

**Kiedy ruch  
powoduje  
ból**



**Oceń  
Zrozum  
Podejmij  
działanie**

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

## **Interdyscyplinarne postępowanie w bólu mięśniowo-szkieletowego**

### **Wprowadzenie**

Terapia interdyscyplinarna to proces prowadzony przez wielu specjalistów z różnych dziedzin, pracujących jako zespół w sposób zintegrowany, często komunikujących się ze sobą i mających wspólne cele.

### **Epidemiologia i aspekt ekonomiczny**

- Podejście interdyscyplinarne wykazuje lepsze długoterminowe efekty w porównaniu z brakiem leczenia oraz jakąkolwiek pojedynczą metodą terapeutyczną.
- Podejście interdyscyplinarne jest skuteczniejsze pod względem kosztów leczenia niż wszczęcie stymulatora rdzenia kręgowego lub specjalnych pomp dawujących leki, leczenie zachowawcze i operacyjne, nawet u specjalnie wybranych pacjentów.
- Wynikiem leczenia interdyscyplinarnego jest zmniejszenie natężenia bólu wahające się od 14 do 60%, średnio o 20 - 30%. Wyniki te są porównywalne z konwencjonalnym leczeniem z użyciem opioidów, które przynosi średnio 30% ulgę w bólu.
- Wynikiem leczenia interdyscyplinarnego jest wzrost fizycznej aktywności średnio o 65%. Natomiast u pacjentów poddanych konwencjonalnemu leczeniu wzrost ten wynosi tylko 35%.
- Częstość powrotu do pracy wynosi od 29 do 86% (średnio 66%), podczas gdy dla leczenia konwencjonalnego wyniki te są gorsze i wahają się od 0 do 42%, ze średnią 27%.
- W podejściu interdyscyplinarnym w porównaniu z programami opartymi o jedną metodę lub brak leczenia uzyskiwane są odpowiednio następujące rezultaty: powrót do pracy – 68% versus 32%; zmniejszenie bólu – 37% versus 4%; zmniejszenie zużycia leków – 63% versus 21%; wzrost aktywności 53% versus 13%.

### **Objawy kliniczne**

W podejściu biopsychospołecznym ból i niesprawność rozumiane są jako złożone i dynamiczne interakcje pomiędzy czynnikami fizjologicznymi, psychologicznymi i społecznymi, które podtrzymują i mogą nawet nasilać objawy kliniczne u pacjenta. Czynniki psychospołeczne takie jak: nadużycie, zaburzenia nastroju, problemy z zatrudnieniem, słabe umiejętności radzenia sobie i inne, są często spotykane u pacjentów z przewlekłym bólem mięśniowo-szkieletowym kierowanych do leczenia interdyscyplinarnego. Ból przewlekły wpływa na wiele aspektów życia, dlatego też pacjenci tacy wymagają wielokierunkowej oceny i leczenia, najlepiej prowadzonych przez zespoły interdyscyplinarne.

- Praca zespołów interdyscyplinarnych jest skoncentrowana na wynikach, skoordynowana i ukierunkowana na realizację określonych celów.
- Z takich programów mogą skorzystać chorzy, u których ból powoduje ograniczenie aktywności w codziennym życiu. Zostały stworzone po to, by mierzyć i poprawiać funkcjonowanie osób cierpiących z powodu bólu i wspierać ich w adekwatnym korzystaniu z systemu opieki zdrowotnej.
- Podstawowy zespół zwykle składa się z lekarza specjalizującego się w leczeniu bólu, psychologa, pielęgniarki, fizjoterapeuty, terapeuty zajęciowego, doradcy zawodowego i farmaceuty.

### **Rozpoznanie i leczenie**

- Wstępna ocena pacjenta przez członka zespołu leczącego decyduje o tym, którzy członkowie zespołu będą potrzebni do dokonania całościowej oceny pacjenta.
- Ocena powinna obejmować wszystkie główne elementy – ból oraz funkcjonowanie fizyczne, psychologiczne, społeczne i zawodowe – i być dokonywana przy użyciu odpowiednich i zweryfikowanych, odpowiednio czułych i rzetelnych metod.

- Po dokonaniu oceny cały zespół tworzy ogólny plan leczenia.
- Zespół realizuje plan leczenia zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjenta, koncentrując się na osiągnięciu mierzalnych celów terapeutycznych, które są ustalane wspólnie z pacjentem
- Cele terapeutyczne u pacjentów z bólem mięśniowo-szkieletowym odnoszą się zwykle do wielu aspektów życia. Niektóre z najczęściej ustalanych celów to: (1) zmniejszenie bólu, (2) poprawa funkcjonowania, (3) umożliwienie powrotu do pracy, (4) rozwiązanie problemów związanych z zażywaniem leków i (5) zmniejszone korzystanie z opieki medycznej.

#### **Piśmiennictwo**

1. Gatchel RJ, Okifuji A. Evidence-based scientific data documenting the treatment and cost-effectiveness of comprehensive pain programs for chronic nonmalignant pain. *J Pain* 2006;7:779–93.
2. McCracken LM, Turk DC. Behavioral and cognitive-behavioral treatment for chronic pain: outcome, predictors of outcome, and treatment process. *Spine* 2002;27:2564–73.
3. Okifuji A. Interdisciplinary pain management with pain patients: evidence for its effectiveness. *Semin Pain Med* 2003;1:110–9.
4. Robbins H, Gatchel RJ, Noe C, Gajraj N, Polatin P, Deschner M, Vakharia A, Adams L. A prospective one-year outcome study of interdisciplinary chronic pain management: compromising its efficacy by managed care policies. *Anesth Analg* 2003;97:156–62.

