

Klasyfikacja bólu przewlekłego dla potrzeb ICD-11

A classification of chronic pain for ICD-11

Rolf-Detlef Treede¹, Winfried Rief², Antonia Barke², Qasim Aziz*, Michael I. Bennett, Rafael Benoliel, Milton Cohen, Stefan Evers, Nanna B. Finnerup, Michael B. First, Maria Adele Giamberardino, Stein Kaasa, Eva Kosek, Patricia Lavand'homme, Michael Nicholas, Serge Perrot, Joachim Scholz, Stephan Schug, Blair H. Smith, Peter Svensson, Johan W.S. Vlaeyen, Shuu-Jiun Wang

¹ Medical Faculty Mannheim of Heidelberg University, Germany,

² Department of Clinical Psychology and Psychotherapy, Marburg University, Marburg, Germany

*afiliacja pozostałych autorów jest dostępna w wersji elektronicznej artykułu, na stronie www.bolczasopismo.pl

Pain 2015, 156, 6: 1003-1008

WPROWADZENIE

Uznaje się, że ból przewlekły to ból, który utrzymuje się po normalnym czasie zdrowienia [5] i tym samym nie ma roli ostrzegawczej, jaką pełni fizjologiczna nocycepcja w stanach ostrych [35]. Zazwyczaj ból uznaje się jako przewlekły, gdy utrzymuje się lub nawraca przez czas dłuższy niż 3 do 6 miesięcy [29]. Przewlekły ból występuje często, dotyczy około 20% ludzi na całym świecie [6,13,14,18] i jest powodem 15-20% wizyt u lekarza [25,28]. Bólowi przewlekłemu należy poświęcić więcej uwagi jako globalnemu priorytetowi zdrowotnemu, ponieważ odpowiednie leczenie bólu jest prawem człowieka, a zapewnienie takiego leczenia jest zadaniem każdego systemu opieki zdrowotnej [4,13].

Aktualna wersja Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (*International Classification of Diseases*, ICD) Światowej Organizacji Zdrowia (*World Health Organization*, WHO) obejmuje niektóre kody diagnostyczne dla przewlekłych zespołów bólowych, rozpoznania te nie odzwierciedlają jednak faktycznej epidemiologii bólu przewlekłego ani nie są sklasyfikowane w sposób systematyczny. Klasyfikacja ICD jest znakomitym narzędziem do kodowania rozpoznań i dokumentowania badań lub działań terapeutycznych w ramach systemów opieki zdrowotnej w wielu krajach. Poza tym kody ICD są powszechnie wykorzystywane do raportowania chorób podstawowych i chorób współistniejących uczestników badań klinicznych. W efekcie aktualny brak odpowiedniego kodowania w ICD sprawia, że gromadzenie dokładnych danych epidemiologicznych dotyczących bólu przewlekłego jest trudne, uniemożliwia właściwą wycenę kosztów opieki zdrowotnej związanych

z leczeniem bólu i utrudnia rozwijanie i wdrażanie nowych metod leczenia [10,11,16,23,27,31,37],

W odpowiedzi na te trudności, Międzynarodowe Towarzystwo Badania Bólu (*International Association for the Study of Pain*, IASP) wraz z WHO ustanowiło Zespół Zadaniowy ds. Klasyfikacji Bólu Przewlekłego. Zespół Zadaniowy IASP, który składa się z ekspertów leczenia bólu z całego świata [19] opracował nową i pragmatyczną klasyfikację bólu przewlekłego na potrzeby zbliżającej się jedenastej rewizji ICD. Celem jest stworzenie systemu klasyfikacji, mającego zastosowanie w podstawowej opiece zdrowotnej i w jednostkach klinicznych specjalistycznego leczenia bólu.

Duże wyzwanie w tym procesie stanowiło znalezienie racjonalnej zasady klasyfikacji, która jest odpowiednia dla różnych rodzajów przewlekłego bólu i wpisuje się w ogólne ramy ICD-11. Kategorie bólu są różnie definiowane w oparciu o lokalizację bólu (ból głowy), etiologię (ból nowotworowy) czy pierwotnie dotknięty układ anatomiczny (ból neuropatyczny). Niektóre rozpoznania bólowe pozostają w sprzeczności z tymi zasadami klasyfikacji (fibromialgia).

Ten problem nie odnosi się jedynie do klasyfikacji bólu, ale istnieje w całej klasyfikacji ICD. Zespół Zadaniowy IASP zdecydował, by najwyższy priorytet odnosił się do etiologii bólu, w następnej kolejności do podstawowych patomechanizmów i wreszcie do lokalizacji w organizmie. Opracowanie tej wielowarstwowej klasyfikacji mocno ułatwiła nowatorska zasada przypisywania kodów diagnostycznych w ICD-11, zwana „multi-rodzicielstwem”. Multi-rodzicielstwo pozwala

na zaliczenie tego samego rozpoznania do więcej niż jednej kategorii (glosariusz terminów ICD znajduje się w Tabeli 1). Każde rozpoznanie zachowuje jedną kategorię jako główną, nadrzędną (*parent*), ale posiada odwołania krzyżowe do innych kategorii, które pełnią funkcję dodatkowych, wtórnych kategorii.

