

УДК 616.722 - 085 (571.620)

А.М. Хелимский, Т.А. Бутенко, И.П. Дроздова, И.Б. Шилко

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕБАНТИНА (ГАБАПЕНТИНА) В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ДИСКОВЕННЫХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ ШЕЙНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА

Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск

Длительно текущие болевые синдромы остеохондроза шейного и поясничного отделов позвоночника являются наиболее распространенными среди хронических болезней человека. К такому виду алгических ощущений, согласно международной «Классификации хронической боли» [8], относятся болевые синдромы, длящиеся более 3 мес. Эта патология приносит значительный экономический ущерб, что объясняет медико-социальную значимость проблемы.

Основными патоморфологическими субстратами, формирующими хронические болевые синдромы шейного и поясничного остеохондроза, являются дистрофические изменения межпозвонковых дисков. В то же время, источниками болевых импульсов являются не только позвоночный сегмент с его нервными образованиями (включая чувствительные волокна корешка спинномозгового нерва), но в значительной степени также мышцы и фиброзные ткани туловища и конечностей [3].

В клинической практике для коррекции боли в последние 10 лет применяется тебантин (габапентин). Этот препарат был синтезирован как структурный аналог ГАМК и относится к антиэпилептическим препаратам. Тебантин усиливает синтез ГАМК, обладает модулирующим действием на NMDA-рецепторы, блокирует α -2- δ субъединицу кальциевых каналов, снижает высвобождение моноаминов, уменьшает синтез и транспорт глутамата, способствует снижению потенциалов действия периферических нервов. Вероятно, сочетание вышеуказанных механизмов действия обеспечивает высокую терапевтическую эффективность при болевом синдроме [5, 7]. Наиболее часто препарат использовался при диабетической невропатии, тригеминальной и постгерпетической невралгии, при которых возникала так называемая невропатическая боль [9]. О возможности применения тебантина (габапентина) в терапии сложного по патофизиологическим механизмам вертеброгенного болевого синдрома имеются лишь единичные сообщения [6].

Цель нашего исследования — дать предварительную оценку клинической эффективности лечения тебантином (габапентином) хронических дисковенных болевых синдромов (ХДБС) шейного и поясничного остеохондроза.

Материалы и методы

Обследовано 16 пациентов с ХДБС шейного (5 чел.) и поясничного (11 чел.) остеохондроза. Средний возраст пациентов составил 52,8 лет (от 35 до 79 лет). Длительность ХДБС — от 3 мес. до 6 лет. Компрессионные

Резюме

Изучали эффект применения тебантина (габапентина) у 16 больных с хроническими дисковенными болевыми синдромами (ХДБС) шейного и поясничного остеохондроза. Препарат назначался по схеме с нарастанием дозы от 300 до 1800 мг/сут, а в двух случаях — до 2700-3000 мг/сут. Оценка эффективности терапии проводилась с помощью визуально-аналоговой шкалы боли (ВАШ) в течение 4-8 нед. Выявлено положительное влияние тебантина (габапентина) на выраженность болевого синдрома. У больных с поясничным остеохондрозом показатели по ВАШ снизились с 6,1 до 1,0 балла, а у пациентов с шейным остеохондрозом — с 7,9 до 2,6 балла. Сделано заключение, что препарат может быть рекомендован к применению в практике лечения ХДБС.

А.М. Khelinskiy, T.A. Butenko,
I.P. Drozdova, I.B. Schilko

STUDY OF TEBANTIN (GABAPENTIN) USE FOR CHRONIC DISCOGENIC PAIN SYNDROMES (CDPS) MANAGEMENT IN PATIENTS WITH CERVICAL AND LUMBAR OSTEOCHONDROSIS

Far Eastern State Medical University, Khabarovsk

Summary

Sixteen patients with CDPS underwent 4-8 weeks study with increasing doses of tebantin. Tebantin (Ggabapentin) was initiated at 300 mg/day being increased to 1800 mg/day, and in two cases to 2700-3000 mg/day. Systemic evaluation of intensity of pain was conducted using visual-analog scale (VAS) baseline 1; 4, and 8 weeks. A significant pain reduction within 4 weeks of treatment was observed. The mean weekly pain score (on VAS-scale) decreased from 6,1 to 1,0 in patients with lumbar osteochondrosis and from 7,9 to 2,6 in patients with cervical osteochondrosis. We can recommend Tebantin (Ggabapentin) as an effective method of management of CDPS.

синдромы, возникшие при сдавлении или раздражении корешка спинномозгового нерва, отмечены у 7 больных. Рефлекторные синдромы, обусловленные раздражением окончаний синувентрального нерва, были у 9 пациентов. Все обследуемые ранее получали терапию нестероидными противовоспалительными препаратами.

