

УДК 616.833–08–002.1(07)

**ЛЕЧЕНИЕ КОМПРЕССИОННО-ИШЕМИЧЕСКИХ НЕВРОПАТИЙ
С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТЕБАНТИНА**

Р.Р. Нурланова

Медицинский центр Государственного медицинского университета города Семей

Проблема заболеваний периферической нервной системы является одной из ведущих в неврологии /1, 4/. В общей структуре заболеваемости взрослого населения болезням периферической нервной системы принадлежит третье место после гриппа и бытового травматизма, и первое - среди хронических заболеваний. Заболевание широко распространено среди лиц трудоспособного возраста. 76% случаев среди заболеваний с временной утратой трудоспособности относятся к патологии периферической нервной системы /2/, что подтверждает социальную значимость проблемы /3/. Компрессионно-ишемические невропатии занимают одно из ведущих мест в структуре заболеваний ПНС, достигая 53 % в этой группе заболеваний /6/.

Компрессионно-ишемические невропатии /КИН/ - заболевание нервного ствола и его ветвей, вызванное локальным раздражением, компрессией и ишемией в анатомически и биомеханически уязвимых местах прохождения нерва. Компрессионно-ишемические невропатии полиэтиологичны, но чаще обусловлены травматическими, дисгормональными, обменными и вазомоторными нарушениями, а также местными компримирующими воздействиями в области «ловушечных» пунктов. В них ствол нерва подвергается динамической или длительной компрессии за счет гиперплазии периневральных тканей, повышения интратуннельного давления, что сопровождается ишемией, нарушением венозного оттока и вторичным отеком /4,6/.

Применение адекватного лечебного воздействия в терапии компрессионно-ишемических невропатий требует тщательного изучения клинико-патогенетических особенностей туннельных невропатий. В настоящее время недостаточно изучены тонкие функциональные изменения нервного волокна в результате компрессии, возникающие в ранние периоды заболевания. Габапентин близок по своей структуре к гамма-аминомасляной кислоте (ГАМК), однако он не взаимодействует с рецепторами к ГАМК. Тебантин уменьшает сенситизацию центральных ноцицепторов, в основном за счет связывания с $\alpha 2\delta$ субъединицей потенциалзависимых кальциевых каналов мембраны ноцицептивных нейронов, что приводит к блокированию каналов и уменьшению возбудимости нейронов. Кроме того, габапентин сохраняет блокирующее действие на натриевые каналы и дополнительно оказывает стимулирующее влияние на синтез и выделение ГАМК. Побочных эффектов у препарата немного. При изучении 2216 пациентов сонливость наблюдалась у 15,2%, головокружение – у 10,9% и атакия – у 6,0% больных, однако тяжесть побочных эффектов была незначительной, а их длительность не превышала 2-3 нед. даже при продолжении приема препарата. Препарат не метаболизируется в печени и выводится в виде целой молекулы через почки, но должен применяться с осторожностью у больных с нарушением функции почек.

Наиболее эффективным препаратом для лечения невропатической боли различной этиологии зарекомендовал себя препарат нового поколения антиконвульсантов – габапентин (тебантин). Антиконвульсанты последнего поколения обладают более широким спектром действия, что обеспечивает их эффективность при невропатической боли /8/.

Таким образом, несомненна актуальность данного научного исследования, направленного на разработку методом тебантина в комплексном лечении компрессионно-ишемических невропатий.

Цели и задачи исследования.

Цель работы: выявить эффективность тебантина в комплексном лечении компрессионно-ишемических невропатий.

Задачи исследования.

1) уточнить особенности клиники, патогенеза и ранней диагностики компрессионно-ишемических невропатий на основании клинической симптоматики

2) оценить эффективность применения тебантина в комплексном лечении больных компрессионно-ишемическими невропатиями.

Материал исследования. Применение тебантина при лечении невропатической боли проведено у 40 больных в возрасте от 25-75 лет.

Эффективность тебантина показана в двойных слепых плацебо-контролируемых исследованиях в случаях невропатической боли у 19 больных и показано, что прием препарата в дозе 1800 мг в течение 6 нед. статистически достоверно уменьшал выраженность болевого синдрома по сравнению с эффектом плацебо. В этих исследованиях тебантин назначался мужчинам и женщинам в возрасте от 25 до 75 лет с широким спектром синдромов невропатической боли, обусловленных компрессионно-ишемическими невропатиями и показал свою эффективность и хорошую переносимость при минимальных побочных эффектах. На основании этих исследований была создана система титрования дозы препарата, позволяющая уменьшить частоту и выраженность побочных эффектов, и определены максимально возможные дозы его назначения. Тебантин назначают начиная с дозы 300 мг в день (вечером, на ночь), затем дозу увеличивают до 600 мг (300 мг днем и 300 мг вечером) и, наконец, дозу увеличивают до 900 мг (300 мг 3 раза в день). На фоне приема препарата в дозе 900 мг в день анализируют динамику болевого синдрома, а при отсутствии эффекта ее повышают до 1800 мг/сут. (увеличивая по 300 мг/сут.). Максимальные дозы тебантина в некоторых исследованиях, при которых была показана высокая эффективность препарата при лечении невропатической боли, достигали 2700 или 3600 мг. При этом большинство исследователей отмечали уменьшение болевого синдрома при различных вариантах невропатической боли уже на первой неделе лечения тебантином. Препарат имеет высокую (более 60%) биодоступность, максимальная концентрация в плазме достигается через 2-3 ч после приема препарата. Прием пищи не влияет на фармакодинамику тебантина.

При назначении препарата боли купируются у большинства больных, эффект наступает быстро, отсутствуют значительные побочные явления, и при необходимости его можно принимать в течение длительного периода.

Выводы.

