# Роль образовательных программ в ведении пациентов с медикаментозно-индуцированной головной болью

#### Шагбазян А.Э., Ковальчук Н.А., Табеева Г.Р.

Кафедра нервных болезней и нейрохирургии Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва Россия, 119021, Москва, ул. Россолимо, 11, стр. 1

Пациенты с первичной головной болью склонны к частому бесконтрольному приему анальгетиков, что может приводить к формированию медикаментозно-индуцированной головной боли (МИГБ). Одной из наиболее доступных и эффективных стратегий ее профилактики является информирование пациентов о потенциальной опасности ее развития. Для этого проводятся обучающие программы (школы).

**Цель** исследования — оценить эффективность обучающих программ в ведении пациентов с МИГБ и профилактике ее рецидивов. **Пациенты и методы.** В течение 12 мес 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 МИГБ. В зависимости от диагноза пациентов разделяли на две группы: группа I (n=44) — пациенты с хроническими формами первичной головной боли без МИГБ, группа II (n=76) — пациенты с хроническими формами первичной головной боли и МИГБ. Затем методом рандомизации в каждой группе пациентов разделяли на подгруппы в зависимости от получаемой терапии. Наблюдение пациентов проводилось в динамике: повторные осмотры и анкетирование через 1, 3 и 12 мес. Также пациенты вели дневник головной боли. В тех подгруппах, где предусматривалось применение обучающих программ, была проведена образовательная школа, разработанная для данного исследования.

**Результаты и обсуждение.** В подгруппах, в которых наряду с медикаментозным лечением проводились обучающие программы в отношении головной боли, индексы влияния на качество жизни и трудоспособность (HALT, HIT-6) статистически значимо (p<0,05) снизились через 12 мес от начала лечения, в отличие от подгрупп без образовательных программ. За период наблюдения удовлетворенность лечением у пациентов увеличилась в среднем в 1,75 раза (по сравнению с началом исследования) в подгруппах, где проводилась школа. Финансовые расходы в период 12 мес наблюдения за пациентами снизились в 7 раз вследствие того, что большинство пациентов перестали принимать лекарственные средства для купирования головной боли.

Заключение. Информационно-образовательные программы являются неотъемлемой частью ведения пациентов с МИГБ.

**Ключевые слова:** хроническая первичная головная боль; мигрень; головная боль напряжения; медикаментозно-индуцированная головная боль; обучающие программы в ведении пациентов с хроническими головными болями.

Контакты: Гюзяль Рафкатовна Табеева; grtabeeva@gmail.com

**Для ссылки:** Шагбазян АЭ, Ковальчук НА, Табеева ГР. Роль образовательных программ в ведении пациентов с медикаментозно-индуцированной головной болью. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2021;13(3):27—33. DOI: 10.14412/2074-2711-2021-3-27-33

# Role of educational programs in management of patients with medication-overuse headache Shagbazyan A.E., Kovalchuk N.A., Tabeeva G.R.

Department of Nervous System Diseases and Neurosurgery, N.V. Sklifosovsky Institute of Clinical Medicine, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Ministry of Health of Russia, Moscow 11, Rossolimo St., Build. 1, Moscow 119021, Russia

Patients with primary headaches are prone to frequent uncontrolled use of analgesics, leading to medication-overuse headache (MOH). One of the most accessible and effective strategies for its prevention is informing patients about the potential danger of its development. For this, training programs («schools») are conducted.

Objective: to evaluate the effectiveness of educational programs in management of patients with MOH and its prevention.

Patients and methods. We included 120 patients (12 men and 108 women, mean age:  $men - 46.3\pm3.54$  years, women  $- 41.3\pm9.5$  years) with primary headache and MOH. The follow-up period was 12 months. First, patients were divided into two groups depending on the clinical diagnosis: group I(n=44) — patients with chronic primary headaches without MOH, group II(n=76) — patients with chronic primary headaches and MOH. Then, patients in each group were randomized into subgroups depending on the prescribed therapy. All participants underwent repeated clinical examinations and questionnaires assessment at 1-, 3- and 12-months follow-ups. In addition, all patients kept a headache diary. An educational «school» developed for this study was held in those subgroups where educational programs were specified.

