Лікування пацієнтів із нейропатичним болем на первинній ланці допомоги

Нині через глобальне старіння населення, підвищення захворюваності на цукровий діабет, поліпшення виживаності пацієнтів онкологічного профілю спостерігається підвищення поширеності нейропатичного болю. Попри значну кількість препаратів для лікування пацієнтів зі згаданим видом болю, вибір відповідних підходів часто викликає в клініцистів труднощі. До вашої уваги представлено настанову, яку розробили фахівці Національної служби охорони здоров'я Великої Британії (NHS, 2025), для отримання стійкого терапевтичного ефекту за оптимальної схеми лікування нейропатичного болю.

Лікування нейропатичного болю на первинній ланці медичної допомоги передбачає оцінювання стану пацієнта, діагностування та призначення відповідних препаратів першої лінії, як-от антидепресанти та протинападові препарати. Зокрема, для досягнення стійкого терапевтичного ефекту важливо брати до уваги першопричину болю та за потреби призначати психологічну підтримку. Фахівці первинної ланки насамперед мають встановити, чи дійсно біль є нейропатичним, тобто виникає внаслідок ураження нервової системи. Для цього необхідно використовувати валідовані інструменти оцінювання больових відчуттів, визначати інтенсивність та характер болю, а також наявність можливих супутніх станів (тривожність, депресія тощо).

Ці рекомендації розроблено для лікарів первинної ланки медичної допомоги щодо призначення фармакотерапії пацієнтам із нейропатичним болем перед тим, як вони будуть скеровані до профільних фахівців. На рисунку зображено алгоритм лікування пацієнтів із нейропатичним болем.

Особливості нейропатичного болю та його поширеність

Як відомо, нейропатичному болю притаманні значущі відмінності від больових відчуттів, які виникають у разі запалення. Ноцицептивний біль розвивається внаслідок ушкодження тканин, а нейропатичний — через ураження або захворювання соматосенсорної нервової системи, що можуть бути наслідками ураженення нервів (нейропатії) внаслідок травм або певних станів. Поширеність нейропатичного болю варіюється та оцінюється в межах 6–8 % ураження у загальній популяції. Від 35 до 70 % пацієнтів, що звертаються по допомогу до сімейного лікаря, мають прояви нейропатичного болю. Більшість випадків нейропатичного болю вдається успішно лікувати на первинній ланці надання медичної допомоги.

Розпізнавання та діагностування нейропатичного болю

Поширеними причинами нейропатичного болю є:

- Цукровий діабет (1-го та 2-го типів).
- Оперізувальний лишай (*Herpes zoster*).
- Невралгія трійчастого нерва.
- Післяопераційний період (після операції з приводу грижі).
- Хронічні проблеми з хребтом (ішіалгія, біль у шиї чи попереку).
- Супутні злоякісні новоутворення або інші невиявлені патології.

Нейропатичний біль є серйозною проблемою, яка потребує пильної уваги та ефективного лікування. Скерування пацієнта до профільного фахівця слід розглянути, якщо відбувається стрімке наростання больового синдрому; нейропатичний біль значно обмежує повсякденну активність

