

LECZENIE BÓLU

Mój ból nie jest gorszy niż twój

Specjaliści apelują do Ministerstwa Zdrowia o systemowe podejście do terapii bólu przewlekłego i otoczenie kobiet taką samą formą opieki medycznej jak mężczyzn. Dziś panie, chociaż cierpią na ból przewlekły częściej niż panowie, traktowane są w placówkach opieki medycznej jak histeryczki. Zamiast leków przeciwbólowych dostają skierowanie do psychiatry.

W Polsce 8,5 mln osób zmagają się z bólem przewlekłym, z czego 5,1 mln to kobiety. 1,7 mln osób odczuwa ból, który opisują one jako tak silny, że nie byłyby w stanie wytrzymać większego. Mamy zaledwie 18 certyfikowanych, wielospecjalistycznych poradni leczenia bólu, w których chorzy mogą dostać właściwą pomoc i opiekę. U większości osób ból nie jest leczony lub jest leczony źle. Zdaniem ekspertów w najgorszej sytuacji są kobiety, których cierpienie się deprecjonuje i lekceważy.

Ból ma twarz kobiety w wieku podeszłym

– Ból jest najlepiej leczony u dobrze wykształconych mężczyzn. Ich dolegliwości nie są lekceważone, a ryzyko powstania bólu przewlekłego jest niewielkie – podkreśla dr n. med. Magdalena Kocot-Kępska z Zakładu Badania i Leczenia Bólu Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, prezes Polskiego Towarzystwa Badania Bólu (PTBB). – Istnieje znakomita kampania społeczna Międzynarodowego Towarzystwa Badania Bólu, która pokazuje właśnie te nierówności w odniesieniu do medycyny bólu pod względem płci. Okazuje się, że jeśli na SOR trafia kobieta z takimi samymi objawami i takim samym bólem jak mężczyzna, otrzymuje gorsze leczenie, a jej cierpienie jest bagatelizowane i deprecjonowane. Zwalczając ból jest zabrana, ma ładne ubrania i makijaż. Wówczas zamiast leczenia przeciwbólowego otrzymuje skierowanie do psychiatry – mówi. Tak się dzieje na całym świecie.

Eksperti tłumaczą, że kobiety są najprawdopodobniej bardziej narażone na powstanie bólu przewlekłego, ponieważ 80 proc. z nich cierpi podczas comiesięcznej menstruacji, są też narażone na ból porodowy. Takie doświadczenia wpływają na uwrażliwienie układu nerwowego. Z wiekiem kobiety stają się zatem bardziej narażone na powstanie bólu przewlekłego.

– Jeśli chodzi o leczenie bólu, to najgorzej, jeśli jest się kobietą, w dodatku w wieku podeszłym i mieszkającą na wsi. Wówczas niestety spełnia się wszystkie trzy warunki uznawane za istotne w powstaniu bólu przewlekłego. Starsze kobiety mieszkające na wsi nie mają absolutnie żadnego dostępu do poradni leczenia bólu. Zgodnie z raportem Najwyższej Izby Kontroli w 70 proc. powiatów w Polsce nie ma możliwości uzyskania



Fot. archiwum

”

dr Magdalena Kocot-Kępska:
W 70 proc. powiatów w Polsce nie ma możliwości uzyskania bezpłatnej porady w zakresie leczenia bólu

bezpłatnej porady w zakresie leczenia bólu – zauważa dr Magdalena Kocot-Kępska.

Przewlekły ból robi w mózgu dziurę

Doktor hab. n. med. Jarosław Woron, kierownik Zakładu Farmakologii Klinicznej Katedry Farmakologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, stwierdza, że czynnikiem, który dodatkowo nasila ból u kobiet, jest samotność. – Samotność jest neurotoksyczna, a pamiętajmy, że 38 proc. pacjentów w wieku senioralnym prowadzi samotne gospodarstwo domowe.

