



Informacja dla mediów: Zrozumieć wpływ przewlekłego bólu

Konsekwencje bólu w skali europejskiej

Ból to problem szeroko rozpowszechniony w Europie. Ocenia się, że jedna na pięć dorosłych osób odczuwa przewlekły ból, o natężeniu od średniego po silny¹ Za przewlekły ból uważamy taki, który utrzymuje się lub nasila przez dłuższy czas (zwykle wynoszący ponad trzy miesiące²), o natężeniu w zakresie od słabego do silnego. Przewlekły ból może utrzymywać się stale lub podlegać wahaniom, ale jest odczuwany w określonym stopniu przez dłuższy czas.

Przykłady chorób w których odczuwany ból ma cechy przewlekłego bólu obejmują ból pleców, artretyzm (zapalenie stawów i kości) i zwyrodnienie stawów (formę artretyzmu, w której chrząstki stawowe między kośćmi ulegają stopniowej degeneracji, co powoduje ocieranie się kości w stawach).

Wpływ bólu na codzienne życie

Odczuwany ból może mieć istotny wpływ na jakość życia pacjenta. Zgodnie z najnowszą ankietą przeprowadzoną na obszarze Europy wśród osób, które doświadczają przewlekłego bólu, 60% pacjentów cierpi dodatkowo na zaburzenia snu, a 44% procent z powodu bólu ograniczyło aktywność fizyczną. Połowa biorących udział w ankiecie pacjentów uważa, że ból wpłynął na ich relacje z rodziną, a prawie jedna trzecia twierdzi, że czasami ból jest tak silny, że chcieliby umrzeć³

Wpływ przewlekłego bólu zaznacza się również w życiu zawodowym pacjentów. Blisko 500 milionów dni pracy zostaje straconych każdego roku z powodu przewlekłego bólu odczuwanego przez pracowników, co kosztuje europejską gospodarkę co najmniej 34 miliardy euro.¹ Dodatkowo jeden na pięciu pacjentów cierpiących wskutek przewlekłego bólu stracił pracę, a u podobnego odsetka osób zdiagnozowano spowodowaną bólem depresję.¹

Diagnoza i terapia bólu

Diagnoza bólu następuje po szczegółowej ocenie stanu pacjenta, zależnej od rodzaju odczuwanego bólu i faktu, czy oceny dokonuje lekarz 1-go kontaktu, specjalista, czy

przeprowadzana jest w klinice bólu. Lekarz może zastosować szereg testów i badań, by zrozumieć objawy, ich wpływ na pacjenta i odkryć możliwą przyczynę. Ocena bólu może odbyć się z wykorzystaniem skal bólu i kwestionariuszy w połączeniu z badaniem fizykalnym. Oprócz oceny samego bólu lekarz może czasami wykonać dodatkowe testy, aby ustalić przyczynę bólu. Testy te obejmują badanie krwi, prześwietlenie, tomografię komputerową, rezonans magnetyczny i badanie przewodnictwa nerwowego.

Według Międzynarodowego Towarzystwa Badania Bólu (IASP) istnieją mocne dowody na skuteczność interdyscyplinarnego podejścia do przewlekłego bólu. IASP zaleca, by interdyscyplinarne centra leczenia bólu oferowały pacjentom dostęp do specjalistów z różnych obszarów medycyny i opieki zdrowotnej, w tym lekarzy, pielęgniarek, psychologów i fizjoterapeutów. Ocena i terapia pacjenta powinny mieć wszechstronny charakter, by zagwarantować odpowiednie podejście do wszystkich biomedycznych i psychologicznych aspektów dolegliwości bólowych. Zaleca się również regularne gromadzenie danych na temat historii choroby i wyników leczonych pacjentów⁴

Leczenie bólu

Nadrzędnym celem leczenia przewlekłego bólu jest umożliwienie pacjentom prowadzenia pełnego i satysfakcjonującego życia w obliczu chronicznej choroby.

Istnieje szereg opcji leczenia osób cierpiących na przewlekły ból, w tym metody niefarmakologiczne, takie jak akupunktura i przezskórna elektryczna stymulacja nerwów (TENS), oraz farmakoterapia. W miarę jak poziom bólu rośnie, można zastosować różne rodzaje leków i dawek. Leczenie farmakologiczne obejmuje zastosowanie:

- leków przeciwbólowych dostępnych bez recepty, w tym niektórych niesteroidowych leków przeciwzapalnych, np. ibuprofenu,
- leków przeciwpadaczkowych i przeciwdepresyjnych,
- opioidowych leków przeciwbólowych, np. dihydrokodeiny, morfiny, oksykodonu.

