

Terapia durerii cronice

Controlul durerii sau algiatria, este o ramură a medicinei care folosește o abordare interdisciplinară pentru ameliorarea suferinței și îmbunătățirea calității vieții celor care trăiesc cu durere cronică. Echipa tipică de gestionare a durerii include medicii, farmaciștii, psihologi clinicieni, fizioterapeuți, terapeuți ocupaționali, asistenți medicali.

Echipa poate include și alți specialiști în sănătatea mintală și terapeuți de masaj. Durerea se rezolvă uneori prompt, odată ce traumatismele sau patologia de bază se vindecă și este tratată de un medic, cu medicamente, cum ar fi analgezice și (ocazional) anxiolitice.

Gestionarea eficientă a durerii cronice (pe termen lung), totuși, necesită frecvent eforturile coordonate ale echipei de management de caz.

Când durerea persistă iar știința medicală nu poate identifica cauza durerii, sarcina medicinei este de a înlătura suferința. Abordările de tratament pentru durerea cronică includ măsuri farmacologice, cum ar fi analgezice, antidepressive și anticonvulsivante, proceduri intervenționale, terapie fizică, exerciții fizice, gheață și/sau căldură și măsuri psihologice, cum ar fi biofeedback și terapia comportamentală cognitivă.

Durerea acută trădează, din punct de vedere biologic, o distrucție tisulară cu potențial de gravitate. Este, de fapt, un semnal de alarmă al organismului, menit să-i permită oprirea unei activități distructive, facilitând procesul regenerativ.

Durerea acută rezulta în cea mai mare parte din boala, inflamație sau lezare a tesuturilor. Acest tip de durere apare în general brusc, de exemplu după traumă sau intervenții chirurgicale, și poate fi însoțit de anxietate sau stres emoțional. Cauza durerii acute poate fi de regulă diagnosticată și tratată iar durerea este autolimitativă, adică este limitată la o perioadă de timp și la o anumită severitate. În unele cazuri rare ea poate deveni cronică. Servește ca o avertizare privind o boală ori o amenințare pentru organism.

Durerea cronică este larg privită ca reprezentând boala însăși. Ea poate fi mult înrăutățită de către factorii de mediu și cei psihologici. Durerea cronică persistă o perioadă de timp mai lungă decât durerea acută și este rezistentă la majoritatea tratamentelor medicale. Ea poate și adesea chiar cauza probleme grave pentru pacient. Semnalele dureroase rămân active în sistemul nervos timp de săptămâni, luni sau ani. Efectele fizice includ tensiunea musculară, mobilitatea limitată, lipsa de energie și schimbări în pofta de mâncare. Efectele emotionale includ depresie, supărare, anxietate și teama de reimplicare. O asemenea teamă poate împiedica persoana să revină la munca sa obișnuită sau la distracțiile sale.

Controlul durerii include comunicarea pacientului cu privire la problema durerii. Pentru a defini problema durerii, un furnizor de servicii medicale va pune probabil întrebări precum:

Cât de intensă este durerea?

Cum simți durerea?

Unde este durerea?

Ce anume face ca să diminueze durerea?

Când a început durerea?

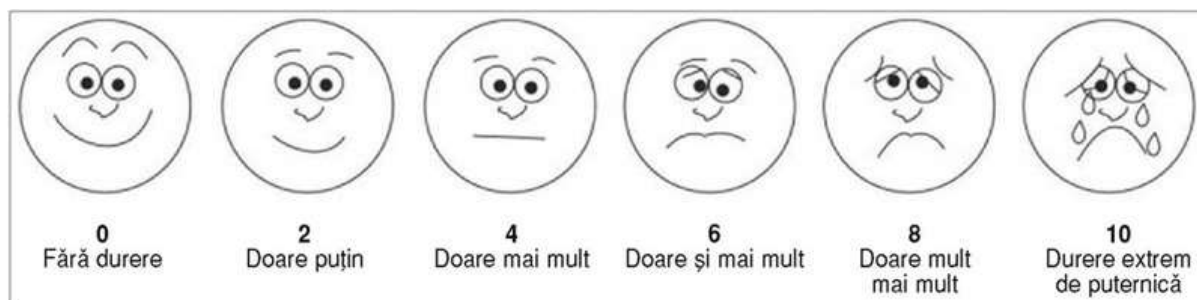
Evaluarea intensității durerii

Scalele de evaluare a intensității durerii pot fi folosite ca parte din screening-ul și evaluarea generală a durerii. Pacienții trebuie întrebați minim despre durerea actuală (la momentul prezent), durerea cea mai intensă, cât și despre durerea medie în ultimele 24 de ore. Pentru o evaluare comprehensivă, trebuie inclusă și durerea cea mai intensă din ultima săptămână, durerea la repaus și durerea la mobilizare.

