Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:
форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови

Версія цього документу для друку: http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00931&format=pdf

Настанови на засадах доказової медицини.
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

Настанова 00931. Хронічний біль

Коментар експерта. В Україні наявні медико-технологічні документи за темою Хронічний больовий синдром http://mtd.dec.gov.ua/index.php/uk/haluzevi-standarty-ta-klinichni-nastanovy/item/30-khronichnyi-bolovyi-syndrom

Автор: Editors
Редактори оригінального тексту: -
Дата останнього оновлення: 2017-09-27

Основні положення

- Основний обов’язок щодо лікування пацієнтів з болем лежить на первинній медичній допомозі. З фахівцями слід консультуватись за необхідності. Добрі стосунки зі своїм сімейним лікарем є важливими для лікування хронічного болю.
- Завданнями первинної медичної допомоги є
  - клінічне обстеження пацієнтів (анамнез та фізикальне обстеження), за необхідності може доповнюватись доступними на первинній допомозі тестами з метою
    - ідентифікації типу болю (ноцицептивний, нейропатичний, інший)
    - діагностики хвороби, що є причиною болю
    - відображення психосоціальних факторів, які можуть сприяти хронізації болю: власне ставлення пацієнта до болю та його значення, настрій пацієнта з використанням Шкали депресії (DEPS), професійної та сімейної ситуації, вживання алкоголю або наркотиків
  - тимчасове або симптоматичне лікування болю, відповідно до місцевих практик щодо поділу обов’язків між первинною та спеціалізованими допомогами.

- Пацієнтів, які не отримують полегшення болю на первинній допомозі, скеровують на спеціалізовану допомогу.
- Біль документується під час кожного візиту за допомогою візуальної аналогової шкали (ВАШ) для болю (0–10), числової рейтингової шкали (ЧРШ; 0–10) або малюванням болю.
- Реабілітація проводиться для пацієнтів з поганою відповіддю на лікування, що допомагає адаптуватися і справлятися з симптомами.

Загальна інформація

- Біль вважається хронічним, коли він триває довше 3 місяців або довше, ніж при звичайному загоєнні тканин.
- Невропатичний біль викликається пошкодженням самого шляху болю.
- Депресія, страждання та тривога часто пов’язані з хронічним болем. Слід брати до уваги психосоціальний стан пацієнта при лікуванні та реабілітації.
- Слід якомога точніше визначити патофізіологію болю, щоб запропонувати лікування відповідно до причини.
- Лікування гострого болю, наскільки це можливо, дозволить попередити його перехід у хронічний.

Типи хронічного болю

Ноцицептивний біль

- Біль виникає тільки внаслідок травми (ноцицепція = відчуття травми тканин)
    - Ішемічний біль
    - М’язово-скелетний біль
    - Інфекційний біль
    - Дегенеративні болі в сполучних тканинах
- Причина болю поза межами нервової системи.
- Ноцицептивний біль може також включати підвищення чутливості шкіри у відповідній ділянці тіла.

- Довготривалий біль в кінцівках, зокрема, може активувати симпатичну нервову систему, що проявляється зміною температури та кольору кінцівки.

Нейропатичний біль

- Передумовами для встановлення діагнозу нейропатичного болю є відповідна нейроанатомічна локалізація болю, а також результати клінічного обстеження, що співпадають з порушеною функцією чутливості.
- В результаті змін в нервовій системі порушується чутливість і як наслідок, стимул, який раніше був безбольовим, наприклад дотик, може викликати інтенсивний біль (алодинія). З іншого боку, до багатьох стимулів чутливість може знижуватись.
- Пошкодження периферичних нервів
  - Діабетична нейропатія [настанова 00495|Діабетична нейропатія]
  - Компресійні розлади [настанова 00779|Защемлення нерва і компр…]
  - Ускладнення травм периферичних нервів
  - Компресія корінця нерва, викликана грижами міжхребцевого диска в ділянці спини [настанова 00435|Біль у попереку] або шиї [настанова 00398|Біль у ділянці шиї та пл…]
- Травма центральної нервової системи
  - Фантомний біль
  - Невропатичні болі, викликані розсіяним склерозом
  - Односторонні болі, що спричиняють порушення мозкового кровообігу
  - Деаферентний біль, пов'язаний з травмою спинного мозку
- Причиною постгерпетичного та фантомного болю може бути травма периферичних нервів і центральної нервової системи.

