

## FIZJOTERAPIA ZGODNA Z ZASADAMI EVIDENCE-BASED PRACTICE OMÓWIENIA MIĘDZYNARODOWYCH WYTYCZNYCH PRAKTYKI

### OMÓWIENIE WYTYCZNYCH PÓŁNOCNOAMERYKAŃSKIEGO TOWARZYSTWA KRĘGOSŁUPA W ZAKRESIE POSTĘPOWANIA MULTIDYSCYPLINARNEGO W LECZENIU KRĘGOSŁUPA

#### Dokument źródłowy:

Kreiner, D.S., Matz, P., Bono, C.M., Cho, C.H., Easa, J.E., Ghiselli, G., Ghogawala, Z., Reitman, C.A., Resnick, D.K., Watters, W.C. 3rd, Annaswamy, T.M., Baisden, J., Bartynski, W.S., Bess, S., Brewer, R.P., Cassidy, R.C., Cheng, D.S., Christie, S.D., Chutkan, N.B., Cohen, B.A., Dagenais, S., Enix, D.E., Dougherty, P., Golish, S.R., Gular, P., Hwang, S.W., Kilincer, C., King, J.A., Lipson, A.C., Lisi, A.J., Meagher, R.J., O'Toole, J.E., Park, P., Pekmezci, M., Perry, D.R., Prasad, R., Provenzano, D.A., Radcliff, K.E., Rahmathulla, G., Reinsel, T.E., Rich, R.L., Jr, Robbins, D.S., Rosolowski, K.A., Sembrano, J.N., Sharma, A.K., Stout, A.A., Taleghani, C.K., Tazzell, R.A., Trammell, T., Vorobeychik, Y., Yahiro, A.M. Evidence-Based Clinical Guidelines for Multidisciplinary Spine Care: Diagnosis & Treatment of Low Back Pain. *Spine J.* 2020 Jul;20(7):998-1024. doi: 10.1016/j.spinee.2020.04.006.

Rok publikacji: 2020

#### Autor omówienia:

**dr Zbigniew Wroński**

Warszawski Uniwersytet Medyczny, Wydział Medyczny, Zakład Rehabilitacji

#### PROBLEMATYKA I ADRESACI WYTYCZNYCH

#### Cel wytycznych

Omawiane wytyczne zostały opracowane przez *North American Spine Society* (NASS). Zostały przygotowane jako narzędzie edukacyjne, które ma pomóc lekarzom prowadzącym leczenie dorosłych pacjentów z niespecyficznym bólem dolnego odcinka kręgosłupa. Celem przygotowania wytycznych jest pomoc w zapewnieniu optymalnego, skutecznego leczenia i powrotu do sprawności funkcjonalnej po wystąpieniu niespecyficznego bólu pleców. To co trzeba podkreślić to zgodnie z zaleceniami autorów nie jest tu opisany standard opieki czy stały protokół leczenia. Autorzy zakładają, że część pacjentów będzie wymagała leczenia wykraczającego poza omawiane wytyczne. Czytelnicy nie znajdą w nich też zaleceń. Nie są to też wytyczne odnośnie do rodzaju, częstości lub czasu trwania interwencji. Według autorów leczenie powinno być zawsze dobrane do indywidualnych potrzeb pacjenta oraz oparte na profesjonalnym osądzie i doświadczeniu specjalisty medycznego.

#### Seria wydawnicza i źródło finansowania:

Opracowanie wytycznych w serii opracowań wytycznych praktyki publikowanych w ramach projektu *PRO-EBP Platforma promowania i upowszechniania praktyki zawodowej opartej na wiedzy naukowej PRO-EBP / A platform for the promotion and dissemination of professional practice based on scientific evidence*, dofinansowanego z Programu Społeczna Odpowiedzialność Nauki Ministra Edukacji i Nauki, umowa nr SONP/SP/461408/2020

Opracowanie w wolnym dostępie, opublikowane na <https://pro-ebp.awf-bp.edu.pl/>

Populacja pacjentów, do której odnoszą się niniejsze wytyczne, obejmuje osoby dorosłe (18 lat i więcej) z bólem dolnego odcinka kręgosłupa, definiowanym jako ból pochodzenia mięśniowo-szkieletowego, rozciągający się od najniższego żebra do fałdu pośladowego, który czasami może się rozszerzyć jako somatyczny ból referencyjny do uda (powyżej kolana).

NASS zazwyczaj pisze wytyczne kliniczne w oparciu o diagnozę. Ze względu na zapotrzebowanie i doświadczenie specjalistów NASS zajmujących się leczeniem kręgosłupa, NASS, w tym pojedynczym przypadku, zdecydował się zająć się bólem dolnej części pleców jako tematem ogólnym, a nie konkretną diagnozą lub kodem. Jako multidyscyplinarna organizacja zrzeszająca lekarzy zajmujących się leczeniem kręgosłupa, NASS miał wyjątkową pozycję, aby zapewnić specjalistyczną wiedzę i rzeczywistą perspektywę na wielodyscyplinarną opiekę nad kręgosłupem. Ważne jest, aby pamiętać, że "ból w dolnej części pleców" nie jest diagnozą w dziedzinie kręgosłupa, tak jak "ból w klatce piersiowej" w kardiologii, ale raczej uogólnioną skargą pacjenta, która może obejmować wiele różnych diagnoz.

