

EAST EUROPEAN JOURNAL OF **NEUROLOGY**

СХІДНО-ЄВРОПЕЙСЬКИЙ НЕВРОЛОГІЧНИЙ ЖУРНАЛ

ISSN 2411-5797 №6 (6), 2015

www.neurology.world

6
2015



01 > Радиклопатии и бессимптомные грыжи позвоночника: дифференциальная диагностика и лечение

02 > Атеросклеротичне ураження судин у хворого на хронічну ішемію мозку

03 > Оцінка якості життя у хворих з розсіяним склерозом в аспекті коморбідності за допомогою опитувальника SF-36

Ньюропентин®

Капсули

Габапентин 300 мг

ЕФЕКТИВНИЙ МЕНЕДЖМЕНТ НЕЙРОПАТИЧНОГО БОЛЮ



- ✓ Периферична поліневропатія
- ✓ Постістерітична невралія
- ✓ Біль при розсіяному склерозі
- ✓ Триемінальна невралія
- ✓ Комплексний регіональний
больовий синдром
- ✓ Болі в попереку
- ✓ Синдром зап'ястного каналу
- ✓ Головний біль

СХІДНО-ЄВРОПЕЙСЬКИЙ НЕВРОЛОГІЧНИЙ ЖУРНАЛ

EAST EUROPEAN JOURNAL OF NEUROLOGY

Міжнародний спеціалізований науково-практичний журнал
International Specialized Scientific & Practical Journal

ISSN 2411-5797
№ 6 (6), 2015

Засновники: Founders

Національна медична академія післядипломної освіти
імені П. Л. Шупика
Ректор, академік НАМН України,
д.мед.н., професор Вороненко Юрій Васильович

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education
Rector – Academician of the National Academy of Medical Science of Ukraine, Professor
Yuriy V. Voronenko

Громадська організація
«Всеукраїнська асоціація по неврології та рефлексотерапії»
Голова, д.мед.н., професор Свиридова Наталя Костянтинівна

Ukrainian Association of Neurology and Reflexology
Chief – Professor Natalia K. Svyrydova

Матеріали публікуються мовою оригіналу.

Свідоцтво про державну реєстрацію КВ № 21169-10969Р
видане Державною реєстраційною службою України 13.02.2015 р.

Журнал включено до переліку наукових фахових видань, в яких можуть публіку-
ватись основні результати дисертаційних робіт
(Наказ №1021 від 07.10.2015 МОН України)

Рекомендовано до видання вченою радою Національної медичної академії
післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, протокол №10 від 16.12.2015 р.

Адреса редакції:
04112, Україна, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
Тел. +38 (099) 285-89-08
E-mail: in@nevrology.world

Друк:
Товариство з обмеженою відповідальністю «1 Дизайн»
Україна, 04073, місто Київ, проспект Московський 11, офіс 205,
будинок 4, офіс 23. Свідоцтво про внесення в Державний реєстр
№ 37726294 від 06.06.2011 року.
Формат: 210x297мм. Офсетний друк. Тираж 1000 прим.

Забороняється використання будь-яких матеріалів, включаючи статті та фотографії, без письмової згоди видавця. Авторські права захищено національним законодавством та міжнародними угодами. Думка авторів публікацій може не збігатися з точкою зору видавця. Відповідальність за вірогідність фактів, власних назв та іншої інформації, використаної в публікації, несе автор. Передрук та інше відтворення в якій-небудь формі в цілому або часткового статей, ілюстрацій або інших матеріалів дозволені тільки з обов'язковим посиланням на джерело. Усі права захищені.
© «East european journal of neurology». Видавець не несе відповідальності за зміст і достовірність реклами.

Головний редактор Editor-in-Chief

Свиридова Наталя Костянтинівна
Natalia K. Svyrydova

Редакційна колегія Editorial Board

Голова редакційної колегії Head of the Editorial Board

Вороненко Ю.В.
Yuriy V. Voronenko

Члени редакційної колегії Members of the Editorial Board

Боброва В.І. (м. Київ, Україна)
Барна О.М. (м. Київ, Україна)
Вернер О.М. (м. Київ, Україна)
Волошина Н.П. (м. Харків, Україна)
Воронков Л.Г. (м. Київ, Україна)
Гриб В.А. (м. Івано-Франківськ, Україна)
Губенко В.П. (м. Київ, Україна)
Демченко В.А. (м. Київ, Україна)
Литвиненко Н.В. (м. Полтава, Україна)
Паєнок А.В. (м. Львів, Україна)
Педаченко Ю.Є. (м. Київ, Україна)
Пономаренко Ю.В. (м. Київ, Україна)
Слободін Т.М. (м. Київ, Україна)
Соколова Л.І. (м. Київ, Україна)
Сон А.С. (м. Одеса, Україна)
Труфанов Є. О. (м. Київ, Україна)
Трінус К.Ф. (м. Київ, Україна)
Чуприна Г.М. (м. Київ, Україна)
Шекера О.Г. (м. Київ, Україна)