Ідіопатичний біль

- Хронічний біль характеризується як ідіопатичний, коли він не викликаний пошкодженням тканин або нервів, а діагностичні критерії хронічного больового синдрому не визначаються.
- Найбільш розповсюдженою причиною ідіопатичного болю є фіброміалгія [настанова 00395|Фіброміалгія].

- У лікуванні важлива програма фізичних вправ, що базується на власній активності пацієнта та має на меті збереження фізичного стану та функціональних можливостей [доказ 03492|A].
- Лікування медикаментами
  - Амітриптилін у дозі 10–50 мг рано ввечері [доказ 00519|B]
  - Інгібітори зворотного захоплення серотоніну і норадреналіну (СІЗЗСН) дулоксетин 30–60 мг/день [доказ 07029|B] та мілнаципран 50–100 мг/день [доказ 07026|B], а також прегабалін 25–75–150 мг/день [доказ 07028|A]

    Коментар експерта. Лікарський засіб мілнаципран станом на 23.05.2019 в Україні не зареєстрований
  - Також для позбавлення від симптомів фіброміалгії може бути ефективним габапентин 300–1200 мг/день [доказ 06831|C].

Хронічний больовий синдром

- При хронічного больового синдрому (МКХ-10: персистентний соматоформний больовий розлад, F45.4) основною скаргою є стійкий, сильний та тривожний біль, який не можна повністю пояснити фізіологічним процесом або фізичним розладом. Біль виникає в зв'язку з емоційним конфліктом або психосоціальними проблемами, які є достатньо вагомими, щоб зробити висновок, що вони і є основними причинами.
- Хороші стосунки пацієнт-лікар є основою лікування. Для диференційної діагностики мають бути проведені відповідні дослідження, проте повторне обстеження повинно мати чітке обгрунтування.
- Фармакологічне лікування не відіграє центральної ролі. За потреби можна застосовувати трициклічні антидепресанти або СІЗЗСН (дулоксетин, мілнаципран, венлафаксин), оскільки пацієнти можуть мати зміни у концентраціях нейротрансміттерів ЦНС, подібних до пацієнтів з депресією.
- Комплексний регіональний больовий синдром, див. [настанова 00455|Комплексний регіонарний …]

Огляд пацієнта з болем

- Ретельний анамнез: початок та прогресування симптомів, попередні обстеження та лікування, наявні симптоми та функціональні можливості, життєва ситуація, сім'я, соціальні фактори на роботі і т.д.
- Для вимірювання інтенсивності болю використовується візуальна аналогова шкала (ВАШ; шкала 0–10, 0 = відсутній біль, 10 = найсильніший біль) або числова рейтингова шкала (ЧРШ; 0–10). Вимірювання можна доповнити малюванням болю.
- Під час кожного візиту визначається та документується інтенсивність болю.
- Необхідно задокументувати зміни чутливості та локалізації болю за допомогою його малювання пацієнтом.
- Зверніть увагу на температуру шкіри, життєву активність та потовиділення (активність симпатичної нервової системи).
- Нейропатичний біль
    - Тестування наступних видів чутливості при неврологічному обстеженні: дотик, різкий дотик, спека, вібрація і холод, а також реакцію на нормально безболісний стимул, такий як ніжне погладжування і легкий натиск на шкіру.
    - Неврологічний огляд, включаючи тести на моторну функцію, оцінку рефлексів та функції краніальних нервів дають уявлення щодо локалізації пошкодження. Ретельне обстеження чутливості допомагає у виборі лікування та в оцінюванні відповіді на нього.
    - Нормальні результати електронейроміографії (ЕНМГ) [настанова 00738|Клінічна нейрофізіологія…] не виключають можливості периферичної нейропатії, тому що ЕНМГ не надає інформації про стан дрібних чутливих волокон.

