



Ministerstwo Nauki  
i Szkolnictwa Wyższego

A PLATFORM FOR THE PROMOTION AND DISSEMINATION OF PROFESSIONAL PRACTICE BASED ON SCIENTIFIC EVIDENCE

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

# OMÓWIENIE WYTYCZNYCH PRAKTYKI KLINICZNEJ AMERYKAŃSKIEGO TOWARZYSTWA FIZJOTERAPII POSTĘPOWANIA FIZJOTERAPEUTYCZNEGO W LECZENIU OSTREGO I PRZEWLEKŁEGO BÓLU PLECÓW: KOREKTA

### Dokument źródłowy:

George, S.Z., Fritz, J.M., Silfies, S.P., Schneider, M.J., Beneciuk, J.M., Lentz, T.A., Gilliam, J.R., Hendren, S., Norman, K.S. Interventions for the Management of Acute and Chronic Low Back Pain: Revision 2021. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2021 Nov;51(11):CPG1-CPG60. doi: 10.2519/jospt.2021.0304. PMID: 34719942.

Rok publikacji: 2021

### Autor omówienia:

**dr Zbigniew Wroński**

Warszawski Uniwersytet Medyczny, Wydział Medyczny, Zakład Rehabilitacji

## PROBLEMATYKA I ADRESACI WYTYCZNYCH

Ból dolnej części kręgosłupa zwany też w Polsce bólem krzyża czy bólem lędźwiowym (w literaturze międzynarodowej jako *low back pain* – LBP) jest powszechnie występującym problemem i zasadniczą przyczyną niepełnosprawności. Dla uproszczenia, w opracowaniu przyjęto znane i rozpoznawane określenie LBP.

W Stanach Zjednoczonych LBP pozostaje jednym z najczęstszych powodów szukania pomocy w ośrodkach zdrowia. Przypadki chirurgiczne są kosztowne w leczeniu, ale większość kosztów leczenia LBP pochłaniają przypadki nieoperacyjne. Co niepokojące koszty leczenia LBP rosną szybciej niż ogólne koszty leczenia, a skuteczność stosowanych metod leczniczych nie jest społecznie zadowalająca. Badania populacyjne wskazują na wzrost ilości przypadków przewlekłego LBP pomimo wzrastających wydatków na jego leczenie. W 2018 r. opublikowano w „Lancecie” serię artykułów, które zwracały uwagę na potrzebę poprawy jakości leczenia operacyjnego i nieoperacyjnego LBP. Autorzy zwracali uwagę na **potrzebę ujednoczenia metod leczenia LBP, w oparciu o wytyczne kliniczne przygotowywane na podstawie dostępnej wiedzy naukowej.**

Pierwszą wersję wytycznych dotyczących leczenia LBP opracowanych przez Amerykańskie Towarzystwo Fizjoterapii wydano w 2012 roku. Od tego czasu opublikowano wiele dodatkowych zaleceń dotyczących LBP, a piśmiennictwo dotyczące LBP znacznie się powiększyło. Obecnie mamy już szereg spójnych zaleceń dotyczących diagnostyki czy diagnostyki różnicowej LBP, natomiast **zalecenia odnośnie leczenia są nadal niejednoznaczne.** To było powodem, dla którego autorzy omawianych wytycznych podjęli decyzję o skoncentrowaniu się w aktualizacji z 2021 r. na leczeniu.

### 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/>

**Wzrost wiedzy naukowej odnośnie znaczenia nefarmakologicznych metod leczenia** spowodował przesunięcie nacisku na ich omówienie w aktualizacji z 2021 roku. Od czasu wydania CPG (*clinical practice guidelines*) w 2012 roku pojawiły się nowe zalecenia, które wskazywały **interwencje nefarmakologiczne jako leczenie pierwszego wyboru w przewlekłych stanach bólowych i LBP**, w przeciwieństwie do powszechnie przepisywanych przez lekarzy terapii farmakologicznych (np. opioidów).

Autorzy przedstawili zalecenia szeroko, z uwzględnieniem nowych dowodów. Celem było sformułowanie zaleceń dotyczących określonych metod leczenia nefarmakologicznego.

Co warto podkreślić, celem aktualizacji było dostarczenie zaleceń dotyczących fizjoterapii w LBP. Interwencje lecznicze zostały podzielone na:

- » ćwiczenia,
- » terapie manualne i inne terapie pokrewne,
- » systemy klasyfikacji oraz
- » edukacja pacjenta.

Głównymi odbiorcami dokumentu mają być fizjoterapeuci, ale inne zainteresowane strony (np. pacjenci, świadczeniodawcy, decydenci, płatnicy) mogą znaleźć wartościowe informacje w omawianym dokumencie.

Fizjoterapeuci powinni zapoznać się z ich zawartością i w miarę możliwości stosować zawarte w nich sugestie w codziennej praktyce.

Informacje z wytycznych powinny być również podstawą do opracowywania **materiałów dydaktycznych dla studentów, ale również dla pacjentów**.

