

в день, значительно более эффективно при лечении дерматомикоза гладкой кожи и пахового дерматомикоза, чем применение кетоконазола крем 2%, наносимого 1 раз в день в течение 2 нед.

Оба препарата хорошо переносились. У тербинафина ДермГель™ более предпочтительные косметические характеристики, чем у кетоконазола. Побочные реакции типа контактного дерматита возникали редко; большинство из них (3/4) были в группе кетоконазола.

Литература

1. Gupta A., Sounder D., Shear N. Противогрибковые агенты: обзор. Часть 1 // J. Am. Acad. Dermatol. – 1994; 30: 677–98.
2. Clynton Y. Активность тербинафина in vitro // Clin. Exp. Dermatol. – 1989; 14: 101–3.
3. Villars V., Jones T. Клиническая эффективность и переносимость тербинафина (Ламизил). Новое местное и системное фунгицидное средство для лечения дерматомикозов // Clin. Exp. Dermatol. – 1989; 14: 124–127.
4. Zaias N., Sermon B., Cordero C. и др. Эффективность режима применения 1% крема тербинафина один раз в день в течение 1 недели при лечении пахового дерматомикоза и дерматомикоза гладкой кожи // J. Am. Acad. Dermatol. – 1993; 29: 646–648.
5. Evans E., Seaman R., James I. Кратковременное лечение 1% кремом тербинафина инфекций кожи, вызванных дерматофитами // Br. J. Dermatol. – 1994; 130:83–87.
6. Greer D., Jolly H. Местное лечение пахового дерматомикоза тербинафином // J. Am. Acad. Dermatol. – 1990; 23: 800–804.
7. Evans E. Местное лечение тербинафином (Ламизил) поверхностных микозов: Высокий процент излечения при кратковременном лечении // J. Dermatol. Treat. – 1998; 9 (1): 13–16.
8. Faergemann J., Zehender H., Boukhabza A. и др. Сравнение содержания тербинафина в роговом слое и в дерме-эпидерме (без рогового слоя) после местного или местного в сочетании с приемом внутрь лечения здоровых добровольцев // J. Eur. Acad. Derm. Vener. – 1995; 5 (1): 94 (abs. 016).
9. Faergemann J., Hersle K., Nordin P. Разноцветный лишай: клинический опыт применения крема ламизила и кожного геля ламизила // Dermatology. – 1997; 194 (1):19–21.
10. Lebowitz M., Hall M. Раствор (1%) и эмульсионный гель тербинафина: два новых препарата для лечения дерматомикоза стоп и дерматомикоза гладкой кожи/пахового в течение одной недели // Abstracts. World Congress of Dermatology. – Sydney, 1997: 5177.
11. Van Heerden J., Vismer H. Дерматомикоз гладкой кожи/паховый: Новые возможности лечения // Dermatology. – 1997; 194 (1): 14–18.
12. Gupta A., Shear N. Модернизация тербинафина // J. Am. Acad. Dermatol. – 1997; 37: 979–988.

COMPARATIVE STUDY OF 1% TERBINAFINE DERMGEL AND 2% KETOCONAZOLE CREAM IN THE TREATMENT OF TINEA CORPORIS AND TINEA CRURIS

A. Bonifaz, A. Saul, Mexico

An open, prospective, comparative, parallel-group study of 65 patients was conducted to evaluate the efficacy and safety of topical 1% terbinafine DermGel™ versus 2% ketoconazole cream in the treatment of tinea corporis and tinea cruris. One-week 1% terbinafine DermGel™ treatment for tinea corporis and tinea cruris was concluded to be significantly more effective than 2% ketoconazole cream in the treatment of tinea corporis and tinea cruris as regards clinical and mycological cure and treatment safety.

Key words: tinea corporis, tinea cruris, terbinafine DermGel™.

ВОЗМОЖНОСТИ И «МИШЕНИ» НО-ШПАЛГИНА В ЛЕЧЕНИИ ГОЛОВНОЙ БОЛИ

М. Корешкина¹, кандидат медицинских наук,

М. Пчелинцев², кандидат медицинских наук

¹Центр лечения головной боли Российско-финской клиники «Скандинавия», ²СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург

E-mail: apis@spmu.rssi.ru

Показана актуальность проблемы головной боли. Рассмотрены терапевтические подходы к лечению головной боли напряжения. Обсуждаются возможности и особенности использования комбинированного анальгетика Но-шпалгин (парацетамол+кодеин+дротаверин) в лечении эпизодической головной боли напряжения и вторичной головной боли.

