

MOŽNOSTI PREVENČIE CHRONICKEJ BOLESTI

Darina Hasarová

Ambulancia chronickej bolesti – II. KAIM, FNŠP J. A. Reimana, Prešov

Pacient s chronickou bolesťou patrí nielen k veľkým medicínskym problémom, ale v procese chronifikácie bolesti stáva sa aj veľkým sociálnym a ekonomickým problémom. Objasnenie neurofyziologických pochodov, ako je periférna a centrálna senzibilizácia a ich včasné terapeutické ovplyvnenie je iba jednou, ale nie jedinou možnosťou, ako procesu zabrániť. Rozhodujúci je komplexný pohľad na pacienta s bolesťou, s jeho psychickými zmenami, sociálnym a ekonomickým pozadím, ktorým sa podľa súčasných pozorovaní pripisuje väčší význam ako samotným fyziologickým zmenám.

Kľúčové slová: chronifikácia bolesti, komplex bio-psycho-sociálnych faktorov.

Kľúčové slová MeSH: bolesť, choroba chronická, faktory sociálno-ekonomické.

PREVENTION POSSIBILITIES OF CHRONIC PAIN

Patients with chronic pain present a big problem not only in somatic sphere, but in a process of chronification they become problematic in social and economic sphere too. The elucidation of neurophysiological changes as peripheral and central sensitisation and early therapy are is only one of the possibilities. Complex approach to the patient with pain, with his psychological changes, social and economical background is very important. According to experiences, these factors are more significant than somatic changes.

Key words: chronification of pain – complex bio-psycho-social approach.

Key words MeSH: pain, chronic disease, socioeconomic factors.

Via pract., 2005, roč. 2 (6): 288–290

Liečbu bolesti ako súčasť preventívnych postupov možno posudzovať z dvoch aspektov:

1. prevencia orgánového poškodenia ako dôsledok patofyziologických zmien spôsobených akútnou bolesťou,
2. prevencia prechodu akútnej bolesti do chronického stavu.

Prevencia orgánového poškodenia ako dôsledok patofyziologických zmien spôsobených akútnou bolesťou

Bolesť ako silný stresogénny faktor vedie k celej kaskáde humorálnych, endokrinných a orgánových zmien (1). Je to komplexný pocit, ktorý zahŕňa informácie o nociceptívnom podnete, jeho prenose a spracovaní na vyšších úrovniach nervového systému a výslednú reakciu vo forme autonómnych reflexných zmien a psychických reakcií. Dôsledkom sú závažné funkčné poruchy životne dôležitých systémov:

1. **Kardio-vaskulárny** – tachykardia a hypertenzia v dôsledku zvýšeného vylučovania katecholamínov vedú k zvýšenému minútovému objemu srdca, zvýšenej srdcovej práci a zvýšenej spotrebe kyslíka. U zdravého jedinca dokáže srdce zvýšené nároky kompenzovať, u pacienta s nízkou kardiálnou rezervou vzniká nepomer medzi dodávkou a potrebou kyslíka, s následným anaerobným metabolizmom a multiorgánovým zlyhaním. U pacientov s ochorením koronárnych tepien môže vyvolať ischémiu myokardu.

2. **Respiračný** – bolesti v hrudnej a brušnej dutine vyvolávajú cez miechové reflexy svalové

spazmy. Navyše sa pacienti zo strachu pred bolesťami boja zhlboka nadýchnuť. Dychové poruchy vyvolané bolesťou spôsobujú atelektázy, pneumóniu a hypoxiu, ktoré, ak sú neliečené predovšetkým u starších pacientov, sú smrteľnou komplikáciou.

3. **Metabolický** – hyperglykémia a acidóza u diabetikov v období akútnej bolesti často vyžadujú zmenu liečebného režimu a sťažujú opätovné vyrovnanie glykémie.

4. **GIT** – zníženie tonusu a peristaltiky čriev v dôsledku bolesti podporuje tvorbu adhézií. Nechutenstvo oddiaľuje primeranú realimentáciu.

5. **Hemopoetický** – zvýšená agregácia trombocytov a zvýšená viskozita krvi zvyšujú riziko tromboembolických komplikácií.

6. **Muskulo-skeletálny** – obmedzená fyzická aktivita a antalgická poloha podporuje vznik svalovej atrofie, kontraktúry a demineralizácie kostí. Pacient s bolesťou sa bráni adekvátnej rehabilitácii, čím sa významne predlžuje pobyt pacienta v nemocničných zariadeniach. U starých a hypoproteinemických pacientov v dôsledku nedostatočnej fyzickej aktivity sa vytvárajú dekubity už v priebehu niekoľkých hodín.

