

5. Applied Therapeutics: The clinical use of drugs. 6th ed. Young L.Y., Koda-Kimble M.A. (Eds). Vancouver. 1995.
6. Ушкалова Е. А., Астахова А. В. Проблемы безопасности анальгина. - Фарматека, 2003. - №1. - С. 74-79.
7. Brooks P.M., Day R.O. Nonsteroidal antiinflammatory drugs – differences and similarities // N. Engl. J. Med., 1991, 324: 1716-1725.
8. Таточенко В.К. Ребенок с лихорадкой. Лечащий врач. 2005; 1: 16-20.
9. Таточенко В.К. Опасный жаропонижающий препарат для детей. Педиатрическая фармакология. 2006; 1: 71-71.
10. Champion G.D, Feng P.H., Azuma T. et al. NSAID-induced gastrointestinal damage // Drugs, 1997, 53: 6-19.
11. Guslandi M. Gastric toxicity of antiplatelet therapy with low-dose aspirin // Drugs, 1997, 53: 1-5.
12. Sift Carter R, Ebner D, Brenner D, Bruppacher R Use of topical NSAIDs in patients receiving systemic NSAID treatment: a pharmacy-based study in Germany. // J Clin Epidemiol. 1997 Feb;50(2):217-8.

УДК: 616.8-009.7+615.356

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСНЫХ ВИТАМИННЫХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ДОРСОПАТИЕЙ

Н.Н. Маслова, Е.И. Хамцова, И.С. Малахов,

М.А. Трясунова, Н.Г. Майорова

ГОУ ВПО СГМА, кафедра неврологии

Резюме: Результаты клинических исследований подтверждают эффективность комбинированной терапии нестероидными противовоспалительными препаратами в комплексе с препаратом Мильгамма, содержащим витамины группы В.

Ключевые слова: хронический болевой синдром, боль, обострение, Мильгамма, витамины группы В.

EFFECTIVENESS OF COMPLEX VITAMINS IN PATIENTS WITH CHRONIC DORSOPATHIES

**N.N. Maslova, E.I. Khamtsova, I.S. Malakhov, M.A. Tryasunova,
N.G. Mayorova**

Summary: The results of clinical trials confirming the effectiveness of combination therapy with non-steroidal anti-inflammatory drugs and Milgamma that allows to speak about the advisability of prescribing.

Key words: chronic pain syndrome, pain, exacerbation, Milgamma, B group vitamins.

Болевые синдромы в области спины остаются одной из наиболее актуальных проблем здравоохранения. Это связано с высокой распространенностью данной патологии [2, 4, 7].

Источником боли могут быть раздражения капсулы суставов, связок и фасций, мышц, позвонков, фиброзного кольца межпозвонковых дисков. Более редкая причина болевого синдрома – компрессионная радикулопатия; компрессия корешка спинно-мозгового нерва, спинального ганглия приводит к более тяжелому и длительному болевому синдрому [3, 4, 6].

Факторами риска возникновения болевого синдрома могут быть наследственность; производственные статодинамические перегрузки, особенно в неудобных позах, с воздействием вибрации и неблагоприятных метеорологических факторов; неадекватные физические нагрузки в быту; отсутствие регулярных занятий физкультурой; резкие изменения физической нагрузки; эпизодические значительные физические нагрузки у лиц, ведущих малоподвижный образ жизни; нарушение осанки; ожирение.

Хроническая боль является предметом особого внимания врачей многих специальностей. Она часто связана с нарушением и ограничением физической активности, что существенно снижает качество жизни пациентов. Распространенность хронической боли в популяции составляет примерно 11% [2, 3].

В последнее десятилетие произошли большие изменения в подходах к лечению хронической боли в спине. Наряду с применением нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), физиотерапии, мануальной терапии, рекомендуют отказ от строгой мобилизации больных и переход к активации с помощью лечебной физкультуры.

