

Керівництво щодо фармакотерапії нейропатичного болю

Нейропатичний біль асоційований зі значним погіршенням якості життя людей, які потерпають від нього та значними економічними витратами як власне для індивіда, так і суспільства загалом.

До вашої уваги представлено головні висновки керівництва щодо лікування нейропатичного болю другого перегляду Японської асоціації клініцистів із болю (JJSPC, 2018). Представлені клінічні настанови містять рекомендації щодо використання медикаментозних препаратів, їхніх дозувань, належних мішеней застосування, а також немедикаментозних методів втамування болю.

Протягом останніх років питання щодо етіології нейропатичного болю (НБ) стало доволі дискусійним через неоднозначність його природи, а відповідно і методів лікування. По-перше, значну частку згаданих розладів становить гетерогенна група станів, які чинять вплив на периферичну чи соматовегетативну нервову систему. Сукупність вказаних розладів наразі вчені розглядають як окрему етіопатогенетичну групу.

По-друге, клінічна картина нейропатичного болю може бути доволі різноманітною: люди можуть скаржитись на різні форми прояви такого болю або відчувати оніміння чи навіть печію. Для таких симптомів притаманний як постійний, так і періодичний характер.

Крім того, в осіб із нейропатичним болем спостерігаються неприємні відчуття щодо емоційної сфери. Тому для раціонального вибору належної фармакотерапії передусім необхідне чітке розуміння природи такого болю та альтернативний підхід щодо розроблення відповідних рекомендацій його лікування. На жаль, фахівцям досі не вдається досягти єдиної думки як щодо його природи, так і відповідних методів лікування.

Другий перегляд керівництва щодо лікування нейропатичного болю здійснював відповідний комітет за участю 30 досвідчених фахівців. Особливо наведене керівництво зацікавить клініцистів, оскільки його розробляли у вигляді клінічних запитань та відповідей на них. Розробка положень полягала в поетапній перевірці кожного судження різними спеціалістами на основі досліджень, результати яких розміщені в базах медичних публікацій Pub-Med, Japan Medical Abstract Society, Cochrane Collaboration.

Наприкінці кожного етапу дослідження науковці ретельно перевіряли отримані дані та вивчали різні точки зору.

За структурою представлене керівництво містить три розділи, а саме:

- оглядові дані щодо НБ,
- діагностика та лікування НБ,
- захворювання, які супроводжуються НБ.

У кожному з розділів описано найсучасніші положення стосовно нозології вказаного стану, які подано у вигляді відповідей на поставлені клінічні запитання.

Оглядові дані щодо нейропатичного болю

Клінічне запитання 1: Як визначають і розуміють природу НБ з погляду клінічної медицини?

Клінічне запитання 2: Як розуміють патофізіологію нейропатичного болю?

Клінічне запитання 6: Що таке хронічний больовий синдром у пацієнтів із НБ?

Згідно з визначенням НБ — це біль, спричинений ураженням чи захворюванням соматовегетативної нервової системи (Jensen et al., 2011). Так, НБ вважають патологічним станом, що може спостерігатися у багатьох пацієнтів, які скаржаться на больові симптоми. Він виникає тоді, коли ураження чи захворювання через ноцицептивний нервовий шлях передається від периферичної нервової системи до головного мозку.

Механізм нейропатичного болю поєднує патологічну чутливість соматовегетативної нервової системи та функціональні порушення в низхідних больових шляхах. Це відмічено в клінічних критеріях, які базуються на об'єднаних даних пацієнтів із НБ, оскільки об'єктивні тести щодо НБ не в змозі діагностувати такий стан.

Відмінністю настанов другої редакції стала заміна визначення «пошкодження» на подібний термін «ураження», оскільки останнє твердження не припускає наявності патології морфологічної структури. Іншою новизною є те, що на підставі останніх рекомендацій, природу нейропатичного болю слід розглядати через призму біопсихосоціальних чинників. А тому виникла необхідність у розробленні відповідних критеріїв, які не лише діагностуватимуть патологію соматовегетативної системи, а й попереджатимуть та вчасно інформуватимуть про наявність чи відсутність психосоціальних чинників. Насправді НБ часто супроводжується коморбідними станами, такими як порушення сну, втрата енергії, депресія, тривога, сухість у роті та зниження апетиту (Meuser-Rosberg et al., 2001).

