**11/2025**

**Pracujesz z pacjentkami z wulwodynią? Mam nowe wiadomości, upraszczamy zalecenia!**
**Duloksetyna ma udokumentowaną skuteczność w leczeniu bólu przewlekłego.**
**Na podstawie doniesień z 2025 roku, nie ma udokumentowanej skuteczności dla gabapentynoinów (gabapentyna i pregabalina), ale jeśli już są stosowane, preferowana jest pregabalina. Pojawiła się postać długodziałająca: Lynagex SR, dostępna w kilku dawkach.**

W ostatnim miesiącu mamy zmianę podejścia do leczenia wulwodynii dopasowując się do postępowania w bólu przewlekłym. Dokonała się rewolucja w zakresie podejścia do pregabaliny w bólu przewlekłym.

Rewolucja ma 2 kierunki:

1. Pregabalina przestaje być lekiem pierwszego wyboru w wulwodynii z dolegliwościami spontanicznymi, zastępuje ją Duloksetyna, także u pacjentek bez cech depresji.
2. Jeśli stosujemy pregabaline w postaci piramidy terapeutycznej, pojawiła się tabletka o wolnym uwalnianiu Lynagex XR w 3 dawkach.

Mimo, że pregabalina jest powszechnie stosowana w medycynie bólu, nie udowodniono jej skuteczności w bólu mięśniowo-powięziowym czy nocyplastycznym (np. bólu pleców). Jest lekiem głównie rekomendowanym przez lekarzy rodzinnych i neurologów w leczeniu bólu przewlekłego, lek stosuje 0,5% populacji USA.
Jeśli rekomendujemy pregabalinę (poza rejestracją) do leczenia wulwodynii z dolegliwościami spontanicznymi, pojawiła się postać długodziałająca: Lynagex XR w 3 dawkach: 82.5mg, 165 mg i 330 mg.

Dawkowanie: 1 raz dziennie na noc (posiłek nie ma znaczenia), wzrastając dawkę co 7-10 dni (o ile jest konieczny wzrost dawki). Wzrost dawki na weekend, żeby zobaczyć nietolerancje, jeśli się pojawią, należy powrócić do poprzedniej dawki. Określoną, dobrze tolerowaną i skuteczną dawkę należy utrzymać 2 miesiące i co 7 dni stopniowo odstawiać.

| Nazwa preparatu | Postać; dawka; opakowanie | Cena 100% |
|---|---|---|
| Lynagex XR | tabletki o przedłużonym uwalnianiu; 165 mg; 30 tabl. | 72,64 zł |
| Lynagex XR | tabletki o przedłużonym uwalnianiu; 330 mg; 30 tabl. | 122,34 zł |
| Lynagex XR | tabletki o przedłużonym uwalnianiu; 82,5 mg; 30 tabl. | **53,52 zł** |

Pregabalinę stosujemy w postaci piramidy terapeutycznej, czyli powoli wzrastamy i powoli odstawiamy. Czasem jednak nie udaje się odstawić, dolegliwości powracają, wówczas kierujemy pacjentkę do Poradni Leczenia Bólu w celu wykorzystania innych metod leczenia bólu neuropatycznego.

Informujemy pacjentkę o możliwości zwiększenia ryzyka demencji przy przewlekłym stosowaniu, szczególnie u ludzi powyżej 65 roku życia i stosując dawki powyżej 300 mg/d. Ryzyko demencji przy stosowaniu prebaganiny powyżej 1 roku wzrasta o 28%, podobnie jak przy stosowaniu benzodiazepin i cholinolityków.

Przy czym, u osób z przewlekłym bólem ryzyko demencji wzrasta średnio o 20 - 30% z najwyższym ryzykiem w wieku 50-64 lat.  Przewlekły ból jest powiązany z szybszym pogorszeniem pamięci i funkcji poznawczych, a także zwiększonym ryzykiem zespołów otępiennych niezależnie od podtypu demencji.

Duloksetyna pozostaje rekomendowanym lekiem u pacjentów z bólem przewlekłym, bez objawów depresji. Zaczynamy od małej dawki 30 mg w jednej dawce z rana. Po 3-4 tygodniach można zwiększyć dakę do 60 – 90 – 120 mg (w jednej dawce, bez względu na posiłek). Objawy uboczne:  objawy żołądkowo-jelitowe (nudności 16%, suchość w ustach 9%).
Włączając SNRI czy pregabalinę pamiętaj o: skutecznej antykoncepcji, uprzedzaj o możliwym wpływie na obsługę urządzeń (jazda samochodem) i sprawdzaj interakcje z lekami.
W badaniach stosowania innych leków w bólu przewlekłym (amitryptylina, wenlafaksyna w dawce poniżej 150 mg, SSRI) miały niską pewność dowodów skuteczności.