Лікування хронічного болю

- Залежно від механізмів виникнення болю та особливостей пацієнта підбирається індивідуальне лікування, шляхом випробування однієї схеми одночасно та поєднання різних механізмів лікування.
- Лікування в багатьох випадках є лише симптоматичним; негайно слід застосувати етіологічне лікування (наприклад, вивільнення защемленого нерва).

- За якомога скорішого початку симптоматичне лікування більш ефективне.
- Розуміння психосоціальної ситуації пацієнта з болем.

Ноцицептивний біль

- Лікувальна терапія запобігає хронізації болю.
- Поширені анальгетики (НПЗП та слабкі опіоїди, тобто трамадол і парацетамол-кодеїн; сильні опіоїди зі спеціальними показаннями)
- Фізіотерапія
- Стимуляційна терапія (транскутанна електрична нервова стимуляція ТЕНС [доказ 03153|D], акупунктура)
- Локальні анестезії
- Група лікування болю
    - Групи для пацієнтів з болем ведуться фізіотерапевтами або психологами амбулаторно.

Нейропатичний біль

Препарати першого вибору

- Протиепілептичні препарати прегабалін, габапентин, при невралгії трійчастого нерва карбамазепін або окскарбазепін
    - Прегабалін офіційно показаний для лікування як центрального, так і периферичного нейропатичного болю.
- Препарати СІЗЗСН венлафаксин та дулоксетин
    - Дулоксетин офіційно показаний для лікування периферичної діабетичної нейропатії у дорослих.
- Трициклічні антидепресанти амітриптилін, нортриптилін
    - Слід пам’ятати про антихолінергічні побічні ефекти та седативну дію.

> *Коментар експерта.* Лікарський засіб нортриптилін станом на 23.05.2019 в Україні не зареєстрований

Препарати другого вибору

- Офіційним показанням для використання капсаїцинового пластира (8%) є недіабетичний периферичний біль. Препарат використовується місцево кожні 3 місяці у відділенні з досвідом

використання цього методу лікування. Ефективність лікування була доведена при постгерпетичному болю та при ВІЛ-асоційованій полінейропатії.

> *Коментар експерта.* Лікарський засіб капсаїцин станом на 23.05.2019 в Україні не зареєстрований у лікарській формі пластиру

- Лідокаїновий пластир (5%) не більше 12 годин на день
- Трамадол

Інші варіанти медикаментозного лікування

- Якщо вищезазначені варіанти лікування не забезпечують достатнього полегшення, може бути розглянуто наступне:
    - ботулінічний токсин 50–200 одиниць в ділянку болю з 3-місячними інтервалами.
    - сильні опіоїди, використовуючи індивідуальне дозування

Хронічний больовий синдром

- Добрі відносини між пацієнтом та лікарем
- Антидепресанти
- Групи для лікування пацієнтів з болем

Опіоїди при хронічному болю

- Трамадол [доказ 05262|C] є досить ефективний у лікуванні болю, пов’язаного з діабетичною нейропатією, постгерпетичною невралгією та нейропатичним болем, пов’язаним з травмою спинного мозку.
- Сильні опіоїди здебільшого використовуються, коли всі інші альтернативи були випробувані. Ціль лікування опіоїдами полягає в полегшенні болю та покращенні функціональних можливостей пацієнта.
- Лікування опіоїдами можна починати швидше, якщо є чітко встановлений діагноз та існує короткочасна потреба в них, наприклад, при остеопоротичному переломі хребта або при інтенсивному оперізуючому герпесі у пацієнтів старшого віку.
- Необхідно визначити етіологію болю.
- Інші показання