Досі залишається незрозумілим, як коморбідні стани можуть бути пов'язані з болем, адже психосоціальні чинники при цих станах, як відомо, становлять замкнуте коло — модель уникання страху, що супроводжується порушенням сну. Зазначені стани наразі не мають чіткого визначення, а фахівці їх розглядають як «хронічний больовий синдром», в основі якого лежить послідовна взаємодія біопсихосоціальних чинників (Leeuw et al., 2007).

Захворювання, які можуть супроводжуватися нейропатичним болем

Клінічне запитання 3: Які захворювання пов'язані з нейропатичним болем?

Клінічне запитання 4: Що таке нейропатичний та ноцицептивний біль за класифікацією та яке його клінічне значення?

Клінічне запитання 5: Чи належить гостре больове відчуття з периферичним нервовим запаленням до нейропатичного болю?

Порушення харчування, метаболічні, травматичні, ішемічні, токсичні, генетичні, інфекційні, компресійні, імунні, неопластичні чи нейродегенеративні захворювання також можуть спричинити НБ. Зокрема, біль розглядають як неприємні відчуття чи емоційний досвід, який спричинений гострим потенційним ураженням тканин (Leeuw et al., 2007). Біль класифікують, ґрунтуючись на локалізації ділянок тіла, де він виникає, відповідно його поділяють на два типи:

- ноцицептивний,
- нейропатичний.

Ноцицептивний — це біль, який спричинений існуючим чи загрожуючим ураженням тканин, окрім нервової, внаслідок чого відбувається активація больових рецепторів (Mersky et al., 1994).

Така диференціація дає змогу виділити ноцицептивний біль у лікувальній схемі та спрямувати належні інтервенції саме на усунення його причини. Патологічні стани ноцицептивного та нейропатичного болю часто клінічно пересікаються, у такому разі стан вважають змішаним больовим синдромом. Для його контролю необхідна прицільна фармакотерапія на кожен патологічний стан окремо.

Серед вчених наразі суперечливим залишається питання: чи належить гостре запалення периферичного нерва до нейропатичного болю. Найчастіше клініцисти стикаються з оперізуючим лишаєм у гострій фазі та радикулопатією внаслідок зміщення міжхребцевих дисків. Зважаючи на те, що ноцицептивний і нейропатичний біль можуть спостерігатися протягом одночасно та транзиторно поряд із запаленням периферичних нервів, досить важко відрізнити ступінь впливу основного захворювання на ознаки НБ.

Слід додати, що у цьому керівництві автори не розглядали гострий біль, спричинений запаленням периферичного нерва, як категорію нейропатичного болю.

Епідеміологія нейропатичного болю

Клінічне запитання 7: Чи проводили епідеміологічні дослідження щодо НБ?

Клінічне запитання 8: Чи здійснювали епідеміологічні дослідження щодо наявності НБ у пацієнтів з онкологічними захворюваннями?

Предметом дослідження, яке проводили в Японії, був хронічний біль, а також особи з хронічним болем — вище 4 балів за рейтинговою шкалою оцінки болю (NRS), де максимальна кількість становить 11 балів тривалістю 3–6 місяця. Так, у 15,2 % респондентів серед причин болю фіксували шкірно-м'язові захворювання, у 26,4 % — інші патології. Зокрема, у скринінговому дослідженні больовий синдром спостерігали у 6,5 % опитаних (Matsubayashi et al., 2013).

Окремим фокусом дослідження вивчали взаємозв'язки між НБ і специфічними розладами та онкологічними захворюваннями (Benneti et al., 2012). Серед пацієнтів із пухлинами у 59,4 % відмічали ноцицептивний біль, у 19,0 % — лише НБ, у 20,1 % — змішаний ноцицептивний і нейропатичний біль та у 1,5 % — невизначеного генезу.

В іншому європейському дослідженні серед 670 пацієнтів із болем та 1051 онкологічних хворих виявлено у 79,7 % ноцицептивний біль, у 16,9 % — нейропатичний біль та у 3,4 % — недиференційований. Так, пацієнти із НБ потребували ад'юванти та опіоїдних аналгетиків, а їхній стан погіршувався більшою мірою (Rayment et al., 2012).