Ключевые слова: головная боль, анальгетики, Но-шпалгин.

Болевой синдром — наиболее частая причина обращения за медицинской помощью в амбулаторной практике. Головные боли (ГБ) являются причиной снижения качества жизни пациентов, особенно в случае частых и ежедневных приступов. Более 95% жителей планеты испытывают ГБ хотя бы однократно в жизни; 46% взрослого населения имеют выраженные ГБ. Экономические потери от различных видов ГБ складываются из нескольких показателей: потеря рабочих дней, снижение эффективности на работе или учебе. В США совокупные потери от всех видов ГБ составляют 20 млрд долл. в год, снижая продуктивность экономики на 9%. В Европе подсчитали аналогичные потери только от мигрени, и они составили 27 млрд евро в год. Эти суммы аналогичны затратам на медицинское обеспечение и экономическим потерям от деменции и гораздо больше, чем совокупный экономический ущерб от таких заболеваний, как инсульты, эпилепсия и расстройства движения [14].

Международным обществом по изучению головной боли в 2004 г. была принята II Классификация головной боли. В этой классификации выделено 14 больших групп ГБ. Все ГБ можно подразделить на первичные, когда нет органической причины, и вторичные, обусловленные органическим поражением головного мозга или других органов и систем. Выделяют также краниальные невралгии и лицевые боли. На долю первичных ГБ приходится 95–98%, вторичные встречаются значительно реже — в 2–5% всех случаев.

Первичная ГБ представляет собой самостоятельное заболевание и носит доброкачественный характер [6]. К наиболее часто встречающимся первичным ГБ относятся ГБ напряжения (ГБН), мигрень и кластерная ГБ.

Наиболее сложная задача, стоящая перед врачом, — определить, первичная или вторичная ГБ у пациента. Это не всегда просто [1]. При первичной ГБ самый важный этап обследования — сбор анамнеза и выявление жалоб. Вторичный характер ГБ обычно подтверждают или исключают в ходе физического

и неврологического осмотра, а также с применением дополнительных методов исследования. При наличии нескольких видов ГБ точной диагностике помогает ведение пациентом дневника ГБ в течение месяца. В дневнике пациент отмечает время возникновения, продолжительность и характеристики ГБ, наличие сопутствующих симптомов. Дневник помогает врачу в постановке диагноза, позволяет объективно определить количество применяемых больным обезболивающих препаратов [16]. С помощью дневника пациент учится отличать один вид ГБ от другого. Дневник помогает выявить факторы, провоцирующие ГБ, оценить эффективность медикаментозного лечения.

Согласно эпидемиологическим популяционным исследованиям, ГБН – наиболее распространенная форма ГБ, а хроническая ГБН – один из наиболее сложных для лечения типов ГБ [15]. Ниже приведена классификация ГБН (МКГБ, 2-е издание, 2004) [10].

2.1. Нечастая эпизодическая ГБН

2.1.1. Нечастая эпизодическая ГБН, сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц.

2.1.2. Нечастая эпизодическая ГБН, не сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц.

2.2. Частая эпизодическая ГБН

2.2.1. Частая эпизодическая ГБН, сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц.

2.2.2. Частая эпизодическая ГБН, не сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц.

2.3. Хроническая ГБН

2.3.1. Хроническая ГБН, сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц.

2.3.2. Хроническая ГБН, не сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц.

2.4. Возможная ГБН

2.4.1. Возможная нечастая ГБН.

2.4.2. Возможная частая ГБН.

2.4.3. Возможная хроническая ГБН.

Диагноз ГБН в силу гетерогенности генеза заболевания ставится на основании исключения вторичных видов ГБ, а также такой первичной ГБ, как мигрень.

Этиология ГБН до конца неизвестна. К причинам ГБН относят: стрессовые ситуации, особенно хронический стресс, тревожные состояния; длительное напряжение мышц воротниковой зоны вследствие вынужденной позы (например, при работе за компьютером); недостаток отдыха, в том числе сна; различные проблемы шейного отдела позвоночника. Термин «напряжение» охватывает как психологическую, так и физиологическую составляющие данной проблемы.