– Kobięcymi chorobami, którym towarzyszy przewlekły ból, są najczęściej choroby ginekologiczne i uroginekologiczne, w tym endometrioza, śródmięziste zapalenie pęcherza moczowego, zmiany osteoporotyczne i zwyrodnieniowe narządu ruchu, zespoły bólowe związane z chorobą wzrostową w jamie otrzewnowej będące wynikiem infekcji lub operacji – zwraca uwagę prof. dr hab. n. med. Ewa Barcz, kierownik Katedry i Kliniki Ginekologii i Położnictwa Wydziału Medycznego Collegium Medicum Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Międzyleskim Szpitalu Specjalistycznym w Warszawie.

Kobiety cierpią na równi z mężczyznami także z powodu innych problemów ze zdrowiem.

– W naszej populacji 34 proc. osób uskarża się na bóle mięśniowo-szkieletowe, 18 proc. na bóle krzyża, bóle głowy, bóle pourazowe, neuropatyczne. Połowa osób z bólem neuropatycznym ma neuralgię popółpaściową. To ogromnie bolesna i kosztowna przypadłość – jeden pacjent pochłania 30 proc. budżetu całej przychodni leczenia bólu – dodaje Marzena Domańska-Sadynica, ekspertka ochrony zdrowia, współorganizatorka kampanii „Nie musi boleć!”.

– Z badań wiemy, że ból przewlekły uszkadza mózg. Pacjent, który nie zostanie poddany leczeniu, będzie miał dziury w mózgu – tłumaczy dalej ekspertka.

– W Polsce żyje ponad 5 mln kobiet, które stale cierpią. Chcemy, żeby państwo je wreszcie zauważyło! Żeby otrzymały odpowiednią pomoc – apeluje dr Magdalena Kocot-Kępska.

W Polsce odczuwamy dramatyczny brak poradni leczenia bólu

Eksperti zwracają uwagę na brak placówek wielospecjalistycznych, w których ból przewlekły można leczyć optymalnie. Tego typu poradnie są niezbędne, ponieważ leczenie bólu to nie tylko podanie tabletki, jak powszechnie się myśli. Potrzebne jest działanie interdyscyplinarne, w którym pacjentem zajmie się kilku specjalistów, w tym psycholog i rehabilitant, jest dostęp do zabiegów interwencyjnych czy neuromodulacji.

Obecnie jest 18 poradni, które są nierównomiernie rozmieszczone w kraju – aż trudno uwierzyć, ale ani Łódź, ani Poznań nie mają takiego miejsca.

– Dyrektorzy powiatowych szpitali nie są zainteresowani tworzeniem takich poradni, bo im się to po prostu nie oplaca. Decydenci także nie zabiegają o rozszerzenie sieci poradni ze względów finansowych. Coś trzeba z tym wreszcie zrobić! Od dawna wiemy, by zwiększyć dostępność poradni leczenia bólu. Możemy to osiągnąć tylko poprzez zwiększenie finansowania takich placówek – apeluje prezes PTBB. – Idealnym byłoby, gdyby w każdym mieście wojewódzkim znalazła się wielospecjalistyczna poradnia posiadająca certyfikat Polskiego Towarzystwa Badania Bólu – zauważa.



Fot. Marek Lapis

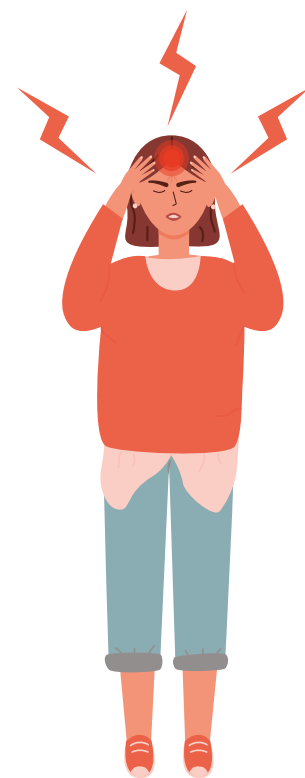
”

dr hab. Jarosław Woron: Samotność jest neurotoksyczna, a pamiętajmy, że 38 proc. pacjentów w wieku senioralnym prowadzi samotne gospodarstwo domowe

