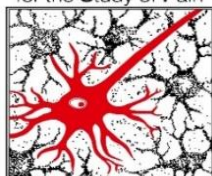


PARLAMENTARNY ZESPÓŁ DS. MEDYCYNY BÓLU

BEZPIECZEŃSTWO OPIEKI NAD PACJENTEM Z BÓLEM PRZEWLEKŁYM

Korzyści dla pacjenta i systemu.

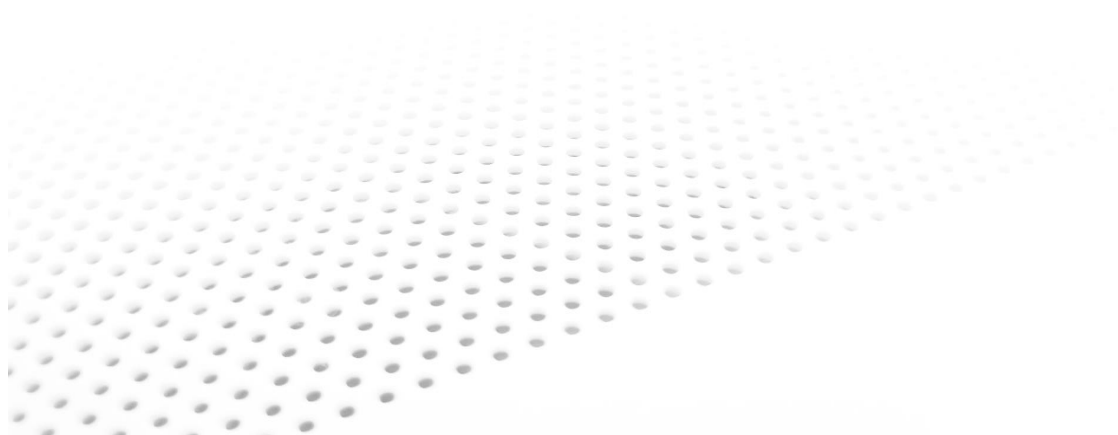
Polskie Towarzystwo
Badania Bólu[®]
Polish Association
for the Study of Pain



32 eksperci
dla zdrowia

Warszawa 21 lutego 2025 roku

Raport został opracowany przez Polskie Towarzystwo Badania Bólu i Fundację Eksperti dla Zdrowia. Powstał z inicjatywy Parlamentarnego Zespołu ds. Medycyny Bólu.



„Ból przewlekły jest centralnym elementem doświadczenia pacjenta w wielu schorzeniach, a jakość świadczonych w tym przypadku usług zdrowotnych, powinna być uznawana za wskaźnik jakości całego systemu opieki zdrowotnej”

Elżbieta Polak

Przewodnicząca Parlamentarnego Zespołu ds. Medycyny Bólu

Posel na SEJM RP



AUTORZY RAPORTU

dr n.med. Magdalena Kocot- Kępska, EDPM

Prezes Polskiego Towarzystwa Badania Bólu, Zakład Badania i Leczenia Bólu Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

prof. dr hab. n. med. Jan Dobrogowski, EDPM

Członek Honorowy Polskiego Towarzystwa Badania Bólu, Zakład Badania i Leczenia Bólu Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

prof. dr n. med. Andrzej Kübler

Członek Zarządu Polskiego Towarzystwa Badania Bólu, Koordynator Centrum Leczenia Bólu i Opieki Paliatywnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu

dr hab. n. med. i n. o. zdr. Jarosław Woron

Sekretarz Polskiego Towarzystwa Badania Bólu, Kierownik Zakładu Farmakologii Klinicznej Katedry Farmakologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kliniczny Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii nr 1 Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

dr hab. n.med. Dariusz Kosson

Przewodniczący Sekcji Interwencyjnej Polskiego Towarzystwa Badania Bólu, Zakład Nauczania Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Warszawski Uniwersytet Medyczny

dr n.med. Marcin Kołacz

Sekcja Interwencyjna Polskiego Towarzystwa Badania Bólu, I Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

dr n. med. i n. o zdr. Marzena Domańska - Sadyńska, MBA

Prezes Fundacji Eksperti dla Zdrowia, Członek Polskiego Towarzystwa Badania Bólu



SPIS TREŚCI

Wstęp/6

- I. Bezpieczeństwo leczenia bólu przewlekłego/7
- II. Standard postępowania w bólu neuropatycznym w świetle zaleceń towarzystw naukowych/10
- III. Procedury interwencyjne w bólu przewlekłym w poradni leczenia bólu/18
- IV. Bezpieczeństwo leczenia bólu przewlekłego w poradni leczenia bólu/25
- V. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Badania Bólu/31



WSTĘP

Raport Polskiego Towarzystwa Badania Bólu i Fundacji Eksperti dla Zdrowia pt.: *Bezpieczeństwo opieki nad pacjentem z bólem przewlekłym* prezentuje zagadnienia związane z bezpieczeństwem leczenia bólu neuropatycznego o charakterystycznym obrazie klinicznym i odmiennej od innych zespołów bólowych reaktywności na leki, wyrażającej się małą skutecznością w stosunku do leków przeciwbólowych i przeciwzapalnych. Charakterystyczne dla bólu neuropatycznego jest jego rzadkie rozpoznawanie, i jeszcze rzadsze odpowiednie leczenie. Z tego powodu, w świetle zaleceń towarzystw naukowych istotne jest wdrażanie standardów postępowania w bólu neuropatycznym, szczególnie w najbardziej kosztochłonnym dla systemu obszarach terapeutycznych, jakim jest neuralgia popółpaścowa, która generuje koszty w poradni leczenia bólu nawet na poziomie 20 do 30 % budżetu. Ponadto, w celu leczenia zgodnego z zaleceniami medycznymi, należy dążyć do zwiększenia dostępności technik interwencyjnych w 17 wielokierunkowych poradniach leczenia bólu, które gwarantują poradnie posiadające certyfikat Polskiego Towarzystwa Badania Bólu. Jednocześnie, w obliczu problemów jakie występują obecnie podczas kontroli wielokierunkowych poradni leczenia bólu przez Narodowy Fundusz Zdrowia, kluczowe staje się zaktualizowanie rozporządzeń Ministra Zdrowia dotyczących świadczeń wykonywanych w zakresie układu nerwowego w Poradni Leczenia Bólu, zgodnie z zaleceniami medycznymi. Funkcjonujące obecnie zapisy, są nieaktualne z zaleceniami medycznymi i generują poważne straty dla poradni związane z nierozliczaniem procedur interwencyjnych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, co może przyczyniać się do zamykania poradni. Istotną barierą w leczeniu bólu przewlekłego jest czas oczekiwania na wizytę w wielokierunkowej poradni leczenia bólu wynoszący nawet do roku, w przypadku wielokierunkowej poradni w Krakowie. Ważną kwestią jest nadal występujące, zagrożenie wynikające z preskrypcji farmakoterapii za pomocą receptomatów. Należy rozważyć jej całkowitą likwidację w zakresie wszystkich leków. Jednocześnie w celu zwiększenia bezpieczeństwa farmakoterapii lekarz powinien mieć dostęp do systemu P1. Miałoby to na celu umożliwienie lekarzowi sprawdzenie historii ordynowanych choremu leków. Obecnie lekarz posiada taki dostęp tylko w przypadku pacjentów 65 plus. W celu poprawy bezpieczeństwa leczenia w Raporcie przedstawiono rekomendacje zmian systemowych.



I. BEZPIECZEŃSTWO LECZENIA BÓLU PRZEWLEKŁEGO

MARZENA DOMAŃSKA-SADYNICA 3,4, MAGDALENA KOCOT-KĘPSKA 1,2,3

1. Zakład Badania i Leczenia Bólu KAiT UJ CM w Krakowie
2. Poradnia Leczenia Bólu, Szpital Uniwersytecki w Krakowie
3. Polskie Towarzystwo Badania Bólu
4. Fundacja Ekspertów dla Zdrowia

Bezpieczeństwa pacjenta (według dyrektywy unijnej z 4 maja 2016 roku) oznacza stan, w którym pacjent nie doznaje niepotrzebnej rzeczywistej szkody ani nie jest narażony na potencjalną szkodę w związku z opieką zdrowotną.

Bezpieczeństwo leczenia bólu przewlekłego należy więc rozpatrywać jako stan w którym pacjent z bólem przewlekłym, podczas procesu leczenia nie doznał szkody w postaci niewłaściwej oceny, leczenia i działań niepożądanych tego leczenia. Ponadto nie jest narażony na szkodę w postaci leczenia niezgodnego z aktualną wiedzą i rekomendacjami klinicznymi, braku efektywności i skuteczności tego leczenia oraz dostępności do leczenia.

System ochrony zdrowia powinien zapewniać świadczenia o wysokiej jakości klinicznej, gwarantujące bezpieczeństwo oraz wysoką skuteczność popartą aktualnym stanem wiedzy naukowej i standardami sztuki medycznej.

Bezpieczeństwo pacjentów stanowi podstawowy wymiar jakości i priorytetową wartość w opiece zdrowotnej nad pacjentem z bólem przewlekłym. Powinno się je rozpatrywać kompleksowo w całym cyklu opieki. Pomiaru bezpieczeństwa należy dokonywać kierując się trzema wymiarami – jakością struktury (w jaki sposób zorganizowana jest opieka zdrowotna nad pacjentem z bólem przewlekłym) – jakością procesu (co pracownicy ochrony zdrowia robią w celu leczenia bólu przewlekłego i kontroli tego leczenia) i – jakością wyniku (co ostatecznie dzieje się z pacjentem w procesach terapeutycznych).

