

ISSN 1997-7298

ЖУРНАЛ НЕВРОЛОГИИ И ПСИХИАТРИИ

ИМЕНИ С.С. КОРСАКОВА

Том 111



6'2011

Научно-практический журнал

К.Б. ТУРСУНОВА, Л.С. ЧУТКО

**Применение адаптола у пациентов
с хронической цервикогенной
головной болью**



МедиаСфера

Применение адаптола у пациентов с хронической цервикогенной головной болью

К.Б. ТУРСУНОВА, Л.С. ЧУТКО

Adaptol in the treatment of chronic cervicogenic headache

К.В. TURSUNOVA, L.S. CHUTKO

Поликлиника №51; Институт мозга человека РАН, Санкт-Петербург

Ключевые слова: хроническая цервикогенная головная боль, лечение, адаптол.

Key words: chronic cervicogenic headache, treatment, adaptol.

При высокой распространенности хронических вертеброгенных болевых синдромов у пациентов трудоспособного возраста проблема цервикокраниалгии занимает одно из ведущих мест. По данным Н. Andersson и соавт. [6], одной из наиболее частых локализаций болей скелетно-мышечной системы является шейно-затылочная область — 30,2%. Ведущими клиническими признаками цервикогенной головной боли являются: ее характер — «тупая» боль средней интенсивности; локализация в шейной и затылочной областях с иррадиацией в теменную область; возникновение утром (после сна); усиление боли при движениях, а также при вынужденных статических положениях головы и шеи [7].

Цервикогенная головная боль возникает при патологических изменениях в шейном отделе позвоночника дегенеративно-дистрофической природы (дистрофические процессы в дисках, нестабильность шейного отдела, унковертебральные артрозы), приводящих к компрессии или раздражению чувствительных корешков и симпатических нервов с последующим рефлекторным напряжением мышц шеи и затылочной области. Значимое место в происхождении цервикогенной головной боли занимает миофасциальная дисфункция с формированием локального мышечного спазма [4].

Цефалгия может сопровождаться тошнотой, фото- и фонофобией, звоном и шумом в ушах, временными нарушениями слуха, головокружением, часто иррадирует в орбиту, височную, затылочную области, надплечье и руку. Провоцирующими факторами могут быть резкие движения головой, неудобная поза, длительное изометрическое напряжение мышц шеи. Для цервикогенной головной боли характерна латерализация. Цервикокраниалгии сопровождаются ощущениями скованности шеи и тяжести в голове [6, 7].

Боль как длительный стресс-фактор инициирует каскад компенсаторных реакций, что в случае недостаточности приспособительных механизмов приводит к ее хронизации [2]. Порог болевой чувствительности, интенсив-

ность и переносимость боли в определенной степени зависят от особенностей личности и психического состояния пациента [4].

Учитывая вовлеченность в процесс формирования синдрома хронической боли ГАМКергических, адренергических и холинергических медиаторных систем, широкое применение в практике лечения данной патологии находят препараты из группы транквилизаторов. В настоящем исследовании для коррекции психоэмоционального статуса пациентов с хронической цервикокраниалгией применялся препарат адаптол. Данный препарат проявляет антагонистическую активность по отношению к возбуждающим адренергической и глутаматергической системам и усиливает функционирование тормозных серотонин- и ГАМКергических систем мозга [1, 3]. Обладая выраженным анксиолитическим и вегетостабилизирующим эффектом, адаптол не оказывает снотворного и миорелаксирующего действия, не влияет на координацию движений, что позволяет применять его у социально активных пациентов трудоспособного возраста [1, 5]. В клинической практике адаптол эффективно используется в том числе и в терапии болевых синдромов, например для лечения головных болей напряжения.

Цель настоящего исследования состояла в оценке эффективности адаптола при хронической цервикогенной головной боли.

Материал и методы

В исследование были включены 60 пациентов, 22 мужчины и 38 женщин, в возрасте 20—45 лет (средний — $38,0 \pm 2,8$ года) с хронической цервикогенной головной болью.