Zalecenia zostały opracowane na podstawie określonej definicji, kryteriów włączenia/wyłączenia oraz wynikającej z nich literatury, z której wykluczono ból nogi poniżej kolana. Ból nóg został wykluczony w celu uwzględnienia leczenia niespecyficznego bólu dolnego odcinka kręgosłupa. Dla wielu sekcji, włączenie bólu nóg do poszukiwań literaturowych spowodowałoby włączenie wielu specyficznych przyczyn bólu pleców, w tym przepukliny dyskowej i kręgozmyku, co spowodowałoby, że skupienie się na niespecyficznym bólu pleców byłoby trudniejsze i mniej jasne. Bez uwzględnienia bólu kończyn dolnych, niniejsze wytyczne odnoszą się jedynie do podzbioru bólów dolnego odcinka kręgosłupa i opieki nad nimi. Zastosowane kryteria włączenia i wyłączenia spowodowały usunięcie wielu artykułów, które mogły mieć wpływ na ogólne zalecenia dotyczące konkretnego leczenia lub procedury. Ocena konkretnego zabiegu lub procedury w innych warunkach klinicznych wymagałaby oddzielnej oceny dowodów.

Jak podkreślają autorzy, **dokument opiera się na dowodach znanych w momencie dokonywania przeglądu literatury. Warto pamiętać, że dowody mogą być niekompletne, a zalecenia mogą ulec zmianie.**

W omawianych wytycznych nie omawiano tematu opioidów. Temu zagadnieniu będą prawdopodobnie w większym stopniu poświęcone kolejne wytyczne lub aktualizacja tu omawianych.

### TYP DOKUMENTU, METODY JEGO OPRACOWANIA

Poniższy dokument jest omówieniem najobszerniejszych wytycznych klinicznych, opracowanych przez NASS. Prace nad nimi trwały ponad cztery lata. Autorzy postawili 82 pytania kliniczne, a wyszukiwanie literatury zaowocowało przeglądem ponad 45 000 artykułów.

Mimo tej mrowczej pracy autorzy wytycznych podkreślają, że niniejszy dokument ma funkcjonować tylko jako wytyczne i nie powinien być wykorzystywany jako jedyny powód odmowy leczenia czy świadczenia usług.

Co warto podkreślić osoby opracowujące wytyczne musiały ukończyć szkolenie „NASS Fundamentals of Evidence-Based Medicine”. Miało to na celu ujednoczenie sposobu oceny literatury i opracowywania wytycznych.

Osoby przygotowujące wytyczne przeprowadziły wieloetapowy proces ich opracowywania. Do przygotowania dokumentu zaproszeni zostali członkowie Komitetu rozwoju wytycznych NASS jak również organizacje uczestniczące w „Spine Summit”. Zaproszono również przedstawicieli innych specjalności. W sumie w tym przedsięwzięciu wzięło udział 62 osób. Panel wytycznych składał się z siedmiu grup roboczych, w skład których wchodziło od 7 do 11 członków reprezentujących środowiska wielodyscyplinarne.

Według NASS wykorzystanie zespołów multidyscyplinarnych minimalizuje niezamierzone uprzedzenia w ocenie literatury i formułowaniu zaleceń.

Były również zbierane informacje od pacjentów (ankieta online). Wykorzystano do tego celu portale społecznościowe i grupy wsparcia pacjentów.

Pytania kliniczne przygotowywane przez ekspertów były opracowywane zgodnie z formułą „PICO”.

„PICO” służy do opracowywania pytań klinicznych, które zawierają wszystkie elementy niezbędne do stworzenia przeglądu publikacji. Poszczególne litery odpowiadają: "P" – pacjent/problem; "I" – oceniana interwencja (procedura, terapia, test diagnostyczny, itp.); "C" – porównanie (komparator, kontrola) i "O" – efekt / skutek interwencji / ekspozycji.

Projekt listy pytań klinicznych był konsultowany publicznie i ostatecznie przesłany do dalszej recenzji.

W celu zapewnienia dokładnego przeszukiwania literatury, NASS ustanowił Protokół Przeszukiwania Literatury (załącznik do omawianych wytycznych, dostępny wraz z dokumentem źródłowym). Członkowie grupy roboczej dokonali przeglądu wszystkich streszczeń uzyskanych w wyniku wyszukiwania literatury i zidentyfikowali literaturę, którą będą przeglądać w celu odpowiedzi na pytania kliniczne. Dwóch lub więcej członków grupy roboczej dokonało przeglądu każdego wybranego artykułu i niezależnie przypisało punkty, stosując poziomy dowodów NASS. Wszelkie rozbieżności w punktacji zostały uwzględnione przez dwóch lub więcej recenzentów.

Konsensus ekspertów (sformułowanie rekomendacji w oparciu o konsensus, a nie w oparciu o dane z badań) został uwzględniony tylko wtedy, gdy dowody poziomu I-IV były niewystarczające, a grupa robocza uznała, że zalecenie jest uzasadnione.

Projekt wytycznych był weryfikowany wewnętrznie i zewnętrznie. Po zatwierdzeniu przez Zarząd NASS, wytyczne zostały przeznaczone do publikacji.