Діагностика та лікування нейропатичного болю

Клінічне запитання 9: У який спосіб слід проводити скринінг пацієнтів із НБ?

Клінічне запитання 10: Як діагностують НБ?

Клінічне запитання 11: Які клінічні ознаки НБ?

НБ за своєю етіологією відмінний від ноцицептивного болю, який характеризується спонтанними больовими відчуттями (тривалими чи періодичними) чи болем, спричиненим іншими чинниками (алодинія, гіперчутливість) у місці інервації, що ускладнено різноманітними пошкодженнями нерва.

Асоціації фахівців із болю (Європа, США та Японія) на підставі скринінгових критеріїв виділили особливості НБ. Диференційні ознаки різноманітних характеристик болю залежно від захворювання представлено в таблиці 1 (Jensen, 2008).

Скринінгові інструменти були розроблені на основі диференціації НБ для полегшення та пришвидшення його діагностики в загальній медичній практиці.

У Японії клініцисти послуговуються опитувальником НБ (Ogawa, 2010) та шкалою LANSS (Isumura et al., 2017). Ці шкали є лише діагностичними та мають високу чутливість, проте не специфічними.

Вчені провели систематичний огляд, щоб мати змогу порівняти якості, наприклад валідності та надійності кожного з наявних методів скринінгу (Mathieson et al., 2015). Так, у Японському керівництві автори зазначають, що всі шкали мають невисокий рівень доказовості, оскільки скринінг не повністю відображає клінічну оцінку таких пацієнтів.

Отже, використання вказаних шкал умісне лише для діагностичних критеріїв.

За Міжнародною асоціацією досліджень болю (IASP), діагноз НБ встановлюють на підставі алгоритму, наведеного на рисунку. На першому етапі діагностики за вказаною шкалою проводять ідентифікацію наявності захворювання та фіксують дані анамнезу лікування нейропатичного болю.

Наступний крок — це оцінювання сенсорного ушкодження за допомогою неврологічного оцінювання та проведення тестів, які підтверджують діагноз неврологічного ураження чи захворювання. За допомогою згаданої шкали встановлюють діагноз та описують перелік алгоритму подальших дій.

Таблиця 1. Диференційні відмінності між нейропатичним та ноцицептивним болем запального характеру

		Нейропатичний біль	Ноцицептивний біль
Позитивні симптоми та ознаки	Спонтанний біль в аферентній ділянці	Наявні	Наявні
	Гіперчутливість щодо болю, больової стимуляції	Рідко	Часто
	Алодинія на холодову стимуляцію	Часті	Рідко
	Збільшення порогу сенсорної чутливості на стимуляцію тиском та гіперчутливість до болю	Часті	Відсутні
	Постійні відчуття стимуляції після соматисенсорної стимуляції	Часті	Рідкісні
	Специфічні суб'єктивні симптоми	Різкий біль, печіння	Пульсуючий біль
	Поширеність болю в аферентній ділянці	Відсутні	Відсутні
Негативні симптоми та ознаки	Сенсорне пошкодження в ділянці аферентної інервації	Наявні	Відсутні
	Моторне пошкодження в ділянці аферентної інервації	Часті	Відсутні

Стратегії лікування нейропатичного болю

Клінічне запитання 12: Що впливає на НБ та якість життя пацієнтів?

Клінічне запитання 13: Який основний план допомоги в разі НБ?

Клінічне запитання 14: Як визначити мету лікування при НБ?

Для нейропатичного болю, порівняно з іншими захворюваннями, характерний більш складний перебіг та значне погіршення показників якості життя пацієнтів. Пацієнти з НБ мають значно довшу тривалість хвороби та більшу вираженість симптомів (O'Connor, 2009). Науковці встановили навіть певну закономірність щодо цих двох чинників: чим сильніше виражений НБ, тим нижча якість життя такого пацієнта (Attal et al., 2011; Bouhassira et al., 2008).

Основна мета лікування має ґрунтуватись як на тяжкості больового синдрому та його впливі на активність протягом дня, так і на якості життя. В клінічному дослідженні щодо хронічного болю рекомендовано оцінювати такі показники, як:

- 1) інтенсивність болю;
- 2) фізичне функціонування;
- 3) розумова діяльність;
- 4) рівень задоволення пацієнта;
- 5) показання;
- 6) побічні реакції (Dworkin et al., 2008; Turk et al., 2003).