Podstawą poprawy bezpieczeństwa leczenia bólu przewlekłego w systemie ochrony zdrowia jest transparentne monitorowanie działań niepożądanych stosowanej terapii.

W tym celu niezbędne są rozwiązania legislacyjne sprzyjających transparentności, tj. zapewniających bezpieczeństwo pacjentowi z bólem przewlekłym.

Bezpieczeństwo leczenia bólu przewlekłego obejmuje zapewnienie przejrzystości procedur stosowanych w tym leczeniu. Z tej perspektywy kluczowym działaniem jest standaryzacja procedur opracowana we współpracy z towarzystwami naukowymi i poprzedzona przeglądem regulacyjnym oraz jej wdrożenie (mające odzwierciedlenie w mechanizmach rozliczeniowych), w szczególności w zakresie standardów organizacyjnych opieki, jak również ścieżek postępowania terapeutycznego dla najczęściej występujących bólów przewlekłych.

Osiągnięcie celów bezpieczeństwa leczenia bólu przewlekłego jest możliwe tylko pod warunkiem skutecznej organizacji procesów. Dla bezpieczeństwa leczenia pod kątem funkcjonowania systemu od strony procesowej niezbędne jest udzielanie świadczeń na optymalnym, z punktu widzenia kosztów (zarówno po stronie systemu, jak i po stronie pacjenta) i efektów zdrowotnych, poziomie tzw. „piramidy świadczeń”.

Zaczynając od świadczeń udzielanych najbliższej pacjenta kluczowym elementem optymalizacji piramidy świadczeń jest również zwiększenie roli podstawowej opieki zdrowotnej w leczeniu bólu przewlekłego.

Istotnym kierunkiem jest również ograniczenie hospitalizacji z powodu bólu przewlekłego poprzez zwiększenie dostępności do poradni leczenia bólu.

Jednocześnie, wśród poradni leczenia bólu, tylko 17 jednostek zapewnia pacjentowi wielokierunkowe leczenie bólu przewlekłego z zastosowaniem technik wysokoinwazyjnych, terapii psychologicznych i rehabilitacyjnych, a jakość tego leczenia potwierdza uzyskanie certyfikatu Polskiego Towarzystwa Badania Bólu. Pozostałe poradnie leczenia bólu proponują pacjentowi z bólem przewlekłym w większości tylko farmakoterapię w połączeniu z akupunkturą i małoinwazyjnymi metodami interwencyjnymi (tzw. blokady).

Ponadto nader ważne jest stworzenie warunków systemowych do powstania Ośrodków Referencyjnych Leczenia Bólu w zakresie opieki wysokospecjalistycznej dedykowanych pacjentom będącym w kryzysie bólowym lub wymagających wysokoinwazyjnych metod leczenia bólu, np. wszczepialnych pomp przeciwbólowych.

Reasumując, w celu optymalizacji piramidy świadczeń potrzebna jest redefinicja systemu opieki nad pacjentem z bólem przewlekłym mająca na celu bezpieczne i skuteczne leczenie pacjenta, wprowadzająca trzy poziomowy system opieki.

Jednocześnie na każdym etapie styczności z publiczną ochroną zdrowia pacjent z bólem przewlekłym powinien mieć dostęp do rzetelnej informacji o procesie leczenia oraz powinien być w niego aktywnie włączany. Ważnym elementem jest komunikacja na linii pacjent - lekarz w zakresie udzielanej przez lekarza informacji na temat proponowanych leków czy innych terapii, która to powinna być zrozumiała dla pacjenta.

Poza czynnikami związanymi z procesem leczenia, bardzo istotne jest zapobieganie bólowi przewlekłemu i ograniczanie jego rozwoju poprzez skuteczne działania z zakresu zdrowia publicznego, m.in. edukację, promocję zdrowego stylu życia, rozwój profilaktyki, szczepień i badań przesiewowych umożliwiających pozostanie w stanie zdrowia lub wykrycie zmian na wczesnym etapie, na którym istnieją większe szanse wyleczenia i zredukowania ryzyka powstania bólu przewlekłego.

Ponadto, mając na uwadze zagrożenia wynikające z preskrypcji farmakoterapii za pomocą receptomatów, należy rozważyć jej całkowitą likwidację w zakresie wszystkich leków. Jednocześnie w celu zwiększenia bezpieczeństwa farmakoterapii lekarz powinien mieć dostęp do systemu P1. Ma to na celu umożliwienie lekarzowi sprawdzenie dotychczasowych leków ordynowanych choremu. Obecnie lekarz posiada taki dostęp tylko w przypadku pacjentów 65 plus.

Piśmiennictwo:

1. Paździoch S. (2013) Prawo pacjenta do bezpieczeństwa – regulacje europejskie i polskie". Państwo i Społeczeństwo 1:71-87 CEOOL.
2. Haynes RB, Devereaux PJ, Guyatt GH. Clinical expertise in the era of evidence-based medicine and patient choice. *ACP J Club* 2002; 136:A11–A14.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1423-0410.2002.tb05339.x>





II. STANDARD POSTĘPOWANIA W BÓLU NEUROPATYCZNYM W ŚWIELE ZALECEŃ TOWARZYSTW NAUKOWYCH

Ból neuropatyczny nie jest chorobą, ale zespołem mniej lub bardziej specyficznych objawów podmiotowych i przedmiotowych, które mogą być spowodowane wieloma różnymi chorobami lub uszkodzeniami.

Zgodnie z jedną z pierwszych definicji bólu neuropatycznego, którą zaproponowali Merskey i Bogduk w 1997 roku, ból neuropatyczny to ból zainicjowany lub wywołany uszkodzeniem, dysfunkcją lub przemijającym zaburzeniem obwodowego lub ośrodkowego układu nerwowego.

Najnowsza definicja zaproponowana przez ekspertów i zaakceptowana przez Komitet ds. Taksonomii IASP jest następująca: ból neuropatyczny to ból spowodowany uszkodzeniem lub chorobą somatosensorycznej części układu nerwowego. Ból neuropatyczny jest szczególnym rodzajem bólu o charakterystycznym obrazie klinicznym i odmiennej od innych zespołów bólowych reaktywności na leki, co wyraża się m.in. małą skutecznością leków przeciwbólowych i przeciwzapalnych. Mimo stosunkowo częstego występowania, jest rozpoznawany rzadko, a jeszcze rzadziej odpowiednio i skutecznie leczony.

W ostatnich kilkunastu latach opublikowano kilka zaleceń dotyczących diagnozowania i leczenia tego rodzaju bólu. Są to zarówno opracowania grup ekspertów powołanych przez międzynarodowe towarzystwa medyczne, takie jak Międzynarodowe Towarzystwo Badania i Leczenia Bólu (International Association of the Study of Pain; IASP), czy Europejską Federację Towarzystw Neurologicznych (European Federation of Neurological Societies; EFNS), jak i zalecenia krajowych towarzystw naukowych, m.in. Australii, Francji, Kanady, Republiki Południowej Afryki, czy instytucji naukowych (Mayo Clinic).

Przyczyna bólu neuropatycznego może być znana, np. infekcja, uszkodzenie czy choroba metaboliczna lub nieznana. To uszkodzenie lub choroba może jednocześnie powodować powstawanie bólu somatycznego a nawet psychogenne. Z tego powodu ból

neuropatyczny może być tylko jedną z komponent występującego u chorego bólu ostrego lub przewlekłego. Pewne rozpoznanie bólu neuropatycznego nie zawsze jest możliwe. Autorzy nowych kryteriów bólu neuropatycznego zdefiniowali również cztery kryteria pozwalające na stopniowanie pewności rozpoznania bólu neuropatycznego.

CZTERY KRYTERIA STOPNIOWANIA PEWNOŚCI ROZPOZNANIA BÓLU NEUROPATYCZNEGO

1) Ból ma określoną neuroanatomicznie lokalizację

2) Wywiad sugeruje obecność odpowiadającego za ból uszkodzenia struktur obwodowego lub ośrodkowego układu nerwowego

3) W badaniu stwierdza się obecność pozytywnych lub negatywnych objawów neurologicznych związanych z bólem lub pozytywny wynik testów potwierdzających rozpoznanie (ilościowa ocena czucia, badania laboratoryjne)

4) Udokumentowana obecność odpowiedzialnej za ból choroby lub uszkodzenia w badaniach laboratoryjnych, np. neuroobrazowych. Na podstawie tych kryteriów ból neuropatyczny może być określony jako pewny (spełnione wszystkie cztery kryteria), prawdopodobny (kryterium 1 i 2 oraz 3 lub 4) lub możliwy (kryterium 1 i 2, bez potwierdzenia w badaniach).

EPIDEMIOLOGIA BÓLU NEUROPATYCZNEGO

Dotychczas opublikowano tylko kilka epidemiologicznych badań dotyczących występowania bólu neuropatycznego. Badania takie są trudne do przeprowadzenia ze względu na subiektywność odczucia bólu, trudność wyodrębnienia bólu neuropatycznego ze złożonego zespołu bólowego i brak powszechnie akceptowanego standardowego narzędzia do identyfikacji bólu neuropatycznego. Badanie przeprowadzone w Wielkiej Brytanii na dorosłej populacji pacjentów pozostających w opiece lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej wykazało, że u 8,2% badanych ból miał charakter neuropatyczny, a pacjenci z bólem neuropatycznym zgłaszali znamienne wyższe natężenie bólu. Badanie przeprowadzone we Francji na wybranej losowo populacji dorosłej, w którym oceniano 23.712 ankiet wykazało, że ból o charakterze neuropatycznym identyfikowany przy użyciu kwestionariusza DN4 występował u 6,9% badanej populacji. Najczęściej wykazywanymi czynnikami ryzyka występowania bólu neuropatycznego są: płeć żeńska, podeszły wiek, niższy stopień wykształcenia i zamieszkanie w obszarze wiejskim. Występowanie bólu neuropatycznego wiązało się z gorszym stanem zdrowia, zarówno fizycznego, jak i psychospołecznego.