SCALA NUMERICĂ

Verbală: „Ce număr descrie durerea cea mai mare pe care ați avut-o în ultimele 24 de ore, de la 0 (nici o durere) la 10 (durerea cea mai mare pe care v-o puteți imagina)?”

Scrisa: „Încercuțiți numărul care descrie durerea cea mai mare pe care ați avut-o în ultimele 24 de ore.” 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nici o Cea mai mare durere durere imaginabila Raportarea durerii de catre pacient este standardul îngrijirii.



Dacă pacientul nu este capabil să raporteze verbal durerea, se face heteroevaluare. Leziunea tisulară și stimularea toxică a țesuturilor în timpul intervenției chirurgicale induc trafic nociceptiv, inflamație și fenomene de neuroplasti-citate.

Aceste trei elemente, cu o variabilitate interindividuală importantă, determină percepția, expresia clinică și tiparul de evoluție al durerii postoperatorii.

Persistența durerii postoperatorii după repararea definitivă a țesuturilor lezate are origine multifactorială. Anumiți factori de risc, legați de pacient (biologici, psihologici, sociali), de tipul de chirurgie, de mediul spitalicesc și de cel ambiant, de analgezice și de calitatea analgeziei, pot favoriza sau chiar produce o durere postoperatorie intensă (DPOI) și/sau persistentă (DPOP). Durerea postoperatorie persistentă, întâlnită la 10-60% dintre pacienții operați, poate produce o serie de complicații (scăderea capacității de muncă și calității vieții, dereglări de somn, disfuncții cognitive, sindrom de stres post-traumatic, depresie etc.), urmate de pierderi economice majore, atât pentru familia pacientului, cât și pentru stat.

Durerea postoperatorie persistentă O durere postoperatorie trebuie considerată persistentă după un răstimp rezonabil de la intervenție, când faza algică acută și-a realizat misiunea biologică de protecție, iar țesuturile lezate au fost reparate definitiv și, aparent, nu mai există alți factori, care ar întreține inflamația și ar activa nociceptorii. Nu există, deocamdată, un consens în literatură referitor la termenul potrivit pentru durerea postoperatorie, care se prelungește neobișnuit de mult – „persistentă” sau „cronică”, – ambii termeni fiind utilizați la fel de frecvent pentru descrierea aceluiași fenomen. Asociația Internațională pentru Studiul Durerii (IASP) și Înalta Autoritate a Sănătății din Franța (HAS), definesc drept „cronică” durerea care se menține mai mult de 3 sau de 6 luni și care are consecințe de ordin psihologic, socio-profesional și economic.

Durerea postoperatorie persistentă (DPOP) după Macrae este durerea care nu exista înainte de intervenția chirurgicală, dar apărută după ea și care persistă mai mult de 2-3 luni după operație, alte cauze fiind excluse (proces neoplazic, leziuni actinice, infecții cronice.). Așadar, momentul începerii cronometrării este fundamental. Deasemenea, este foarte important de a face diferență între persistența în postoperatoriu a durerii preoperatorii, care, de obicei, însă nu întotdeauna, este simptomul bolii, pentru care s-a intervenit chirurgical, și care se poate acutiza din nou, și durerea postoperatorie propriu-zisă, care se prelungește neobișnuit de mult. Această diferențiere este făcută extrem de rar în literatură. În lipsa unui consensus, se conturează trei variante de abordare:

Durere inexistentă preoperatoriu sau apărută cu foarte puțin timp înaintea (de ex., cezariană, by-pass coronarian), unde DPOP nu va fi cauzată de complicațiile chirurgicale tardive, ci de eventuale leziuni de nervi;

Durerea prezentă preoperatoriu, dar fără legătură cu intervenția chirurgicală (de ex., lombalgia, artralgia), fiind întreținută de o inflamație de origine dublă, tisulară și neurală.

Durere existentă preoperatoriu de mai mult timp, aflată în relație cu intervenția chirurgicală (de ex. tumoră, hernie de disc, colecistită), dar care se va agrava postoperatoriu, fiind întreținută prin mecanisme de origine mixtă-exces de nocicepție, inflamație, neuropatie.

