

УДК 617.546-009.7-089-08-003.9

С.Т. ТУРУСПЕКОВА¹, Д.А. МИТРОХИН¹, А.С. ОСТАПЕНКО¹,
А.Б. СЕЙДАНОВА², Э.Н. МОЛДАКУЛОВА²¹Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова,²Городская клиническая больница №1, г. Алматы**МЕСТО И РОЛЬ НЕЙРОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ДИСКЭКТОМИИ**

Туруспекова С.Т.

Несмотря на прогресс вертеброневрологии последних лет, вопросы лечебной тактики при дегенеративно-дистрофических поражениях межпозвоночного диска остаются актуальной проблемой. Известно, что витамины группы В являются нейротропными и существенным образом влияют на процессы в нервной системе. Отдельное и сочетанное использование витаминов В₁, В₆ и В₁₂ имеет обезболивающее действие.

Цель – оценить эффективность применения препарата Мильгамма в реабилитации пациентов с болевыми синдромами после дискэктомии.

Материал и методы. Исследование проводилось у 39 пациентов с выраженным болевым синдромом в возрасте от 38 до 54 лет (из них женщин – 15, мужчин – 24) с дискогенными радикулопатиями, рефлекторными болевыми синдромами позвоночника. Всем пациентам была назначена ступенчатая терапия: Мильгамма по 2,0 мл внутримышечно в течение 5 дней, затем переход на пероральный прием препарата Мильгамма композитум по 1 драже 3 раза в день в течение 30 дней.

Результаты и обсуждение. Полученные результаты показали, что в основной группе пациентов использование препарата Мильгамма позволило достигнуть полного купирования болевого синдрома у 97,4% пациентов. Побочных эффектов в данном исследовании не наблюдалось.

Выводы. Таким образом, проведенное исследование показало, что на фоне применения препарата Мильгамма реабилитация пациентов после дискэктомии была более эффективной.

Ключевые слова: дискэктомия, нейрореабилитация, нейротропная терапия, Мильгамма.

Для ссылки: Туруспекова С.Т., Митрохин Д.А., Остапенко А.С., Сейданова А.Б., Молдакулова Э.Н. Место и роль нейротропной терапии в реабилитации пациентов, перенесших дискэктомию // Журн. Медицина. – 2015. №1(151). – С. 90-94

Боль была и по сей день остается неотступным спутником человека, созданного самой природой в результате эволюционного развития всего живого на Земле. Практически каждый человек хотя бы раз испытывает в своей жизни такое неприятное ощущение с негативными эмоциональными переживаниями, как боль. Именно она чаще всего заставляет пациента обращаться к врачу, именно она заставляет искать способы и средства избавиться от неё. Мотивация избавления заложена уже в самой биологической сущности боли, её двойственным характере: с одной стороны, это сигнал опасности, с другой – мучения и страдания.

Да, действительно, боль часто выполняет сигнальную функцию, т.е. предупреждает организм об опасности. В этой ситуации боль играет роль необходимого биологического приспособительного сигнала, информирующего о возможном (в случае наличия болевого опыта), начинающемся или произошедшем повреждении. Следовательно, боль существует для защиты человека от угрозы физического повреждения факторами внешней среды в форме своеобразного обучения функционирования антиноцицептивной системы.

Реализация болевых стимулов в неприятное ощущение и эмоциональное переживание, что, собственно, и есть определение болевого ощущения, обеспечивается специальными нейрональными структурами ноцицептивной и антиноцицептивной систем, входящими в состав соматосенсорного анализатора, поэтому боль можно рассматривать как одну из сенсорных модальностей, необходимую для нормальной жизнедеятельности, предупреждающую нас об опасных агрессивных воздействиях.

Но существует и другая боль, которая утрачивает свое полезное сигнальное значение и начинает существовать уже по своим закономерностям. Такую боль эксперты Международной Ассоциации по изучению боли (МАИБ) рассматривают как «...боль, которая продолжается сверх нормального периода заживления». В биологическом смысле она представляет опасность для организма, вызывая целый комплекс дезадаптивных реакций, приводит людей к нетрудоспособности, снижает их активность, вызывает психоэмоциональные расстройства, регионарные и системные нарушения микроциркуляции, является причиной вторичных иммунных депрессий и нарушений деятельности висцеральных систем [1]. В генезе хронической боли, как