Nowa kategoria ICD dla „Bólu Przewlekłego” obejmuje najczęstsze, istotne klinicznie schorzenia. Schorzenia zostały podzielone na 7 grup (Ryc. 1): (1) przewlekły ból pierwotny, (2) przewlekły ból nowotworowy, (3) przewlekły ból pourazowy i pooperacyjny, (4) przewlekły ból neuropatyczny, (5) przewlekły ból głowy i ustno-twarzowy, (6) przewlekły ból trzewny (7) przewlekły ból mięśniowo-szkieletowy. Ekspertsi przypisani do każdej grupy są odpowiedzialni za zdefiniowanie kryteriów diagnostycznych i wybór rozpoznań, które mają zostać włączone do tych podkategorii bólu przewlekłego. Dzięki Bedirhanowi Ustunowi i Robertowi Jakobowi z WHO te rozpoznania bólowe są obecnie włączone do wersji beta ICD-11 (<http://id.who.int/icd/entity/1581976053>). Zespół Zadaniowy generuje modele zawartości dla pojedynczych jednostek w celu opisanie ich charakterystyk klinicznych. Po ocenie typu *peer review* pod nadzorem Komitetu Wykonawczego WHO [30] klasyfikacja bólu przewlekłego zostanie przyjęta przez Światowe Zgromadzenie WHO w 2017 roku.

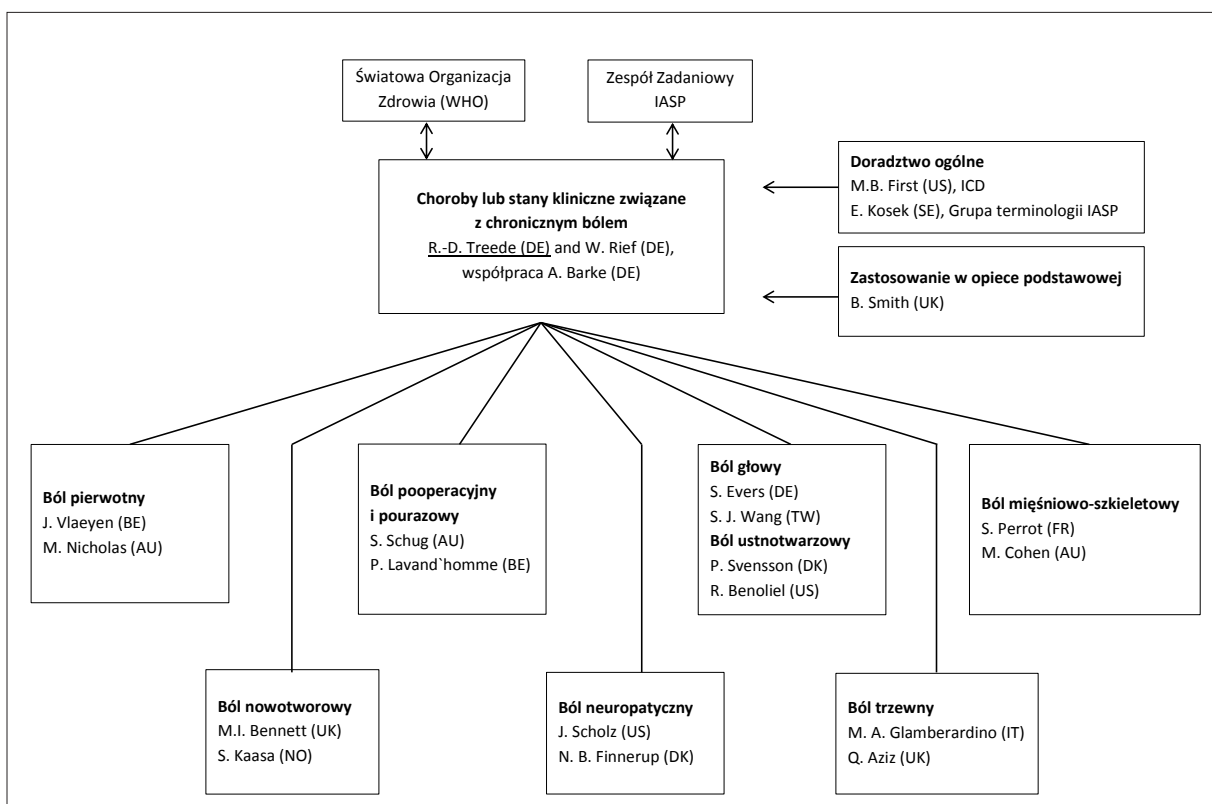
KLASYFIKACJA PRZEWLEKŁEGO BÓLU

Przewlekły ból zdefiniowano jako przewlekły lub nawracający ból, utrzymujący się dłużej niż 3 miesiące. Definicja odnosząca się do czasu trwania bólu ma tę zaletę, że jest jasna i możliwa do wdrożenia.