**Co chciałbym podkreślić i na co zwracają uwagę autorzy, omawiane przeze mnie wytyczne nie powinny służyć jako jedyny standard postępowania w fizjoterapii ortopedycznej w przypadku leczenia pacjentów z LBP.**

Standardy leczenia są tworzone na podstawie wszystkich danych klinicznych dostępnych dla danego pacjenta i mogą ulegać zmianom w miarę rozwoju wiedzy naukowej i technologii oraz ewolucji wzorców opieki. Poniższy dokument należy traktować wyłącznie jako wytyczne praktyki klinicznej. Przestrzeganie ich nie zapewni zawsze pomyślnego wyniku leczenia. Nie należy ich traktować jako obejmujących całość działań fizjoterapeutycznych, czy wykluczenie innych nieopisanych tu metod leczenia.

**Ostateczny osąd dotyczący konkretnej procedury klinicznej lub planu leczenia musi być dokonany w oparciu o:**

- » doświadczenie i wiedzę kliniczną w świetle obrazu klinicznego danego pacjenta,
- » dostępnych dowodów naukowych,
- » dostępnych opcji diagnostycznych i terapeutycznych oraz
- » wartości, oczekiwań i preferencji naszego pacjenta.

Co jednak warto również podkreślić, **autorzy opracowania zalecają, aby istotne odstępstwa od przyjętych wytycznych zostały zapisane w dokumentacji medycznej pacjenta w momencie podejmowania odpowiedniej decyzji klinicznej.**

### TYP DOKUMENTU, METODY JEGO OPRACOWANIA

Omawiany dokument jest aktualizacją wytycznych z 2012 roku (APTA). Został opracowany przez przedstawicieli *Academy of Orthopaedic Physical Therapy* (AOPT), wcześniej nazywaną Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association (APTA). Wytyczne z 2012 roku zawierały szeroki zakres zaleceń obejmujących czynniki ryzyka, przebieg kliniczny, rozpoznanie/klasyfikację, diagnostykę różnicową, badanie i interwencje. W omawianej tu aktualizacji z 2021 roku autorzy kierowali się kilkoma względami:

- » położenie nacisku na interwencje lecznicze: mimo że istnieje wiele wytycznych klinicznych (CPG) dotyczących LBP, żadne z nich nie odnoszą się konkretnie do interwencji powszechnie stosowanych przez fizjoterapeutów,
- » autorzy wykluczyli badania, w których interwencje lecznicze nie były wykonywane przez fizjoterapeutów lub warunki opieki nie obejmowały fizjoterapeutów.
- » zalecenia zostały sformułowane dla określonych podgrup klinicznych (np. ostre lub przewlekłe, ból kończyny

- dolnej, opieka pooperacyjna), na co pozwoliła dostępna literatura,
- » zalecenia zostały opisane zgodnie z terminologią ICF Światowej Organizacji Zdrowia, jak tylko pozwalały kryteria kwalifikacji do badań,
  - » autorzy uwzględnili interwencje nieuwzględnione w wytycznych z 2012 roku (np. igłowanie na sucho, terapia poznawczo- funkcjonalna, edukacja w zakresie fizjologii bólu).
  - » omawiane CPG objęły badania z randomizacją opublikowane przed 1 lipca 2020 r.

Członkowie komitetu ds. aktualizacji CPG zostali wybrani przez AOPT na podstawie kryterium wiedzy merytorycznej z zakresu LBP. Zadaniem komitetu było przeprowadzenie przeglądu systematycznego i oceny piśmiennictwa w celu opracowania uaktualnionej syntezy dowodów dotyczących leczenia LBP.

Nie przeprowadzono metaanalizy wyselekcjonowanego piśmiennictwa, ponieważ uznano, że wykracza ona poza zakres aktualizacji CPG. W ramach aktualizacji uwzględniono literaturę, która ukazała się od czasu wyszukiwania danych do CPG z 2012 roku.

W związku z dużą ilością prac naukowych komitet został podzielony na 4 grupy tematyczne, z których każda była prowadzona przez eksperta merytorycznego. Cztery kategorie interwencji dla tej aktualizacji CPG obejmowały: ćwiczenia, terapie manualne i pokrewne, systemy klasyfikacji i edukację pacjentów.

Członkowie komitetu byli zobowiązani do określenia konfliktu interesów jako warunek autorstwa. Finansowanie i wsparcie w powstaniu CPG zapewniły APTA (grant CPG) i AOPT, a także oddelegowany bibliotekarz z Duke University. Sponsorzy ci nie mieli wpływu na zalecenia zawarte w tym zaktualizowanym CPG. Opracowaniem ostatecznej wersji CPG kierował ekspert w dziedzinie opracowywania CPG, kierując się standardami ustalonymi przez Institute of Medicine (IOM) i **APTA Clinical Practice Guideline Process Manual**.

Bibliotekarz naukowy (specjalista informacji naukowej) z doświadczeniem w tworzeniu przeglądów systematycznych zaktualizował metodykę przeglądu literatury, który został zakończony w 2010 roku dla CPG 2012. Ostateczne wyszukiwanie dla omawianych wytycznych zakończono w czerwcu 2020 roku. Nie stosowano ograniczeń dotyczących daty lub języka publikacji, aby uchwycić wszelkie nowe artykuły według zaktualizowanych terminów wyszukiwania. Każde wyszukiwanie przeprowadzono w MEDLINE poprzez PubMed, Embase (poprzez Elsevier), CINAHL Complete (poprzez EBSCOHost) oraz Cochrane Library.