PATOMECHANIZM BÓLU NEUROPATYCZNEGO

Ból neuropatyczny jest wynikiem wielu procesów patologicznych powstających w wyniku wyczerpania się możliwości naprawczych i przystosowania się do zaistniałego uszkodzenia lub choroby układu nerwowego.

Nadpobudliwość neuronów, wspólna cecha powstawania bólów neuropatycznych, nie jest przejawem jednego mechanizmu, ale wynika z kombinacji czynników, które sumując się, określają stopień i typ nadpobudliwości u poszczególnych pacjentów i w poszczególnych zespołach bólowych.

W powstaniu bólu neuropatycznego może brać udział wiele różnych patomechanizmów, wśród których wyróżnia się, co najmniej trzy grupy.

Do pierwszej zalicza się zmiany właściwości elektrofizjologicznych błony komórkowej pierwszego neuronu czuciowego i są to, zarówno zmiany pobudliwości nocyceptorów (obniżenie progu pobudliwości, możliwość samoistnych pobudzeń), jak i zmiany w uwalnianiu neuroprzekaźników.

Do tej grupy zalicza się także zmiany ekspresji genów w ciele macierzystym neuronu, w ciele komórkowym. Druga grupa potencjalnych mechanizmów powstawania bólu wiąże się ze zmianami przetwarzania impulsów w rogach grzbietowych rdzenia kręgowego.

Trzecia grupa możliwych patomechanizmów bólu neuropatycznego to zaburzenia na wyższych piętrach ośrodkowego układu nerwowego, takie jak zaburzenia równowagi pomiędzy aktywnością wstępujących układów torujących i zstępujących układów hamujących (antynocyceptywnych). Dodatkowo w powstawanie bólu neuropatycznego może być zaangażowany autonomiczny układ nerwowy.

KLINICZNA OCENA CHOROGE Z BÓLEM NEUROPATYCZNYM

Badanie pacjenta z bólem neuropatycznym należy rozpocząć od szczegółowego wywiadu na temat czasu trwania i charakterystyki bólu (natężenie, zmienność w czasie, sposób od czuwania, itd.), jego zależności od innych czynników, występowania objawów towarzyszących, i reakcji na zastosowane leczenie.

Wywiad z pacjentem ma wskazywać, czy charakter i umiejscowienie bólu jest zgodne z kryteriami rozpoznawania bólu neuropatycznego i czy odpowiednie uszkodzenie, albo choroba układu nerwowego jest prawdopodobną przyczyną bólu.

Kolejnym etapem jest badanie przedmiotowe, ogólne i neurologiczne, zogniskowane szczególnie na ocenie czucia i jego zaburzeń.

Przedmiotem badania powinno być czucie dotyku, bólu (kłucie), temperatury (ciepła i zimna), wibracji, a także sumowanie czasowe.

Badanie powinno być przeprowadzone w miejscu, gdzie dolegliwości są najsilniejsze i dla porównania po stronie przeciwnej.

Badanie to ma zidentyfikować obecność objawów negatywnych (utrata funkcji) oraz pozytywnych (np. hiperalgezia, alodynia) dla jednego lub kilku rodzajów czucia powstałych w wyniku uszkodzenia lub choroby somatosensorycznej części układu nerwowego.

ROZPOZNAWANIE BÓLU NEUROPATYCZNEGO: ZALECENIA

Ból neuropatyczny jest rozpoznaniem, które może być postawione przez lekarza na podstawie charakterystycznego obrazu klinicznego i jego związku z uszkodzeniem lub chorobą układu nerwowego; w przypadku braku doświadczenia w rozpoznawaniu bólu neuropatycznego wskazane jest uzyskanie potwierdzenia rozpoznania przez odpowiedniego specjalistę lub w ośrodku referencyjnym. Zaleca się określanie stopnia prawdopodobieństwa rozpoznania bólu neuropatycznego.

W przypadku znanego czynnika etiologicznego bólu rozpoznanie powinno je określać, np.: cukrzycowy ból neuropatyczny, popółpaścowy ból neuropatyczny, ośrodkowy ból neuropatyczny, pourazowy ból neuropatyczny, pourazowy rdzeniowy ból neuropatyczny. Stosowanie testów przesiewowych jest użyteczną metodą diagnostyczną, ale wynik testu przesiewowego nie może być jedyną podstawą rozpoznania bólu neuropatycznego.

Aparaturowa ocena bólu zalecana jest w jedynie w przypadkach wątpliwych i w ośrodkach mających odpowiednie do świadczenie.

Przed rozpoczęciem leczenia przeciwbólowego należy rozpoznać współistniejące choroby, np. depresję, choroby serca czy nerek, które mogą stanowić przeciwwskazania do leczenia lub powodować konieczność zmiany dawek leków przeciwbólowych.

Chory powinien zostać poinformowany o rozpoznaniu i planie leczenia oraz być przekonywany o konieczności przyjęcia realistycznej oceny możliwej skuteczności leczenia. Leczenie konkretnych zespołów bólu neuropatycznego powinno być prowadzone zgodnie z aktualnymi zaleceniami.

LECZENIE BÓLU NEUROPATYCZNEGO: ZALECENIA

Pierwsze zalecenia dotyczące farmakologicznego leczenia bólu neuropatycznego i opracowane według zasad EBM w formie algorytmu zostały opublikowane przez ekspertów IASP w 2005 roku.

Analizie poddano 105 badań kontrolowanych, a oceny skuteczności leczenia dokonano z zastosowaniem wskaźników takich jak NNT (number needed to treat; liczba chorych wymagających leczenia, by u jednego z nich uzyskać przynajmniej 50% ulgę w bólu) i NNH (number needed to harm; liczba chorych, u których trzeba zastosować dany lek, by u jednego z nich wystąpiły specyficzne dla leku objawy niepożądane).

Kolejna wersja zaleceń tych samych ekspertów IASP ukazała się w 2007 roku w formie zaleceń. Ich autorzy zaproponowali 4 stopniowy model postępowania w bólu neuropatycznym i określili leki należące do tzw. pierwszej, drugiej i trzeciej linii (wyboru) leczenia.

W 2006 roku ukazały także zalecenia grupy europejskich ekspertów pod egidą EFNS, w których oprócz skuteczności działania leków uwzględniono dane dotyczące jakości życia, wpływu leczenia na sen i oddziaływania chorób współistniejących. Zalecenia te dotyczyły najczęstszych zespołów bólu neuropatycznego, tzn. bolesnej polineuropatii obwodowej (w tym cukrzycowej), neuralgii po przebytych półpaścu, neuralgii trójdzielnej oraz bólu ośrodkowego. Aktualizacje (rewizje) tych zaleceń ukazały się w 2010 roku. W kolejnych latach opublikowano również zalecenia innych grup ekspertów, m.in. grupy amerykańskich ekspertów z Mayo Clinic (2006 i 2010, Kanadyjskiego Towarzystwa Bólu (2007), Australijskiego Towarzystwa Bólu i zespołu ekspertów z Południowej Afryki.

Ból neuropatyczny jest często oporny na leczenie farmakologiczne, co jest powodem sięgania po inne metody, w tym interwencyjne. W 2013 roku Dworkin i wsp. przedstawili zalecenia dotyczące interwencyjnych metod leczenia bólu neuropatycznego. Autorzy poddali ocenie opublikowane przeglądy systematyczne, badania kliniczne oraz istniejące

już wytyczne do tyżące stosowania metod interwencyjnych w leczeniu bólu neuropatycznego.

W żadnym z najczęstszych zespołów bólowych (półpasiec i neuralgia popółpaścowa, bolesna neuropatia cukrzycowa i inne obwodowe neuropatie, ból po urazie rdzenia kręgowego, ból po udarze mózgu, radikulopatia i zespół bólowy po nieskutecznych operacjach kręgosłupa (Failed Back Surgery Syndrome, FBSS), a także zespół złożonego bólu miejscowego (Complex Regional Pain Syndrome, CRPS), neuralgia oraz neuropatia trójdzielna) nie ustalono silnych zaleceń do zastosowania technik interwencyjnych.

Słabe zalecenia w aspekcie skuteczności i bezpieczeństwa stosowania są następujące: zewnątrzoponowe podanie steroidów w przypadku półpaśca oraz radikulopatii, stymulacja rdzenia kręgowego u chorych z FBSS i CRPS typu I.

Spośród metod interwencyjnych stosowanych u pacjentów z neuralgią trójdzielną najlepsze i najdłużej trwające wyniki obserwowano przy zastosowaniu dekompresji mikrochirurgicznej. Skuteczność interwencyjnych metod leczenia bólu neuropatycznego jest jednak ograniczona i nie więcej niż 40 do 60% pacjentów uzyskuje przynajmniej częściową ulgę w dolegliwościach.

Autorzy podkreślają, że stosowanie technik interwencyjnych w przyszłości powinno podlegać szczegółowej ocenie dokumentowanych badań randomizowanych, długo trwających obserwacji oraz bezpośrednich badań porównawczych „head to head”.