Для улучшения терапевтического эффекта целесообразно применять высокие дозы витаминов группы В, которые при болевых синдромах часто используют в виде монотерапии или в комбинации с другими препаратами. Общеизвестно, что витамины группы В являются нейротропными и активно влияют на различные функции организма за счет участия в обмене веществ и нервно-рефлекторной регуляции, оказывают влияние на проведение нервного возбуждения в холинергических синапсах. Они необходимы для нормального функционирования центральной и периферической нервной системы и в связи с этим очень широко применяются в отечественной практике [2, 4, 5].

Одним из комбинированных препаратов является Мильгамма (Woerwag Pharma, Германия). Препарат выпускается в таблетках для внутреннего применения и ампулах. Основными преимуществами Мильгаммы являются содержание в одной ампуле комбинации высоких доз витаминов В₁, В₆, и В₁₂ и безболезненные инъекции вследствие малого объема ампулы и местного анестетика лидокаина.

Тиамин, входящий в состав Мильгаммы, улучшает проводимость нервного импульса по нерву, аксональный транспорт, модулирует нервно-мышечную передачу. Пиридоксин обеспечивает синаптическую передачу и оказывает дополнительное антиноцицептивное воздействие за счет участия в синтезе ГАМК, цианоколабамин обладает анальгезирующим эффектом и участвует в синтезе миелиновой оболочки.

Целью данного исследования была клиническая оценка эффективности применения инъекционной формы препарата Мильгамма в комплексной терапии купирования болевых синдромов.

Материалы и методы исследования

В исследование были включены 40 пациентов с выраженными болевыми синдромами шейной, грудной и поясничной локализации: 23 женщины в возрасте 21 года – 53 лет и 17 мужчин в возрасте 28–50 лет. Средняя продолжительность заболевания составляла $6,86 \pm 0,34$ года. Все пациенты находились в периоде обострения хронически протекающей дорсопатии с мышечно-тоническим болевым синдромом. В исследование не включали пациентов с клинически значимыми заболеваниями внутренних органов и ЦНС. Наличие корешкового синдрома также служило причиной исключения из исследования.

Пациенты были разделены на 2 группы, сопоставимые по возрасту, полу и клиническим проявлениям. Основную группу составили 30 пациентов с дорсалгиями, которые наряду со стандартной схемой лечения (НПВП, миорелаксанты, рефлексотерапия, массаж, мануальная терапия) получали Мильгамму в течение 2 нед внутримышечно 1 раз (2 мл) в день (утром), контрольную – 10 пациентов с дорсопатиями, получавших стандартное лечение с использованием совокупности медикаментозных и физиотерапевтических методик.

Для оценки эффективности терапии исследовали динамику неврологических синдромов. Применяли визуальную аналоговую шкалу (ВАШ), с помощью которой пациент отмечал степень выраженности своих болевых ощущений; при этом 0 баллов соответствует отсутствию боли, 10 баллов – максимальной ее интенсивности (нестерпимая боль). Степень тяжести депрессивных расстройств оценивали по шкале Гамильтона: 7–16 баллов соответствовало легкой депрессии, 17–27 – среднетяжелой, более 27 баллов – тяжелой депрессии. С помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии исследовали выраженность симптомов: 0–7 баллов соответствовали норме (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии), 8–11 – субклинически выраженная тревога/депрессия, 11 и выше – клинически выраженная тревога/депрессия.

Для оценки динамики показателей сна использовали «Анкету балльной оценки субъективных характеристик сна» с такими показателями, как время засыпания, продолжительность сна, количество ночных пробуждений, качество сна, количество сновидений, качество утреннего пробуждения. Максимальная суммарная оценка – 30 баллов; 22 балла и более – показатели, характерные для здоровых испытуемых, 19–21 балл – пограничные значения, менее 19 баллов – признак неблагополучия [1].

Соматоневрологический статус, интенсивность болевого синдрома, выраженность тревоги и депрессии, степень нарушения сна с использованием указанных выше шкал оценивали до начала терапии, на 7-й день и по окончании лечения. Сравнивали выраженность терапевтического эффекта в 2 группах.

