

ГОЛОВНАЯ БОЛЬ НАПРЯЖЕНИЯ И ГОЛОВНАЯ БОЛЬ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ЖЕНЩИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА: КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФЛУОКСЕТИНА

М. С. Сизова^{1*},
А. Е. Новиков², доктор медицинских наук

¹ Поликлиника ФКУЗ «МСЧ МВД РФ по Ивановской области», 153025, г. Иваново, просп. Ленина, д. 37

² ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, 153012, Россия, г. Иваново, Шереметевский просп., д. 8.

РЕЗЮМЕ Дана клиническая характеристика головной боли напряжения и головной боли при гипертонической болезни у женщин молодого возраста, определены общие признаки и особенности в развитии цефалгий. Проведена оценка эффективности приема флуоксетина у женщин в разных нозологических группах.

Ключевые слова: головная боль напряжения, антидепрессанты, женщины молодого возраста, гипертоническая болезнь.

* Ответственный за переписку (corresponding author): e-mail: sizovmb@yandex.ru.

По данным официальной статистики, головная боль – одна из наиболее частых жалоб пациентов не только в неврологической, но и в общемедицинской практике [3, 6, 8]. Распространенность головной боли напряжения (ГБН) в общей популяции составляет 42%, а доля пациентов, обратившихся за медицинской помощью, – только 3%. Существуют определенные трудности в диагностике первичных головных болей, что, видимо, связано со стереотипностью мышления врача, незнанием современных диагностических критериев первичных головных болей и малой информативностью дополнительных методов обследования [1, 6, 8, 9].

Гипертоническая болезнь в Российской Федерации тоже остается одним из самых распространенных заболеваний и ведущим фактором риска развития инсульта [7, 10, 11]. Очевидно, исследование головных болей при гипертонической болезни приобретает большое значение.

Имеющиеся научные данные о взаимосвязи хронизации головной боли, состояния исходного вегетативного тонуса, уровня тревожности и депрессии еще недостаточны. Противоречивы ре-

комендации по применению антидепрессантов. Так, препаратом выбора при хронической ГБН является amitриптилин [4, 14], но некоторые исследователи предлагают флуоксетин [5]. В связи с этим целью проведенного исследования явилось определение различий проявлений ГБН и головной боли при гипертонической болезни, маркеров хронизации цефалгии и эффективности флуоксетина.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Работа выполнена на базе поликлиники ФКУЗ «МСЧ МВД России по Ивановской области» и ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница». При постановке диагноза ГБН применялись диагностические критерии классификации Международного общества головной боли (International Headache Society), предложенной впервые в 1988 г. и переработанной в 2004 г. [16].

Диагноз ГБН основывался на анализе жалоб, данных анамнеза и объективного осмотра [3–5, 8, 9, 12, 15]. В исследовании участвовали 138 женщин в возрасте от 18 до 44 лет.

Sizova M. S., Novikov A. E.

STRAIN HEADACHE AND HEADACHE IN HYPERTENSIVE DISEASE IN YOUNG WOMEN: CLINICAL PECULIARITIES AND FLUOXETINE EFFICACY

ABSTRACT Clinical characteristics of strain headache and headache in hypertensive disease in young women were given, general signs and peculiarities in cephalgia development were determined. Fluoxetine administration efficacy was evaluated in different nosologic groups.

Key words: strain headache, antidepressants, young women, hypertensive disease.

В первую группу вошли 47 больных с головной болью при гипертонической болезни I–II стадии, во вторую группу включили 61 женщину с ГБН, они были разделены на 2 подгруппы в зависимости от формы течения: 41 пациент с эпизодической ГБН (ЭГБН) (67,21%) и 20 женщин с хронической ГБН (ХГБН) (32,79%). Группу контроля составили 30 практически здоровых женщин без гипертонической болезни и головной боли. Наблюдение, включая анализ медицинской документации – учетной формы № 025/у-04, проводилось в течение полутора-двух лет.

Тридцать (49%) женщин с ГБН имели депрессию и получали флуоксетин в дозе 20 мг один раз в сутки в течение полутора лет; 33 (70%) пациентки с гипертонической болезнью также имели признаки депрессии, и 19 (40%) из них получали флуоксетин по аналогичной схеме.

Для оценки психологического статуса использовалась госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) [5, 17]. Интенсивность головной боли определяли с помощью визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) [13]. Для оценки активности вегетативной нервной системы в группах исследования использовался опросник А. М. Вейна (1981) [2].