**Results and discussion.** We observed a significant decrease in mean Headache-Attributed Lost Time (HALT) and Headache Impact Test (HIT-6) scores (p<0,05) at 12-months follow-up in subgroups where headache educational programs were combined with drug therapy, compared to the subgroups without educational programs. At the end of follow-up, we found a mean 1.75-fold increase in patients' treatment satisfaction (compared to baseline) in the subgroups where the «school» was held. Financial costs during the 12-month follow-up period for patients decreased by seven times because most patients stopped taking medications to relieve headaches.

Conclusion. Information and educational programs are an integral part of the management of patients with MOH.

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

Contact: Gyuzyal Rafkatovna Tabeeva; grtabeeva@gmail.com

For reference: Shagbazyan AE, Kovalchuk NA, Tabeeva GR. Role of educational programs in management of patients with medication-overuse headache. Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics. 2021;13(3):27–33. DOI: 10.14412/2074-2711-2021-3-27-33

Распространенность хронической мигрени среди взрослого населения составляет примерно 1-4% [1, 2], а хронической головной боли напряжения (ГБН) – около 2,2% [3]. Приблизительно в 25-50% случаев развивается медикаментозно-индуцированная головная боль (МИГБ), распространенность которой в популяции составляет 1% [4]. МИГБ у пациентов с мигренью и ГБН является самостоятельной причиной тяжелой дезадаптации [5]. Ведение пациентов с МИГБ представляет собой трудную задачу ввиду отсутствия разработанных клинических рекомендаций, рандомизированных клинических исследований эффективности фармакотерапии, а также в связи с высокой частотой рецидивов даже при эффективном лечении пациентов [6]. В общем комплексе терапевтических подходов на сегодняшний день отмена или ограничение приема симптоматических средств для купирования головной боли и профилактическая фармакотерапия являются общепринятыми стратегиями. Между тем клинические наблюдения демонстрируют, что характерная особенность пациентов с МИГБ – хронический ежедневный паттерн течения головной боли в тесной сопряженности с коморбидными психическими расстройствами тревожно-депрессивного спектра [7], что подчас требует коррекции. Высокая частота повторных случаев злоупотребления анальгетиками, низкая приверженность профилактической терапии - характерные тенденции течения заболевания. Все это в целом требует постоянного наблюдения за пациентами, применения поведенческих стратегий с целью повышения их ответственности за результаты лечения. С этой точки зрения особое значение приобретает разработка образовательных программ, имеющих целью повышение осведомленности пациентов о причинах и закономерностях развития заболевания, а также о приоритетных поведенческих и терапевтических стратегиях и их роли в долгосрочном прогнозе течения заболевания.

Существуют различные современные нефармакологические стратегии ведения пациентов с МИГБ, состоящие из нескольких компонентов:

- Когнитивно-поведенческий компонент, направленный на изменение поведения и убеждений, связанных с головной болью (включая когнитивно-поведенческую терапию и/или терапию стресс-менеджмента, тренинг по управлению триггерами).
- Обучение пациентов, направленное на улучшение навыков и повышение уровня знаний участников и предоставление им возможности использовать эти навыки в разных аспектах своей жизни за пределами вмешательства.
- 3. Методы, основанные на осознанности, вовлекающие участников тренинга в саморегуляцию внимания путем повышения осведомленности и принятия мыслей, чувств и физических ощущений.

4. Тренировка на расслабление, направленная на повышение контроля пациентов над физиологическими реакциями в ответ на головную боль, снижение симпатического возбуждения, стресса и тревоги.

**Цель** нашего исследования — оценить эффективность обучающих программ в ведении пациентов с МИГБ и профилактике ее рецидивов.

Пациенты и методы. В исследовании приняли участие 120 пациентов с первичной головной болью и МИГБ. В начале исследования были проведены опрос, клинический, неврологический и невроортопедический осмотры. Пациенты в зависимости от диагноза были разделены на две группы: группа I (n=44) — пациенты с хроническими формами первичной головной боли без МИГБ, группа II (n=76) - пациенты с хроническими формами первичной головной боли и МИГБ. Затем методом случайной рандомизации в каждой группе пациенты разделялись на подгруппы. Группа I (пациенты с хроническими формами первичных головных болей) подразделялась на подгруппы IA (n=18; пациенты получали только общепринятые схемы профилактической терапии) и IB (n=26; пациенты получали общепринятые схемы профилактической терапии в сочетании с обучающими программами). Группа II (пациенты с хроническими формами первичной головной боли и МИГБ) подразделялась на подгруппы IIA (n=20; пациенты получали только общепринятую схему профилактической терапии), IIB (n=29; пациенты получали общепринятые схемы профилактической терапии в сочетании с обучающими программами) и IIC (n=27; пациенты получали детоксикационную терапию в сочетании с общепринятой схемой профилактической терапии и проведением обучающих программ).