1. Наиболее ранними проявлениями компрессионно-ишемических невропатий являются минимальные субъективные чувствительные расстройства в виде парестезий и онемения в зоне иннервации пораженного нерва. Выраженные клинические проявления (болевого син-

дром, двигательные нарушения, атрофии) отмечаются в более поздние сроки заболевания.

2. При лечении тебантином боли купируются у большинства больных, эффект наступает быстро, отсутствуют значительные побочные явления, и при необходимости его можно принимать в течение длительного периода.

Литература:

1. Акимов Г.А., Одинак М.М. Дифференциальная диагностика нервных болезней. Санкт-Петербург. 2000. - С. 214-230.

2. Антонов И.П. Вопросы классификации и формулировка диагноза заболеваний периферической нервной системы // Ж. Неврология и психиатрия, 1985. вып. 4, С. 481-487.

3. Берзиньш Ю.Э., Думбере Р.Т. Туннельные поражения нервов верхней конечности. Рига, "Зинатне", 1989. - 214 с.

Компрессионды ишемиялык невропатиялардың ерте белгілері закымдалған нерв аймағында минималды субъективті сезімтал бұзылыстар болып табылады. Айқын клиникалық көріністер, яғни ауырсыну, атрофиялар сырқаттың кеш мезгілінде байқалады. Тебантинмен емнен соң бұл белгілер тез қайтып, науқас жағдайының жақсаруы анықталды.

The earliest displays of kompressionno-ischemic neuropathies are the minimum subjective sensitive frustration in a kind in a zone of an innervation of the amazed nerve. The expressed clinical displays (a painful syndrome, impellent infringements, atrophies) are marked in later terms of disease.

At treatment Tebantyn pains are stopped many patients, the effect comes quickly, there are no considerable by-effects, and in need of it it is possible to accept during the long period.

4. Жулев С.Н. Туннельные невропатии локтевого нерва. Автореф. дисс.канд. мед. наук. СПб, 1996. - 21 с.

5. Ирецькая М.В. Методы лечения туннельных синдромов на поликлиническом этапе. // Этапы восстановительного лечения заболеваний и травм ПНС. - Ставрополь, 1987. С. 164-167.

6. Лобзин В.С., Жулев Н.М. Физиотерапия в реабилитации больных компрессионно-ишемическими невропатиями. // Вопр. курортологии, физиотерапии и ЛФК. М. Медицина 1991. - №3. - С. 53.

7. Лобзин В.С., Шиман А.Г., Жулев Н.М. Физиотерапия заболеваний периферической нервной и мышечной систем СПб, "Гиппократ", 1996. - С. 61-63.

8. Строков И.А. Антikonвульсанты в лечение невропатической боли. // Медицинский совет. М. 2008. - №3-4. С.13-16.

УДК 616.71-018.3-002-08

К ВОПРОСУ РЕАБИЛИТАЦИИ И КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА

М.С. Адишева, Н.С. Смаилов, Р.Р. Нурланова

Медицинский центр Государственного медицинского университета города Семей

В настоящее время болевые синдромы вертеброгенной природы широко распространены, а в развитых странах, по данным экспертов ВОЗ, достигли размеров эпидемии. В Великобритании вследствие болей в спине в 1992 г.- было потеряно 90 миллионов рабочих дней, что уступало только заболеваниям органов дыхания и кровообращения. При этом 75% больных составили пациенты от 30 до 59 лет, то есть в период максимальной трудоспособности. Сходные результаты были получены и в исследованиях российских медиков /3,5/. По их данным на долю вертеброгенных заболеваний нервной системы с временной утратой трудоспособности приходится от 60 до 90% всех больных поликлинического профиля.

Наиболее важной проблемой неврологической науки и практики являются вертеброгенные заболевания нервной системы. По данным разных авторов, от 50 до 90% населения планеты на каком-то этапе жизни испытывают боли, причиной которых является поражение позвоночника.

Широкое распространение данной патологии, в том числе у лиц молодого и трудоспособного возраста, обуславливает и большое социально-экономическое значение данной проблемы.

Наибольший клинико-экспертный интерес вызывают дегенеративно-дистрофические поражения позвоночника и, в частности, такое хроническое заболевание, как остеохондроз позвоночника. Остеохондроз позвоночника, его неврологические осложнения резко снижают работоспособность человека, нарушают его социальную

адаптацию, ухудшают качество жизни, а в 10% случаев приводят к инвалидности /1/.

Несмотря на достаточную разработанность вопросов неврологических проявлений остеохондроза позвоночника, данная проблема остается одной из актуальных в настоящее время. Это объясняется широкой распространенностью патологии, поражением преимущественно людей активного возраста, склонность к затяжному течению, а также необходимость поиска новых методов лечения и нерешенностью ряда вопросов клиники, этиологии и патогенеза заболевания.

Не вызывает сомнений актуальность поисков новых технологий, повышающих эффективность лечения неврологических проявлений остеохондроза позвоночника. В настоящее время для осуществления противоболевой терапии у таких больных медицина располагает большим количеством средств и методов, разных как по технике выполнения, так и по физио логичности и эффективности. Вместе с тем доказано, что использование общепринятой медикаментозной терапии и методов физиотерапевтического лечения в большинстве случаев не обеспечивает должного лечебного эффекта и длительной стойкой ремиссии /2,4/. Эксперты ВОЗ подчеркивают, что ни мануальная терапия, ни физиотерапия, ни тракция позвоночника с позиции доказательной медицины себя не оправдали. Даже оперативное вмешательство полностью не устраняет болевой синдром при остеохондрозе позвоночника.

Хирургическая декомпрессия позвоночника является дорогостоящим методом лечения, применяемым лишь у небольшого числа больных с осложненным те-