

Особенности пациентов с частой эпизодической и хронической мигренью

Н.А. Ковальчук ✉, Е.А. Гузий, Г.Р. Табеева

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет); Россия, г. Москва

РЕЗЮМЕ

Цель исследования: изучить характеристики и приверженность к терапии пациентов с мигренью.

Дизайн: обсервационное сравнительное клиническое исследование.

Материалы и методы. Нами проанализированы карты 184 пациентов, проходивших лечение с диагнозом мигрени. Средний возраст составил 42 ± 12 лет. У 82 (44,6%) больных в диагнозе было указано сочетание мигрени и лекарственно-индуцированной головной боли (ЛИГБ). Изучены анамнез мигрени, обращаемость к врачу, применение средств для купирования мигрени в течение жизни и опыт профилактической терапии. Мы также оценивали факторы, определяющие развитие ЛИГБ в зависимости от частоты мигрени, сочетанных заболеваний и использованных препаратов. Через 6 месяцев после выписки из клиники среди участников проводился опрос об эффективности профилактической терапии. Сравнивали пациентов с сочетанным диагнозом ЛИГБ и без такового. Приверженность больных, начавших медикаментозную профилактику, определяли с помощью шкалы Мориски — Грина.

Результаты. У 125 (67,9%) больных установлена хроническая мигрень, а у 59 (32,1%) мигрень расценена как частая эпизодическая. Среди лиц с хронической мигренью было 66 (52,8%) человек с ЛИГБ и 59 (47,2%) без нее, среди участников с частой эпизодической мигренью — 16 (27,1%) и 43 (72,9%) соответственно. В группе хронической мигрени ЛИГБ встречалась статистически значимо чаще ($p = 0,001$). В ходе корреляционного анализа взаимосвязи между длительностью анамнеза мигрени и опытом медикаментозной терапии не получена значимая связь между количеством используемых препаратов, распределенных по действующему веществу, и длительностью заболевания ($p = 0,115$, $p = 0,12$), однако при подсчете лекарств по торговым названиям отмечается наличие статистически значимой взаимосвязи ($p = 0,149$, $p = 0,048$). Выявлена и статистически значимая взаимосвязь при анализе длительности заболевания в зависимости от наличия ЛИГБ ($p = 0,001$): увеличение длительности анамнеза мигрени сопряжено с развитием ЛИГБ.

Из 184 больных 22 (12%) не начинали предписанное лечение. Из соблюдавших назначения ($n = 162$) наиболее приверженными к терапии, по данным шкалы Мориски — Грина, были 137 (84,5%) пациентов, недостаточно привержен 21 (13%) и не привержены к терапии 4 (2,5%). Наилучший комплаенс наблюдался у больных, принимавших антидепрессанты ($p = 0,024$). Более приверженными к профилактической терапии были пациенты без сочетанной ЛИГБ ($p = 0,045$), они также отмечали положительный эффект от профилактического лечения ($p = 0,047$). **Заключение.** Большинство больных оказались приверженными к лечению. Мы установили, что 142 (78%) наших пациента уже были знакомы с профилактической терапией, но значимая разница в комплаентности таких больных и тех, кто впервые получал подобное лечение, отсутствовала. Наиболее привержены к лечению пациенты, принимавшие антидепрессанты, а также лица без ЛИГБ, они же чаще отмечали положительный эффект от профилактической терапии, что может рассматриваться как результат не только высокой комплаентности, но и исходно меньшей тяжести заболевания.

Ключевые слова: хроническая мигрень, лекарственно-индуцированная головная боль, приверженность к лечению.

Вклад авторов: Ковальчук Н.А. — обзор публикаций по теме статьи, написание текста рукописи; Гузий Е.А. — обзор литературы, Табеева Г.Р. — разработка дизайна исследования, редактирование текста, утверждение рукописи для публикации.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Ковальчук Н.А., Гузий Е.А., Табеева Г.Р. Особенности пациентов с частой эпизодической и хронической мигренью. Доктор.Ру. 2022; 21(4): 13–18. DOI: 10.31550/1727-2378-2022-21-4-13-18

Characteristics of Patients with Chronic Episodic Bilious Headache

N.A. Kovalchuk ✉, E.A. Guziy, G.R. Tabeeva

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 study the characteristics and compliance of patients with bilious headache.

