

# Bolest v diabetologické ambulanci

## Zpráva z IX. mezioborového setkání diabetologických týmů, tentokrát s algeziology, psychiatry, psychology a psychoterapeuty

11.–12. března 2016, Praha

Silvie Lacigová, Daniela Čechurová

*Diabetologické centrum I. interní kliniky LF UK a FN Plzeň*

Ve dnech 11.–12. března 2016 se v příjemném prostředí hotelu Belveder v Praze již po 9. setkali diabetologové, kteří si uvědomují, že na dosažení dobré kompenzace a prožití kvalitního života nestačí jen farmakologie.

Letošním nosným tématem **byla bolest v diabetologické ambulanci**, všechny přístupy a možnosti, jak ji ovlivnit.

Úvodní přednášku měl **prim. MUDr. Jan Lejčko**, anesteziolog, který současně pracuje v Centru bolesti ve FN Plzeň. V centru zájmu bylo hlavně nastavení léčby chronické, neuropatické bolesti, která přibližně v 20 % provází diabetickou neuropatii. Ve shodě s evropským i českým doporučením pro léčbu neuropatické bolesti používá nejčastěji jako lék první volby pregabalín, který podle tolerance a potřeby nemocného pomalu titruje k dosažení účinku. Alternativou je gabapentin.

Další možností jsou léky ze skupiny antidepresiv. V této souvislosti stále nelze zapomínat na amitriptylin, který přesto, že je zatížen více nežádoucími příznaky, má stále velmi dobrý efekt na neuropatickou bolest, a to již v nízkých dávkách (25–50 mg) užívaných na noc. Často je vhodná jeho kombinace s předchozí skupinou. K „moderním“ antidepresivům (ze skupiny RSNA), která mají současně pozitivní efekt na neuropatickou bolest, patří duloxetin a venlafaxin.

Pokud ani kombinace prvních dvou skupin nezabere, je nutné přikročit k opiátům. Nejlépe ještě začít tramadolem nebo oxykodonem. K novinkám patří tapentadol, který má současně i antidepresivní účinky (NSRI). Opiáty lze také úspěšně kombinovat s gabapentinem a do kombinace s výše zmíněnými skupinami lze přidat také paracetamol.

Do běžného používání v diabetologických ani v neurologických ambulancích se nejspíš nedostane rutinní podávání lokálních analgetik jako je lidokain nebo kapsaicin.

Dle MUDr. J. Lejčka je dobré si uvědomit, že neuropatická bolest patří k nejhůře ovlivnitelným druhům bolesti a medikamenty lze snížit asi o 30 % míru bolesti, a to jen u 30 % léčených nemocných. To by měl mít na vědomí také lékař, který často upadá do skepse ze svého „neúspěchu“.

Jen u malé části nemocných mohou pomoci speciální neuromodulační techniky, které jsou již plně v dikci center bolesti.

Druhou část přednášky věnoval MUDr. Lejčko akutní nociceptivní bolesti. Z NSA doporučil aceklofenak, nimesulid (hlavně při bolestech hlavy) a ibuprofen. Zajímavým sdělením byla informace o cefalei provokované z nedostatku kofeinu u chronických pijáků kávy. Na viscerální, kolikovitý typ bolesti se hodí metamizol, po operacích ketonal nebo opiáty. Při akutní bolesti je potřeba nešetřit a začít hlavně po operaci silnými analgetiky a postupně je snižovat. Je to přesně opačný postup než při léčbě chronické bolesti. V Oxfordské stupnici účinnosti analgetik patří 2. místo kombinaci ibuprofenu s paralenem v dávkách do 200 mg. Tuto kombinaci máme většinou všichni po ruce.

Farmakologii se věnoval v části svého sdělení i **MUDr. Jana Komorousová, Ph.D.**, ze soukromé psychiatrické ambulance v Plzni. Do ambulance psychiatra se může dostat nemocný, jehož chronická bolest nemá organický podklad. Může se jednat o somatoformní bolestivou poruchu, která se řadí k psychiatrickým diagnózám (F 45.4). Psychiatrické léky, které se používají k léčbě bolesti, se označují jako koanalgetika. Patří sem již výše zmíněný amitriptylin, duloxetin, klonazepam a také některá antipsychotika. Velmi nepřijemnou kategorií jsou nemocní, u nichž musí psychiatr řešit problémy, spojené se závislostí na lécích (analgetických).

