

# Оценка эффективности применения Магне В<sub>6</sub> у пациентов с клиническими проявлениями стресса

Е.С. Акарачкова

Отдел патологии вегетативной нервной системы НИЦ ММА им. И.М. Сеченова

Неадекватная адаптация на стресс лежит в основе дисфункции различных систем и органов и приводит к последующему формированию соматических и психосоматических заболеваний. Восстановление способности организма к саморегуляции является основополагающим фактором в патогенетической терапии заболеваний, сопровождающихся неадекватной адаптационной реакцией. Известно, что женщины менее стрессоустойчивы по сравнению мужчинами [1]. Как правило, к врачу обращаются уже в случаях, когда клинические проявления сниженной адаптации к стрессам становятся перманентными, и пациент уже не может самостоятельно справиться с вновь возникающими эмоциональными нагрузками. Большинство таких пациентов обращается к неврологам и терапевтам. Это связано в первую очередь с тем, что именно физическое недомогание побуждает больного обратиться за помощью к врачу. Тщательное соматическое обследование не выявляет тяжёлого органического заболевания, которое могло бы объяснить разнообразные жалобы больного. Пациенту выставляется диагноз нейроциркуляторной или вегето-сосудистой дистонии. Несмотря на отсутствие органической соматической патологии, терапия этих пациентов до сих пор остаётся сложной. Назначение анксиолитиков и антидепрессантов показаны этим больным с целью коррекции тревожных и тревожно-депрессивных расстройств, лежащих в основе большинства симптомов и жалоб, предъявляемых пациентами. Вместе с тем, данные препараты не всегда безопасны, могут вызывать привыкание и не всегда позитивно воспринимаются пациентами. На пациента необходимо оказывать комплексное безопасное терапевтическое воздействие не только для улучшения уже имеющихся симптомов, но и для профилактики рецидивов, для повышения функциональных резервов организма и способности адекватно адаптироваться к различным стрессорным воздействиям (психическим и физическим). В этой связи магнийсодержащие препараты являются хорошей альтернативой транквилизаторам и анксиолитикам.

С одной стороны, препараты магния обладают мембраностабилизирующим действием, что приводит к выраженному снижению возбудимости нервной ткани и, как следствие, уменьшению тревоги. С другой стороны, магний участвует в синтезе АТФ в митохондриях клеток. Стрессы как физические, так и психические, увеличивают потребность организма в магнии. Повышение уровня катехоламинов при стрессе приводит к гипер-

возбудимости клеточных мембран и их энергодефициту. Поэтому истощение внутриклеточных запасов магния при воздействии стрессорных факторов служит причиной внутриклеточной магниевой недостаточности.

Клинические симптомы дефицита магния являются неспецифическими, что свидетельствует о тотальном влиянии ионов магния на жизнедеятельность всех клеток человеческого организма. Эти симптомы проявляются повышенной нервно-мышечной возбудимостью, снижением внимания, памяти, астенией, тревожностью, нарушениями сна и другими психовегетативными проявлениями. Повышение уровня внутриклеточных макроэргических соединений способствует росту функциональных резервов систем организма и развитию адекватных адаптивных реакций [2,3,7–10].

Исследования по оценке эффективности магнийсодержащих препаратов у пациентов с различными проявлениями синдрома вегетативной дистонии и гипервентиляционного синдрома проводились нами и ранее (Вейн А.М., Соловьева А.Д., Акарачкова Е.С., 2002–2006 гг.) [2,3,7,8]. Так, в 2006 г. нами было обследовано 60 пациентов с установленным дефицитом магния, который клинически проявлялся астено-невротическим синдромом [3]. Мы оценивали влияние 2-месячного терапевтического курса препарата Магне В<sub>6</sub> производства французской компании санофи авентис. При этом измерялся исходный уровень магния, который оказался существенно ниже нормы, и его уровень после проведения терапии (в среднем уровень повысился на 30 %). Вместе с тем, оставался невыясненным вопрос о динамике клинического улучшения пациентов с синдромом вегетативной дистонии на фоне приёма препарата Магне В<sub>6</sub> с учётом вполне обоснованного мнения о том, что приём препарата должен быть длительным. По данным российских авторов, он должен продолжаться до 2-х месяцев и более, в зависимости от схемы терапии и типа пациента [2, 3, 9, 15]. Кроме того, учитывая затрудненность в реальных условиях точного определения содержания магния в организме, было важным изучить эффект терапии препаратом Магне В<sub>6</sub> без проведения предварительных количественных измерений.