Study Design: Observational comparative clinical trial.

Materials and Methods. We reviewed medical records of 184 patients treated for bilious headaches. The mean age was 42 ± 12 years old. Diagnosis of 82 (44.6%) patients combined bilious headache and drug-induced headaches (DIH). We examined the past history of bilious headaches, frequency of visits to the doctor, life-long use of medications to kill bilious headache, and preventive therapy. Also, we reviewed the factors impacting DIH development depending on prevalence of bilious headaches, comorbidities and medications used. 6 months after discharge from the hospital, participants took a survey on the efficiency of preventive management. We compared patients with and without DIH. Compliance of patients who started drug prevention was assessed using Morisky–Green questionnaire.

Study Results. 125 (67.9%) patients had chronic bilious headache, while in 59 (32.1%) patients, bilious headaches were episodic. Patients with chronic bilious headaches included 66 (52.8%) persons with DIH and 59 (47.2%) did not have any bilious headaches, while among patients with episodic bilious headache the figures were 16 (27.1%) and 43 (72.9%), respectively. In chronic bilious headache group, the frequency of DIH was statistically higher ($p = 0.001$). The correlation analysis of the relation between the duration of the history of bilious headaches and past drug therapy did not demonstrate any significant correlation between the amount of drugs used (grouped by the active

✉ Ковальчук Надежда Александровна / Kovalchuk, N.A. — E-mail: dr.N.Kovalchuk@yandex.ru



ingredient) and course of disease ($p = 0.115$, $p = 0.12$); however, when drugs are counted on their trade names, there is a statistically significant correlation ($p = 0.149$, $p = 0.048$). Also, statistically significant correlation is seen when reviewing the duration of disease depending on the presence of DIH ($p = 0.001$): a longer past history of bilious headaches is associated with DIH development.

22 out of 184 patients (12%) did not start prescribed therapy. According to Morisky–Green questionnaire results, 137 (84.6%) patients were highly compliant, 21 (13%) were inadequately compliant, and 4 (2.5%) were not compliant at all. Most highly compliant were patients on antidepressants ($p = 0.024$). Patients with combined chronic bilious headache and DIH were also more compliant with preventive therapy ($p = 0.045$); patients without DIH mentioned beneficial effect from the therapy more often ($p = 0.047$).

Conclusion. A majority of patients were compliant with the therapy. We found out that 142 (78%) patients were familiar with preventive therapy; however, there was no statistically significant difference in compliance between such patients and naive subjects. Patients taking antidepressants and those without DIH are most compliant; they mentioned the beneficial effect of the preventive therapy more often, and this is a result not only of good compliance, but also of initially less severe disease.

Keywords: chronic bilious headache, drug-induced headache, compliance.

Contributions: Kovalchuk, N.A. — thematic publications reviewing, text of the article; Guziy, E.A. — review of references; Tabeeva, G.R. — study design, text editing, approval of the manuscript for publication.

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

For citation: Kovalchuk N.A., Guziy E.A., Tabeeva G.R. Characteristics of Patients with Chronic Episodic Bilious Headache. Doctor.Ru. 2022; 21(4): 13–18. (in Russian). DOI: 10.31550/1727-2378-2022-21-4-13-18

ВВЕДЕНИЕ

Ежегодно в Клинике нервных болезней им. А.Я. Кожевникова Сеченовского Университета проходят стационарное лечение около 4000 пациентов, 5% из которых наблюдаются по поводу тяжелого течения мигрени. За последние десятилетия в неврологической практике достигнуты значительные достижения в лечении головной боли, однако уровень первичной помощи пациентам остается неудовлетворительным из-за неверной клинической интерпретации головной боли, недостаточной обращаемости и отсутствия информированности больных о причинах симптомов и принципах терапии [1, 2].

Так, по данным интернет-опроса [3], проведенного в 2020 г., 37% опрошенных никогда не обращались к врачу по поводу головной боли, а из тех, кого консультировал доктор, только 26,5% принимали предписанные препараты.

Эти факторы ведут к необоснованному и бесконтрольному приему анальгетиков, формируя различные паттерны трансформации головной боли [4]. В результате около 40% пациентов нуждаются в назначении профилактической терапии, получают адекватное лечение не более 25% [2]. Однако успех лечения зависит не только от соответствия клиническим рекомендациям. Основным барьером служит недостаточная приверженность пациентов вследствие опасений появления побочных эффектов или, наоборот, недостаточного эффекта от лечения, отсутствия качественной медицинской помощи [1, 5].

