

XII. Česko-slovenské dialógy o bolesti 7. – 9. októbra 2010, Olomouc

MUDr. Darina Hasarová

ALGOS, s. r. o. Ambulancia chronickej bolesti a anestéziologická ambulancia, Prešov

V dňoch 7. – 9. októbra 2010 privítal starobylý Olomouc nielen tých odborníkov, pre ktorých je problematika bolesti centrom záujmu, ale aj tých, pre ktorých je bolesť iba jedným zo symptómov vlastného ochorenia. Spoločné Československé dialógy o bolesti sa konajú striedavo v Čechách a na Slovensku a znamenajú vrcholné podujatie oboch národných algeziologických spoločností. A hoci mnohí z nás sa tešili nielen na nové poznatky z odboru, ale aj na spoznanie jedného z najkrajších historických miest Čiech, tento zámer nám väčšinou nevyšiel, keďže odborný program bol doslova nabitý zaujímavými prednáškami, takže spoločenská časť kongresu ostala bokom. Nosnou témou XII. Česko-slovenských dialógov o bolesti a aj odborné ponímanie kongresu bolo „bolesť naprieč medicínskymi odborníkmi“. Viac ako 300 účastníkov si v priebehu 2 a ½ dňa vypočulo 59 prednášok o bolesti z pohľadu takej širokej obce odborníkov, aká sa doteraz Dialógov o bolesti nezúčastnila. Kongres otvoril slávnostným príhovorom prezident kongresu prof. MUDr. Richard Rokyta, DrCs., ktorý vyzdvihol predovšetkým multidisciplinárnosť algeziologického odboru, čo bolo zrejme aj z počtu aktívnych účastníkov rôznych medicínskych odborností. Okrem už tradičného zastúpenia neurofyziológov, algeziológov, neurológov, neurochirurgov, psychológov a fyziatrov tohto roku po prvý krát vystúpili aj kardiológovia.

Úvod kongresu patrilo nestorovi Českej algeziologickej spoločnosti Prim. MUDr. Neradilkovi F. z Oddelenia rehabilitácie a liečby bolesti z Prahy. Vo svojej retrospektívnej prednáške: **Melzackove a Wallove vrátka: prekonaná teória – trvalá inšpirácia** pripomenul historické okamihy svetovej aj československej algeziológie. Uviedol, že príčiny nedostatočnej liečby bolesti, ktoré sformuloval prof. J. Bonica ešte v roku 1981, sú aktuálne dodnes. Sú to predovšetkým: 1. nedostatočné poznatky z patofyziologických mechanizmov bolesti, 2. nedostatočná komunikácia o bolesti, 3. nedostatočné využívanie prostriedkov, ktoré sú k dispozícii pre liečbu bolesti.

Blok prednášok „**Bolesť v kardiológii**“ poukázal na potrebu a prospešnosť spolupráce kardio-

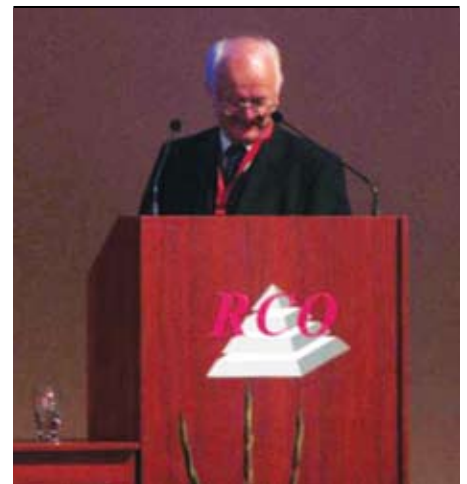
Obrázok 1. Prezident kongresu prof. MUDr. Richrad Rokyta DrSc. a viceprezidentka kongresu MUDr. Marta Kulichová, CSc.



