

УДК: 616.12-008.331.1:616.711-002

И.И. КНЯЗЬКОВА¹, А.А. НЕСЕН², Д. МЕД. Н.; В.В. МАЗИЙ², А.А. БОЖОК², Ж.Ю. ШАРКАДИ³¹Харьковский национальный медицинский университет;²ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины», Харьков;³Городская клиническая больница №24, Харьков/

Клинический случай дорсопатии и артериальной гипертензии в молодом возрасте: вопросы терапии

Резюме

В статье приведен клинический случай дорсопатии на фоне артериальной гипертензии у мужчины молодого возраста. На данном примере рассматриваются вопросы терапии болевого синдрома у лиц молодого возраста, роль и эффективность применения комбинированных препаратов витаминов группы В, целесообразность использования различных форм (пероральных, парентеральных) препаратов витаминов группы В, жирорастворимой формы витаминов группы В (бенфотиамин). Представлен алгоритм лечения дорсалгии. Приведены доказательства обоснования включения комбинированного препарата витаминов группы В в состав комплексной терапии пациентов с болевым синдромом, обусловленным дегенеративно-дистрофическим поражением позвоночника в сочетании с артериальной гипертензией.

Ключевые слова: дорсопатия, артериальная гипертензия, комбинированные препараты витаминов группы В, вопросы терапии

Артериальная гипертензия (АГ) является одним из ведущих и при этом модифицируемых факторов риска сердечно-сосудистых осложнений, таких как инсульт, инфаркт миокарда, хроническая сердечная и почечная недостаточность, которые во многом определяют прогноз заболеваемости и летальность при различных вариантах кардиоваскулярной патологии [1, 2]. Действительно, однажды поставленный диагноз АГ становится не только постоянным спутником человека, но и способствует развитию и прогрессированию структурно-функциональных изменений со стороны органов-мишеней сердца, головного мозга, почек и сосудов [3, 4]. В результате поражения органов-мишеней еще более возрастает риск развития больших сердечно-сосудистых осложнений [5]. Ранее считалось, что повышенный риск АГ ограничивается в основном популяцией взрослых или пожилых людей, для которых были разработаны мероприятия по коррекции образа жизни и терапевтические стратегии, направленные на коррекцию уровня АД и снижение бремени осложнений АГ, что объяснялось развитием острых кардиоваскулярных событий в возрастной группе старше 40–45 лет. Однако за последнее десятилетие отмечается существенное изменение в отношении АГ у детей, подростков и лиц молодого возраста. Продемонстрировано, что распространенность предгипертензии и АГ увеличилась у лиц молодого возраста и прогрессивно возрастает на протяжении ряда лет [6]. Точную распространенность АГ у лиц молодого возраста трудно оценить, поскольку имеющиеся данные в значительной степени различаются по возрасту, этнической принадлежности, критериям включения,

методикам измерения артериального давления – АД (аускультативный или осциллометрический методы), количества измерений АД, а также частоты амбулаторных визитов обследуемой популяции. В то же время сообщается, что АГ выявляется примерно у одного из пяти лиц молодого возраста [7].

На протяжении нескольких десятков лет дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника остаются одними из самых распространенных в мире, уступая только патологии сердечно-сосудистой системы и онкологическим заболеваниям [8]. В структуре дегенеративно-дистрофических поражений позвоночника ведущее значение принадлежит остеохондрозу [9]. Остеохондроз позвоночника, поражающий 48–52% людей наиболее активной социальной группы, является причиной временной нетрудоспособности в 20–80% случаев. Ведущими симптомами этого заболевания являются боль и двигательные нарушения [10]. Медицинская и социально-экономическая значимость проблемы диагностики и лечения дегенеративно-дистрофических заболеваний шейного отдела позвоночника чрезвычайно актуальна.

Представляем читателям клинический случай артериальной гипертензии в молодом возрасте у пациента с дорсопатией.

Клинический случай

- Больной С., 28 лет, обратился в поликлинику ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины» в ноябре 2016 года с жалобами на головную боль в височно-затылочной области пульсирующего характера, повышение

АД до 150/100 мм рт.ст., боль и ограничение подвижности в шейном отделе позвоночника, боль ноющего характера в левой половине грудной клетки, не связанную с физической нагрузкой, сердцебиение, периодически ощущение дрожи в левой руке и общую слабость.

