



Закономерности формирования и оценка эффективности терапии лекарственно-индуцированной головной боли

Е.А. Гузий¹, А.Э. Шагбазян², Н.А. Ковальчук¹, Г.Р. Табеева¹ ✉

¹ ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет); Россия, г. Москва

² ООО «Правильное лечение»; Россия, г. Москва

РЕЗЮМЕ

Цель исследования: оценить закономерности формирования лекарственно-индуцированной головной боли (ЛИГБ), эффективность терапии, а также сравнить две группы пациентов с хронической мигренью и злоупотреблением симптоматическими средствами: с ЛИГБ и без нее.

Дизайн: проспективное когортное исследование.

Материалы и методы. В исследование включены 20 пациентов от 18 до 75 лет с установленным диагнозом хронической мигрени и чертами злоупотребления симптоматическими средствами. У всех больных подробно проанализированы жалобы, анамнез заболевания, социо-демографический и клиничко-психологический статус, характеристики боли до и во время лечения, влияние головной боли на повседневную активность.

Результаты. Всем пациентам были рекомендованы отмена «виновного» анальгетика и ограничение приема препарата с обезболивающим действием из другой группы. Для профилактики использовались метопролол в 6 (30%) случаях, топирамат — в 2 (10%), amitриптилин — в 30%, венлафаксин — в 30%. Спустя 3 месяца от начала терапии наибольшее снижение частоты и интенсивности головной боли отметили пациенты при приеме amitриптилина в дозе до 50 мг, венлафаксина в дозе до 150 мг. В момент отмены «рикошетные» симптомы и синдром отмены развились у 14 (70%) человек. Детоксикационная терапия (дексаметазон 4–8 мг на 200 мл физраствора и магния 10% 25 мл № 10) проводилась у 12 (60%) больных. За 3 месяца наблюдения интенсивность приступа головной боли снизилась на 2 балла по визуальной аналоговой шкале, а продолжительность — в среднем на 6 часов, количество дней с головной болью уменьшилось в среднем на 3,4 дня, количество дней с применением обезболивающих средств в месяц — на 12,6 дня.

Заключение. Необходимо повышение осведомленности терапевтов, неврологов о причинах, закономерностях, методах лечения ЛИГБ, а также о факторах риска ее рецидивирования. Комплаенс пациентов можно повысить путем телефонных интервью, очных консультаций через 1–3 месяца от начала профилактической терапии. При правильном приеме профилактического препарата и соблюдении рекомендаций по ограничению злоупотребления симптоматическими средствами уже через 3 месяца повышается качество жизни пациента, головная боль по частоте и интенсивности уменьшается, улучшаются когнитивные функции.

Ключевые слова: хроническая мигрень, лекарственно-индуцированная головная боль, хроническая головная боль, лекарственный абзус, лечение.

Вклад авторов: Гузий Е.А., Шагбазян А.Э., Ковальчук Н.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: Гузий Е.А., Шагбазян А.Э., Ковальчук Н.А., Табеева Г.Р. Закономерности формирования и оценка эффективности терапии лекарственно-индуцированной головной боли. Доктор.Ру. 2022; 21(8): 18–24. DOI: 10.31550/1727-2378-2022-21-8-18-24



Patterns of Formation and Evaluation of the Efficiency of Medical Overuse Headache Therapy

Е.А. Guziy¹, А.Е. Shagbazyan², N.A. Kovalchuk¹, G.R. Tabeeva¹ ✉

¹ 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

² LLC Right Treatment; 66 Perovskaya Str., build. 3, Moscow, Russian Federation 111394

ABSTRACT

Study Objective: The aim of the study was to evaluate the patterns of medical overuse headache (MOH), the effectiveness of therapy, and to compare 2 subgroups of patients with chronic migraine, medical overuse of symptomatic analgesics: with MOH and without MOH.

Study Design: prospective cohort study.

Materials and Methods. The study included 20 patients aged 18 to 75 years with an established diagnosis of chronic migraine medical overuse of symptomatic analgesics. We're planning to apply a headache diary, several scales about various characteristics of headaches, the psychological state of patients, scales on lifestyle and quality of life, somatic pathology.

