

**ЗАСТОСУВАННЯ ЛАМОТРИДЖИНІВ В ТЕРАПІЇ НЕЙРОПАТИЧНИХ
БОЛЬОВИХ СИНДРОМІВ****Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна
академія» (м. Полтава)**

Дана робота є фрагментом НДР «Оптимізація та патогенетичне обґрунтування методів діагностики і лікування судинних та нейродегенеративних захворювань нервової системи з урахуванням клініко-гемодинамічних, гормональних, метаболічних, генетичних та імунізапальних чинників», Недерж. реєстрації 0111U006303.

Вступ. Біль – еволюційно зумовлений процес, який виникає при впливі на організм ноцицептивних стимулів або у результаті пригнічення ендогенної протибольової системи з характерною інтеграцією дискримінативно-сенситивного, мотиваційно-афективного, нейроендокринного та когнітивного компонентів адаптаційної відповіді. Біль є найбільш поширеним симптомом, з яким хворі звертаються до лікаря.

Больові подразнення можуть виникати в шкірі, глибоких тканинах та внутрішніх органах. Ці подразнення, сприймаються ноцицепторами – первинна рецепція. Рецепція – це передача та аналіз ноцицептивної інформації, а також формування больового відчуття, що забезпечується центральними та периферичними нейрональними утвореннями і складається з ланцюга послідовних процесів: трансдукції, трансмісії, обробки інформації та формування больового відчуття [6].

Існує антиноцицептивна система, яка сприяє зменшенню відчуття болю. На сьогодні добре вивчені біохімічні механізми антиноцицептивної системи: опіоїдний, серотонінергічний, адренергічний. Виходячи із вивчених нейрофізіологічних, нейрохімічних компонентів ноцицептивної та антиноцицептивної систем, сформовані терапевтичні підходи лікування гострої та хронічної болі: ліквідація джерела болі і відновлення пошкоджених тканин, вплив на периферичні компоненти болі, на процеси в задніх рогах спинного мозку з використанням опіатів, протисудомних препаратів, хірургічне стереотаксичне руйнування шляхів і ядер таламуса [3,7].

При вертеброгенних захворюваннях (радікулітах), невропатіях, а також аутоімунній патології (поліміозітах), розвивається в тій чи іншій мірі виражений больовий синдром, який потребує проведення цілого ряду терапевтичних заходів в тому числі використання різних препаратів [7].

Невропатичні і невралгічні синдроми є однією із ведучих проблем не тільки неврології, а і медицини

в цілому. Це пов'язано з тим, що вирішення питань діагностики і лікування цих синдромів проводиться як неврологами, так і лікарями інших спеціальностей – ендокринологами, нейрохірургами, інфекціоністами, наркологами. Окрім цього виникають суттєві медико-соціальні наслідки вищезазначених форм патології, які призводять до зниження працездатності і навіть інвалідизації хворих [2].

В терапії невропатичної болі найбільш ефективним є комплексний підхід. Згідно рекомендаціям Європейської федерації неврологічних спілок (EFNS) по терапії деяких станів, які супроводжуються невропатичним болем, найбільш признаним в лікуванні є фармакотерапія. Препаратами першого ряду, які необхідно включати до лікування постгерпетичної невралгії, больових поліневропатій, центральної невропатичної болі є протисудомні засоби (карбамазепін, ламотриджин, габапентин) [5].

Одним із таких препаратів є «Епілептал®» виробництва «Фармак». «Епілептал®» рекомендований для лікування невропатичного, периферичного болю, постгерпетичної невралгії та діабетичної поліневропатії. Вивчення нейрофізіологічних механізмів дії епілептала показало складний вплив цього препарату на структури головного мозку. Препарат знижує активність премоторної кори, пригнічує функції мозочка, зменшує висхідний вплив ретикулярної формації стовбуру мозку і різко посилює активність хвостатих ядер і специфічних структур таламуса [4].

