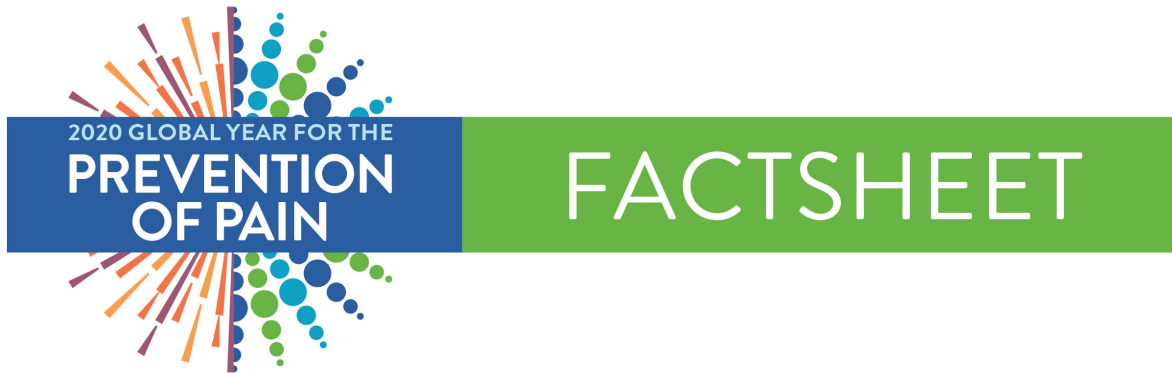




SEKUNDÁRNA A TERCIÁRNA PREVENCIA CHRONICKEJ BOLESTI

Preložila: MUDr. Kacianová Katarína

Úvod

Prevencia bolesti a jej chronických foriem redukuje utrpenie jednotlivcov, aj celej spoločnosti. Sekundárna prevencia pomáha odhaliť ochorenie v skorých štádiách a zabrániť progresii (1,2), zatiaľ čo terciárna prevencia pomáha znížiť alebo vyhnúť sa komplikáciám alebo obmedziť následky už prítomného ochorenia (1). Pokiaľ ide o bolesť, je snaha o zabránenie rozvoja chronickej bolesti po odoznení akútnej bolesti (sekundárny prevencia), alebo obmedziť stratu schopností, stratu sociálnych kontaktov a zamestnania, pokiaľ bolesť prešla do chronicity (terciárna prevencia). Hoci výskum sekundárnej prevencie bolesti vzrástol v priebehu posledných rokov, hlavný cieľ ostáva stále liečba chronickej bolesti.

Globálny rok pre prevenciu bolesti je šanca zvýšiť povedomie o stratégiách a intervenciách, ktoré zabránia rozvoju ochorenia, podporiť trpiacich pri bežných denných fyzických, osobných a sociálnych aktivitách, čo je najlepšia cesta na zabránenie rozvoja chronickej bolesti. Doporučenia, ktoré sa zaoberajú preventívnymi opatreniami boli publikované (3), a dúfajme, že prinesú spoľahlivé výsledky.

Sekundárna prevencia bolesti: Prevencia chronicity

Sekundárna prevencia bolesti bola prvýkrát opísaná Fordycem v 1970 (4), ktorý rozlišuje medzi bolesťou a bolestivým správaním. Preventívny režim mal redukovať bolestivé správanie a preventívne opatrenia (2,4) zahŕňali cvičenie v nepravidelnom čase

a medikáciu. Sekundárna prevencia vyžaduje porozumenie faktorov ktoré spôsobujú prechod do chronicity, validné spôsoby na odhalenie rizikových pacientov a validné klinické postupy zamerané na špecifickú intervenciu proti týmto rizikovým faktorom (5). Niektoré štúdie dokumentujú rizikové faktory s ohľadom na rôzne druhy bolesti: červené (biologické) a žlté (psychosociálne) zástavky pre najbežnejší model muskuloskeletálnej bolesti, nasledujú zástavky modré (týkajúce sa zamestnania), čierne (kompenzácia) a biele (socio-kultúrne) (6), kde sú výsledky stále nejasné, čo sa týka ich vplyvu na sekundárnu prevenciu bolesti. Špecifické rizikové faktory pomôžu vytvoriť preventívne stratégie, ktoré budú základom pre cieleňú intervenciu (5,7). Takéto rizikové faktory sa identifikujú hlavne v maladaptívnych podmienkach a pri depresívnom naladení pacientov a predstavujú žlté zástavky pre rozvoj chronických bolestí kolena alebo dolného chrbta. Ďalej boli uverejnené rizikové faktory pre rozvoj chronickej bolesti po operačnom zákroku (10-12) s dôrazom na vek, gender, typ operačného zákroku, genetické faktory, predchádzajúcu bolesť alebo chronickú bolesť iného pôvodu v minulosti a množstvo psychosociálnych faktorov. Metódy skríningu sú k dispozícii predovšetkým pre chronickú bolesť chrbta s predbežnými výsledkami pre ich prognostickú hodnotu (13). Predbežné výsledky takisto dokazujú, že rozdelenie pacientov do menších skupín s ohľadom na ich riziko chronicity a potom špecificky zameraná liečba sú v krátkom a stredne dlhom období efektívne. Edukácia a cvičenie ako prevencia prechodu bolestí chrbta do chronicity sa zdajú byť tiež v tomto momente najlepším dôkazom (5,7), hlavne v kratšom a stredne dlhom období.

