

# Strona PTBB

**W dniach 25-28 września 2001 r. odbędzie się w Zakopanem**

**II Międzynarodowe Sympozjum**

**„Postępy w leczeniu bólu”**

organizowane przez:

- Zakład Badania i Leczenia Bólu Katedry Anestezjologii CMUJ
- Polskie Towarzystwo Badania Bólu
- Podkarpacki Oddział Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii

**Informacje:**

Komitet Organizacyjny

II Międzynarodowego Sympozjum

„Postępy w leczeniu bólu” – Zakopane 2002

Zakład Badania i Leczenia Bólu KiZaiIT CM UJ

ul. Śniadeckich 11, 31-531 Kraków

tel./fax: (12) 4222666, e-mail: migolec@cyf-kr.edu.pl

**Główny sponsor Sympozjum:**



**JANSSEN-CILAG**

## **WYTYCZNE POLSKIEGO TOWARZYSTWA BADANIA BÓLU DOTYCZĄCE LECZENIA BÓLU PRZEWLEKŁEGO**

### **CZĘŚĆ I**

Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Badania Bólu w oparciu o:

- Statut PTBB,
- ustawę o Zakładach Opieki Zdrowotnej (Dz.U. Nr 91 z dnia 14.10.91r. wraz z późniejszymi zmianami),
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27.02.98r. (Dz.U. Nr 37 p.215 z 98r.),
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21.09.92r. (Dz.U. Nr 74 z dnia 5.10.92r. wraz z późniejszymi zmianami),
- wytyczne Międzynarodowego Towarzystwa Badania Bólu,
- Kartę Praw Pacjenta

opracował wytyczne (przyjęte na mocy uchwały) dla jednostek świadczących usługi medyczne w zakresie leczenia bólu przewlekłego

W zamyśle Towarzystwa jest zagwarantowanie wysokiego poziomu świadczonych usług specjalistycznych w zakresie leczenia bólu.

### **Wskazania do skierowania do poradni leczenia bólu:**

- Nieskuteczność standardowego leczenia.
- Brak możliwości ustalenia rozpoznania przyczyny bólu przewlekłego.
- Diagnostyka i leczenie bólów koincydencyjnych.

- Nasilone działania uboczne leków przeciwbólowych.
- Szybkie narastanie zapotrzebowania na opioidy.
- Szczególne sytuacje wskazujące na możliwość zastosowania specjalistycznych metod leczenia przeciwbólowego.
- Diagnostyka i leczenie psychologiczne pacjentów z bólem przewlekłym.

#### Warunki ogólne dla jednostki:

- Rejestracja zakładu opieki zdrowotnej.
- Pozytywna opinia Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej.
- Warunki budowlane dostosowane dla niepełnosprawnych.
- Dokumentacja medyczna standardowa z rozszerzeniem o dane specjalistyczne.

#### Warunki lokalowe:

- Dla indywidualnych praktyk lekarskich jak w rozporządzeniu MZiOS (Dz. U. 98.58.372).
- Dla zakładów opieki zdrowotnej jak w rozporządzeniu MZiOS (Dz. U. 92.74.366).

Minimalne wymogi lokalowe dla jednostki leczenia bólu: gabinet lekarski, gabinet zabiegowy, rejestracja, poczekalnia.

#### Kwalifikacje personelu:

- Zatrudniony kierownik poradni powinien być lekarzem specjalistą.
- Jeśli kierownik nie jest anestezjologiem, to w poradni musi być zatrudniony specjalista anestezjolog.
- Zatrudnieni lekarze, pielęgniarki i psycholog powinni ukończyć podstawowy kurs nt: „Leczenie bólu” i miesięczny staż w ośrodku uwierzytelnionym wskazaniem do prowadzenia szkoleń podyplomowych przez Zarząd Główny PTBB.

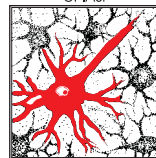
#### Schorzenia i grupy schorzeń podlegające diagnozowaniu i leczeniu w poradni:

Przewlekłe zespoły bólowe w zakresie następujących specjalności – angiologii, chirurgii ogólnej, chirurgii twarzowo-szczękowej, chorób wewnętrznych, chorób zakaźnych, dermatologii i wenerologii, endokrynologii, gastroenterologii, geriatrii, hematologii, kardiologii, medycyny paliatywnej, medycyny sportowej, nefrologii, neurochirurgii, neurologii, okulistyki, onkologii klinicznej, onkologii dziecięcej, ortopedii i traumatologii, otolaryngologii, pediatrii, położnictwa i ginekologii, psychiatrii, reumatologii, stomatologii ogólnej, urologii.