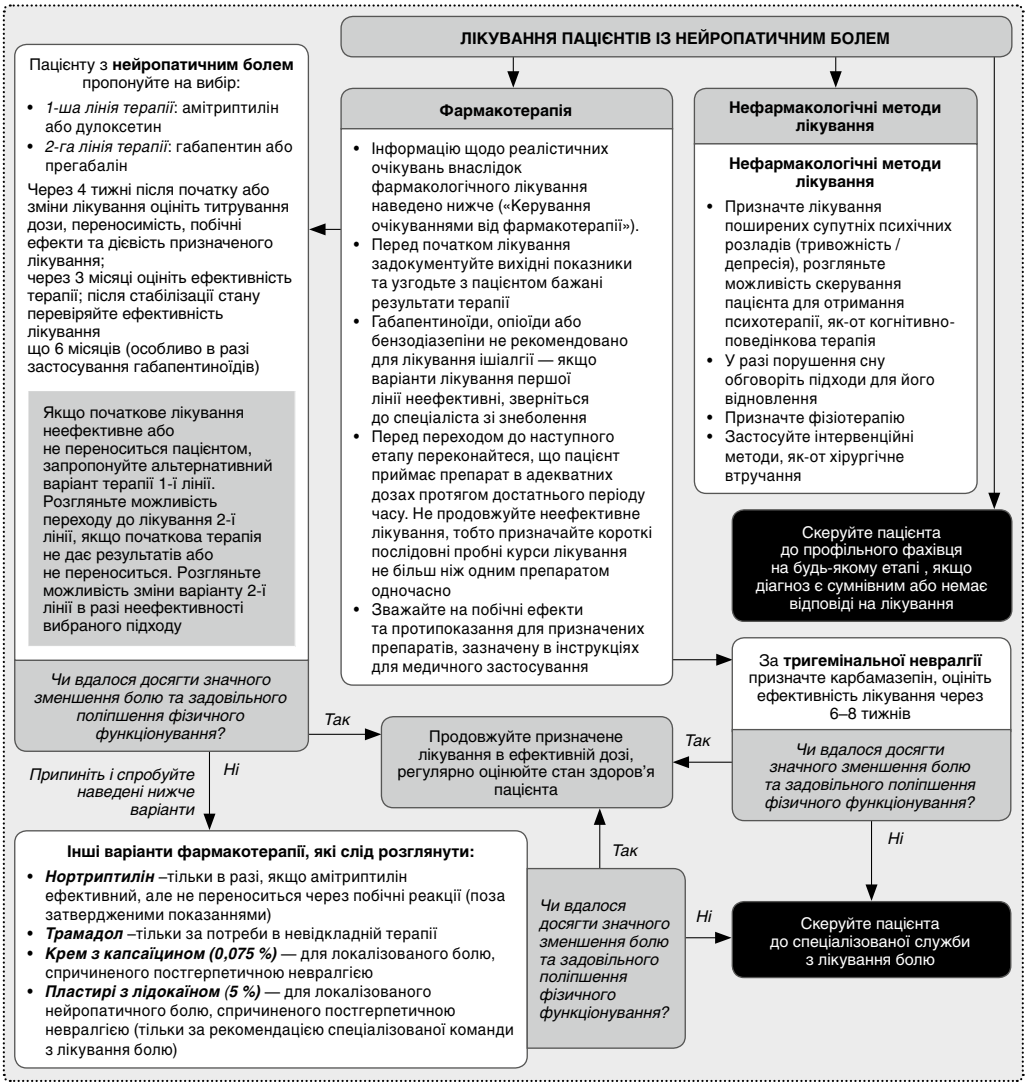

Рисунок. Алгоритм лікування пацієнтів із нейропатичним болем

Адаптовано згідно з Management of Neuropathic Pain for Adults in Primary Care v5.0, NHS, 2025.

хворого (як-от догляд за собою, загальні завдання та потреби, міжособистісні взаємодії та стосунки, мобільність і сон); спостерігається посилення тяжкості захворювання на тлі ураження нервової структури.

У таблиці 1 наведено можливі причини болю за синдрому кінського хвоста, спричиненого стисканням нервових корінців у каудальному відділі спинного мозку.

Лабораторні дослідження

Раннє виявлення та правильна діагностика є ключовими для поліпшення якості життя пацієнтів із нейропатичним болем. У разі виникнення сумнівів щодо причин нейропатичного болю рекомендовано виконати такі початкові дослідження для визначення: швидкості осідання еритроцитів (ШОЕ), вмісту С-реактивного білка (СРБ), рівня глюкози в крові натще, тест на толерантність

Таблиця 1. Причини болю за синдрому кінського хвоста (cauda equina syndrome)

Захворювання, що супроводжується нейропатичним болем	Причини, що потребують невідкладного лікування	Причини, що не потребують невідкладного лікування
Синдром кінського хвоста (*cauda equina syndrome*)	Інфекція	Метаболічні причини, як-от надмірне вживання алкоголю або дефіцит вітамінів
	Онкологічне захворювання	Фантомний біль у кінцівках
	Травми	Післяопераційний період
		Токсичність ліків, наприклад за хіміотерапії
		Ідіопатичний біль

Адаптовано згідно з Management of Neuropathic Pain for Adults in Primary Care v5.0, NHS, 2025.