Opcjonalne specyfikatory dla każdego rozpoznania dokumentują dowody na występowanie czynników psychospołecznych i stopień ciężkości bólu. Stopień ciężkości bólu może być oceniany w oparciu o natężenie bólu, stres związany z bólem i pogorszenie funkcjonowania.

Przewlekły ból pierwotny

Przewlekły ból pierwotny jest to ból występujący w przynajmniej jednej lub więcej lokalizacji anatomicznej, który utrzymuje się lub nawraca przez okres dłuższy niż 3 miesiące i wiąże się ze znacznym obciążeniem emocjonalnym lub znaczącą niepełnosprawnością czynnościową (zaburza wykonywanie codziennych czynności i pełnienie ról społecznych), i który nie może być lepiej wyjaśniony przez inne uwarunkowania przewlekłego bólu. Jest to nowa definicja fenomenologiczna, utworzona z uwagi na fakt, że w przypadku wielu postaci przewlekłego bólu etiologia jest nieznaną. Ta grupa obejmuje częste zespoły bólowe, takie jak np. ból pleców,



Rycina 1. Schemat organizacyjny Zespołu Zadaniowego, IASP i WHO. Zespół Zadaniowy IASP został utworzony przez zarząd IASP, a zakres jego prac został zdefiniowany przez przewodniczących (R.D.T. i W.R.) w bezpośredniej współpracy z przedstawicielami WHO w 2012 roku. Zespół Zadaniowy składa raport o roku do Rady IASP.

który nie jest klasyfikowany ani jako ból mięśniowo-szkieletowy ani neuropatyczny, jak również przewlekły ból rozlany, fibromialgia i zespół jelita drażliwego, w których etiologii można stwierdzić lub nie określone zmiany biologiczne. Termin „ból pierwotny” wybrano w porozumieniu z komisją rewizyjną ds. ICD-11, której zdaniem jest to powszechnie akceptowane określenie, w szczególności z perspektywy niespecjalistycznej.

Przewlekły ból nowotworowy

Ból jest częstym i wyniszczającym objawem towarzyszącym chorobie nowotworowej [8], a do tej pory nie był uwzględniony w ICD. Zespół Zadaniowy podjął decyzję o umieszczeniu go w wykazie jako odrębnej jednostki, ponieważ istnieją specjalne wytyczne jego leczenia [7,38]. Przewlekły ból nowotworowy obejmuje ból spowodowany przez samą chorobę nowotworową (guza pierwotny lub przerzuty) oraz ból, który jest spowodowany leczeniem przeciwnowotworowym (chirurgicznym, chemioterapią, radioterapią i innymi). Ból spowodowany nowotworem jest klasyfikowany na podkategorie w oparciu o lokalizację na trzewny, kostny (lub mięśniowo-szkieletowy) i somatosensoryczny (neuropatyczny). Może być opisywany zarówno jako ciągły (ból podstawowy) lub przerywany (ból epizodyczny), jeśli jest związany z ruchem lub procedurami klinicznymi. Ból spowodowany leczeniem będzie mieć odwołania krzyżowe z rozdziałów dotyczących bólu pooperacyjnego i bólu neuropatycznego.

Przewlekły ból pooperacyjny i pourazowy

W klasyfikacji utworzono odrębną jednostkę jak ból pooperacyjny i pourazowy, ponieważ ból utrzymujący po upływie normalnego okresu zdrowienia występuje często po zabiegach chirurgicznych i pewnych rodzajach urazów. Definiuje się go jako ból, który rozwija się po zabiegu chirurgicznym lub urazie tkanek (obejmującym wszelkie urazy, włącznie z poparzeniami) i utrzymuje się przez przynajmniej 3 miesiące po zabiegu operacyjnym lub urazie tkanek [26]. Jest to definicja sformułowana w oparciu o wykluczenia, gdyż konieczne jest wykluczenie wszelkich innych przyczyn bólu (zakażenie, nawrót choroby nowotworowej), a także bólu wynikającego z istniejącego wcześniej problemu bólowego. W świetle różnej etiologii, a także z medyczno-prawnego punktu widzenia, za celowe uznaje się oddzielenie bólu pooperacyjnego od bólu po wszelkich innych urazach. W zależności od rodzaju zabiegu chirurgicznego, przewlekły ból pooperacyjny ma często charakter bólu neuropatycznego (średnio 30% przypadków, w zakresie od 6% do 54% i więcej) [15]. Ból z komponentą neuropatyczną jest zwykle silniejszy niż ból nocyceptywny i bardziej negatywnie wpływa na jakość życia [21].

