



# Психологические и поведенческие характеристики пациентов с лекарственно-индуцированной головной болью

А.Э. Шагбазян<sup>1</sup>✉, Е.А. Гузий<sup>2</sup>, Г.Р. Табеева<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ООО «Правильное лечение»; Россия, г. Москва

<sup>2</sup> ФГАУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет); Россия, г. Москва

## РЕЗЮМЕ

**Цель исследования:** оценить характеристики пациентов с лекарственно-индуцированной головной болью (ЛИГБ) для дальнейшего их ведения.

**Дизайн:** проспективное исследование.

**Материалы и методы.** В течение 12 месяцев наблюдались 120 пациентов (12 мужчин и 108 женщин, средний возраст мужчин — 46,3 ± 3,54 года, женщин — 41,3 ± 9,5 года) с первичной головной болью и ЛИГБ. Участники в зависимости от диагноза были разделены на две группы: группа I (n = 44) — пациенты с хроническими формами первичной головной боли без ЛИГБ, группа II (n = 76) — больные с хроническими формами первичной головной боли и ЛИГБ. Пациенты заполняли специальные опросники для выявления их клинико-психологических характеристик.

**Результаты.** В исследовании проводилось сопоставление групп по частоте приема различных видов анальгетических препаратов. Пациенты с ЛИГБ принимали обезболивающие средства: нестероидные противовоспалительные препараты — 15 (19,7%), триптаны — 38 (50%), комбинированные препараты — 23 (30,3%) человека; 46 больных выбрали обезболивающий препарат или препараты на основании скорости эффекта, также предпочтительными характеристиками были доступность (n = 25) и полное купирование боли (n = 19). Большинство участников выбрали обезболивающие препараты по рекомендации врача, 44 (57,9%) пациента с ЛИГБ пробовали самостоятельно отменить их, но неудачно. У лиц с ЛИГБ наиболее частыми поведенческими стратегиями являлись прием обезболивающих средств для предотвращения головной боли из-за страха перед болью (34,2%); отказ от отмены препарата из-за боязни усиления боли даже при наличии побочных эффектов (22,4%); частая практика эскалации количества и дозы симптоматических средств в условиях катастрофизации боли (21,1%). Изучение клинико-психологических характеристик, эмоциональных и поведенческих особенностей исследуемых пациентов показало, что необходимо более детальное исследование этих факторов для разработки дальнейшего плана лечения.

**Заключение.** При ведении больных с ЛИГБ необходим комплексный подход к всестороннему анализу их физического и эмоционального функционирования. Выявленные клинико-психологические особенности пациентов с ЛИГБ показывают важность диалога между врачом и пациентом для повышения эффективности лечения. Значительную роль в профилактических мероприятиях играют образовательные программы, вносящие существенный вклад в оптимизацию терапии и повышение качества жизни больных.

**Ключевые слова:** лекарственно-индуцированная головная боль, хроническая ежедневная головная боль, мигрень, головная боль напряженности, поведенческие особенности пациентов с хронической головной болью, обучающие программы для пациентов с головными болями.

**Вклад авторов:** Шагбазян А.Э., Гузий Е.А. — разработка концепции исследования, написание статьи, утверждение рукописи для публикации; Табеева Г.Р. — разработка концепции исследования, написание статьи, проверка критически важного содержания, утверждение рукописи для публикации.

**Конфликт интересов:** авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

**Для цитирования:** Шагбазян А.Э., Гузий Е.А., Табеева Г.Р. Психологические и поведенческие характеристики пациентов с лекарственно-индуцированной головной болью. Доктор.Ру. 2022; 21(4): 6–12. DOI: 10.31550/1727-2378-2022-21-4-6-12



## Psychological and Behavioral Characteristics of Patients with Medication-Overuse Headache

A.E. Shagbazyan<sup>1</sup>✉, E.A. Guziy<sup>2</sup>, G.R. Tabeeva<sup>2</sup>

<sup>1</sup> LLC Right Treatment; 66 Perovskaya Str., build. 3, Moscow, Russian Federation 111394

<sup>2</sup> Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University); 11 Rossolimo Str., build. 1, Moscow, Russian Federation 119021

## ABSTRACT

**Study Objective:** To evaluate the characteristics of patients with medication-overuse headache (MOH) for their further treatment.

**Study Design:** Prospective study.

**Materials and Methods.** Within 12 months, 120 patients (12 men and 108 women, mean age of men — 46.3 ± 3.54 years, of women — 41.3 ± 9.5 years) with primary headache and MOH were followed up. Participants were divided into two groups depending on the diagnosis: group I (n = 44) — patients with chronic forms of primary headache without MOH, group II (n = 76) — patients with chronic forms of primary headache and MOH. The patients filled out special questionnaires for their characterization.

