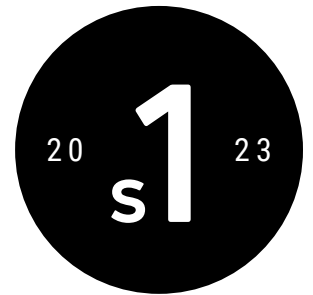


Paliatívna medicína a liečba bolesti



Vedecký program a abstrakty

XXX. SLOVENSKÉ DIALÓGY O BOLESTI

9. – 10. jún 2023, Zemplínska šírava, Kaluža

Vedecký program podporili

Spoluorganizátor kongresu



SVET ZDRAVIA

Akadémia

Strieborný partner



Partneri



Vystavovatelia



SLOVENSKÁ LEKÁRSKA SPOLOČNOSŤ
SLOVENSKÁ SPOLOČNOSŤ PRE ŠTÚDIUM A LIEČBU BOLESTI
SEKCIA PALIATÍVNEJ MEDICÍNY SSŠLB
SEKCIA INTERVENČNEJ ALGEZIOLÓGIE
SEKCIA ALGEZIOLOGICKÝCH SESTIER

organizujú

XXX. SLOVENSKÉ DIALÓGY O BOLESTI

9. – 10. jún 2023

Hotel Eurobus, Zemplínska šírava, Kaluža

Záštitu nad kongresom prevzal
Ing. Marián Haviernik,
riaditeľ NsP Štefana Kukuru Michalovce, a. s.

Hlavné témy:

Personalizovaná liečba bolesti: budúcnosť je teraz
Akútna bolesť
Chronická nádorová bolesť
Chronická nenádorová bolesť
Intervenčná algeziológia
Paliatívna medicína
Ošetrovateľská starostlivosť v algeziológii

Prezident kongresu:

MUDr. Miroslav Ferenčík, MBA

Vedecký výbor:

Predseda:

doc. MUDr. Igor Martuliak, PhD.

Členovia:

MUDr. Dušan Broďáni, PhD.
MUDr. Tatiana Dančíková
MUDr. Miroslav Ferenčík, MBA
MUDr. Tatiana Geistová
MUDr. Hedviga Jakubíková, PhD.
MUDr. Marta Kulichová, CSc.
MUDr. Daniela Ogurčáková, PhD.
MUDr. Róbert Rapčan, PhD., MBA, FIPP
MUDr. Eva Salamonová
MUDr. Alena Šujanová
Bc. Renáta Sklenárová

Organizačný výbor:

Predseda:

MUDr. Mária Kováčová

Členovia:

MUDr. Dušan Broďáni, PhD.
MUDr. Lucia Cifraničová
MUDr. Dušan Kostovčík
MUDr. Ľubomír Krivjanský
Mgr. & Mgr. Gabriela Krupčíková

Vedecký program

ŠTVRTOK 8. 6. 2023

17.00 – 19.00 **Zasadanie výboru SSŠLB**

PIATOK 9. 6. 2023

8.00 – 9.00 **Registrácia účastníkov**

9.00 – 10.00 **Slávnostné otvorenie kongresu, príhovory hostí**

Pozn.: Dĺžka trvania prednášky aj s diskusiou k nej je 15 minút.

10.00 – 11.15 **1. blok prednášok: Personalizovaná liečba bolesti: budúcnosť je teraz**

Predsedníctvo: Ferenčík M., Kulichová M.

- 1. Integrovaný model zdravotnej starostlivosti o pacienta s chronickou bolesťou**
Ferenčík M. – x-pain clinic Bojnice (20 min.)
- 2. História algeziológie na Slovensku**
Ferenčík M.^{1,2}, Martuliak I.¹, Kulichová M.³ – ¹Algeziologická klinika SZU a FNsP FDR Banská Bystrica, ²x-pain clinic Bojnice, ³Oddelenie chronickej bolesti UNM Martin (20 min.)
- 3. História a perspektívy špecializačného vzdelávania v odbore algeziológia na Slovensku**
Martuliak I.¹, Ferenčík M.^{1,2}, Kulichová M.³ – ¹Algeziologická klinika SZU a FNsP FDR Banská Bystrica; ²x-pain clinic Bojnice; ³Oddelenie chronickej bolesti UNM Martin (20 min.)
- 4. Správa zo Svetového kongresu o bolesti IASP, Toronto 2022**
Ferenčík M. – x-pain clinic Bojnice (15 min.)

11.15 – 11.30 **Prestávka**

11.30 – 12.30 **2. blok prednášok: Farmakoterapia bolesti**

Predsedníctvo: Geistová T., Jakubíková H.

- 1. USG navigovaná intraartikulárna aplikácia peptidov s nízkou molekulárnou hmotnosťou – prvé skúsenosti**
Geistová T., Venglarčík M. – Algeziologická klinika SZU, KAIM, FNsP FDR Banská Bystrica (15 min.)
- 2. Vysokodávkovaný vitamín C v algeziologickej praxi**
Ogurčáková D. – ALGMED Košice (15 min.)
- 3. Uvoľnite sa a nebuďte „off“ ...**
Jakubíková H. – SANERA, s. r. o., Neurologická a algeziologická ambulancia, Prešov (15 min.)
- 4. Liekmi indukovaná hyponatriémia v praxi algeziológa**
Komanová B., Šimonová J., Majerník M., Lenčేశ P. – I. KAIM UN L. Pasteura Košice (15 min.)

12.30 – 13.30 **Obed**

13.30 – 14.45 **3. blok prednášok: Nenádorová bolesť***Predsedníctvo: Šujanová A., Ogurčáková D.*

1. **Bolesť muskuloskeletálneho systému a integratívny prístup v jej liečbe**
Ferenčík M.^{1,2,3}, Mazúr Ľ.¹, Sklenárová R.¹, Linderová V.¹ – ¹x-pain clinic Bojnice,
²Algeziologická klinika SZU a FNsP FDR Banská Bystrica,
³Mobilný hospic sv. Lujza Prievidza (15 min.)
2. **Cervikobrachiálny syndróm v koincidencii s osteomyelitídou v oblasti predlaktia, diagnostická a terapeutická výzva**
Ogurčáková D., Šujanová A., Tomčo M., Plachá K. – ALGMED s. r. o., ProCare Košice, Nemocnica Svet zdravia Rožňava, Fakultná nemocnica Nitra (15 min.)
3. **Hidradenitis suppurativa – úloha algeziológa v multidisciplinárnom manažmente pacienta**
Šimonová J., Komanová B., Majerník M., Lenčoš P. – UN L. Pasteura Košice (15 min.)
4. **Aneurizma aorty asymptomatická – vedľajší nález pri liečbe pacienta s bolesťou chrbta**
Šujanová A., Ogurčáková D. – ProCare Košice, ALGMED Košice (15 min.)

15.00 – 16.00 **Plenárna schôdza SSŠLB**15.00 – 16.15 **4. blok prednášok: Ošetrovateľská starostlivosť v algeziológii (sesterská sekcia)***Predsedníctvo: Sklenárová R., Halajová R.*

1. **Novinky v novopripravovanom zozname zdravotníckych výkonov v odbore algeziológia**
Sklenárová R., Mazúr Ľ., Linderová V., Ferenčík M. – x-pain clinic relax Bojnice, x-pain clinic Bojnice (15 min.)
2. **Dotazníky v novopripravovanom zozname zdravotníckych výkonov v odbore algeziológia**
Mazúr Ľ., Sklenárová R., Linderová V., Ferenčík M. – x-pain clinic relax Bojnice; x-pain clinic Bojnice (15 min.)
3. **Ošetrovateľská starostlivosť o pacienta pri aplikácii biodermálnych nití – kazuistika**
Kubišová H., Jobová L., Martuliak I. – Algeziologická klinika SZU a FNsP FDR Banská Bystrica (15 min.)
4. **Možnosti liečby bolesti pri herpes zoster – kazuistika**
Halajová R., Ďuricová A. – Nemocnica Agel, Zvolen (15 min.)
5. **Možnosti liečby migrény v ambulancii algeziológa**
Linderová V., Sklenárová R., Mazúr Ľ., Ferenčík M. – x-pain clinic Bojnice; x-pain clinic relax Bojnice (15 min.)

16.15 – 17.00 po sesterskom bloku: **Plenárna schôdza Sekcie algeziologických sestier SLS**19.00 **Diskusné fórum algeziológov a ich sestier**

SOBOTA 10. 6. 2023

8.00 – 9.00 **Registrácia účastníkov**09.00 – 10.15 **5. blok prednášok: Intervenčná algeziológia I***Predsedníctvo: ~~Rapčan R.~~, Kočan L.*

1. **Therapeutic effect of thermovision controlled lumbar sympathetic blockade in chronic limb-threatening ischemia**
Kočan L., Rapčan R., Rajtúková V., Rapčanová S., Hudák M. – EuroPainClinics Košice, Technical University of Košice, EuroPainClinics Košice, VÚSCH a. s. Košice (15 min.)
2. **Diskogénna bolesť: aktuálne možnosti intervenčnej liečby**
Griger M., Rapčan R., Kočan L., Mláka J., Poliak Ľ., Lenčes P. – EuroPainClinics Bardejov, EuroPainClinics, Poliklinika Terasa, Košice (15 min.)
3. **USG navigovaná neurolyza plexus coeliacus pri karcinóme pankreasu**
Lenčes P., Šimonová J., Rapčan R., Poliak Ľ. – EuroPainClinics Bardejov, UNLP Košice (15 min.)
4. **Trigeminálna neuralgia (TN). Komplikovaná a bolestivá cesta pacientky pri liečbe**
Poliak Ľ. – EuroPainClinics Bardejov (15 min.)
5. **Nocebo – umenie škodiť**
Mláka J. – EuroPainClinics Košice (15 min.)

10.15 – 10.30 **Prestávka**10.30 – 11.45 **6. blok prednášok: Intervenčná algeziológia II + Varia***Predsedníctvo: Kováčová M., Bodáková D.*

1. **Cervikálna neurolyza v liečbe rezistentnej nenádorovej bolesti – kazuistika**
Majerník M., Lenčes P., Šimonová J., Komanová B. – I. KAIM UN L. Pasteura Košice (15 min.)
2. **Blokáda hrudnej steny – PECS – pri operáciách karcinómov prsníka**
Čiljaková Z., Richterová S. – UNM Martin; OCHB, KAIM; Gynekologicko-pôrodná klinika (15 min.)
3. **Spánok a algeziologický pacient**
Bodáková D. – Algeziologická ambulancia Nemocnica Bory (15 min.)
4. **Už nemusím na urgent – naša skúsenosť s aplikáciou bloku ggl. sphenopalatinum pri bolesti hlavy**
Kováčová M. – ACHB Nemocnica Michalovce (15 min.)
5. **Algeziológ a súdne nariadenie výkonu ochrannnej liečby – kazuistika**
Bodáková D. – Algeziologická ambulancia Nemocnica Bory (15 min.)

