

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

OMÓWIENIE WYTYCZNYCH PRAKTYKI KLINICZNEJ DOTYCZĄCYCH POSTĘPOWANIA CHIROPRAKTYCZNEGO U PACJENTÓW Z PRZEWLEKŁYM BÓLEM MIĘŚNIOWO-SZKIELETOWYM

Dokument źródłowy:

Hawk, C., Whalen, W., Farabaugh, R.J., Daniels, C.J., Minkalis, A.L., Taylor, D.N., Anderson, D., Anderson, K., Crivelli, L.S., Cark, M., Barlow, E., Paris, D., Sarnat, R., Weeks, J. *Best Practices for Chiropractic Management of Patients with Chronic Musculoskeletal Pain: A Clinical Practice Guideline. J Altern Complement Med. 2020 Oct;26(10):884-901. doi: 10.1089/acm.2020.0181. Epub 2020 Jul 30. PMID: 32749874; PMCID: PMC7578188.*

Rok publikacji: 2017 (uaktualnienie)

Autor omówienia:

mgr Sebastian Sierakowski

PROBLEMATYKA I ADRESACI WYTYCZNYCH

Występowanie bólu wśród osób dorosłych wzrosło w Stanach Zjednoczonych o 25% od 1998 do 2014 roku, według raportu z 2019 r., z 41% zgłoszeniami bólu w okresie 2013-2014. Co najmniej 70 milionów osób dorosłych w Stanach Zjednoczonych ma ból przewlekły. Stosowanie leków opioidowych wzrosło wraz ze wzrostem występowania bólu. Wizyty w służbie zdrowia nieznacznie zmalały w tymże okresie, być może ze względu na to, iż ludzie mają tendencję do radzenia sobie z bólem za pomocą leków, niżeli korzystać z usług postępowania nefarmakologicznego.

Cel wytycznych

Celem tego projektu było stworzenie wytycznych praktyki klinicznej (CPG) dla postępowania chiropraktycznego w przewlekłym bólu mięśniowo-szkieletowym (MSK). Jest to istotne, aby służba zdrowia zaznajomiła się z podejściem opartym na dowodach naukowych w oparciu o model biopsychospołeczny, by pomagać pacjentom w zmaganiu się z bólem przewlekłym. Istotnym jest czy pracownik służby zdrowia wdraża takowe podejścia, odsyła pacjenta do innych specjalistów, którzy zajmują się tym, bądź doradzają pacjentowi jak dbać o swoje zdrowie. W odpowiedzi do epidemii opioidowej, oczekuje się od nefarmakologicznych podejść w terapii bólu przewlekłego, aby stały się coraz bardziej legitymizowane. Obecnie, choć istnieją CPG zaadresowane do podejść chiropraktycznych w bólach krzyża (LBP), bólu szyi, i bólach głowy oddzielnie, to nie ma ani jednego CPG adresującego nefarmakologiczne podejście do więcej niż jednego bólu MSK jako głównej dolegliwości. Celem tego projektu było zatem stworzenie takich wytycznych.

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/>

TYP DOKUMENTU, METODY JEGO OPRACOWANIA

Utworzono Komitet Sterujący (SC) składający się z jedenastu członków, gdzie ośmiu było Doktorami Chiropratyki (DC). Wszyscy z nich mieli obszerne doświadczenie w postępowaniu chiropraktycznym w przewlekłym bólu MSK i/lub mieli wiedzę na temat bazy dowodów naukowych odnośnie opieki klinicznej w bólu MSK. Wszyscy zajmowali lub obecnie zajmują stanowiska kierownicze w chiropraktycznych organizacjach zawodowych, edukacji i/lub badaniach. Trzech z DC są członkami Naukowej Rady Zakresu Klinicznego (Rada Chiropraktycznych Wytycznych i Parametrów Praktycznych). Trzech z DC pracuje w pełnym wymiarze pracy w Administracji Zdrowia Weteranów (VA); dwóch z nich jest wykładowcami w pełnym wymiarze godzin w instytucjach chiropraktycznych; jeden z DC jest przeszkolony jako zarejestrowana pielęgniarka (RN). Dyrektor projektowy jest DC z doktoratem z Medycyny Zapobiegawczej i także jest Certyfikowanym Specjalistą Edukacji o Zdrowiu. Jeden członek SC jest lekarzem (MD) z wieloletnim doświadczeniem w terapii bólu przewlekłego; jeden jest psychologiem (z tytułem doktora), który pracuje z pacjentami z przewlekłym bólem w VA; oraz jeden jest przedstawicielem laików i także redaktorem czasopism z obszernym doświadczeniem w uzupełniającej opiece zdrowotnej. SC był odpowiedzialny za zidentyfikowanie, przegląd, oraz ocenę dowodów naukowych leżących u podstaw rozwoju pierwotnych oświadczeń, modyfikacje owych oświadczeń bazując na komentarzach panelisty Delphi, oraz za napisanie końcowego artykułu.

