

Najczęstsze zespoły bólowe zaburzające proces wczesnej fizjoterapii neurologicznej

Dr hab. n. med. Iwona Sarzyńska-Długosz

II Klinika Neurologii, Oddział Rehabilitacji Neurologicznej, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

Zespoły bólowe zaburzające proces wczesnej fizjoterapii neurologicznej to zarówno zespoły bólowe o charakterze bólu zapalnego jak i bólu neuropatycznego. Ból receptorowy, zapalny jest konsekwencją obronnej reakcji organizmu na uszkodzenie tkanek, natomiast ból neuropatyczny jest powodowany przez uszkodzenie lub chorobę somatosensorycznej części układu nerwowego. W procesie wczesnej fizjoterapii neurologicznej ból jest częstym problemem utrudniającym osiągnięcie efektów terapeutycznych. U pacjentów na Oddziałach Rehabilitacji Neurologicznej najczęściej mamy do czynienia z zespołami bólowymi o charakterze bólu neuropatycznego zarówno ośrodkowego jak i obwodowego, oraz z zespołami przewlekłego bólu receptorowego mięśniowo-szkieletowego. Wykład omawia symptomatologię, diagnostykę oraz zasady postępowania terapeutycznego w: ośrodkowym bólu neuropatycznym po udarze, ośrodkowym bólu neuropatycznym po urazie rdzenia kręgowego, bólu neuropatycznym obwodowym w przebiegu polineuropatii cukrzycowej, zespole wielobjawowego bólu miejscowego, zespole bolesnego barku, zespołach przeciążeniowych układu mięśniowo-szkieletowego – w tym w bólach dolnego odcinka kręgosłupa.

Fenotypowanie bólowe pacjentów na przykładzie bólu pleców (LBP)- użyteczne narzędzie czy intelektualna rozrywka.

Mgr Rafał Krasicki

Aktualna definicja bólu wg IASP opisuje ból jako nieprzyjemne doznanie sensoryczne i emocjonalne spowodowane uszkodzeniem lub przypominające uszkodzenie tkanek. Rozwinięciem samej definicji jest przedstawienie fenotypów bólu: nocyceptywnego (somatyczny), neuropatycznego (wywołany uszkodzeniem lub chorobą tkanki nerwowej) i nocyplastycznego (pobudzenie układu nocycepcji bez uchwytne uszkodzenia tkanek). Wszystkie one mają wspólne podłoże oparte na bodźcach nocyceptywnych, do których zaliczyć można stymulację mechaniczną, termiczną i chemiczną wraz z modulatorami odpowiedzi ze strony układów: odpornościowego, autonomicznego i hormonalnego. Ostatni z wymienionych fenotypów, będący niejako diagnozą z wykluczenia pozostałych, stanowi nie lada wyzwanie zarówno diagnostyczne jak i terapeutyczne.

Spodziewany przebieg gojenia tkanki w czasie definiuje ból jako ostry lub chroniczny. I to właśnie chroniczność wraz z nieprzewidywalnością na linii bodziec-reakcja-obszar jest elementem fenotypu nocyplastycznego.

LBP jako jeden z najpowszechniejszych przykładów problemów pacjentów korzystających z fizjoterapii, doskonale nadaje się do przedstawienia wszystkich fenotypów, ukazując złożoność obrazu bólu dolnego odcinka kręgosłupa.

Umiejętność definiowania i rozpoznawania fenotypu bólu osoby, wydaje się być użytecznym narzędziem ustalającym właściwy program terapii, umożliwia jej planowanie, monitorowanie oraz odpowiednie leczenie pacjenta z zespołem bólowym, wspólnie przez fizjoterapeutę i lekarza.

Wykorzystanie obrazowania elastografii USG w terapii objawów bólowych narządu ruchu

Dr n. med. Michał Dwornik

Zaburzenie biomechaniki a następnie fizjologii tkanek są przyczyną nieurazowych objawów bólowych z narządu ruchu.

