

V důsledku dlouhotrvající bolesti trpí pacienti často depresí nebo úzkostí, poruchou spánku. Léčení musí postihnout všechny komponenty chronické bolesti, proto se k léčení bolesti užívají vedle analgetik antidepresiva, antiepileptika a další adjuvantia. Součástí léčby by měla být rehabilitace, případně psychoterapie a spolupráce s dalšími specialisty, kterých se konkrétní CHNB týká.

Antidepresiva hrají významnou roli v léčbě bolesti a pro neuropatickou bolest jsou podle Doporučených postupů na prvním místě (2, 3). Volba analgetik pro neuropatickou bolest je rozdělena do tří stupňů. V prvním jsou tricyklická antidepresiva TCA (amitriptylin, imipramin, dosulepin) nebo SNRI (Serotonin noradrenalin reuptake inhibitor), u kterých byl prokázán analgetický efekt na rozdíl od SSRI (Selective serotonin reuptake inhibitor). Amitriptylin nebo dosulepin jsou podávány jako analgetikum, i ke zlepšení spánku od dávky 25 mg. Efekt nastupuje poměrně rychle na rozdíl od vysokých dávek používaných psychiatry, dnes už výjimečně u depresí. Často však i v malých dávkách mají příliš sedativní účinek. U neuropatické bolesti anebo viscerální bolesti je lze nahradit imipraminem, který je TCA s minimálně sedativním účinkem. Představitelem SNRI je venlafaxin užívaný u neuropatické bolesti a duloxetin indikovaný pro bolestivou diabetickou polyneuropatii. Neuropatická bolest je bolest z traumatu nebo poškození somatosenzorického systému, tedy nervové tkáně. Tato CHNB je obtížně léčitelná, proto musí být přístup komplexní a často

převážně farmakologický, který je stále častěji doplňován a posilován intervenčními algeziologickými postupy, zejména díky technickému pokroku (neuromodulace).

Ve skupině léků první volby pro neuropatickou bolest mají nezastupitelné místo antiepileptika, a to na prvním místě gabapentiny (gabapentin, pregabalín). Karbamazepin má jedinou indikaci, a to je primární neuralgie trigeminu se záchvatovitými šlehavými bolestmi. Také se používá k potvrzení této diagnózy při dobrém efektu po jeho podání. Další antiepileptika se používají vzácně, spíše tam, kde gabapentiny selhaly. Do první skupiny patří ještě lokálně aplikovaný lidokain v náplasti, zatím indikovaný jen pro přecitlivělost kůže (alodynii) při postherpetické neuralgii (PHN).

V druhé volbě jsou v první řadě slabé opioidy, tedy tramadol samotný nebo lépe v kombinaci s paracetamolem nebo pro akutní stavy s dextetoprofenem (Skudexa). Další v řadě jsou silné opioidy (oxycodon, tapentadol, buprenorfin, morfin) a jednorázová náplast s 8% kapsaicinem (Qutenza). Náplast se aplikuje pouze zdravotníkem (lékařem, sestrou), a to jedna náplast na jedno sezení. Na rukou a nohou se ponechává půl hodiny a na ostatních částech těla 1 hod. Před aplikací je možné použít gel s lokálním anestetikem. Někdy jsou pálivé bolesti vyvolané kapsaicinem tak silné, že pacient vyžaduje analgetikum v průběhu nalepení. Procedura se může opakovat na stejné místo nejdříve za 3 měsíce.

Další možností je doporučit léčebné konopí. To má stále větší prostor v léčbě nejen neuropatické bolesti. Používají se v lékárně vyrobené kapsle nebo rostlinný materiál k inhalaci-vaporizaci. Léčebné konopí se ukazuje být velmi prospěšné, dokonce je možné snížit dávku opioidu a rozhodně zlepšuje spánek pacientů s chronickou bolestí (18).

V třetí volbě doporučení pro léčení neuropatické bolesti jsou další antikonvulziva (karbamazepin), dále NMDA (N-metyl-D-aspartátové receptory), antagonisté receptoru (ketamin, dextrometorfan), klonidin, tizanidin (ten má nejen myorelaxační účinky, ale také analgetické).