11.45 **Záver kongresu****Poster:**

1. **20 rokov liečby bolesti v Trnave**
Kubaláková M., Vráblová M. – Ambulancia bolesti KAIM, FNŠP Trnava

1. blok prednášok: Personalizovaná liečba bolesti: budúcnosť je teraz

Integratívny model zdravotnej starostlivosti o pacienta s chronickou bolesťou

Ferenčík M.

x-pain clinic, Bojnice

Témou Globálneho roka bolesti 2023 IASP je „Integratívny model zdravotnej starostlivosti o pacienta s bolesťou“.

Cieľom tohtoročnej kampane je, ako aj po iné roky, zamerať sa na konkrétny aspekt bolesti, zvýšiť povedomie o danej problematike medzi odbornou i laickou verejnosťou, pričom tieto aktivity majú aj viesť k optimalizácii súvisiacich problémov či sporných bodov v danej diskutovanej téme.

Chronická bolesť je komplexný fenomén, chápaný v bio-psycho-sociálnom rámci a vzhľadom na neustále rastúce bremeno chronickej bolesti na spoločnosť je jasné, že súčasné modely starostlivosti o pacienta s chronickou bolesťou, používané na zvládanie a liečbu bolesti, ak nie sú alebo nebudú pravidelne prehodnocované a optimalizované, stanú sa menej účinnými.

Hlavnou myšlienkou tohtoročnej kampane IASP je – integratívny prístup v liečbe bolesti jednoznačne kladie dôraz na neužívanie liekov.

Preferencie v liečebných postupoch, a aj v liečbe bolesti, sa časom menia. Preferencie a hodnoty pacienta sú diametrálne rozdielne, v porovnaní so situáciou, aká bola niekoľko dekád rokov dozadu, preto začlenenie preferencií a hodnôt pacienta do liečby bolesti sa stáva prioritou.

Integratívna starostlivosť je definovaná ako starostlivosť, ktorá je výsledkom integrácie viacerých individualizovaných intervencií zameraných na bolesť. Zväčša znamená kombináciu dvoch alebo viacerých stratégií zdravotnej starostlivosti a poznáme ju aj pod inými definíciami, ako: multidisciplinárna, interdisciplinárna, kolaboratívna, konzultačná či koordinovaná.

Jednoducho povedané, integratívna starostlivosť môže kombinovať liečebné stratégie z rôznych oblastí komplementárnej/alternatívnej medicíny, tradičnej čínskej medicíny alebo oboch.

Prínos integratívnej zdravotnej starostlivosti, všeobecne, je jednoznačný

a priamy, nakoľko kladie dôraz na podporu zdravia a pohody, ako aj na prevenciu chorôb prostredníctvom podpory a udržania zdravého života a snaží sa predchádzať vzniku choroby.

História algeziológie na Slovensku

Ferenčík M.^{1,2}, Martuliak I.¹,

Kulichová M.³

¹Algeziologická klinika SZU, FNŠP

FDR Banská Bystrica

²x-pain clinic, Bojnice

³Oddelenie chronickej bolesti UNM Martin

Algeziológia je na Slovensku **samosťatným medicínskym odborom**, ktorý sa komplexne zaoberá liečbou bolesti. Na základe poznatkov základného a aplikovaného výskumu vykonáva na interdisciplinárnom princípe špecifické diagnostické a terapeutické postupy v rozsahu špecializovaného študijného programu, pozostávajúce z komplexnej diagnostiky, prevencie a racionálnej liečby tých bolestivých syndrémov, ktoré ne-reagujú na zaužívané liečebné postupy, pretrvávajú napriek odstráneniu príčiny alebo sú dôsledkom v súčasnosti nevyliciteľných ochorení.

História svetovej algeziológie sa začala „písať“ v roku 1953 (J. J. Bonica vydáva publikáciu „Management of Pain,“ aj keď problematike diagnostiky a liečby bolesti sa samozrejme venoval podstatne skôr), tak u nás, na Slovensku, kvalifikované a systematizované snahy o liečbu bolesti začínajú v 80. rokoch minulého storočia, na pôde katedry AIM SZU v Bratislave, pričom prvopočiatok slovenskej algeziológie datujeme ku dňu 1. marec 1984, keď MUDr. Stanislav Fabuš otvoril v Martine prvú ambulanciu pre liečbu chronickej bolesti na Slovensku.

„...v Martine tak bola zapálená iskra, ktorá zapálila pomyselnú vatru na celom Slovensku...“ (MUDr. Hasarová D.).

Nasledoval vznik viacerých ambulancií chronickej bolesti, vznik Centra pre štúdium a liečby bolesti na Slovensku (Banská Bystrica), vznik oddelenia chronickej bolesti (Martin).

Cesta za oficiálnym uznaním odboru bola neľahká, ale nakoniec predsa úspešná. Nasledovalo schválenie koncepcie odboru, vznik Slovenskej spoločnosti pre štúdium a liečbu bolesti, ktorej predchádzal vznik sekcie liečby bolesti pri SSAIM SLS, nasledovalo uznanie SSŠLB ako riadneho člena EFIC či IASP.

Rozhodujúcim a mimoriadnym dôležitým krokom bolo prijatie Špecializačného študijného programu odboru algeziológia, čím sa algeziológia stala právoplatným odborom medicíny (11. 4. 2006) a už nič nebránilo v raketovom štarte vzdelávacích postgraduálnych aktivít, a to na dvoch pracoviskách – UNM (FNŠP) Martin a vo FNŠP F. D. Roosevelta v Banskej Bystrici. Samozrejmosťou bolo aj pregraduálne vzdelávanie v problematike bolesti na JLF UK v Martine.

Jedným zo znakov každej žijúcej aktívnej odbornej spoločnosti je organizácia vzdelávacích podujatí, ktoré už tradične poznáme pod názvom „Dialogy o bolesti“, pričom prvé Slovenské dialogy o bolesti sa konali dňa 26. 3. 1993 v Martine. Ďalším dôležitým tradičným odborným podujatím je celoslovenský algeziologický seminár „Deň kliniky algeziológie“.

Algeziológia je perspektívnym odborom medicíny a jej miesto v modernom zdravotníctve je nezastupiteľné, pričom jej rozvoj zabezpečuje odborná Spoločnosť pre štúdium a liečbu bolesti, v úzkej a vzájomnej spolupráci s pedagogickým útvarom Algeziologickej kliniky SZU, ktorá podmieňuje a zabezpečuje komplexné vzdelávanie v odbore.

Naša SSŠLB je živá a aktívna spoločnosť schopná prijímať nové výzvy a je viac než isté, že algeziológ bude, ako teraz tak i v budúcnosti, dôležitým článkom v starostlivosti o pacienta, pričom svojou odbornou starostlivosťou dokáže na základe multidimenzionálneho modelu liečby bolesti výrazne zlepšiť kvalitu života jedinca a znížiť mieru jeho utrpenia.

História a perspektívy špecializačného vzdelávania v odbore algeziológia na Slovensku

Martuliak I.¹, Ferenčík M.^{1,2}, Kulichová M.³

¹Algeziologická klinika SZU a FNŠP FDR Banská Bystrica

²x-pain clinic Bojnice

³Oddelenie chronickej bolesti UNM Martin

Základy **odbornej algeziologickej spoločnosti** na Slovensku siahajú do roku 1990, keď bola pri Slovenskej spoločnosti pre anestéziológiu a intenzívnu medicínu založená sekcia liečby bolesti. Samostatná **Slovenská spoločnosť pre štúdium a liečbu bolesti** (SSŠLB) – ako zložka Slovenskej lekárskej spoločnosti – bola založená v Martine dňa 26. marca 1993.

Cesta za oficiálnym uznaním našej odbornej spoločnosti a odboru algeziológia bola neľahká, ale nakoniec predsa úspešná. Významným krokom bolo **schválenie Konceptie liečby bolesti** dňa 5. marca 1998 a novelizovaná Vestník MZSR zo dňa 1. 5. 2006. Rozhodujúcim krokom pri vytvorení samostatného subspecializačného odboru algeziológia bolo **prijatie Špecializačného študijného programu** odboru algeziológia, ktorý bol akreditačnou komisiou MZSR akreditovaný dňa 11. 4. 2006. Tým sa stal náš odbor právoplatným odborom medicíny.

Vzdelávanie v odbore algeziológia prebiehalo predovšetkým na dvoch pracoviskách, a to v nemocniciach v Martine a v Banskej Bystrici.

Postgraduálne vzdelávanie v Martine v rámci KAIM a neskôr samostatného oddelenia chronickej bolesti sa koná od r. 1991, školiteľ je prim. MUDr. Marta Kulichová, CSc. **Postgraduálne vzdelávanie v Banskej Bystrici** v rámci IVZ, SPAM a následne SZU sa vykonáva od r. 1991. Od akademického roku 1995/1996 po MUDr. Milanovi Margóčovi prevzal pedagogickú činnosť MUDr. Igor Martuliak a vzdelávanie vo FNŠP F. D. Roosevelta trvalo až do ich pretransformovania do špecializačného vzdelávania v odbore. V súčasnosti postgraduálne vzdelávanie v odbore algeziológia zabezpečuje jej pedagogický útvar **Algeziologická klinika LF SZU**, ktorá bola vo FNŠP FDR Banská Bystrica dňa 30. októbra 2006 akreditovaná a zriadená ako špecializované výučbové zariadenie SZU pre teoretickú a praktickú časť zdravotníckeho vzdelávania v odbore algeziológia. Jej prednosťou bol dňom 1. januára 2007 me-

novaný doc. MUDr. Igor Martuliak, PhD. Ide zároveň o jediné samostatné algeziologické oddelenie s lôžkovou časťou na Slovensku.

Špecializačné a kontinuálne vzdelávanie v našom odbore sa riadi akreditovaným **Špecializačným študijným programom odboru algeziológia**. Podľa jeho najnovšej akreditácie, do odboru algeziológia môžu byť podľa ŠŠP zaradení už nielen lekári so získanou špecializáciou v odbore anestéziológia a intenzívna medicína, neurológia, pediatria, onkológia, ortopédia a vnútorné lekárstvo, ale už aj absolventi medicíny bez špecializácie. Tento krok by mal umožniť priliv mladých lekárov do nášho odboru a tým aj umožniť extenzívny a intenzívny rozvoj algeziológie vrátane výskumu bolesti a ďalšieho skvalitnenia klinickej praxe.