Przewlekły ból neuropatyczny

Przewlekły ból neuropatyczny jest spowodowany uszkodzeniem lub chorobą somatosensorycznego układu nerwowego [20,22]. Somatosensoryczny układ nerwowy dostarcza

informacji na temat ciała, włącznie ze skórą, układem mięśniowo-szkieletowym i narządami trzewnymi. Ból neuropatyczny może być samoistny lub wywołany, jako nasilona odpowiedź na bodziec bólowy (hiperalgezia) lub ból w odpowiedzi na bodziec, który normalnie nie jest bodźcem bólowym (alodynia). Rozpoznanie bólu neuropatycznego wymaga stwierdzenia uszkodzenia układu nerwowego w wywiadzie, np. udaru, uszkodzenia nerwu lub neuropatii cukrzycowej, a także przekonującej z neuroanatomicznego punktu widzenia lokalizacji bólu [22]. W celu rozpoznania jednoznacznego, pewnego bólu neuropatycznego konieczne jest wykazanie uszkodzenia lub choroby dotyczącej układu nerwowego, na przykład w drodze obrazowania, biopsji, badań neurofizjologicznych lub laboratoryjnych. Dodatkowo obecne muszą być ujemne lub dodatnie objawy czuciowe, kompatybilne z obszarem unerwienia uszkodzonej struktury nerwowej [36]. Jednostki diagnostyczne w ramach tej kategorii będą podzielone na zespoły obwodowego lub ośrodkowego bólu neuropatycznego.

Przewlekły ból głowy i ustno-twarzowy

Międzynarodowe Towarzystwo Bólów Głowy (*International Headache Society, IHS*) opracowało klasyfikację bólów głowy [17], która jest w całości włączona do rozdziału dotyczącego neurologii. Ta klasyfikacja wyróżnia pierwotny (idiopatyczny), wtórny (objawowy) ból głowy i ból obszaru ustno-twarzowego, włącznie z neuralgiami nerwów czaszkowych. Do rozdziału dotyczącego bólu przewlekłego włączone będą tylko przewlekły ból głowy i przewlekły ból ustno-twarzowy. Przewlekły ból głowy i przewlekły ból ustno-twarzowy definiowany jest jako ból głowy lub ból ustno-twarzowy, który występuje przez przynajmniej 50% dni w czasie przynajmniej 3 miesięcy. Dla większości celów, pacjenci diagnozowani są według fenotypów bólów głowy lub bólów ustno-twarzowych, które u nich aktualnie występują. W części tej znajdzie się wykaz najczęstszych zespołów przewlekłego bólu głowy.

Najczęstszymi przewlekłymi bólami obszaru ustno-twarzowego są schorzenia stawów skroniowo-żuchwowych [32], które uwzględniono w podrozdziale dotyczącym bólu przewlekłego. Przewlekły ból ustno-twarzowy może być zlokalizowaną postacią pierwotnego bólu głowy [2]. Jest to częste w trójdzielno-autonomicznych bólach głowy, rzadziej w przebiegu migren i rzadko w napięciowym bólu głowy. Wiele typów przewlekłego bólu ustno-twarzowego, takich jak pourazowa neuropatia trójdzielna [3], przetrwały idiopatyczny ból twarzy i zespół piekących ust, posiada odnośniki krzyżowe np. do przewlekłego bólu pierwotnego i bólu neuropatycznego. Definicja „przewlekły” odnosząca się do czasu trwania jest ekstrapolowana z definicji przewlekłych bólów głowy [1].

Przewlekły ból trzewny

Przewlekły ból trzewny jest to uporczywy lub nawracający ból pochodzący z narządów wewnętrznych obszaru głowy i szyi oraz klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy

Tabela 1. Objasnienie terminów ICD-11.

Określenie WHO	Objaśnienie
(Diagnostyczna) jednostka	Jednostka klasyfikacji, np. indywidualne rozpoznania i rozdziały diagnostyczne
Model zawartości	Ustrukturyzowane ramy, które zawierają wszystkie informacje konieczne do opisanego jednostki w ramach ICD. Model zawartości zawiera informacje dotyczące nazwy jednostki, jej definicji, zajętego układu lub struktury ciała, przebiegu choroby, jej etiologii, leczenia i ograniczeń w funkcjonowaniu fizycznym, emocjonalnym lub społecznym w związku z jednostką chorobową
Kategoria nadrzędna/podrzędna (parent/child)	Jednostki są ułożone w kolejności hierarchicznej, z jednostką „nadrzędną” na początku, np. „ból przewlekły” i jednostkami podrzędnymi wymienionymi poniżej, np. „przewlekły ból neuropatyczny”. Jednostki podrzędne mogą być jednostką nadrzędną dla następnego poziomu, np. „przewlekły ból neuropatyczny” jest jednostką nadrzędną w stosunku do „przewlekłego obwodowego bólu neuropatycznego”
Multi-rodzicielstwo	Jednostki mogą mieć więcej niż jedną kategorię nadrzędną. Kategoriami nadrzędnymi w przypadku jednostki takiej jak „przewlekły ból indukowany chemioterapią” są na przykład „przewlekły ból nowotworowy” i „przewlekły ból neuropatyczny”. Jedną z nich jest oznaczona jako „główna” kategoria nadrzędna, ale jednostkę można znaleźć pod każdym z nagłówków. Multi-rodzicielstwo pozwala się na włączenie jednej jednostki chorobowej do dwóch lub większej liczby kategorii diagnostycznych