Редакційна рада Editorial Council

Вдовиченко Ю.П. (м. Київ, Україна)
Волошин П.В. (м. Харків, Україна)
Головченко Ю.І. (м. Київ, Україна)
Дзяк Г.В. (м. Дніпропетровськ, Україна)
Косаківський А.Л. (Київ, Україна)
Ніколаєв В.Г. (м. Київ, Україна)
Педаченко Є.Г. (м. Київ, Україна)
Ben Burton (Great Yarmouth, UK)
Gordon Plant (London, UK)
Oksana Suchowersky (Edmonton, AB, Canada)
Stan Fisher (Houston, Texas, USA)

Відповідальний секретар Executive Secretary

Бондаренко Ганна Сергіївна
Anna S. Bondarenko
тел./phone: +38(044) 483-17-56
тел./phone: +38(099)285-89-08
e-mail: in@nevrology.world

Радикулопатии и бессимптомные грыжи позвоночника: дифференциальная диагностика и лечение

Резюме

Происхождение хронической боли в спине часто предполагает развитие дегенеративных процессов позвоночника, однако, исследования показали, что в большинстве случаев корреляция между клиническими симптомами и рентгенологическими признаками дегенерации минимальна или отсутствует. Клинические признаки, которые должны насторожить врача, требуют тщательной дифференцированной диагностики. Рекомендации FDA для лечения нейропатической боли обращают внимание на побочные эффекты при приеме всей группы препаратов, с учетом коморбидной патологии пациента. Однако, учитывая, что только габапентин и прегабалин имеют убедительные доказательства эффективности при нейропатической боли, то акцент сделан на эти препараты.

Ключевые слова: хроническая боль в спине, диагностика, лечение, габапентин.

■ Свиридова Н.К.

д.мед.н., профессор, заведующий кафедрой неврологии и рефлексотерапии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П. Л. Шупика

Доказано, что боль в нижней части спины (БНС) сегодня является 2-ой наиболее частой причиной обращения к врачу среди хронической патологии, 5-ой наиболее распространенной причиной госпитализации, 3-ей наиболее частой причиной для

хирургического вмешательства. БНС определяется как хроническая в том случае, когда ее длительность составляет более 3 месяцев потому, что восстановление соединительной ткани при этой патологии происходит в течении 6-12 недель. Более 60% пациентов при острой БНС выздоравливает в течении 6 недель и до 80-90% выздоравливают в течение 12 недель, однако, восстановление остальных пациентов с БНС является большой проблемой в лечении. Медленная скорость восстановления ткани в зоне сниженной сосудистой активности пораженного межпозвоночного диска способствует развитию стойкого хронического болевого синдрома при БНС (ХБНС).

Происхождение хронической боли в спине часто предполагает развитие дегенеративных процессов позвоночника, однако, исследования показали, что в большинстве случаев корреляция между клиническими симптомами и рентгенологическими признаками дегенерации минимальна или отсутствует [1-6]. Воспалительные процессы в суставах, метаболические изменения кости и фибромиалгии являются причиной хронических болей в позвоночнике [2, 3].

Несмотря на то, грыжи межпозвоночных дисков являются основной причиной корешковой боли, бессимптомные грыжи дисков на компьютерной томографии (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) выявляются чаще [6,7], поскольку нет четкого отношения между степенью выраженности грыжи диска и степени клинических симптомов [8]. Дегенеративные изменения позвоночника в нижней части спины и боль в ногах, механическая или воспалительная причина БНС и пояснично-крестцового радикулита остается актуальной и недостаточно раскрытой проблемой в практике врача.

Причины развития заболеваний позвоночника представлены в таб. 1.