Prvé atestácie v odbore algeziológia sa konali dňa 19. decembra 2003 na Katedre AIM v Bratislave (predseda skúšobnej komisie bol doc. MUDr. Milan Májek, CSc.), po zriadení Algeziologickej kliniky SZU sa špecializačné štúdium aj so záverečnými špecializačnými skúškami postupne prenieslo na pôdu kliniky do Banskej Bystrice. Doteraz ich úspešne absolvovalo 83 lekárov. Naša odborná spoločnosť pravidelne organizuje odborné kongresy (Č-S a Slovenské dialógy o bolesti) a tematické semináre (Deň kliniky algeziológie). Nevyhnutnou súčasťou vzdelávania v odbore je študijná literatúra, v r. 2005 sme vydali učebnicu Algeziológia, v r. 2014 vyšla Patofyziológia bolesti pre klinickú prax a v r. 2020 jej rozšírená reedícia a v r. 2019 učebnica Farmakoterapia bolesti a ďalšie. V príprave je učebnica Špeciálna algeziológia – syndromológia bolesti.

Algeziológia je tak v celom svete, ako aj na Slovensku, progresívnym a perspektívnym odborom medicíny. Jej miesto v modernom zdravotníctve je nezastupiteľné. V činnosti nášho pedagogického útvaru sa chceme zamerať na ďalšie skvalitňovanie obsahu i rozsahu vzdelávania. Dôraz je potrebné klásť na formu rozvoja pedagogických aktivít katedry algeziológie, získavanie študijných grantov pre mladých algeziológov, podporu publikačnej činnosti skúsených pedagógov i začínajúcich lekárov. Položené sú teoretické aj praktické základy špecializačného vzdelávania v našej subspecializácii „**intervenčná algeziológia – neurointervenčná liečba bolesti**“. Budúcnosť vidíme tiež v zainteresovaní ďalších, hlavne

mladých kolegov do vzdelávania v odbore a práce na pôde kliniky a SZU, ako aj ich podporou v získavaní vedeckých a pedagogických hodností.

Správa zo Svetového kongresu o bolesti IASP, Toronto 2022

Ferenčík M.

x-pain clinic Bojnice

V septembri 2022 sa uskutočnil Svetový kongres IASP v Toronte, ktorého sa zúčastnilo takmer 7 000 vedcov a klinikov, ktorí sa zaoberajú výskumom, diagnostikou a liečbou bolesti. Nosnou témou, ako to už zväčša býva, bola problematika zhodná s témou Globálneho roka bolesti 2022 – „*Ako pretransformovať naše poznatky o bolesti (z výskumu) do jej liečby (do našich ambulancií)*“, nakoľko práve toto je ten správny kľúč, tá správna cesta, ktorá povedie k efektívnej a optimálnej diagnostike a liečbe chronickej bolesti.

Aj tentokrát zazneli v Toronte odborné prezentácie na rôzne témy, od patofyziologických aspektov bolesti až po možnosti liečby bolesti v budúcnosti.

Prednáška, ktorá získala cenu J. Bonicu, sa venovala centrálnej senzitivácii, značná pozornosť sa venovala opioidom a ich súčasnému postaveniu v liečbe bolesti, zvýšená pozornosť bola venovaná aspektom ich použitia v liečbe akútnej pooperačnej bolesti.

Čoraz viac sa poukazuje na personalizovaný prístup v liečbe bolesti a na prevenciu jej vzniku, autori viacerých prezentácií poukázali na rizikové faktory vzniku chronickej bolesti, či na rozdiely vo vnímaní bolesti medzi mužmi a ženami. Tieto ale aj iné demografické súvislosti sa stávajú čím ďalej tým viac dôležitými vo všetkých oblastiach zdravotníctva, algeziológiu nevynechávajú.

Podrobne bol analyzovaný biopsychosociálny model bolesti, bol poskytnutý aktuálny pohľad na jeho postavenie v modernej algeziológii (prednáška ocenená J. Loeserovou cenou).

Boli interpretované súvislosti v terminológii bolesti (nociceptívna, neuropatická, nociplastická bolesť) a v prezentáciách boli z rôznych hľadísk opísané vplyvy chronickej bolesti na súčasnú spoločnosť.

Zaujímavý bol aj odprezentovaný pohľad na bolesť, respektíve na jej pociťovanie v priebehu prvých päť rokov života.

2. blok prednášok: Farmakoterapia bolesti

USG navigovaná intraartikulárna aplikácia peptidov s nízkou molekulárnou hmotnosťou – prvé skúsenosti

Geistová T., Venglarčík M.
Algeziologická klinika SZU, KAIM,
FNŠP FDR Banská Bystrica

Úvod: Ochorenia pohybového aparátu sú najčastejšou príčinou návštevy algeziológa, ale i ortopéda či neurológa. Každá nová terapeutická možnosť priaznivého ovplyvnenia týchto ťažkostí je vítaná.

Peptidy s nízkou molekulárnou hmotnosťou, získané enzymatickou hydrolýzou natívneho kolagénu, obohatené magnéziom askorbyl fosfátom, aktívne stimulujú novotvorbu kolagénu typu II. a proteoglykánov v primárnych chondrocytoch a tiež sekréciu kyseliny hyalurónovej zo synoviálnych fibroblastov. Majú schopnosť aktívne stimulovať opravu a posilnenie extracelulárneho matrixu, obnovovať a zachovávať trofický stav tkanív.

Materiál a metodika: Porovnali sme efekt periartikulárneho a intrartikulárneho podania – striktne intraartikulárne podanie sme realizovali pod sonografickou kontrolou, aby sme vylúčili prípadné zlyhanie, ktoré by mohlo nepriaznivo ovplyvniť hodnotenie efektu aplikácie. Predstavujeme kazuistiky aj s rtg a MR nálezmi a sonograficky verifikovaným podaním a následným hodnotením efektu bezprostredne po aplikácii, 48 hodín, 1 mesiac a 6 mesiacov po aplikácii. Intenzitu bolesti pacienti hodnotili na škále VAS.

Výsledky: Pacienti udávali výrazný pokles intenzity bolesti, na VAS o viac ako 50 %, ako i zlepšenie hybnosti v ošetrovanom kĺbe.

Toto zlepšenie pretrváva aj mesiac po aplikácii, prezentujeme aj opakované podanie po 8 mesiacoch – opakované s efektom a s možnosťou vysadenia analgetickej liečby.

Záver: Peptidy s nízkou molekulárnou hmotnosťou rozšírili portfólio zdravotníckych pomôcok v injekčnej liečbe osteo-artro-myofasciálnych ochorení.

Po dlhoročných skúsenostiach s aplikáciou tropokolagénu periartikulárne

a do trigger bodov s priaznivým efektom a po prvých priaznivých skúsenostiach s aplikáciou peptidov s nízkou molekulárnou hmotnosťou periartikulárne, sme overili efekt intraartikulárneho podania.

Pacienti okrem zníženia intenzity bolesti na VAS udávali aj zlepšenie hybnosti ošetrovaného kĺbu.

Vysokodávkovaný vitamín C v algeziologickej praxi

Ogurčáková D.
ALGMED Košice

Nedávne epidemiologické dôkazy naznačujú súvislosť medzi bolesťou chrbtice a suboptimálnym stavom vitamínu C. Bolesti pohybového aparátu sú tiež príznakom skorbutu z nedostatku vitamínu C. Dôkazy naznačujú, že podávanie vitamínu C môže pri niektorých klinických stavoch vykazovať analgetické vlastnosti. Bolesť spôsobená nedostatkom vitamínu C môže byť úplne vyliečená v priebehu týždňa alebo dvoch po suplementácii príjmom vitamínu C, čo nakoniec povedie k saturácii plazmy.

Vitamín C je nákladovo efektívny a javí sa ako bezpečná a účinná doplnková terapia na špecifickú úľavu od bolesti. Najmä znižuje spotrebu analgetík, predovšetkým po chirurgickom zákroku.

V prednáške uvediem kazuistiky pacientov, u ktorých podávanie vysokodávkovaného vitamínu C malo významný efekt.

Do budúcnosti je potrebné meranie koncentrácií vitamínu C na začiatku a po intervencii, aby sa zistilo, či špecifické skupiny pacientov reagujú na intravenóznou aplikáciu vitamínu, určenie optimálneho spôsobu podávania (t.j. enterálne alebo parenterálne), optimálnej dávky a frekvencie podávania vitamínu C.

Uvoľnite sa a nebuďte „off“...

Jakubíková H.
SANERA, s. r. o., Neurologická
a algeziologická ambulancia, Prešov

Myorelaxanciá sú látky, ktoré môžu účinkovať antispasticky alebo spazmolyticky. Tizanidín, štruktúrne po-

dobný klonidínu, je centrálné účinkujúce myorelaxans kostrového svalstva, ktoré inhibuje uvoľňovanie excitačných trans-miterov zo spinálnych interneurónov, v dôsledku čoho zvyšuje presynaptickú inhibíciu motoneurónov miechy. Okrem myorelaxačného efektu má aj slabý centrálny analgetický efekt.

Indikáciou na jeho použitie sú bolestivé svalové spazmy a centrálné podmiernená spasticita. Pridaním tizanidínu k nesteroidným antiflogistikám (NSA) pri akútnych bolestiach chrbta spojených s bolestivými spazmami sa dosahuje lepšia účinnosť a zároveň gastroprotektívny efekt. Tizanidín nevyvoláva svalovú slabosť, ďalšou výhodou tizanidínu v porovnaní s inými myorelaxanciami je jeho nízky potenciál sedácie, vlastný centrálny analgetický efekt a gastroprotektívny efekt pri súčasnom podávaní s NSA.

Liekmi indukovaná hyponatriémia v praxi algeziológa

Komanová B., Šimonová J., Majerník M., Lenčes P.

