



(sucho v ústech, srdeční arytmie) zatížena výraznými nežádoucími účinky. Limitující byl i výskyt ospalosti, vertiga a kvalitativních poruch vědomí. Obdobné nežádoucí účinky můžeme pozorovat i u karbamazepinu, druhého léku používaného v léčbě neuropatické bolesti. Malé farmakoterapeutické možnosti ovlivnění neuropatické bolesti vedly k zoufalým pokusům v oblasti ireverzibilních invazivních zákroků (lýzy periferních nervů, ganglií, rhizotomie...). Výsledný efekt byl však velmi nejistý a často horší než před prováděnou bloádou. Proto se v současnosti od obdobných zákroků ustoupilo. V případě invazivních zákroků současný technologický rozvoj umožňuje použití reverzibilních léčebných metod, u kterých se v případě jejich selhání lze vrátit k původnímu předzákrovému stavu. K posunu v oblasti léčby neuropatické bolesti dochází s objevem gabapentinu a pregabalinu, dvou účinných antikonvulziv. Možnosti farmakoterapeutického ovlivnění dále rozšířila nově příchozí antidepressiva IV. generace (venlafaxin, duloxetin). Na podkladě nových účinných látek vydává EFNS (Evropská federace neurologických společností) v roce 2006 metodické pokyny, které v roce 2009 inovuje (2, 3). V roce 2012 poté pracovní skupina pod vedením profesora Bednaříka vydává Klinický standard pro farmakoterapii neuropatické bolesti (4). Tyto doporučené postupy léčby neuropatické bolesti jsou dostupné na webových stránkách České neurologické společnosti ČLS JEP www.czech-neuro.cz. V doporučených postupech jsou léky řazeny podle předpokládaného přínosu a rizik na léky 1., 2., a 3. volby.

Obecně lze říci, že lékem první volby v léčbě neuropatické bolesti postižující periferní nebo centrální nervstvo jsou moderní antikonvulziva a antidepressiva, pouze v léčbě neuralgie nervus trigeminus se mezi léky první volby dostal, resp. spíše zůstal, karbamazepin. Léky druhé a třetí volby tvoří opioidy, topická léčiva, lamotrigin a baclofen.

Léky používané v léčbě neuropatické bolesti

Tricyklická antidepressiva

Jedná se o antidepressiva první generace (tricyklická, TCA a tetracyklická antidepressiva, TeCA).

Blokují zpětné vychytávání serotoninu a noradrenalinu. Kromě toho však ovlivňují i muskarinové receptory, antihistaminové H₁ nervové zakončení a alfa₁-adrenoreceptory.

K nežádoucím účinkům této generace antidepressiv patří: sucho v ústech, únavnost a ospalost, ortostatická hypotenze a ve vyšších dávkách možnost ovlivnění srdečního převodního systému s rizikem arytmií, atrioventrikulární bloády, fibrilace síní apod. Tato antidepressiva jsou proto kontraindikována u většiny pacientů po infarktu myokardu, u pacientů s ischemickou chorobou srdeční, a zejména u pacientů s převodní srdeční poruchou. U starších pacientů je třeba zvýšené opatrnosti s ohledem na riziko výskytu ortostatické hypotenze, která není, na rozdíl od ovlivnění převodního systému, závislá na dávce antidepressiva. Nežádoucí účinky těchto antidepressiv vysvětlujeme anticholinergním a antihistaminovým působením a bloádou α_1 -adrenergních receptorů.

TCA klinicky vykazují velmi dobrý analgetický efekt, limitací jsou však jejich četné nežádoucí účinky. K nejčastěji používaným TCA patří amitriptylin v dávce 25–75 mg večer, dávky se zvyšují každých 3–7 dnů o 25 mg až po dosažení analgetického efektu, který nastupuje po 1–2 týdnech. Dávky nad 100 mg musí být podávány s maximální opatrností. Clomipramin se používá v dávce 25–150 mg večer. S výhodou lze použít formy s řízeným uvolněním.