Зазначені чинники розглядають як ключові в клінічній практиці, але найголовнішим критерієм фармакотерапії є саме зменшення болю (табл. 2).

Покращення щоденної активності пацієнтів та якості їхнього життя, виконання функціональних вправ реабілітаційного характеру значно сприяють одужанню пацієнта та підвищують ефективність лікувальних заходів.

Таблиця 2. Фармакотерапія пацієнтів із нейропатичним болем

Назва препарату	Форма дозування	Рекомендації щодо застосування	Тривалість лікування	Показання	Побічні ефекти
Препарати першої лінії					
Амітриптилін	Оральна	Початкова доза 10 мг/добу Максимальна — 150 мг/добу Один раз на день, перед сном Підвищуйте дозу кожні 3–7 днів на 10–25 мг	6–8 тижнів У максимальній дозі — 2 тижні	Депресія, периферична нейропатія	Антихолінергічні ознаки, подовження інтервалу QT, підвищений ризик суїциду
Нортриптилін				Депресія	Протипоказання: глаукома, гіпертрофія передміхурової залози, серцево-судинні захворювання. Моніторинг стану при одночасному застосуванні з трамадолом
Іміпрамін				Депресія, енурез	
Габапентин	Оральна	Початкова доза 100–300 мг/добу Максимальна — 600 мг/добу 1–3 рази на день Підвищуйте дозу кожні 1–7 днів на 100–300 мг	У період титрації дози — 3–9 тижнів У максимальній дозі — 2 тижні	Рефрактерна епілепсія	Сонливість, запаморочення, периферичний набряк, збільшена вага тіла Пацієнтам із нирковою дисфункцією необхідно призначати нижчу дозу препарату
Прегабалін		Початкова доза 25–150 мг/добу Максимальна — 600 мг/добу 1–3 рази на день Підвищуйте дозу кожні 1–7 днів на 25–150 мг	4 тижні	Нейропатичний біль, біль, асоційований із фіброміалгією	
Дулоксетин	Оральна	Початкова доза 20 мг/добу Максимальна — 60 мг/добу Один раз на день Після сніданку	4 тижні	Депресія, діабетична нейропатія, фіброміалгія, хронічний біль у попереку	Нудота Моніторинг стану при одночасному застосуванні з трамадолом
Препарати другої лінії					
Витяжка запальної сполучної тканини кролів, щеплених вірусною вакциною	Оральна Ін'єкційна	4 таблетки (16 одиниць) /добу Двічі на день	4 тижні	Постгерпетична невралгія, біль у попереку, цервікобрахіалгія, періартрит, остеоартрит	Нудота, сонливість

Назва препарату	Форма дозування	Рекомендації щодо застосування	Тривалість лікування	Показання	Побічні ефекти
Трамадол / ацетомінофен	Оральна	Початкова доза 1–4 таблетки на добу Максимальна — 8 таблеток на добу 1–4 рази на день	4 тижні	Хронічний біль, біль після видалення зуба	Нудота, блювання, закріп, сонливість Моніторинг стану при одночасному застосуванні з СІЗЗС, СІЗЗСН, ТЦА і ацетомінофеном
Трамадол	Оральна Ін'єкційна	Початкова доза 25–100 мг/добу Максимальна — 400 мг/добу 1–4 рази на день	4 тижні	Біль при онкологічних захворюваннях, хронічний больовий синдром	Нудота, блювання, запор, сонливість Моніторинг стану при одночасному застосуванні з СІЗЗС, СІЗЗСН, ТЦА
Препарати третьої лінії					
Бупренорфін	Патч (маска) Супозиторії Ін'єкційна	Початкова доза 5 мг/добу Максимальна — 20 мг/добу Раз на 7 днів	4 тижні	Хронічний біль, який не піддається лікуванню неопіоїдними анальгетиками (остеоартрит, біль у спині)	Біль, нудота, закріп, сонливість, порушення дихання
Фентаніл	Одноденний, триденний патч Ін'єкційна	Установлено початкову дозу шляхом розрахунку дозування, яке застосовували раніше Максимальна — 120 мг/добу В еквіваленті до морфіну гідрохлориду	4 тижні	Хронічний біль та біль внаслідок новоутворення, який не піддається лікуванню неопіоїдними анальгетиками Може застосовуватися лише після використання інших опіоїдів	Біль, нудота, закріп, сонливість, порушення дихання
Оксикодон	Оральна Ін'єкційна	Початкова доза 10 мг/добу Максимальна — 120 мг/добу	4 тижні	Біль внаслідок новоутворення	Біль, нудота, закріп, сонливість, порушення дихання
Морфін	Оральна Супозиторії Ін'єкційна	Початкова доза 10 мг/добу Максимальна — 120 мг/добу	4 тижні	Біль внаслідок новоутворення, хронічний біль	Біль, нудота, закріп, сонливість, порушення дихання