Praca nad rozwojem wytycznych będzie kontynuowana. Autorzy zapewniają, że zalecenia zawarte w wytycznych będą co pięć lat poddawane przeglądowi. Ewentualne zmiany będą wprowadzane przez multidyscyplinarny zespół, przeszkolony w zakresie EBM, po zapoznaniu się z nowym piśmiennictwem. Jeśli wytyczne nie będą aktualizowane, mają być wycofane.

### SPOSÓB KORZYSTANIA Z OMÓWIENIA *(jak czytać)*

**Wytyczne nie są sztywnym protokołem postępowania. Niektórzy pacjenci mogą wymagać mniej lub bardziej intensywnej terapii i różnych interwencji diagnostycznych.**

**Pacjenci włączeni do badań naukowych, na których oparto wytyczne, mogą różnić się od pacjentów, u których prowadzi się terapię.**

**Zgodnie z zasadami Evidence-Based Practice, należy łączyć wiedzę z badań naukowych i wytycznych z oceną kliniczną i wnioskowaniem w konkretnym kontekście i okolicznościach i uwzględniać preferencje i oczekiwania konkretnych pacjentów.**

Omówienie nie odbiega przekazem od dokumentu źródłowego, natomiast zostało opracowane z uwzględnieniem polskiego kontekstu, w tym kwestii terminologii i językowych, a także z wykorzystaniem odwołań do innych opracowań w ramach projektu. Autor omówienia zwrócił uwagę na aspekty szczególnie istotne w implementacji i popularyzacji korzystania z nowoczesnych wytycznych praktyki, w tym zwłaszcza dotyczących formułowania rekomendacji – ich siły, kierunku i pewności, a także zasadniczego znaczenia opierania rekomendacji na dowodach z najbardziej adekwatnych i wiarygodnych badań oraz uwzględniania kontekstu, preferencji pacjentów i podejmowania wspólnych decyzji oraz pracy w zespole terapeutycznym, wraz z pacjentem, tak jak to uczynili Autorzy omawianych wytycznych.

*Jako że autorzy omawianych wytycznych w określony sposób rozumieli pewne zagadnienia medyczne wydaje się wskazane przybliżyć ich definicje:*

W całym tekście wytycznych to, co tradycyjnie określano mianem leczenia "nieoperacyjnego", "niechirurgicznego" lub "zachowawczego", obecnie określa się mianem "leczenia medycznego / interwencyjnego".

Termin "medyczne / interwencyjne" obejmuje leczenie farmakologiczne (też iniekcje), fizjoterapię (trening fizyczny, terapię manualną, fizykoterapię) jak i różne inne rodzaje bodźców zewnętrznych.

Ostry ból dolnego odcinka kręgosłupa: W ciągu pierwszych 6 tygodni od wystąpienia aktualnego epizodu LBP<sup>1</sup>.  
Przewlekły ból dolnego odcinka kręgosłupa: Objawy aktualnego epizodu LBP obecne przez ponad 12 tygodni.

Program ćwiczeń ogólnousprawniających: Program ćwiczeń nie koncentrujący się na określonych grupach mięśniowych; z definicji celem jest poprawa ogólnej sprawności fizycznej pacjenta poprzez połączenie ćwiczeń aerobowych z rozciąganiem/wzmacnianiem wszystkich głównych grup mięśniowych.

<sup>1</sup>Sam termin LBP, low back pain, ma różne tłumaczenia i spotyka się różne określenia tego problemu zdrowotnego (np. bóle pleców, ból L-S; tradycyjnym polskim terminem jest „ból krzyża” (por. prof. Artur Dziak); w przedstawionym opracowaniu pozostawiamy (zrozumiałe i hasłowe) LBP.

Ćwiczenia stabilizujące odcinek lędźwiowy: Skoncentrowane na wzmacnianiu określonych mięśni, które bezpośrednio lub pośrednio kontrolują funkcję stawów kręgosłupa, zwłaszcza grup mięśni brzucha, pośladków i prostowników kręgosłupa.

Leczenie medyczne / interwencyjne: Termin leczenie medyczne / interwencyjne jest używany zamiast terminu "leczenie nieoperacyjne", "zachowawcze" lub "niechirurgiczne". Obejmuje leczenie farmakologiczne (też iniekcje), fizjoterapię (trening fizyczny, terapię manualną, fizykoterapię) jak i różne inne rodzaje bodźców zewnętrznych.

Niespecyficzny ból dolnego odcinka kręgosłupa: Ból, w którym nie można zidentyfikować specyficznej przyczyny lub struktury, która mogłaby być odpowiedzialna za odczuwane przez pacjenta objawy.

Radikulopatia: Dysfunkcja korzenia nerwowego związana z bólem, zaburzeniami czucia, osłabieniem lub zmniejszeniem głębokich odruchów ścięgnistych w obrębie korzenia nerwowego.

Nawracający ból dolnej części pleców: Objawy występujące rzadziej niż 1/2 dni w roku, występujące w wielu epizodach.

Rwa kulszowa: Ból promieniujący w dół nogi poniżej kolana w dystrybucji nerwu kulszowego, sugerujący uszkodzenie korzenia nerwowego z powodu mechanicznego ucisku lub zapalenia. Rwa kulszowa jest najczęstszym objawem radikulopatii lędźwiowej.