    - Інтенсивність болю чітко зменшується після застосування опіоїдів та покращуються функціональні можливості пацієнта.
    - Пацієнт не має схильності до вживання наркотиків.
    - Пацієнт не страждає від нелікованої депресії або тривоги.
- Бажано, щоб терапія опіоїдами починалася як спільне рішення двох лікарів. За процес лікування повинен відповідати лише один лікар зі спостереженням за пацієнтом з інтервалами в 1–3 місяці. Необхідне поступове зниження дози опіоїду, якщо спостерігається лише незначний ефект та/або побічні реакції.
- Лікування починається з перорального препарату та поступового підвищення дози впродовж 4–8 тижнів. Препарат слід приймати регулярно, а не “за потреби”. Опіоїдні таблетки тривалої дії (повільного вивільнення) використовують для лікування всіх типів болю, крім онкологічного.
- Разом з лікуванням опіоїдами слід розпочати лікування закрепів (наприклад, лактулозою), оскільки закрепи часто асоціюються з використанням опіоїдів та можуть завдати незручностей, якщо їх не лікувати. Комбінація оксикодону та налоксону має меншу здатність викликати закрепи, ніж сам оксикодон.
- Пацієнта слід добре ознайомити з принципами лікування та він/вона може збільшити дозу відповідно до попередньо погодженої схеми.
- Слід продовжувати інші методи лікування болю.
- Опіоїди використовуються лише для лікування болю. Для лікування тривоги та депресії використовуються спеціальні препарати.
- Лікування опіоїдами проблемних пацієнтів та людей з хронічним болем (не злоякісного походження) сильними опіоїдами повинно починатися в спеціальних відділеннях лікування болю.
- Ризик зловживання можна знизити шляхом погодження з пацієнтом та місцевими аптеками контролю придбання наркотичних препаратів.

Трициклічні антидепресанти

- Аналгетичний ефект не залежить від депресії.
- Для полегшення болю потрібні менші дози, ніж для зниження депресії.

- Найбільше даних досліджень існує стосовно амітриптиліну, котрий викликає аналгетичний ефект вже через 4–5 днів. Нортриптилін має легші побічні ефекти та є настільки ж ефективним як амітриптилін.
- Трициклічні антидепресанти є препаратами вибору при нейропатичному болю [доказ 04774|A] за умови, що немає протипоказань, таких як аритмії, утруднення сечовипускання або ортостатична гіпотензія.
- Розпочати з невеликих доз ввечері, початкова доза 10–25 мг. Препарат також покращує якість сну.
- Доза підвищується на 10 мг кожного дня до максимального знеболення або поки побічні ефекти (стомлюваність, сухість у роті, закреп, проблеми із сечовипусканням, ортостатична гіпотензія) не перешкодять подальшому збільшенню дози.
- Перевага може бути оцінена, коли доза була постійною впродовж 2 тижнів.

Інші антидепресанти

- Препарати групи СІЗЗСН (інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норепінефрину) мають набір ефектів, схожий на амітриптилін, але частота антихолінергічних побічних реакцій є нижчою. Існують докази ефективності венлафаксину [доказ 04707|A] та дулоксетину [доказ 06677|A] в лікуванні нейропатичного болю. Окрім того, трициклічні антидепресанти та габапентиноїди, СІЗЗСН є препаратими першого вибору для лікування периферичного нейропатичного болю. Діабетичний нейропатичний біль є офіційним показанням дулоксетину.
    - Дозування те саме, що і для лікування депресії.
- Слабким є аналгетичний ефект селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) [доказ 03082|C] та вони використовуються тільки для лікування депресії у пацієнтів з болем.
    - Слід бути обережним при одночасному застосуванні СІЗЗС та трамадолу через можливість серотонінового синдрому [настанова 00724|Злоякісний нейролептични…].