Цель исследования: изучить характеристики и приверженность к терапии пациентов с мигренью.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 2018 по 2020 г. проводилось обсервационное сравнительное клиническое исследование, в ходе которого мы анализировали карты пациентов, проходивших стационарное лечение в Клинике нервных болезней им. А.Я. Кожевникова. Всего за указанный период проанализированы карты 10 833 больных, из них 871 (8%) — с диагнозами различных форм головных болей, также головная боль была указана в структуре сочетанных заболеваний при кодировках М53.0, М54.2, I67.8 по МКБ-10.

Отобраны 497 карт пациентов с основным или сочетанным диагнозом мигрени (G43.0, 43.1, 43.3, 43.8). Согласно данным отобранных карт, профилактическую терапию назначили 217 пациентам, 184 из них приняли участие в исследовании. У 82 (44,6%) из 184 больных в диагнозе указано сочетание мигрени и лекарственно-индуцированной головной боли (ЛИГБ).

Нами проанализированы анамнез мигрени, в т. ч. клинические характеристики головной боли, возраст дебюта; обращаемость к врачу, применение средств для купирования мигрени в течение жизни и опыт профилактической терапии. Мы также оценивали факторы, определяющие развитие ЛИГБ в зависимости от частоты мигрени, сочетанных заболеваний и использованных препаратов. Оценка анамнеза лекарственной терапии проводилась с разделением препаратов по действующему веществу, номенклатурным группам и по соответствию клиническим рекомендациям.

Через 6 месяцев после выписки из клиники среди участников проводился опрос об эффективности профилактической терапии. Сравнивали пациентов с сочетанным диагнозом ЛИГБ и без такового. Приверженность больных, начавших медикаментозную профилактику, определяли с помощью шкалы Мориски — Грина [6].

Статистический анализ производился с использованием программы StatTech v. 2.6.5 (разработчик — ООО «Статтех», Россия). Количественные показатели оценивались на предмет соответствия нормальному распределению при помощи критерия Шапиро — Уилка (при числе исследуемых менее 50) или критерия Колмогорова — Смирнова (при числе исследуемых 50 и более). Направление и теснота корреляционной связи между двумя количественными показателями определялись с применением коэффициента ранговой корреляции Спирмена (при распределении показателей, отличном от нормального). Прогностическая модель, характеризующая зависимость количественной переменной от факторов, разрабатывалась с использованием метода линейной регрессии.

В случае отсутствия нормального распределения количественные данные описывались как медиана (Me) и нижний и верхний квартили (Q1–Q3). Категориальные данные описывались с указанием абсолютных значений и процентных долей. Сравнение двух групп по количественному показателю, распределение которого отличалось от нормального, выполнялось с помощью U-критерия Манна — Уитни, сравнение процентных долей при анализе многопольных таблиц сопряженности — с применением критерия χ^2 Пирсона. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В исследовании приняли участие 160 женщин и 24 мужчины, средний возраст которых составлял 42 ± 12 лет (95% ДИ: 41–44 года, min — 19 лет, max — 67 лет). Большинство

пациентов имели высшее образование, проживали в городе, работали, состояли в браке (табл. 1).

Изучение образа жизни выявило, что 158 (85,3%) больных не курили, 169 (91,8%) не употребляли алкоголь или употребляли не более 2 раз в месяц, у 114 (62%) отсутствовала регулярная физическая активность.

Дебют мигрени отмечался в возрасте от 14 до 25 лет (Q_1-Q_3 , min — 5 лет, max — 48 лет), на момент опроса длительность заболевания составляла от 11 до 31 года (Q_1-Q_3 , min — 1 год, max — 56 лет). Ретроспективный анализ карт пациентов показал, что у 125 (67,9%) из них установлена хроническая мигрень, а у 59 (32,1%) мигрень расценена как частая эпизодическая, однако ее влияние на повседневную активность и трудоспособность определило назначение профилактической терапии. У 82 (44,6%) человек выявлена ЛИГБ.