Таблица 1**Синдромы при заболеваниях позвоночника**

| № п/п | Синдромы при заболеваниях позвоночника |
|------------------------------|---|
| Механические синдромы | |
| 1) | Мышечная боль (например, миофасциальный болевой синдром) |
| 2) | Дискогенная боль с корешковым синдромом или без корешкового синдрома |
| 3) | Радикулопатия из-за нарушения структуры позвоночника при травме |
| 4) | Корешковые боли из-за биохимической или воспалительной реакции при травмах спинного мозга |
| 5) | Сегментарное нарушение при выраженных движениях или переломах позвоночника |
| 6) | Спондилез без стеноза или со стенозом спинномозгового канала |
| 1) Неврологические синдромы: | |
| a) | миелопатия или миелит |
| b) | пояснично-крестцовая плексопатия (например, сахарный диабет, васкулит, злокачественная опухоль) |
| c) | острая, подострая или хроническая полинейропатия (например, хронические воспалительные демиелинизирующие полинейропатии, синдром Гийена-Барре, сахарный диабет) |
| d) | моновневропатия, в том числе каузалгии (например, травма, диабет) |
| e) | миопатия, включая миозит при различных метаболических условиях |
| 2) Системные нарушения: | |
| a) | первичные или метастатические новообразования |
| b) | костная или эпидуральная инфекция |
| c) | воспалительные спондилоартропатии |
| d) | метаболические болезни костей, в том числе остеопороз |
| e) | сосудистые расстройства (например, атеросклероз, васкулит) |
| 3) Иррадиирующая боль: | |
| a) | желудочно-кишечные нарушения (например, панкреатит, рак поджелудочной железы, холецистит) |
| b) | кардиореспираторные нарушения (например, перикардит, плеврит, пневмония) |
| c) | патология ребер грудного отдела позвоночника |
| d) | нарушения мочеполового отдела (например, болезни почек, простатит) |
| e) | аневризма брюшной аорты |

Патофизиология корешковой боли включает нейронное сжатие и развитие аксональной дисфункции, ишемии, воспаления и биохимических изменений. Спинномозговые корешки обладают уникальными свойствами, которые могут объяснить развитие симптомов: в отличие от периферических нервов, спинномозговым корешкам не хватает развитого интраневрального барьера, и этот недо-

статок делает их более восприимчивыми к симптоматической компрессионной травме. Повышение сосудистой проницаемости, вызванные механическим сдавлением нервных корешков может вызвать эндоневральный отек, повышение эндоневрального давления жидкости в связи с развитием интраневрального отека может препятствовать капиллярному кровотоку и привести к интраневральному

фиброзу. Кроме того, нервные корешки спинного мозга получают примерно 58% питания из спинномозговой жидкости. Периневральный фиброз, который мешает питанию, вызывает повышенную чувствительность и болезненность при сдавлении. При развитии окклюзии для артериол корешка растет фактор увеличения венозного застоя, что зависит от среднего артериального давления и коррелирует с цифрами систолического артериального давления. Другие механизмы причины развития симптоматической радикулопатии показали, что связь миелина и аксонов при травме нервных корешков, демонстрирует снижение скорости нервной проводимости, увеличивают сосудистую проницаемость и способны индуцировать нейропатическую боль. Сегодня проведенные исследования показывают, что причины симптоматической радикулопатии

являются более сложными, чем просто нервная дисфункция при структурных изменениях, поэтому требует более комплексного подхода в лечении, чем использование только нестероидных противовоспалительных препаратов.

Особенности дифференциальной диагностики ХБНС

Клинические признаки, которые должны насторожить врача, требуют тщательной дифференцированной диагностики (таб. 2).

Таблица 2
Диагностические «красные флажки» при хронической боли в спине

| № п/п | Диагностические «красные флажки» при хронической боли в спине |
|-------|--|
| 1) | Боль без изменений и не связана с движением или отдыхом |
| 2) | Боль без изменений, несмотря на лечение в течение 2-4 недель |
| 3) | Специфическое «защитное» поведение при болевом раздражении |
| 4) | Колики или боль, связанная с висцеральной функцией |
| 5) | Наличие онкологической патологии в анамнезе или впервые выявленная патология |
| 6) | Лихорадка |
| 7) | Высокий риск переломов (например, пожилой возраст, остеопороз) |
| 8) | Наличие недомогания, усталости или потери веса |
| 9) | Прогрессирующие неврологические нарушения |
| 10) | Дисфункция кишечника или мочевого пузыря |
| 11) | Выраженная утренняя скованность, в качестве основной жалобы |

Дифференциальный диагноз может включать в себя множество неврологических и системных расстройств, связанных с болью внутренних органов или других костных структур (таблица 3).