Szczegóły odnośnie sposobu wyszukiwania prac naukowych, jak i wyniki wyszukiwania autorzy przedstawili jako dodatkowe, towarzyszące dokumenty (wykraczają poza niniejsze omówienie).

Przegląd tytułów, streszczeń oraz pełnotekstowych artykułów przeprowadziło niezależnie od siebie dwóch członków zespołu, stosując wcześniej określone kryteria włączenia i wyłączenia. Badacze stosowali kryteria włączenia i wyłączenia z CPG 2012 w celu włączenia do aktualizacji CPG 2021 wcześniejszych prac. Ewentualne rozbieżności były rozstrzygane przez trzeciego członka zespołu i w razie potrzeby omawiane z ekspertami merytorycznymi.

Dla każdego wyodrębnionego pełnotekstowego artykułu dwóch autorów niezależnie oceniało jego jakość metodologiczną, stosując skalę Physiotherapy Evidence Database (PEDro) dla RCT i A MeaSurement Tool to Assess Systematic Reviews (AMSTAR) dla przeglądów systematycznych. Wszelkie konflikty dotyczące punktacji w skali PEDro i AMSTAR były rozwiązywane przez dwóch oceniających przypisanych do tego samego artykułu. Rozbieżności, których nie udało się rozwiązać, były omawiane z głównym autorem CPG w celu podjęcia ostatecznej decyzji o ocenie artykułu (w danym kryterium oceny).

## **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. Autor omówienia zwrócił uwagę na aspekty szczególnie istotne w implementacji i popularyzacji korzystania z nowoczesnych wytycznych, 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.

### Diagnozy:

W aktualizacji CPG na rok 2021 autorzy pogrupowali pacjentów, aby doprecyzować zalecenia kliniczne. W CPG z 2012 roku **rozdzielano ostre, podostre i przewlekłe** LBP, natomiast w aktualizacji CPG z 2021 roku rozróżnia się tylko **ostre i przewlekłe** LBP. Decyzja ta wynikała z braku akceptowanego standardu definiowania bólu podostrego. Komitet zdecydował, że bardziej praktyczne i zgodne z istniejącą literaturą będzie rozróżnienie tylko ostrego i przewlekłego LBP.

Dodatkowo, z racji jasnych kryteriów, podzielono pacjentów na grupy: **LBP z bólem kończyny dolnej, LBP u starszych dorosłych i LBP pooperacyjny**.

### Klasyfikacje:

Kategoria LBP według **Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia** (ICF) została dołączona do zaleceń, jeżeli badanie dostarczyło wystarczających informacji w kryteriach kwalifikacji. Podgrupy ICF w opisywanym, zaktualizowanym CPG pozostają niezmienione w stosunku do wersji z 2012 r., z wyjątkiem pominięcia grupy ostrej.

Autorzy nie wprowadzili zmian w kodach **ICD-10**<sup>1</sup>, które miałyby wpływ na aktualizację CPG 2021. Kody ICD-10 były częścią CPG 2012 dlatego nie były opisywane w uaktualnionych wytycznych. Autorzy planują przejście na kody **ICD-11**<sup>2</sup>, które będą obejmować kodowanie pierwotnego bólu przewlekłego i wtórnych stanów bólu przewlekłego (np. mięśniowo-szkieletowych). Zmiany w kodach ICD-11 zostaną prawdopodobnie uwzględnione w przyszłej aktualizacji CPG, ponieważ można się spodziewać, że możliwość bezpośredniego kodowania bólu przewlekłego będzie miała zauważalny wpływ na kliniczną klasyfikację LBP.

<sup>1</sup>Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, dziesiąta wersja; stosowana także w Polsce, m. in. w sprawozdawczości i w rozliczeniach.

<sup>2</sup>Trwają prace nad wprowadzeniem ICD-11 w Polsce.

## KRYTERIA FORMUŁOWANIA WYTYCZNYCH (jak czytać)

### Poziomy dowodów:

| Poziom     | Definicja  |
|------------|--|
| I poziom   | Dowody uzyskane z wysokiej jakości badań diagnostycznych, badań prospektywnych i randomizowanych badań kontrolowanych lub z przeglądów systematycznych.  |
| II poziom  | Dowody uzyskane z niższej jakości badań diagnostycznych, badań prospektywnych, przeglądów systematycznych lub randomizowanych badań kontrolowanych (np. słabsze kryteria diagnostyczne czy standardy odniesienia, nieprawidłowa randomizacja, brak zaślepienia, <i>follow up</i> poniżej 80% (mniej niż 80% badanych, którzy rozpoczęli udział w badaniu, je ukończyło). |
| III poziom | Badania kliniczno-kontrolne, badania retrospektywne.   |
| IV poziom  | Seria przypadków.  |
| V poziom   | Opinie ekspertów.  |