Specyficzny ból dolnej części pleców: Ból, który może być powiązany z zaburzeniem, chorobą, infekcją, urazem, traumą lub deformacją strukturalną. Można znaleźć potencjalny związek przyczynowy pomiędzy diagnozą a bólem. Terapia manualna kręgosłupa (OMT): OMT definiuje się jako ortopedyczne leczenie manualne kręgosłupa, terapię manualną, mobilizację i manipulację o dużej prędkości.

Podostry ból dolnego odcinka kręgosłupa: Objawy obecnego epizodu LBP obecne przez 6-12 tygodni.

Choroby trzewne powodujące ból pleców: Ból wtórny wynikający z chorób trzewi. Przykłady: endometrioza, zapalenie gruczołu krokowego, tętniak aorty.

Czerwone Flagi dla kręgosłupa lędźwiowego.

W historii podczas wywiadu:

- » Nowotwór;
- » Niewyjaśniona utrata wagi;
- » Immunosupresja;
- » Dożylne przyjmowanie narkotyków;
- » Zakażenie dróg moczowych;
- » Gorączka;
- » Poważny uraz (w odniesieniu do wieku);
- » Nietrzymanie moczu lub stolca;
- » Zatrzymanie moczu (z nietrzymaniem moczu z przepełnienia).

Podczas badania fizykalnego:

- » Znieczulenie siodła;
- » Utrata napięcia zwieraczy odbytu;
- » Duże osłabienie ruchowe kończyn dolnych;
- » Gorączka;
- » Zmiany neurologiczne utrzymujące się dłużej niż jeden miesiąc lub stopniowo nasilające się.

**KRYTERIA FORMUŁOWANIA WYTYCZNYCH** (*jak czytać*)

Poziomy dowodów dla głównego pytania badawczego przyjęte przez North American Spine Society, styczeń 2005 r.





Typy badań:

| Poziom     | Badania leczenia<br>Ocena wyników leczenia   | Badania Prognostyczne<br>Badanie cech pacjenta wpływających na wynik choroby  | Badania diagnostyczne<br>Ocena testów diagnostycznych  | Ekonomiczna analiza decyzji<br>Opracowywanie modelu decyzyjnego lub ekonomicznego  |
|------------|--|---|--|--|
| I poziom   | Wysokiej jakości badanie randomizowane z istotną statystycznie różnicą lub brak istotnej statystycznie różnicy, ale wąskie przedziały ufności<br><br>Przegląd systematyczny badań RCT poziomu I (i wyniki badań były jednorodne)     | Wysokiej jakości badanie prospektywne (wszyscy pacjenci zostali włączeni do badania w tym samym momencie choroby, z $\geq 80\%$ obserwacji pacjentów – follow up)<br><br>Przegląd systematyczny badań poziomu I                                   | Testowanie wcześniej opracowanych kryteriów diagnostycznych na kolejnych pacjentach (z powszechnie stosowanym referencyjnym "złotym" standardem)<br><br>Przegląd systematyczny badań poziomu I | Rozsądne koszty i alternatywy; wartości uzyskane z wielu badań; z wielokierunkowymi analizami wrażliwości<br><br>Przegląd systematyczny badań poziomu I                                  |
| II poziom  | RCT gorszej jakości (np. $< 80\%$ czasu obserwacji, brak zaślepienia lub niewłaściwa randomizacja)<br><br>Prospektywne badanie porównawcze<br><br>Przegląd systematyczny badań poziomu II lub badań poziomu I o niespójnych wynikach | Badanie retrospektywne<br><br>Nieleczone grupy kontrolne z RCT<br><br>Badanie prospektywne o niższej jakości (np. pacjenci włączeni do badania w różnych momentach choroby lub $<80\%$ obserwacji)<br><br>Przegląd systematyczny badań poziomu II | Opracowanie kryteriów diagnostycznych dla kolejnych pacjentów (z powszechnie stosowanym "złotym" standardem referencyjnym)<br><br>Przegląd systematyczny badań poziomu II                      | Rozsądne koszty i rozwiązania alternatywne; wartości uzyskane na podstawie ograniczonych badań; z wielokierunkowymi analizami wrażliwości<br><br>Przegląd systematyczny badań poziomu II |
| III poziom | Badanie kliniczno-kontrolne<br><br>Retrospektywne badania porównawcze<br><br>Przegląd systematyczny badań poziomu III  | Badanie kliniczno-kontrolne   | Badanie z udziałem niekolejnych pacjentów; bez konsekwentnie stosowanego "złotego" standardu odniesienia<br><br>Przegląd systematyczny badań poziomu III                                       | Analizy oparte na ograniczonych alternatywach i kosztach; oraz słabe szacunki<br><br>Przegląd systematyczny badań poziomu III  |
| IV poziom  | Serie przypadków   | Serie przypadków  | Badanie kliniczno-kontrolne<br><br>Słaby standard odniesienia  | Analizy bez analiz wrażliwości   |
| V poziom   | Opinie ekspertów   | Opinie ekspertów  | Opinia eksperta  | Opinia eksperta  |





RCT – eksperyment kontrolowany / kontrolowane badanie randomizowane.



