

nutí populace postupně zvyšuje (Breivik et al., 2006; Müller-Schwefe, 2011).

Obdobné výsledky vykazují i studie prováděné u populace v České republice; jedno z mála českých sledování uvádí, že bolest je příčinou asi 20 % návštěv u praktického lékaře (Skála, 2008).

Dělení chronické bolesti

Nociceptivní bolest

Nociceptivní bolest vzniká podrážděním nociceptorů zahrnujících nocisenzory (volná nervová zakončení ve tkáních, která se aktivují pouze při bolestivé stimulaci), mechanosenzory (Vaterova-Paciniho tělíska) a polymodální receptory (reagují na teplo a na chlad). Podle umístění receptorů rozlišujeme bolest somatickou a viscerální. K nociceptivní bolesti řadíme bolesti pohybového aparátu (osteoartrózy, artritidy, degenerativní změny páteře), bolesti vnitřních orgánů a většinu stavů akutní bolesti. Ve farmakoterapii nociceptivní bolesti jsou léky první volby analgetika.

Neuropatická bolest

Neuropatická bolest je způsobena lézí nebo dysfunkcí somtosenzorického nervového systému. Podle lokalizace poškození dělíme neuropatickou bolest na centrální, vznikající poškozením centrálního nervového systému (CNS), a periferní, která vzniká v důsledku periferní nervové léze.

Podle jiného dělení rozlišujeme neuropatickou bolest stimulovanou a bolest spontánní. Mezi stimulované bolesti patří alodynii (bolest vyvolaná podnětem, který ji za normálních okolností nevyvolává) a hyperalgezie (snížení prahu pro bolest v postižené oblasti). Spontánní bolestivé stavy dělíme podle průběhu v čase na kontinuální, intermitentní a paroxysmální. Neuropatická bolest je obvykle ohraničena příslušnou inervační oblastí a bývá spojena se senzitivním deficitem, hyperpatii a alodynii. Neuropatická bolest může časově navazovat na neurogenní lézi, stejně tak se však může objevit s časovou prodlevou. Pacienti nejčastěji charakterizují bolest jako ostrou, palčivou, vystřelující nebo bodavou. Velmi často se uvádí noční zhoršení bolesti.

Psychogenní bolest

U psychogenní bolesti převažuje psychická komponenta. Především u depresivních poruch a některých neuróz je bolest somatickou projekcí primárních obtíží. Nejčastěji si pacienti stěžují na bolesti břicha a zad. Základ léčby tvoří psychofarmaka a psychotherapie.

Smíšená bolest

Smíšená bolest zahrnuje stavy, na kterých se podílí více předchozích typů bolesti. V praxi se nejčastěji setkáváme se syndromem bolesti po neúspěšné operaci bederní páteře (Failed Back Surgery Syndrome, FBSS). V oblasti zad trpí pacienti nociceptivní složkou bolesti, v distribuční oblasti postižených nervových kořenů naopak převažuje složka neuropatická. Mezi možné etiologické komponenty patří epidurální fibróza a adhezivní arachnoiditida. Léčba se odvíjí od převažující účasti jednotlivých složek, je často velmi složitá a uplatňují se zde i metody intervenční (kaudální blokády, neuromodulace).

Akutní bolest

Akutní bolest trvá krátkodobě (řádově dny a týdny) a je z biologického hlediska účelná, protože má význam signálu nemoci a nebezpečí a ukazuje na narušení integrity organismu. Při vyšší intenzitě však akutní bolest představuje pro organismus velkou psychickou zátěž. K akutní bolesti je nutno přistupovat velmi razantně, v opačném případě se rozvíjí nepříznivé patofyziologické změny a prohlubuje se stres se všemi důsledky. Efektivně vedená „léčba“ akutní bolesti má preventivní význam z hlediska přechodu do chronické bolesti. Na rozdíl od chronické bolesti je akutní bolest relativně dobře ovlivnitelná, k jejímu odstranění zpravidla vede kauzální léčba zaměřená na úpravu poškození spolu s účinnou symptomatickou analgetickou léčbou.

Nociplastická bolest

Novým termínem v dělení bolesti je nociplastická bolest. Jedná se o bolest, která vzniká v mozku díky jeho plasticitě. Její patofyziologie je obtížně vysvětlitelná, vzniká například u fibromyalgického syndromu nebo u chronického únavového syndromu.

Chronická bolest

Chronická bolest patří k nejrozšířenějším medicínským problémům současnosti s výrazným socio-ekonomickým dopadem. Jak již bylo zmíněno, chronická bolest se ve vyspělých ekonomických zemích vyskytuje v relativně velkém procentu. Zatímco akutní bolest je symptomem probíhající nemoci, chronická bolest je nemocí samou o sobě – syndromem.

Léčba chronické bolesti zahrnuje kombinaci farmakologických a nefarmakologických léčebných postupů. Základem dobré léčby bolesti je důkladná anamnéza bolesti, zahrnující intenzitu, lokalizaci, projekci, vyvolávající nebo zhoršující příčiny, charakter bolesti. Obzvláštní důraz je kladen na farmakologickou anamnézu, fyzikální vyšetření a znalosti všech vyskytujících se onemocnění.

U dlouhodobější intenzivní bolesti s pouhou farmakoterapií zpravidla nevystačíme; je třeba zvolit multidisciplinární a multioborový přístup zahrnující spolupráci odborníků různých specializací. V léčbě uplatňujeme kombinaci farmakoterapie a nefarmakologických léčebných metod, jako jsou intervenční léčebné postupy, psychotherapie, rehabilitace a další.

Multidisciplinární přístup v léčbě bolesti zahrnuje následující složky:

Opioidy

Opioidy jsou lékovou skupinou, která tvoří nedílnou součást léčby onkologické i neonkologické bolesti. Tradiční dělení opioidů na silné a slabé bylo doplněno dělením na opioidy konvenční, vycházející z agonismu na μ -opioidních receptorech, a opioidy atypické, které ovlivňují i ostatní opioidní receptory agonisticky případně antagonisticky nebo parciálně agonisticky nebo které vykazují duální princip účinku. Výhoda opioidů tkví ve velmi dobrém analgetickém efektu a absenci orgánové toxicity. Hodí se tedy k dlouhodobému užívání. Nevýhodou jsou některé nežádoucí účinky, vznik tolerance a riziko vzniku psychické závislosti při neřízeném užívání. Pacienti užívající opioidní medikaci tedy musí být pečlivě monitorováni.

Tapentadol hydrochlorid

Tapentadol hydrochlorid je účinná látka ze skupiny silných opioidů, která byla vyvinuta