- **Анамнез заболевания.** С мая 2016 года отмечает повышение АД до 150/100 мм рт.ст. Лечился самостоятельно без эффекта. С сентября наблюдался у терапевта по месту жительства, принимал небиволол, периодически – раствор ментола в ментилом эфире изовалериановой кислоты. В связи с отсутствием эффекта от проводимой терапии направлен на консультацию в поликлинику ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины».
- **Анамнез жизни.** Черепно-мозговая травма в детстве и 2 года назад. У отца гипертоническая болезнь с 30 лет.

Данные объективного исследования при поступлении: общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Правильного телосложения. Гиперстеник. Индекс массы тела – 30,4 кг/м². Окружность талии – 94 см, окружность бедер – 102 см. Кожный покров и видимая слизистая оболочка бледные. При пальпации выявлены боль и напряжение мышц шеи, ограничение подвижности шейного отдела позвоночника. Щитовидная железа не увеличена. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Грудные железы – без уплотнений. Аускультативно в легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Частота дыхания (ЧД) – 18 в минуту. Границы относительной сердечной тупости не расширены. Сердце – деятельность ритмичная, акцент II тона на аорте. АД 150/100 мм рт.ст. Частота сердечных сокращений (ЧСС) – 84 уд в минуту. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот увеличен в размерах, принимает участие в акте дыхания. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги по правой среднеключичной линии. Селезенка не пальпируется. Пульсация на периферических сосудах удовлетворительная. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Периферических отеков нет.

Интенсивность боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) – 8 баллов.

Данные дополнительных методов исследования.

Данные гемограммы: эритроциты – $4,21 \times 10^{12}/л$, Hb – 137 г/л, лейкоциты $6,2 \times 10^9/л$, лимфоциты 43,1%; моноциты 5,9%, гранулоциты 51%, СОЭ – 3 мм/час; глюкоза – 4,48 ммоль/л, АсАТ – 33 Ед./л, АЛТ – 49 Ед./л, тимоловая проба – 1,8, билирубин общий 10,4 мкмоль/л, билирубин прямой 2,1 мкмоль/л, билирубин не прямой 8,3 мкмоль/л, щелочная фосфатаза – 1300 Ед/л, амилаза – 31 Ед./л, С-реактивный белок <6 мг/дл, креатинин – 98 ммоль/л, мочевины – 7,3 ммоль/л, общий холестерин – 7,41 ммоль/л, триглицериды – 2,9 ммоль/л, ХС ЛПОНП – 1,21 ммоль/л, ХС ЛПНП – 5,05 ммоль/л, ХС ЛПВП – 1,06 ммоль/л. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ-MDRD) >60 мл/мин/1,73 м², тиреотропный гормон – 1,49 (норма 0,23–3,4) мкМЕд/мл.

Анализ мочи: цвет светло-желтый, удельный вес – 1010, слабо мутная, белок, глюкоза, ацетон – не обнаружены, лейкоциты – 2–4 в п/зр, эритроциты не обнаружены, слизь – умеренное количество, соли не обнаружены.

ЭКГ: ритм синусовый, брадикардия, ЧСС – 61 уд. в минуту. Синдром преждевременной реполяризации желудочков.

- ЭхоКГ: полости сердца не расширены. Признаков гипертрофии миокарда левого желудочка нет. Клапанный аппарат структурно сохранен. Сократительная функция миокарда в норме. Перикард без особенностей.
- Эхосоноскопия почек: почки обычных размеров и формы, синусы не расширены. Умеренная кристаллурия. Почечный кровоток сохранен. Признаков стеноза почечных артерий, патологических образований не выявлено.
- УЗИ сонных артерий: атеросклеротических бляшек не выявлено. Толщина комплекса интима-медиа (КИМ) – 0,8 мм.
- Щитовидная железа: не увеличена, контур ее ровный, паренхима однородная.
- Эхосонография органов желудочно-кишечного тракта: Диффузные изменения печени.
- Рентгеноскопия органов грудной клетки. Легкие и сердечно-сосудистый пучок без патологических изменений. Синусы свободны. Диафрагма подвижна.

