

ТЕРАПИЯ ГОЛОВНОЙ БОЛИ НАПРЯЖЕНИЯ

Г.Р. Табеева, Ю.Э. Азимова

Отдел неврологии и клинической нейрофизиологии НИЦ ГОУ ВПО
“Первый МГМУ им. И.М. Сеченова” Минздравсоцразвития РФ

Головная боль напряжения (ГБН) – распространенный в популяции болевой синдром. Наиболее значимыми являются частая эпизодическая и хроническая ГБН. Препаратами выбора лечения частой эпизодической ГБН служат нестероидные противовоспалительные средства (НПВС). Комбинация НПВС со спазмолитиками (Новиган) потенцирует обезболивающее действие препарата и не способствует развитию лекарственной зависимости, которая может возникнуть при приеме кодеинсодержащих препаратов.

Ключевые слова: головная боль напряжения, нестероидные противовоспалительные средства, ибупрофен, Новиган

Tension-type headache (TTH) is common pain syndrome in the population. The frequent episodic and chronic tension-type headaches are most important. For the treatment of frequent episodic tension-type headache, non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) are drugs of choice. The combination of NSAIDs with antispasmodics (Novigan) potentiates the analgesic effect of the drug and does not contribute to the development of drug dependence, which can occur against the background of use of codein-containing preparations.

Key words: tension-type headache, non-steroidal anti-inflammatory drugs, ibuprofen, Novigan

Головная боль напряжения (ГБН) чрезвычайно распространена в популяции. Встречаемость ГБН в течение жизни составляет 78 % [17], хотя в большинстве случаев в популяции отмечается нечастая эпизодическая ГБН (ЭГБН), не представляющая медицинской проблемы. Тем не менее 24–37 % популяции отмечают приступы ГБН несколько раз в месяц, 10 % – еженедельно, 2–3 % страдают хронической ГБН (ХГБН), как правило, длящейся большую часть жизни [18]. Соотношение мужчин и женщин, страдающих ГБН, составляет 4 : 5, что отражает меньшую предрасположенность женщин к ГБН по сравнению с мигренью [8, 23]. Средний возраст начала ГБН выше, чем при мигрени, составляя 25–30 лет [22]. Пик распространенности приходится на возраст 30–39 лет. Факторами риска развития ГБН служат тревога за собственное здоровье, неспособность расслабиться после работы, недостаточный сон [17].

Выделяют три подтипа ГБН: нечастую ЭГБН (менее 1 дня с головной болью в месяц), частую ЭГБН (1–14 дней с головной болью в месяц) и ХГБН (15 и более дней с головной болью в месяц) [2]. Подобное деление может показаться формальным, однако данная классификация, с одной стороны, подчеркивает различное влияние нескольких форм головной

боли на качество жизни пациентов, с другой – отражает отдельные патофизиологические механизмы формирования подтипов ГБН. Так, если при ЭГБН ключевую роль играет периферическая сенситизация, то в развитии ХГБН в патогенезе основное место занимает центральная сенситизация. Следовательно, подходы к терапии ЭГБН и ХГБН различаются. Таким образом, диагноз подтипа головной боли чрезвычайно важен для выбора терапии. Клинически ГБН характеризуется двусторонней давящей, сжимающей головной болью малой или умеренной интенсивности, возникающей или короткими эпизодами (эпизодические формы), или персистирующей (хроническая форма). В отличие от мигрени для ГБН не характерны сопутствующие симптомы – рвота, выраженные фото- и фонофобия. При ХГБН может отмечаться один из трех сопутствующих симптомов (легкие тошнота, фото- и фонофобия) [2]. В силу невысокой интенсивности головной боли и отсутствия тяжелых сопутствующих симптомов пациенты с ГБН редко бывают дезадаптированы. Необходимо помнить, что в ряду первичных головных болей клиническая картина ГБН имеет наименьшее количество патогномичных симптомов и многие вторичные головные боли могут протекать под маской ГБН [1], следовательно, диагноз ГБН предусма-

тривает тщательное исключение других причин головной боли. Таким образом, диагноз ГБН базируется на критериях Международной классификации головных болей второго пересмотра (МКГБ-2) и нормальных результатах исследования неврологического статуса.