Контакты: Туруспекова Сауле Тлеубергеновна, докт. мед. наук, доцент кафедры интернатуры и резидентуры по неврологии КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы. Тел. +7 705 666 77 55, e-mail: doctorsaule@mail.ru

Contact: Turuspekova Saule Tleubergenovna, MD, Associate Professor, Department of internship and residency in neurology KazNMU n.a. S.D. Asfendiyarov, Almaty c. Тел. + 7 705 666 77 55, e-mail: doctorsaule@mail.ru

было установлено в последние годы, среди прочих условий большую (но не исключительную) роль играет психический фактор. Если острая боль справедливо рассматривается как симптом, то хроническая может приобретать черты болезни («боль как болезнь» – J. Loeser, 2006), которая проявляется не только болью, но и вегетативными, эмоциональными и другими психическими нарушениями, формированием дезадаптивного болевого поведения [2].

На сегодняшний день боль представляет собой серьезную клиническую проблему, требующую значительных усилий врачей по улучшению качества и эффективности ее терапии, огромных финансовых и интеллектуальных вливаний для приближения её решения. По данным ВОЗ, в развитых странах мира боль по масштабам своего распространения вполне сопоставима с пандемией. Согласно статистическим данным служб здравоохранения и ведущих специалистов по проблеме боли, хроническими болевыми синдромами, являющимися чаще следствием некупированного острого болевого синдрома, в США страдают около 20 млн. человек.

Особенно значимой медико-социальной проблемой в развитых странах является боль в спине. С ней связано до 6% всех прямых затрат на лечение различных заболеваний, 15% количества дней нетрудоспособности и 18% причин инвалидизации [3, 4]. Так, боли в спине хотя бы один раз в жизни испытывают от 80 до 100% взрослых людей. У работающего населения они являются самой частой причиной нетрудоспособности, а у лиц в возрасте старше 45 лет занимают третье по значимости место после сердечно-сосудистых болезней и артрита [5]. Боли в пояснице и шее относятся к наиболее частым причинам обращения к врачу. Около 20% взрослого населения страдают от периодически повторяющихся болей в спине. Среди них у 80% боли проходят под влиянием лечения в достаточно короткий срок – от нескольких недель до месяца, однако у остальных приобретают хроническое рецидивирующее течение. Пик жалоб на боли в спине приходится на зрелый трудоспособный возраст от 30 до 45 лет. В возрасте до 45 лет боли в спине являются одной из наиболее частых причин потери трудоспособности [6].

Имеющиеся статистические данные далеко не полны, так как очень многие люди не прибегают к врачебной помощи, предпочитая самолечение. Хроническая боль имеет существенные отличия в своих клинических проявлениях от острой боли и, что очень важно, в подавляющем большинстве случаев (более 80-90%) сопровождается эмоциональными и другими психическими нарушениями. Таким образом, боль имеет различные уровни своего выражения. Как показывают специальные исследования, недостаточная эффективность лечения многих болевых синдромов часто обусловлена недостаточным знакомством врачей с современными достижениями алгологии и, как следствие, неполным обследованием пациента, неправильной тактикой лечения или неполным объемом терапии, неадекватным выбором терапевтических методов и средств и т.п. [2].

Несмотря на успехи вертеброневрологии последних лет, разработка лечебной тактики при дегенеративно-дистрофических поражениях межпозвонкового диска остается актуальной проблемой [7].

Лечение больных дорсопатиями в большинстве случаев проводится консервативно [8], однако нередко возникает необходимость в хирургических вмешательствах, методы которых постоянно совершенствуются [9]. Однако даже с помощью использования современной хирургической техники удаления грыж межпозвонковых дисков не всегда удается полностью устранить как корешковый болевой синдром, так и его рецидивы.

Ведущей причиной болевого синдрома после операции дискэктомии служит сохранение патогенетических факторов, поддерживающих дисфункцию радикулярных нервных волокон – неполная ликвидация дегенеративных изменений тканей корешка, особенно сенсорных волокон, трофический, ишемический, воспалительный компонент и другие. Особую роль играет фактор радикулярного кровоснабжения и микроциркуляции, только при полноценном восстановлении перфузии корешка, восстановлении его структуры возможен выраженный регресс болевого синдрома.

Другими словами, в любую терапевтическую схему должно входить как лечение основного заболевания, устранение боли путем дифференцированной фармакотерапии, так и восстановление функционального состояния периферической и центральной нервной системы.