Суточное мониторирование АД: среднесуточный уровень САД – 147 мм рт.ст. и ДАД – 96 мм рт.ст., в период бодрствования – соответственно 146 мм рт.ст. и 91 мм рт.ст., ЧСС – 60 уд./мин; во время ночного сна – соответственно 148 мм рт.ст. и 91 мм рт.ст., ЧСС – 58 уд./мин. Эпизодов гипотензии за время мониторирования не зарегистрировано. Стабильная систоло-диастолическая артериальная гипертензия 1-й степени (в период бодрствования) и 1-й степени (в ночной период).

- Консультация невропатолога. Дисциркуляторная энцефалопатия I ст. с ликворно-венозной дистензией, астеническим синдромом. Цервикалгия (мышечно-тонический вариант) на фоне шейного остеохондроза, нестабильной формы. Рекомендовано: рентгенография шейного отдела позвоночника с ФРИ, компьютерная томография (КТ) головного мозга.

Рентгенологическое исследование. На рентгенограммах шейного отдела позвоночника в 3 проекциях с функциональными нагрузками отмечается умеренный склероз замыкательных пластинок позвонков с краевыми разрастаниями-заострениями, больше выраженными по задним поверхностям (наиболее выражено в С5), нестабильность сегментов С2-С5 (лестничный антелистез С2, С3, С4, С5 на 2 мм при сгибании, лестничный ретролистез С2, С3, С4 на 3 мм при разгибании). Спондилоартроз С3-С7 (с нарастанием каудально). Уновертбральный артроз С3-С7. Обызвествление передней продольной связки С4-С5 точечно, задней продольной связки С3-С6. Искривление оси позвоночника С5-С7 вправо, симптоматического характера. Заключение: уновертбральный артроз С3-С7, нестабильность С2-С5 сегментов, косвенные признаки протрузий межпозвоночных дисков С3-С6 (с наиболее выраженным дорзальным компонентом С5-С6).

Компьютерная томография. В шейном отделе позвоночника, вошедшем в срез до С6 позвонка, определяются дегенеративно-дистрофические изменения во всех межпозвоночных дисках, наиболее выраженные в сегменте С5-С6. Высота диска С5-С6 значительно снижена, определяется дорзальная протрузия диска до 2,8 мм, вызывающая сужение позвоночного канала без признаков компрессии спинного мозга. Заключение: остеохондроз шейного отдела позвоночника, Дорзальная протрузия диска С5-С6.

- Консультация окулиста. Ангиопатия сетчатки по венозному типу обоих глаз.

С учетом перечисленных данных был поставлен клинический диагноз: Гипертоническая болезнь I стадия, 1-я степень. Риск 2 (умеренный). Дислипидемия. Ожирение I степени. СН 0 стадии.

Сопутствующий диагноз: Дисциркуляторная энцефалопатия I ст. с ликворно-венозной дистензией, астеническим синдромом. Цервикалгия (мышечно-тонический вариант) на фоне шейного остеохондроза, нестабильной формы.

Лечение: рекомендована диета, направленная на коррекцию липидного обмена и массы тела; лизиноприл 5 мг вечером. С целью быстрого и эффективного купирования болевого синдрома пациенту был назначен диклофенак натрия в течение 3 дней. С 3-го дня была назначена Мильгамма® ампулы по 2 мл в/м №10 с переходом на прием данного препарата в форме таблеток (Мильгамма® таблетки), мануальная терапия (4 сеанса), лечебная физкультура. Рекомендовано применение ортопедической продукции.

Оценка эффективности терапии проведена на 8-й день терапии. Установлено снижение интенсивности боли до 1,3 балла по шкале ВАШ. В то же время, в исследовании L. Pengel и соавторов [11] отмечено, что сроки купирования хронической боли у 80% больных составляют около 4 недель.

На фоне проведенного комплексного консервативного лечения была достигнута выраженная положительная динамика в виде купирования болевого синдрома, стабилизации АД (140/90 мм рт.ст.); головная боль, боль в грудной клетке, сердцебиение не рецидивировали, уменьшилась слабость.

Данный клинический пример демонстрирует наличие у молодого мужчины артериальной гипертензии, ассоциированной с дорсопатией.

Лечение

Несмотря на достаточную разработанность вопросов неврологических проявлений остеохондроза позвоночника, данная проблема остается одной из актуальных в настоящее время. Это объясняется широкой распространенностью патологии, поражением преимущественно людей активного возраста, склонность к затяжному течению, а также необходимость поиска новых методов лечения и нерешенностью ряда вопросов клиники, этиологии и патогенеза заболевания.