Среди лиц с хронической мигренью было 66 (52,8%) больных с ЛИГБ и 59 (47,2%) без нее, среди участников с частой эпизодической мигренью — 16 (27,1%) и 43 (72,9%) соответственно. В группе хронической мигрени ЛИГБ встречалась статистически значимо чаще ($p = 0,001$; используемый метод: χ^2 Пирсона). Шансы развития ЛИГБ при хронической мигрени были выше в 3,006 раза, чем при частой эпизодической мигрени, ОШ было статистически значимым (95% ДИ: 1,534–5,892).

Помимо различного течения мигрени и сочетания ее с ЛИГБ, мы изучили сочетание мигрени и других хронических заболеваний у 100 (54,3%) участников (табл. 2).

Структура хронических заболеваний представлена патологией сердечно-сосудистой, пищеварительной, эндокринной систем. Реже наблюдалось сочетание мигрени с заболеваниями легочной системы и с неврологической патологией; 17 пациентов указали на наличие заболеваний эмоционально-аффективной сферы (депрессии). Лечение сочетанного заболевания получали 59 человек.

Таблица 1 / Table 1

Социо-демографические характеристики пациентов с мигренью (n = 184)
Social and demographic characteristics of patients with bilious headaches (n = 184)

Характеристика		Количество пациентов, n (%)
Пол	женский	160 (87,0)
	мужской	24 (13,0)
Образование	среднее	13 (7,1)
	среднее специальное	42 (22,8)
	высшее	129 (70,1)
Место жительства	сельская местность	15 (8,2)
	город	169 (91,8)
Рабочий статус	работающие	113 (61,4)
	неработающие	68 (37,0)
	декретный отпуск	3 (1,6)
Семейное положение	нет данных	2 (1,1)
	холост/не замужем	29 (15,8)
	женат/замужем	125 (67,9)
	разведен/разведена	20 (10,9)
	вдовец/вдова	8 (4,3)

Таблица 2 / Table 2

Структура хронических заболеваний у больных с мигренью (n = 100)
Structure of chronic diseases in patients with bilious headaches (n = 100)

Заболевания	Количество пациентов
Артериальная гипертензия	33
Ишемическая болезнь сердца	5
Нарушения сердечного ритма	5
Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь	31
Синдром раздраженного кишечника	28
Патология щитовидной железы	33
Сахарный диабет	4
Бронхиальная астма	4
Хроническая обструктивная болезнь легких	1
Синдром беспокойных ног	16
Фибромиалгия	3
Эпилепсия	1
Депрессия	17

Анализ наличия сочетанной хронической боли на момент опроса показал, что 128 (69,6%) участников испытывали постоянную боль в течение 3 месяцев, чаще всего в шейном отделе позвоночника (82; 44,6%); 54 (29,3%) отмечали сопутствующую боль в пояснице, 45 (24,5%) — боль в суставах, 35 (19%) — в грудном отделе позвоночника, 9 (4,9%) — в лице. При этом 64 (34%) человека жаловались на сочетание двух и более видов боли. Лечение сочетанной боли получали 70 (38%) больных. Значимые различия в приверженности к профилактической терапии между сравниваемыми группами с сочетанной хронической болью не получены.

Препараты, использованные для лечения приступов мигрени

Ретроспективный анализ ранее использованных препаратов показал, что со времени дебюта мигрени их количество варьировало в среднем от 3 до 6, наиболее часто пациенты принимали 5 препаратов различных групп, как по отдельности, так и в комбинации между собой (min — 1, max — 13).

Распределение лекарственных средств по группам позволило выявить, что в 170 (92,4%) случаях больные использовали препараты, входящие в клинические рекомендации по лечению головной боли [7], а в 150 (81,5%) случаях — не включенные в рекомендации. В 140 (76,1%) случаях пациенты принимали препараты из различных (рекомендованных и нереконмендованных) групп, как самостоятельно, так и комбинируя между собой.

Из рекомендованных средств для купирования мигрени чаще всего пациенты отдавали предпочтение препаратам ибупрофена, суматриптана, парацетамола, ацетилсалициловой кислоты. Часто использовались также не рекомендованные к приему комбинированные анальгетики, содержащие метамизол (табл. 3). Стоит отметить, что в 46 (25%) случаев больные подбирали препарат самостоятельно.