Na rozdiel od toho, iatrogénne faktory (týkajúce sa zdravotnej starostlivosti) sa zdá, že tiež prispievajú k chronifikácii bolesti, zvlášť pokiaľ sa ignoruje multifaktoriálna genéza bolesti a preceňujú sa klinické a rádiologické výsledky a nadužívajú sa diagnostické procedúry a intervencie pasívneho charakteru v dlhom časovom úseku (napr.masáže) (15). Zahrnutie všetkých týchto poznatkov - od vzniku bolesti, cez genetické modely a špecifické intervencie individuálne u každého pacienta, sa musia odraziť v budúcich úvahách pri tvorbe modelov preventívnych opatrení.

Terciárna prevencia bolesti: Znižovanie invalidity, straty práce, negatívneho prežívania, a sociálnej izolácie pre trpiacich chronickou bolesťou

Terciárna prevencia pomáha znížiť sekundárne následky u trpiacich chronickou bolesťou. Všetky modely zahŕňajú funkčné, psychologické a sociálne dopady na život postihnutých jedincov (16, 18, 19, 20-23). Biopsychosociálny model bolesti (24-26) viedol k rozvoju biopsychosociálnych (synonymum multidisciplinárnych, interdisciplinárnych, multikomponentových) prístupov v liečbe. Definícia bola navrhnutá IASP Task Force v 2017 a publikovaná na domovskej stránke IASP.

Mayer a Gatchel (27) predstavili biopsychosociálny prístup v liečbe v 1980. Jeho hlavný zámer je zachovanie fyzického, psychického a sociálneho fungovania, zahrňujúci multidisciplinárnych zdravotníckych odborníkov (praktikov, fyzioterapeutov, psychológov a ošetrovateľov) pracujúcich v zložených tímoch.

Interdisciplinárna liečba je odpoveď na komplexné utrpenie pacientov s chronickou bolesťou, ale výsledky sú kontroverzné. Rôznorodosť zahrnutých odborníkov, ktorí poskytujú intervenciu a liečbu, rôzne dávky liekov, trvanie liečby a výstupy z klinických štúdií značne obmedzujú efektivitu porovnávacích výskumov a validných metaanalýz (30). Je potrebný jednotný koncept liečby, stanovenie zjednotených výstupov (zahŕňajúce porovnávacie a multidimenzionálne výsledky (31)), presné štúdie a systematicky vedený výskum, aby sa odlíšila prínosná liečba od neprínosnej a konečne nájsť najlepšiu liečbu pre špecifickú skupinu pacientov berúc do úvahy ich individuálne charakteristiky.

Literatúra:

1. Loisel P. Developing a new paradigm: Work disability prevention. *Occupational Health Southern Africa* 2009;15(2):56-60.
2. Linton SJ, Chronic pain: the case for prevention. *Behaviour research and therapy* 1987;25(4):313-317.
3. Gewandter JS, Dworkin RH, Turk DC, Farrar JT, Fillingim RB, Gilron I, Markman JD, Oaklander AL, Polydefkis MJ, Raja SN, Robinson JP, Woolf CJ, Ziegler D, Ashburn MA, Burke LB, Cowan P, George SZ, Goli V, Graff OX, Iyengar S, Jay GW, Katz J, Kehlet H, Kitt RA, Kopecky EA, Malamut R, McDermott MP, Palmer P, Rappaport BA, Rauschkolb C, Steigerwal I, Tobias J, Walco GA. Research design considerations for chronic pain prevention clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain* 2015;156(7):1184-1197.
4. Fordyce WE, Brockway JA, Bergman JA, Spengler D. Acute back pain: a control-group comparison of behavioral vs traditional management methods. *Journal of Behavioral Medicine* 1986;9(2):127-140.