Многокомпонентность болевого синдрома и стадийность процесса определяют значимость проведения комплекса медикаментозной и немедикаментозной терапии (рисунок) [9, 10]. В острый период особенно важным является иммобилизация вовлеченных сегментов, формирование правильного двигательного стереотипа и лечебная гимнастика. Во всех случаях следует рассмотреть возможность проведения массажа, мануальной терапии, рефлексотерапии с целью купирования болевого синдрома.

Особое место в клинической практике занимают витамины группы В, что обусловлено широким диапазоном их применения в различных областях медицины. В то же время, наиболее часто витамины группы В применяются в комплексной терапии заболеваний периферической и центральной нервной системы. Важно подчеркнуть, что витамины группы В являются нейротропными, поскольку необходимы для нормального функционирования центральной и периферической нервной системы. Данные вещества выполняют в организме многочисленные функции, выступая в роли коферментов в разнообразных биохимических реакциях (табл. 1).

Схемы фармакотерапии острого и хронического болевого синдрома включают различные классы препаратов, в число которых входят и витамины группы В, как в виде монотерапии, так и их комбинации (табл. 2).

Установлено, что включение в лечебные схемы комплексных препаратов, содержащих витамины В1, В6 и В12, повышает эффективность купирования болевого синдрома, имеющего черты как нейропатической, так и ноцицептивной боли. Особое значение принадлежит данным о наличии собственного анальгезирующего эффекта у витаминов группы В, в максимальной степени выраженного у цианокобаламина [12]. Продемонстрировано, что противовоспалительными свойствами обладала комбинация витаминов, назначаемая *per os* или парентерально [13].

Обезболивающее действие витаминов группы В связывают с торможением ноцицептивных нейронов в спинномозговых ганглиях, дорзальных рогах спинного мозга и ядрах. Данные клинических исследований позволили установить, что парентеральное использование комбинации тиамин, пиридоксин и цианокобаламина хорошо купирует болевой синдром, нормализует рефлекторные реакции, устраняет нарушения чувствительности. Отмечено, что витамины группы В потенцируют про-

Таблица 1. Физиологические эффекты витаминов группы В

Витамин В1 (тиамин)	Витамин В6 (пиридоксин)	Витамин В12 (цианокобаламин)
<p>Является коферментом многих реакций</p> <p>Принимает участие в:</p> <ul style="list-style-type: none"> • дигидрогеназных комплексах цикла Кребса • регуляции активности пентозофосфатного цикла • утилизации углеводов • проведении нервного импульса • обеспечении аксонального транспорта, определяющего регенерацию нервной ткани • модуляции нервно-мышечной передачи в N-холинорецепторах (синтез норадреналина) • регуляции «болевого» активности нерва 	<p>Является ко-фактором более 100 ферментов</p> <p>Принимает участие в:</p> <ul style="list-style-type: none"> • дезаминировании, переаминировании, декарбоксилировании аминокислот • фосфорилировании гликогена • обмене фолиевой кислоты • биосинтезе нейромедиаторов (дофамина, норадреналина, адреналина, гистамина) • обеспечении процессов торможения в ЦНС (синтез γ-аминомасляной кислоты) • регуляции энергетических процессов нервной ткани <p>Способствует накоплению магния в клетках</p>	<p>Активирует фолиевую кислоту</p> <p>Принимает участие в:</p> <ul style="list-style-type: none"> • гемопоэзе и эритропоэзе (предупреждение нейроанемического синдрома) • стимуляции обмена нуклеиновых кислот • синтезе / восстановлении миелиновой оболочки • процессах репликации роста клеток • активации свертывающей системы крови • регуляции функции ЖКТ <p>Оказывает анальгезирующий эффект</p> <p>Уменьшает нейрогенную боль (снижает синтез глутамата в ЦНС)</p>

Примечание: ЦНС – центральная нервная система, ЖКТ – желудочно-кишечный тракт.

Таблиця 2. Дифференційований підхід к терапії болю

Ноцицептивна біль	Невропатическа біль
НПВП	
Ненаркотическі аналгетіки	
Наркотическі аналгетіки (при сильній болю)	
Вітаміни групи В	
Миорелаксанти	
Хондропротектори	
	Антидепресанти
	Антиконвульсанти
	СИОЗС
Новокаїнові блокади	

Примечание: НПВП – нестероидные противовоспалительные препараты, СИОЗС – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина.

