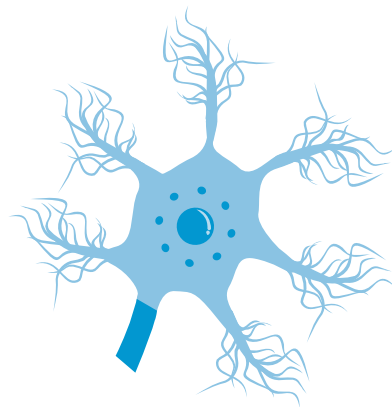


NEUROLÓGIAI PRAXIS



A MEDICAL TRIBUNE
KIADÓJÁTÓL

PPH MEDIA
a Südwestdeutsche Medienholding tagja

www.medicalonline.hu

VIII. ÉVFOLYAM, 2025. 3. SZÁM

ISSN: 2560-2667

> 690 Ft

Hallucinációtól az impulzuskontroll-zavarokig

Parkinson-kóros betegek pszichiátriai tünetei és kezelése

A Parkinson-kórban jelentkező affektív tünetek, valamint a kognitív funkciók, a percepció és a gondolkodás eltéréseinek korai felismerése kulcsfontosságú mind az alapbetegség, mind az ahhoz társuló pszichés jelenségek optimális kezelése szempontjából. A különböző pszichiátriai tünetek kóreredete nem teljesen tisztázott, ugyanakkor a páciensek jelentős hányada szenved olyan tünetektől, melyek sokszor aluldiagnosztizáltak. A Parkinson-kór lefolyása során mind a korai, mind a késői szakaszban találkozhatunk depresszív tünetekkel, szorongással, kognitív deficittel és pszichotikus tünetekkel, továbbá impulzuskontroll-zavarokkal. Az egyes esetekben izoláltan, más esetekben



együtt megjelenő pszichiátriai tünetek jellegzetességeinek ismerete hozzájárul az optimális terápia megválasztásához, amely javíthatja a páciensek életminőségét, a betegség kedvezőbb

kimeneteléhez vezethet, továbbá a páciensek gondozásában részt vevő személyzet terheinek csökkentésével járhat.

> Folytatás a 14. oldalon

Korszerű stratégiák és klinikai gyakorlat

A gyógyszerrezisztens fájdalom kezelési lehetőségei

A gyógyszerrezisztens fájdalom komplex klinikai jelenség, amely multidiszciplináris és egyénre szabott megközelítést igényel. Ha a beteg fájdalma konvencionális módszerekkel nem csillapítható, elengedhetetlen a gyógytornász-manuálterapeuta, pszichológus, valamint intervenciók fájdalomcsillapításban járatos szakember bevonása. Az evidenciákra alapuló irányelvek betartása és a betegek aktív bevonása a terápiás döntésekbe kulcsfontosságú a sikeres kezelési eredmények eléréséhez.



> Folytatás a 18. oldalon

Mikor jelent veszélyt?

A fejfájások előfordulása a Sürgősségi Betegellátó Osztályon

A fejfájás az egyik leggyakoribb panasz, mellyel a betegek orvoshoz fordulnak. Bár a legtöbb eset jóindulatú, a háttérben potenciálisan életet veszélyeztető ok is állhat, amely azonnali diagnózist és kezelést igényel. A sürgősségi diffe-

renciáldiagnózis célja a súlyos, tüneti fejfájások mielőbbi felismerése és a megfelelő ellátási út kijelölése, melynek kulcsa a részletes anamnéziszfelvétel és az alapos fizikális vizsgálat.