Study Results. All patients were recommended to cancel the "guilty" analgesic and limit the use of the drug with analgesic action from another group. For prophylaxis, metoprolol was used in 6 (30%) cases, topiramate — in 2 (10%) cases, amitriptyline — in 30%, venlafaxine in

✉ Табеева Гюзьяль Рафкатовна / Tabeeva, G.R. — E-mail: grtabeeva@gmail.com

30%. After 3 months from the start of therapy, patients noted the greatest reduction in the frequency and intensity of headache when taking amitriptyline at a dose of up to 50 mg, venlafaxine at a dose of up to 150 mg. At the time of withdrawal, "rebound" symptoms and withdrawal syndrome developed in 14 (70%) people. Detoxification therapy (dexamethasone 4–8 mg per 200 ml of saline and magnesia 10% 25 ml N10) was carried out in 12 (60%) patients. Over 3 months of follow-up, the occurrence of a headache attack decreased by 2 points on the intensity scale, duration — by an average of 6 hours, the number of days with a headache increased by an average of 3.4 days, the number of days with the use of pathogens per month — by 12.6 days.

Conclusion. It is necessary to raise the awareness of therapists, neurologists about the causes, patterns, methods of treatment of MOH, as well as about the risk factors for its recurrence. Patient compliance can be improved by telephone interviews, face-to-face consultations 1–3 months after the start of preventive therapy. With the correct use of the prophylactic drug and following the recommendations to limit the overuse of symptomatic analgesics, after 3 months the patient's quality of life improves, the headache decreases in frequency and intensity, and cognitive functions improve.

Keywords: chronic migraine, medical overuse headache, chronic headache, overuse, treatment.

Contributions: Guziy, E.A., Shagbazyan, A.E., Kovalchuk, N.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: Guziy E.A., Shagbazyan A.E., Kovalchuk N.A., Tabeeva G.R. Patterns of Formation and Evaluation of the Efficiency of Medical Overuse Headache Therapy. *Doctor.Ru.* 2022; 21(8): 18–24. (in Russian). DOI: 10.31550/1727-2378-2022-21-8-18-24

ВВЕДЕНИЕ

Согласно третьей редакции Международной классификации головной боли (МКГБ-3) (2018)¹, лекарственно-индуцированная (ЛИГБ), или абюзная, головная боль является хронической цефалгией, возникающей чаще 15 дней в месяц у пациентов, страдающих одной из первичных форм головной боли, в результате регулярного и избыточного использования средств для купирования приступов цефалгии на протяжении более 3 месяцев. Абюзная головная боль формируется при приеме 15 и более доз в месяц простых анальгетиков на протяжении 3 месяцев, а для триптанов, эрготамина, комбинированных и опиоидных анальгетиков пороговое значение — 10 доз в месяц². Таким образом, согласно МКГБ-3, достоверный диагноз ЛИГБ может быть установлен уже во время первичного осмотра [1]. Важно, что у пациентов, чрезмерно много принимающих обезболивающие средства при других болевых синдромах (суставной боли, боли в пояснице, тазовой боли), лекарственно-индуцированная цефалгия не развивается [2].

Анализ эпидемиологических исследований большой популяции больных с хронической головной болью показал, что в 66% случаев пациенты исходно страдали мигренью, в 27% — головной болью напряжения и в 7% — смешанными и другими формами первичных головных болей, в том числе новой ежедневно персистирующей головной болью [3]. Отличие ЛИГБ от лекарственной зависимости состоит в существовании одной из первичных форм цефалгий, ставшей причиной регулярного бесконтрольного применения обезболивающих средств и развития лекарственного абюса [4].

Распространенность ЛИГБ составляет 1–1,8% в общей популяции, чаще встречается у женщин 40–50 лет (до 5%); среди всех пациентов с ЛИГБ доля женщин составляет от 62 до 92% [1].