#### Organizacja pracy poradni:

- Poradnia powinna być czynna co najmniej 4 dni w tygodniu przez 7 godzin dziennie, w godzinach rannych i popołudniowych.
- Czas porady – pierwsza porada od 60 do 90 minut; następna porada – średnio 30 minut (czas trwania porady zależy od stanu pacjenta).
- Warunki wstępne przyjęcia:
  - pacjenci przyjmowani bez skierowania w trybie „na ratunek” lub
  - z skierowaniem od lekarza POZ z kodem jednostki chorobowej lub
  - ze skierowaniem od innego specjalisty z postawioną diagnozą wstępną lub
  - ze skierowaniem ze szpitala.
- Pacjent powinien posiadać:
  - dokument uprawniający do leczenia,
  - wyniki badań diagnostycznych i dodatkowych związanych z podanym kodem chorobowym,
  - wyniki badań będących w posiadaniu pacjenta, związanych z aktualnymi dolegliwościami,
  - karta informacyjna leczenia szpitalnego (jeśli pacjent był uprzednio hospitalizowany).

Polskie Towarzystwo  
Badania Bólu  
Polish Chapter  
Of IASP



Prezes

**Dr n. med. Maciej Hilgier**  
Oddział Badania Bólu i Terapii Paliatywnej  
Centrum Onkologii  
Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie  
02-781 Warszawa, ul. Roentgena 5  
tel.: (22) 644-52-50 w. 2609  
e-mail: hilgier@it.com.pl  
hilgier@coi.waw.pl

Wiceprezes

**Dr hab. n. med. Jan Dobrogowski**  
Zakład Badania i Leczenia Bólu  
Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii  
Collegium Medicum UJ  
31-501 Kraków, ul. Śniadeckich 11  
tel.: (12) 422-26-66  
e-mail: midobrog@cyf-kr.edu.pl

Sekretarz

**Dr n. med. Jadwiga Pyszkowska**  
40-778 Katowice, ul. Bałtycka 55 C  
tel.: (32) 252-13-12  
tel./fax: (32) 202-33-61  
tel.: 0-602-63-43-25  
e-mail: pyszkat@pro.onet.pl

Członek Zarządu

**Prof. dr hab. med. Jerzy Garstka**  
Zakład Anestezjologii i Leczenia Bólu  
Instytut Anestezjologii i Intensywnej Terapii  
Akademia Medyczna  
61-545 Poznań, ul. 28 czerwca 1956 r. 135  
tel.: (61) 831-01-30  
fax: (61) 831-01-63

Skarbnik

**Lek. med. Krystyna Boczar**  
43-100 Tychy, ul. Norwida 57  
tel.: (32) 227-42-33  
tel.: (32) 219-11-77

Instytucje wspierające

**GlaxoWellcome**  
**Grünenthal**  
**Janssen-Cilag**  
**Polfa Kutno**  
**UPSA-Bristol-Myers Squibb**

Konto

Bank Zachodni WBK S.A. O/Tychy  
Nr. 87-1090-1652-0000-0000-6400-9560

**Zakres porady:**

Podstawowe badanie lekarskie (podmiotowe i przedmiotowe).

Diagnostyka bólu.

Ocena bólu:

- ilościowa,
- jakościowa,
- psychologiczna.

**Metody leczenia:**

- farmakologiczna,
- anestezjologiczna,
- fizykalna / rehabilitacyjna / neuromodulacyjna,
- psychologiczna.

**Sprzęt i leki:**

- Zgodnie z rozporządzeniem MZiOS Dz. U. 98.58.372 dla indywidualnych praktyk lekarskich i rozporządzeniem MZiOS Dz. U. 92.74.366 i Dz. U. 98.58.372 par. 2 pkt. 28 dla zakładów opieki zdrowotnej.
- do zabiegów anestezjologicznych,
- do zabiegów fizykalnych / rehabilitacyjnych / neuromodulacyjnych.

