



# Эффективность применения Мильгаммы при прозопалгиях герпетического генеза

Д.м.н., проф. М.Н. ШАРОВ, к.м.н. О.Н. ФИЩЕНКО

*В статье рассматривается общепринятая тактика ведения больных с герпетическим поражением узла колени лицевого нерва (синдром Рамзая – Ханта), сопровождающимся болевым синдромом. На примере препарата Мильгамма анализируется место и значение комбинации витаминов группы В в комплексной терапии таких пациентов. Приведены результаты собственных наблюдений, в которых получен положительный результат при использовании в терапии болевых синдромов лица витаминов группы В.*

## **Хроническая боль в неврологии**

Хроническая боль является одной из наиболее актуальных проблем в неврологической практике. Международная ассоциация по изучению боли рассматривает хроническую боль как «...боль, которая продолжается сверх нормального периода заживления». На практике этот период может занимать от нескольких недель до нескольких месяцев. К хроническим болям можно отнести и повторяющиеся болевые состояния (невралгии, головные боли различного генеза и др.). Дело, однако, заключается не столько во временных различиях, сколько в качественно различающихся нейрофизиологических, психологических и клинических особенностях. Главное отличие состоит в том, что острая боль всегда является симптомом основного заболевания, а хроническая боль может трансформироваться в самостоятельную нозологию.

Следовательно, терапевтическая тактика при устранении острой и хронической боли имеет существенные особенности. Хроническая боль в своей патологической основе может иметь патологический процесс в соматической сфере и/или первичную или вторичную дисфункцию периферической или центральной нервной системы, она также может быть вызвана психологическими факторами [1]. Патогенез хронической боли имеет многоуровневый характер и включает периферический, центральный, сочетанный периферически-центральный и психологический механизмы. Под периферическими механизмами имеется в виду постоянное раздражение ноцицепторов внутренних органов, сосудов, костно-мышечной системы, самих нервов (ноцицепторы *nervi nervorum*) и др. В качестве синонима периферической боли используется

термин «ноцицептивная боль». Периферический и центральный механизмы наряду с участием периферического компонента предполагают связанную с ним (и/или им обусловленную) дисфункцию центральных ноцицептивных и антиноцицептивных систем спинального и церебрального уровня. При этом длительно продолжающаяся боль периферического происхождения может быть причиной дисфункции центральных механизмов, что обуславливает необходимость максимально эффективного устранения периферической боли [2].

## **Актуальность проблемы терапии лицевых болей**

Боли в области лица относятся к наиболее актуальным и социально значимым проблемам в современной медицине, с которыми сталкиваются не только неврологи, но и врачи общей практики, в частности семейные врачи. Все известные в настоящее время заболевания орорациальной области и их клинические проявления объединены в группу нейростоматологических заболеваний – клинически разнородных состояний, во многом связанных патологическим характером функционирования механизмов ноцицепции [3, 4].

Одной из наиболее часто встречаемых форм болевых синдромов краниофациальной области является прозопалгия. Эта осо-



бо интенсивная, жесточайшая боль, приносящая тяжкие страдания больным, нередко становится причиной временной или постоянной утраты трудоспособности. Боль становится активным психотравмирующим фактором, нередко ведущим к развитию у пациентов различных психических нарушений преимущественно невротоподобного характера, а в отдельных случаях приводящим к суициду [5]. Распространенность прозопалгий, сложность и стойкость нарушения функций, сопровождающихся порой длительной утратой трудоспособности, обуславливают медицинскую значимость прозопалгий. Значительные экономические потери общества от заболеваемости пароксизмальными прозопалгиями, в частности тригеминальной невралгией, трудности их адекватной диагностики, терапии и профилактики определяют не только клиническую, но и социально-экономическую значимость заболевания.

Многообразие факторов, вызывающих лицевые боли, и многовариантность их клинических проявлений послужили основанием для создания многочисленных классификаций прозопалгий. Порой лицевые боли содержат вегетативный компонент (нечеткость локализации, жгучий оттенок), который может сопутствовать соматической боли или являться ведущим в клинической картине. Прозопалгии могут быть обусловлены заболеваниями нервной системы, ЛОР-органов, глаз, зубочелюстной системы и т.д. Именно поэтому лечение таких пациентов является совместной задачей врачей разных специальностей, прежде всего неврологов, нейрохирургов и стоматологов.

Нейростоматологи пытаются выработать оптимальные лечебно-диагностические и реабилитационные схемы терапии больных с пароксизмальными прозопалгиями [6]. Максимальный клинический эффект достигается при подборе оптимальной комбинации

медикаментозных и немедикаментозных средств для каждого конкретного больного.