Диагностические критерии нечастой эпизодической ГБН:

- по меньшей мере 10 эпизодов, возникающих с частотой <1 дня в месяц (<12 дней в год) и отвечающих критериям В–D;
- продолжительность ГБ от 30 мин до 7 дней;
- ГБ имеет, как минимум, 2 из следующих характеристик:
 - двусторонняя локализация;
 - сжимающий/давящий (непульсирующий) характер;
 - интенсивность боли от легкой до умеренной;
 - ГБ не усиливается от обычной физической нагрузки (например, ходьба, подъем по лестнице);
- оба симптома из нижелечисленных:
 - отсутствие тошноты или рвоты (возможно снижение аппетита)
 - только фотофобия или только фонофобия;
- ГБ не связана с другими причинами (нарушениями).

Патогенез ГБН многофакторный и существенно варьирует в зависимости от особенностей пациента. Повышение мышечной активности в миофасциальных триггерных точках [9] приводит к сенситизации периферических ноцицепторов, а при условии продолжения боли – и к центральной сенситизации – повышению возбудимости нейронов в центральной нервной системе (ЦНС) [11]. Периферические механизмы возникновения боли (миофасциальная ноцицепция) и центральные механизмы (сенситизация – неадекватный эндогенный контроль боли) взаимосвязаны.

Вид лечения зависит от типа ГБН: при эпизодической ГБН это – купирование приступов, при хронической – сочетание медикаментозных и немедикаментозных методов (рефлексотерапия, миорелаксация, психотерапия, лечебная физкультура).

В соответствии с международными стандартами в лечении ГБН применяются: обезболивающие препараты (опиоидные и неопиоидные анальгетики); нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП); местные обезболивающие средства; антидепрессанты, миорелаксанты, а также их сочетания и ряд других средств. Важно полностью купировать болевой синдром в случае нечастой ГБН, что позволяет избежать ее хронизации [5]. Симптоматическое лечение безрецептурными анальгетиками подходит для лечения эпизодической ГБН, возникающей не чаще 2 раз в неделю [4]. К этим препаратам относятся парацетамол и содержащие его комбинированные препараты.

Парацетамол и комбинированные препараты, содержащие парацетамол, применяются в мире уже несколько десятилетий. С 1963 г. препарат включен в Британскую фармакопею, и с тех пор широко используется в медицинской практике как болеутоляющее и жаропонижающее средство. В настоящее время только в Европе и Северной Америке потребляется до 24 млрд таблеток парацетамола ежегодно. Парацетамол практически не дает противовоспалительного эффекта и относится к группе ненаркотических анальгетиков, т.е. к препаратам, способным эффективно бороться с болью любого происхождения, не влияя на опиоидные структуры мозга. Считается, что выраженное анальгетическое действие препарата связано с его способностью накапливаться в ЦНС, головном и спинном мозге и снижать продукцию простагландинов вследствие ингибирования фермента циклооксигеназы (ЦОГ), который контролирует образование простагландинов из арахидоновой кислоты. Есть данные о том, что парацетамол может ингибировать особую изоформу ЦОГ – ЦОГ3, представленную преимущественно в ЦНС. Данный механизм может эффективно влиять на патогенез ГБН, значительно уменьшая ее интенсивность. В то же время ингибирующее действие препарата на функцию других изоформ ЦОГ (ЦОГ1 и ЦОГ2) во внутренних органах выражено крайне незначительно. Отсутствие эффекта в отношении ЦОГ1 во внутренних органах, в частности в желудочно-кишечном тракте (ЖКТ), определяет незначительные риски для ЖКТ при приеме парацетамола и парацетамолсодержащих препаратов и практическое отсутствие ulcerогенной активности. В отличие от ацетилсалициловой кислоты (АСК), НПВП и препаратов, их содержащих, парацетамол не вызывает желудочно-кишечных кровотечений и может применяться даже у больных с язвенной болезнью.