Poszukiwanie literatury było skupione na dowodach naukowych dotyczących niefarmakologicznych, nieoperacyjnych interwencji w przewlekłym bólu MSK. Bibliotekarz, specjalista informacji naukowej, pracujący z SC, przeprowadził przeszukiwanie literatury w dwóch etapach. Bazy danych, w których przeprowadzono wyszukiwanie to Cochrane Database of Systematic Reviews, CDSR, oraz PubMed/Medline, ponieważ jest mało prawdopodobne, aby wyższy poziom dowodów naukowych był możliwy do znalezienia w innych bazach danych. Dodatkowo wykorzystano technikę śledzenia odniesień i skonsultowano z ekspertami tematycznymi z SC, aby mieć pewność, iż żadne istotne artykuły nie zostały pominięte.

W pierwszym etapie poszukiwania, by zidentyfikować źródłowy dokument przeprowadzono dwa poszukiwania: (1) identyfikacja najbardziej aktualnych przeglądów literatury dla niefarmakologicznej terapii przewlekłego bólu MSK oraz (2) identyfikacja CPG właściwych dla manipulacji i terapii manualnej. Wyszukiwanie ograniczono do aktualnej literatury, ponieważ CPG powinny być oparte na najbardziej aktualnej literaturze, która powinna obejmować także wcześniejsze badania.

W drugim etapie poszukiwania w pierw przygotowano wstępne rekomendacje oparte na dowodach naukowych bazując na wynikach pierwotnego poszukiwania. W przypadkach gdzie zalecenia dla specyficznych interwencji lub przypadków były nieobecne ze względu na niewystarczające dowody dotyczące procedur często wykorzystywanych w praktyce chiropraktycznej (jak wykazano w aktualnym *Practice Analysis of Chiropractic*), wykonano celowane przeszukanie opublikowanej literatury z końca daty źródłowego systematycznego przeglądu literatury, bądź wytycznych z 2019 r. Uwzględniono wytyczne, przeglądy systematyczne, randomizowane badania kliniczne (RCT) bądź wyniki badań kohortowych.

Oceniono jakość artykułów zidentyfikowanych w przeszukaniach. Oceniono CPG korzystając z narzędzia *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation* (AGREE) Global Rating Scale. Oceniono systematyczne przeglądy literatury, RCT oraz badania kohortowe badające terapie korzystając ze zmodyfikowanej listy kontrolnej Scottish Intercollegiate Guideline Network (SIGN). Lista kontrolna SIGN ocenia badania jako „wysokiej jakości, z niskim ryzykiem stronniczości”, „akceptowalnej jakości, z umiarkowanym ryzykiem stronniczości”, „niskiej jakości, z wysokim ryzykiem stronniczości” lub jako jakość „nieakceptowalna”. Nie zbadano jakości badań innego typu, w prosty sposób identyfikując przebieg badania i skategoryzowano je jako „niskiego poziomu”. Przynajmniej dwóch badających oceniło poszczególne badania i przedyskutowano różnice w ocenie dopóki nie osiągnęli porozumienia. Skorzystano z systemu GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation*) do zbadania ogólnej jakości dowodów naukowych. Co najmniej dwóch badaczy wykonało badanie GRADE niezależnie. Jeżeli nie osiągnięto porozumienia, omawiano badanie i skorzystano z opinii większości.

Starano się zrekrutować szeroki panel DC i pozostałych pracowników służby zdrowia, którzy mają doświadczenie w terapii pacjentów z przewlekłym bólem MSK, cenili dowody naukowe, oraz byli geograficznie rozproszeni po całym Stanach Zjednoczonych. Skupiono się na Stanach Zjednoczonych, ponieważ parametry praktyk i kwestie

zwrotu kosztów różnią się pomiędzy krajami. Zrekrutowano panelistę Delphi przez (1) zaproszenie ekspertów, którzy brali udział w poprzednich projektach konsensusu i (2) rozesłano zaproszenie poprzez zarząd Clinical Compass, w którego skład wchodzi reprezentanci *Congress of Chiropractic State Associations, the American Chiropractic Association, the International Chiropractors Association, oraz Association of Chiropractic Colleges.*

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.