ЛИГБ — одна из самых частых форм головной боли у пациентов, обращающихся в специализированные клиники головной боли. Так, в европейских клиниках головной боли количество больных с ЛИГБ — 30% от всех обратившихся за помощью, а в клиниках головной боли США — более 50%. В соответствии с данными эпидемиологических исследований, ЛИГБ занимает третье место среди заболеваний, сопро-

вождающихся головной болью, уступая только головной боли напряжения и мигрени [5]. Следует отметить, что это тяжелый, дезадаптирующий вид головной боли, качество жизни пациентов с данным диагнозом значительно хуже, чем у лиц с эпизодическими головными болями [6].

К факторам, предрасполагающим к хроническому течению цефалгии и, как следствие, к увеличению дозы и кратности приема обезболивающих, относят женский пол, низкий социально-экономический статус, ожирение (ИМТ > 30 кг/м²), тревожно-депрессивные расстройства, апноэ во сне и другие нарушения сна, неправильный прием препаратов для купирования головной боли в момент приступа и др. Склонность к злоупотреблению также часто развивается у пациентов с семейным анамнезом головной боли, когда с детского возраста они наблюдали чрезмерное употребление анальгетиков старшими членами семьи и используют этот опыт поведения [7, 8].

Злоупотребление психоактивными лекарственными средствами и зависимость — хорошо известные проблемы, которые имеют физические, психологические и социальные последствия. Злоупотребление лекарствами подразумевает их преднамеренно неправильное использование или чрезмерное употребление, несмотря на вред [2]. По определению МКБ-10, синдром зависимости — это «сочетание физиологических, поведенческих и когнитивных явлений, при которых употребление вещества или класса веществ начинает занимать первое место в системе ценностей индивида. Основной характеристикой синдрома зависимости является потребность (часто сильная, иногда непреодолимая) принять психоактивное вещество, алкоголь или табак». В *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V* предложено объединить злоупотребление психоактивными веществами и синдром зависимости в одно расстройство с выделением степени его тяжести [9].

Стоит отметить, что в диагностических критериях ЛИГБ не имеют значения характеристики головной боли, ее интенсивность, вид лекарственного препарата или его дозировка. Учитывается только количество дней использования симптоматического средства для облегчения цефалгии и наличие исходно головной боли у пациента (до избыточного

¹ Evers S., Jensen R. *Treatment of medication overuse headache — guideline of the EFNS headache panel.* *Eur. J. Neurol.* 2011; 18(9): 1115–21. DOI: 10.1111/j.1468-1331.2011.03497.x; *Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The international classification of headache disorders, 3rd edition.* *Cephalgia.* 2018; 38(1): 1–211. DOI: 10.1177/0333102417738202

² Там же.

применения лекарственных средств). Между тем фенотипы ЛИГБ различны и, по-видимому, зависят от типа исходной первичной головной боли.

Лечение ЛИГБ включает в себя отмену «виновного» препарата. Согласно клиническим рекомендациям РФ от 2021 года [5], есть два метода отмены: полная и частичная, когда пациенту разрешается принять до 2 доз анальгетика в неделю. М. Nielsen и соавт. исследовали 72 пациентов с ЛИГБ на протяжении 12 месяцев, наиболее быстрое улучшение, по шкалам оценки головной боли (Headache Under-Response to Treatment, HURT) и качества жизни (World Health Organization Quality of Life Instruments-BREF — краткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни), отмечено в группе полной отмены анальгетика [10].

Следующими, но не менее важными аспектами являются подбор препарата для профилактической терапии исходного типа цефалгии, поведенческая, психотерапия. Необходимость проведения детоксикации, применения глюкокортикостероидов в комбинации с сульфатом магния до сих пор остается дискуссионной, не относится к рекомендациям с уровнем убедительности А.

В момент резкой отмены анальгетика, вызвавшего ЛИГБ, возможен «рикошетный» синдром отмены, проявляющийся тяжелой фоновой головной болью, тошнотой, рвотой. В данном случае допускается использование анальгетического препарата другой группы для купирования головной боли периода отмены (не более 2 доз в неделю), противорвотных средств, анксиолитиков. Эффективность терапии оценивается спустя 3 месяца от начала лечения.

