

Н.П. Громова
Л.И. Волкова

Неврологическая клиника
ГУЗ «Свердловской
клинической больницы № 1»

Ключевые слова: боль в спине, лечение, тебантин (Габапентин), вертебральная боль.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА ТЕБАНТИН ПРИ ВЕРТЕБРОГЕННОЙ ПАТОЛОГИИ С КОМПРЕССИОННЫМ КОРЕШКОВЫМ СИНДРОМОМ*

Резюме. Критериями включения в исследование были пациенты с невропатической болью, связанной с компрессией корешка (радикулопатией) вертеброгенного генеза за счет дискорадикулярного конфликта, подтвержденного по данным магнитно-резонансной томографии или компьютерной томографии; длительность болевого синдрома составляла — от 1 нед до 3 мес. В исследование не включали пациентов с хронической болью (более 3 мес). Исключали лечение нестероидными противовоспалительными препаратами, тизанидином, анальгетиками, транквилизаторами, нейролептиками, антиконвульсантами, проведение рефлексотерапии и блокад. Допускали использование Мидокалма и баклофена, а также сосудистой и другой симптоматической терапии.

Для анализа эффективности препарата Тебантин были использованы и проанализированы в динамике визуально-аналоговая шкала боли, опросник боли МакГилла, шкала 5-балльной оценки вертеброневрологической симптоматики, Освестровский опросник нарушения жизнедеятельности при боли в нижней части спины или при боли в шее, а также учитывали мнение врача и пациента.

Получены достоверные объективные и субъективные данные по регрессу болевого синдрома, клинический эффект достигнут за $14,7 \pm 2,8$ дня (от 7 до 21 дня) при дозе от 600 до 1800 мг/сут. В 94,6% случаев врачи отметили положительный клинический эффект препарата. Все пациенты высказались за высокую эффективность и переносимость препарата.

ВВЕДЕНИЕ

Боль в спине — одна из самых частых жалоб пациентов на приеме невролога или терапевта. Около 20% взрослого населения страдает от периодически рецидивирующей боли в спине.

К наиболее частым причинам боли в спине относят боль, обусловленную патологией позвоночника, — вертебральную боль в результате пролапса или протрузии межпозвоночных дисков, спондилеза, задних и боковых остеофитов, сакрализации, люмбализации, изменений в фасеточных суставах, анкилозирующего спондилита, спинального стеноза, нестабильности позвонково-двигательного сегмента, остеопороза, опухоли и т.д. Боль в спине может быть связана с причинами невертебрального характера: миофасциальным болевым синдромом, психогенной болью, отраженной болью при заболеваниях внутренних органов.

Тебантин (международное непатентованное название — габапентин, «Гедеон Рихтер») относится к антиэпилептическим препаратам. Средство оказывает модулирующее действие на NMDA-рецепторы,

блокирует $\alpha 2\delta$ -субъединицу кальциевых каналов, снижает высвобождение моноаминов, уменьшает секрецию глутамата, способствует снижению частоты потенциалов действия периферических нервов. Вероятно, сочетание указанных механизмов действия обеспечивает высокую терапевтическую эффективность при различных формах невропатического болевого синдрома. В настоящее время получены доказательства высокого уровня эффективности использования препарата Тебантин при постгерпетической невралгии, болевом синдроме при диабетической полиневропатии, а также при центральной невропатической боли и другой, но нами не выявлено исследований по анализу эффективности препарата Тебантин при невропатической или смешанной боли, вызванной компрессией корешка вследствие вертеброгенной патологии.

ОБЪЕКТ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В ноябре 2006 г. завершено мультицентровое исследование по изучению эффективности препарата Тебантин при вертеброгенных компрес-

*Подготовлено по материалам публикации в журнале «Боль», 2007, 3 (16): 27–31, предоставленной компанией «Гедеон Рихтер».

сионных корешковых синдромах. Исследование проводили в 12 лечебных учреждениях Урала: ГУЗ «СОКБ № 1», ГБ № 33, ГКБ № 40, ГКБ № 36 г. Екатеринбурга, Челябинской и Пермской областных клинических больницах, ГКБ № 3, ГКБ № 4, ГКБ № 6, МСЧ № 2, РКБ им. Г.Г. Куватова, Дорожной клинической больницы г. Челябинска.