Receptomat będzie zawsze patologiczny

Jak mówi dr hab. Jarosław Woron, Polska znajduje się na drugim miejscu w Europie, jeśli chodzi o spożycie niesteroidowych leków przeciwbólowych (NLPZ), które można kupić bez recepty. Zajmujemy też drugie miejsce pod względem liczby osób z bólem przewlekłym. – Świadczy to o tym, że w naszym kraju ból jest leczony nieprawidłowo. Nie ma czegoś takiego jak samoleczenie bólu przewlekłego. Receptomat zawsze będzie patologiczny, bo nie oceni prawidłowo stanu zdrowia pacjenta, nie uwzględni chorób współistniejących. Tymczasem nieprawidłowe leczenie bólu może prowadzić do jego chroniczności i w efekcie do zaburzeń neuroplastyczności. Farmakoterapia bólu musi być „uszyta na miarę” dla każdego pacjenta – tłumaczy specjalista.

Eksperti podkreślają, że bardzo istotny jest dostęp do leków przeciwbólowych i ich refundacja. Zwracają też uwagę na fakt opioidofobii panującej w Polsce. Pacjenci obawiają się opioidów, a lekarze



Fot. istockphoto

niechętnie je przepisują. Dodatkowo przeciwbólowe leki opioidowe mają niejednolitą refundację lub są nier refundowane, podobnie jak koanalgetyki. W związku z tym specjaliści apelują do Ministerstwa Zdrowia o zwiększenie refundacji wielu leków, które są stosowane w terapii bólu przewlekłego, oraz uproszczenie i ujednolicenie zasad refundacji analgetyków opioidowych.

Niejednorodność wskazań dla substancji leczniczych

– Większość leków, którymi dysponujemy, ma różne wskazania refundacyjne. Inną rzeczą jest wskazanie zgodne z charakterystyką produktu leczniczego, czyli to, co firma rejestruje i na co ma badania kliniczne, a inną wskazanie refundacyjne, czyli to, za co resort płaci (częściowa bądź pełna odpłatność). Terapie związane z bólem są bezpłatne dla dzieci, które mają do nich wskazania, i dla pacjentów powyżej 65 lat – mówi wiceminister zdrowia Maciej Miłkowski. – Lekarze mają natomiast problem z prowadzeniem farmakoterapii w związku z niejednorodnością różnych wskazań dla poszczególnych substancji leczniczych. Jest 10 refundowanych substancji leczniczych, które mają różne postaci farmaceutyczne – od tabletek poprzez systemy transdermalne po tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu i syropy, a także różne wskazania. Chcemy dla wszystkich tych leków poszerzyć i ujednolicić wskazania. Zlecenie zostało przekazane do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, która je analizuje i spotyka się z ekspertami, żeby potwierdzić wskazania. Najprawdopodobniej udostępni pacjentom nowe zasady we wrześniu – wyjaśnia.

Maciej Miłkowski podkreśla też rosnące znaczenie leków z kannabinoidami (medyczna marihuana). – Kiedy zaczynaliśmy je wprowadzać na rynek w 2019 r., wartość sprzedaży wynosiła 17 mln zł, w 2022 r. – 83 mln zł, w 2023 r. – 183 mln zł. Wartość wzrosła, ponieważ po-



Fot. archiwum

”

prof. Ewa Barcz: Kobięcymi chorobami, którym towarzyszy przewlekły ból, są najczęściej choroby ginekologiczne i uroginekologiczne, zmiany osteoporotyczne i zwyrodnieniowe narządu ruchu

wstały systemy do łatwiejszego wystawiania recept na te surowce, leki recepturowe. Monitorujemy te podmioty. W ubiegłym roku było ich 19 na 145 tys. recept. Monitorujemy też lekarzy, którzy je przepisują. Poszerzamy wskazania, ale jednocześnie zdajemy sobie sprawę, że część pacjentów otrzymuje te leki niezasadnie – zaznaczył wiceminister.