I. KAIM UN L. Pasteura Košice

Hyponatriémia indukovaná liekmi je pomerne častá. Vzniká nielen pri užívaní diuretik (hydrochlorotiazid, indapamid), ale môže byť dôsledkom liečby analgetikami i tzv. koanalgetikami, ktoré v liečbe chronickej bolesti denne preskribujeme. Ide o tricyklické antidepressíva, SSRI (citalopram, escitalopram, sertralín), ale tiež antiepileptiká (karbamazepín, lamotrigín), či nesteroidové antiflogistiká, dokonca morfín, či iné opioidy. Taktiež inhibitory protónovej pumpy, ktoré pacienti liečení NSA často užívajú, podporujú hyponatriémiu. Liekmi indukovaná hyponatriémia môže vzniknúť viacerými mechanizmami: stimuláciou výtoku antidiuretického hormónu (ADH), potenciáciou jeho účinku na úrovni drene obličky (up-reguláciou aquaporínov), alebo kombináciou týchto mechanizmov. Ide o tzv. syndróm SIADH (syndróm neadekvátneho výtoku ADH). Príčinou hyponatriémie pacientov v algeziologickej ambulancii však môžu byť

tiež niektoré malignity – pľúc, pankreasu, lymfómy a iné. Taktiež rôzne ochorenia CNS, ale i polyradikuloneuritídy. Okrem natriémie je potrebné všímať si meranú osmolalitu séra. Tá býva pri SIADH typicky znížená. Ak je osmolalita normálna/vyššia a je prítomná hyponatriémia, je potrebné si všimnúť hod-

notu glykémie, či alkoholémiu. Aj propylglykol, alebo benzylalkohol – ako pomocné látky v injekčných prípravkoch diazepam, veral, almiral, môžu, najmä pri dlhodobej aplikácii, zvýšením osmolality podporiť hyponatriémiu. Príčiny hyponatriémie sa môžu kombinovať. Je ale dôležité myslieť na to, že

i analgetiká a koanalgetiká k nej môžu prispievať. Keďže je natrium dôležitý extracelulárny kation ovplyvňujúci nielen osmolalitu, ale i metabolizmus vody, je jeho deficit dôležité korigovať reštrikciou tekutín, jeho substitúciou, alebo zmenou liečby. Najzávažnejšou komplikáciou hyponatriémie je edém mozgu.

3. blok prednášok: Nenádorová bolesť

Bolesť muskuloskeletálneho systému a integratívny prístup v jej liečbe

Ferenčík M.^{1,2,3}, Mazúr L.¹, Sklenárová R.¹, Linderová V.¹

¹X-pain clinic Bojnice

²Algeziologická klinika SZU a FNsP FDR Banská Bystrica

³Mobilný hospic sv. Lujza Prievidza

19 % európskej populácie trpí chorobou chronickej bolesti a najčastejšou príčinou návštevy pacienta u algeziológa je bolesť pohybového aparátu.

Muskuloskeletálna bolesť je definovaná ako akútna alebo chronická bolesť, ktorá postihuje kosti, svaly, väzy, šľachy, je závažným a medicínskym a socioekonomickým problémom na celom svete, jej incidencia sa uvádza v rozmedzí od 13,5 % do 47 %.

V rámci muskuloskeletálnej bolesti sú najčastejšie tieto syndrómy – low back pain, bolesť kĺbov a bolesť krčnej chrbtice.

Integratívny model liečby muskuloskeletálnej bolesti integruje viaceré liečebné intervencie zamerané na bolesť, pričom ich výber by mal byť individuálny. Zväčša ide o kombináciu viacerých liečebných stratégií.

Prezentácia sa upriamuje na dosiahnuteľný spôsob ovplyvnenia degeneratívnych procesov tkaniva muskuloskeletálneho aparátu, s fokusom na kolagén, ktorý je základnou zložkou tkanív.

Ukazuje sa, že terapeutická aplikácia kolagénu je efektívnym prístupom, ktorý vedie k regenerácii tkanív, ktoré sú poškodené prirodzeným starnutím, ochorením, či úrazom.

Lokálna kolagénová liečba má jednoznačné benefity – podporuje proliferá-

ciu fibroblastov, následkom čoho stúpa produkcia kolagénu a hojenie spojivového tkaniva je tak výrazne optimalizované.

Lokálna kolagénová liečba jednoznačne pomáha obnoviť fyziologickú funkciu tkanív, pomáha zlepšiť pohyblivosť v kĺboch a spomaliť degeneratívne procesy.

Je jednoznačným prínosom v integratívnom či multimodálnom koncepte liečby chronickej muskuloskeletálnej bolesti.

Cervikobrachiálny syndróm v koincidencii s osteomyelitídou v oblasti predlaktia, diagnostická a terapeutická výzva

Ogurčáková D., Šujanová A., Tomčo M., Plachá K.

ALGMED s.r.o., ProCare Košice, Nemocnica Svet zdravia Rožňava, Fakultná nemocnica Nitra

Bolesť v hornej končatine je jeden z najčastejších prejavov bolesti, pôvod bolesti je široký a rôznorodý, môže byť výsledkom viacerých prekrývajúcich sa etiológií. Tie možno kategorizovať do anatomických oblastí a špecifických orgánových systémov. Znalosť charakteristického klinického obrazu a nálezov fyzikálneho vyšetrenia v súbehu s doplnením vyšetrení zobrazovacími technikami a laboratórnymi, môže pomôcť dostatočne rýchlo rozlíšiť zdroj pacientových ťažkostí, presná klinická diagnóza uľahčí vhodné diagnostické opatrenia a liečbu.

Ako ukazuje klinický scenár ka- zuistiky, môže sa bolesť pri cervikobrachiálnom syndróme kombinovať s inou nozologickou jednotkou – osteomyelitídou a oba obrazy sa môžu vzájomne

prekrývať. Napriek vyťaženej analgetickej liečbe sa stav u prezentovaného pacienta nezlepšoval, práve naopak, došlo k zhoršeniu ťažkostí. Napriek tomu, že osteomyelitída, najmä pri negatívnej úrazovej anamnéze, pri absencii operatívnej intervencie, je zriedkavá, podarilo sa nám zabezpečiť multidisciplinárnym prístupom a správne manažovaným diferenciálno-diagnostickým postupom vyriešenie procesu v oblasti pacientovho predlaktia, čím sme zabránili možným vážnym následkom na zdravotnom stave pacienta.

Hidradenitis suppurativa – úloha algeziológa v multidisciplinárnom manažmente pacienta

Šimonová J., Komanová B., Majerník M., Lenčes P. UN L. Pasteura Košice

Hidradenitis suppurativa (HS) je chronické zápalové ochorenie kože postihujúce 1 % dospeljej populácie, charakterizované tvorbou bolestivých, hlboko uložených zápalových uzlov, tvorbou fistulácií, predilekčne v intertriginózných lokalizáciách. Bolesť je dominantným klinickým príznakom tohto ochorenia. V medzinárodnom prieskume väčšina z 1299 pacientov uviedla, že ich bolesť je stredne silná až silná a 4,5 % pacientov ju označilo za najhoršiu možnú. Chronická bolesť môže byť zhoršovaná atakmi akútnej bolesti pri exacerbácii ochorenia vyžadujúcej chirurgickú intervenciu, či bolestivé preväzy.

Z patofyziologického hľadiska ide najmä o bolesť nociceptívnu – somatickú. Pôsobením celej škály najmä zápalových mediátorov, ktoré kontinuálne stimulu-

jú nociceptory a aktivujú nervové dráhy, ktoré do centrálného nervového systému (CNS) kontinuálne privádzajú bolestivé vzruchy z poškodených oblastí. Bolesť vznikajúcu v dôsledku poškodenia tkaniva vo forme chronických rán vyžadujúcich i chirurgické intervencie, ktoré poškodenie tkaniva potenciejú. Pacienti ju opisujú ako ostrú, tlakovú, pulzujúcu, hlbokú, či hlodavú. Je prítomná v pokoji, často sa zhoršuje pri rôznych aktivitách, či pohybe. Pacienti s HS však často bolesť opisujú ako pálivú, vystreľujúcu, alebo u nich dominuje pocit svrbenia. Toto sú klinické charakteristiky neuropatickej bolesti. Tá vzniká v dôsledku primárnej dysfunkcie alebo poškodenia nervového systému. Príčinou neuropatickej bolesti je obvykle chronický zápal spôsobujúci periférne neuroplastické zmeny a centrálna senzitivizácia. Spolupodieľať sa môžu chirurgické zákroky a následné jazvenia, ktoré môžu poškodzovať tenké, voľným okom neviditeľné senzitivne nervové vlákna. Miesta poškodenia sú potom zdrojom ektopických nervových vzruchov.

Prevalencia neuropatickej bolesti u pacientov s HS je vysoko pravdepodobná u 30 % pacientov. Tomu potom

zodpovedá aj komplexná algeziologická diagnostika a multimodálna liečba – lokálna i systémová.

Aneuryzma aorty asymptomatická – vedľajší nález pri liečbe pacienta s bolesťou chrbta

Šujanová A., Ogurčáková D.

ProCare Košice, ALGMED Košice

Aorta je najväčšou tepnou tela. Začína v ľavej komore srdca a pokračuje cez hrudník a brucho, kde cestou zasobuje životne dôležité orgány a končí sa rozdelením na vetvy idúce do dolných končatín. Aneuryzma aorty často má asymptomatický priebeh a jej diagnostika je často medicínskym problémom. Ruptúra zvyčajne býva jej prvým klinickým prejavom a to je pre pacienta prognóza nepriaznivá, oproti pacientom elektívne operovaných.

V prednáške uvádzame kazuistiku 56-ročného pacienta, ktorý bol odoslaný na algeziologickú ambulanciu po ortopedickom vyšetrení. Vyšetrený 12. 5. 2017 na algeziologickej ambulancii so záverom: chronická nenádorová bolesť somatická, nociceptívna, dolného chrbta na podklade degeneratívnych zmien. Po

vyšetrení a ošetrení v ten istý deň, vzhľadom na anamnestické údaje, odoslaný na urologické vyšetrenie k dif. dg. ťažkostí. Pacient bol pred mesiacom urológom vyšetrený s dg. záverom: hydronefróza l. sin., cysta PO. V r. 2013 mal LERV vpravo. 12. 5. 2017 urológom akútne vyšetrený, vykonané USG vyšetrenie, s dg. záverom: hydronefróza l. sin., colica renalis l. sin.

Odoslaný na urologickú ambulanciu UNLP Košice za účelom konzultácie s odporúčaním zväženia hospitalizácie event. CT vyšetrenia. Pri CT vyšetrení obličiek, ako náhodný nález, bola zistená aneuryzma torakoabdominálnej aorty. Pacient bol prijatý do VÚSCH. 18. 5. 2017 vykonaný rekonštrukčný výkon Thoraco-phreno-laparotomia, resectio, interpositio aorto-aorticus – Dacron 22 mm. 25. 5. 2017 pacient bol prepustený do domácej starostlivosti.

V súčasnosti sa kladie dôraz na vyhľadávanie pacientov s aneurizmou aorty, ich dispenzarizáciu v prípade malých aneuryziem. Operačné alebo endovaskulárne riešenie je indikované u aneuryziem nad 5 cm, urgentná diagnostika je nutná v prípade ruptúry. Môže to zachrániť život hlavne starším pacientom.

