



Žurnál	2
Televízia - TA3, Žurnál, 6. 11. 2024, 12:01	
Téma	3
Televízia - TA3, Téma, 6. 11. 2024, 12:32	
Liečba diabetes mellitus 2. typu v staršom veku	4
Tlač, Lekárske listy, 7. 11. 2024	
UNLP zavádza novinku, ktorá sa úspešne osvedčila už aj v zahraničí	7
Tlač, Zdravotnícke noviny, 7. 11. 2024	



Žurnál

📺 6. 11. 2024, 12:01, Relácia: **Žurnál**, Stanica: TA3, Vydavateľ: C.E.N. s.r.o., Sentiment: **Neutrálny**, Téma: **Rektorát UPJŠ**, Kľúčové slová: **Daniel Pella**
Dosah: 7 500 GRP: 0,17 OTS: 0,00 AVE: 6773 EUR

[strojový prepis] ...Drucker, prepáčte minister školstva a **Daniel Pella**. Všetko dobré...



Téma [↗](#)

📅 6. 11. 2024, 12:32, Relácia: **Téma**, Stanica: **TA3**, Sentiment: **Pozitívny**, Téma: **Rektorát UPJŠ**, Kľúčové slová: **Rektor univerzity Pavla Jozefa Šafárika, Daniel Pella**

Dosah: **7 500 GRP**: **0,17 OTS**: **0,00 AVE**: **2346 EUR**

[strojový prepis] ...A som veľmi rada, že do štúdia prišiel aj lekár a **rektor univerzity Pavla Jozefa Šafárika** v Košiciach Daniel Pella. Dobrý deň. Príjemný deň. Pán minister, začnem najskôr otázkou na vás. Povedzme si, aká je teda úroveň vysokoškolského života alebo vysokého školstva ako takého na Slovensku. Tak to je taká všeobecná otázka, musím povedať. Tak a na rozbeh...

Liečba diabetes mellitus 2. typu v staršom veku [✉](#)

7. 11. 2024, Zdroj: **Lekárske listy**, Strany: 11, 12, 14, Vydavateľ: MAFRA Slovakia, a.s., Autor: Zbynek Schroner, Sentiment: Pozitívny, Téma: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Kľúčové slová: UPJŠ

Dosah: 14 000 GRP: 0,31 OTS: 0,00 AVE: 5999 EUR

Liečba diabetes mellitus 2. typu v staršom veku

Rubrika: Diabetológia

Vzťah medzi intenzívnou glykemickou kompenzáciou a prevenciou mikrovaskulárnych komplikácií diabetes mellitus 1. a 2. typu (DM1 a DM2) je dokázaný (diabetická nefropatia, retinopatia, neuropatia). Výsledky štúdií týkajúcich sa vzťahu intenzívnej glykemickej kompenzácie a makrovaskulárnych komplikácií nie sú zďaleka také jednoznačné. Výsledky sa dostávajú až po dlhodobom sledovaní (štúdiá post-UKPDS po 17 - 18 rokoch).

Súčasný cieľ glykemickej kontroly sú založené na výsledkoch a kritickom zhodnotení výsledkov kontrolovaných randomizovaných štúdií ako sú UKPDS, 10-ročné sledovanie intenzívnej glykemickej kontroly pri DM2 (post-UKPDS), ACCORD, ADVANCE a VADT, DCCT/EDIC. V posledných rokoch sa v diabetológii zdôrazňuje personalizovaný prístup k liečbe pacienta, ktorý zahŕňa tieto prvky: zhodnotenie celkového klinického stavu chorého, určenie individuálnych terapeutických cieľov a adekvátny výber terapie pri rešpektovaní osobnosti pacienta.

Ovplyvnenie rizikových faktorov vaskulárnych komplikácií DM 2 (hyperglykémia, dyslipoproteinémia, artériová hypertenzia, obezita) hrá zásadnú úlohu v prevencii a v spomalení ich progresie. U pacientov s manifestáciou DM v staršom veku sa mikrovaskulárne komplikácie vzhľadom na limitovanú očakávanú dĺžku života nemajú čas vyvinúť, ale ak sú už prítomné, významným spôsobom môžu ovplyvniť spôsob liečby a prognózu pacienta. Makrovaskulárne (kardiovaskulárne (KV) ochorenia asociované s DM) ochorenia sú časté a vyžadujú zvýšenú pozornosť. Individualizácia liečebných cieľov je v tab. 1. Na základe klinických štúdií a odporúčaní odborných spoločností je pri liečbe DM2 dôležitá úprava životného štýlu (diéta, fyzická aktivita, kontrola hmotnosti, zákaz fajčenia, edukácia, psychosociálna starostlivosť) a farmakoterapia.