В этой связи на протяжении трёх месяцев осенне-зимнего периода 2007 г. нами было проведено обследование 64 пациенток в возрасте от 20 до 49 лет, обратившихся к врачам-терапевтам с жалобами на повышенную утомляемость в сочетании с плохой переносимостью нагрузок (преимущественно эмоциональных), с последующим месячным назначением Магне В<sub>6</sub> в таблетках в качестве монотерапии.

Основной целью исследования являлась оценка ранней (в течение месяца) эффективности магнезиотерапии у больных, испытывающих стресс и имеющих клинические проявления синдрома вегетативной или нейроциркуляторной дистонии.

При проведении исследования нами были сформулированы следующие задачи:

1. Оценить клинические проявления стресса до и после лечения Магне В<sub>6</sub> у терапевтических больных.
2. Выявить наиболее частые формы негативных стрессорных воздействий на больных.
3. Выявить предикторы эффективности Магне В<sub>6</sub> у амбулаторных терапевтических больных.

При наборе материала мы придерживались следующих критериев включения:

1. Возраст от 20 до 49 лет.
2. Женщины.
3. Соответствие диагноза критериям МКБ-10: G90.9 – НЦД (нейроциркуляторная дистония) и СВД (синдром вегетативной дистонии).

В исследование не были включены женщины, соответствующие следующим критериям исключения:

1. Беременность, лактация, менопауза.
2. Анемия любого генеза и другие тяжёлые соматические заболевания в стадии обострения.
3. Текущий приём или приём за один месяц до включения в исследование препаратов магния, анксиолитиков или других психотропных средств.
4. Необходимость назначения сопутствующей антигипертензивной, антиаритмической, антацидной или психотропной терапии, которая могла повлиять на интерпретацию результатов лечения препаратом Магне В.
5. Почечная недостаточность.
6. Индивидуальная непереносимость одного из компонентов препарата.
7. Фенилкетонурия.

Были использованы следующие методы исследования:

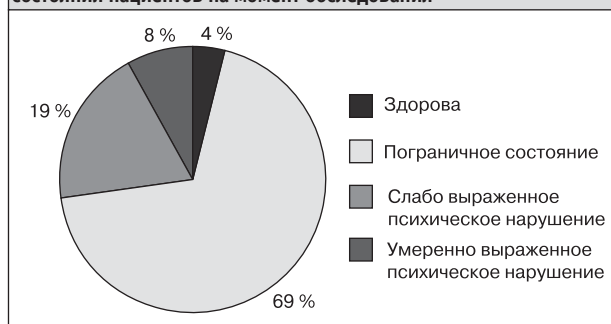
1. Сбор жалоб.
2. Сбор анамнеза с указанием провоцирующих стрессорных факторов, длительности стресса.
3. Клиническое обследование:
  - выявление клинических проявлений тревоги: психических, соматических, двигательных;
  - оценка нервно-мышечной возбудимости;
    - а) анамнез;
    - б) симптом Хвостека;
  - АД и ЧСС в начале и в конце врачебного приёма.
4. Применение баллированных анкет для определения степени:
  - синдрома вегетативной дистонии (СВД) [4];
  - гипервентиляционного синдрома (ГВС) [6];
  - тревоги и депрессии (госпитальная шкала тревоги и депрессии) [14];
  - уровня психосоциального стресса (стрессовой отягощённости) и стрессодоступности (шкала Холмса и Рея) [11, 12];
  - качество сна [5];
  - качества жизни MOS SF-36 [13].
5. Оценка по шкале «Общего клинического впечатления» (CGI).
6. ЭКГ.
7. Ведение дневника самооценки состояния пациентки.
9. Математическая обработка материала.

Обследование пациенток проводилось дважды: до и после лечения Магне В. Первый визит – визит включения в исследование, второй визит – по истечении 4 недель терапии. Как уже отмечалось выше, нас интересовали ранние эффекты терапии магнийсодержащим препаратом у женщин с клиническими проявлениями стресса. Препарат назначался в средней терапевтической дозе по 2 таблетки 3 раза в день (утро, день, вечер) в течение 2-х недель, затем – по 2 таблетки 2 раза в день (утро, вечер) в течение 2 недель в виде монотерапии.