✉ Шагбазян Анаит Эдуардовна / Shagbazyan, A.E. — E-mail: sha-a\_89@mail.ru

**Study Results.** The study compared groups according to the frequency of taking various types of analgesic drugs. Patients with MOH took pain medications: non-steroidal anti-inflammatory drugs — 15 (19.7%), triptans — 38 (50%), combined drugs — 23 (30.3%); 46 patients chose analgesic drug/s based on the speed of effect, and the preferred characteristics of the drugs were the availability ( $n = 25$ ) and complete relieve pain ( $n = 19$ ). The most of participants chose pain medications based on a doctor's recommendation; 44 (57.9%) of MOH patients tried to cancel them on their own, but failed. In people with MOH, the most common behavioral strategies were: taking painkillers to prevent headaches due to fear of pain (34.2%); refusal to discontinue the drug due to fear of increased pain even in the presence of side effects (22.4%); frequent practice of escalating the amount and dose of symptomatic agents in conditions of catastrophic pain (21.1%). The characteristics of our patients and their emotional and behavioral features showed that a more detailed study of these characteristics and features is necessary to develop a further treatment plan.

**Conclusion.** When treating patients with MOH show that a complex approach to a comprehensive analysis of the state of physical and emotional health is needed. The characteristics of our patients once again prove the importance of a dialogue between a doctor and a patient to improve the effectiveness of treatment. A significant role in preventive methods implemented through educational programs are important for improving the quality of their lives.

**Keywords:** medication-overuse headache, chronic primary headache, migraine, tension type headache, behavioral characteristics of patients with chronic headache, educational programs in management of patients with headache.

**Contributions:** Shagbazyan, A.E., Guziy, E.A. — study design, text of the article, approval of the manuscript for publication; Tabeeva, G.R. — study design, text of the article, review of critically important material, approval of the manuscript for publication.

**Conflict of interest:** The authors declare that they do not have any conflict of interests.

**For citation:** Shagbazyan A.E., Guziy E.A., Tabeeva G.R. Psychological and Behavioral Characteristics of Patients with Medication-Overuse Headache. Doctor.Ru. 2022; 21(4): 6–12. (in Russian). DOI: 10.31550/1727-2378-2022-21-4-6-12

## ВВЕДЕНИЕ

Лекарственно-индуцированная головная боль (ЛИГБ) — форма хронической головной боли, развитие которой связано с чрезмерным употреблением одного или нескольких классов обезболивающих препаратов, последующей модификацией течения цефалгического синдрома и усилением исходного паттерна головной боли. Впервые описанное в 1980-х годах [1], это заболевание включено в третье издание Международной классификации головной боли (МКГБ-3) [2], в раздел «Вторичные головные боли».

В современном представлении ЛИГБ — это головная боль, возникающая на протяжении 15 и более дней в месяц у пациента с существующей первичной головной болью после регулярного чрезмерного использования обезболивающих препаратов (в течение 10–15 и более дней/месяцев в зависимости от класса лекарственных средств) в период более 3 месяцев. ЛИГБ является повсеместной проблемой, ее частота составляет от 1 до 2% в популяции с максимальной распространенностью среди женщин в возрасте от 40 до 50 лет [3]. Люди с головной болью несут финансовые потери, в исследовании 2019 года A. Negro и соавт. дается точная количественная оценка ежегодных затрат, связанных с головной болью [4]. От ЛИГБ страдают около 63 млн человек во всем мире [3].

По сути, ЛИГБ — это биоповеденческое расстройство с гетерогенными патогенетическими механизмами и генетической предрасположенностью [5]. ЛИГБ становится частой причиной временной утраты трудоспособности и приводит к снижению качества жизни пациентов. Ведение больных с ЛИГБ представляет значительные трудности, связанные с недостаточной изученностью применяемых фармакологических и нефармакологических стратегий.

Поскольку патогенез ЛИГБ сложен и закономерности ее формирования недостаточно изучены [6, 7], одним из актуальных направлений является исследование клинико-психологических характеристик пациентов с хроническими ежедневными головными болями, злоупотребляющих симптоматическими средствами, и сравнение их с характеристиками людей, у которых не формируется ЛИГБ.

Подходы к ведению больных ЛИГБ с определением приоритетных терапевтических стратегий не разработаны, один из важнейших методов — первичная профилактика: обуче-

ние пациентов и информирование их о рисках, связанных с частым употреблением обезболивающих препаратов [8].