Метою проведеного дослідження стало вивчення ефективності лікування невропатичних та невралгічних синдромів з застосування препарату «Епілептал®».

Об'єкт і методи дослідження. Для вирішення поставленої мети проведено клініко-неврологічне обстеження 30 пацієнтів (17 жінок, 13 чоловіків) віком 35-55 років з хронічними больовими синдромами, обумовленими діабетичною поліневропатією (14 осіб), перніціозною поліневропатією (1 особа), постгерпетичними невралгіями (8 осіб), вертеброгенними радікулопатіями (7 осіб). Хворі були розділені на дві групи. I групу (основну) склали 15 пацієнтів, які в комплексі з традиційною терапією отримували препарат «Епілептал®» в дозі 100 мг 2 рази на добу. До II групи увійшли 15 пацієнтів, які отримували базисну терапію. Базисна терапія включала нестероїдні протизапальні препарати,

анальгетики, вітамінотерапію, міорелаксанти, препарати ліпоєвої кислоти, противірусні засоби.

Всім хворим проводили клініко-неврологічне обстеження, загальні лабораторні методи дослідження, комп'ютерну томографію, МРТ хребта, електроміографію. Для об'єктивізації оцінки больового синдрому використовували: візуальну аналогову шкалу (ВАШ), опитувальник Мак-Гіла, та шкалу інтенсивності больового синдрому [1].

Для визначення нейропатичного болю застосовували спеціальні опитувальники: опитувальник DN4, больова шкала LANSS [5].

Опитувальник DN4 включав питання, які характеризували біль. Відповіді пацієнтів оцінювали в балах. Якщо сума складала 4 бала і більше, це вказувало на те, що біль є нейропатичною або має нейропатичний компонент. Відповідно шкала LANSS включала також больовий опитувальник та сенсорне тестування. В кінці складається сума сенсорних дескрипторів і тестування чутливості. Якщо сума менше 12 балів, то нейропатичні механізми формування болю малоймовірні, а більше 12 балів свідчить про нейропатичні механізми формування болю.

ВАШ представляє собою лінію довжиною 10 см, де 0 визначає відсутність болю, 2 см – слабку біль, 4 см – помірну, 6 см – виражену, 8 см – різко виражену, 10 см – нестерпну біль. За допомогою шкали оцінки інтенсивності больового синдрому визначали інтенсивність болю, ранкову ригідність, ходу, причісування. Максимальний бал складав 10 балів. Для багатомірної оцінки больового синдрому використовували метод багатомірної семантичної дескрипції болю. Даний метод дозволив отримати якісну характеристику болю. Сімдесят вісім слів, що характеризували біль, були розділені на 20 класів (субшкал) і утворювали 3 головні класи (шкали). Перший клас (з 1 по 13) давав характеристику болю на сенсорному рівні, другий клас (з 14 по 18) – на емоційному рівні, третій клас (з 19 по 20) – допомагав визначити вираженість болю. Хворий вибирав ті чи інші дескриптори з будь-якої 20 субшкал, але лише один дескриптор у відповідній шкалі. Вираховувався ранговий індекс болю – сума порядкових номерів дескрипторів в субшкалах зверху донизу. Шкала Мак-Гілла дозволяла виміряти сенсорну, емоційну та кількісну складові больового синдрому.

Оцінка психологічного стану пацієнта є необхідним компонентом при обстеженні хворого з хронічним больовим синдромом. Оцінка ступеню депресивних розладів проводилась за допомогою теста Бека. Результат 10-15 балів вказував на наявність м'якої депресії, 16-19 балів – на помірно виражену депресію, більше 19 балів – на значну ступінь депресивних розладів. Рівень тривожності проводився

за допомогою теста Спілберга-Ханіна (визначення особистісної та реактивної тривоги). Результат до 30 балів відбивав низький рівень тривоги, 31-45 – середній, 46 і більше – високий рівень тривоги.

Оцінку стану хворих проводили щоденно. Аналіз результатів здійснювали до та після лікування.

