

PROBLEMATIKA BOLESTI PRI NEUROLOGICKÝCH OCHORENIACH A PRAKTICKÝ LEKÁR

František Cibulčík

Neurologická klinika SZU a FNŠP, Nemocnica Ružinov, Bratislava

Bolesť patrí k najčastejším príznakom, s ktorým pacienti navštívia praktického lekára. Subjektivita v jej prežívaní a interpretácii býva častým zdrojom chýb pri určení jej príčiny, čo môže mať závažné dôsledky v nesprávne volenej terapii. Spektrum neurologických ochorení spojených s bolesťou je široké, problematická je najmä diagnostika a terapia neuropatickej bolesti, chronických bolestí a bolesti hlavy. Neuropatická bolesť zahŕňa všetky bolesti spôsobené primárnym postihnutím alebo dysfunkciou periférneho alebo centrálného nervového systému. V neurologickej praxi sa s ňou najčastejšie stretávame pri lumboischialgickom syndróme a diabetickej polyneuropatii, častá je aj postherpetická neuralgia. Neuropatická bolesť vzniká vždy s časovým odstupom od primárneho poškodenia, je dobre diagnostikovateľná na základe svojich charakteristík ako sú alodýnia, hyperalgézia a hyperpatia. Postup liečby neuropatickej bolesti je odlišný od liečby klasickej nociceptívnej bolesti. Správne ju liečime preparátmi štandardne zaraďovanými do skupiny antikonvulzív, antidepresív a analgetík. V praxi sa okrem neuropatickej bolesti stretávame s čoraz väčšou skupinou pacientov sťažujúcich sa na neútlíšiteľnú dlhotrvajúcu somatickú bolesť, ktorá má charakteristiky chronického ochorenia a býva nazývaná chronickou bolesťou. V neurologickej praxi sa s chronickou bolesťou najčastejšie stretávame pri vertebrogénne podmienených bolestivých syndrómoch, kde často nemalý podiel na chronifikácii bolesti zohráva psychická komponenta. U týchto pacientov je preto nutný komplexný diagnostický a terapeutický prístup. Pri farmakoterapii chronickej bolesti sa riadime analgetickým rebríčkom WHO, ktorý používa dve základné skupiny analgetík – neopioidové (I. stupeň) a opioidové (II. a III. stupeň). Základným princípom je postupné používanie liečiv prispôbené účinku a intenzite bolesti s vyvážaním sa polypragmázií a kombinovaniu nežiaducich účinkov. Problematika bolestí hlavy je rozsiahla, len malá časť z nich je spojená so závažným ohrozením zdravia a života jedinca. Ich klinická diagnostika môže byť ťažká, niektoré charakteristiky bolesti však môžu pomôcť zvýšiť ostražitosť pri ďalšom postupe.

Kľúčové slová: neuropatická bolesť, chronická bolesť, bolesti hlavy.

PAIN IN NEUROLOGICAL DISEASES AND GENERAL PRACTITIONER

Pain is one of the most common symptoms in general practice. Different interpretation of symptoms by patients is a source of mistakes in diagnosis and therapy of painful diseases. In neurological practice we often see patients with neuropathic pain, headache and chronic pain. Neuropathic pain is characterised as pain in primary damage or dysfunction of peripheral or central nervous system. The most common neurological causes of neuropathic pain are sciatica, diabetic neuropathy or post herpetic neuropathy. Therapy of neuropathic pain differs from those of somatic pain. Anticonvulsants, antidepressants and analgesics are usually used. Sciatica are the common cause of chronic pain too. Diagnosis and therapy of chronic pain is complex. Aetiology of headache includes a broad spectrum of diseases, but only few of them are life threatening. In diagnostic workup of those aetiologies we can use some special characteristics of headache.

Key words: neuropathic pain, chronic pain, headache.