**Siła rekomendacji została oceniana w odniesieniu do poziomu ufności dowodów i efektu:**

| Siła dowodów                    | Symbol | Definicja  | Poziom zobowiązania              |
|---------------------------------|--------|--|----------------------------------|
| A<br>Silne dowody               | ●●●●   | Przewaga badań poziomu I i/lub poziomu II potwierdza to zalecenie. Musi zawierać przynajmniej jedno badanie poziomu I.   | Powinien stosować                |
| B<br>Umiarkowane dowody         | ●●●○   | Zalecenia poparte są pojedynczym, wysokiej jakości, randomizowanym badaniem kontrolowanym lub przewagą badań II stopnia. Obejmowały badania z krótkim okresem obserwacji (np. 3 miesiące lub mniej) i z mniejszą liczebnością próby (np. mniej niż 100 uczestników). | Może stosować (may) <sup>1</sup> |
| C<br>Słabe dowody               | ●●○○   | Pojedyncze badania poziomu II potwierdza to zalecenie.   | Może stosować (can) <sup>1</sup> |
| D<br>Sprzeczne lub brak dowodów | ●○○○   | Badania poziomu I i/lub poziomu II nie zgadzają się co do wniosków lub nie dostarczają dowodów na korzyści.  | Nie powinien stosować            |

<sup>1</sup>poziom powinności (zobowiązania do stosowania) B wyższy niż poziom C; proponowana interpretacja: B – sugeruje się stosować, C – można stosować przy braku możliwości terapii z wyższych poziomów zaleceń.

**TREŚĆ WYTYCZNYCH****Podsumowanie rekomendacji**

| Interwencja   | Siła rekomendacji | Charakterystyka   |
|---|-------------------|---|
| Ćwiczenia w ostrym LBP                              | ●●○○              | Fizjoterapeuci mogą stosować trening fizyczny, w tym ćwiczenia aktywizujące specyficzne mięśnie tułowia, u pacjentów z ostrym LBP.  |
| Ćwiczenia w ostrym LBP z bólem kończyn dolnych      | ●●●○              | Fizjoterapeuci mogą stosować trening fizyczny, w tym ćwiczenia wzmacniające mięśnie tułowia, ich wytrzymałość oraz ćwiczenia aktywizujące specyficzne mięśnie tułowia, w celu zmniejszenia bólu i niepełnosprawności u pacjentów z ostrym LBP i z bólem kończyn dolnych.                |
| Ćwiczenia w przewlekłym LBP                         | ●●●●              | Fizjoterapeuci powinni stosować trening fizyczny, w tym wzmacnianie mięśni tułowia, ich wytrzymałość, multimodalne interwencje ruchowe, specyficzne ćwiczenia aktywizujące mięśnie tułowia, ćwiczenia aerobowe, ćwiczenia w wodzie oraz ćwiczenia ogólne u pacjentów z przewlekłym LBP. |
|   | ●●●○              | U pacjentów z przewlekłym LBP można stosować ćwiczenia kontroli ruchu tułowia lub ćwiczenia mobilności tułowia.   |
| Ćwiczenia w przewlekłym LBP z bólem kończyn dolnych | ●●●○              | Fizjoterapeuci mogą stosować trening fizyczny, w tym specyficzną aktywację mięśni tułowia i kontroli ruchu, u pacjentów z przewlekłym LBP z bólem kończyn dolnych.  |