**Stopnie rekomendacji przyjęte przez North American Spine Society, styczeń 2005 r.:**

| Siła rekomendacji   | Definicja  |
|---|--|
|  | Dobre dowody (badania poziomu I o spójnych wynikach) za lub przeciw zaleceniu interwencji.                                     |
|  | Dobre dowody (badania poziomu II lub III ze spójnymi wynikami) przemawiające za zaleceniem lub przeciw zaleceniu interwencji.  |
|  | Słaba jakość dowodów (badania poziomu IV lub V) przemawiających za zaleceniem lub przeciw zaleceniu interwencji.               |
|  | Istnieją niewystarczające lub sprzeczne dowody, które nie pozwalają na sformułowanie rekomendacji dla lub przeciw interwencji. |

**Powiązanie poziomów dowodów naukowych ze siłą rekomendacji zaleceń:**

| Siła rekomendacji | Symbol   | Definicja   |
|-------------------|--|---|
| A                 |  Zalecane   | Dwa lub więcej spójnych badań poziomu I   |
| B                 |  Sugerowane   | Jedno badanie poziomu I z dodatkowymi wspomagającymi badaniami poziomu II lub III |
| C                 |  Można rozważyć jako opcja  | Jedno badanie poziomu I, II, III lub IV z uzupełniającymi badaniami poziomu IV    |
| I                 |  Niewystarczające lub sprzeczne dowody, żeby zalecać lub ograniczać interwencję | Pojedyncze badanie poziomu I, II, III lub IV bez innych dowodów potwierdzających  |

Ważne: poziomy dowodów i stopnie rekomendacji nie oznaczają / nie określają kierunku rekomendacji. Przykładowo, rekomendacja „A” może oznaczać zalecane stosowanie danej interwencji albo zalecane niestosowanie danej interwencji albo zalecane wycofanie danej interwencji (np. są silne i spójne dowody, że dana interwencja jest nieskuteczna albo jest potencjalnie szkodliwa / niebezpieczna, albo nieefektywna kosztowo, w porównaniu do innych interwencji o porównywalnej skuteczności i porównywalnym bezpieczeństwie stosowania).

Proszę zobaczyć zalecenia dotyczące zimna/ ciepła, ultradźwięków oraz TENS (kolejny rozdział – tabela): przykład rekomendacji, aby stosować, aby nie stosować i braku jednoznacznych rekomendacji z powodu rozbieżnych dowodów z badań (ważna jest też siła rekomendacji w każdym z tych przypadków).

## TREŚĆ WYTYCZNYCH

## Podsumowanie wytycznych NASS w zakresie postępowania multidyscyplinarnego w leczeniu kręgosłupa (2020).

| Pytanie kliniczne   | Siła rekomendacji | Charakterystyka  |
|---|-------------------|--|
| <b>Diagnoza</b>   |                   |  |
| Czy u chorych z LBP, znajdziemy w wywiadzie lub w badaniu fizykalnym, informacje, wskazujące na strukturę powodującą ból i kierunkujące leczenie?                           | ●○○○○             | Nie ma wystarczających dowodów, aby sformułować zalecenie dotyczące oceny ruchomości kości biodrowych czy krzyżowych do oceny bólu stawu krzyżowo-biodrowego.                  |
| a. Trzon kręgu<br>b. Krążek międzykręgowy<br>c. Stawy międzywyrostkowe<br>d. Elementy tylne<br>e. Staw krzyżowo-biodrowy<br>f. Mięsień/ścięgno<br>g. Sensytyzacja centralna | ●○○○○             | Nie ma wystarczających dowodów, aby sformułować rekomendację za lub przeciw zastosowaniu zastrzyku diagnostycznego do lokalizacji bólu.  |
|   | ●○○○○             | Nie ma wystarczających dowodów, aby sformułować zalecenie dotyczące oceny centralizacji lub peryferyzacji w celu przewidywania wyników dyskografii.                            |
| Czy u pacjentów z LBP znajdziemy w wywiadzie lub w badaniu fizykalnym, informacje wskazujące na możliwość wystąpienia nawrotu LBP?  | ●○○○○             | Nie ma wystarczających dowodów wskazujących na to, że wskaźnik BMI jest potencjalnym czynnikiem wskazującym na możliwość nawrotu LBP.  |
|   | ●●●○○             | Sugeruje się, że występowanie bólu pleców w historii jest potencjalnym czynnikiem predykcyjnym kolejnego nawrotu LBP.  |
| Czy u pacjentów z ostrym LBP w wywiadzie lub badaniu fizykalnym można przewidzieć, że epizod ustąpi w ciągu jednego miesiąca?   | ●●●○○             | Zaleca się ocenę czynników psychospołecznych i czynników występujących w miejscu pracy podczas udzielania porad dotyczących ryzyka przejścia ostrego bólu pleców w przewlekły. |
|   | ●●●○○             | Zaleca się stosowanie czynników psychospołecznych jako czynników prognostycznych dla powrotu do pracy po epizodzie ostrego bólu dolnego odcinka kręgosłupa.                    |
| Jakie są cechy pacjenta, które zwiększają lub zmniejszają ryzyko rozwoju przewlekłego LBP po ostrym epizodzie?  | ●●●○○             | Zaleca się wykorzystanie nasilenia bólu i niesprawności funkcjonalnej do określania ryzyka przejścia z ostrego do przewlekłego bólu pleców.                                    |
| Czy ocena psychologiczna pomaga w identyfikacji pacjentów z LBP, u których istnieje ryzyko rozwoju przewlekłego bólu lub niepełnosprawności?                                | ●●●○○             | Sugeruje się, aby wcześniejsze epizody LBP były traktowane jako czynnik prognostyczny przejścia ostrego do przewlekłego LBP.   |
|   | ●○○○○             | Nie ma wystarczających dowodów na ocenę jakości snu jako zmiennej prognostycznej pozwalającej przewidzieć powrót do zdrowia po ostrym LBP.                                     |