Таблица 3

Расстройства, которые могут быть связаны с немеханическим генезом БНС

| № п/п | Диагностические критерии, связанные с немеханическим генезом БНС |
|--------------------------|---|
| Неврологические синдромы | |
| 1) | Миелопатия |
| 2) | Пояснично-крестцовая плексопатия (например, сахарный диабет) |
| 3) | Невропатия, в том числе воспалительно-демиелинизирующего характера (синдром Гийена-Барре) |
| 4) | Мононевропатия, в том числе каузалгия |
| 5) | Миопатия, в том числе воспалительного и метаболического генеза |
| 6) | Дистония (синдром центральной боли) |
| Системные нарушения | |
| 1) | Первичные метастатические новообразования, в том числе миеломного генеза |
| 2) | Костная или эпидуральная инфекция |
| 3) | Воспалительные спондилоартропатии |
| 4) | Болезни обмена веществ кости, в том числе остеопороз |
| 5) | Сосудистые заболевания (атеросклероз или васкулиты) |
| Иррадиирующая боль | |
| 1) | Желудочно-кишечные расстройства |
| 2) | Мочеполовые расстройства, в том числе почечно-каменная болезнь, простатит, и пиелонефрит |
| 3) | Гинекологические заболевания, в том числе внематочная беременность и воспалительные заболевания тазовых органов |
| 4) | Аневризма брюшной аорты |

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ СТРАТЕГИИ

При БНС и пояснично-крестцовом радикулите, которые сохраняются более 6-12 недель, рекомендуются параклинические методы исследования:

- Компьютерная томография (КТ) - является эффективным диагностическим исследованием, когда подтверждают травматический генез позвоночника.
- Магнитно-резонансная томография (МРТ) - является эффективным диагностическим исследованием, когда нужно подтвердить патологическое состояние спинного мозга или мягких тканей, посмотреть в динамике грыжу диска или исключить инфекционный или опухолевый процесс.
- Миелография - является эффективным диагностическим исследованием, когда нужно оценить патологию корешка, особенно у пациентов после операции поясничного отдела спинного мозга.
- КТ миелографии - является эффективным диагностическим исследованием, когда нужно оценить эффективность операции или когда оперативное вмешательство рассматривается для лечения фораминальной грыжи или стеноза позвоночного канала.
- Электромиография (ЭМГ) - является эффективным диагностическим исследованием, когда нужно оценить выраженность и осложнения болевого компонента.
- Консультация психотерапевта – требуется тогда, когда результаты диагностического исследования являются недостаточными, чтобы объяснить степень боли.

Принципы лечения

Консервативное лечение можно разделить на 3 этапа, основанных на продолжительности симптомов:

- 1) Терапия во время острой фазы <6 недель
- 2) Терапия в подострой фазе между 6-12 неделями
- 3) Терапия после 12 недель включает междисциплинарную медицинскую помощь с помощью когнитивно-поведенческих методов для решения физической и психологической дезадаптации в результате хронической боли в спине.

Рациональная фармакология для ХБНС направлена на причины периферических и центральных генераторов боли, развивающиеся нейрохимические и психологические факторы, которые возникают с хроническим болевым синдромом. Во время острой фазы боли, где нет переломов, подвывихов, других костных поражений или неврологических осложнений, нестероидные противовоспалительные препараты могут помочь пациентам в увеличении актив-

ности, предусмотрены и мышечные спазмолитики, используемые в течение дня или перед сном. Есть доказательства использования антидепрессантов для хронической боли в спине, однако сохраняется относительный риск побочных эффектов в относительно высоких терапевтических дозах.

Обычные методы лечения нейропатической боли связаны с антиконвульсантами, что может быть целесообразно, когда длительная боль может быть связана с радикулопатией или миелопатией, когда хирургическое вмешательство может быть противопоказано [9]. Противосудорожный препарат при хронической боли – габапентин, показал в рандомизированных контролируемых исследованиях высокую эффективность для лечения нейропатической боли, включая синдром постгерпетической невралгии [10, 11], диабетической полиневропатии [12], и травм спинного мозга [13]. Кроме того, была показана эффективность в лечении миофасциальной боли, связанной с нейропатической болью [14].

Противоэпилептические препараты рекомендованы FDA и утверждены для лечения нейропатической боли (ACPA Resource Guide To Chronic Pain Medication & Treatment 2015 Edition //Steven Feinberg, MD, Jennifer Christian, MD, MPH, Beth Darnall, PhD.-2015) (таблица 4).

Таблица 4.