Результаты исследования оценивались с помощью программы «Statistica 6,0» (StatSoft, USA, 2001). Анализ вида распределения для всех показателей производился по критерию Шапиро – Уилка [10]. При нормальном распределении признаков использовались параметрические статистические методы (t-критерий Стьюдента). В остальных случаях применялись непараметрические методы (критерий Манна – Уитни). Для расчета корреляционных связей между признаками использовался критерий Спирмана.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Интенсивность головной боли, определяемой с помощью визуально-аналоговой шкалы (ВАШ),

возраст на момент осмотра, возраст дебюта головной боли, число болевых дней в месяц и давность головной боли статистически значимо не различались у женщин первой и второй групп. Не установлено статистически значимых различий между этими показателями при ЭГБН и гипертонической болезни, а также при ХГБН и гипертонической болезни (табл. 1).

Общими клиническими характеристиками ГБН явились их слабая интенсивность (1–3 балла по ВАШ), давяще-сжимающий (но не пульсирующий) характер и затылочно-лобная двусторонняя локализация (табл. 2). При гипертонической болезни головные боли отличались чаще умеренной и сильной (4–7 баллов по ВАШ) интенсивностью, пульсирующим и распирающим характером и двусторонней лобно-височной локализацией, что подтверждает общепринятые критерии диагностики [3, 4, 8, 9, 12].

На основании полученных данных выделены клинические различия видов цефалгий, что делает необходимым углубленный сбор анамнеза заболелания.

Оценивая головную боль разных нозологических групп, были выделены сопутствующие нарушения. Астеноневротический синдром чаще встречался у женщин с ГБН (31%), а у женщин с гипертонической болезнью имел место в два раза реже (14,9%, $p < 0,05$). В подгруппе с ХГБН астеноневротический синдром выявлен у 55% женщин, а в группе с ЭГБН – у 19,5% ($p < 0,05$).

Эмоциональная лабильность отмечена у 49% женщин с ГБН и 76,6% – с головными болями на фоне гипертонической болезни. При ХГБН она отмечалась лишь в 30% случаев ($p < 0,05$), а при ЭГБН – в 58,5% ($p < 0,01$). Учитывая эти результаты, была проведена оценка уровня тревоги и депрессии с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) (табл. 3).

Таблица 1. Данные анамнеза при головной боли напряжения и головной боли при гипертонической болезни у женщин молодого возраста

Характеристика	Пациенты с ГБН		Пациенты с головными болями при гипертонической болезни (n = 47)
	ЭГБН (n = 41)	ХГБН (n = 20)	
Возраст на момент осмотра, годы	33,12 ± 5,97	38,25 ± 4,44	40,89 ± 2,82
Возраст дебюта головной боли, годы	30,97 ± 5,47	35,32 ± 4,25	39,07 ± 2,73
Число болевых дней в месяц	5,7 ± 2,5	18,5 ± 3,0*	9,38 ± 5,27
Интенсивность головной боли по ВАШ, баллы	3,46 ± 1,2	3,95 ± 1,10	5,60 ± 1,81
Давность головной боли, годы	2,38 ± 1,54	3,30 ± 1,83	1,97 ± 2,29

Примечание. Статистическая значимость различий между группой с ЭГБН и группой с ХГБН: * – $p < 0,01$.

Таблица 2. Характеристика головной боли напряжения и головной боли при гипертонической болезни у женщин молодого возраста

Характеристика	Число пациентов, %		
	с ЭГБН (n = 41)	с ХГБН (n = 20)	с головными болями при гипертонической болезни (n = 47)
Локализация головной боли:			
диффузная	19,5	40	38,3 ^{##}
лобно-височная	24,4	15	42,6 [^]
затылочно-лобная	41,5	30	6,4 [^] [^]
теменная	14,6	15	12,8
Латерализация головной боли:			
билатеральная	90,2	95	76,6 [^]
унилатеральная	9,8	5	23,4 [^]
Характер головной боли:			
пульсирующая	0	0	34 ^{##} ^{^^}
распирающая	7,3	15	27,7 [^]
режущая	0	0	14,9 [^] ^{^^}
сжимающая	68,3	60	17 ^{##} ^{^^}
давящая	24,4	25	0 [^] [^]
стреляющая	0	0	6,4
Интенсивность головной боли:			
слабая	68,3	35 [*]	12,8 [^]
умеренная	31,7	65 [*]	55,3 ^{##}
сильная	0	0	31,9 [^] ^{^^}

Примечание. Статистическая значимость различий между группой с ЭГБН и группой с ХГБН: * – $p < 0,05$; между группой с ЭГБН и группой с головными болями при гипертонической болезни: [^] – $p < 0,001$; ^{##} – $p < 0,05$; между группой с ХГБН и группой с головными болями при гипертонической болезни: [^] – $p < 0,05$; ^{^^} – $p < 0,01$.