В ходе корреляционного анализа взаимосвязи между длительностью анамнеза мигрени и опытом медика-

Таблица 3 / Table 3

Структура лекарственной терапии для купирования мигрени

Structure of drug therapy for bilious headaches arrest

Группы препаратов	Количество пациентов, n (%)
Рекомендованные для купирования мигрени	170 (92,4)
Ибупрофен	118 (64,1)
Суматриптан	96 (52,2)
Парацетамол	81 (44,0)
Ацетилсалициловая кислота	68 (37,0)
Диклофенак	33 (17,9)
Метамизол натрия	27 (14,7)
Золмитриптан	19 (10,3)
Напроксен	18 (9,8)
Элетриптан	14 (7,6)
Наратриптан	4 (2,2)
Ризатриптан	3 (1,6)
Эрготамин	12 (6,5)
Не рекомендованные для купирования мигрени	150 (81,5)
Комбинированные анальгетики	138 (75,0)
Кетопрофен	42 (22,8)
Кеторолак	4 (2,2)
Нимесулид	13 (7,1)

ментозной терапии не получена значимая связь между количеством используемых препаратов, распределенных по действующему веществу, и длительностью заболевания ($p = 0,115$, теснота связи по шкале Чеддока слабая, $p = 0,12$), однако при подсчете лекарств по торговым названиям отмечается наличие статистически значимой взаимосвязи ($p = 0,149$, теснота связи по шкале Чеддока слабая, $p = 0,048$). Наблюдаемая зависимость количества используемых лекарственных препаратов от длительности анамнеза мигрени описывается уравнением парной линейной регрессии:

$$Y_{\text{кол-во препаратов в анамнезе по торговым названиям}} = 0,037 \times X_{\text{длительность мигрени}} + 4,573.$$

При увеличении длительности мигрени на 1 год следует ожидать возрастания числа используемых препаратов для купирования мигрени на 0,037 (рис. 1). Полученная модель объясняет 2,6% наблюдаемой дисперсии в отношении количества препаратов.

Выявлена и статистически значимая взаимосвязь при анализе длительности заболевания в зависимости от наличия ЛИГБ ($p = 0,001$) (используемый метод: U-критерий Манна — Уитни): увеличение длительности анамнеза мигрени сопряжено с развитием ЛИГБ (рис. 2). Однако не получены убедительные доказательства влияния на развитие ЛИГБ приема препаратов в соответствии с клиническими рекомендациями ($p = 0,685$), а также при сравнении методов выбора препарата (по назначению врача или самостоятельно) ($p = 0,921$; используемый метод: χ^2 Пирсона).

Рис. 1. График регрессионной функции, характеризующий связь между увеличением количества лекарственных препаратов и длительностью анамнеза мигрени
Fig. 1. Regression plot characterising the correlation between an increase in medications and duration of bilious headache past history

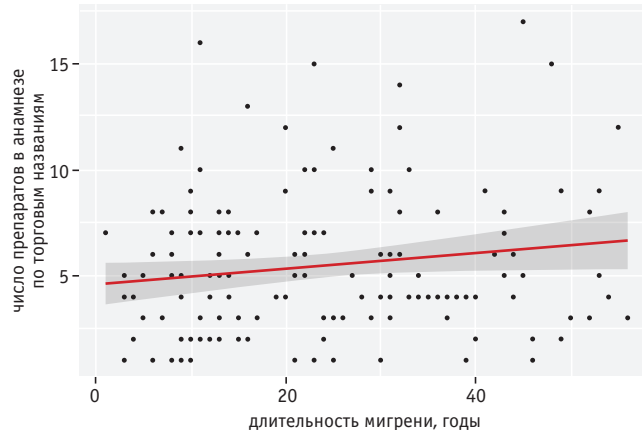
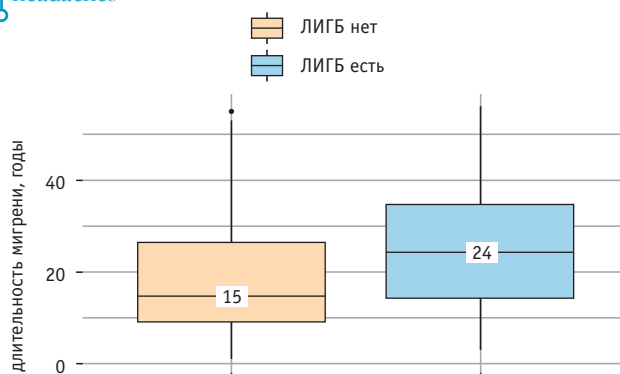