7. **Mozgová kôra** – bolesť je vnímaná ako nepríjemný pocit sprevádzaný úzkosťou a strachom. Tieto negatívne emócie zvyšujú hypotalamickú stresovú odpoveď viac ako samotný bolestivý stimul.

Prevencia prechodu akútnej bolesti do chronického stavu

Akútna bolesť plní funkciu varovného signálu ohrozenia existencie jedinca. Ak však pretrváva aj po odznení akútneho ochorenia, stráca svoj

ochranný zmysel a vzniká nová choroba – chronická bolesť.

Proces chronifikácie bolesti je proces komplexný, zahŕňa dimenziu neurobiologickú, psychologickú a sociálnu a nie je doteraz úplne objasnený.

Neurobiologická dimenzia

Klinikov aj vedcov na poli neurofyziológie zaujíma fakt, prečo u niektorých jedincov dochádza ku chronickej bolesti aj po banálnom poranení a u iných nevzniká ani po rozsiahlych devastujúcich poškodeniach. Prečo napr. akútny herpes zoster sa u niektorých jedincov zhojí bez následkov a u iných prejde do postherpetickej neuralgie, ktorá pretrváva aj niekoľko rokov?

Početné klinické pozorovania dokazujú, že ak je akútna bolesť príliš intenzívna alebo trvá veľmi dlho, častejšie prechádza do chronického štádia. A hoci tento proces nie je ešte úplne objasnený, známe sú patofyziologické zmeny v mieste primárneho poškodenia – **periférna senzibilizácia**, aj zmeny na dráhe prenosu a modulácie bolestivého impulzu na úrovni miechy – **centrálna senzibilizácia** (2).

Bolesťou podmienené zmeny na úrovni receptorov a mediátorov, ktoré sa podieľajú na vzniku, prenose a udržiavaní bolestivého stimulu viedli k názoru, že ak sa tieto procesy utlmia ešte predtým, než vzniknú, môže sa predísť chronifikácii bolesti. Hovoríme o **preemptívnej analgézi**, ktorá našla široké uplatnenie v operačných odboch a znamená podanie analgetík ešte pred bolestivým stimulom. Ale aj intenzívna liečba akútnej bolesti všetkými dostupnými možnosťami (cieľená farmakoterapia podľa typu a intenzity bolesti, regio-

nálne techniky, fyzioterapia, akupunktúra a pod.) môže zabrániť prechodu do chronického štádia.

Posledné výskumy na poli **genetiky bolesti** signalizujú špecifické zmeny na chromozómoch, ktoré sú príčinou odlišného vnímania bolesti, odlišného prahu bolesti, citlivosti na rôzne opoidy a ktoré sú určitým predpokladom chronifikácie bolestivého zážitku (3).

Okrem patobiologických zmien ako dôsledku vzniku a prenosu bolestivého impulzu, ktoré nemusia byť výrazné, resp. po odoznení akútneho štádia vymiznú, hrajú v procese chronifikácie úlohu **psychologické faktory**. Na začiatku je zvyčajne určitý bolestivý stimul, ktorý síce po nejakom čase odoznie, ale zvýšené vnímanie nevýznamných somatických porúch pretrváva. Psychické zmeny, ktoré tento akútne stimul sprevádzajú v podobe strachu, obáv, zvýšeného sebaopozorovania, hľadania príčiny bolesti v somatických poruchách a strach z vážneho ochorenia u psychicky labilných jedincov so sklonom ku katastrofickému správaniu napomáha chronifikácii. Aj predchádzajúce bolestivé skúsenosti, najmä ak boli spojené s vážnym ochorením, modifikujú bolestivé správanie v zmysle nízkej tolerancie bolesti.

Sociálna dimenzia

Pri štúdiu objasňovania príčin chronickej bolesti sa čoraz častejšie upriamuje pozornosť na sociálnu sféru pacienta. Rodinné prostredie, etnokultúrne vplyvy, strata sociálneho postavenia, strata pracovných návykov po dlhodobej práceneschopnosti, neistota, ale aj možný zisk sú faktory, ktoré je nutné zohľadniť pri vyšetovaní.

V posledných desaťročiach je zaznamenaný trend enormného vzostupu chronických nenádorových bolestivých stavov, viažucich sa predovšetkým na muskuloskeletálny systém. Vina

sa pripisuje predovšetkým civilizačným vplyvom, poklesu fyzickej aktivity a nadváhe. Najnovšie štúdie však dokazujú, že v procese chronifikácie majú somatické faktory a objektívne pracovné zaťaženie menší význam ako psycho-sociálne faktory. Vysoké pracovné požiadavky, časový tlak, malá autonómia v práci, vysoké pracovné tempo a tlak zo strany nadriadených, ale aj konfliktné interpersonálne vzťahy na pracovisku a v rodine sú väčšie rizikové faktory ako fyzická záťaž v podobe dvíhania bremien (5)

Dlhodobá práceneschopnosť a strach z pracovného zlyhania spôsobujú stratu pracovných návykov, ale aj pracovného či spoločenského postavenia a sociálnu izoláciu. Bezmocnosť, poruchy spánku a depresia uzatvárajú bludný kruh. V procese chronifikácie hrá určitú úlohu aj rodinné prostredie od útleho detského veku. Štatistiky dokazujú zvýšený výskyt chronických bolestivých stavov už v detskom veku v rodinách, kde dospelí členovia trpeli chronickými bolesťami (4).