Антиепілептичні препарати

- Хороші докази ефективності при болю, спричиненого пошкодженням нерва

    - Карбамазепін або окскарбазепін при невралгії трійчастого нерва. Карбамазепін є препаратом першої лінії при невралгії трійчастого нерва [настанова 00790|Невралгія трійчастого не…]. Окскарбазепін має менше взаємодій з іншими ліками.
    - Прегабалін та габапентин при периферичному та центральному, ламотриджин при центральному нейропатичному болю.
- Для пацієнтів з протипоказаннями до трициклічних препаратів, прегабалін та габапентин є препаратами першого вибору для лікування невропатичного болю, за винятком невралгії трійчастого нерва.
- Прегабалін та габапентин є ефективними при постгерпетичній невралгії та діабетичному нейропатичному болю.
    - Прегабалін у дозі 75 мг х 2 впродовж тижня, потім 150 мг х 2 впродовж наступного тижня та 300 мг х 2 ще тиждень, якщо біль недостатньо полегшується нижчими дозами. Прегабалін показав свою ефективність, знижуючи центральний нейропатичний біль у пацієнтів із травмою спинного мозку.
    - Початкова доза габапентину 300 мг ввечері та дозування збільшується на 300 мг кожні 1–3 дні до 3600 мг/24 год за потреби. Щоденне дозування габапентину слід розділити на три частини для забезпечення рівномірного ефекту.

Препарати місцевого застосування

- Анестетики місцевої дії (наприклад, еутектична суміш місцевих анестетиків (ЕСМА®)) можуть використовуватися для лікування постгерпетичного болю якщо легкий дотик до шкіри для пацієнта є болючим.

Терапія черезшкірної електричної стимуляції нерва (ЧЕСН)

- При м’язово-скелетному болю (фіброміалгія, артрит і артроз) електроди можна розмістити у ділянці болю або поблизу. Лікування, спрямоване на тригерні точки, зменшує чутливість до натискання та розслаблює м’язи.
- У випадку постгерпетичної невралгії електроди слід розмістити над або під ураженим дерматомом.

- При болю при пошкодженні нерва електрод розміщується на ділянці шкіри з почуттям дотику. Ділянки без збереженого чуття не містять чутливих волокон, а в ділянках сенситизованої шкіри стимуляція була б надмірно сильною. Електроди також можна розмістити на відповідних дерматомах зі здорового боку.
- Лікування є найбільш ефективним на початку. У деяких пацієнтів ефект довгострокової терапії зменшується.
- Кардіостимулятор є протипоказанням до терапії.

Акупунктура

- Найбільш ефективно при незначному ноцицептивному болю напруги, що впливають на опорно-руховий апарат і при мігрені. Див. [настанова 00393|Акупунктура].
- Акупунктура може викликати вегетативні реакції, такі як нудота, брадикардія та втома.

Стимуляція спинного мозку

- Застосовується через електроди за допомогою генератора пульсу. Електроди імплантуються в епідуральний простір, тому стимуляція направлена в ділянку спинного мозку, що відповідає за біль в певній ділянці.
- Полегшує біль та покращує якість життя у пацієнтів з периферичним нейропатичним болем або комплексним регіональним больовим синдромом (КРБС) [настанова 00455|Комплексний регіонарний …].
- Передумовами для максимального використання цього методу є ретельний відбір пацієнтів, уникнення затримок, надання послуг у відділеннях з великим досвідом та високою компетентністю, а також включення стимуляції спинного мозку до комплексного мультидисциплінарного терапевтичного підходу.

Ін’єкції місцевих анестетиків

- Серії ін’єкцій місцевих анестетиків раніше використовувались для лікування хронічного болю, але докази щодо їх ефективності відсутні.

- Аналгетичний ефект є довшим, ніж фармакологічний знеболюючий ефект. Епідуральна та спінальна анестезії призначаються тільки у клініках болю.
- Ін’єкції є ефективними, тому що аналгезія нормалізує функцію та моторну активність зони болю (наприклад, знімає спазм м’язів).