## Результаты

Мы обследовали 64 пациентки, средний возраст которых составил  $31 \pm 8$  лет. 92 % женщин на момент обращения активно работали (13 % – медработники, 58 % – служащие, 10 % – студентки, 6 % – педагоги, 5 % – дизайнеры), 8 % пациенток были домохозяйками. Большинство (от 50 % и более) обратившихся к терапевтам женщин предъявляли жалобы, отражающие аффективные и соматические проявления тревоги: беспокойство по мелочам (58 %), ощущение скованности и напряжённости (64 %), неспособность расслабиться (80 %), раздражительность и нетерпеливость (69 %), трудности сконцентрировать внимание (77 %), трудности

Рис. 1. Субъективная оценка врачом степени психического состояния пациентов на момент обследования



засыпания (72 %) и прерывистый ночной сон (63 %), повышенную утомляемость (86 %), подавленное настроение (60 %), учащенное сердцебиение (78 %), повышенную потливость (52 %), холодные и влажные ладони (64 %), чувство нехватки воздуха (64 %), головокружение несистемного характера (73 %), эпизодические головные боли по типу головных болей напряжения (73 %), а также проявления предменструального напряжения в виде усиления жалоб во вторую фазу менструального цикла (72 %). Из анамнеза было выявлено, что у 40 % пациенток родственники по женской линии страдают нейроциркуляторной дистонией.

Объективно у обследованных пациенток имелись проявления вегетативной дисфункции в виде пятнистой гиперемии на лице, шее и груди при внешнем осмотре, красный стойкий (более 10 мин) дермографизм, выраженная влажность ладоней, стоп и подмышечных впадин. Средняя ЧСС составляла  $80 \pm 7$  уд в мин. Симптом Хвостека 2-й и 3-й степени, отражающий повышенную нервно-мышечную возбудимость, отмечался у 84 % женщин.

Средняя длительность менструального цикла составляла  $29 \pm 2$  дня, при этом длительность самих менструаций –  $5 \pm 1$  день. Следует отметить, что большинство женщин, обратившихся к врачу, переживали вторую фазу менструального цикла.

Всем обратившимся проводилось стандартное исследование ЭКГ. Органической патологии со стороны сердечно-сосудистой системы выявлено не было.

Анализ анкет и тестов, заполненных пациентками, показал, что у них имеет место выраженный синдром вегетативной дистонии и гипервентиляционный синдром, снижение качества ночного сна, лёгкая степень выраженности тревоги и депрессии со снижением физического и психического компонентов качества жизни. При этом по шкале CGI врачами-терапевтами психическое состояние большинства пациенток субъективно было оценено как пограничное (у 69 %). У 19 % имели место слабо выраженные, у 8 % – умеренно выраженные психические нарушения, и только у 4 % женщин психическое состояние не сопровождалось нарушениями (рис. 1).

Оценка уровня психосоциального стресса показала повышение стрессодоступности у пациенток. Средний балл по шкале Холмса и Рея составил  $148 \pm 108$  баллов (при норме  $60 \pm 8$  баллов). Анализ стрессорных факторов позволил выявить наиболее значимые и встречаемые у каждой третьей женщины виды этих воздействий с последующим формированием у пациенток психовегетативных нарушений:

- крупная ссора супругов (с последующим примирением);
- серьёзные изменения в отношениях между членами семьи и друзьями;
- серьёзные изменения в условиях жизни, распорядке дня, питании, развлечениях;