|  |      |   |
|--|------|---|
| Ćwiczenia w przewlekłym LBP z zaburzeniem kontroli ruchu | ○○○○ | Fizjoterapeuci powinni stosować specyficzne ćwiczenia aktywujące mięśnie tułowia i kontrolę ruchu u pacjentów z przewlekłym LBP i zaburzeniem kontroli ruchu.   |
| Ćwiczenia w przewlekłym LBP u osób starszych             | ○○○○ | Fizjoterapeuci powinni stosować trening ogólnousprawniający w celu zmniejszenia bólu i niepełnosprawności u osób starszych z przewlekłym LBP.   |
| Ćwiczenia w pooperacyjnym LBP                            | ○○○○ | Fizjoterapeuci mogą stosować ćwiczenia ogólnousprawniające u pacjentów z LBP po operacji kręgosłupa lędźwiowego.  |
| Terapia manualna i pokrewne w ostrym LBP                 | ○○○○ | Fizjoterapeuci powinni stosować mobilizacje lub manipulacje w celu redukcji bólu i niepełnosprawności pacjentów z ostrym LBP.   |
|  | ○○○○ | Fizjoterapeuci mogą stosować masaż lub mobilizacje tkanek miękkich w celu osiągnięcia krótko trwałej redukcji bólu pacjentów z ostrym LBP.  |
| Terapia manualna i pokrewne w przewlekłym LBP            | ○○○○ | Fizjoterapeuci powinni stosować mobilizacje lub manipulacje w celu redukcji bólu i niepełnosprawności pacjentów z przewlekłym LBP.  |
|  | ○○○○ | Fizjoterapeuci mogą stosować mobilizacje lub manipulacje w celu redukcji bólu i niepełnosprawności pacjentów z ostrym LBP z bólem w kończynie dolnej.   |
|  | ○○○○ | Fizjoterapeuci mogą stosować masaż lub mobilizacje tkanek miękkich w powiązaniu z innymi sposobami leczenia w celu osiągnięcia krótko trwałej redukcji bólu i niepełnosprawności u pacjentów z przewlekłym LBP.                               |
|  | ○○○○ | Fizjoterapeuci mogą rozważyć stosowanie suchego igłowania w powiązaniu z innymi sposobami leczenia w celu osiągnięcia krótkotrwałej redukcji bólu i niepełnosprawności u pacjentów z przewlekłym LBP.   |
|  | ○○○○ | Fizjoterapeuci mogą stosować neuromobilizacje w powiązaniu z innymi sposobami leczenia w celu osiągnięcia krótko trwałej redukcji bólu i niepełnosprawności u pacjentów z przewlekłym LBP i bólem kończyny dolnej.                            |
|  | ○○○○ | Fizjoterapeuci nie powinni stosować trakcji mechanicznej u pacjentów z przewlekłym LBP i bólem kończyny dolnej, w związku z brakiem korzyści w powiązaniu z innymi sposobami leczenia.  |
| System klasyfikacji ostrego bólu dolnego kręgosłupa      | ○○○○ | Fizjoterapeuci mogą stosować klasyfikację opartą o terapię (TBC – treatment based classification) w celu zmniejszenia bólu i niepełnosprawności u pacjentów z ostrym LBP. Ta rekomendacja nie zmieniła się z rekomendacji klinicznych z 2012. |
|  | ○○○○ | Fizjoterapeuci mogą stosować Mechaniczną Diagnostykę i Terapię (MDT) w celu zmniejszenia bólu i niepełnosprawności u pacjentów z ostrym LBP.  |
| System klasyfikacji przewlekłego bólu dolnego kręgosłupa | ○○○○ | W celu zmniejszenia bólu i niepełnosprawności u pacjentów z przewlekłym LBP fizjoterapeuci mogą stosować MDT, prognostyczną stratyfikację ryzyka lub klasyfikacje patoanatomiczne.  |

|  |       |  |
|--|-------|--|
| System klasyfikacji przewlekłego bólu dolnego kręgosłupa | ○○○○  | Fizjoterapeuci mogą stosować TBC, kognitywną terapię funkcjonalną lub oceniać zaburzenia w układzie ruchu w celu zmniejszenia bólu i niepełnosprawności u pacjentów z przewlekłym LBP.   |
| Edukacja w ostrym bólu dolnego kręgosłupa                | ○○○○○ | Fizjoterapeuci powinni stosować aktywne strategie edukacyjne, nie bierne (dostęp do materiałów edukacyjnych itp. jest niewystarczający).<br>Aktywne strategie edukacyjne zawierają bezpośrednią edukację odnośnie wpływu czynników biopsychospołecznych na ból, techniki autoterapii takie jak zachęcanie do utrzymywania aktywności fizycznej, techniki ochrony pleców.<br>Fizjoterapeuci mogą też edukować pacjentów odnośnie typowego przebiegu leczenia / gojenia się problemów bólowych pleców. |
| Edukacja w przewlekłym bólu dolnego kręgosłupa           | ○○○○○ | Fizjoterapeuci mogą stosować standardową edukację dla pacjentów z przewlekłym LBP ale nie jako jedyną formę leczenia.  |
|  | ○○○○○ | Standardowa edukacja zawiera zalecenia odnośnie ćwiczeń i utrzymywania aktywności fizycznej.   |
|  | ○○○○○ | W leczeniu pacjentów z przewlekłym LBP, edukacja odnośnie fizjologii bólu powinna być takim samym elementem leczenia jak inne działania fizjoterapeutyczne (terapia manualna, ćwiczenia, itp.)   |
|  | ○○○○○ | W leczeniu pacjentów z przewlekłym LBP powinny być stosowane aktywne formy fizjoterapii (joga, ćwiczenia rozciągające, pilates, trening siłowy).<br>Leczenie oparte tylko o edukację jest niewystarczające u tej grupy chorych.  |
| Edukacja w pooperacyjnym bólu dolnego kręgosłupa         | ○○○○○ | Fizjoterapeuci mogą stosować edukację ogólną (informacje w zakresie ostrożności pooperacyjnej, ćwiczenia i powrót do aktywności fizycznej) u pacjentów z LBP po operacji kręgosłupa lędźwiowego.<br>Zalecenia te dotyczą osób poddanych zabiegom discektomii lub dekompresji.<br><i>Ze względu na brak dowodów nie przedstawiono szczegółowych zaleceń dotyczących edukacji pacjentów poddawanych innym zabiegom chirurgicznym (np. zespoleniu kręgosłupa).</i>                                      |

LBP – ból dolnego odcinka kręgosłupa.

## Szczegółowe rekomendacje – uzupełnienie

### Ćwiczenia – podsumowanie

#### Ostre LBP

- » Wiele ćwiczeń fizycznych może potencjalnie zmniejszyć ból i niepełnosprawność u osób z ostrym LBP; jednak ze względu na dostępne dowody nie można zalecić jednego rodzaju ćwiczeń.
- » Siła i wytrzymałość mięśniowa oraz specyficzne ćwiczenia aktywujące mięśnie tułowia.