Incidența durerii postoperatorii persistente Incidența DPOP este greu de estimat din cauza variabilității mari în metodologia studiilor efectuate, fiind disponibile rezultate destul de eterogene

pentru același tip de chirurgie. Cu toată eterogenitatea datelor, raportate în literatură, se pot reliefa și formula, totuși, marile tendințe. Astfel, incidența globală a durerii postoperatorii persistente este estimată la 15-30%.

Factorii de risc pentru durerea acuta

Durerea acuta poate fi cauzata de multe evenimente sau circumstante, incluzand:

- Interventie chirurgicala
- Oase rupte
- Lucrari dentare
- Arsuri sau taieturi

Tratament: antialgice + antiinflamatoare + derivati de morfina + analizezice+mialgin

Factorii de risc pentru durerea cronica

Acuzele fecvente de durere cronica includ :

- Durerea de cap
- Durerea dorso-lombara (de sale)
- Durerea legata de cancer
- Durerea artritica
- Durerea neurogena (durerea rezultata din lezarea nervilor)
- Durerea psihogena (durere datorata nu unei boli trecute sau leziuni sau vreunui semn vizibil de leziune interioara)

Durerea cronica poate avea la origine o trauma initiala/leziune sau infectie sau poate exista o cauza permanenta a durerii. Totusi, unii oameni sufera de durere cronica in absenta oricarei leziuni trecute sau a oricarei dovezi de leziune corporala. Sute de sindroame dureroase sau tulburari compun spectrul durerii. Exista cele mai benigne, trecatoare senzatii de durere, cum sunt cele ca intepatura de ac. Exista durerile nasterii, durerea infarctului miocardic, precum si durerea ce uneori survine dupa amputarea unui membru. Exista si durerea care insoteste cancerul si durerea care urmeaza unei traume severe, cum este cea legata de leziuni la nivelul capului si al coloanei vertebrale. O mostra a sindroamelor dureroase frecvente este expusa mai jos in ordine alfabetica:

- Arahnoidita
- Artrita
- Durerea de spate
- Durerea de arsura
- Durerea de cancer
- Durerile de cap
- Sindroamele de durere musculara miofasciale
- Durerea neuropatica
- Sindromul distrofiei simpatice reflexe
- Leziuni de stres repetat
- Sciatica
- Zona Zoster si alte tulburari dureroase care afecteaza pielea
- Raniri sportive
- Stenoza spinala
- Dureri de interventie chirurgicala
- Tulburari temporomandibulare
- Traume
- Boli vasculare sau leziuni vasculare

Mecanismele durerii postoperatorii persistente

Reflexul de axon, inflamația neurogenă și hiperalgezia primară

Orice factor lezional sau cu potențial lezional și orice formă de energie poate activa terminațiunea nervoasă liberă, care joacă rolul de nociceptor. „Specializarea” nociceptorului este

determinată de „setul” de receptori bi-ochimici elementari și de canalele ionice de diferit tip, aranjate ordonat în bi-stratul lipidic al terminațiunii nervoase libere amielinizate.

Receptorii biochimici elementari, care conțin un por (canal ionic), se numesc ionofori (de ex., receptorii ASIC). Ei vor asigura, după activare, fluxul intraneuronal de ioni, care va forma, după atingerea unui anumit prag, po-tențialul de acțiune.

Potențialul de acțiune deține o parte din informația nociceptivă primară, codificată după intensitate și frecvență. Receptorii biochimici elementari, care sunt cuplați cu sisteme citoplasma-tice de traducere a informației, se numesc metabotropi (de ex., receptorii pentru prostaglandine, histamină sau leucotriene). Ei au funcția de a regla conductanța ionoforului și de a genera un flux intra-neuronal de substanțe biologice active (SBA), care va declanșa reflexul de axon. Totodată, SBA vor transmite informația nociceptivă cu fluxul axonal centripet spre cornul medular dorsal.

Mecanismele transducției la nivelul receptorului periferic sunt cunoscute doar parțial. După activarea nociceptorului, se declanșează reflexul de axon – fibra nervoasă „transpiră”, eliberând în micro-mediul ei o serie de SBA (substanța P, factorul de creștere neuronal NGF, peptidul legat de gena calcitoninei CGRP ș.a.), care vor dilata vasele sanguine adiacente, vor iniția mecanismele repa-ratorii celulare, vor contracta musculatura netedă și vor „chema” celulele imune. Ca rezultat, se declanșează o inflamație sterilă, numită neurogenă.

