

Frailty syndróm a bolesť – je liečba bolesti opioidmi pri Frailty syndróme bezpečná?

MUDr. Dagmar Bodáková

Ambulancia pre liečbu chronickej bolesti, FNŠP Nové Zámky

Frailty syndróm je fyziologický súbor príznakov charakterizovaný znížením rezerv a odolnosti voči stresorom ako následku progresívneho kumulatívneho úpadku fyziologických funkcií, ktorý spôsobuje zraniteľnosť a náchylnosť frail-pacienta voči nežiaducim udalostiam. Frailty syndróm zahŕňa všeobecné znaky a symptómy ako únava, pokles hmotnosti, svalová slabosť, progresívny úpadok vitálnych funkcií a perzistujúca bolesť.

Frailty syndróm je vzrušujúca oblasť výskumu, ktorá otvára úplne nové perspektívy a nové možnosti pre lepšie pochopenie procesu starnutia a zdravotného stavu starnúcej populácie. Napriek mnohým kontroverziám, operatívna definícia frailty syndrómu je pripravená k implementácii do klinickej praxe za účelom identifikácie frail-pacienta, ktorý vyžaduje intenzívnu a holistickú liečbu. Túto včasnú identifikáciu umožňujúcu redukciu stupňa frail-zmien u starnúcej populácie komplikuje nízky stupeň objasnenosti procesov v oblasti starnutia a fyziologických zmien s ním spojených, vrátane bolesti ako hlavného príznaku.

Interdisciplinárny prístup k liečbe bolesti zahŕňa farmakologické a nefarmakologické intervencie až po použitie opioidov s cieľom zmierniť utrpenie a zlepšiť kvalitu života pacienta.

Kľúčové slová: Frailty syndróm, multiorgánová involúcia, liečba a kontrola bolesti opioidmi.

Frailty syndrome and pain – is the pain treatment by opioids in Frailty syndrome safe?

Frailty syndrome is a physiologic syndrome characterized by decreased reserve and resistance to stressors, resulting from cumulative decline across multiple physiologic systems, and causing vulnerability to adverse outcomes. It includes common signs and symptoms as fatigue, weight loss, muscle weakness, progressive decline in function and persistent pain.

Frailty is an exciting area of research that opens a complete new perspective of the possibility of better understanding of aging and health in older persons. Beyond the many controversies, the operational definition of frailty is ready to be translated into clinical practice for the identification of patients who need intensive and „holistic“ care. The possibility of identifying interventions that reduce the burden of frailty in older persons is hampered by our poor understanding of the biological basis of this age – associated syndrome, including pain as a most common sign..

Pain in frail older patients should be managed in an interdisciplinary environment using pharmacologic and nonpharmacologic interventions including opioids whose main goals are decreasing suffering and improving quality of life

Key words: Frailty syndrome, multisystem decline, suffering, pain relief by using opioids.

Paliat. med. liec. boles., 2011, 4(3): 86–89

Úvod

Bolesť je najčastejším symptómom u pacientov s Frailty syndrómom nad 65 rokov veku (9). V USA chronickou bolesťou ročne trpí 68 miliónov ľudí, z toho 17,5 milióna sú pacienti nad 65 rokov veku (7). 40 % pacientov liečených v domácnosti má denne stredne silnú až silnú bolesť, jedna sedmina pacientov trpí perzistujúcou silnou bolesťou. Vo Veľkej Británii 50 % pacientov nad 65 rokov veku trpí bolesťou, u pacientov nad 75 rokov veku percentuálny podiel narastá na 60 – 65 % (25).

Manažment miernej bolesti je odbornou spoločnosťou dobre prepracovaný. Známe sú nežiaduce účinky a exaktné indikácie bežných analgetík a adjuvantných látok u starnúcej populácie, preto sa tejto téme v príspevku nebudeme venovať. Témou dňa je prístup k perzistujúcej stredne silnej a silnej nádorovej i nenádorovej bolesti tam, kde liečba bežnými analgetikami a adjuvantnými

látkami nie je efektívna. Cieľom príspevku nie je preferovať a obhajovať opioidy v liečbe bolesti. Ide o sondu do zahraničnej literatúry, ovplyvnenie tradičných mýtov o nežiaducich účinkoch opioidov a o posúdenie nových alternatív.