Grupa robocza oceniała te pytania łącznie, ponieważ ogromna większość literatury oceniającej przejście od bólu ostrego do przewlekłego łączyła w modelach predykcyjnych różne dane demograficzne, społeczne, psychologiczne i wyniki badania fizykalnego.



Brak wystarczających dowodów, aby sformułować zalecenie dotyczące uwzględniania palenia tytoniu i/lub otyłości jako czynników prognostycznych konwersji z ostrego do przewlekłego bólu dolnego odcinka kręgosłupa.

### Medycyna fizykalna i rehabilitacja

Jaka jest skuteczność poniższych działań u chorych leczonych z powodu LBP w skróceniu czasu trwania bólu, zmniejszeniu intensywności bólu, zwiększeniu wyników funkcjonalnych i poprawie stanu powrotu do pracy w porównaniu z historią naturalną plus lub minus leki?  
Stan:  
Ostry vs podostry vs przewlekły?



W porównaniu z ogólną opieką medyczną, fizykoterapią, czy prostymi ulotkami, leczenie oparte o szkołę pleców zapewnia poprawę w zakresie bólu i funkcjonowania, w 6-12 miesięcznej obserwacji w przewlekłym LBP.



Nie ma wystarczających dowodów na to, że wyniki domowego programu ćwiczeń są inne niż w przypadku braku opieki.



Nie ma wystarczających dowodów na to, że program ćwiczeń McKenziego stosowany we własnym zakresie w ostrym bólu dolnego odcinka kręgosłupa daje inne wyniki niż zwykła opieka medyczna.

Edukacja pacjenta i program samodzielnych ćwiczeń



Nie ma wystarczających dowodów na to, że monitorowany program ćwiczeń z użyciem krokomierza i informacją zwrotną przez Internet zapewnia poprawę w porównaniu z samym instruktązem.

Zimno, ciepło



Sugeruje się, że zastosowanie ciepła w ostrym bólu dolnego odcinka kręgosłupa powoduje krótkotrwałą poprawę w zakresie odczuwania bólu.



Sugeruje się, że ultradźwięki nie poprawiają wyników funkcjonalnych u pacjentów z przewlekłym LBP.

Ultradźwięki



Istnieją sprzeczne dowody na to, że ultradźwięki przynoszą natychmiastową ulgę w bólu u pacjentów z przewlekłym LBP.

TENS



Istnieją sprzeczne dowody na to, że przezskórna elektryczna stymulacja nerwów (TENS) powoduje poprawę w zakresie bólu lub funkcji w krótko- i średnioterminowej obserwacji.

Laser / LLLT (przezskórna stymulacja w celu modulacji bólu)



Akupunktura laserowa nie zapewnia krótko- lub średnioterminowych korzyści w porównaniu z pozorowanym leczeniem u pacjentów z przewlekłym LP.



|   |   |   |
|---|---|---|
| Laser / LLLT (przezskórna stymulacja w celu modulacji bólu) |    | Sugeruje się, że połączenie laseroterapii (nisko lub wysoko energetycznej) z ćwiczeniami fizycznymi zapewnia lepsze krótkoterminowe złagodzenie bólu niż same ćwiczenia lub laseroterapia.        |
|   |    | Istnieją sprzeczne dowody na to, że połączenie laseroterapii z ćwiczeniami zapewnia lepszą krótkoterminową poprawę funkcjonowania w porównaniu z ćwiczeniami lub samą laseroterapią.              |
|   |    | Sugeruje się, że nie ma krótkoterminowych korzyści z laseroterapii (nisko lub wysoko energetyczne) w porównaniu z samymi ćwiczeniami.   |
| Trakcja   |    | U pacjentów z podostrym lub przewlekłym LBP nie zaleca się stosowania trakcji w celu uzyskania istotnej klinicznie poprawy w zakresie bólu lub funkcji.   |
| Suche igłowanie   |    | Nie ma wystarczających dowodów przemawiających za lub przeciw stosowaniu suchego igłowania jako metody leczenia chorych z przewlekłym LBP.  |
| Akupunktura   |    | U pacjentów z LBP istnieją sprzeczne dowody na to, że akupunktura zapewnia poprawę w zakresie bólu i funkcjonowania w porównaniu z akupunkturą pozorowaną.  |
|   |  | U chorych z przewlekłym LBP zaleca się dodanie akupunktury do zwykłej opieki medycznej w celu uzyskania krótkotrwałej poprawy w zakresie bólu i funkcjonowania w porównaniu z samą zwykłą opieką. |
|   |  | Nie ma wystarczających dowodów, aby wyciągnąć wnioski dotyczące porównawczej skuteczności technik akupunktury.  |
| Elektryczna stymulacja (NMES)                               |  | W wyniku systematycznego przeglądu piśmiennictwa nie znaleziono badań, które odpowiedziałyby na to pytanie.   |
| Ortezy (pasy lędźwiowe, krzyżowe)                           |  | Istnieją sprzeczne dowody na to, że stosowanie ortez powoduje poprawę w zakresie bólu i funkcji u pacjentów z podostrym bólem dolnego odcinka kręgosłupa.   |
|   |  | U pacjentów z ostrym lub przewlekłym LBP terapia OMT jest opcją poprawiającą ból i funkcjonowanie.  |
| OMT (Ortopedyczna Terapia Manualna)                         |  | U pacjentów z ostrym LBP terapia OMT daje podobne wyniki jak brak leczenia, leki lub inne metody. Okresowo krótkotrwała poprawa jest statystycznie lepsza, ale znaczenie kliniczne jest niepewne. |
|   |  | W przypadku pacjentów z przewlekłym LBP istnieją sprzeczne dowody na to, że wyniki terapii OMT są klinicznie odmienne od wyników braku leczenia, stosowania leków lub innych metod.               |