Scăderea pragului de sensibilitate (răspunsul cel mai important, dat de un stimul supraliminal), descărcările persistente după o stimulare prelungită sau descărcările spontane traduc sensibilizarea periferică a sistemului (sensi-tizarea și hiperalgezia primară, în limitele câmpului receptor activat).

Hiperalgezia secundară, receptorul NMDA și neuroplasticitatea

Potențialele de acțiune, precum și fluxul axonal centripet de SBA, conduse prin fibra aferentă primară spre cornul medular dorsal, vor sensibiliza retro-grad toate fibrele nervoase (toate câmpurile receptoare), care contactează cu neuronul de convergență. În rezultat, pragul de sensibilitate ale acestor câmpuri receptoare va scade (esența fenomenelor de sensibilizare și de hiperalgezie secundară).

Neuronul de convergență, la rândul lui, după procesarea segmentară a informației (poarta de control medular), va transmite informația nocicep-tivă mai departe, sub formă de potențiale de acțiune și flux axonal de SBA, compus din cel puțin 20 de substanțe diferite. Mecanismele centrale ale hiperalgeziei sunt foarte apropiate pentru diferite tipuri de durere, inflama-torie sau neuropată. Receptorul N-metil-D-aspartat (NMDA) este unul de interes deosebit.

În stare de repaos, el este inactiv, iar canalul lui ionic este blocat cu ioni de magneziu. După aplicarea unui stimul intens și repetat, depolarizarea neuronului este urmată de deschiderea canalului ionic al receptorului NMDA, ce asigură intrarea masivă a calciului în celulă.

Concentrația înaltă de calciu intracelular activează cu predilecție NO-sintaza – generatorul intracelular de oxid nitric (NO), și ciclo-oxigenaza de tip 2 (COX-2), care este baza sintezei de prostaglandine la nivel central. NO și prostaglandinele pot difuza, apoi, în elementele presinaptice sau în celulele gliale. Prin acest mecanism, se ampli-fică eliberarea presinaptică de glutamat și se creează bucle de retrocontrol pozitiv, care contribuie la dezvoltarea hiperexcitabilității centrale. În afara proprietății prostaglandinelor de a amplifica eliberarea presinaptică a neuromediatorilor, în special, al glutamatului, ele mai acționează și postsinaptic, asupra protein-kinazelor PKC și PKA, cu activarea receptorilor și canalelor ionice postsinaptice.

Prostaglandinele mai diminuează și influ-ențele inhibitorii ale interneuronilor inhibitori gabaergici și glicinerfici prin inhibarea directă a receptorilor GABA și receptorilor pentru glicină, via re-ceptorii EP2. Pe lângă acestea, oxidul nitric și calciul acționează la nivelul transcripției genetice prin modificarea expresiei genelor cu expresie imedia-tă (c-FOS, c-JUN și COX-2) și genelor cu expresie tardivă ca, de exemplu, cele care codifică prodinorfina, receptorul substanței P (receptorul NK1), neuro-trofinele (de ex., BDNF) și receptorii neurotrofinelor (de ex., receptorul trkB, care interacționează cu BDNF). Aceste proteine, sintetizate prin mecanisme-le descrise, sunt responsabile de activările celulare pe termen lung, care stau la originea neuroplasticității centrale – esența mecanismelor de cronicizare a durerilor postchirurgicale și a fenomenelor de memorizare a durerii. Actualmente este bine demonstrat faptul că leziunea sau stimularea noxică a țesuturilor periferice este urmată de modificări moleculare de durată în neuronii sistemului nervos central și periferic. Afirmăția este valabilă și în cazul stimulilor non-noxici, dacă aceștea sunt prelungiți.

Factorii de risc pentru durerea postoperatorie persistentă

Hiperalgezia primară și cea secundară, precum și fenomenul de neuroplasticitate, nu sunt în măsură, singure, să explice, de ce la unii pacienți durerea postoperatorie devine cronică, iar la alții – nu. Ori, inevitabil, în direcționarea evoluției fenomenelor participă și o serie de factori de risc, existența cărora abia recent a început să fie suspectată, iar identificarea lor activă este o direcție contemporană de studiu a durerii perioperatorii.