### Особенности терапии прозопалгий герпетического генеза

Проблема лечения болевого синдрома лица, в частности пароксизмальных его форм, – достаточно часто обсуждаемая тема в литературе, посвященной нейростоматологии, что еще раз подчеркивает ее актуальность. Это обусловлено тем, что данный синдром нередко характеризуется достаточной стойкостью и длительностью болевого синдрома, что влечет за собой развитие психоэмоциональных расстройств; важно также учитывать тот факт, что поражается в основном трудоспособная часть населения и что следствием этого синдрома является выраженное снижение качества жизни. Североамериканский невролог Рамзай Хант описал невралгию узла колена лицевого нерва, обусловленную герпетической инфекцией, в 1907 г. Заболевание характеризуется болью в слуховом проходе, герпетическими высыпаниями в области уха и умеренно выраженным парезом лицевого нерва. Одновременно возможно поражение VII, IX и X пар черепных нервов или же I, II шейных корешков. В связи с этим выделяют четыре варианта течения заболевания:

- герпетические высыпания без неврологических проявлений (Хант I);
- сочетание их с парезом лицевого нерва (Хант II);
- сочетание вышеуказанной симптоматики со снижением слуха (Хант III);
- сочетание проявлений Ханта III и вестибулярных нарушений (Хант IV).

Острый период синдрома Ханта характеризуется наличием явления интоксикации, характерной для вирусной этиологии заболевания. Обычно на 2–3-й день заболевания появляются герпетические высыпания в области наружного слухового прохода и ушной рако-

вины, возможны высыпания на передних 2/3 языка ипсилатеральной стороны. Наряду с умеренно выраженными двигательными нарушениями мимической мускулатуры (которые регрессируют в короткие сроки) появляются боли, имеющие глубокий характер. В последующем после регресса периода интоксикации (отсутствии недомогания, подсыхание корочек и т.д.) боли являются ведущим симптомом [7].

Учитывая тот факт, что генез прозопалгии имеет герпетический характер, «стандартной» ошибкой в терапии этого заболевания является назначение противовирусных препаратов, которые актуальны исключительно в период репликации вируса в крови. В связи с этим больные должны госпитализироваться в инфекционный стационар. Часто после разрешения острого периода больные переводятся в специализированное неврологическое (нейростоматологическое) отделение для продолжения терапии последствий перенесенного вирусного поражения узла колена лицевого нерва. Следует учитывать тот факт, что вирус простого герпеса является онкомаркером, поэтому при наличии объективных признаков этой инфекции (данных параклинических методов исследования, лабораторных и т.д.) необходимо провести исследования для исключения или подтверждения онкологического заболевания.

Классическая схема лечения постгерпетических прозопалгий включает следующее:

- антидепрессанты (амитриптилин);
- антиконвульсанты (габапентин (препарат Габагамма));
- нейролептики (тиоридазин, хлорпротиксен);
- седативные препараты (диазепам);
- оксидат натрия;
- средства, улучшающие периферическое кровообращение (пентоксифиллин, аминофиллин, никотиновая кислота);
- антихолинэстеразные препараты при наличии умеренно выра-

Неврология



**Таблица. Динамика боли (по сравнению с интенсивностью боли до лечения, взятой за 100%) по ВАШ**

День терапии	Основная группа (Мильгамма) (n = 6)	Контрольная группа (n = 6)
До лечения	100%	100%
2-й день	-20%	-15%
4-й день	-23%	-18%
6-й день	-30%	-24%
8-й день	-36%	-28%
10-й день	-44%	-35%
12-й день	-51%	-42%
14-й день	-63%	-54%
16-й день	-79%	-62%

женного прозопареза (ипидак-рин);

- физиотерапевтические воздействия, транскраниальная магнитная стимуляция, лазеротерапия, рефлексотерапия;
- нейротропные витамины группы В (Мильгамма, Мильгамма композитум).

### Витамины группы В в терапии болевых синдромов

Интерес к широкому применению комбинации витаминов группы В при болях пришел из практики [8, 9]. С 1950-х гг. во многих странах их стали применять в качестве анальгетиков.

В отечественной практике витамины группы В применяются очень широко. Опираясь на клинический опыт, можно с уве-

ренностью констатировать, что парентеральное использование комбинации тиамин, пиридоксина и цианокобаламина хорошо купирует болевые синдромы, нормализует рефлекторные реакции, устраняет нарушения чувствительности. С появлением синтетических витаминов стало возможным соединить в одной дозе препарата такое количество витаминов, которое человек мог бы получить с пищей в течение года. В подобных фармакологических дозах витамины рассматриваются уже как лекарственные препараты. Хорошо известно, что витамины группы В являются нейротропными препаратами и существенным образом влияют на процессы в нервной системе (обмен веществ, метаболизм медиаторов, передачу возбуждения) [10, 11].