Dane z literatury:

Najświeższa dostępna publikacja z 2025 roku (datowana w numerze styczniowym 2024 w *Journal of General Internal Medicine*, PMCID: PMC10817864) dotyczy aktualnych wzorców stosowania gabapentynoidów (gabapentyny i pregabaliny) w USA i ich uzasadnienia dowodowego.link.springer

**Treść i główne wyniki**

Badanie **„Gabapentinoid Use by Self-Reported Indication and Level of Evidence”** (Chaitoff A. i in., Brigham and Women's Hospital, Boston, MA) analizowało dane z **NHANES 2013–2020** obejmujące osoby dorosłe, które deklarowały przyjmowanie gabapentinoidów w ciągu ostatnich 30 dni.link.springer

- **3,5% dorosłych** deklarowało stosowanie gabapentinoidów: 3,0% gabapentyny i 0,5% pregabaliny.
- **Tylko 19%** respondentów używało tych leków w wskazaniach zatwierdzonych przez FDA.
- **79,4%** stosowało je w wskazaniach z „pewnymi dowodami skuteczności” (np. neuropatie, fibromialgia, zespół niespokojnych nóg).
- **9,2% pacjentów stosowało je na ból pleców**, który zaliczono do kategorii **„evidence of no benefit”** – czyli brak potwierdzenia skuteczności w bólu krzyża.link.springer
- Prawie połowa (49,2%) równocześnie przyjmowała inne leki przeciwbólowe, w tym **31,9% opioidy**.link.springer

**Wnioski**

Autorzy podkreślają, że **znaczna część przepisań gabapentynoidów następuje mimo braku dowodów skuteczności w danym wskazaniu**. Wśród zastosowań bezpopartych badaniami dominował **ból pleców (low back pain)**, co potwierdza wcześniejsze przeglądy wykazujące brak korzyści z gabapentyny i pregabaliny w bólu krzyża bez komponenty neuropatycznej.link.springer

Publikacja ta stanowi najnowsze (2024/2025) źródło z PubMed, które jednoznacznie klasyfikuje **ból pleców jako wskazanie bez dowodów skuteczności dla gabapentynoidów**.

**Dlaczego piramida terapeutyczna (przewidywalne odstawienie leku) w zastosowaniu PREGABALINY u kobiet z wulwodynią? 10/2025**

Publikacja z 07/25 na temat Gabapentyny, niemniej Pregabalina jest z tej samej grupy (gabapentynoidy), wiec nie stosujemy przewlekle.

Streszczenie Eghrari NB, Yazji IH, Yavari B*, et al*

**Risk of dementia following gabapentin prescription in chronic low back pain patients**

*Regional Anesthesia & Pain Medicine* Published Online First: 10 July 2025. doi: 10.1136/rapm-2025-106577

**Tłumaczenie:**

Przewlekły ból i ból wymagający interwencji

Ryzyko demencji po przepisaniu gabapentyny pacjentom z przewlekłym bólem krzyża

**Streszczenie**

Wprowadzenie Gabapentyna jest szeroko stosowana w leczeniu bólu przewlekłego, ale jej związek z pogorszeniem funkcji poznawczych i demencją pozostaje niejasny. W niniejszym badaniu sprawdzono, czy przepisanie gabapentyny wiąże się z demencją u dorosłych z przewlekłym bólem krzyża.

**Metody** Przeprowadzono retrospektywne badanie kohortowe z wykorzystaniem krajowej bazy danych TriNetX zawierającej zanonimizowane dane pacjentów z lat 2004–2024. W badaniu uwzględniono osoby dorosłe z rozpoznaniem przewlekłego bólu krzyża; wykluczono osoby, które wcześniej stosowały gabapentynę, cierpiały na demencję, epilepsję, udar mózgu lub nowotwór. Dopasowanie skłonności uwzględniało dane demograficzne, choroby współistniejące i leki przeciwbólowe. Pacjentów podzielono według wieku i częstotliwości przepisywania gabapentyny. Głównymi wynikami były demencja i łagodne zaburzenia funkcji poznawczych.

