

Bolesť v dermatológii

MUDr. Natália Urminská¹, MUDr. Benedikta Bútorová², MUDr. Ján Lidaj¹

¹Prírodné liečebné kúpele Smrdáky

²Dermatovenerologická klinika LF UK a UNB, Bratislava

Slovo bolesť (angl. pain) má podobný význam ako starogrécke slovo poine = trest. V slovanských jazykoch sa odvodzuje od indoeurópskeho koreňa bhel- (slabý, chorý). Medzinárodná spoločnosť pre štúdium bolesti uvádza, že bolesť je štatisticky najčastejší dôvod, pre ktorý pacient vyhľadá lekársku pomoc. Bolesť v dermatológii nebýva prítomná iba v súvislosti s ranami a jazvami, ale je veľmi častá u pacientov so zápalovými dermatózami. K bolesti dochádza pri porušení kožného krytu, ale môže byť aj dôsledkom iných patofyziologických procesov, ako napríklad pri neuralgiách. Bolesť predstavuje signál nebezpečenstva a môže dopomôcť k lokalizácii chorobného procesu v diferenciálno-diagnostickej oblasti. Vnímanie bolesti je výrazne individuálne. K týmto individuálnym rozdielom prispieva viacero premenných vrátane genetických faktorov, demografických vplyvov a psychosociálnych procesov. Časté sú napríklad rozdiely medzi pohlavím, vekom a etnickými skupinami.

Kľúčové slová: bolesť, dermatózy, zápal, terapia

The pain in dermatology

The word pain is derived from the ancient Greek word poine = punishment. In Slavic languages, it is derived from the Indo-European root bhel- (weak, sick). The International Association for the Study of Pain states that pain is statistically the most common reason for a patient to seek medical help. Pain in dermatology is not only present in connection with wounds and scars, but is also very common in patients with inflammatory dermatoses. Pain occurs when the skin is disrupted, but can also be the result of a neuropathic stimulus, such as various forms of neuralgia. Pain is a signal of danger and it can help to localize the disease process in the differential-diagnostic area. The perception of pain is very individual. Several factors contribute to these individual differences, including genetic factors, demographic influences, and psychosocial processes. Differences between gender, age and ethnic groups are also very common.

Key words: pain, dermatoses, inflammation, therapy

Dermatol. prax, 2022;16(1):28-32

Úvod

Aristoteles opisoval bolesť ako utrpenie duše. The International Association for the Study of Pain (IASP) definuje bolesť ako nepríjemný emocionálny zážitok spojený so skutočným alebo potenciálnym poškodením tkaniva alebo opísaný v zmysle takéhoto poškodenia. Ide o subjektívny nepríjemný pocit sprostredkovaný aferentným nervovým systémom a mozgovou kôrou. Dráha bolesti je trojneurónová, s početnými prepojeniami do iných oblastí mozgu – preto sú bolestivé podnety spojené nielen s nepríjemnými pocitmi, ale aj aktiváciou sympatiku a parasympatiku a motorickou reakciou.

Na základe patofyziológie je bolesť klasifikovaná ako nociceptívna (somatická a viscerálna) a neuropatická. Nociceptívna bolesť je odpoveď na mechanické, chemické, tepelné alebo elektrické podnety sprostredkované nociceptormi (senzorické receptory), je zreteľne lokalizovaná a tupá, prípadne vyžarujúca (bodavá). Neuropatická (neurogénna) bolesť je definovaná ako bolesť, ktorá je zapríčinená primárnym poško-

dením alebo dysfunkciou periférneho alebo centrálného nervového systému.

Bolesť predstavuje signál nebezpečenstva, po ktorom môže nasledovať poškodenie tkaniva. Môže dopomôcť k lokalizácii chorobného procesu v rámci diferenciálnej diagnostiky. Z časového hľadiska rozlišujeme bolesť akútnu, trvajúcu sekundy až týždne, maximálne však do troch mesiacov. Chronická bolesť trvá dlhšie ako tri mesiace a môže pretrvávajúť aj po odstránení vyvolávajúceho podnetu, prípadne zhojení poškodeného tkaniva (1, 2, 3, 4).

Bolesť v spojitosti s kožnými ochoreniami

V každodennej dermatologickej praxi sa stretávame so širokou škálou možných príčin bolesti. Kožné ochorenia sú nielen zaťažujúce, ale často aj bolestivé. Ak je bolesť neliečená, má značný vplyv na kvalitu života pacienta. Obzvlášť ak je spojená aj so závažným kožným nálezom.