KRYTERIA FORMUŁOWANIA WYTYCZNYCH *(jak czytać)*

AGREE Global Rating Scale

Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji we współpracy z zespołem ekspertów przygotowała tłumaczenie narzędzia oceny jakości wytycznych AGREE II (*Appraisal of Guidelines Research and Evaluation*) na język polski. Dokument znajduje się pod adresem: <https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2019/01/AGREE-II-Polish.pdf>

Randomizowane Badanie Kliniczne zmodyfikowana lista kontrolna SIGN

Przedmiot	Tak/Nie ^a
1. Badanie dotyczyło właściwego i jasno sformułowanego pytania.	
2. Przypisanie do grupy było losowe.	
3. Wielkość próby uzasadniono obliczeniami mocy.	
4. Badający byli zaślepieni podczas przypisywania do grup pacjentów.	
5. Pacjenci byli zaślepieni podczas przypisywania do grup.	
6. Grupy były zbliżone do siebie na początku badania.	
7. Jediną różnicą, która występowała pomiędzy grupami to różnica w terapii.	
8. Wyniki były zmierzone w standardowy, rzetelny i wiarygodny sposób.	
9. Zastosowano obliczenia mocy i wymaganą wielkość próby.	
10. Została wykonana analiza zamiaru leczenia.	
Wynik końcowy ^b	

^aOcena: „Tak” = 1; „Nie” bądź niemożność odpowiedzi z artykułu = 0.

^bWynik – suma przedmiotów jak następuje: 9-10 = wysoka jakość, niskie ryzyko stronniczości; 6-8 = akceptowalna jakość, umiarkowane ryzyko stronniczości; <6 = niska jakość, wysokie ryzyko stronniczości.

Badanie kohortowe zmodyfikowana lista kontrolna SIGN

Przedmiot	Tak/Nie^a
1. Badanie dotyczyło właściwego i jasno sformułowanego pytania.	
2. Grupy były zbliżone, z wyjątkiem czynnika zainteresowania.	
3. Podano liczbę osób, które odmówiły rejestracji.	
4. Prawdopodobieństwo, że niektórzy pacjenci mogą mieć wynik podczas rejestracji jest wzięty pod uwagę w analizie.	
5. Podano liczbę osób, która odeszła w każdej grupie.	
6. Uczestnicy, którzy zrezygnowali oraz skargi uczestników porównane według ekspozycji	
7. Wyniki są jasno zdefiniowane.	
8. Badanie wyników zostało zaślepione dla stanu ekspozycji.	
9. Metoda badania ekspozycji jest wiarygodna.	
10. Dowody naukowe z innych źródeł są użyte do demonstracji, że metoda badania wyników jest aktualna i wiarygodna.	
11. Główne czynniki zakłócające zidentyfikowane i uwzględnione w projektowaniu i analizie.	
12. Przedziały ufności są podane.	
Wynik końcowy^b	

^aOcena: „Tak” = 1; „Nie” bądź niemożność odpowiedzi z artykułu = 0.

^bWynik – suma przedmiotów jak następuje: 9-10 = wysoka jakość, niskie ryzyko stroniczości; 6-8 = akceptowalna jakość, umiarkowane ryzyko stroniczości; <6 = niska jakość, wysokie ryzyko stroniczości.

Systematyczny przegląd literatury/Meta-Analiza zmodyfikowana lista kontrolna SIGN

Przedmiot	Tak/Nie^a
1. Pytanie badawcze było jasno sformułowane i wymieniono kryteria kwalifikacyjne.	
2. Przeprowadzono kompleksowe przeszukanie literatury.	
3. Przynajmniej dwoje ludzi wybierało badania.	
4. Przynajmniej dwoje ludzi wyodrębniło dane.	
5. Status publikacji nie został użyty jako kryterium włączenia do badania.	
6. Podano listę odrzuconych badań.	
7. Przedstawiono odpowiednie charakterystyki włączonych badań.	
8. Jakość włączonych badań była oceniona i zanotowana.	
9. Przynajmniej dwoje ludzi oceniała jakość włączonych badań.	
10. Użyto właściwych metod do połączenia indywidualnych wyników badań.	
11. Prawdopodobieństwo stroniczości publikacji była właściwie sprawdzona.	
12. Zdeklarowano konflikt interesów.	
Wynik końcowy^b	

^aOcena: „Tak” = 1; „Nie” bądź niemożność odpowiedzi z artykułu = 0.

^bWynik – suma przedmiotów jak następuje: 9-10 = wysoka jakość, niskie ryzyko stroniczości; 6-8 = akceptowalna jakość, umiarkowane ryzyko stroniczości; <6 = niska jakość, wysokie ryzyko stroniczości.

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

Poziom oceny	Jakość dowodów z badań naukowych	Definicja
A	Wysoka	Wysoki poziom zaufania do efektów interwencji: » wiele wysokiej jakości badań ze spójnymi wynikami.
B	Umiarkowana	Zaufanie do efektów interwencji może ulec zmianie w przyszłych wynikach badań: » tylko jedno wysokiej jakości badanie <i>lub</i> , » wiele niższej jakości badań.
C	Niska	Jest wielce prawdopodobne, że zaufanie do efektów interwencji ulegnie zmianie wraz z przyszłymi badaniami: » wszystkie badania mają wiele ograniczeń.
D	Bardzo Niska	Niepewność co do efektów interwencji: » tylko opinia eksperta <i>i/lub</i> , » bez dowodów naukowych <i>lub</i> , » bardzo niska jakość dowodów naukowych.