NEURALGIA POPÓŁPAŚCOWA

Neuralgia popółpaścowa (postherpetic neuralgia, PHN) to jednostronny ból zlokalizowany w obrębie dermatomów objętych zakażeniem wirusowym, utrzymujący się lub nawracający po wyżej 3 miesiące od zachorowaniu na półpasiec i po zagojeniu się zmian skórnych. Występuje u 9–15% chorych, którzy przeżyli półpasiec. Ból w PHN może być stały lub napadowy i ma charakter palący, piekący, pulsujący lub ostry strzelający jak „kłucie nożem lub rażenie prądem”. Zwykle nasila się w godzinach wieczornych i w nocy. Przebiega z zaostrzeniami spowodowanymi zimną deszczową pogodą i stresem. W badaniu stwierdza się obecność zaburzeń czucia o typie alodynii, hiperalgezji i hipestezji. Czynnikiem ryzyka wystąpienia PHN są: wiek, płeć żeńska, silny ból przed pojawieniem się wysypki, lokalizacja w obrębie I gałęzi nerwu trójdzielnego, zajęcie

dermatomów, które ze sobą nie sąsiadują, cukrzyca, choroba nowotworowa lub inne choroby osłabiające odporność w wywiadzie oraz bardzo ciężki przebieg ostrej fazy choroby, z dużym natężeniem bólu i zajęciem większej liczby dermatomów.

Ból może ustąpić samoistnie w ciągu kilku miesięcy, jednak u części chorych utrzymuje się latami i trwa do końca życia.

LECZENIE

W profilaktyce półpaśca i neuralgii popółpaścowej udokumentowano skuteczność szczepionki rekombinowanej, z adiuwantem, zawierającą podjednostkę glikoproteiny E wirusa ospy wietrznej i półpaśca – (RZV [szczepionka zarejestrowana w UE i dostępna w Polsce od marca 2023 r.]).

Zastosowanie leku przeciwwirusowego, acyklowiru do 48 godzin od pojawienia się zmian skórnych, ogranicza namnażanie się wirusa w strukturach układu nerwowego i zmniejsza częstość występowania PHN. Także skuteczne uśmierzanie bólu w ostrej fazie choroby poprzez zastosowanie leków nieopiodowych, słabych lub silnych opioidów, blokad układu współczulnego, dożylnych wlewów lidokainy oraz leków z grupy przeciwdepresyjnych i przeciwdrgawkowych zmniejsza częstość występowania PHN.

Zalecenia dotyczące leczenia neuralgii popółpaścowej zawarte są w kilku opublikowanych w ostatnich latach rekomendacjach, w tym opracowanych przez ekspertów IASP i EFNS, które nie różnią się istotnie od siebie. Do leków, których mają największy stopień (A) wiarygodności danych, według autorów tych rekomendacji należą: 8% kapsaicyna, gabapentyna, pregabalina, 5% lignokaina w plastrach, opioidy (morfina, oksykodon, metadon) i TLPD (amitryptylina i niedostępne w Polsce dezipramina i nortryptylina).

Postępowanie terapeutyczne u chorego z neuralgią popółpaścową zależy od charakterystyki bólu zgłaszanego przez pacjenta. Jeśli w obrazie klinicznym dominuje alodynia lub hiperalgezia, zalecane są powierzchniowo plastry z 5% lidokainą lub 8% kapsaicyną, oraz blokady nasiękowe 1% lidokainą lub blokady układu współczulnego w obszarze występowania bólu. W pozostałych przypadkach poleca się pregabalinę, gabapentynę lub TLPD, które są skuteczne w łagodzeniu bólu samoistnego (ang. spontaneous) z komponentem parzącym i parestezjami. W przypadku bólu o dużym

nasileniu poleca się opioidy. Podobnie jak w innych rodzajach bólu neuropatycznego leczenie powinno się rozpoczynać od jednego wybranego leku, a w przypadku jego nieskuteczności należy podjąć leczenie kolejnym lekiem. W przypadkach opornych na monoterapię możliwe jest zastosowanie farmakoterapii skojarzonej, np. leku przeciwpadaczkowego z lekiem przeciwdepresyjnym, 5% lidokainy z lekiem przeciwpadaczkowym i lekiem przeciwdepresyjnym czy 5% lidokainy z lekiem przeciwpadaczkowym, przeciwdepresyjnym i opioidem.

Mimo braku udokumentowanych dowodów na skuteczność blokad układu współczulnego w niektórych ośrodkach są one stosowane. Skuteczność blokad jest tym większa, im wcześniej rozpocznie się jej stosowanie, co może wynikać z zahamowania odpowiedzi wynikającej z nadwrażliwości uszkodzonych aksonów lub ich zakończeń na uwalnianą noradrenalinę.

Inne metody niefarmakologiczne, takie jak akupunktura, TENS, laseroterapia, oziębienie miejscowe czy stymulacja rdzenia kręgowego mogą być również stosowane w wybranych przypadkach przy braku odpowiedzi na fizjoterapię i farmakoterapię.

Piśmiennictwo:

Szczudlik A., Dobrogowski J. Wordliczek J., Stępień A., Krajnik M., Leppert W., Woron J., Przeklasa-Muszyńska A., Kocot-Kępska M., Zajączkowska R., Janecki M., Adamczyk A., Malec-Milewska M., Rozpoznanie i leczenie bólu neuropatycznego: przegląd piśmiennictwa i zalecenia Polskiego Towarzystwa Badania Bólu i Towarzystwa Neurologicznego – część pierwsza i druga, Ból 2014, Tom 15, Nr 2, s. 8-18, DOI: 10.5604/1640324x.1115164



III. PROCEDURY INTERWENCYJNE W PORADNI LECZENIA BÓLU

MAGDALENA KOCOT-KĘPSKA 1,2,3

1. Zakład Badania i Leczenia Bólu KAiT UJ CM w Krakowie
2. Poradnia Leczenia Bólu, Szpital Uniwersytecki w Krakowie
3. Polskie Towarzystwo Badania Bólu

Metody inwazyjne stosowane w leczeniu bólu przewlekłego obejmują wiele różnorodnych technik, od prostych ostrzyknięć punktów tkliwych w obrębie mięśni aż do złożonych metod neurodestrukcyjnych. Mogą być składową leczenia wielokierunkowego, zawsze zalecanego u chorych z bólem przewlekłym. Chory z bólem przewlekłym powinien mieć dostęp do takich zabiegów, zwłaszcza gdy leczenie zachowawcze nie przynosi oczekiwanej ulgi.

ZASTOSOWANIE METOD INWAZYJNYCH NALEŻY ROZWAŻYĆ, GDY

- 1) zachowawcze metody leczenia bólu (farmakoterapia, fizjoterapia, psychoterapia) są nieskuteczne lub powodują nieakceptowalne objawy niepożądane
- 2) charakter bólu i jego lokalizacja odpowiadają wskazaniom do zastosowania danej metody
- 3) uwzględniono indywidualne uwarunkowania chorego, w tym psychologiczne (choroby psychiczne, zaburzenia emocjonalne).
- 4) nie ma przeciwwskazań do procedury inwazyjnej (np. upośledzone krzepnięcie)
- 5) można uzyskać świadomą zgodę pacjenta na proponowaną procedurę

METODY INWAZYJNE STOSOWANE W LECZENIU BÓLU TO:

- 1) blokady w obrębie układu mięśniowo-szkieletowego (okołostawowe, dostawowe, punktów tkliwych i spustowych)
- 2) blokady w obrębie układu nerwowego – nerwów obwodowych, splotów nerwowych, układu współczulnego, blokady centralne (zewnątrzoponowe, podpajęczynówkowe)
zabiegi neurodestrukcyjne – neuroliza chemiczna, kriolezja, termolezja
- 3) techniki neuromodulacji inwazyjnej – stymulacja nerwów obwodowych, rdzenia kręgowego, mózgowia
dokanałowe podawanie leków (zewnątrzoponowo, podpajęczynówkowo)
zabiegi operacyjne

Wyboru metody inwazyjnej zawsze dokonuje się na podstawie danych z wywiadu i badania przedmiotowego, planowanego przebiegu leczenia bólu oraz realistycznych oczekiwań chorego.

WARUNKI WYKONANIA ZABIEGU INWAZYJNEGO W LECZENIU BÓLU PRZEWLEKŁEGO:

- 1) przekazanie choremu pełnej informacji na temat celu, skuteczności i bezpieczeństwa danego zabiegu
- 2) wyrażenie przez chorego świadomej zgody (na piśmie)
- 3) odpowiednia wiedza i umiejętności lekarza wykonującego zabieg
- 4) prawidłowe techniczne wykonanie zabiegu z zachowaniem aseptyki i odpowiedniej ostrożności (np. aspiracja w celu zapobiegnięcia niezamierzonemu podaniu donaczyniowemu, unikanie bezpośredniego drażnienia nerwu końcem igły)
- 5) wykonanie zabiegu w warunkach gabinetu zabiegowego, korzystanie z pomocy stymulatora, USG, fluoroskopii i innych metod w celu identyfikacji struktur nerwowych i mięśniowo-szkieletowych
- 6) porównanie stanu miejscowego (zakres ruchomości w stawie, temperatura skóry, zmiana zabarwienia skóry, bolesność i in.) przed zabiegiem i po jego wykonaniu
- 7) ocena efektu przeciwbólowego i ewentualnych objawów niepożądanych w określonych (także odległych) punktach czasowych.

BLOKADY

Blokada polega na miejscowym podaniu leku znieczulającego miejscowo (LZM), samego lub z glikokortykosteroidem (GKS) bądź adrenaliną.