Клинико-эпидемиологические исследования позволяют идентифицировать некоторые факторы риска, способствующие развитию ЛИГБ [8]:

- возраст < 50 лет;
- женский пол;
- низкий уровень образования;
- хронические скелетно-мышечные симптомы;
- желудочно-кишечные расстройства;
- тревожное расстройство и депрессия;
- курение;
- снижение физической активности;
- метаболический синдром;
- регулярное употребление транквилизаторов.

Особое место в формировании ЛИГБ занимают поведенческие особенности [9]. Часто люди с головными болями, использующие препараты для купирования приступов, отмечают очевидную потребность в их систематическом приеме. Примечательно, что поведенческий паттерн таких больных характеризуется некоторыми особенностями. Наиболее частыми поведенческими стратегиями у них являются:

- 1) прием обезболивающих препаратов для предотвращения головной боли из-за страха перед болью;
- 2) частая практика эскалации количества и дозы симптоматических средств в условиях катастрофизации боли;
- 3) прием обезболивающих препаратов по другим показаниям;
- 4) отказ от отмены препарата из-за боязни усиления боли даже при наличии побочных эффектов.

Эти поведенческие особенности пациентов с ЛИГБ обуславливают сходство их с больными, страдающими другими формами зависимости. В связи с этим обсуждается роль синдрома зависимости и поведенческих расстройств в возникновении ЛИГБ, что связывают с некоторыми идентифицированными паттернами нейробиологических механизмов, прежде всего с дисфункцией орбитофронтальной коры головного мозга [10]. В формировании ЛИГБ определяющую роль играют и психологические факторы [9].

С учетом значения факторов риска, личностных и поведенческих особенностей пациентов с ЛИГБ мы провели

исследование клинико-психологических характеристик лиц с ЛИГБ и сопоставление их с таковыми у пациентов с мигренью и головной болью напряжения (ГБН).

**Цель исследования:** оценить характеристики пациентов с ЛИГБ для дальнейшего их ведения.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В проспективном исследовании приняли участие 120 пациентов с первичными головными болями и ЛИГБ, проходившие лечение в 1-м, 2-м, 3-м неврологических отделениях Клиники нервных болезней им. А.Я. Кожевникова УКБ № 3 ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) с 25 сентября 2015 г. по 30 июня 2018 г., соответствовавшие критериям включения и подписавшие добровольное информированное согласие. Диагноз устанавливался в соответствии с диагностическими критериями МКГБ-3 от 2018 г. Помимо клинического обследования, исследования неврологического статуса, заполнения индивидуальной карты и опросников, все участники проходили необходимые стандартные лабораторные и инструментальные исследования.

Исследование одобрено локальным этическим комитетом ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), протокол № 05-18 от 16.05.2018 г.

Критерии включения:

- 1) наличие письменного информированного согласия пациента на участие в исследовании;
- 2) возраст от 18 до 60 лет включительно;
- 3) верифицированные диагнозы хронической ГБН, хронической мигрени, согласно критериям МКГБ-3 от 2018 г.;
- 4) головная боль, обусловленная избыточным применением простых и комбинированных анальгетиков, триптанов, эрготаминов, по критериям МКГБ-3 от 2018 г.;
- 5) головная боль не соответствует в большей степени другому диагнозу по МКГБ-3 от 2018 г.;

б) ведение дневника головной боли.

Критерии невключения в исследование:

- 1) отсутствие письменного информированного согласия пациента на участие в исследовании;
- 2) возраст до 18 или старше 60 лет;
- 3) отсутствие верифицированных диагнозов хронической ГБН, хронической мигрени, согласно критериям МКГБ-3 от 2018 г.;
- 4) беременность, кормление грудью;
- 5) наличие сопутствующей патологии: органической неврологической симптоматики при неврологическом осмотре, «сигналов опасности», требующих детального паралитического обследования, психических заболеваний, затрудняющих заполнение анкет; тяжелых соматических заболеваний;
- 6) головная боль, обусловленная избыточным применением опиатов, барбитуратов или бензодиазепинов, по критериям МКГБ-3 от 2018 г.

Критерии исключения:

- 1) отказ пациента от дальнейшего участия в исследовании;
- 2) изменение диагноза в ходе дообследования;
- 3) наступление беременности;
- 4) появление серьезных побочных эффектов в ответ на лечение;

5) возникновение или выявление тяжелых соматических заболеваний во время исследования.

Участники в зависимости от диагноза были разделены на две группы: группа I (n = 44) — пациенты с хроническими формами первичной головной боли без ЛИГБ, группа II (n = 76) — больные с хроническими формами первичной головной боли и ЛИГБ. Затем методом случайной рандомизации в каждой группе пациенты разделялись на подгруппы в зависимости от лечения, которое они получали.