| Таблица 1. Динамика жалоб (все отличия статистически достоверны, $p < 0,05$ ) |               |                  |
|-------------------------------------------------------------------------------|---------------|------------------|
| Жалобы                                                                        | До лечения, % | После лечения, % |
| <b>Аффективные жалобы</b>                                                     |               |                  |
| Беспокойство по мелочам                                                       | 58            | 13               |
| Ощущение напряженности и скованности                                          | 64            | 3                |
| Неспособность расслабиться                                                    | 80            | 3                |
| Раздражительность и нетерпеливость                                            | 69            | 11               |
| Трудности концентрации внимания                                               | 77            | 11               |
| Трудности засыпания                                                           | 72            | 5                |
| Прерывистый ночной сон                                                        | 63            | 30               |
| Повышенная утомляемость                                                       | 92            | 11               |
| Подавленное настроение                                                        | 60            | 6                |
| <b>Жалобы со стороны сердечно-сосудистой системы</b>                          |               |                  |
| Учащённое сердцебиение                                                        | 78            | 5                |
| Повышенная потливость                                                         | 52            | 14               |
| Холодные и влажные ладони                                                     | 64            | 33               |
| <b>Жалобы со стороны дыхательной системы</b>                                  |               |                  |
| Чувство нехватки воздуха                                                      | 64            | 11               |
| <b>Жалобы со стороны нервной системы</b>                                      |               |                  |
| Головокружение                                                                | 73            | 22               |
| Головные боли                                                                 | 81            | 14               |
| <b>Жалобы со стороны мочеполовой системы</b>                                  |               |                  |
| Предменструальное напряжение                                                  | 72            | 16               |

| Таблица 2. Динамика симптомов вегетативной дисфункции (все отличия достоверны, $p < 0,05$ ) |               |                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------------------|
| Симптомы                                                                                    | До лечения, % | После лечения, % |
| Пятнистая гиперемия на лице, шее и груди при внешнем осмотре                                | 60            | 10               |
| Красный стойкий (более 10 мин) дермографизм                                                 | 51            | 32               |
| Выраженная влажность ладоней, стоп и подмышечных впадин                                     | 70            | 36               |
| ЧСС, уд в мин                                                                               | 80 ± 7        | 74 ± 4           |

- серьёзные изменения состояния дел на работе, трудности в отношениях с начальством, изменения условий труда.

Учитывая накопленный за несколько лет международный и наш собственный опыт по коррекции психовегетативных нарушений у пациентов со сниженной стрессоустойчивостью, пациенткам, переживающим хронический стресс, была рекомендована терапия Магне В<sub>6</sub> с целью повышения стрессоустойчивости, адаптации к стрессу и уменьшения выраженности психовегетативных проявлений стрессов [2, 3, 7–10]. Динамика субъективных и объективных проявлений на фоне терапии представлена в таблицах 1–3.

Нами было выявлено положительное влияние месячной терапии Магне В<sub>6</sub> в виде достоверного уменьшения жалоб в сочетании со снижением выраженности симптомов вегетативной дисфункции (см. табл. 2) и нервно-мышечной возбудимости (см. табл. 3). Подобная динамика уже выявлялась в ранее проводимых исследованиях, в которых оценивалось влияние 2-месячной терапии магнийсодержащими препаратами. [2, 3, 7–10].

Снижение выраженности клинических проявлений хронического стресса у пациенток, принимавших участие в исследовании, сопровождалось улучшением по показателям анкет, позволяющих

| Таблица 3. Динамика симптома Хвостека, отражающего повышенную нервно-мышечную возбудимость (все отличия достоверны, $p < 0,05$ ) |               |                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------------------|
| Степень симптома Хвостека                                                                                                        | До лечения, % | После лечения, % |
| 1 степень (вариант нормы)                                                                                                        | 16            | 89               |
| 2 степень                                                                                                                        | 78            | 11               |
| 3 степень                                                                                                                        | 6             | 0                |

# ЗАЩИТА ОТ СТРЕССА КАЖДОЙ КЛЕТКИ... КАЖДЫЙ ДЕНЬ...

Курс Магне В<sub>6</sub><sup>®</sup> продолжительностью не менее 2-х недель поможет при:



нарушениях сна



боли и спазмах мышц



повышенной нервной возбудимости



физических и умственных нагрузках

Магне В<sub>6</sub><sup>®</sup> — современный препарат магния для профилактики и лечения неврологических расстройств, связанных с дефицитом магния.

Почему важно принимать магний и витамин В<sub>6</sub> одновременно?

В сочетании с витамином В<sub>6</sub> магний лучше усваивается в кишечном тракте, проникает и удерживается внутри клетки.