Závěr

Chronická bolest je onemocnění, které invalidizuje a významně zhoršuje kvalitu života ve všech rovinách. Vyžaduje proto specifickou léčbu nejlépe specialisty algeziology (nástavbová specializace algeziologie). Nezbytný je komplexní přístup k pacientovi, farmakoterapie (analgetika, koanalgetika a adjuvantia) individualizovaná pro každého pacienta. Využívají se i další formy léčby, jako je intervenční léčba, psychoterapie, rehabilitace a spolupráce s jinými specialisty. Aby byla léčba opioidy bezpečná, musí být vedena a kontrolována po celou dobu léčby zkušenným, pokud možno jedním, lékařem. Pacientů s chronickou bolestí přibývá i v důsledku změn životního stylu a prodloužováním věku populace. Výzkum chronické bolesti a nové léky vyžadují další kvalitní studie.

LITERATURA

- Kozák J. Bolest a její nová definice. MT, 21. září 2020 <https://www.tribune.cz/archiv/bolest-a-její-nova-definice/>.
- Fricová J, Hakl M. Metodické pokyny pro farmakoterapii bolesti. Bolest. 2017;19(Supl. 2):1-28.
- Bednařík J, Ambler Z. Klinický standard profarmakoterapii neuropatické bolesti. Cesk Slov Neurol N 2012; 75/108(1): 93-101.
- Attal N, Cruccu G, Baron R, et al. EFNS guidelines on the pharmacological treatment of neuropathic pain: 2010 revision. Eur J Neurol. 2010;17:1113-1188.
- Jackson TP, Sutton-Stabile V, McQueen KAK. The global burden of chronic pain. ASANewsletter. 2014;78(6):24-27.
- Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. Eur J Pain. 2006;10:287-333.
- Hakl M. Metamizol jako analgetikum první volby. www.prolekare.cz. 21. srpen 2021 <https://www.prolekare.cz/tema/analgesie/detail/metamizol-jako-analgetikum-prvni-volby-kdy-pro-koho-jak-a-proc-128047>.
- Nosková P. Nové fixní kombinace při léčbě bolesti a jejich použití. Med. praxi. 2022;19(2):115-18. <https://doi.org/10.36290/med.2022.016>.
- Halbichová, D. Analgetika v neurologii, jejich specifika a nežádoucí účinky. Neurol. praxi. 2022;23(1):76-83. <https://doi.org/10.36290/neu.2021.093>.
- Slíva, J. Fixní kombinace paracetamol + ibuprofen". Cetalgen, 7. leden 2021. <https://cetalgen.cz/fixni-kombinace-paracetamol-ibuprofen/>.
- Rokyta R. Patofyziologie a mechanismy účinků opioidů. In Kozák J et al. Opioidy. 2. vyd. Maxdorf 2021;71-80.
- Shug SA. The typical opioids: buprenorphine, tramadol and tapentadol. Med Today. 2019;20:31-36.
- Halačková M, Vrba I. Farmakokinetické lékové interakce a metabolismus opioidů. In Kozák J et al. Opioidy. 2. vyd. Maxdorf 2021;131-147.
- Babalonis, S, Walsh SL. Warnings Unheeded: The Risks of Co-Prescribing Opioids and Benzodiazepines. Painclinicalupdates. 2015;23(6):1-7. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7747834/>.
- Halačková M, Vrba I. Interakce v léčbě opioidů. In Kozák J et al. Opioidy. 2. vyd. Maxdorf 2021; 147-151.
- Vondráčková D. Obstipace vyvolaná opioidy – naloxegol. Podpůrná léčba. 2021;4:14-18.
- Lejčko J, Popov P. Opioidy a závislost. In Kozák J et al. Opioidy. 2. vyd. Maxdorf 2021;116-130.
- Vondráčková D, Vorlíková H. Konopí v léčbě bolesti. MT, 27. prosinec 2021. <https://www.tribune.cz/archiv/konopi-v-lecbe-bolesti/>.
- Málek J. Epidemiologie používání opioidů. In: Kozák J et al. Opioidy. 2. vyd. Maxdorf 2021;46-54.