Длительность заболевания составила более 6 лет у 46% пациентов, 3—6 лет — у 32%, 1—3 года — у 22%.

Методом случайного выбора пациенты были разделены на 2 группы. Основную группу составили 30 пациен-

Динамика астенической симптоматики по MFI-20

Показатель	До лечения в обеих группах	После лечения	
		основная группа (n=30)	группа сравнения (n=30)
Общая астения	17,0±2,6	11,0±1,4** #	14,3±2,2*
Физическая астения	16,8±2,2	12,7±1,2*	13,1±2,6*
Пониженная активность	14,5±1,8	10,0±1,8** #	12,0±2,5*
Снижение мотивации	11,4±1,0	7,0±1,6* #	10,0±1,4
Психическая астения	13,2±1,2	6,0±0,56** #	11,7±1,8

Примечание. * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$ — достоверность различий с исходным показателем; # — $p < 0,05$; ## — $p < 0,01$ — достоверность различий показателя между группами после лечения.

тов, получавших традиционную противовоспалительную и нейрометаболическую терапию (нестероидный противовоспалительный препарат и нейромультивит) в сочетании с адаптолом — по 500 мг 2 раза в сутки непрерывным курсом продолжительностью 1 мес. Группу сравнения составили 30 пациентов, которые получали только традиционную терапию без адаптола.

Интенсивность боли отмечалась пациентами на визуально-аналоговой шкале (ВАШ) и измерялась в баллах, соответствующих длине шкалы «отсутствие боли — нестерпимая боль». Различали слабую интенсивность боли — до 3, среднюю — 3—6, сильную — 6—9, очень сильную — 9—10 баллов.

Психодиагностическое обследование пациентов проводилось с помощью шкалы тревоги Спилберга в обработке Ю.Л. Ханина (СТАИ). Для объективизации степени выраженности сопутствующих астенических расстройств и их динамики в процессе лечения использовалась субъективная шкала оценки астении (MFI-20) с 5 подшкалами.

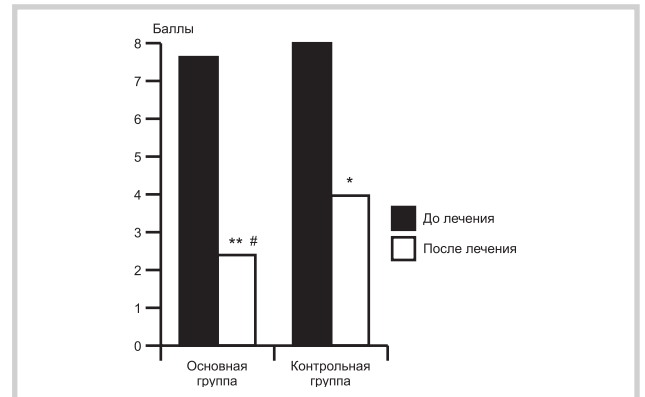
Результаты и обсуждение

Интенсивность болевого синдрома по ВАШ до лечения составила $7,3 \pm 2,2$ и $7,7 \pm 3,5$ балла в группах основной и сравнения соответственно, после лечения — $2,4 \pm 0,7$ и $4,2 \pm 1,5$ балла соответственно. Таким образом, интенсивность боли в основной группе снизилась на 68%, а в группе сравнения — на 46%, результаты лечения оказались достоверно ($p < 0,05$) лучше в основной группе (см. рисунок).

Показатель реактивной тревожности по СТАИ до лечения в основной группе составил $50,2 \pm 9,2$ балла, в группе сравнения — $48,5 \pm 9,4$ балла, а после лечения — $31,1 \pm 7,3$ и $41,4 \pm 8,8$ балла соответственно. По сравнению с исходным показателем у пациентов основной группы тревожность снизилась на 49%, а в группе сравнения — на 15%, достоверно ($p < 0,05$) лучшая динамика снова была выявлена в основной группе.