Результати досліджень та їх обговорення. Аналіз неврологічного статусу пацієнтів обох груп засвідчив, що переважна більшість із них скаржились на постійні болі різної локалізації в залежності від патології, які періодично посилювались. Характер болю носив переважно пекучий характер, а в деяких випадках порівнювався з проходженням електричного струму, спостерігався феномен аллодінії. Біль супроводжувався відчуттям поколювання, повзання мурашок, деколи зудом.

При обстеженні неврологічного статусу у пацієнтів спостерігались порушення в чутливій сфері, як кількісні так і якісні, які проявлялися дізестезіями, гіперпатіями, гіпералгіями, парестезіями. Наряду із змінами чутливості часто виявлялись вегетативні порушення у відповідній області: зміна окрасу шкіри, порушення трофіки тканин, потовиділення, набряк. Хворі скаржились на порушення сну, депресивні та тривожні розлади. В неврологічному статусі частими симптомами були зниження або відсутність ахілових рефлексів, гіпотрофія, гіпотонія м'язів, зниження м'язової сили в кінцівках, порушення ходи.

За даними обстеження з застосуванням больових шкал DN4, та шкали LANSS у пацієнтів обох груп больові відчуття мали нейропатичну природу. Больовий синдром згідно ВАШ, шкали інтенсивності больового синдрому розцінювався як виражений. Згідно з даними опитувальника Мак-Гіла хворі характеризували біль як стріляючий, пекучий, розпираючий.

За допомогою теста Бека у хворих виявлено депресію м'якого ступеня. Тести Спілберга-Ханіна демонстрували помірний рівень реактивної тривожності (**табл. 1**).

Після проведеного лікування в обох групах пацієнтів відмічали зменшення больового синдрому. Згідно шкали ВАШ ми спостерігали зменшення цього показника в 2,1 рази у пацієнтів I групи, та в 1,7 рази у хворих II групи (**табл. 2**).

Таблиця 1

Динаміка показників психоемоційного стану у пацієнтів з нейропатичним больовим синдромом

Метод дослідження	Епілептал + традиційна терапія n=15		Традиційна терапія n=15	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
Рівень депресії по шкалі Бека, (бали)	12,5±0,76	5,1±0,32*	12,3± 0,69	8,2±0,57*#
Особиста тривожність (бали)	41,3±2,86	31,2±2,92*	40,7±3,11	34,9±3,2
Реактивна тривожність (бали)	33,8±0,81	17,2±0,77*	34,0±0,67	24,8±0,91*#

Примітка: * – достовірність різниці між групами нелікованих та лікованих (p<0,05); # – достовірність різниці між групами лікованих (p<0,05).

Таблиця 2

Динаміка показників болю пацієнтів із нейропатичним больовим синдромом

Метод дослідження	Епілептал + традиційна терапія n=15		Традиційна терапія n=15	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
ВАШ (см)	7,0±0,58	3,2±0,34*	7,1±0,63	4,1±0,25*
Ранговий індекс болю за Мак-Гіллом (бали)	19,4±0,98	8,7±0,76*	19,5±1,32	13,3±0,83*#
Шкала інтенсивності больового синдрому (бали)	8,7±0,57	5,8±0,58*	8,6±0,54	6,9±0,51*

Примітка: * – достовірність різниці між групами нелікованих та лікованих (p<0,05); # – достовірність різниці між групами лікованих (p<0,05).

Ранговий індекс болю Мак-Гілла став меншим в 2,2 рази у хворих, які отримували «Епілептал®» та в 1,4 рази у пацієнтів, що лікувалися базовими препаратами. Ефективність запропонованого лікування була вищою за результатами індексу болю в 1,5 рази в порівнянні з традиційним лікуванням. Хворі після лікування «Епілепталом®» відмічали зменшення пекучих стріляючих болей відчуття повзання мурашок, підвищену чутливість до незначних подразників.

