

Rozmowa z **dr hab. n. med. Anną Przeklasą-Muszyńską** z Zakładu Badania i Leczenia Bólu Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii *Collegium Medicum* Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Zespoły bólowe w gabinecie lekarza POZ

Do gabinetu lekarza POZ często trafiają pacjenci, którzy skarżą się na rozmaite dolegliwości bólowe.

Jakie są najczęstsze przyczyny bólu?

Jak wynika z badań epidemiologicznych, w Polsce z powodu bólu przewlekłego cierpi 27% dorosłej populacji. Odsetek ten sięga 55% wśród pacjentów powyżej 65. roku życia. Ból przewlekły jest źródłem cierpienia chorych, wywiera niekorzystny wpływ na codzienne funkcjonowanie, obniża jakość życia, pogarsza aktywność zawodową oraz życie rodzinne pacjentów i ich najbliższych. Aż 8/10 pacjentów z bólem przewlekłym podaje obniżenie jakości życia w dni, kiedy występuje ból – złość, obniżony nastrój, zmartwienie. Ból wpływa znacząco na relacje z bliskimi. Statystycznie częściej ból przewlekły występuje u osób ze schorzeniami współistniejącymi, takimi jak choroby układu krążenia i układu

Głównym celem terapii w przypadku osteoartrozy jest zwalczanie bólu i utrzymanie jak najlepszej sprawności. Leczenie przeciwbólowe zawsze powinno stanowić kombinację metod farmakologicznych i niefarmakologicznych

oddechowego. Dolegliwości ze strony narządu ruchu są najczęstszą przyczyną przewlekłego bólu spośród schorzeń nienowotworowych. Z badań epidemiologicznych wynika, że co piąty pacjent w praktyce ogólnolekarskiej i prawie każdy odwiedzający ortopedę lub reumatologa poszukuje porady z powodu dolegliwości bólowych w obrębie narządu ruchu. Najczęściej pomocy szukają pacjenci z bólem mięśniowo-szkieletowym – z chorobą zwyrodnieniową stawów, innymi schorzeniami reumatycznymi, bólami krzyża, kręgosłupa. Ból w tych schorzeniach może wynikać ze zmian zapalnych, zwyrodnieniowych, nowotworowych, a także pourazowych i może być pierwszym objawem zaistniałej patologii. Należy jednak podkreślić, że w ostatnich latach obserwujemy wzrost odsetka osób starszych bez niesprawności.

Jakie problemy napotykamy, lecząc ból u osób w wieku podeszłym?

W wielu przypadkach trudno jest ustalić rozpoznanie i właściwie ocenić dolegliwości bólowe.



Fot. archiwum

Wynika to m.in. ze współistnienia wielu źródeł bólu. W tej grupie wiekowej częściej mamy do czynienia z innymi schorzeniami i wynikającą z tego polifarmakoterapią, która zwiększa ryzyko wystąpienia objawów niepożądanych oraz interakcji lekowych. U osób starszych częste są też zaburzenia poznawcze i współwystępująca depresja, która dodatkowo wpływa na odczuwany przez pacjenta ból. Jeśli jest możliwość porozumienia z pacjentem, to należy zapytać o ból w spoczynku, w ruchu, o objawy sugerujące ból i jego lokalizację. Do oceny bólu można wykorzystać proste skale. Ważne jest zebranie dokładnego wywiadu, zbadanie pacjenta i ocena badań dodatkowych. Przy braku możliwości porozumienia należy skorzystać z obserwacyjnej metody oceny bólu: wyrazu twarzy, werbalizacji, wokalizacji, ruchów ciała, zmiany aktywności, kontaktu z otoczeniem. Lekarz musi po prostu znaleźć przyczynę bólu, a potem podjąć właściwe leczenie, dobierane indywidualnie. W trakcie terapii należy oceniać jej skuteczność. Podejście do leczenia bólu przewlekłego u osób starszych różni się od leczenia bólu u osób w młodszym wieku. Przy wyborze analgetyku należy uwzględnić bilans korzyści i ryzyka. Celem leczenia jest poprawa jakości życia, co nie zawsze pokrywa się z oczekiwaniami pacjenta.

Pacjenci często narzekają, że bolą ich „stare kości”.

Co dokładnie ich boli z klinicznego punktu widzenia?

Częstość występowania bólu przewlekłego wzrasta wraz z wiekiem: wśród osób w przedziale wiekowym 65–74 lat wynosi 51%, w przedziale wiekowym 75–84 lat – 48%, a powyżej 85 lat – 55%. Czynnikiem zwiększającym prawdopodobieństwo wystąpienia dolegliwości bólowych u osób starszych są: ograniczenie aktywności ruchowej, zmiany zwyrodnieniowe w narządzie ruchu, 14 lub więcej dni złego samopoczucia w miesiącu, zły stan zdrowia, współistnienie innych schorzeń, nadwaga. Zespoły bólowe w wieku starszym dotyczą zwykle układu mięśniowo-szkieletowego, stawów – osteoartroza, nocnych bólów kończyn. Najczęstsza lokalizacja bólu u ludzi starszych to grzbiet, nogi, kolana i biodra.

