

Опыт применения препарата Тенотен детский при головных болях напряжения у подростков в сочетании с синдромом вегетативной дистонии

А.П. Рачин, А.А. Аверченкова

Смоленская государственная медицинская академия, г. Смоленск

Головная боль (ГБ) в детском возрасте является одной из наиболее сложных и актуальных проблем современной клинической медицины. Представляя собой наиболее распространенную жалобу, с которой сталкиваются в повседневной практике врачи неврологи и педиатры, цефалгия причиняет значительные страдания детям, нарушает их работоспособность, школьную успеваемость, социальную активность, сон и психологическую адаптацию.

Большинство успехов в изучении ГБ относятся к проблеме цефалгий взрослого населения. При этом исследования посвященные эпидемиологии, клиническим и патогенетическим особенностям ГБ у детей по-прежнему немногочисленны. Остаются не определенными вероятные предикторы, провоцирующие факторы и патогенетические механизмы возникновения и хронизации ГБ у детей. Незначительно изучено влияние хронической соматической патологии на клинические и психофизиологические особенности ГБ в детском возрасте. Учитывая данные обстоятельства, следует отнести эту патологию к разряду важных общемедицинских, социальных и экономических проблем.

В последнее время не вызывает сомнений, что головная боль напряжения (ГБН) чаще возникает у детей с определенными личностными особенностями и закрепляется под влиянием индивидуально значимых стрессирующих факторов. Следует отметить, что индивидуальная значимость этих факторов зависит от многих причин, но в первую очередь определяется особенностями воспитания и той социальной средой, в которой живет ребенок.

Очевидно, что семья формирует личностные особенности ребенка, а также участвует в развитии и поддержании головной боли, особенно ее хронических вариантов.

Для изучения возможного влияния семейного

стресса целесообразно проводить изолированный и совместный опросы детей, страдающих хронической ГБ и их родителей. Ребенок – это череда меняющихся мотивов поведения, и поэтому основной задачей врача является вызвать интерес у ребенка к существующей проблеме состояния его здоровья и переформировать интерпретацию его ощущений.

В возникновении ГБ у детей и подростков важна роль социальных факторов. Ребенок постоянно живет в рамках «общественного порицания» со стороны родителей, учителей, сверстников и т.д. Это состояние нарастает с возрастом, особенно когда ребенок начинает понимать, что он из неполной семьи или в семье недостаточно средств на питание, а одежда не соответствует современным запросам. Это может привести к социальной изоляции подростка, с концентрацией внимания на собственных ощущениях, в том числе на ГБ.

Кроме этого, существует категория общих заболеваний и состояний, которые могут быть коморбидны ГБ у детей и подростков. Это относится к синуситу, черепно-мозговой травме, проблеме зрения и ряду других, детальный анализ которых требует оценки, аналогично как сексуальный и лекарственный анамнез ребенка.

Жалобы на ГБ дети начинают описывать с 4-5 лет. ГБН в детском возрасте характеризуется двусторонними болями в лобно-височной или лобно-теменной областях, иногда с чувством давления на глаза. При этом боль носит стягивающий, сжимающий или давящий характер, имеет малую или среднюю интенсивность и не усиливается от физической нагрузки.

Диагностика основных вариантов ГБ как у взрослых, так и у детей, проводится в соответствии с классификацией 2-го пересмотра, принятой Международным обществом по проблеме головной боли (МОПГБ) в 2003 году.

При диагностике ГБН считается необходимым

проведение всестороннего обследования с учетом оценки жалоб ребенка, анамнеза ГБ, а также личностных характеристик. С этой целью, вместе с общеклиническим и неврологическим обследованием, целесообразно использовать психологические методы исследования.

При лечении эпизодической ГБН у детей и подростков, отдельные пароксизмы достаточно эффективно купируются приемом обычных анальгетиков: парацетамолом – 250-500 мг или ибупрофеном – 200-400 мг.

Однако «эксклюзивных» исследований по лечению ГБ у детей не проводилось. Тем не менее, в работе Е. Blanchard (1992) показано эффективное использование биологической обратной связи (БОС) и стратегии по удалению стресса.

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности и безопасности препарата Тенотен у детей, страдающих сочетанием головной боли напряжения с синдромом вегетативной дистонии.