Analogic altor condiții clinice, ce operează cu noțiunea de „factor de risc”, în cadrul durerii postoperatorii persistente, factorii de risc pot fi clasificați fie după principiul temporal (preoperatorii, intraoperatorii și postoperatorii), fie după cel al originii (genetici, psiho-sociali, de mediu, de tipul intervenției etc.).

Tabelul 1 prezintă factorii de risc pentru durerea postoperatorie persistentă, identificați la ora actuală. Totuși, rolul mai multor factori de risc prezentați rămâne a fi de precizat.

Factori preoperatorii	Durere moderată sau severă, cu o durată ≥ 1 lună Intervenții chirurgicale în antecedente Intervenție chirurgicală repetată Vulnerabilitate psihologică (engl. catastrofizing) Anxietate preoperatoriu Așteptările (nerealizate) ale pacientului Lipsa susținerii sociale Genul feminin Adult tânăr Compensare socială în caz de boală Predispoziție genetică Consumul preoperatoriu de analgezice (opioide sau nonopioide) Ineficiența sistemului CIDN (controlul inhibitor descendent al nocicepției)
Factori intraoperatorii	Abordare chirurgicală cu risc de leziune nervoasă Incizie mare (≥ 10 cm) Consum intra-anestezic sporit de opioizi (de ex. fentanil $\geq 30\mu\text{g/kg}$) Teren inflammat Durata intervenției ≥ 2 ore
Factori post-operatorii	Durere postoperatorie acută, moderată sau severă, prost controlată Radioterapie în zona intervenției Chimioterapie neurotoxică Depresie Vulnerabilitate psihologică Neuroticism Anxietate

Factori post-operatorii

Durere postoperatorie acută, moderată sau severă, prost controlată

Factorii preoperatorii Preoperatoriu, există factori predictivi indirecti pentru DPOP, deoarece ei corelează cu intensitatea durerii acute postoperatorii, și factori predictivi direcți ai DPOP. Se pare că genetica influențează atât percepția dureroasă, cât și răspunsul la analgezice. Existența unei dureri preoperatorii, caracterizată în intensitate și durată, reprezintă un factor favorizant pentru durerea postoperatorie intensă, indiferent de tipul intervenției chirurgicale. În mod particular, acest fapt a fost demonstrat în studii prospective pentru histerectomie, herniotomie, amputații, chirurgia sânelui, chirurgia toracică, laparoscopie, intervențiile pe coloana vertebrală, artroscopie sau punerea unei proteze.

Durerea preoperatorie este, de asemenea, un factor favorizant pentru cronicizarea durerii acute postoperatorii, chiar și în cazul intervențiilor chirurgicale ambulatorii.

Consumul preoperatoriu de analgezice, care este reflectarea unei dureri preexistente, este, la fel, un factor predictiv al DPOP, indiferent de tipul intervenției: histerectomie, herniotomie, chirurgia sânelui, chirurgia toracică, chirurgia genunchiului. Utilizarea în preoperatoriu de analgezice opioide le-

ar putea modifica farmacodinamica în postoperatoriu. Repetarea intervenției chirurgicale pe același loc este un factor agravant pentru DPOP, fapt demonstrat, de exemplu, pentru histerectomia după cezariană, cezariana multiplă, intervenții repetate pe sân sau pe coloana vertebrală. Genul feminin este considerat un factor agravant pentru durerea postoperatorie intensă. Cu toate că această afirmație este pusă la îndoială de anumiți autori, totuși, genul feminin a fost validat ca element al unui scor de predicție atât a intensității durerii postoperatorii, cât și a DPOP.

Vârsta tânără (<55 de ani) este, de asemenea, un factor de risc pentru durerea acută postoperatorie intensă. Totuși, acest factor pare a fi dependent de tipul de chirurgie, de exemplu, pentru chirurgia digestivă sau cea toraci-că. Dimpotrivă, în intervențiile ortopedice, factorul agravant pentru durerea postoperatorie intensă este vârsta înaintată. Elementele bio-psiho-sociale sunt importante, însă deseori ignorate, deoarece nu sunt căutate. Așteptările pacientului par a fi un element major al stresului, responsabil de cronicizarea durerii, iar echipele chirurgicale și de anestezie ar trebui să le ia în considerație cât mai precoce. Catastrofismul preoperatoriu este predictiv pentru durerea acută postoperatorie intensă după cezariană, protezare, chirurgia sânelui și pare a fi mai marcat la tineri.