Jedną z najczęstszych chorób kości związanych

z wiekiem jest osteoartroza, która dotyczy ok. 10–15% populacji na świecie. Na czym polega ta choroba?

Choroba zwyrodnieniowa, czyli osteoartroza, jest najczęstszą chorobą narządu ruchu. Jej przyczyną jest zaburzenie równowagi pomiędzy tworzeniem a degradacją chrząstki stawowej. Dochodzi też do przebudowy podchrzęstnej warstwy kości i tworzenia osteofitów. W miarę postępu choroby obejmują

muje ona wszystkie tkanki stawu. Efektem jest trwałe uszkodzenie strukturalne stawu i upośledzenie jego fizjologicznego funkcjonowania. Najczęściej występującym objawem choroby zwyrodnieniowej jest ból, który stanowi 20% przewlekłych dolegliwości bólowych na świecie i wzrasta wraz z wiekiem. We wczesnej fazie choroby ból występuje w czasie ruchu i zwiększonej aktywności. W zaawansowanej fazie dolegliwości pojawiają się przy najmniejszym ruchu lub podczas spoczynku nocnego. Osteoartroza może dotyczyć stawów szczególnie narażonych na obciążenia mechaniczne: kolanowego, biodrowego oraz stawów rąk i kręgosłupa, ale może występować również w obrębie innych stawów. Najczęściej zajęte są duże stawy. Choroba może dotyczyć jednego lub większej liczby stawów i może jej towarzyszyć sztywność poranna stawów, czyli trudności z „rozruszaniem się” trwające do 30 minut, które ustępują podczas ruchu. Osteoartroza może występować u 60% mężczyzn i 70% kobiet po 65. roku życia. Czynniki ryzyka to: starszy wiek, płeć żeńska, nadwaga i otyłość, mutacje genetyczne, czynniki mechaniczne, np. praca zawodowa wymagająca częstego zginania kolan, uprawianie sportu wyczynowego, osłabienie siły okołostawowych mięśni szkieletowych, przebyte urazy, a także zaburzenia czucia głębokiego.

Jakie są jej objawy i kiedy pojawiają się pierwsze oznaki?

Pierwsze objawy choroby zwyrodnieniowej pojawiają się zwykle pomiędzy 40. a 60. rokiem życia i mogą dotyczyć jednego lub wielu stawów. Choroba z czasem postępuje, a w jej przebiegu możemy wyróżnić okresy stabilizacji, charakteryzujące się w miarę stałym

nasileniem objawów – są to ból i sztywność startowa stawu, ból nasila się przy ruchu stawu i ustępuje w spoczynku. W okresie zaostrzeń spowodowanych najczęściej stanem zapalnym wewnątrz stawu, który wynika z kolejnych uszkodzeń chrząstki lub z innych przyczyn, dochodzi do nasilenia bólu i sztywności stawu. Objawy mogą występować również w spoczynku i w godzinach nocnych. W zaawansowanej fazie choroby dochodzi do zniekształcenia i poszerzenia obrysów stawu w związku z nagromadzeniem w jego wnętrzu płynu wysiękowego. Przebieg choroby jest zróżnicowany. U pewnej grupy chorych ma ona charakter stały i postępujący, u innych dolegliwości bólowe nie są nasilone mimo znacznego ograniczenia ruchomości stawu i zaawansowanych zmian radiologicznych.

Rozpoznanie ustala się na podstawie obrazu klinicznego i zdjęć radiologicznych stawów. W obrazie RTG widoczne jest zwężenie szpary stawowej, skleroty-

Metody niefarmakologiczne są bezpieczniejsze i w wielu przypadkach bardzo skuteczne w leczeniu bólu

zacja warstwy podchrzęstnej kości, osteofitoza krawędziowa. Można też stwierdzić torbiele kostne i włóknienie torebki stawowej. Inne badania obrazowe, takie jak tomografia komputerowa, rezonans ma-

gnetyczny, USG i scyntygrafia, mogą być przydatne w różnicowaniu z innymi chorobami stawów i kości. Z zastosowaniem rezonansu magnetycznego można wykryć bardzo wczesne zmiany, przed pojawieniem się objawów klinicznych i radiologicznych. Nie ma specyficznych badań laboratoryjnych, które mogłyby zdecydować o rozpoznaniu lub służyć monitorowaniu przebiegu choroby. Istotnym elementem badania pacjenta z osteoartrozą jest ocena dolegliwości bólowych w spoczynku i w trakcie aktywności, najczęściej z zastosowaniem skali numerycznej – NRS. W badaniu klinicznym należy zwrócić uwagę na zakres ruchomości czynnej i biernej w stawach, stan mięśni, objawy neurologiczne, stopień deformacji stawów, sprawność ruchową i sposób poruszania się pacjenta.

