

БОТУЛИНОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ

Л.Б. Завалий, С.С. Петриков, Г.Р. Рамазанов

НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗ г. Москвы, Москва, Российская Федерация

BOTULINUM TOXIN FOR THE TREATMENT OF CHRONIC HEADACHE

L.B. Zavalij, S.S. Petrikov, G.R. Ramazanov

N.V. Sklifosovsky Research Institute of Emergency Medicine of the Moscow Healthcare Department, Moscow, Russian Federation

РЕЗЮМЕ

Статья посвящена использованию ботулинотерапии в лечении хронической головной боли. Представлены 4 клинических наблюдения пациентов, обратившихся в «Клинику боли» НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского с хроническим выраженным цефалгическим синдромом различного генеза (мигрень, головная боль напряжения, дистония), который длительно не поддавался коррекции на амбулаторном этапе лечения. Отражена динамика болевого синдрома у пациентов с различными формами головной боли после лечения ботулиническим токсином типа А, свидетельствующая об эффективности использования метода ботулинотерапии у данной категории больных.

Ключевые слова:

головная боль, ботулотоксин.

ABSTRACT

The article deals with the use of botulinum toxin in the treatment of chronic headache. We present four clinical cases of patients who sought treatment in the "Pain Clinic" of N.V. Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine with a chronic severe cephalgic syndrome of different genesis (migraine, tension headache, dystonia), which had not responded to outpatient treatment for a long time. The paper shows the change of pain in patients with various forms of headache after treatment with botulinum toxin type A, indicating the effectiveness of the method in these patients.

Keywords:

headache, botulinum toxin.

Лечение головной боли является крайне актуальной проблемой современной неврологии. Согласно Международной классификации головной боли (2013), выделяют первичные (не связанные с другими заболеваниями), вторичные головные боли (симптоматические, связанные с другими заболеваниями) и болезненные краниальные нейропатии [1]. Наиболее часто на приеме у невролога оказываются больные с первичной головной болью — мигренью (11–22%) и головной болью напряжения (40–65%) [2]. Следует отметить, что при хронизации головной боли пациент вынужден принимать большое количество обезболивающих лекарственных препаратов, что вызывает развитие вторичной медикаментозно индуцированной головной боли (абузусной). Данная форма головной боли развивается в результате использования для купирования приступа или симптоматического лечения головной боли одного или более препаратов более 3 мес. Терапия медикаментозно индуцированной головной боли включает отказ от обезболивающего препарата, проведение дезинтоксикационного моста (назначение глюкокортикостероидов) и альтернативное обезболивание. В качестве альтернативного обезболивания наиболее часто предлагают препарат флупиртин (селективный активатор нейрональных K^+ -каналов), однако действие препарата недостаточно сильное, и пациент возвращается к приему препарата, вызывающего абузусную головную боль. Таким образом раз-

вивается порочный круг, разорвать который возможно только предложив пациенту новый метод лечения болевого синдрома. Одним из таких методов является ботулинотерапия.

Эффективность ботулотоксина типа А в лечении различных форм головной боли доказана в 57 клинических исследованиях, в которых приняли участие более 7500 пациентов с мигренью, головной болью напряжения, хронической ежедневной головной болью, цервикогенной головной болью и краниоцервикальными формами фокальных дистоний [3].

Схему введения ботулинического токсина типа А при головной боли выбирают после установления диагноза, руководствуясь данными анамнеза, объективного осмотра пациента и результатами дополнительных методов исследования. Существует методика «фиксированных точек», когда в строго определенных точки вводят установленную дозу препарата. Так, при лечении мигрени с типичными приступами выполняют 31 инъекцию препарата по 5 ЕД в каждую точку мышц головы и шеи [4]. Методику «следуя за болью» используют при лечении других форм головной боли в зависимости от ее локализации. Чаще всего используют комбинацию различных методик.

В НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского с 2015 г. организована «Клиника боли», куда обращаются пациенты с выраженным хроническим болевым синдромом, который не может быть купирован на

амбулаторном этапе лечения. Пациенты с жалобами на головную боль направляются на консультацию к неврологу, где после дообследования определяется тактика лечения, в том числе необходимость проведения ботулинотерапии.