Z dostupných štúdií vyplýva, že pri nenádorových ochoreniach kože sú najviac „bolestiví“ pacienti s bulóznymi

ochoreniami a erysipelom. Nasledujú ich pacienti s ulkusmi predkolení, pyoderma gangrenosum a herpes zoster. Medzi časté bolestivé stavy v dermatológii môžeme ďalej zaradiť aj obyčajné poškodenie kože z mechanických príčin, ako je clavus, ktorý tlačí na periost, alebo závažnejšie stavy ako dekubity, popáleniny či omrzliny. Bolestivé vedia byť aj často sa vyskytujúce kožné infekcie – panaritium, paronychium, furunculus, carbunculus alebo flegmóna. Palpačná bolestivosť kožných prejavov býva prítomná aj pri Sweetovom syndróme (Dermatitis acuta febrilis neutrophilica), často recidivujúcej dermatóze spojenjej s celkovými príznakmi. Skôr bolestivý ako svrbíaci sa v literatúre opisuje aj angioedém, charakterizovaný ako náhle vznikajúci edém kože a podkožia alebo sliznice. Bolestivým edémom býva sprevádzaná aj thrombophlebitis superficialis chronica, bolesťou končatiny zase flebotrombóza, čiže zápal žilovej steny s uzáverom hlbokých vén, obe s nebezpečenstvom embolizácie do pľúc. Páľivé, bodavé až krčovitité bolesti v lýtkach sú typické pri varixoch. Tuhé a na dotyk veľ-

mi bolestivé noduly až uzly v podpazuší bývajú charakteristickým klinickým obrazom hidradenitis suppurativa. Bolestivé, ostro ohraničené plytké erózie, prípadne ulcerácie na slizniciach pozorujeme pri aftách – stomatitis aphthosa.

V nasledovných odsekoch budú stručne zhrnuté informácie o vybraných kožných ochoreniach spájaných s bolesťou zo spomínaných štúdií (1, 5, 6).

Bulózne ochorenia

Bulózne dermatózy tvoria skupinu vážnych autoimunitne podmienených ochorení, ktoré postihujú sliznice aj kožu. Vznik búl môže prebiehať dvomi spôsobmi. Buď akantolýzou, čiže rozrušením medzibunkových spojok, hlavne v stratum spinosum, za tvorby intraepidermálnych búl, alebo epidermolýzou, na podklade odlúčenia celej epidermy aj s bazálnou membránou od kória, s následnou tvorbou subepidermálnych búl. Podľa toho rozlišujeme bulózne ochorenia na dve hlavné podskupiny – pemfigus a pemfigoid.

Skupinu pemfigózných ochorení tvoria klinické jednotky charakterizované tvorbou intraepidermálnych búl. Najčastejším ochorením z tejto skupiny je Pemfigus vulgaris, relatívne vzácné, ale veľmi závažné ochorenie. Prvé prejavy pemfigu sú v 50 % v ústnej dutine a predchádzajú niekoľko týždňov až mesiacov prejavy na koži. Typické sú tenkostenné pluzgieri lokalizované na sliznici ústnej dutiny a kdekoľvek na koži, ktoré sa rýchlo menia na bolestivé erózie s pomalou tendenciou k hojeniu. Na nezmenenom, a niekedy aj na erytematóznom podklade vznikajú na koži číre, serózne, chabé, tenkostenné buly, ktoré sa môžu šíriť na perifériu. Buly sa rýchlo v priebehu dvoch až troch dní rozrušia. Vzniknuté erózie splývajú do veľkých erodovaných plôch a ich povrch neskôr pomaly zasychá do serózných až hemoragických krúst, ktoré sa hoja bez jazvy. Pacienti sa sťažujú na bolestivé erózie, mortalita dosahuje 5 – 15 %. Základom terapie je prednizón v dávke 1 mg/kg/deň, v remisii s prechodom na udržiavaciu dávku. Ďalej sú používané imunosupresíva a v poslednom čase sa odporúča aj biologická liečba anti-CD20 protilátkami.

Charakteristickým znakom pemfigoidných dermatóz sú napäté buly s pevným krytom vznikajúce na erytematóznej spodine. Ide o vezikuly a buly uložené subepidermálne. Do tejto skupiny zaraďujeme ochorenia Pemphigoides bullosus, Pemphigoides gestationis či Pemphigoides cicatricans. Najčastejšia autoimunitná bulózna dermatóza v západnej a strednej Európe Pemphigoides bullosus je relatívne benígne chronické ochorenie vyskytujúce sa okolo 70. roku života. Niekedy výsevu búl predchádza pruritus či výsevy prchavých urtik. V 20 až 30 % sú prítomné bolestivé erózie aj v ústnej dutine. Liečba býva zameraná na zníženie zápalu a redukciu novotvorby vezikúl. Najčastejšie podávané sú celkové kortikosteroidy, sulfóny a tetracyklín či imunosupresíva. V prípade nedostatočného efektu sa pristupuje k biologickej liečbe (6, 7).