Objawy nieurazowego bólu są najczęstszym rozpoznaniem dysfunkcji w narządzie ruchu. Rozpoznanie takich objawów bazują jak zawsze na wywiadzie oraz na badaniu fizykalnym – palpacji, po wcześniejszym wykluczeniu w badaniu obrazowym uszkodzenia struktury tkanek.

Objawy bólowe z narządu ruchu bez uszkodzenia struktury, stanowią dużą trudność diagnostyczną w ocenie źródła bólu oraz aktualnego stanu patogenezy tkanek.

Dynamiczny rozwój technik obrazowania spowodował, że obecnie możliwa jest obiektywna ocena właściwości mechanicznych i fizjologicznych wybranych struktur narządu ruchu przy wykorzystaniu elastografii ultrasonograficznej. Elastografia USG wytwarza fale ścinające w tkankach poprzez siłę promieniowania akustycznego i przetwarza je w celu utworzenia elastogramu, który następnie pozwala na ilościową ocenę w kPa lub m/s parametrów biomechanicznych tkanek.

Wykład przedstawia możliwości wykorzystania elastografii USG w diagnostyce funkcjonalnej tkanki mięśniowej, ścięgien i aparatu torebkowo – więzadłowego stawów, sposoby oceny prawidłowych i patologicznych wartości biomechanicznych tkanek oraz podstawowe metody manualne leczenia tkanek narządu ruchu i ocenę działania tych technik w zastosowaniu elastografii USG.

Wnioski z wykładu będą pomocne w diagnostyce oraz prawidłowym wyborze technik leczniczych i określeniu przeciwwskazań do leczenia manualnego.

Przedstawienie działania łańcucha synkinetycznego na przykładzie znoszenia zaburzeń bólowych i kinematycznych barku za pomocą celowanych technik pozamiejscowych.

dr Radosław Skłodowski

Wykład przedstawia na przykładzie funkcji barku zjawisko nazwane łańcuchem synkinetycznym, polegające na zsynchronizowanej współpracy wielu mięśni układających się w ciągi czynnościowe niemające związków z tzw. taśmami powięziowymi Myersa czy łańcuchami GDS.

Zjawisko łańcucha synkinetycznego jest sterowane przez CUN i zachodzi podczas wykonywania prostych i złożonych ruchów. Wykład prezentuje zaobserwowane zasady funkcji prawidłowej łańcucha i funkcji patologicznej, a także wynikające z tej ostatniej zespoły dysfunkcyjne i sposoby ich usuwania technikami pozamiejscowymi. Wykład zawiera praktyczny pokaz pracy terapeutycznej.

Ból w układzie mięśniowo-szkieletowym.

Prof. dr. hab. n. med. Bogdan Ciszek

Zakład Anatomii Prawidłowej i Klinicznej CB WUM

Oddział Kliniczny Neurochirurgii Dziecięcej Kliniki Neurochirurgii UCK WUM

Czucie bólu jest niezwykle istotnym rodzajem czucia, gdyż zawiadamia nas o uszkodzeniu powłok lub struktur wewnętrznych przez czynniki zewnętrzne lub schorzenia rozwijające się w naszym organizmie. Jest w związku z tym najistotniejszym objawem klinicznym, jakkolwiek jego nasilenie podlega ocenie subiektywnej.

Drogi przewodzenia informacji bólowej są wspólne dla wszystkich unerwionych narządów. Wiodą one od receptorów bólu przez nerwy somatyczne, a także autonomiczne do rdzenia kręgowego, następnie do wzgórza i dalej do kory mózgu.

Ostra impulsacja bólowa wywołuje szereg reakcji odruchowych takich jak wzrost ciśnienia krwi, przyspieszenie oddechu i czynności serca, lokalny wzrost napięcia mięśniowego - ochrona przed bólem. Wysoki poziom aktywacji układu współczulnego uruchamia zstępujący układ przeciwbólowy, dzięki któremu w zagrożeniu życia jesteśmy w stanie zignorować ból nawet związany z ciężkim urazem, jeśli priorytetem jest walka lub ucieczka. Opisane wyżej mechanizmy pojawiają się oczywiście także w urazach układu ruchu.