Результаты исследования. У пациентов всех групп был отмечен положительный эффект от проведенного лечения, однако у пациентов основной группы уже на 7-й день достоверно снизилась интенсивность болевого синдрома и улучшилась двигательная активность. Уровень тревожности и депрессии снизился с клинически значимого до нормального. Улучшилось качество сна за счет уменьшения количества ночных пробуждений из-за боли (табл. 1, 2).

Таблица 1. Интенсивность боли (в баллах) пациентов с хроническим болевым синдромом в стадии обострения в разные сроки исследования

Показатель	Основная группа			Контрольная группа		
	до лечения	на 7-й день	после лечения	до лечения	на 7-й день	после лечения
Ходьба по плоской поверхности	5,9	4,5*	1,7	6,2	4,8	1,8
Ходьба по лестнице	7,76	6,0	1,7*	7,5	6,7	2,1
Лежа в постели	4,16	2,56	0,86*	4,5	3,1	1,7
Сидение	4,2	2,8	1,0	3,9	3,3	1,5

Стояние	7,6	6,0	2,03*	7,6	6,3	2,4
---------	-----	-----	-------	-----	-----	-----

* $p < 0,05$ по сравнению с контрольной группой (здесь и в табл. 2).

Таблица 2. Динамика психологических параметров (в баллах) у обследованных 2 групп

Показатель	Основная группа			Контрольная группа		
	до лечения	на 7-й день	после лечения	до лечения	на 7-й день	после лечения
Тревога	9,1	6,0*	5,4*	8,8	7,3	5,8
Депрессия	17,5	8,4*	5,7*	17,4	11,5	5,4
Качество сна	19,5	22,3*	25,3*	19,7	21,8	23,3

При проведении исследования ни у одного из пациентов побочных явлений не отмечено.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют об эффективности Мильгаммы в остром периоде хронического болевого синдрома при использовании препарата в дозе 2,0 мл внутримышечно 1 раз в сутки. Препарат снижает интенсивность болевого синдрома, увеличивает двигательную активность больных, улучшает сон и снижает эмоционально-аффективные проявления, сопровождающие боль.

Поскольку при хроническом рецидивирующем болевом синдроме сама боль ведет к возникновению напряженности и тревожности, которые увеличивают ее восприятие (болевой порог), эмоционально-аффективные расстройства являются одной из основных причин поддержания болевого синдрома, нарушений качества сна и снижения качества жизни. Следовательно, со снижением у пациента уровня тревоги результаты в лечении болевого синдрома улучшаются. В связи с этим можно рекомендовать комплексное лечение с включением препарата Мильгамма. После инъекционного курса Мильгаммы следует перейти на пероральный прием препарата Мильгамма композитум (100 мг бенфотиамина, 100 мг пиридоксина) по 1 драже 3 раза в

день в течение 6 нед, что позволит усилить и пролонгировать терапевтический эффект.

Вывод: препарат Мильгамма в данном исследовании хорошо зарекомендовал себя в качестве дополнительного к стандартной терапии при лечении обострений хронических болевых синдромов. Препарат удобен в применении, хорошо переносится пациентами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахмедов Т.И. Лучшие психологические тесты. – М.: Эксмо, 2009. – 608 с.
2. Болезни нервной системы. Руководство для врачей / Под ред. Н.Н. Яхно, Д.Р. Штульмана. – Т. 1. – М., 2001. – С. 106–124.
3. Вейн А.М. и соавт. Болевые синдромы в неврологической практике. – М.: МЕДпресс, 1999. – 372 с.
4. Григорьева В.Н. Психосоматические аспекты нейрореабилитации. Хронические боли. – Нижний Новгород: Изд-во Нижегородской гос. медицинской академии, 2004. – 420 с.
5. Ширшов А.В., Пирадов М.А. Поясничный остеохондроз: диагностика, клиника, лечение // РМЖ. – 2004; 12: 4.
6. Neck and back pain: the scientific evidence of causes, diagnosis and treatment. // Ed.: Nachemson A., Jonsson E. – Philadelphia. – Lippincott Williams and Wilkins, 2000. – 512 с.
7. Foley K. Opioids and chronic neuropathic pain // N. Engl. J. Med. – 2003; 12: 79–81.