до глюкози, рівня вітаміну B12 і фолатів, концентрації сечовини та електролітів, функції щитоподібної залози; оцінювання печінкових функцій і загальний аналіз крові.

Симптоми нейропатичного болю

Для нейропатичного болю характерні:

- Спонтанні або спричинені постійним або періодичним болем відчуття.
- Часто посилюється наприкінці дня.
- Може посилюватися під впливом тепла, холоду або зовнішніх подразників — навіть від носіння одягу або контакту з постільною білизною.

Збір анамнезу

Щоб краще зрозуміти природу болю, необхідно уважно вислухати скарги пацієнта. Нейропатичний біль часто відчувається як стріляючий, колючий або пекучий, що супроводжується поколюванням, оніміннням чи іншими змінами відчуттів. Багато видів больових відчуттів, які виникають за класичних не нейропатичних станів (остеоартрит або онкопатологія), можуть мати ознаки нейропатичного болю.

Крім того, больовим синдромам, за яких пацієнти не відповідають на терапію традиційними анальгетиками (парацетамолом, нестероїдними протизапальними препаратами [НПЗП] та слабкими опіоїдами), можуть бути притаманні елементи нейропатичного болю. Насамперед слід розглянути можливість використання валідованих інструментів, наприклад шкали оцінювання нейропатичних симптомів і ознак (S-LANSS) або опитувальника для визначення нейропатичного компонента болю (PDQ) для діагностування нейропатичного болю. Для визначення інтенсивності болю та його впливу на повсякденне життя корисний короткий опитувальник з оцінювання болю (BPI).

За нейропатичного болю можуть бути наявні: алодинія — біль, спричинений нешкідливим подразником (наприклад, дотиком, тиском, теплом); дизестезія — аномальне, часто неприємне або хворобливе відчуття, що виникає внаслідок порушення чутливості шкіри або слизових оболонок; гіперестезія — підвищена чутливість до дотиків; гіпералгезія — підвищена реакція на подразник, що спричиняють біль. Характерні також такі супутні симптоми, як зниження активності (у 65 % пацієнтів), порушення сну (у 60 %), депресивні розлади (у 34 %), тривожність (у 25 %).

Лікування

Профілактика та терапія на ранніх стадіях захворювання

У разі наявності в пацієнта цукрового діабету слід забезпечити оптимальний контроль глікемії, щоб мінімізувати розвиток периферичної діабетичної нейропатії. Пацієнтам з оперізувальним лишаєм доцільно призначити препарати для лікування нейропатичного болю в гострій фазі; хоча їхня ефективність не доведена, вони можуть зменшити виразність симптомів постгерпетичної невралгії.

Принципи лікування та реалістичність очікувань щодо фармакотерапії

Лікування пацієнтів із нейропатичним болем має базуватися на застосуванні цілісної біопсихосоціальної моделі, яка охоплює вирішення психологічних і соціальних проблем. Якщо діагноз є сумнівним, необхідно розглянути можливість раннього скерування такого пацієнта до вузькопрофільного фахівця.

Важливо, щоб лікарі, які призначають відповідні терапевтичні заходи, та пацієнти мали реалістичні очікування щодо лікування нейропатичного болю та приділяли належну увагу розвитку навичок самоконтролю в поєднанні з фармакотерапевтичними втручаннями. Перед початком лікування пацієнта з нейропатичним болем слід узгодити та задокументувати очікувані результати лікування (зменшення інтенсивності / полегшення болю та поліпшення функціонування). Такий пацієнт має усвідомлювати, що аналгетики для лікування нейропатичного болю навряд чи забезпечать повну редукцію больового синдрому, проте застосування успішного пробного курсу має забезпечити поліпшення способу життя, повсякденної діяльності, якості сну, соціальної залученості та помітне зменшення інтенсивності симптомів.