Ako sa líši prístup ku staršiemu pacientovi? Ťažiskovým cieľom nie je restitutio ad integrum, ale: predchádzanie zhoršeniu chorôb; udržanie funkcie orgánov a systémov; udržanie sebestačnosti; odsunutie bezvládnosti a odkázania na pomoc; zachovanie dobrej kvality života. Funkčné vyšetrenie v geriatrickej zahŕňa oblasť biomedicínsku, psychickú, socioekonomickú a zistenie celkových funkčných schopností v základných všedných činnostiach. Po zhodnotení funkčného vyšetrenia u nezávislého sebestačného pacienta môžeme sa usilovať o striktnú kontrolu glykémie a krvného tlaku. U relatívne nezávislého pacienta je cieľom optimalizácia kontroly glykémie a krvného tlaku. V oboch prípadoch je vhodné zväziť zníženie lipidov. Ak je pacient vysoko závislý a krehký, cieľom liečby je kontrola symptómov. Dôležité je vyvarovať sa hypoglykémii a excesívnemu monitoringu (obr. 1). Špecifiká výberu antidiabetickej liečby u starších pacientov s DM2 sú uvedené v tab. 2.

Špecifiká výberu antidiabetickej liečby u starších pacientov s DM2

Metformín (metformín, metformín s predĺženým uvoľňovaním). Mechanizmus účinku: hlavným účinkom metformínu je zníženie hepatálnej produkcie glukózy, menej výrazné je zvýšenie periférnej využitia glukózy v kostrovom svalstve a v tukovom tkanive. Metformín patrí medzi inzulínové senzitizéry – znižuje hladinu glykémie bez stimulácie sekrécie inzulínu. Výraznejšie znižuje glykémiu nalačno ako postprandiálnu glykémiu. U starších ľudí neboli zistené žiadne významné zmeny farmakokinetických parametrov. Metformín je možné podávať bez ohľadu na vek, má v monoterapii nízke riziko hypoglykémie a je hmotnostne neutrálny, prípadne pri jeho užívaní dochádza k poklesu hmotnosti. Metformín je stále liekom prvej voľby aj u starších pacientov s DM2 za predpokladu, že nie sú prítomné nežiaduce účinky alebo kontraindikácie jeho použitia: 1. potreba sledovania obličkových funkcií (eGFR < 30 ml/min je kontraindikáciou); 2. stabilné chronické srdcové zlyhávanie – je možné ho použiť; 3. dlhodobá liečba metformínom – je vhodné monitorovať koncentráciu vitamínu B12 v sére. Klinické štúdie/metaanalýzy: podľa štúdie UKPDS metformín u obeznych pacientov viedol k zníženiu výskytu KV komplikácií. Výsledky observačných štúdií s metformínom poukazujú na pokles incidencie malígnych ochorení.

DPP4-inhibítory/gliptíny (sitagliptín, linagliptín, vildagliptín, alogliptín). Mechanizmus účinku: inhibítory dipeptidylpeptidázy-4 spôsobujú inhibíciu DPP-4, ktorá vedie ku zvýšeniu hladín GLP-1 vo fyziologickom rozmedzí. Následne dochádza k zvýšenej odpovedi sekrécie inzulínu na glukózový podnet a k zníženiu hladín glukagónu. V dôsledku týchto faktorov dochádza k zníženiu výkyvov glykémie po perorálnom príjme glukózy alebo jedla a tiež k zníženiu glykémie nalačno. Inhibítory DPP-4 nevyvolávajú hypoglykémiu, sú hmotnostne neutrálné a majú zriedkavé nežiaduce účinky. U starších diabetikov 2. typu sú vhodnou a bezpečnou voľbou: 1. nízky výskyt nežiaducich účinkov; 2. kardiovaskulárna bezpečnosť; 3. liečba nie je asociovaná s rizikom hypoglykémie; 4. možné použiť v každom štádiu chronického ochorenia obličiek; 5. hmotnostná neutralita. Klinické štúdie/metaanalýzy: do klinických štúdií so sitagliptínom boli zaradení aj pacienti nad 65 rokov a menší počet aj vo veku nad 75 rokov, pričom sa nezistil rozdiel v účinnosti a bezpečnosti v porovnaní s mladšími vekovými skupinami. Podobné výsledky boli zistené pri vildagliptíne, saxagliptíne a linagliptíne. Pri liečbe inhibítormi DPP-4 u starších ľudí (> 65 rokov) nie je potrebná úprava dávky. Skúsenosti u pacientov vo veku 75 rokov a starších sú obmedzené a pri liečení tejto populácie treba postupovať opatrne. Pri linagliptíne sa uvádza horná veková hranica podávania > 80 rokov.