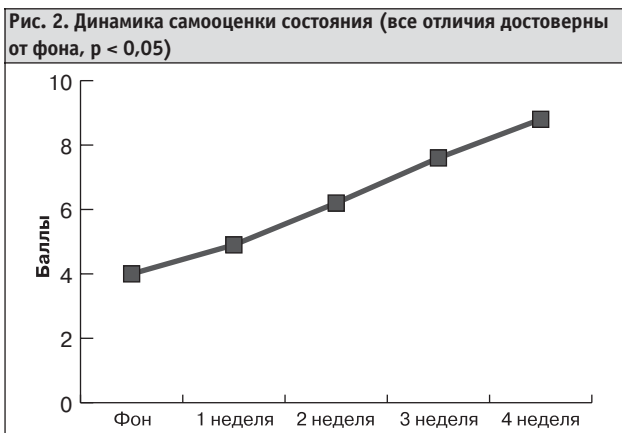
sanofi aventis  
Близкое - здоровье

Представительство АО «Санофи-авентис груп» (Франция).  
Адрес: 115035, Москва, ул. Садовническая, д. 82, стр. 2.  
Тел.: (495) 721-1400. Факс: (495) 721-1411.  
[www.sanofi-aventis.ru](http://www.sanofi-aventis.ru)

С подробной информацией о препарате можно ознакомиться в инструкции по применению. Перед началом приема проконсультируйтесь с Вашим врачом.



| Таблица 4. Динамика психо-вегетативного синдрома и качества жизни в баллах (все отличия достоверны, $p < 0,05$ ) |            |               |         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------|---------|
| Показатель                                                                                                       | До лечения | После лечения | В норме |
| Анкета синдрома вегетативной дистонии                                                                            | 43 ± 14    | 13 ± 9        | До 15   |
| Анкета гипервентиляционного синдрома                                                                             | 1,5 ± 0,9  | 0,5 ± 0,4     | 0       |
| • Анкета качества ночного сна                                                                                    | 16,9 ± 3   | 23 ± 3        | От 22   |
| • время засыпания                                                                                                | 2,5 ± 0,9  | 3,7 ± 0,7     |         |
| продолжительность сна                                                                                            | 2,95 ± 0,7 | 3,6 ± 0,6     |         |
| ночные пробуждения                                                                                               | 3 ± 1      | 4,3 ± 0,8     |         |
| качество сна                                                                                                     | 2,7 ± 0,7  | 4 ± 0,8       |         |
| качество пробуждения                                                                                             | 2,4 ± 0,6  | 3,8 ± 1       |         |
| Тревога                                                                                                          | 10,6 ± 3,4 | 3,5 ± 3       | До 5    |
| Депрессия                                                                                                        | 10,5 ± 3,6 | 2,1 ± 2,5     | До 5    |
| Качество жизни                                                                                                   |            |               |         |
| • физический компонент                                                                                           | 38 ± 8     | 51 ± 8        |         |
| • психический компонент                                                                                          | 29 ± 11    | 63 ± 9        |         |



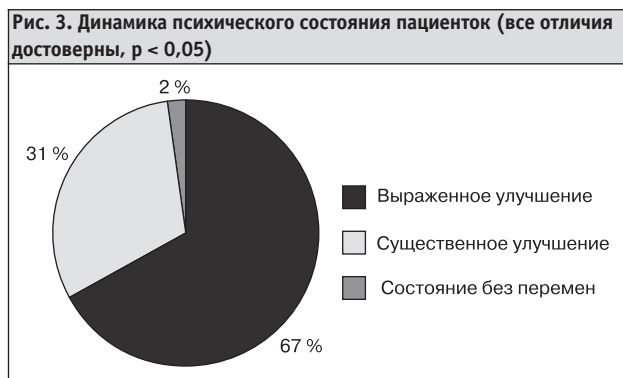
в баллах оценить степень психо-вегетативного синдрома и качество жизни больных (табл. 4).

Разумеется, подобная положительная динамика благоприятно влияла и на субъективное состояние пациенток, оцениваемое, наряду с уменьшением жалоб (см. табл. 1) достоверным повышением уровня еженедельной самооценки состояния ( $4 \pm 1,3$  баллов исходно и  $8,8 \pm 0,8$  баллов через 4 недели лечения (рис. 2). Кроме того, отмечалась положительная динамика психического состояния женщин по шкале CGI (рис. 3).

