

- využití komplementárních metod, někdy označovaných v zahraničí jako integrativní medicína (akupunktura, yoga, hypnóza, muzikoterapie atd.)
- na závěr, pro totální bolest je snad nejdůležitější práce v multidisciplinárním týmu, kdy pacient nachází cestu někdy k sestře, jindy k psychologovi či kaplanovi nebo sociální pracovníci

Mechanismus působení

Opioidy užívané v analgetické indikaci působí, podobně jako endogenní opioidy, na receptory μ , δ , κ , OPRL-1/nociceptinový receptor, které jsou exprimovány v četných tkáních, především v nervovém systému. Oproti endogenním opioidům mají ale protrahované působení. Opioidy na receptorech působí jako neurotransmitery a zabráňují přenosu nociceptivního signálu. Pro žádoucí analgetický účinek opioidů je zásadní presynaptické a postsynaptické působení na μ -receptorech v zadních rožích míšních. Opioidy – s velkým zjednodušením řečeno – blokují ascendentní dráhy bolesti a aktivují descendentní inhibiční dráhy. Genetický polymorfismus μ -receptoru může vést k různé individuální vnímavosti na bolest (15, 16, 17, 18).

Etické a společenské aspekty ovlivňující klinické použití opioidů

O právu pacienta na úlevu od bolesti se hovoří jako o základním lidském právu (19), jako lékaři o ni usilujeme na základě základních principů (beneficence a non-maleficence), a také z úcty k důstojnosti každého pacienta, především oslabeného – seniora, pacienta s demencí apod. (spravedlnost). Respekt k pacientově představě o léčbě bolesti je další nutnou podmínkou (autonomie). Společenské vnímání opioidů je mezi ostatními lékovými skupinami výjimečné. Z mnoha kontroverzních otázek zde komentujeme indikaci opioidů pro chronickou (často nenádorovou) bolest, problematiku nedostatečné či pozdní opioidové terapie v onkologii v důsledku opiofobie, souvislosti probíhající opioidové epidemie v USA, riziko zneužívání opioidů v onkologii, princip dvojího efektu v terminálních fázích onkologického onemocnění a problematiku odmítání opioidů pacientem.

Indikace opioidů pro chronickou (často nenádorovou) bolest

Zmínka o nenádorové bolesti je nutná i pro onkologickou problematiku. Mnoho let trvající bolest se vyskytuje například u vyléčených onkologických pacientů, kdy souvislost s nádorovým onemocněním a jeho léčbou nemusí být jasná. Dlouhé roky s bolestí ovlivňují kvalitu života, soběstačnost, schopnost naplnit společenské role. Bolest bývá provázená úzkostnou a depresivní symptomatologií. Mnohé z těchto potíží opioidy dávkované ke snížení intenzity bolesti neovlivní a eskalace dávky podle hodnoty na numerické škále bolesti nebývá správnou reakcí. Věta: „Mám bolest 10/10,“ může vést k tomu, že velkou dávku opioidu dostane nejméně vhodný pacient. Přístup k tomuto typu utrpení musí brát v úvahu všechny aspekty, nejen fyzickou bolest (20). I zde je vhodné uvažovat o jiných možnostech ovlivnění bolesti podobně jako u onkologické totální bolesti. Příliš liberální přístup k indikaci silného opioidu a neuvážené navyšování dávky může vést k letům závislosti se všemi zdravotními a sociálními důsledky. V indikaci nenádorové bolesti tedy opioidy zvažujeme pouze po vyčerpání jiných možností v případě, že bolest narušuje zásadně kvalitu života a benefit převažuje nad riziky. Časné pak hodnotíme, zda nastal požadovaný efekt (21).

Problematika nedostatečné či pozdní opioidové terapie v onkologii (opiofobie na straně lékařů)

Opioidy přinášejí kvalitní život bez nesitelné bolesti onkologickým pacientům a zároveň mohou ničit životy, když jsou indikovány špatně nebo zneužívány mimo medicínský kontext. Odtud pramení pocho-pitelné kontroverze, které ovlivňují praxi lékařů, vedou k mýtům o opioidech, ale také ke zdravé zdrženlivosti pacientů i zdravotníků při jejich indikaci. Fobie z podání opioidů (22) pro jejich riskantní profil (závislost, útlum dýchacího centra, urychlení smrti) mohou vést ke zbytečnému utrpení pacienta se silnou nádorovou bolestí. V kontextu onkologické bolesti, kde zdůrazňujeme právo pacienta na úlevu od bolesti, vzniklo pojmenování bolesti jako pátého vitálního znaku.

Pacientem kvantifikovaná intenzita bolesti se stala pilířem pro řízení léčby (vyžadovaným akreditačními systémy) a WHO analgetický žebřík a numerická škála bolesti zajistily přehledný systém lékové reakce na různou intenzitu bolesti. Rozšíření tohoto přístupu do ambulantní péče o pacienty s chronickou (převážně nenádorovou) bolestí však vede k použití nejsilnějších analgetik u nevhodných pacientů a stálo u zrodu opioidové epidemie.

Souvislosti probíhající opioidové epidemie v USA

Opioidovou epidemií v USA (80 000 úmrtí na předávkování opiáty za rok 2021 v USA odstartované benevolentním předepisováním opioidů od 90. let minulého století za významné podpory farmaceutických firem (23)) nelze pominout, protože zpětně ovlivňuje dostupnost opioidů pro onkologické pacienty (zatím v USA) a ovlivňuje doporučení pro užití opioidů. V ČR neprobíhá epidemie úmrtí v souvislosti se zneužíváním opioidů, jejich spotřeby zůstávají mnohonásobně nižší nežli v USA nebo Německu (www.oecd.org/health/opioids.htm) (24). Preskripce opioidů je v ČR nyní velmi liberální a onkologičtí pacienti se k adekvátní analgezií dostávají snadněji než dříve, opiofobie je slabší, e-recept odstranil bariéru receptu s modrým pruhem, není povinností zjišťovat, zda pacient neobdržel opioidy od jiného lékaře, neexistují limity dávkování vázané na určité odbornosti. Tím více je naší zodpovědností, abychom nedopustili podobný vývoj jako v USA.

Riziko zneužívání opioidů v onkologii

Rizikové užívání opiátů se z velké části děje v jiném kontextu než u onkologických pacientů. Malá část z nich však může být riziková pro zneužívání, rozvoj závislosti a nebezpečné nakládání s opioidy – je třeba myslet především na pacienty s anamnézou abúzu a závislosti na alkoholu a lécích, psychiatricky nemocné a ty, kteří se pohybují v sociálním prostředí, kde je zneužívání léků obvyklé (25, 26). U takových pacientů je dobré dodržovat pevná pravidla. Je třeba pečlivě vysvětlit užívání a každou změnu, zvláště se soustředit na vyloučení záměny retardovaných a neretardovaných preparátů a