Материал и методы исследования

В исследовании приняло участие 51 пациент (ср. возраст – 13,9 лет), учащиеся школы-интерната для детей-сирот, в т.ч. 25 мальчиков и 26 девочек, которым в ходе клинического и неврологического осмотров был выставлен диагноз «Головная боль напряжения» с подтвержденным синдромом вегетативной дистонии. Все пациенты были разделены на 2 группы: основная группа (n = 31) получала лечение Тенотеном детским по 1 таб. 3 раза в день. Контрольную группу (n = 20) составили пациенты, страдающие ГБН, которые находилась под наблюдением, без терапии Тенотеном детским. Для купирования эпизодов ГБН в контрольной группе применялось симптоматическое лечение – парацетамол, 500-1000 мг. Длительность лечения составила 4 недели.

Обследование включало: сбор и анализ анамнеза заболевания с использованием оригинального опросника особенностей ГБ, десятибалльную визуально-аналоговую шкалу с разделением боли по интенсивности, неврологическое и соматическое обследование, исследование особенностей личности: шкала Спилбергера-Ханина (психологические тесты личностной и реактивной тревожности), шкала депрессии Бека, комплексный болевой опросник, шкала А.М. Вейна и А.Д. Соловьевой для определения вегетативной дистонии, корректурная проба Бурдона для определения показателей внимания. Полученные данные обрабатывались методами описательной и сравнительной статистики при помощи параметрических критериев Стьюдента и Фишера или непараметрических показателей Вилькоксона и Колмогорова-Смирнова с использованием пакета статистических программ Statistica и SAS, версия 8,12 под Windows XP.

Результаты исследования

Сравнительный анализ клинической картины ГБН

По окончании исследования было отмечено, в процессе терапии Тенотеном детским, в группе пациентов страдающих сочетанием ГБН и синдромом

ТЕНОТЕН

ДЕТСКИЙ

спокойные дети - спокойные родители

- **Нормализует процессы активации торможения в нервной системе**
- **Оказывает успокаивающее и ноотропное действие**
- **Восстанавливает вегетативный гомеостаз**
- **Не вызывает сонливости и привыкания**

современный успокаивающий препарат с вегетотропным действием



materia  medica

ООО «НПФ «Материя Медика Холдинг»

Тел./факс (495) 684 - 43 - 33

Россия, 127473, г. Москва, 3 - ий Самотечный пер., дом 9

www.materiamedica.ru

Лицензия № 99-04-000422 от 10.12.07

вегетативной дистонии, отмечалась положительная динамика в виде снижения частоты жалоб на головную боль. Было отмечено уменьшение количества подростков в группах с жалобами на постоянную ГБН (с 9,7% до 6,5%) и ГБН с частотой 2 раза в неделю (с 22,6% до 16,1%). В то же время количество подростков с более редкими эпизодами ГБН возросло и составило: в группе с ГБН (1-2 раза в месяц) – 29%, а в группе с ГБН (1 раз в неделю) – 48% (рисунок 1).

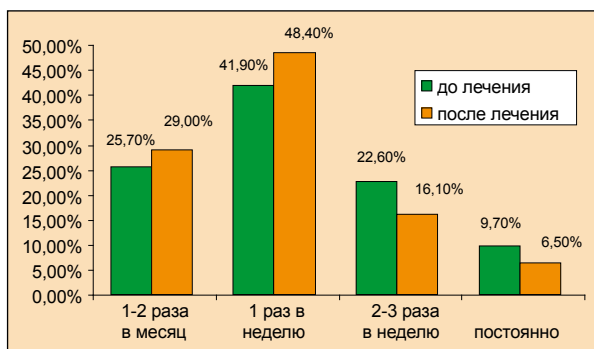


Рисунок 1. Динамика частоты ГБН на фоне приема Тенотена детского

В отличие от основной группы, в контрольной группе зарегистрирована отрицательная динамика: процент подростков, которые страдали ГБН в сочетании с СВД 1 раз в неделю, через 28 дней возрос с 35% до 50%, а частота хронической ГБН сохранилась неизменной и составила 15% (рисунок 2).