Всего в исследовании участвовали 92 пациента, 58 (63%) женщин и 34 (37%) мужчин. Средний возраст пациентов 49,1±12,5 года — от 22 до 83 лет.

Критериями включения в исследование были: пациенты с невропатической болью, связанной с компрессией корешка (радикулопатией) вертеброгенного генеза за счет дискорадикулярного конфликта, подтвержденного по данным магнитно-резонансной томографии (МРТ) или компьютерной томографии (КТ); длительность болевого синдрома — от 1 нед до 3 мес. В исследование не были включены пациенты с хронической болью (более 3 мес). Исключалось лечение нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП), тизанидином, анальгетиками, транквилизаторами, нейролептиками, антиконвульсантами, проведение рефлексотерапии и блокад. Допускалось применение Мидокалма (тольперизона,) и баклофена, а также использование сосудистой и другой симптоматической терапии.

Для каждого пациента были проведены клинический осмотр, анализ неврологического статуса, лабораторные исследования. Все больные прошли исследования нейровизуализации — МРТ и КТ.

Для анализа эффективности препарата Тебантин были использованы и проанализированы в динамике: визуально-аналоговая шкала (ВАШ) боли, опросник боли МакГилла, шкала 5-балльной оценки вертеброневрологической симптоматики, Освестровский опросник нарушения жизнедеятельности при боли в нижней части спины или при боли в шее, а также учитывалось мнение врача и пациента.

Суточная доза препарата Тебантин варьировала от 600 до 1800 мг, проводилось постепенное титрование дозы до достижения клинического эффекта. Средняя длительность приема препарата составила 14,7±2,8 дня (от 7 до 21 дня).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследования были включены 89 пациентов. У большинства 73 (82%) была клиника корешкового синдрома на фоне остеохондроза пояснично-крестцового отдела позвоночника, в том числе у 6 со спондилолистезом; у 14 (15,7%) пациентов был корешковый синдром вследствие дискорадикулярного конфликта на шейном уровне; у 2 (2,3%) — радикулярный синдром развился на грудном уровне на фоне деформирующего спондилеза грудного отдела.

Сопутствующую патологию выявили у 38 (42,7%) пациентов: у большинства — 10 больных — артериальную гипертензию I, II и III степени, у 4 — в анамнезе ишемическая болезнь сердца: стенокардия напряжения, у 3 — сахарный диабет 2-го типа, у 2 — ожирение 2–3-й степени и у 2 — в

анамнезе — хронический холецистит вне обострения; другая сопутствующая патология — хронический бронхит, дуоденит, гастрит, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, гонартроз, коксартроз, железodefицитная анемия, варикозная болезнь и другие выявлены у единичных пациентов.

При анализе анамнеза выявлено, что наиболее частыми причинами возникновения боли явились: физическая нагрузка — у 42 пациентов — 47,2% (у 5 из них при занятии спортом), резкие или неловкие движения — 10 (11,2%) пациентов, переохлаждение — у 9 (10,1%), реже причинами стали обычная двигательная активность, психоэмоциональная нагрузка и предшествующая травма — у 5 (5,6%), 3 (3,4%) и 2 (2,2%) больных соответственно, у 18 (20,2%) пациентов не выявлено инициирующих причин возникновения боли.

Средняя продолжительность болевого синдрома в группе исследования составила 51,4±34,9 дней — от 2 до 150 дней.

При анализе особенностей болевого синдрома выявлено, что у большинства пациентов синдромы были характерны для невропатической боли: простреливающая и пронизывающая боль у 28 пациентов; постоянная ноющая, ломящая и разрывающая — в 29 случаях; 29 пациентов беспокоила дизестезия, 19 — жжение, у 18 — покалывание в области пораженных корешков; тупая тянущая боль — у 16 пациентов.

