

Витамины группы В при обострении хронических болей в спине

Болевые синдромы в области спины – одна из наиболее актуальных проблем здравоохранения; это связано с высокой распространенностью данной патологии.

Источником болевого раздражения могут быть капсулы суставов, связки и фасции, мышцы, позвонки, межпозвоночные диски. Более редкие причины болевого синдрома – компрессионная радикулопатия, компрессия корешка, спинномозгового нерва, спинального ганглия – приводят к более тяжелому и длительному болевому синдрому.

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

У врачей сформировалось устойчивое мнение о преобладающей роли остеохондроза позвоночника в формировании скелетно-мышечных болевых синдромов. На самом деле болевые феномены скелетно-мышечного генеза встречаются практически у каждого человека трудоспособного возраста, однако остеохондроз – это не раннее старение или изнашивание диска, а процесс выключения из движения сегмента позвоночника. Это естественный спондилодез. Чаще остеохондроз не доставляет больному никаких беспокойств (либо они минимальны), поэтому его наличие не должно определять лечебную тактику.

Хроническая боль является предметом особого внимания врачей многих специальностей. Она часто связана с нарушением и/или ограничением физической активности, что существенно снижает качество жизни пациентов. Распространенность хронической боли в популяции составляет примерно 11%. Международная ассоциация по изучению боли определяет хроническую боль как «боль, которая продолжается сверх нормального периода заживления» и длится более 3 мес.

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, на проведение нервного возбуждения в холинергических синапсах. Витамины этой группы необходимы для нормального функционирования центральной и периферической нервной системы и в связи с этим очень широко применяются в отечественной практике.

Наиболее известным препаратом этой группы является Мильгамма® (Верваг Фарма ГмбХ и Ко, Германия). Высокая терапевтическая эффективность и социальная значимость препарата отмечены престижной наградой «Платиновая унция». Одна ампула (2 мл) Мильгаммы содержит 100 мг тиамин гидрохлорида, 100 мг пиридоксин гидрохлорида, 1000 мкг цианокобаламина, 20 мг лидокаина. Основными преимуществами Мильгаммы являются содержание в одной ампуле сбалансированной комбинации высоких доз витаминов В₁, В₆ и В₁₂ и малобольные инъекции вследствие малого объема ампулы и наличия местного анестетика лидокаина.

Тиамин, входящий в состав Мильгаммы, улучшает проводимость нервного импульса по нерву и аксональный транспорт, модулирует нервно-мышечную передачу. Пиридоксин обеспечивает

заболевания составляла 6,86±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 дорсопатиями, которые наряду со стандартным лечением получали Мильгамму 2 мл 1 раз в день (утром) в течение 2 нед внутримышечно, контрольную – 10 пациентов с дорсопатиями, получавших стандартное лечение с использованием совокупности медикаментозных и физиотерапевтических методик (НПВП, миорелаксантов, рефлексотерапии, массажа, мануальной терапии).

Для оценки эффективности терапии исследовали динамику неврологических синдромов. Применяли визуальную аналоговую шкалу (ВАШ), с помощью которой пациент отмечал степень выраженности своих болевых ощущений;

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.

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

Результаты и обсуждение

Отмечен положительный эффект от проведенного лечения; 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).

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

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют об эффективности препарата Мильгамма® в дозе 2,0 мл внутримышечно 1 раз в день в остром периоде хронического вертеброгенного болевого синдрома. Препарат снижает интенсивность болевого синдрома, увеличивает двигательную активность пациентов, 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 (болевого 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 следует перейти на пероральный прием препарата Мильгамма® таблетки (100 мг бенфотиамин, 100 мг пиридоксин) по 1 таблетке 3 раза в день в течение 6 нед, что позволит усилить и пролонгировать терапевтический эффект.

Таким образом, Мильгамма® хорошо зарекомендовала себя в комплексной терапии при лечении обострений хронических вертеброгенных болевых синдромов: препарат высокоэффективен, удобен в применении и хорошо переносится пациентами.

Врач, 2009, № 12

Список литературы находится в редакции.

Таблица 1. Интенсивность боли (в баллах) у 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.

Таблица 2. Динамика психологических параметров (в баллах)

| 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 |

* p<0,05 по сравнению с контрольной группой.

синаптическую передачу и оказывает дополнительное антиноцицептивное воздействие за счет участия в синтезе ГАМК. Цианокобаламин обладает анальгезирующим эффектом и участвует в синтезе миелиновой оболочки.

Целью исследования была клиническая оценка эффективности препарата Мильгамма® в комплексной терапии вертеброгенных болевых синдромов.

Материал и методы

В исследование были включены 40 пациентов с выраженными болевыми синдромами шейной, грудной и поясничной локализации: 23 женщины в возрасте 21–53 лет и 17 мужчин в возрасте 28–50 лет. Средняя продолжительность

при этом 0 баллов соответствовало 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 выраженной тревоге/депрессии, 11 и выше – клинически выраженной тревоге/депрессии.