

О. А. Харченко, А. Г. Кириченко, Л. И. Шантырь, И. В. Рожкова, Л. Г. Степанова, С. В. Макарова
Украинский государственный НИИ медико-социальных проблем инвалидности, г. Днепропетровск

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФИНЛЕПСИНА У БОЛЬНЫХ С НЕВРОГЕННЫМИ БОЛЕВЫМИ СИНДРОМАМИ

Неврогенные болевые синдромы являются одной из актуальных проблем современной медицины, это обусловлено, прежде всего, значительной их распространенностью. По данным эпидемиологических исследований, эти расстройства отмечаются у миллионов людей, и канонический ущерб от них составляет огромные денежные суммы. Неврогенные болевые синдромы представляют собой гетерогенную группу заболеваний, различающихся между собой как по причине возникновения, так и по клиническим проявлениям. Среди основных причин неврогенных болевых синдромов выделяют: травмы периферических и центральных отделов нервной системы, вирусные инфекции (постгерпетические невралгии), компрессионные синдромы (туннельные синдромы), метаболические (диабетические невропатии) и ишемические нарушения и пр. Существенные различия в причинах и механизмах развития неврогенных болевых синдромов, а также разнообразие клинических проявлений создают значительную проблему при лечении данной патологии. Лечение неврогенных болевых синдромов должно основываться на понимании патофизиологических механизмов возникновения клинических синдромов и проявлений невропатических болей. Патофизиологической основой неврологической боли является гипервозбудимость нейронов, возникающая вследствие пластических изменений структуры, связанных с проведением и обработкой ноцицептивных сигналов.

Клинические проявления невропатических болей, независимо от этиологических факторов и уровня повреждения, характеризуются продолжительной спонтанной (стимулнезависимой) болью, которая локализуется в области измененной тактильной, температурной и болевой чувствительности, и стимулзависимыми болезненными проявлениями — гиперпатии, дизестезии, аллодинии, а также трофическими расстройствами. Стимулнезависимая боль может быть постоянной или пароксизмальной. Стимулзависимая чаще вызывается движением, прикосновением, теплом или холодом и ощущается в парадоксальной форме.

Таким образом, невропатическая боль — это самостоятельная крупномасштабная медицинская и социальная проблема, так как без специализированной эффективной помощи она формирует физические и моральные страдания, забирая из полноценной жизни и труда очень многих пациентов.

С помощью двойных слепых плацебо-контролируемых исследований доказано, что базовыми препаратами в комплексном лечении невропатической боли являются антидепрессанты, блокаторы натриевых каналов и НПВП.

Целью исследования явилась оценка эффективности применения препарата ФИНЛЕПСИН-РЕТАРД в лечении невропатических болей.

Задачами исследования являлись: количественная оценка боли, интенсивности и частоты проявления у больных с невропатической болью при лечении данным препаратом.

Исследование проведено в клинике УкрГосНИИМСПИ, были включены 40 больных, получавших препарат

Финлепсин-ретард в комплексном режиме по 20 мг на кг/сут (группа I) и для сравнения 40 пациентов группы контроля (группа II), получавших стандартную противоболевую терапию (трициклические антидепрессанты и НПВП). Наблюдение проводилось на протяжении двух недель.

Критериями включения пациента в исследуемые группы являлись: возраст пациента от 30 до 60 лет, состояние которых на момент первичного исследования определялось как невропатическая боль (острая или хроническая); наличие пароксизмальных или постоянных болей, тестируемых клинически.

Для клинического мониторингования невропатической боли и оценки эффективности терапии использовали шкалу оценки боли и электроэнцефалографическое исследование (компьютерно-диагностический комплекс «Neurolab-2000»).

Переносимость и безопасность препарата оценивали по частоте и тяжести побочных эффектов (учитывали жалобы пациента, контроль клинических и биохимических параметров крови и мочи и т. д.).