В группе I участники из подгруппы А получали пробиотическую терапию по общепринятым схемам, а пациенты из подгруппы В, помимо профилактической терапии, проходили обучающую программу (школу), разработанную в рамках исследования. Обучающая программа представляла собой цикл занятий, разделенных на модули. В школе пациентам мы рассказывали об основных формах головной боли, о доброкачественности, факторах риска, о приоритетных методах диагностики и возможностях лечения первичной головной боли.

В отдельном модуле более подробно информировали о мигрени, закономерности формирования фаз приступа, о том, как правильно купировать приступ мигрени. Отдельно мы обсуждали ЛИГБ, причины, приводящие к данному типу головной боли, клинико-психологические факторы риска и методы терапии. Пациенты получали информацию о современных лекарственных и нелекарственных методах лечения. Особое внимание уделялось изменению образа жизни (культуры питания, труда, отдыха и сна) в связи с головной болью и отношения к боли для уменьшения страданий.

В группе II больные с ЛИГБ из подгруппы А получали профилактическую терапию, и им была рекомендована отмена «виновного» обезболивающего препарата. Пациентам из подгруппы В также рекомендовали отмену обезболивающего препарата и профилактическое лечение, но они еще проходили обучающую программу. А больные из подгруппы С, помимо вышеперечисленного, получали детоксикационную терапию.

В исследовании в течение 12 месяцев наблюдались 12 мужчин и 108 женщин. Средний возраст мужчин —  $46,3 \pm 3,54$  года, женщин —  $41,3 \pm 9,5$  года. Пациенты группы II были незначительно старше:  $45,10 \pm 9,83$  года против  $41,09 \pm 7,58$  года в группе I.

В начале исследования были проведены опрос, клинический, неврологический и нейроортопедический осмотры. Участники группы I приходили на визит и заполняли анкеты 3 раза (начало исследования, через 1 и 3 месяца), участники группы II — 4 раза (начало исследования, через 1, 3 и 12 месяцев) (табл. 1, 2). Пациенты с ЛИГБ заполняли специальный подробный опросник, также проводилась оценка эмоционально-личностных черт этих больных с помощью опросника выраженности психопатологической симптоматики Symptom Check List-90-Revised.

Применялись методы описательной и сравнительной статистики. При анализе количественных переменных вычисляли среднее арифметическое (M), стандартное отклонение, а при анализе качественных переменных — частоту и долю (%) от общего числа. Статистический анализ осуществляли с использованием пакета статистических программ SPSS 11.5 для Windows. С помощью SPSS рассчитывали и точные величины соответствующей значимой вероятности (p) и значимые различия средних арифметических. Различия считали статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

**Частота посещений и заполнения анкет участниками группы I (n = 44)**  
**Frequency of visits and questionnaire completion by group I subjects (n = 44)**

Материал для заполнения	1-е заполнение (начало исследования)	2-е заполнение (через 1 месяц)	3-е заполнение (через 3 месяца)
Дневник головной боли	Заполняли постоянно		
Дневник сопутствующих симптомов	Заполняли постоянно		
Sort Form 36	+	+	+
Индекс Headache and Assessment of Response to Treatment	+	+	+
Индекс Headache-Attributed Lost Time	+	+	+
Индекс Headache Impact Test 6	+	+	+
Комплексный болевой опросник	+	+	+
Госпитальная шкала тревоги и депрессии	+	+	+
Для пациентов с мигренью — Qualité de Vie et Migraine, Migraine Assessment Current Treatment	+	+	+
Опросник школы головной боли	+	–	–

**Частота посещений и заполнения анкет участниками группы II (n = 76)**  
**Frequency of visits and questionnaire completion by group II subjects (n = 76)**

Материал для заполнения	1-е заполнение (начало исследования)	2-е заполнение (через 1 месяц)	3-е заполнение (через 3 месяца)	4-е заполнение (через 12 месяцев)
Дневник головной боли	Заполняли постоянно			
Дневник сопутствующих симптомов	Заполняли постоянно			
Sort Form 36	+	+	+	+
Индекс Headache and Assessment of Response to Treatment	+	+	+	+
Индекс Headache-Attributed Lost Time	+	+	+	+
Индекс Headache Impact Test 6	+	+	+	+
Комплексный болевой опросник	+	+	+	+
Госпитальная шкала тревоги и депрессии	+	+	+	+
Специальный опросник для пациентов с лекарственно-индуцированной головной болью	+	–	–	–
Опросник школы головной боли	+	–	–	–
Лидский опросник зависимости	+	–	–	–
Simptom Check List-90-Revised	+	–	–	–

## РЕЗУЛЬТАТЫ

У 36 (47,3%) пациентов с ЛИГБ была первичная головная боль двух типов — ГБН и мигрень. Выявлено, что у больных только с мигренью ЛИГБ встречается чаще, чем у людей только с ГБН: 24 (31,5%) против 16 (21,1%). Средняя длительность первичной головной боли к моменту формирования ЛИГБ у мужчин —  $24,6 \pm 5,5$  года, у женщин —  $13,5 \pm 4,5$  года. В таблице 3 представлены социо-демографические показатели пациентов обеих групп.

