

УДК 616.833.15—009.7:615.036

Анализ причин неэффективности применения препаратов группы карбамазепина у больных с прозопалгией тригеминального генеза

Сапон Н.А.

Институт нейрохирургии им. акад. А.П. Ромоданова АМН Украины, г. Киев, Украина

Ключевые слова: невралгия тройничного нерва, карбамазепины, осложнения медикаментозной терапии.

Введение. В 60-х годах прошлого столетия методы лечения невралгии тройничного нерва (НТН) обогатились практикой применения карбамазепина (КМ) и его аналогов [2]. Эффективность препарата позволила в значительной степени повысить результативность лечения [1], а во многих ситуациях отказаться от хирургических методов, сопряженных, как любое оперативное вмешательство, с определенной степенью риска возникновения осложнений вплоть до летального исхода, частота которого составляла от 1 до 13,2% [4, 15].

Однако накопленный в последующий период опыт использования КМ при НТН свидетельствовал о том, что значительное число больных были вынуждены использовать немедикаментозные методы лечения НТН [5, 7, 10] вследствие непереносимости или недостаточной эффективности препарата.

Тем не менее, в настоящее время медикаментозная терапия остается основным методом лечения НТН, как правило, в начальных стадиях заболевания [12, 13, 14]. В то же время нередко больные отказываются от консервативной терапии в пользу хирургических методов лечения, что обосновывает необходимость проведения исследований эффективности фармакотерапии. В большинстве работ, посвященных лечению НТН фармакопрепаратами, учитывали преимущественно положительную динамику при лечении начальных форм НТН [16, 17]. Нам не удалось обнаружить работ по оценке эффективности применения КМ от первых проявлений прозопалгии до периода, предшествовавшего переходу к хирургическим методам лечения. В изученных работах вскользь отмечена недостаточная эффективность фармакотерапии, что требовало ее коррекции путем увеличения дозы препаратов, применения более ши-

рокого спектра медикаментов или использования альтернативных методов лечения (физметоды, рефлексотерапия, блокада, рентгенотерапия) [3, 6, 8].

В некоторых работах [9, 11] отмечена безуспешность применения консервативных методов лечения, что обусловило необходимость назначения инвазивных методов.

Таким образом, в исследованиях явно недостаточно обоснованы показания к переходу от медикаментозных к инвазивным методам лечения, не изучены результаты лечения прозопалгии за длительный период времени, что и послужило основанием для анализа эффективности фармакотерапии, предшествовавшей нейрохирургическому этапу лечения хронического болевого синдрома. Подобное исследование на «стыке» неврологического и оперативного лечения призвано в перспективе способствовать более четкому определению показаний к оптимальному использованию каждого метода и уточнению границ их применения.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находился 91 пациент с прозопалгией тригеминального генеза. Все больные отказались от применения КМ и других неинвазивных методов лечения в разные сроки от начала заболевания и обратились в клинику для выполнения противоболевых вмешательств. В результате мы получили возможность за длительный период (до 40 лет) оценить характер заболевания и результативность различных методов лечения, которые были использованы за этот период.

Мужчин было 36, женщин — 55, что подтверждает положение о возникновении данной формы прозопалгии преимущественно у женщин. Возраст больных от 32 лет до 81 года, в среднем 43,8 года. По профилю функциональ-

Таблица 1. Длительность существования болевого синдрома у больных с НТН

Длительность болевого синдрома, лет	Число больных	
	абс.	%
Более 15	19	20,8
11—15	16	17,5
6—11	25	27,4
1—5	27	29,6
Менее 1	5	5,4
Всего	91	100

ной асимметрии: правой было 83, левой — 6, амбидекстров — 2.

Длительность заболевания до обращения в клинику представлена в табл. 1.

Максимальная продолжительность заболевания составила 40 лет, минимальная — 1 мес, в среднем 9,7 года.

Заболевание начиналось без видимой причины, у 73 (80,21%) больных — с появления эпизодов стреляющей боли в зоне иннервации одной из ветвей тройничного нерва. Усиление частоты и интенсивности приступов заставляло больных обращаться, как правило, к стоматологу. При этом правильный диагноз не был установлен, проводили лечение вплоть до экстракции одного или нескольких зубов, после чего в связи с продолжающимися болевыми пароксизмами больного направляли к невропатологу. В 18 (19,7%) наблюдениях дебют прозопалгической боли был спровоцирован манипуляциями на зубочелюстном аппарате, после безуспешных попыток устранить боль пациента также направляли к невропатологу или нейрохирургу.