«Золотым стандартом» оценки эффективности лечения является уменьшение частоты и/или интенсивности головной боли на 50% от исходных характеристик. Однако лечение ЛИГБ — клинически трудная задача, так как обычно подобные пациенты имеют множественные психические коморбидные нарушения, зависимость от лекарственных препаратов, у них отсутствует самоконтроль [11, 12]³.

Цель исследования: оценить закономерности формирования ЛИГБ, эффективность терапии, а также сравнить две группы пациентов с хронической мигренью и злоупотреблением симптоматическими средствами: с ЛИГБ и без нее.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 20 пациентов от 18 до 75 лет с установленным диагнозом хронической мигрени и чертами злоупотребления симптоматическими средствами, поступивших в Клинику нервных болезней им. А.Я. Кожевникова в период с ноября 2021 по март 2022 года. Дополнительными критериями включения были возраст от 18 до 75 лет и наличие письменного информированного согласия пациента на участие в исследовании. Критерии исключения — возраст менее 18 лет и более 75 лет, а также наличие сопутствующей тяжелой соматической или психиатрической патологии в стадии декомпенсации, выраженные когнитивные нарушения, препятствующие полноценному клиническому исследованию. Период наблюдения составил 3 месяца.

Всем пациентам диагноз установлен в соответствии с МКГБ-3, подробно проанализированы жалобы, анамнез заболевания, социо-демографический статус. У больных проводилась оценка влияния головной боли на повседневную активность (Headache Impact Test 6), влияния мигрени на повседневную активность (Migraine Disability Assessment),

времени, потерянного из-за головной боли (Headache-Attributed Lost Time), качества жизни при мигрени (Qualité de Vie et Migraine), уровня катастрофизации боли (шкала Pain Catastrophizing Scale). Кроме того, определяли эффективность предшествующего лечения головной боли (HURT), приверженность к лечению (Morisky Medication Adherence Scale 8), общую эффективность терапии мигрени (Migraine Treatment Optimization Questionnaire 5).

С целью выявления особенностей формирования ЛИГБ проанализированы клиничко-психологический статус пациентов и склонность к зависимости (Лидский опросник зависимости, шкала импульсивности Барратта 11, шкала обсессивно-компульсивных расстройств Йеля — Брауна, Торонтская алекситимическая шкала 26, шкала ситуативной и личностной тревожности Спилбергера — Ханина, Госпитальная шкала тревоги и депрессии, Patient Health Questionnaire 15 — оценка сопутствующих физических симптомов), а также качество жизни и работоспособность (Migraine Work and Productivity Loss Questionnaire — анкета по эффективности работы с мигренью и потере производительности труда, World Health Organization Quality of Life Instruments-BREF — краткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни) и возможные когнитивные нарушения (Краткая шкала оценки психического статуса, Батарей лобной дисфункции).

Пациенты были осмотрены на 1–3-й, 6-й и 10-й дни наблюдения. Проведены также телефонные интервью с ними через 3 месяца после завершения стационарного лечения.

Анализировался паттерн головной боли в момент поступления, в момент проведения детоксикационной терапии и начала профилактического лечения, а также спустя 3 месяца после начала терапии, оценивались возможные причины отказа от препарата и возможная приверженность к лечению.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Проведен клинический анализ пациентов на момент первичного осмотра в стационаре и через 3 месяца наблюдения. Их средний возраст составил 36,75 года. Динамика характеристик цефалгического синдрома представлена в *таблице 1*.

Как видно из *таблицы*, за 3 месяца наблюдения интенсивность приступа головной боли снизилась на 2 балла по ВАШ, а продолжительность — в среднем на 6 часов, количество дней с головной болью уменьшилось в среднем на 3,4 дня, количество дней с применением обезболивающих средств в месяц — на 12,6 дня, пациенты стали лучше отслеживать свои триггеры цефалгии путем ведения дневника головной боли.

Можно судить о том, что у пациентов начала уменьшаться фоновая головная боль, а приступ цефалгии стал принимать исходные мигренозные черты: через 3 месяца в 85% случаев преобладала односторонняя головная боль по сравнению с 70% при первичном осмотре.

Длительность злоупотребления анальгетиками варьировала от 1 года до 13 лет и составила в среднем 3,55 года.