Choroba zwyrodnieniowa stawów może dotyczyć każdego stawu: biodrowego, kolanowego, stawów rąk, kręgosłupa, ramiennego, barkowo-obojczykowego, skokowo-goleniowego, krzyżowo-biodrowego, skroniowo-żuchwowego, podstawnego palucha. Gdy zajęte są co najmniej trzy stawy w głównych lokalizacjach, mamy do czynienia z postacią wielostawową.

W jaki sposób można pomóc chorym?

Głównym celem leczenia jest zwalczanie bólu i utrzymanie jak najlepszej sprawności. Wiele osób

z osteoartrozą żyje z bólem przez wiele lat. Leczenie bólu stawów jest często niedostateczne. Dotychczas nie ma żadnego leku leczącego chorobę zwyrodnieniową stawów. Leczenie przeciwbólowe zawsze powinno stanowić kombinację metod farmakologicznych i nefarmakologicznych. Metody nefarmakologiczne są bezpieczniejsze i w wielu przypadkach bardzo skuteczne w leczeniu bólu. Zalicza się do nich wiele technik służących poprawie jakości życia pacjenta. Ćwiczenia wzmacniające mięśnie i poprawiające elastyczność, zwłaszcza wykonywane w wodzie, pozwalają uzyskać istotny efekt analgetyczny i wpływają na poprawę funkcjonowania. Zmniejszenie masy ciała jest skuteczne w przypadku bólu kolan. Redukcja wagi o 10% powinna być uważana za początek terapii choroby zwyrodnieniowej kolan u osób otyłych. Należy także zaproponować pacjentom środki zaopatrzenia ortopedycznego, takie jak laska, kula łokciowa, wkładki korekcyjne do butów, kortyzy stabilizujące i odciążające. Można zastosować również inne metody leczenia – przezskórną elektrostymulację, niskoenergetyczne promieniowanie laserowe, akupunkturę i inne.

Na czym polega farmakoterapia u pacjentów z osteoartrozą?

Zasady leczenia farmakologicznego bólu przewlekłego opierają się na trójstopniowej drabinie analgetycznej. Uwzględnia ona stosowanie początkowo analgetyków nieopiodowych, a w przypadku braku ich skuteczności dodatkowo słabego opioиду, który na trzecim szczeblu drabiny zastępowany jest silnym opioidem. Proponowany schemat WHO zobowiązuje nas jednak do dobierania rodzaju leku, jego dawki i sposobu podawania

Niesteroidowe leki przeciwzapalne są jedną z najczęściej stosowanych w farmakoterapii bólu grupą leków, wykazują działanie przeciwbólowe, przeciwzapalne i przeciwgorączkowe, a ich głównym mechanizmem działania jest zahamowanie syntezy prostaglandyn uczestniczących w rozwoju odczynu zapalnego

indywidualnie dla każdego pacjenta – w zależności od rodzaju i natężenia bólu, wieku, schorzeń współistniejących, możliwych interakcji lekowych, ryzyka wystąpienia objawów niepożądanych. Wielu ekspertów podkreśla rolę stosowanych miejscowo niesteroidowych leków przeciwzapalnych, w skrócie NLPZ. Są one bezpieczne, powszechnie i chętnie stosowane przez pacjentów. Dzięki specjalnej budowie przechodzą przez skórę, tam są absorbowane przez tkankę podskórną, w której są obecne w dużym stężeniu – kilka lub kilkadziesiąt razy większym niż w krążeniu, i poprzez zahamowanie COX

zmniejszają dolegliwości bólowe.

Nie powodują istotnych objawów niepożądanych, stosowane miejscowo działają tylko bezpośrednio na okolicę aplikacji, a osiągnięte stężenia systemowe są bardzo niskie – poniżej 5% wartości stężeń, które uzyskuje się po ich podaniu drogą doustną. To przekłada się w zasadniczy sposób na bezpieczeństwo terapii przezskórnej. Niesteroidowe leki przeciwzapalne są jedną z najczęściej stosowanych w farmakoterapii bólu grupą leków, pacjenci z osteoartrozą czę-