При анализе факторов, провоцировавших болевой синдром, лидировали: у 73 больных различные движения (в том числе физическая нагрузка — у 5, ходьба — у 8, бег — у 2, езда на автомобиле — 2), вертикальное положение у 18 (в том числе стояние — 7, сидение — у 11), кашель (чихание) — у 6 пациентов, психоэмоциональная нагрузка — у 4 больных, переохлаждение — у 2, у 2 пациентов боль провоцировало положение покоя. Аналогичные причины были отмечены и как факторы, усиливающие болевой синдром: движения, ходьба и физическая нагрузка у 69 больных, вертикальное положение тела — у 11 пациентов, психоэмоциональная нагрузка — у 5 больных, у 4 пациентов боль провоцировалась длительной статической нагрузкой и в единичных случаях — положением тела и кашлем, у 4 — боль была метеозависимой.

С целью уменьшения выраженности болевого синдрома 38 пациентов занимали вынужденное положение тела (корректирующие позы), 37 пациентов отмечали уменьшение выраженности боли в положении покоя, у 6 облегчение приносили движения — разминка, ходьба, смена положения тела; у 4 больных отмечали улучшение от тепловых обертываний, у 5 пациентов — от использования корсета.

Болевой синдром приводил к изменению настроения у 43 больных, у 42 — к ограничению физической активности и у 29 пациентов отмечали развитие депрессии на фоне боли.

До начала проведения исследования и приема Тебантина большинство пациентов — 72 (80,9%) получали предшествующую терапию без

клинического эффекта: 39 больных — НПВП; в 17 случаях в комбинации с препаратами миорелаксантного действия (Мидокалм, тизанидин, баклофен), в 2 случаях в комплекс лечения были включены дегидратационная терапия — магнезия, маннитола гексанитрат; карбамазепин принимали 3 пациента; блокады с бетаметазон — 5; 16 больных самостоятельно принимали анальгетики, 7 — хондропротекторы, а 2 — комбинированные противовоспалительные средства.

Со стороны неврологического статуса у большинства — 73 (82%) пациентов — отмечены чувствительные нарушения в области пораженных корешков, свойственные для невропатического характера боли: онемение в зоне иннервации корешка, дизестезии, гиперпатии, аллодиния и др. У 67 больных выявлен симптом Ласега (односторонний у 45, двусторонний — у 22), изолированные симптомы Нери и Вассермана у 2 и 3 пациентов соответственно, у остальных — 2 и более симптомов натяжения — различные комбинации симптомов Ласега, Вассермана, Мацкевича одно- или двусторонней локализации. Со стороны двигательной сферы у 34 пациентов отмечено ограничение объема активных движений в пораженном отделе позвоночника (шейном или пояснично-крестцовом), развитие сколиоза — в 5 случаях, снижение силы в разгибателях стопы — у 18 пациентов, у 13 — отмечено снижение силы в разгибателе I пальца стопы, снижение силы в кисти — у 2 больных, гипотония мышц конечностей — в 10 случаях. У большинства пациентов отмечено снижение или отсутствие сухожильных и (или) периостальных рефлексов.

Патологических отклонений в лабораторных показателях у пациентов изучаемой группы не выявлено, только у 3 пациентов с сахарным диабетом были изменения уровня сахара крови (повышение от 6,1 до 12,2 ммоль/л).

Лечение Тебантином чаще применяли в комплексной терапии со следующими препаратами, традиционно используемыми при лечении вертеброгенной патологии: так, 43 больных получали препараты сосудистого действия (аминофиллин — 31, пентоксифиллин — 10, троксерутин — 1, Кавинтон («Гедеон Рихтер») — 1); миорелаксанты были назначены 20 больным (Мидокалм («Гедеон Рихтер») — 13, баклофен — 7), хондропротекторы — 18 (глюкозамин — 10, хондроитин сульфат — 5, комбинация хондроитина сульфата и глюкозамина — 2, алфлутоп — 1); метаболическую терапию получали 17 пациентов (Актовегин — 12, α-липоевая (тиоктовая) кислота — 2, оксиметилэтилпериндинасукцинат — 2, пирацетам — 1), витаминотерапию — 14, дегидратацию — 9 (маннитола гексанитрат — 4, магния сульфат — 5), 13 пациентов — физиотерапевтические процедуры. Все лекарственные средства, применявшиеся для терапии пациентов, не имели патогенетического действия на невропатический характер боли.

Эффективность препарата Тебантин была оценена с помощью динамического анализа специаль-

ных шкал, изученных до и после курса исследуемого препарата.