Aktywizacja mięśni tułowia przyniosła pewne korzyści u osób z ostrym LBP i związanym z nim bólem kończyn dolnych.

### Przewlekłe LBP

- » Ćwiczenia fizyczne mogą być szeroko zalecane w celu zmniejszenia bólu i niepełnosprawności u osób z przewlekłym LBP.
- » Nie ma jednoznacznych dowodów na wyższość jednego rodzaju ćwiczeń nad innymi, gdy protokoły ćwiczeń są bezpośrednio porównywane.

### Dorośli w podeszłym wieku z przewlekłym LBP

- » Progresywny trening fizyczny może być zalecany w celu zmniejszenia bólu i niepełnosprawności u starszych dorosłych z przewlekłym LBP.

### Pooperacyjne LBP

- » Ćwiczenia fizyczne mogą być zalecane w celu zmniejszenia bólu i niepełnosprawności u osób z LBP po operacji kręgosłupa lędźwiowego.
- » Operacje, których dotyczyła kwerenda, obejmowały dyscektomię lędźwiową, zespolenie kręgosłupa i operacje dekompresyjne (np. laminotomię, hemilaminectomię lub laminectomię).

### Definicje omawianych ćwiczeń

| Interwencja  | Definicja ćwiczenia   |
|--|---|
| Ćwiczenia wzmacniające i wytrzymałościowe mięśni tułowia | Ćwiczenie zalecane w celu przywrócenia lub poprawy siły, wytrzymałości lub mocy mięśni tułowia lub grup mięśni.   |
| Ćwiczenia aktywizujące określone mięśnie tułowia         | Ćwiczenie zalecane w celu ukierunkowania na określone mięśnie głębokie tułowia (np. poprzeczny brzucha, wielodzielny) z zastosowaniem kokontrakcji (współnapięcia) w celu zmiany lub przywrócenia kontroli lub koordynacji w odcinku lędźwiowo-krzyżowym. |
| Ćwiczenie kontroli ruchu                                 | Ćwiczenia zalecane w celu zmiany, przywrócenia lub wyćwiczenia kontroli ruchów funkcjonalnych i zadań, z informacją zwrotną na temat wzorców ruchowych.   |
| Ćwiczenie ogólne   | Ćwiczenie zalecane w celu przywrócenia lub poprawy ogólnej siły lub wytrzymałości głównych grup mięśniowych kończyn górnych, dolnych i tułowia, w tym ćwiczenia na gibkość/mobilność oraz ćwiczenia aerobowe/kondycyjne.                                  |
| Ćwiczenia mobilności tułowia                             | Ćwiczenia zalecane w celu przywrócenia zakresu ruchu tułowia lub uruchamiające / mobilizujące tułów w określonym kierunku w celu osiągnięcia zmniejszenia objawów.  |
| Ćwiczenia aerobowe                                       | Ćwiczenie zalecane w celu przywrócenia lub zwiększenia wydolności lub sprawności układu sercowo-naczyniowego.   |
| Ćwiczenia multimodalne                                   | Ćwiczenie łączące dwie lub więcej rodzajów interwencji opisanych powyżej.   |

### Terapia manualna i pokrewne formy leczenia – podsumowanie

#### Ostre LBP

- » Mobilizacja stawów z pchnięciem lub bez pchnięcia, masaż i mobilizacja tkanek miękkich mają pewne dowody na zmniejszenie bólu i niepełnosprawności u osób z ostrym LBP.
- » Nie ma dowodów na poparcie stosowania innych terapii u osób z ostrym LBP.

#### Przewlekłe LBP

- » Większość badań potwierdza jedynie krótkotrwałą skuteczność terapii (tzn. w długoterminowej obserwacji nie zaobserwowano różnic w grupach),
- » Obecne dowody naukowe nie wskazują trakcji jako skutecznej interwencji w przypadku, gdy uzupełnia inne metody leczenia u osób z przewlekłym LBP z bólem kończyny.



**Definicje terapii manualnej i pokrewnych**

| <b>Interwencja</b>               | <b>Definicja ćwiczenia</b>  |
|----------------------------------|---|
| Mobilizacje z pchnięciem lub bez | Specjalistyczne, bierne formy leczenia, stosowane z różnymi prędkościami i amplitudami w zakresie lub na końcu zakresu ruchu stawu. Zabiegi z pchnięciem są wykonywane z małą amplitudą i dużą prędkością.  |
| Mobilizacje tkanek miękkich      | Specjalistyczne, bierne formy leczenia tkanek miękkich, w tym powięzi, mięśni i więzadeł, w celu zmniejszenia bólu lub poprawy zakresu ruchu. Techniki obejmują uwalnianie mięśniowo-powięziowe, terapię punktów spustowych, napinanie/rozluźnianie, itp. |
| Neuromobilizacje                 | Techniki terapii manualnej mające na celu wzmocnienie dynamicznej równowagi pomiędzy względnym ruchem tkanek nerwowych a otaczającymi je interfejsami mechanicznymi (otaczającymi tkankami).  |
| Masaż                            | Ogólny termin odnoszący się do technik wykonywanych zwykle rękami fizjoterapeuty w celu rozluźnienia mięśni.  |
| Suche igły                       | Zabieg wykorzystujący cienką igłę do penetracji skóry i stymulacji mięśniowo-powięziowych punktów spustowych, mięśni, tkanki łącznej w celu leczenia bólu i zaburzenia ruchu.   |
| Trakcja                          | Zabieg, w którym wykorzystuje się ręcznie lub mechanicznie stosowane siły w celu rozciągnięcia kręgosłupa.  |