> Folytatás a 16. oldalon

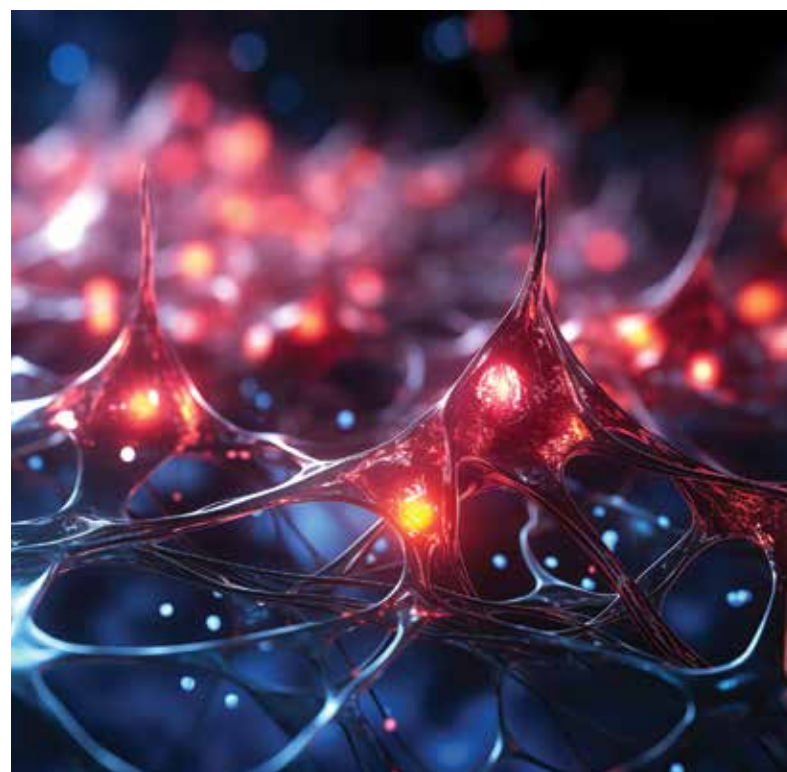


Neuropátiák a mindennapi gyakorlatban

Mononeuropátiák és polineuropátiák diagnosztikája és kezelése

A neuropátia, amely a perifériás idegrendszer károsodásával járó kórképek összefoglaló neve, komoly kihívásokat jelent mind az érintettek, mind az orvosok számára. A diabétesz és az alkoholbetegség leggyakoribb idegrendszeri szövődménye a polineuropátia, amikor egyszerre több ideg érintett, és az említett betegségekben szenvedők 30-50%-ánál kialakul. Bár sokáig tünetmentesen zajlik, idővel súlyos panaszokat okozhat – a zsibbadástól kezdve a fájdalomtól egészen az életet veszélyeztető szövődményekig. Különösen fontos ezért, hogy felismerjük a betegség jeleit, és tisztában legyünk a lehetséges következményekkel.

> Folytatás a 10. oldalon



Korszerű stratégiák és klinikai gyakorlat

A gyógyszerrezisztens fájdalom kezelési lehetőségei

> Folytatás az 1. oldalról

A fájdalom a betegek életének egyik legmeghatározóbb korlátozó tényezője és szenvedésük leggyakoribb oka. Gyakran más betegségek tüneteiként jelentkeznek, jelentősen rontja az életminőséget, és komoly terhet ró az egészségügyi ellátórendszerre. Bár fájdalomcsillapítók széles spektruma elérhető, egyre nagyobb kihívást jelent a gyógyszerrezisztens fájdalom (Drug-Resistant Pain, DRP) kezelése. Ez a jelenség akkor alakul ki, ha a konzervatív kezelés, például a nemsteroid gyulladáscsökkentők (NSAID-ok) és opiátok nem biztosítanak megfelelő fájdalomcsillapítást, vagy mellékhatásaik miatt nem alkalmazhatóak (1). A DRP kialakulásának oka gyakran multifaktoriális, több tényezőre vezethető vissza, többek között a beteg genetikai hajlamára és pszichoszociális környezetére. A gyógyszerrezisztens fájdalom modern kezelési stratégiái túlmutatnak a hagyományos farmakoterápián. Multidiszciplináris megközelítésben, különböző módszereket együttesen alkalmazva lehet a legjobb terápiás eredményt elérni, legyen szó akár minimálisan invazív eljárásokról, neuromodulációs technikákról vagy mozgásszervi rehabilitációról, illetve pszichológiai támogatásról.