Основным показателем эффективности лечения выбрана визуально-аналоговая шкала боли (ВАШ). Об-

Соотношение частоты и выраженности симптомов невропатии в исследуемой группе пациентов

Симптомы невропатии	Выраженность		
	слабая	умеренная	сильная
Стреляющие боли (n=12)	1	1	10
Жжение (n=10)	3	2	5
Ноющие боли (n=13)	-	6	7
Аллодиния (n=6)	5	1	
Статическая гипералгезия (n=13)	2	2	9
Покалывание (n=9)	3	3	3
Онемение (n=11)	-	6	5
Зябкость (n=8)	2	1	5
Крампи (n=10)	1	6	3

следование пациентов по ВАШ проводилось до терапии тебантином (габапентином), а затем в 1; 4 и 8 нед. после начала лечения.

Вторичные критерии оценки эффективности лечения на исходном и заключительном этапах включали:

- 1) специально разработанную шкалу общей оценки симптомов невропатии (NTSS-9);
- 2) 10-балльную шкалу оценки интенсивности боли Ван Корффа;
- 3) 10-балльную шкалу оценки степени дезадаптации Ван Корффа. Назначение больным тебантина происходило по следующей схеме: в 1 день — 300 мг с последующим ежедневным наращиванием по 300 мг/сут и установлением оптимальной терапевтической дозы путем ее титрования, с учетом получаемого клинического эффекта и переносимости препарата.

Таким образом, в 1 нед. пациенты получали 900 мг/сут, во 2 — 1800 мг/сут, а затем, при необходимости, к 4 нед. доза могла быть увеличена до 3000 мг/сут.

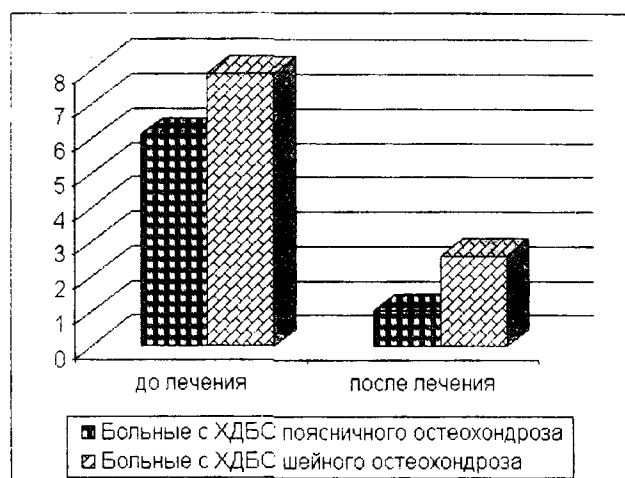
Результаты исследования

Средняя интенсивность боли у пациентов в начале исследования составила $7 \pm 2,9$ балла по визуально-аналоговой шкале (ВАШ). По шкале общей оценки симптомов невропатии за прошедшие 24 ч (NTSS-9) выявлено следующее соотношение частоты и выраженности симптомов в исследуемой группе пациентов (таблица).

Наиболее частым симптомом у исследуемой группы больных явилась статическая гипералгезия, которая наблюдалась у 13 чел., причем 9 из них испытывали максимальную выраженность данного симптома. Также часто встречались стреляющие и ноющие боли — у 12 и 13 больных соответственно. Все вышеперечисленные симптомы выявлялись как при поясничном остеохондрозе, так и при локализации патологии в шейном отделе.

Среднее значение интенсивности боли, которую больные испытывали во время первичного осмотра, составило $6,5 \pm 3,4$ балла по шкале Ван Корффа. Высоким оказался средний показатель максимальной интенсивности боли, которую пациенты испытывали в настоящий момент, — $9,1 \pm 0,8$ балла. Средняя интенсивность боли за последние 6 мес. (интенсивность обычной боли пациентов) составила $6,2 \pm 2,8$ балла.

При анализе степени дезадаптации было выявлено, что средний показатель нетрудоспособности за последние 6 мес. у больных достигал $3 \pm 2,2$ мес., при этом



Средние показатели интенсивности боли (в баллах) по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) у больных с хроническими дискогенными болевыми синдромами до и после лечения тебантином

непосредственное влияние боли на ежедневную активность за этот же период в среднем составило $7,6 \pm 2,4$ балла, а на трудоспособность — $8,1 \pm 1,8$ по шкале Ван Корффа.

Таким образом, при первичном клинико-неврологическом обследовании можно было сделать заключение о выраженном болевом синдроме и высокой степени дезадаптации больных в период обострения заболевания.

Через 4 нед. приема препарата у 81% исследуемых больных был отмечен положительный эффект. Из них у 11 отмечалось выраженное снижение интенсивности и частоты возникновения рефлекторного и корешкового болевого синдрома на фоне приема тебантина в дозе 1500-1800 мг/сут, а у 2 больных такой же хороший эффект наблюдался при приеме тебантина в дозе 900 мг/сут.