У 5 (25%) участников исследования в возрасте от 19 до 25 лет не было фоновой головной боли. Как правило, фоновая головная боль преобладала у больных более старшего возраста, при более длительном стаже злоупотребления симптоматическими средствами, в частности комбинированными анальгетиками.

Период от дебюта мигрени (по ретроспективному анализу жалоб) до начала злоупотребления и хронизации

³ Всероссийское общество неврологов, Российское общество по изучению головной боли. Мигрень. Клинические рекомендации 2020, 2021 гг.

Анализ динамики характеристик головной боли пациентов с лекарственно-индуцированной головной болью
Analysis of the changes in the characteristics of headaches in patients with drug-induced headache

Характеристика	На момент первичного осмотра в стационаре	Через 3 месяца от начала профилактики
Интенсивность приступа по визуальной аналоговой шкале, баллы	7	5
Односторонняя головная боль, n (%)	14 (70)	17 (85)
Двусторонняя головная боль, n (%)	6 (30)	3 (15)
Пульсирующий характер боли, n (%)	10 (50)	10 (50)
Давяще-распирающий характер боли, n (%)	8 (40)	6 (30)
Ноющий характер боли, n (%)	2 (10)	4 (20)
Усиление боли при физической активности, n (%)	17 (85)	17 (85)
Тошнота/рвота, n (%)	16 (80)	16 (80)
Фото-/фонофобия, n (%)	16 (80)	16 (80)
Осмофобия, n (%)	18 (90)	16 (80)
Наличие триггеров, n (%):		
• голод, продукты, содержащие тирамин;	12 (60)	10 (50)
• недосып/пересып;	16 (80)	17 (85)
• стресс;	18 (90)	18 (90)
• солнечный день;	0	2 (10)
• перемена погоды	0	3 (15)
Продолжительность приступа, ч	16	10
Количество дней с головной болью в месяц	17,1	13,7
Количество дней с применением обезболивающих средств в месяц	20,5	7,9

цефалгии — в среднем 6,6 года, до постановки диагноза ЛИГБ — 13,2 года.

Из 20 пациентов ранее обращались к неврологу по месту жительства более 3 раз 9 человек, 5 ранее получали профилактическую терапию хронической мигрени препаратами с доказанной эффективностью при хронической головной боли, а 10 (50%) — без доказанной эффективности.

Сопутствующий хронический болевой синдром наблюдался у 14 (70%) человек, катастрофизация боли, когнитофобия

и цефалгофобия — у 16 (80%), тревожно-депрессивные расстройства — у 17 (85%), алекситимия — у 17 (85%), склонность к импульсивному поведению — у 6 (30%). Данные о влиянии головной боли на функционирование, качество жизни, эффективности и приверженности к терапии мигрени, а также характеристики ЛИГБ представлены в *таблице 2*.

Как видно из *таблицы*, включенные в исследование пациенты исходно испытывали выраженное ограничение

Таблица 2 / Table 2

Данные анкетирования пациентов на момент осмотра в условиях стационара
Patient questionnaire data during inpatient examination

Шкала	Показатель
Headache Impact Test 6 (влияние головной боли на повседневную активность), средний балл	57,2
Migraine Disability Assessment (влияние мигрени на повседневную активность), средний балл	120,7
Headache-Attributed Lost Time (время, потерянное из-за головной боли), средний балл	37,8
Qualité de Vie et Migraine (оценка качества жизни при мигрени), n (%).	
Жизнь осложнялась:	
• не осложнялась совсем;	0
• немного;	3 (15)
• средне;	7 (35)
• значительно;	9 (45)
• очень осложнялась.	1 (5)
Влияние на работу:	
• не влияла совсем;	0
• немного;	4 (20)
• средне;	5 (25)
• значительно;	9 (45)
• очень сильно влияла	2 (10)