Paní **Mgr. Petra Nekvapilová** z Neurologické kliniky FN Brno (přednosta prof. J. Bednařík) se s námi podělila o studii, která probíhá v rámci 7. evropského rámcového programu na jejich klinice. Podrobným neurologickým vyšetřením a sadou speciálních psychologických dotazníků řeší vědecký tým neuropsychologické aspekty chronické neuropatické bolesti. Asi nelze vyřešit, zda depresivní ladění předchází bolestivé neuropatii, nebo zda naopak, trvající bolest generuje depresi. Každopádně ve shodě s literaturou brněnské pracoviště prokázalo až 30% přítomnost deprese ve skupině nemocných s neuropatickou bolestí. Sami, na svých konkrétních nemocných, jsme si představili vzorec chování, nazvaný tzv. katastrofizace bolesti, o které Mgr. Nekvapilová hovořila. Posluchači semináře i čtenáři tohoto příspěvku mohou, po do-

mluvě s paní Janou Novohradskou (tel. 733 165 191), své nemocné s chronickou neuropatickou bolestí odeslat na Neurologickou kliniku do Brna k podrobnému vyšetření. Odesílající lékaře čeká i malé finanční ocenění.

**Mgr. Pavel Brenkus**, klinický psycholog z Neurologické kliniky FN Plzeň a soukromé psychiatrické ambulance v Plzni k tématu bolest přistoupil po svém. Jeho vystoupení (alternativní herec a sečtělý intelektuál) bylo vyvrcholením pátečního večera. Ke své přednášce přistoupil velmi komplexně, přehledně i historicky. Bolest není jen fyzická, ale také emoční, sociální a spirituální. Pomocí funkční MRI lze prokázat, že centrum bolesti lze aktivovat jak fyzickou, tak psychickou bolestí. Odborné i filozofické sdělení ke konci odlehčil citací z knihy Kurta Vonneguta Jak přežít svou bolest: (1) použijte parfém, (2) zaklejte jako námořník a středně intenzivně, (3) upírejte pohled na obraz před vámi, (4) zkřížte si ruce, (5) pusťte si hudbu, (6) zamilujte se, (7) dotýkejte se sami sebe.

Velmi kladně bylo také přijato již tradiční, a tedy očekávané, společné vystoupení P. Brenkuse s J. Komorovou. Tentokrát nám přiblížili kauzistiky dětských i dospělých nemocných s chronickou bolestí, které řešili ve své společné praxi.

Sobotní program konference byl celý věnován alternativním technikám.

Přehlednou přednášku o psychosomatickém přístupu k chronické bolesti přednesl **MUDr. Ivan Vondřík** ze soukromé ambulance bolesti z Prahy. Je nutné si přiznat, že stále existuje 20–40 % nemocných, u nichž nebyla zjištěna příčina jejich bolestivých potíží. Autor upozornil, jak je pro psychosomatický přístup léčby nutná přesná historie vzniku bolesti (potíží). Onemocnění má příčiny na různých úrovních (fyzické, psychosomatické, energoinformační, spirituální a astrologické), které je potřeba otevřít. Jejich přístup je komplexní. Nemocný může tzv. somatizovat své potíže z důvodů potlačování emocí, nebo aby získal pozornost okolí, nebo se něčemu vyhnul, nebo se řítí do autodestrukce. K léčebným metodám náleží akupunktura, homeopatie a různé formy psychoterapie.

Psychosomatika je oficiálně uznána jako nový lékařský obor. V IPVZ lze absolvovat patřičné kurzy, o kterých referovala **MUDr. Josefina Štefánková** ze soukromé diabetologické ambulance z Hradce Králové, která kurzy již absolvovala. Sama patří k lékařům, kteří vědí, že dobrá kompenzace nezáleží jen na vhodné zvolené medikaci.