Пацієнти, які досягають належного полегшення болю, часто відчувають поліпшення в інших сферах життя (фізичний і психологічний стан, сон, настрій, якість життя). Ефекти навряд чи будуть помітними протягом двох тижнів після початку лікування; максимального результату можливо досягти лише за 6–8 тижнів; проте побічні ефекти можуть виникнути набагато раніше. Більшість із них є відносно незначущими і, як правило, зникають, якщо пацієнт продовжує приймати ліки протягом декількох тижнів.

Рекомендовано щонайменше раз на рік визначати ефективність терапії, зокрема через поступове зменшення дози, щоб переконатися, що ліки продовжують забезпечувати належний вплив. Також ознайомити пацієнта з обґрунтуванням вибору лікування, зокрема пояснити, що такі ліки, як антидепресанти та протинападові препарати, можливо застосовувати для досягнення терапевтичного ефекту. Крім того, необхідно попередити про можливість розвитку поширених побічних ефектів, акцентувати увагу пацієнта на терміні поліпшення стану та застосування можливих подальших кроків.

Перегляд ефективності втручань

Слід ретельно спостерігати за станом пацієнта, переглядати діагноз і впевнюватися в ефективності підібраного лікування. Під час кожного оцінювання стану пацієнта слід зважати на правильність діагнозу, ефективність і переносимість ліків, необхідність коригування дози.

У разі стабілізації стану пацієнта під час лікування необхідно виконувати огляд щонайменше раз на рік. BPI є корисним інструментом для моніторингу ефективності лікування. Якщо діагноз є сумнівним або пацієнт не відповідає на терапію, необхідно скеровувати його до вузькопрофільного фахівця на будь-якому етапі лікування.

Зміна лікування та зменшення дози препарату

У таблиці 2 представлено схему перехресного титрування дози за переходу з терапії амітриптиліном / нортриптиліном на лікування дулоксетином.

Перехід із терапії амітриптиліном або нортриптиліном на приймання дулоксетину передбачає обережне поступове зменшення дозування препарату, яке зазвичай триває від 2 до 4 тижнів, причому починати слід із низького дозування дулоксетину. Швидкість збільшення дози визначається переносимістю препарату і має бути підібрана індивідуально.

У разі переходу з терапії дулоксетином на лікування амітриптиліном рекомендовано поступово зменшувати дозування застосовуваного препарату, яке зазвичай триває від 2 до 4 тижнів. Крім того, починати з низької дози амітриптиліну. Швидкість зміни дози препарату визначається його переносимістю і має бути індивідуально підібрана.

Дозу дулоксетину слід поступово зменшувати протягом щонайменше 1–2 тижнів, щоб знизити ризик виникнення реакцій відміни. Припинення приймання дулоксетину чи зменшення його дози

Таблиця 2. Схема перехресного титрування дози

Крок титрування	Доза до переведення	Тиждень 1-й	Тиждень 2-й	Тиждень 3-й	Тиждень 4-й	Тиждень 5-й	Тиждень 6-й
Скасування амітриптиліну / нортриптиліну	75 мг/добу	50 мг/добу	40 мг/добу	25 мг/добу	10 мг/добу	–	–
Введення дулоксетину	–	30 мг/добу	30 мг/добу	60 мг/добу	60 мг/добу	60 мг/добу	60 мг двічі на добу (за потреби)

Адаптовано згідно з Management of Neuropathic Pain for Adults in Primary Care v5.0, NHS, 2025.

(зокрема, через непереносимість або неефективність) має відбуватися поступово, впродовж щонайменше 1–2 тижнів, щоб знизити ризик реакцій відміни.