тивоболевое действие анальгетиков и нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) [14]. В клинических исследованиях с участием пациентов с поясничной болью комплексная терапия, включающая НПВП и витамины группы В, приводила к снижению потребности в приеме НПВП или дополнительном приеме анальгетиков, наряду с сокращением сроков лечения [15, 16]. Ниже представлен алгоритм лечения боли в спине (дорсалгии) (см. рисунок).

Особый интерес представляет комбинированные формы препарата, например Мильгамма, в состав каждой ампулы которого входит тиамин гидрохлорид – 100 мг, пиридоксин гидрохлорид – 100 мг, цианокобаламин – 1 мг в сочетании с лидокаином 20 мг. В острой стадии заболевания рациональным является назначение Мильгаммы по 2 мл внутримышечно однократно в сутки в течение 10 дней. Препарат Мильгамма находится в ампуле небольшого объема – всего 2 мл, в его состав входит местный анестетик лидокаин (20 мг), что позволяет сделать инъекции практически безболезненными и увеличить приверженность пациентов к терапии.

После парентерального введения витаминов группы В рекомендуется пероральный прием препарата Мильгамма таблетки, содержащего липофильное вещество – бенфотиамин. Использование для лечения водорастворимых витаминов группы В в виде таблеток имеет свои ограничения, которые в первую очередь касаются тиамин. Так, биодоступность небольших доз водорастворимого тиамин крайне низка вследствие разрушения в кишечнике тиаминазами. При увеличении дозы водорастворимого тиамин возникает эффект «насыщения», когда, несмотря на повышение дозы, концентрация в крови существенно не увеличивается, что связано с блокированием его переноса из кишечника в кровь. Бенфотиамин, проникающий в организм по механизму пассивной дозозависимой диффузии, имеет практически 100% биодоступность. Также бенфотиамин не разрушается тиаминазами кишечника, что позволяет достичь максимального эффекта при его применении. Препарат Мильгамма® таблетки содержит 100 мг бенфотиамин и 100 мг пиридоксин. Стандартным лечебным курсом является прием его по 1 таблетке в сутки на протяжении 4 недель. Возможно пролонгация курса лечения при хроническом характере болевого синдрома, наличии клинических признаков сдавления спинального корешка.

Во многочисленных исследованиях подтверждена эффективность витаминов группы В в комплексной терапии пациентов с болевым синдромом вследствие деструктивно-дистрофического поражения позвоночника [15, 17]. Установлено, что у пациентов с болью в нижней части спины комплексное лечение, включавшее витамины группы В, приводило к сокращению сроков купирования болевого синдрома до приемлемого, по мнению пациента, уровня, а также сокращение потребности в приеме НПВП [18].

Таким образом, представленный клинический случай демонстрирует наличие у мужчины молодого возраста дегенеративно-дистрофических изменений в позвонках и межпозвоночных дисках на фоне артериальной гипертензии. Оптимальная лечебная стратегия ведения пациентов с остеохондрозом позвоночника включает нефармакологическое лечение и медикаментозную терапию, направленные на ограничение прогрессирования заболевания, уменьшение боли, уменьшение риска обострения,

