

Применение препаратов Нормовен и Тизалуд у больных с головной болью напряжения

Т.С. Мищенко, В.Г. Деревецкая, В.Н. Мищенко, И.В. Кабачная

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины», г. Харьков

На сегодняшний день головная боль является серьезной общемедицинской проблемой, а лечение головной боли одним из наиболее интенсивно развивающихся направлений в клинической неврологии [1].

Головная боль напряжения (ГБН) — сжимающая, стягивающая или сдавливающая по типу каски или обруча, диффузная, двухсторонняя головная боль, возникающая в ответ на психическое перенапряжение, вызванное острым или хроническим стрессом и развивающаяся вследствие повышения тонуса перикраниальных мышц (лобных, височных, затылочных) [2].

По данным различных исследований, их частота варьирует от 30 до 78% встречаемости в течение жизни в общей популяции. Есть основания считать, что в общей популяции 2–5% людей страдают головной болью этого типа с наибольшей частотой в возрасте 20–40 лет [3].

Данные немецкого общества по изучению головных болей показали, что ГБН наиболее часто встречается у женщин (88%), реже у мужчин (69%) [6]. Довольно часто встречается у детей — 70–80% детей, жалующихся на головную боль. Среди младших школьников жалобы на головную боль наблюдаются реже (39%), чем среди старших (51%). Согласно исследованиям специалистов, ГБН возникает у школьников в возрасте 7–9 лет в 49%, 10–12 лет — в 53%, 13–16 лет — в 57%.

Исследования США показывают, что ГБН находится на третьем месте по материальным затратам среди неврологических заболеваний после деменции и цереброваскулярных заболеваний.

К основным этиологическим факторам ГБН относится реакция на психосоциальный стресс и аффективные состояния (тревога и депрессия). В 40% случаев отмечались признаки депрессии [7]. Нередко депрессия может быть представлена в атипичной форме. В таких случаях, помимо жалоб на боли, появляются жалобы на повышенную раздражительность, постоянное чувство усталости, быструю утомляемость, нарушение сна и аппетита.

Немаловажным фактором является длительное напряжение мышц при антифизиологических позах. Такое бывает при длительной работе за компьютером, пишущей машинкой, при вождении автомобиля, особенно в темное время суток, работе с мелкими деталями.

Также немаловажным является лекарственный фактор. Избыточный и длительный прием анальгетиков и транквилизаторов может индуцировать усиление болей, их переход в хронические или развитию депрессивных состояний.

К триггерным факторам, провоцирующим очередное усиление боли при ГБН, относятся эмоциональный стресс, смена погоды, сильный ветер, вынужденное голодание, работа в душном помещении, работа в ночное время, прием алкоголя, длительное физическое и умственное перенапряжение [9].

Больные с ГБН — это экстравертированные личности с ярко выраженной тревожностью и относительно кратким анамнезом их жизненных проблем. При наличии же у них хронической формы заболевания эти пациенты обычно становятся апатичными или депрессивными. Они без конца жалуются на головную боль, но весьма скудно ее описывают, что затрудняет выяснение деталей заболевания [12].

Патогенетические механизмы ГБН и до настоящего времени остаются недостаточно ясными. Не вызывает сомнений, что в основе возникновения ГБН существенную роль играет наличие хронического эмоционального стресса, который формируется под влиянием индивидуально значимых психогенных факторов у лиц с определенными

особенностями личности и недостаточностью механизмов психологической защиты, а также функциональной недостаточностью антиноцицептивных систем. Указанные нарушения приводят к возникновению вегетативной, эндокринной и психомоторной активации, что проявляется повышением мышечного тонуса, ишемией, отеком и биохимическими изменениями в мышечной ткани [6].

Впервые концепция развития ГБН была предложена Н. Wolff (1963), который считал, что причиной головной боли может быть длительное напряжение скелетных мышц головы и шеи, которое проявляется болью в виде стягивания, сдавления, ощущения шлема и является проявлением тревожности, воспаления или вынужденного положения головы. Повышение напряжения мышц также приводит к сужению артериальных сосудов и появлению ишемии, а спазм капилляров, обеспечивающих питание мышц, вызывает соответствующую степень венозного застоя. Таким образом, мышца недостаточно снабжается кровью, а вследствие напряжения в ней накапливаются продукты метаболизма, которые не могут быть выведены через венозную сеть, мышца становится отечной и болезненной. Предполагается, что повышенная концентрация калия, возникающая во время длительного напряжения мышцы, стимулирует ее хеморецепторы и вызывает боль [13].

ГБН имеет двухстороннюю локализацию и тупой неппульсирующий характер. Она начинается незаметно, обычно с затылочной области, и постепенно распространяется по всей голове и шее, но с некоторым преобладанием в области лба. Больные описывают ее как чувство внутреннего распираания, растяжения головы («голова, как футбольный мяч, надуваемый воздухом») или, напротив, как сдавление головы извне «металлическим обручем» или «каскай». Интенсивность болей слабая или умеренная, что позволяет больным продолжать свою обычную деятельность и даже выполнять физические нагрузки. В редких случаях отмечается повышенная чувствительность к свету или звуку (только к одному из них). Может быть тошнота, но рвота обычно отсутствует.