Erysipelas

Časté akútne infekčné ochorenie kože a povrchových podkožných tkanív vyskytujúce sa najčastejšie na končatinách (najmä predkolení) a na tvári, spravidla sprevádzané horúčkou a triaškou, najmä pri prvej manifestácii ochorenia. Pri recidívach bývajú celkové príznaky zväčša nevýrazné (tzv. mitigovalý erysipel). Najčastejším vyvolávateľom infekcie býva *Streptococcus pyogenes*, beta-hemolytický streptokok skupiny A. Do organizmu vstupuje v mieste porušenia kožnej bariéry. Prejavy sú zvyčajne asymetrické, začínajú náhle obrazom akútnej dermatitídy s pocitom napätia a bolestivosťou na tlak, nasleduje opuch a šírenie prejavov do periférie. Nebezpečný býva erysipel na tvári, ktorý začína na sedle nosa a motýľovito sa rozširuje. Pri takomto postihnutí hrozí nebezpečenstvo prestupu infekcie do kavernózneho sínusu a na mozgové obaly. Liekom voľby je parenterálna antibiotická liečba penicilínom. Terapia zahŕňa pokoj na lôžku, imobilizáciu pacienta a zvýšenú polohu postihnutej časti tela. Pri erysipele na tvári by nemal pacient rozprávať a mal by prijímať tekutú stravu (6, 7).

Ulcus cruris

Defekty kože vznikajúce na dolných končatinách bývajú najčastejšie cievného pôvodu. Až v 85 % vznikajú

vredy predkolenia v dôsledku chronickej venózneho insuficiencie (CHVI). Štúdie ukazujú, že najmä pre výraznú bolesť až dve tretiny pacientov s venóznymi vredmi predkolení zaznamenávajú výrazné zníženie kvality života. Podľa typu obehovej poruchy rozdeľujeme vredy predkolenia na artériové (vznikajúce pomerne rýchlo pri ateroskleróze na periférnych cievach), žilové (vznikajúce pomalšie v dôsledku CHVI a hypertenzie vo venóznom systéme) a zmiešané (obsahujúce artériovú aj venóznou zložku). V prípade ischemických ulcerácií môže ísť o vyústenie autoinflamatorného alebo autoimunitného ochorenia postihujúceho artérie (napr. vasculitis allergica, polyarteritis nodosa). Môžu vzniknúť aj po traume alebo následkom infekcie.

Liečebné možnosti ulcus cruris varirujú od konzervatívneho postupu až po radikálne chirurgické riešenia v závislosti od štádia, stupňa a pokročilosti CHVI. Najčastejšie sa využíva vlhké krytie na dosiahnutie živých granulácií. Predtým sa snažíme o dôkladné lokálne ošetrenie vredu – jeho vyčistenie, odstránenie nekrotických častí. Nevyhnutnou súčasťou je kompresívna terapia doplnená venofarmakami. Novinkou v liečbe je lokálna aplikácia rastových faktorov, ktoré podporujú zlepšenie granulácie a epitelizácie rany. S dobrým efektom bol použitý trombocytový, epidermálny a fibroblastový rastový faktor. Ďalšou z možností je nízko intenzívna UZ stimulácia, ktorá pôsobí priamo na angiogénu, na adhéziu leukocytov a na produkciu rastového faktora (1, 6, 8).

Pyoderma gangrenosum

Jednou z diferenciálnych diagnóz vredov predkolení je Pyoderma gangrenosum, vzácné ochorenie označované aj ako Dermatitis ulcerosa. Zaraďuje sa medzi jednu z najbolestivejších dermatóz. Rolu v rozvoji bolesti hrá hĺbka ulcerácií so sprievodným poškodením nervov. Zhojenie rany spojené s regeneráciou nervových vlákien má za následok perzistujúcu citlivosť na bolesť v danej lokalite. Táto chronická ulcerózna dermatóza je neznámej etiológie a má charakteristický klinický obraz. Prezentuje sa ako bolestivá plošná ulcerácia nepravidelného tvaru, ktorá sa rýchlo šíri do periférie.

Má navalitý podmínaný okraj tmavočervenej farby a nekrotickú spodinu. Niekedy nadväzuje na drobné poranenia kože. Až v 50 % prípadov býva asociovaná s niektorými systémovými ochoreniami, napríklad zápalovými ochoreniami čreva (najmä m. Crohn alebo ulcerózna kolitída), prípadne s artritídou veľkých kĺbov, leukémiou alebo s užívaním niektorých liekov (interferón alfa).

Terapeutický prístup je v tomto prípade podobný ako pri *ulcus cruris*: lokálne ošetrovanie a debridement rany, hydrokoloidné obväzy. Celkovo sa podávajú vysoké dávky kortikosteroidov, niekedy sulfóny alebo azatioprín či cyklosporín. Antibiotiká bývajú v tomto prípade málo účinné, hoci ochorenie klinickým vzhlľadom aj priebehom pripomína pyodermiu, prítomnosť baktérií v ložisku býva len sekundárna. Bazálna je liečba prípadnej asociovanej choroby (1, 6, 7).