Uwaga: sprzęt powinien posiadać atestację lub aktualny paszport techniczny.

**Profilaktyka zakażeń:**

- sprzęt jednorazowy lub sprzęt do sterylizacji (z atestacją), rękawiczki,
- należne przeszkolenie personelu.

**Deklaracja Europejskiej Federacji Oddziałów IASP****Declaration of European Federation of IASP Chapters****Maciej Hilgier**

Przewodniczący Polskiego Oddziału EFIC

Ból stanowi główny problem zdrowotny w Europie. Przewlekły, powtarzający się ból jest zmurą ludzi, chorobą rządzącą się swoimi prawami. Wiele dobrze udokumentowanych badań wykazuje, że jednocześnie bólu doświadcza około 40–50% populacji. Główne zespoły bólu przewlekłego to: bóle szyi i krzyża, samoistne bóle mięśniowe, bóle głowy, bóle stawowe.

Od 1986 roku istnieje instrukcja Światowej Organizacji Zdrowia dotycząca bólów nowotworowych. Bóle o umiarkowanym natężeniu leczy się nieopiodowymi lekami przeciwbólowymi (proste analgetyki), a silne i bardzo silne opioidami. Te same zasady obowiązują w wielu rozwiniętych krajach w leczeniu bólów przewlekłych o pochodzeniu nienowotworowym. Silne bóle przewlekłe są początkowo leczone prostymi analgetykami, gdy te są nieskuteczne do leczenia wprowadza się opioid. Stosowanie opioidów („narkotyków”) w bólach pochodzenia nienowotworowego budzi jeszcze szereg wątpliwości. W 1994 roku w książce wydanej przez Międzynarodowe Stowarzyszenie Badania Bólu ukazały się wytyczne dla leczenia opioidami (Portenoy RK. *Opioid therapy for chronic non-malignant pain: current status*. Seattle: IASP Press, 1994; 247–287). Zwraca się w nich uwagę na zasadność stosowania opioidu oraz pełnej kontroli leczenia i objawów ubocznych. W 1997 r. Amerykańska Akademia Medycyny Bólu i Amerykańskie Towarzystwo Bólu wydała konsensus w sprawie stosowania opioidów w bólach nie nowotworowych. Motto tego aktu brzmi: **chory nie może cierpieć tylko dlatego, że istnieją na świecie narkomani**. Oprócz wskazań do stosowania leczenia opioidami oraz rygorów leczenia (jeden lekarz prowadzący, częste wizyty monitorujące, świadoma zgoda chorego, itp.) mówi się o rodzaju preparatów. Powinny być to leki przyjmowane drogą nie inwazyjną (doustne, przezskórne) i powinny działać długo (nie mniej niż 12 godzin). Zapewnia to łatwość (prostotę) dawkowania, a poprzez stałe utrzymywanie się wymiarem dawki opioidu zapewnia lepszy efekt przeciwbólowy i zmniejsza liczbę i natężenie objawów ubocznych.

Problem bólu przewlekłego stanowi najważniejszy światowy problem, również europejski problem zdrowotny Świata i Europy. Dlatego też na specjalnej sesji Parlamentu Europejskiego w Brukseli po raz pierwszy – lekarze, psychologowie, socjologowie i politycy zwracali uwagę zarówno na medyczną jak i społeczną rangę problemu bólu przewlekłego.

Efektom spotkania w Brukseli było przyjęcie przez Parlament Europejski Deklaracji Europejskiej Federacji Oddziałów IASP (EFIC), którą przytaczamy poniżej, ponieważ uczestnicy spotkania zobowiązani zostali do jej szerokiego propagowania zarówno wśród lekarzy jak i medycznych decydentów.