Как и в других исследованиях социо-демографических параметров пациентов с ЛИГБ, у нас отмечались такие факторы риска, как возраст < 50 лет и женский пол. Но 52,6% наших больных с ЛИГБ имели высшее образование, остальные — среднее или среднее специальное. Работали на момент проведения исследования 73,7% обследуемых группы II. Возможно, это тоже приводило к частому употреблению обезболивающих, так как им нужно было быть трудоспособными.

С учетом высокой коморбидности ЛИГБ мы проанализировали и данные о сопутствующих заболеваниях. У 14 (18,4%) больных были болевые синдромы в области спины в стадии ремиссии, у 9 (11,8%) — гипертоническая болезнь, у 3 (3,9%) — хронический гастрит в стадии ремиссии, у одного пациента — болезнь Паркинсона.

В исследовании проводилось сопоставление групп по частоте приема различных видов анальгетических препаратов. Участники с ЛИГБ принимали обезболивающие препараты: НПВП — 15 (19,7%), триптаны — 38 (50%), комбинированные препараты — 23 (30,3%) человека.

При интерпретации результатов важно учитывать, что некоторые пациенты принимали сразу несколько групп анальгетических препаратов.

В результате работы больных со специальным подробным вопросником выяснилось, почему лица с ЛИГБ выбрали конкретный препарат/препараты для купирования

Таблица 3 / Table 3

Социо-демографические показатели пациентов, n (%)

Social and demographic characteristics of patients, n (%)

Показатель	Группа I (n = 44)	Группа II (n = 76)
<i>Семейный статус</i>		
В браке	25 (56,8)	52 (68,4)
Не в браке	19 (43,2)	24 (31,6)
<i>Образование</i>		
Среднее	2 (4,5)	6 (7,9)
Среднее специальное	15 (34,1)	30 (39,5)
Высшее	27 (61,4)	40 (52,6)
<i>Занятость</i>		
Полная	27 (61,4)	40 (52,6)
Частичная	4 (9,1)	16 (21,1)
Не работает	13 (29,5)*	20 (26,3)*

\* Отличия от имеющих полную занятость статистически значимы (p < 0,05).

\* Statistically significant differences vs full-time employment (p < 0.05).

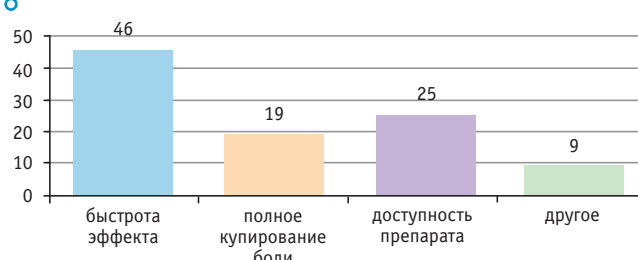
головной боли. На рисунке представлена характеристика причин такого выбора.

Как видно из рисунка, большинство больных выбирали обезболивающий препарат или препараты на основании скорости эффекта, также предпочтительными характеристиками были доступность и полное купирование боли.

Одной из проблем эффективного обезболивания является стратегия подбора препарата. У обследованных нами больных выявлены особенности подбора средств для купирования головной боли. В таблице 4 представлена сравнительная характеристика способов выбора конкретных анальгетиков. Следует учитывать, что участники могли выбрать несколько вариантов ответов.

Как видно из таблицы 4, в большинстве случаев выбор обезболивающих препаратов осуществлялся по рекомендации врача.

Рис. Причины выбора препарата для купирования головной боли пациентами с лекарственно-индуцированной головной болью (n = 76)  
Fig. Reasons for selection of a medication for headaches by patients with drug-induced headache (n = 76)



Нами проводился анализ субъективных отчетов пациентов о наличии у них чрезмерного употребления симптоматических средств. В таблице 5 представлены ответы участников исследования о том, есть или была ли зависимость у них и у их родственников.

Большинство опрошенных пациентов с ЛИГБ отметили, что у них есть зависимость от принимаемых анальгетиков, но у их родственников зависимость отсутствовала.

Анализ анамнестических сведений показал, что до начала нашего исследования 44 (57,9%) пациента с ЛИГБ пытались самостоятельно отменить обезболивающие препараты. Однако они сообщали, что отмена была неудачной и в большинстве случаев участились головные боли, отмечалось нарушение сна, поэтому им снова приходилось возвращаться к приему обезболивающих препаратов.