Via pract., 2007, roč. 4 (10): 450–454

Úvod

Bolesť patrí k najčastejším príznakom, s ktorým pacienti navštívia praktického lekára. Je to tiež jeden z najnepríjemnejších príznakov – pre pacienta pre subjektívne negatívne prežívanie a pre lekára pre možnosť zlej interpretácie ťažkostí spojenú s nesprávnou diagnózou a liečbou. Už definícia bolesti podľa Svetovej organizácie pre bolesť (*International Association for the Study of Pain* – IASP) ukazuje príčinu možných diagnostických rozpakov. Bolesť je podľa nej „...nepríjemný zmyslový a emocionálny zážitok spojený s aktuálnym alebo potenciálnym poškodením, alebo sa ako taký popisuje. Bolesť je vždy subjektívna.“ (1). Práve opakovane spomínaná subjektivita v prežívaní a interpretácii bolesti môže byť zdrojom chýb pri určení jej príčiny a závažnosti.

Spektrum ochorení spojených s bolesťou je široké, mnohé z nich patria k ochoreniam nervového systému. Podrobnejšie rozoberať všetky z nich nie

je v rámci dostupného rozsahu možné. Pozornosť bude patríť neurologickým ochoreniam spojeným s bolesťou, ktoré sú buď menej známe, alebo sú spojené s možnosťou nesprávnej diagnózy. Jedná sa o neuropatickú bolesť, chronickú bolesť a bolesti hlavy.

Neuropatická bolesť

Podľa definície IASP neuropatická bolesť zahŕňa všetky bolesti spôsobené primárnym postihnutím alebo dysfunkciou periférneho alebo centrálného nervového systému (2). Etiopatogeneticky táto definícia skutočnosť vystihuje, menej použiteľná je v praktickej diagnostike. Najznámejším príkladom neuropatickej bolesti je historicky dobre známa a klasicky popísaná bolesť pri neuralgii trojklaného nervu. V neurologickej praxi sa s ňou však najčastejšie stretávame pri lumboischialgickom syndróme (asi polovica

všetkých diagnostikovaných s neuropatickou bolesťou) a diabetickej polyneuropatii (asi štvrtina diagnostikovaných). Častý je jej výskyt i po herpese zoster v podobe takzvanej postherpetickej neuralgie, pri komplexnom regionálnom bolestivom syndróme, vo forme fantómovej bolesti. Z etiológií postihujúcich prevažne centrálny nervový systém sú s neuropatickou bolesťou najčastejšie spojené cieвне mozgové príhody (najmä v oblasti talamu), úrazy miechy a nádorové ochorenia.

Patogenéza neuropatickej bolesti je komplexná, na jej vzniku v konkrétnom prípade sa väčšinou podieľa viacero mechanizmov. Z periférnych mechanizmov sa najčastejšie spomínajú hyperexcitabilita membrán s tvorbou ektopických výbojov a fenomén periférnej senzitivizácie. Z centrálnych mechanizmov sa na vzniku bolesti podieľa opäť hyperexcitabilita membrán s tvorbou ektopických výbojov, takzvaný wind up fenomén, fenomén cen-

trálnej senzitivácie, denervačná supersenzitivita a strata inhibičnej kontroly (3). Ako vidíme, patogeneza neuropatickej bolesti je komplexná, mnohé skutočnosti jej vzniku nám ostávajú neobjasnené. Z praktického hľadiska je dôležité uvedomiť si, že vznik neuropatickej bolesti je proces komplexný a vyžaduje čas. Neuropatická bolesť preto vzniká vždy s časovým odstupom od primárneho poškodenia, čo ju odlišuje od bolesti nociceptívnej sprevádzajúcej poškodenie často bezprostredne v dobe jeho vzniku. Veľmi názorným príkladom je postherpetická neuralgia, ktorá sa typicky objavuje po zhojení kožných eflorescencií s odstupom niekoľkých týždňov od začiatku ťažkostí.