Patofyziológia bolesti

Štúdie Americkej spoločnosti pre bolesť (ASP – American Society for Pain) dokazujú, že existujú rozdiely v percepcii a odpovedi na bolesť (14). Vnímanie miernej bolesti je menej intenzívne, avšak starnúca populácia je veľmi citlivá voči stredne silnej a silnej bolesti. Nedostatočný manažment bolesti vedie k progresii involučných zmien, k eskalácii Frailty syndrómu a k zhoršeniu prognózy a kvality života.

Mierna bolesť je dobre kontrolovateľná nesteroidnými antiflogistikami (NSAID) a adjuvantnými látkami. Ich indikácia k liečbe miernej bolesti je jasná a klinicky implementovaná.

Kontrola stredne silnej a silnej bolesti rezistentnej voči bežnému algeziologickému manažmentu je výrazne podhodnotená, odborníci neradi predpisujú opioidy, siahajú k nim až ako k ultimum refugium (1).

Vekom podmienené zmeny patofyziologických mechanizmov percepcie a spracovania bolesti ostávajú stále nejasné (13). Periférny nervový systém (PNS) s rastúcim vekom podlieha štruktúrnym, biochemickým i funkčným zmenám, denzita myelinizovaných i nemyelinizovaných vlákien sa výrazne znižuje, progreduje neuronálne poškodenie a deteriorácia periférnych neurónov. Nedostatočné sú tiež syntéza, uvoľňovanie, metabolizmus a regenerácia neurotransmiterov, s následnou poruchou nocicepcie (6). Príčinou porúch percepcie je spomalenie vedenia vzruchu periférnym nervom. Podobné zmeny prebiehajú i v centrálnom nervovom systéme (CNS).

Patofyziológia involučných zmien CNS na subcelulárnej úrovni

Hlavným patofyziologickým mechanizmom involučných zmien buniek CNS je ateroskleróza, kardiálne a pulmonálne ochorenia s následnou chronickou ischémiou pri zníženom cerebrálnom perfúznom tlaku. Následkom prolongovanej hypoxie je strata integrity fosfolipidových membrán, zmena permeability stien buniek. Aktivácia N-methyl-D-aspartátových (NMDA) receptorov a kanálov a ischémiá vedú k vnikaniu iónov **kalicia** a **nátria** do bunky, k úniku iónov **kália** z bunky a k poruchám funkcie neurocytov, a následne k mnestickým a gnostickým poruchám vedomia (41). Konštatujeme priamy vzťah medzi hladinou sérového kália a mortalitou. Excesívny únik iónov kália z intracelulárnej do extracelulárnej tekutiny v mozgu je zachytený gliovými bunkami ako hematoencefalickou bariérou (HEB), vedie k sekundárnej ischémií a difúznej hypoxii (20). Zvýšená hladina kalcia spôsobí poruchu permeability membrán, transport elektrónov a tvorbu kyslíkových radikálov, ktoré aktivujú tvorbu lipáz, proteáz a endonukleáz, porušujú kaskádu oxidatívnej fosforylácie, tým urýchlia regresiu, degeneráciu, neskôr apoptózu a smrť bunky. Uvoľnenie mitochondriálneho apoptogénneho proteínu (AMP – Apoptogenic Mitochondrial Protein) spolu s vlastnou intracelulárnou apoptotickou signálnou aktiváciou cytochrómu C5 spustí komplexný apoptotický proces ako programovanú regresiu a v konečnom dôsledku smrť bunky (5) Všetky tieto subcelulárne procesy regresie a degenerácie spôsobujú patologickú percepciu a spracovanie bolesti.