В настоящее время особую популярность витамины группы В приобрели в терапии ряда заболеваний, характеризующихся болевым синдромом, в том числе и при болях в лицевой области. Ведутся активные работы по изучению механизма обезболивающего эффекта витаминов группы В. Уже есть убедительные доказательства их анальгезирующего действия при нейропатической боли, особенно вызванной вирусом герпеса. Показано, что комплекс витаминов группы В усиливает действие норадреналина и серотонина, главных антиноцицептивных медиаторов, а также способен усиливать обезболивающие эффекты при применении одновременно с антиконвульсантами. Именно поэтому при болевых синдромах различной локализации, в том числе и в области лица, врачи нередко прибегают к использованию витаминов этой группы как в качестве монотерапии, так и в комбинации с другими препаратами. Существует достаточное количество работ, в которых отмечено клиническое улучшение при применении витаминов группы В у пациентов с болями различной локализации [12, 13].

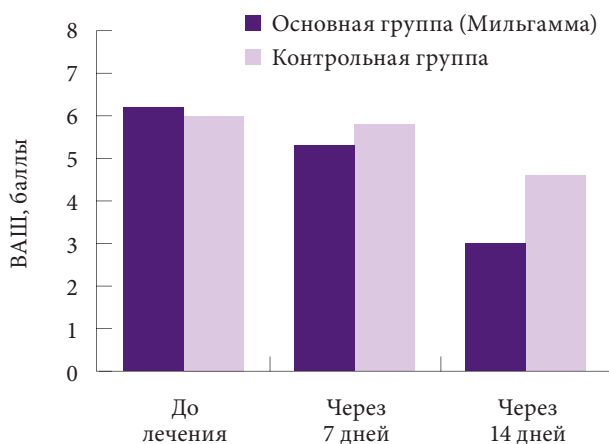
Однако остается достаточно много вопросов, касающихся применения комбинации витаминов группы В в лечении болевых синдромов лица. Например, каков механизм обезболивающего действия, как быстро наступает эффект и насколько он продолжителен [14–16]. С целью изучения эффективности витаминов группы В в комбинации со стандартной терапией в лечении болевого синдрома у больных с герпетическим поражением узла колленца лицевого нерва, а также определения времени наступления обезболивающего эффекта нами было проведено клиническое исследование.

### Материалы и методы исследования

В исследовании участвовали 12 пациентов, страдающих стойкой прозопалгией герпетического генеза с поражением VII пары черепных нервов. Средний возраст пациентов составил  $47,8 \pm 5,3$  лет, средняя длительность заболевания –  $4,3 \pm 1,2$  месяца. Критерием включения был болевой синдром с интенсивностью не менее 5 баллов по визуально-аналоговой шкале боли (ВАШ). Критериями исключения были:

- неадекватное поведение пациента;
- непереносимость витаминов группы В;
- язвенная болезнь с наличием симптомов диспепсии;
- наличие онкологического заболевания;
- наличие заболевания со стороны ЛОР-органов.

Использовали клинико-неврологический анализ, при котором оценивались локализация, интенсивность болевого синдрома, характер чувствительных нарушений по ВАШ (средняя интенсивность боли по ВАШ составила 5,86 баллов), а также субъективную оценку эффективности терапии участниками исследования. Каждый пациент был информирован о цели приема препарата, возможных побочных эффектах терапии.



**Рис. 1. Динамика оценки боли по ВАШ в течение всего курса лечения**



Основную группу составили 6 пациентов (4 женщины и 2 мужчин), которые наряду со стандартной терапией получали препарат Мильгамма в/м по 2,0 мл во время пребывания больных в стационаре (среднее число койко-дней составило 16,4 дня). Каждая ампула Мильгаммы содержит 100 мг тиамин гидрохлорида, 100 мг пиридоксин гидрохлорида, 1000 мкг цианокобаламина и 20 мг лидокаина и имеет небольшой объем – всего 2 мл, что позволяет сделать инъекции практически безболезненными. Отличие Мильгаммы от других витаминных препаратов заключается в том, что это первый нейротропный комплекс, появившийся в России 16 лет назад, и наиболее исследованный препарат. Контрольную группу составили 6 больных (3 женщины и 3 мужчин), принимавшие стандартную терапию, достоверно не отличавшиеся от основной группы по длительности заболевания, возрасту и интенсивности боли по ВАШ. Оценка интенсивности боли проводилась через день в течение всего срока пребывания больных в стационаре. Оценивалась также динамика регресса болевого синдрома.