В исследование были включены лица обоих полов, соответствующие критериям клинических проявлений невропатической боли. В I группу исследования вошли 25 мужчин (средний возраст 47 ± 6 лет) и 15 женщин (средний возраст 44 ± 5). Для группы контроля данные показатели составили: 21 мужчина (средний возраст 38 ± 5 лет) и 19 женщин (средний возраст 42 ± 7).

Оценка полученных данных показала, что переносимость препарата Финлепсин-ретард в целом была хорошей. Зарегистрирован только один случай преждевременной отмены препарата из-за побочных эффектов, причиной прекращения служила выраженная сонливость, нечеткость зрения, наличие нистагма при осмотре. Таким образом, исследование в запланированном режиме закончили 39 пациентов (97,5 %). В большинстве случаев побочные эффекты регистрировались первые два дня лечения, а в последующем они редуцировались.

Клинический эффект Финлепсина-ретард отмечался к концу первых суток лечения в форме общего противоболевого действия — уменьшении чувства боли, интенсивности и частоты возникновения невропатического болевого синдрома. Клиническая картина неврогенной боли определялась этиопатогенетическим фактором, характером, течением, интенсивностью и частотой.

У пациентов при болевом синдроме мышечно-тонического характера (7 человек) использование данного препарата привело к снижению интенсивности боли в течение первой недели от начала лечения. При хронических вертеброгенных болевых синдромах у 8 больных отмечалось существенное улучшение к концу первой недели. Достоверно уменьшается выраженность головной боли напряжения при назначении Финлепсина-ретард в дозе 20 мг на кг/сут к концу третьих суток от начала лечения.

У пациентов с наличием прозопалгии (4 человека) отмечалось достоверное уменьшение спонтанных и провоцируемых пальпацией болей на фоне приема пролонгированной формы препарата. Особенно успешной

оказалась попытка использования данного препарата при постгерпетической тригеминальной невралгии (6 человек). Его эффективность оценивали по частоте возникновения, длительности и тяжести приступов.

Финлепсин-ретард успешно использовался у больных с диабетической полинейропатией (14 человек) (рис. 1).

Изменения биоэлектрической активности головного мозга имели место у 98 % обследованных пациентов. Наиболее распространенным был вариант ЭЭГ, характеризующийся умеренным снижением амплитудного уровня биоритмики, альфа-индекс составил больше 60 %, зональная разница была слабо выражена, по всем отведениям регистрировалась низкоамплитудная диффузная тета-активность, не превышавшая уровень фонового ритма чем на 15 %. При топографическом картировании определялось четкое усиление спектральной мощности тета- и дельта-диапазонов с характерной его топографией в лобно-центральных отделах, которое возникало при гипервентиляции. При этом реакция активации была хорошо выражена. Трехмерная локализация этих видов активности показала четкую локализацию источников патологической активности в базальных отделах близко к средней линии, что указывает на возможную их генерацию за счет гипоталамо-диэнцефальных структур мозга (23 %). Вышеописанные изменения биоэлектрической активности преобладали во всех группах, в большей мере у больных с выраженной болью.

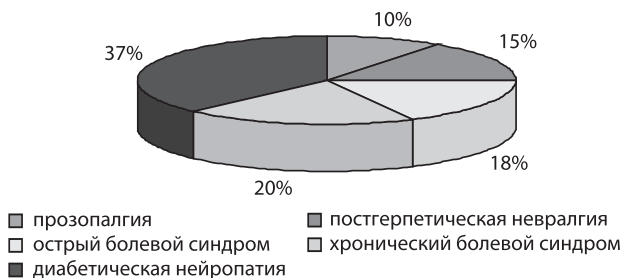


Рис. 1. Распределение больных I группы в зависимости от клинического синдрома

У больных с острыми вертеброгенными мышечно-тоническими синдромами паттерн ЭЭГ характеризовался гиперсинхронным мономорфным слабореактивным α -ритмом, что, очевидно, связано с притеснением ретикулярной формации на уровне ствола и заднего гипоталамуса при усилении активации неспецифического таламуса. Противоположный паттерн стойкой десинхронизации α -ритма и уплощения кривой ЭЭГ был связан, напротив, с притеснением неспецифического таламуса и повышением активации ретикулярной формации ствола и наблюдался преимущественно у больных с хроническими болевыми вертеброгенными синдромами.

