

# Торин (сертралин) в лечении тревожно-депрессивного синдрома при хронической ежедневной головной боли

Я.Б. Юдельсон, А.П. Рачин

Кафедра неврологии и психиатрии ФПК и ППС, Медицинская академия, Смоленск

Хроническая ежедневная головная боль (ХЕГБ) – одна из важных медицинских и социальных проблем. Этот тип головной боли (ГБ) является частой причиной временной нетрудоспособности, существенно снижает качество жизни пациентов [3].

Термин ХЕГБ объединяет различные варианты первичной ГБ, когда длительность болевых ощущений превышает 15 дней в месяц (180 дней в год), а продолжительность каждого эпизода составляет более 4-х часов. Ежедневная или почти ежедневная ГБ, как правило, является результатом трансформации мигрени или головной боли напряжения (ГБН) [4], нередко в результате злоупотребления анальгетиками [9]. Ей подвержено около 4 % населения, в т. ч. дети и подростки [6], но в основном болеют лица в возрасте 30–38 лет, при средней продолжительности страдания 12–15 лет. Чаще страдают женщины (муж/жен – 1/5) с высшим образованием (80 %) [1].

Изучение ХЕГБ привело к представлениям о том, что в её патогенезе (кроме злоупотребления анальгетиками) значительную роль играет формирование депрессии под влиянием отрицательных эмоций, как результат действия социальных факторов (в т. ч. ближнего окружения пациента) на фоне врожденных особенностей личности: истерический профиль, декомпенсированные акцентуации, высокий уровень личностной тревожности [5]. Это обусловило особый интерес к разработке методов лечения такого типа ГБ антидепрессантами, в т. ч. из группы СИОЗС [7, 11].

В структуре клинических проявлений ХЕГБ, кроме непосредственно ГБ, имеют место некоторые неврологические синдромы, такие, например, как постепенное углубление вегетативной дистонии, что приводит к оформлению кризовых эпизодов по типу панических атак. Частота коморбидных панических атак и клинически значимой депрессии при ХЕГБ достигает 91 % [8]. Включение в терапевтический комплекс эффективных антидепрессантов группы СИОЗС позволяет оптимизировать лечение этой категории больных [10].

Среди препаратов группы СИОЗС следует отметить торин (сертралин) производства ЗАО «Верофарм», Россия. Сертралин избирательно блокирует обратный захват серотонина пресинаптической мембраной, что обеспечивает повышение содержания этого нейромедиатора (ответственного за тимоаналептический и анксиолитический эффекты) в синаптической щели [8].

В терапевтических дозах торин не оказывает стимулирующего, седативного или антихолинергического действия, не обладает сродством к холинергическим, допаминергическим, адренергическим, гистаминергическим, ГАМК или бензодиазепиновым рецепторам. Антидепрессивный эффект торина отмечается к концу второй недели терапии, а максимальное клиническое действие – через 6 недель. Препарат не вызывает увеличение массы тела, психической или физической лекарственной зависимости.

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности и переносимости торина при лечении ХЕГБ, в т. ч. влияние на интенсивность и продолжительность ГБ, а также коморбидные панические расстройства. В открытом клиническом исследовании приняли участие 23 больных: 16 женщин и 7 мужчин в возрасте 35–40 лет, у которых на основании клинических критериев (рекомендации Международного Общества по проблеме ГБ, 2003) был установлен диагноз ХЕГБ. При этом подтверждено, что у 15 человек заболевание явилось следствием трансформации мигрени, а у 8 – ГБН, 11 больных страдали ХЕГБ с коморбидными паническими атаками.