Herpes zoster a postherpetická neuralgia

Klinický obraz primoinfekcie varicella – zoster vírusom (VZV) prebieha ako generalizovaný vezikulózný exantém – ovčie kiahne (varicella). Typický je výskytom najmä v detskom veku a vysokou kontagiozitou. Býva sprevádzaná intenzívnym svrbením a postihnutím sliznic tvorbou erózií a prítomnosťou vezikúl aj v kapilácii. U dospelaj populácie má ochorenie ťažší priebeh a často býva spojené s prodrómami ako bolesti hlavy či zvýšená teplota.

Vírus v latentnej forme prežíva v senzitivných gangliách zadných miechových koreňov. Pri oslabení organizmu dochádza k reaktivácii vírusu za vzniku infekcie herpes zoster (tzv. pásový opar). Ten je charakterizovaný typickým unilaterálnym bolestivým výsevom skupinovo usporiadaných pluzgierikov v oblasti jedného alebo viacerých susediacich dermatómov. Ako prvý príznak sa náhle zjaví mierne až silné pálenie na ohraničenej časti tela. Nasleduje ostro ohraničený erytém zachovávajúci línie štiepateľnosti kože, nasledovaný výsevom čírych napnutých herpetiformných pluzgierikov. Výsev sa spravidla končí za 2 – 3 dni, pevný kryt praská a zasychá žltkastou krustou. Pri postihnutí hornej vetvy trojklaného nervu sa môžu prejavy pásového

oparu objaviť okrem čela a periokulárnej oblasti aj na oku označované ako zoster ophthalmicus. Prejaviť sa môžu vo forme herpetickej keratitídy alebo uveitídy, ktoré vyžadujú urgentné oftalmologické vyšetrenie s nastavením na liečbu.

Častou komplikáciou nadväzujúcou na infekciu herpes zoster (HZ) je postherpetická neuralgia (PHN). K rozvoju tohto syndrómu dochádza asi u 20 % pacientov s anamnézou tejto infekcie. Dominujúcim príznakom je neuropatická bolesť. Tá býva opisovaná ako trvalá, páľivá až trhajúca. Typické je šírenie bolesti v jednom dermatóme, od dorzálnej strednej čiary ventrálne v šírení zodpovedajúceho kožnému výsevu HZ. Časté sú dyzestázie – abnormálne senzitivné vnemy nepríjemného až bolestivého charakteru vznikajúce spontánne alebo za normálnych okolností nebolestivým podnetom. Etiopatogenéza PHN ešte nie je presne známa. Okrem histopatologickej dokázaného zápalového poškodenia ganglií zadných miechových koreňov a zadných miechových rohov spojených s disrupciou axónov a myelínu, sa na rozvoji bolestivého syndrómu zrejme podieľa aj tvorba nových synapsií, spontánna aktivita a zvýšenie citlivosti k nociceptívnym stimulom a deafferentovaných centrálnych neurónov. Liečba PHN je často náročná, v prípade nedostatočného ovplyvnenia bolesti v akútnej fáze ochorenia aj dlhodobá. V manažmente PHN je vhodná spolupráca dermatológa s neurológom a algeziológom. Terapeutická odpoveď na jednotlivé liečebné postupy je individuálna. Liekom prvej voľby je amitriptylín (tricyklické antidepresívum) a antiepileptiká (gabapentín, pregabalin). Vhodná môže byť aj 5 % lidokaínová náplast. Druhou voľbou sú opioidy: tramadol, tapentadol a lokálne 8 % kapsaicínová náplast. Do tretej možnosti patria opioidy oxykodón, morfín, buprenofín, fentanyl, prípadne iné antikonvulzíva (klonazepam, karbamazepín, fenytoín) či antagonisty NMDA (N-metyl D-aspartátových) receptorov (6, 7, 9, 10, 11).

Nádorová bolesť

Je to akákoľvek bolesť spojená s nádorovým ochorením. Ide nielen o bolesť spôsobenú samotným tumorom a infiltráciou okolitých tkanív, ale aj bo-

leť spojenú s diagnostikou a liečbou. Na vzniku neuropatickej nádorovej bolesti sa môže podieľať buď priame poškodenie nervu tumorom (tlak, infiltrácia), nádorová liečba a/alebo abnormálna reakcia autoimunitného systému s rozvojom paraneoplastických syndrómov. Rakovina kože je najčastejšou formou rakoviny – tvorí až 40 % všetkých prípadov nádorových ochorení. Môže sa vyskytnúť prakticky na ktorejkoľvek časti pokožky. Niektoré typy rakoviny kože sa šíria pozdĺž nervov. Ak sa tak stane, môže to spôsobiť svrbenie, bolesť, necitlivosť, mravčenie. V dermatológii rozlišujeme prekancerózy, nemelanómové kožné nádory a malígnu melanóm kože.