Безопасность парацетамола для ЖКТ продемонстрирована у амбулаторных пациентов, в том числе с ГБ, в исследовании PAIN [13]. По результатам исследования, парацетамол оказался значительно безопаснее АСК. В отличие от НПВП безопасен препарат и при сопутствующей сердечно-сосудистой патологии. Шведскими учеными показано, что длительный прием АСК и других НПВП сопровождается увеличением частоты госпитализаций больных с сердечной недостаточностью. В случае же применения парацетамола риск госпитализаций таких больных снижается [12]. Парацетамол признан препаратом выбора и в педиатрической практике, безопасен он и для беременных женщин (результаты исследования ALSPAC, в которое было включено 12 104 беременных).

Достаточно часто в составе комбинированных анальгетиков, выпускаемых как в России, так и за рубежом, применяется метамизол (анальгин). Между тем от использования этого лекарственного средства в чистом виде и(или) в составе комбинированных препаратов отказались более чем в 30 странах мира (Великобритания, Швеция, Норвегия, Германия, США, Канада и др.) [7]. Например, в состав баралгина и аналогичных ему по количественному и качественному составу препаратов (спазмолгон, максиган, баралган и др.) входит в качестве анальгетика именно метамизол по 500 мг в 1 таблетке или 50% раствор в ампуле. Препарат был разработан и предложен к клиническому применению немецкой компанией Хехст в 1921 г. Он и его аналоги очень популярны в России, а в самой Германии он не применяется с 1987 г. В ряде других стран метамизол и метамизолсодержащие препараты отпускаются в ограниченном количестве только по рецепту врача.

Тенденция к замене метамизола более безопасным парацетамолом прослеживается на примере изменения рецептуры препарата триган. Если первоначально этот комбинированный препарат был аналогичен баралгину и содержал метамизол, то в настоящее время выпускается его новая рецептура, в которой метамизол заменен парацетамолом. Отказ от использования метамизола и метамизолсодержащих препаратов связан с получением доказательных данных о их значимом и неблагоприятном влиянии на частоту развития агранулоцитозов и апластических анемий в популяциях людей, применяющих их. В 1980–1986 гг. в 8 медицинских центрах 7 стран было проведено независимое международное исследование (IAAAS – International agranulocytosis and aplastic anemia study) для оценки риска развития агранулоцитоза и апластической анемии на фоне использования метамизола. В результате была клинически доказана связь между применением метамизола и развитием названных угрожающих жизни заболеваний. В отличие от метамизола парацетамол не вызывает столь серьезных и частых осложнений со стороны системы крови.

Подчас ГБН носят настолько интенсивный характер, что обезболивающего эффекта только парацетамола может быть недостаточно. Поскольку центральная регуляция признается наиболее специфическим и надежным вариантом управления болью, парацетамол и другие ненаркотические анальгетики сочетают с анальгетиками центрального действия, что позволяет потенцировать обезболивающий эффект. В качестве анальгетика центрального действия используются слабые опиоиды. Слабым опиоидом, широко применяющимся на этапе амбулаторного лечения в комбинации с парацетамолом, стал кодеин. Обычно препарат

применяют в форме кодеина фосфата. Эффект кодеина связан с активацией опиатных рецепторов мю и каппа. Применение одновременно этих 2 компонентов в составе комбинированных средств позволяет реализовать принцип мультимодальной (разнонаправленной) анальгезии, рекомендованный специалистами ВОЗ для более эффективной борьбы как с острой, так и с хронической болью.

К числу известных и эффективных комбинированных обезболивающих препаратов относится Но-шпалгин. Действующие вещества, входящие в состав Но-шпалгина, эффективно действуют и на различные звенья патологического процесса, и на симптомы, типичные для ГБН. В состав препарата входят: парацетамол – 500 мг; кодеина фосфат – 8 мг; дротаверина гидрохлорид – 40 мг. Все компоненты, включенные в препарат, относятся к разным фармакологическим классам лекарственных веществ, имеют разнонаправленные, но взаимодополняющие механизмы действия и потенцируют эффект друг друга.

О преимуществах и целесообразности комбинации парацетамола и кодеина было сказано выше. Следует подчеркнуть, что, хотя кодеин относится к препаратам, действующим на опиатные структуры в небольших дозах, в том числе в дозе 8 мг, включенной в таблетку Но-шпалгина, связанные с его приемом нежелательные явления выражены незначительно и в такой дозе он разрешен для безрецептурного отпуска пациентам.