Интенсивность болевого синдрома по ВАШ до начала терапии была оценена пациентами на $70,8 \pm 16,3\%$ (от 20 до 100). В результате проведенной терапии Тебантином показатели интенсивности болевого синдрома по ВАШ снизились до $31,9 \pm 16,0\%$ (боль регрессировала от 0 до 50%) ($p < 0,001$).

С помощью МакГилловского опросника удалось уточнить не только характер и клинические особенности болевого синдрома у пациентов с корешковым синдромом вертеброгенного генеза до и после проведенного лечения, но и оценить интенсивность болевых симптомов в динамике — слабая боль оценивалась как 1 балл, умеренная — 2 и сильная — 3 балла (табл. 1, рисунок).

Представленные данные свидетельствуют, что до лечения Тебантином наиболее часто пациенты характеризовали болевой синдром как стреляющую (42 пациента), утомительно-изнуряющую (40 больных), пронизывающую (38 больных) боль, несколько реже пациенты отмечали тупой (у 26) и тягостный (27) характер боли, кроме того, ряд пациентов отмечали пульсирующей (19), скручивающей (17), обжигающей (18) и колющей (14) характер боли, другие характеристики болевого синдрома выявляли в единичных случаях.

При анализе среднего балла интенсивности боли практически все характеристики болевого синдрома имели высокий балл, определяющий боль от умеренной до сильной. Максимальный уровень интенсивности боли ($2,8 \pm 0,4$ – $2,5 \pm 0,6$ балла) отмечен при грызущей, разрывающей, пульсирующей, стреляющей, скручивающей, пронизывающей и утомительно-изнуряющей боли.

Таблица 1

Характер и интенсивность боли по опроснику боли МакГилла до и после лечения Тебантином

№ п/п	Характер боли	До лечения		После лечения		p
		Количество больных	Средний балл интенсивности боли	Количество больных	Средний балл интенсивности боли	
1	Пульсирующая	19	$2,7 \pm 0,5$	7	$0,9 \pm 0,6$	$< 0,001$
2	Стреляющая	42	$2,6 \pm 0,6$	18	$0,93 \pm 0,92$	$< 0,001$
3	Колющая	14	$2,1 \pm 0,8$	5	$0,62 \pm 0,51$	$< 0,005$
4	Пронизывающая	38	$2,5 \pm 0,7$	13	$0,8 \pm 0,9$	$< 0,001$
5	Скручивающая	17	$2,6 \pm 0,6$	12	$0,4 \pm 0,5$	$< 0,001$
6	Грызущая	11	$2,8 \pm 0,4$	4	$0,7 \pm 0,75$	$< 0,001$
7	Обжигающая	18	$2,4 \pm 0,6$	6	$0,75 \pm 0,85$	$< 0,001$
8	Тупая	26	$2,0 \pm 0,6$	27	$1,1 \pm 0,3$	$< 0,001$
9	Тягостная	27	$2,4 \pm 0,6$	16	$0,4 \pm 0,7$	$< 0,001$
10	Мягкая	1	3	7	$1,1 \pm 0,4$	$< 0,001$
11	Разрывающая	6	$2,8 \pm 0,4$	3	$1,7 \pm 0,6$	$< 0,005$
12	Утомительно-изнуряющая	40	$2,5 \pm 0,6$	12	$1,2 \pm 0,6$	$< 0,001$
13	Ослабляющая	5	$2,6 \pm 0,9$	2	$1,5 \pm 0,7$	$> 0,05$
14	Устрашающая	2	$1,3 \pm 0,7$	1	1	$> 0,05$
15	Карательно-безжалостная	1	3	–	–	$> 0,05$

Согласно данным МакГилловского болевого опросника терапия Тебантином не только уменьшала количество пациентов, предъявляющих жалобы на тот или иной характер болевого импуль-

са, но и достоверно уменьшала интенсивность боли: для большинства характеристик болевого синдрома (пульсирующей, стреляющей, колющей, пронизывающей, скручивающей, грызущей, обжигающей) ниже слабого уровня (от 0,4±0,5 до 0,93±0,92), реже отмечено сохранение болевых феноменов на уровне слабой боли (при тупом, тягостном, утомительно-изнуряющем, мягком характере боли — от 1,1±0,3 до 1,7±0,6 балла).