Шкала	Показатель
Headache Under-Response to Treatment (ответ на лечение головной боли), n (%): • достаточный контроль головной боли; • контроль головной боли недостаточен; • плохой контроль головной боли	0 7 (35) 13 (65)
Pain Catastrophizing Scale (шкала катастрофизации боли), средний балл	18,7
Morisky Medication Adherence Scale 8 (приверженность к лечению), %: • низкая; • средняя; • высокая	58,2 32,1 9,7
Migraine Treatment Optimization Questionnaire 5 (оценка эффективности терапии мигрени)	Неэффективное купирование приступа мигрени в течение 2 ч в 85% случаев
Migraine Work and Productivity Loss Questionnaire (анкета по эффективности работы с мигренью и потере производительности труда), n (%). Влияние мигрени на работоспособность: • нет влияния; • незначительное; • небольшое; • среднее; • очень сильное; • крайне сильное	1 (5) 2 (10) 2 (10) 2 (10) 11 (55) 2 (10)
Лидский опросник зависимости, средний балл	10,5
Patient Health Questionnaire 15 (оценка сопутствующих физических симптомов), средний балл	9,7
Госпитальная шкала тревоги и депрессии, средний балл	12,1
Шкала ситуативной и личностной тревожности Спилбергера — Ханина, баллы: • ситуативная; • личностная	46,1 53,0
TAS 26 (Торонтская алекситимическая шкала), средний балл	74,1
Шкала обсессивно-компульсивных расстройств Йеля — Брауна, средний балл: • подшкала компульсий; • подшкала обсессий	3,1 5,2
Шкала импульсивности Барратта, средний процент: • отсутствие самоконтроля; • непоследовательность; • отвлечение внимания	65,2 36,9 18,3
World Health Organization Quality of Life Instruments-BREF (краткий опросник Всемирной организации здравоохранения для оценки качества жизни)*, %: • физическое и психологическое благополучие; • самовосприятие; • микросоциальная поддержка; • социальное благополучие	44,1 51,2 31,4 30,2
Краткая шкала оценки психического статуса, средний балл	26,3
Батарея лобной дисфункции, средний балл	12,9

* Визуальная оценка качества жизни, максимум — 100%.

* Visual quality of life assessment, max.: 100%.

повседневной активности из-за головной боли и ее существенное влияние на жизнь, у них были плохой контроль и низкая эффективность купирования приступов цефалгии, низкая приверженность к лечению и катастрофизация боли. Больные также имели тревожные расстройства, алекситимию, склонность к импульсивному поведению, черты умеренной степени зависимости от симптоматических препаратов для купирования головной боли. При оценке когнитивного статуса выявлены умеренные когнитивные нарушения и умеренная лобная дисфункция.

Наличие сопутствующих зависимостей: курение — у 9 (45%) (индекс курильщика — 9), употребление алко-

голя — у 2 (10%), применение ранее наркотиков — у 7 (35%), игромания — у 4 (20%) человек. Анальгетики принимали «впрок» для предотвращения головной боли из-за страха/тревоги перед возможной болью 13 (65%) участников.

Среднее количество дней нетрудоспособности в год у 15 работающих пациентов составило 21,3. Однако у тех больных, которые не обращались в медицинские организации для получения листка нетрудоспособности, развивались элементы презентеизма (дни присутствия на рабочем месте со снижением функционирования) и абсентеизма (дни отсутствия на работе) в 100% случаев.

Всем пациентам проводилась терапия в соответствии с рекомендациями Российского общества по изучению головной боли от 2022 года [7], в которых указано, что необходимо отмена «виновного» анальгетика и ограничение приема препарата с обезболивающим действием из другой группы (не более 2 дней в неделю) (в обоих случаях уровень убедительности рекомендаций А); рекомендованы и проведение детоксикации с использованием глюкокортикостероидов и прием противорвотных средств по потребности (уровень убедительности рекомендаций С). Согласно клиническим рекомендациям с уровнем убедительности В, требуется назначение профилактической терапии мигрени, причем при сочетании хронической мигрени и ЛИГБ предпочтение следует отдавать топирамату в дозе 100 мг в сутки, ботулиническому токсину типа А по протоколу PREEMT, введению моноклональных антител (фреманезумаба, эренумаба) подкожно.