Третий компонент Но-шпалгина – известный миотропный спазмолитик дротаверин. Именно благодаря ему состав Но-шпалгина отличается от такового у аналогичных комбинированных анальгетиков. Дротаверин был введен в клиническую практику в 1961 г., когда венгерские исследователи Meszaros, Szentmiklosi и Czibula разработали и предложили для клинического применения гидрированное производное папаверина, получившее торговое название «но-шпа» (нет спазма). По механизму действия дротаверин является ингибитором фосфодиэстеразы IV типа [2, 3]. За долгие годы применения препарат получил заслуженное признание у пациентов и врачей нашей страны. Несомненно, что и сегодня препараты, относящиеся к группе миотропных спазмолитиков, – одни из самых востребованных в клинической практике и часто назначаются врачами разных специальностей по широким показаниям. Если механизмы действия парацетамола, кодеина и их сочетания определяют их эффективность в контексте патогенеза первичных ГБН, то в патогенезе вторичных ГБН важную роль могут играть ангиоспазм и(или) системное повышение АД. Ангиоспазм подчас сочетается с перивазальным воспалением. Предотвращая и ликвидируя спазм гладкой мускулатуры, дротаверин оказывает выраженное анальгетическое действие, одновременно нормализует функционирование сосуда (восстанавливает нормальный кровоток в головном мозге). Влияя на гладкомышечные клетки, дротаверин дает и другие фармакодинамические эффекты, расширяющие возможности его терапевтического использования при ГБН сосудистого генеза. Отмечено, что он уменьшает вязкость крови, агрегацию тромбоцитов и предотвращает тромбообразование. Имеются данные, что избирательное ингибирование фосфодиэстеразы IV типа обеспечивает его противоотечное действие. Потенцируя эффекты анальгетиков, дротаверин уменьшает риски потенциальных побочных эффектов кодеина. Известно, что опиаты могут через мю-2-опиатные рецеп-

торы оказывать констрикторные влияния на гладкомышечные сфинктеры и мускулатуру кишечника. При этом уменьшаются пропульсивные двигательные сокращения кишечника и усиливаются непропульсивные, развиваются запоры. Дротаверин нивелирует это действие кодеина в отношении гладкой мускулатуры внутренних органов, значительно повышая безопасность и переносимость препарата. Важно и то, что взаимодействие препаратов, входящих в Но-шпалгин, изучено и на уровне фармакокинетики. Негативных взаимовлияний, которые могли бы привести к ослаблению эффекта одного или нескольких компонентов препарата, не отмечено. Напротив, показано увеличение энтеральной биодоступности парацетамола и дротаверина, что способствует увеличению терапевтической эффективности этих компонентов Но-шпалгина. Таким образом, компоненты Но-шпалгина позволяют с успехом использовать его при ГБН и вторичных ГБ сосудистого генеза, при ГБ у пациентов с артериальной гипертензией.

Эффективность Но-шпалгина в лечении первичных ГБ продемонстрирована в исследовании [8].

У взрослых однократная доза препарата может достигать 2 таблеток (1,0 г парацетамола, 16 мг кодеина, 80 мг дротаверина). Обычная суточная доза препарата – 4 таблетки, но при выраженных болях она может увеличиваться до 6 таблеток в сутки, однако принимать препарат следует не более 3 дней.

Конечно же, несмотря на достаточно высокий уровень безопасности отдельных ингредиентов Но-шпалгина и безрецептурный статус препарата, врачам, фармацевтам и провизорам следует предостерегать пациентов от приема доз, превышающих рекомендованные. В случае применения препарата для лечения ГБ это особенно важно, чтобы не допустить абзусных ГБ, развивающихся вследствие передозировки, слишком частого, бесконтрольного приема обезболивающих средств. Превышение разовой или суточной дозы Но-шпалгина, а следовательно, и его ингредиентов может вызвать гепатотоксические реакции, связанные с воздействием парацетамола. Обычно гепатотоксические эффекты парацетамола у пациентов со здоровой печенью проявляются только при его многократной передозировке (более 10 г на разовый прием), т.е. для создания такой дозы больной должен принять 20 и более таблеток Но-шпалгина, что маловероятно. При значительной передозировке кодеина могут развиваться побочные эффекты, типичные для опиоидов – запор, снижение активности дыхательного центра. В рекомендуемых дозах препарат вызывает побочные эффекты достаточно редко. Таким образом, Но-шпалгин, несомненно, является эффективным и интересным по составу комплексным «анальгетиком» – спазмолитиком, что позволяет использовать его при широком круге показаний, в том числе для фармакотерапии ГБН и ГБ сосудистого генеза.

