

špičkami nohou o sebe atd. Pokyny mohou být i matoucí či protichůdné – důležité je pouze odvedení pozornosti.

- Jinou možností je vyzvat pacienta, aby si představil své spolužáky ze základní nebo střední školy a zkusil si je v duchu vyjmenovat včetně zasedacího pořádku ve třídě.
- Techniky permisivního klamání (šetrné zacházení s pravdou, terminologie volená úměrně věku, povaze a mentálním schopnostem pacienta) a tell-show-do (popsat srozumitelně, co se bude dít – ukázat nástroje a práci s nimi a až poté provést vlastní ošetření) jsou společně účinné hlavně u dětí. Nejsou účinné u pravých fobií. Zvláště ve stomatologické praxi pak pouhý popis či pohled na extrakční nástroje může silně fobického pacientovi stačit k tomu, že ke kroku „do“ („udělat“) již vůbec nedojde.
- Zařízení „Buzzy“ a jemu podobné přístroje prostřednictvím chladu a vibrační tlumí přenášení lokální bolesti do mozku. Chlad a vibrace desenzitizují vnímání bolesti (2).
- Dalšími možnostmi jsou relaxační techniky, hypnóza, sugesce, edukace pacienta nebo expoziční terapie. Nelze opomenout ani nefarmakologické postupy tradiční čínské medicíny (akupunkturu, akupresuru, moxu) (8).

Farmakologické postupy

Tyto jsou vhodné pro těžší případy odontofobie. Farmakoterapie je u specifické fobie dlouhodobě pokládána za méně účinnou než behaviorální přístupy (9). Prakticky ve všech publikacích věnujících se léčbě fobií nebo úzkostných poruch obecně, je tak psychoterapeutickým postupům věnováno násobně více prostoru než farmakoterapii. Někdy dokonce možnosti farmakoterapie úplně chybí – např. Praško v publikaci „Úzkostné a fobické poruchy; Malá psychiatrie pro praktické lékaře“ (5), snad pro zjednodušení, vůbec neuvádí možnosti farmakoterapie u specifických fobií.

Přitom v řadě situací u úzkostných poruch je jedinou vhodnou volbou právě farmakoterapie. Jsou to objekty a situace, kterým se pacient vystavuje jen zřídka – typicky létání nebo právě návštěva stomatologa – přičemž expoziční terapie by byla zdoluhavá a pacientem těžko akceptovatelná, případně ekonomicky nepřijatelná. Jen s obtížemi si lze představit „pronájem“ stomatologické ordinace pro potřeby expoziční

terapie a k tomu pacienta natolik motivovaného k léčbě.

Celková anestetika a opioidy

Intravenózně podávaný etomidát a propofol vyžadují spolupráci kvalifikovaného anesteziologa, a tak se pro praktického zubního lékaře nehodí. Opioidy (sufentanil, remifentanil apod.) mohou způsobit útlum dechového centra, a jejich použití tak rovněž nelze s klidným svědomím doporučit (2).

Beta-blokátory

Beta-blokátory mohou snížit příznaky aktivity sympatiku, nesnižují však subjektivní vnímání strachu. Jejich role je spíše podpůrná. Léčba beta-blokátory má zabránit stálému pozorování vlastního těla (4). (Jedná se např. o účinné látky metoprolol, bisoprolol, metipranolol atd.).

Benzodiazepiny

Syntéza benzodiazepinů, zejména midazolamu, znamenala ve stomatologii další krok k bezproblémovému ošetření. Benzodiazepiny jsou v současné době nejčastěji užívanými farmaky k léčbě odontofobie, především diazepam a modernější midazolam (Dormicum). Mohou být podány perorálně, rektálně, intravenózně i intramuskulárně. Midazolam má proti diazepamu řadu výhod – vyšší spolehlivost, rychlost nástupu účinku, standardní účinnost, snížené riziko alergické reakce atd. Navíc může být podán i nasálně, sublingválně a transbukálně – tyto netradiční způsoby mohou být s výhodou užity u pacientů, kteří trpí fobií z jehel. Účinky těchto léků je v případě potřeby možno antagonistovat podáním flumazenilu.

Pokud jde o diazepam, většinou vystačíme s dávkou 5–10 mg u pacientů vyššího věku a při výrazné somatické komorbiditě stačí často 2,5 mg. U pacientů s velkým strachem a nadávou se používá diazepam v dávce 10–20 mg. Nástup účinku je za 15–60 minut.

Co se týče midazolamu, základní dávkování se pohybuje okolo 0,1 mg/kg. Prakticky se podává 7,5 mg, u svalnatých mladých mužů 15 mg a u mladistvých osob ve věku 14 až 17 let 20 mg. Nástup účinku je za 10 minut (2).

Univerzálnímu využití benzodiazepinů brání několik skutečností:

- V různé míře způsobují sedaci, což není nejen pro stomatologického pacienta často

přijatelné (doprava vlastním automobilem, nutnost zajištění případného doprovodu, nemožnost vrátit se ihned k výkonu povolání).

- Řada pacientů vnímá diazepam a bromazepam jako cosi škodlivého, chemického, jedovatého a nadbytečného.
- Do hry vstupují kontraindikace, riziko tolerance a vzniku závislosti a lékové interakce, také riziko užívání alkoholu v kombinaci s benzodiazepinem.

Paradoxně se benzodiazepiny svými vlastnostmi výborně hodí pro plánovanou sedaci malých i odrostlejších dětí. Ty ze zákona při stomatologickém zákroku vždy doprovází zákonný zástupce. Obvykle jsou tyto děti jinak zdravé a bez trvalé medikace. Bohužel se jedná o použití tzv. off-label. Případné podání benzodiazepinů dítěti je tak na zodpovědnosti ošetřujícího lékaře.

Nevýhodou benzodiazepinů je při dlouhodobém užívání možný vznik závislosti, rostoucí tolerance, a tím klesající účinek a skutečnost, že spíše neovlivňují chování pacientů. Benzodiazepiny je sice obecně nutno vysazovat postupně, v indikaci odontofobie se však jedná pouze o jednorázové podání.

Oxid dusný

Oxid dusný je v dnešní době k dostání ve směsi 50 % N₂O a 50 % O₂ pod obchodní názvem Entonox (firma Linde). Samotný oxid dusný bez příměsí kyslíku totiž způsobuje asfyxii.

Tento nasládlý bezbarvý nedráždivý plyn mírně negativně ovlivňuje centrální nervový a kardiopulmonální systém. Má minimum závažných nežádoucích účinků a hodí se tak i pro pacienty s ischemickou chorobou srdeční či závažnějšími poruchami funkce jater a ledvin. Oxid dusný není téměř metabolizován a vylučuje se opět plicemi. K jeho podání není nutná specializace v anesteziologii. Oxid dusný může po zaškolení používat každý zubní lékař (10).

Nevýhodou zůstává značně individuální účinek. Na rozdíl od jiných anestetik se zde uplatňuje výrazně sugesce neboť účinek N₂O činí pacienta zvláště senzibilním pro sugestivní působení (2). Pacient pod vlivem oxidu dusného negativně vnímá spěch a harašení nástroji.