

УДК 612.821

Н.Л. Старикова

ЭФФЕКТИВНОСТЬ БИОУПРАВЛЕНИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ АБУЗУСНОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ

Пермская государственная медицинская академия МЗ РФ

Головная боль, связанная со злоупотреблением лекарственными препаратами (абузусная головная боль – АГБ), занимая третье место по частоте после головной боли напряжения и мигрени, представляет собой значительную проблему во всех странах в связи с увеличением ассортимента анальгетических препаратов. Показано, что около 90% пациентов, страдающих головной болью, самостоятельно пользуются препаратами безрецептурного отпуска, тогда как лечение, назначенное специалистом, принимают всего около 50% больных [5]. Злоупотребление лекарственными препаратами, наряду с высокими уровнями тревоги и депрессии, считается одним из основных факторов хронизации головных болей [1]. Во второй редакции Международной классификации головных болей [7] АГБ выделена в самостоятельный раздел (8.2. Medication overuse headache), что дополнительно подчеркивает важность проблемы.

Ключевые слова: головная боль, биоуправление

Основными источниками абузусной головной боли (АГБ) считаются мигрень и головная боль напряжения, вызывающие у ряда пациентов неконтролируемое всё возрастающее употребление медикаментов. В качестве психологических особенностей больных АГБ отмечен высокий уровень агрессии, депрессивные расстройства, а также нарушения ночного сна [4]. Роль психологических факторов в хронизации головных болей предполагает целесообразность психотерапевтических методик в лечении хронических цефалгий [2, 3].

Методика. Нами обследованы 10 больных АГБ в возрасте 15–69 лет (средний возраст – 41,2 года). Группа включала 8 женщин и 2 мужчин, что соответствует данным литературы о более частом развитии АГБ у женщин [6]. Все пациенты получали лечение методом компьютерного биоуправления (миографическое биоуправление по миограмме фронтальной порции надчерепной мышцы с подключением температурного тренинга с 5-й процедуры), наряду с традиционной терапией АГБ (отмена анальгетиков и назначение замещающей терапии амитриптилином в дозе 75 мг в сутки). Количество сеансов биоуправления составило от 6 до 10 (в среднем – $8,4 \pm 1,66$ сеанса).

В качестве группы сравнения обследованы 12 пациентов с АГБ соответствующего пола и возраста, получавшие только традиционную терапию. У всех обследованных АГБ развилась на фоне первично существовавшей хронической головной боли напряжения. Все пациенты обследованы дважды – при первом обращении и на 20-й день после начала лечения. Диагноз устанавливался в соответствии с Международной классификацией головной боли (второе издание) [7]. Все обследованные злоупотребляли комбинированными анальгетиками и предъявляли жалобы на головную боль на протяжении более 15 дней в месяц с одной из соответствующих характеристик (двусторонняя локализация, давящий/сжимающий характер, легкая или средняя интенсивность), появившуюся (или значительно усилившуюся) за время злоупотребления анальгетиками. Всем пациентам основной группы и группы сравнения проводилось клинико-неврологическое обследование с подробным изучением характеристик цефалгии и вычислением индекса

головной боли (ИГБ), а также психологическое исследование с использованием опросников Бека, Спилбергера в модификации Ханина и Гетеборгского опросника качества жизни (GQI).

Результаты. Для обеих групп оказалась характерной высокая частота головных болей: количество “боле-вых” дней в неделю в среднем было равно $6,83 \pm 0,33$ у пациентов в группе, где использовалось биоуправление, и $5,75 \pm 0,80$ – у пациентов контрольной группы. Средняя продолжительность цефалгии в течение дня составила $15,66 \pm 3,42$ ч в первой группе сравнения; $14,92 \pm 4,20$ ч – во второй. Интенсивность головной боли в группах также существенно не различалась; по 10-балльной визуальной аналоговой шкале (ВАШ) она составила $5,33 \pm 1,20$ балла – у лиц, получавших температурно-миографический тренинг, и $6,42 \pm 1,01$ балла у пациентов, пользующихся только амитриптилином.

Обе группы отличались чрезвычайно высоким количеством принимаемых анальгетиков: в среднем $9,83 \pm 4,59$ и $11,42 \pm 4,82$ табл. в неделю, соответственно в первой группе и в контроле, причем показатель колебался от 5 до 36 табл. в неделю. Индекс головной боли в группе, получавшей лечение биоуправлением, составил в среднем $0,897 \pm 0,151$; с медикаментозным лечением – $1,123 \pm 0,439$.

С учетом несомненного значения эмоционально-личностных расстройств в патогенезе головных болей нами проведено исследование уровней тревоги и депрессии в обеих группах пациентов. Выяснилось, что у больных АГБ ситуативная тревожность по опроснику Спилбергера первой группы и в группе сравнения составила в среднем $45,16 \pm 8,44$ балла и $48,27 \pm 5,69$ балла соответственно. Конституциональная тревожность оказалась равной в среднем $55,50 \pm 10,36$ балла, а в группе сравнения – $55,91 \pm 4,56$ балла. Уровни депрессии по опроснику Бека составили в среднем $14,66 \pm 4,37$ балла в группе с биоуправлением и $13,08 \pm 4,35$ балла – в группе без такового.