[24,33,34]. Ból jest zazwyczaj odczuwany w tkankach somatycznych powłok ciała (skóra, tkanka podskórna, mięśnie) w obszarach, które mają takie samo unerwienie jak narząd wewnętrzny będący źródłem bólu (ból trzewny rzutowany) [12]. W tych obszarach często występuje wtórna hiperalgezia (zwiększona wrażliwość na bodźce bólowe w obszarach innych niż pierwotne źródło bodźców nocycyptywnych) [30]. Stopień nasilenia objawu może nie mieć żadnego związku ze stopniem uszkodzeń wewnętrznych lub uszkadzającą stymulacją trzewną [9]. Rozdział dotyczący bólu trzewnego będzie podzielony na podkategorie według mechanizmów podstawowych, tj. przewlekły stan zapalny, mechanizmy naczyniowe (niedokrwienie, zakrzepica), niedrożność i rozdęcie, rozciąganie i ucisk, mechanizmy złożone (np. jednocześnie niedrożność i stan zapalny) i rzutowanie z innych lokalizacji. Ból spowodowany nowotworem będzie miał odniesienie krzyżowe w rozdziale przewlekłego bólu nowotworowego, a ból funkcjonalny lub wywołany nieznanymi mechanizmami - do przewlekłego bólu pierwotnego.

Przewlekły ból mięśniowo-szkieletowy

Przewlekły ból mięśniowo-szkieletowy definiowany jest jako przewlekły lub nawracający ból, który powstaje w wyniku procesu chorobowego bezpośrednio dotykającego kości, stawu (lub stawów), mięśnia (lub mięśni) lub powiązanej tkanki miękkiej (lub tkanek miękkich). Zgodnie z ograniczeniami metody opisanej we Wprowadzeniu, ta kategoria ogranicza się więc do bólu nocycyptywnego i nie obejmuje bólu, który może być odczuwany w tkankach mięśniowo-szkieletowych, ale nie powstaje w nich, jak na przykład ból związany z neuropatią uciskową czy somatyczny ból rzutowany. Zgodnie z tym podejściem zaliczono tu jednostki, które charakteryzuje przewlekły stan zapalny o etiologii zakaźnej, autoimmunologicznej lub metabolicznej, takie jak reumatoidalne zapalenie stawów; a także, które charakteryzują strukturalne zmiany

w obrębie kości, stawów, ścięgien lub mięśni, takie jak objawowa choroba zwyrodnieniowa stawów. Ból mięśniowo-szkieletowy pochodzenia neuropatycznego będzie miał odniesienie krzyżowe do rozdziału dot. bólu neuropatycznego. Dobrze opisane, oczywiste dolegliwości mięśniowo-szkieletowe, których przyczyny nie są całkowicie wyjaśnione, takie jak nieswoisty ból pleców czy przewlekły ból rozlany, będą ujęte w części dotyczącej przewlekłego bólu pierwotnego.

PERSPEKTYWY

Niezależnie od etiologii, przewlekły ból jest głównym źródłem cierpienia i wymaga specjalnego postępowania. Nasza propozycja nie stanowi idealnego rozwiązania w zakresie klasyfikacji wszystkich rodzajów przewlekłego bólu. Stanowi ona jednak pierwsze systematyczne podejście do wprowadzenia klasyfikacji przewlekłego bólu do ICD. Opiera się na międzynarodowym doświadczeniu i uzgodnieniach oraz jest spójna z wymaganiami ICD w zakresie struktury i formatu modeli zawartości. W wyniku szeroko zakrojonych studiów i dyskusji zidentyfikowano 7 głównych kategorii bólu przewlekłego. Kategorie te stanowią kompromis pomiędzy złożonym charakterem klasyfikacji, a możliwością zastosowania systemu klasyfikacji w praktyce. W aktualnej klasyfikacji uwzględniono wiele klinicznie istotnych schorzeń, pominiętych w poprzednich rewizjach ICD, jak np. przewlekły ból nowotworowy czy przewlekły ból neuropatyczny. Uwzględnione zostaną czynniki etiologiczne, napięcie bólu i niepełnosprawność związana z bólem. Dzięki wprowadzeniu przewlekłego bólu pierwotnego jako nowej jednostki diagnostycznej sklasyfikowano i uznano schorzenia, które dotyczą szerokiej grupy pacjentów odczuwających ból, a które pozostałyby nierozpoznane w kategoriach opartych tylko o etiologię. Mamy nadzieję, że ta klasyfikacja pozwoli na szersze rozpoznawanie przewlekłych stanów bólowych w praktyce i badaniach klinicznych, a wszelkie komentarze dotyczące jej udoskonalania są mile widziane.