После установления диагноза больным была назначена стандартная схема лечения с применением препаратов группы КМ, что обеспечило в большинстве наблюдений положительный эффект в течение нескольких лет. Причины отказа от применения медикаментов следующие:

1. У 30 (32,9%) больных отмечена первичная абсолютная непереносимость препаратов. Пациенты отмечали резкое ухудшение самочувствия, появление головной боли, головокружения, шаткости при ходьбе. Некоторые больные отмечали выраженные нарушения когнитивных процессов, что ограничивало или делало невозможным выполнение профессиональных обязанностей. Следует отметить, что подобные явления возникали уже при введении

минимальных доз, не устранявших болевой пароксизм.

2. Выраженные побочные реакции, заставившие отказаться от применения препарата и его аналогов отмечены у 5 (5,4%) больных. При применении курсовых доз пароксизмы прекращались или значительно уменьшались, однако выраженность побочных реакций после первых же приемов препарата заставила больных в сроки до 1 года отказаться от медикаментозной терапии.

3. Значительное снижение эффективности препаратов, несмотря на увеличение дозы до токсической наблюдали у 56 (61,5%) больных.

В 9,9% наблюдений, отказавшись от применения препаратов группы КМ, больные применяли физметоды, что дало частичный эффект. У 26% больных, отказавшихся от продолжения медикаментозной терапии проведена спиртовая и спирт-новокаиновая блокада, положительный эффект (исчезновение или значительное снижение интенсивности боли), отмечен у 16,4% из них.

Результаты и их обсуждение

Результаты наших исследований не могут быть экстраполированы на всех больных с НТН, поскольку при переходе к альтернативным методам лечения (в силу неэффективности ранее примененных) больные ускользают из поля зрения лечивших их невропатологов, нейростоматологов, нейрохирургов. Это оправдывает проведение совместных исследований по протоколу для определения с большей достоверностью показателей распространенности НТН, результативности различных видов лечения в ближайшие и, что особенно важно, в отдаленные сроки.

В наблюдаемой группе больных НТН продолжительность применения медикаментозной терапии и дополнительных методов в среднем соответствовала продолжительности заболевания.

Это свидетельствует о целесообразности ее применения в силу ее достаточной эффективности в течение длительного времени.

Выводы

Причинами, заставляющими больных прибегнуть к хирургическим методам лечения, являются:

- а) первичная абсолютная непереносимость препарата или его неэффективность;
- б) выраженность побочных реакций;
- в) значительное снижение эффективности препарата.

В 26 % наблюдений переходу от медикаментозного к хирургическому методу лечения предшествовало проведение различного вида блокад и физметодов лечения в течение почти 2 лет.