ЛИТЕРАТУРА

- Бурчинский С.Г. Фармакотерапевтические аспекты применения препарата адаптол. Ліки. Киев 2004; 5—6.
- Григорьева В.Н. Психосоматические аспекты нейрореабилитации. Хронические боли. Нижний Новгород: Изд-во Нижегород. гос. мед. акад. 2004; 420.
- Громов Л.А., Дудко Е.Т. «Типичные» и «атипичные» транквилизаторы. Вестн. фармакол. и фармации 2003; 10: 11—17.
- Иваничев Г.А. Миофасциальная боль: Монография. Казань 2007; 392.
- Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю., Никишена И.С. и др. Головные боли напряжения: клинико-психологические варианты и возможности терапии. Журн. неврол. и психиат. 2010; 4: 52—56.
- Andersson H., Ejlertsson G., Leden L., Rosenberg C. Chronic pain in geographically defined general population: studies of differences in age, gender, social class, and pain localization. Clin J Pain 1993; 9: 174—182.
- Sjaastad O., Fredriksen T.A., Pfaffenrath V. Cervicogenic headache: diagnostic criteria. Headache 1998; 38: 442—445.



Динамика интенсивности болевого синдрома по ВАШ.

* — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$ — достоверность различий с исходным показателем; # — $p < 0,05$.

Динамика астенической симптоматики по MFI-20 представлена в таблице. В группе пациентов, получавших адаптол, наблюдалось достоверное ($p < 0,05$) улучшение параметров по шкалам общей астении — на 36%, физической астении — на 25%, пониженной активности — на 32%, пониженной мотивации — на 37%, психической астении — на 54%. В группе сравнения эти изменения были менее значимы.

Полученные результаты позволяют говорить о том, что регресс симптоматики у пациентов с хронической цервикогенной головной болью связан не только с устранением болевого синдрома, но и с коррекцией имеющихся эмоциональных расстройств.

Таким образом, применение адаптола позволяет эффективно корректировать психологический статус пациентов, вызванный хронической болью, и способствует более быстрой социальной адаптации и реабилитации больных, страдающих хроническим болевым синдромом шейно-затылочной локализации.

АДАПТОЛ®

Таблетки 300 мг № 20

Таблетки 500 мг № 20

Регистрационный номер: табл. 0,3 г № 20
№ UA/2785/01/02; табл. 0,5 г № 20 № UA/2785/01/01.

Химическое название:
(2,4,6,8-тетраметил-2,4,6,8-тетраазабицикло-(3,3,0)октандион-3,7).

Состав: действующее вещество – 1 таблетка содержит 300 мг Адаптола и 500 мг Адаптола.

Вспомогательные вещества: метилцеллюлоза, кальция стеарат.

Лекарственная форма: таблетки.

Фармакотерапевтическая группа: анксиолитики.

Код АТС N05B X.

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА. Адаптол® обладает умеренной транквилизирующей (анксиолитической) активностью, устраняет или ослабляет беспокойство, тревогу, страх, внутреннее эмоциональное напряжение и раздражительность. Транквилизирующий эффект препарата не сопровождается миорелаксацией и нарушением координации движений. На основании этого Адаптол® относят к дневным транквилизаторам. Снотворным эффектом не обладает, однако усиливает действие снотворных средств и улучшает сон при его нарушениях.

Адаптол® обладает антиоксидантной активностью, поэтому действует как мембраностабилизатор, адаптоген и церебропротектор при оксидантном стрессе разного генеза. В нейромедиаторном профиле действия Адаптола® присутствует дофаминопозитивный компонент. Препарат проявляет антагонистическую активность относительно возбуждения адренергической и глутаматергической систем и усиливает функционирование тормозных серотонин- и ГАМК-ергических механизмов мозга. Препарат обладает нормостеническими свойствами.

Адаптол® облегчает никотиновую абстиненцию. При пероральном приеме биодоступность составляет 77–80%. До 40% препарата связывается с эритроцитами; остальная часть – 60%, не связывается с белками крови и содержится в плазме в свободном виде, в связи с чем препарат без препятствий распространяется в организме и свободно проникает через мембраны. Максимальная концентрация в сыворотке крови достигается через 30 минут, высокий уровень сохраняется 3–4 часа, затем постепенно снижается. Препарат полностью выводится из организма с мочой в течение суток, не накапливается и не подвергается биохимическим воздействиям в организме.