У 2 больных оптимальной терапевтической дозой стала доза 2700-3000 мг/сут с продолжительностью курса лечения до 8 нед. Результаты лечения ХДБС шейного и поясничного остеохондроза, оцененные показателями интенсивности боли в баллах по визуально-аналоговой шкале, представлены на рисунке. У троих больных из группы испытуемых наблюдались побочные эффекты в виде выраженной сонливости, головокружения, тошноты, боли в эпигастральной области. Прием препарата этим пациентам пришлось отменить.

Хронический дискогенный болевой синдром при остеохондрозе позвоночника представляет совокупность клинических признаков раздражения или сдавления корешков спинномозговых нервов и окончаний синувентральных нервов, вызванных поражением межпозвонкового диска [4]. Существуют два нейрофизиологических механизма формирования болевого синдрома.

Первый — рефлекторный, обусловленный раздражением рецепторов синувентрального нерва (возвратного нерва Люшк). Возникает локализованное напряжение глубоких односуставных мышц позвоночного двигательного сегмента (межостистых, межпоперечных, вращающих) и паравентральных мышц. Спазм этих мышц способствует иммобилизации пораженного сегмента. Однако сами напряженные мышцы становятся источником дополнительной боли,

вызывая гипоксию окружающих тканей и запуская, тем самым, «порочный круг» болевого синдрома [3].

Вторым нейрофизиологическим механизмом возникновения боли является компрессионный корешковый. Нейрофизиологическая структура корешкового болевого синдрома пока недостаточно изучена. Возможно, корешковый характер болей возникает только при воздействии на «гипералгезированные» корешки спинномозговых нервов, у которых нарушена изоляция аксонов. К поражению оболочек аксонов может привести постоянная микротравматизация корешков на фоне статико-динамических нагрузок [2].

В настоящее время патофизиологами выделяются понятия ноцицептивной и невропатической боли [1]. Ноцицептивной называют боль, обусловленную действием какого-либо фактора (травма, воспаление и т.д.) на периферические болевые рецепторы, при интактности нервной системы. Применение тебантина при таком виде алгических ощущений считалось малоэффективным, предпочтение отдавалось нестероидным противовоспалительным препаратам. При повреждении нервной системы возникает невропатическая боль, и положительное действие антиконвульсанта тебантина (габапентина) отмечено именно при подобных болевых синдромах у пациентов [7].

Сопоставляя патофизиологические механизмы, следует сделать заключение, что при остеохондрозе позвоночника встречаются оба вида боли. Ноцицептивная боль характерна для рефлекторных синдромов, а невропатическая боль — для компрессии или раздражения корешка спинномозгового нерва.

Аналгезирующий эффект тебантина (габапентина), установленный в нашем исследовании, был обусловлен, вероятнее всего, его воздействием как на периферические афферентные структуры, воспринимающие болевую импульсацию, так и на кору головного мозга, обеспечивающую анализ ощущений.

Таким образом, благодаря основным свойствам тебантина (габапентина), удалось достичь положительных результатов в лечении хронических болевых синдромов при остеохондрозе позвоночника, что позволяет

рекомендовать внедрение препарата в практику работы неврологов.

Выводы

1. При хронических дискогенных болевых синдромах шейного и поясничного остеохондроза имеет место сочетание ноцицептивного и невропатического компонентов боли.

2. Применение тебантина (габапентина) является патогенетически обоснованным, так как препарат обеспечивает угнетение патологической болевой импульсации на спинальном и супраспинальном уровнях интегративной ноцицептивной системы.

3. Тебантин (габапентин) целесообразно применять в комбинации с нестероидными противовоспалительными препаратами для одномоментного воздействия на невропатический и ноцицептивный компоненты болевого синдрома.

Л и т е р а т у р а

1. Данилов А.Б. Нейропатическая боль. М.: Нейромедиа, 2003. 60 с.
2. Попелянский Я.Ю. Вертеброгенные заболевания нервной системы. Пельвиомембранные синдромы поясничного остеохондроза. Казань: Изд-во Казан. ун-та, 1983.
3. Попелянский Я.Ю. Болезни периферической нервной системы: Рук-во для врачей. М.: Медицина, 1989.
4. Хелимский А.М. Хронические дискогенные синдромы шейного и поясничного остеохондроза. Хабаровск: Изд-во «Риотип», 2000.
5. Bennet M.I., Simpson K.H. // Palliat. Med. 2004. Vol. 18, P. 5-11.
6. Hansen H.C. // South Med. J. 1997. Vol. 90, P. 11.
7. Junker U., Brunnmuller U. // MMW Fortschr. Med. 2003. Vol. 145, P. 37.
8. Merskey H.M., Bogduk N. (Eds). Classification of Chronic Pain: Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms, 2nd ed. Seattle: IASP Press, 1994.
9. Woolf C.J., Mannion R.J. // Lancet. 1999. Vol. 353, P. 1959-1964.