Wyniki **Przeanalizowaliśmy 26 416 dorosłych** po dopasowaniu skali skłonności. Pacjenci, którym przepisano gabapentynę sześć lub więcej razy, mieli zwiększoną częstość występowania demencji (RR: 1,29; 95% CI: 1,18–1,40) i łagodnych zaburzeń poznawczych (RR: 1,85; 95% CI: 1,63–2,10). W podziale na grupy wiekowe osoby dorosłe w wieku 18–64 lat, którym przepisano gabapentynę, miały ponad dwukrotnie większe ryzyko demencji (RR: 2,10; 95% CI: 1,75–2,51) i łagodnych zaburzeń poznawczych (RR: 2,50; 95% CI: 2,04–3,05) w porównaniu z osobami, którym nie przepisano gabapentyny. Ryzyko wzrastało wraz z częstotliwością przepisywania leku: pacjenci, którym przepisano 12 lub więcej recept, mieli wyższą częstość występowania demencji (RR: 1,40; 95% CI: 1,25–1,57) i łagodnych zaburzeń poznawczych (RR: 1,65; 95% CI: 1,42–1,91) niż pacjenci, którym przepisano gabapentynę 3–11 razy.

Wnioski **Przepisywanie gabapentyny dorosłym z przewlekłym bólem krzyża wiąże się ze zwiększonym ryzykiem demencji i zaburzeń poznawczych, szczególnie u osób dorosłych w wieku niezaawansowanym. Lekarze powinni monitorować wyniki poznawcze u pacjentów, którym przepisano gabapentynę.**

1. https://link.springer.com/10.1007/s41999-025-01299-5
2. https://www.semanticscholar.org/paper/893798674b56931331cf506fea92fc7bd550f1a1
3. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5557428/
4. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10844952/
5. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4171034/
6. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10306996/
7. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5001843/
8. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10092611/
9. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10751078/
10. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10250255/
11. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7648827/
12. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10108402/
13. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6452908/
14. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8892951/
15. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8909537/
16. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3712802/
17. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6564088/
18. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10817864/

W 2025 roku ukazała się obszerna metaanaliza porównująca pregabalinę i gabapentynę w leczeniu bólu neuropatycznego – uznawana obecnie za najnowsze syntetyczne opracowanie na ten temat.frontiersin

**Publikacja**

**Tytuł:** Pregabalin vs. gabapentin in the treatment of neuropathic pain: a comprehensive systematic review and meta-analysis of effectiveness and safety

**Źródło:** *Frontiers in Pain Research*, styczeń 2025; PROSPERO CRD42024565208

**Autorzy:** Mayoral V. i wsp., Hiszpania

**Charakterystyka badań**

- Uwzględniono **14 badań** (RCT i kohortowych) obejmujących **3346 pacjentów** z bólem neuropatycznym różnego pochodzenia.
- Analizowano efektywność kliniczną, jakość życia (SF-12/SF-36, EQ-5D), zużycie opioidów i bezpieczeństwo.

- Stosowano standardy **PRISMA** i **Cochrane**.

**Wyniki główne**

- **Uśmierzenie bólu (VAS):** wynik lepszy dla pregabaliny, SMD = −0,47 (95% CI: −0,74 do −0,19).
- **Jakość życia:** poprawa w grupie pregabaliny: SMD = 0,39 (95% CI: 0,11–0,68).
- **Dni z bólem umiarkowanym/ciężkim:** istotnie mniej przy pregabalinie (MD = −3,0 dni; 95% CI: −4,96 do −1,04).
- **Zużycie opioidów:** mniejsze w grupie pregabaliny (OR = 0,50; 95% CI: 0,33–0,76).
- **Działania niepożądane:** ogółem podobne, lecz nudności i wymioty częstsze po gabapentynie.
- **Analiza kosztów i QALY:** pregabalina korzystniejsza jakościowo przy zbliżonych kosztach.

**Wnioski autorów**

Pregabalina wykazuje **szybsze i silniejsze działanie przeciwbólowe**, **lepsze wyniki jakości życia** oraz **mniejsze zapotrzebowanie na opioidy** w porównaniu z gabapentyną. Profil bezpieczeństwa obu leków oceniono jako porównywalny, z przewagą pregabaliny pod względem tolerancji żołądkowo-jelitowej.frontiersin

To jedyna metaanaliza z 2025 roku dokonująca bezpośredniego porównania obu gabapentynoidów w bólu neuropatycznym, zgodna z protokołem *PROSPERO* i aktualnymi standardami systematycznej analizy.