Критерии головной боли напряжения (классификация по МКГБ-2)

2.1. Нечастая эпизодическая головная боль напряжения:

- А. По меньшей мере 10 эпизодов, возникающих с частотой менее 1 раза в месяц (менее 12 дней в год) и отвечающих критериям Б–Г.
- Б. Продолжительность головной боли от 30 минут до 7 дней.
- В. Головная боль имеет минимум две из следующих характеристик:
 - двустороннюю локализацию;
 - сжимающий/давящий (непульсирующий) характер;
 - интенсивность боли от легкой до умеренной;
 - головная боль не усиливается от обычной физической нагрузки (например, ходьба, подъем по лестнице).
- Г. Оба симптома из нижеперечисленных:
 - отсутствие тошноты или рвоты (возможно снижение аппетита);
 - только свето- или звукобоязнь.

- Д. Нет связи с другими причинами (нарушениями).
- 2.2. Частая эпизодическая головная боль напряжения.
Те же критерии, что и для нечастой эпизодической головной боли напряжения, за исключением:
- А. По меньшей мере 10 эпизодов, возникающих с частотой от 1 до 15 дней в месяц (от 12 до 180 дней в год) и отвечающих критериям Б–Г.
- 2.3. Хроническая головная боль напряжения:
- А. Головная боль возникает не менее 15 дней в месяц на протяжении в среднем более 3 месяцев (не менее 180 дней в год), отвечающая критериям Б–Д.
- Б. Головная боль продолжается в течение нескольких часов или имеет постоянный характер.
- В. Головная боль имеет как минимум две из следующих характеристик:
- двусторонняя локализация;
 - сжимающий/давящий (непульсирующий) характер;
 - интенсивность боли от легкой до умеренной;
- головная боль не усиливается от обычной физической нагрузки (например, ходьба, подъем по лестнице).
- Г. Оба симптома из нижеперечисленных:
- только один симптом из трех: фотофобия, фонофобия или легкая тошнота;
 - головная боль не сопровождается ни умеренной или сильной тошнотой, ни рвотой.
- Д. Не связана с другими причинами.
Диагностика подтипа ГБН осуществляется при помощи дневника головной боли, который пациентам необходимо вести не менее 4 недель. Дневник головной боли помогает выявлять триггеры приступов, возможное злоупотребление средствами для купирования головной боли, а также устанавливать тот фон, относительно которого будет оцениваться эффективность лечения.
- Дифференциальная диагностика ЭГБН, как правило, проводится с мигренью легкой степени тяжести. Назначение дополнительных методов
- диагностики (в основном проведение нейровизуализации) требуется в тех случаях, когда предполагается возможный вторичный характер головной боли: если имеются нетипичные проявления цефалгии, изменился паттерн головной боли и если имеются очаговые неврологические и/или психопатологические изменения. Важна также диагностика коморбидных эмоционально-аффективных расстройств, тревоги и депрессии, от успешного лечения которых во многом зависит прогноз ГБН.
- Интенсивность головной боли у большинства пациентов с эпизодической и хронической ГБН легкая или умеренная, поэтому для купирования цефалгии используются простые анальгетики или нестероидные противовоспалительные средства (НПВС).
- Для купирования приступа ЭГБН рекомендованы следующие средства:
- ацетилсалициловая кислота (600–1000 мг), может назначаться только взрослым;
 - парацетамол (1000 мг), обладает менее выраженным эффектом;

- ибупрофен (400–800 мг), эффективен для купирования приступа ЭГБН, безопасность препарата позволяет использовать его в различных возрастных группах [5].

В единичных исследованиях показана эффективность кетопрофена (12,5, 25 и 50 мг), диклофенака (12,5 и 25 мг), напроксена (375 и 500 мг), кеторолака (60 мг) и метамизола натрия (500 и 1000 мг). В большинстве стран метамизол натрия не рекомендован к использованию в силу риска развития агранулоцитоза. Имеются также данные об эффективности миорелаксантов в купировании приступа ЭГБН [19].