Deriváty sulfonylurey (SU) (gliklazid, gliklazid MR, glimepirid, glipizid, gliquidon, glibenklamid). Mechanizmus účinku: deriváty sulfonylurey patria medzi inzulínové sekretagóga. Po väzbe na sulfonylureové receptory B-buniek Langerhansových ostrovčekov pankreasu uzáverom ATPdependentných káliových kanálov stimulujú sekréciu inzulínu. Ovplyvňujú bazálnu aj prandiálnu sekréciu inzulínu. Ich metabolické účinky sa prekrývajú s účinkom inzulínu. SU deriváty majú rýchly nástup účinku, ich použitie je spojené s miernym prírastkom na hmotnosti (v štúdiu ADVANCE s gliklazidom nebol pozorovaný vzostup hmotnosti) a s rizikom hypoglykémie. U starších diabetikov je určité riziko hypoglykémie, ktorá je často dlhšie trvajúca a nebezpečnejšia ako hypoglykémia po inzulíne. Novšie generácie derivátov SU (gliklazid MR, glimepirid) majú nižšie riziko hypoglykémie, výhodnú cenu, účinnosť a bezpečnostný profil. Pred začiatkom liečby SU by pacient mal byť edukovaný o prevencii a liečbe hypoglykémie (Martinka a kol., 2023), v súčasnosti sa od indikácie derivátov SU ustupuje. Najvyššie riziko hypoglykémie je pri použití glibenklamidu. Klinické štúdie/metaanalýzy: deriváty SU znižujú riziko mikrovaskulárnych komplikácií (UKPDS). V 10-ročnom sledovaní po ukončení štúdie UKPDS došlo k zníženiu infarktu myokardu myokardu a úmrtí z akejkoľvek príčiny. V štúdiu ADVANCE s gliklazidom došlo k zníženiu mikrovaskulárnych príhod o 14 % redukciami incidencie nefropatie o 21 % a terminálneho obličkového zlyhania o 65 %. Gliklazid je rovnako účinný u pacientov vo veku do 75 rokov a nad 75 rokov. Glimepirid, gliquidon a glipizid nemajú v SPC obmedzenie podávania podľa veku. Podľa odporúčaní EDWPOP u novodiagnostikovaného pacienta s DM2 vo veku nad 70 rokov je nutné sa vyhýbať podávaniu glibenklamidu pre riziko hypoglykémie. Riziko hypoglykémie závisí okrem iného od dávky a dĺžky trvania účinku jednotlivých derivátov SU. Dlhodobopôsobiacie prípravky (glibenklamid) majú väčšiu pravdepodobnosť vyvolať hypoglykémia ako gliklazid, glimepirid a glipizid. Pri liečbe glibenklamidom u starších pacientov je v SPC odporúčaná znížená úvodná a udržiavacia dávka. V kontrolovanej klinickej štúdiu GUIDE mal gliklazid MR nižšie riziko potvrdenej symptomatickej hypoglykémie < 3,0 mmol/l v porovnaní s glimepiridom. U diabetikov liečených inzulínom a prípravkami sulfonylurey sa môže vyskytovať ťažká hypoglykémia. Mortalita pri hypoglykémii u starších pacientov môže byť vyššia ako 10 %, pravdepodobne vzhľadom na súčasné kardiovaskulárne alebo cerebrovaskulárne ochorenie. Podľa výsledkov z 3 dánskych národných registrov, v ktorých sa hodnotila mortalita a KV riziko spojené s liečbou rôznymi inzulínovými sekretagógami v porovnaní s metformínom u pacientov s DM2 s prechádzajúcim infarktomyokardu alebo bez neho, monoterapia inzulínovými sekretagógami (glimepirid, glibenklamid, glipizid a tolbutamid) bola asociovaná so zvýšenou mortalitou a KV rizikom v porovnaní s metformínom. Výsledky s gliklazidom a repaglinidom sa štatisticky nelíšili od výsledkov pri liečbe metformínom.