С этих позиций наше внимание привлек препарат Мильгамма, представляющий комбинацию витаминов группы В. Казалось бы, что особенного в этой комбинации? Ведь интерес к широкому применению комбинации витаминов группы В при болях пришел из практики достаточно давно. Ещё с 1950 г. во многих странах их стали рассматривать как анальгетики [10]. Хорошо известно, что витамины группы В являются нейротропными и существенным образом влияют на процессы в нервной системе (на обмен веществ, метаболизм медиаторов, передачу возбуждения). В отечественной практике витамины группы В применялись очень широко.

Однако наибольшую популярность нейротропная терапия получила именно в наши дни, и связано это, в первую очередь, с поиском новых путей и способов добиться полной ремиссии боли, улучшить качество терапии. Дело в том, что витамины группы В в тех дозировках и в той комбинации (В₁ 100 мг, В₆ 100 мг, В₁₂ 1 мг и лидокаин 20 мг), что представлены в препарате Мильгамма в ампулах, могут оказывать фармакологическое действие на разные звенья патологического болевого процесса: они способны тормозить прохождение болевой импульсации на уровне задних рогов и таламуса; усиливать действие антиноцицептивных нейромедиаторов – норадреналина и серотонина; способствовать регенерации нервных волокон; блокировать действие и/или ингибировать синтез воспалительных медиаторов.

В настоящее время ведутся клинические и экспериментальные исследования по применению витаминов в качестве активных лекарственных средств, с новыми механизмами действия [11, 12, 13]. В экспериментальной работе по изучению эффектов комбинации витаминов В₁, В₆ и В₁₂ при болях показано ингибирование ноцицептивных ответов, вызванных формальдегидом, не меняющееся после введения налоксона. Выдвинуто предположение, что антиноцицептивный эффект комбинированного витаминного комплекса может быть обусловлен ингибированием синтеза и/или блокированием действия воспалительных

медиаторов [11]. Во многих работах подчеркивается, что, как комбинация, так и раздельное применение витаминов В₁, В₆ и В₁₂ обладают анальгезирующим эффектом. Показано, что комплекс витаминов группы В усиливает действие норадреналина и серотонина, главных антиноцицептивных нейромедиаторов. Кроме того, в эксперименте обнаружено подавление ноцицептивных ответов не только в заднем роге, но и в зрительном бугре [12].

Не следует забывать ещё один очень важный момент терапевтической схемы! Известно, что темпы регенерации аксонов крайне низки, т.е. восстановление нервных волокон – это очень длительный, пролонгированный во времени процесс [14], поэтому курс лечения не может быть ограничен рамками в 5-10 дней, он должен быть продолжен столько, сколько требует та или иная ситуация. Следовательно, в таком случае необходимо заменить инъекционную форму на таблетированную. Для этого мы можем прибегнуть к препарату Мильгамма композитум, его назначение, на наш взгляд, является более привлекательным, потому что он содержит в составе 2 витамина в высоких лечебных дозировках по 100 мг, а самое главное, водорастворимые формы тиамин в нем заменены на жирорастворимый бенфотиамин [15,16]. Данное обстоятельство дает препарату огромное преимущество, т.к. жирорастворимый бенфотиамин легко проникает через липофильные мембраны нейронов, что повышает биодоступность более чем в 5 раз, поэтому Мильгамма более эффективна, чем водорастворимый тиамин.

Всё вышеуказанное определило выбор данного лекарственного средства и мотивировало к проведению клинического исследования.

Цель исследования – оценить эффективность применения препарата Мильгамма в реабилитации пациентов с болевыми синдромами после дискэктомии.

Материал и методы

Исследование проводилось у 39 пациентов с выраженным болевым синдромом в возрасте от 38 до 54 лет (из них женщин – 15, мужчин – 24) с дискогенными радикулопатиями, рефлекторными болевыми синдромами позвоночника. 17 пациентов страдали дорсопатией шейного отдела позвоночника, радикулопатией вследствие грыжи диска С4-С5-С6. У 22 больных была диагностирована дорсопатия пояснично-крестцового отдела позвоночника, грыжа диска L4-L5-S1, радикулопатия. Все пациенты проходили длительный процесс лечения консервативными методами, однако купирования болевого синдрома достичь не удалось, после чего всем были проведены дискэктомии. Тем не менее, даже после нейрохирургического вмешательства полностью устранить как корешковый болевой синдром, так и его рецидивы не удалось. В связи с чем пациенты были направлены на дальнейшее лечение в отделение нейрореабилитации ГКБ №1 г. Алматы.