Застереження щодо лікування нейропатичного болю

Рекомендовано з обережністю застосовувати знеболювальні препарати для ослаблених пацієнтів, осіб похилого віку або тих, хто страждає на кардіологічні захворювання. Деякі із цих препаратів можуть потенційно збільшувати ризик падінь. Призначаючи амітриптилін пацієнтам віком > 65 років, слід зважати на його антихолінергічні властивості та ризики антихолінергічного навантаження, тобто посилення когнітивних порушень і підвищення ризику смерті.

Опіоїди слід застосовувати тільки за рекомендацією профільного фахівця (за винятком трамадолу, який призначають за невідкладної терапії) і в межах комплексного плану лікування. Через зростання зловживання габапентином і прегабаліном та побоювання щодо потенційного зловживання ними й розвитку залежності обидва препарати були перекласифіковані як такі, що входять до переліку контрольованих ліків (перелік № 3). Їх слід застосовувати з обережністю в пацієнтів з особистим або сімейним анамнезом зловживання психоактивними речовинами або алкоголем. Необхідно також спостерігати за станом пацієнтів щодо появи будь-яких ознак зловживання та залежності. Лікар має обговорити з пацієнтом ризик, пов'язаний із застосуванням знеболювальних ліків і порушенням навичок керування автомобілем.

Застосування габапентину і прегабаліну пов'язане з ризиком пригнічення дихання навіть без супутнього приймання опіоїдних препаратів. Слід розглянути можливість коригування дози цих препаратів для пацієнтів із дихальною недостатністю, респіраторними або неврологічними захворюваннями, порушенням функції нирок; для осіб, які приймають інші депресанти центральної нервової системи, зокрема опіати; для осіб віком > 65 років. Крім того, необхідно вживати особливих запобіжних заходів для тих, кому одночасно призначено опіоїди та прегабалін у дозах, що перевищують 300 мг/добу, зокрема через підвищений ризик смерті внаслідок пригнічення дихання. Ризик смерті, пов'язаної із застосуванням опіоїдів, збільшується за одночасного приймання габапентину та опіоїдів.

Терапія габапентином і прегабаліном часто асоціюється з таким побічним ефектом, як збільшення ваги. Зокрема, пацієнтів слід поінформувати, що при цьому може посилитися нейропатичний біль (імовірно, через збільшення тиску на нервові закінчення та посилення запалення).

Під час першого триместру вагітності приймання прегабаліну може призвести до незначного підвищення ризику серйозних вроджених вад у дитини порівняно з однолітками. Крім того, необхідно поінформувати пацієнток, які приймають прегабалін, про потенційні ризики, зокрема для ненародженої дитини, а також про потребу у використанні ефективних засобів контрацепції під час лікування.

Використання карбамазепіну під час вагітності пов'язують із підвищеним ризиком серйозних вроджених вад розвитку, про що потрібно попередити пацієнток, які приймають вказаний засіб, і рекомендувати використовувати ефективні засоби контрацепції під час лікування.

Таблиця 3. Схема швидкого титрування габапентину

Тиждень 1-й	Тиждень 2-й			Тиждень 3-й
1–2-й день	300 мг/добу	Дні 1–2	300 мг уранці 300 мг удень 600 мг на ніч	600 мг тричі на добу Продовжуйте приймати протягом 2–3 тижнів, а потім перегляньте ефективність терапії
3–4-й день	300 мг двічі на добу	Дні 3–4	300 мг уранці 600 мг удень 600 мг на ніч	
5–7-й день	300 мг тричі на добу	Дні 5–7	600 мг тричі на добу	

Адаптовано згідно з Management of Neuropathic Pain for Adults in Primary Care v5.0, NHS, 2025.

Таблиця 4. Рекомендована схема титрування прегабаліну

Час доби	Тиждень 1-й	Тиждень 2-й	Тиждень 3-й
Уранці	75 мг	150 мг	300 мг
Увечері	75 мг	150 мг	300 мг

Адаптовано згідно з Management of Neuropathic Pain for Adults in Primary Care v5.0, NHS, 2025.

