

# Správa zo VI. kongresu EFICu, 9. – 12. 9. 2009 Lisabon, Portugalsko

**MUDr. Darina Hasarová**

Ambulancia chronickej bolesti, ALGOS, s.r.o., Prešov

EFIC – Európska federácia členov Medzinárodnej spoločnosti pre štúdium a liečbu bolesti je multidisciplinárna profesná organizácia, ktorá združuje odborníkov z oblasti výskumu a liečby bolesti. Jej členmi sú národné spoločnosti z 33 krajín, ktoré sú členmi IASPu (Medzinárodná spoločnosť pre štúdium a liečbu bolesti). Spoločnosť bola založená v r. 1993 profesorom Ulфом Lindblomom a do dnešného dňa registruje 18 000 vedcov, lekárov, sestry, fyzioterapeutov, psychológov a iných zdravotníckych pracovníkov, zaoberajúcich sa problematikou bolesti.

Európsky kongres sa okrem odbornej prezentácie stáva aj miestom početných pracovných stretnutí executive boardu a councillors, čo je výbor EFICu, a zástupcov jednotlivých národných spoločností členov EFICu. Ich náplňou je pripravovať kongresy, mítingy, školy bolesti, propagovať liečbu bolesti medzi medicínskou aj laickou verejnosťou, upozorňovať vládne aj mimovládne organizácie na rastúci problém pacientov s bolesťou, ale aj pomáhať riešiť členským spoločnostiam ich problémy. Našej spoločnosti bola prislúbená podpora pri presadzovaní preskripčného obmedzenia pre niektoré lieky.

Významnou aktivitou EFICu v posledných rokoch je organizovanie Európskeho týždňa proti bolesti, na ktorý v posledných štyroch rokoch plynule nadväzuje Európsky rok boja proti bolesti. Každý rok je zasvätený inej problematike a tohto roku je pozornosť venovaná chronickej bolesti a depresii. Iba ľudia, ktorí trpia chronickými bolesťami, a lekári, ktorí týchto pacientov liečia, poznajú úzky vzťah medzi týmito dvoma stavmi. Depresia je v mnohých prípadoch neoddeliteľnou súčasťou chronickej bolesti, pričom jej existencia je posudzovaná buď izolovane, alebo sa jej vôbec nevenuje pozornosť. Cieľom Európskeho roka je poukazovať na vzájomnú prepojenosť depresie a bolesti, vzdelávať zdravotníkov, upozorniť vládu aj širokú verejnosť na existenciu a potrebu riešenia tejto dôležitej komorbidity bolesti.

Jedným z mnohých poslání EFICu je organizovanie kongresov, medzinárodných mítingov

s užšou tematikou, ale aj vzdelávacích aktivít – školy bolesti, ktoré sú určené predovšetkým pre mladých lekárov. Keďže sú tieto podujatia organizované na Európskom kontinente, stávajú sa ľahšie dostupnými pre väčší počet mladých záujemcov o problematiku. Vrcholným podujatím je Európsky kongres EFICu, ktorý sa koná každé tri roky.

V dňoch 9.–12. septembra 2009 v kongresovom centre v Lisabone prebehol už VI. Európsky kongres o bolesti „Európa proti bolesti“. Z množstva zaujímavých prezentácií, ktoré prebiehali paralelne v šiestich sekciách, by som chcela priblížiť niekoľko aktuálnych poznatkov.

Už tradične na začiatku kongresu prebiehajú opakovacie prednášky. Keďže nosnou témou Európskeho roka proti bolesti je depresia a bolesť, úloha antidepresív v liečbe bolesti je nenahraditeľná.

J. A. Mico z oddelenia farmakológie a psychiatrie z Lekárskej fakulty v Cadize (Španielsko) vo svojej prednáške „**Antidepressants and pain**“ predniesol prehľad jednotlivých skupín antidepresív, ktoré sa používajú v liečbe bolesti aj depresie. U pacientov s bolesťou sa používajú ako adjuvantné lieky, ale aj ako samostatné analgetiká. Množstvo metaanalýz potvrdzuje ich účinnosť v celej rade neuropatických bolestí, pričom najlepšiu účinnosť vykazujú tricyklické antidepresíva ako je amitriptylín, nortriptylín a desipramín. Najnovšie pozorovania potvrdzujú účinnosť aj novších antidepresív zo skupiny netricyklické antidepresíva (venlafaxín, duloxetín a milnacipran). Na druhej strane antidepresíva zo skupiny SSRI alebo SNRI sú menej efektívne a u niektorých typov neuropatickej bolesti neúčinkujú vôbec. Objasnenie mechanizmu účinku je predmetom mnohých štúdií, ktoré potvrdzujú, že tieto látky modulujú prenos bolesti na spinálnej úrovni a na úrovni CNS interakciou so špecifickými neurotransmitermi, predovšetkým noradrenalinom a serotoninom. Navyše je analgetický účinok amitriptylínu sprostredkovaný cez nátriové kanály a cez adenosínové a NMDA receptory. Klinicky sa účinok antidepresív u depresie a anxiety prejaví až po nie-

