

Tab. 4. Dávkování a omezení preskripce léčiv nejčastěji užívaných v terapii neuropatické bolesti a možnosti jejich kombinací

	Iniciální dávka	Titrace	Maximální dávka	Hodnocení účinnosti ¹	Možné kombinace	Omezení preskripce
Gabapentin	100–300 mg na noc	Zvyšovat každé 1–3 dny o 100–300 mg, postupně užívat 3x denně	3 600 mg (rozdělit na 3 dávky), snížit u renálních onemocnění	Za 6–8 týdnů, nejdříve 2 týdny po dosažení nejvyšší dávky	+ SNRI/TCA U opioidů riziko útlumu!	2
Pregabalin	150 mg (rozdělit na 2–3 dávky)	Lze zvyšovat o 150 mg à 3–7 dní dle tolerance	600 mg (rozdělit na 3, ev. 2 dávky)	Za 4–8 týdnů, nejdříve 2 týdny po dosažení max. dávky	+ SNRI/TCA U opioidů riziko útlumu a zácpy!	2
Duloxetin³	30–60 mg (případně rozdělit do 2 dávek)	Po týdnů lze zvýšit o 30–60 mg	120 mg (rozdělit do 2 dávek)	Za 8 týdnů + následně à 3 měsíce	+ pregabalin/gabapentin Spíše NE opioidy	NEU PSYCH ALG DIAB
Venlafaxin	75 mg v 1 dávce	Zvýšit o 75 mg/ týden	225 mg	Za 4–6 týdnů	+ pregabalin/gabapentin Spíše NE opioidy	NEU PSYCH
Amitriptylin	25 mg/noc	Zvyšovat o 25 mg za 3–7 dní (dle tolerance)	150 mg (rozdělit do 2 dávek, více na noc)	Za 6–8 týdnů, nejdříve 2 týdny po dosažení nejvyšší tolerované dávky	+ pregabalin/gabapentin NE opioidy/ tramadol!	—
Tramadol	200 mg (50 mg à 6 hod.)	Zvyšovat o 50–100 mg/den à 3–7 dní	400 mg (100 mg à 6 hod.)	Dny	+ gabapentin/pregabalin (pozor na riziko útlumu) Spíše NE SNRI/TCA	—
Oxykodon	20 mg (rozdělit na 2 dávky)	Zvýšit max. o 25–50 % aktuální dávky/ den	Není strop, najít netlumivou a dostatečně účinnou dávku (2x /den)	Dny	+ gabapentin/pregabalin (pozor na riziko útlumu) Spíše NE TCA/SNRI	—
Tapentadol	50 mg 4–6x/den, retardovaný 50 mg 2x/den	Zvýšit max. o 25–50 % aktuální dávky/ den	600 mg/den, u retardovaných forem 500 mg/den	Dny	+ gabapentin/pregabalin (pozor na riziko útlumu) Spíše NE TCA/SNRI	—

Modifikováno dle (1, 6, 14);

¹Účinnost je hodnocena jako $\geq 30\%$ redukce intenzity NB oproti stavu před zahájením terapie. Nedosahuje-li efekt uvedené úrovně, není doporučeno pokračovat v léčbě.

²V indikaci léčby NB není preskripce u většiny preparátů omezena na konkrétní odbornost (omezena však může být preskripce v jiných indikacích a před nasazením konkrétního preparátu je vhodné toto ověřit na stránkách SUKL, protože se omezení preskripce u různých preparátů se stejnou účinnou látkou může lišit).

³V českých podmínkách je preskripce duloxetinu vyhrazena pouze pro léčbu diabetické neuropatické bolesti u pacientů, kteří neměli dostatečnou terapeutickou odpověď (nedošlo ke zmírnění bolesti alespoň o 50 % dle VAS) nebo netolerovali léky první volby (amitriptylin, karbamazepin). Duloxetin je však dle provedených studií jednoznačně účinný i v léčbě ostatních typů NB.

Použité zkratky: NEU – neurologie (vč. dětské neurologie), PSYCH – psychiatrie (vč. dětské psychiatrie), ALG – algeziologie, paliativní medicína, DIAB – diabetologie, SNRI – inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu (tedy duloxetin/venlafaxin), TCA – tricyklická antidepressiva

senzitivních symptomů (1, 9, 15–17) (Tab. 3, 4) a také opatření využívaná ke zmírnění symptomů AN. Pro terapii neuropatické bolesti vč. bolesti u DN je k dispozici řada doporučení různých odborných společností (13, 15, 17), mezi nimiž však existuje velmi široká shoda zejména na preparátech první volby. K těm patří některé specifické typy antiepileptik a antidepressiv. Ze skupiny antiepileptik jsou mezi léky první volby řazeny pouze modulátory a2δ podjednotky vápníkových iontových kanálů (gabapentin, pregabalin). Oba léky jsou poměrně účinné a mají dobrý bezpečnostní profil, takže je možné je bez obav využít i u starších pacientů. Z antidepressiv lze pak v první volbě využít pro léčbu neuropatické bolesti preparáty inhibující zpětné vychytávání serotoninu a noradrenalinu (duloxetin, venlafaxin) nebo tricyklická antidepressiva (amitriptylin). Využití poslední ze jmenovaných skupin je však zejména u starších pacientů limitováno řadou kontraindikací a poměrně častými a významnými nežádoucími účinky (negativní vliv na kognitivní funkce, celkový útlum, ortostatická hypotenze, srdeční arytmie, sucho v ústech, retence moči, zácpa apod.). Doporučené dávkování jednotlivých preparátů a jejich preskripční omezení je sumarizováno v tabulce 4.

Při nedostatečné účinnosti některého z preparátů první volby nebo jeho špatné toleranci je doporučeno nejdříve postupně vyzkoušet několik dalších preparátů první volby. Až následně lze případně přistoupit k podání opioidů, a to iniciálně většinou slabších (tramadol), a až následně ev. silnějších (tapentadol či oxycodon). Tyto preparáty jsou v ovlivnění neuropatické bolesti jednoznačně účinné, jejich využití však limituje řada nežádoucích účinků, horší tolerance zejména v seniorní populaci a také jejich závislostní potenciál. Zejména v souvislosti s posledním jmenovaným rizikem jsou proto ve všech publikovaných doporučeních opioidní analgetika řazena mezi léky třetí, případně druhé volby (1, 9, 15–17). Mezi léky další volby pak patří některá další antiepileptika (topiramát, valproát), aplikace botulotoxinu A a kyselina alfa-lipoová (viz výše) (Tab. 3).

Vedle medikamentózní terapie mohou dysestezie plosek zmírnit i speciální profylaktické vložky do obuvi. Významnou roli v léčbě DN hraje také fyzioterapie, která může částečně ovlivnit i často se vyskytující pocit nestability při chůzi. Zejména při výskytu paretického postižení končetin je indikována také balneoterapie.