Использовались клиничко-неврологический анализ, нейровизуализация (МРТ, КТ, рентгенография), визуальная аналоговая шкала (ВАШ), шкала вербальных оценок (ШВО) для оценки интенсивности болевого синдрома (ежедневно), а также опросник боли McGill. Оценка поведенческого компонента боли проводилась с помощью опросника градации боли (СРГ), шкалы невротизации

(основой для выбора вопросов стали опросник ММРП и опросник Спилбергера). Также заполнялись анкеты степени удовлетворенности пациента лечением, шкала впечатлений пациента об эффективности терапии, анализ побочных явлений терапии. Статистический анализ проводился с помощью параметрических и непараметрических методов статистики (программа Statistica 5.0).

Всем пациентам была назначена ступенчатая терапия: Мильгамма по 2,0 мл внутримышечно в течение 5 дней, затем переход на пероральный прием препарата Мильгамма композитум по 1 драже 3 раза в день в течение 30 дней.

В качестве контроля были отобраны 15 больных, сопоставимых по полу и возрасту, клиническим проявлениям, находившиеся на лечении в ГКБ №1 и получавшие терапию по протоколу, но без Мильгаммы.

Одновременно все пациенты получали стандартную комплексную терапию, включая физиотерапию, массаж, ЛФК, иглорефлексотерапию.

Результаты и обсуждение

Тщательный клиничко-неврологический анализ субъективных и объективных симптомов показал наличие у всех больных болевого синдрома смешанного характера с нейропатическим и ноцицептивным компонентами.

Интенсивность болевого синдрома оценивалась по шкале вербальных оценок (ШВО). Из рисунка 1 видно, что интенсивность боли в обеих группах до лечения была сопоставима и соответствовала сильной боли и выше.

Полученные результаты показали, что в основной группе пациентов использование препарата Мильгамма позволило достигнуть полного купирования болевого синдрома у 97,4% пациентов, только у одного пациента она снизилась

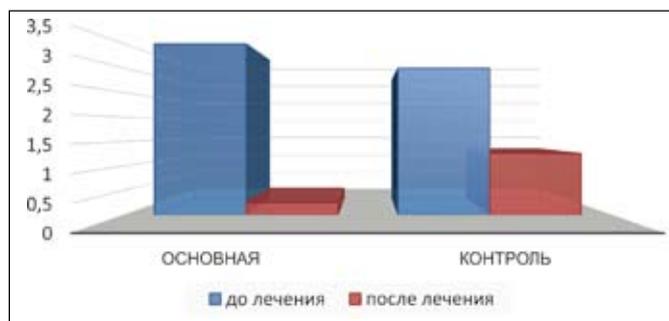


Рисунок 1 – Динамика интенсивности болевого синдрома в процессе лечения по шкале ШВО

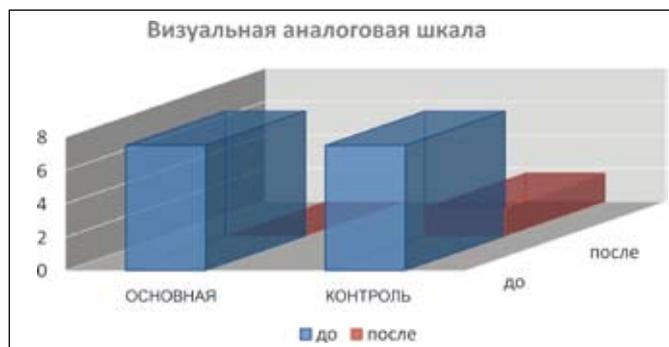


Рисунок 2 – Динамика интенсивности болевого синдрома в процессе лечения по шкале ВАШ

до 0,25 балла по шкале вербальных оценок, что соответствует ниже слабой боли. Данный факт выглядит весьма показательным по сравнению с группой контроля, где болевой синдром был купирован лишь у 58,7% больных. Интенсивность болевого синдрома колебалась между слабой и умеренной.

По данным оценки субъективного восприятия боли по шкалам ВАШ уменьшение болевого синдрома наблюдалось почти на 5,0 см (с 7,5±0,3 см до 2,6±0,3 см) (p<0,05) уже на 3-5 день терапии, а ко дню выписки из стационара значение приблизилось к 0 см, тогда как в группе контроля результаты снизились до показателя 1,7 (рис. 2).