Efekt przeciwbólowy blokady u chorych z bólem przewlekłym często trwa znacznie dłużej niż działanie LZM, a przyczyna tego nie jest jasna. Istnieje kilka teorii, m.in. przerwanie błędnego koła „ból powodującego ból”, rozluźnienie miejscowych przykurczów mięśniowych i nadmiernego skurczu naczyń, co powoduje zmniejszenie uwalniania substancji probólowych z tkanek obwodowych.

Uważa się również, że podanie LZM zmienia czasowo właściwości neuronów czuciowych w miejscu bólu, wygasza nieprawidłową aktywność nocyceptorów i zmniejsza sensytyzację obwodową.

Dzięki temu drażnienie obwodowe (np. z chorego stawu) nie zostaje rozpoznane i nie jest przewodzone do wyższych pięter układu nerwowego (OUN) jako ból.

Po pewnym czasie ponownie dochodzi do patologicznej nadwrażliwości nerwu i pojawia się ból wynikający z ustąpienia działania blokady.

Oprócz blokad mających na celu zniesienie bólu wykonuje się także blokady diagnostyczne, których celem jest: zlokalizowanie przyczyny i źródła dolegliwości bólowych; ustalenie anatomicznych dróg przewodzenia bólu; różnicowanie bólu

obwodowego, ośrodkowego i dysfunkcyjnego; ustalenie wskazań do zabiegu neurodestrukcyjnego.

Ze względu na działanie czynników psychologicznych oraz efektu placebo, których wpływu nie można przewidzieć, skuteczność blokady diagnostycznej należy oceniać bardzo ostrożnie.

Wynik blokady uznaje się za przydatny diagnostycznie, jeśli zabieg wykonano dwukrotnie – raz z zastosowaniem lidokainy (lek krótko działający), drugi raz bupiwakainy (lek długo działający), a pacjent jest w stanie rozróżnić czas działania poszczególnych LZM.

Wynik blokady wraz z historią choroby pacjenta daje podstawy do ustalenia planu leczenia, który uwzględnia stosunek korzyści do ryzyka danej metody terapeutycznej.

WSKAZANIA DO BLOKAD TERAPEUTYCZNYCH OBEJMUJĄ:

- | |
|--|
| 1) leczenie zlokalizowanych zespołów bólowych |
| 2) uśmierzanie zlokalizowanego bólu u chorego na nowotwór |
| 3) ułatwienie fizjoterapii, wczesnej mobilizacji i rehabilitacji po urazie lub zabiegu |
| 4) poprawę ukrwienia tkanek |
| 5) zmniejszenie miejscowego odczynu zapalnego |
| 6) rozluźnienie przykurczów mięśniowych (punktów tkliwych). |

BLOKADY TERAPEUTYCZNE NAJCZĘŚCIEJ STOSUJE SIĘ W NASTĘPUJĄCYCH ZESPOŁACH BÓLOWYCH:

- | |
|---|
| 1) choroba zwyrodnieniowa stawu kolanowego lub stawu biodrowego |
| 2) entezopatie (np. łokieć tenisisty) |
| 3) zespół bolesnego barku |
| 4) ból pleców |
| 5) ból okolicy kości guzicznej (coccygodynia) |
| 6) neuralgia popółpaścowa |
| 7) neuralgia trójdzielna |
| 8) neuralgia międzyżebrowa |
| 9) szynopochodny ból głowy (blokada nerwu potylicznego większego LZM z GKS) |
| 10) zespół cieśni nadgarstka (blokada nerwu pośrodkowego LZM z GKS) |
| 11) ból kikuta po amputacji |
| 12) zlokalizowany ból u chorego na nowotwór złośliwy. |

Spośród powyższych wskazań najlepiej udokumentowano korzyści z blokad nerwu potylicznego większego i pośrodkowego, dlatego zaleca się ich stosowanie, natomiast jakość danych dotyczących pozostałych metod jest niższa, co oznacza, że można rozważać ich zastosowanie w określonych sytuacjach klinicznych. Prawidłowo wykonana blokada może prowadzić do całkowitego ustąpienia dolegliwości bólowych.

Ułga w dolegliwościach może trwać od kilku godzin aż do dni czy tygodni.

U CHORYCH Z BÓLEM PLECÓW NAJCZĘŚCIEJ WYKONUJE SIĘ:

-
- 1) zewnątrzoponowe podanie GKS – może być skuteczne u chorych z bólem korzeniowym, którego przyczyną jest przepuklina krążka międzykręgowego, a także u chorych z przewlekłym bólem po nieskutecznej operacji kręgosłupa
 - 2) blokady stawów międzykręgowych LLM z GKS (w przypadku skuteczności blokady można rozważyć termolezję lub kriolezję nerwów unerwiających stawy międzykręgowe)
 - 3) blokady stawów krzyżowo-biodrowych LLM z GKS
-

PRZECIWWSKAZANIA DO WYKONANIA BLOKAD:

-
- 1) brak zgody pacjenta
 - 2) miejscowe zakażenie
 - 3) czynne krwawienie
 - 4) zaburzenia krzepnięcia
 - 5) brak doświadczenia i odpowiednich umiejętności
 - 6) brak sprzętu odpowiedniego do wykonywania blokad i ewentualnej resuscytacji.
-

Skuteczność pojedynczej blokady lub serii blokad może także być wskazaniem do zabiegu neurodestrukcyjnego, pod warunkiem że taki zabieg jest wskazany i możliwy do wykonania w danym zespole bólowym.

ZABIEGI NEURODESTRUKCYJNE

Zabiegi neurodestrukcyjne można wykonywać z zastosowaniem czynników chemicznych (neuroлиза) lub fizycznych (termolezja, kriolezja) bądź chirurgicznie (przecięcie nerwów). Przeprowadzenie zabiegu neurodestrukcyjnego należy poprzedzić wykonaniem blokady diagnostyczno-prognostycznej, która ma na celu nie tylko potwierdzenie lokalizacji źródła bólu, ale także wskazanie pacjentowi, jakich doznań będzie doświadczał po neurodestrukcji (np. ulga lub zniesienie bólu, mrowienie, drętwienie).

NEUROLIZA polega na podaniu pod kontrolą USG lub RTG w okolicę danej struktury nerwowej środka neurolytycznego, którym najczęściej jest alkohol etylowy w stężeniu 50–

96%. Mechanizm działania środka neurolytycznego polega na wywołaniu tzw. wallerianowskiego uszkodzenia włókien nerwowych, co się przejawia uszkodzeniem substancji białkowych i lipidowych w aksonach, a końcowym efektem jest długotrwałe zahamowanie przewodzenia bodźca elektrycznego wzdłuż aksonu. Wkrótce po neurolyzie rozpoczyna się regeneracja nerwu, a czas trwania tego procesu jest osobniczo zmienny. Powrót prawidłowej funkcji nerwu objawia się nawrotem dolegliwości bólowych, można więc uznać, że zabieg neurolyzy jest rodzajem blokady o długim (tygodnie, miesiące) czasie trwania.

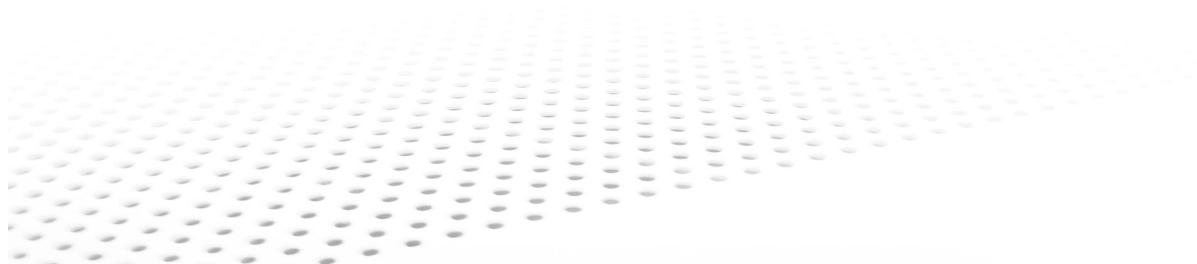
TERMOLEZJA jest metodą niszczenia struktur nerwowych za pomocą działania temperatury około 60–80°C, generowanej wokół końca specjalnej elektrody, którą się wprowadza precyzyjnie do tkanki nerwowej.

Zabieg taki rozważa się, gdy zawodzą inne, mniej inwazyjne metody leczenia, a wynik blokady prognostycznej i terapeutycznej był dodatni, tj. uzyskano przynajmniej 50% ulgę w bólu).

KRIOLEZJA polega na wprowadzeniu aplikatora niskiej temperatury do miejsca planowanego uszkodzenia tkanki nerwowej. Na końcu aplikatora generowana jest temperatura około –60°C. Zamrożenie blokuje przewodnictwo nerwowe podobnie do LZM, choć blokada trwa znacznie dłużej.

INWAZYJNE METODY NEUROMODULACYJNE.

Dokładny mechanizm analgetyczny inwazyjnych metod neuromodulacyjnych nie został w pełni poznany. Można je stosować jedynie u wybranych chorych z przewlekłymi dolegliwościami, u których zawiodły inne metody leczenia przeciwbólowego.



