

телиальной дисфункции при L-NAME-индуцированной модели дефицита оксида азота в эксперименте // Рос. жур. иммунологии. – 2006. – Т. 96. – С. 60–61.

7. Шишкин А. Н., Лындина М. Л. Эндотелиальная дисфункция и артериальная гипертензия // Артер. гипертензия. – 2008. – Т. 14. № 4. – С. 315–319.

8. Bayram E., Atalay C., Kocatürk H., Yücel O. Effects of trimetazidine on lipid peroxidation, antioxidant enzyme activities and plasma brain natriuretic peptide levels in patients with chronic cor pulmonale // J. Int. Med. Res. – 2005. – № 33 (6). – P. 612–619.

9. Belardinelli R., Solenghi M., Volpe L., Purcaro A. Trimetazidine improves endothelial dysfunction in chronic heart failure: an antioxidant effect // Europ. Heart J. – 2007. – № 28 (9). – P. 1102–1108.

10. Furchgott R. F., Vanhoutte P. M. Endothelium-derived relaxing and contracting factors // FASEB J. – 1989. – № 3. – P. 2007–2018.

11. Heitzer T., Schlinzig T., Krohn K., et al. Endothelial dysfunction, oxidative stress, and risk of cardiovascular events in patients with coronary artery disease // Circulation. – 2001. – № 104. – P. 2673–2678.

12. Laursen J. B., Rajagopalan S., Galis Z. et al. Role of superoxide in angiotensin II-induced but not catecholamine-induced hypertension // Circulation. – 1997. – Vol. 95. – P. 588–593.

13. Ruilope L., Redón J. and Schmieder R. Cardiovascular risk reduction by reversing endothelial dysfunction: ARBs, ACE inhibitors, or both? Expectations from The ONTARGET Trial Programme // Vasc. Health Risk Manag. – 2007. – № 3 (1). – P. 1–9.

14. Sjakste N., Kleschyov A. L., Boucher J. L., et al. Endothelium- and nitric oxide-dependent vasorelaxing activities of gamma-butyrobetaine esters: Possible link to the antiischemic activities of mildronate // Eur. J. Pharmacol. – 2004. – № 495. – P. 67–73.

Поступила 05.12.2009

В. П. АРХИПОВ, С. С. АФАНАСЬЕВ, В. И. КРЕМИС, А. Д. СМЕРНОВ

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРИЦИКЛИЧЕСКИХ АНТИДЕПРЕССАНТОВ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ДОРСАЛГИЙ

*Медико-санитарная часть Управления ФСБ России по Краснодарскому краю (стационар),
Россия, 353451, Краснодарский край, г. Анапа, ул. Трудящихся, 2, тел. (86133) 22982*

Лечение больных вертеброгенными дорсалгиями с использованием сочетания инъекционных форм трициклических антидепрессантов со стимулирующим и седатирующим действием оказывает более выраженное анальгетическое действие в сравнении с общепринятыми схемами лечения.

Ключевые слова: лечение боли в спине, имипрамин, амитриптилин.

V. P. ARHIPOV, S. S. APHANASYEV, V. I. KREMIS, A. D. SMIRNOV

EFFECTIVENESS OF TRICYCLICAL ANTIDEPRESSANTS IN COMPLEX THERAPY OF DORSALGIES

*Medical unit of department FSS Krasnodar region (hospital),
town Anapa, Krasnodar region, Trudyschihysya street, ph. (86133) 22982*

Vertebralgenous dorsalgy patients treatment with use of combination injectional forms with stimulant and sedative effect of tricyclical antidepressants has marked analgesic effect as compared with adopted treatment schemes.

Key words: back pain treatment, imipramin, amitriptylin.

Среди болевых синдромов дорсалгии занимают лидирующее положение как по локализации, так и по количеству дней нетрудоспособности среди работающего населения, что обуславливает не только медицинскую, но и социально-экономическую значимость проблемы [1, 2].

Согласно патофизиологической классификации боль в спине относится к смешанному типу, который включает ноцицептивный и нейропатический механизмы [1, 2, 3].

Для влияния на невропатическую и психогенную боль используются антидепрессанты. Доказано, что антидепрессанты могут снижать выраженность болевого синдрома или устранять его независимо от их антидепрессивного эффекта [2, 3, 4, 5]. Они реализуют собственный анальгетический эффект через способность потенцировать действие как экзогенных, так и эндогенных анальгезирующих веществ, в основном опиоидных пептидов. Повышение болевого порога после приема антидепрессантов происходит в результате стимуляции норадренергических и серотонинергических нисходящих

антиноцицептивных систем. Восстановление взаиморегулирующего влияния глутаматергических, моноаминергических и нейрокининовых систем лежит в основе сочетанного антидепрессивного и противоболевого эффекта антидепрессантов. В лечении невропатической боли используются такие трициклические антидепрессанты, такие как амитриптилин и имипрамин [1, 3].

Целью нашего исследования явилась оценка эффективности комбинации трициклических антидепрессантов со стимулирующим и седатирующим действием в терапии вертеброгенных дорсалгий.