УДК 616.831 : 615.71] : 610.8

Т.А. Захарычева, И.П. Дроздова, Е.В. Мороз, З.Б. Ковалева,
Е.Я. Деменева, О.И. Васина, Т.А. Волосюк

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ЛИЦ С ДИСКРКУЛЯТОРНЫМИ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯМИ В ПЕРИОД ЛЕСНЫХ ПОЖАРОВ

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск*

Дальний Восток России, с точки зрения пожарной опасности в лесах, по характеру растительности, погоды, развитию атмосферных процессов отличают особые условия. Крупные лесные пожары в Хабаровском крае наблюдались в 1954, 1977, 1998, 2001, 2003 гг. [10]. В 1998-2001 гг., когда летом и осенью горели леса и практически всю зиму — торфяники, мощь и отрицательное воздействие стихии на здоровье испытали все жители территорий, оказавшихся в зоне продолжительного чудовищного природного эксперимента [8]. Известно, что неблагоприятное воздействие лесных пожаров на организм человека обусловлено гипоксическим, токсическим, мутагенным и канцерогенным эффектами [1, 2, 4, 7, 11, 13].

Исследования сотрудников ДВГМУ, проведенные в 1998-2003 гг., показали, что своеобразным индикатором неблагоприятного экологического фона оказались лица с патологией верхних дыхательных путей, кардио- и цереброваскулярными заболеваниями, беременные женщины и младенцы [3, 6, 9, 12]. Пациенты, страдающие цереброваскулярными заболеваниями (ЦВЗ), в период лесных пожаров представляют группу риска по развитию острых нарушений мозгового кровообращения и декомпенсации хронической сосудистой недостаточности [5].

В современных медико-демографических условиях (рост числа ЦВЗ во всех возрастных группах и переход населения Хабаровского края на уровень «демографической старости») актуальным становится изучение влияния лесных пожаров на состояние здоровья лиц с дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ).

Задачи исследования: изучить в условиях городской поликлиники проявления декомпенсации ДЭ, разработать для пациентов группы риска комплекс лечебно-профилактических мероприятий.

Материалы и методы

В период лесных пожаров и высокой задымленности с июня по август 2001-2003 гг. под наблюдением находились 246 пациентов поликлиник городов Хабаровска и Комсомольска-на-Амуре, в том числе 100 женщин и 146 мужчин в возрасте 45-76 лет, страдающих выраженной дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ-II). Все пациенты находились на диспансерном учете у врачей-неврологов и получали базисную терапию (антиагреганты и гипотензивные препараты) в индивидуально подобранных дозах. Пациентам основной группы (143 чел.) дополнительно назначали (курсом) патогенетические медикаментозные

Резюме

Представлены результаты обследования в период лесных пожаров и высокой задымленности воздуха 346 больных 45-76 лет с дисциркуляторной энцефалопатией II ст. Изучены жалобы, неврологический статус, лабораторно-инструментальные показатели, результаты нейropsychологического тестирования и данные анкетирования. Проведена оценка патогенетических лечебных мероприятий по результатам ближайшего катамнеза. В период экологической катастрофы установлена четкая зависимость самочувствия больных от погодных условий и интенсивности задымленности. Ведущими проявлениями декомпенсации состояний были головные боли, нарушение сна, нарастание когнитивных расстройств и вегетативная дисфункция.

Комплексная медицинская коррекция церебральной гемодинамики улучшала самочувствие, уменьшала выраженность когнитивных нарушений, предотвращала развитие инсультов и преходящих нарушений мозгового кровообращения у пациентов группы риска.

Т.А. Zakharycheva, I.P. Drozdova, E.V. Moroz,
Z.B. Kovaliova, E.Ia. Demeniova, O.I. Vasina, T.A. Volosiuk

THE INFLUENCE OF PREVENTIVE TREATMENT ON THE DEVELOPMENT OF CEREBROVASCULAR- DISEASES DURING INTENSIVE FOREST FIRES

Far East State Medical University, Khabarovsk

Summary

Results of examination of 346 patients with encephalopathy II (from 45 to 76 years old) are presented. The studies were conducted during intensive forest fires with smoke-screen. Complaints, neurological status, laboratory and instrumental indexes, results of tests and statistics were studied. Evaluation of pathogenetic medical measures according to catamnesis was carried out. It is obvious that patients' condition depends on the weather and intensity of smokescreen during ecology catastrophe.

Headache, sleep disorders, vegetative dysfunctionas were main manifestations of decompensation. Complex medical correction of cerebral haemodynamics improved patient's condition, reduced level of disorders and prevented strokes in patients risk group.