Neuropatická bolesť je dobre diagnostikovatelná na základe svojich charakteristík, ktoré pacient udáva pri anamnéze či popise aktuálnych ťažkostí. Pálivá, ostrá a vystreľujúca charakteristika nie je práve ojedinelá, aj keď pre neuropatickú bolesť typická. Naopak pri iných typoch bolesti ojedinelou charakteristikou je pre neuropatickú bolesť typická **alodýnia** (pocíťovanie bolesti pri stimuloch za normálnych okolností bolestí nevyvolávajúcich) a **anaesthesia dolorosa** (pocíťovanie bolesti v oblasti, kde je pri objektívnom vyšetrení prítomná necitlivosť). Pacienti často udávajú bolestivý podnet pri dotyku povrchu tela so šatami (uprednostňujú preto voľnejšie oblečenie) a posteľnou prikrývkou (spávajú preto pod ľahkými dekami či plachtami). Alodýniu môžeme objektivizovať rôznymi spôsobmi podľa jej podtypov – napríklad dynamickú mechanickú alodýniu vyšetříme ľahkým povrchovým dotykom spojeným s pohybom (mäkkým štetcom), statickú mechanickú alodýniu miernymi tlakovými podnetmi, chladovú alodýniu aplikáciou lokálneho chladu a mechanickú alodýniu na jemné bodavé podnety aplikáciou takéhoto podnetu za pomoci filamenta (napríklad von Freyovo filamentum). Okrem alodýnie a anaesthesia dolorosa sa pri vyšetrení citlivosti u pacientov s neuropatickou bolesťou stretávame tiež s **hyperpatiou** (abnormálna bolestivá reakcia na mierny podnet pri súčasnom zvýšení prahu pre rôzne kvality citlivosti) a hyperalgéziou (zvýšenie odpovede na bolestivú stimuláciu). Hyperalgéziu môžeme objektívne vyšetriť podobne ako alodýniu – napríklad mechanickú na bodavé podnety jemným bodnutím otváracím špendlíkom, kedy pacient pociťuje výraznú ostrú povrchovú bolesť. Okrem kvalitatívnej zložky sa môžeme pokúsiť i o kvantifikáciu intenzity a charakteru bolesti. K najjednoduchším spôsobom kvantifikácie patrí použitie jednoduchých škál – napríklad *Pain Visual Analog Scale*, keď pacient vyznačuje na úsečke lokalitu zodpovedajúcu jemu pociťovanej bolesti. Začiatok úsečky znamená žiadna bolesť (0), opačný koniec úsečky maximálna neznesiteľná bolesť

Tabuľka 1. Odporúčania EFNS pre liečbu neuropatickej bolesti.

	Lieky prvej voľby	Lieky druhej voľby
Bolestivá polyneuropatia	gabapentín pregabalín tricyklické antidepresíva	lamotrigín opioidy SNRI tramadol
Postherpetická neuralgia	gabapentín pregabalín lidokaín lokálne tricyklické antidepresíva	kapsaicín opioidy tramadol valproát
Neuralgia trigeminu	oxkarmazepín karmazepín	chirurgická liečba
Centrálna bolesť	amitriptylín gabapentín pregabalín	kanabinoidy lamotrigín opioidy

SNRI – inhibítory spätného vychytávania noradrenalinu a serotoninu

(hodnota 10, alebo 100). Takáto kvantifikácia môže byť užitočná pri sledovaní vývoja intenzity bolesti, prípadne pri hodnotení účinku použitej liečby. Zo

zložitejších prostriedkov určených na posúdenie prítomnosti, intenzity a kvality neuropatickej bolesti možno spomenúť dotazníky vyplňované lekárom,

AFLAMIL®
aceclofenacum 100mg
VYSOKO ÚČINNÉ NSAID



GEDeon RICHTER

A cítim sa dobre



vyšší bezpečnostný profil v porovnaní s diklofenakom*



nižší výskyt krvácania z horného gastrointestinálneho traktu v porovnaní s uvedenými NSAID**

Skrátená informácia o prípravku Afamil 100.