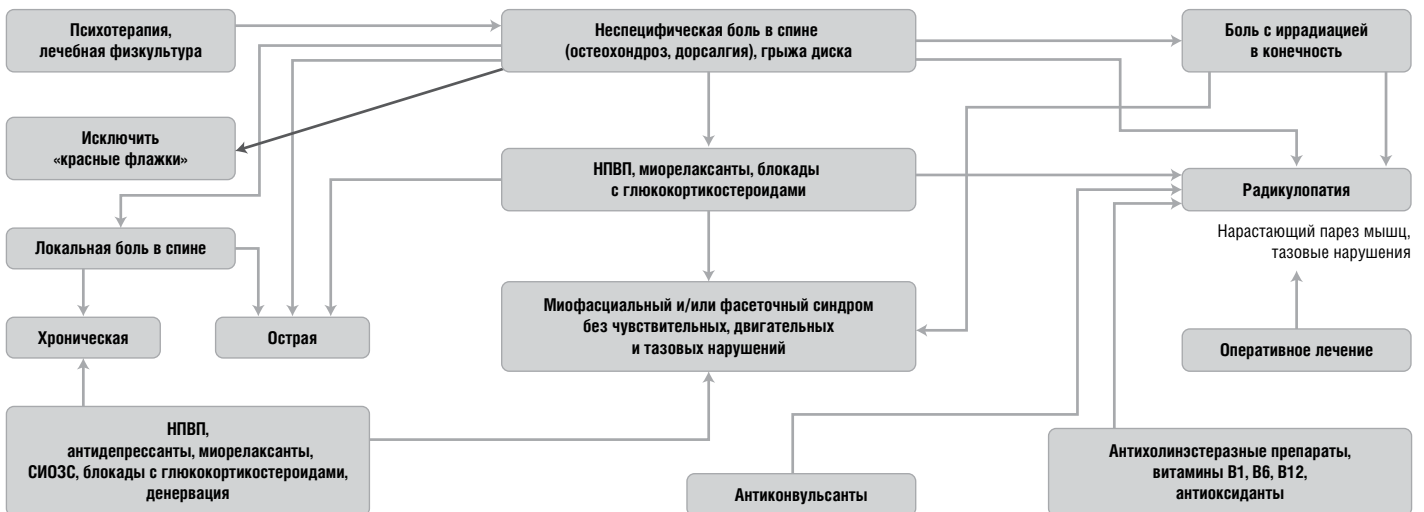


Рисунок. Комплексный дифференційований підхід к терапії болю в спині (алгоритм лікування болю в спині) [19]

предупреждение инвалидизации, снижение побочных реакций. Существующие доказательства эффективности позволяют считать обоснованным включение препарата Мильгамма® в состав комплексной терапии пациентов с болевым синдромом, обусловленным дегенеративно-дистрофическим поражением позвоночника.

Додаткова інформація. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Список использованной литературы

1. Коваленко В.М. Регіональні медико-соціальні проблеми хвороб системи кровообігу / В.М.Коваленко. – Київ, 2013. – 240 с.
2. Lewington S., Clarke R., Qizilbash N., Peto R., Collins R. Agespecific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies // *Lancet*. – 2002. – Vol. 360 (9349). – P. 1903–1913.
3. Сиренко Ю.Н. Эналаприл в кардиологии и терапии: стандарт эффективности и безопасности среди ингибиторов АПФ // *Новости медицины и фармации*. – 2011. – №13–14. – С. 6–8.
4. Князькова И.И., Кузьмина Н.В., Осовская Н.Ю. Коррекция вегетативной дисфункции у молодых мужчин с артериальной гипертензией // *Лікарська справа*. – 2015. – №7–8 (1136). – С. 132–141.
5. Нетяженко В.З., Пузанова О.Г. Артеріальна гіпертензія як фактор кардіоваскулярного ризику // *Внутренняя медицина*. – 2009. – №1–2 (13–14).
6. Wright J.D., Hughes J.P., Ostchega Y., Yoon S.S., Nwankwo T. Mean systolic and diastolic blood pressure in adults aged 18 and over in the United States, 2001–2008 // *Natl. Health Stat. Report*. – 2011. – Vol. 35. – P. 1–22, 24.
7. Perk J., De Backer G., Gohlke H., Graham I., Reiner Z. et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts) // *Eur. Heart J.* – 2012. – Vol. 33 (13). – P. 1635–1701.
8. Корж А.А., Волков Е.Б. Остеохондроз позвоночника взгляд на проблему с современных позиций // *Ортопед., травматол. и протезирование*. – 1994. – №4. – С. 3–9.
9. Корж Н.А., Колесниченко В.А. Основные принципы кинезиотерапии больных с дегенеративными деформациями позвоночника (сообщение 2) // *Ортопедия, травматология и протезирование*. – 2015. – №2. – С. 76.
10. Мищенко Т.С. Болевой синдром в практике врача: новые возможности терапии // *Травма*. – 2013. – №2 (том 14).
11. Pengel L. Acute low back pain: systematic review of its prognosis / L. Pengel, R.D. Herbert, C.G. Maher, K.M. Refshauge // *Br. Med. J.* – 2003. – Vol. 327, №9. – P. 176–184.
12. Franca D. B vitamins induce an antinociceptive effect in the acetic acid and formaldehyde models of nociception in mice / D. Franca, A. Souza, K. Almeida // *Eur. J. Pharmacol.* – 2001. – Vol. 421, №3. – P. 157–164.
13. Leuschner J. Antinociceptive properties of thiamine, pyridoxine and cyanocobalamin following repeated oral administration to mice / J. Leuschner // *Arzneimittelforschung*. – 1992. – Vol. 42, №2. – P. 114–115.
14. Jurna J. Analgesic and analgesia-potentiating action of B vitamins / J. Jurna // *Schmerz*. – 1998. – Vol. 2. – P. 41–136.
15. Mibielli M.A. Diclofenac plus B vitamins versus diclofenac monotherapy in lumbago: the DOLOR study / M.A. Mibielli, M. Geller, J.C. Cohen et al. // *Curr. Med. Res. Opin.* – 2009. – Vol. 25, №11. – P. 2589–2599.
16. Chiu C.K., Low T.H., Tey Y. et al. The efficacy and safety of intramuscular injections of methylcobalamin in patients with chronic nonspecific low back pain: a randomised controlled trial // *Singapore Med. J.* – 2011. – Vol. 52 (12). – P. 868–873.
17. Bruggemann G. Results of a double-blind study of diclofenac + vitamin B1, B6, B12 versus diclofenac in patients with acute pain of the lumbar vertebrae. A multicenter study / G. Bruggemann, C.O. Koehler, E.M. Koch // *Klin. Wochenschr.* – 1990. – Vol. 68, №2. – P. 116–120.
18. Kuhlwein A. Reduced diclofenac administration by B vitamins: results of a randomized double-blind study with reduced daily doses of diclofenac (75 mg diclofenac versus 75 mg diclofenac plus B vitamins) in acute lumbar vertebral syndromes / A. Kuhlwein, H. Meyer, C. Koehler // *Klin. Wochenschr.* – 1990. – Vol. 68, №2. – P. 107–115.
19. Баринов А.Н., Пархоменко Е.В., Махинов К.А. Причины отрицательных исходов лечения боли в спине и способы их преодоления // *Эффективная фармакотерапия*. – 2014. – №49. – С. 40–50.

