

ID: 2012-09-23-A-1671

Оригинальная статья

Ситкали И.В., Колоколов О.В., Кравченя С.С.

Сравнительный анализ эффективности антидепрессантов и антиконвульсантов при лечении нейропатической боли у больных опоясывающим лишаем

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России, кафедра неврологии ФПК и ППС им. К.Н. Третьякова, кафедра кожных и венерических болезней

Ключевые слова: герпес, опоясывающий лишай, невропатия, невралгия, нейропатическая боль, антиконвульсанты, антидепрессанты, амитриптилин, трилептал, ВАШ.

Введение

В настоящее время от 2% до 40% людей в мире страдают хронической болью. По патогенезу хроническая боль подразделяется на: нейропатическую, ноцицептивную и психогенную.

Нейропатическая боль – это боль, возникающая в результате повреждения или изменений в соматосенсорной (периферической и/или центральной) нервной системе.

Характерными чертами нейропатической боли являются: характер – жгучая, стреляющая; неэффективность традиционных анальгетиков; возникновение при наличии неврологического дефицита (инсульт, травма НС и т.д.); отсутствуют симптомы текущего поражения тканей организма; локализация в зоне сенсорного дефицита (гипестезии); сочетание с вегетативной симптоматикой и моторными расстройствами.

Наиболее распространенные нозологические причины нейропатической боли:

I. Периферическая нейропатическая боль:

- полинейропатии (алкогольная, диабетическая и др.),
- комплексный региональный болевой синдром,
- радикулопатии,
- невралгии (постгерпетическая, посттравматическая, тригеминальная и др.),
- туннельная мононейропатия,
- фантомные боли.

II. Центральная нейропатическая боль:

- ВИЧ-ассоциированная миелопатия,
- рассеянный склероз,
- постинсультная,
- спинальная травма,
- сирингомиелия.

Согласно современным рекомендациям по терапии нейропатической боли препаратами выбора являются: антидепрессант, антиконвульсанты; комбинированные анальгетики, местные анестетики.

Цель: Провести сравнительный анализ эффективности антидепрессантов и антиконвульсантов при лечении нейропатической боли у больных опоясывающим лишаем.

Материал и методы

Обследовано 59 пациентов, страдающих опоясывающим лишаем. Все больные находились на лечении в клинике кожных и венерических болезней (ККВБ) СГМУ и были осмотрены дерматологом и неврологом. Группу I (n=20) составили больные herpes zoster (HZ), получавшие антидепрессант (амитриптилин, А), группу II (n=16) – больные herpes zoster, которым был назначен антиконвульсант (трилептал, Т). Диагноз herpes zoster во всех случаях верифицирован данными осмотра дерматологом, характер неврологических расстройств уточнял невролог. В группу III (n=23) вошли пациенты в силу различных причин (невысокий уровень болевого синдрома, наличие противопоказаний, отказ пациентов и др.) не получавших ни одного из указанных выше препаратов.

В ходе исследования оценивали пол и возраст пациентов, длительность периода от момента возникновения боли до появления высыпаний, длительность периода от момента начала заболевания до госпитализации, длительность пребывания в стационаре, число пораженных сегментов, локализацию высыпаний. Учитывали наличие неврологических расстройств (нарушения чувствительности, двигательные нарушения, другие очаговые нарушения, общемозговые симптомы, менингеальные симптомы), наличие сопутствующих заболеваний (сахарного диабета, других нарушений обмена, полинейропатии, токсического поражения нервной системы, других неврологических нарушений, а так же других заболеваний), необходимость использования нестероидные противовоспалительные средства (НПВС), назначение противовирусных препаратов, антибиотиков, антигистаминных, нейропротективных препаратов, своевременность назначения противовирусного препарата, своевременность и длительность назначения препаратов амитриптилин или трилептал, дозу указанных препаратов, выраженность боли до начала лечения и через 10 дней после терапии. Для исследования уровня боли использовались визуально-аналоговая шкала (visual analogue scale, VAS).

Обработка данных проводилась с помощью Microsoft Office Excel 2007 и Statistica 8.

Результаты

В группе I преобладали мужчины (60%), средний возраст составил $63,5 \pm 15,2$ лет. В группе II преобладали женщины (69%), средний возраст составил $59,2 \pm 16,4$ лет. В группе III незначительно преобладали женщины (56%), средний возраст составил $51,3 \pm 20,2$ лет. Пациенты группы I отмечали появление боли в среднем за 1,3 дня до кожных высыпаний, длительность периода до назначения адекватной терапии составила 7,5 дней, в группе II эти показатели были чуть выше (2,0 и 8,2 соответственно), а группе III – чуть ниже (1,0 и 5,6 соответственно). Длительность пребывания в стационаре существенно не отличалась, но была несколько

ниже в группах I и II (13,6 и 15,8 дня соответственно) по сравнению с III (16,3 дня). На момент госпитализации выраженность боли у пациентов I и II групп была выше (в среднем – 5,3 балла), нежели у больных III группы (в среднем – 4,0 балла). При анализе данных анамнеза, оценке неврологического статуса, локализации и распространенности герпетической инфекции достоверных различий не обнаружено. Базисная терапия (противовирусные препараты, антибиотики, антигистаминные, нейропротективные препараты, НПВС) во всех трех группах была аналогичной и назначалась в одни и те же сроки.