TREŚĆ WYTYCZNYCH

Podsumowanie rekomendacji

Możliwe przeciwwskazania do manipulacji lub mobilizacji kręgosłupa, bądź innych stawów

Układ	Problem zdrowotny / rozpoznanie
Mięśniowo-szkieletowy	» Pierwotne lub przerzutowe nowotwory kości, » zaawansowana osteoporoza, » niestabilność strukturalna (taka jak niestabilny kręgoszynek, bądź pooperacyjna niestabilność stawów.
Zapalny	» Zapalenie szpiku, » reumatoidalne zapalenie stawów w aktywnym stadium ogólnoustrojowym lub miejscowym, w przypadku ostrego zapalenia lub niestabilności szczytowo-obrotowej.
Neurologiczny	» Postępujący lub nagły deficyt neurologiczny, » guzy rdzenia kręgowego z zaburzeniami neurologicznymi lub wymagające interwencji medycznej.
Hematologiczny	» Wszelkie niestabilne zaburzenia krzepnięcia, w tym wysokie dawki leków przeciwzakrzepowych, » niestabilny tętniak aorty.
Cechy klinicysty	» Nieodpowiednie badanie fizykalne, » nieodpowiedni trening technik manipulacyjnych.

W zależności od indywidualnych wskazań klinicznych można rozważyć zastosowanie manipulacji tkanek miękkich wspomaganych narzędziami oraz niskiej prędkości, małej amplitudzie mobilizacji.

Szczegółowe rekomendacje

Układ	Problem zdrowotny / rozpoznanie
Podkreśl model biopsychospołeczny	Zgodnie z zaleceniami organizacji takich jak Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) i International Association for the Study of Pain (IASP), leczenie pacjentów z przewlekłym bólem MSK o nasileniu umiarkowanym do ciężkiego i/lub powikłanym najlepiej jest prowadzić w modelu biopsychospołecznym, a nie w konwencjonalnym modelu biomedycznym.
Nadaj priorytet podejściom autoterapeutycznym i niefarmakologicznym	Jeśli to możliwe, autoterapia i terapie niefarmakologiczne powinny być traktowane priorytetowo przed podejściami farmakologicznymi. a. W przypadku pacjentów przyjmujących przepisane leki przeciwbólowe, współleczenie z świadczeniodawcą metod niefarmakologicznych może poprawić wyniki.
Podkreśl czynne interwencje	Chociaż pasywne interwencje są przydatne na początkowych etapach leczenia w celu zmniejszenia bólu, czynne interwencje – zwłaszcza ćwiczenia i autoterapia – powinny być wprowadzone tak szybko, jak to możliwe i podkreślone w planie leczenia. a. Interwencje pasywne, zarówno konwencjonalne metody medyczne (np. leki lub zabiegi chirurgiczne), jak i wiele podejść niefarmakologicznych (np. akupunktura, masaż, manipulacje kręgosłupa i fizykoterapia) powinny być połączone z aktywnymi interwencjami i autoterapią (np. ćwiczenia, zdrowa dieta, medytacja, joga i inne zmiany stylu życia), gdy tylko jest to możliwe, aby poprawić wyniki.
Uwzględnij zarówno podejście fizyczne, jak i podejście umysł-ciało	W przypadku pacjentów zgłaszających ból przewlekły o nasileniu od umiarkowanego do ciężkiego zaleca się podejście niefarmakologiczne, które obejmuje zarówno komponent fizyczny, jak i składnik umysł-ciało. Mogą być one podawane przez lekarza prowadzącego leczenie podstawowe lub przez skierowanie lub wspólne kierowanie z zespołem interdyscyplinarnym.
Zidentyfikuj neurofizjologiczny rodzaj bólu	Zgodnie z ostatnimi postępami w zrozumieniu fizjologii bólu przewlekłego ważne jest rozróżnienie bólu przewlekłego u pacjentów pod kątem jego neurofizjologii (ból neuropatyczny, nocycyptywny, i centralna sensytyzacja), ponieważ może to wpływać na wybór leczenia.
Rozważ stratyfikację ryzyka	Do oceny ryzyka wykorzystaj na przykład takie narzędzie do oceny ryzyka jak STarT Back, w przypadku nowych epizodów bólu, aby informować o wspólnych decyzjach dotyczących metod leczenia. Pacjenci z niskim ryzykiem złego wyniku leczenia mogą wymagać mniej intensywnego podejścia, podczas gdy pacjenci z wyższym ryzykiem mogą wymagać bardziej intensywnego podejścia obejmującego wiele terapii, w tym psychologicznych.
Zrób dokładną historię bólu	Dokładny wywiad dotyczący objawów bólowych pacjenta, wcześniejszej i jednoczesnej terapii oraz czynników psychospołecznych jest ważny dla opracowania odpowiedniego planu postępowania chiropraktycznego u pacjentów z bólem przewlekłym. Składowe historii obejmują następujące elementy: a. Ocena czynników ryzyka czerwonej i żółtej flagi. b. Początek obecnego bólu i postrzeganie początkowych czynników wywołujących. c. Parametry bólu, w tym rodzaj, nasilenie, lokalizacja, częstotliwość i czas trwania. d. Czynniki prowokujące i łagodzące. e. Przegląd układów. f. Wcześniejsza terapia i odpowiedź na nią, w tym medyczna, chirurgiczna i niefarmakologiczna. g. Historia przeszłych, obecnych lub rozważanych strategii autoterapii.