Tiazolidíndióny/glitazóny (pioglitazón). Mechanizmus účinku: tiazolidíndióny (TZD) sú selektívne agonisty nukleárných receptorov PPAR-gama (receptor gama aktivovaný peroxizómovými proliferátormi). Vedú k aktivácii transkripcie inzulín-senzitívnych génov, ktoré sú zapojené do sacharidového a lipidového metabolizmu. TZD zvyšujú senzitivitu svalov, tukového tkaniva a pečene na endogénny a exogénny inzulín („inzulínové senzitizer“). Počas užívania majú ochranný vplyv na funkciu B-buniek pankreasu. Komplexným spôsobom znižujú hyperinzulínémiu a hyperglykémia. TZD nezvyšujú riziko hypoglykémie: 1. používajú sa zvlášť v kombinovanej liečbe pri DM2 s vyjadrenou inzulínovou rezistenciou; 2. nízke riziko hypoglykémie; 3. možnosť podávania pri renálnej insuficiencii; 4. riziko retencie tekutín, srdcového zlyhávania, kostných fraktúr, progresie osteoporózy. Klinické štúdie: pioglitazón bol sledovaný v štúdiu Proactive, incidencia hlavného sekundárneho ukazovateľa (celková mortalita, nefatálny IM a CMP) bola znížená o 16 %.

SGLT2-inhibítory/gliflozíny (empagliflozín, kanagliflozín, dapagliflozín). Mechanizmus účinku: inhibítory SGLT2 blokujú zvýšenú reabsorpciu glukózy v obličkách, tým, že znižujú kapacitu SGLT2 transportérov v proximálnom tubule obličky, čo vedie k vylučovaniu glukózy do moču. Inhibícia SGLT2 znižuje glykémia nezávisle od funkcie B-buniek a inzulínovej rezistencie. V klinických štúdiách bol preukázaný renálny a KV benefit. Výhody u starších pacientov: 1. priaznivý účinok na srdcové zlyhávanie; 2. nízke riziko hypoglykémie; 3. efekt nezávislý na sekrécii inzulínu – umožňujúci podávanie vo včasných aj neskorších štádiách DM2. Opatrnosť: 1. zvýšené riziko urogenitálnych infekcií, mykotické infekcie; 2. u pacientov s poklesom renálnych funkcií; 3. u pacientov s volumovou depléciou; 4. u pacientov s autonómnou KV neuropatiou – sklon k ortostatickej hypogenzii. Klinické štúdie/metaanalýzy: bezpečnosť a účinnosť u pacientov >65 rokov; kanagliflozín priaznivý účinok u pacientov >55 rokov, ale aj >75 rokov.

Agonisty GLP1 receptorov (GLP1-RA)