|  |                                      |  |
|--|--------------------------------------|--|
| <p>Ćwiczenia / fizjoterapia vs lub plus masaż</p>  | <p>○○○○</p> <p>○○○○○</p> <p>○○○○</p> | <p>Nie ma wystarczających dowodów, aby określić skuteczność akupresury w porównaniu ze standardową fizjoterapią.</p> <p>W dłuższej perspektywie czasowej sugeruje się, że dodanie masażu do programu ćwiczeń nie przynosi korzyści w porównaniu z samym programem ćwiczeń.</p> <p>Nie ma wystarczających dowodów na to, że dodanie masażu do programu ćwiczeń przynosi krótkotrwałą ulgę w bólu.</p> |
| <p>Ćwiczenia aktywnej stabilizacji</p>   | <p>○○○○</p>                          | <p>Brak wystarczających dowodów, aby sformułować zalecenie dotyczące stosowania lub niestosowania stabilizacji lędźwiowej u pacjentów z przewlekłym bólem w dolnej części pleców.</p>  |
| <p>Ćwiczenia McKenzie (obejmują preferencje kierunkowe, centralizację oraz mechaniczną diagnostykę i terapię – MDT)</p>  | <p>○○○○○</p>                         | <p>Metoda McKenzie jest jedną z opcji leczenia przewlekłego LBP.</p>   |
|  | <p>○○○○</p>                          | <p>Nie ma wystarczających dowodów na to, że metoda McKenziego daje inne wyniki w porównaniu z dynamicznym programem wzmacniającym w leczeniu przewlekłego LBP.</p>   |
|  | <p>○○○○</p>                          | <p>Nie ma wystarczających dowodów na to, że metoda McKenziego jest lepsza lub gorsza od szkoły pleców w leczeniu przewlekłego LBP.</p>   |
| <p>Joga</p>  | <p>○○○○○</p>                         | <p>Sugeruje się, że u pacjentów z łagodnym przewlekłym bólem dolnego odcinka kręgosłupa joga może przynieść średnioterminową poprawę w zakresie bólu i funkcjonowania w porównaniu do zwykłej opieki, chociaż poprawa ta nie ma znaczenia klinicznego ze względu na niski wyjściowy poziom bólu/niepełnosprawności.</p>  |
| <p>Aerobik / ćwiczenia fitness</p>   | <p>○○○○○</p>                         | <p>Ćwiczenia są zalecane w celu zmniejszenia bólu, niepełnosprawności i zdrowia psychicznego u pacjentów z niespecyficznym LBP w obserwacji krótkoterminowej.</p>  |
|  | <p>○○○○</p>                          | <p>Nie ma wystarczających dowodów na to, że ćwiczenia poprawiają ból, niepełnosprawność i zdrowie psychiczne u pacjentów z niespecyficznym LBP w obserwacji długoterminowej.</p>   |
| <p>U pacjentów leczonych z powodu LBP, jaki jest odpowiedni moment, częstotliwość i czas trwania leczenia?<br/>W stanie ostrym vs. podostrym vs. przewlekłym.<br/>Edukacja pacjenta i samodzielny program ćwiczeń, ciepło, zimno, ultradźwięki, TENS, stymulacja laserowa, trakcja, suche igłowanie, akupunktura, stymulacja elektryczna, orteza L/S, ćwiczenia / fizjoterapia vs lub plus masaż, ćwiczenia aktywnej stabilizacji, ćwiczenia McKenzie, joga, aerobik</p> |                                      | <p>W przeglądzie systematycznym piśmiennictwa nie znaleziono badań, które mogłyby adekwatnie odpowiedzieć na to pytanie.</p>   |
| <p>OMT (Ortopedyczna Terapia Manualna)</p>   | <p>○○○○</p>                          | <p>Nie ma wystarczających dowodów, aby stwierdzić, czy 12 do 18 wizyt terapii manualnej kręgosłupa (OMT) daje lepsze wyniki niż 6 wizyt w leczeniu LBP.</p>  |

## KOMENTARZ EKSPERCKI

Omawiane wytyczne, przygotowane przez Północno Amerykańskie Towarzystwo Kręgosłupa (NASS), to obszerny i ciekawy dokument. Sama metodologia przygotowania pracy ukazuje niezwykle nowoczesny i wysoki poziom założeń, warsztatu metodycznego oraz zaangażowania autorów. Na ponad 200 stronach przedstawiono aktualny stan wiedzy na temat leczenia bólów kręgosłupa (ostatnie poprawki przed publikacją złożone zostały w sierpniu 2019).