Liečivá látka: 1 filmom obalená tableta obsahuje aceclofenacum 100 mg. **Indikácie:** Na liečbu zápalu a bolesti pri reumatoidnej artritíde, ankylozujúcej spondylartritíde (Bechterova choroba), artróze, ako aj pri iných bolestivých ochoreniach pohybového systému (napr. humeroskapulárna periartrítida a mimikrobyvny reumatizmus). Ako analgetikum pri bolestivých stavoch (vrátane bolesti krížov alebo zubov a primárnej dysmenorey). **Dávkovanie:** Dospelí: Odporúčaná dávka pre dospelých je jedna filmom obalená tableta dvakrát denne (jedna tableta ráno a jedna večer). **Kontraindikácie:** Precitlivosť na liečivo, na iné NSAID (napr. diklofenak) alebo na akúkoľvek pomocnú látku lieku, pacienti s rozvinutými príznakmi astmy, urtikánie alebo akútnej rinítidy po podaní kyseliny acetylsalicylovej (napr. ASPIRIN, ANOPYRIN a ACYLPYRIN) alebo po iných NSAID, aktívny peptický vred alebo gastrointestinálne krvácanie. Tehotenstvo a dojčenie. Ťažké poškodenie srdca, obličiek alebo pečene, akútne krvácanie, detský vek. **Špeciálne upozornenia:** Aceclofenak sa musí podávať so zvýšenou opatrnosťou pacientom s gastrointestinálnym ochorením a s anamnézou peptického vředu, ďalej pacientom s hepatálnym, renálnym alebo kardálnym poškodením, ulceratívnou kolitídou, Crohnovou chorobou, cerebrovaskulárnym krvácaním, porfyriou, hematopoetickým ochorením, poruchami krvnej zrážavosti, retenciou tekutín alebo hypovolémiou, počas súčasnej liečby diuretikami, ako aj počas rekonvalescencie po operácii. **Liekové a iné interakcie:** Podávanie aceclofenaku môže zvýšiť plazmatické koncentrácie súčasne podávaného fenytoínu, digoxínu, lítia, cimetidínu, mikonazolu, sulfafenzozolu a amiodaronu; môže tiež znížiť nádiuretický účinok diuretik, môže zosilňovať účinky antikoagulantov, nefrototoxicitu cyklosporínu a takrolimu, metotrexátu. Kombinované použitie NSAID a inhibítorov ACE je spojené s vyšším rizikom akútneho renálneho zlyhania u dehydratovaných pacientov. Kombinované použitie s kyselinou acetylsalicylovou (napr. ASPIRIN, ANOPYRIN a ACYLPYRIN) alebo s inými NSAID môže zvýšiť frekvenciu a závažnosť možných nežiaducich účinkov. **Nežiaduce účinky:** Väčšina nežiaducich účinkov je mierna, reverzibilná a gastrointestinálneho typu (dyspepsia, bolesť brucha, nevoľnosť alebo hnačka). Priležitostne sa môže vyskytnúť slabosť. Tiež sa pozorovali kožné reakcie (svrbenie a vyrážky). **Upozornenie:** 60 filmom obalených tabliet. **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** Gedeon Richter Ltd., Budapešť, Maďarsko. **Registračné číslo:** 29/0134/04-S. **Dátum poslednej revízie textu:** April 2004. Tento text nenahrádza úplnú odbornú informáciu o lieku. Liek je viazaný na lekárske predpis a čiastočne hradený zdravotnými poisťovňami. Určené pre odbornú verejnosť.

* Huskisson EC et al. Eur. J. Rheumatol. Inflamm 2000; 17: 1-7

** European Medicines Agency. Comparative incidence of upper gastrointestinal bleeding with individual non-steroidal anti-inflammatory drugs. Rev. Eur. Entern. Dig. 2002; 94: 13-18.