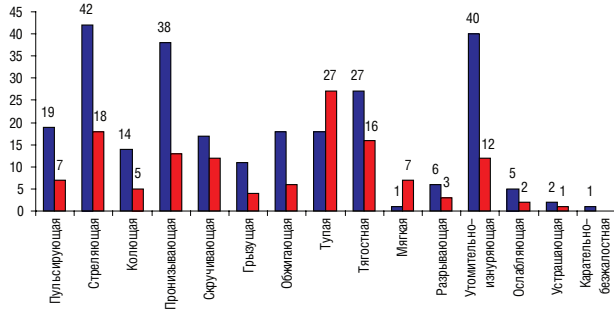


Рисунок. Динамика характера и интенсивности боли по МакГилловскому опроснику боли (количество пациентов)

Анализ показателей 5-балльной оценки вертебрoneврологической симптоматики позволил оценить динамику основных неврологических синдромов, характерных для доросо- и дископатий (табл. 2). Степень выраженности синдромов оценивали в баллах — от 0 (норма) до 4 баллов.

Так, объем движений в пораженном отделе позвоночника до проведения лечения Тебантином соответствовал ограничению движений в среднем на 40% средненормальных величин (2,6±1,1 балла). Степень сколиоза была оценена как промежуточная между слабо и умеренно выраженной (1,6±1,3 балла). Корешковый синдром характеризовался умеренно и сильно выраженными двигательными, рефлекторными и чувствительными нарушениями в зоне иннервации корешка (средний балл — 2,6±1,0). Степень выраженности нейродистрофического синдрома была незначительной — 1,1±1,1 балла, что проявлялось в формировании нескольких очагов остеомиофиброза в пределах одной анатомической области, умеренно или слабо болезненных при пальпации, что, по-видимому, было обусловлено преимущественно острым характером болевого синдрома.

После проведенного лечения отмечена четкая положительная динамика по увеличению объема движений в пораженном отделе позвоночника с 2,6±1,1 до 1,2±1,03 балла, что соответствовало сохранению легкого ограничения объема движений до 25–27%; у пациентов практически не выявлялся сколиоз, даже при функциональных пробах (0,63±0,82 балла); со стороны корешкового синдрома отмечались только слабо выраженные двигательные или рефлекторные либо чувствительные расстройства в зоне иннервации пораженного корешка; у большинства пациентов не выявлено каких-либо проявлений нейродистрофического синдрома (0,46±0,66 балла).

С помощью Освестровского опросника нарушения жизнедеятельности при боли в нижней части спины была изучена динамика основных 10 параметров

деятельности у 73 пациентов в повседневной жизни (табл. 3). Опросник заполняли сами пациенты.

Таблица 2
Динамика степени нарушений при основных вертебрoneврологических синдромах по шкале 5-балльной оценки (n=89)

№	Синдром	Средний балл до лечения	Средний балл после лечения	p
1	Объем движений в пораженном отделе позвоночника	2,6±1,1	1,2±1,03	<0,001
2	Сколиоз	1,6±1,3	0,63±0,82	<0,001
3	Корешковый синдром	2,6±1,0	1,1±0,88	<0,001
4	Нейродистрофический синдром	1,1±1,1	0,46±0,66	<0,001

Так, до проведения курса лечения Тебантином, пациенты оценивали интенсивность боли как сильную, при которой применение болеутоляющих средств обуславливало только умеренное облегчение боли; самообслуживание было нарушено, большинство пациентов нуждались в некоторой помощи, однако большинство действий выполняли самостоятельно; боль мешала поднимать тяжелые предметы, проходить более ¼ км, сидеть или стоять не более 10–30 мин, совершать поездки не более 30–60 мин; отмечалось и нарушение сна — менее 6 ч; боль ограничивала сексуальную и общественную жизнь пациентов, из-за боли они часто не могли выйти из дома.

После проведенного лечения большинство (32) пациентов отметили, что могут переносить боль без применения болеутоляющих средств; самообслуживание было восстановлено, хотя иногда и вызывало дополнительную боль; сохранились затруднения при поднимании тяжелых предметов; боль незначительно затрудняла ходьбу (не более 1 км), сидение (не более 1 ч), стояние стало почти без ограничений, хотя вызывало усиление боли, сон стал более продолжительным (более 6 ч); восстановилась практически до нормы сексуальная жизнь, иногда вызывая боль; боль не стала существенно нарушать общественную жизнь; поездки стали переноситься лучше, но пациенты иногда отмечали усиление боли.