Malígnu melanóm (MM) ako najagresívnejší typ rakoviny kože sa považuje za najnebezpečnejší typ onkologického ochorenia. Bolesť pri malígnom melanóme je spôsobená priamo tumorom alebo jeho metastázami. Vzdialené metastázy môžu byť prítomné prakticky kdekoľvek, v niektorých prípadoch sa tu môžeme stretnúť s kostnou bolesťou, s bolesťou hlavy a viscerálnymi bolestivými syndrómami. Bolesť po chemoterapii majú zväčša charakter plexopatií a neuropatií. Rozvoj páľivej a trhavej bolesti je daný poškodením tenkých nervových vlákien, ide o bolesť neuropatickú.

Nádorová bolesť je dlhodobá a kontinuálna, spojená s neustálym nociceptívnym stimulom a je ovplyvnená závažnými psychologickými faktormi. Základom jej optimálnej a efektívnej kontroly je dôkladné vyšetrenie pacienta, ktoré musí byť komplexné. Intenzita bolesti, ktorú pacient pociťuje, nemusí vždy kopírovať štádium nádorového ochorenia. Pri nádorovej bolesti poznáme ešte jeden typ bolesti – prelomovú bolesť. Je to prechodná exacerbácia bazálnej alebo stálej bolesti u pacientov, ktorí majú relatívne stabilnú a opioidmi adekvátne kontrolovanú bazálnu bolesť.

Častým sprievodným znakom nádorových ochorení býva svrbenie. Cieľom štúdie publikovanej v roku 2013 bolo zhodnotiť prevalenciu a intenzitu bolesti a svrbenia pri nemelanómových kožných nádoroch (NMSC), kam zaraďujeme malígne epitelové nádory kože – skvamocelulárny (SCC) a bazocelulárny karcinóm (BCC). Zistenia ukázali, že bolesť a svrbe-

nie sú bežnými príznakmi nemelanómových kožných nádorov, čo môže mať klinické využitie pri ich diagnostike a liečbe. Pruritus bol najčastejší symptóm hlásený pri oboch typoch rakoviny kože (43,5 % pri SCC a 33,4 % pri BCC). Prevalencia bolesti bola 39,8 % u pacientov so SCC a 17,7 % pacientov s BCC. Skóre hodnotiace bolesť pacienta bolo teda významným prediktorom skvamocelulárneho karcinómu na rozdiel od menej bolestivých bazaliómov (6, 12, 13, 14, 15).

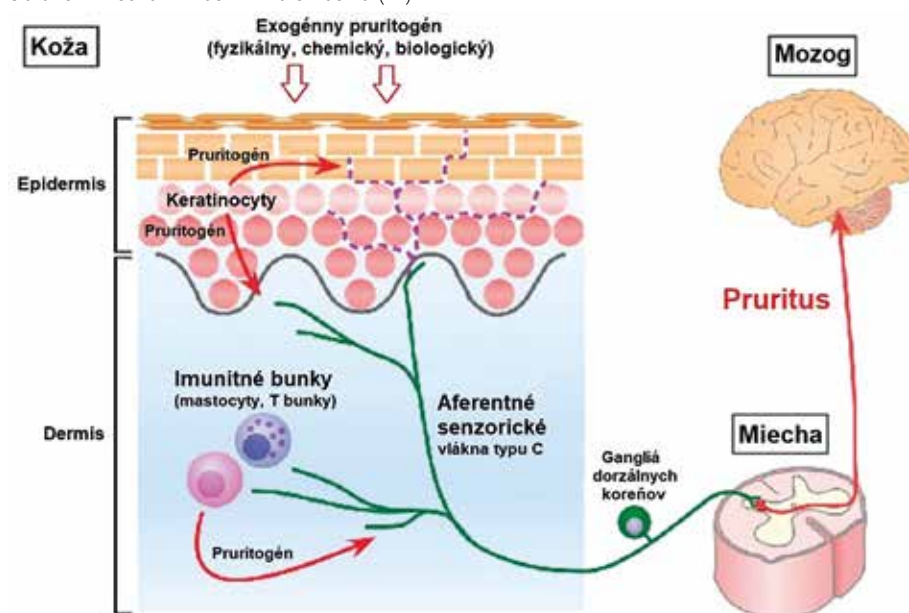
Bolesť a pruritus

Obzvlášť častým, niekedy dominantným príznakom niektorých kožných ochorení (napr. svrab, atopická dermatitída, psoriáza) býva svrbenie – pruritus. Bolesť a svrbenie zdieľajú veľké množstvo spoločných mediátorov i receptorov, neuróny odpovedajúce na svrbenie sú senzitivne aj na bolestivé stimuly. Pocity svrbenia a bolesti sú sprostredkované primárnymi sensorickými neurónmi, ktorých bunkové telá sú lokalizované v gangliách dorzálnych koreňov (DRG – dorsal root ganglion) alebo trigeminálnych gangliách (TG).