У хворих обох груп зменшилась кількість балів за шкалою інтенсивності больового синдрому, на що вказує достовірна відмінність між показниками до та після лікування, особливо у хворих основної групи.

була меншою в порівнянні з хворими, що лікувалися за традиційною схемою.

Висновок. В результаті проведеного лікування та аналізу отриманих результатів для підвищення ефективності лікування хворих з нейропатичним больовим синдромом ми рекомендуємо до схеми традиційного лікування додавати препарат Епілептал® в дозі 100 мг 2 рази на добу.

Перспективи подальших досліджень. Перспективним в подальших дослідженнях стане вивчення ефективності лікування нейропатичних та невралгічних синдромів у пацієнтів в процесі динамічного спостереження через 1 та 2 роки.

Література

1. Белова А. И. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и психиатрии / А. И. Белова. – Москва, 2004. – 366 с.
2. Бурчинский С. Г. Возможности комплексной нейропатической фармакотерапии при нейропатических и неврологических синдромах / С. Г. Бурчинский // Здоров'я України. – 2009. – № 4. – С. 1-3.
3. Данилов А. Б. Нейропатическая боль / А. Б. Данилов, О. С. Давидов. – М.: Бергес, 2007. – 192 с.
4. Міроненко Т. В. Клініко-неврологічні співвідношення при діабетичній полінейропатії / Т. В. Міроненко // Український медичний альманах. – 2003. – Т. 6, № 6. – С. 110-110.
5. Морозова О. Г. Нейропатическая боль. Взгляд невролога / О. Г. Морозова, А. А. Ярошевский // Новости медицины и фармации. – 2010. – № 339. – С. 62-67.
6. Самосюк І. З. Застосування Фастум-гелю в лікуванні захворювань опорно-рухової системи, що супроводжуються больовими синдромами / І. З. Самосюк, Н. І. Самосюк, С. М. Федоров // Ревматологія. – 2010. – № 5. – С. 64-69.
7. Шиман А. Г. Физиотерапия заболеваний периферической нервной системы / А. Г. Шиман, Л. А. Сайкова, В. В. Кирьянова. – СПб., 2001. – 337 с.

УДК 616. 833. 17-002-085. 21

ЗАСТОСУВАННЯ ЛАМОТРИДЖИНІВ В ТЕРАПІЇ НЕЙРОПАТИЧНИХ БОЛЬОВИХ СИНДРОМІВ

Силенко Г. Я., Литвиненко Н. В., Пінчук В. А., Кривчун А. М., Пурденко Т. Й.

Резюме. Метою проведеного дослідження стало вивчення ефективності лікування нейропатичних та невралгічних синдромів з застосування препарату «Епілептал®».

За показниками психологічного тестування після лікування відмічалось зменшення депресивних проявів, що підтверджено показниками шкали депресії Бека і шкали тривожності. Згідно отриманих результатів ми виявили, що у пацієнтів основної групи рівень депресії значно знижувався в порівнянні з показниками до лікування та з групою традиційно лікованих. Реактивна тривожність після лікування в найбільшій мірі зменшувалася у хворих основної групи і достовірно була меншою в порівнянні з хворими, що лікувалися за традиційною схемою.

В результаті проведеного лікування та аналізу отриманих результатів для підвищення ефективності лікування хворих з нейропатичним больовим синдромом ми рекомендуємо до схеми традиційного лікування додавати препарат Епілептал® в дозі 100 мг 2 рази на добу.

Ключові слова: Епілептал®, нейропатичний біль, візуальна аналогова шкала.

УДК 616. 833. 17-002-085. 21

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАМОТРИДЖИНОВ В ТЕРАПИИ НЕЙРОПАТИЧЕСКИХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ

Силенко Г. Я., Литвиненко Н. В., Пинчук В. А., Кривчун А. М., Пурденко Т. И.

Резюме. Целью исследования стало изучение эффективности лечения нейропатических и невралгических синдромов при использовании препарата «Эпилептал®».