O kognitivní a kognitivně behaviorální psychoterapii v léčbě chronické nenádorové bolesti hovořila **PhDr. Jaroslava Raudenská, Ph.D.**, z oddělení Klinické psychologie FN v Motole (Praha). K její klientele patří hlavně pacienti po opakovaně neúspěšných operacích páteře a nemocní s jinými vertebrogenními syndromy. Opakovaně ve svém sdělení zdůrazňovala společný, interdisciplinární přístup kolegia zdravotníků k jednomu konkrétnímu nemocnému. Jen tehdy můžeme docílit úspěchu. Další podmínkou je motivace samotného pacienta pro tento přístup. Je samozřejmé, že nemocní s postižením kognice, senioři, cizinci ani děti nejsou pro tuto psychoterapii vhodní. Předem je nutné nemocného poučit, že

nelze odstranit bolest kompletně. Je vhodné si dávat nižší cíle a za úsilí se odměňovat, a nikoliv trestat neúspěch. My, diabetologové, jsme si v průběhu přednášky uvědomili, že bychom měli podrobněji rozebírat příčiny ketoacidotických kómat, s kterými se dostávají naši nemocní na JIP. Velmi často je v pozadí alarmující psychická příčina, kterou nestačí řešit jen podání inzulinu.

Seminář v sobotu vyvrcholil přednáškou **PhDr. Aleny Javůrkové, Ph.D.**, z oddělení Klinické psychologie FN Královské Vinohrady v Praze. Téma bylo velmi atraktivní – Hypnosedativní terapie, analgezie a anestezie. Přednášející nejprve uvedla, že hypnóza je jen jednou z psychoterapeutických metod a lze ji použít jednak v klinice, jednak v experimentu. Nejde o poutovou atrakci! Každý hypnotizér, zdravotník, musí absolvovat náležité školení ukončené zkouškami. Kvalitní hypnóza záleží na několika bodech, k nimž patří kromě jiného zvýšená sugestibilita, vztah k hypnotizérovi a hypnabilita klienta a také druh hypnózy. Hypnotizovat lze individuálně, ale i ve skupinách. Zkušenosti mohou používat i autohypnózu. Nejčastější diagnózy k léčbě hypnózou jsou vertebrogenní bolesti, migrény, stavy po operacích páteře a nemocní s pseudoneurastenickým a anxiózně-depresivním syndromem. Českým guru hypnoterapie je prof. Stanislav Kratochvíl, který o svých metodách publikoval několik monografií (Experimentální hypnóza a Klinická hypnóza).

Jedinou slabinou sobotního programu bylo, že jsme si teoretické informace nemohli vyzkoušet v praxi. Cílem setkání však bylo poukázat, že někteří nemocní s chronickou bolestí mohou profitovat z jiných, alternativních přístupů, a pokud jsou dostatečně motivováni se svou bolestí bojovat, dostali jsme návod, k jakým specialistům je můžeme nasměrovat.

Závěrem ještě jednou děkuji všem přednášejícím a tradičně velmi příjemným posluchačům, dále partnerům ze spolupracujících farmaceutických firem a v neposlední řadě paní Mgr. Hance Středové a Mgr. Daniele Dykové ze společnosti Galén-Symposion s.r.o. za vzornou přípravu a průběh semináře.

Jubilejní, **X. ročník**, proběhne na stejném místě, **Hotel Belveder, Praha**, ve dnech **10.–11. března 2017**. Nosným tématem bude Umění komunikace s chronicky nemocným pacientem. Jedná se o nikdy nekončící téma, náš denní chléb, a proto jsme se rozhodli se k němu zase po několika letech vrátit. Účast již nyní přislíbili skvělí lektoři, což zajistí kvalitní průběh workshopů, které budou mít příští rok přednost před přednáškami.

*Přetištěno s laskavým svolením redakce, vydavatele a šéfredaktora časopisu Diabetes, endokrinologie, metabolismus a výživa. Poprvé otištěno v DMEV 2016; 19(2): 50–51.*

**doc. MUDr. Silvie Lacigová, Ph.D.**

✉ [LACIGOVA@fnplzen.cz](mailto:LACIGOVA@fnplzen.cz)

Diabetologické centrum I. interní kliniky LF UK a FN Plzeň  
[www.fnpzen.cz](http://www.fnpzen.cz)

Doručeno do redakce 27. 4. 2016