Kognitívne poruchy a poddajnosť voči opioidom

Mnohí frail-pacienti trpia kognitívnymi poruchami, zmätenosťou, poruchami pamäti, ktoré môžu byť i následkom nežiaducich účinkov opioidov. Kognitívne poruchy neumožňujú pacientovi verbalizovať svoju skúsenosť s bolesťou, ktorá potom nemôže byť dostatočne kontrolovaná. Na druhej strane, pri kvalitnej liečbe môže dochádzať ku kumulácii liekov proti bolesti a k následným nežiaducim účinkom a tolerancii. Senzorická percepcia bolesti je zachovaná, alterovaná je schopnosť bolesť kvantifikovať a hlavne verbalizovať na podklade progredujúcej demencie a úpadku kognitívnych funkcií. Demencia a porucha kognitívnych funkcií často vedú k atypickému priebehu a poklesu reaktivity na bolesť.

Štúdie porovnávajúce účinnosť a toleranciu opioidov ako sú fentanylové náplaste (22),

morfin (17), sublingválny i transdermálny buprenorfin (24) u staršej populácie dokazujú, že starší frail-pacienti reagujú na liečbu opioidov lepšie ako mladšia populácia.

Starnutie spôsobuje vyššiu koncentráciu opioidov v mieste receptorov na podklade zníženej schopnosti eliminácie, u pacientov sa potom vyvíja bizarná atypická manifestácia nežiaducich účinkov opioidov (38). Opioidy s kontinuálnym riadeným uvoľňovaním preferujeme u pacientov, ktorí majú problém s poddajnosťou a spolupracou a vtedy volíme redukovanú formu dávkovania. Transdermálne opioidy môžu zvýšiť pacientovu poddajnosť voči intervenciám a sú výhodné u pacientov s poruchami prehľadania a s poruchami pasáže (29).

Alterácia farmakokinetiky opioidov

V manažmente bolesti u pacientov s Frailty syndrómom je stále mnoho pochybností, napriek tomu sú pre každého algeziológa a geriatra odbornou výzvou (36). Progresívna involúcia orgánových funkcií zasahuje do farmakokinetiky opioidov, mení nástup ich účinku, schopnosť metabolizmu a eliminácie a dĺžku biologického polčasu opioidov. Súčasná liečba viacerých komorbidít vytvára podmienky pre liekové interakcie a uplatnenie sa nežiaducich vedľajších účinkov opioidov, ako sú závrate, nevoľnosť, depresia dychovej aktivity a ortostatická hypotenzia. Frail-pacienti sú potom ohrození pádmi, fraktúrami a kraniocerebrálnymi poraneniami. Kombinácie účinkov liekov a ich interakcie nám významne obmedzujú a zužujú terapeutické okno a nútia nás tak balansovať na okraji kontroly bolesti v záujme eliminácie nežiaducich účinkov opioidov. Pacient tak nemusí mať adekvátnu a kvalitnú analgéziu (19).

Starnutie je spojené s nárastom podielu telesného tuku a s redukciami telesnej vody, čo výrazne zvyšuje distribučný objem lipofilných opioidov. Výsledkom je neskorý nástup účinku so zníženou elimináciou pri nezmenenej plazmatickej koncentrácii opioidov. Na druhej strane sa znižuje distribučný objem hydrofilných opioidov. Nízky distribučný objem pre hydrofilný morfin znamená výrazné zvýšenie iniciálneho vrcholu plazmatickej koncentrácie, ktorý spôsobuje u pacienta skoré nežiaduce účinky a odmietnutie liečby (15).

Redukcia parenchýmu pečene spôsobená involúciou spolu s rastúcou venostázou znižuje hladinu mono-oxygenázy, cyklooxygenázy a cytochrómov (hlavne fázu 1 reakcií P450) pri relatívnom zachovaní hladiny konjugáz. Metabolická schopnosť pečene je v tomto veku redukovaná o 30 – 40 %. Biologická dostupnosť opioidov

s vysokým first-pass efektom je nebezpečne vysoká s vysokým rizikom nežiaducich účinkov, predovšetkým delirantných stavov s obnubiláciou, dezorientáciou až po závažné poruchy vedomia (11). Frail-pacienti s chronickými chorobami pečene vyžadujú primeranú redukcii dávok alebo predĺženie intervalov v záujme prevencie kumulatívneho efektu opioidov.