4. blok prednášok: Ošetrovateľská starostlivosť v algeziológii (sesterská sekcia)

Novinky v novopripravovanom zozname zdravotníckych výkonov v odbore algeziológia

Sklenárová R., Mazúr L., Linderová V., Ferenčík M.

x-pain clinic relax Bojnice; x-pain clinic Bojnice

Zdravotný výkon (ZV) je ucelebná činnosť zdravotníckeho pracovníka, ktorá predstavuje základnú jednotku poskytovania zdravotnej starostlivosti (§ 2 odst. 2 zákona č. 576/2004 Z. z.). ZV sa vždy kódujú podľa aktuálneho zoznamu zdravotných výkonov (ZZV) (príloha k nariadeniu vlády č. 776/2004 Z. z.). ZZV je súhrn ZV, ktoré sa vykonávajú pri chorobách uvedených v medzinárodnej klasifikácii chorôb.

ZZV obsahuje kód ZV, kód ZV z číselníka zdravotníckej informatiky, zaradenie ZV do skupiny ZV, podskupiny a triedy ZV, názov a charakteristiku ZV, odbornú spôsobilosť na vykonávanie ZV vyjadrenú profesijným titulom, vykonávanie a vykazovanie ZV, miesto vykonávania ZV a nositeľa ZV.

MZ SR podľa § 3 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti a službách súvisiacich s poskytovaním starostlivosti zriadilo Katalógizačnú komisiu pre ZV. Úlohou komisie malo byť odborné posudzovanie ZV prislúchajúcich k chorobám, ktoré sú zaraďované do zoznamu a vyradované zo zoznamu ZV.

Cieľom tejto prezentácie je poukázať na nové ZV pre odbor algeziológia. ZV rozdelíme na výkony, ktoré používame

pri prvotnom algeziologickom vyšetrení, kontrolnom algeziologickom vyšetrení, poukážeme na nové výkony, s dôrazom na relevantné jedinečnosti a zvláštnosti, ktoré si je dobré povšimnúť a odnieť do praxe.

Poukážeme na bazálne skutočnosti v skupine intervenčných algeziologických výkonov, pozrieme sa hlavne na výkony, ktoré pribudli a vysvetlíme si, a ukážeme názorný príklad, čo je to Registračný list.

Vydanie ZZV v predstihu je potrebné z dôvodu prípravy informačných systémov a nastavenia procesov toku údajov a informácií. Odborníci sa zameriavajú na ohodnocovanie ZV, vrátane prípravy metodiky ohodnocovania a ďalších podmienok nevyhnutných na ohodnocovanie výkonov, spôsobu ich úhrady, k procesu ich

vykazovania, uznávaní a k úhrade z verejného zdravotného poistenia.

Nový ZZV pre ambulantný sektor je aktuálne finalizovaný, s plánovanou platnosťou od 1. 9. 2023 a s účinnosťou od 1. 1. 2024.

Dotazníky v novopripravovanom zozname zdravotníckych výkonov v odbore algeziológia

Mazúr L., Sklenárová R., Linderová V., Ferenčík M.

x-pain clinic relax Bojnice; x-pain clinic Bojnice

ZZV je súhrn ZV, ktoré sa vykonávajú pri chorobách uvedených v medzinárodnej klasifikácii chorôb. Prezentácia nadväzuje na predchádzajúcu prezentáciu, kde bolo poukázané na zmeny v ZZV v kontexte s odbornosťou algeziológia.

V tomto príspevku sa budeme venovať podrobnejšie zdravotníckym výkonom v kategórii: Zdravotné výkony všeobecné – Štandardné postupy – Testy, kde sa podrobnejšie pozrieme na to, aké vyšetrovacie metódy, testy či dotazníkové formy testovania pribudli v skupine výkonov pre algeziológov.

Tieto výkony sú rôznorodé – ide o testy, usmernenia, edukácia pacienta na zistenie funkčnosti, edukácia pri aplikácii náplastových foriem opioidov, a podobne.

Niektoré testy a dotazníky majú cieľ diagnostikovať poruchu určitých fyziologických funkcií, iné zas zisťujú samostatnosť jedinca pri vykonávaní bežných denných činností. Niektoré sú úzko špecifické – ako napr. test na včasné rozpoznanie rizika závislosti, vyhodnotenie denníka bolesti a niekoľko ďalších.

Do ZZV sa ich celkovo, pre algeziológov, zaradilo 19.

Nový ZZV by mal nadobudnúť účinnosť k 1. 1. 2024.

Cieľom prezentácie je predstavenie problematiky a odprezentovanie štruktúry niektorých konkrétnych dotazníkov, s poukázaním na ich využitie v praxi.

Ošetrovateľská starostlivosť o pacienta pri aplikácii biodermálnych nítí – kazuistika

Kubišová H., Jobová L., Martuliak I. Algeziologická klinika SZU a FNSP FDR Banská Bystrica

Bolesť ako nepríjemný fyzický a emocionálny zážitok má veľa nepriaz-

nivých vplyvov na organizmus. Vnímanie bolesti môže človeka ovplyvniť na celý život. Napriek tomu, že bolesť je varovným signálom ochorenia, za určitých okolností sa môže stať zbytočným utrpením a môže znižovať kvalitu života chorého. Základné rozdelenie bolesti je podľa dĺžky jej trvania na akútnu a chronickú. Akútna bolesť trvá hodiny a dni, má pozitívny význam pre organizmus. Chronická bolesť trvá viac ako 6 mesiacov. Má negatívny význam a nie je biologicky užitočná. Väčšina pacientov s chronickou bolesťou prechádza začarovaným kruhom: poruchy spánku, bolesti, depresie, ktoré ovplyvňujú životný štýl pacienta. Je to bolesť, ktorá pacienta privádza až k nám, aby sme mu pomohli.

Podstatnú časť chronických bolestivých stavov predstavujú bolesti pohybového aparátu. Práve táto skupina ochorení si vyžaduje aj využitie fyzikálnych spôsobov terapie.

Väčšina týchto postupov je zameraná aj na uvoľnenie spazmov svalstva a tým aj odblokovanie často prítomných funkčných blokad.

Jednou z možností liečby je aj liečba pomocou zavádzania biodermálnych nítí. Túto metódu na našej ambulancii bolesti využívame od roku 2018. Biodermálne nite predstavujú vynikajúce doplnenie terapeutických možností v liečbe akútnych, ale hlavne chronických bolestí pohybového aparátu. Vstrebateľné nite z polydioxanonu sa zavádzajú cez ihlový nosič intradermálne do trigger points spastických a skrátaných svalov, bolestivých bodov alebo akupunktúrnych bodov, u ktorých potrebujeme dlhodobejšiu stimuláciu. Tento materiál sa postupne vstrebáva a tak dochádza k dlhotrvajúcemu uvoľneniu svalstva a zmierneniu bolesti. Terapiu možno opakovať každé 3 – 4 týždne.

Mnohým pacientom vieme týmto spôsobom riešiť ich bolesť. V kazuistike sa venujeme využitiu aplikácií biodermálnych nítí v klinickej praxi. Kazuistika pacientky s viacročnými chronickými bolesťami. V závere prednášky prinášame prehľad našich klinických skúseností s aplikáciou biodermálnych nítí na Algeziologickej klinike SZU za obdobie rokov 2018 – 2022.

Možnosti liečby bolesti pri herpes zoster – kazuistika

Halajová R., Ďuricová A. Nemocnica Agel, Zvolen

V práci prezentujeme kazuistiku dvoch pacientov s ochorením herpes zoster. Zameriavame sa hlavne na bolesť s ním spojenú. Celá práca je rozdelená do troch častí. Prvá časť v skratke približuje ochorenie herpes zoster. Vysvetľuje jeho príčiny, latentné štádium, príznaky a priebeh ochorenia, jednotlivé príznaky, liečbu, až po komplikácie vznikajúce pri nedostatočnej liečbe. Ďalšia časť sa venuje postherpetickej neuralgii, ktorej liečba je účinná pomocou náplasti 5 % lidokaínu vo forme dermálnej náplasti. Tá sa aplikuje na postihnutú kožu, kde tlmí bolesť. Prezentácia poukazuje na výhody jej podania, jednotlivé indikácie, kontraindikácie a aplikáciu. V tejto fáze dôležitú úlohu zohráva sestra, ktorej úlohou je dôkladne edukovať pacienta o používaní náplasti, jej aplikácii a zásadách pri jej používaní.

Tretia časť sa venuje kazuistikám dvoch rozdielnych pacientov. Jednému mladému pacientovi s akútnym herpes zoster a staršej pacientky s už rozbehnutou postherpetickou neuralgiou. Vidíme rozdiel v účinnosti liečby pri skorom podchytení ochorenia a začatím dostatočnej analgetickej liečby až neskôr, už pri vzniknutej postherpetickej neuralgii. Dokumentujeme ich príchod na ambulanciu a liečbu od prvého dňa, až po súčasnosť. Počas celej ich liečby sa neustále snažíme čo najlepšie kontrolovať intenzitu bolesti, pričom naším hlavným cieľom je zlepšiť kvalitu života pacientov. Pri tejto našej práci je nesmierne dôležitá komunikácia s pacientmi zo strany lekára a sestry.

Možnosti liečby migrény v ambulancii algeziológa

Linderová V., Sklenárová R., Mazúr L., Ferenčík M.

x-pain clinic Bojnice; x-pain clinic relax Bojnice

Migréna patrí k primárnym bolestiam hlavy s prevalenciou 12 % populácie (6 % mužov a 18 % žien). Prejavuje sa formou opakovaných atakov silnej jednostrannej a pulzujúcej bolesti hlavy obvykle trvajúcich 4 – 72 hodín.

Migrenózne záchvaty sú sprevádzané pestrou symptomatológiou, kde okrem bolestí hlavy pacienti trpia aj nasledovnými príznakmi: fotofóbia, fonofóbia, odorofóbia, nauzea, vomitus. Od jedného záchvatu k druhému sa pacient cíti zväčša ako zdravý jedinec. Ochorenie nie je život ohrozujúce, ale výrazne zhoršuje kvalitu života. V prednáške opisujeme súčasné farmakoterapeutické postupy

a multidimenzionálny prístup v liečbe migrény, ktoré aplikujeme na našom pracovisku.

Sú to nasledovné farmakologické postupy a intervencie: Farmakologická liečba infúzna (infúzna analgetická, infúzna vitamínová), Blokáda záhľavových nervov, Blokáda ganglion sphenopalatinum, Aplikácia biodermálnych nití – Lymph Belt, Karboxyterapia, Relaxačná

liečba – masáž, Reflexná vákuumterapia, Rebox, Kyslíková liečba (normobarická, hyperbarická), tDCS, Aromaterapia, Muzikoterapia, Arteterapia.