Таблиця 5. Рекомендоване дозування габапентину за ниркової недостатності

Кліренс креатиніну (мл/хв)	Режим дозування	Максимальна загальна добова доза
≥ 80	300–600 мг тричі на добу	900–1800 мг
50–79	200–600 мг тричі на добу	600–1800 мг
30–49	100–300 мг тричі на добу	300–900 мг
15–29	300 мг через день — 200 мг тричі на добу	150–600 мг
< 15	300 мг через день — 100 мг тричі на добу	150–300 мг

Адаптовано згідно з Management of Neuropathic Pain for Adults in Primary Care v5.0, NHS, 2025.

Для відновлення рухової активності м'язів у пацієнтів із нейропатичним болем можуть бути корисними методи електроміостимуляції, акупунктура, фізіотерапія.

Фармакотерапія

Амітриптилін

Препарат ліцензований для лікування пацієнтів із нейропатичним болем, початкова доза амітриптиліну становить 10–25 мг на ніч, яку можливо поступово збільшувати на 10–25 мг що 3–7 днів до максимальної — 75 мг/добу, якщо пацієнт добре його переносить (добове дозування розділити на кілька приймань).

Тривалість пробного курсу лікування амітриптиліном, як правило, становить 6–8 тижнів, із них щонайменше впродовж двох тижнів пацієнт має приймати максимальну переносиму дозу, перш ніж буде вирішено, що препарат не є ефективним.

У разі підтвердження неефективності застосування амітриптиліну як засобу терапії слід поступово зменшувати його дозу, щоб розглянути можливість переходу на альтернативний препарат. Дози амітриптиліну, вищі за 75 мг/добу, рекомендовано призначати лише після консультації зі спеціалістом із лікування болю, зважаючи на антихолінергічні властивості вказаного препарату та його антихолінергічний вплив у пацієнтів віком > 65 років.

Таблиця 6. Особливості застосування препаратів для фармакотерапії пацієнтів із нейропатичним болем

Лікарський засіб	Початкова добова доза	Максимальна добова доза	Примітки	Тривалість пробного курсу
Трициклічні антидепресанти				
Амітриптилін	10–25 мг на ніч	75 мг на ніч	Приймати за 90–120 хв до сну. Ефект зазвичай виникає за дози 75 мг/добу. Вищі дози (до 150 мг) призначають тільки за рекомендацією лікаря-спеціаліста з лікування болю. Не припиняйте приймання раптово, поступово зменшуйте дозування препарату	6–8 тижнів, причому щонайменше 2 тижні у максимальній переносимій дозі
Нортриптилін	10 мг на ніч	75 мг на ніч	Приймайте за 90–120 хв до сну. Дозування збільшуйте поступово; вищі дози призначайте під наглядом фахівця. Дозу зменшуйте поступово (приблизно протягом 4 тижнів). Застосування поза затвердженими показаннями	6–8 тижнів, причому щонайменше 2 тижні у максимальній переносимій дозі
Протинападові засоби				
Карбамазепін	100 мг двічі на добу	200 мг чотири рази на добу	Для початкового лікування невралгії трійчастого нерва. Поступово збільшувати дозу до 200 мг 2–4 рази на добу. Уникайте раптовогоскасування, поступово зменшуйте дозування препарату	6–8 тижнів, причому щонайменше 2 тижні в максимальній переносимій дозі
Габапентин	300 мг на ніч	600 мг тричі на добу	Рекомендовану схему титрування наведено у таблиці 3. Побічні ефекти найвиразніші в разі збільшення дози. Не припиняйте приймання раптово, поступово зменшуйте дозування препарату	3–8 тижнів для титрування дозування плюс 2 тижні в максимальній дозі
Прегабалін	75 мг двічі на добу	300 мг двічі на добу	Тільки якщо габапентин неефективний або не переноситься. Рекомендовану схему титрування наведено в таблиці 4. Не припиняйте приймання раптово, поступово зменшуйте дозування препарату	4–6 тижнів
Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну				
Дулоксетин	30 мг раз на добу протягом 2 тижнів, потім збільшіть до 60 мг раз на добу	120 мг раз на добу або розділити на два приймання	Ліцензований тільки для лікування діабетичної нейропатії. Рекомендовано контролювати АТ у пацієнтів із гіпертензією та/або іншими серцевими захворюваннями, особливо протягом першого місяця. Не призначайте за тяжкої ниркової недостатності (CrCl < 30 мл/хв). Уникайте різкого припинення приймання, припиняйте застосування повільно, протягом 1–2 тижнів. Ризик розвитку серотонінового синдрому за одночасного застосування з іншими серотонінергічними засобами. Може спостерігатися невелике підвищення рівня глюкози натще / HbA1c і показників печінкової функції. Концентрації дулоксетину в плазмі крові притаманна значна міжіндивідуальна варіабельність, тому деяким пацієнтам, які недостатньо відповідають на дозу 60 мг, може бути корисною вища доза (максимум 60 мг двічі на добу)	8 тижнів