5. Meyer C, Denis CM, Berquin AD. Secondary prevention of chronic musculoskeletal pain: A systematic review of clinical trials. *Ann Phys Rehabil Med* 2018;61(5):323-338.
6. Winkelmann C and Schreiber T. Using 'White Flags' to categorize socio-cultural aspects in chronic pain. *European Journal of Public Health* 2019;29(Supplement_4):ckz186-196.
7. Sowah D, Boyko R, Antle D, Miller L, Zakhary M, Straube S. Occupational interventions for the prevention of back pain: Overview of systematic reviews. *J Safety Res* 2018;66:39-59.
8. Sarmanova A, Fernandes GS, Richardson H, Valdes AM, Walsh DA, Zhang W, Doherty M. Contribution of central and peripheral risk factors to prevalence, incidence and progression of knee pain: a community-based cohort study. *Osteoarthritis Cartilage* 2018;26(11):1461-1473.
9. Melloh M, Elfering, Egli Presland C, Röder C, Hendrick P, Darlow B, Theis J-C. Predicting the transition from acute to persistent low back pain. *Occup Med (Lond)* 2011;61(2):127-31.
10. Johannsen M, Frederiksen Y, Jensen AB, Zacharie R. Psychosocial predictors of posttreatment pain after nonmetastatic breast cancer treatment: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *J Pain Res* 2018;11:23-36.
11. Kehlet H, Jensen TS, Woolf CJ, Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention. *The Lancet* 2006;367(9522):1618-1625.
12. Reinhold W. Risk factors of chronic pain after inguinal hernia repair: a systematic review. *Innov Surg Sci* 2017;2(2):61-68.
13. Hill JC, Dunn KM, Main CJ, Hay EM. Subgrouping low back pain: a comparison of the STarT Back Tool with the Orebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire. *Eur J Pain* 2010;14(1):83-89.
14. Hill JC, Dunn KM, Lewis M, Mullis R, Main CJ, Foster NE, Hay EM. A primary care back pain screening tool: identifying patient subgroups for initial treatment. *Arthritis Rheum* 2008;59(5):632-641.
15. Darlow B, Fullen BM, Dean S, Hurley DA, Baxter GD, Dowell A. The association between health care professional attitudes and beliefs and the attitudes and beliefs, clinical management, and outcomes of patients with low back pain: a systematic review. *Eur J Pain* 2012;16(1):3-17.
16. Hasenbring MI, Chehadi O, Titze C, Kreddig N. Fear and anxiety in the transition from acute to chronic pain: there is evidence for endurance besides avoidance. *Pain manage* 2014;4(5):363-374.
17. Aboagye E, Hagber J, Axén I, Kwak L, Lohela-Karlsson, M, Skillgate E, Dahlgren G, Jensen I. Individual preferences for physical exercise as secondary prevention for non-specific low back pain: A discrete choice experiment. *PLoS One* 2017;12(12):e0187709.
18. Crombez G, Eccleston C, Van Damme S, Vlaeyen JWS, Karoly P. Fear-avoidance model of chronic pain: the next generation. *Clin J Pain* 2012;28(6):475-483.
19. Vlaeyen JW and Linton SJ. Fear-avoidance model of chronic musculoskeletal pain: 12 years on. *Pain* 2012; 153(6):1144-1147.
20. Hasenbring MI, Hallner D, Klasen B, Streitlein-Böhme I, Willburger R, Rusche H. Pain-related avoidance versus endurance in primary care patients with subacute back pain: psychological characteristics and outcome at a 6-month follow-up. *Pain* 2012;153(1):211-217.
21. Hasenbring MI and Verbunt JA. Fear-avoidance and endurance-related responses to pain: new models of behavior and their consequences for clinical practice. *Clin J Pain* 2010;26(9):747-753.
22. Plaas H, Sudhaus S, Willburger R, Hasenbring MI. Physical activity and low back pain: the role of subgroups based on the avoidance-endurance model. *Disabil Rehabil* 2014;36(9):749-755.
23. Sudhaus S, Held S, Schoofs D, Bültmann J, Dück, I, Wolf OT, Hasenbring MI. Associations between fear-avoidance and endurance responses to pain and salivary cortisol in the context of experimental pain induction. *Psychoneuroendocrinology* 2015; 52:195-199.
24. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196(4286):129-136.
25. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *J Med Philos* 1981;6(2):101-124.
26. Williams ACC and Craig KD. Updating the definition of pain. *Pain* 2016;157(11):2420-2423.
27. Mayer TG and Gatchel RJ. Functional restoration in spinal disorders: The Sports Medicine Approach. Philadelphia: Lea and Febiger; 1988.
28. Schatman M. Interdisciplinary chronic pain management: international perspectives. *Pain: Clinical Updates* 2012;20(7): 1-5.
29. Dragioti E, Evangelou E, Larsson B, Gerdle B. Effectiveness of multidisciplinary programmes for clinical pain conditions: An umbrella review. *J Rehabil Med* 2018;50(9):779-791.

30. Kaiser U, Treede R-D, Sabatowski R. Multimodal pain therapy in chronic noncancer pain—gold standard or need for further clarification? *Pain* 2017;158(10):1853-1859.
31. Deckert S, Kaiser U, Kopkow C, Trautmann F, Sabatowski R, Schmitt J. A systematic review of the outcomes reported in multimodal pain therapy for chronic pain. *Eur J Pain* 2016;20(1):51-63.
32. Turk DC. Chronic pain and whiplash associated disorders: rehabilitation and secondary prevention. *Pain Res Manag* 2003;8(1):40-3.

Autori:

Dr. Ulrike Kaiser, Lead. Clinical psychologist, Comprehensive Pain Center, University Hospital Carl Gustav Carus Dresden, Dresden, Germany

Recenzenti:

Brona M. Fullen, PhD Associate Professor UCD School of Public Health Physiotherapy and Sports Science Dublin, Ireland

Professor Esther Pogatzki-Zahn, MD, PhD Department of Anesthesiology, Intensive Care and Pain Medicine University Hospital Muenster Muenster, Germany