Адаптовано згідно з Masahiko Sumitani et al. Executive summary of the Clinical Guidelines of Pharmacotherapy for Neuropathic Pain: second edition by the Japanese Society of Pain Clinicians. *Journal of Anesthesia*. 2018. № 32. P. 463–478.

Фармакотерапія нейропатичного болю

Клінічне запитання 15: Які індикатори ефективності фармакотерапії НБ та рівень рекомендацій?

Патологічні стани та захворювання, які пов'язані з нейропатичним болем, становлять різноманітну групу та існують в сукупності. Нині виникають певні труднощі щодо проведення клінічних досліджень окремо кожного стану чи захворювання. Тому основною метою керівництва є не діагностика, а саме рекомендації щодо зменшення інтенсивності болю та вибір відповідного медикаментозного засобу.

У настановах немає описання препаратів та їх ступенів доказовості, вони уміщують рекомендації першої та наступних ліній вибору. Засоби з потенційним протибольовим ефектом, що застосовують при різноманітних захворюваннях та НБ, визнані як препарати першої лінії вибору. Крім аналгетиків, в Японії трициклічні антидепресанти (амітриптилін), прегабалін та дулоксетин належать до другої лінії вибору. Препарат другої лінії необхідно обирати як ефективний засіб при основному захворюванні, яке лежить в основі нейропатичного болю (рисунок).

Опіюідні аналгетики ефективні при різноманітних захворюваннях, асоційованих із НБ, хоча такі засоби розглядають як препарати третьої лінії вибору через занепокоєння щодо безпеки їх тривалого застосування. Так, серед усіх опіюідних аналгетиків лише трамадол класифікований як препарат другої лінії вибору.

Рекомендації щодо застосування трамадолу безпосередньо має здійснювати спеціаліст із болю разом із консультативною групою з урахуванням необхідної тривалості лікування.

Препарати першої лінії

Прегабалін

Прегабалін пригнічує вивільнення збудливих нейротрансмітерів шляхом об'єднання з α -2- δ -субодиницями залежних кальцієвих каналів у центральній нервовій системі (ЦНС). Аналогічно габапентин та габапентину енакарбіл діє шляхом зв'язування з α -2- δ -субодиницями залежних кальцієвих каналів.

У Японії прегабалін погоджений для лікування як периферичного, так і центрального НБ. Однак ні габапентин, ні габапентину енакарбіл не підтверджений як лікарський засіб для станів, пов'язаних із болем.

Так, за даними наукових джерел, прегабаліну притаманний значний аналгетичний потенціал порівняно з плацебо у пацієнтів, які мають різні периферичні та центральні нейропатичні захворювання: постгерпетична невралгія (Ogawa et al., 2010), діабетична полінейропатія, що супроводжується болем (Sato et al., 2011), а також біль унаслідок ураження спинного мозку (Cardenas et al., 2013).