Особое место в формировании ЛИГБ занимают поведенческие характеристики. Часто люди с головными болями, использующие препараты для купирования приступов, отмечают очевидную потребность в их систематическом приеме. После анализа данных специального подробного опросника выявлены характерные поведенческие стратегии у исследуемых больных (табл. б).

Так, среди пациентов с ЛИГБ наиболее частыми поведенческими стратегиями являлись:

- прием обезболивающих препаратов для предотвращения головной боли из-за страха перед болью (34,2%);

Таблица 4 / Table 4

Способ выбора препаратов для купирования головной боли, n (%)

Method for selection of a medication for headaches, n (%)

Группы	Рекомендация врача	Рекомендация знакомых	Совет из рекламы	Самостоятельный подбор
I (n = 44)	28 (63,6)	6 (13,6)	12 (27,3)	9 (20,5)
II (n = 76)	46 (60,5)	15 (19,7)	15 (19,7)	19 (25,0)

Таблица 5 / Table 5

Субъективные отчеты пациентов о наличии у них или их родственников различных форм зависимости, n (%)

Subjective patient reports on various dependences in patients or their relatives, n (%)

Ответ пациента	Есть ли у Вас зависимость от анальгетиков?		Была ли какая-нибудь зависимость у Ваших родственников?	
	группа I (n=44)	группа II (n=76)	группа I (n=44)	группа II (n=76)
Да	5 (11,4)	56 (73,6)	2 (4,5)	4 (5,3)
Нет	38 (86,3)	20 (26,4)	35 (79,5)	60 (79,0)
Не знаю	1 (2,3)	0	7 (16,0)	12 (15,7)

Поведенческие стратегии пациентов исследуемых групп, n (%)  
Behavioural strategies in study groups, n (%)

Стратегия	Группа I (n = 44)	Группа II (n = 76)
Прием обезболивающих препаратов для предотвращения головной боли из-за страха перед болью	5 (11,4)	26 (34,2)
Частая практика эскалации количества и дозы симптоматических средств в условиях катастрофизации боли	4 (9,1)	16 (21,1)
Прием обезболивающих препаратов по другим показаниям	3 (6,8)	5 (6,6)
Отказ от отмены препарата из-за боязни усиления боли даже при наличии побочных эффектов	4 (9,1)	17 (22,4)
Вышеперечисленные стратегии поведения отрицают	28 (63,6)	12 (15,7)

- отказ от отмены препарата из-за боязни усиления боли даже при наличии побочных эффектов (22,4%);
- частая практика эскалации количества и дозы симптоматических средств в условиях катастрофизации боли (21,1%).

Всего 15,7% участников с ЛИГБ отмечали, что такие поведенческие стратегии для них не характерны, при этом большинство пациентов без ЛИГБ (63,6%) такое поведение у себя отрицали.

Наши больные с ЛИГБ также заполняли опросник выраженности психопатологической симптоматики. В таблице 7 представлена сравнительная характеристика психопатологических синдромов у лиц с ЛИГБ и с мигренью и ГБн без ЛИГБ. Нами найдены некоторые различия между группами по уровням тревоги, депрессии, представленности зависимости.

## ОБСУЖДЕНИЕ

ЛИГБ — сложное заболевание, на формирование которого могут влиять различные факторы риска и поведенческие особенности пациентов. В 11-летнем исследовании К. Наген и соавт. выявлено несколько факторов риска ЛИГБ у людей с хронической головной болью [11]. Регулярное употребление транквилизаторов, повышенные баллы по Госпитальной шкале тревоги и депрессии увеличивали риск ЛИГБ. Похожие факторы риска найдены и у наших пациентов с ЛИГБ, однако лишь у немногих, что позволяет рассматривать более широкий спектр факторов риска для конкретных подгрупп больных с ЛИГБ.

В некоторых исследованиях сообщалось, что катастрофизация и страх боли связаны с более высоким риском злоупотребления обезболивающими препаратами у пациентов с болью [12, 13]. Из-за катастрофизации больные также

могут принимать обезболивающие с целью предотвращения головной боли. У лиц с хроническими ежедневными головными болями более высокие показатели катастрофизации, чем у людей с мигренью, при этом более высокий уровень катастрофизации связан с более низким качеством жизни.

Похожие поведенческие особенности мы отмечали у наших пациентов с ЛИГБ. Для уменьшения катастрофизации боли может быть использована когнитивно-поведенческая терапия для людей с головной болью [14].