Рис. 2. Анализ риска развития лекарственно-индуцированной головной боли (ЛИГБ) в зависимости от длительности мигрени
Fig. 2. Analysis of the risks of drug-induced headaches (DIH) depending on duration of bilious headaches



Анализ паттернов использования профилактической терапии

Среди 184 пациентов, которым была назначена профилактическая терапия, 102 (55,5%) рекомендованы препараты группы антидепрессантов, 46 (25%) получали β -адреноблокаторы, 33 (17,9%) — антиконвульсанты, 3 (1,6%) — блокаторы кальциевых каналов.

Чаще всего в назначениях фигурировали препараты amitriptilina ($n = 48$; 26,1%), метопролола ($n = 43$; 23,4%), топирамата и венлафаксина (по 42; 22,8%), препараты дулоксетина, флуоксетина и эсциталопрама назначались в 8 (4,3%) случаях каждый. Верапамил принимали 3 (1,6%) человека; миртазапин, пароксетин, пропранолол — по 2 (1,1%) пациента; вальпроевую кислоту, габапентин, ламотриджин, сертралин, тразодон, флувоксамин, циталопрам — по 1 (0,5%).

Анализ опыта профилактической терапии показал, что только 42 (22,8%) больным профилактическая терапия назначена впервые, повторную профилактическую терапию

одним препаратом получали 80 (43,5%), двумя — 38 (20,7%), тремя — 12 (6,5%), четырьмя — 6 (3,3%), пятью — 5 (2,7%) и семью — 1 (0,5%) человек.

Анализ приверженности к профилактической терапии мигрени

Изучение соблюдения назначений выявило, что 22 (12%) человека не начинали предписанное лечение. Из соблюдавших назначения (n = 162) наиболее приверженными к терапии, по данным шкалы Мориски — Грина, были 137 (84,5%) пациентов, недостаточно привержен 21 (13%) и не привержены 4 (2,5%).

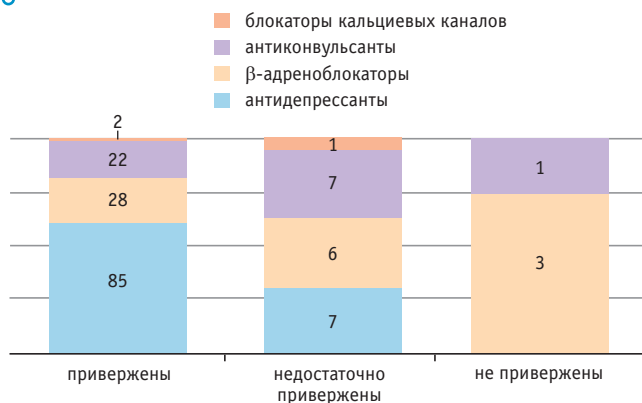
В ходе анализа приверженности к лечению в зависимости от назначенных препаратов обнаружено, что наиболее приверженными оказались пациенты, принимавшие антидепрессанты (p = 0,024; используемый метод: χ^2 Пирсона) (рис. 3).

Однако при сопоставлении анамнеза профилактической терапии и комплаентности не найдены существенные различия в соблюдении назначений на момент опроса (p = 0,729; используемый метод: критерий Краскела — Уоллиса).

Приверженность к профилактической терапии мигрени в зависимости от наличия лекарственно-индуцированной головной боли

Нами выполнен анализ зависимости приверженности к лечению от сочетания с ЛИГБ, который показал, что пациенты с хронической мигренью без ЛИГБ были более привержены к профилактической терапии (p = 0,045; используемый метод: χ^2 Пирсона) (табл. 4).

Рис. 3. Анализ приверженности к терапии в зависимости от групп профилактических препаратов
Fig. 3. Analysis of compliance depending on the preventive drug group



При сравнении соблюдения назначений в зависимости от рекомендованных групп препаратов для профилактической терапии нам не удалось установить статистически значимые различия (p = 0,521) (используемый метод: χ^2 Пирсона). Положительный эффект в виде уменьшения количества дней с головной болью, снижения интенсивности мигрени, увеличения трудоспособности отмечали 78 (48,1%) человек из 162 начавших терапию. При этом положительный эффект чаще отмечали пациенты без ЛИГБ (p = 0,047; используемый метод: χ^2 Пирсона).