## **Deklaracja Europejskiej Federacji Oddziałów IASP odnośnie bólu przewlekłego jako głównego problemu zdrowotnego, traktowanego jako „choroba sama w sobie”**

*„Ból jest głównym problemem zdrowotnym w Europie. Chociaż ból ostry może być uważany jako objaw choroby lub uszkodzenia, przewlekły i nawracający ból stanowi odrębny problem zdrowotny, chorobę samą w sobie”.*

**Komentarz:** Ból ostry, taki jaki występuje po urazie lub zabiegu chirurgicznym stanowi dla świadomego umysłu sygnał obecności bodźca uszkadzającego i/lub trwającego niszczenia tkanek. Ten sygnał bólu ostrego jest pożyteczny i adaptacyjny, ostrzegając osobę o niebezpieczeństwie i konieczności zareagowania lub szukania pomocy. Ból ostry jest bezpośrednim rezultatem uszkadzającego zdarzenia i jest klasyfikowany jako objaw uszkodzenia tkanki lub choroby. Jednakże u wielu pacjentów ból trwa długo, pomimo wygaśnięcia jego funkcji jako sygnału alarmowego, i często długo po zagojeniu się uszkodzonych tkanek. Ból przewlekły u tych pacjentów prawdopodobnie nie jest bezpośrednio związany z początkowym uszkodzeniem lub jednostką chorobową, lecz raczej z wtórnymi zmianami obejmującymi również te, które pojawiają się w samym systemie wykrywania bólu.

Ponadto ból przewlekły, który jest spowodowany innymi fizjologicznymi mechanizmami niż ból ostry, często uruchamia złożony pakiet fizycznych i psychospołecznych zmian, które są integralną częścią problemu bólu przewlekłego i znacznie obciążają pacjenta, a do których należą:

1. Unieruchomienie i w konsekwencji osłabienie mięśni i stawów
2. Obniżenie odporności i podwyższenie podatności na choroby
3. Zaburzenia snu
4. Problemy z apetytem i odżywianiem
5. Uzależnienie od leków
6. Nadmierne uzależnienie od rodziny i innych opiekunów
7. Nadużywanie oraz niewłaściwe wykorzystywanie profesjonalnego systemu opieki zdrowotnej
8. Zła wydajność w pracy lub niezdolność do pracy, upośledzenie
9. Izolacja od otoczenia i rodziny, zamykanie się w sobie
10. Lęk, strach
11. Rozgoryczenie, frustracja, depresja, tendencje samobójcze

**Rozpowszechnienie bólu przewlekłego:** chociaż brak wyczerpujących danych epidemiologicznych dla Unii Europejskiej, ból przewlekły jest powszechnie spotykany. Kilka badań przeprowadzonych ostatnio w lokalnych społecznościach pokazało, że prawie 50% przebadanych dorosłych osób, w określonym punkcie czasowym, cierpiało z powodu jednego i więcej rodzajów bólu lub dyskomfortu.

U znacznej części badanych ból był przewlekły o znacznym stopniu natężenia, przy czym liczba tych osób znacząco rosła wraz z wiekiem badanych. Najczęściej spotykane bóle przewlekłe: bóle dolnego odcinka kręgosłupa, choroba zwyrodnieniowa stawów i nawracające bóle głowy (włączając w to migreny) są tak powszechne, że często traktowane jako normalna i nieunikniona część życia. Chociaż niewielu ludzi umiera z bólu, wielu umiera w bólu, a jeszcze więcej żyje z bólem.

**Společne koszty bólu przewlekłego:** podczas, gdy ból ostry jest z definicji krótkim i samoograniczającym się procesem, ból przewlekły zaczyna dominować w życiu i troskach pacjenta, oraz często jego rodziny, przyjaciół i innych opiekunów. Oprócz znacznego pogorszenia jakości życia osoby cierpiącej i jej bliskich, ból przewlekły narzuca duże obciążenia finansowe na wielu poziomach, to jest:

1. Koszty usług medycznych i leków
2. Nieobecność w pracy i zaburzenia w miejscu pracy
3. Utrata dochodów
4. Nieproduktywność zarówno w gospodarstwie domowym, jak i w szerszym kontekście
5. Finansowe obciążenie dla rodzin, przyjaciół i pracodawców
6. Koszty odszkodowań, rent i zasiłków

Autoritatywne źródła stawiają ogólne finansowe koszty bólu przewlekłego ponoszone przez społeczeństwo na równi z kosztami choroby nowotworowej i wieńcowej.