Скорость наступления и выраженность эффекта являются важной характеристикой средств для купирования ЭГБН. Медиана времени, через которое наступает значительное снижение интенсивности головной боли после приема ибупрофена с быстрым всасыванием (400 мг), составляет 39 минут, тогда как для парацетамола (1000 мг) этот показатель составляет 53, а для плацебо – 180 минут ($p = 0,02$), при этом безопасность ибупрофена сопоставима с таковой плацебо [21]. Другим способом усиления эффекта ибупрофена является комбинация со средствами, ускоряющими его всасывание или потенцирующими его действие. Было показано, что медиана времени, через которое наступало значительное снижение интенсивности головной боли после приема ибупрофена (400 мг) с кофеином (200 мг), достоверно меньше, чем после приема только ибупрофена (400 мг) или плацебо [12]. Однако частое использование кофеинсодержащих средств также нежелательно при частой ЭГБН, т. к. чрезмерное использование кофеина увеличивает риск развития хронической ГБН.

Одним из шагов на пути создания эффективных и безопасных анальгетиков стала разработка комбинированных лекарственных средств, в частности препарата Новиган, в состав которого входят ибупрофен (400 мг), а также спазмолитики питофенон (5 мг) и фенпивериний (0,1 мг). Выраженный синергизм действия НПВС, питофенона и фенпивериния

отмечен в ряде исследований [11, 14], в которых у пациентов купировался болевой синдром различной этиологии. Статистически значимое ($p < 0,05$) облегчение боли наблюдалось в течение 30 минут после приема препарата, а обезболивающее действие длилось в среднем 24 часа. Важно отметить, что, несмотря на то что Новиган является комбинированным анальгетиком, он не содержит субстанций, вызывающих развитие привыкания и зависимости, – кодеина и прочих опиатов, кофеина, барбитуратов. Данный аспект чрезвычайно важен, т. к. пациенты с частой ЭГБН находятся в “группе риска” развития хронической ежедневной головной боли, сопряженной с лекарственным злоупотреблением.

В исследовании эффективности Новигана для купирования приступа ЭГБН в сравнении с ибупрофеном (400 мг) вошли 50 пациентов. Установлено, что в группе Новигана значительное уменьшение интенсивности цефалгии произошло через $49,9 \pm 35,8$ минут после приема препарата, тогда как в группе ибупрофена (400 мг) значительное уменьшение интенсивности головной боли – через $68,2 \pm 45,9$ ($p = 0,007$). Доля респондентов оказалась выше в группе Новигана (73,3 %) по сравнению с ибупрофеном (400 мг; 60 %), близкой к статистически значимой разнице ($p = 0,085$) [6].

В данном исследовании было также показано, что предиктором эффективности ибупрофена (400 мг) являются меньшая интенсивность боли ($p < 0,001$) и продолжительность времени от начала приступа ($p < 0,001$) на момент приема препарата, тогда как Новиган – лишь меньшая продолжительность времени от начала приступа препарата ($p = 0,07$). Таким образом, ибупрофен (400 мг) и Новиган наиболее эффективны в самом начале приступа, при этом Новиган может применяться пациентами с изначально более высокой интенсивностью цефалгии. Это позволило экстраполировать принцип раннего назначения препарата (когда головная боль еще слабая) для купирования приступа мигрени на принципы купирования приступов ЭГБН. Нежелательные явления возникали у 4,4 % пациентов

группы Новигана, были легкими, проходили самостоятельно и не требовали прерывания лечения или назначения других средств. Таким образом, Новиган – комбинированный анальгетик, быстро, эффективно и безопасно купирующий приступ ЭГБН, в т. ч. цефалгию высокой интенсивности, а также головную боль при развернутом приступе.

С нарастанием частоты приступов ГБН эффективность простых анальгетиков падает, при ХГБН они неэффективны. Более того, препараты купирования головной боли должны применяться с осторожностью, т. к. регулярный прием обезболивающих средств (прием простых анальгетиков чаще, чем 14 дней в месяц; прием комбинированных анальгетиков чаще, чем 9 дней в месяц) приводит к развитию хронической медикаментозно-индуцированной головной боли. При частых приступах необходимо рассматривать профилактические методы – как медикаментозные, так и немедикаментозные.