Противосудорожные препараты в лечении хронической боли

| Название препарата | Доказанная эффективность* (* Только габапентин и прегабалин утверждены FDA в связи с убедительными доказательствами эффективности при невропатической боли) |
|---|--|
| Габапентин | эффективен при повреждении нерва или нейропатической боли |
| Прегабалин | эффективен при постгерпетической невралгии, диабетической невропатии и фибромиалгии |
| Карбамазепин | эффективен при невралгии тройничного нерва |
| Вальпроевая кислота | эффективен при головной боли или повреждении нерва |
| Клоназепам Бензодиазепины Ламотриджин | эффективен при боли, рефрактерной к карбамазепину, при невралгии тройничного нерва FDA не рекомендует для невропатической боли |
| Топирамат | минимально полезны в лечении нейропатической боли, используется в качестве профилактического лечения мигрени |

Рекомендации FDA для лечения нейропатической боли [15] обращают внимание на побочные эффекты при приеме всей группы препаратов, с учетом коморбидной патологии пациента. Однако, учитывая, что *только габапентин и прегабалин имеют убедительные доказательства эффективности при нейропатической боли, то акцент сделан на эти препараты.*

Значительно лучший профиль переносимости отмечен у габапентина, который является жирорастворимой аминокислотой, по химическому строению схожей с тормозным медиатором гамма-аминомасляной кислотой (ГАМК) — нейротранс-

миттером, участвующим в модуляции (подавлении передачи) боли [16]. В основе развития различных видов спонтанной и стимулзависимой боли лежат механизмы, связанные с нарушением процессов торможения нервного импульса на уровне заднего рога, то есть сенситизация структур ноцицептивной системы. Именно эти процессы и являются мишенью для патогенетического воздействия габапентина, который не только значительно уменьшает выраженность болевого синдрома, но и не снижает качество жизни больных, так как частота побочных эффектов минимальна [16]. Доказано, что сходным по эффективности в терапии является прегабалин, однако терапевтический эффект прегабалина достигается при более длительном курсе терапии. Кроме того, необходимо учитывать, что профиль побочных эффектов прегабалина, таких как головокружение и стойкая сонливость, являются наиболее распространенными и не позволяют его широко использовать в клинической практике. Другие побочные эффекты прегабалина включают сухость во рту, периферические отеки, уменьшение остроты зрения, увеличение веса, снижение концентрации внимания, также не позволяют широко использовать данный препарат, особенно у трудоспособной и активной части пациентов с ХБНС [15]. Габапентин имеет преимущества в этой области, поэтому широко используется при лечении ХБНС. В 2010 году вышла работа (Neuropathic pain. The pharmacological management

of neuropathic pain in adults in non specialist settings. Guideline, 2010), подтверждающая, что общая суточная доза габапентина должна корректироваться для пациентов с почечной недостаточностью. Габапентин показал преимущества, поскольку спектр его использования расширен в зависимости от клиренса креатинина (клиренс креатинина от <79 мл/мин до <15 мл/мин), тогда как прегабалин ограничен для пациентов с клиренсом креатинина от <60 мл/мин до <15 мл/мин.

Габапентин обладает рядом биохимических свойств, позволяющих воздействовать на патогенез нейропатического болевого синдрома (уменьшается

сенситизация ноцицептивных нейронов и повышается активность антиноцицептивной системы, предотвращая гибель нейронов) в лечении корешковой нейропатической боли. При этом частота возникновения и выраженность побочных эффектов, характерных для антиконвульсантов (тошнота, головокружение, сонливость, тремор, нистагм, сухость во рту), значительно ниже, чем у других препаратов этой группы. Неоспоримым преимуществом габапентина является широкий выбор дозировки препарата, что позволяет осуществлять более индивидуализированный подбор терапии в зависимости от клинических особенностей пациента и его болевого синдрома. Из нашего опыта [16] начальная рекомендованная доза габапентина составляет 300 мг в 1-й день, 600 мг (в 2 приема) во 2-й день и 900 мг (в 3 приема) в 3-й день, дальнейшее увеличение суточной дозы осуществляется последовательным прибавлением 300 мг до достижения оптимальной дозы 1800 мг/сут. Для максимального эффекта возможно дальнейшее увеличение суточной дозы до 2400 мг при нормальной переносимости начиная с 15-го дня применения и до 3600 мг — начиная с 21-го дня. Однако, по нашим наблюдениям [16], крупным (выше среднего роста и/или страдающим ожирением) пациентам лучше начинать прием габапентина с 400 мг, прибавляя соответственно по 400 мг в сутки, достигая в первую неделю титрования дозы 1200 мг/сут и при недостаточной эффективности терапии в первую неделю приема — 2400 мг/сут во вторую и 3600 мг/сут в третью неделю приема препарата. Это позволяет быстрее достичь максимально эффективной суточной дозы препарата, не теряя комплайенса больного и не вызывая выраженных побочных эффектов. При ночной экзацербации (усилении) болевого синдрома (даже для пациентов обычного телосложения) более эффективна схема назначения 400 мг габапентина вечером, 300 мг утром и 300 мг днем во избежание дневной сонливости. Далее возможно повышение дозировок до 2000 мг/сут во вторую неделю приема и 3000 мг/сут — в третью (максимальная доза - 3600 мг в сутки, как пожилыми пациентами, так и пациентами, принимающими другие анальгетики) [16].