В момент отмены «рикошетные» симптомы и синдром отмены развились у 14 (70%) человек. Детоксикационная терапия (дексаметазон 4–8 мг на 200 мл физраствора и магния 10% 25 мл № 10) проводилась у 12 (60%) больных.

Продолжали вести дневник головной боли и отслеживать динамику сопутствующих симптомов 16 человек. Во-первых, это влияло на оценку эффективности профилактики, а во-вторых, косвенно свидетельствовало о приверженности больных к лечению и отслеживанию своих симптомов.

Для профилактики у данных пациентов использовались метопролол в 6 (30%) случаях, топирамат — в 2 (10%), amitриптилин — в 30%, венлафаксин — в 30%. Спустя 3 месяца от начала терапии наиболее снижение частоты и интенсивности головной боли отметили пациенты при приеме amitриптилина в дозе до 50 мг, венлафаксина в дозе до 150 мг.

Ограничения назначения и приема топирамата, несмотря на то что он имеет уровень доказательств А в качестве профилактического средства от мигрени, связаны с побочным действием в виде общей заторможенности. Четверо (20%) работоспособных пациентов вынуждены были отменить препарат и начать прием другого средства для профилактического лечения.

Ограничение приема антидепрессантов вызвано в первую очередь стигматизацией и убеждением, что эти препараты должны принимать только пациенты с грубой психиатрической патологией. Несмотря на положительный эффект от приема amitриптилина/венлафаксина в течение 3 месяцев, 3 (15%) человека не преодолели психоэмоциональный барьер и отменили препарат. Среди них только 1 больной был согласен начать профилактическую терапию препаратом из другой группы. Два (10%) пациента не согласились на прием превентивной терапии, по данным дневников головной боли, они отметили учащение приступов головной боли, которые хорошо купировались приемом напроксена в дозе 500 мг в сутки.

Ограничение назначения моноклональных антител (фреманезумаба, эренумаба), а также ботулинического токсина типа А обусловлено ценой препаратов.

Следует отметить, что среди 11 пациентов молодого возраста (от 20 до 39 лет) у 9 человек отсутствовала ЛИГБ, несмотря на значимое злоупотребление анальгетиками.

ОБСУЖДЕНИЕ

Обращает на себя внимание факт, что 11 (55%) больных не знали о исходном диагнозе мигрени, 16 (80%) пациентов, злоупотреблявших анальгетиками, несмотря на их неэф-

фективность, не знали о наличии имеющихся специальных средств для купирования приступа головной боли — триптанов, а 90% не были информированы об ограничении приема простых анальгетиков до 15 доз в месяц, а комбинированных анальгетиков/триптанов — до 10 доз в месяц.

У 9 (45%) пациентов из Москвы, Московской области и близлежащих областей на руках имелись не менее трех результатов МРТ головного мозга, в том числе в режиме магнитно-резонансной ангиографии и контрастного усиления, ЭЭГ, ультразвуковой доплерографии брахиоцефальных артерий, они регулярно пользовались услугами мануального терапевта и остеопата, не менее 2 раз в год получали курс сосудистых и ноотропных препаратов. У них наиболее часто встречались следующие диагнозы: вегето-сосудистая дистония, цервикокраниалгия, сосудистая головная боль, дисциркуляторная энцефалопатия, цереброваскулярная болезнь, хроническая ишемия головного мозга с цефалгическим синдромом. В данной группе пациентов обращали на себя внимание выраженное болевое поведение и катастрофизация боли, цефалгофобия, когнитофобия.

Тревожность и убежденность пациентов, что имеющаяся головная боль связана с сосудистой патологией (например, с непрямолинейностью хода позвоночных артерий, по результатам ультразвуковой доплерографии брахиоцефальных артерий), по всей видимости, смещали фокус внимания на внутримышечное или внутривенное введение ноотропа. Наибольшие трудности возникли в группе больных с длительным анамнезом злоупотребления (в среднем 7,3 года), сопутствующими зависимостями — курением более пачки сигарет в день. Как правило, такие пациенты, зачастую неосознанно, принимали анальгетики «впрок», т. е. для профилактики возникновения боли.