Multidimenzionálne podmienky chronifikácie bolesti si vyžadujú aj multidimenzionálny prístup k liečbe a prevencii už v období akútneho štádia. Spočíva v cielenom a efektívnom tlmení bolesti farmakoterapiou, fyzioterapiou a doplnkovými metódami. Obmedziť na minimálnu dobu kľud na lôžku, neprimerané telesné šetrenie najmä tam, kde nie sú relevantné somatické zmeny a čo

najrýchlejšie vrátiť pacienta do pracovného aj spoločenského života. Ak už pri prvom vyšetrení identifikujeme pacienta s rizikovými faktormi, usilujeme sa redukovať dĺžku bolestivej epizódy racionálnou kombináciou analgetík podľa intenzity bolesti a podľa pridružených príznakov, ako je anxieta a depresia. Dlhodobou podpornou liečbou sa snažíme redukovať počet bolestivých epizód a obmedzujeme frekvenciu lekárskej návštevy, ktoré u pacienta umocňujú pocit vážnej choroby.

Niektorí pacienti zo strachu, že im bežné denné aktivity môžu spôsobiť bolesť, odmietajú návrat do práce. Z psychologického hľadiska je veľmi dôležité vysvetliť pacientovi, že bolesť nemusí byť vždy príznakom telesného poškodenia. Strachom podmienené odmietanie fyzickej aktivity je najväčšou hrozbou chronifikácie (5).

Záver

Izolované vyšetrenie somatického stavu nestačí na úspešnú liečbu pacienta s chronickými bolesťami. Až komplexné zhodnotenie somatického nálezu, pridružených psychologických zmien, ktoré môžu byť primárne a podporujú proces chronifikácie, alebo sekundárne, ktoré vznikajú v dôsledku neúspešnej liečby a sociálneho prostredia včítane pracovného a rodinného prostredia, môžu zabrzdiť proces chronifikácie, zmierniť utrpenie a vrátiť pacienta do plnohodnotného života.

Literatúra

1. Larsen N, Anästhesie, 7th Edition, Urban-Fischer Verlag, Munchen-Jena, 2002: 780–787.
2. Brune K, Handwerker HO. Hyperalgesia: Molecular Mechanisms and Clinical Implications, IASP Press, Seattle 2004: 3–17.
3. Mailis A, Wade JA. Genetic consideration in CRPS in Hardeden RN, Baron R, Jänig W. Complex Regional Pain Syndrome, IASP Press, Seattle 2001: 227–246.
4. Kroner-Herwig B. Chronischer Schmerz- Eine Gegenstandsbestimmung in Basler HD, et al. Psychologische Schmerztherapie, Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1996: 3–23.
5. Pflingsten M. Angstvermeidungs-Uberzeugungen bei Ruckenschmerzen, Der Schmerz 2004; 18: 17–27.
6. Pflingsten M, Schops P, Chronische Ruckenschmerzen: Vom Symptom zur Krankheit Z Orthopädie 2004; 142: 1–7.

Prihláška na kongres lekárov prvého kontaktu MEDICÍNA PRE PRAX – Bratislava 8. – 9. september 2005

MEDUCA
MEDICAL EDUCATION

priezvisko, meno, titul

kontaktná adresa

adresa pre fakturáciu

telefón, fax, e-mail

kongresový poplatok (zaškrtnite vhodnú kolónku): lekár – 350 Sk (na mieste 450 Sk) sestry a študenti – 250 Sk (na mieste 300 Sk)

Ubytovanie si hradí sám účastník na recepcii hotela, v prihláške, prosím, iba zaškrtnite Vami zvolenú variantu.

Chcem byť ubytovaný(á) s

	dvojposteľová	raňajky	Chcem byť ubytovaný(á)
hotel NIVY**	<input type="checkbox"/> 700 Sk / lôžko	<input type="checkbox"/> 100 Sk	<input type="checkbox"/> z 7. 9. na 8. 9. 2005 <input type="checkbox"/> z 8. 9. na 9. 9. 2005 <input type="checkbox"/> z 9. 9. na 10. 9. 2005