ZAŁĄCZNIK

Struktura rozdziału dotyczącego bólu przewlekłego:

Ból przewlekły (przewlekły lub nawracający ból trwający dłużej niż 3 miesiące)

1. Przewlekły ból pierwotny
 - 1.1 Rozlany przewlekły ból pierwotny (z fibromialgią włącznie)
 - 1.2 Zlokalizowany przewlekły ból pierwotny (włączając niespecyficzny ból pleców, przewlekły ból miednicy)
- 1.x. Inny przewlekły ból pierwotny
- 1.z. Przewlekły ból pierwotny niesklasyfikowany gdzie indziej
2. Przewlekły ból nowotworowy
 - 2.1 Przewlekły ból spowodowany nowotworem i przerzutami
 - 2.2 Przewlekły ból spowodowany chemioterapią (kategoria nadrzędna: przewlekły ból neuropatyczny)
 - 2.3 Przewlekły ból spowodowany leczeniem chirurgicznym nowotworu (kategoria nadrzędna: przewlekły ból pooperacyjny i pourazowy)
 - 2.4 Przewlekły ból spowodowany radioterapią
- 2.x. Inny przewlekły ból związany z nowotworem
- 2.z. Przewlekły ból nowotworowy niesklasyfikowany gdzie indziej
3. Przewlekły ból pooperacyjny i pourazowy
 - 3.1 Przewlekły ból pooperacyjny
 - 3.2 Przewlekły ból pourazowy
- 3.x. Inny przewlekły ból pooperacyjny i pourazowy
- 3.z. Przewlekły ból pooperacyjny i pourazowy niesklasyfikowany gdzie indziej
4. Przewlekły ból neuropatyczny
 - 4.1 Obwodowy ból neuropatyczny
 - 4.2 Ośrodkowy ból neuropatyczny
- 4.x. Inny ból neuropatyczny
- 4.z. Ból neuropatyczny niesklasyfikowany gdzie indziej
5. Przewlekły ból głowy i ustno-twarzowy
 - 5.1 Przewlekłe pierwotne bóle głowy*
 - 5.2 Przewlekłe wtórne bóle głowy*
 - 5.3 Przewlekłe bóle ustno-twarzowe#

5.z. Przewlekły ból głowy i ustno-twarzowy niesklasyfikowany gdzie indziej*

Przewlekły ból trzewny

- 6.1 Przewlekły ból trzewny spowodowany przewlekłym stanem zapalnym
- 6.2 Przewlekły ból trzewny naczyniopochodny
- 6.3 Przewlekły ból trzewny spowodowany niedrożnością/rozcąganiem
- 6.4 Przewlekły ból trzewny spowodowany pociąganiem/uciskiem
- 6.5 Przewlekły ból trzewny w mechanizmie złożonym
- 6.6 Przewlekły ból trzewny rzutowany z innych lokalizacji
- 6.7 Przewlekły ból trzewny spowodowany nowotworem (kategoria nadrzędna: przewlekły ból nowotworowy)
- 6.8 Czynnościowy lub niewyjaśniony przewlekły ból trzewny (kategoria nadrzędna: przewlekły ból pierwotny)
- 6.x. Inny przewlekły ból trzewny
- 6.z. Przewlekły ból trzewny niesklasyfikowany gdzie indziej
7. Przewlekły ból mięśniowo-szkieletowy
 - 7.1 Przewlekły ból mięśniowo-szkieletowy spowodowany przewlekłym stanem zapalnym
 - 7.2 Przewlekły ból mięśniowo-szkieletowy spowodowany zmianami strukturalnymi kości i stawów
 - 7.3 Przewlekły ból mięśniowo-szkieletowy spowodowany chorobą układu nerwowego (Ból neuropatyczny został sklasyfikowany w punkcie 4 Przewlekły ból neuropatyczny. Tutaj wymieniono inne przewlekłe bóle mięśniowo-szkieletowe spowodowane chorobą układu nerwowego, np. ból spastyczny)
 - 7.4 Przewlekły niespecyficzny ból mięśniowo-szkieletowy (kategoria nadrzędna: przewlekły ból pierwotny)
- 7.x. Inne zespoły przewlekłego bólu mięśniowo-szkieletowego
- 7.z. Przewlekły ból mięśniowo-szkieletowy niesklasyfikowany gdzie indziej