Таблица 3. Оценка уровня тревоги и депрессии у женщин с различными вариантами головной боли

Показатель	Число пациентов, %			
	ЭГБН (n = 41)	ХГБН (n = 20)	Головные боли при гипертонической болезни (n = 47)	Контрольная группа (n = 30)
Тревога:				
отсутствует	63,4	25 ^{##}	29,8 ^{^^} ^{##}	70
субклинически выраженная	34,2	25	46,8	30
клинически выраженная	4,9	45 ^{##}	21,3 [^] ^{##}	0
Депрессия:				
отсутствует	65,9	25 ^{##}	34 ^{^^} ^{##}	70
субклинически выраженная	26,8	30	38,3	20
клинически выраженная	9,8	40 [^]	29,8 [^]	10

Примечание: Статистическая значимость различий между группой с ЭГБН и ХГБН: * – $p < 0,01$; между группой с ЭГБН и группой с головной болью при гипертонической болезни: [^] – $p < 0,05$, ^{^^} – $p < 0,01$, с контрольной группой: [^] – $p < 0,05$, ^{##} – $p < 0,01$, ^{###} – $p < 0,001$.

Нами установлено, что в группе женщин с ХГБН и в группе с головными болями при гипертонической болезни по сравнению с группой с ЭГБН и контрольной группой преобладают признаки как тревоги ($p < 0,01$), так и депрессии ($p < 0,05$). При этом не отмечено статистически значимых различий по психологическому статусу между пациентками с ЭГБН и контрольной группой, а также между женщинами с ХГБН и группой с головными болями при гипертонической болезни.

Установлена прямая умеренная корреляция между давностью ГБН и наличием тревоги и депрес-

сии ($r = 0,27$ и $r = 0,3$ соответственно). У женщин с ГБН обнаружена прямая умеренная корреляция между наличием длительных эпизодов головной боли и степенью выраженности тревоги и депрессии ($r = 0,45$). Подобная же картина наблюдалась, но только в отношении депрессии, в группе женщин с гипертонической болезнью ($r = 0,25$). Это подтверждает сведения о том, что хроническая головная боль и депрессия очень часто сочетаются [5], а для ЭГБН эта связь нехарактерна [1]. Следовательно, повышенный уровень тревоги и депрессии имеет прогностическое значение в

развитии цефалгий не только при ГБН, но и при гипертонической болезни, что делает необходимым определение психоэмоционального статуса для повышения качества диагностики при данной патологии.

При использовании опросника А. М. Вейна [2] были получены следующие результаты: у 66% женщин с ГБН преобладали признаки активности парасимпатического отдела вегетативной нервной системы, а признаки симпатикотонической направленности отмечались только у 34%. В группе женщин с головными болями при гипертонической болезни, наоборот, у 60% доминировали признаки симпатикотонии, а у 40% – признаки ваготонии. В контрольной группе несколько чаще наблюдалась ваготония (53%).

При анализе эффективности флуоксетина было установлено, что исчезновение цефалгии при приеме препарата наблюдалось как при ЭГБН и ХГБН, так и при миалгиях на фоне гипертонической болезни (соответственно 34, 40 и 40,4%, $p < 0,05$, $p < 0,05$, $p < 0,001$) (табл. 4). У 35% женщин с ХГБН происходило снижение выраженности головной боли ($p < 0,05$). Без приема флуоксетина у 36,5% женщин наступала трансформация эпизодической ГБН в хроническую ($p < 0,01$).

На фоне приема флуоксетина у двух пациенток с ЭГБН при наличии депрессии (из 15 человек) не получено положительного эффекта и головная боль перешла в хроническую форму (более 15 дней в месяц), еще 5 женщин из 15 уже через 1 год прекратили прием препарата по разным причинам, и ЭГБН также перешла в ХГБН. У 10 пациенток с ЭГБН без депрессии, не принимавших, соответственно, флуоксетин (из 26 женщин), ЭГБН перешла в ХГБН. В группе пациенток с гипертонической болезнью прием флуоксетина

не влиял на течение цефалгии: 33 (70%) женщины также имели депрессию, только 19 (40,4%) из них получали флуоксетин в аналогичной дозе.

Следовательно, независимо от формы головной боли у трети участниц исследования при назначении флуоксетина она исчезала или уменьшалась, а без применения препарата переходила в хроническую форму. Полученные нами результаты совпадают с данными Z. Walker с соавт. [14] в том, что положительный эффект флуоксетина обусловлен его исключительным влиянием на депрессию. Таким образом, при ГБН флуоксетин достаточно эффективен при условии длительного лечения.

ВЫВОДЫ

1. Эпизодическая и хроническая формы головной боли напряжения у женщин молодого возраста отличаются давяще-сжимающим характером, затылочно-лобной локализацией, слабой и умеренной интенсивностью, а головная боль при гипертонической болезни – умеренной и сильной интенсивностью, пульсирующим и распирающим характером, двусторонней височно-лобной локализацией.
2. По мере развития головной боли напряжения и прогрессирования гипертонической болезни у пациентов могут появляться признаки тревоги и депрессии, которые зависят от интенсивности цефалгии.
3. Длительное применение флуоксетина при головной боли напряжения и головной боли на фоне гипертонической болезни оказывает положительный эффект, особенно на возможность ее трансформации и признаки депрессии, но не снижает выраженности цефалгии у женщин с гипертонической болезнью.