С начала 2015 г. в «Клинику боли» за медицинской помощью обратились 6 пациентов с головной болью, которым было показано введение ботулинотоксина типа А, из них плановые повторные инъекции проведены 3 больным, остальные 3 пациента находятся под наблюдением до определения дальнейшей тактики лечения через 3 мес. Возраст больных составил 38 (32, 60) лет. Соотношение мужчины/женщины было 1/5. У одного больного диагностировали дистонию, у 4 — хроническую мигрень, еще у одного — головную боль напряжения. Для проведения ботулинотерапии использованы препараты Ксеомин (Мерц) и Ботокс (Аллерган).

Клиническое наблюдение № 1.

Пациентка Т., 40 лет, обратилась за медицинской помощью с жалобами на боль в правой половине лица, головы и шеи, с иррадиацией в правое плечо и руку, онемение правой руки. С рождения у пациентки установлен диагноз первичной цервикальной дистонии. Отмечается постоянный латерокапут (наклон головы) влево и тортикапут (поворот головы вокруг своей оси). В возрасте 4 мес начата терапия (физиолечение, массаж). К первому году жизни отмечали частичный регресс симптомов, однако сохранилась асимметрия лица и шеи (рис. 1).

В возрасте 12 лет в связи с синкопальными состояниями пациентке был установлен диагноз вегетососудистой дистонии, однако лечение не проводили. С 20 лет появились нечастые головные боли в правой височной области, усиливающиеся при повороте головы вправо. Со временем болевые ощущения распространились на правую половину лица (щека, зубы), волосистую часть головы, шеи, а также появилось чувство онемения правой половины лица. Приступы боли участились, стали провоцироваться поворотом головы вправо — перепадом температуры окружающей среды (носила одежду с горловиной, избегала переохлаждения), ветром, прикосновением. Больная проходила различные обследования, однако диагноз точно установлен не был. Проводили лечение большим количеством препаратов. Кратковременный положительный эффект достигался проведением новокаиновых блокад и внутритканевой электростимуляцией триггерных точек (зоны с ощутимыми узелками напряжения, расположенные в мышечных волокнах, при прикосновении или надавливании вызывающие неприятные ощущения, дискомфорт или боль). Остальные процедуры не сопровождались положительным эффектом или вызывали очередное обострение. Пациентке за год до обращения в «Клинику боли» выполнены инъекции препаратом ботулинотоксина типа А в мышцы головы и шеи с положительным эффектом до нескольких месяцев. При повторной процедуре через 6 мес желаемый эффект не был достигнут, в связи с чем от данного метода лечения предпочли воздержаться. Однако пациентка сообщила, что точки введения препарата в первом и втором случае отличались. В последние 7 лет больную беспокоила ноюще-жгущая боль справа (волосы, глаз, щека, зубы, шея, горло, рука), чувство онемения правой руки до анестезии, головокружения (иногда до невозможности встать с кровати), которые стали постоянными с разной степенью выраженности, появилась иррадиация в лопатку и межлопаточную область справа. Боль усиливалась в вечернее время и снижала качество жизни. Пациентка сравнивала боль с интенсивной

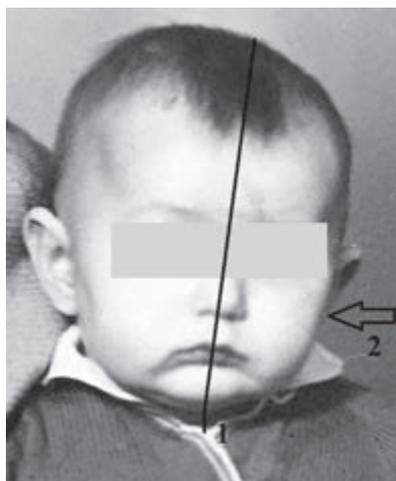


Рис. 1. Пациентка Т. в возрасте 2 лет. Диагноз: первичная цервикальная дистония. Отмечается латерокапут влево и тортикапут (1), объем левой половины лица меньше правой (2)

зубной болью и была обследована стоматологом, однако патологии в ротовой полости не обнаружили. Больная сообщила, что вела щадящий образ жизни — использовала ортопедические изделия, избегала переохлаждения, стрессовых ситуаций и физических нагрузок. Курсы консервативной терапии, которые проводили в различных стационарах, притупляли болевой синдром, однако через время боль возвращалась.