### Результаты и их обсуждение

Болевой синдром представлен преимущественно нейропатическим компонентом. Для оценки динамики прозопалгии проведен анализ изменений оценки по ВАШ в процентах по отношению к изначальной интенсивности болевого синдрома, взятой за 100%. Динамика регресса боли в течение всего курса лечения в исследуемых группах представлена в таблице. К 8-му дню лечения в основной группе было достигнуто клинически значимое для пациентов уменьшение боли (> 30%). В контрольной группе также была отмечена положительная динамика, однако менее выраженная, чем в группе Мильгаммы. Динамика показателей ВАШ в течение всего курса представлена на рисунке 1. Интенсивность боли по ВАШ в сравниваемых группах до ле-

чения достоверно не отличалась. В основной группе на фоне приема Мильгаммы было отмечено статистически достоверное снижение интенсивности болевого синдрома начиная со второго дня терапии и последующее ее высокодостоверное уменьшение на протяжении всего курса терапии ( $p < 0,001$ ). В группе контроля достоверное снижение боли было отмечено только с 4-го дня лечения. Сравнивая в целом эффективность лечения в изучаемых группах, можно отметить значительное и последовательное уменьшение боли в течение всех дней терапии.

Больным также предлагалось оценить самостоятельно эффективность терапии путем выбора следующих вариантов ответа:

- боли сохранились;
- боли уменьшились в значительной степени;
- боли уменьшились незначительно.

Результаты определения эффективности терапии по субъективной оценке пациентов основной и контрольной групп представлены на рисунках 2, 3.

В целом по итогам 16-дневного лечения значительное уменьшение выраженности прозопалгии отметили 75% пациентов в основной группе (против 62% в контрольной). С учетом клинических особенностей течения заболевания (стойкости болевого синдрома, доминирующего нейропатического компонента) в испытуемых группах боли сохранились у 10% пациентов в основной группе и 15% в контрольной. Каких-либо побочных эффектов в течение всего исследования у больных выявлено не было.

### Выводы

Полученные в нашей работе результаты подтвердили эффективность и безопасность применения комбинации стандартной терапии в сочетании с комбинированным нейротропным комплексом Мильгамма в лечении постгерпетических прозопалгий. Данная комбинация может быть реко-

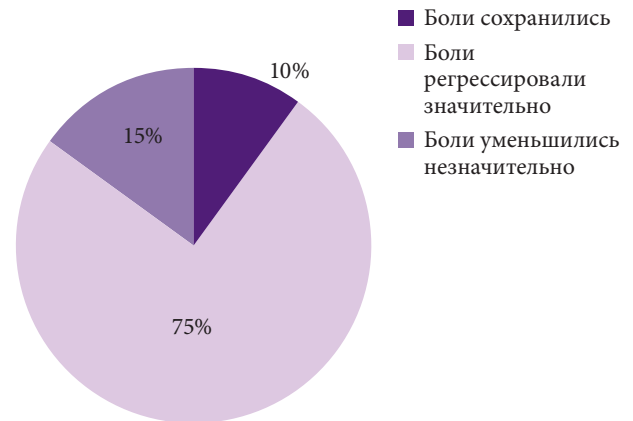


Рис. 2. Эффективность терапии по субъективной оценке пациентов в основной группе (Мильгамма)

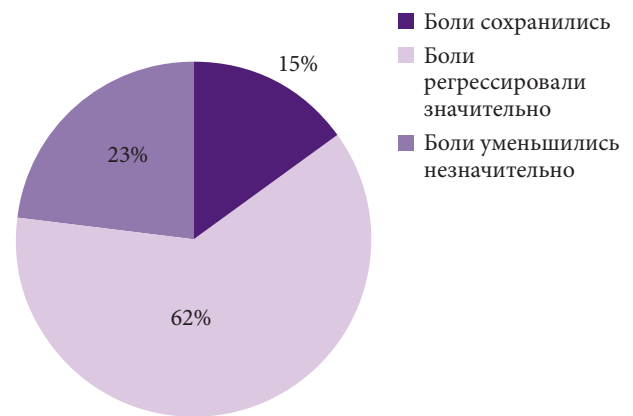


Рис. 3. Эффективность терапии по субъективной оценке пациентов в контрольной группе

мендована при высокой интенсивности прозопалгии герпетического генеза и в амбулаторных условиях в сочетании с наиболее выгодными вариантами традиционно применяемой терапии. Таким образом, с учетом новых экспериментальных данных, можно ожидать, что комбинация антиконвульсантов и нейротропных витаминов группы В будет играть важную роль в терапии болевых синдромов лица. Вполне возможно, что преимущественное использование комбинации «антиконвульсант + витамины группы В» может сократить сроки пребывания больных в стационаре и может быть рекомендовано для длительного амбулаторного применения. \*

Литература  
→ С. 94