FARMAKOLÓGIAI ÁTHIDALÓ STRATÉGIÁK

A DRP kezelése során a hagyományos gyógyszerek hatástalansága nem feltétlenül jelenti azt, hogy a farmakoterápia teljesen kudarcot vallott. Sok esetben más gyógyszerek kombinációja javulást hozhat. A triciklikus antidepresszánsok (TCA-k) és a szerotonin-noradrenalin visszavételgátlók (SNRI-k), mint például a duloxetin, hatékonyan alkalmazhatók krónikus és neuropátiás fájdalom esetén (1). Hasonlóképpen, az antikonvulzív szerek – mint a gabapentin és a pregabalin – a neuropátiás fájdalom gyakran alkalmazott gyógyszerei, amelyek emellett diabéteszes neuropátia és trigeminus neuralgia kezelésében is hatékonyak bizonyulhatnak (2). További lehetőséget kínálnak a kannabinoidok, hiszen az orvosi marihuána és szintetikus változatai eredményesnek mutatkoztak a neuropátiás és a daganatos eredetű fájdalom enyhítésében. Érdemes megemlíteni az opiátrotációt mint jelenséget, ugyanis a krónikus opioidterápia során kialakuló tolerancia és hiperalgéria sajnos igen gyakori. Az opiátrotáció során a beteget egyik opioidról a másikra állítják át, figyelembe véve az egyedi toleranciát és a mellékhatásprofil sajátosságait (3).

PSZICHOLÓGIAI ÉS MULTIDISZCIPLINÁRIS MEGKÖZELÍTÉSEK

A krónikus fájdalom nem csupán fiziológiai, hanem pszichoszociális jelenség is. A bio-pszichoszociális modell elvei szerint a fájdalomérzetet a biológiai, pszichológiai és szociális tényezők együttesen alakítják. A gyógyszerrezisztens fájdalom kezelése ezért megkívánja a multidiszciplináris együttműködést. A kognitív viselkedésterápia a krónikus fájdalom kezelésének evidenciákon alapuló pszichológiai megközelítése, amely segít a betegeknek azonosíta-

▶ A gyógyszerrezisztens fájdalom modern kezelési stratégiái túlmutatnak a hagyományos farmakoterápián

végezhető, amely hő segítségével károsítja az ideget, így tartósabb fájdalomcsillapítást eredményezhet (6). A perifériás idegblokkád során az adott ideg lefutása mentén létrehozott léziók révén gátolják az ingerület továbbítását, míg a hidrodisszekció olyan esetekben alkalmazható, amikor a perifériás ideg leszorítása igazolható. Alkalmazható továbbá intratekális gyógyszeradagolás is, amely lehetővé teszi a gyógyszerek közvetlen bejuttatását a cerebrospinalis folyadékba. A morfin-szulfát (és egyéb opiátok), klonidin, ziklonotid, baklofen és a lokálanesztetikumok intratekális adagolása szinergikus hatást válthat

kiemelt szerepet kapnak, különösen akkor, ha a konzervatív módszerek és az egyéb intervenciós eljárások kudarcot vallanak. Neurostimuláció során elektromos impulzusok befolyásolják az idegrendszer működését, csökkentik a fájdalomérzet kialakulását. Gerincvelő-stimuláció (Spinal Cord Stimulation, SCS) során a gerincvelő epidurális terébe vezetett elektródák enyhe elektromos impulzusokkal módosítják a gerincvelői sejtek működését, ezáltal blokkolva a fájdalomjelek továbbítását az agy felé (9). Az SCS különösen hatékony lehet, amikor már más kezelés nem jön szóba. Érdemes megem-

A jövőbeli kutatások a genetikai markerek azonosítására és az innovatív, célzott terápiák és stimulációs eljárások (például n. vagus) kidolgozására fókuszálnak, amelyek forradalmasíthatják a krónikus fájdalomkezelést. Az evidenciákon alapuló irányelvek betartása és a betegek aktív bevonása a terápiás döntésekbe kulcsfontosságú a sikeres kezelési eredmények eléréséhez.

DR. CSETE GERGŐ

Szegedi Tudományegyetem,

Aneszteziológiai és Intenzív

Terápiás Intézet;

PSI Fájdalom Klinika, Budapest



ki, és növelheti a fájdalomcsillapítás hatékonyságát (csökkentve az adekvát dózist), miközben jelentősen csökkenti a szisztémás mellékhatásokat (7).