В Украине габапентин представлен препаратом Ньюропентин («Кусум Хелтхкер ПВТ ЛТД»). Ньюропентин (габапентин) показан для лечения

нейропатической боли различного генеза, в т.ч. нейропатической боли в спине, диабетической нейропатии и постгерпетической невралгии. Ньюропентин (габапентин) можно принимать независимо от приема пищи. Капсулу необходимо проглотить целиком, запивая достаточным количеством жидкости (стакан воды). Лечение нейропатической боли у взрослых можно начинать или титрования дозы, в соответствии с титрованием или назначением начальной дозы 900 мг в сутки, разделенной на три приема. Далее, в зависимости от индивидуального ответа пациента на лечение и переносимость препарата, дозу можно постепенно увеличивать на 300 мг в сутки каждые 2-3 дня до максимальной 3600 мг в сутки. Для некоторых пациентов может потребоваться более медленное титрование дозы Ньюропентина (габапентина). Минимальный период достижения дозы 1800 мг в сутки соответствует 1 неделе, дозы 2400 мг в сутки - 2 недели, дозы 3600 мг в сутки - в среднем 3 недели. Максимальный перерыв между приемами препарата не должен превышать 12 часов.

Для пациентов с ослабленным общим состоянием организма, с низкой массой тела, после трансплантации органов дозу габапентина следует титровать медленнее, путем применения лекарственной формы в меньшей дозе или увеличение интервала между повышением дозы.

Для пациентов пожилого возраста или тех, кто находится на гемодиализе, может потребоваться изменение дозировки в связи с возрастным снижением функции почек. Пациентам с анурией, находящихся на гемодиализе и ранее никогда не получавших габапентин, рекомендуется применять дозы насыщения от 300 до 400 мг, далее - 200-300 мг габапентина после каждого 4-часового сеанса гемодиализа. В дни, когда диализ не проводится, габапентин принимать нельзя. Пациентам с нарушением функции почек, находящихся на гемодиализе, поддерживающую дозу габапентина назначают в соответствии с представленными рекомендациями. Дополнительно к поддерживающей дозе рекомендуется назначать 200-300 мг после каждого 4-часового сеанса гемодиализа (таб. 5).

Таблица 5
Дозы габапентина для взрослых
в зависимости от функции почек

| Клиренс креатинина (мл/мин) | Общая суточная доза (мг/сутки) |
|-----------------------------|--------------------------------|
| > 80 | 900-3600 |
| 50-79 | 600-1800 |
| 30-49 | 300-900 |
| 15-29 | 150b -600 |
| <15c | 150b -300 |

^aОбщую суточную дозу следует разделить на три приема. Снижение дозирования для пациентов с нарушениями функции почек (клиренс креатинина <79 мл / мин).

^bНазначается в дозе 300 мг через день.

^cПациентам с клиренсом креатинина <15 мл / мин суточную дозу необходимо уменьшить пропорционально клиренса креатинина (например, пациенты с клиренсом креатинина 7,5 мл / мин должны получать половину той суточной дозы, которые получают пациенты с клиренсом креатинина 15 мл / мин).

Таким образом, анализ представленных литературных данных, касающихся диагностики и лечения хронического болевого синдрома показывает, что для успешной терапии нейропатической боли необходим комплексный подход с учетом коморбидной патологии пациента и наличие убедительных доказательств эффективности и переносимости медикаментозной терапии. Следует учитывать, что эффективная этиологическая, патогенетическая терапия и терапия снижения болевого синдрома может сочетать в себе влияние на сенситизацию кортико-кортикального синаптического уровня и уменьшение продолжительной болевой афферентации. К таким препаратам относятся антиконвульсанты, среди которых улучшенным профилем фармакокинетики обладает габапентин (Ньюропентин). Наш опыт лечения ХБНС габапентином (Ньюропентином) представляется целесообразным, поскольку эффективная диагностика, прогнозирование осложнений осуществляется в стационарных условиях, включает междисциплинарный компонент подхода к комплексному подходу в лечении и позволяет эффективно снижать выраженность и продолжительность болевого синдрома.