RODZAJE NEUROMODULACJI INWAZYJNEJ:

1) bezpośrednia stymulacja nerwów obwodowych – przez elektrodę wszczepioną podskórną lub w pobliżu nerwu obwodowego albo przymocowywaną bezpośrednio do nerwa właściwego nerwu

2) stymulacja rdzenia kręgowego – elektrodę wszczepia się w grzbietowej części przestrzeni zewnątrzoponowej w odcinku szyjnym lub piersiowym kręgosłupa (przezskórną lub operacyjnie – laminektomia), gdzie wytwarza ona pole elektryczne, które stymuluje rogi grzbietowe rdzenia kręgowego. Stymulacja hamuje ból ciągły i wywołany (szczególnie alodynię), nie wpływa natomiast na ból ostry. Używa się jej w bólu neuropatycznym (zespół bólowy po nieskutecznej operacji kręgosłupa, wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy [CRPS], ból fantomowy, ból po uszkodzeniu splotów nerwowych) oraz w bólu naczyniopochodnym, gdy zawiodły inne metody leczenia przeciwbólowego

3) stymulacja mózgowia – stymulację prowadzi się przez elektrody wszczepione bezpośrednio do struktury docelowej w mózgu (np. tylnej części podwzgórza w przypadku bólów klasterowych); stosowana rzadko, tylko w przypadku bólu opornego na inne metody leczenia.

DOKANAŁOWE PODAWANIE LEKÓW

Podając analgetyki dokanałowo (do przestrzeni podpajęczynówkowej lub zewnątrzoponowej), osiąga się silny efekt przeciwbólowy przy niewielkiej dawce leku i niewielkich objawach niepożądanych.

Metodę najczęściej wykorzystuje się u chorych na nowotwór złośliwy, którzy nie mogą przyjmować leków przeciwbólowych drogą nieinwazyjną lub u których takie leczenie jest nieskuteczne bądź powoduje ciężkie objawy niepożądane. Leki podaje się przez cewnik wprowadzony na różnych poziomach kręgosłupa.

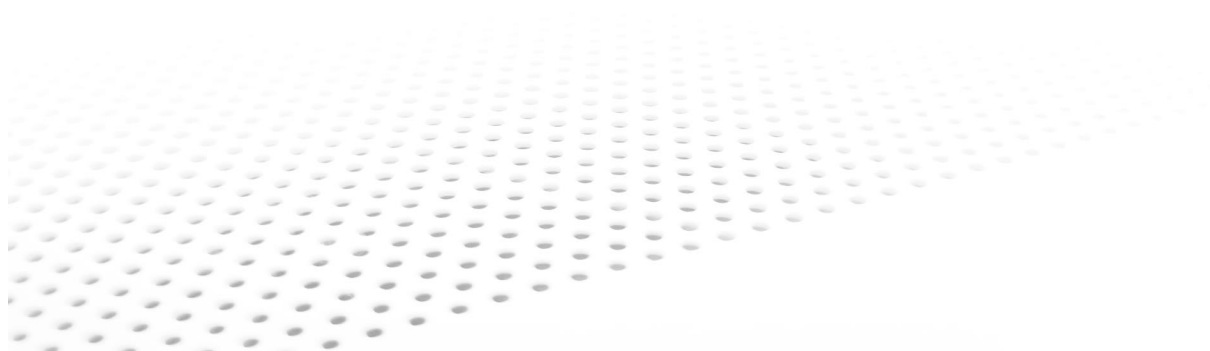
LECZENIE OPERACYJNE

ZABIEGI ODTWÓRCZE polegają najczęściej na dekompresji uciśniętego nerwu lub usunięciu nerwiaka i następczym zespoleniu końców nerwu. Przykładem jest dekompresja nerwów w zespołach z ucisku, na przykład w zespole cieśni nadgarstka. Tego rodzaju zabiegi wykonuje się w większości ośrodków ortopedycznych i neurochirurgicznych.

ZABIEGI ZNISZCZENIA NERWU oznaczają przerwanie ciągłości obwodowych dróg przewodzenia bólu albo określonych części OUN. Obecnie wykonuje się je coraz rzadziej, gdyż w wyniku procesów regeneracyjnych i deaferentacji ból po pewnym czasie może powrócić i to w znacznie większym natężeniu.

Piśmiennictwo:

1. Kocot-Kępska M., Praktyka kliniczna – przewodnik leczenia bólu: metody inwazyjne w leczeniu bólu przewlekłego. Med. Prakt., 2019; 3: 116–123.





IV. BEZPIECZEŃSTWO LECZENIA BÓLU PRZEWLEKŁEGO W PORADNI LECZENIA BÓLU

DARIUSZ KOSSON 1,3, MARCIN KOŁACZ 2,3

1. Zakład Nauczania Anestezjologii i Intensywnej Terapii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
2. I Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
3. Polskie Towarzystwo Badania Bólu

U podstawy leczenia bólu leży wnikliwa diagnostyka i terapia choroby podstawowej. W postawieniu diagnozy bólowej należy zawsze uwzględnić zjawisko centralnej sensytyzacji występujące wtórnie do istniejącego już bólu przewlekłego. Znacznie wiksza ono leczenie bólu przewlekłego wynikającego nawet z łataej - łatwej do wyleczenia patologii, a po jej wyleczeniu powoduje utrzymanie odczuwania bólu przez pacjenta.

Interwencyjne metody leczenia bólu, podobnie jak inne metody zabiegowe związane są z odpowiednim przygotowaniem pacjenta, zorganizowaniem zaplecza klinicznego oraz zatrudnieniem wykwalifikowanego personelu. O ile w krajach ościennych zabiegi interwencyjne z zakresu leczenia bólu weszły do rutyny kalendarza operacyjnego przychodni i klinik, w Polsce brakuje wystandaryzowanych metod postępowania.

Nie jest jasno określone, kto i w jakich warunkach powinien je wykonywać, co skutkuje brakiem dostępności do leczenia bólu metodami interwencyjnymi dla licznej grupy pacjentów tego wymagających. Z drugiej strony pacjenci są leczeni metodami interwencyjnymi bez wskazań do ich przeprowadzania, co prowadzi do braku spodziewanych efektów po ich przeprowadzeniu przy jednoczesnych ich znacznych kosztach dla systemu. W związku z tym należy ustalić jasne kryteria postępowania, określić niezbędną diagnostykę determinującą wskazania, wymagania logistyczne, sprzętowe oraz kwalifikacje i umiejętności personelu dla przeprowadzania określonych interwencyjnych metod leczenia bólu.

U podstawy sukcesu terapeutycznego i zadowolenia pacjenta leży prawidłowa kwalifikacja do zabiegu interwencyjnego. Kwalifikacja chorego do leczenia interwencyjnego powinna opierać się o rzetelną i wnikliwą analizę wielu objawów

klinicznych, interpretacji badań laboratoryjnych i obrazowych oraz uwzględnienia ograniczeń danej metody terapeutycznej.

Pełny obraz pacjenta z rozwiniętym, przewlekłym w aspekcie bio- psycho- społecznym zespołem bólowym, wymaga bardzo złożonej diagnostyki. W tym procesie często uczestniczy kilku różnych specjalistów.

Istotnym i ostatecznym elementem kwalifikującym pacjenta do zabiegu interwencyjnego jest przeprowadzenie symulacji jego efektów poprzez wykonanie w pełni odwracalnej blokady (tzw. blokady diagnostyczno – prognostycznej). Jest to zabieg polegający na selektywnym zablokowaniu (przy pomocy leku znieczulenia miejscowego) działania nerwów odpowiedzialnych za transmisję czucia bólu z miejsca będącego prawdopodobnym jego źródłem. Ten zabieg potwierdza miejsce będące źródłem bólu i jednocześnie prognozuje efekty konkretnego zabiegu interwencyjnego u konkretnego pacjenta.

System organizacyjny „leczenia bólu” powinien być oparty o podstawową jednostkę jaką jest poradnia leczenia bólu, jednakże na tym etapie w celu prawidłowego leczenia pacjentów z bólem przewlekłym poradnia powinna mieć charakter przynajmniej multidyscyplinarny, a optymalnie interdyscyplinarny (<http://www.iasp-pain.org/MPCManual>).

Obecnie tylko poradnie posiadające certyfikat Polskiego Towarzystwa Leczenia Bólu legitymują się innym niż intradyscyplinarnym charakterem organizacyjnym. Jest to związane z brakiem finansowania zatrudnienia w nich personelu innego niż lekarze określonych specjalności klinicznych.

Wzorując się na rekomendacjach Międzynarodowego Towarzystwa Badania Bólu (IASP) już na etapie poradni leczenia bólu należy wzmocnić komunikację dyscyplin medycznych i rehabilitacyjnych oraz psychologicznych. Pozwoli to na postawienie pełnej diagnozy bólowej (niezbędnej w warunkach ICD 11), umożliwiającej prawidłową kwalifikację pacjenta do leczenia bólu metodami interwencyjnymi i jednocześnie zapewni prawidłową opiekę po interwencji. Już na poziomie specjalistycznych poradni leczenia bólu można wykonać niektóre procedury interwencyjne, a przy dobrej organizacji nawet dotyczy to większości typowych procedur, ograniczając w ten sposób powikłania i koszty

związane z hospitalizacją pacjenta. Warunkiem jest jednak postawienie prawidłowej pełnej diagnozy bólowej jak również prawidłowe - interdyscyplinarnie przygotowanie do i prowadzenie pacjenta po jej wykonaniu.

W procesie leczniczym należy zwrócić uwagę na pacjentów z rozpoznaniem bólu pierwotnego lub rozwiniętą centralną sensytyzacją w przewlekłym bólu wtórnym.