**Systemy klasyfikacji – podsumowanie****Ostre LBP**

- » Nie ma dowodów z badań bezpośrednio porównujących skuteczność różnych systemów klasyfikacyjnych dla pacjentów z ostrym LBP.

**Przewlekłe LBP**

- » Pewne dowody potwierdzają tezę, że leczenie w ramach MDT, CFT, stratyfikacji ryzyka prognostycznego i klasyfikacji opartej na cechach patoanatomicznych prowadzi do zmniejszenia bólu i niepełnosprawności u chorych z przewlekłym LBP.
- » Nie ma dowodów potwierdzających tezę, że leczenie według jednego systemu klasyfikacji jest bardziej skuteczne niż według innego w zmniejszaniu bólu i niepełnosprawności u chorych z przewlekłym LBP.

**Luki w wiedzy**

Autorzy zauważają potrzebę prowadzenia dodatkowych badań (RCT poziomu I) oceniających systemy klasyfikacyjne z udziałem chorych z przewlekłym LBP.

Istnieje również potrzeba przeprowadzenia badań (RCT) bezpośrednio porównujących różne systemy klasyfikacji. Niektóre systemy klasyfikacyjne były testowane tylko w określonych krajach lub wykorzystywały specjalnie przeszkolonych fizjoterapeutów.

Istnieje również potrzeba uogólnienia (generalizowania do innych populacji pacjentów) wyników tych badań, co będzie wymagało dodatkowych analiz w przyszłości.

## Definicje omawianych systemów klasyfikacji LBP

| System klasyfikacji  | Definicja  |
|--|--|
| Mechaniczna diagnostyka i terapia<br>( <i>Mechanical Diagnosis and Therapy</i> )     | Metoda klasyfikacji oparta na zmianach objawów bólu w dolnej części pleców (i/lub kończyn dolnych) w odpowiedzi na specyficzne dla danego kierunku, powtarzane ruchy kręgosłupa lędźwiowego lub utrzymywane pozycje. Zmiany objawów są wykorzystywane do klasyfikowania pacjentów do różnych zespołów, które ukierunkowują podejście do leczenia.  |
| Klasyfikacja oparta na leczeniu<br>( <i>Treatment-based classification</i> )         | Metoda klasyfikacji w celu ukierunkowania wstępnego podejścia do leczenia (manipulacja, stabilizacja, określone ćwiczenia lub trakcja) w oparciu o określone wyniki oceny wstępnej, w tym między innymi wywiad z pacjentem, obraz kliniczny i badanie fizykalne.   |
| Upośledzenie układu ruchu<br>( <i>Movement system impairment</i> )                   | Metoda klasyfikacji oparta na zaburzonych ruchach tułowia i postawach związanych z objawami bólu dolnego odcinka kręgosłupa, obserwowanych podczas standaryzowanego badania. Wyniki badania są wykorzystywane do klasyfikacji pacjentów na podstawie zaobserwowanych zaburzeń ruchu lub ułożenia odcinka lędźwiowego (rotacja, wyprost, zgięcie, rotacja z wyprostem lub rotacja ze zgięciem), a podział na podgrupy kieruje początkowym podejściem terapeutycznym w celu dostosowania do specyficznych oznak i objawów. |
| Poznawcza terapia funkcjonalna<br>( <i>Cognitive functional therapy</i> )            | Ocena czynników ryzyka patoanatomicznych, fizycznych, psychologicznych, społecznych, związanych ze stylem życia i zdrowiem, z niemodyfikowalnymi barierami i modyfikowalnym celem zmiany, aby kierować leczeniem opartym na 3 komponentach ("nadawanie sensu bólowi", "ekspozycja z kontrolą" i "zmiana stylu życia"). Dawniej nazywany systemem klasyfikacji O'Sullivan.  |
| Progностyczna stratyfikacja ryzyka<br>( <i>Prognostic risk stratification</i> )      | Metoda klasyfikacji, która identyfikuje pacjentów na różnych poziomach ryzyka dla uporczywego bólu (niski, średni, wysoki) przy użyciu wielowymiarowego narzędzia przesiewowego, z każdą kategorią ryzyka związaną z różnymi ścieżkami leczenia. Przykłady obejmują narzędzie STarT Back Tool.   |
| Klasyfikacja oparta na patoanatomii<br>( <i>Pathoanatomic-based classification</i> ) | Metoda klasyfikacji oparta na patoanatomicznych wynikach badań, które mogą powodować ból w dolnej części pleców. Podgrupy są definiowane na podstawie lokalizacji objawów i reakcji na procedury badawcze i wykorzystywane do kierowania podejściem do leczenia.   |

## Edukacja pacjentów – podsumowanie

## Ostre LBP

- » Są dowody na to, że aktywne strategie edukacji pacjentów, w tym informacje na temat biopsychospołecznych czynników bólu i technik samokontroli, wpływają na obniżenie poziomu bólu i niepełnosprawności u pacjentów z ostrym LBP.