Список литературы

1. Горбунова В.Г. Опыт применения тегретола при невралгии тройничного нерва // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1969. — Т. 69, вып.6. — С.850 — 852.
2. Горбунова В.Г., Абдухакимов Ф.Т. Невралгия тройничного нерва (клиника, диагностика, лечение). Ташкент, 1963 // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1966. — Т. 66, вып.1. — С.148 — 149.
3. Карлов В.А., Савицкая О.Н. Невралгия тройничного нерва. // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1976. — Т. 76, вып. 12, № 6. — С. 822 — 826.
4. Курбангалеев С.М. Радикальное хирургическое лечение невралгии тройничного нерва. — Л.: Медгиз, 1961. — 256 с.
5. Лобзин В.С., Шаткин В.И. Лечение невралгии тройничного нерва триметином // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1970. — Т.70. — С.1648 — 1652.
6. Сипитый В.И., Посохов Н.Ф., Пятикоп В.А. Криохирургическое лечение тяжелых форм невралгии тройничного нерва. — Х.: Основа, 1995. — 112 с.
7. Степанченко А.В., Пузин М.Н., Васильев В.И. Лечение невралгии тройничного нерва методом акупунктуры // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1991. — №4. — С. 44 — 46.
8. Судаков К.В., Юмашев Г.С., Рабин А.Г., Доманский В.Л. Подавление болевых синдромов чрескожной электростимуляцией нервных волокон // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1978. — Т.78, вып.12. — С. 1761—1765.
9. Цимбалюк В.І., Дмитерко, Сапон М.А., Федірко В.О. Етіологія, патогенез та нейрохірургічне лікування невралгії трійчастого нерва // Укр. нейрохірург. журн. — 2001. — №4. — С.40 — 46.
10. Шток В.Н., Гайденок В.С., Коженева В.Н и др. Болевые синдромы лица: Медикаментозное лечение и рефлексотерапия. — М., 1986.
11. Шулев Ю.А., Гордиенко К.С., Руденко В.В. и др. Микроваскулярная декомпрессия тройничного нерва: обобщение пятилетнего опыта // Нейрохирургия. — 2002. — №2. — С. 73.
12. Barkin R.L., Barkin K. Pharmacologic management of acute and chronic pain: focus on drug interactions and patient-specific pharmacotherapeutic selection // South Med. J. — 2001. — V.94, N 8. — P. 756—812.
13. Kavid R.P. Guay. Adjunctive agents in the management of chronic pain // Pharmacotherapy. — 2001. — V.21, N 9. — P. 1070—1081.
14. Kworkin R.H., Eisenach J.C., Max M.B. et al. Toward a rational polypharmacy for neuropathic pain // Program and Abstracts of the 19th Annual Scientific Meeting of the American Pain Society; November 2—5, 2000. — Atlanta, 2000. Abstract 116.
15. Guidetti B. Neuralgia essenziale de Trigemino. // Intern. Abstr. Surg. — 1950. — V.91, N 5.
16. Haugh M., Connor G. S. Trigeminal neuralgia: Pain relief in patients treated with the anticonvulsant topiramate // Program and Abstracts of the 19th Annual Scientific Meeting of the American Pain Society; November 2—5, 2000. — Atlanta, 2000. Abstract 675.
17. Joffroy A., Levivier M., Massager N. Trigeminal neuralgia. Pathophysiology and treatment // Acta Neurol Belg. — 2001. — V.101, N 1. — P. 20—51.

Аналіз причин неефективності застосування препаратів групи карбамазепіну у хворих з прозопалгією трігемінального генезу

Сапон М.А.

Серед різних видів прозопалгій — больового синдрому обличчя невралгія трійчастого нерва посідає чільне місце як за частотою, так і за інтенсивністю болю. На сьогодні існує можливість лікування хворих з використанням як медикаментозних, так і хірургічних методів. Наведені дані про ефективність лікування невралгії трійчастого нерва з використанням карбамазепінів. Подано відомості про середню тривалість ефективного протибольового лікування, а також проаналізовані причини, які зумовили відмову пацієнта від продовження консервативної терапії, звернення його до нейрохірурга з метою здійснення хірургічного лікування.

Analysis of ineffectiveness of carbamazepine group drugs application in patients with prosopalgia of trigeminal genesis

Sapon N.A.

Trigeminal neuralgia takes the main place among prosopalgia as the most frequent and painful facial pain syndrome. Today there is a possibility to treat these patients with conservative and surgical methods. The data about trigeminal neuralgia treatment with carbamazepine and its analogues are presented. The author gave the information about average duration of effective pain treatment and analysed the causes that made patients refuse to continue conservative therapy and appeal to the neurosurgeons for the surgical treatment.

КОММЕНТАРИЙ

к статье Сапона Н.А. «Анализ причин неэффективности применения препаратов группы карбомазепина у больных с прозопалгией тригеминального генеза»

В представленной статье проанализированы причины неэффективности медикаментозной терапии невралгии тройничного нерва у 91 больного, находившихся на лечении в клинике.

Необходимость объективного анализа эффективности различных методов лечения этого тяжелого инвалидирующего заболевания диктуется клинической практикой, особенно в тех случаях, когда усилия специалистов разного профиля: невропатологов, стоматологов, нейрохирургов оказываются безрезультатными.

Выделены основные причины, заставляющие больных обратиться за хирургической помощью, что соответствует сформулированной задаче исследования. Однако в статье обоснована необходимость многопланового и широкого обследования в целях определения показаний к оптимальному использованию каждого метода лечения и уточнения границ его применения.

К сожалению, в статье не приведены данные одного протокола исследования, необходимость которого задекларирована автором. Остается пожелать, чтобы после опубликования статьи последовали и другие, позволяющие решить очень важную проблему неврологии и нейрохирургии — повышение эффективности лечения невралгии тройничного нерва.

*Доктор мед. наук Чеботарева Л.Л.
Институт нейрохирургии
им. акад. А.П. Ромоданова
АМН Украины.*