form McGill Pain Questionnaire. *Pain* 1987; 30(2): 191-197.
11. Wall PD, Melzack R. *Textbook of Pain*. 5th ed. Churchill Livingstone: Elsevier; 1999.
12. Kassolik K, Andrzejewski W, Trzęsicka E, Charlton G. Anatomiczne uzasadnienie wykorzystania zasady tensegracji w masażu. *Fizjoter Pol* 2007; 3(4): 334-343.
13. Kassolik K, Andrzejewski W. Masaż tensegracyjny. *Fizjoter* 2009; 18: 66-72.
14. Kassolik K, Andrzejewski W, Wilk I. Możliwości zastosowania masażu w bólach kręgosłupa. *Rehabil Prakt* 2012; 5: 50-54.
15. Kassolik K, Kurpas D, Wilk I, Uchmanowicz I, Hyży J, Andrzejewski W. The effectiveness of massage in therapy of obturator nerve dysfunction as complication of hip joint alloplastyk- case report. *Rehabil Nurs* 2013 (Accepted for publication).
16. Kassolik K, Kurpas D, Andrzejewski W, Wilk I, Świątek M. The effectiveness of massage in stress urinary incontinence- case study. *Rehabil Nurs* 2013; 38: 306-313.
17. Wilk I, Brzozowski M, Kassolik K, Andrzejewski W. Możliwości zastosowania masażu w zaparciach. *Rehabil Prakt* 2011; 5: 50-54.