Potrzebna jest edukacja od podstaw

Marzena Domańska-Sadynica przypomina, jak długą i trudną drogę przeszły fundacje walczące o prawo pacjenta do leczenia bólu. – W 2005 r. mieliśmy konferencję na temat bólu i tego, że trzeba go leczyć, ale dopiero w 2017 r. w Sejmie wywalczyliśmy zmianę

ustawy o prawach pacjenta. Do tej pory widniał w niej zapis, że tylko pacjent terminalnie chory ma prawo nie cierpieć bólu – mówi.

– Dzięki naszym staraniom, kampaniom i determinacji udało się wywalczyć, że każdy pacjent ma prawo mieć leczony ból, a każdy podmiot musi to leczenie podjąć. Następnie dopiero po 7 latach ukazał się standard organizacyjny leczenia bólu w warunkach ambulatoryjnych. Od ubiegłego roku zgodnie ze standardem każdy lekarz musi oceniać, monitorować i właściwie leczyć ból. Do tego jest dołączona karta oceny nasilenia bólu, a ponadto powinny być ścieżki kompleksowej opieki – kontynuuje Marzena Domańska-Sadynica.

Jak mówi, opracowywane są kompleksowe ścieżki leczenia bólu, które do tej pory jeszcze nie powstały – na przykład dla pacjentów z bólami odcinka lędźwiowego kręgosłupa. Dzisiaj są one leczone niezgodnie z aktualną wiedzą. Nie ma standardów – trzeba je stworzyć, usystematyzować.

– Potrzebujemy w Polsce edukacji zdrowotnej u podstaw. Musimy zbudować świadomość społeczną, że ból przewlekły to nie jest coś, z czym musimy żyć, że możemy go leczyć lub mu zapobiegać. Jedną z najlepszych rzeczy, jaką możemy zrobić, jest zapobieganie powstawaniu problemów zdrowotnych poprzez szczepienia – podkreśla dr Magdalena Kocot-Kępska.

– Dużo mówię o zwiększeniu refundacji szczepień przeciwko półpaściowi, ponieważ jest to choroba związana z ogromnym ryzykiem powstania neuralgii popółpaściowej – jednego z najsilniejszych rodzajów bólu, ogromnie trudnego lub wręcz niemożliwego do leczenia, który może trwać przez całe życie. Tu również nie ma sprawiedliwości, bo kobiety są narażone na jej wystąpienie bardziej niż mężczyźni – wskazuje specjalistka.

Doktor Magdalena Kocot-Kępska zwróciła się też do lekarzy: – Chciałabym bardzo, żebyśmy mówili jednym głosem z lekarzami różnych specjalności na temat standardów leczenia bólu. Jak słyszymy w naszej poradni,



Fot. archiwum

”

Marzena Domańska-Sadynica: Dopiero w 2017 r. w Sejmie wywalczyliśmy zmianę ustawy o prawach pacjenta. Do tej pory widniał w niej zapis, że tylko pacjent terminalnie chory ma prawo nie cierpieć bólu

chorzy nie mówią lekarzom POZ, że ich boli, bo nie mają świadomości, że ból można i powinno się leczyć kompleksowo. Nie wiedzą, że czasami samo połknięcie tabletki nie wystarczy, a przyjmowanie NLPZ dostępnych bez recepty w dużych dawkach może zaszkodzić: podnieść ciśnienie tętnicze, działać niekorzystnie na żołądek i serce.

– Pacjentów trzeba pytać o ból i edukować ich w zakresie leczenia. Profesor Barcz wspomina o neuromodulacji w zakresie niestrawności – połączmy siły i spróbujmy uzyskać refundację tej metody także w leczeniu bólu przewlekłego – apeluje dr Magdalena Kocot-Kępska.

Dorota Mirska