Aj keď migréna a pacient, ktorý na ňu trpí, patrí jednoznačne do starostlivosti neurológa, aj na algeziologickej ambulancii vieme našimi intervenciami znížiť frekvenciu a intenzitu migrenóznych atakov.

5. blok prednášok: Intervenčná algeziológia I

Therapeutic effect of thermovision controlled lumbar sympathetic blockade in chronic limb-threatening ischemia

Kočan L., Rapčan R., Rajtúková V., Rapčanová S., Hudák M.

EuroPainClinics Košice; Technical University of Košice; EuroPainClinics Košice; VÚSCH a.s. Košice

Background: Chronic limb-threatening ischemia (CLTI), the end-stage of lower extremity artery disease (LEAD), occurs with growing prevalence around the globe and is associated with increased health care costs. CLTI is defined by the presence of LEAD in combination with rest pain, gangrene, or lower limb ulceration lasting more than two weeks. Despite unclear results of abdominal surgical lumbar sympathectomy, novel interventional minimally invasive fluoroscopy-guided procedures seem to be promising.

Methods: In the thesis we described the efficacy of lumbar sympathectomy focused on regional arterial perfusion monitored by infrared thermography in three patients with chronic limb threatening ischemia.

Results: We demonstrated an average increase of temperatures from 1.2 °C to 3.0 °C in angiosomes supplied by occluded artery 20 minutes after lumbar sympathectomy. However, in case of borderline arterial lesions no relevant changes in temperature were demonstrated.

Conclusions: According to this method, it is possible to provide thermal radiofrequency ablation of the sympathetic nerve chain as well as chemical

lysis. This additional therapy can improve the results of the hemodynamic parameters of the affected limb, the intensity of pain, and the patients quality of life.

Diskogénna bolesť: aktuálne možnosti intervenčnej liečby

Griger M., Rapčan R., Kočan L., Mláka J., Poliak Ľ., Lenčes P.

EuroPainClinics Bardejov; EuroPainClinics, Poliklinika Terasa, Košice

Diskogénna bolesť je veľmi častou príčinou bolesti chrbta a môže značne obmedziť kvalitu života pacientov. Napriek tomu nemáme etablované štandardné diagnostické a liečebné postupy. V posledných rokoch sa objavujú nové pohľady na diagnostiku a liečbu tejto bolesti. Cieľom prednášky je poskytnúť prehľad aktuálnych poznatkov o patofyziológii diskogénnej bolesti, jej diagnostike (anamnéza, fyzikálne vyšetrenie, korelácia s obrazom na magnetickej rezonancii a možnosti a hodnota diagnostických blokády) a rôznych spôsoboch liečby so zameraním na segment intervenčnej liečby.

USG navigovaná neurolyza plexus coeliacus pri karcinóme pankreasu

Lenčes P., Šimonová J., Rapčan R., Poliak Ľ.

EuroPainClinics Bardejov, UNLP Košice

Pacienti s malignitami v oblasti horného gastrointestinálneho traktu (GIT) majú bolesti ako dominantný symptóm, ktorý ovplyvňuje kvalitu ich života. Ultrazvukom (USG) navigovaná neurolyza plexus coeliacus môže byť súčasťou pro-

cedúr redukujúcich bolestí a zlepšujúcich kvalitu života týchto pacientov.

Materiál a metodika: Realizovali sme perkutánnu USG navigovanú neurolyzu plexus coeliacus u jedného pacienta s karcinómom pankreasu. Bolesť sme hodnotili po 24 hodinách, po týždni a po mesiaci od neurolyzy.

Výsledky: Napriek tomu, že procedúra bola realizovaná technicky úspešne a nevyskytli sa žiadne komplikácie, tak sme nezaznamenali takmer žiadnu dlhodobú redukciu bolesti u daného pacienta.

Záver: Predný prístup k neurolyze plexus coeliacus pod USG navigáciou sa aj z našej skúsenosti javí ako vhodná, ľahko realizovateľná technika schopná zlepšiť kvalitu života pacientov s malignitami horného GITu.

Trigeminálna neuralgia. Komplikovaná a bolestivá cesta pacientky pri liečbe

Poliak Ľ.

EuroPainClinics Bardejov

S pacientami, ktorí prichádzajú na naše kliniky pre nezvládnuteľné bolesti trojkľaného nervu – trigeminálnu neuralgiu (TN) sa nestretávame veľmi často. V ideálnom prípade dobre reagujú na farmakoterapiu vo forme antikonvulzív alebo podstúpia operačný zákrok s dobrým efektom. Pre pacientov, u ktorých nedôjde k úľave, sú ďalšie možnosti terapie veľmi obmedzené. TN patrí medzi najbolestivejšie stavy, s ktorými sa stretávame v našej praxi. Je vysoko invalidizujúca, charakterizovaná veľmi závažnými opakujúcimi

sa záchvatmi jednostrannej bolesti tváre v distribučnej oblasti jednotlivých vetiev trojklanného nervu. Ostré, bodavé elektrizujúce bolesti trvajúce od zlomku sekundy do 2 minút sú vyvolávané podnetmi ako ľahký dotyk tváre, rozprávanie, žuvanie, čistenie zubov, umývanie, pitie či holenie. Je spojená s významne zníženou kvalitou života, anxiitou, depresiou a suicidálnymi sklonmi. Po neefektívnej farmakoterapii je mikrovaskulárna dekompresia chirurgickou terapiou prvej voľby hlavne u mladších pacientov s potvrdným trigeminálnym neurovasku-

lárnym konfliktom. U rizikových alebo starších pacientov je indikovaná paliatívna neuroablatívna intervenčná terapia. Z ablačných procedúr sú v súčasnosti vykonávané: stereotaktická radiačná terapia (Gamma nôž), perkutánna balóniková mikrokompresia, perkutánna glycerolová rizolýza, perkutánna rádiorefekvenčná (RF) liečba Gasserovho ganglia a neuromodulácia/stimulácia ganglia. Na príklade vysvetlím, ako komplikovaná môže byť terapia a cesta niektorých pacientov a aj samotnú balónikovú kompresnú abláciu ganglia. Je to relatívne rýchla a hlavne

bezpečná metóda založená na zavedení katétra do Meckellovej kavity a následne po insuflácii kontrastnej látky pod kontrolou RTG dôjde k ischemickej denervácii trigeminálneho ganglia.

Nocebo – umenie škodiť Mláka J.

EuroPainClinics Košice

Prezentácia sa zaoberá negatívnym vplyvom medicínskych postupov a komunikácie s pacientom na jeho subjektívne vnímanie jeho stavu a jeho ďalší osud v systéme zdravotníctva.

6. blok prednášok: Intervenčná algeziológia II + Varia

Cervikálna neurolyza v liečbe rezistentnej nenádorovej bolesti – kazuistika

Majerník M., Lenčes P., Šimonová J., Komanová B.
I. KAIM UN L. Pasteura Košice

Úvod: Intratekálna neurolyza patrí medzi intervenčné algeziologické výkony. Je indikovaná predovšetkým u onkologických pacientov so silnou, inak neriešiteľnou bolesťou, u pacientov s netolerovateľnými nežiaducimi účinkami analgetík (najmä opioidov), u pacientov, ktorým nie je indikovaná iná intervencia – napríklad implantácia intratekálnej liekovej pumpy.

Bolesť musí spíňať isté charakteristiky: je jednostranná, zasahujúca malé množstvo dermatómov, obvykle lokalizovaná v oblasti trupu a perinea. V miechovom kanále ligamentum dentatum oddeľuje senzitivne a motorické vlákna. Vzdialenosť odstupov senzitivných a motorických nervov sa progresívne znižuje v driekovej oblasti. Aplikácia fenolu alebo absolútneho alkoholu spôsobí demyelinizáciu a Walleriánsku degeneráciu. Stupeň deštrukcie závisí od použitej koncentrácie.

Materiál a metodika: Prezentujeme kazuistiku muža s dlhoročnou anamnézou traumatickej avulzie plexus brachialis l. dx., komplexne liečeného v algeziologickej ambulancii – analgetikami, koanalgetikami (i ketamín a tiopen-

tal v infúziách). Realizovali sme tiež USG navigované blokády plexus brachialis – aj s aplikáciou fenolu – s úľavou na viac ako 3 týždne. Keďže intenzita bolesti sa v posledných mesiacoch progresívne zhoršovala napriek komplexnej liečbe, indikovali sme neurolyzu alkoholom. V semipronačnej polohe sme v analgosedácii pod RTG aplikovali do subarachoidálneho priestoru v oblasti C7/Th1 1,5 ml 96 % alkoholu. Alkohol je hypobarický, rýchlo sa fixuje na fila radicularia.

Výsledky: Pacient udával po aplikácii dostatočnú úľavu od bolesti, kvalita analgézie a trvanie účinku sú však značne individuálne, preto pacienta naďalej ambulantne kontrolujeme.

Zhodnotíme efekt tejto techniky aj z dlhodobiejšieho hľadiska.

Záver: Intratekálna neurolyza je vhodnou alternatívou analgetickej liečby u pacientov so silnou bolesťou, i pre onkologických pacientov, v terminálnom štádiu ochorenia, ktorým i krátkotrvajúca úľava zvýši kvalitu života.

Blokáda hrudnej steny – PECS – pri operáciách karcinómov prsníka

Čiljaková Z., Richterová S.
UNM Martin; OCHB, KAIM;
Gynekologicko-pôrodnická klinika

Úvod: Autorky v príspevku vyhodnocujú, ako sa pektorálna blokáda (PECS) zaradila do spektra regionálnych anestéziologických techník

a liečby akútnej pooperačnej bolesti pri operáciách prsníkov v UNM. Analyzujú techniku, účinnosť a komplikácie pri operáciách karcinómov prsníka na chirurgickej klinike, ako aj na pôde gynekologicko-pôrodnickej kliniky.

Materiál a metodika: Príspevok podáva informácie o pacientkach UNM, ktorým bola realizovaná pektorálna blokáda a následne podstúpili operáciu prsníka a axily od r. 2021. Mastektómii, lumpektómii, kvadrantektómii, exenteráciu LU v axile. Lokálne anestetikum bolo aplikované interfasciálne, medzi svaly m. pectoralis major a pectoralis minor (PECS I.) a m. pectoralis minor a rebro, príp. m. serratus anterior PECS II.). Blokáda bola realizovaná pod sonografickou kontrolou, s použitím SonoTAP ihly fy. Pajunk, 110 mm, 21G, metódou in-plane z 1 vpichu. Aplikovalo sa LA – Levobupivacain 0,375 % – PECS I 10 ml, PECS II 20 ml.