ГБН подразделяется на две формы: хроническую, при которой количество дней с головной болью составляет более 180 в год, и эпизодическую, при которой количество дней с головной болью составляет менее 180 в год [3]. Обычно течение заболевания благоприятное, но если приступы недостаточно эффективно купируются и эпизодически повторяются до 30 лет, то в дальнейшем головная боль может перейти в хроническую форму [4]. Большинство случаев приходится на эпизодическую ГБН, на хроническую ГБН приходится лишь 2–2,5% [5].

Определенное диагностическое значение имеет то обстоятельство, что больные с ГБН не получают облегчения при приеме анальгетиков и других лекарств, купирующих мигренозный приступ. Седативные средства и даже наркотики также неэффективны. В лечении ГБН используются как лекарственные средства, так и немедикаментозные методы лечения. При эпизодических ГБН рекомендуются устранение (по возможности) факторов, провоцирующих боли, рациональная организация режима труда и отдыха, при необходимости прием обычных анальгетиков. При редких, эпизодических ГБН хороший эффект отмечается от периодического приема ненаркотических анальгетиков — ацетилсалициловой кислоты (500–1000 мг) и парацетамола (1000 мг). Можно рекомендовать снимать ГБ однократным приемом мышечного релаксанта Тизалуда (тизанидина) в дозе 2 мг. Если эпизодические ГБ нарушают социальную адаптацию больного, необходимо проведение курсового фармакологического лечения. Возможно назначение клоназепама в дозе 0,0001 г 2 раза в день в течение 1 месяца или мышечных релаксантов (Тизалуда 4 мг в сутки в 2 приема в течение 3–4 недель).

Современный подход к лечению хронических ГБН обязательно предполагает назначение антидепрессантов (амитриптилин, имипрамин, анафранил, доксепин, флуоксетин, паксил, сертралгин, миасерин, тиапентин, тразадон, альпразолам и др.), дозы и длительность курса определяются для каждого больного в зависимости от степени выраженности симптоматики.

В резистентных случаях к антидепрессантам добавляют бета-адреноблокаторы и нестероидные противовоспалительные средства (индометацин, ибупрофен, кетопрофен, напроксен). В комплексную терапию включают миорелаксанты. Как показывают данные проведенных исследований в развитии ГБН играет роль не только компонент мышечного спазма, но и сосудистый фактор. Повышенное напряжения мышц, которое приводит к сужению артериальных сосудов, появлению ишемии, а также спазму капилляров, обеспечивающих питание мышц, вызывает нарушение венозного оттока и застоя. Вовлечение венозной системы мозга приводит к учащению приступов и хронизации боли. Поэтому целесообразным является включение в комплекс лечения больных препаратов, влияющих на венозное кровообращение. В связи с этим представляет интерес изучить влияние сочетанного применения препаратов с различным механизмом действия миорелаксантов центрального действия и венотоников на частоту и выраженность головной боли у пациентов с ГБН.

На базе ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины», г. Харьков, проводилось исследование по оценке безопасности, клинической эффективности и переносимости сочетанного применения препаратов Нормовен и Тизалуд у пациентов с головной болью напряжения.

Все пациенты получали исследуемый препарат Тизалуд в дозе 2 мг утром и вечером в течение 4-х недель, препарат Нормовен по 1 таблетке 2 раза в сутки (утром и вечером) во время еды 1 месяц, производства ПАО «Киевский витаминный завод».

Пациентам, включенным в исследование не назначали: другие препараты антидепрессанты, анальгетики, нестероидные противовоспалительные средства, ноотропные препараты; нейротрофические средства; вазоактивные средства; другие препараты, влияющие на мозговой метаболизм и мозговое кровообращение.

Всем больным до начала и после лечения проводили ультразвуковую доплерографию. Изучалось состояние церебрального кровотока в экстра- и интракраниальных артериях головы и шеи, состояние венозного кровотока.

Эффективность сочетанного применения препаратов Тизалуд и Нормовен оценивалась однократно по окончании исследования по выбору одного из вариантов ответа: отличная, хорошая, удовлетворительная, плохая.

Результаты исследования и их анализ

Длилась головная боль от нескольких часов до нескольких дней (7–10), всего у нескольких пациентов сопровождалась тошнотой. Большинство больных отмечали, что головная боль возникала сразу после пробуждения и достигала своей интенсивности в течение дня. Практически все пациенты отмечали перед возникновением головной боли эмоциональное перенапряжение, стрессовую ситуацию или физическое перенапряжение. В неврологическом статусе у обследованных пациентов выявлялись следующие клинические синдромы: цефалгический — у 32 больных (100%), синдром ликворовенозной дистензии — у 30 больных (93,7%), астенический — у 24 (75%), депрессивный — у 8 (25%).