С учетом всё возрастающего интереса к категории “качества жизни” [8] пациентам обеих групп было предложено ответить на вопросы Гетеборгского опросника

качества жизни (GQI). Количество баллов по GQI составило в среднем $37,20 \pm 9,88$ балла у больных первой группы и $39,45 \pm 5,95$ балла – у пациентов второй.

Подавляющее большинство пациентов обеих групп отметили клинический эффект лечения. При обследовании на 20-й день после начала терапии выявлено достоверное уменьшение среднего количества “болевых” дней в неделю до $3,33 \pm 1,09$ дня у пациентов первой группы (различие достоверно; $p < 0,05$) и $2,75 \pm 1,09$ дня – в группе сравнения ($p < 0,05$). Средняя длительность головной боли в течение суток уменьшилась до $7,00 \pm 0,87$ ч ($p < 0,05$); в группе сравнения также произошло сокращение продолжительности головной боли до $6,06 \pm 2,13$ ч (различие не достоверно).

Несмотря на проведенную с пациентами работу по разъяснению необходимости отмены анальгетиков, часть их продолжала эпизодически (при усилении головной боли) принимать препараты; вместе с тем количество принимаемых медикаментов значительно сократилось в обеих группах: в первой в среднем – до $1,00 \pm 1,24$ табл. в неделю, в группе сравнения – до $1,25 \pm 1,42$ табл. в неделю.

Интенсивность головной боли по 10-балльной ВАШ после лечения составила $4,16 \pm 1,38$ балла у пациентов в группе БОС и $4,12 \pm 1,30$ балла – у получавших амитриптилин.

Изначально высокие уровни ситуативной и конституциональной тревоги по опроснику Спилберга, несмотря на выраженный клинический эффект, не обнаружили достоверного снижения: в группе, в которой использовалось биоуправление, ситуативная тревожность после лечения составила в среднем $43,83 \pm 6,16$ балла, а конституциональная – $53,00 \pm 9,38$ балла. Аналогичные показатели у пациентов, получавших амитриптилин, оказались равными $45,71 \pm 5,02$ балла и $44,85 \pm 7,02$ балла соответственно. Показатель депрессии по опроснику Спилберга после лечения снизился до $11,60 \pm 4,06$ балла у больных в “группе биоуправления” и до $10,57 \pm 4,85$ балла – в контроле (различия не достоверны). Недостоверным оказалось и улучшение показателя качества жизни по Гетеборгскому опроснику: количество баллов по GQI уменьшилось до $35,80 \pm 9,32$ и до $31,17 \pm 4,62$ соответственно.

У пациентов после температурно-миографического тренинга выявлено высоко достоверное снижение индекса головной боли до $0,311 \pm 0,040$ у. е. (до лечения – $0,897 \pm 0,151$; $p < 0,001$). В группе сравнения ИГБ также

уменьшился до $0,309 \pm 0,089$ у. е., но это различие оказалось недостоверным.

Таким образом, в обеих группах достигнут значительный клинический эффект, выразившийся в уменьшении частоты и длительности головных болей и значительном сокращении количества принимаемых анальгетиков. Однако в группе пациентов, получавших лечение с помощью технологии компьютерного биоуправления, в отличие от контрольной, получены статистически достоверное снижение длительности головной боли и падение индекса головной боли – интегративного показателя, учитывающего все основные клинические характеристики цефалгии (её частоту, длительность, интенсивность и количество принимаемых медикаментов).

Таким образом, в проведенном исследовании компьютерное температурно-миографическое биоуправление показало себя достаточно эффективным в отношении сложной, терапевтически резистентной патологии – абוזусной головной боли.

ЛИТЕРАТУРА

1. Принципы терапии хронической ежедневной головной боли / В.В. Осипова, М.В. Рябус, О.А. Колосова, А.М. Вейн // Невролог. журн. 2001. № 4. С. 53–58.
2. Пузин М.Н. Биоуправление в терапии мигрени / М.Н. Пузин, О.С. Шубина // Биоуправление-4: теория и практика. Новосибирск, 2002. С. 259–269.
3. Пузин М.Н. Головная боль напряжения и биоуправление / М.Н. Пузин, О.С. Шубина // Биоуправление-4: теория и практика. Новосибирск, 2002. С. 270–278.
4. Яковлев О.Н. Психотерапия у пациентов с частыми приступами мигрени / О.Н. Яковлев, Е.Г. Филатова, А.М. Вейн // Журн. неврол. и психиатр. 2002. № 10. С. 46–51.
5. Andrasic F. Biofeedback treatment of recurrent headaches in children and adolescents / F. Andrasic, B. Larsson, L. Grazzi // Headache and Migraine in Childhood and Adolescence. London: Martin Dunitz, 2001.
6. Determinants of migraine-specific quality of life / N.C. Santanello, G. Davies, C. Allen, M. Kramer // Cephalalgia. 2002. Vol. 8. P. 680–5.
7. Edmeads J.G. Strategies for diagnosing and managing medication-induced headache / J.G. Edmeads, M.J. Gaweil, J. Vickers // Can Fam Physician. 1997. Jul. Vol. 43. P. 1249–54.
8. The International Classification Of Headache Disorders, 2nd Edition // Cephalalgia. 2004. Vol. 24. Suppl. 1. P. 22–24.