W Poradni Leczenia Bólu SKDJ UCK WUM na podstawie ankiety diagnostycznej u 65 procent pacjentów można rozpoznać komponentę bólu wynikającego z centralnej sensytyzacji. W grupie kobiet ten odsetek jest o aż około 10 procent wyższy. U tych pacjentów zastosowanie interwencyjnych metod leczenia bólu musi być szczególnie wnikliwie rozważone, gdyż u części z nich przyniesie ono skutek odwrotny do zamierzonego. Pożądaną alternatywą może być postępowanie interdyscyplinarne z uwzględnieniem w nim metody interwencyjnej.

Pacjenci, u których nie można przeprowadzić procedur interwencyjnych w warunkach ambulatoryjnych powinni być kierowani do Ośrodków Referencyjnych Leczenia Bólu. Te powinny zapewnić możliwość przeprowadzania procedur interwencyjnych, które nie mogą być przeprowadzone ambulatoryjnie ze względu na ich charakter lub stan ogólny pacjenta do niej kwalifikowanego.

Ośrodki Referencyjne Leczenia Bólu powinny (zgodnie z modelem interdyscyplinarnym leczenia bólu) zapewnić również stacjonarnie usługi wykwalifikowanych w leczeniu bólu pielęgniarek, fizjoterapeutów, psychologów, prowadzić farmakoterapię przeciwbólową z możliwością bezpiecznej deeskalacji stosowanego przed interwencją leczenia przeciwbólowego. Istotny jest również stały dostęp do konsultacji lekarzy innych specjalności celem zaproponowania optymalnej dla konkretnego pacjenta formy leczenia bólu (włącznie z leczeniem jego przyczyny). Ośrodki Referencyjne Leczenia Bólu, powinny być racjonalnie rozmieszczone na terenie całego kraju, przy uwzględnieniu gęstości zaludnienia i lokalnych potrzeb np. lokalizacje szpitali onkologicznych i centrów diagnostycznych czy wreszcie możliwości transportowania pacjentów cierpiących z powodu bólu przewlekłego. Uwzględnić należy infrastrukturę, dostępność do metod diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej, sal operacyjnych oddziałów pozabiegowych, Oddziałów Intensywnej Terapii. Istotne są również możliwości komunikacyjne zapewniające dojazd lub transport pacjenta do i z Ośrodka.

Wybrane, umieszczone przy uniwersytetach medycznych, Ośrodki Referencyjne Leczenia Bólu powinny prowadzić badania nad bólem przewlekłym i zapewnić odpowiednie kształcenie kadr medycznych. Obecnie istniejąca skomplikowana ścieżka kształcenia specjalizacyjnego w Polsce spowodowała białą plamę z zakresu terapii bólu. Niespełna każda specjalizacji zawiera elementy i moduły leczenia bólu, z drugiej strony brak jest ujednoliconego systemu kształcenia dla lekarzy, pielęgniarek fizjoterapeutów, położnych czy psychologów.

Obecny stan organizacyjny kształcenia nie promuje interdyscyplinarności w modelu leczenia bólu, co stoi w sprzeczności z nowoczesnymi zasadami leczenia. Brak odrębnej specjalizacji lekarskiej odbił się negatywnie na wykształceniu profesjonalnej kadry medycznej, zdolnej do wieloprofilowego, w tym interwencyjnego leczenia bólu. Jediną proponowaną akademicką formą kształcenia są podyplomowe studia Medycyna Bólu, prowadzone z MCKP UJ w Krakowie. Jednakże po ich ukończeniu absolwenci nie uzyskują żadnej prawnej kwalifikacji do pracy w poradniach leczenia bólu.

Spore nadzieje środowisko medyczne wiąże z utworzeniem umiejętności lekarskiej, która da merytoryczne i prawne podstawy wykonywania procedur z zakresu terapii bólu. Konieczne jest określenie zakresu „umiejętności” jakie powinien zdobyć lekarz wykonujący zabiegi interwencyjne i obecnie jest to procedowane w Polskim Towarzystwie Badania Bólu. Weryfikacja kadr stoi na straży profesjonalizmu wykonywanych metoda bezpieczeństwa i satysfakcji pacjenta.

Niezbędnym wydaje się również stworzenie ścieżki kształcenia kadry medycznej w zakresie procedur interwencyjnych. Obecnie umiejętności w tym zakresie (podobnie jak umiejętności fizjoterapeutyczne czy psychoterapeutyczne) można udokumentować jedynie poprzez zdanie egzaminów międzynarodowych (np. WIP, ESRA, EFIC) które również nie mają znaczenia prawnego w Polsce.

Interwencyjne metody leczenia bólu przewlekłego powinny być rzetelnie wycenione. Na szczególną uwagę zasługują procedury przeprowadzane u pacjentów wymagających równoległego leczenia fizjoterapeutycznego, psychologicznego, psychoterapeutycznego, farmakoterapii czy postępowania zakresu terapii zajęciowej, gdyż tylko równoczesowa terapia interdyscyplinarna może prowadzić do wyleczenia pacjenta z bólu przewlekłego

i jego powrót do prawidłowego funkcjonowania w społeczeństwie - z podjęciem pracy włącznie.

Wszelkie ograniczenia w finansowaniu interwencyjnych metod leczenia bólu doprowadzą do "leczenia na skróty" (bez prawidłowej pełniej kwalifikacji i kontynuacji leczenia). Niedośzacowanie w finansowaniu doprowadzi do tendencji redukcji kosztów samego zabiegu, co może skutkować jego nieefektywnością i zwiększać odsetek powikłań.

W efekcie utracone zostaną również potencjalne zyski wynikające ze zmniejszenia zapotrzebowania na refundowane leki przeciwbólowe, powikłania związane z niekontrolowanym ich stosowaniem czy poprawa w zakresie niezdolności do pracy oraz wnioskowania przez pacjentów z przewlekłym zespołem bólowym o renty.

Wszyscy pacjenci z utrwalonym (zcentralizowanym bólem przewlekłym) wymagającym postępowania interwencyjnego jako elementu terapii powinni być leczeni kompleksowo w warunkach poradni leczenia bólu lub oddziału leczenia bólu. Oznacza to, że przed wykonaniem procedury interwencyjnej pacjent z bólem przewlekłym powinien mieć postawioną pełną diagnozę, w tym bólową i na jej podstawie kierowany być do ośrodka „niebólowego”, zatrzymany w poradni leczenia bólu lub kierowany do oddziału leczenia bólu. U większość pacjentów - około 65 procent (a szczególnie pacjentek -około 75 procent) kierowanych obecnie do poradni leczenia bólu, w przypadku kwalifikacji do procedury interwencyjnej, zabieg należy przeprowadzić w warunkach ośrodka interdyscyplinarnego. Interwencyjne leczenie bólu w innych warunkach jest możliwe i wskazane jedynie w dobrze zdiagnozowanej grupie pacjentów cierpiących na prosty wtórny zespół bólowy.

Podsumowanie:

1. Wskazania do zastosowania technik inwazyjnych występują u 5–10 procent chorych z bólem przewlekłym.
2. Przestanką do zastosowania technik interwencyjnych jest możliwość działania bezpośrednio w miejscu powstawania lub przewodzenia bodźca bólowego.
3. Główne wskazania stanowią dolegliwości bólowe odporne na leczenie farmakologiczne, występujące w wyraźnie ograniczonym miejscu (narząd ruchu, ból towarzyszący chorobie nowotworowej, ból neuropatyczny).

4. Przed przeprowadzeniem zabiegu interwencyjnego lekarz ma obowiązek udzielić choremu wszechstronnej, wyczerpującej informacji i uzyskać świadomą, pisemną zgodę na dany zabieg.
5. Warunki bezpiecznego wykorzystywania technik inwazyjnych obejmują:
 - a. dobrą kwalifikacją chorego do zabiegu,
 - b. dobrą znajomość anatomii oraz technik wykonywania procedury,
 - c. dostępność i wykorzystanie odpowiedniego zaplecza logistycznego i sprzętu.
6. Osoba stosująca techniki inwazyjne musi mieć odpowiednie wykształcenie i doświadczenie w wykonywaniu tych procedur i leczenia ewentualnych powikłań.
7. Metody interwencyjne pozwalają na ograniczenie farmakoterapii przy dobrej kontroli leczenia bólu i redukcji powikłań związanych farmakoterapią.
8. Niekiedy techniki interwencyjne są ważnym uzupełnieniem farmakoterapii.
9. Ze stosowaniem technik interwencyjnych związane jest ryzyko wystąpienia powikłań i działań niepożądanych.
10. W zależności od postawionego rozpoznania bólowego (co będzie w pełni możliwe po implementacji ICD11) do konkretnej procedury interwencyjnej powinien kierować pacjenta lekarz medycyny bólu. Pełne rozpoznanie, rodzaj procedury interwencyjnej i stan ogólny pacjenta (podobnie jak kwalifikacja anestezjologiczna do znieczulenia do każdej procedury zabiegowej) determinują sposób i miejsce wykonania zabiegu: ambulatorium / ambulatorium poradni leczenia bólu, warunki oddziału szpitalnego/ szpitalnego oddziału leczenia bólu.
11. W grupie pacjentów z bólem przewlekłym, u których metoda interwencyjnego leczenia bólu powinna stanowić jedynie element terapii i być przeprowadzona w warunkach równolegle dostępnej terapii kompleksowej większość stanowią kobiety (ze względu ich wyższy w stosunku do mężczyzn odsetek jako pacjentów poradni leczenia bólu i wyższy odsetek ośrodkowego utrwalania bólu przewlekłego). Należy jednakże pamiętać, że wśród kobiet częściej również występują zespoły bólu pierwotnego. W tej grupie chorych potencjalna ingerencja zabiegowa mająca na celu uśmierzenie współistniejącego wtórnego problemu bólowego może przynieść opaczny efekt.