koľkých týždňoch, pokiaľ dôjde v mozgových štruktúrach k adaptívnym zmenám. U neuropatických bolestí je nástup účinku rýchlejší, z čoho rezultuje predpoklad iného mechanizmu účinku pri chronickej bolesti ako pri depresii. Pri objasňovaní úlohy antidepresív v liečbe bolesti napomáhajú aj najnovšie metódy výskumu bolesti ako je funkčná MRI, ktoré potvrdzujú oblasti zvýšenej mozgovej aktivity, čo sa vysvetľuje ako analgetický efekt antidepresív. Nové metódy výskumu v patofyziológii bolesti aj nové skupiny antidepresív prinášajú nové možnosti liečby, ale zároveň vyžadujú klinické sledovania na určenie terapeutickú účinnosti aj u takých bolestivých syndrómov ako je fibromyalgia či bolesti chrbta.

Aj ďalšia prezentácia potvrdzovala úzky vzťah medzi bolesťou a psychikou – „**Pain-related fear in chronic pain**“ autorov Vlaeyen z Univerzity v Leuvene (Belgicko), Pincus z Univerzity v Londýne (Veľká Británia) a Linton z Univerzity Orebro (Švédsko). Autori rozoberajú význam negatívnych emócií u ľudí s chronickou bolesťou. Veľkým prelomom bolo vypracovanie modelu strachom podmieneného vyhýbania sa motorickej aktivity pri bolesti, čím sa zhoršuje schopnosť vykonávať bežné pracovné aktivity a následne sa zhoršuje bolesť. Pacient sa pohybuje po špirále strach – neschopnosť – bolesť. Cieľom je edukovať pacientov aj zdravotníckych pracovníkov o význame strachu pri bolesti, identifikovať vulnerabilnú skupinu pacientov a podporiť behaviorálne terapeutické postupy. Pacienti, u ktorých je strach z bolesti, udávajú intenzívnejšie bolesti, vyznačujú sa sebapozorovaním, udávajú fyzickú neschopnosť, ktorá nie je adekvátna somatickému poškodeniu. V budúcnosti je potrebné odlišiť pacientov s katastrofickým prežívaním bolesti a strachom podmienenou bolesťou, keďže niektoré štúdie potvrdzujú úlohu strachu v procese chronifikácie akútnej bolesti. Pozornosť je potrebné sústrediť predovšetkým na chronické muskuloskeletálne bolesti, ktoré predstavujú veľký zdravotný problém. Tento zdravotný problém je reprezentovaný veľkým počtom príznakov,

Paliat. med. liec. boles., 2009, 2(3): 149–150

znížením pracovnej produktivity a celkovým funkčným obmedzením už v mladších vekových skupinách.

Ďalším veľkým problémom, na ktorý sa v posledných rokoch obracia pozornosť, je prelomová bolesť. Bolo jej venovaných niekoľko topicých seminárov aj firemné sympóziom. Možno povedať, že jedným z prvých, ktorí na problém upozornili a ktorí sa problémom prelomovej bolesti začali zaoberať, bol prof. S. Mercadante z Univerzity v Palerme (Taliansko): „**Treatment of BTP in cancer patients – a systematic update on relevant treatment strategies**“. Čo je to prelomová bolesť. Definícia prelomovej bolesti uvádza, že je to tranzitórne zvýšenie intenzity stabilnej bolesti u pacientov liečených silnými opioidmi. Vyznačuje sa silnou intenzitou, rýchlym nástupom a rôznym trvaním, spravidla do 30 min. U pacientov s nádorovým ochorením predstavuje negatívny prognostický faktor. Je spojená s vyššou intenzitou tzv. bazálnej bolesti a obmedzením funkčnej aktivity. Pacienti sú viac anxiózní a depresívni, menej spokojní s analgetickou liečbou opioidmi, vyžadujú častejšie návštevy pohotovostných služieb a hospitalizácií pre nekontrolovanú bolesť. Prelomová bolesť doteraz nie je zohľadňovaná v liečbe bolesti napriek tomu, že jej výskyt je udávaný až u 65 % pacientov. Prof. Mercadante uviedol aj subtypy prelomovej bolesti. Ide o incidentálnu bolesť, ktorá vzniká pri fyzickej aktivite a je charakteristická najmä u kostných metastáz a fraktúr. Prelomová bolesť môže vznikáť aj spontánne bez zjavnej príčiny. Tretím typom je prelomová bolesť, ktorá vzniká na konci dávkovacieho intervalu stabilnej opioidnej liečby. Odporúča sa merať frekvenciu, intenzitu, trvanie a predpokladané vyvolávajúce faktory u každej epizódy ako aj prehodnotiť predchádzajúcu analgetickú