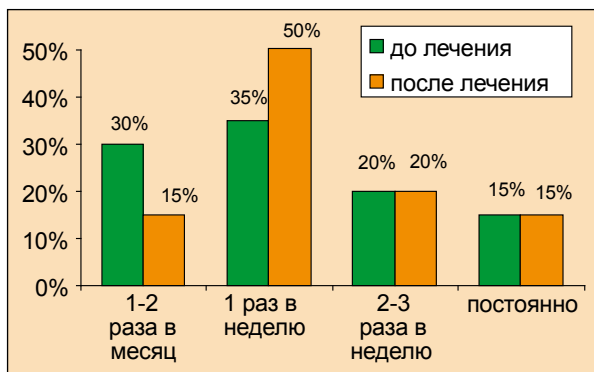


Рисунок 2. Динамика частоты ГБН в контрольной группе

Таким образом, в процессе терапии пациентов, страдающих сочетанием ГБН и СВД, показано, что прием препарата Тенотен детский через 28 дней уменьшает частоту жалоб на ГБН.

При определении вегетативной дистонии по шкале Вейна были получены следующие результаты: до начала лечения в основной и контрольной группе количество баллов статистически не различалось и составило соответственно 25,4 и 24,9 баллов. По окончании лечения (рисунок 3) в группе, получавшей Тенотен детский, выраженность вегетативной дистонии снизилась до 20,8 баллов, в то время как в контрольной группе практически не изменилась (24,1 балл).

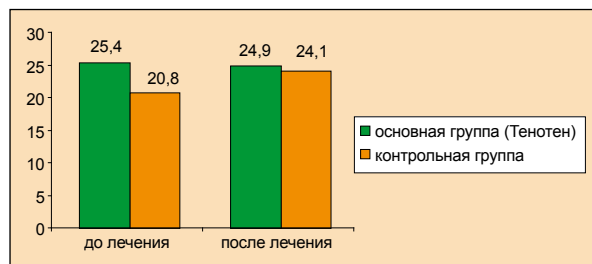


Рисунок 3. Динамика показателей вегетативной дистонии по опроснику А.М. Вейна и А.Д. Соловьевой (в баллах)

При анализе вегетативных проявлений, сопровождающих ГБН, выяснилось, что в группе пациентов, принимающих Тенотен детский, частота встречаемости симптома тошнота в процессе лечения через 28 дней уменьшилось с 19,4% до 16,1%, в то время как у пациентов противоположной группы процент пациентов, у которых ГБН сопровождалась тошнотой увеличился с 20 до 25% (рисунок 4, 5).

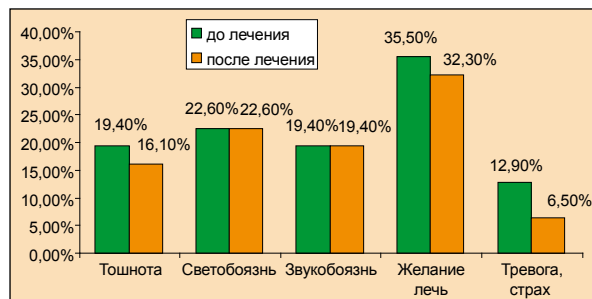


Рисунок 4. Динамика симптомов, сопровождающих ГБН на фоне приема Тенотена детского

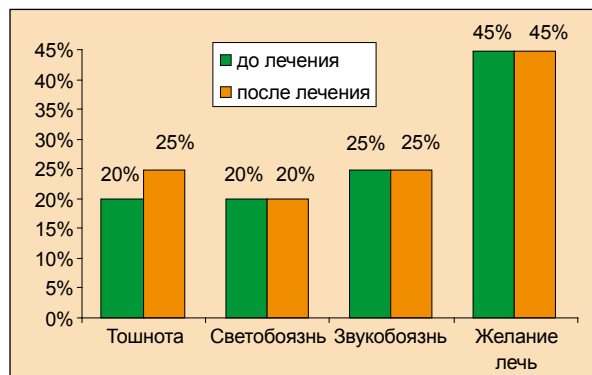


Рисунок 5. Динамика симптомов, сопровождающих ГБН в контрольной группе

Следует также отметить, что если в группе пациентов, не принимавших Тенотен детский, не отмечалась динамика такого сопровождающего симптома как желание лечь, то у подростков с ГБН на фоне приема Тенотена детского данный сопровождающий симптом уменьшился с 35,5 до 32,3% (рисунок 4, 5).