Involúcia renálnych funkcií ostáva dlho latentná, bez výraznej retencie dusíkatých látok, avšak zníženie glomerulárnej filtrácie (GF) je nesporné a môže prekvapivo zvýšiť biologický polčas opioidov, ktorých metabolity sú prednostne vylučované obličkami. Kumulácia opioidov alebo ich aktívnych metabolitov môže viesť k toxicite a uplatneniu ich nežiaducich účinkov (3).

Manažment liečby chronickej bolesti opioidmi – všeobecné odporúčania

Na podklade konsenzu prijatého v roku 2007 v Sofii orgánmi Medzinárodnej asociácie pre štúdium bolesti (IASP – International Association for Study of Pain) a Americkej geriatrickej spoločnosti (AGS – American Geriatric Society) sa liečba chronickej bolesti opioidmi riadi nasledujúcimi odporúčaniami (The management of persistent pain in older persons, 2002):

- používať najmenej invazívne cesty administrácie
- preferovať opioidy s kontinuálnym riadeným uvoľňovaním
- začínať jedným opioidom v nízkych dávkach s následnou pomalou titráciou
- zabezpečiť dost' dlhý interval medzi úvodnou dávkou a zhodnotením jej účinnosti
- liečbu trvale monitorovať a prispôbovať dávky účinnosti a prevencii nežiaducich účinkov
- vhodne opioidy rotovať v záujme prevencie nekontrolovateľnej závislosti a tolerancie
- „Inkompletná skrížená tolerancia“ nie je pravidlom, závisí od miery podobnosti molekulárnej štruktúry a od možných prechodných konformačných zmien opioidných receptorov pacienta.
- odporúčané dávky nového opioidu upravovať podľa individuálnych charakteristík pacienta, začínať pri 50 – 75 % publikovanej dávky pre možnosť inkompletnej skríženej tolerancie
- nekombinovať krátko účinkujúce opioidy s opioidmi s riadeným uvoľňovaním
- pacientovi zabezpečiť dostupnosť krátko účinkujúceho opioidu len pre prípad prelomovej bolesti

- opioidy s riadeným uvoľňovaním sú výhodné pre ich stabilné farmakokinetické a farmakodynamické vlastnosti, zabezpečujú dostatočnú poddajnosť a spoluprácu pacienta (12, 21, 23, 31).

Opioidy a nádorová bolesť

Veľmi málo štúdií vypovedá o účinnosti a bezpečnosti liečby nádorovej bolesti vo vyššom veku, väčšina odporúčaní sa zakladá na klinických skúsenostiach a postojoch algeziologických expertov. Môžeme výsledky štúdií vykonaných na bežnej populácii extrapolovať na podmienky Frailty syndrómu, individuálne ich upraviť a zabezpečiť tak priaznivý pain-relief a kvalitu života starších pacientov s perzistujúcou stredne silnou a silnou nádorovou bolesťou.

Morfín predstavuje rokmi overený „zlatý štandard“ v liečbe chronickej nádorovej bolesti, je stále účinný, bezpečný a stále porovnateľný s ostatnými novšími syntetickými opioidmi. Jeho aktívne metabolity: morfín-3-glukuronid (M3G), morfín-6-glukuronid (M6G) a normorfín prechádzajú enterohepatálnym obehom, perzistujú v organizme i u zdravých mladých jedincov a vylučujú sa i niekoľko dní po poslednej dávke. U starších pacientov s pokročilými involučnými zmenami orgánových systémov hrozí kumulatívny efekt a neurotoxicita. Dávkovanie je nutné upraviť individuálne.

Viacere randomizované dvojito zaslepené štúdie porovnávajúce **oxykodón a hydromorfon s morfiénom** (4, 18, 42) ukázali, že ich účinnosť je porovnateľná s morfiénom, všeobecne sú však pacientmi lepšie tolerované. Chýbajú štúdie zamerané na starnúcu populáciu.