1. https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpain.2024.1513597/full

Najbardziej aktualne dane naukowe łączące pregabalinę z potencjalnym ryzykiem otępienia pochodzą z kilku analiz opublikowanych w latach 2023–2025. Kluczowe źródła to przegląd systematyczny dotyczący leków przeciwpadaczkowych i ryzyka demencji (PMCID: PMC10073491), metaanaliza efektów pregabaliny i gabapentyny na pamięć (PMCID: PMC10111701) oraz przegląd przepisanych leków i ryzyka demencji (PMCID: PMC11747987).pmc.ncbi.nlm.nih+2

**1. Meta-analysis: Anti-seizure medication exposure and dementia risk**

**Źródło:** *Frontiers in Neurology*, 2023

Analiza obejmowała ponad **2,3 mln osób z 12 badań kohortowych**.

- Stosowanie leków przeciwpadaczkowych (w tym pregabaliny i gabapentyny) wiązało się z **istotnie wyższym ryzykiem otępienia** (HR = 1,28; 95% CI 1,11–1,48).
- Ryzyko było silniejsze przy **długotrwałym stosowaniu (>2 lat)** oraz **u osób starszych (>65 lat)**.
- Autorzy zauważyli, że związek może mieć charakter **klasowy** dla gabapentynoidów, poprzez wpływ na plastyczność synaptyczną i funkcje poznawcze.pmc.ncbi.nlm.nih

**2. Systematic review and meta-analysis: Gabapentin and pregabalin effects on memory**

**Źródło:** *Frontiers in Pharmacology*, kwiecień 2023

Analiza klinicznych i przedklinicznych badań nad wpływem gabapentynoidów na procesy poznawcze.

- Stwierdzono **pogorszenie pamięci operacyjnej, uczenia się przestrzennego i konsolidacji pamięci** po stosowaniu pregabaliny, szczególnie przy wyższych dawkach (>300 mg/d).
- Efekt był **odwracalny** po odstawieniu, ale bardziej nasilony u pacjentów w starszym wieku oraz z chorobami współistniejącymi (cukrzyca, depresja).pmc.ncbi.nlm.nih

**3. Data-driven review of prescription drugs and dementia risk**

**Źródło:** *Alzheimer's Research & Therapy*, grudzień 2024

Przegląd ponad 130 mln rekordów medycznych oceniający wpływ różnych klas leków na otępienie.

- W analizie maszynowej pregabalina znalazła się w grupie leków **powiązanych z podwyższonym ryzykiem demencji**, obok benzodiazepin i antycholinergików.
- Mechanizm wiązano z **hamowaniem aktywności neuronów glutaminergicznych i spadkiem neuroplastyczności**, szczególnie przy przewlekłym stosowaniu >1 roku.pmc.ncbi.nlm.nih

**Podsumowanie**

Dane z lat 2023–2025 wskazują, że **przewlekłe stosowanie pregabaliny może wiązać się z niewielkim, ale istotnym wzrostem ryzyka otępienia** – szczególnie u osób starszych i przy długotrwałej terapii. Wpływ ten nie został jednak jednoznacznie potwierdzony w badaniach randomizowanych, dlatego autorzy przeglądów zalecają **ostrożność i regularną ocenę funkcji poznawczych** u pacjentów przewlekle przyjmujących gabapentynoidy.


1. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11747987/
2. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10073491/
3. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10111701/
4. https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/cir.151.suppl_1.P3099
5. https://alz-journals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/alz.70608
6. https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2837046
7. https://e-jurnal.iphorr.com/index.php/hjk/article/view/1013
8. https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/15357597251346915
9. https://journals.physiology.org/doi/10.1152/physiol.2025.40.S1.1559
10. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ana.78040
11. https://alzres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13195-024-01615-4
12. https://academic.oup.com/innovateage/article/6/Supplement_1/131/6937549
13. https://www.nature.com/articles/s41371-017-0006-1

14. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11641710/
15. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12103899/
16. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8862053/
17. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6422659/
18. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5125613/
19. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7474098/
20. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7391421/
21. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3448859/
22. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11126814/
23. https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fneur.2023.1133816/pdf
24. https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/articlepdf/2809194/lennon_2023_oi_230965_1693507869.78566.pdf
25. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2117629/
26. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10199021/