Благодаря достаточно быстрому достижению обезболивающего эффекта пациенты первой группы имели возможность начать более активную реабилитацию, расширить прием физиотерапевтических процедур, увеличить объем нагрузок лечебной физической культуры, что, в свою очередь, позволило сократить длительность стационарного лечения в указанной группе в среднем на 15-20%. Также немаловажным моментом является то обстоятельство, что побочные эффекты у пациентов, принимавших Мильгамму, не отмечались. В то же время в группе контроля побочные эффекты наблюдались у 26% больных и проявлялись в основном болями в эпигастрии и правом подреберье, ощущением тошноты.

Ранговый Индекс Боли (РИБ) и индекс числа выделенных дескрипторов (ИЧВД) по опроснику McGill также подтвердили высокую степень обезболивающего эффекта нейротропной терапии (табл. 1).

На фоне применения Мильгаммы и Мильгаммы комбинатом значительно изменилась оценка поведенческого компонента боли по опроснику Chronic Pain Grade: степень градации с исходного значения IV снизилась до I-0 (рис. 3).

Согласно данным шкалы невротизации также наблюдалась положительная динамика, степень невротизации с 4,9 балла снизилась до 1,2 балла. Этот факт, на наш взгляд, очень важен, так как он позволил снизить дозы транквилизаторов и антидепрессантов или отказаться от них вообще у пациентов. Все пациенты показали высокую степень удовлетворенности лечением. Побочных эффектов в данном исследовании не наблюдалось.

Выводы

Таким образом, проведенное исследование показало, что на фоне применения препарата Мильгамма реабилитация пациентов после дискэктомии была более эффективной. При этом полученные результаты позволили выявить не только высокую анальгетическую эффективность препарата Миль-

Таблица 1 – Динамика болевого синдрома по данным опросника McGill

Группы индекс	Основная		Контрольная	
	до лечения	после	до лечения	после
Сенсорный ИЧВД	14,3±8,55	0,45±0,81	14,6±8,54	5,45±4,31
Аффективный ИЧВД	5,14±8,55	0,91±0,81	5,11±8,54	1,53±1,11
Суммарный ИЧВД	19,44±8,45	1,36±0,16	19,71±8,55	6,98±4,52
Сенсорный РИБ	12,45±8,23	0,59±0,06	11,49±8,32	4,45±3,91
Аффективный РИБ	4,89±8,23	0,62±0,12	5,99±8,32	1,76±1,31
Суммарный РИБ	17,34±8,34	1,22±0,16	17,48±8,35	6,21±4,8

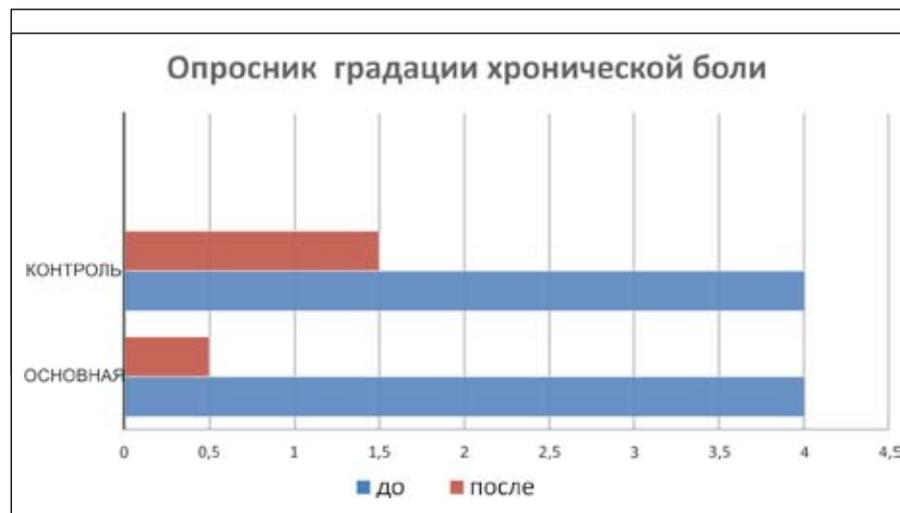


Рисунок 3 – Динамика поведенческого компонента боли по опроснику градации боли (CPG) в процессе лечения

гамма. На фоне приема нейротропных витаминов группы В у пациентов наблюдались позитивные изменения и в психоэмоциональной сфере, и в поведенческой установке. Позитивная динамика сенсорных, астенических, тревожных расстройств у пациентов, в свою очередь, повлияла на общий психоэмоциональный фон и повысила уровень их мотивации к социальной адаптации, что, в конечном итоге, отразилось на качестве их жизни. А достижение улучшения качества жизни пациентов, несомненно, одна из главных целей и одна из первоочередных задач нейрореабилитации.