liečbu. Meranie bolesti má zahŕňať patofyziológiu a pôvod bolesti a podľa toho zvoliť aj záchrannú medikáciu, ktorá má byť použitá hneď pri nástupe bolestivej epizódy a má byť „šitá“ na požiadavky každého pacienta. Štandardná liečba pre prelomovú bolesť sú rýchlo účinkujúci morfin, oxycodon a hydromorfón vo forme tabliet alebo roztokov. Ibaže nástup ich účinku je po 30–45 min., pričom vrchol intenzity epizódy prelomovej bolesti môže byť dosiahnutý už v priebehu 5–15 min. Podávanie opioidov

**Obrázok 1.** Delegáti zo Slovenska s budúcim prezidentom EFICu prof. H. G. Kressom z Viedne



cestou orálnej alebo nazálnej sliznice predstavuje neinvazívny spôsob rýchlejšej absorpcie a teda aj rýchlejšieho nástupu účinku. Opioidy vo forme šumivých tabliet, sublinguálnych tabliet a intranazálneho spreju sa vyznačujú rýchlym nástupom účinku, dobrou dostupnosťou a teda aj efektivnosťou.

V problematike pokračoval Prof. Sjogren z Paliatívneho oddelenia Rigshospitalet, Kodaň (Dánsko) prednáškou o liečebnej stratégii prelomovej bolesti u nenádorových ochorení „**Treatment strategies of BTP in non-malignant disease**“, v ktorej poukázal na fakt, že prelomová bolesť je už všeobecne akceptova-

ná u nádorovej bolesti, ale len zriedka je sledovaná u pacientov s nenádorovou bolesťou. Prevalencia, charakteristika a mechanizmus prelomovej bolesti u nenádorovej bolesti nie sú dostatočne popisované a teda nie je navrhnutá ani liečebná stratégia. Liečebná stratégia má byť špecifikovaná pre dve odlišné populácie pacientov s nenádorovou bolesťou – populáciu, ktorá je ešte normálne alebo takmer normálne vitálna, a populáciu v terminálnej fáze života. V prvej skupine je prelomová bolesť prekvapivo veľmi častá a intenzívna prevalencia, charakteristika a mechanizmus sú rovnaké ako u nádorovej bolesti a teda vyžaduje sa aj rovnaký prístup ako u pacientov s nádorovou bolesťou. Zohľadnením a liečbou prelomovej bolesti udávajú centrá bolesti nielen redukciu bazálnej bolesti, ale aj zníženie frekvencie a intenzity prelomových epizód. V tejto populácii musia lekári starostlivo zvažovať benefit versus risk navýšenia opioidnej liečby „podľa potreby“ na zvládanie prelomovej bolesti. Rovnako je nutné zaradiť do liečby aj neopioidné analgetiká a nefarmakologické liečebné postupy. U populácie v terminálnej fáze života bol referovaný rovnaký typ, frekvencia a intenzita prelomovej bolesti ako u skupiny s nádorovou bolesťou v pokročilej fáze ochorenia. V tejto skupine pacientov je preto odporúčajú rovnaký prístup ako u pacientov s pokročilým nádorovým ochorením.

**MUDr. Darina Hasarová**  
Ambulancia chronickej bolesti, ALGOS, s.r.o.  
Hollého 14/A, 081 01 Prešov  
hasaroda@gmail.com



## Kalendár podujatí z oblasti paliatívnej medicíny a liečby bolesti na rok 2010

Podujatie	Termín	Miesto
■ Course announcement osi seminar on education in palliative and end-of-life care for Oncology (EPEC™-O) Curriculum	21. – 27. 3. 2010,	Salzburg, Rakúsko
■ III. Deň subkatedry algeziológie – celoslovenský kazuistikový seminár	8. 4. 2010	Banská Bystrica, Slovenská republika
■ Brnenské onkologické dni 2010	22. – 24. 4. 2010	Brno, Česká republika
■ 3. medzinárodný kongres o neuropatickej bolesti	27. – 30. 5. 2010	Atény, Grécko
■ 6 <sup>th</sup> Research congress of European Association for Palliative Care	10. – 12. 6. 2010	Glasgow, Veľká Británia
■ XVIII. Slovenské dialógy o bolesti	11. – 12. 6. 2010	Košice, Slovenská republika
■ 13. svetový kongres o bolesti	29. 8. – 2. 9. 2010	Montreal, Kanada
■ XII. Česko-slovenské dialógy o bolesti	7. – 9. 10. 2010	Olomouc, Česká republika
■ II. Česko-slovenská konferencia paliatívnej medicíny	11. 11. 2010	Bratislava, Slovenská republika