- h. Historia badań diagnostycznych z wynikami.
- i. Aktualne leki i nutraceutyki.
- j. Czynniki komplikujące/bariery powrotu do zdrowia, w tym społeczne uwarunkowania zdrowia
- k. Psychologiczne i behawioralne czynniki zdrowia (np. depresja, stres, lęk i PTSD). Czynniki związane ze stylem życia, takie jak używanie tytoniu, narkotyki/alkohol, dieta, ćwiczenia i siedzący tryb życia.

Maksymalizuj
bezpieczeństwo
pacjenta

- a. Niefarmakologiczne terapie bólu przewlekłego wiążą się z mniejszą liczbą szkód niż interwencje farmakologiczne, szczególnie gdy są podawane przez odpowiednio przeszkolonych pracowników służby zdrowia.
- b. Należy dokładnie ocenić pacjentów z przewlekłym bólem pod kątem możliwych przeciwwskazań do manipulacji, zwłaszcza manewrów „pchnięcia” o dużej prędkości i małej amplitudzie i czerwonych flag.

Szczegółowe rekomendacje

Interwencja	Charakterystyka
Przewlekły LBP	<p>Rozważania diagnostyczne dla LBP</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Opracuj opartą na dowodach diagnozę roboczą. Świadczeniodawcy powinni opracować oparte na dowodach diagnozy robocze, które opisują cechy schorzenia, które wpłyną na podejście do terapii; 2. Rozważ fizjologiczny rodzaj bólu. Świadczeniodawcy powinni rozważyć, czy prawdopodobną dominującą przyczyną LBP jest problem neuropatyczny, nocycyptywny i/lub spowodowany centralną sensytyzacją, w celu określenia najwłaściwszych strategii postępowania. <p>Diagnostyka obrazowa</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Unikaj rutynowego obrazowania. Nie zaleca się rutynowego obrazowania u pacjentów z niespecyficznym LBP. Czynniki wskazujące na potrzebę obrazowania to: <ol style="list-style-type: none"> a. Ciężkie i/lub postępujące deficyty neurologiczne; b. Podejrzewana anomalia anatomiczna, taka jak kręgozmyk; c. Poważny uraz; d. Inne czerwone flagi w historii lub badaniu fizykalnym; e. Pacjent nie wykazuje poprawy po rozsądnym przebiegu opieki; f. Dodatkowe czynniki różnią się w zależności od lokalizacji i rodzaju bólu; 2. Rozważ zaawansowane obrazowanie w niektórych przypadkach radikulopatii. U pacjentów z CLBP z towarzyszącą radikulopatią preferuje się obrazowanie metodą rezonansu magnetycznego (MRI) lub tomografią komputerową (CT) niż zwykłe zdjęcia rentgenowskie. Niektóre schorzenia, które nie są wykrywane podczas badania fizykalnego, takie jak stenoza kręgosłupa, mogą wymagać wykrycia przez MRI. <p>Interwencje</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rozważ wiele podejść. W planie zarządzania należy uwzględnić zarówno interwencje czynne, jak i bierne, zarówno fizyczne, jak i terapię umysł-ciało. W oparciu o aktualne dowody zaleca się następujące: <ol style="list-style-type: none"> a. Interwencje aktywności fizycznej: <ul style="list-style-type: none"> » Ćwiczenia; » Joga/Qigong (które można również uznać za interwencje „umysł-ciało”)¹; » Porady dotyczące stylu życia, aby pozostać aktywnym; unikanie siedzenia; kontrolowanie wagi, jeśli występuje otyłość; i rzucenie palenia;

¹Cote P, Wong JJ, Sutton D, et al. Management of neck pain and associated disorders: A clinical practice guideline from the Ontario Protocol for Traffic Injury Management (OPTIMA) Collaboration. Eur Spine J 2016;25: 2000-2022.