Критериями включения пациентов в исследование являлись: наличие письменного информированного согласия пациента на участие в исследовании; возраст от 18 до 60 лет; установленный диагноз (хроническая ГБН, хроническая мигрень, головная боль, обусловленная избыточным применением простых и комбинированных анальгетиков, триптанов, эрготаминов).

Далее проводилась оценка эмоционально-личностных черт пациентов с помощью опросника выраженности психопатологической симптоматики (Symptom checklist-90-revised, Scl-90-г). Влияние головной боли оценивалось по нескольким критериям: для оценки интенсивности головной боли применялась визуальная аналоговая шкала (ВАШ); влияние на качество жизни, трудоспособность, повседневную активность пациентов оценивалось с использованием индекса «Время, потерянное из-за головной боли» (Headache-attributed lost time, HALT) и Индекса влияния головной боли (Headache Impact Test 6, HIT-6). Анальгетические препараты, принимаемые респондентами, были разделены на фармакологические группы и сравнивались по частоте использования. Важно учитывать, что некоторые паци-

енты принимали анальгетические препараты сразу нескольких групп. Анализ финансовых расходов на лекарственные препараты включал затраты на момент начала исследования и через 12 мес.

В течение 12 мес наблюдались 120 пациентов (12 мужчин и 108 женщин, средний возраст у мужчин —  $46,3\pm3,54$  года, среди женщин —  $41,3\pm9,5$  года) с первичной головной болью и МИГБ. Около 57% больных имели высшее образование, у остальных было среднее образование. Работали на момент проведения исследования 63% обследуемых. Пациенты в целом характеризовались высокой длительностью заболевания (у мужчин —  $24,6\pm5,5$  года, у женщин —  $13,5\pm4,5$  года). Была выявлена средняя интенсивность головной боли по ВАШ: у мужчин — 6-8 баллов, у женщин — 5-7 баллов. Также анализировалось количество дней с головной болью в месяц: у мужчин —  $15,5\pm3,5$  дня, а у женщин —  $19.3\pm4,5$  дня.

Большинство пациентов, у которых присутствует МИГБ, имели два типа первичной головной боли — ГБН и мигрень. Также было выявлено, что у пациентов только с мигренью МИГБ встречается чаще, чем у пациентов только с ГБН. Учитывая высокую коморбидность МИГБ, мы также проанализировали данные о сопутствующих заболеваниях. У 50% пациентов были болевые синдромы в области спины в стадии ремиссии, у 35% — гипертоническая болезнь, у 10% — хронический гастрит в стадии ремиссии. У одного пациента имелась болезнь Паркинсона.

Наблюдение пациентов проводилось в динамике: повторные осмотры и анкетирование через 1, 3 и 12 мес. Также пациенты вели дневник головной боли. В тех подгруппах, где предусматривалось применение обучающих программ, была проведена образовательная школа, разработанная в целях данного исследования. Одно занятие образовательной школы посетили 120 пациентов, два занятия — 85 пациентов, три занятия — 65 пациентов, четыре занятия — 44 пациента.

Содержание обучающей программы для пациентов с МИГБ. Обучающая программа представляла собой цикл занятий, разделенный на модули. Длительность занятий составляла от 40 до 60 мин плюс 15—20 мин обсуждения. Разработка данных модулей основывалась на результатах предварительного анкетирования пациентов, которые отвечали на вопросы, касающиеся необходимости получения различных видов информации о природе, клинических проявлениях, способах лечения и последствиях различных форм головной боли.

Модуль 1. Вводная часть: основные формы головной боли, причины, диагностика, распространенность и патофизиология головной боли. В данном модуле содержалась информация о причинах головной боли, о часто встречающихся и редких ее формах, о механизмах возникновения, клинических проявлениях и вариантах течения первичной головной боли. Пациенты получали информацию о доброкачественности, факторах риска, о приоритетных методах диагностики и возможностях лечения первичной головной боли.