lóga a algeziológa. Bolesť v kardiológii je veľmi citlivou oblasťou, od ktorej väčšina iných odborníkov dáva radšej ruky preč. Avšak aj v kardiologických ambulanciách sú pacienti, ktorí vyčerpali štandardnú kardiologickú liečbu a napriek tomu trpia chronickou bolesťou. Dr. Fricová z Centra pre liečbu bolesti I. LF a VFN, KARIM z Prahy spolupracuje pri riešení pacientov s refraktérnou anginou pectoris s kardiológmi. Ako uviedla vo svojej prednáške, sú to pacienti, ktorí napriek mladému veku majú niekoľkoročnú anamnézu ischemickej choroby srdca, podstúpili opakovane revaskularizačné výkony, napriek tomu sú už pri bežných aktivitách výrazne limitovaní, sú v stálom strese zo strachu o vznik infarktu a tento strach prenášajú aj na ostatných rodinných príslušníkov a aj napriek relatívne dobrej prognóze, strach a bolesť výrazne ovplyvňujú kvalitu života. Bolesť pri angine pectoris má určité špecifiká: vznik bolesti je multifaktoriálny a nie je úplne jasná súvislosť medzi trvaním myokardiálnej ischemie a vznikom bolesti, rovnako nie je jasná súvislosť medzi intenzitou, dĺžkou trvania a stupňom ischemie. Plasticita nervového systému je zodpovedná za to, že pri opakovaných expozíciách nociceptívneho podnetu stačí k spusteniu bolesti slabší podnet, ktorý nemusí korelovať s rozsahom ischemie. Liečba bolesti u pacientov s anginou pectoris má byť komplexná a zahŕňa multidisciplinárne postupy. Keďže ide často o silnú až krutú bolesť, na prvom mieste sa uplatnia silné opioidy. Bolesť spravidla nastupuje rýchlo a trvá kratšie obdobie, preto sú liekmi voľby nové prípravky ako je intranasálny alebo sublinguálny fentanyl,

Paliat. med. liec. boles., 2011, 4(1): 35–36

Obrázok 2. Prim. MUDr. František Neradilek



Obrázok 3. Účastníci kongresu zo Slovenska



ktorých účinok nastupuje veľmi rýchlo a trvá iba niekoľko hodín, čo zodpovedá farmakokinetike týchto galenických foriem. Ako bolo uvedené už vyššie, typické pre pacientov s refraktérnou anginou pectoris je strach a depresia, takže v liečbe majú nezastupiteľné miesto antidepresíva zo skupiny TTCA alebo SSRI. Na zvládnutie krutých bolestí ale aj na potlačenie centrálnej senzitivizácie môže byť prospešná epidurálna analgésia a blokáda ganglion stellatum. Kolektív kardiochirurgov z Kliniky kardiovaskulárnej chirurgie I. LF a VFN a kolektív autorov z IKEMu prezentovali operačné techniky sympatikovej, parasympatikovej a ganglionárnej denervácie. História metodiky je stará takmer 100 rokov. V súčasnosti najmodernejšie thorakoskopické prevedenie bolo prezentované v rámci bloku prednášok videozáznamom. Nezastupiteľné miesto v zlepšení kvality života tejto skupiny pacientov má psychoterapia a priemeraná rehabilitačná liečba. S rozvojom neuro-

modulačných techník a na základe poznatkov o patofyziologických mechanizmoch bolesti pri angine pectoris je možné s úspechom využiť transkraniálnu stimuláciu. Stimuláciou anterolaterálnych a zadných koreňov miechy dochádza ku kombinovanému antinociceptívnemu aj vazodilatačnému účinku, čo pre pacienta predstavuje dvojnásobný prínos.

Je už samozrejmosťou, že v rámci Dialógov o bolesti si svoje odborné poznatky odovzdávajú aj sestry vo svojej vlastnej **sekcii algezi-**

logických sestier. V deviatich prednáškach odprezentovali svoje skúsenosti a poznatky nielen z liečby akútnej bolesti, ale aj z práce s pacientmi s chronickou bolesťou a paliatívnou starostlivosťou. Z tejto sekcie by som chcela vyzdvihnúť prednášku „Život v popole“ autorov Hana Kubišová, Jana Snopková, Igor Martuliak z Algeziologickej kliniky SZU Banská Bystrica, ktorá bola určitou sondou do života každej zdravotnej sestry. Popri bežnom osobnom živote držať krok s náročnou odbornou úrovňou svojej profesie

a zároveň byť naráznikovou zónou medzi pacientom a lekárom je skutočným umením. A každý lekár vie, akou oporou, pokladom a nenahraditeľným členom tímu je dobrá sestra.