Datum spracovania: Február 2007

zahŕňajúce popis subjektívnych ťažkostí a objektívneho vyšetrenia. Ako príklad môžeme uviesť škálu LANSS alebo DN4 Pain Questionnaire.

Na správne určenie diagnózy má v logickom slede nadväzovať správna liečba. V prípade neuropatickej bolesti je táto otázka zvlášť dôležitá, nakoľko postup liečby je odlišný od postupov používaných pri liečbe klasickej nociceptívnej bolesti. Neuropatickú bolesť správne liečime preparátmi štandardne zaradenými do skupiny antikonvulzív (karbamazepín, gabapentín, pregabalín, lamotrigín, topiramát, valproát), antidepresív (amitriptylín, nortriptylín, imipramín, klomipramín, desipramín, duloxetín, venlafaxín) a analgetík či anodýn (tramadol, oxykodón, lidokaín, kapsaicín). Historicky sa názory na správny postup liečby neuropatickej bolesti búrlivo vyvíjali, veľmi aktuálne sú odporúčania formulované skupinou expertov Európskej federácie neurologických spoločností (EFNS) publikované v roku 2006 (4). Stručné zhrnutie jeho záverov uvádzame v tabuľke 1.

Väčšina z uvádzaných účinných látok je dostupná aj na našom trhu, mnohé však nemajú uvedenú neuropatickú bolesť medzi terapeutickými indikáciami. Liečbu neuropatickej bolesti medzi terapeutickými indikáciami nájdeme uvedenú u gabapentínu, pregabalínu a duloxetínu. Podľa platného Zoznamu liečiv a liekov plne alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia (www.health.gov.sk) je predpisovanie týchto liekov obmedzené na neurológa a v súvislosti s liečbou bolesti majú nasledovné indikačné obmedzenia:

- gabapentín – „pri laboratórne alebo klinicky dokumentovanej periférnej neuropatickej bolesti ako je diabetická neuropatia a postherpetická neuralgia u dospelých pacientov“,
- pregabalín – „pri laboratórne alebo klinicky dokumentovanej neuropatickej bolesti s výnimkou bolesti pri diabeticko-polyneuropatii, len v prípade zlyhania liečby analgetikami a gabapentínom, ktorá bola podávaná dostatočne dlho a v adekvátnych dávkach“,
- duloxetín – „pri laboratórne a klinicky dokumentovanej diabeticko-polyneuropatii s neuropatickou bolesťou“.

Chronická bolesť

Veľký rozvoj farmaceutického priemyslu v posledných rokoch významne rozšíril možnosti liečby bolesti. Napriek, ale pri neuváženej polypragmácii i vďaka tomuto javu, sa v praxi stretávame s čoraz väčšou skupinou pacientov sťažujúcich sa na neutišiteľnú dlhotrvajúcu bolesť. Táto bolesť má charakteristiky chronického ochorenia a býva nazývaná chronickou bolesťou. Cesta k úspechu v liečbe tohto typu bolesti vedie cez kvalitne odobratú anamnézu, fyzikálne vyšetrenie, hodnotenie charakteru bolesti a úspešnosti v minulosti použitej liečby. Pri výbere liečebných postupov zohľadňujeme

vek a pohlavie pacienta ako aj potenciálne vzájomné pôsobenie liečiv a ich vedľajšie účinky.

V neurologickej praxi sa okrem pacientov s neuropatickou bolesťou (spomenuli sme ich v predchádzajúcej časti) s chronickou bolesťou najčastejšie stretávame pri vertebrogénne podmienených bolestivých syndrómoch. Táto problematika leží na pomedzí neurológie, ortopédie, manuálnej medicíny a fyziatrcko-rehabilitačných prístupov. Z klinickej praxe však možno povedať, že nemalý podiel na chronifikácii bolesti vertebrogénneho pôvodu hrá psychická komponenta – častá polypragmácia vedie k rozvoju závislosti na liekoch, nesprávna indikácia liečby vrátane chirurgickej ku fixácii ťažkostí. Chronická bolesť býva často spojená s depresiou v rôznych formách. Preto je u týchto pacientov nutný komplexný diagnostický a terapeutický prístup (5).