Dokument jest wartościowy z kilku powodów. Na początek, niezwykle ważne jest zwrócenie uwagi na olbrzymi problem kliniczny jakim jest tzw. niespecyficzny ból dolnego odcinka kręgosłupa (Low Back Pain – LBP). Autorzy sami podkreślają, że ich wybór nie jest typowy. W tym opracowaniu nie skupiają się na diagnozie, mimo że są lekarzami, a raczej na objawach. Wiąże się to z populacją włączoną do badania. Świadczy także o nowoczesnym podejściu – skupionym na pacjencie (patient-centred care) i eksponującym podejście holistyczne i wielodyscyplinarne, opierającym się raczej na problemie zdrowotnym, a nie samym rozpoznaniu. Koresponduje z Międzynarodową Klasyfikacją Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF), a nie jedynie z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Innych Problemów Zdrowotnych (ICD). Są to osoby po 18 roku życia z bólem między dolnymi żebrami a fałdem pośladkowym z ewentualnym bólem rzutowanym do kolana. W praktyce klinicznej to zdecydowana większość pacjentów z bólem pleców. Potwierdzają to badania, pokazujące, że jest ich grubo ponad 80% (reszta to urazy, konkretne choroby/diagnozy).

Oznacza to tak naprawdę, że amerykańskie środowisko lekarskie akceptuje fakt, że w większości przypadków nie wie, dlaczego pacjentów bolą plecy. Jeżeli nie znamy przyczyny leczymy objawowo, staramy się zmniejszyć problemy pacjentów. Najczęściej zgłaszanym problemem jest ból i ograniczenia funkcjonalne i pod tym kątem oceniana jest skuteczność różnych metod leczenia. Co warto podkreślić i na co zwracają uwagę autorzy, tak naprawdę nie oceniają Oni skuteczności poszczególnych metod leczenia a dostępną wiedzę z artykułów naukowych na ich temat. To niezwykle istotna różnica. Takie podejście świadczy także o wysokim naukowym poziomie tego dokumentu – o respektowaniu zasady, że brak dowodów działania / efektywności / bezpieczeństwa interwencji nie jest dowodem braku ich działania (pozorna naukowa niepewność – ‘Absence of evidence is not evidence of absence’).

W tym omówieniu zawarłem tylko skrót przedstawionych rekomendacji i szczerze namawiam na spojrzenie na cały dokument. Nawet jednak te wybrane, dotyczące w większym stopniu sposobów leczenia przez fizjoterapeutę, satysfakcjonują mnie w umiarkowanym stopniu. Proszę zwrócić uwagę, że tak naprawdę nie umiemy jednoznacznie określić co jest przyczyną bólu pleców (str. 9 niniejszego opracowania) co dość jednoznacznie wyjaśnia, dlaczego aż 80% pacjentów diagnozujemy jako niespecyficzny ból pleców. Jeżeli chodzi o leczenie nie jest lepiej. Nie ma zgody czy jednoznacznych badań określających zasady leczenia. Wiemy już, że czynniki psychospołeczne mają olbrzymi wpływ na ryzyko pojawienia się bólu przewlekłego, ale jak ograniczyć ten proces na dziś jednoznacznie nie wiemy. Większość działań z zakresu fizykoterapii nie wykazuje skuteczności w badaniach naukowych, ale terapia aktywna nie jest przesadnie lepiej przebadana. Jako że nie jesteśmy pewni co skuteczności wielu metod leczenia, tym bardziej nie wiemy w jakiej dawce powinniśmy stosować środki lecznicze (końcówka przedstawionej tabeli).

Czy należy się tym przejmować? Sami autorzy twierdzą, że nie, że ich wytyczne mają wskazywać tylko kierunek, ale nie mają być podstawą do rezygnacji z jakiejś formy leczenia. Każdy pacjent powinien być zbadany a leczenie powinno być dostosowane do jego potrzeb. Cykliczna ocena efektów będzie pokazywała, czy leczenie idzie w dobrym kierunku czy należy je zmienić. Mają też nadzieję, że nowe badania poszerzą naszą wiedzę w zakresie diagnozowania i leczenia LBP.

Autorzy nie zapominają o sytuacjach niebezpiecznych / czerwonych flagach. Zwracają na te objawy uwagę (z wywiadu i badania fizykalnego), jako że powinny być niezwłocznie diagnozowane w celu wykluczenia poważnych patologii. To niezwykle ważne dla nas fizjoterapeutów, szczególnie że od kilku lat możemy oficjalnie przyjmować pacjentów w tzw. pierwszym kontakcie.

Podsumowując, w mojej opinii są to niezwykle wartościowe wytyczne, które mam nadzieję otworzą oczy osobom którym wydaje się, że wiedzą co się dzieje w kręgosłupie.

Niniejsze omówienie dedykuję wszystkim młodym naukowcom (też magistrantom) szukającym pomysłów na badania.