(liraglutid – 1x denne s.c., semaglutid – 1x týždenne s.c., dulaglutid – 1 x týždenne s.c., exenatid – 2x denne, ev. derivát 1x týždenne s.c.). Mechanizmus účinku: napodobňujú účinky endogénneho GLP-1. Stimulujú pankreatickú sekréciu inzulínu v závislosti od glukózy, potláčajú neprímerne zvýšenú sekréciu glukagónu, spomaľujú vyprázdňovanie žalúdka a potláčajú chuť do jedla. Vedú k redukcii telesnej hmotnosti. Medzi nežiaduce účinky patrí mierna až stredne závažná nauzea, hlavne pri začiatku liečby. U starších pacientov je preukázaný KV benefit. Výhody vo vyšších vekových skupinách: 1. dokázaná redukcia rizika cievnej mozgovej príhody (CMP); 2. nízke riziko hypoglykémie; 3. vplyv na srdcové zlyhávanie je neutrálny. Možné nevýhody: 1. injekčná aplikácia – s.c., najnovšie je aj p.o. semaglutid; 2. nežiaduce gastrointestinálne účinky; 3. v niektorých štúdiách zvýšená incidencia akútnych žilných ochorení; 4. malý vzostup srdcovej frekvencie. Opatrnosť/nevhodnosť: 1. u starších pacientov s úbytkom telesnej hmotnosti; 2. u krehkých pacientov s anorektickou malnutríciou nevhodný. Klinické štúdie: nie je publikovaná žiadna originálna práca koncipovaná pre seniorov s DM, štúdia DUAL II – fixná kombinácia inzulínu degludek a liraglutidu je účinnejšia a bezpečnejšia v porovnaní s inzulínom degludek a liraglutidom podávaných samostatne. Inzulín (dlhodobopôsobiaci analógy inzulínu – inzulín glargín 100 U/ml, 300 U/ml, inzulín detemir 100 U/ml, inzulín degludek 100 U/ml, biosimilárny inzulín glargín 100 U/ml), dlho/stredne dlhodobopôsobiaci humánny inzulín – humánny NPH-inzulín 100 U/ml; prandiálne (rýchlo účinkujúce) inzulíny – rýchlo účinkujúci inzulín: humánny regular inzulín 100 U/ml, rýchlo účinkujúce analógy inzulínu – inzulín lispro 100 U/ml, 200 U/ml, inzulín aspart 100 U/ml, inzulín glulizín 100 U/ml, ultrarýchlo/rýchlejšie účinkujúci inzulín aspart 100 U/ml – FIAsp (Faster Insulin Aspart), ultrarýchlo účinkujúci inzulín lispro 100 U/ml; bifázické (premixované)



inzulíny – humánne bifázické inzulíny 30/70, 25/75; bifázické (premixované) analógy inzulínu - bifázický inzulín lispro MIX 25/75, MIX 50/50, bifázický inzulín aspart 30/70; koformulácia bazálny inzulín degludek a rýchlo účinkujúci prandiálny inzulín aspart 70/30; fixné kombinácie bazálneho analógu inzulínu a GLP1-RA – inzulín degludek + liraglutid (IDegLira): 100 U/ml IDeg + 3,6 mg Lira; inzulín glargín + lixisenatid (IGlaLixi): 100 U/ml IGla + 50 µg/ml Lixi, 100 U/ml/IGla + 33 µg/ml/Lixi. Mechanizmus účinku: inzulín je najdôležitejším produktom B-buniek Langerhansových ostrovčiek pankreasu. Ide o hormón, ktorého hlavnou úlohou je udržiavanie glukózovej homeostázy. Primárny fyziologický účinok je v aktivácii inzulínového receptora. Takmer univerzálna odpoveď. Teoreticky účinnosť bez limitov. Nevýhody - hypoglykémia, prírastok na hmotnosti. Ľudský inzulín je polypeptid, ktorý obsahuje 51 aminokyselín. Mnoho starších pacientov s DM2 vyžaduje liečbu inzulínom: 1. častou chybou je oddiaľovanie prechodu na inzulín aj v týchto vekových skupinách; 2. snažíme sa voliť čo najjednoduchší inzulínový režim; 3. zlatý štandard iniciácie inzulínovej liečby – bazálny inzulínový analóg v jednej najčastejšie večernej dávke; 4. u starších pacientov sú preferované dlhodobo pôsobiace inzulínové analógy glargín, detemir, degludek; 5. PAD – deriváty sulfonylurey a tiazolidíndióny – vynechávame alebo znižujeme dávku; 6. intenzifikácia liečby – fixná kombinácia bazálneho inzulínového analógu s agonistom GLP1- receptorov – 1x denne s.c. (inzulín degludek + liraglutid, inzulín glargín + lixisenatid); 7. pri použití intenzifikovaných inzulínových režimov – možné riziko hypoglykémie: riešenie = prechod na premixované inzulínové analógy, deintenzifikácia liečby na fixnú kombináciu bazálneho inzulínového analógu s agonistom GLP1-receptorov. Klinické štúdie: účinok dlhodobo pôsobiaceho inzulínového analógu glargín bol sledovaný v klinickej štúdii ORIGIN (2012). Priemerný vek pacientov pri zaradení do štúdie bol $63,8 \pm 7,8$ roka. Štúdia dokázala bezpečnosť a dlhodobú účinnosť liečby inzulínom glargín, bez významného ovplyvnenia hmotnosti.