sto przyjmują je doustnie w ramach samoleczenia. Wykazują one działanie przeciwbólowe, przeciwzapalne i przeciwgorączkowe, a ich głównym mechanizmem działania jest zahamowanie syntezy prostaglandyn uczestniczących w rozwoju odczynu zapalnego. Niestety, systemowo stosowane NLPZ mogą powodować wiele działań niepożądanych, m.in. ze strony przewodu pokarmowego, układu krążenia, ośrodkowego układu nerwowego, nerek, wątroby. Farmakologiczny arsenał analgetyków z grupy NLPZ jest dość bogaty, jednak ich racjonalne stosowanie wcale nie jest rzeczą łatwą. Wybór właściwego leku z tej grupy ma podstawowe znaczenie zarówno z uwagi na skuteczność terapii przeciwzapalnej i przeciwbólowej, jak i możliwe działania niepożądane, zwłaszcza jeśli istnieje konieczność ich długotrwałego stosowania. Pacjenci z osteoartrozą to często osoby w starszym wieku, szczególnie wrażliwe i podatne na wystąpienie objawów niepożądanych, a wydolność ich narządów i układów może być upośledzona. W przypadku bólu o większym nasileniu – NRS powyżej 4 – NLPZ mogą nie być skuteczne. Należy wówczas rozważyć zastosowanie silniejszych analgetyków – opioidów z II lub III stopnia drabiny analgetycznej – albo leczenie chirurgiczne.

Jaka jest strategia postępowania z chorymi z przewlekłym bólem krzyża i czym różni się od postępowania w ostrych bólach krzyża?

Ból krzyża zazwyczaj zaczyna się bólem ostrym trwającym do 4–6 tygodni, który pojawia się po wykonaniu nieprawidłowego ruchu, dźwiganiu przedmiotów. Po takim epizodzie występuje stan podostry utrzymujący się tygodnie, a czasem miesiące. Jeśli ból utrzymuje się powyżej 3 miesięcy, mamy do czynienia z przewlekłym bólem krzyża. Około 10% przypadków bólu ostrego przechodzi w ból przewlekły. Czynniki ryzyka przejścia w ból przewlekły krzyża to: poprzednie doświadczenia bólowe, ogólny stan zdrowia, stan zdrowia psychicznego, lęk, unikanie lękowe.

Nie ma „przepisu” na leczenie farmakologiczne w bólach kręgosłupa. Zawsze powinno być ono dobierane indywidualnie stosownie do objawów, nasilenia bólu, schorzeń współistniejących, możliwych interakcji z lekami stosowanymi z ich powodu, a także z uwzględnieniem leków stosowanych do tej pory, ich skuteczności i ewentualnych objawów niepożądanych. Jeśli u pacjenta występuje ból stały, należy zastosować leki dłużej działające, np. preparaty o kontrolowanym uwalnianiu. Jeśli ból nasila się tylko w czasie wzmożonej aktywności, można zastosować leki krócej działające, przed planowaną aktywnością. Należy pamiętać o możliwości stosowania preparatów o działaniu miejscowym. W razie potrzeby należy zlecić odpowiednie badania diagnostyczne, zabiegi rehabilitacyjne, zbadać współwystępujące komponenty bólu neuropatycznego i podjąć leczenie zgodnie z rekomendacjami dotyczącymi jego leczenia. Ważne jest monitorowanie skuteczności leczenia i ewentualnych objawów

niepożądanych. W razie braku skuteczności terapii pacjent powinien zostać skierowany do poradni specjalistycznej.

Jakie są czynniki ryzyka wystąpienia nieswoistego bólu krzyża i jego przewlekłości – tzw. żółte flagi?

Jednym z tych czynników jest niewłaściwe podejście do bólu krzyża i błędne przekonania na jego temat, np. pogląd, że ból krzyża jest szkodliwy i może uniemożliwić pełnienie funkcji życiowych, brak wiary, że aktywne uczestnictwo w procesie leczenia pomaga. Kolejne to niewłaściwe postępowanie podczas napadu bólu, np. wszechogarniający strach i zmniejszenie aktywności, problemy związane z pracą, np. niska satysfakcja z wykonywanej pracy, problemy osobiste i emocjonalne, takie jak depresja, niepokój, stres, skłonność do obniżonego nastroju i zaburzone relacje międzyludzkie.

Czy lekarze POZ boją się ordynować opioidy?

Prowadzone są liczne szkolenia i poprawia się stan wiedzy na temat opioidów wśród lekarzy POZ. W dalszym ciągu jednak istnieją obawy zarówno ze strony pacjentów, jak i lekarzy przed podjęciem decyzji o rozpoczęciu terapii opioidami. Ponad 50% pacjentów ma wątpliwości związane z takim leczeniem dotyczące uzależnienia, przyspieszenia zgonu, objawów niepożądanych, braku skuteczności. Lekarze najczęściej obawiają się uzależnienia i ryzyka depresji oddechowej. Problemem jest także wypisywanie tych leków ze względu na konieczność posiadania właściwych druków recept na leki opioidowe oraz wątpliwości związane z refundacją.

Rozmawiała Alicja Kostecka