Отсутствие ЛИГБ при наличии злоупотребления чаще наблюдалось в группе пациентов более молодого возраста (от 20 до 39 лет), которые чаще злоупотребляли простыми анальгетиками, имели относительно небольшой стаж мигрени.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты проведенного исследования позволили сделать несколько выводов.


Необходимо повышение осведомленности терапевтов, неврологов о причинах, закономерностях, методах лечения лекарственно-индуцированной головной боли, а также о факторах риска ее рецидивирования.

Комплаенс пациентов можно повысить путем телефонных интервью, очных консультаций через 1–3 месяца от начала профилактической терапии, подробной беседы о природе заболевания, его доброкачественности, методах профилактической терапии и возможных побочных эффектах препаратов.

При правильном приеме профилактического препарата и соблюдении рекомендаций по ограничению злоупотребления симптоматическими средствами уже через 3 месяца повышается качество жизни больных, головная боль по частоте и интенсивности уменьшается, в среднем на 40–50% улучшаются когнитивные функции.

При наличии выраженной психиатрической коморбидности и других зависимостей у пациента нужна работа в группе с психиатром. Немаловажными также являются немедикаментозные методы лечения и самообразование пациента, знания о методах психотерапевтической поддержки (майнд-фулнесе, таблице автоматических мыслей, когнитивно-поведенческой терапии и др.).

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

- 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
- 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
- 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
- Saper J.R., Da Silva A.N. Medication overuse headache: history, features, prevention and management strategies. *CNS Drugs.* 2013; 27(11): 867–77. DOI: 10.1007/s40263-013-0081-y
- 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
- Chen P.-K., Wang S.-J. Medication overuse and medication overuse headache: risk factors, comorbidities, associated burdens and nonpharmacologic and pharmacologic treatment approaches. *Curr. Pain Headache Rep.* 2019; 23(8): 60. DOI: 10.1007/s11916-019-0796-7
- Katsarava Z., Fritsche G., Muessig M., Diener H.C. et al. Clinical features of withdrawal headache following overuse of triptans and other headache drugs. *Neurology.* 2001; 57(9): 1694–8. DOI: 10.1212/wnl.57.9.1694
- Katsarava Z., Diener H.C., Limmroth V. Medication overuse headache. focus on analgesics, ergot alkaloids and triptans. *Drug Saf.* 2001; 24(12): 921–7. DOI: 10.2165/00002018-200124120-00005
- Radat F., Creac'h C., Guegan-Massardier E., Mick G. et al. Behavioral dependence in patients with medication overuse headache: a cross-sectional study in consulting patients using the DSM-IV criteria. *Headache.* 2008; 48(7): 1026–36. DOI: 10.1111/j.1526-4610.2007.00999.x
- Nielsen M., Carlsen L.N., Munksgaard S.B., Engelstoft I.M.S. et al. Complete withdrawal is the most effective approach to reduce disability in patients with medication-overuse headache: a randomized controlled open-label trial. *Cephalalgia.* 2019; 39(7): 863–72. DOI: 10.1177/0333102419828994
- Carlsen L.N., Munksgaard S.B., Nielsen M., Engelstoft I.M.S. et al. Comparison of 3 treatment strategies for medication overuse headache: a randomized clinical trial. *JAMA Neurol.* 2020; 77(9): 1069–78. DOI: 10.1001/jamaneurol.2020.1179
- Grazzi L., Grignani E., D'Amico D., Sansone E. et al. Is Medication overuse drug specific or not? Data from a review of published literature and from an original study on Italian MOH patients. *Curr. Pain Headache Rep.* 2018; 22(11): 71. DOI: 10.1007/s11916-018-0729-x 

Поступила / Received: 04.04.2022

Принята к публикации / Accepted: 06.07.2022

Об авторах / About the authors

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

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

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

Табеева Гюзьяль Рафкатовна / Tabeeva, G.R. — 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), д. м. н., профессор. 119021, Россия, г. Москва, ул. Россолимо, д. 11, стр. 1. eLIBRARY.RU SPIN: 6601-5867. <https://orcid.org/0000-0002-3833-532X>. E-mail: grtabeeva@gmail.com