Fentanyl je považovaný za veľmi efektívny a dobre tolerovaný. Jeho transdermálna forma zabezpečuje efektívnu analgéziu s nízkou incidenciou obštipácie, somnolencie a nauzey. Z čínskej otvorenej multicentrickej štúdie vyplynulo, že transdermálny fentanyl redukoval bolesť u 97 % pacientov so zlepšením kvality života o 25 – 71 % (40).

Buprenorfín v náplastovej forme podľa štyroch multicentrických štúdií na pacientoch s priemerným vekom 68 rokov (2, 28, 32, 33) vykázal signifikantnú úľavu, uspokojivý pain-relief a zlepšenie spánku. Nevyžadoval ďalšie adjuvantné liečivá. Napriek malému súboru pacientov so silnou nádorovou bolesťou buprenorfín vykázal efektívny, od dávky závislý a od veku nezávislý analgetický potenciál s predĺženým účinkom pri riadenom uvoľňovaní s dobrou toleranciou.

Opioidy a nenádorová bolesť

Najčastejším zdrojom silnej nenádorovej bolesti u staršej populácie je osteoartritída, reumatoidná artritída a herpes zoster. V USA ročne zaznamenajú viac ako milión prípadov herpes zoster, z toho 10 – 15 % trpí postherpetickou neuralgiou. Polovica pacientov starších ako 60 rokov s herpesom zoster vyžaduje liečbu postherpetickej neuralgie, z ktorej potom vzniká perzistujúca neuropatická bolesť s komplikovaným priebehom a problematickou liečbou (39). Postherpetická neuralgia je obvyčajne v každom veku refraktérna voči konvenčnej analgetickej liečbe (43). Potrebná je kombinácia analgetík (NSAIDs – nesteroidných protiiňfamatórných látok, COX-2 inhibitorov...), tricyklických antidepresív. V prvej fáze ochorenia ide o veľmi silnú intenzívnu bolesť, ktorá vyžaduje vysoké dávky spomenutých liekov, ktoré majú pre staršiu generáciu množstvo nebezpečných nežiaducich účinkov, ktoré môžu prejsť do nefrotoxicity, kardiotoxicity, hepatotoxicity, neurotoxicity a do porúch hemopoézy. Preto je užitočné v tejto iniciálnej fáze ochorenia použiť malé dávky opioidov s úmyslom znížiť dávky ostatných analgetík a adjuvancií a súčasne potencovať analgéziu (16).

Silné bolesti u pacientov s Frailty syndrómom pochádzajú z degeneratívnych, metabolických a zápalových involučných chorôb pohybového systému – komplex muskuloskeletálnych chorôb (MSD – musculoskeletal disease), ktorý zahŕňa osteoporózu, kompresívne patologické fraktúry stavcov, polymyalgiu, Pagetovu chorobu, periférne cievné choroby, kožné defekty a ulcerá, koronárny syndróm, diabetickú neuropatiu, posthypoxickú polyneuropatiu a bolesti chrbta. Pacienti trpia mikrofraktúrami, zápalovými procesmi kĺbov s vyplavením zápalových cytokínov. Trpia následnou allodynou, hyperalgiou, rannou stuhnutosťou. Títo pacienti vyžadujú analgetikum s rýchlym nástupom účinku ráno alebo analgetikum s kontinuálnym riadeným uvoľňovaním.

Podľa viacerých autorov a na podklade štúdií s odporúčaním medicíny založenej na dôkazoch (EBM) je efektívne pri silnej nenádorovej muskuloskeletálnej bolesti u starých pacientov použitie transdermálneho opioidu alebo perorálneho opioidu s riadeným uvoľňovaním (8). Opioidy v tejto indikácii sú veľmi efektívne, avšak vyžadujú tesnú individuálnu titráciu.

Všeobecné odporúčanie – level Ib až IIb: Prax prináša dôkazy, že opioidy sú veľmi efektívne v liečbe stredne silnej a silnej nenádorovej bolesti, avšak vyžadujú individuálny prístup, tesnú titráciu s rešpektovaním stupňa orgánových involučných zmien. Liečba musí byť bezpečná a pacientom dobre tolerovaná (10).