EUROPE | AGAINST | PAIN |



EFIC  
EUROPEAN FEDERATION OF IASP CHAPTERS



presents its:  
**Declaration on Chronic Pain  
as a Major Healthcare Problem,  
a Disease in Its Own Right**

launched at:  
The European Parliament, Brussels, Belgium  
9th October 2001

[www.efic.org](http://www.efic.org)

**Użyteczność szerokiego przyjęcia przez rządy deklaracji odnośnie bólu przewlekłego jako głównego problemu zdrowotnego, traktowanego jako „choroba sama w sobie”:** Ciężar epidemii bólu przewlekłego w kategoriach ludzkiego cierpienia i kosztów ponoszonych przez społeczeństwo jest dobrze znany wśród profesjonalistów zajmujących się bólem przewlekłym. Jednakże nie jest on powszechnie doceniony przez większe biomedyczne grupy, osoby odpowiedzialne za politykę socjalną i ogół społeczeństwa. Zwrócenie uwagi na ten problem przez rządy krajów będzie z korzyścią dla szerokiej populacji osób cierpiących z powodu bólu przewlekłego w Europie poprzez:

1. Skierowanie większej uwagi na ten problem przez specjalistów ochrony zdrowia, co obejmuje również wzrost świadomości i wykorzystanie istniejących możliwości uśmierzania bólu, podniesienie kwalifikacji w opanowywaniu bólu przewlekłego oraz zwiększenie wysiłków skierowanych na badania naukowe, mające na celu odkrycie nowych metod leczenia.
2. Wspieranie wysiłków specjalistów zajmujących się bólem przewlekłym na szczeblu narodowym, by rekrutować więcej osób i środków finansowych do walki z bólem przewlekłym.

### Piśmiennictwo

Dokładne informacje dotyczące tego tematu oraz inicjatywy EFIC „Europa Przeciw Bólowi” są dostępne w następujących źródłach:

Wall PD, Melzack R. (red.). Textbook of Pain. Fourth Edition, London: Churchill Livingstone, 1999.

Loeser JD. (red.). Management of Pain. Wyd. 3. Philadelphia: Lea and Febiger, 2000.

Raj PP. (red.). Practical Management of Pain. Wyd. 3. St. Louis: Mosby, 2000.

Crombie IK i wsp. Epidemiology of Pain. Seattle: IASP Press, 1999.

<http://www.efic.org>

<http://www.halcyon.com/iasp>

<http://www.jr2.ox.ac.uk/Bandolier/index.html>

<http://www.cochrane.org>

### Deklarację podpisali:

- z ramienia EFIC:

D. Niv – przewodniczący, H. Breivik – wiceprzewodniczący,

S. Evdine, G. Varrassi, M. Devor;

- z ramienia IASP:

F. Vandenbroucke, P.P. Raj, R. Melzak, P.D. Wall, A. Basbaum, J.D. Loeser, A. Hayes, C. Hanock, M. Bond;

- oraz przewodniczący oddziałów EFIC:

A. Vaso (Albania), G. Launer (Austria), B. Le Polain (Belgia), J. Kozak (Czechy), R. Zupping (Estonia), N. Memran-Pourcher (Francja), K.A. Lehmann (Niemcy), V. Chimonitsi-Kyriou (Grecja), V. Vecsei (Węgry), R. Macsullivan (Irlandia), A. Kuritzky (Izrael), A. Pasetto (Włochy), A. Sciuopokias (Litwa), W. J. Meijler (Holandia), M. Hilgier (Polska), N. Rodrigues (Portugalia), O.C. Munigiu (Rumunia), G.N. Ktyzhanovsky (Rosja), E. Kalso (Norwegia), M. Kulichova (Słowacja), N. Krcevski-Skvarc (Słowenia), J. de Andres (Hiszpania), E. Alon (Szwajcaria), A. Yukul (Turcja).

## Jonoforeza i fonoforeza

### Podstawy teoretyczne i zastosowanie praktyczne

Numer specjalny kwartalnika Rehabilitacja Medyczna – rocznik 2000

Opracowanie monograficzne przeznaczone przede wszystkim dla lekarzy zalecających i fizjoterapeutów stosujących zabiegi jonoforezy i fonoforezy

Numer specjalny można zakupić jako pojedynczy egzemplarz w cenie 10 zł lub w komplecie rocznika 2000 kwartalnika Rehabilitacja Medyczna w cenie 35 zł (instytucje – 50 zł), dokonując wpłaty na konto:

ELIPSA-JAIM s.c. 30-203 Kraków, ul. Gontyna 10/1  
Kredyt Bank S.A. I o/Kraków r-k nr 15001142-121140034134