Pomimo dostępności skutecznych metod leczenia najnowsze badania wykazały, że wielu pacjentów w Europie nie otrzymuje najlepszej możliwej terapii bólu. Ankieta przeprowadzona w ciągu roku wśród pacjentów cierpiących na przewlekły ból wykazała, że 95% wciąż odczuwa ból

na poziomie od średniego po silny, pomimo rocznego leczenia, a 19% twierdzi, że ból się pogarsza.³

Leki opioidowe

Leki opioidowe to rodzaj środków przeciwbólowych, ograniczających odczuwanie bólu w mózgu. Okazały się skuteczne w leczeniu wielu odmian bólu^{5,6}, cieszą się szeroką akceptacją i są stosowane zarówno przez lekarzy ogólnych, jak i specjalistów⁷

Słabe leki opioidowe, takie jak kodeina i dihydrokodeina, można stosować osobno lub w połączeniu z innymi lekami, takimi jak paracetamol. Jeśli słabe leki opioidowe nie pozwalają skutecznie kontrolować bólu, można dla lepszej kontroli wprowadzić silne leki opioidowe, takie jak morfina lub oksykodon. Silne leki opioidowe odgrywają kluczową rolę w leczeniu silnego, przewlekłego, nienowotworowego bólu, a odpowiednio stosowane pozwalają ograniczyć negatywny wpływ niekontrolowanego bólu na jakość życia pacjenta.^{1,7}

Choć wysoce skuteczne w kontrolowaniu bólu, leki opioidowe mogą powodować charakterystyczne zaparcia – tzw. zaparcia indukowane opioidami (opioid induced constipation – OIC).

Leki opioidowe i zaparcia wywołane lekami opioidowymi

Zaparcia indukowane opioidami to skutek uboczny, który dotyka do 90 procent pacjentów stosujących te leki⁸ Zaparcia charakteryzuje twardy stolec, oddawany rzadko i z wysiłkiem⁹ Zaparciom często towarzyszą inne skutki uboczne dotyczące czynności przewodu pokarmowego, takie jak ograniczone opróżnianie żołądka, skurcze jelit i wzdęcia. Wystąpienie zaparć może też wiązać się z mdłościami, wymiotami i refluksem żołądkowo-przełykowym (gdy sok żołądkowy przenika do przełyku).^{10,11}

Zaparcia OIC mogą stanowić poważny problem dla osób, które już cierpią z powodu choroby i przewlekłego bólu, i mieć znaczny wpływ na jakość życia i zdolność wykonywania codziennych czynności¹⁰ – czasami w takim stopniu, że pacjent musi całkowicie przerwać leczenie bólu.¹²

Choć w połączeniu z lekami opioidowymi można stosować środki przeczyszczające zapobiegające zaparciom, to jednak należy pamiętać iż środki te nie leczą przyczyny problemu¹⁰ a ich skuteczność często jest niewystarczająca – badania wykazały, że 54 procent pacjentów

leczonych na zaparcia w ponad połowie przypadków nie odczuwa wyraźnej ulgi po przyjęciu środków przeczyszczających.¹¹ Stąd ważne jest, by zagwarantować podjęcie odpowiednich kroków w celu zminimalizowania częstości występowania zaparcí u pacjentów, przy jednoczesnym utrzymaniu skutecznej kontroli bólu przy użyciu leków opioidowych.

Źródła

¹Pain in Europe: A Report. Dostępny na stronie:

http://www.paineurope.com/index.php?q=en/book_page/the_pain_in_europe_report

²Classification of Chronic Pain. Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms, wydanie drugie, 1994. Przygotowane przez grupę roboczą ds. taksonomii przy Międzynarodowym Towarzystwie Badania Bólu, redakcja: Harold Merskey, Nikolai Bogduk

³PainSTORY (Pain Study Tracking Ongoing Responses for a Year), wrzesień 2009

⁴Recommendations for Pain Treatment Services. Dostępne na stronie: http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Treatment_Facilities

⁵Kalso E, Edwards JE, Moore RA, McQuay HJ. Opioids in chronic non-cancer pain: systematic review of efficacy and safety. *Pain* 2004;112:372-380

⁶Quigley C. Clinical Review: The role of opioids in cancer pain. *BMJ* 2005;331:825-829

⁷White Paper on Opioids and Pain: A Pan-European Challenge'. The OPEN Minds Group, czerwiec 2005

⁸Yuan C-S. Handbook of opioid bowel syndrome. New York: Haworth Medical Press; 2005.pg.1

⁹McMillan SC. Assessing and managing opiate-induced constipation in adults with cancer. *Cancer Control*. 2004; 11:3-9

¹⁰Panchal S J et al. Opioid-induced bowel dysfunction: prevalence, pathophysiology and burden. *Int J Clin Pract*. 2007 July; 61(7): 1181-1187

¹¹Pappagallo M. Incidence, prevalence and management of opioid bowel dysfunction. *Am J Surg*. 2001 Nov; 182 (5A Suppl): 11S-18S

¹²Thorpe DM et al. Management of opioid-induced constipation. *Curr Pain headache Rep* 2001; 5: 237-240