При выборе средств профилактики необходимо учитывать наличие коморбидных заболеваний, прежде всего эмоционально-аффективных нарушений (тревога, депрессия), ожирения. В плацебо-контролируемых исследованиях была показана эффективность amitriptилина (75 мг/сут) [10, 15], рекомендованного большинством руководств как препарат выбора [3–5]. Amitriptилин назначают в минимальной дозировке (10 мг) с последующим медленным наращиванием дозы по 10–25 мг каждые 1–2 недели до достижения терапевтической дозы 75–100 мг. Прием основной части суточной дозы amitriptилина должен осуществляться в вечернее время. Продолжительность терапии должна составлять не менее 6 месяцев. Свою эффективность доказали также клопирамин (75–150 мг) [13], четырехциклические антидепрессанты мапротилин (75 мг/сут) и миансерин (30–60 мг/сут) [9]. Антидепрессанты нового поколения, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина по эффективности сопоставимы с трициклическими антидепрессантами, вызывая при этом меньшее количество

побочных эффектов. Эффективность селективных ингибиторов обратного захвата серотонина в лечении ХГБН невысока [9].

Данные об эффективности миорелаксантов и ботулотоксина в терапии ХГБН противоречивы [9, 20]. Эффективность топирамата показана в одном открытом исследовании [16].

Для пациентов с частой ЭГБН в стрессовых ситуациях можно рекомендовать прием препаратов растительного происхождения с седативным и транквилизирующим действиями (Персен, Ново-Пассит, Пассифит и др.), атипичные небензодиазепиновые транквилизаторы (Афобазол, Адаптол), растительные антидепрессанты (Деприм, Негрустин и др.).

Немедикаментозные методы терапии широко используются в лечении ГБН и могут быть рекомендованы всем пациентам. Важнейшим аспектом немедикаментозной терапии ГБН является информационная беседа. Пациенту необходимо сообщить о его диагнозе и доброкачественности заболевания, отсутствии органической патологии мозга, напри-

мер опухоли. Выявление триггеров, чаще всего это эмоциональный или физический стресс, нерегулярное или неправильное питание, чрезмерное потребление кофе или других кофеинсодержащих напитков, дегидратация, нарушение режима сна и бодрствования, недостаточная физическая активность; психологические особенности пациента также является частью когнитивно-поведенческой терапии. Избегание провоцирующих факторов и ситуаций снижает частоту развития приступов ГБН.

В качестве лечения ХГБН могут использоваться самые различные методики психо-поведенческой терапии. Наиболее изученными методами являются ЭМГ-биологическая обратная связь, когнитивно-поведенческая терапия и релаксационный тренинг, гипноз [7]. Физиотерапия также широко используется в лечении ГБН и включает массаж, мануальную терапию, ультразвуковую и электрическую стимуляцию, тепловую терапию, акупунктуру. При наличии патологии прикуса проводится ее коррекция. Рекомендованы активные стратегии преодоления боли,

в т. ч. занятия лечебной физкультурой, плаванием, умеренные физические нагрузки (прогулки на свежем воздухе, спортивные игры и т. д.). Для пациентов с ГБН эффективны различные методы релаксации – перерывы при длительной работе, массаж головы и шеи, теплые ванны, йога. Предотвратить развитие ГБН в случаях эмоционального напряжения пациентам поможет обучение дыхательным и релаксационным упражнениям. Инвазивные методики, такие как блокада большого затылочного нерва, не доказали эффективности в лечении ГБН [3].

Таким образом, стратегия лечения частой ЭГБН заключается в подборе эффективного средства купирования приступа головной боли и профилактике развития хронической ГБН, преимущественно немедикаментозной. В лечении хронической ГБН используют медикаментозные и немедикаментозные методы терапии, целью которых является снижение частоты дней с головной болью, при этом выбор лекарственного средства осуществляется с учетом коморбидного заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