Торин назначался в таблетках по 50 мг, один раз в сутки (утром) в течение одного месяца. До начала лечения и после его окончания использовали следующие методы исследования:

1. Клинико-неврологический осмотр, определение критериев первичного типа ГБ с учётом рекомендаций Международной классификации ГБ второго пересмотра 2003 г. [2]. Заполнялся дневник ГБ, интенсивность боли оценивали по ВАШ.
2. Вегетативный статус и состояние сна регистрировали в баллах по анкете разработанной А.М. Вейном и А.Д. Соловьёвой [1991].
3. Состояние эмоционально-аффективной сферы изучали с помощью теста Спилберга для выявления уровня личностной и реактивной тревоги.
4. Определение наличия и степени депрессии проводили по тесту Бека.
5. Применяли опросник «Качества жизни».

Статистический анализ осуществлялся в зависимости от распределения выборочной совокупности при помощи параметрических критериев Стьюдента и Фишера или непараметрических показателей Вилькоксона и Колмогорова-Смирнова с использованием пакета статистических программ Statistica.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

У пациентов, страдавших трансформированной мигренью, дебют основного заболевания наблюдался в возрасте 12–17 лет. Учащение мигренозных атак, усиление головной боли и увеличение длительности приступов происходило к 25–30 годам на фоне постепенного увеличения дозы принимаемых анальгетиков. К этому же времени, в промежутках между типичными мигренозными атаками, больные стали отмечать менее интенсивную (5–6 баллов по ВАШ), но длительную головную боль. Все пациенты могли четко дифференцировать сравнительно редкие мигренозные приступы (1–2 раза в месяц) и ежедневную (или почти ежедневную) билатеральную ГБ сдавливающего характера, которая не уменьшалась при приёме анальгетиков и вазоактивных препаратов, а иногда даже и усиливалась на фоне их действия.

К моменту обращения за помощью признаки ХЕГБ у этих больных были на протяжении 4–8 лет. У 8 человек на фоне переживания мигренозного приступа регистрировались панические атаки, ре-

| Таблица 1. Качество жизни у больных с ХЕГБ |                                                              |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| Показатели                                 | Оценка                                                       |
| Физическая активность (шкала 1)            | 75,0 ± 3,82 балла<br>значительно ограничена                  |
| Удовлетворение ситуацией (шкала 2)         | 77,7 ± 3,08 балла<br>скорее неудовлетворен, чем удовлетворен |
| Мнение о себе (шкала 3)                    | 64,5 ± 3,59 балла<br>достаточно низкая                       |
| Самооценка тревоги (шкала 4)               | 76,8 ± 3,32 балла<br>стал крайне тревожным                   |
| Виденье будущего (шкала 5)                 | 81,4 ± 2,11 балла<br>довольно сложные                        |
| Настроение (шкала 6)                       | 76,8 ± 3,18 балла<br>более часто ощущаю подавленность        |
| Отношения в семье (шкала 7)                | 75,0 ± 3,82 балла<br>явно испортились                        |
| Социальные контакты (шкала 8)              | 75,0 ± 3,82 балла<br>встречи стали значительно более редкими |

же они возникали без головной боли, в форме самостоятельных вегетативных кризов.

Пациенты с ГБН (8 человек) страдали эпизодами головной боли с детства (с 8–10 лет). К 18–20 годам жизни ГБ уже имела выраженные клинические признаки хронической ГБН, а с 30–36 лет стала почти ежедневной, меняющейся по интенсивности в пределах 4–7 баллов по ВАШ. Прогрессирование заболевания больные связывали, как правило, с рядом отрицательных жизненных событий, неудачами в лечении. Анализ амбулаторных карт показал, что все они принимали длительные повторные курсы вазоактивных препаратов, НПВП, нередко применялись гормональные средства, седативные и снотворные препараты из группы бензодиазепинов (вследствие жалоб на диссомнию). У 3 человек на момент обращения в качестве основной жалобы было наличие вегетативных кризов типа панических атак. Продолжительность заболевания ХЕГБ у этих пациентов составила от 4 до 10 лет.