При оценке средних баллов отмечено достоверное снижение индекса нарушения жизнедеятельности по всем 10 параметрам деятельности (см. табл. 3).

Таблица 3
Результаты данных по Освестровскому опроснику нарушения жизнедеятельности при боли в нижней части спины до и после лечения Тебантином (n=73)

№	Параметр жизнедеятельности	До лечения	После лечения	p
1	Интенсивность боли	4,3±1,1	2,3±1,3	<0,001
2	Самообслуживание	3,6±1,1	2,0±1,1	
3	Поднимание предметов	4,1±1,2	2,8±1,3	
4	Ходьба	3,8±1,5	2,3±1,2	
5	Сидение	4,5±1,2	2,7±1,3	
6	Стояние	4,2±1,3	2,5±1,3	
7	Сон	3,2±1,7	1,5±0,7	
8	Сексуальная жизнь	3,0±1,6	1,8±1,2	
9	Общественная жизнь	4,0±1,4	2,5±1,3	
10	Поездки	4,5±1,5	2,6±1,5	

Для анализа эффективности терапии Тебантин при боли в шее и грудном отделе был использован индекс нарушения жизнедеятельности, также включавший 10 основных параметров деятельности человека (табл. 4).

Таблиця 4

Результаты изучения индекса нарушения жизнедеятельности при боли в шее до и после лечения Тебантином (n=16)

№ п/п	Параметр жизнедеятельности	До лечения	После лечения	p
1	Интенсивность боли	4,9±1,1	2,1±1,0	<0,001
2	Самообслуживание	2,9±1,1	1,6±0,7	<0,001
3	Поднятие тяжестей	3,6±1,6	2,7±1,6	0,122
4	Чтение	3,7±1,3	2,0±1,0	<0,001
5	Головная боль	3,9±1,3	2,0±0,9	<0,001
6	Концентрация внимания	3,2±1,9	1,7±0,9	>0,005
7	Работа	3,6±1,8	1,6±1,8	>0,005
8	Вождение	4,3±1,2	2,9±0,8	<0,001
9	Сон	4,2±1,6	1,7±1,1	<0,001
10	Отдых	3,9±1,4	2,1±0,9	<0,001

До начала лечения Тебантин пациенты отмечали высокий уровень интенсивности боли — сильную и постоянную; самообслуживание у большинства пациентов было сохранено, хотя и причиняло боль: боль резко ограничивала поднятие предметов с пола, но было сохранено поднятие предметов среднего веса с удобного положения; боль вызывала значительные затруднения при чтении, невозможность делать обычную работу, водить машину, сколько нужно, умеренно нарушала сон (2–3 ч бессонницы) и значительно ограничивала отдых и развлечения; боль в шее и грудном отделе часто сопровождалась головной болью умеренной интенсивности, что приводило к умеренным трудностям в концентрации внимания.

После проведенной терапии большинство пациентов отмечали только легкую боль в шейном и грудном отделах; самообслуживание практически не вызывало боли, но сохранялись затруднения по поднятию тяжелых предметов; чтение было без ограничений, иногда сопровождалось легкой болью; пациенты отмечали слабую головную боль; концентрация внимания и выполнение обычной работы почти не страдали; отмечали появление умеренной боли при вождении машины; сон либо восстановился полностью, либо бессонница была менее 1 ч; отдых и развлечения без ограничений, но сопровождалась некоторой болью в шее.

При анализе балльной оценки параметров жизнедеятельности в динамике, достоверная разница была получена почти по всем параметрам жизнедеятельности, кроме поднятия тяжестей, концентрации внимания и работе.

С целью изучения побочных эффектов были проанализированы все нежелательные явления: всего было 44, наиболее часто — в 19 случаях пациенты отмечали сонливость, в 6 — головокружение, по 3 случая — боль в эпигастральной области и тошноту, по 2 — нарушение координации, повышение артериального давления (АД), общую слабость и сухость во рту; по 1 случаю отмечали: снижение АД, снижение концентрации внимания, шум в ушах, сердцебиение и боль в сердце (у пациента со стенокардией напряжения). Все нежелательные явления имели транзиторный характер и чаще

отмечались в начале терапии, большинство из них было связано с действием препарата на центральный (церебральный) механизм возникновения и поддержания болевого синдрома.