V. REKOMENDACJE POLSKIEGO TOWARZYSTWA BADANIA BÓLU

REKOMENDACJA 1

WPROWADZENIE ZAKAZU REKLAM PRODUKTÓW LECZNICZYCH O DZIAŁANIU PRZECIWBÓLOWYM WYDAWANYCH BEZ PRZEPISU LEKARZA (OTC) W MEDIACH TRADYCYJNYCH I INTERNETOWYCH

1. Wnioskujemy o zmianę zapisu artykułu 57.1. dotyczącego produktów objętych zakazem reklamy zawartego w Rozdziale 4 ustawy prawo farmaceutyczne (tekst jednolity z dnia 12 kwietnia 2024 roku).

Obecne brzmienie:

Artykuł 57.1. Produkty objęte zakazem

1. Zabrania się kierowania do publicznej wiadomości reklamy dotyczących produktów leczniczych
 - 1) wydawanych wyłącznie na podstawie recepty;
 - 2) Zawierających środki odurzające i substancje psychotropowe;

WNIOSKUJEMY O DODANIE PUNKTU 2a)

2a) „zawierających substancje o działaniu przeciwbólowym bez przepisu lekarza (OTC)”.

REKOMENDACJA 2

WNIOSKUJEMY O WŁAŚCIWE POSTĘPOWANIE Z PACJENTEM Z OSTRYM PÓŁPAŚCEM I NEURALGIĄ POPÓŁPAŚCOWĄ. NEURALGIA POPÓŁPAŚCOWA TO NAJDROŻSZE I NAJBARDZIEJ DOKUCZLIWE POWIKŁANIE PÓŁPAŚCA. BÓL CZĘSTO TRWA DO KOŃCA ŻYCIA PACJENTA.

Najskuteczniejszym sposobem zmniejszenia ryzyka półpaśca i neuralgii jest profilaktyka w postaci szczepień. Odpowiednie leczenie bólu w ostrej fazie półpaśca zmniejsza ryzyko bólu przewlekłego.

REKOMENDUJEMY REALIZACJĘ STANDARDU POSTĘPOWANIA Z PACJENTEM Z OSTRYM PÓŁPAŚCEM I NEURALGIĄ POPÓŁPAŚCOWĄ ORAZ WPROWADZENIE BEZPŁATNYCH SZCZEPIEŃ PRZECIWKO PÓŁPAŚCOWI NA LISTĘ SENIORALNĄ 65 PLUS.



REKOMENDACJA 3 a)

3a) REKOMENDUJEMY NOWELIZACJĘ ROZPORZĄDZENIA MZ W SPRAWIE ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH Z ZAKRESU AMBULATORYJNEJ OPIEKI SPECJALISTYCZNEJ W CZĘŚCI DOTYCZĄCEJ ŚWIADCZEŃ **W ZAKRESIE UKŁADU NERWOWEGO W PORADNI LECZENIA BÓLU.**

PROPONOWANE ZMIANY DOTYCZĄ:

Załącznik nr 3 - Wykaz świadczeń gwarantowanych w przypadku procedur zabiegowych ambulatoryjnych oraz warunki ich realizacji.

- A. Zabiegi w zakresie układu nerwowego
- podpunkt 1 dotyczący procedury 04.21 - zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez wstrzyknięcie czynnika neurolytycznego
 - podpunkt 2 dotyczący procedury 04.24 - zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez znieczulenie wywołane niską temperaturą
 - podpunkt 3 dotyczący procedury 04.25 - zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez znieczulenie wywołane wysoką temperaturą.

PROPONUJEMY NASTĘPUJĄCE ZMIANY W KOLUMNIE 4 - WARUNKI REALIZACJI ŚWIADCZEŃ:

- a. W punkcie 2, dotyczącym wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną w lokalizacji w podpunkcie
- 1) termolezja jest - aparat RTG z torem wizyjnym oraz aparat do termolezji; wnioskujemy o zmianę na - aparat RTG z torem wizyjnym lub aparat USG oraz aparat do termolezji/kriolezji.
- b. W opisie zabiegu termolezji jest: prawidłowość położenia elektrody potwierdza się radiologicznie przy użyciu kontrastu oraz przy użyciu stymulacji ruchowej i/lub czuciowej. Wnioskujemy o zmianę na: Iglę termolezyjną lub sondę do kriolezji wprowadza się z wykorzystaniem punktów anatomicznych, obrazowania USG lub RTG. Prawidłowość położenia igły potwierdza się stymulacją czuciową i/lub ruchową.



REKOMENDACJA 3 b)

REKOMENDUJEMY NOWELIZACJĘ ROZPORZĄDZENIA MZ W SPRAWIE ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH Z ZAKRESU AMBULATORYJNEJ OPIEKI SPECJALISTYCZNEJ W CZĘŚCI DOTYCZĄCEJ ŚWIADCZEŃ **W ZAKRESIE UKŁADU NERWOWEGO W PORADNI LECZENIA BÓLU.**

PROPONOWANE ZMIANY DOTYCZĄ:

Załącznik nr 3 - Wykaz świadczeń gwarantowanych w przypadku procedur zabiegowych ambulatoryjnych oraz warunki ich realizacji.

A. Zabiegi w zakresie układu nerwowego

podpunkt 1 dotyczący procedury 04.21 - zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez wstrzyknięcie czynnika neurolytycznego

podpunkt 2 dotyczący procedury 04.24 - zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez znieczulenie wywołane niską temperaturą

podpunkt 3 dotyczący procedury 04.25 - zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez znieczulenie wywołane wysoką temperaturą.

PROPONUJEMY NASTĘPUJĄCE ZMIANY W KOLUMNIE 4 - WARUNKI REALIZACJI ŚWIADCZEŃ:

WSKAZANIA DO ZABIEGU NEUROLIZY, TERMOLEZJI, TERMOLEZJI PULSACYJNEJ I KRIOLEZJI POWINNY BYĆ ROZSZERZONE O WSZYSTKIE ZESPOŁY BÓLU OSTREGO I PRZEWLEKŁEGO, NIEZALEŻNIE OD MECHANIZMU, NASILENIA I ETIOLOGII BÓLU, w których możliwe jest zastosowanie zabiegu neurodestrukcyjnego na gałęziach czuciowych nerwów rdzeniowych i nerwów czaszkowych, zwojów i splotów układu autonomicznego, jak np. choroba zwyrodnieniowa stawów obwodowych i kręgosłupa, neuralgia trójdzielna, ból mięśniowo-powięziowy, ból trzewny.

REKOMENDACJA 4

ZWIĘKSZENIE DOSTĘPNOŚCI DO WIELOKIERUNKOWEGO LECZENIA CHORYCH Z BÓLEM PRZEWLEKŁYM

Leczenie wielokierunkowe pacjenta z bólem obejmuje indywidualnie dobraną farmakoterapię, zabiegi interwencyjne, rehabilitację, neuromodulację oraz psychoterapię.

REKOMENDUJEMY UWZGLĘDNIENIE W RAMACH PORADNI LECZENIA BÓLU:

1) terapii psychologicznej

2) neuromodulacji nieinwazyjnej (przezczaszkowa stymulacja prądowa, przezczaszkowa stymulacja magnetyczna, stymulacja nerwu błędnego) oraz ich odpowiednią wycenę.

REKOMENDACJA 5

WNIOSKUJEMY O AKTUALIZACJĘ WYCENY PROCEDUR ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH UDZIELANYCH W RAMACH PORADNI LECZENIA BÓLU.

Obecna wycena procedur nie oddaje realistycznych kosztów wielokierunkowego leczenia pacjenta z bólem przewlekłym, co sprawia, że organizatorzy opieki zdrowotnej nie są zainteresowani tworzeniem nowych poradni leczenia bólu.

REKOMENDUJEMY UREALNIENIE WYCENY WSZYSTKICH PROCEDUR ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH UDZIELANYCH W RAMACH PORADNI LECZENIA BÓLU, W SZCZEGÓLNOŚCI PROCEDUR INTERWENCYJNYCH (NP. KRIOLEZJI, TERMOLEZJI).

REKOMENDACJA 6

WNIOSKUJEMY O ZRÓWNANIE UPRAWNIENÍ LEKARZY PORADNI LECZENIA BÓLU (KOD RESORTOWY 1222) W UPRAWNIENIACH DO DOSTĘPU DO PEŁNEJ DOKUMENTACJI PACJENTA.

 REKOMENDACJA 7

WNIOSKUJEMY O UTWORZENIE OŚRODKÓW REFERENCYJNYCH LECZENIA BÓLU W POLSCE.

Utworzenie Ośrodków zapewni możliwość szczegółowej diagnostyki i leczenia pacjentów będących w kryzysie bólowym, oraz wymagających zastosowania interwencyjnych technik leczenia bólu, takich jak zabiegi neurodestrukcyjne w zakresie układu nerwowego (np. termolezja zwoju Gassera, nerolizy układu współczulnego), i metody dokanałowej podaży leków przeciwbólowych. Obecnie pacjenci z bólem przewlekłym znajdujący się w kryzysie bólowym pozostają bez właściwej opieki medycznej.

 REKOMENDACJA 8

WNIOSKUJEMY O PEŁEN DOSTĘP LEKARZY DO SYSTEMU P1

 REKOMENDACJA 9

WNIOSKUJEMY O LIKWIDACJĘ PRESKRYPCJI ZA POŚREDNICTWEM RECEPTOMATÓW OBEJMUJĄCĄ WSZYSTKIE LEKI