* te schorzenia zostały w części przenieumerowane z ICHD-3
5.3 nie jest częścią ICHD-3

Piśmiennictwo

- [1] Benoliel R, Birman N, Eliav E, Sharav Y. The International Classification of Headache Disorders: accurate diagnosis of orofacial pain? *Cephalalgia* 2008;7:752–62.
- [2] Benoliel R, Eliav E, Sharav Y. Classification of chronic orofacial pain: applicability of chronic headache criteria. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2010;110:729–37.
- [3] Benoliel R, Zadik Y, Eliav E, Sharav Y. Peripheral painful traumatic trigeminal neuropathy: clinical features in 91 cases and proposal of novel diagnostic criteria. *J Orofacial Pain* 2012;26:49–58.
- [4] Bond M, Breivik H, Jensen TS, Scholten W, Soyannwo O, Treede RD. Pain associated with neurological disorders. In: Aarli JA, Dua T, Janca A, Muscetta A, editors. *Neurological disorders: public health challenges*. Geneva: WHO Press, 2006. p. 127–139.
- [5] Bonica JJ. *The management of pain*. Philadelphia: Lea & Febiger, 1953.
- [6] Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain* 2006;10:287.
- [7] Caraceni A, Hanks G, Kaasa S, Bennett MI, Brunelli C, Cherny N, Dale O, De Conno F, Fallon M, Hanna M, Haugen DF, Juhl G, King S, Klepstad P, Laugsand EA, Maltoni M, Mercadante S, Nabal M, Pigni A, Radbruch L, Reid C, Sjogren P. Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence based recommendations from the EAPC. *Lancet Oncol* 2012;13:e58–68.
- [8] Caraceni A, Portenoy RK. An international survey of cancer pain characteristics and syndromes. IASP Task Force on Cancer Pain. *International Association for the Study of Pain. PAIN* 1999;82:263–74.
- [9] Cervero F. Visceral pain - central sensitization. *Gut* 2000;47:56–7.
- [10] Fillingim RB, Bruhl S, Dworkin RH, Dworkin SF, Loeser JD,