Przewlekły LBP

- b) Fizyczne interwencje bierne:
 - » Manipulacje/mobilizacje kręgosłupa;
 - » Masaż;
 - » Akupunktura;
 - » Terapia LLLT²;
 - » Przeskórna elektryczna stymulacja nerwów (TENS) lub prądy interferencyjne mogą być korzystne jako część podejścia multimodalnego na początku leczenia, aby pomóc pacjentowi stać się lub pozostać aktywnym;
- c) Połączone czynne i bierne: rehabilitacja multidyscyplinarna;
- d) Interwencje psychologiczne/umysł-ciało:
 - » Cognitive behavioral therapy (CBT);
 - » Redukcja stresu oparta na Mindfulness³.

Diagnostyka obrazowa

Rozważ odpowiednie okoliczności do obrazowania. Według American College of Radiology:

1. Projekcja AP i boczna kręgosłupa szyjnego mogą być odpowiednie u pacjentów z historią (1) przewlekłego bólu szyi z urazem lub bez; (2) nowotworu złośliwego lub (3) operacji kręgosłupa szyjnego.
2. Obrazowanie diagnostyczne w celu identyfikacji zwyrodnienia nie jest zalecane, ponieważ nie ustalono, że musi ono być źródłem bólu.
3. Seryjne zdjęcia rentgenowskie kręgosłupa szyjnego nie są związane z poprawą efektów.

Interwencje

1. Rozważ wiele podejść. W planie postępowania należy uwzględnić zarówno interwencje czynne, jak i bierne, zarówno fizyczne, jak i umysł-ciało, aby uzyskać maksymalny efekt terapeutyczny. W oparciu o aktualne dowody zalecane są następujące:

Przewlekły ból szyi

- a) Interwencje aktywności fizycznej:
 - » Ćwiczenia (zwiększające zakres ruchu i wzmacniające);
 - » Ćwiczenia połączone z manipulacjami/mobilizacjami;
- b) Fizyczne interwencje bierne:
 - » Manipulacje/mobilizacje kręgosłupa;
 - » Masaż;
 - » Terapia LLL;
 - » Akupunktura;
 - » Poniższa fizykoterapia może zostać dodana jako część planu terapii multimodalnej, w szczególności na początku, by pomóc pacjentowi stać się lub pozostać aktywnym:
 - Przeskórna elektrostymulacja nerwów (TENS), trakcja, ultradźwięki oraz prądy interferencyjne;
- c) Interwencje umysł-ciało:
 - » Joga;
 - » Qigong.

Przewlekły napięciowy ból głowy

Rozważania diagnostyczne dotyczące napięciowego bólu głowy

Z definicji napięciowy ból głowy (TTH) to taki, który występuje co najmniej 15 dni w miesiącu przez ponad 3 miesiące. Może być codzienny i nie ustępować, a towarzyszyć mu mogą łagodne nudności. TTH diagnozuje się wyłącznie na podstawie wywiadu, chociaż należy również przeprowadzić badanie ukierunkowane, które obejmuje pomiar / monitoring ciśnienia tętniczego krwi. Obrazowanie i inne specjalne badania nie są wskazane, chyba że wywiad lub badanie sugerują inny stan, który może być przyczyną leżącą u podstaw.

²Low level laser therapy – biostymulacja laserowa.

³Gu Q, Hou JC, Fang XM. Mindfulness meditation for primary headache pain: A meta-analysis. Chin Med J (Engl) 2018;131:829-838.

Interwencje

1. Rozważ wiele podejść.

W planie postępowania należy uwzględnić zarówno interwencje czynne, jak i bierne, zarówno fizyczne, jak i umysł-ciało, aby uzyskać maksymalny efekt terapeutyczny. W oparciu o aktualne dowody zalecane są następujące:

- a) Interwencje aktywności fizycznej:
 - » Zapewnienie, że TTH nie wskazuje na obecność choroby;
 - » Porady, jak unikać czynników wyzwalających;
 - » Ćwiczenia (aerobowe);
- b) Fizyczne interwencje bierne:
 - » Manipulacje kręgosłupa;
 - » Akupunktura;
 - » Zimne okłady lub żele mentolowe;
- c) Połączenie interwencji czynnych z biernymi;
- d) Interwencje umysł-ciało:
 - » CBT;
 - » Terapia relaksacyjna;
 - » Biofeedback;
 - » Medytacja Mindfulness.

Przewlekły
napięciowy ból głowy

Rozważania diagnostyczne dla choroby zwyrodnieniowej stawu kolanowego

1. Polegaj najpierw na historii i badaniu fizykalnym. W przypadku OA kolana diagnoza opiera się na wynikach wywiadu i badania fizykalnego i jest często potwierdzana zwykłymi zdjęciami rentgenowskimi. Badania laboratoryjne są przeznaczone do wykluczenia innych rozpoznań. Częściej występuje u osób starszych i osób otyłych (wskaźnik masy ciała BMI >30).