Bezpečnosť a nežiaduce účinky opioidov

Tolerabilita opioidov u frail-pacientov je výrazne limitovaná nežiaducimi účinkami, ktoré sa u bežnej populácie vyskytujú zriedkavo:

- psychické mnestické a gnostické poruchy
- obštipácia (35)
- neurotoxicita opioidov (37)
- závislosť od opioidov (44)
- liekové interakcie
- depresia dýchania
- imunosupresia

Portenoy vymedzuje tri typy aberantného syndrómu závislosti: stratu kontroly nad užívaním opioidov, kompulzívne užívanie opioidov a pokračovanie v užívaní napriek nežiaducim účinkom (27).

Frailty syndróm s jeho involučnými zmenami je charakterizovaný postupujúcou imunodeficienciou na podklade regresie hemopoézy, hlavne jej bielej zložky, ktorá je zodpovedná za celulárnu imunitu. Jednotlivé opioidy disponujú rôznym stupňom vlastnej imunosupresívnej aktivity. Najvyšší stupeň imunosupresívnej aktivity má **morfín** pôsobením na μ -opioidné receptory, ktorých najväčšia koncentrácia je na povrchu imunitných buniek, ďalej na hypotalamo-pituitárno-adrenálnej osi a na sympatikovom nervovom systéme (26). Nie je jasné, prečo ostatné opioidy pôsobiace na μ -opioidné receptory – buprenorfín, hydromorfón, oxykodón nemajú imunosupresívne vlastnosti ani u starších pacientov (30).

Frailty syndróm a liečba opioidmi na Ambulancii pre liečbu chronickej bolesti FNsP Nové Zámky

Metodika

Pacientov s definovaným Frailty syndrómom s komorbiditami potencujúcimi chronickú bolesť, u ktorých konvenčná liečba analgetikami nebola účinná alebo bola kontraindikovaná pre terapiu warfarínom, sme indikovali k liečbe opioidmi podľa všetkých odporúčaní uvedených v texte vyššie. Hodnotili sme mentálny stav, poddajnosť pacienta, stav jeho vitálnych funkcií, hepatálne a renálne funkcie, medikáciu. U ôsmich pacientov ide o rodinných príslušníkov zdravotníckych pracovníkov, traja pacienti sú obyvateľmi seniorských penziónov so zdravotníckym personálom. Dohliadali sme, aby bola zabezpečená exaktná aplikácia opioidov, diétny režim pri liečbe opioidov a sledovanie pacientov počas liečby. Najmladšia pacientka má 48 rokov, Frailty syndróm bol u nej stanovený na podklade akcelerovanej multiorgánovej involúcie na

Tabuľka 1. Diagnózy pacientov liečených opioidmi na Ambulancii pre liečbu chronickej bolesti FNŠP Nové Zámky

FBSS	3
sclerosis multiplex	1
neuralgia n.V.	2
deformujúca artropatia	11
ischemický sy. DK s ulceráciami	4
fantómová bolesť po amputácii	1
kompresívna fraktúra stavcov	2
Ca mammae	2
Ca prostatae	2
sarkóm chrupavky	1
koxartróza bez operácie	3
Reynoldsova choroba	1
CHRI v HD programe	2
warfarinizácia	7
koincidencia viacerých dg	8

podklade CHRI v dialyzačnom programe, generalizovanej osteoporózy po dlhodobej liečbe kortikoidmi a generalizovanej poruchy mikrocirkulácie na podklade pokročilej Reynoldsovej choroby s početnými ulceráciami na akračoch končatín a celkovou sarkopéniou.

Súbor pacientov

Súbor pacientov tvorilo 23 pacientov – 9 mužov, 14 žien, priemerný vek: 69,09 r. (48 – 86 r.). Diagnózy pacientov sú uvedené v tabuľke 1.