Svrbenie je definované ako nepríjemný kožný pocit, ktorý vyvoláva nutkanie poškríabať sa. Škríbanie vyvoláva pocit bolesti, ktorý ho potlačí. No hlboké mechanické porušenie integrity kože škríbaním môže utvoriť „začarovaný kruh“, t. j. uvoľnenie zápalových mediátorov, ekzematizáciu a následné zosilnenie svrbenia. Jeho prerušenie je hlavným predpokladom úspešnej terapie, pretože chronické svrbenie, trenie a škríbanie vedú k sekundárnym kožným léziám, ako sú erózie, exkoriácie, krusty, hyperpigmentácie alebo, naopak, hypopigmentácie či prítomnosť lichenifikácie.

Pocit svrbenia je vyvolaný podprahovým dráždením voľných nervových zakončení v koži. Signál z podráždených nervových zakončení je prenášaný nemylinizovanými vláknami typu C a myelinizovanými vláknami typu A δ do spinothalamických dráh. Zistilo sa však, že dráhy pre prenos pocitu svrbenia sa líšia od dráh prenášajúcich pocit bolesti. Aj svrbenie rovnako ako ďalšie kožné pocity (bolesť, dotyk, vibrácie, chlad, teplo) predstavuje nociceptívny signál, ktorý má fyziologický význam ako sebaobran-

Obrázok. Mechanizmus vzniku svrbenia (19)



ný mechanizmus a pomáha chrániť kožu proti škodlivým vonkajším vplyvom.

Kedysi sa predpokladalo, že k dôležitým mediátorom, ktoré hrajú významnú úlohu v prenose pocitu svrbenia, patrí hlavne histamín. Preto sa často ako lieky potlačajúce svrbenie v dermatológii využívajú/využívali najmä antihistaminiká, aj keď niektoré novšie štúdie naznačujú, že histamín nie je dôležitý v patogenéze svrbenia pri atopickej dermatitíde (AD). Aj to, že systémové antihistaminiká majú len obmedzené účinky na svrbenie a ekzémové lézie. Za významné pruritogény sa pri AD dnes už pokladajú cytokíny IL-4, IL-13 a IL-31. Tie v liečbe AD priamo ovplyvňuje dnes už dostupná biologická liečba indikovaná na liečbu ťažkej formy atopickej dermatitídy – dupilumab.

Pruritus je nielen symptóm kožných ochorení, ale aj rôznych systémových chorôb. Všeobecne sa vyskytuje častejšie u starších pacientov. Pri dermatologických príčinách bývajú väčšinou spolu s pruritom prítomné aj kožné lézie. Existujú však aj prípady, kedy sa pruritus objaví buď pred nástupom typického exantému, alebo je pruritus jedinou klinickou manifestáciou ochorenia. Môže byť lokalizovaný alebo generalizovaný. Generalizovaný pruritus má príčinu zväčša v systémovom ochorení, v 10 – 50 % je to cholestatický pruritus, pruritus pri hematologických ochoreniach, endokrinných alebo onkologických či renálnych ochoreniach, prípadne idiopatický pruritus (1, 16, 17, 18, 19, 24, 25, 26).

Bolesť vo venerológii

Ak sa vrátíme k názvu článku, už na prvý pohľad tam chýba celý názov odboru: dermato-venerológia. Bolesť vo venerológii pri liečbe pohlavných ochorení je však trochu iná kapitola pre zvláštnu topografickú anatómiu pohlavných orgánov (koža, sliznice, intertriginózne oblasti, hlboké štruktúry a vnútorné pohlavné orgány) i priebehu (akúita, chronicita, orgánové zmeny). Hoci aj tu platia niektoré všeobecné pravidlá, tlmenie bolesti i pálenia a svrbenia je málokedy v popredí, pretože bývajú dôležitým diagnostickým príznakom. Sexuálne prenosné ochorenia (STD), čiže ochorenia prenášané prevažne pohlavným stykom, sú v posledných rokoch častejšie označované názvom „sexuálne prenášané infekcie“ (STI – Sexually Transmitted Infection), keďže infikovať sa môže zdravá osoba jednak od chorého, ktorý trpí príznakmi pohlavnej choroby, ale aj od nositeľa danej infekcie, u ktorého ešte nie sú vyvinuté klinické prejavy danej choroby. STD/STI sa prenášajú nielen genitálnym pohlavným stykom, ale i orálnym a análnym pohlavným stykom. Keďže mnoho z týchto ochorení nemá často žiadne príznaky, ako asymptomatické sa môžu prenášať ďalej na sexuálnych partnerov.