В ходе дальнейшего анализа выяснилось, что в группе пациентов, принимающих Тенотен детский

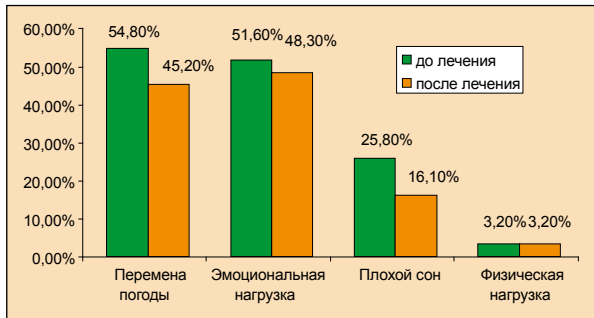


Рисунок 6. Динамика факторов, провоцирующих ГБН (группа лечения Тенотеном детским)

спустя 28 дней после лечения уменьшилась частота таких провоцирующих факторов как: эмоциональное напряжение – с 51,6% до 48,3%, перемена погоды – с 54,8% до 45,2% и плохой сон – с 25,8% до 16,1% (рисунок 6).

В отличие от основной группы, у пациентов контрольной группы, страдающих сочетанием ГБН и СВД подобной динамики не отмечалось. Напротив, через 28 дней наблюдения возрос процент следующих провоцирующих ГБН факторов: физическая нагрузка – с 5% до 10% и эмоциональная нагрузка с 35% до 40% (рисунок 7).

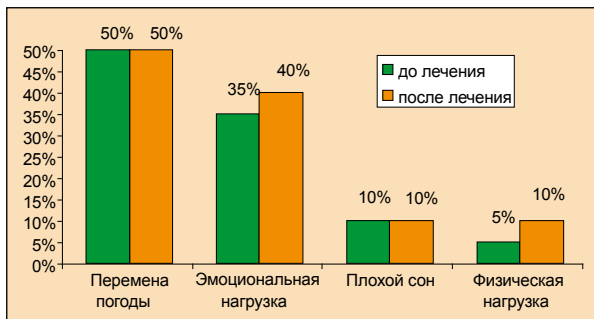


Рисунок 7. Динамика симптомов, провоцирующих ГБН (контрольная группа)

Таким образом, в процессе наблюдения пациентов, страдающих сочетанием ГБН и СВД показано, что прием препарата Тенотен детский через 28 дней уменьшает частоту провоцирующих симптомов ГБН, в отличие от противоположной группы

Сравнительный анализ психологической картины ГБН

У всех подростков с ГБ был отмечен повышенный уровень тревожности. Оценивались показатели реактивной и личностной тревожности по шкале Спилбергера-Ханина. До начала лечения в основной группе показатели реактивной тревожности составили 46,3 балла, а личностной – 46,7 баллов. По окончании лечения отмечалась положительная динамика в виде уменьшения показателей реактивной тревожности до 40,2 балла, и личностной до 42,4 балла (рисунок 8).

В контрольной группе показатели тревожности практически не изменились: уровень реактивной тревожности с 44,3 баллов увеличился до 46,3 бал-

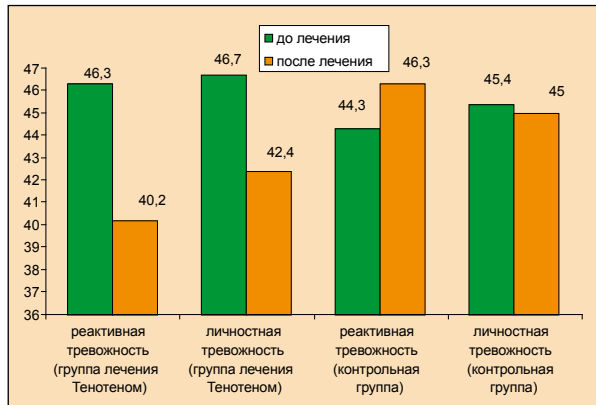


Рисунок 8. Динамика показателей тревожности по методикам Ч. Спилбергера и Ю.Ханина в основной и контрольной группах

лов, а уровень личностной тревожности уменьшился с 45,4 до 45 баллов.