На момент консультации в «Клинике боли» пациентка принимала «Пенталгин Н» в неограниченном количестве. В неврологическом статусе отмечали асимметрию лица за счет сглаженности и меньшего объема левой половины лица, легкий наклон головы влево, левое надплечье было выше правого, дефанс трапециевидных мышц, более выраженный справа, определялось напряжение мышц лба, болезненность и напряжение при пальпации затылочных мышц и мышц шеи, больше справа, переходящая гипестезия по внутренней поверхности предплечья, безымянного пальца и мизинца (рис. 2). Установлен диагноз: правосторонняя гемикрания, правосторонняя цервикобрахиалгия. Младенческая первичная цервикальная дистония, латерокапут влево. Заднейшейный симпатический синдром с вестибулопатией по типу вертиго. Дисфункциональный мышечный синдром затылочной мышцы справа, полустистой мышцы головы, трапециевидной мышцы, ромбовидной мышцы справа.

С лечебной целью пациентке выполнены инъекции ботулинотоксина типа А 200 ЕД в мышцы головы и шеи по методике «следя за болью». Через месяц после проведения процедуры пациентка сообщила о значимом регрессе болевого синдрома, отмечала редкие приступы боли после стрессовых ситуаций и физических нагрузок, которые купировались приемом нестероидных противовоспалительных препаратов. Сообщила, что носит открытую одежду, посещает бассейн. Планирует повторную процедуру ботулинотерапии через 3 мес от момента введения препарата.

Клиническое наблюдение № 2.

Пациентка С., 30 лет, обратилась за медицинской помощью с жалобами на ежедневную головную боль в височной, лобной и затылочной областях давящего характера, усиливающуюся к вечеру или после эмоционального перенапряжения, ощущение «обруча» на голове. Цефалгии появились через год после рождения ребенка и сохранялись

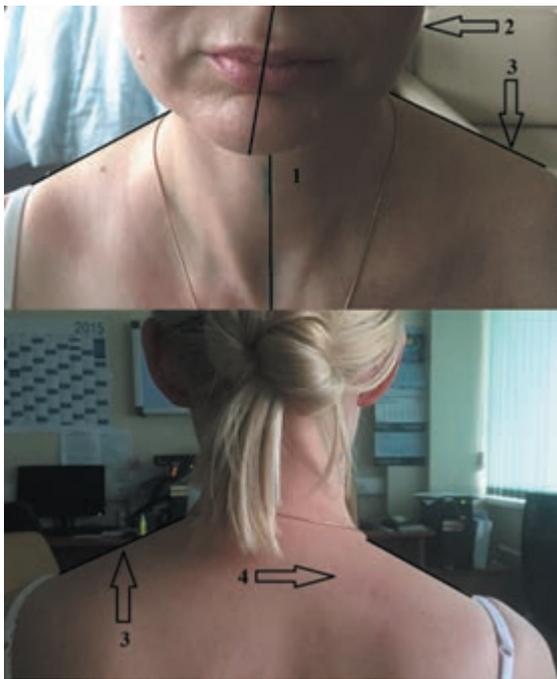


Рис. 2. Пациентка Т., возраст 40 лет. Диагноз: правосторонняя гемикрания, правосторонняя цервикобрахиалгия. Младенческая первичная цервикальная дистония, латерокапут влево. Отмечается наклон головы влево (1), асимметрия за счет сглаженности и меньшего объема левой половины лица (2), левое надплечье выше правого (3), дефанс трапециевидных мышц, более выраженный справа (4)

на протяжении 7 лет. Консервативная терапия без эффекта. Ежедневно принимала до 3 таблеток нестероидных противовоспалительных средств или ненаркотических анальгетиков. В неврологическом статусе наблюдался дефанс мышц шеи с двух сторон, мышц межлопаточной области, напряжение лобно-затылочных и височных мышц с двух сторон. Установлен диагноз: головная боль напряжения. С лечебной целью введено 165 ЕД ботулинического токсина типа А в мышцы головы и шеи по методике «следующая за болью». Начало положительного эффекта наблюдали к концу 2-й нед после проведения процедуры в виде смены постоянного цефалгического синдрома на приступообразный. Для удобства оценки эффективности процедуры мы определяли количество дней с и без головной боли в течение 30 сут. Через 2 мес после инъекции пациентка отмечала редкие ситуационно обусловленные приступы головной боли прежнего характера, которые купировались применением нестероидных противовоспалительных средств или препарата флупиртин (рис. 3). В связи с положительным эффектом от лечения через 3 мес от момента первой процедуры выполнена повторная инъекция ботулинического токсина типа А. Пациентка находится под наблюдением.