Innym rodzajem bólu związanym z układem mięśniowo-szkieletowym jest ból przewlekły związany z szeregiem procesów takich jak neuropatia, zmiany w układzie autonomicznym, patologiczne zmiany wzorca poruszania się, zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym prowadzące do centralizacji bólu i zmian w funkcjonowaniu kory mózgu, a zatem prowadzące do zmian osobowościowych.

Ważnym składnikiem mechanizmu powstawania przewlekłych dolegliwości bólowych jest proces zwyrodnieniowo zapalny w układzie ruchu obejmujący także struktury nieunierwione (chrząstka) i oddziałujący na unerwione struktury dookoła. Zespoły przeciążeniowe, zespoły zużycia tkankowego generują ból w przyczepach więzadeł i mięśni, w brzuścach mięśniowych w powięziach i oczywiście w samych strukturach kostnych.

Wykład przedstawia najistotniejsze uniwersalne mechanizmy warunkujące ból w układzie mięśniowo-szkieletowym.

Ból i cierpienie w sztuce

Prof. dr hab. n. med. Marek Kowalczyk

Ból jest wrażeniem, ale to jak bardzo boli, zależy od reakcji emocjonalnej, która może mieć inną intensywność niż reakcja fizyczna. Niektórzy ludzie cierpią o wiele bardziej niż inni z powodu podobnych – jak by się wydawało - obrażeń. Sportowcy i żołnierze czasami nie zwracają uwagi na poważne urazy, dopóki trwa mecz lub bitwa, choć innym razem mogą silnie reagować na lżejszy uraz. Wyjaśnienie tej zmienności oddziaływania wymaga odróżnienia emocjonalnych aspektów bólu od aspektów sensorycznych. Aspekt emocjonalny jest bardziej zróżnicowany. Ból pobudza zarówno drogę czuciową do kory sensorycznej, jak i szlak prowadzący do obszarów podwzgórza, ciała migdałowatego oraz kory zakrętu obręczy, o których wiadomo, że są istotne dla reakcji emocjonalnych. Ból szczególnie długotrwały przeżywany jest jako coś natrętnego, co przerywa obecne zachowania oraz czynności poznawcze – przenika do świadomości i domaga się zainteresowania. W wystąpieniu pokazany jest ból w różnych rodzajach sztuki.

Trójetapowa koncepcja leczenia zespołu bólowego kręgosłupa.

Dr n. med. Kamil Koszela

Klinika Neuroortopedii i Neurologii, Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji w Warszawie

Zespół bólowy kręgosłupa dotyka coraz większą grupę pacjentów. Problem ten występuje na całym świecie i wymusza poszukiwanie nowych metod diagnostycznych oraz terapeutycznych. Nawiązując do tzw. trójetapowej koncepcji leczenia zespołu bólowego kręgosłupa dostrzegamy nieco inne, niż dotychczas podejście do tego tematu. Koncepcja ta zakłada w pierwszej kolejności ocenę czynników ryzyka, szczególnie tych o charakterze modyfikowalnym, ich zmianę, ponieważ ich redukcja jest często niemożliwa do zrealizowania. Następnie wdrażana jest szeroko rozumiana terapia lekarska, oparta o metody zachowawcze (np. farmakoterapia, terapia iniekcyjna i inne), a w określonych sytuacjach operacyjne.

Następnie, w odpowiednim czasie wprowadzany jest proces rehabilitacji, oparty w szczególności na terapii ruchem i edukacji chorego. Połączenie tych trzech kluczowych elementów umożliwia kompleksowe leczenie pacjentów z zespołem bólowym kręgosłupa zarówno przez lekarzy jak i fizjoterapeutów, tworząc zespoły terapeutyczne o charakterze interdyscyplinarnym.