Проведенное исследование позволяет убедиться в том, что комбинация витаминов группы В в препарате Мильгамма может оказывать фармакологическое действие на разные звенья патологического болевого процесса, т.е. влиять на оба компонента боли: на ноцицептивный и нейропатический, также Мильгамма, по-видимому, способна усилить действие антиноцицептивных нейромедиаторов – норадреналина и серотонина; способствовать регенерации нервных волокон, что подтверждается нашими наблюдениями. Таким образом, полученные результаты позволяют высказать мнение, что комплекс витаминов группы В является базовым при терапии всех видов дорсопатий, в том числе хронической, у пациентов после дискэктомии.

Всё вышесказанное позволяет допустить гораздо большие терапевтические возможности нейротропных витаминов группы В, расширить горизонты применения препарата Мильгамма в нейрореабилитации и продолжить дальнейшее изучение его эффектов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Багдасаров С.Р. Болевой синдром в практике врача <http://www.health-ua.org/archives/urgent/41.html>

2 Голубев В.Л. Боль – междисциплинарная проблема // Здоров'я України. – 2008. – № 12/1. – С. 46

3 Schneider S. Mohnen S., Schiltenswolf M. et al. Comorbidity of low back pain: Representative outcomes of a national health study in the Federal Republic of Germany // European Journal of Pain. – 2007. – Vol. 11. – P. 387-397

4 Подчуфарова Е.В. Боль в спине: механизмы развития и лечение // Современная терапия в психиатрии и неврологии. – 2012. – № 3. – С. 47-54

5 Ушкалова Е.А. Миорелаксант центрального действия тизанидин в клинической практике // Consilium Medicum. – 2005. – Т.7, № 8. – С. 681-683

6 Вознесенская Т.Г. Люмбоишиалгия // Consilium Medicum. – 2001. – Т.3, №5. – С. 23-28

7 Новиков Ю.О. Боль в спине: клиника, дифференциальная диагностика, лечение // Вертеброневрология. – 2001. – № 1-2. – С. 33 – 37

8 Иваничев Г.А. Мануальная медицина. – Казань, Издательство КГМА, 2000. – 57 с.

9 Turgut M. Spinal cord compression due to multivel thoracic disc herniation: surgical decompression using a «combined» approach. A case report and review of the literature // J. Neurosurg Sci. – 2000. – Vol. 44, №1. – P. 53-59

10 Данилов А.Б. Применение витаминов группы В при болях в спине: новые анальгетики? // Русский медицинский журнал. http://www.rmj.ru/articles_5760.htm

11 Franca DS, Souza AL, Almeida KR, Dolabella SS, Martinnelli C, Coelho MM. B vitamins induce an antinociceptive effect in the acetic acid and formaldehyde models of nociception in mice // Eur J Pharmacol. – 2001 Jun 15. – Vol. 421(3). – P. 157–64

12 Jurna I, Carlsson KH, Komen W, Bonke D. Acute effects of vitamin B6 and fixed combinations of vitamin B1, B6 and B12 on nociceptive activity evoked in the rat thalamus: dose–response relationship and combinations with morphine and paracetamol // Klin Wochenschr. – 1990 Jan 19. – Vol. 68(2). – P. 129–35

13 Wang ZB, Gan Q, Rupert RL, Zeng YM, Song XJ. Thiamine, pyridoxine, cyanocobalamin and their combination inhibit thermal, but not mechanical hyperalgesia in rats with primary sensory neuron injury // Pain. – 2005 Jul. – Vol.116 (1–2). – P. 168-169

14 Neuropatres. Pathomechanism, Clinical presentation, diagnosis, therapy. Ed. By P. Kempler. – Budapest: Springer Scientific Publisher, 2002. – 208 p.

15 Строков И.А., Строков К.И., Альбекова Ж.С. Бенфотиамин в клинической практике // Лечащий врач. – 2009. – № 11. – С. 56–61.