Клиническое наблюдение № 3.

Пациентка Г., 36 лет, обратилась за медицинской помощью с жалобами на головную боль с частотой до 20 сут в мес в правой или левой половине лица и головы. Боль локализовалась преимущественно в области глазного яблока, с иррадиацией в височную область, иногда в затылочную область, а интенсивность ее составляла 9–10 баллов по Визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Приступы сопровождалась светобоязнью, звукобоязнью, тошнотой, иногда рвотой. Продолжительность приступа достигала

3 сут. Головная боль беспокоила с 18 лет. Лекарственные препараты пациентка не принимала в связи с наличием заболевания почек – хроническим гломерулонефритом с изолированным мочевым синдромом, хронической почечной недостаточности I стадии. В неврологическом статусе определялся легкий дефанс трапециевидной мышцы. Установлен диагноз: хроническая мигрень. Проведена ботулинотерапия по методике «фиксированных точек»: одновременно выполнена 31 инъекция по 5 ЕД препарата в мышцы головы и шеи, дополнительно по методике «следующая за болью» в триггерные точки трапециевидных мышц с каждой стороны введено по 5 ЕД препарата. Через месяц после процедуры наблюдали положительную динамику в виде урежения приступов головной боли до 7–8 раз в мес, однако интенсивность болевого синдрома не изменилась (рис. 4). С учетом эффективности терапии через 3 мес выполнена повторная инъекция.

Клиническое наблюдение № 4.

Пациентка Н., 66 лет, обратилась за медицинской помощью с жалобами на ежедневную головную боль. Описывала три вида головной боли. Первый вид боли – в лобной области справа «сверлящего», иногда пульсирующего характера, с переходом в височную область справа и правый глаз. Второй вид боли – в височной области с двух сторон, преимущественно давящего характера с распространением по типу «шлем» продолжительностью более 15 сут в мес. Третий вид боли – интенсивная головная боль 1–2 раза в год с аурой в виде «молний» перед глазами. Заболевание протекало в течение 30 лет. Ежедневно с целью купирования болевого синдрома принимала до 6 таблеток препарата «Седалгин». В неврологическом статусе на момент осмотра определялось напряжение

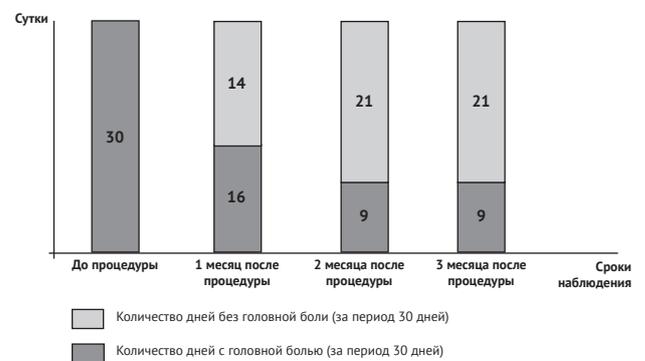


Рис. 3. Динамика выраженности головной боли у больной С. после введения ботулинического токсина типа А

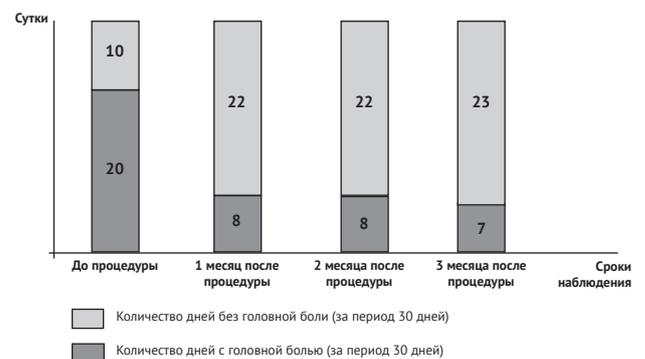


Рис. 4. Динамика выраженности головной боли у больной Г. после введения ботулинического токсина типа А