Закінчення таблиці 6

Лікарський засіб	Початкова добова доза	Максимальна добова доза	Примітки	Тривалість пробного курсу
Опіоїди				
Трамадол	50–100 мг 4 рази на добу	100 мг 4 рази на добу	Трамадол слід застосовувати лише протягом короткого періоду. Підвищений ризик судомних нападів / серотонінового синдрому при застосуванні разом із ТЦА або СІЗЗС. Може пригнічувати дихання та спричиняти закрепи (меншою мірою, ніж інші опіоїди)	4 тижні
Препарати місцевої дії				
Капсаїцин (0,075 %)	3–4 рази на добу	3–4 рази на добу	Призначайте з обережністю за постгерпетичної невралгії. Необхідна консультація спеціаліста. Перегляньте стан через 8 тижнів і продовжуйте лікування тільки за позитивного ефекту	8 тижнів
Лікарські пластирі з лідокаїном (5 %)	Один пластир (можна розрізати)	Максимальна дозволена доза становить три пластирі	Тільки для зменшення локалізованого нейропатичного болю, спричиненого постгерпетичною невралгією, тільки в тих випадках, коли пероральні препарати та капсаїцин неефективні або протипоказано. За інших станів призначайте тільки у виняткових випадках за висновком лікаря-спеціаліста з лікування болю. Використовуйте до двох пластирів на 12 годин щодня. Оцініть ефективність втручань через 4 тижні. Якщо не спостерігається значного зменшення болю або задовільного поліпшення фізичного функціонування, припиніть лікування	4 тижні

Примітки: АТ — артеріальний тиск; CrCl — кліренс креатиніну; HbA1c — вміст глікованого гемоглобіну; ТЦА — трициклічні антидепресанти; СІЗЗС — селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну.

Адаптовано згідно з Management of Neuropathic Pain for Adults in Primary Care v5.0, NHS, 2025.

Дулоксетин

Дулоксетин ліцензований для лікування діабетичного периферичного нейропатичного болю та рекомендований Національним інститутом охорони здоров'я і клінічної досконалості Великої Британії (NICE) для терапії всіх видів нейропатичного болю, крім тригемінальної невралгії.

Початкова доза дулоксетину становить 60 мг раз на добу, яка може бути збільшена до максимальної — 120 мг/добу, розділеної на два приймання. Крім того, пробний курс лікування дулоксетином має тривати 8 тижнів, перш ніж можна буде зробити висновок про неефективність препарату.