Таблица 5. Эффективность лечения головной боли напряжения и головной боли при гипертонической болезни в зависимости от приема флуоксетина

Влияние на головную боль	На фоне приема флуоксетина						Без приема флуоксетина					
	ЭГБН (n = 21)		ХГБН (n = 16)		Головные боли при гипертонической болезни (n = 28)		ЭГБН (n = 20)		ХГБН (n = 4)		Головные боли при гипертонической болезни Б (n = 19)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Исчезновение	14	34	8	40	19	40,4	4	9,7	3	15	4	8,5
Уменьшение	4	9,8	7	35	7	14,9	1	2,4	1	5*	6	12,8
Сохранение	1	2,4	1	5	2	4,3	0	0	0	0	5	10,6
Хронизация	2	4,9	0	0	0	0	15	36,5**	0	0	4	8,5***

Примечание. Статистическая значимость различий между показателями принимавших и не принимавших флуоксетин: * – с ХГБН, ($p < 0,05$); ** – с ЭГБН ($p < 0,01$); *** – с головными болями при гипертонической болезни ($p < 0,05$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Болевые синдромы в неврологической практике / А. М. Вейн [и др.]. – М. : МЕДпресс, 1999. – С. 149–165.
2. Вейн, А. М. Вегетососудистая дистония / А. М. Вейн, А. Д. Соловьева, О. А. Колосова. – М. : Медицина, 1981. – 320 с.
3. Голубев, В. Л. Болевые синдромы в неврологической практике / В. Л. Голубев. – М. : Медпресс-информ, 2010. – С. 44, 126–129, 155–166.
4. Данилов, А. Б. Диагностика и лечение головной боли : рук-во для врачей общей практики, семейной медицины и других специальностей / А. Б. Данилов. – М., 2011. – 112 с.
5. Депрессия в неврологической практике / А. М. Вейн [и др.]. – М. : Мед. информ. аг-во, 2007. – 208 с.
6. Диагностика головных болей в России и странах постсоветского пространства: состояние проблемы и пути ее решения / В. В. Осипова [и др.] // *Анналы клин. и эксперим. неврологии*. – 2012. – № 6(2). – С. 16–21.
7. Диагностика и лечение артериальной гипертензии (Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертензии и Всероссийского научного общества кардиологов) / Е. И. Чазов [и др.] // *Системные гипертензии*. – 2010. – № 3. – С. 5–26.
8. Диагностика первичных и симптоматических форм хронической ежедневной головной боли / А. В. Амелин [и др.] // *Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. – 2011. – Т. 111, № 4. – С. 69–71.
9. Осипова, В. В. Головная боль напряжения / В. В. Осипова // *Неврология и нейрохирургия : клинические рекомендации* / под. ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, А. Б. Гехт. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – С. 83–96.
10. Реброва, О. Ю. Статистический анализ медицинских данных / О. Ю. Реброва. – М. : МедиаСфера, 2002. – 312 с.
11. Резистентная и неконтролируемая артериальная гипертензия в Российской Федерации: эпидемиологическая характеристика и подходы к лечению (Российский регистр неконтролируемой и резистентной артериальной гипертензии РЕГАТА «Резистентная Гипертензия АрТериАльная») / И. Е. Чазов [и др.] // *Кардиологический вестн.* – 2011. – Т. 6, № 1. – С. 40–48.
12. Яхно, Н. Н. Боль : рук-во для врачей и студентов / Н. Н. Яхно. – М. : Медпресс-информ, 2009. – С. 122–113, 144–151.
13. A Comparison of the Reproducibility and the Sensitivity to Change of Visual Analogue Scales, Borg Scales, and Likert Scales in Normal Subjects During Submaximal Exercise / S. Grant [et al.] // *Chest*. – 1999. – Vol. 116. – P. 1208–1217.
14. Antidepressant treatment of chronic tension-type headache: a comparison between fluoxetine and desipramine / Z. Walker [et al.] // *Headache*. – 1998. – Vol. 38 (7). – P. 523–528.
15. Goadsby, P. Chronic tension-type headache: where are we? / P. Goadsby // *Brain*. – 1999. – Vol. 122. – P. 1611–1612.
16. Headache Classification Committee of the International Headache Society: The international Classification of Headache Disorders. – 2th ed. // *Cefalgia*. – 2004. – Vol. 24 (Suppl. 1). – P. 1–160.
17. Zigmond, A. S. The Hospital Anxiety and Depression scale / A. S. Zigmond // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1983. – Vol. 67. – P. 361–370.