ОБСУЖДЕНИЕ

Среди наблюдавшихся в Клинике нервных болезней большинство составляли женщины в среднем возрасте около 40 лет. Длительность заболевания сильно варьировала — в среднем от 11 до 31 года.

Примечательно, что 44,6% пациентов имели сочетанный диагноз хронической мигрени и ЛИГБ, а это диктует необходимость проведения дополнительных лечебных мероприятий, таких как дезинтоксикационная терапия.

С момента дебюта мигрени среднее количество используемых групп препаратов было от 3 до 6, установлена тенденция к росту числа различных лекарственных средств при увеличении длительности анамнеза мигрени. В 140 случаях пациенты использовали препараты из различных (входящих и не входящих в рекомендации по купированию мигрени) фармакологических групп, как последовательно, так и одновременно. Примечательно, что 46 больных самостоятельно подбирали препарат для купирования головной боли, хотя ранее консультировались с врачом.

К сожалению, не представляется возможным ретроспективно оценить частоту приема комбинаций препаратов как возможный предиктор появления ЛИГБ. Однако вероятность развития ЛИГБ у пациентов с хронической мигренью в нашем исследовании оказалась в 3 раза выше, чем при частой эпизодической мигрени. Такие данные вполне закономерны с учетом тенденции к возрастанию употребления различных препаратов с увеличением длительности мигрени, подтверждение этого предположения возможно при более подробной регистрации употребления лекарственных средств в проспективном лонгитудинальном исследовании.

Необходимость назначения профилактической терапии пациентам с ЛИГБ продолжает обсуждаться. Так, в систематическом обзоре С.С. Chiang и соавт. не выявлена статистически значимая разница в улучшении самочувствия между пациентами, отказавшимися от приема симптоматических средств, и участниками группы с дополнительно назначенным профилактическим лечением [8].

Таблица 4 / Table 4

Зависимость приверженности к профилактическому лечению от наличия лекарственно-индуцированной головной боли (ЛИГБ), n (%)

Dependence of preventive therapy compliance on the presence of drug-induced headaches (DIH), n (%)

Наличие ЛИГБ	Привержены	Недостаточно привержены	Не привержены	Не начинавшие лечение
ЛИГБ-	71 (51,8)*	10 (47,6)	3 (75,0)	18 (81,8)
ЛИГБ+	66 (48,2)	11 (52,4)	1 (25,0)	4 (18,2)

* Отличие от больных с лекарственно-индуцированной головной болью статистически значимо (p = 0,045).
* Statistically significant difference (p = 0.045) from patients with drug-induced headaches.

Однако в мультицентровом исследовании, проведенном в период с 2004 по 2014 г., отмечено преимущество отмены избыточно употребляемого лекарственного препарата в сочетании с профилактическим лечением по сравнению только с отменой препарата, вызвавшего ЛИГБ [9].

Для проведения стационарного лечения в Клинику нервных болезней поступают пациенты с наиболее сложным течением головной боли для наблюдения, дообследования и подбора адекватной терапии. Они представляют собой самую трудную категорию. Одной из наиболее доступных и эффективных стратегий профилактики хронизации головной боли, развития ЛИГБ является информирование пациентов о причинах головной боли, факторах риска хронизации и рисках бесконтрольного приема лекарственных средств [10].

По данным А.Э. Шагбазян и соавт. [11], в группах пациентов с ЛИГБ, которые наряду с медикаментозным лечением проходили обучающие программы в отношении головной боли, индексы влияния на качество жизни и трудоспособ-

ность (Headache-Attributed Lost Time, Headache Impact Test 6) статистически значимо ($p < 0,05$) снизились через 12 месяцев от начала лечения, в отличие от показателей в группах, где эти стратегии не применялись.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По полученным нами данным, большинство больных оказались приверженными к лечению. Мы установили, что 142 (78%) наших пациента уже были знакомы с профилактической терапией, но значимая разница в комплаентности таких больных и тех, кто впервые получал подобное лечение, отсутствовала.