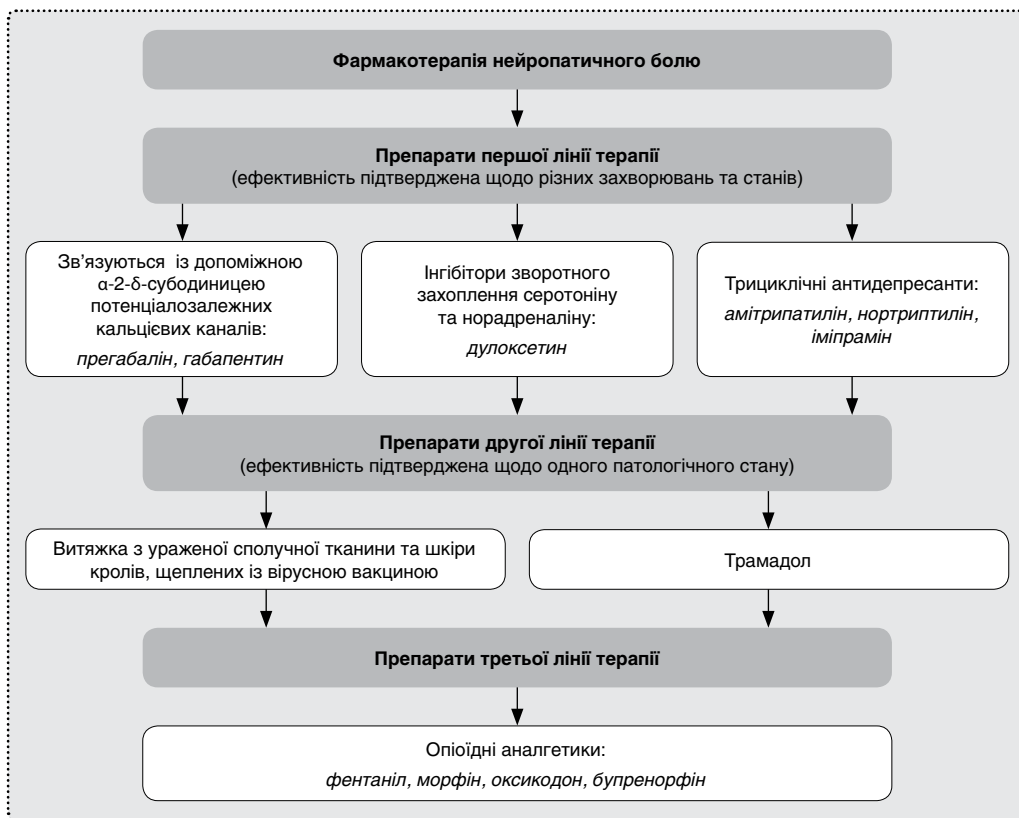
Прегабалін також схвалений для лікування порушень сну, депресії та тривоги, асоційованих із НБ. Найсприятливіший ефект може бути чітко пов'язаний не лише з болем, але також з якістю життя пацієнтів.

Застосування габапентину (як і прегабаліну) при нейропатичному болі підтверджено даними, отриманими на підставі клінічних досліджень по всьому світу. Габапентину енакарбіл теж продемонстрував значну дієвість щодо НБ, проте ці результати дослідження не були підтверджені для пацієнтів, які мешкають у Японії.

Інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну

Аналгетичний ефект інгібіторів зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну (ІЗЗСН) реалізується завдяки активації низхідних шляхів пригнічення болю. Так, аналгетичний потенціал дулоксетину підтверджений у клінічних дослідженнях щодо болу та оніміння, пов'язаних із діабетичною нейропатією.

Ефективність застосування дулоксетину засвідчили дані, отримані під час 52-тижневого дослідження його дієвості (Yasuda et al., 2011). Було встановлено, що дулоксетин зменшує центральний НБ порівняно з плацебо у пацієнтів із розсіяним склерозом (Brown and Slee, 2015).



Адаптовано згідно з Masahiko Sumitani et al. Executive summary of the Clinical Guidelines of Pharmacotherapy for Neuropathic Pain: second edition by the Japanese Society of Pain Clinicians. *Journal of Anesthesia*. 2018. № 32. P. 463–478.

Рисунок. Алгоритм фармакотерапії нейропатичного болю

Дулоксетин використовують у Японії не лише для лікування діабетичної полінейропатії з больовим синдромом та інших синдромів хронічного болю (наприклад, остеоартрит, хронічний біль у спині, фіброміалгія), а й великого депресивного розладу (рекурентний депресивний розлад). Така дія відмінна від антидепресивного впливу препарату. Зокрема, доведено аналгетичний ефект дулоксетину щодо нейропатії, спричиненої хімотерапією (Smith et al., 2013) та при болю в спині внаслідок нейропатії (Schukro et al., 2016).

На підставі отриманих даних дулоксетин вважають основним лікарським засобом серед препаратів першої лінії вибору, хоча в першому перегляді керівництва з нейропатичного болю він належав до препаратів другої лінії вибору.