О. А. Харченко, А. Г. Кириченко, Л. І. Шантур,
І. В. Рожкова, Л. Г. Степанова, С. В. Макарова

Досвід використання фінлепсину у хворих з неврогенними болями

Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності (м. Дніпропетровськ)

Досліджено вплив Фінлепсину-ретард на інтенсивність та частоту болювого синдрому неврогенного генезу в порівнянні зі стандартною знеболюючою терапією. Отримані дані дозволяють рекомендувати препарат ФІНЛЕПСИН-РЕТАРД для ефективного та безпечного комплексного лікування пацієнтів з даною патологією.

У больных с прозопалгиями отмечались очаги ирритативной активности в виде высокоамплитудных острых волн α -диапазона, локализованных в передне-височных отведениях (рис. 2).

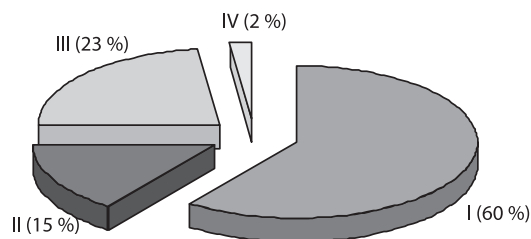


Рис. 2. Удельный вес ЭЭГ-синдромов

I — умеренные общемозговые изменения биоритмики головного мозга; II — ирритативные изменения биоритмики; III — функциональная неустойчивость диэнцефальных структур; IV — возрастная норма

Анализ статистических данных показал, что степень интенсивности чувства боли и частота возникновения достоверно уменьшались на фоне терапии у больных в I группе, начиная с первого дня приема препарата, что подтверждается улучшением клинических проявлений и биоэлектрической активности головного мозга на ЭЭГ. Во второй группе достоверность снижения уровня боли отмечалась лишь к началу 4—5 суток. Также было отмечено уменьшение частоты и выраженности вегетативной симптоматики, статистически достоверно более выраженное в I группе.

Приведенные данные свидетельствуют, что Финлепсин-ретард обладает отчетливым анальгезирующим действием в комплексной терапии при лечении неврогенных болевых синдромов, об этом свидетельствует достоверная положительная динамика редукции болевых нарушений в клинически исследуемой группе.

Выводы

1. Препарат ФИНЛЕПСИН-РЕТАРД может быть эффективно использован при лечении невропатических болевых синдромов различного генеза.
2. Выявлено статистически значимое влияние этого препарата на клинические проявления неврогенной боли.
3. Препарат Финлепсин-ретард хорошо переносится пациентами в рекомендуемых дозах и имеет минимальные побочные проявления.
4. Полученные в ходе исследования данные позволяют рекомендовать Финлепсин-ретард в качестве препарата выбора для эффективного и безопасного лечения пациентов с невропатическими болевыми синдромами.

Надійшла до редакції 05.08.2008 р.

O. A. Harchenko, A. G. Kyrychenko, L. I. Shantyr,
I. V. Roghko, L. G. Stepanova, S. V. Makarova

Experience of the Finlepsin use at patients with neurogenic pain syndromes

Ukrainian State Research Institute of Medical-social Problems of Disability (Dnipropetrovsk)

We investigated the influence of FINLEPSIN-[RETARD] on intensity and frequency of neurogenic painful syndrome in the comparison with the standard analgesic therapy. Obtained data make it possible to recommend preparation FINLEPSIN-[RETARD] for the effective and safe complex treatment of patients with this pathology.