Cieľom liečby chronickej bolesti je úľava od bolesti, zvýšenie funkčnej kapacity a zlepšenie kvality života. K tomu používame okrem farmakoterapie rehabilitačné postupy, psychoterapeutické postupy, sociálnu podporu, invazívne postupy a paliatívne postupy u liečenia nádorovej bolesti. Pri farmakoterapii chronickej bolesti sa riadime analgetickým rebríčkom WHO, ktorý bol pôvodne vypracovaný pre nádorovú bolesť (6). Analgetický rebríček používa dve základné skupiny analgetík – neopiooidové (I. stupeň) a opiooidové (II. a III. stupeň). Podľa trojstupňového rebríčka sa u miernych bolesti (hodnota desaťstupňovej vizuálnej analógovej škály VAS 1 – 4) odporúča liečba analgetikami prvého stupňa, pri nedostatočnom efekte (stredne silná bolesť VAS 4 – 7) sa nasadzujú slabé opiooidy a pri zlyhaní tejto medikácie (silná bolesť VAS 7 – 10) sa tieto menia za silné opiooidy. Medzi najčastejšie používané analgetiká prvého stupňa radíme nesteroidové antiflogistiká a paracetamol. Tieto lieky nie je vhodné kombinovať s liekmi prvého stupňa (7). Medzi najčastejšie používané liečivá II. stupňa – slabé opiooidy – patria tramadol a kodeín a tieto analgetiká je možné výhodne kombinovať s liekmi prvého stupňa. V prípade neúspešnej liečby I. a II. stupňa rotácia slabých opiooidov nemá význam a je indikovaná liečba silnými opiooidmi, ktorých klasickým predstaviteľmi sú morfín a fentanyl. Z modernejších liekových foriem tu prichádza do úvahy i liečba transdermálne pôsobiaceou náplastou a novšie preparáty obsahujúce buprenorfín, oxykodón, hydromorfon či petidín. Základným princípom je postupná titrácia, začíname najnižšou možnou dávkou zabezpečenou medikáciou na potlačenie prípadných vedľajších účinkov liečby. V prípade výskytu závažných nežiaducich účinkov je indikovaná rotácia opiooidu, pričom sa odporúča začať rotáciu s dávkou nového opiooidu približne na polovici ekvivalentu účinnosti opiooidu vysadeného. Pri niektorých pacientoch sa pri pomerne uspokojivej analgézií vyskytujú pri záťaži krátkodobé zhoršenia,

ktoré môžeme riešiť použitím záchranej (rescue) dávky. Na tento účel sa najlepšie hodia bezprostredne sa uvoľňujúce látky. V prípade vyriešenia problému vedúceho k vzniku chronickej bolesti je možné i ukončenie dlhodobej liečby opiooidmi – pre možnosť abstinenčných príznakov používame postupné znížovanie vo forme „obrátenej“ titrácie.

Bolesti hlavy

Bolesti hlavy patria k najčastejším subjektívnym ťažkostiam pacientov navštevujúcich ambulancie praktického lekára. Medzinárodne uznávaná klasifikácia bolesti hlavy ich podľa etiológie rozdeľuje do 14 skupín (8):

1. Migréna
2. Tenzná bolesť hlavy
3. Cluster headache
4. Iné bolesti hlavy
5. Bolesť hlavy pri úraze hlavy a krku
6. Bolesť hlavy pri ochoreniach ciev hlavy a krku
7. Bolesť hlavy pri intrakraniálnych nevasculárnych ochoreniach
8. Bolesť hlavy spôsobená cudzou látkou alebo jej odňatím
9. Bolesť hlavy pri infekcii
10. Bolesť hlavy pri poruchách homeostázy
11. Bolesť hlavy alebo tváre pri ochoreniach kráňa, krku, očí, uší, nosa, sínusov, zubov, úst a iných tvárových a kraniálnych štruktúr
12. Bolesť hlavy pri psychiatrickom ochorení
13. Kraniálne neuralgie a centrálné príčiny bolesti tváre
14. Iné bolesti hlavy