Независимо от первичного типа ГБ (мигрени или ГБН) ХЕГБ характеризовалась умеренной и изменчивой во времени интенсивностью (4–7 баллов по ВАШ), нерезко выраженными сопутствующими симптомами преимущественно в форме головокружения, пульсации, фотофобии. На высоте ГБ больные предпочитали сделать перерыв в трудовой деятельности, уединиться или «отдохнуть». Однако, если обстоятельства не позволяли этого сделать, то могли продолжать работу, но в более медленном темпе, избегая дополнительных раздражителей.

При клинико-неврологическом обследовании у всех пациентов не выявлены симптомы органического поражения ЦНС. 10 больным проведена

МРТ головного мозга, при которой обнаружены признаки энцефалопатии в форме умеренно выраженной наружной гидроцефалии. При осмотре на высоте переживания ГБ у некоторых больных с ХЕГБ пальпаторно определялось повышение тонуса перикраниальной и мимической мускулатуры.

У всех обследованных пациентов обнаружены отклонения в вегетативном статусе. Выраженность синдрома вегетативной дистонии, включая признаки диссомнии, составила  $40,3 \pm 1,38$  баллов. Эмоционально-аффективные расстройства были представлены высоким уровнем реактивной ( $57,2 \pm 1,37$  баллов) и особенно личностной ( $71,2 \pm 1,12$  баллов) тревожности. Получены результаты, подтверждающие наличие у больных ХЕГБ клинически значимой депрессии ( $37,1 \pm 2,44$  балла). В соответствии с этими данными находились и показатели опросника «Качества жизни». Пациенты отметили значительное снижение круга интересов и возможностей (табл. 1).

Таким образом, до начала лечения у всех больных ХЕГБ имел место комплекс психо-вегетативных и эмоционально-аффективных симптомов, патогенетически связанных с переживанием ежедневной головной боли и неудачами (в т. ч. длительным приёмом анальгетиков) в стратегии её преодоления.

После завершения месячного курса лечения препаратом торин (50 мг, 1 раз в сут.) субъективно улучшение состояния отметили 22 человека. При этом 10 пациентов оценили лечебный эффект как «значительное улучшение» и 12 – как «улучшение». В соответствии с этим повысились показатели качества жизни больных (рис. 1).

Торин способствовал уменьшению интенсивности и продолжительности хронической ГБ, но в то же время у пациентов с мигренью он не повлиял на клинику характерных приступов мигрени, которые требовали дополнительного применения суматриптана. У пациентов, отметивших «значительное улучшение», ХЕГБ перешла в эпизодический вариант, а её интенсивность снизилась до 2–3 баллов. При «улучшении» головная боль сохранялась в течение 15–16 дней в месяц, но выраженность по ВАШ также снизилась до 2–3 баллов. Особенно важно отметить тот факт, что после лечения торин у пациентов исчезли коморбидные панические атаки.

После курса лечения у больных достоверно уменьшились клинические проявления синдрома вегетативной дистонии, реактивной тревожности и депрессии (рис. 2).

Переносимость Торина в целом была хорошей. Отдельные пациенты в начале лечения отмечали проходящие нежелательные симптомы: сухость во рту – 5 человек, снижение аппетита – 2 человека,

Рис. 1. Субъективная оценка больными ХЕГБ (баллы) ограничения качества жизни до и после лечения торин