A neuroablatív eljárások célja a fájdalomjel-átvitel tartós megszakítása az idegpályák roncsolásával. Rádiófrekvenciás ablációs (RFA) kezelés során, elektróda és magas frekvenciás váltóáram segítségével hőenergiát alkalmaznak az idegek teljes roncsolása érdekében. Egyaránt alkalmazható a szimpatikus dúclánc mediált zsigeri fájdalom csökkentésére, valamint a sacroiliacalis ízület és a térd-csípő régió krónikus fájdalma esetén is. A cryoabláció –60 és –100 °C közötti hőmérsékleten Waller-féle degenerációt idéz elő, amely szelektív axonális károsodással jár, miközben az ideg regenerálódási képessége megmarad, hiszen az endo-, peri- és epineurium, valamint a bazálmembrán érintetlen marad (8). Kémiai neurolysis során, fenol vagy alkohol megfelelő alkalmazásával a súlyos rákos fájdalom csökkenthető (például plexus hypogastricus blokkád).

NEUROMODULÁCIÓS ELJÁRÁSOK

A gyógyszerrezisztens fájdalom kezelésében a neuromodulációs technikák

líteni a perifériásideg-stimulációt is (Peripheral Nerve Stimulation, PNS), amit a sérült perifériás ideg közvetlen közelébe helyezett elektródákkal végeznek. Hatásos lehet perifériás neuropátiás fájdalom, komplex regionális fájdalom szindróma (CRPS), posztherpetikus neuralgia és occipitális neuralgia esetén. Transcranialis mágneses stimuláció (TMS) esetén ismétlődő mágneses impulzusokkal az agykéreg specifikus területeit modulálják. Fájdalomterápia esetén a primer motoros kéreg (M1) ismételt ingerlése az egyik leggyakoribb, a neuronális plaszticitás indukálásával, valamint neurotranszmitterek (opiodok, GABA) felszabadításával fejti ki analgetikus hatását (10).

ÖSSZEFOGLALÁS

A gyógyszerrezisztens fájdalom komplex klinikai entitás, amely multidiszciplináris és egyénre szabott megközelítést igényel. A modern fájdalomterápia a hagyományos gyógyszeres kezelésen túlmutató lehetőségeket kínál, mint a minimálisan invazív és neuromodulációs eljárások, valamint a pszichológiai és rehabilitációs beavatkozások.

IRODALOM

1. Dworkin RH, O'Connor AB, et al. Pharmacologic management of neuropathic pain: Evidence-based recommendations. Pain 132(3):237–251.
2. Moore RA, Wiffen PJ, Derry S, Gabapentin P. Gabapentin and pregabalin for neuropathic pain in adults. Cochrane Database Syst Rev 2017 Jun 9;6(6):CD007938. DOI: 10.1002/14651858.CD007938.pub4.
3. Mercadante S, Portenoy RA. Opioid rotation for cancer pain: Rationale and clinical guidelines. Pain 2016;157(1):1–13.
4. Morley S, Eccleston C, Williams A. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. Pain 1999 Mar;80(1–2):1–13. DOI: 10.1016/S0304-3959(98)00255-3.
5. Cohen SP, Cohen IB. Interventional Pain Management: an update. Anesthesiology, 2018;129(4):850–866.
6. Manchikanti L, Singh V, et al. Facet joint nerve blocks in the management of chronic pain. Pain Physician 2008 Mar–Apr;11(2):121–32.
7. Smith HSA. Intrathecal Drug Delivery Systems for Chronic Pain. Pain Physician 2015;18(5):E879–E889.
8. Zhou L, Craig J, Parekh N. Current Concepts of Neurolysis and Clinical Applications. Journal of The Analgesics 2015;2:16–22.
9. Deer TR, Mekhail N, et al. The Neurostimulation Appropriateness Consensus Committee (NACC): A comprehensive guide to neurostimulation treatment for chronic pain. Pain Physician 2017;20(3):E35–E68.
10. Lefaucheur JP, André-Obadia N, et al. Evidence-based guidelines on the therapeutic use of repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS). Clinical Neurophysiology 2014;125(11):2150–2206.