Klasifikácia je z etiologickej stránky vyčerpávajúca, pre bežný život však rozhodujúcim ostáva oddelenie bolesti hlavy vo svojej podstate benigných od bolesti znamenajúcich závažné ohrozenie zdravia pacienta a často medicínsku urgenciu. Tie posledné sú prevažne spojené s organickým poškodením intrakraniálnych štruktúr a znamenajú v bežnej praxi veľkú výzvu. Ich správne rozoznanie môže zachrániť zdravie a život pacienta, je však často náročné – nie je možné u každého pacienta s bolesťou hlavy paušálne vykonávať drahé a často ťažko dostupné pomocné vyšetrenia. **Varovnými príznakmi spojenými s bolesťou hlavy sú:**

a) Bolesť hlavy dovtedy nepoznanej intenzity a kvality, prípadne prudká bolesť hlavy popisovaná ako prvá životná skúsenosť. Tento typ bolesti môže byť príznakom subarachnoidálneho krvácania, ktoré býva vo väčšine prípadov spôsobené prasknutím aneurizmu intrakraniálnej artérie. Prudká bolesť býva sprevádzaná meningeálnym syndrómom a niekedy ložiskovou neurologickou symptomatológiou. Mnoho pacientov udáva v predchorobí epizódu podobnej bolesti hlavy – tzv. výstražnú bolesť hlavy spôsobenú podobným mechaniz-

mom. Mortalita ruptúry aneuryzmy sa v niektorých štúdiách udáva až 50 % a rastie s opakovaním ruptúry, ktoré je najpravdepodobnejšie v prvých dňoch a týždňoch (9). Preto je dôležité pacientov s uvedenou charakteristikou bolesti urgentne odoslať k vykonaniu CT vyšetrenia mozgu a podľa potreby vyšetrenia mozgovomiechového moku.

b) Bolesť hlavy novovzniknutá po 50 roku života je najčastejšie symptomatická bolesť pri organickom poškodení intrakraniálnych štruktúr. Do úvahy najčastejšie prichádza úrazový mechanizmus, expanzívne procesy, zvláštnu kategóriu tvorí pre danú vekovú skupinu typická etiológia – temporálna arteritída. Býva charakterizovaná temporálnou búšivou bolesťou hlavy spojenou s palpačným zdurením alebo citlivosťou v oblasti spánku. Ako pridružený príznak môže byť prítomná polymyalgia rheumatica, anémia, subfebrilita, strata hmotnosti a zrýchlená sedimentácia erytrocytov. Včasná diagnóza a správna liečba kortikosteroidmi môžu predísť často ireverzibilnému poškodeniu zraku pri progresii zápalu na očné artérie.

c) Bolesť hlavy subakútne sa horšiacia

d) Bolesť hlavy spojená s horúčkou, meningéálnym syndrómom a zvracaním – okrem už spomínaného subarachnoidálneho krvácania sú s podobnou symptomatológiou často spojené vírusové alebo bakteriálne infekcie centrálného nervového systému – meningitídy a ecefalitídy.

e) Bolesť hlavy spojená s neurologickým deficitom, kognitívnym poškodením, edémom papily alebo sprievodným ochorením (napr. imunodeficit) je vždy podozrivá z poškodenia intrakraniálnych štruktúr a vyžaduje urgentné diagnostické doriešenie.