MUDr. Darina Hasarová

ALGOS, s. r. o. Ambulancia chronickej bolesti a anestéziologická ambulancia
Hollého 14/A, 080 01 Prešov
hasaroda@gmail.com



Zo zahraničnej tlače

Epilepsia u pacientov s nádormi mozgu

(Epilepsy in brain tumor patients)

Epilepsia sa rozvíja u viac než jednej tretiny pacientov s mozgovým tumorom a u mnohých práve prvý epileptický záchvat vedie k diagnostike primárneho tumoru mozgu alebo metastáz v mozgu.

Pomaly rastúce tumory sú viac epileptogénne ako vysokostupňové malígne tumory, nádory vychádzajúce z nervových buniek vedú častejšie k záchvatom, než gliové nádory a lymfómy a vyššie riziko vzniku epilepsie je u mladších pacientov s dlhším prežívaním.

Aj protinádorová liečba a jej komplikácie môžu spúšťať epilepsiu. Príčinou môže byť sekundárna nekróza po rádiácii, systémová alebo mozgová infekcia, zníženie epileptického prahu po podaní cytotoxických liekov, antidepresív, neuroleptík a beta-laktámových antibiotík. Spúšťačom môže byť aj elektrolytová dysbalancia, hyperglykémia (po kortikoidoch), hypoglykémia a hypertermia.

Profylaktická liečba pred prvým záchvatom

Americká neurologická spoločnosť (AAN) v minulosti odporúčala podávať u pacientov s mozgovým nádorom profylaktickú liečbu fenytoinom po dobu 1 týždňa v perioperačnom

období. Aktuálne guidelines neodporúčajú primárnu profylaxiu, napriek tomu retrospektívne štúdie z Kanady zistili, že je v praxi pomerne častá.

Antiepileptická liečba po prvom epileptickom záchvate

U pacientov s tumorom mozgu a výskytom epileptických záchvatov redukuje nasadenie antiepileptík riziko generalizácie a tým aj fyzickú a psychickú neschopnosť. Na trhu je vyše 20 antiepileptík. Staršie antiepileptiká sú silnými induktorami hepatálnych enzýmov (fenobarbital, fenytoín, karbamazepín, primidon), kyselina valproová je ich inhibítorom. Novšie lieky majú menší vplyv na cytochrómový systém.

Ako dlho podávať antiepileptickú liečbu?

Pokiaľ nie je tumor odstránený, mala by liečba pokračovať, ak je nádor parciálne odstránený, nevykazuje progresiu a záchvaty sú kontrolované, možno dávky lieku redukovať. V prípade úspešnej operácie metastáz je možné postupné vysadzovanie liekov počas 3 – 6 mesiacov. Podobne možno postupovať pri kompletne resektovaných neuronálnych tumoroch. Gliómy aj nízkostupňové majú tendenciu prerastať cez hranicu resektie a časom progredovať, preto treba antiepileptickú liečbu prerušovať opatrnejšie.

Paliat. med. liec. boles., 2011, 4(1): 36

Ak sa podávaním jedného antiepileptika nedosiahne dostatočná kontrola záchvatov, možno pridať do kombinácie novšie antiepileptiká, ktoré nie sú induktorami enzýmov.

Keďže chýbajú prospektívne komparatívne štúdie porovnávajúce efekt antiepileptík u pacientov s mozgovými nádormi, autori uprednostňujú na základe vlastných skúseností levetiracetam a pregabalín, ktoré možno rýchlo titrovať do účinnej dávky a sú dobre tolerované. Ich odlišné vedľajšie účinky (pregabalín pôsobí sedatívne a anxiolyticky, levetiracetam excituje) možno využiť v špecifických skupinách pacientov.

Pri použití lamotrigínu je potrebné počas titrácie dávky redukovať riziko záchvatu inými liekmi (benzodiazepíny). Z tradičných antiepileptík má najlepší farmakokinetický profil kyselina valproová.

(Zdroj: Rossetti AO, Stupp R. *Epilepsy in brain tumor patients. Current Opinion in Neurology* 2010; 23: 603–609.)

Editorka rubriky

MUDr. Hedviga Jakubíková, PhD.

Neurologická a algeziologická ambulancia
Hlavná 60, 080 01 Prešov
hjakub@gmail.com



Viac informácií nájdete na

www.paliativnamedicina.sk