## Przewlekłe LBP

- » Edukacja pacjenta nie powinna być stosowana jako samodzielna metoda leczenia w celu zmniejszenia bólu i niepełnosprawności u pacjentów z przewlekłym LBP, ale powinna być łączona z innymi metodami, takimi jak ćwiczenia i terapia manualna.

**Pooperacyjne LBP**

- » Edukacja pacjenta była głównie badana po operacji odbarczenia odcinka lędźwiowego kręgosłupa lub discektomii.
- » Nie ma badań dotyczących edukacji pacjentów poddawanych innym zabiegom chirurgicznym (np. zespoleniu kręgosłupa).

**Aktualizacja dowodów**

Wyniki badań sugerują, że edukacja może przynosić podobne korzyści jak terapia poznawczo-behawioralna, jeśli jest prowadzona w okresie przedoperacyjnym, ale nie wtedy, gdy jest prowadzona w okresie pooperacyjnym.

Biorąc pod uwagę różnice w parametrach leczenia, treści i populacjach chirurgicznych w tych badaniach, nie sformułowano formalnych zaleceń dotyczących edukacji w odniesieniu do porównywalnych korzyści wynikających z aktywnego leczenia w porównaniu z edukacją pacjentów w okresie przedoperacyjnym lub pooperacyjnym.

**KOMENTARZ EKSPERCKI**

Omawiane przeze mnie wytyczne, przygotowane przez *Academy of Orthopaedic Physical Therapy* (sekcję APTA) to niezwykle ciekawy dokument, z którym powinien zapoznać się każdy fizjoterapeuta. Świetnie uzupełnia je opracowanie przygotowane przez Północnoamerykańskie Towarzystwo Kręgosłupa (2020).

Autorzy uaktualnili wytyczne APTA dotyczące LBP z 2012 więc tak naprawdę warto by również zapoznać się z pierwszymi wytycznymi dotyczącymi LBP wydanymi przez APTA właśnie w 2012 roku.

Co warto podkreślić, sami autorzy zauważyli, że mamy dostępnych sporo wytycznych dotyczących diagnostyki LBP, więc skupili się w przygotowanym przez siebie dokumencie na leczeniu tego niezwykle powszechnego problemu.

Wartość omawianego dokumentu jest dla nas, fizjoterapeutów wysoka, jak i sam dokument wyjątkowy, ponieważ są to jedne z nielicznych wytycznych dotyczących LBP, gdzie fizjoterapeuci przygotowali wskazówki dla swoich koleżanek i kolegów fizjoterapeutów. Dzięki temu mamy pewność, że autorzy rozumieją specyfikę zawodu, niuanse dotyczące sposobów leczenia w ramach fizjoterapii.

Podobnie jak w wytycznych lekarskich z 2020 r. nie ma tu jasnych odpowiedzi, nie dostaniemy recepty jak leczyć kręgosłup. Dowiemy się natomiast jakie działania mają sens a jakich należy raczej unikać.

Autorzy zwracają uwagę na skuteczność technik terapii manualnej, ćwiczeń, co jest wiedzą raczej powszechną w naszym środowisku. To, co może być dla niektórych czytelników nowością, **autorzy opracowania kładą duży nacisk na edukację pacjenta z LBP**. Co istotne mamy wysokiej jakości dowody, że sama edukacja nie wystarczy. Otwiera nam to drogę do współpracy, chociażby z przychodniami POZ, w których istnieją, finansowane z różnych źródeł programy profilaktyki LBP, które uwzględniają niestety tylko interwencje lekarza lub pielęgniarki.

Kolejnym niezwykle ważnym, zupełnie osobnym elementem pakietu leczniczego, jest wiedza odnośnie fizjologii bólu. Dowody naukowe wskazują, że udostępnienie pacjentowi informacji odnośnie fizjologii bólu przyspiesza leczenie LBP.

To są naprawdę ważne zalecenia. Z moich obserwacji wynika, że fizjoterapeuci kojarzą swój zawód z wykorzystaniem sprzętu, pracą rękami czy ćwiczeniami. Trzeba jednak zaakceptować i stosować się do nowoczesnych wytycznych, mówiących, że rozmowa z pacjentem, rozmowa edukacyjna, jest niezwykle ważnym, wręcz obowiązkowym elementem leczenia prowadzonego przez fizjoterapeutę. Ma to szczególnie istotny wydźwięk w dobie szerzącej się obecnie *infodemii*.

Przedstawione opracowanie wytycznych APTA jest skrótem, przedstawiającym wybrane, najważniejsze w mojej opinii zagadnienia z dużo większej całości. Zachęcam do zapoznania się z całością tekstu, jak również z pierwszym dokumentem, który powstał w 2012 roku.