Rozdeľujeme ich na klasické pohlavné choroby a ostatné choroby, ktoré sa prenášajú pohlavným stykom. Medzi klasické pohlavné choroby patrí syfilis, kvapavka, ulcus molle, lymphogranuloma

venereum a granuloma inguinale. Ako ostatné choroby je označovaná skupina chorôb, ktoré sa prenášajú pohlavným stykom, avšak ich prejavy sú často mimo oblasti genitálií. Sem zaraďujeme chlamydiové infekcie, herpetické infekcie, infekcie vyvolané ľudským papilloma vírusom (HPV – human papilloma virus), infekcia vyvolaná vírusom ľudskej imunitnej nedostatočnosti (HIV – human immunodeficiency virus), hepatitída B, hepatitída C. Pohlavným stykom sa prenášajú aj vírusové infekcie CMV (cytomegalovírus), HTLV (human T lymphotropic virus) a iné.

Najčastejším spoločným symptómom pri STD/STI býva bolesť či pocit pálenia pri močení a bolesť sprevádzajúca pohlavný styk u žien. Tieto príznaky sú časté napríklad pri chlamydiových infekciách či infekcii gramnegatívnou baktériou *Neisseria gonorrhoeae* spôsobujúcou kvapavku, ale aj pri infekcii *Trichomonas vaginalis*. U mužov sa tiež môže vyskytnúť bolesť či zvýšená citlivosť semenníkov, pre ženy je, naopak, typická bolesť v oblasti podbruška. Bolesť či svrbenie v oblasti genitálií môžu byť prítomné pri infekcii vírusom *Herpes simplex*, prípadne vírusom HPV, menej časté je pri vírusových hepatitídach, ktoré bývajú prevažne asymptomatické. V spojitosti s bolesťou a STD nemožno zabudnúť spomenúť syfilis a jeho primárne štádium *ulcus durum* (tvrdý vred), ktorý je však nebolestivý.

Prvotná infekcia HIV môže byť bez príznakov alebo pripomínať chrípku. S jeho rozvojom bývajú spojené hnačky, letargia, chudnutie, časté oportúnne infekcie (kandidóza, impetigo). HIV pozitivitu môže sprevádzať lymfopénia, trombocytopénia a súčasne výskyt ťažkej oportúnnej infekcie alebo nádoru (pneumocystová pneumónia, toxoplazmová encefalitída, kryptokoková meningitída, tuberkulóza, lymfóm alebo Kaposiho sarkóm). Neurologické prejavy sa vyskytujú až u 80 % chorých. Rozvinutý AIDS sa nedá úplne vyliečiť a terapia je zatiaľ len symptomatická.

V prípade nedostatočnej terapie ostatných sexuálne prenosných infekcií hrozí sterilita, mimomaternicové tehotenstvo, postihnutie plodu alebo komplikácie v gravidite či pri pôrode. Pri AIDS aj letálny koniec (6, 7, 20, 21, 22).

Záver

Patofyziológia bolesti je dnes už pomerne dobre známa. Liečba bolesti je často nevyhnutnou súčasťou optimálnej starostlivosti o pacienta. Lokálna terapia je primárne vyhradená pre akútnu miernu až stredne silnú bolesť. Perorálne kombinovaná terapia dosahuje optimálne výsledky analgézie a zároveň minimalizuje možné vedľajšie účinky. Využíva farmaká rôznych skupín, a to aj liečivá, ktoré sa primárne používajú na liečbu iných ochorení. Opioidy sú indikované pri liečbe veľmi silnej bolesti, pri neuropatickej bolesti, niekedy aj v kombinácii s antikonvulziami či antidepressívami. V liečbe pruritu je dôležitá kauzálna terapia základného ochorenia. Pre pacientov je významná aj symptomatická liečba, ktorá dokáže uľaviť od ťažkostí. Okrem už spomínaných antihistaminík sa v terapii pruritu používajú aj tricyklické antidepressíva alebo antagonizujú opioidných receptorov, ktoré tiež majú vedľajší antihistaminový účinok. Pre výrazný sedatívny účinok sa upúšťa od použitia prvogeneračných antihistaminík. Viac sa využívajú antihistaminiká 2. a 3. generácie, ktoré majú obmedzený prienik hemoencefalickou bariérou, a preto majú len minimálne alebo žiadne sedatívne účinky. Dostupné štúdie však ukazujú, že úloha antihistaminík v terapii pruritu predsa len má svoje stále miesto, ale predpokladá sa, že namiesto receptorov H1 sa treba zamerať na blokovanie receptorov H4. To si vyžaduje realizovanie ďalších štúdií. Ako sľubná alternatíva v dermatológii v liečbe svrbenia sa ukazujú kanabinoidy. Ich protizápalové a protisvrbivé účinky prostredníctvom receptorov CB1/CB2 vyžadujú súhrnu s imunitným systémom (1, 13, 23, 24, 27).

