

**Kiedy ruch
powoduje
ból**



**Oceń
Zrozum
Podejmij
działanie**

OGÓLNOŚWIĄTOWY ROK NA RZECZ ULGI W BÓLU MIĘŚNIOWO - SZKIELETOWYM Październik 2009 – Październik 2010

Epidemiologia bólu mięśniowo-szkieletowego

Częstość występowania/Zachorowalność [3]

Prawie wszyscy dorośli ludzie doświadczyli jednego lub więcej epizodów bólu mięśniowo-szkieletowego będących wynikiem urazu lub przeciążenia. Ból mięśniowo-szkieletowy o charakterze nawracającym lub przewlekłym jest również często spotykany. Zachorowalność oznacza odsetek populacji ze specyficznym schorzeniem w danym punkcie lub okresie czasu.

- Chociaż dane dotyczące zachorowalności różnią się w badaniach w zależności od definicji schorzenia, czasu i badanej populacji, okazuje się, że występowanie pewnych zespołów bólu mięśniowo-szkieletowego jest dosyć rzadkie (np. 2% lub mniej w przypadku fibromialgii, reumatoidalnego zapalenia stawów czy zapalenia nadkłykcia), podczas gdy bóle krzyża są niezwykle często spotykane, dotycząc 30–40% osób dorosłych w ogólnej populacji w dowolnie wybranym czasie.
- Pomiedzy tymi skrajnościami częstość występowania bólu szyi i ramion szacuje się na 15-20%, a bólu kolan, zespołu stawu skroniowo-żuchwowego i rozlanego bólu mięśniowo-szkieletowego na 10-15%.

Wzorce specyficzne dla wieku i płci [3,4]

Chociaż przytoczone powyżej dane dotyczące zachorowalności są przydatne w ocenie ogólnego zakresu problemów związanych z bólem mięśniowo-szkieletowym, częstość występowania wielu zespołów bólu mięśniowo-szkieletowego różni się znacząco w zależności od wieku i płci.

- Jednym z oczywistych przykładów jest niezwykle częste występowanie bólu kolan będącego wynikiem osteoartrozy u osób starszych, które dotyka ponad 1/3 osób powyżej 60 roku życia, a występuje znacznie rzadziej w młodszych grupach wiekowych. Natomiast częstość występowania innych zespołów bólu mięśniowo-szkieletowego, takich jak zespół stawu skroniowo-żuchwowego, zmniejsza się po około 45 roku życia.
- Bóle szyi, ramion, kolan i pleców występują około 1.5 razy częściej u kobiet niż u mężczyzn. Proporcja dla zespołu stawu skroniowo-żuchwowego wynosi 2 kobiety : 1 mężczyzna, a dla fibromialgii odpowiednio ponad 4 : 1.

Czynniki ryzyka wystąpienia bólu mięśniowo-szkieletowego [2,5,7]

Poza wiekiem i płcią zostały zidentyfikowane także inne czynniki zwiększające indywidualne ryzyko rozwoju przewlekłego bólu mięśniowo-szkieletowego.

- Obecność zwyrodnieniowych procesów chorobowych (reumatoidalne zapalenie stawów, osteoartroza) w oczywisty sposób zwiększa ryzyko wystąpienia bólu stawów; jakkolwiek nie zawsze osteoartroza musi wiązać się z bólem.
- Zarówno nadmierne używanie, jak i nieużywanie określonych struktur mięśniowo-szkieletowych jest związane z bólem.
- W badaniach prospektywnych wyjściowa obecność bólu (mięśniowo-szkieletowego lub innego) sprzyja wystąpieniu nowych problemów związanych z bólem mięśniowo-szkieletowym, a ryzyko wzrasta wraz z liczbą pierwotnie obserwowanych problemów bólowych.
- Czynniki psychologiczne, włączając depresję, negatywny nastrój i (u nastolatków) zaburzenia zachowania mają również związek ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia bólu.
- Pewne dowody wskazują na możliwość zwiększenia ryzyka wystąpienia bólu przez określone czynniki genetyczne, przynajmniej w przypadku zespołu stawu skroniowo-żuchwowego.

Niesprawność związana z bólem mięśniowo-szkieletowym [1,6]

Osoby doświadczające bólu mięśniowo-szkieletowego mogą być powstrzymywane od wykonywania ich zwykłej aktywności lub mogą ograniczać swoją aktywność z powodu bólu.

- Występowanie niesprawności spowodowanej bólem mięśniowo-szkieletowym w ogólnej populacji jest niższe niż u osób poszukujących pomocy lekarskiej. Przykładowo wśród starszych osób szukających pomocy medycznej z powodu bólu kolan, ból powodował niesprawność u 37% w porównaniu z 22% w ogólnej populacji.
- Z powodu dużej częstości występowania bólu mięśniowo-szkieletowego, konsekwencje ekonomiczne są ogromne. Poza świadczeniami zdrowotnymi wypłacanymi pacjentom nie mogącym pracować z powodu bólu, niezwykle częsta i kosztowna jest utrata produktywności u osób zatrudnionych będąca wynikiem bólu.
- W badaniu obejmującym populację osób zatrudnionych przeprowadzonym w USA, 7.2% zgłaszało niemożność pracy przez 2 godziny lub więcej w ciągu ubiegłego tygodnia z powodu bólu pleców, choroby zwyrodnieniowej stawów lub innych zespołów bólu mięśniowo-szkieletowego (włączając czas spędzony w miejscu pracy nieproduktywnie z powodu bólu). Średnia straconego czasu to 5 - 5.5 godziny w ciągu tygodnia. Szacowany całkowity koszt utraty produktywności z powodu bólu pleców, choroby zwyrodnieniowej stawów lub innych zespołów bólu mięśniowo-szkieletowego wyniósł w 2002 roku 41.7 miliarda US\$.

Piśmiennictwo

1. Bedson J, Mottram S, Thomas E, Peat G. Knee pain and osteoarthritis in the general population: what influences patients to consult? *Fam Pract* 2007;24:443–53.
2. Croft PR, Papageorgiou AC, Ferry S, Thomas E, Jayson MI, Silman AJ. Psychologic distress and low back pain. Evidence from a prospective study in the general population. *Spine* 1995;20:2731–7.
3. Crombie IK, Croft PR, Linton SJ, LeResche L, Von Korff M, editors. *Epidemiology of pain*. Seattle: IASP Press; 1999.
4. LeResche L. Epidemiologic perspectives on sex differences in pain. In Fillingim RB, editor. *Sex, gender, and pain. Progress in pain research and management, Vol. 17*. Seattle: IASP Press; 2000. p. 233–49.
5. LeResche L, Mancl LA, Drangsholt MT, Huang G, Von Korff M. Predictors of onset of facial pain and temporomandibular disorders in early adolescence. *Pain* 2007;129:269–78.
6. Stewart WF, Ricci JA, Chee E, Morganstein D, Lipton R. Lost productive time and cost due to common pain conditions in the UW workforce. *JAMA* 2003;290:2443–54.
7. Von Korff M, LeResche L, Dworkin SF. First onset of common pain symptoms: a prospective study of depression as a risk factor. *Pain* 1993;55:251–8.