За підтвердження неефективності терапії дулоксетином слід поступово зменшувати його дозу протягом щонайменше 1–2 тижнів і розглянути можливість застосування альтернативного препарату. Дулоксетин належить до інгібіторів зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну (СІЗЗСН), приймання яких асоційоване з дозозалежним, часто стійким підвищенням як систолічного (САТ), так і діастолічного (ДАТ) артеріального тиску (АТ). Тому пацієнтам із супутніми захворюваннями, перебіг яких може погіршитися через підвищення АТ та частоти серцевих скорочень (ЧСС), слід застосовувати його з обережністю.

Рекомендований моніторинг стану пацієнта:

- Вимірювання базового АТ перед початком лікування; якщо АТ підвищений (САТ > 140 мм рт. ст. або ДАТ > 90 мм рт. ст.), слід здійснювати терапію відповідно до чинних рекомендацій щодо лікування осіб із гіпертонією.
- Досягти контролю АТ перед початком лікування СІЗЗС.

- Контролювання АТ, зокрема після початку лікування, за будь-якого подальшого збільшення дози або початку приймання інших ліків, пов'язаних із терапією гіпертензії (може бути достатньо застосування схваленого приладу для домашнього контролю АТ).

За наявності в пацієнта ознак стійкої гіпертензії (залежно від ступеня підвищення АТ, реакції на лікування, загального стану здоров'я) слід розглянути можливість зменшення дози / скасування терапії препаратом, оптимізацію або початок антигіпертензивного лікування, зменшення дози / відміна інших пов'язаних із гіпертензією ліків, які приймає пацієнт.

Габапентиноїди

Прегабалін рекомендовано для лікування пацієнтів із периферичним або центральним нейропатичним болем, габапентин — тільки для периферичного нейропатичного болю. Обидва препарати рекомендовані NICE для лікування пацієнтів з усіма видами нейропатичного болю (крім невралгії трійчастого нерва). Рекомендовану схему швидкого титрування габапентину наведено в таблиці 3.

Слід розглянути можливість повільнішого збільшення дозування габапентину, якщо біль помірний у пацієнта літнього віку або є порушення функції нирок. У пацієнтів із підтвердженою чутливістю до нових ліків рекомендовано дотримуватися схеми повільнішого титрування дози.

Рівень габапентину в плазмі крові не збільшується пропорційно до підвищення його дозування, тому ризик розвитку побічних реакцій є вищим за приймання високих доз. Біодоступність габапентину знижується із 60 до 33 % у разі збільшення загальної добової дози з 900 мг до 3600 мг. Максимальна добова доза габапентину не має перевищувати 1800 мг. За всіх показань щодо початку терапії прегабаліном рекомендовано використовувати відповідну схему титрування, яку описану в таблиці 4.

Пацієнти з нирковою недостатністю

Пацієнти з виразною нирковою недостатністю та/або, які перебувають на гемодіалізі, потребують індивідуального підбору дози габапентину (табл. 5).

Як прегабалін, так і габапентин зазнають мінімального пресистемного метаболізму й виводяться з організму в незміненому вигляді із сечею. Тому за ниркової недостатності виведення габапентиноїдів зменшується, що може призвести до їх накопичення в організмі. Рекомендовано принаймні двічі на рік виконувати огляд пацієнтів зі зниженою функцією нирок, які регулярно вживають габапентиноїди, коригувати дозу габапентину та прегабаліну відповідно до рівня кліренсу креатиніну. У таблиці 6 наведено особливості застосування препаратів для фармакотерапії пацієнтів із нейропатичним болем.

Час досягнення повної відповіді на лікування габапентиноїдами становить 4–8 тижнів. Якщо пацієнт не відчуває поліпшення стану, дозування препарату слід поступово зменшувати. Для дозувань габапентину, нижчих за 900 мг/добу, загальну добову дозу необхідно зменшувати на 100 мг що чотири дні; для вищих за 900 мг/добу — загальну добову дозу зменшувати на 300 мг що чотири дні. У разі застосування прегабаліну рекомендовано зменшувати його дозування на 50–75 мг на тиждень.

Підготувала ***Наталія Купко***

Оригінальний текст документа читайте на сайті www.nottsapc.nhs.uk