При анализе психологических особенностей личности пациентов, страдающих сочетанием ГБН и СВД, выяснилось, что практически у всех подростков отмечался повышенный показатель депрессии (по шкале Бека). По окончании лечения была отмечена положительная динамика по регрессу депрессивной симптоматики в обеих группах, преимущественно в группе лечения Тенотеном детским ($20,6 \pm 2,80$ до $12,4 \pm 1,36$ баллов). В контрольной группе также отмечалось изменение показателя депрессии с $16,5 \pm 1,88$ до $14,7 \pm 0,89$ баллов (рисунок 9).

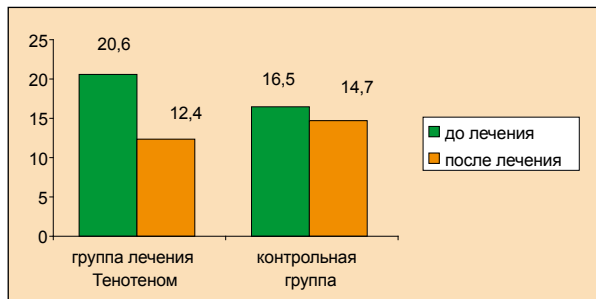


Рисунок 9. Динамика показателей депрессии по шкале Бека в основной и контрольной группах

При анализе ряда когнитивных функций с помощью корректурной пробы Бурдона, и в частности, концентрации и продуктивности внимания нами было показано, что в группе пациентов с ГБН, принимавших Тенотен детский в процессе терапии, статистически достоверно увеличивались показатели концентрации внимания (с $85,3 \pm 2,81$ до $92,4 \pm 1,23$ баллов) и продуктивности внимания (с $1019 \pm 34,24$ до $1114 \pm 23,4$ баллов), что отличалось от противоположной группы (концентрация внимания возросла с $83,7 \pm 2,33$, до $84,8 \pm 1,82$, а продуктивность внимания с $1001 \pm 31,83$ до $1070 \pm 28,17$ баллов) (рисунок 10, 11).

Выводы

У подростков, страдающих хроническими головными болями в сочетании с синдромом веге-

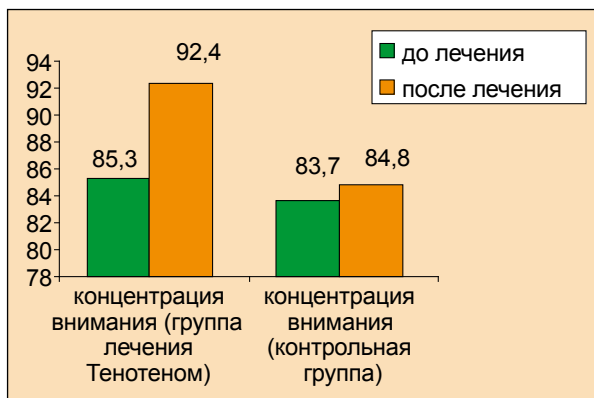


Рисунок 10. Динамика показателей концентрации внимания в сравниваемых группах

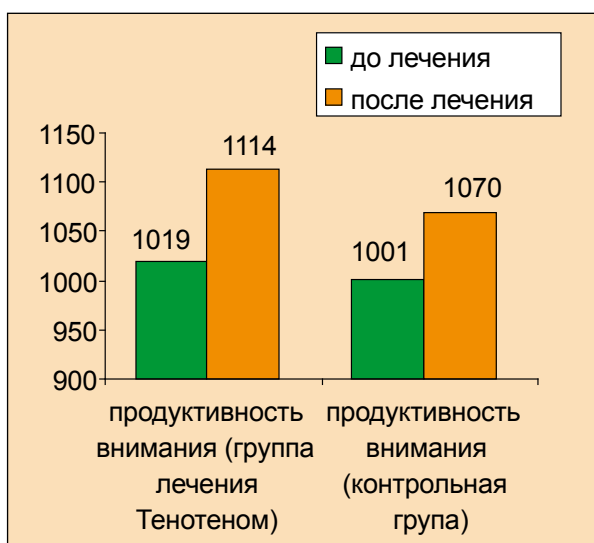



Рисунок 11. Динамика показателей продуктивности внимания в сравниваемых группах

тативной дистонии установлено повышение уровня тревоги и депрессии, а также снижение когнитивных показателей.