Литература

1. Waddell G. 1987 Volvo award in clinical sciences. A new clinical model for the treatment of low-back pain / Waddell G. // *Spine*. - 1987. - № 12 (7). - P.632-644.
2. Frymoyer J.W. Back pain and sciatica / Frymoyer J.W. // *N Engl J Med*. - 1988. - №4. - 318(5). - P.291-300.
3. Argoff CE. Spinal and radicular pain syndromes Argoff CE., Wheeler AH. Backonja MM, ed. // *Neurologic Clinics*. - 1998. - №1. - P.833-845.
4. Mooney V. Presidential address. International Society for the Study of the Lumbar Spine. Dallas, 1986. Where is the pain coming from? / Mooney V. // *Spine*. -1987. - Oct. 12 (8). - P.754-759.
5. Wheeler AH. Nonoperative treatment for low back pain. Rest to restoration / Wheeler AH., Hanley EN. // *Spine*. -1995. - Feb 1. 20(3). - P.375-378.
6. Jensen MC. Magnetic resonance imaging of the lumbar spine in people without back pain / Jensen MC, Brant-Zawadzki MN, Obuchowski N, Modic MT, Malkasian D, Ross JS. // *N Engl J Med*. - 1994. - Jul 14. - 331 (2). - P.69-73.
7. Powell MC. Prevalence of lumbar disc degeneration observed by magnetic resonance in symptomless women / Powell MC, Wilson M, Szypryt P, Symonds EM, Worthington BS. // *Lancet*. - 1986. - Dec 13. - № 2 (8520). - P.1366-1367.
8. Haldeman S. North American Spine Society: failure of the pathology model to predict back pain// *Spine*.- 1990.- Jul. 15(7):718-24.
9. Wheeler A. Low back pain and sciatica: pathogenesis, diagnosis, and nonoperative treatment. Jay G. Practical Guides to Chronic Pain Syndromes // New York: Informa.- 2009. - №11. - P.181-204.
10. Rowbotham M. Gabapentin for the treatment of postherpetic neuralgia: a randomized controlled trial / Rowbotham M, Harden N, Stacey B, Bernstein P, Magnus-Miller L. // *JAMA*. - 1998. - Dec 2. - № 280 (21). - P.1837-1842.
11. Rice AS. Gabapentin in postherpetic neuralgia: a randomised, double blind, placebo controlled study / Rice AS., Maton S. // *Pain*. - 2001. - № 94 (2). - P.215-224.
12. Backonja M. Gabapentin for the symptomatic treatment of painful neuropathy in patients with diabetes mellitus: a randomized controlled trial / Backonja M, Beydoun A, Edwards KR, Schwartz SL, Fonseca V, Hes M. // *JAMA*. - 1998. - Dec 2. - № 280 (21). - P.1831-1836.
13. Tai Q. Gabapentin in the treatment of neuropathic pain after spinal cord injurt: a prospective, randomized, double-blind, crossover trial / Tai Q, Kirshblum S, Chen B, Millis S, Johnston M, Delisa JA. // *J Spinal Cord Med*. - 2002. - № 25. - P.100-105.
14. Rosenberg JM. The effect of gabapentin on neuropathic pain / Rosenberg JM, Harrell C, Rishi H, et al. // *Clin J Pain*. -1997. - № 13. - P.251-255.
15. ACPA Resource Guide To Chronic Pain Medication & Treatment 2015 Edition // Steven Feinberg, MD, Jennifer Christian, MD, MPH, Beth Darnall, PhD. - 2015. - 133 p.

Радикулопатії і безсимптомні грижі хребта: диференційна діагностика і лікування

■ Свиридова Н.К.

д.мед.н., професор, завідувач кафедри неврології та рефлексотерапії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Резюме

Походження хронічного болю в спині часто припускає розвиток дегенеративних процесів хребта, проте, дослідження показали, що в більшості випадків кореляція між клінічними симптомами і рентгенологічними ознаками дегенерації мінімальна або відсутня. Клінічні ознаки, які повинні насторожити лікаря, вимагають ретельної диференційної діагностики. Рекомендації FDA для лікування нейропатичного болю звертають увагу на побічні ефекти при прийомі всієї групи препаратів, з урахуванням коморбідної патології пацієнта. Проте, враховуючи, що тільки габапентин і прегабалін мають переконливі докази ефективності при невропатичному болю, то акцент зроблений на ці препарати.

Ключові слова: хронічний біль у спині, діагностика, лікування, габапентин.