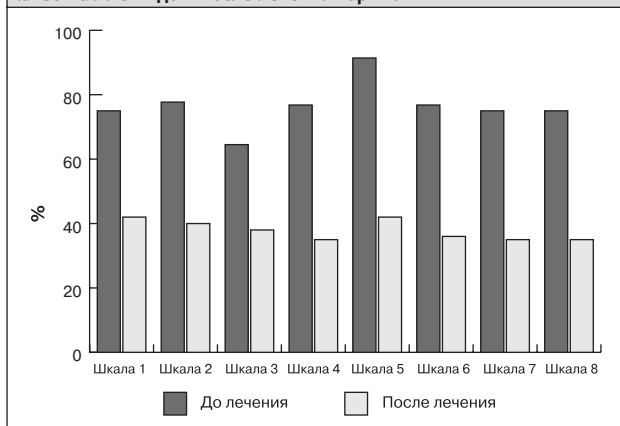
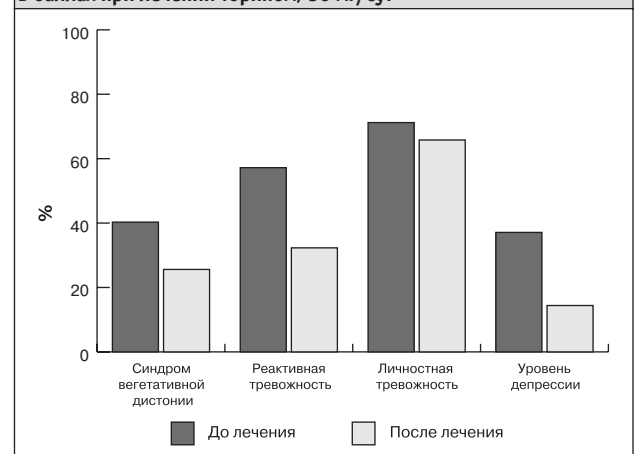
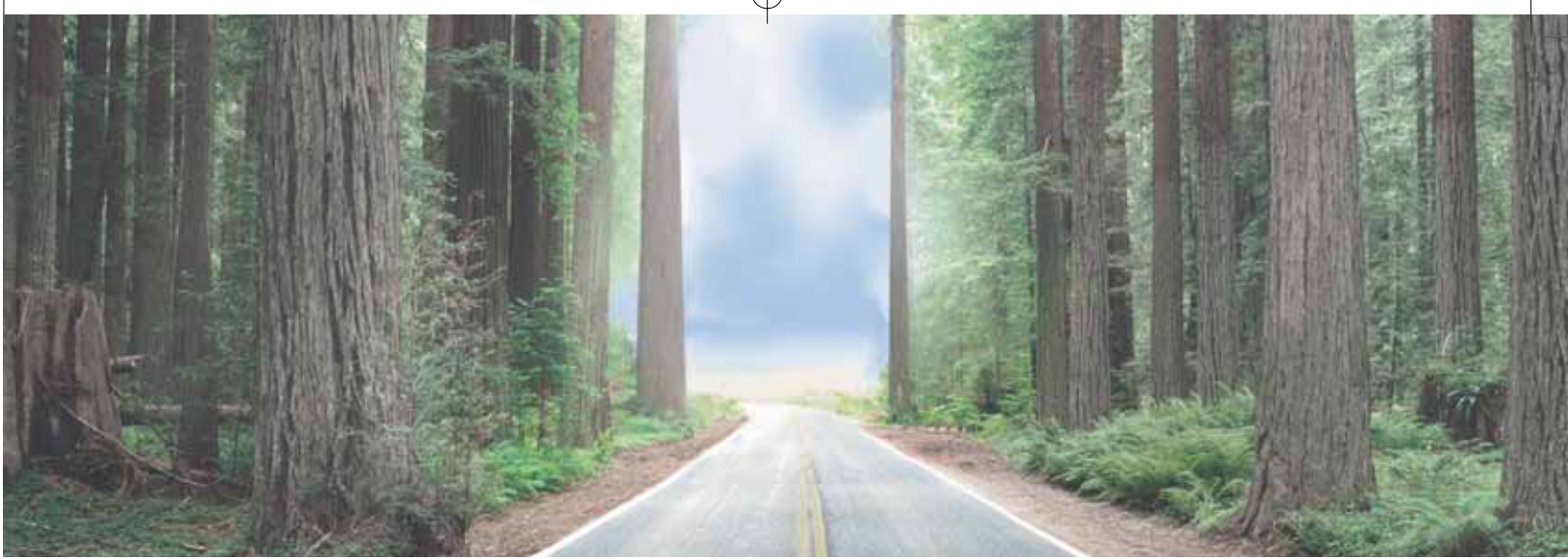