Модуль 2. Мигрень: основные формы, этиология, патогенез, клинические проявления, стадии приступа мигрени, редкие формы мигрени, осложнения мигрени, современные методы лечения. На занятии более подробно обсуждались формы мигрени, закономерности формирования фаз приступа мигрени. Пациенты получали информацию о том, как правильно купировать приступ мигрени, какие осложнения

и редкие формы мигрени существуют, что такое аура мигрени и какие виды ауры бывают.

Модуль 3. МИГБ. Предоставлялась информация о МИГБ, о причинах, приводящих к данному типу головной боли, о факторах риска и методах лечения. Давались рекомендации по отмене «виновного» препарата, обсуждались «синдром отмены», прогноз заболевания и целесообразность одномоментной отмены обезболивающего препарата.

Модуль 4. Варианты лечения головной боли. Лекарственные методы лечения головной боли: механизмы действия препаратов, их эффекты, правила приема препаратов, профилактическая терапия. Нелекарственные методы лечения головной боли. Образ жизни и головная боль. На данном занятии пациенты получали информацию о современных лекарственных методах лечения головной боли, о механизмах действия препаратов, об эффективности лекарственных средств, о том, как правильно принимать препараты. Также предоставлялись сведения о профилактическом лечении головной боли, рассказывалось, какие нелекарственные методы лечения показаны для лечения головной боли. Особое внимание уделялось изменению образа жизни пациента (культуры питания, труда, отдыха и сна) в связи с заболеванием, улучшению здоровья в целом.

Методы статистического анализа. Применялись методы описательной и сравнительной статистики. При анализе количественных переменных вычисляли среднее арифметическое (М), стандартное отклонение, среднеквадратичное отклонение (σ), минимальное и максимальное значения, а при анализе качественных переменных — частоту и долю (%) от общего числа. Статистический анализ осуществляли с использованием пакета статистических программ SPSS 11.5 для Windows. Также с помощью SPSS рассчитывали точные величины соответствующей значимой вероятности (р) и значимые различия средних арифметических.

**Результаты.** Анализ средней интенсивности головной боли показал, что пациенты исходно характеризовались достаточно высокой максимальной интенсивностью боли в приступах (I группа —  $5,62\pm0,42$  балла по ВАШ, II группа —  $6,04\pm0,48$  балла по ВАШ). В процессе наблюдения отмечалось снижение этого показателя, и через 12 мес терапии средняя интенсивность боли снизилась и составила в I группе  $3,20\pm0,23$  балла, во II группе —  $3,97\pm0,42$  балла (р<0,001). В подгруппах с применением «школы» отмечалось снижение интенсивности боли через 12 мес, которое составило в подгруппе IB  $2,20\pm0,25$  балла, в подгруппе IIВ —  $2,95\pm0,42$  балла, в подгруппе IIС —  $2,83\pm0,33$  балла (р<0,001).

В исследовании проводилось сопоставление групп по частоте приема различных видов анальгетических препаратов (табл. 1). При интерпретации результатов важно учитывать, что некоторые пациенты принимали анальгетические препараты сразу нескольких групп.

Как видно из табл. 1, группы были сопоставимы по частоте приема различных препаратов.

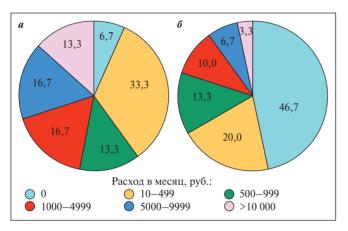
Нами был проведен анализ финансовых расходов пациентов на лекарственные препараты от головной боли. На рис. 1 представлена динамика затрат на начало исследования и через 12 мес наблюдения.