мышц лба, болезненность и напряжение при пальпации правой височной мышцы, дефанс мышц шеи, деформация позвоночника. Установлен диагноз: Хроническая мигрень. Абузусная головная боль. После проведения дезинтоксикационного моста по поводу абузусной головной боли пациентке предложена ботулинотерапия. По методике «фиксированных точек» одновременно выполнена 31 инъекция по 5 ЕД ботулинического токсина типа А в мышцы головы и шеи, дополнительно по методике «следуя за болью» в триггерные точки лобных мышц с каждой стороны введено по 5 ЕД препарата, височных мышц – по 10 ЕД. Через месяц после проведения инъекций пациентка отметила положительный эффект в виде снижения частоты боли до 11 приступов в месяц (рис. 5), а ее интенсивности с 6 до 5 баллов по ВАШ. Если болевой синдром не регрессировал самостоятельно, больная купировала его приемом нестероидных противовоспалительных препаратов. Она полностью отказалась от приема препарата «Седалгин». Через 3 мес от первой процедуры ботулинотерапии частота развития приступов составила 12 в мес с интенсивностью головной боли до 4 баллов по ВАШ (рис. 5). Выполнена повторная инъекция препарата, пациентка находится под наблюдением невролога.

Представленные выше наблюдения подтверждают эффективность ботулинотерапии при хроническом выраженном цефалгическом синдроме. Однако действие препарата может быть различно. У одних пациентов значительно снижается частота приступов головной боли при сохраняющейся интенсивности приступов,

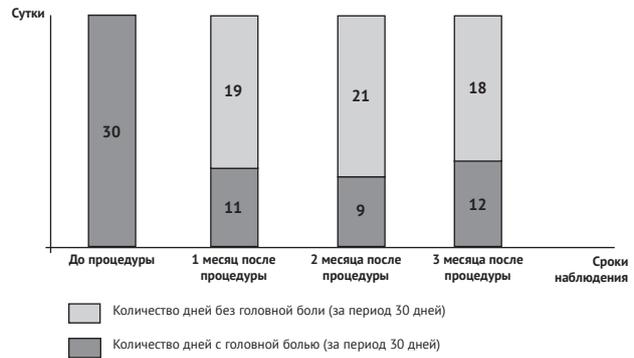


Рис. 5. Динамика выраженности головной боли у больной Н. после введения ботулинического токсина типа А

у других — уменьшается выраженность приступов, а у некоторых больных достигается стойкий регресс болевого синдрома до ситуационно обусловленного. Немаловажным является факт полного отказа пациентов от сильнодействующих обезболивающих препаратов, таких как «Пенталгин Н» (комбинация метамизола натрия, напроксена, кофеина, кодеина и фенobarбитала) и «Седалгин» (комбинация ацетилсалициловой кислоты, фенацетина, фенobarбитала, кофеина, кодеина). Важно отметить, что при помощи ботулинотерапии удается достичь основной цели лечения — значительно повысить качество жизни пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd ed. (beta version) // *Cephalalgia*. –2013. – Vol. 33, N. 9:– 629–808.
2. Осипова В.В. Диагностика головных болей в амбулаторной практике. Головная боль: сборник докладов. – М.: Издательство Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, 2013. – 68 с.

3. Артеменко А.Р., Орлова О.Р., Мингазова Л.Р. и др. Токсин ботулизма типа А в лечении болевых синдромов // *Русский медицинский журнал*. – 2008. – Т. 16, спец. вып. «Болевой синдром». – С. 40–44.
4. Deborah Tepper M.D. Onabotulinumtoxin A (Botox) // *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. – 2014. – Vol. 54, N. 4. – С. 787–788.

REFERENCES

1. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd ed. (beta version). *Cephalalgia*. 2013; 33 (9): 629–808.
2. Osipova V.V. *Diagnostika glavnykh boley v ambulatornoj praktike. Golovnaya bol': sbornik dokladov* [Diagnosis of headaches in the outpatient practice. Headache: a collection of papers]. Moscow: PMGMUim. I.M. Sechenova Publ., 2013. 68 p. (In Russian).

3. Artemenko A.R., Orlova O.R., Mingazova L.R. et al. Toksin botulizma tipa A v lechenii bolevykh sindromov [Botulinum toxin type A in the treatment of pain syndromes]. *Russkiy meditsinskiy zhurnal*. 2008; 16 (“Bolevoi sindrom”): 40–44. (In Russian).
4. Deborah Tepper M.D. Onabotulinumtoxin A (Botox). *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2014; 54 (4): 787–788.

Поступила 11.08.2015

Контактная информация:
Завалий Леся Богдановна,
 к.м.н., врач невролог неврологического
 отделения для больных с острым нарушением
 мозгового кровообращения
 НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗ г. Москвы
 e-mail: l.zav@bk.ru