U krehkého pacienta je cieľom liečby kontrola symptómov

Tab. 1: Odporúčania pre cieľové hodnoty parametrov glykemickej kontroly

Parameter HbA 1c (%) Hodnota

$< 6,5 < 7 < 7,5 < 8,0 < 8,5$

Charakteristika

novozistený resp. krátkotrvajúci ($< 4 - 6$ rokov) DM, mladší pacienti bez KVO, bez významnejších komorbidít, ak sa takáto kontrola dosahuje bez významnejšieho rizika hypoglykémie bez závažných komorbidít, bez významného rizika hypoglykémie, pri ktorom sa takáto kontrola dosahuje bez významnejšieho rizika hypoglykémie stredne dlhé (8 - 12) rokov až dlhšie trvanie DM, starší pacient, prekonané KVO, komorbidity pacient vo vyššom veku, dlhotrvajúci DM (> 15 rokov), anamnéza ťažkých hypoglykémii, pokročilé mikro- a makrovaskulárne komplikácie, prekonané KVO s klinickými prejavmi, početné komorbidity, ak sa prísnejší cieľ dosahuje ťažko alebo s rizikom hypoglykémii a nadmernej variability pacient vo vysokom veku, vysoké riziko ťažkej hypoglykémie alebo syndróm nevedomovania si hypoglykémie, početné závažné komorbidity, so symptomatickým KVO, pacient, u ktorého sa cieľ do 8 % dosahuje ťažko, krátka očakávaná dĺžka života, funkčná obmedzenosť (závislosť) osoby FPG (mmol/l) 4 - 8

podľa kritéria HbA 1c PPG (mmol/l) 4 – 10 (12) podľa kritéria HbA 1c

FPG = glykémia nalačno, PPG = postprandiálna glykémia

Obr. 1: Cielená liečba vo vzťahu k funkčnému vyšetreniu u staršieho pacienta s DM (Sinclair, 2010)

Nezávislý sebestačný pacient Relatívne nezávislý pacient Vysoko závislý a krehký pacient Mobilný a mentálne spôsobilý Jednoduchý medicínsky stav Určité znaky funkčného poklesu Niekoľko komorbidít Môže byť v ošetrovateľskom zariadení Cieľ: striktná kontrola glykémie a krvného tlaku Zváženie zníženia lipidov Cieľ: optimalizácia kontroly glykémie a krvného tlaku Zváženie zníženia lipidov Cieľ: kontrola symptómov Vyhybanie sa hypoglykémii a excesívnemu monitoringu

Tab. 2: Špecifiká výberu antidiabetickej liečby u starších pacientov s DM2 základné princípy

účinnosť a bezpečnosť u seniorov kardiovaskulárne bezpečné (protektívne) asociované s nízkym výskytom hypoglykémie renálne bezpečné (protektívne) onkologicky bezpečné jednoduché podávanie predvídateľný celkový bezpečnostný profil možnosť použitia pri ťažších poruchách funkcie obličiek možnosť kombinácie s inými liekmi hmotnostná neutralita

+ Individualizácia liečby:

simplifikácia a deintenzifikácia liečby liečba rešpektujúca klinický stav a stupeň krehkosti pacienta

Metformín je možné podávať bez ohľadu na vek Mnoho starších pacientov s DM2 vyžaduje liečbu inzulínom

Autor: doc. MUDr. Zbynek Schroner, PhD. LF **UPJŠ** Košice



UNLP zavádza novinku, ktorá sa úspešne osvedčila už aj v zahraničí [↗](#)

📅 7. 11. 2024, Zdroj: **Zdravotnícke noviny**, Strana: 7, Vydavateľ: MAFRA Slovakia, a.s., Sentiment: Pozitívny, Téma: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Kľúčové slová: UPJŠ

Dosah: 14 000 GRP: 0,31 OTS: 0,00 AVE: 2040 EUR

UNLP zavádza novinku, ktorá sa úspešne osvedčila už aj v zahraničí

Rubrika: Novinka

USG navigovaný blok ganglion sphenopalatinum ako forma anestézie pri chirurgickej liečbe dentogénnej maxilárnej sinusitídy

U

NLP Košice začína s novinkou, ktorá sa už osvedčila v praxi maxilofaciálnych chirurgov a otorinolaryngológov v zahraničí. Blokádu sphenopalatinálneho ganglia a jej analgetický účinok zaviedli do praxe lekári I. stomatologickej kliniky UNLP a LF **UPJŠ** Košice. Používa sa pri syndrómoch bolesti ako sú cluster headache, trigeminálna neuralgia, migréna, alebo na zmiernenie bolesti po endoskopicko- operácii prínosových dutín, ale aj po otvorenej operácii čelustných dutín.