Лікування хронічного болю в співпраці між первинною та спеціалізованою медичною допомогою

- Основна відповідальність за лікування пацієнтів з болем лежить на первинній медичній допомозі. Фахівці консультують за необхідності. Первинна медична допомога відповідальна за всебічне подальше лікування.
- У спеціалізованій медичній допомозі лікування пацієнтів з багатьма захворюваннями та проблемами повинне виконуватися у співпраці між різними фахівцями так, щоб одне відділення виконувало обов’язки координації, а інші фахівці надавали консультативну допомогу.
- Основні лікарні мають клініки лікування болю, де спеціалісти принаймні двох спеціальностей відповідають за лікування. Клініки, зазвичай, мають мультидисциплінарні команди з анестезіологом, який спеціалізується на лікуванні болю, психіатром, психологом, неврологом, ортопедом та соціальним працівником.
- Роль психолога є визначальною, коли пацієнт намагається визначити власні принципи лікування болю.
- Існує велика кількість доказів ефективності мультидисциплінарного психологічного лікування, що проводиться у клініках болю і базується на когнітивно-поведінковому підході у лікуванні тяжкого хронічного болю.

Пов'язані ресурси

- Кокранівські огляди [пов'язані 00424|Chronic pain – Related r…]
- Інші огляди доказових даних [пов'язані 00424|Chronic pain – Related r…]
- Інші інтернет-джерела [пов'язані 00424|Chronic pain – Related r…]
- Література [пов'язані 00424|Chronic pain – Related r…]

Джерела інформації

R1. Kalso E, Allan L, Dellemijn PL, Faura CC, Ilias WK, Jensen TS, Perrot S, Plaghki LH, Zenz M. Recommendations for using opioids in chronic non-cancer pain. Eur J Pain 2003;7(5):381-6. [PubmedID|12935789]

R2. Watson CP, Vernich L, Chipman M et al. Nortriptyline versus amitriptyline in postherpetic neuralgia: a randomized trial. Neurology 1998;51(4):1166-71. [PubmedID|9781549]

R3. Mou J, Paillard F, Turnbull B et al. Qutenza (Capsaicin) 8% Patch Onset and Duration of Response and Effects of Multiple Treatments in Neuropathic Pain Patients. Clin J Pain 2013;():. [PubmedID|23765045]

R4. Finnerup NB, Attal N, Haroutounian S ym. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis. Lancet Neurol 2015;14(2):162-73. [PubmedID|25575710]

Настанови

- Настанова 00495. Діабетична нейропатія.
- Настанова 00779. Защемлення нерва і компресійні порушення.
- Настанова 00435. Біль у попереку.
- Настанова 00398. Біль у ділянці шиї та плечового суглоба.
- Настанова 00395. Фіброміалгія.
- Настанова 00455. Комплексний регіонарний больовий синдром (КРБС).
- Настанова 00738. Клінічна нейрофізіологія у діагностиці.
- Настанова 00724. Злоякісний нейролептичний синдром (ЗНС).
- Настанова 00790. Невралгія трійчастого нерва та інші види лицевого болю.
- Настанова 00393. Акупунктура.

Доказові огляди Duodecim

- Доказовий огляд 03492. Exercise for fibromyalgia.
  Дата оновлення: 2008-02-27
  Рівень доказовості: A
  Резюме: Short-term aerobic exercise training has beneficial effects on global well-being and physical capacity of fibromyalgia and it may also reduce pain and tender points.
- Доказовий огляд 00519. Amitriptyline for fibromyalgia.
  Дата оновлення: 2016-06-08
  Рівень доказовості: B

Резюме: Amitriptyline appears to relieve pain effectively in about 1 in 4 (25%) more people with fibromyalgia than does placebo. About 1 in 3 (31%) more people than with placebo report having one or more adverse events.

