

Невропатическая боль: диагностика, лечение и тактика врача общей практики



Нейропатическая боль влияет на личность человека и общество в целом, вследствие роста инвалидности, снижения производительности труда и качества жизни с сопутствующим увеличением использования ресурсов здравоохранения и затрат на лечение [1].

Распространенность нейропатической боли на первичном приеме у врача-невролога в Европе составляет 8–10%, а у врача-альголога около 25–27% [2].

Диагностика нейропатической боли (НБ)

Основывается на данных анамнеза и результатах неврологического обследования.

R.D. Treede и соавт. (2008) разработали 4 критерия вероятности диагноза нейропатической боли [3]:

1. локализацию боли в нейроанатомической области
2. поражение или заболевание периферической либо центральной соматосенсорной нервной системы в анамнезе
3. выявление в нейроанатомической зоне положительных и негативных сенсорных признаков
4. объективное подтверждение поражения соматосенсорной нервной системы

Диагноз считается достоверным, если присутствуют все 4 критерия, вероятным, если есть 1 и 2 критерии, а также 1 из оставшихся, возможным, когда выявляется 1 и 2 критерии.

Характерные особенности невралгии [4]:

- Такая боль имеет характер дизестезии и не имеет конкретной локализации
- Боль тупая, пульсирующая, стреляющая, обжигающая, онемение, покалывание, ощущение ползания мурашек
- Обычно есть частичная потеря чувствительности
- Вегетативные расстройства в зоне поражения – гипер- или гипогидроз
- Аллодинии – боль в ответ на любое (не болевое) раздражение: прикосновение, действие холода или тепла, телодвижение
- Боль усиливают или провоцируют эмоционально-стрессовые расстройства (возможны нарушение сна, депрессия, тревога), снижающие качество жизни
- Боль не мешает засыпать, но ее появление во сне может приводить к пробуждению

С момента появления боли до визита к врачу обычно проходит около года, при осмотре больного обнаруживается диссонанс между субъективными и объективными признаками поражения нервной системы [4].

Инструментальные методы исследования:

- компьютерная томография
- магнитно-резонансная томография
- электронейромиография

Чтобы четко оценить наличие нейропатической боли, можно воспользоваться опросником. Состоит он из 2 блоков. 1 блок – 7 пунктов, заполняется на основании опроса пациента; 2 блок – 3 пункта на основании клинического осмотра [4].

Опросник DN4 (разработан во Франции в 2005 году)

Соответствует ли боль, которую испытывает пациент, одному или нескольким из следующих определений?

1. Ощущение жжения.
2. Болезненное ощущение холода.
3. Ощущение, как от удара током.

Сопровождается ли боль одним или несколькими из следующих симптомов в области ее локализации?

4. Пощипывание, ощущение ползания мурашек.
5. Покалывание.
6. Онемение.
7. Зуд.

При осмотре пациента:

Локализована ли боль в той же области, где осмотр выявляет один или оба следующих симптома:

1. Пониженная чувствительность к прикосновению.
2. Пониженная чувствительность к покалыванию.
3. Можно ли вызвать или усилить боль в области ее локализации, проведя в этой области кисточкой? (да/нет). Ответ при положительном результате - «да», при отрицательном – «нет».

Результат: каждый положительный ответ соответствует 1 баллу.

Предположительное наличие у пациента нейропатической боли выявляют при сумме баллов >4 [4].

Лечение

Самые патогенетически обоснованные препараты в терапии НБ:

- Антikonвульсанты
- Антидепрессанты
- Бифосфонаты
- Спазмолитики
- Антигистаминные средства
- Глюкокортикостероиды
- Местные анестетики [5]

Антидепрессанты. Метаанализ рандомизированных клинических исследований указывает на их эффективность. В одном из исследований сообщалось, что у 30 из каждых 100 пациентов с НБ, получающих препараты этой группы, отмечается уменьшение боли на 50% [6].

Антikonвульсанты. Эффективность в лечении НБ изучена наиболее полно. Многие из антikonвульсантов блокируют натриевые и калиевые каналы, приводя к снижению возбудимости нейронов [6].

Мембраностабилизирующие противосудорожные препараты (блокаторы натриевых каналов). Карбамазепин, окскарбазепин. Лечение обоими препаратами начинают с малых доз, постепенно увеличивая их до достижения терапевтического эффекта и контролируя возникновение непереносимых побочных эффектов. Эффективная доза для карбамазепина – 200–1200 мг в сутки, для окскарбазепина – 600–1800 мг в сутки. Карбамазепин занимает важное место в лечении невралгии тройничного нерва [6].

Габапентин. Эффективные дозы габапентина – 1200–3600 мг в сутки в 3 приема. Необходимо медленное индивидуальное титрование дозы, начиная с 300 мг в сутки (у пожилых пациентов меньше) при увеличении на 300 мг в сутки [6].

Прегабалин. Диапазон суточных терапевтических доз – 150–600 мг в 2 приема. Препарат можно принимать независимо от приема пищи. Рекомендуемая стартовая доза – 150 мг в сутки [6].

Местное лечение. 5% лидокаиновый пластырь, крем, приготовленный на основе эутектической смеси местных анестетиков (ЭМЛА), капсаицин и метилсульфоксид (ДМСО) [6].

Препараты, обычно, назначаются на длительный срок и принимаются в индивидуально подобранной дозировке [6].

Ключевые слова: нейропатическая боль, антikonвульсанты, антидепрессанты, прегабалин, габапентин, карбамазепин, Опросник DN4

Литература:

1. Аманова Э.О. Особенности качества жизни пациентов с нейропатической болью. В сборнике: Новая наука и актуальные тенденции в образовании. Под редакцией С.В. Кузьмина. Казань, 2017. С. 184–188.
2. Аманова Э.О., Абасова Г.Б., Кайшибаева Г.С., Ковальчук В.В. Клинико-эпидемиологические особенности нейропатической боли. В сборнике: Новая наука и актуальные тенденции в образовании. Под редакцией С.В. Кузьмина. Казань, 2017. С. 189–193.
3. Treede R-D., Jensen T.S., Campbell J.N., et al. Neuropathic pain: redefinition and a grading system for clinical and research purposes // Neurology. – 2008. – Vol.70, N18. – P.1630–1635.
4. Трисветова Е.Л. Невропатическая боль: диагностика, выбор медикаментозной терапии тактика врача общей практики. Международные обзоры: клиническая практика и здоровье. 2020. № 2. С. 35–45.
5. Мооркрафт С.Ю., Ли Д.Л.Ю., Каннингэма Д. Сопроводительная терапия в онкологии. /С.Ю. Мооркрафт, Д.Л.Ю. Ли, Д. Каннингэма / 2016; 352–353.
6. Тринитатский Ю.В., Острова К.А. Современные аспекты лечения нейропатической боли. Главный врач Юга России. 2014. № 5 (41). С. 32–34.

Материал принадлежит ООО «ММА«МедиаМедика», любое копирование и использование в коммерческих целях запрещено. Предназначено исключительно для специалистов здравоохранения.