ПОКАЗАНИЯ. Неврозы и невротоподобные состояния, сопровождающиеся раздражительностью, эмоциональной лабильностью, чувством тревоги и страха; для улучшения переносимости нейролептиков или транквилизаторов с целью устранения вызванных ими соматовегетативных и неврологических побочных эффектов; кардиалгии различного генеза (не связанные с ИБС); облегчает течение соматовегетативных проявлений при предменструальном синдроме и менопаузе.

Адаптол® показан как церебропротектор и адаптоген при эмоциональном и оксидантном стрессе различного генеза.

В составе комплексной терапии никотиновой зависимости как средство, уменьшающее тягу к курению.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. Повышенная чувствительность к Адаптолу® или к вспомогательным компонентам препарата. Детский возраст до 10 лет. Беременность. Период лактации.

НЕОБХОДИМЫЕ МЕРЫ ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ. Привыкание, зависимость и синдром отмены при применении Адаптола® не установлены. С осторожностью применяют при нарушении функций печени и почек, у больных с артериальной гипотензией.

ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ. Применение в период беременности или кормления грудью. Адаптол® хорошо проникает во все ткани и жидкости организма. Нет достаточных данных относительно применения препарата в период беременности и кормления грудью, поэтому его не рекомендуют назначать беременным и кормящим грудью.

Способность влиять на скорость реакции при управлении автотранспортными средствами или при работе с другими механизмами. Необходимо быть осторожным при управлении транспортными средствами, так как иногда применение препарата может привести к снижению артериального давления.

Дети. Применение препарата противопоказано детям до 10 лет.

СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ. Адаптол® принимают внутрь независимо от приема пищи. Взрослым назначают по 300 - 500 мг 2–3 раза в сутки. Максимальная разовая доза — 3 г, максимальная суточная — 10 г. Длительность курса лечения — от нескольких дней до 2–3 месяцев.

Детям в возрасте от 10 лет назначают таблетки по 500 или 300 мг, дозу определяет врач индивидуально, в среднем по 250 мг 1–3 раза в сутки.

Для лечения табачной зависимости препарат принимают по 500-1000 мг 3 раза в сутки ежедневно в течение 5–6 недель.

ПЕРЕДОЗИРОВКА. Адаптол® малотоксичен. При значительной передозировке возможно усиление побочных эффектов (аллергические реакции, диспептические расстройства, временное снижение артериального давления и температуры тела).

Лечение: необходимо провести общепринятые методы дезинтоксикации включая промывание желудка.

ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ. Обычно препарат переносится хорошо. Нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы: снижение АД. Нарушения со стороны ЖКТ: редко – диспептические нарушения. В таком случае необходимо снизить дозу препарата. Нарушения со стороны кожи и подкожной клетчатки: редко после приема в высоких дозах возможны аллергические реакции (сыпь, зуд, бронхоспазм). В случае аллергической реакции прием препарата прекращают. Общие нарушения: редко – гипотермия, слабость. При снижении АД и/или гипотермии (температура тела может снизиться на 1-1,5 °С) прием препарата прекращать не следует. АД и температура тела нормализуются самостоятельно.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С ДРУГИМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ. Адаптол® можно комбинировать с нейролептиками, транквилизаторами (бензодиазепиновыми), снотворными, антидепрессантами и психостимуляторами.

УСЛОВИЯ ХРАНЕНИЯ. Хранить в недоступном для детей, сухом месте, при температуре 15–25°С.

УПАКОВКА. По 10 таблеток в блистере, 2 блистера в упаковке.

УСЛОВИЯ ОТПУСКА ИЗ АПТЕК. Без рецепта.

ПРОИЗВОДИТЕЛЬ. АО «Олайнфарм», Латвия.



OLFA

Фармацевтический маркетинг и дистрибуция
тел. (044) 530-11-38 www.olfa.kiev.ua