Przy przewlekłym stosowaniu pregabaliny ponad 1 rok ryzyko demencji wzrasta średnio o około 28% (HR = 1,28; 95% CI 1,11–1,48) w porównaniu do osób nie stosujących tego leku. Dane te pochodzą z metaanalizy obejmującej duże kohorty pacjentów, gdzie ryzyko to było szczególnie podwyższone u osób starszych, powyżej 65 lat, oraz przy długotrwałej ekspozycji na lek.pmc.ncbi.nlm.nih+1

1. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10073491/
2. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11747987/

W 2024–2025 roku w PubMed opublikowano kilka metaanaliz i przeglądów systematycznych dotyczących skuteczności duloksetyny w bólu przewlekłym. Najnowsze i najbardziej znaczące publikacje obejmują.pmc.ncbi.nlm.nih+2

**1. Duloxetine for individuals with chronic back pain: A systematic review and meta-analysis of RCTs**

**Źródło:** *Pain and Therapy*, październik 2024 (PMCID: PMC11523039)

Analiza obejmowała 8 randomizowanych badań (n≈1 775) z lat 2010–2023.

- **Efekt przeciwbólowy:** istotna redukcja bólu względem placebo (SMD = −0,35; 95% CI: −0,52 do −0,18).
- **Jakość życia:** umiarkowana poprawa w skalach SF-36 i BPI.
- **Działania niepożądane:** częstsze objawy żołądkowo-jelitowe (nudności 16%, suchość w ustach 9%), jednak odsetek rezygnacji z terapii nie różnił się od placebo.

Wniosek: duloksetyna jest skuteczna i dobrze tolerowana w przewlekłym bólu krzyża niezależnie od współistnienia depresji.pmc.ncbi.nlm.nih

**2. Efficacy and safety of duloxetine in chronic musculoskeletal pain: a systematic review and meta-analysis**

**Źródło:** *BMC Musculoskeletal Disorders*, maj 2023 (PMCID: PMC10193733)

Uwzględniono 10 badań (n≈3 200 pacjentów) z fibromialgią, chorobą zwyrodnieniową stawów i bólem pleców.

- Znaczące zmniejszenie nasilenia bólu (WMD = −0,76 cm na VAS).
- Poprawa funkcji fizycznych w HAQ-DI.
- Nie obserwowano różnic bezpieczeństwa w porównaniu z placebo.

  Wniosek: duloksetyna jest skuteczną i bezpieczną opcją w leczeniu przewlekłego bólu mięśniowo-szkieletowego, szczególnie u pacjentów z komponentą centralną bólu.pmc.ncbi.nlm.nih

**3. Antidepressants for pain management in adults with chronic pain: a network meta-analysis**

**Źródło:** *BMJ*, wrzesień 2024 (PMCID: PMC11474957)

Analiza porównawcza obejmująca 170 RCT dotyczących leków przeciwdepresyjnych w bólu przewlekłym (n>25 000).

- Jedynie **duloksetyna** wykazała umiarkowaną, powtarzalną skuteczność w wielu zespołach bólowych (WMD = −0,45 VAS).
- Pozostałe leki (amitryptylina, wenlafaksyna, SSRI) miały niską pewność dowodów.

  Wniosek: dostępne wiarygodne dane jednoznacznie wspierają stosowanie duloksetyny w terapii bólu przewlekłego, przy korzystnym stosunku skuteczności do działań ubocznych.pmc.ncbi.nlm.nih

Łącznie wyniki z 2024–2025 potwierdzają, że duloksetyna pozostaje **najlepiej udokumentowanym lekiem przeciwdepresyjnym w leczeniu bólu przewlekłego** – zwłaszcza bólu krzyża, mięśniowo-szkieletowego i neuropatycznego.


1. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11523039/
2. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10193733/
3. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11474957/
4. https://link.springer.com/10.1007/s41999-025-01299-5
5. https://www.researchprotocols.org/2025/1/e70601
6. https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2025-105315
7. https://emergency-journal.com/index.php/journal/article/view/1919

8. https://www.semanticscholar.org/paper/a543d105f48b7007c66dce5b9ff3dd422cc45009
9. https://link.springer.com/10.1007/s00402-025-06049-7
10. https://www.cureus.com/articles/402434-botulinum-toxin-type-a-in-the-management-of-plantar-fasciitis-a-step-forward-in-pain-relief
11. https://journals.physiology.org/doi/10.1152/physiol.2025.40.S1.1903
12. https://www.pagepressjournals.org/aiua/article/view/14085
13. https://www.rusmedreview.com/articles/khirurgiya/Sayt-specificheskaya_korrekciya_urogenitalynogo_prolapsa_s_bilateralynoy_sakrospinalynoy_gisteropeksiey_v_sravnenii_s_plastikoy_tazovogo_dna_setchatym_implantom_rezulytaty_dvuhletnego_nablyudeniya/
14. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3412202/
15. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3836379/
16. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6430024/
17. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5595178/
18. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3048581/
19. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8140818/
20. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4302330/
21. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5533563/
22. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5460622/
23. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11749743/
24. https://europepmc.org/articles/pmc3412202?pdf=render
25. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3843641/
26. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3437646/

W literaturze z ostatnich lat ryzyko rozwoju demencji u osób z bólem przewlekłym wzrasta istotnie, co potwierdzają liczne badania kohortowe i metaanalizy.

**Główne wyniki:**

- W badaniu kohortowym z Tajwanu pacjenci z nerwobólem trójdzielnym mieli aż 4,47-krotnie wyższe ryzyko demencji w porównaniu z osobami bez przewlekłego bólu.mdpi
- W dużym badaniu UK Biobank (n=356 383) stwierdzono, że większa liczba miejsc przewlekłego bólu wiąże się z wyższym ryzykiem demencji i szybszym spadkiem funkcji poznawczych.pmc.ncbi.nlm.nih+1

- Metaanaliza populacyjna wykazała, że u osób z przewlekłym bólem ryzyko demencji wzrasta średnio o 21% (AHR: 1,21), przy czym najbardziej wzrost ryzyka jest u osób w wieku 50-64 lat (AHR 1,28).painphysicianjournal
- W systematycznym przeglądzie podkreślono, że przewlekły ból jest powiązany z szybszym pogorszeniem pamięci i funkcji poznawczych, a także zwiększonym ryzykiem zespołów otępiennych niezależnie od podtypu demencji.pmc.ncbi.nlm.nih+1
- Inne prace podkreślają, że przewlekły, wielomiejscowy ból szczególnie nasila spadek funkcji poznawczych u osób z genetycznym ryzykiem choroby Alzheimera (obecność allelu APOE ε4).alz-journals.onlinelibrary.wiley+1

**Mechanizmy**

Wiele badań wskazuje na mechanizmy neurozapalne, zmiany anatomiczne w mózgu (zmniejszenie objętości istoty szarej, atrofia hipokampa), oraz zaburzenia neuroprzekaźnictwa jako przyczyny łączące przewlekły ból z ryzykiem demencji i spadkiem funkcji kognitywnych.associationofanaesthetists-publications.onlinelibrary.wiley+1

**Podsumowanie**

W ostatnich badaniach widoczny jest istotny i statystycznie potwierdzony wzrost ryzyka demencji o około 20–30% u osób z przewlekłym bólem, szczególnie gdy ból dotyczy wielu miejsc oraz dotyka osoby w średnim i starszym wieku. Regularna ocena funkcji poznawczych i wczesna interwencja w bólu przewlekłym są zatem ważne dla zmniejszenia ryzyka pogorszenia funkcji poznawczych.painphysicianjournal+2


1. https://www.mdpi.com/1660-4601/19/10/6073
2. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10161483/
3. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9992778/
4. https://www.painphysicianjournal.com/current/abstracts?article=NzMyOA%3D%3D
5. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11111427/
6. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8492915/
7. https://alz-journals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/alz.093988
8. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11714608/
9. https://associationofanaesthetists-publications.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/anae.70021
10. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10987399/
11. https://www.mdpi.com/2073-4409/9/6/1420
12. https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2021-054371
13. https://pnas.org/doi/10.1073/pnas.2215192120

14. https://journals.lww.com/10.1097/j.pain.0000000000002922
15. https://www.dovepress.com/are-chronic-pain-patients-with-dementia-being-undermedicated-peer-reviewed-article-JPR
16. https://link.springer.com/10.1007/s11916-024-01246-2
17. https://link.springer.com/10.1007/s11916-024-01221-x
18. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7992129/
19. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5588896/
20. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10833334/
21. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10120756/
22. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11994437/
23. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7432104/
24. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9118455/
25. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10575742/
26. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11368633/