



Vrste neuropatskog bola

Neuropatski bol predstavlja bol koji nastaje kao posledica lezije ili bolesti somatosenzornog nervnog sistema i najčešće ima hroničan tok, odnosno traje duže od tri meseca ili se javlja u recidivima. Savremena klasifikacija prema IASP/ICD-11* razlikuje dva osnovna tipa neuropatskog bola u zavisnosti od lokalizacije oštećenja: periferni i centralni neuropatski bol. Periferni neuropatski bol obuhvata stanja kao što su trigeminalna neuralgija, bolna polineuropatija, postherpetična neuralgija i bolna radikulopatija, dok centralni neuropatski bol nastaje usled lezija centralnog nervnog sistema, uključujući bol nakon moždanog udara, povrede kičmene moždine i bol povezan sa multiplom sklerozom.

*IASP (International Association for the Study of Pain) = Internacionalna asocijacija za proučavanje bola, ICD-11 (International Classification of Diseases, 11th Revision) = Međunarodna klasifikacija bolesti 11. revizija

Vrste hroničnog neuropatskog bola

Periferni neuropatski bol

- bol nastao kao posledica lezije ili bolesti perifernog somatosenzornog nervnog sistema.

• Bolna polineuropatija

Neuropatski bol koji se javlja u sklopu metaboličkih, autoimunih, naslednih ili infektivnih oboljenja, kao i nakon izloženosti toksinima ili primene neurotoksičnih lekova.

Dijabetesna polineuropatija je najčešći oblik perifernog neuropatskog bola, nastaje kao posledica hronične hiperglikemije i oštećenja perifernih nerava. Najčešće se susrećemo sa kliničkom slikom simetričnih senzitivnih smetnji na nogama u vidu trnjenja, mravinjanja, peckanja i osećaja hladnoće, uz pojavu bola najizraženijeg u miru i u večernjim časovima koji značajno narušavaju san.

• Neuropatski bol nakon povrede perifernog nerva

Bol nakon povrede perifernog nerva predstavlja perzistentan ili rekurentan bol nastao usled lezije perifernog nerva. Dijagnoza se zasniva na anamnezi povrede, prisustvu bola duž zahvaćenog nerva, kao i odgovarajućim senzornim simptomima i znacima. Formiranje neuroma (nepravilnog zadebljanja nervnog tkiva nakon povrede nerva) može biti uzrok izraženog bola na mestu lezije.

• Postherpetična neuralgija

Razvija se nakon infekcije Herpes zoster virusom u toku samog prisustva kožnih promena ili nakon povlačenja. Karakteriše je intenzivan, često kontinuiran bol praćen alodinijom, hiperpatijom i disestezijama u zahvaćenom dermatomu. Postherpetična neuralgija može perzistirati od 30 dana do više od 6 meseci nakon zarastanja lezija.

• Trigeminalna neuralgija

Oblik neuropatskog bola koji zahvata jednu ili više grana trigeminalnog nerva (V1, V2 ili V3). Odlikuje se kratkotrajnim, ali izrazito jakim oštrim bolom koji se javlja više puta u toku dana, najčešće provociran stimulusima kao što je žvakanje, hladnoća ili govor.

• Bolna radikulopatija

Nastaje usled kompresije ili oštećenja spinalnih nervnih korenova (cervikalnih, torakalnih, lumbalnih ili sakralnih). Bol se širi ka ekstremitetima duž zahvaćenog nervnog korena. Najčešći uzrok su degenerativne promene kičmenog stuba i intervertebralnih diskova, a bol se tipično pogoršava pri pokretu ili određenim položajima tela.

• Ostali periferni neuropatski bolovi

Ova kategorija obuhvata oblike perifernog neuropatskog bola koji nisu posebno klasifikovani u ICD-11, kao što je neuropatski bol kod sindroma karpalnog tunela, kao i stanja kod kojih nema dovoljno podataka za precizniju dijagnozu.