Существует несколько исследований, изучающих психологические факторы, которые влияют на течение головных болей и приводят к ЛИГБ. Исследование С. Lundqvist и соавт. показало, что аддитивные расстройства предсказывают рецидив ЛИГБ через год наблюдения после лечения [15]. Риск развития ЛИГБ выше у лиц с семейным анамнезом ЛИГБ или злоупотребляющих ПАВ [16]. Показано, что депрессия и особенно тревожность часто сопутствуют мигрени, в большей степени у тех пациентов, у которых верифицируется ЛИГБ [17, 18]. Сходный паттерн различий получен в нашем исследовании при сравнении выраженности психопатологической симптоматики у участников обеих групп.

Таким образом, ведение пациентов с ЛИГБ для врача сопряжено с целым рядом трудностей. Требуются более детальное изучение факторов риска, личностных и поведенческих особенностей больных с ЛИГБ, тщательный анализ стратегий их поведения, наличия и степени эмоционально-аффективных расстройств, что позволит разработать эффективный план лечения. Необходим комплексный подход к терапии таких пациентов. Важно использование доказанных лекарственных и нелекарственных методов, а именно отмена «виновного» препарата, обучающие программы, профилактическая, детоксикационная и когнитивно-поведенческая

Показатели выраженности психопатологической симптоматики у пациентов исследуемых групп  
Intensity of psychopathologic symptoms in study groups

Психопатологические синдромы	Группа I (n = 44)	Группа II (n = 76)
Депрессия	30 ± 12,6	41 ± 10,4*
Тревожное расстройство	35 ± 15,5	40 ± 9,2
Аддитивные расстройства	25 ± 13,3	38 ± 8,8
Обсессивно-компульсивное расстройство**	28 ± 10,9	34 ± 12,7
Фобическое расстройство	26 ± 12,5	29 ± 8,5

\* P = 0,058.

\*\* P = 0,017.

терапия для снижения уровня катастрофизации, модификация образа жизни.

Поскольку в первый год отмены избыточного приема обезболивающих препаратов высок риск рецидива ЛИГБ (45%), нужно предотвращать возникновение ЛИГБ у пациентов с мигренью и ГБН. Все больные с частыми приступами головной боли должны быть информированы о потенциальной опасности развития ЛИГБ.

Важную роль играют обучающие программы в рамках школы головной боли, в ходе которых обсуждается достоверная научная информация о цефалгиях. Обучение может способствовать тому, что пациент начнет рационально относиться к своему состоянию и к боли, сможет контролировать уровень тревожности и ожидание нового приступа. В дальнейшем возможно

формирование у больных новых стратегий преодоления с учетом личностных и клинико-психологических характеристик.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При ведении пациентов с лекарственно-индуцированной головной болью необходим комплексный подход с всесторонним анализом состояния физического и эмоционального здоровья. Выявленные в нашем исследовании клинико-психологические характеристики пациентов демонстрируют важность диалога врача и больного, который повышает эффективность стратегий профилактики. Значительную роль в профилактических мероприятиях играют образовательные программы, вносящие существенный вклад в оптимизацию терапии и повышение качества жизни больных.

## ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Mathew N.T., Stubits E., Nigam M.P. Transformation of episodic migraine into daily headache: analysis of factors. *Headache*. 1982; 22(2): 66–8. DOI: 10.1111/j.1526-4610.1982.hed2202066.x
2. Headache Classification Committee of the International Headache Society. The international classification of headache disorders: 3rd edition. *Cephalalgia*. 2018; 38(1): 1–211. DOI: 10.1177/0333102417738202
3. Galli F., Tanzilli A., Simonelli A., Tassorelli C. et al. Personality and personality disorders in medication-overuse headache: a controlled study by SWAP-200. *Pain Res. Manag.* 2019; 2019: 1874078. DOI: 10.1155/2019/1874078
4. Negro A., Sciattella P., Rossi D., Guglielmetti M. et al. Cost of chronic and episodic migraine patients in continuous treatment for two years in a tertiary level headache centre. *J. Headache Pain*. 2019; 20(1): 120. DOI: 10.1186/s10194-019-1068-y
5. Табеева Г.Р., Осипова В.В., Филатова Е.Г., Азимова Ю.Э. и др. Диагностика и лечение лекарственно-индуцированной головной боли: рекомендации российских экспертов. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2022; 14(1): 4–13. [Tabeeva G.R., Osipova V.V., Filatova E.G., Azimova Yu.E. et al. Evaluation and treatment of medication-overuse headache: Russian experts' guidelines. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2022; 14(1): 4–13. (in Russian)]. DOI: 10.14412/2074-2711-2022-1-4-13
6. Vandebussche N., Laterza D., Lisicki M., Lloyd J. et al. Medication-overuse headache: a widely recognized entity amidst ongoing debate. *J. Headache Pain*. 2018; 19(1): 50. DOI: 10.1186/s10194-018-0875-x
7. Diener H.C., Dodick D., Evers S., Holle D. et al. Pathophysiology, prevention, and treatment of medication overuse headache. *Lancet Neurol*. 2019; 18(9): 891–902. DOI: 10.1016/S1474-4422(19)30146-2
8. Probyn K., Bowers H., Mistry D., Caldwell F. et al. Non-pharmacological self-management for people living with migraine or tension-type headache: a systematic review including analysis of intervention components. *BMJ Open*. 2017; 7(8): e016670. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-016670
9. Mose L.S., Bornhøft J.O., Primdahl J., Gram B. Coping and motivation for change — an interview study of the experience from participation in an educational program for patients with medication-overuse headache. *J. Patient Exp.* 2021; 8: 23743735211034289. DOI: 10.1177/23743735211034289
10. Kringlebach M.L. The human orbitofrontal cortex: linking reward to hedonic experience. *Nat. Rev. Neurosci.* 2005; 6(9): 691–702. DOI: 10.1038/nrn1747
11. Hagen K., Linde M., Steiner T., Stovner L. et al. Risk factors for medication-overuse headache: an 11-year follow-up study. *The Nord-Trøndelag Health Studies. Pain*. 2012; 153(1): 56–61. DOI: 10.1016/j.pain.2011.08.018
12. Jamison R.N., Link C.L., Marceau L.D. Do pain patients at high risk for substance misuse experience more pain? A longitudinal outcomes study. *Pain Med*. 2009; 10(6): 1084–94. DOI: 10.1111/j.1526-4637.2009.00679
13. Morasco B.J., Turk D.C., Donovan D.M., Dobscha S.K. Risk for prescription opioid misuse among patients with a history of substance use disorder. *Drug Alcohol Depend.* 2013; 127(1–3): 193–9. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2012.06.03
14. Taguchi K., Numata N., Takanashi R., Takemura R. et al. Integrated cognitive behavioral therapy for chronic pain: an open-labeled prospective single-arm trial. *Medicine (Baltimore)*. 2021; 100(6): e23859. DOI: 10.1097/MD.00000000000023859
15. Lundqvist C., Grande R.B., Aaseth K., Russell M.B. Dependence scores predict prognosis of medication overuse headache: a prospective cohort from the Akershus study of chronic headache. *Pain*. 2012; 153(3): 682–6. DOI: 10.1016/j.pain.2011.12.008
16. Faizi F., Tavallaei A., Rahimi A., Saghafinia M. Management of chronic daily headache and psychiatric co-morbidities by lifestyle modification: participatory action research combining new communication media. *Anesth. Pain Med*. 2017; 7(2): e42782. DOI: 10.5812/aapm.42782
17. Ljubisavljević M., Ignjatović A., Ljubisavljević S. The ruminative thought style with associated anxiety influences the occurrence of medication-overuse headache. *J. Clin. Neurol*. 2021; 17(3): 419–27. DOI: 10.3988/jcn.2021.17.3.419
18. Diener H.C., Holle D., Dresler T., Gaul C. Chronic headache due to overuse of analgesics and anti-migraine agents. *Dtsch Arztebl. Int*. 2018; 115(22): 365–70. DOI: 10.3238/arztebl.2018.0365

Поступила / Received: 04.04.2022

Принята к публикации / Accepted: 30.05.2022

## Об авторах / About the authors

Шагбазян Анаит Эдуардовна / Shagbazyan, A.E. — врач-невролог клиники 000 «Правильное лечение». 111394, Россия, г. Москва, ул. Перовская, д. 66, кор. 3. <https://orcid.org/0000-0003-2561-5944>. E-mail: sha-a\_89@mail.ru

Гузий Елена Александровна / Guziy, E.A. — аспирант кафедры нервных болезней и нейрохирургии Института клинической медицины имени Н.В. Склифосовского ФГАУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет). 119021, Россия, г. Москва, ул. Россолимо, д. 11, стр. 1. eLIBRARY.RU SPIN: 6472-0735. <https://orcid.org/0000-0001-7698-725X>. E-mail: lena15637@mail.ru

Табеева Гюзьяль Рафкатовна / Tabeeva, G.R. — д. м. н., профессор кафедры нервных болезней и нейрохирургии Института клинической медицины имени Н.В. Склифосовского ФГАУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет). 119021, Россия, г. Москва, ул. Россолимо, д. 11, стр. 1. <https://orcid.org/0000-0002-3833-532X>. E-mail: grtabeeva@gmail.com