До начала лечения в группе I слабая или умеренная боль (от 0 до 3 баллов) отмечалась у 5% больных, сильная или очень сильная (от 4 до 7 баллов) – у 95% пациентов. После лечения у 70% больных боль исчезла или почти исчезла (от 0 до 1 балла), у 30% выявлялась слабая или умеренная боль (от 0 до 3 баллов) (Рис. 1).

Выраженность боли у пациентов группы I (А).



Рис. 1

В целом, в данной группе установлено снижение уровня боли в ходе лечения в среднем с 5,4 до 0,8 баллов (Рис. 2).

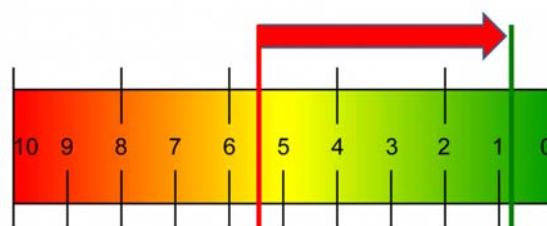


Рис. 2

Пациентами группы II выраженность боли до начала лечения обычно (94%) оценивалась как сильная или очень сильная, у 6% больных наблюдалась слабая или умеренная боль. В результате лечения уменьшение боли до 0-1 баллов выявлено у 94% больных, боль интенсивностью 2-3 балла отмечена 6,2% пациентов (Рис. 3).

Выраженность боли у пациентов группы II (Т).



Рис. 3

В целом, в данной группе установлено снижение боли в ходе лечения в среднем с 5,3 до 0,4 баллов (Рис.4).

Среди пациентов группы III наблюдалось меньшее число лиц, страдающих от сильной или очень сильной боли (74 %), слабая или умеренная боль отмечалась у 26% больных. После лечения у 74% пациентов выраженность боли снизилась до 0-1 баллов, а у 26% больных оставалась на уровне 2-3 баллов (Рис.5).

В целом, в данной группе установлено менее значительное снижение боли в ходе лечения (в среднем с 4,0 до 0,8 баллов) (Рис.6).

Динамика снижения боли по всем трем исследуемым группам представлена на рисунке 7.

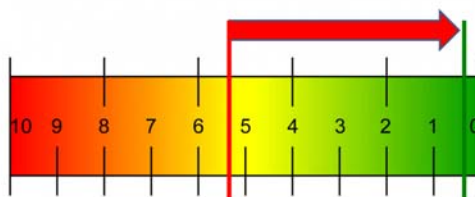


Рис. 4

Выраженность боли у пациентов группы III (К).

До начала лечения:

После лечения:



Рис. 5

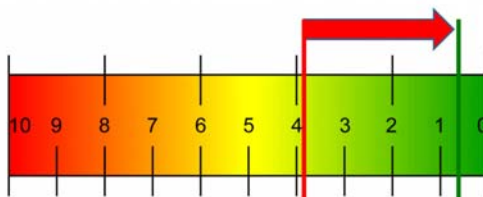
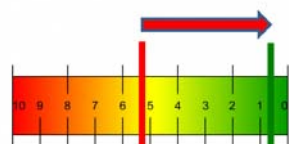
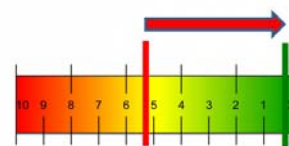


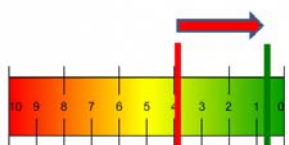
Рис. 6



группа I (А)



группа II (Т)



группа III (К)

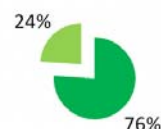


Рис. 7

Заключение

В ходе исследования установлена высокая эффективность антидепрессантов (амитриптилин) и антиконвульсантов (трилептал) при назначении с целью купирования нейропатической боли у больных опоясывающим лишаем. При назначении антиконвульсантов (трилептал) достигается более надежный анальгетический эффект уже спустя 10 дней терапии. Назначение антидепрессантов или антиконвульсантов показано во всех случаях herpes zoster при отсутствии противопоказаний, особенно при уровне боли больше 5 баллов по VAS.