16 Левин О.С., Макотрова Т.А. Вертеброгенная шейная радикулопатия // Русский медицинский журнал. http://www.rmj.ru/articles_8265.htm

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

С.Т. ТҰРҰСПЕКОВА¹, Д.А. МИТРОХИН¹,
А.С. ОСТАПЕНКО¹, А.Б. СЕЙДАНОВА²,
Э.Н. МОЛДАҚУЛОВА²

¹С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медициналық университеті,

²№1 Қалалық клиникалық аурухана, Алматы қ.

ДИСКЭКТОМИЯ ЖАСАЛҒАН НАУҚАСТАРДА ҚАЙТА ҚАЛПЫНА КЕЛТІРУДЕ НЕЙРОТРОПТЫ ЕМНІҢ ОРНЫ МЕН МАҢЫЗДЫЛЫҒЫ

Өзектілігі. Соңғы жылдарда вертеброневрология саласында жасалған жетістіктерге қарамастан омыртқааралық дисктің дегенеративті-диструктивті өзгерістерін емдеу әліде өзекті сұрақ болып тұр. «В» тобының витаминдері жүйке жүйесіне оң нәтижелі және нейротропты екені белгілі. Жеке В1, В6, В12, витаминдері және оның қосарланған комбинациясы ауру басушы әсерге ие.

Мақсаты. Ауру синдромы бар дискэктомия жасалған науқастарда қайта қалпына келтіруде Мильгамма препаратының әсерін бағалау.

Материал және әдістері. Айқын дискогенді радикулопатия, омыртқаның рефлекторлы ауру синдромы бар 38 жастан 54 жасқа дейінгі аралықта (оның ішінде ер адам – 15, әйел – 24) 39 науқас арасында зерттеу жүргізілді. Барлық науқастарға бастапқы ем тағайындалды: 5 күн 2,0 мл Мильгамма бұлшық етке, содан кейін 30 күн ішінде Мильгамма-композиум препаратын ауыз арқылы 1 дражеден күніне 3 реттен.

Нәтижесі және талқылауы. Алынған нәтижелер көрсеткендей, 97,4% негізгі топ науқастарда Мильгамма препараты ауру синдромын толықтай басты. Берілген зерттеуде жанама әсерлер байқалмады.

Қорытынды. Зерттеу нәтижелеріне сәйкес, дискэктомиядан кейінгі қайта қалпына келтіруде Мильгамма препараты науқастарға оң әсер етті.

Негізгі сөздер: дискэктомия, нейрореабилитация, нейротроптық терапиясы, Мильгамма.

SUMMARY

S.T. TURUSPEKOVA¹, D.A. MITROKHIN¹,
A.S. OSTAPENKO¹, A.B. SEYDANOVA²,
E.N. MOLDAKULOVA²

¹Kazakh National Medical University
n.a. S.D. Asfendiyarov,

²City clinical hospital N1, Almaty c.

PLACE AND ROLE OF NEUROTROPIC THERAPY IN REHABILITATION OF THE PATIENTS WHO TRANSFERRED DISCECTOMY

Relevance. Despite progress of a vertebroneurologia of the last years, development of medical tactics at degenerate and dystrophic defeats of an intervertebral disc remains an actual problem. It is known that vitamins of group “B” are neurotropic and essentially influence processes in nervous system. At the combination, and separate use of B₁, B₆ and B₁₂ vitamins has analgetic effect.

Purpose. To estimate efficiency of application of a preparation of Milgamma in rehabilitations with pain syndromes after a discectomy.

Material and methods. The research was conducted with 39 patients with a pain syndrome aged 38 to 54 years (from them female – 15, men – 24) with discogenic radiculopathy, reflex pain syndromes of a backbone. All patients were appointed a step therapy: Milgamma on 2,0 ml intramuscularly within 5 days, then transition to oral administration of the preparation Milgamma compositum on 1 dragee 3 times a day within 30 days.

Results and discussions. The received results showed that in the main group of patients use of a preparation of Milgamma allowed to reach full knocking over of a pain syndrome at 97,4% of patients. Side effects in this research it weren't observed.

Conclusions. Thus, the conducted research showed that against application of a preparation Milgamma rehabilitation of patients after a discectomy was more effective.

Key words: discectomy, neurorehabilitation, neurotropic therapy, Milgamma.

Статья поступила в редакцию 22.01.2015 г.