- Алексеев В.В., Скоробогатых К.В., Евзиков Г.Ю. Головные боли при опухолях головного мозга // *Боль* 2005. № 2. С. 26–29.
- Международная классификация головных болей. 2-е издание. 2003. 380 с.
- Осипова В.В. Головная боль напряжения. М., 2009. 44 с.
- Осипова В.В. Головная боль напряжения: диагностика и терапия // *Вестник семейной медицины* 2010. № 2. С. 26–30.
- Стайнер Т.Д., Пемелера К., Йенсен Р., и др. Европейские принципы ведения пациентов с наиболее распространенными формами головной боли в общей практике. М., 2010. 56 с.
- Табеева Г.Р., Азимова Ю.Э. Новое в лечении эпизодической головной боли напряжения. *Medi.ru*
- Фокина Н.М. Лечение эпизодической головной боли напряжения у молодых людей // *Врач* 2007. Спец. вып. С. 55–56.
- Andlin-Sobocki P, Jonsson B, Wittchen HU, et al. Cost of disorders of the brain in Europe. *Eur J Neurol* 2005;12(1):1–27.
- Bendtsen L, Jensen R. Mirtazapine is effective in the prophylactic treatment of chronic tension-type headache. *Neurology* 2004;62:1706–11.
- Bendtsen L, Jensen R, Olesen J. A non-selective (amitriptyline), but not a selective (citalopram), serotonin reuptake inhibitor is effective in the prophylactic treatment of chronic tension-type headache. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1996;61:285–90.
- Chaudhary A, Gupta RL. Double blind, randomised, parallel, prospective, comparative, clinical evaluation of a combination of antispasmodic analgesic Diclofenac + Pitofenone + Fenpiverinium (Manyana vs Analgin + Pitofenone + Fenpiverinium (Baralgan)) in biliary, ureteric and intestinal colic. *J Indian Med Assoc* 1999;97:244–45.
- Diamond S, Balm TK, Freitag FG. Ibuprofen plus caffeine in the treatment of tension-type headache. *Clin Pharmacol Ther* 2000;68(3):312–9.
- Fogelholm R, Murros K. Tizanidine in chronic tension type headache: a placebo controlled double-blind crossover study. *Headache* 1992;32:509–13.
- Golhar KB, Gupta RL. Open labelled evaluation of injection Manyana (a combination of diclofenac + pitofenone + fenpiverinium) in ureteric, biliary and intestinal spasm – a preliminary report. *J Indian Med Assoc* 1999;97:398–400.
- Holroyd KA, O'Donnell FJ, Stensland M, et al. Management of chronic tension-type headache with tricyclic antidepressant medication, stress management therapy, and their combination: a randomized controlled trial. *JAMA* 2001;285:2208–15.
- Lampl C, Marecek S, May A, Bendtsen L. A prospective, open-label, long-term study of the efficacy and tolerability of topiramate in the prophylaxis of chronic tension-type headache. *Cephalalgia* 2006;26:1203–08.
- Lyngberg AC, Rasmussen BK, Jorgensen T, Jensen R. Has the prevalence of migraine and tension-type headache changed over a 12-year period? A Danish population survey. *Eur J Epidemiol* 2005;20:243–49.
- Lyngberg AC, Rasmussen BK, Jorgensen T, Jensen R. Prognosis of migraine and tension-type headache: a population-based follow-up study. *Neurology* 2005;65:580–85.
- Mathew N, Ashina M. Acute pharmacotherapy

- of tension-type headaches. In: Olesen J, Goadsby PJ, et al. *The Headaches*, 3rd ed. Philadelphia 2005:727–733.
20. Murros K, Kataja M, Hedman C, et al. Modified-release formulation of tizanidine in chronic tension-type headache. *Headache* 2000;40:633–37.
21. Packman B, Packman E, Doyle G, et al. Solubilized ibuprofen: evaluation of onset, relief, and safety of a novel formulation in the treatment of episodic tension-type headache. *Headache* 2000;40:561–67.
22. Rasmussen BK. Epidemiology of headache. *Cephalalgia* 1995;15:45–68.
23. Stovner L, Hagen K, Jensen R, et al. The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. *Cephalalgia* 2007;27:193–210.

Информация об авторах:

Азимова Юлия Эдвардовна – кандидат медицинских наук, научный сотрудник отдела неврологии и клинической нейрофизиологии НИЦ ГОУ ВПО “Первый МГМУ им. И.М. Сеченова”.

Тел. 8 (499) 248-69-44;

Табеева Гюзьяль Рафкатовна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая отделом неврологии и клинической нейрофизиологии НИЦ ГОУ ВПО “Первый МГМУ им. И.М. Сеченова”, президент

Российского общества изучения головной боли.

Тел. 8 (499) 248-69-44