Ньюропентин® Капсули

Габапентин 300 мг

НЕЙРОПАТИЧНИЙ БІЛЬ – біль, що безпосередньо виникає внаслідок пошкодження або захворювання соматосенсорної системи.

(Treed R.D. et al., 2008)

НЕЙРОПАТИЧНИЙ БІЛЬ вражає приблизно 7–8% населення Європи.

(Attal N. et al., 2010)

ОСНОВНІ ФАКТОРИ, ЯКІ ПРИЗВОДЯТЬ ДО ВИНИКНЕННЯ НЕЙРОПАТИЧНОГО БОЛЮ:

- цукровий діабет;
- герпетична інфекція;
- перенесений інсульт;
- розсіяний склероз;
- злоякісні новоутворення;
- ВІЛ-інфекція;
- посттравматические і післяопераційні ураження периферичної нервової системи.



(Bouhassira D. et al., 2008)

ЛІКУВАННЯ НЕЙРОПАТИЧНОГО БОЛЮ У ДОРΟΣЛИХ ГАБАПЕНТИНОМ

| | Початкова доза (дні) | | | Титрування (дні) | | | Підтримуюча доза |
|-------|----------------------|-----|-----|------------------|------|-------|------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4–6 | 7–10 | 11–14 | |
| Ранок | - | - | 300 | 300 | 300 | 600 | 600–1200 |
| День | - | 300 | 300 | 300 | 600 | 600 | 600–1200 |
| Вечір | 300 | 300 | 300 | 600 | 600 | 600 | 600–1200 |

Габапентин можна приймати незалежно від прийому їжі. Лікування може бути розпочате або з титрування дози, або з призначення початкової дози 900 мг на добу, розділеної на три прийоми. Далі, залежно від індивідуальної відповіді пацієнта на лікування і переносимість препарату, дозу можна поступово збільшувати по 300 мг на добу кожні 2–3 дні до максимальної дози 3600 мг на добу. Мінімальний період досягнення дози 1800 мг на добу відповідає 1 тижня, для дози 2400 мг на добу – 2 тижні, дози 3600 мг на добу – всього 3 тижні. Максимальна перерва між прийомами препарату не повинна перевищувати 12 годин.

Безпека терапії тривалістю більше 5 місяців при лікуванні периферичного нейропатичного болю не вивчалася. За необхідності застосування габапентину при лікуванні периферичної нейропатичного болю більше 5 місяців лікар повинен оцінити клінічний стан пацієнта і визначити доцільність додаткового лікування.

У разі пропуску чергової дози препарату пропущену дозу необхідно прийняти за умови, що прийом наступної дози буде не раніше ніж через 4 години. В іншому випадку пропущену дозу приймати не слід.

Виробник:
«Кусум Хелтхкер ПВТ. ЛТД»
тел.: 0(44) 495-82-88
Kusum www.kusumhealthcare.com

Офіційний дистриб'ютор:
ТОВ «Гледфарм ЛТД»
тел.: 0(44) 495-82-88
www.gladpharm.com

Інформація для професійної діяльності медичних і фармацевтичних працівників. НЬЮРОПЕНТИН® (Nuropentine®) Р.П. МОЗ України № UA/14034/01/01. **Склад.** 1 капсула містить 300 мг габапентину. **Фармакотерапевтична група.** Протиепілептичні засоби. Код АТС N03A X12. **Фармакологічні властивості.** Габапентин має абсолютно новий механізм дії, зв'язуючись з високоспецифічними центрами в ЦНС, які мають білкову природу, локалізовані переважно в неокортексі і не мають спорідненості з іншими протиепілептичними засобами. Габапентин також купірує нейропатичний біль. **Протипоказання.** Гіперчутливість до активної речовини або до будь-якої з допоміжних речовин. **Передозування.** Гостра токсичність, яка б загрожувала життю, не спостерігалася при передозуванні габапентину до 49 г. **Побічні реакції.** Інфекції та інвазії. З боку крові та лімфи: лейкопенія, тромбоцитопенія. З боку імунної системи: алергічні реакції (включаючи кропив'янку), синдром гіперчутливості з системними проявами, які можуть включати такі симптоми як гарячка, висип, гепатит, лімфаденопатія, еозинофілія та ін. **Термін придатності.** 2 роки. **Умови зберігання.** Зберігати при температурі не вище 25°C. Зберігати в недоступному для дітей місці. **Категорія відпуски.** За рецептом.

Повна інформація про лікарський засіб міститься в інструкції для медичного застосування.



www.neurology.world