Наиболее привержены лечению пациенты, принимавшие антидепрессанты, а также лица без лекарственно-индуцированной головной боли (ЛИГБ), они же чаще отмечали положительный эффект от профилактической терапии, что может рассматриваться как результат не только высокой комплаентности, но и исходно меньшей тяжести заболевания.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

- Lipton R.B., Serrano D., Holland S., Fanning K.M. et al. Barriers to the diagnosis and treatment of migraine: effects of sex, income, and headache features. *Headache*. 2013; 53(1): 81–92. DOI: 10.1111/j.1526-4610.2012.02265.x
- Peh K.Q.E., Kwan Y.H., Goh H., Ramchandani H. et al. An adaptable framework for factors contributing to medication adherence: results from a systematic review of 102 conceptual frameworks. *J. Gen. Intern. Med.* 2021; 36(9): 2784–95. DOI: 10.1007/s11606-021-06648-1
- Ковальчук Н.А., Кирьянова Е.А., Табеева Г.Р. Приверженность терапии пациентов с мигренью (по данным интернет-опроса). *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2021; 13(4): 81–7. [Kovalchuk N.A., Kiryanova E.A., Tabeeva G.R. Medication adherence in migraine patients (data of an online survey). *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2021; 13(4): 81–7. (in Russian)]. DOI: 10.14412/2074-2711-2021-4-81-87
- Blumenfeld A.M., Bloudek L.M., Becker W.J., Buse D.C. et al. Patterns of use and reasons for discontinuation of prophylactic medications for episodic migraine and chronic migraine: results from the second international burden of migraine study (IBMS-II). *Headache*. 2013; 53(4): 644–55. DOI: 10.1111/head.12055
- Dodick D., Loder E., Manack Adams A., Buse D.C. et al. Assessing barriers to chronic migraine consultation, diagnosis, and treatment: results from the chronic migraine epidemiology and outcomes (cameo) study. *Headache*. 2016; 56(5): 821–4. DOI: 10.1111/head.12774
- Morisky D.E., Green L.W., Levine D.M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med. Care*. 1986; 24(1): 67–74. DOI: 10.1097/00005650-198601000-00007
- Осипова В.В., Филатова Е.Г., Артеменко А.Р., Лебедева Е.Р. и др. Диагностика и лечение мигрени: рекомендации российских экспертов. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски*. 2017; 117(1–2): 28–42. [Osipova V.V., Filatova E.G., Artemenko A.R., Lebedeva E.R. et al. Diagnosis and treatment of migraine: recommendations of the Russian experts. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2017; 117(1–2): 28–42. (in Russian)]. DOI: 10.17116/jnevro20171171228-42
- Chiang C.C., Schwedt T.J., Wang S.J., Dodick D.W. Treatment of medication-overuse headache: a systematic review. *Cephalalgia*. 2015; 36(4): 371–86. DOI: 10.1177/0333102415593088
- Tassorelli C., Jensen R., Allena M., De Icco R. et al. A consensus protocol for the management of medication-overuse headache: evaluation in a multicentric, multinational study. *Cephalalgia*. 2014; 34(9): 645–55. DOI: 10.1177/0333102414521508
- Головачёва В.А., Парфёнов В.А., Табеева Г.Р., Осипова В.В. и др. Оптимизация ведения пациентов с хронической ежедневной головной болью. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2017; 117(2): 4–9. [Golovacheva V.A., Parfenov V.A., Tabeeva G.R., Osipova V.V. et al. The optimization of management of chronic daily headache patients. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2017; 117(2): 4–9. (in Russian)]. DOI: 10.17116/jnevro2017117214-9
- Шагбазян А.Э., Ковальчук Н.А., Табеева Г.Р. Роль образовательных программ в ведении пациентов с медикаментозно-индуцированной головной болью. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2021; 13(3): 27–33. [Shagbazyan A.E., Kovalchuk N.A., Tabeeva G.R. Role of educational programs in management of patients with medicationoveruse headache. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2021; 13(3): 27–33. (in Russian)]. DOI: 10.14412/2074-2711-2021-3-27-33

Поступила / Received: 04.04.2022

Принята к публикации / Accepted: 07.06.2022

Об авторах / About the authors

Ковальчук Надежда Александровна / Kovalchuk, N.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: 5883-0684. <https://orcid.org/0000-0002-8437-7205>. E-mail: dr.N.Kovalchuk@yandex.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