По показателям психологического тестирования после лечения отмечалось уменьшение депрессивных проявлений, что подтверждено показателями шкалы депрессии Бэка и шкалы тревожности. Согласно полученных результатов было установлено, что у пациентов основной группы уровень депрессии значительно снижался по сравнению с показателями до лечения и с группой традиционно леченых. Реактивная тревожность после лечения в наибольшей мере уменьшалась у больных основной группы и достоверно была меньшей по сравнению с больными, которые лечились по традиционной схеме.

В результате проведенного лечения и анализа полученных результатов для повышения эффективности лечения больных с нейропатическим болевым синдромом мы рекомендуем к схеме традиционного лечения добавлять препарат Эпилептал® в дозе 100 мг 2 раза на сутки.

Ключевые слова: Эпилептал®, нейропатическая боль, визуальная аналоговая шкала.

UDC 616. 833. 17-002-085. 21

Application of Lamotridzhins in Therapy of Neuropathic Pain Syndromes

Silenko G. Ya., Litvinenko N. V., Pinchuk V. A., Krivchun A. M., Purdenko T. I.

Abstract. The study of efficiency of treatment of neuropathic and neuralgic syndromes became the purpose of the conducted research from application of Epileptal®.

For the decision of the put purpose a clinical neurology inspection is conducted 30 patients (17 women, 13 men) by age 35-55 years with chronic pain syndromes, conditioned diabetic polyneuropathy (14 persons), pernicious polyneuropathy (1 person), by post-herpetic neuralgias (8 persons), vertebrogenic radiculopathy (7 persons). Patients were divided into two groups. And a group (basic) was laid down by 15 patients which in a complex with traditional therapy by Epileptal® in the dose of 100 mg 2 times during twenty-four hours period. To II groups entered 15 patients which got base therapy. Base therapy included nonsteroid antiinflammatory preparations, analgetics, vitamin therapy, relaxants, preparations of lipoic acid, antiviral facilities.

Conducted clinical-neurologic inspection, general laboratory methods of research, computer tomography, MPT of backbone, electro-myography all patient. For objectivity the estimations of pain syndrome used: visual analog scale (YOUR), McGill questionnaire, and scale of intensity of pain syndrome.

For determination of neuropathic pain the special questionnaires applied: questionnaire DN4, pain scale of LANSS.

After the conducted treatment in both groups of patients marked diminishing of pain syndrome. In obedience to a scale YOUR we looked after diminishing of this index in 2,1 times for patients And group, and in 1,7 times for the patients of II of group.

The grade index of pain of McGill became less in 2,2 times for patients, which got Epileptal® and in 1,4 times for patients which treated oneself base preparations. Efficiency of the offered treatment was higher on results the index of pain in 1,5 times as compared to traditional treatment. Patients after treatment of Epileptal® marked diminishing of the burning shooting болей feeling of crawl of ants, increased sensitiveness to the insignificant irritants.

For the patients of both groups the amount of bulk-tankers diminished after a scale intensity of pain syndrome, on what a reliable difference specifies between indexes to and after treatment, especially for the patients of basic group.

On the indexes of the psychological testing during follow-up period was marked diminishing of the depressed displays, that it is confirmed by the indexes of scale of depression nasty Thing and scales of anxiety. In obedience to the got results we educed that for the patients of basic group the level of depression considerably went down as compared to indexes to treatment and with a group traditionally of treated. A reactive anxiety after treatment in a most measure diminished for the patients of basic group and for certain was less as compared to patients which treated oneself on a traditional chart.

Thus, as a result of the conducted treatment and analysis the got results for the increase of efficiency of treatment of patients from neuropathic we recommend a pain syndrome to the chart of traditional treatment to add Epileptal® in the dose of 100 mg 2 times during twenty-four hour period.

Key words: Epileptal®, neuropathic pain, visual analog scale.

Рецензент – проф. Скрипніков А. М.

Стаття надійшла 2. 04. 2014 р.