Autori nemajú žiadny potenciálny konflikt záujmov.

Literatúra

1. Beiteke U, Bigge S, Reichenberger Ch, et al. Pain and pain management in Dermatology, Journal of the German Society of Dermatology. 2015;967-987.
2. Nečas E, et al. Patologická fyziológia orgánových systémů - část II. vydání. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0674-7.
3. Nemčíková L. Neuropatická bolesť – nové trendy vo farmakoterapii. *Paliat. med. liec. boles.*, 2011;4(2):46-50.
4. Fillingim RB. Individual differences in pain: understanding the mosaic that makes pain personal. *Pain*. 2017;158 Suppl 1(Suppl 1):S11-S18.

5. Ferenčík M, Mazúr L. Liečba nenádorovej bolesti v dermatológii. *Dermatol. prax*. 2020;14(1):26-31.
6. Šimaljaková M, Buchvald D. Dermatovenerológia. Bratislava: Vydavateľstvo Univerzity Komenského, 2019. 541 s.
7. Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH. Dermatológia a venerológia. Martin: Osveta, 2001. 474 s.
8. Mazuch J, Mištuna D, Hufo E, et al. Chirurgické aspekty ulcus cruris venosum. *Vask. med.* 2013;5(1):27-32.
9. Opavský R. Postherpetická neuralgia a její léčba. *Dermatol. prax*. 2009;3(2):74-75.
10. Putri Mellaratna W, Jusuf NK, Yosi A. The impact of pain intensity on quality of life of postherpetic neuralgia patients. *Med Glas (Zenica)*. 2020;17(2):439-444.
11. Nosková P. Postherpetická neuralgia a léčba bolesti, *Neurol. Praxi*. 2018;19(2):130-134.
12. Skin Cancer (Non-Melanoma): Symptoms and Signs, Approved by the Cancer.Net Editorial Board, 07/2019, <https://www.cancer.net/cancer-types/skin-cancer-non-melanoma/symptoms-and-signs>
13. Ferenčík M, Mazúr L. Liečba nádorovej bolesti v dermatológii. *Dermatol. prax*. 2020;14(2):84-89.
14. Hasarová D. Prelomová bolesť – klasifikácia, diagnostika, liečba. *Onkológia (Bratisl.)*, 2016;11(3):169-172.
15. Mills KC, Kwatra SG, Feneran AN, et al. Itch and pain in nonmelanoma skin cancer: pain as an important feature of cutaneous squamous cell carcinoma. *ArchDermatol*. 2012;148(12):1422-1423.
16. Liu T, Ji RR. New insights into the mechanisms of itch: are pain and itch controlled by distinct mechanisms? *Pflügers Arch*. 2013;465(12):1671-85.
17. Jašková E, Taraba P. Pruritus – komplexní terapie, *Dermatol. prax*. 2009;3(4):151-155.
18. Macáček J. Pruritus. *Interní Med*. 2011;13(6):247-249.
19. Kamo A, Tominaga M, Kamata Y, et al. Mechanisms and Treatments of Dry Skin-Induced itch. *J ClinCosmetDermatol*. 2017;1(3): doi <http://dx.doi.org/10.16966/2576-2826.114>.
20. Švecová D. Pohlavné choroby na Slovensku. *Via pract*. 2016;13(5):196-200.
21. Jarčuška P, Liptáková A. Pohlavné choroby v ambulancii praktického lekára. *Via pract*. 2005;2(7-8):286-289.
22. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/sexually-transmitted-diseases-stds/in-depth/std-symptoms/art-20047081>
23. Sheriff T, Lin MJ, Dubin D, et al. The potential role of cannabinoids in dermatology. *J DermatologTreat*. 2020;31(8):839-845.
24. Buchvald D. Liečime našich pacientov správne? *Dermatológia pre prax*. 5. ročník, Bratislava 2021. Program a Abstrakty. Supplement 2, 2021;15(S2)
25. Wahlgren CF, Hägermark O, Bergström R. The antipruritic effect of a sedative and a non-sedative antihistamine in atopic dermatitis. *Br J Dermatol*. 1990;122(4):545-51.
26. Wollenberg A, Christen-Zäch S, Taieb A, et al. European TaskForce on AtopicDermatitis/EADV EczemaTaskForce. ET-FAD/EADV Eczemataskforce 2020 positionpaper on diagnosis and treatment of atopicdermatitis in adults and children. *J Eur AcadDermatolVenereol*. 2020;34(12):2717-2744.
27. Werfel T, Layton G, Yeadon M, et al. Efficacy and safety of the histamine H4 receptor antagonist ZPL-3893787 in patients with atopic dermatitis. *J Allergy ClinImmunol*. 2019;143(5):1830-1837

MUDr. Natália Urminská

Prírodné liečebné kúpele Smrdáky
906 03 Smrdáky
nurminsk@sk.ensanahotels.com