Catastrofismul preoperatoriu corelează cu cel postoperatoriu. Pesimismul și absența susținerii sociale sunt indicatorii cu ponderea cea mai mare în cronicizarea durerii după amputație; mai mult, acești indicatori se iau în considerație în conflictele medico-legale judiciare. Anxietatea preoperatorie este un factor de risc pentru dureri postoperatorii intense după chirurgia abdominală, mamară și, de asemenea, este un factor de risc pentru cronicizarea durerii postoperatorii.

Factorii intraoperatorii

Intervențiile chirurgicale majore sunt, de obicei, responsabile de dureri postoperatorii importante. Leziunile neurologice nu sunt responsabile întotdeauna de durerea postoperatorie (doar 10% din pacienți cu leziuni de nerv dezvoltă durere neuropată).

Durerea neuropată, exprimată clinic, este deseori pusă în prim-planul DPOP. Amploarea intervențiilor chirurgicale, precum și durata lor sunt factori de risc clasici pentru DPOP. Complicațiile postoperatorii și necesitatea unei reprimări chirurgicale sunt elemente agravante. Tehnica de anestezie nu pare a fi un element determinant.

Factorii postoperatorii

În cazul existenței unei dureri preoperatorii, o durere postoperatorie intensă este predictivă pentru DPOP. De asemenea, caracterul neuropat al percepției dureroase este un factor de risc cu pondere pentru DPOP. Durerea postoperatorie intensă, prost controlată, este, desigur, acompaniată de o recuperare funcțională dificilă și reprezintă o sursă de insatisfacție (mai ales, dacă nu au fost luate în considerație așteptările pacientului) și o cauză a depresiei, care agravează durerea. Starea de frică în postoperatoriu, la fel și dereglările de somn, sunt factori agravanți pentru DPOP.

Elemente principale de luptă împotriva durerii cronice

Tratamentul durerii cronice implică prescripție de medicamente și terapie. Recomandarea noastră este să consultați medicul dvs. curant înainte de a lua medicamente.

Unele tipuri de terapie ajută la reducerea durerii dvs.:

Fizioterapia (cum este stretching-ul)

Sporturile cu impact redus (cum sunt mersul pe jos, înotul sau bicicleta) pot ajuta la reducerea durerii.

Terapia ocupațională vă învață cum să vă adaptați ritmul dvs. zilnic.

Terapia comportamentală vă poate reduce durerea prin metode (cum este meditația sau yoga) care vă ajută să vă relaxați.

Schimbările stilului de viață sunt o parte importantă din tratamentul durerii cronice. Renunțarea la fumat ajută prin faptul că nicotina din țigări poate face ca anumite medicamente să fie mai puțin eficiente.

Majoritatea tratamentelor pentru durere nu anulează complet durerea, dar reduc gradul de durere. Managementul eficient al durerii nu se rezumă pur și simplu la prescrierea unui tratament analgezic. Tratamentul durerii ar trebui să ia în considerare și simptomele asociate durerii. Din păcate, mulți pacienți consideră că tratamentul farmacologic este cea mai bună soluție pentru rezolvarea

problemelor de sănătate. Această concepție greșită trebuie înlocuită cu ideea că pacientul trebuie să participe activ pentru redobândirea stării de sănătate. Rezultatele, în cazul oricărui tratament, nu ar trebui să fie cuantificate numai în ameliorarea durerii, ci și într-o îmbunătățire a calitatii vieții.

Tratamentul nonfarmacologic ar trebui să fie primul pas în managementul durerii cronice. Îndepărtarea fricii, încurajarea pacientului să se descurce singur, folosirea măsurilor adaptative și orientarea atenției către simptomele asociate durerii sunt la fel de importante ca abordarea specifică a durerii.

Electroterapia transcutanată este reprezentată de: TENS (cea mai comună formă de electroterapie, în care stimulul electric este aplicat pe suprafața pielii) și de curentul interferențial, care penetrează în profunzime.

Activitatea fizică în aproape orice formă este esențială la toți pacienții cu afecțiuni musculo-scheletale. Exercițiul fizic are multe efecte benefice atât asupra stării fizice, cât și asupra stării psihice la pacienții cu durere cronică. Activarea mecanismelor descendente inhibitoare este considerată a fi mecanismul de acțiune pentru ameliorarea durerii pentru multe din aceste tratamente. Scopul principal este păstrarea pacienților cu durere cronică activi fizic cât mai mult timp posibil. Inactivitatea este dăunătoare, în ciuda ameliorării temporare a simptomelor.