Podľa protokolu o podaní blokády a následného protokolu o kvalite analgézie bola posudzovaná intenzita bolesti po operácii podľa numerickej hodnotiacej stupnice po 0, 2, 6, 12, 18, 24 hodinách, časový interval potreby podania prvého analgetika a výskyt komplikácií.

Výsledky:

- % úspešnosti, % zlyhania, technické ťažkosti
- Vyhodnotenie VAS skóre v intervaloch 0, 2, 6, 12, 18 a 24 hod.

- Komplikácie (horšia prehľadnosť pri obezite, hematóm v okolí vpichu)
- Interval podania prvej analgetickej dávky, eliminácia opioidov
- Vyhodnotenie pooperačnej rehabilitácie, prevencia chronickej pooperačnej bolesti

Záver: Interfasciálna blokáda prednej hrudnej steny, PECS I + PECS II, pri operácii tumoru prsníka s aplikáciou Levobupivacainu 0,375 % poskytuje kvalitnú pooperačnú analgéziu, nie je technicky náročná, znižuje potrebu analgézie opioidnými i neopioidnými analgetikami v pooperačnom období, nemá nežiaduce účinky na kardiovaskulárny systém, vykazuje minimum komplikácií a zabraňuje chronifikácii pooperačnej bolesti hrudníka, zlepšuje pooperačné zotavenie a eliminuje stres z bolesti.

Spánok a algeziologický pacient

Bodáková D.

Algeziologická ambulancia
Nemocnica Bory

Úvod: Spánok je pravidelný stav odpočinku, pozorovaný u všetkých druhov cicavcov, vtákov a rýb. Je charakterizovaný spomalením rytmu dýchania, teploty srdca, nižšou citlivosťou na vonkajšie podnety, zvýšenou mierou anabolizmu (syntéza bunkových štruktúr) a zníženou mierou katabolizmu (zánik bunkových štruktúr). Na rozdiel od bezvedomia, spánok sa považuje len za alterovaný stav vedomia a z veľkej miery ho ovplyvňujú hormóny, ako napr. melatonín. Medzi poruchy spánku patrí insomniá, hypersomnia, narkolepsia, somnambulizmus a bruxizmus. Poruchy spánku v zmysle insomnie alebo hypersomnie pozorujeme u algeziologických pacientov, pričom insomniu môže spôsobovať chronická bolesť pacienta, naopak hypersomnia býva obvykle známkom nežiaduceho účinku, nevhodného dávkovania alebo interakciou kombinácie farmák.

Metodika: Objektívne hodnotenie spánku zabezpečuje elektroencefalograf (EEG), elektromyograf (EMG) a elektrookulograf (EOG). Subjektívne hodnotenie kvality spánku možno realizovať Pittsburgským indexom kvality spánku (PSQI) a Nottingenským profilom zdravia (NPH) formou dotazníka. Vzájomný vzťah bolesti a spánku u pacienta je nut-

né podľa možnosti včas ovplyvniť vhodným behaviorálnym i farmakologickým prístupom, pretože kvalitný spánok je pozitívnym prediktorom redukcie intenzity dennej bolesti. V liečbe pacienta s poruchou spánku volíme farmakologické a nefarmakologické modality. Farmakologická liečba: GABA agonisty benzodiazepínové i nebenzodiazepínové, melatonín, antidepresíva, antagonisty orexínu, gabapentínoidy a pregabalín, kanabinoidy, liečba lokálneho zápalu, imunomodulácia. Nefarmakologická liečba: spánková hygiena, kognitívna behaviorálna terapia – snaha dodržiavať cirkadiálny rytmus, pohyb, zákaz pobytu na lôžku, zdravé stravovanie.

Záver: Multimodálnymi multidisciplinárnymi intervenciami môžeme spomaliť alebo rozplieť deterioračnú špirálu zhoršovania kvality života algeziologického pacienta vrátane obnovenia cirkadiálneho rytmu bez významných porúch spánku.

Už nemusím na urgent – naša skúsenosť s aplikáciou bloku ggl. sphenopalatinum pri bolesti hlavy

Kováčová M.

ACHB Nemocnica Michalovce

Cieľ: Rozšíriť vedomosť odbornej obce o efektívite aplikácie bloku v liečbe pacientov s chronickou bolesťou hlavy.

Úvod: Chronická bolesť hlavy trápi 15 – 20 % populácie, preto je dôležité venovať pozornosť jej liečbe.

Súbor: V našom súbore je 79 pacientov, z toho 69 žien a 10 mužov, v časovom úseku 9/2018 – 04/2023 sme blok aplikovali 190x.

Metodika: Blok realizujeme u pacienta v ľahu na chrbte s mierne zaklonenou hlavou, zabezpečená venóznou linka, SpO₂ monitoring. Riedením 10 % lidocainu na infiltračnú anestéziu 1 : 1,25 získame 4 % lidocain. 2 – 3 kvapky nakvapkáme na výterovku a opatrne zavádzame do dutiny nosa, najprv smerujeme ku koreňu nosa a po zavedení cca 2 cm aplikátora meníme smer kolmo na podložku až do fossa pterygopalatina. V časovom intervale 5 minút nakvapkáme na aplikátor 2 – 3 kvapky lidocainu, toto opakujeme 3x. Rešpektujeme anatomické pomery a toleranciu pacienta, blok možné vykonávať aj v sedácii. My sme doposiaľ blok v sedácii nerealizovali.

Výsledky: V našom súbore máme 45 % pacientov, ktorým bol blok aplikovaný opakovane. 23 % pacientov malo blok aplikovaný minimálne 3x, 18 % aplikácia 2x.

Záver: Aplikácia bloku ggl. sphenopalatinum u senzitivných pacientov enormne zlepšuje kvalitu života pacienta, znižuje potrebu užívania analgetík, vracia pacienta do sociálno-pracovného prostredia. Znižuje rezistenciu na farmakoterapiu. Nenáročný výkon ľahko realizovateľný v ACHB s veľkým benefitom pre pacienta. Aktuálne po spolupráci s algeziológmi z Banskej Bystrice rozširujeme používanie Lidocain gélu v domácich podmienkach u pacientov s dobrou odozvou na blok SPL aplikovaný ambulantne.

Algeziológ a súdne nariadenie výkonu ochrannej liečby – kazuistika

Bodáková D.

Algeziologická ambulancia
Nemocnica Bory

Úvod: Pacient Z.B. spáchal zločin týrania blízkej a zverenej osoby podľa §207 odsek 1 písmeno a) Trestného zákona, a za to sa odsúdil k odňatiu slobody vo výmere 3 roky, ktoré sa odkladá na skúšobnú dobu s probačným dohľadom vo výmere 3 roky. Podľa §73 ods.2 písm. c) Trestného zákona súd obžalovanému ukladá povinné ochranné algeziologické liečenie ambulantnou formou.

Kazuistika: Ide o pacienta liečeného psychiatrom pre úzkostnú poruchu, ktorá je súčasťou syndrómu nevládnuteľnej chronickej bolesti po neurochirurgickej intervencii bedrovej časti chrbtice. Pacient bol v dôsledku silných bolestí, dlhodobej nespavosti a chronickeho únavového syndrómu údajne verbálne a brachiálne agresívny voči vlastnej rodine, ktorá iniciovala psychiatrickú liečbu. Pacient bol ochotný pravidelne dochádzať v sprievode manželky na ambulanciu chronickej bolesti.

Stav pri prijatí do liečby: pacient bol agitovaný, utrápený, v antalgickej polohe, lakrimózný, depresívne ladený. Udával silné, neznesiteľné bolesti vychádzajúce z krížovej oblasti vyžarujúce do oboch dolných končatín smerom nadol a do oblasti medzi lopatkami smerom nahor. Vľavo pri lopatke identifikujeme bod,

ktorého dráždenie vyvolávalo výrazné zhoršenie stavu, neschopnosť relaxácie, spánku, výrazné obmedzenie sociability, mobility a samoobslužných schopností. Pacient svoj stav hodnotil ako bezvýcho-diskový, nevie takto ďalej žiť a nechce ubližovať rodine. Neurochirurg akúkoľvek ďalšiu intervenciu na stavcoch vylučuje.

Liečba: nasadenie tapentadolu IR formy, užívanie pod dohľadom manželky, aplikácia Reboxu a biodermálnych nití do trigger pointov v pravidelných intervaloch za respektovania psychiatrickej medicíny, psychologické sedenia v manželskej poradni.

Záver: Komplexná multimodálna liečba vrátane aplikácie biodermálnych nití zlepšila pacientovu kvalitu života, sociabilitu v rodine i mimo nej. Manželka stav hodnotí ako uspokojivý, pacient prestal byť podráždený, záchvaty verbálnej a brachiálnej agresivity vymizli úplne.