Súhrn

Pacienti súboru hodnotia svoj pain relief ako uspokojivý, bez nutnosti zvyšovania dávok opioidov. Oceňujú návrat spánku, chuti do jedla a dennej činnosti. Jedinou komplikáciou boli dva prípady kožnej reakcie a nedostatočnej prínavosti náplastí v období maximálnych letných teplôt v druhej polovici augusta. Vtedy sme prešli z náplastovej formy na prechodné podávanie perorálnych opioidov.

Záver

Hoci opioidy predstavujú zlatý štandard v liečbe silnej chronickej bolesti, v odbornej i laickej verejnosti stále pretrvávajú **sedem základných mýtov o liečbe opioidmi**:

Tabuľka 2. Druh, dávky opioidov a počet pacientov liečených opioidmi na Ambulancii pre liečbu chronickej bolesti FNŠP Nové Zámky

Druh opioidov	Dávky opioidov	Počet pacientov
buprenorfin náplast	35,0 µ/h	5
	52,5 µ/h	3
	adjuvanciá	2
fentanyl náplast monoterapia	25,0 µ/h	5
oxykodón	20 mg/24h	3
	40 mg/24h	1
	adjuvanciá	4
oxykodón/naloxón	5/2,5 mg/12h	4
	10/5,0 mg/12h	2
	adjuvanciá	2

- mýtus** – V zdravotníckom zariadení pacient dostáva adekvátnu a účinnú analgetickú liečbu.
- mýtus** – Liečba chronickej bolesti nutne vedie k závislosti.
- mýtus** – Liečba analgetikami spôsobuje nežiaducu sedáciu.
- mýtus** – Určitý typ bolesti nevyžaduje intervenciu.
- mýtus** – Bolesť a utrpenie zoceluje charakter.
- mýtus** – Opioidy u starnúcej populácie nie sú vhodné.
- mýtus** – Efektivita analgetickej liečby je založená na princípe aktuálnej potreby a nevedie tak ku kumulácii a nežiaducim účinkom.

Anestéziológ – intenzivista je odborník, ktorý veľmi dobre ovláda nežiaduce vplyvy nedostatočne riešenej bolesti u kritického pacienta. Tiež má svoje mýty, ktorými sa riadi.

Bolesť je fenomén, ktorý:

- spôsobuje stres a preťaženie kardiovaskulárneho aparátu u kardiálne výrazne limitovaného frail-pacienta;
- vedie k oddialeniu rehabilitácie a vertikalizácie pacienta;
- spôsobuje poruchy spánku, poruchy stravovania a hydratácie;
- obmedzuje hlboké dýchanie, vedie tak k atelektázam a hypostatickej bronchopneumónii;
- zvyšuje vyplavenie stresových hormónov, ktoré negatívne ovplyvňujú renálne a hepatálne funkcie;

- vedie k behaviorálnej gnostickej poruche a k nežiaducim pádom;
- vedie k spomaleniu peristaltiky a trávenia;
- predlžuje dobu hospitalizácie a zvyšuje riziko vzniku nozokomiálnych nákaz;
- spôsobuje rozvoj hospitalizmu a nespokojnosť klienta.

Magickou guľôčkou homeostázy pacienta je holistický prístup k jeho bolesti a utrpeniu. Kvalitný manažment bolesti vrátane použitia opioidov patrí do komplexného prístupu k frail-pacientovi, ktorý je odkázaný na našu starostlivosť a rozhodujúcim spôsobom ovplyvňuje jeho kvalitu života. Opioidy by mohli v budúcnosti prispieť k výraznej redukcii Frailty syndrómu u starnúcej populácie a znížiť tak počet pacientov predčasne odsúdených k inštitucionalizácii.

Motto:

„...Pain is a more terrible lord of mankind than even death itself...”

„...Bolesť je strašnejším vládcom ľudstva, ako smrť samotná...”

Albert Schweitzer

Literatúra u autorky
a na www.paliativnamedicina.sk

MUDr. Dagmar Bodáková

Ambulancia pre liečbu chronickej bolesti FNŠP Nové Zámky Slovenská 11/A, 940 34 Nové Zámky bodakova.dagmar@gmail.com