Рис. 2. Динамика показателей синдрома вегетативной дистонии, реактивной и личностной тревожности, уровня депрессии в баллах при лечении торин, 50 мг/сут





И снова на сердце  
легко и спокойно

veropharm  
**Торин**  
сертралин

- **Воздействует** на весь спектр депрессивных расстройств
- **Сбалансированный** антидепрессант с преобладанием противотревожного действия
- **Редуцирует** сопутствующий депрессии хронический болевой синдром
- **Эффективен** и безопасен при лечении депрессий позднего возраста



107023 Россия, Москва  
Барабанный переулок, 3

3, Barabanniy per.  
107023 Moscow, Russia

Tel: (495) 792-53-30  
Fax: (495) 792-53-28

E-mail: info@veropharm.ru  
www.veropharm.ru

головокружение – 2 человека, одышка – 1 человек. Эти явления не потребовали дополнительного лечения и в дальнейшем (после 1-й недели приёма препарата) прошли самостоятельно. У одной пациентки возникло выраженное субъективное чувство головокружения. Неврологический осмотр больной не выявил отклонений в объективном статусе, но она прекратила лечение самостоятельно.

**Выводы:**

1. Торин показан для лечения ХЕГБ, в т. ч. анальгетик-трансформированных вариантов мигрени и ГБН.

2. Лечение Торином приводит к уменьшению проявлений СВД и эмоционально-аффективных расстройств – симптомов, патогенетически связанных с процессом хронизации головной боли.

3. Приём Торина в дозе 50 мг/сут в течение месяца сопровождается уменьшением интенсивности и частоты эпизодов ХЕГБ, исчезновением коморбидных панических атак.

4. В дозе 50 мг/сут Торин хорошо переносится и не вызывает существенных нежелательных явлений.

**Литература**

1. Вейн А.М., Осипова В.В., Колосова О.А., Рябус М.В. Хроническая ежедневная головная боль // Неврологический журн. 2000; 2: 46–53.

2. Вознесенская Т.Г. Вторая редакция международной классификации головной боли (2003) // Неврологический журн. 2004; 2: 52–58.

3. Голубев В.Л., Данилов Ал.Б., Данилов А.Б., Вейн А.М. Психосоциальные факторы, гендер и боль // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2004; 11: 70–73.

4. Рачин А.П., Юдельсон Я.Б., К.А. Якунин. Трансформированная мигрень – одна из разновидностей хронической ежедневной головной боли. // Вестник Смоленской медицинской академии. 2004; 3: 33–36.

5. Рачин А.П., Юдельсон Я.Б. Хроническая ежедневная головная боль у детей. // Журн невр и психиатр им. С.С. Корсакова. 2005; 1: 83–85.

6. Филатова Е.Г. Лечение головной боли // Лечение нервных болезней. 2002; 2: 3–8.

7. Козырев В.Н., Зеленина Е.В., Лебедева О.И. Эффективность и переносимость препарата «Золофт» (сертралин) при терапии депрессий с коморбидными тревожно-фобическими расстройствами // Психиатрия и психофармакотерапия. 2004; 4: 6: 179–182.

8. Осипова В.В., Рябус М.В., Колосова О.А., Вейн А.М. Принципы терапии хронической ежедневной головной боли // Неврологический журн. 2001; 4: 53–58.

9. Попов М.Ю. Современные антидепрессанты: клинические перспективы нейрхимической селективности // Обучение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2004; 3: 5–8.

10. Яхно Н.Н., Парфенов В.А., Алексеев В.В. Головная боль. Москва, 2000; 150.

11. Mathew N. et. al. Transformed or evaluative migraine // Headache. 1987; 27: 102–106.