Diagnostyka obrazowa

1. Badania obrazowe zazwyczaj nie są wymagane. Obrazowanie nie jest wymagane w przypadku typowej prezentacji OA kolana; jednak w przypadku przewlekłego bólu kolana konwencjonalne (zwykłe) radiogramy powinny być stosowane przed innymi metodami obrazowania. Dla optymalizacji wykrywania choroby zwyrodnieniowej stawu kolanowego istotne są projekcje radiograficzne, a w szczególności zalecane są zdjęcia w pozycji obciążonej i projekcje rzepkowo-udowe;
2. W niektórych przypadkach rozważ zaawansowane obrazowanie. W przypadku dodatkowej diagnostyki najlepiej obrazować tkanki miękkie za pomocą diagnostycznego USG lub MRI bez kontrastu, a kości za pomocą CT lub MRI. Czynniki radiograficzne przewlekłego bólu kolana, w których MRI bez kontrastu dożylnego jest zwykle odpowiednie, obejmują:
 - a) Negatywne zdjęcia rentgenowskie;
 - b) Obrzęk stawu;
 - c) Odwarstwienie kostno-chrzęstne;
 - d) Wolne ciała;
 - e) Historia naprawy chrząstki lub łąkotki;
 - f) Wcześniejszy uraz kostny (tj. drugie złamanie i awulsja guzowatości piszczeli).

Choroba
zwyrodnieniowa
stawu kolanowego
(OA kolana) i stawu
biodrowego (OA
biodra)

Interwencje

1. Rozważ wiele podejść.

W planie postępowania należy uwzględnić zarówno interwencje czynne, jak i bierne, zarówno fizyczne, jak i umysł-ciało. W oparciu o aktualne dowody zalecane są następujące:

- a) Interwencje aktywności fizycznej:
 - » Ćwiczenia;
- b) Fizyczne interwencje bierne:
 - » Terapia manualna;
 - » Ultradźwięki;
 - » Akupunktura, korzystając ze „zwiększonej dawki” (co najmniej 3x/tydzień);
 - » Terapia LLL.

Rozważania diagnostyczne dla choroby zwyrodnieniowej stawu biodrowego

1. Ustal diagnozę kliniczną. Choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego zwykle objawia się bólem z przodu lub z tyłu biodra, z uporczywym, głębokim bólem w pachwinie, który nasila się wraz z aktywnością. American College of Rheumatology wspiera diagnostykę kliniczną choroby zwyrodnieniowej stawu biodrowego u pacjentów z bólem biodra, zwiększonym bólem przy rotacji wewnętrznej stawu biodrowego i jednoczesną sztywnością poranną trwającą <60 min.

- a) Pacjenci mogą również mieć współistniejące ograniczenie zgięcia ze zgięciem $\leq 115^\circ$ i $< 15^\circ$ rotacji wewnętrznej.

Diagnostyka obrazowa

1. Najpierw rozważ zwykle zdjęcia rentgenowskie. Zgodnie z kryteriami właściwego postępowania (Appropriateness Criteria, ACR) dla przewlekłego bólu biodra, pierwszą linią obrazowania powinny być zwykle zdjęcia rentgenowskie biodra i miednicy w większości, jeśli nie we wszystkich przypadkach. W przypadku choroby zwyrodnieniowej stawu biodrowego badanie fizykalne i radiogramy mogą być lepsze w diagnostyce niż MRI i mają rozsądną czułość i swoistość.

2. Rozważ zaawansowane obrazowanie pod kątem oznak zwyrodnienia chrząstki. MRI jest bardziej czuły niż zwykle radiogramy w wykrywaniu wczesnych oznak zwyrodnienia chrząstki. MRI z kontrastem lub bez kontrastu może być wskazane, gdy podejrzewa się lub występuje brak potwierdzenia na radiogramach następujących:

- a) Konflikt;
- b) Uszkodzenia obrąbka stawu biodrowego;
- c) Barwnikowe kosmkowo-guzkowe zapalenie błony maziowej stawów lub osteochromatoza;
- d) Zapalenie stawów o nieokreślonym typie;
- e) Infekcje.

Interwencje

1. Rozważ wiele podejść. W planie postępowania należy uwzględnić zarówno interwencje czynne, jak i bierne, zarówno fizyczne, jak i umysł-ciało. Na podstawie aktualnych dowodów zalecane są następujące:

- a) Interwencje aktywności fizycznej:
 - » Ćwiczenia;
- b) Fizyczne interwencje bierne:
 - » Terapia manualna.

Rozważania diagnostyczne dotyczące fibromialgii

Fibromialgia jest diagnozowana głównie na podstawie historii typowego zespołu objawów – rozległego przewlekłego bólu, nieregenerującego snu i zmęczenia (fizycznego i/lub psychicznego) – po wykluczeniu innych możliwych przyczyn.