Важно было узнать также мнение врача о препарате — всего получено 78 отзывов: в 41 (52,6%) случае отмечен хороший эффект препарата, 18 (23,1%) врачей отметили удовлетворительный эффект, 15 (19,2%) высказались о великоколепном эффекте с сильным обезболивающим действием, 4 (5,1%) — эффект практически не получен.

В анкете 80 пациентов высказали свое мнение о Тебантине: в большинстве (51—63,8%) случаев отмечен хороший эффект препарата, удовлетворительный эффект — у 15 (18,7%), в 8 (10%) случаях — великолепный результат, у 4 — препарат хорошо купировал боль, изменял настроение и устранял страх, 2 пациентов отметили седативный эффект препарата как позитивный.

Таким образом, результаты проведенного мультицентрового исследования в 12 лечебно-профилактических учреждений Урала доказали высокую эффективность препарата Тебантин для купирования невропатической и смешанного характера боли при компрессионном вертеброгенном корешковом синдроме. Получены достоверные объективные и субъективные данные по регрессу болевого синдрома, клинический эффект достигнут за 14,7±2,8 дней (от 7 до 21 дня) при суточной дозе от 600 до 1800 мг/сут. В 94,6% случаев врачи отметили положительный клинический эффект препарата. Все пациенты высказались за высокую эффективность и переносимость препарата.

ЛИТЕРАТУРА

Баринов А.Н., Яхно Н.Н. (2003) Лечение невропатической боли. РМЖ, 11(25): 1419–1422.

Данилов А.Б. (2004) Габапентин (Нейронтин) в лечении невропатической боли. Журнал Клин. фармакол. и терапия, 13(4): 57–60.

АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРЕПАРАТУ ТЕБАНТИН ПРИ ВЕРТЕБРОГЕННІЙ ПАТОЛОГІЇ З КОМПРЕСІЙНИМ КОРІНЦЕВИМ СИНДРОМОМ

Н.П. Громова, Л.І. Волкова

Резюме. Критеріями включення в дослідження були пацієнти з невропатичним болем, пов'язаним з компресією корінця (радикулопатією) вертеброгенного генезу за рахунок дискорадикулярного конфлікту, підтвердженого за даними магнітно-резонансної томографії чи комп'ютерної томографії; тривалість больового синдрому — від 1 тиж до 3 міс. У дослідження не включали пацієнтів із хронічним болем (понад 3 міс). Виключали лікування нестероїдними протизапальними препаратами, тизанідіном, анальгетиками, транквілізаторами, нейролептиками, антиконвульсантами, проведення рефлексотерапії та блокад. Допускали використан-

ня Мідокалму та баклофену, а також судинної та іншої симптоматичної терапії.

Для аналізу ефективності препарату Тебантин були використані та проаналізовані у динаміці візуально-аналогова шкала болю, опитувальник болю МакГілла, шкала 5-бальної оцінки вертеброневрологічної симптоматики, Освестровський опитувальник порушення життєдіяльності при болю у нижній ділянці спини чи при болю у шиї, а також враховували думку лікаря та пацієнта.

Отримані достовірні об'єктивні та суб'єктивні дані щодо регресу больового синдрому, клінічного ефекту було досягнуто за $14,7 \pm 2,8$ дня (від 7 до 21 дня) при дозі від 600 до 1800 мг/добу. У 94,6% випадків лікарі відзначили позитивний клінічний ефект препарату. Всі пацієнти відзначили високу ефективність та хорошу переносимість препарату.

Ключові слова: біль у спині, лікування, Тебантин (габапентин), вертебральний біль.