Проведенная 8-недельная терапия Тенотеном детским позволяет уменьшить частоту возникновения эпизодов головных болей (снизить частоту жалоб на постоянные ГБ), нивелировать сопутствующие вегетативные нарушения, а также повысить показатели когнитивных функций, а именно концентрацию и продуктивность внимания.

Подтвержденные противотревожное и антидепрессивное действия Тенотена детского способствуют восстановлению психоэмоционального состояния подростков с ГБН при сочетании с СВД и способствуют психологической адаптации таких пациентов в коллективе.

Таким образом, проведенное исследование продемонстрировало эффективность и безопасность применения Тенотена детского у детей с ГБН при сочетании с СВД (нежелательных явлений и аллергических реакций зарегистрировано не было). 

Литература

1. Горюнова А.В. Маслова О.И., Дыбунов А.Г. Первичная головная боль у детей // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2004; №5, с. 69-76.
2. Рачин А.П. Закономерности формирования хронической головной боли (клинико-психофизиологические и социальные факторы), оптимизация терапии, прогноз и профилактика // Дис. докт. мед. наук. Смоленск. 2007; с. 277.
3. Шварков С.Б., Талицкая О.Е. Характер головной боли у детей с вегетативной дисфункцией // Тезисы Российской научно-практической конференции «Организация медицинской помощи больным с болевыми синдромами». Новосибирск. 1997; с. 83-84.
4. Яхно Н.Н., Соколова Е.Д., Маневич Т.М. Хронические головные боли напряжения у детей и подростков – психосоматическое заболевание // Тезисы докладов Российской научно-практической конференции «Клинические и теоретические аспекты острой и хронической боли» Н. Новгород. 2003; с. 129-130.
5. Anttila P., Metsähonkala L., Helenius H., Sillanpää M. Predisposing and provoking factors in childhood headache // Headache. 2000 May; 40 (5): 351-6.
6. Balottin U., Termine C., Nicoli F., Quadrelli M., Ferrari-Ginevra O., Lanzi G. Idiopathic headache in children under six years of age: a follow-up study // Headache. 2005 Jun; 45 (6): 705-15.
7. Bugdayci R., Ozge A., Sasmaz T., Kurt A.O., Kaleagasi H., Karakelle A., Tezcan H., Siva A. Prevalence and factors affecting headache in Turkish schoolchildren // Pediatr Int. 2005 Jun; 47 (3): 316-22.
8. Carlsson J., Larsson B., Mark A. Psychosocial functioning in schoolchildren with recurrent headaches // Headache. 1996; V. 36: 77-82.
9. Iwasaki Y., Kinoshita M., Ikeda K., Takamiya K., Shiojima T. Thyroid function in patients with chronic headache // Int J Neurosci. 1991 Apr; 57 (3-4): 263-267.
10. Lerner A.J. Thyroid dysfunction and headache // J Headache Pain. 2006 Feb; 7 (1) :51-2. Epub 2006 Jan 17.
11. LeResche L., Mancl L.A., Drangsholt M.T., Saunders K., Korff M.V. Relationship of pain and symptoms to pubertal development in adolescents // Pain. 2005 Nov; 118 (1-2): 201-9. Epub 2005 Oct 5.
12. Ramchandani P.G., Hotopf M., Sandhu B., Stein A.; ALSPAC Study Team. The epidemiology of recurrent abdominal pain from 2 to 6 years of age: results of a large, population-based study // Pediatrics. 2005 Jul; 116(1): 46-50.
13. Wang S., Fuh J., Lu S., Liu C., Hsu L., Wang P., Liu H. Chronic daily headache in Chinese elderly: prevalence, risk factors, and biannual follow-up // Neurology. 2000; V.54: 314-319.
14. Wang S.J., Fuh J.L., Lu S.R., Juang K.D. Outcomes and predictors of chronic daily headache in adolescents: a 2-year longitudinal study // Neurology. 2007 Feb 20; 68 (8): 591-6. Epub 2006. Dec 20.