Interwencje

1. Rozważ wiele podejść. W planie postępowania należy uwzględnić zarówno interwencje czynne, jak i bierne, zarówno fizyczne, jak i umysł-ciało. W oparciu o aktualne dowody zalecane są następujące:

- a) Interwencje aktywności fizycznej:
 - » Ćwiczenia (aerobowe i wzmacniające);
 - » Porady dotyczące zdrowego stylu życia;
 - » Edukacja na temat schorzenia;
- b) Fizyczne interwencje bierne:
 - » Manipulacje kręgosłupa;
 - » Rozluźnianie mięśniowo-powięziowe;
 - » Akupunktura;
 - » Terapia III;
- c) Połączenie aktywnych z biernymi: rehabilitacja wielodyscyplinarna
- d) Interwencje umysł-ciało, w tym CBT, medytacja Mindfulness, joga oraz *Tai Chi Qigong*.

OA biodra

Fibromialgia

KOMENTARZ EKSPERCKI

Przedstawione wytyczne są publikacją z 2020 roku. Część treści w nich zawarta nie jest niczym nowoczesnym, gdyż podejście, bądź jego próba, do modelu biopsychospołecznego miało już miejsce w XX wieku, niemniej zebranie postępowania dla kilku najczęściej spotykanych schorzeń w jednym dokumencie jest godne uwagi, tym bardziej, iż przygotowany został zgodnie ze standardem formułowania wytycznych w multidyscyplinarnym zespole ekspertów, w oparciu o dowody z aktualnych i rzetelnych badań naukowych, z zaangażowaniem pacjentów w ich tworzenie i z uwzględnieniem ich opinii i oczekiwań. Ich wykorzystanie przez fizjoterapeutów w Polsce może wymagać uwzględnienia kontekstu – instytucjonalnego (np. praca w publicznym systemie ochrony zdrowia albo indywidualna praktyka), organizacyjnego (praca w zespołach lub indywidualnie; skład i role poszczególnych członków zespołu), infrastrukturalnego i sprzętowego (np. dostępność urządzeń) oraz formalnego (nieco inne kompetencje, uprawnienia i zadania fizjoterapeutów w Polsce i USA). Zasadnicza zaleta i istotność wytycznych polega na podaniu siły rekomendacji i hierarchii dowodów, jak i ich skuteczności i zwróceniu uwagi na bezpieczeństwo interwencji. Zachęcam, aby stosując rekomendowane interwencje brać pod uwagę siłę i kierunek rekomendacji.

Przedstawione wytyczne są wskazówką w zakresie badania i leczenia pacjentów zmagających się przewlekłym bólem mięśniowo-szkieletowym. Wiele informacji było podanych już wcześniej, niemniej w Polsce nie mogły doczekać się one światła dziennego ze względu na brak stosowania wytycznych do owego postępowania. Z całą pewnością te wytyczne mogą posłużyć jako pomoc w dyskusji z lekarzami czy innymi fizjoterapeutami, na temat planu leczenia, jak i pomóc w komunikacji, by wspólnie prowadzić danego pacjenta. Warto także zwrócić na szereg opcji terapeutycznych jakie mogą okazać się pomocne w pracy z pacjentem z przewlekłym bólem, lecz nie zapominając o wyjaśnianiu dobranych i zastosowanych środków terapeutycznych, gdyż pacjenci często preferują mniej aktywizujące zabiegi, przyzwyczajając się do biernej terapii. Zachęcam, by ten dokument wykorzystywać również w rozmowach z pacjentami, gdyż może to ułatwić nam przekonanie ich do aktywizacji, czy autoterapii – co jest szalenie ważne.

Przedstawione wytyczne są wskazówką w zakresie badania i leczenia pacjentów z problemami bólowymi kręgosłupa szyjnego. Jako że mamy już 2021 rok dokument ten wielu nowości dla śledzącego postęp na świecie fizjoterapeuty nie wprowadza. Mimo to będzie na pewno wsparciem w dyskusjach z np. lekarzami czy koleżankami i kolegami fizjoterapeutami, co do doboru środków leczenia, rodzaju fizykoterapii czy kinezyterapii, ale i zasad stosowania np. kołnierzy ortopedycznych, które, o ile nie doszło do urazu strukturalnego, nie są zalecane na dłużej niż kilka dni. Ten ostatni punkt jest naprawdę ważny. Często obserwujemy pacjentów po urazach komunikacyjnych, bez urazów strukturalnych w MRI, w kołnierzach ortopedycznych zalecanych na „książkowe” 6 tygodni. Zachęcam, by ten dokument wykorzystywać również w rozmowach z pacjentami. Może ułatwi przekonać fascynatów magicznych zabiegów do nowoczesnych, zbadanych form leczenia.