ANALYSIS OF PREPARATION TEBANTIN EFFICACY IN PATIENTS WITH VERTEBROGENIC PATHOLOGY WITH COMPRESSIVE RADICULAR SYNDROME

N. P. Gromova, L. Y. Volkova

Summary. The investigation inclusion criteria were patients with neurotic pain caused by radicular

compression (radiculopathy) of vertebrogenic genesis due to discoradicular conflict confirmed by magnetic-resonance tomography or computed tomography; pain duration from 1 week to 3 month. The patients with chronic pain (pain duration more than 3 month) won't included in the investigation. Treatment with nonsteroidal anti-inflammatory drugs, tizanidinum, analgesics, tranquilizers, neuroleptics, anticonvulsants, reflexotherapy and blockade were forbidden during investigation. The usage of Mydocalm, baclofen, vascularor therapy and another symptomatic therapy were allowed. In order to analyse Tebantin efficacy were used and analysed in dynamics: pain visual-analog scale, McGill pain questionnaire, 5-point scale of vertebroneurologic symptomatic estimation, Ostwest questionnaire of vital activity violation in low back pain or neck pain, also doctor's and patient's opinion were taken into account.

Objective and subjective data were received, which showed the significant regress of pain syndrome and clinical effect was achieved in $14,7 \pm 2,8$ days (from 7 to 21 day) in dosage from 600 to 1800 mg/day. In 94,6% cases doctors noted positive clinical effect of the preparation. All patients noted high efficacy and good tolerability of preparation.

Key words: back pain, treatment, Tebantin (gabapentin), vertebral pain. □

РЕФЕРАТИВНА ІНФОРМАЦІЯ

Лимфопролиферативные нарушения при ревматоидном артрите: клинико-патологический анализ 76 случаев, связанных с применением метотрексата

Hoshida Y., Xu J.-X., Fujita S., Nakamichi I., Ikeda J.-I., Tomita Y., Nakatsuka S.-I., Tamaru J.-I., Ilzuka A., Takeuchi T., Aozasa K. (2007) *Lymphoproliferative disorders in rheumatoid arthritis: clinicopathological analysis of 76 cases in relation to methotrexate medication.* *J. Rheumatol.*, 34: 322–331.

Цель. У пациентов с ревматоидным артритом (РА), применяющих или не применяющих метотрексат (МТХ), отмечают склонность к развитию лимфопролиферативных нарушений (ЛПН) (МТХ-ЛПН) или не-МТХ-ЛПН соответственно. Гипериммунный статус при РА сам по себе или в сочетании с иммуносупрессивным состоянием, индуцированным применением МТХ, может обуславливать развитие ЛПН. Цель работы — охарактеризовать МТХ-ЛПН в сравнении с не-МТХ-ЛПН или спорадическими случаями ЛПН у пациентов с РА.

Методы. Сравнили МТХ-ЛПН, не-МТХ-ЛПН и спорадические ЛПН при оценивании 48 случаев МТХ-ЛПН, 28 — не-МТХ-ЛПН и 150 — спорадических случаев ЛПН.

Результаты. В группе пациентов с РА преобладали женщины и лица старшей возрастной

группы на момент установления диагноза ЛПН в сравнении с группой спорадических случаев ЛПН. Интервал между диагнозом РА и ЛПН при МТХ-ЛПН (в среднем — 132 мес) был достоверно более коротким в сравнении с таковым при не-МТХ-ЛПН (в среднем — 240 мес). Частота диффузной В-гигантоклеточной лимфомы (ДВГКЛ) и положительный уровень Эпштейна — Барр вируса (ЭБВ) при РА-ЛПН были значительно выше в сравнении со спорадическими случаями ЛПН (57,9 vs 42,7%; 27,6 vs 9,9% соответственно). После прекращения курса МТХ в 11 случаях МТХ-ЛПН отмечена спонтанная регрессия опухоли. 5-летняя выживаемость при РА-ЛПН (59,2%) была достоверно хуже в сравнении со спорадическими случаями ЛПН (74,6%).

Вывод. В большинстве случаев РА-ЛПН отмечена схожесть клинико-патологических характеристик вне зависимости от применения МТХ, за исключением спонтанной регрессии ЛПН после отмены МТХ при МТХ-ЛПН, и более короткого интервала между установкой диагноза РА и ЛПН при МТХ-ЛПН в сравнении с не-МТХ-ЛПН. В случаях РА-ЛПН отмечены более молодой возраст при установлении диагноза ЛПН, превалирование женщин, неблагоприятный прогноз, высокая частота ДВГКЛ и положительное влияние на ЭБВ в сравнении со спорадическими случаями ЛПН.