Под влиянием сочетанной терапии препаратом Тизалуд и Нормовен отмечалось существенное ослабление выраженности субъективной симптоматики. Большинство больных 30 (93,7%) отмечали уменьшение интенсивности и частоты головной боли, 13 (40,6%) больных отмечали, что ушло ощущение «тяжести», «налитости», «распирания», 8 (25%) больных отмечали свое улучшение таким термином «прояснилось» в голове, ушло ощущение стягивания мышц скальпа и шеи (табл. 1).

Проведенные исследования по 10-бальной визуальной аналоговой шкале показали, что проведения лечения пациенты отмечали свое состояние уровнем $6,6 \pm 0,6$ балла, после лечения $8,1 \pm 0,4$ балла. Было отмечено существенное снижение выраженности головной боли от $6,1 \pm 0,7$ до $1,7 \pm 0,6$ балла соответственно до и после лечения.

Таблица 1. Субъективные проявления заболевания у больных с ГБН до и после лечения

| № п/п | Субъективные проявления | Больные с головной болью напряжения | |
|-------|---|-------------------------------------|--------------------|
| | | До лечения, п/% | После лечения, п/% |
| 1 | Двухсторонняя головная боль, в том числе: | 32/100 | 3/9,3 |
| | головная боль с акцентом в передних отделах головы | 12/37,5 | 2/6,25 |
| | головная боль в области затылка, шеи, стягивающая | 6/18,7 | 3/9,3 |
| 2 | Общая слабость, снижение работоспособности, повышенная утомляемость | 24/75 | 12/37,5 |
| 3 | Немотивированное чувство тревоги | 8/25 | 4/12,5 |
| 4 | Эмоциональная лабильность | 28/87,5 | 15/46,8 |

При исследовании состояния церебральной гемодинамики до лечения было выявлено снижение линейной скорости кровотока по позвоночным артериям (ПА) у 12 больных (37,5%). У 32 больных (100%) отмечались признаки затрудненного венозного оттока. После лечения отмечалось улучшение показателей УЗДГ в виде усиления кровотока по ПА у 8 больных (25%), у 30 больных отмечалось улучшение в виде скоростных параметров кровотока в вене Розенталя и прямом синусе.

Таким образом, проведенные исследования показали, что у больных с головной болью напряжения, на основании объективных клинических наблюдений, (можно сделать вывод, что в проведенном клиническом исследовании) сочетанное применение препаратов Нормовен и Тизалуд проявили отличную переносимость и безопасность у всех обследованных пациентов (табл. 2).

Таблица 2. Заключительная оценка переносимости 4-недельной терапии препаратом Нормовен и 4-недельной терапии препаратом Тизалуд у больных с ГБН

| Градации оценки переносимости | Число пациентов (абс., %) |
|-------------------------------|---------------------------|
| | I группа |
| Отличная | 32 (100%) |
| Хорошая | 0 |
| Удовлетворительная | 0 |
| Плохая | 0 |

Выводы

1. Сочетанное применение Нормовена и Тизалуда рекомендовано для уменьшения степени выраженности и частоты приступов головной боли у пациентов, страдающих эпизодической ГБН.
2. Под влиянием лечения отмечалось уменьшение степени выраженности астенического и депрессивного синдромов у больных с ГБН.
3. Показано положительное влияние препаратов на показатели венозного кровообращения у обследованных больных (улучшение скоростных параметров кровотока).

Список литературы находится в редакции.

Т.С. Міщенко, В.Г. Деревецька, В.М. Міщенко, І.В. Шинкова

Застосування препаратів Нормовен і Тизалуд у хворих з головним болем напруги

У дослідженні вивчений вплив поєднаного застосування міорелаксанта центральної дії (Тизалуд) і венотоніка (Нормовен) виробництва «Київський вітамінний завод» на частоту і вираженість головного болю у пацієнтів з головним болем напруги (ГБН). Зроблений висновок, що поєднане застосування Нормовену і Тизалуду рекомендоване для зменшення ступеня вираженості та частоти нападів головного болю у пацієнтів, які страждають на епізодичний ГБН. Під впливом лікування відзначалося зменшення ступеня вираженості астеничного і депресивного синдромів. Показаний позитивний вплив препаратів на показники венозного кровообігу у обстежених хворих.

Ключові слова: головний біль напруги, міорелаксант центральної дії, венотонік, Тизалуд, Нормовен.

Mischenko T., Derevetska V., Mischenko V., Shynkova I.

Use of drugs Normoven and Tizalud in patients with tension headache

The study examined the influence of combined use of centrally acting muscle relaxant (Tizalud) and veintonic (Normoven) produced by “Kyiv Vitamin Factory” on the frequency and severity of headaches in patients with tension headache (THA). It is concluded that combined use of Normoven and Tizalud is recommended to reduce the severity and frequency of headache attacks in patients suffering from episodic THA. Under the influence of treatment reduction in severity of asthenic and depressive syndromes was noted. The positive influence of drugs on rates of venous blood flow in the examined patients is shown.

Key words: tension headache, centrally acting muscle relaxant, veintonic, Tizalud, Normoven.