

Досвід використання опитувальників LANSS та DN4 для визначення нейропатичного компоненту болю у хворих на анкілозивний спондиліт

Станіславчук М.А., Шаповал І.І.
*Вінницький національний медичний
університет ім. М.І. Пирогова,
Вінниця, Україна*

Актуальність: Дослідження останніх років демонструють значну роль нейрогенних механізмів в патогенезі больового синдрому. Згідно патофізіологічної класифікації, біль може містити ноцицептивний та нейропатичний компоненти. Ноцицептивний біль з'являється в результаті стимуляції нервових закінчень. Під нейропатичним розуміють біль, який виникає в результаті пошкодження або дисфункції структур периферичної або центральної нервової системи, які приймають участь в регуляції болю. Постійна активація первинних аферентних волокон, що повторюється, змінює функціональний стан і активність центральних нервових шляхів і призводить до змін спінальної збудливості – центральної сенситизації, що є основним механізмом підтримки болю у хронічному стані. У випадку анкілозивного спондиліту (АС) провідним клінічним синдромом є больовий, який на початку захворювання може проявлятися в основному ноцицептивним компонентом, що відображає гострий перебіг та високу активність запального процесу. За відсутності адекватної терапії відбувається прогресування запального процесу, остеопроліферація з наступним розвитком анкілозу, що супроводжується звуженням суглобової щілини, ушкодженням нервових закінчень, що є передумовою для виникнення нейропатичного компоненту больового синдрому. Тобто, при АС існують всі передумови для виникнення нейропатичного болю, що може маскуватися за проявами ноцицептивного.

Мета: визначити та оцінити наявність нейропатичного компоненту болю у хворих на АС за допомогою опитувальників LANSS та DN4.

Матеріали та методи: У дослідження включено 75 хворих з на АС. Діагноз встановлювали на основі модифікованих Нью-Йоркських критеріїв (Van der Linden et al., 1984). Для загальної оцінки інтенсивності болю використовували візуально-аналогову шкалу (ВАШ). Для виявлення нейропатичного компонента больового синдрому використовували Лідську шкалу оцінки нейропатичного болю LANSS

(Bennett, M.I. 2001) та опитувальник нейропатичного болю DN4 (Bouhassira D. et al., 2005), які найчастіше використовують з цією метою. Критерієм нейропатичного болю за шкалою LANSS є значення ≥ 12 , а за опитувальником DN4 значення ≥ 4 .

Результати: Всього було обстежено 75 пацієнтів (63 чоловіки і 12 жінок) з АС. Вік хворих коливався від 19 до 64 років і в середньому ($M \pm SD$) становив $42,1 \pm 11,4$ років. Середня тривалість захворювання $5,15 \pm 5,03$ років. За ВАШ інтенсивність болю становила $6,72 \pm 2,18$. У 28 хворих на АС діагностовано нейропатичний компонент больового синдрому при тестуванні за опитувальником DN4, що склало 37,3%, а за шкалою LANSS у 30 хворих (40%); середні значення даних показників становили $3,51 \pm 1,97$ балів та $9,68 \pm 4,72$ балів, відповідно. Нейропатичний компонент больового синдрому серед чоловіків зустрічався з частотою 34,9% за опитувальником DN4 та 38,1% за шкалою LANSS, тоді як серед жінок за обома шкалами нейропатичний біль виявляли у 50 % обстежених.

Висновки: Отримані дані свідчать про значну поширеність нейропатичного компоненту болю як за опитувальником DN4 (37,3%), так і за шкалою LANSS (40%). Нейропатичний компонент частіше виявлявся у жінок (50%). Зважаючи на те, що при різних типах болю задіяні різні патофізіологічні механізми, які є терапевтичними мішенями для фармакопрепаратів, зростає значення диференціації ноцицептивного і нейропатичного компонента больового синдрому.

Оценка эффективности комплексного консервативного лечения больных с компрессионно- корешковыми синдромами, обусловленными грыжами межпозвоночных дисков

Фурса И.А.¹, Кас И.В.²

¹ Харьковская клиническая больница
на железнодорожном транспорте
№ 1, Харьков, Украина

² Харьковская медицинская
академия последипломного
образования, Харьков, Украина

В настоящее время консервативное лечение используется у 85-90% больных с компрессионно-