Centralni neuropatski bol

- bol nastao kao posledica lezije ili bolesti centralnog somatosenzornog nervnog sistema.

• Centralni bol nakon moždanog udara (post-stroke bol)

Javlja se kao posledica lezije centralnih somatosenzornih puteva nakon moždanog udara i karakteriše se bolom i senzornim poremećajima u regijama tela koje odgovaraju zahvaćenoj moždanoj regiji. Prisustvo senzornog deficita i hipersenzitivnosti ukazuje na kombinaciju deafferentacije i razvoja neuronalne hiperekscitabilnosti.

• Neuropatski bol kod multiple skleroze

Centralni neuropatski bol kod multiple skleroze nastaje kao posledica demijelinizacionih lezija centralnog nervnog sistema, najčešće u spinotalamo-kortikalnim putevima. Karakteriše se kontinuiranim bolom u ekstremitetima, osećajem pečenja, električnih senzacija, alodinijom i hiperalgezijom, često uz prisutan senzorni deficit. Centralni neuropatski bol je češći kod progresivnih formi multiple skleroze i povezan je sa većim stepenom invaliditeta.

• Bol nakon povrede kičmene moždine

Razvija se kao posledica oštećenja spinalnih puteva i može biti lokalizovan ispod nivoa lezije. Obično je hroničan, intenzivan, uz prisutne senzorne poremećaje.

• Bol nakon povrede mozga

Nastaje usled oštećenja somatosenzornih regija mozga ili njihovih povezanih puteva. Za dijagnozu su neophodni anamneza moždane traume, vremenska povezanost nastanka bola sa povredom i neuroanatomski odgovarajuća distribucija bola. Bol se javlja u delu tela koji odgovara zahvaćenoj moždanoj regiji i često je praćen pozitivnim ili negativnim senzornim simptomima i znacima, poput utrnulosti, smanjenog osećaja, alodinije ili hiperalgezije.

• Ostali centralni neuropatski bolovi

Ova kategorija obuhvata ostale oblike centralnog neuropatskog bola kod kojih nije moguće postaviti precizniju dijagnozu.

SE-NON-2026-00104



Reference:

- Scholz J, Finnerup NB, Attal N, Aziz Q, Baron R, Bennett MI, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic neuropathic pain. *Pain*. 2019;160(1):53–59.
- Bendtsen L, Zakrzewska JM, Abbott J, Braschinsky M, Di Stefano G, Donnet A, et al. European Academy of Neurology guideline on trigeminal neuralgia. *Eur J Neurol*. 2019;26(6):831–849.
- Shankar Kikkeri N, Nagalli S. Trigeminal Neuralgia. [Updated 2024 Mar 3]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 Jan-. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554486/?report=classic>. Datum poslednjeg pristupa: 08.05.2026.
- Fashner J, Bell AL. Herpes zoster and postherpetic neuralgia: prevention and management. *Am Fam Physician*. 2011;83(12):1432–1437.
- Feldman EL, Callaghan BC, Pop-Busui R, et al. Diabetic neuropathy. *Nat Rev Dis Primers*. 2019;5(1):41.
- Tesfaye S, Selvarajah D. Advances in the epidemiology, pathogenesis and management of diabetic peripheral neuropathy. *Diabetes Metab Res Rev*. 2012;28(Suppl 1):8–14.
- Klit H, Finnerup NB, Jensen TS. Central post-stroke pain: clinical characteristics, pathophysiology, and management. *Lancet Neurol*. 2009;8(9):857–868.
- Truini A, Barbanti P, Pozzilli C, Cruccu G. A mechanism-based classification of pain in multiple sclerosis. *J Neurol*. 2013;260(2):351–367.
- Mauermann ML, Staff NP. Peripheral Neuropathy: A Review. *JAMA*. 2026;335(3):255–266.
- Tarulli AW, Raynor EM. Lumbosacral radiculopathy. *Neurol Clin*. 2007;25(2):387–405.