Exercițiul terapeutic poate fi clasificat în:

- exerciții de mișcare;
 - exerciții de întindere;
 - exerciții de creștere a forței musculare;
 - exerciții condiționat cardiovasculare.
- antrenamentul funcțional

Durerea cronică poate limita chiar și cele mai simple activitățile zilnice. Activitatea funcțională este la fel de importantă ca și efectuarea unui program de exerciții fizice zilnic. Ridicarea, transportul, împingerea, tragerea, îndoirea, dexteritatea digitală și manipularea sunt toate exemple de mișcări funcționale care sunt folosite zilnic. Activitățile de agrement sunt incluse în această categorie. Capacitatea de a efectua un nivel mai ridicat activități de agrement servește mai multe scopuri: socializarea, utilizarea în mod activ a timpului și crearea unei stări de bine.

TRATAMENTUL FARMACOLOGIC

Tratamentul farmacologic are ca principiu utilizarea medicamentelor în doza cea mai mică și pentru cel mai scurt timp posibil, pentru a reduce efectele secundare. Cuprinde în principal medicamente din clasa antiinflamatoarelor nesteroidiene și a antialgicelor.

Tramadolul Datele experimentale pe modele animale de durere inflamatoare și neuropată sugerează un efect antihiperalgezie al tramadolului. În același timp, datele obținute în context clinic la om sunt contradictorii. Cel puțin, au fost constatate: lipsa efectului antihiperalgezie după o anestezie cu remifen-tanil/ketamina, creșterea pragului nociceptiv după cezariană, prezența efectului antihiperalgezie în cazul asocierii cu diclofenac.

Clonidina, administrată intratecal Clonidina, administrată intratecal în doze mari (300 μg), s-a dovedit a fi eficientă în reducerea hiperalgeziei pericatriciale după intervenții pe colon, cu impact pozitiv în sensul reducerii incidenței durerii cronice postchirurgicale. Însă calea intratecală de administrare a clonidinei nu permite utilizarea ei pe larg.

Lidocaina, administrată intravenos Anestezicele locale, administrate peridural sau perineural, manifestă un efect antihiperalgezie. Lidocaina, administrată intravenos în perioada perioperatorie, a fost utilizată în calitate de remediu antihiperalgezie în baza unei ipoteze precum că l-ar avea. Până acum, doar un singur studiu, efectuat la om, a analizat efectul lidocainei, administrate intravenos, asupra hiperalgeziei postoperatorii în chirurgia ortopedică. Rezultatele au fost negative.

acetaminofenul rămâne analgezicul cel mai frecvent utilizat pentru gestionarea durerilor musculo-scheletale, deși se pare că pacienții preferă antiinflamatoarele nesteroidiene (AINS). Acetaminofenul, în combinație cu alți agenți, cum ar fi codeina sau tramadolul, poate determina un risc cumulativ pentru supradozarea acetaminofenului atunci când pacienții continuă să utilizeze suplimentar aceste medicamente contrar recomandărilor.

antiinflamatoarele nonsteroidiene tradiționale și cele de ultimă generație au jucat un rol important în managementul durerii, mai ales în combaterea inflamației. Acești agenți sunt însă recunoscuți acum pentru faptul că se asociază cu efecte adverse grave asupra tractului gastro-intestinal, rinichilor, ficatului și sistemului cardiovascular. În prezent, orice utilizare a acestora se face cu recomandarea de a fi administrați doze minime și timp cât mai scurt

Medicamente opioide oferă cea mai bună analgezie pentru aproape orice durere, dar utilizarea lor este limitată de efectele secundare imediate, precum și în ceea ce privește siguranța pe termen lung.

medicamentele adjuvante pot fi definite ca agenți a căror funcție principală nu este ameliorarea durerii, ci modificarea percepției durerii de către pacient. Deși au fost utilizate inițial în managementul durerii neuropatice, s-a dovedit ulterior că ar avea un efect în fibromialgie, acest lucru crescând interesul în utilizarea lor în alte afecțiuni musculo-scheletale dureroase. Cele două clase de medicamente care au fost cel mai studiate pentru efectele analgezice sunt antidepresivele și anticonvulsivantele.

tratarea deficitului de vitamina D. Studii recente arată că un deficit de vitamina D poate contribui la durerile cronice. Vitamina D este vitală pentru absorbția fixarea calciului în oase și îmbunătățirea forței musculare. Pentru a avea o viața lungă și fără boli, alături de o dietă sănătoasă trebuie să faci și sport. Mai exact, orice tip de activitate fizică. Găsește câteva exerciții sau sporturi care te atrag și practica-le constant. Încearcă să faci sport de două ori pe săptămână sau mergi pe jos cât de des poți.