Literatúra

- Masár O. Liečba bolesti pri malígnych ochoreniach. Bratislava: Charis 2000, 77 s.
- Merskey H, Bogduk N (eds). Classification of Chronic Pain: Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms, 2nd ed. Seattle: IASP Press, 1996: 77–86.
- Opavský J. Neuropatické bolesti – patofyziologické mechanizmy a princípy terapie. Neurol prax 2006; 5: 280–286.
- Attal N, Cruccu G, Haanpää P et al. EFNS guidelines on pharmacological treatment of neuropathic pain. Eur J Neurology 2006; 13: 1153–1169.
- Vondráčková D. Chronická bolesť – patofyziologie a liečba. Neurol prax 2004; 6: 331–337.
- Hakl M. Základní princípy farmakoterapie chronické bolesti. Neurol prax 2005; 2: 96–98.
- Novotná A, Ehler E. Praktické tipy pro léčbu chronické bolesti opiody v neurologii. Neurol prax 2006; 4: 228–229.
- The International Classification of Headache Disorders. 2nd Edition. Cephalalgia 2004; Suppl 1: 1–150.
- Couch JR. Headache to worry about. Med Clin N Am 1993; 1: 141–167.

Záver

Problematika diagnostiky a terapie bolesti tvorí v ambulancii lekára prvého kontaktu jeden z najčastejších a potenciálne najzávažnejších problémov. Etiologicky sa tejto problematike podieľajú i ochorenia nervového systému. Znalosť kľúčových faktov v tejto oblasti umožňuje predchádzať diagnostickým a terapeutickým omylom, ktoré môžu znamenať závažné následky pre pacienta i zdravotníckych pracovníkov v liečení zainteresovaných.

MUDr. František Cibulčík, PhD.

Neurologická klinika SZU a FNŠP, Nemocnica Ružinov
Ružinovská 6, 826 06 Bratislava
e-mail: cibulcik@hotmail.com

Stefan Gesenhues, Rainer Ziesché VADEMECUM LÉKAŘE Všeobecné praktické lékařství

Přehledný průvodce každodenní lékařskou praxí podává celistvě pojatý a komplexní výklad kombinovaný s pragmatickými postupy doporučenými pro každodenní výkon lékařského povolání. Zaměřuje se na činnost praktického lékaře – stěžejní kapitoly jsou věnovány vnitřnímu lékařství, malým chirurgickým výkonům, ortopedii, pediatrii a geriatrici. Zařazena jsou však také vybraná témata z dermatologie, neurologie, psychosomatiky, gynekologie, ORL, oftalmologie a dalších oborů. Čtenář v knize najde i prověřené tipy na organizaci lékařské praxe. *Vademecum lékaře* je příručka orientovaná čistě prakticky – lékařům i studentům medicíny poskytuje cílené, snadno dostupné informace, aniž by se ztrácela v teoretických výkladech. Interdisciplinární koncepce knihy zřetelně odráží důležitou roli všeobecného praktického lékařství ve zdravotním systému.

Galén, 2006, ISBN 80-7262-444-X, 976 s.

Pavel Rozsival, pořadatel TRENDY SOUDOBÉ OFTALMOLOGIE Svazek 4

Čtvrtý svazek publikační řady *Trendy soudobé oftalmologie* předkládá čtenářům nové poznatky z mnoha oblastí očního lékařství – oboru, v němž došlo v posledních letech k výrazným změnám. Součástí tohoto vývoje se nutně stává postgraduální medicína, která má za úkol nejen pomáhat připravit adepty oftalmologie k atestaci, ale také poskytovat oftalmologům veškeré dostupné informace z oboru. Ti zde najdou odpovědi na problémy, s nimiž se setkávají ve své praxi, a jistě ocení jejich zpracování našimi předními odborníky, kteří se danou problematikou dlouhodobě zabývají.

Galén, 2007, První vydání, ISBN 978-80-7262-470-6, 325 s.

Distribúcia v SR: KD Hanzlúvka, LF UPJŠ, Tr. SNP 1, 040 66 Košice, tel.: 0905 526 809, hanzlúvka@dodo.sk;
Osveta, Jilemnického 57, 036 01 Martin, tel.: 043/421 0970, redakcia@vydosveta.sk, internetový predaj: www.littera.sk

www.galen.cz