Резюме

Клінічний випадок дорсопатії та артеріальної гіпертензії у молодому віці: питання терапії

I.I. Knyazkova¹, A.O. Nesen², V.V. Maziy², A.A. Bozhok², Zh.Yu. Sharkadi³

¹/Харківський національний медичний університет;

²ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України», Харків;

³Міська клінічна лікарня №24, Харків/

У статті наведено клінічний випадок дорсопатії на фоні артеріальної гіпертензії у чоловіка молодого віку. На даному прикладі розглянуто питання терапії болювого синдрому у осіб молодого віку, роль та ефективність застосування комбінованих препаратів вітамінів групи В, доцільність використання різних форм (пероральних, парентеральних) препаратів вітамінів групи В, жиророзчинної форми вітамінів групи В (бенфотіамін). Надано алгоритм лікування дорсалгії. Наведено докази доцільності включення комбінованого препарату вітамінів групи В до складу комплексної терапії пацієнтів з болевим синдромом, зумовленим дегенеративно-дистрофічним ураженням хребта у поєднанні з артеріальною гіпертензією.

Ключові слова: дорсопатія, артеріальна гіпертензія, комбіновані препарати вітамінів групи В, питання терапії

Summary

The clinical case of dorsopathy and hypertension in young age and treatment issues

I.I. Knyazkova¹, A.A. Nesen², V.V. Maziy², A.A. Bozhok², Zh.Yu. Sharkadi³

¹/Kharkiv National Medical University

²SI «L. T. Mala National Institute of Therapy of National Academy of Medical Sciences of Ukraine», Kharkiv

³State clinical hospital #24, Kharkiv/

The article presents a clinical case of dorsopathy in the presence of arterial hypertension in young man. The treatment issues of pain syndrome in young people, the role and efficacy of combinations with B vitamins, the feasibility of various forms (oral, parenteral) of B vitamins, fat-soluble forms of B vitamins (benfotiamine) are considered on this example. There is also an algorithm for dorsalgia treatment. There are given proofs for inclusion of combinations with B vitamins into the complex therapy in patients with pain caused by degenerative-dystrophic damage in the presence of hypertension.

Keywords: dorsopathy, hypertension, combinations with B vitamins, treatment issues