В заключение следует отметить, что при комплексном лечении ГБН большое значение придается немедикаментозным методам лечения: рефлексотерапии, методу био-

логической обратной связи, психотерапии и другим релаксационным методам. Очень важно включение в комплекс терапии лечебной физкультуры, в частности дозированной ходьбы, методов физиотерапевтического воздействия, в том числе бальнеологических процедур. Это способствует достижению положительного результата.

Литература

1. Амелин А.В., Богданова Ю.И., Корешкина М.И. и др. Диагностика первичных и симптоматических форм хронической ежедневной головной боли // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 2011; 111 (4): 89–72.
2. Белоусов Ю.Б. Но-шпа – классика спазмолитической терапии // Русск. мед. журн. – 2002; 10 (15): С. 669–673.
3. Белоусов Ю.Б., Леонова М.В. Клиническая фармакология Но-шпы: методическое пособие для врачей. – М., 2002. – 10 с.
4. Данилов А.Б. Диагностика и лечение головной боли: руководство для врачей общей практики, семейной медицины и других специальностей. – М., 2011. – 112 с.
5. Корешкина М.И. Специализированная помощь пациентам с головной болью. – М.: Практическая медицина, 2010. – С. 16–17.
6. Осипова В.В., Табеева Г.Р. Первичные головные боли: практическое руководство. – М.: ПАГРИ-Принт, 2007. – 60 с.
7. Письмо Всемирной организации здравоохранения от 18 октября 1991 г. № 68–89–3.
8. Соловьева А.Д., Акарачкова Е.С. Лечение первичных головных болей препаратом Но-Шпалгин // Лечащий врач. – 2004; 5: 76–78.
9. Cesar Fernandez-de-las-Penas, Hong-You Ge, Maria Luz Cuadros Bilateral Pressure Pain Sensitivity Mapping of the Temporalis Muscle in Chronic Tension-Type Headache. Headache // J. Head and Face Pain. – 2008; 48 (7): 1067–1075.
10. Classification of headache Classification Committee. International headache Society. The International classification of headache disorders, 2-nd edition. – Cephalalgia. – 2004; 24 (1): 1–160.
11. Fumal A., Shoenen J. Tension-type headache: current research and clinical management // Lancet neurology. – 2008; 7 (1): 70–83.
12. Merlo J., Broms K., Lindblad U. et al. Association of outpatient utilization of non-steroidal anti-inflammatory drugs and hospitalised heart failure in the entire Swedish population // Eur. J. Clin. Pharmacol. – 2001; 57: 71–75.
13. Moore N., Van Ganse E., Le Parc J-M. The PAIN Study: Paracetamol, Aspirin and Ibuprofen. New tolerability study // J. Clinical Drug Investigation. – 1999; 18 (2): 89–98.
14. Neurological Disorders – public health challenges. – World Health Organization, 2006. – P. 7–85.
15. Silberstein S., Lipton R., Dalessio D. Wolff's Headache And Other Head Pain. – Oxford University Press, 2001. – P. 238.
16. Tassorelli C., Sances G., Allena M. The usefulness and applicability of a basic headache diary before first consultation: results of a pilot study conducted in two centres // Cephalalgia. – 2008; 28: 1023–1030.

ABILITIES AND «AIMS» OF NO-SPALGIN IN TREATING HEADACHE

M. Koreshkina¹, MD PhD, M. Pchelintsev², MD PhD

¹Headache Center for treating headache in Russian-Finnish clinic «Scandinavia», St-Petersburg, ²State Medical University named after Pavlov I.P., St-Petersburg
The article shows the importance of headache issue. There are considered therapeutic approaches to treating tension type headache. Abilities and peculiarities of application for combined analgetic No-spalgin (acetaminophen, codeine, drotaverine hydrochloride) in treating occasional tension type headache and secondary headache.

Key words: headache, analgetics, No-spalgin.