Vă așteptăm să ne contactați pentru a afla cel mai bun mod de a vă controla durerea.

BIBLIOGRAFIE

1. Chou R, Huffman LH (octombrie 2007). "Terapii nonfarmacologice pentru durerea cronică acută și cronică: o revizuire a dovezilor pentru un ghid al practicii clinice a Societății Americane de Pain / American College of Physicians". *Ann. Intern. Med.* . 147 (7): 492-504. doi : 10.7326 / 0003-4819- 147-7-200710020-00007 . PMID 17909210 .
2. Williams, Amanda C. de C .; Eccleston, Christopher; Morley, Stephen (2012-11-14). "Terapii psihologice pentru gestionarea durerii cronice (excluzând cefaleea) la adulți". Baza de date Cochrane a evaluărilor sistematice . 11 : CD007407. doi : 10.1002 / 14651858.CD007407.pub3 . ISSN 1469-493X . PMID 23152245
3. Jensen, M .; Patterson, DR (2006). "Tratamentul hipnotic al durerii cronice". *Jurnalul de medicină comportamentală* . 29 (1): 95-124. doi : 10.1007 / s10865-005-9031-6 . PMID 16404678
4. Consumer Reports Sanatate Cel mai bun Buy Drugs (în iulie 2012), „Utilizarea Opioidelor pentru a trata: durerea cronică - comparând eficacitatea, siguranța și prețul " (PDF) , opioide , Yonkers, New York : Rapoartele consumatorilor , preluate 28 octombrie 2013
5. Dunn KM, Saunders KW, Rutter CM și colab. (Ianuarie 2010). Supradozajul și opioidele prescrise: Asociațiile pacienților cu boli cronice non-canceroase " . *Ann. Intern. Med.* . 152 (2): 85-92. doi : 10.7326 / 0003-4819-152-2-201001190-00006 . PMC 3000551 Liber accesibil . PMID 20083827. FDA.gov "Un ghid pentru utilizarea în siguranță a medicamentelor pentru durere" 23 februarie 2009
6. Daubresse M, Chang HY, Yu Y, Viswanathan S, Shah ND, Stafford RS, Kruszewski SP, Alexander GC (octombrie 2013). "Diagnosticul ambulator și tratamentul durerii non-maligne în Statele Unite, 2000-2010" . *Îngrijire medicală* . 51 (10): 870-8. doi : 10.1097 / MLR.0b013e3182a95d86 . PMC 3845222 Liber accesibil . PMID 24025657
7. Carinci AJ, Mao J (februarie 2010). "Durerea și dependența de opiacee: care este legătura?". *Curr Pain Dureri de cap Rep.* . 14 (1): 17-21. doi : 10.1007/ s11916-009-0086-x . PMID 20425210.
8. Starrels JL, Becker WC, Alford DP, Kapoor A, Williams AR, Turner BJ (iunie 2010). Revizuirea sistematică: acorduri de tratament și teste de droguri pentru reducerea consumului de opiacee la pacienții cu durere cronică " . *Ann. Intern. Med.* . 152 (11): 712-20. doi : 10.7326 / 0003-4819-152-11- 201006010-00004 . PMID 20513829.
9. King SA (2010). "Linii directoare pentru prescrierea opioidelor pentru durerea cronică" . *Psihiatrul timpurilor* . 27 (5): 20. Munir MA, Enany N, Zhang JM (2007). "Analgezice nonopioide". *Med. Clin. North Am.* . 91 (1): 97- 111. doi : 10.1016 / j.mcna.2006.10.011 . PMID 17164106.

10. Ballantyne JC; Gao, Y.-J .; Sun, Y.-G .; Zhao, C.-S .; Gereau, RW; Chen, Z.-F. (2006). "Opioide pentru durere cronică nonterminală". Sud. Med. J. 99 (11): 1245-55. doi : 10.1097 / 01.smj.0000223946.19256.17 . PMID 17195420.
 11. Jackson KC (2006). "Farmacoterapia pentru durerea neuropatică". Practica durerii . 6 (1): 27-33. doi : 10.1111 / j.1533-2500.2006.00055.x . PMID 17309706.