В заключении следует отметить, что большинство пациенток высоко оценило эффективность терапии Магне В<sub>6</sub> (84 %), а также отметило, что приём препарата позволил им лучше справляться с текущими стрессорными ситуациями на работе и в личной жизни. У этих больных отмечался выраженный терапевтический эффект в виде полной редукции или значительного улучшения симптомов хронического стресса. У 15 % имел место умеренный терапевтический эффект в виде существенного улучшения в сочетании с частичной редукцией симптоматики. И только у менее 2 % женщин эффект был слабым, что проявлялось в незначительном улучшении, которое существенно не изменило состояние больных.

Проведение корреляционного анализа позволило выявить, что месячный курс магний-терапии был эффективен у большинства пациенток, исходно имевших лёгкие и умеренные психические расстройства ( $r = 0,63$ ) и у пациенток с хорошей редукцией симптомов гипервентиляционного синдрома ( $r = 0,73$ ). Несмотря на такую высокую эффективность, приём таблетированной формы Магне В<sub>6</sub> не сопровождался побочными эффектами ни у одной пациентки.

Таким образом, был подтверждён уже встречавшийся неоднократно в международной и россий-



ской научной литературе вывод об эффективности терапии магнийсодержащими препаратами у лиц, подвергающихся воздействию хронического стресса. Независимо от исходного уровня дефицита магния у большинства пациентов с выраженными симптомами хронического стресса положительные результаты становились заметны, начиная с середины второй недели терапии, и достигали ярко выраженных значений к концу 1 месяца. Вместе с тем, для достижения стойкого результата, особенно слабоустойчивым к стрессу пациентам, рекомендуется терапия в течение не менее двух месяцев с повторением курса дважды в год.

Назначение терапии Магне В<sub>6</sub> положительно сказывается на состоянии пациентов и позволяет лучше справляться с хроническими стрессами и адаптироваться к ним. Как показали результаты исследования, данная терапия является особенно актуальной у пациентов, живущих в условиях современного мегаполиса и испытывающих длительный эмоциональный стресс с клиническими проявлениями, которые врачи-терапевты традиционно рассматривают как проявления нейроциркуляторной дистонии или конституциональной формы синдрома вегетативной дистонии.

#### Литература

1. Zinbarg R.G., Barlow D.N., Leibovitz M. et al. The DSM-3 field criteria for mixed anxiety-depression // Am.J.Psychiatry. 1994; 151: 1153-62.
2. Акарачкова Е.С. Дефицит магния: клиника, диагностика, терапия // Фарматека. 2007; 20: 25-30.
3. Акарачкова Е.С. Применение Магне В<sub>6</sub> в терапевтической практике // Трудный пациент. 2007; 5: 48-54.
4. Вейн А.М., Колосова О.А., Соловьева А.Д. 1 ММИ, 1981.
5. Вейн А.М., Левин Я.И. Московский городской сомнологический центр, 1998.
6. Вейн А.М. Молдовану. Руководство по патологии вегетативной нервной системы. 1991.
7. Вейн А.М., Соловьева А.Д., Акарачкова Е.С. Лечение гипервентиляционного синдрома препаратом Магне-В6 // Лечение нервных болезней. 2003; 4: 3: 11: 20-22.
8. Вейн А.М., Соловьева А.Д., Акарачкова Е.С. Магне В<sub>6</sub> в лечении синдрома вегетативной дистонии // Лечение нервных болезней. 2003; 4: 2: 10: 30-32.
9. Громова О.А. Магний и пиридоксин: основы знаний. М.: 2006; 223.
10. Громова О.А., Никонов А.А. Роль и значение магния в патогенезе заболеваний нервной системы // Неврология и психиатрия им. С.С. Корсакова. 2002; 12: 45-49.
11. Лихтерман Л.Б. Время и пациенты. Записки невропатолога. Горький 1985, 158.
12. Holmes T.H., Rahe R.H. The social readjustment rating scale // J. Of Psychosomatic Research. 1967; 11: 213-218.
13. Ware J.E. et al. SF-36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide. MA: Boston, Nimrod Press. 1993 Адаптировано МЦИКЖ 1999.
14. Zigmund A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression scale // Acta Psychiatr. Scand. 1983; 67: 361-370. Адаптирована Дробизевым М.Ю., 1993.
15. Межевитинова Е.А., Аюпова А.Н. Магнийдефицитные состояния в гинекологической практике: клиническая оценка и методы коррекции // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2007; 4: 91: 98.