- Turk DC, Widerstrom-Noga E, Arnold L, Bennett R, Edwards RR, Freeman R, Gewandter J, Hertz S, Hochberg M, Krane E, Mantyh PW, Markman J, Neogi T, Ohrbach R, Paice JA, Porreca F, Rappaport BA, Smith SM, Smith TJ, Sullivan MD, Verne GN, Wasan AD, Wessellmann U. The ACTION-American Pain Society Pain Taxonomy (AAPT): an evidence based and multidimensional approach to classifying chronic pain conditions. *J Pain* 2014;15:241–49.
- [11] Finnerup NB, Scholz J, Attal N, Baron R, Haanpaa M, Hansson P, Raja SN, Rice AS, Rief W, Rowbotham MC, Simpson DM, Treede RD. Neuropathic pain needs systematic classification. *Eur J Pain* 2013;17:953–6.
- [12] Giamberardino MA, Affaitati G, Costantini R. Referred pain from internal organs. In: Cervero F, Jensen TS, editors. *Handbook of clinical neurology*. Amsterdam: Elsevier, 2006. p. 343–61.
- [13] Goldberg DS, Summer JM. Pain as a global public health priority. *BMC Public Health* 2011;11:770.
- [14] Gureje O, von Korff M, Kola L, Demyttenaere K, He Y, Posada-Villa J, Lepine JP, Angermeyer MC, Levinson D, de Girolamo G, Iwata N, Karam A, Borges GLG, de Graaf R, Browne MO, Stein DJ, Haro JM, Bromet EJ, Kessler RC, Alonso J. The relation between multiple pains and mental disorders: results from the World Mental Health Surveys. *PAIN* 2008;135:82–91.
- [15] Haroutiunian S, Nikolajsen L, Finnerup NB, Jensen TS. The neuropathic component in persistent postsurgical pain: a systematic literature review. *PAIN* 2013;154:95–102.
- [16] Hart OR, Uden RM, McMullan JE, Ritchie MS, Williams TD, Smith BH. A study of National Health Service management of chronic osteoarthritis and low back pain. *Prim Health Care Res Dev* 2014;27:1–10.
- [17] Headache Classification Committee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta). *Cephalalgia* 2013;33:629–808.
- [18] Institute of Medicine (IOM). *Relieving pain in America: a blueprint for transforming prevention, care, education, and research*. Washington, DC: The National Academies Press, 2011. Available at: http://books.nap.edu/openbook.php?record_id513172. Accessed 10 January 2015.
- [19] International Organization for the Study of Pain (IASP). List of Task Force Members. Available at: <http://www.iasp-pain.org/AboutIASP/Content.aspx?ItemNumber51997>. Accessed October 01, 2014 and archived: <http://www.webcitation.org/6Sz14AxX4>.
- [20] International Organization for the Study of Pain (IASP). Available at: (<http://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber51698&navItemNumber5576>). Accessed November 11, 2014 and archived: <http://www.webcitation.org/6U0KsS4QV>.
- [21] Jensen MP, Chodroff MJ, Dworkin RH. The impact of neuropathic pain on health-related quality of life: review and implications. *Neurology* 2007;68: 1178–82.
- [22] Jensen TS, Baron R, Haanpaa M, Kalso E, Loeser JD, Rice AS, Treede RD. A new definition of neuropathic pain. *PAIN* 2011;152:2204–5.
- [23] Klepstad P, Kaasa S, Cherny N, Hanks G, de Conno F. Pain and pain treatments in European palliative care units. A cross sectional survey from the European Association for Palliative Care Research Network. *Palliat Med* 2005;19:477–84.
- [24] Knowles CH, Aziz Q. Basic and clinical aspects of gastrointestinal pain. *PAIN* 2009;141:191–209.
- [25] Koleva D. Pain in primary care: an Italian survey. *Eur J Public Health* 2005; 15:475–79.
- [26] Macrae WA. Chronic post-surgical pain: 10 years on. *Br J Anaesth* 2008; 101:77–86.
- [27] Manchikanti L, Falco FJE, Kaye AD, Hirsch JA. The disastrous but preventable consequences of ICD-10. *Pain Physician* 2014;E111–18.
- [28] Mantyselka P, Kumpusalo E, Ahonen R, Kumpusalo A, Kauhanen J, Viinamaki H, Halonen P, Takala J. Pain as a reason to visit the doctor: a study in Finnish primary health care. *PAIN* 2001;89:175–80.
- [29] Merskey H, Bogduk N. *Classification of chronic pain*. 2nd ed. Seattle: IASP Press, 1994. p. 1.
- [30] Procacci P, Zoppi M, Maresca M. Clinical approach to visceral sensation. In: Cervero F, Morrison JFB, editors. *Visceral sensation: progress in brain research*. Amsterdam: Elsevier, 1986. p. 21–7.
- [31] Rief W, Kaasa S, Jensen R, Perrot S, Vlaeyen JW, Treede RD, Vissers KC. The need to revise pain diagnoses in ICD-11. *PAIN* 2010;149:169–70.
- [32] Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, Look J, Anderson G, Goulet J-P, List T, Svensson P, Gonzalez Y, Lobbezoo F, Michelotti A, Brooks L, Ceusters W, Drangsholt M, Ettlin D, Gaul C, Goldberg LJ, Haythornthwaite JA, Hollender L, Jensen R, John M, De Laat A, de Leeuw R, Maixner W, van der Meulen M, Murray GM, Nixdorf DR, Palla S, Petersson A, Pionchon P, Smith B, Visscher CM, Zakrzewska J, Dworkin SF. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for Clinical and Research Applications: Recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network* and Orofacial Pain Special Interest Groupdagger. *J Oral Facial Pain Headache* 2014;28:6–27.
- [33] Schwartz ES, Gebhart GF. Visceral Pain. *Curr Top Behav Neurosci* 2014; 20:171–97.
- [34] Stein SL. Chronic pelvic pain. *Gastroenterol Clin North Am* 2013;42: 785–800.
- [35] Treede RD. Entstehung der Schmerzchronifizierung. In: Baron R, Koppert W, Strumpf M, Willweber-Strumpf A, editors. *Praktische Schmerztherapie*. Heidelberg: Springer, 2011. p. 3–13.
- [36] Treede RD, Jensen TS, Campbell JN, Cruccu G, Dostrovsky JO, Griffin JW, Hansson P, Hughes R, Nurmikko T, Serra J. Neuropathic pain: redefinition and a grading system for clinical and research purposes. *Neurology* 2008;70:1630–5.
- [37] van den Beuken-van Everdingen MHJ, de Rijke JM, Kessels AG, Schouten HC, van Kleef M, Patijn J. Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Ann Oncol* 2007;18: 1437–49.
- [38] WHO. *Cancer pain relief. Second edition. With a guide to opioid availability*. Geneva: WHO, 1996. p. 36–37.
- [39] WHO ICD-11 Content Model Guide. Available at: <http://www.who.int/classifications/icd/revision/contentmodel/en/>. Accessed October 01, 2014 and archived: <http://www.webcitation.org/6Szknpm36>.

Reprinted with permission of IASP

Adres do korespondencji / Address for correspondence

Antonia Barke
 Klinische Psychologie und Psychotherapie,
 Fachbereich Psychologie, Philipps-Universität Marburg,
 Gutenbergstraße 18, 35037 Marburg, Germany.
 Tel.: 149 (0)6421 282-4045; fax: 149 (0)6421 282-8904.
 E-mail: abarke@gwdg.de.

Tabele/Tables: 1 (+ załącznik/attachment)

Ryciny/Figures: 1

Pozycje piśmiennictwa/References: 39