- Доказовий огляд 07029. Duloxetine for fibromyalgia in adults.
  Дата оновлення: 2016-06-10
  Рівень доказовості: B
  Резюме: Duloxetine 60 mg daily appears to be effective for treating pain in fibromyalgia.
- Доказовий огляд 07026. Milnacipran for fibromyalgia in adults.
  Дата оновлення: 2016-03-07
  Рівень доказовості: B
  Резюме: Milnacipran 100 mg or 200 mg daily compared with placebo appears to provide moderate level of pain relief in some patients with fibromyalgia.
- Доказовий огляд 07028. Pregabalin for fibromyalgia in adults.
  Дата оновлення: 2012-06-19
  Рівень доказовості: A
  Резюме: Pregabalin at daily oral doses of 300 to 600 mg provides benefit for fibromyalgia patients.
- Доказовий огляд 06831. Gabapentin for fibromyalgia.
  Дата оновлення: 2017-11-24
  Рівень доказовості: C
  Резюме: Gabapentin at daily dose 2400 mg may be effective in selected patients with fibromyalgia.
- Доказовий огляд 03153. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for chronic pain.
  Дата оновлення: 2013-02-18
  Рівень доказовості: D
  Резюме: Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) might possibly have no effect for chronic pain in the long term, although the evidence is insufficient. There is some weak evidence of the effectiveness of single-dose TENS.
- Доказовий огляд 05262. Tramadol for neuropathic pain.
  Дата оновлення: 2017-07-07
  Рівень доказовості: C
  Резюме: Oral tramadol (100 to 400 mg a day) may be more effective than placebo for the treatment of neuropathic pain.
- Доказовий огляд 04774. Antidepressants for neuropathic pain.
  Дата оновлення: 2017-10-24
  Рівень доказовості: A
  Резюме: Tricyclic antidepressants (TCA) and venlafaxine are effective in the treatment of neuropathic pain.
- Доказовий огляд 04707. Venlafaxine in the treatment of neuropathic pain.
  Дата оновлення: 2005-02-08
  Рівень доказовості: A
  Резюме: Venlafaxine is effective in the treatment of different kinds of neuropathic pain, with a significantly better side-effects profile than tricyclic antidepressants.
- Доказовий огляд 06677. Duloxetine for treating painful neuropathy, chronic pain or fibromyalgia.
  Дата оновлення: 2015-07-13

Рівень доказовості: A
Резюме: Duloxetine at 60 mg daily is effective in treating painful diabetic peripheral neuropathy and fibromyalgia.

- Доказовий огляд 03082. The efficacy of SSRIs in the management of chronic pain.
  Дата оновлення: 2003-03-20
  Рівень доказовості: C
  Резюме: There is limited evidence of the efficacy of SSRIs in the treatment of chronic pain. There is no consistent evidence of their efficacy in the treatment of headache (migraine or tension), diabetic neuropathy and fibromyalgia.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.
Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.
Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Ідентифікатор: ebm00931 Ключ сортування: 003.003 Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англомовного оригіналу: 2017-09-27

Автор(и): Editors Автор(и) попередніх версій статті: Martina BachmannMaija Haanpää Редактор(и): Maija Haanpää
Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Навігаційні категорії
EBM Guidelines General practice Anaesthesiology Neurology Physical medicine

Ключові слова індексу
speciality: Anaesthesiology speciality: Neurology speciality: Physical medicine Chronic pain Chronic pain syndrome
mesh: Analgesics Neuropathic pain Nociceptive pain mesh: Pain mesh: Acupuncture mesh: Amitriptyline
mesh: Analgesics, Opioid mesh: Anticonvulsants mesh: Antidepressive Agents mesh: Antidepressive Agents, Tricyclic
mesh: Carbamazepine mesh: Diabetic Neuropathies duloxetine mesh: Fibromyalgia gabapentin lamotrigine
mesh: Morphine Derivatives mesh: Neuralgia, Postherpetic mesh: Pain Clinics Pregabalin Tramadol
mesh: Transcutaneous Electric Nerve Stimulation mesh: Trigeminal Neuralgia mesh: Valproic Acid venlafaxine icpc-2: A01