Вказаний препарат не лише схвалений для лікування болю, а й для покращення якості життя пацієнтів із периферичною нейропатією. До того ж у Японії дулоксетин разом з двома іншими ІЗЗСН (венлафаксин та мілнаципран) рекомендовані для лікування неврологічних захворювань, які супроводжуються больовим синдромом.

Трициклічні антидепресанти

Порівняно з плацебо трициклічні антидепресанти (ТЦА) продемонстрували свою ефективність щодо більшості больових симптомів центрального та периферичного генезу.

Відомо, що аналгетичний механізм ТЦА відмінний від їхньої антидепресивної дії. У Японії серед ТЦА лише амітриптилін погоджений для лікування болю периферичного характеру.

Установлено, що немає відмінностей щодо аналгетичного ефекту між третинними амініми ТЦА (амітриптилін та іміпрамін), які вважали добре збалансованими препаратами серотонін-норадренергічної групи та вторинними амініми (нортриптилін), які відносили до селективних інгібіторів зворотного захоплення норадреналіну (Watson et al., 1998; Derry et al., 2015).

Слід зазначити, що включені до огляду дослідження проводили ще до 2000 року.

Препарати вибору другої лінії терапії

Витяжка запальної сполучної тканини та шкіри кролів, щеплених вірусною вакциною

У клінічних дослідженнях, які проводили лише в Японії, ефективною виявилася витяжка запальної сполучної тканини та шкіри кролів, щеплених вірусною вакциною. Також вона була дієвою при постгерпетичній невралгії (Yamamura et al., 1988).

Вважають, що така витяжка активує пригнічення низхідного больового шляху, завдяки чому реалізується протибольовий ефект.

Окрім аналгетичної дії, цей засіб не має значних побічних реакцій, добре переноситься хворими та має досить високий рівень безпеки. До того ж його використання знижує симптоми порушення сну, пов'язане з болем, але така ефективність щодо інших, окрім больових відчуттів, є недостатньою, як і вплив на якість життя пацієнтів.

Опіюїдні аналгетики: трамадол

Трамадол — це опіюїдний аналгетик слабкої дії, що чинить вплив як агоніст і на опіюїдні рецептори, і на СІЗЗСН. Він належить до групи препаратів суворого контролю та відпускається лише за рецептом.

Аналгетичний ефект трамадолу підтверджений щодо діабетичної полінейропатії (Harati et al., 1998; Sindrup et al., 2003), постгерпетичної нейропатії (Boureau et al., 2003) та нейропатичного болю внаслідок розвитку пухлини (Arbaiza et al., 2007). При застосуванні трамадолу дослідники також зазначали позитивний вплив на покращення якості життя пацієнтів.

Серед небажаних явищ спостерігали розвиток залежності, попри те, що вказаний препарат потребує саме довготривалого застосування. Тому рекомендовано призначати трамадол лише короткотривало (Finnegan et al., 2007). Побічні ефекти (закреп, безсоння, нудота) внаслідок приймання трамадолу були менш виразними, ніж при інших опіюїдних аналгетиках. Трамадолу надають перевагу над іншими опіюїдними аналгетиками, зважаючи на його знеболювальну дію та позитивний вплив на якість життя.

У другому перегляді керівництва рекомендовано застосовувати препарати другої лінії за умови застереження щодо безпеки при довготривалому прийомі (Cicero et al., 2005).

Підсумовуючи викладене, автори керівництва зауважують, що описані настанови розроблено на підставі результатів досліджень і точок зору провідних фахівців у цій галузі. Зокрема, у керівництві представлено кілька психофармакологічних ліній терапії залежно від поставленої мети інтервенцій та алгоритм лікування за певними етапами.

На думку робочої групи, на увагу заслуговує дослідження щодо ефекту вірусної вакцини, яка була ефективною та визнана препаратом другої лінії при лікуванні постгерпетичної невралгії. Водночас препаратами третьої лінії вибору для лікування нейропатичного болю є опіюїдні аналгетики.

У разі неефективності фармакотерапії, яка призначається поетапно, рекомендовано застосовувати інші методи, що можуть покращити активність пацієнта протягом дня та якість його життя.

Підготувала Юлія Крамар

*Оригінальний текст документа читайте на сайті
www.jspc.gr.jp*