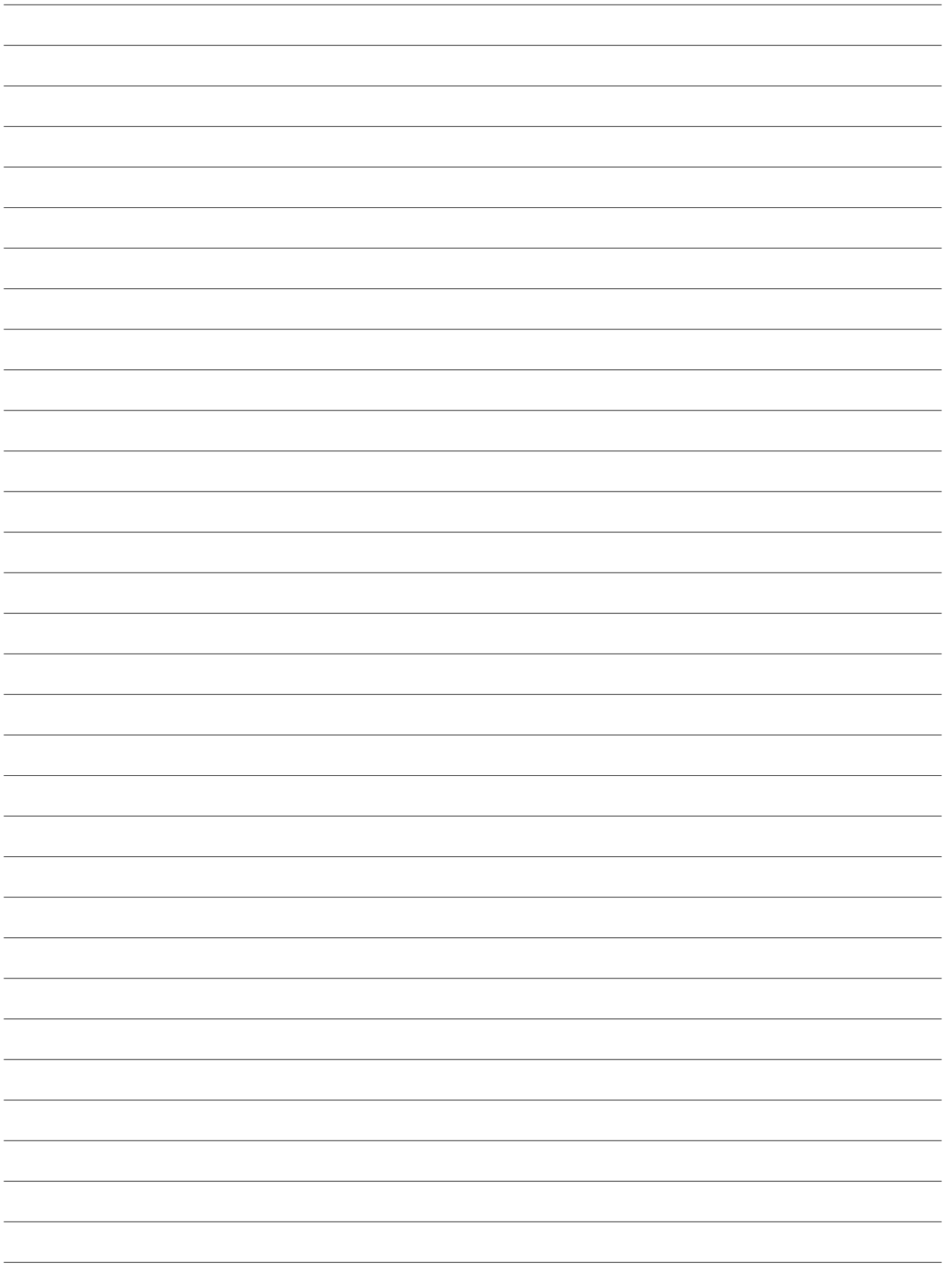
Postery

20 rokov liečby bolesti v Trnave

Kubaláková M., Vráblová M.

Ambulancia bolesti KAIM, FN Trnava

Vo svojom príspevku formou posteru sa chcem podeliť s vami o kúsok histórie nášho multidisciplinárneho odboru algeziológie, ako zapúšťalo semenko svoje vzácne korene aj v našom regióne. Touto formou chcem vzdať hold našim priekopníkom, zakladateľom z odboru anestéziológie a resuscitácia, zvlášť primárke Darine.



Paliatívna medicína a liečba bolesti – Supplement 1/2023

Samostatne nepredajná príloha.

Citačný index: Paliat.med.liec.boles.Supl.

Vychádza ako príloha časopisu Paliatívna medicína a liečba bolesti

Časopis je indexovaný v Bibliographia Medica Slovaca (BMS).

Citácie sú spracované v CiBaMed.

Spracovala spoločnosť SOLEN, s. r. o.,

vydavateľ časopisu Paliatívna medicína a liečba bolesti

Adresa redakcie: SOLEN, s. r. o., Ambrova 5, 831 01 Bratislava, www.solen.sk, e-mail: solen@solen.sk

Redaktorka: Mgr. Andrea Dúbravčíková, dubravicikova@solen.sk

Grafická úprava a sadzba: Ján Kopčok, kopcok@solen.sk

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

**Vydavateľ nenesie zodpovednosť za údaje a názory autorov jednotlivých článkov či inzerátov.
Reprodukcia obsahu je povolená len s priamym súhlasom redakcie.**

ISSN 1337-9917



PALEXIA® 20 mg/ml perorálny roztok na akútnu bolesť

STADA

Váš partner v liečbe bolesti

PALEXIA®
Tapentadol Hydrochloride

Skrátená informácia o lieku: Zloženie lieku: 1 ml perorálneho roztoku obsahuje 20 mg tapentadolu (vo forme hydrochloridu). Terapeutické indikácie: Palexia je indikovaná na zmiernenie stredne silnej až silnej akútnej bolesti u detí vo veku od 2 rokov a u dospelých, ktorú možno primerane tmiť iba opioidnými analgetikami. Dávkovanie a spôsob podávania: Použitie Palexie u detí je obmedzené na použitie v nemocnici, kde je dostupné primerané vybavenie umožňujúce podporu dýchania. Dávkovací režim sa má určiť individuálne podľa závažnosti liečenej bolesti, predchošej skúsenosti s liečbou a možnosti sledovať pacienta. Dospelí: Pacienti majú začať liečbu jednorazovou dávkou 50 mg tapentadolu vo forme perorálneho roztoku ktorá sa podáva každých 4 až 6 hodín. Vyššie začiatkové dávky sa môžu vyžadovať v závislosti od intenzity bolesti a predchojej anamnézy analgetických požiadaviek pacienta. Pediatrická populácia: Odporúčaná dávka pre deti závisí od veku a telesnej hmotnosti: Pre deti a dospievajúcich od 2 rokov až po mladších ako 18 rokov je odporúčaná jednorazová dávka 1,25 mg na kg telesnej hmotnosti každé 4 hodiny. Spôsob podávania: Palexia je na perorálne používanie. Palexia sa môže užívať s jedlom alebo bez jedla. Palexia sa môže užívať neriedená alebo riedená vo vode alebo v akomkoľvek nealkoholickom nápoji. V balení je dostupná pipeta na dávkovanie s priloženým adaptérom, ktorá sa odporúča používať na natiiahnutie presného potrebného objemu z fľašky, ktorý bude zodpovedať predpísanej jednorazovej dávke tapentadolu. Kontraindikácie: Palexia je kontraindikovaná u pacientov s precitlivosťou na tapentadol alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok, v situáciách, keď sú kontraindikované liečivá s agonistickou aktivitou na μ -opioidných receptoroch, t.j. u pacientov so signifikantnou respiračnou depresiou (pri nemonitorovaných lôžkach alebo pri absencii resuscitačného vybavenia) a u pacientov s akútnou alebo ťažkou bronchiálnou astmou alebo hyperkapniou, u každého pacienta, ktorý má alebo je podozrenie, že má paralytický ileus, u pacientov s akútnou intoxikáciou alkoholom, hypnotikami, centrálnymi pôsobiacimi analgetikami alebo psychotropnými liekmi. Osobitné upozornenia a opatrenia: Pri opakovanom podávaní opioidov sa môže vyvinúť tolerancia, fyzická a psychická a porucha používania opioidov (opioid use disorder, OUD). Zneužitie alebo úmyselné nesprávne používanie opioidov môže viesť k predávkovaniu a/alebo úmrtiu. Riziko vzniku OUD je zvýšené u pacientov s osobnou alebo rodinnou anamnézou (rodíčia alebo súrodenci) porúch súvisiacich s používaním návykových látok (vrátane poruchy užívania alkoholu), u súčasných používateľov tabaku alebo u pacientov s inými poruchami duševného zdravia (napr. s veľkou depresiou, úzkosťou a poruchami osobnosti) v osobnej anamnéze. U pacientov je potrebné sledovať prejavy správania, pri vyhľadani lieku (napr. príliš skoré žiadosti o doplnenie). To zahŕňa prehad súběžného užívania opioidov a psychoaktívnych liekov (ako sú benzodiazepíny). U pacientov s prejavmi a príznakmi OUD je potrebné zväziť konzultáciu s odborníkom na závislosti. Opioidy môžu spôsobiť poruchy dýchania súvisiace so spánkom vrátane centrálneho spánkového apnoe (CSA) a hypoxémie spojenej so spánkom. Užívania opioidov zvyšuje riziko CSA v závislosti od dávky. U pacientov s CSA zväzťe zníženie celkovej dávky opioidov. Interakcie liekov: Súbežné používanie Palexie so sedatívnymi liekmi, ako sú benzodiazepíny alebo iné liečivá s tlmivým účinkom na dýchanie alebo CNS (iné opioidy, antitusiká alebo substitučné liečby, barbituráty, antipsychotiká, H1-antihistaminiká, alkohol) zvyšuje riziko sedácie, respiračnej depresie, kómy a smrti z dôvodu aditívneho tlmivého účinku na CNS. Preto v prípade, že sa uvažuje o liečbe kombináciou Palexie s liečivom s tlmivým účinkom na dýchanie alebo CNS, je potrebné zväziť zníženie dávky jedného alebo oboch liekov a dĺžka súbežného používania by mala byť obmedzená. Súbežné užívanie opioidov a gabapentínoidov (gabapentínu a pregabalinu) zvyšuje riziko predávkovania opioidmi, respiračnej depresie a úmrtia. Fertilita, gravidita a laktácia: Užívať v gravidite len v prípade, ak potenciálny prospech prevyšuje nad potenciálnym rizikom pre plod. Dlhodobé používanie opioidov u matky počas gravidity súběžne vystavuje účinku aj plod. U novorodenca sa môže neskoršie objaviť syndróm z vysadenia (neonatal withdrawal syndrome, NWS). Novorodenecký syndróm z vysadenia opioidov môže byť život ohrozujúci, ak sa nerozpozná a nelieči. Pre novorodenca má byť ľahko dostupné antidótum. Použitie v čase pôrodu alebo tesne pred ním sa neodporúča. Nemá sa používať počas dojčenia. Nežiaduce účinky: Veľmi časté: závrat, somnolencia, bolesť hlavy, nauzea, vracanie. Časté: znížená chuť do jedla, úzkosť, stav zmätenosti, halucinácie, poruchy spánku, abnormálne sny, tremor, sčervenanie, zápcha, hnačka, dyspepsia, sucho v ústach, pruritus, hyperhidróza, vyrážka, spazmy svalov, asténia, únava, pocit zmeny telesnej teploty. Veľkosť balenia: 200 ml. Držiteľ rozhodnutia o registrácii: Grünenthal GmbH, Zieglerstr. 6, 52078 Aachen, Nemecko. Registračné číslo: 65/0412/12-S. Dátum poslednej revízie SPC: 04/2023. Dátum prípravy: 05/2023. Výdaj lieku je viazaný na osobitné tlačivo lekárskeho predpisu označené šikmým modrým pruhom. Pred predpísaním lieku si prečítajte Súhrn charakteristických vlastností lieku (SPC) www.sukl.sk. Podrobnejšie informácie sú k dispozícii na adrese STADA PHARMA Slovakia, s.r.o., Einsteinova 19, 851 01 Bratislava, Tel. č. +421 2 5262 1933, e-mail stada@stada.sk.

ZODPOVEDNÉ UŽÍVANIE



stada.sk/opioid-info/