„Celková anestézia je vo všeobecnosti bezpečná aj u ľudí s pridruženými ochoreniami, avšak môže spôsobiť viac, či menej závažné komplikácie. Objavom moderných anestetických techník, sofistikovaných monitorovacích prístrojov a bezpečnejších liekov sa v súčasnosti komplikácie celkovej anestézie ako morbidita a mortalita znížili, avšak výskyt menej závažných a častejších komplikácií sa výrazne nezmenil. Najčastejšie vedľajšie účinky po operáciách v orofaciálnej oblasti vykonaných v celkovej anestézii zahŕňajú bolesti hrdla, nauzeu, vracanie, psychické zmeny v rôznej forme, respiračné ťažkosti a hypertenziu. Z tohto dôvodu sa snažíme využiť alternatívny spôsob anestézie pri týchto chirurgických zákrokoch,“ uviedla MDDr. Martina Semanová.

Indikácie a kontraindikácie

Blok sphenopalatinálneho ganglia sa využíva ako možnosť liečby pri rozličných druhoch bolesti a syndrómov. Jeho úroveň využitia pri rôznych typoch bolesti sa hodnotí podľa stupnice Oxfordského centra založenej na dôkazoch, počte kontrolovaných a kohortových štúdií. Na základe týchto štúdií odporúčajú využívať SPGB v indikáciách cluster headache, neuralgia 2. vetvy n.trigeminus, migrénach, pri analgézii po endoskopicko- a otvorenej operácii prínosových dutín, pri zlomeninách jarmovej kosti a zygomaticomaxilárneho komplexu a pri plastikách oroantrálnej komunikácie. Ďalšie indikácie sú syndrómy bolesti hlavy zahrňujúce hemicrania continua, dural puncture headache, komplexný regionálny syndróm bolesti, interkostálna neuralgia a dysmenorrhoea, avšak v týchto indikáciách zatiaľ nie je publikované dostatočné množstvo kontrolovaných štúdií.

K relatívnym kontraindikáciám patrí užívanie antikoagulačnej liečby, stav po úraze tváre v anamnéze alebo prebiehajúca infekcia.

„Chirurgický zákrok v blokovej anestézii sa nám v priebehu pol roka podarilo efektívne využiť v šiestich prípadoch. V štyroch prípadoch išlo o antrotómiu a v jednom prípade o cystektómiu antrálnej cysty a odstránenie dentogénnej príčiny zápalu. V jednom prípade sme po bloku sphenopalatinálneho ganglia dokázali vykonať aj malý chirurgický zákrok v sánke (odstránenie corpus alienum) bez použitia dodatočnej lokálnej anestézie. Vo všeobecnosti došlo k skráteniu celkového operačného času a pobytu pacienta na sále, keďže nie je nutná jeho extubácia,“ uviedla zástupkyňa prednostky MUDr. Lívia Sladká, PhD., MHA.

Na škále bolesti od 1 do 10 piati pacienti priradili vykonaniu blokády ganglion sphenopalatinum skóre 0, jeden pacient skóre 2. Všetci pacienti by chirurgický zákrok absolvovali opäť touto metódou, bez použitia celkovej anestézie.

Benefity

výkon sa využíva u pacientov kontraindikovaných do celkovej anestézie (hlavne kardiovaskulárne ochorenia) nižšia až žiadna bolesť po výkone až do 24 hodín nižší výskyt vomitu a nauzey ako po výkone v celkovej anestézii kratšia príprava a dĺžka celého výkonu ako pri celkovej anestézii rýchlejší návrat z ústavnej liečby domov a kratšia rekonvalescencia možná spolupráca a komunikácia pacienta pri výkone výkon sa dá použiť ako analgézia u pacientov s neuralgiformnou bolesťou II. vetvy n. trigeminu Operačný tím, zľava: MUDr. Sladká, MUDr. Lenčoš – anestéziológ I. KAIM a MDDr. Semanová

Foto: UNLP

Autor: (red)