Материалы и методы исследования

Все пациенты получали лечение в виде нестероидных противовоспалительных средств, вазоактивных препаратов, миорелаксантов центрального действия и лечебной гимнастики. Кроме того, методом простой рандомизации 20 пациентов дополнительно получали имипрамин 1,25% – 2 мл в/м утром и амитриптилин 1% –

Таблица 1

Динамика показателей интенсивности боли по данным ВАШ у больных основной и контрольной групп, баллы

Группа	Интенсивность боли, баллы	
	До лечения	После лечения
Основная	7,8±1,8	1,9±1,1*
Контрольная	7,6±2,1	5,1±2,2

Примечание: * – достоверность отличий от пациентов контрольной группы ($p < 0,05$).

Таблица 2

Динамика показателей уровня тревоги и депрессии в основной и контрольной группах ($M \pm m$)

Группа	Показатель выраженности тревоги и депрессии, баллы	
	До лечения	После лечения
Основная	9,2±1,66	3,1±1,66*
Контрольная	9,2±1,65	6,9±1,66

Примечание: * – достоверность отличий от пациентов контрольной группы ($p < 0,05$).

2 мл в/м вечером в течение 5 дней, далее имипрамин 25 мг утром, amitriptilin 25 мг вечером (основная группа), еще 20 пациентов с первого дня лечения получали amitriptilin 1% – 2 мл в/м вечером в течение 5 дней и далее amitriptilin 25 мг на ночь. Лечение проводилось до купирования болевого синдрома.

Группы были сопоставимы по демографическим показателям, этиологии и выраженности болевого синдрома. Все больные тщательно обследованы. Диагноз верифицирован с помощью рентгенографии позвоночника, компьютерной и магнитно-резонансной томографии.

В группах сравнения оценивалась интенсивность боли по данным визуально-аналоговой шкалы, отмечался максимальный уровень боли до и после лечения. Проводилось скрининговое выявление тревоги и депрессии при помощи госпитальной шкалы тревоги и депрессии [6].

Результаты и их обсуждение

В процессе проводимого лечения у всех пациентов наблюдалась положительная динамика в виде уменьшения интенсивности боли и уровня тревоги и депрессии. Анальгезирующее действие комбинированного применения имипрамина и amitriptilina начинало проявляться уже на 2-й день лечения, в то время как устойчивое уменьшение или полное купирование болевого синдрома обычно регистрировалось в среднем через 7 дней стационарного лечения. Первыми признаками улучшения выступали снижение интенсивности боли, нормализация ночного сна, а несколько позже наступали исчезновение гиперпатического компонента боли и улучшение настроения.

Динамика показателей интенсивности боли в основной и контрольной группах на фоне проводимого лечения представлена в таблице 1.

Из приведенных в таблице 1 данных видно, что у больных основной группы достигался значительный регресс болевого синдрома ($p < 0,05$).

Достаточно существенным ($p < 0,05$) было снижение уровня тревоги и депрессии в процессе лечения у па-

циентов основной группы. В таблице 2 приведена динамика уровня тревоги и депрессии у больных основной и контрольной групп в процессе лечения.

Все пациенты в конце лечения были выписаны в удовлетворительном состоянии к труду. Побочные эффекты антидепрессантов, проявлявшиеся в основном в виде поташнивания и дневной сонливости, были выражены незначительно, проходили к концу 1-й недели терапии и не требовали ни коррекции дозировки, ни отмены препаратов.

Таким образом, сочетание трициклических антидепрессантов со стимулирующим и седатирующим действием в комплексной терапии дорсалгий ведет к восстановлению баланса между серотонинергической и норадреналинергической медиацией, оказывает более выраженное анальгетическое действие в сравнении с общепринятыми схемами лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вознесенская Т. Г. Современные подходы к терапии хронической боли // Consilium medicum. – 2008. – Экстравыпуск. – С. 7–10.
2. Данилов, А. Б. Боль в спине / А. Б. Данилов, Е. И. Гусева, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцова, А. Б. Гехт // Неврология: национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С. 431–438.
3. Есин Р. Г. Боль: принципы терапии, боль в мануальной медицине // Руководство для врачей. – Казань: Алма-Лит, 2007. – С. 60–63.
4. Левин О. С. Основные лекарственные средства, применяемые в неврологии: справочник. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – С. 67–92.
5. Rowbotham M. C. Recept developments in the treatment of neuropathic pain / M. C. Rowbotham, K. L. Petersen, P. S. Davies // Progress in pain research and management; Eds M. Devor, M. C. Rowbotham, Z. Wiesenfeld-Hallin. – Seattle: IASP Press, 2000. – Vol. 16. – P. 165–176.
6. Zigmond A. S. The Hospital Anxiety and Depression Scale / A. S. Zigmond, R. P. Snaith // Acta Psychiatr. Scand. – 1983. – Vol. 67. – P. 361–370.

Поступила 10.12.2009