Число участников, которые перестали нести финансовые расходы на средства для купирования головной боли, увеличилось в 7 раз (в начале исследования — 6,7%, через

Таблица 1. Частота приема различных видов анальгетических препаратов в исследуемых подгруппах, % Table 1. Frequency of various types of analgesics administration in the studied subgroups, %

Показатель	IA (n=18)	IB (n=26)	Подгруппы IIA (n=20)	IIB (n=29)	IIC (n=27)
Нестероидные противовоспалительные препараты	29	38	28	25	31
Триптаны	48	51	64	65	69
Комбинированные препараты	39	44	49	46	45

 $12 \,\mathrm{mec} - 46,7\%$ ). Больше  $10\,000$  руб. в начале исследования тратили 13,3% участников, через  $12 \,\mathrm{mec}$  их доля уменьшилась в 4 раза (3,3%). От 5000 до 9999 руб. тратили в начале исследования 16,7%, через  $12 \,\mathrm{mec} - 6,7\%$ . От 1000 до 4999 руб. тратили в начале исследования 16,7%, а через  $12 \,\mathrm{mec} - 10\%$  пациентов. Что касается расходов от 500 до 999 руб., по ним не отмечается разницы в начале исследования и через  $12 \,\mathrm{mec}$  (13,3%). Расходы от 10 до 499 руб. в начале исследования отмечались у 33,3%, через  $12 \,\mathrm{mec} - y$  20% больных.



**Рис. 1.** Финансовые расходы на средства для купирования головной боли в начале исследования (а) и через 12 мес наблюдения (б), %

**Fig. 1.** Financial costs of medications to relieve headaches at baseline (a) and 12-months follow-up (b), %

Выявлено, что финансовые расходы через 12 мес наблюдения за пациентами значительно снизились. Это было связано с тем, что большинство пациентов перестали принимать лекарственные средства от головной боли. Так, среднее потребление анальгетиков к 12-му месяцу наблюдения снизилось с 29 терапевтических доз до 5,6. Опрос пациентов о том, кто рекомендовал им принимать данное лекарственное средство от головной боли, показал, что в большинстве случаев (41,1%) рекомендации пациенты получили от врача-невролога, около 17,9% пациентов получили рекомендацию от терапевта. Одинаковое количество пациентов (по 11,7%) получили рекомендации от знакомых и из сведений рекламного характера; 17,6% пациентов указали, что получили информацию из других источников.

При оценке влияния головной боли на качество жизни и трудоспособность, выполненной с использованием индекса HALT, в начале исследования среднее значение показателя во всех группах соответствует 22, что расценивается как сильное воздействие головной боли на жизнь. При контрольном опросе через 12 мес наименьшее снижение индекса наблюдалось в подгруппах без проведения обучающей программы. В подгруппах, где пациенты получали информацию в виде обучающих программ, индекс HALT статистически значимо снизился в подгруппе IB (на 39,3%), в подгруппе IIB (на 37,6%), и наибольшее снижение отмечалось в подгруппе IIC — на 44,7% по сравнению с показателями на начало исследования (табл. 2).

Таким образом, во всех группах выявлено значительное снижение трудоспособности в связи с хронической головной болью. В ходе исследования было выявлено, что в подгруппах, в которых пациенты получали информацию в виде обучающих программ, индекс нетрудоспособности в связи с головной болью HALT статистически значимо снизился в сре-

Таблица 2. Оценка влияния головной боли на качество жизни по показателю HALT, исходно и через 12 мес наблюдения,  $M\pm\sigma$ 

Table 2. Assessment of the impact of headache on the quality of life using HALT at baseline and 12-months follow-up,  $M\pm\sigma$ 

Показатель	IA (n=18)	IB (n=26)	Подгруппы ИА (n=20)	IIB (n=29)	IIC (n=27)	
Индекс НАLТ: исходно через 12 мес	22,93±14,56 19,88±13,87	22,44±13,68 13,61±12,81	22,22±15,55 20,22±12,33	22,23±15,53 13,87±13,35	22,36±14,76 12,36±12,23	
Доля снижения индекса НАІТ, %	13,3	39,3	9	37,6	44,7	
p	<0,05	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	

 $<sup>{}^{\</sup>rm I}$ Цветные рисунки к этой статье представлены на сайте журнала: nnp.ima-press.net

днем через 3 мес от начала исследования — на 37,52% по сравнению с показателями на начало исследования. Также было отмечено, что уже через 1 мес наблюдалась тенденция к снижению на 20,82%. В подгруппах же без применения обучающих программ отмечалось снижение на 10,53%.

Оценка влияния головной боли на повседневную активность по индексу HIT-6 в начале исследования была представлена высокими показателями: подгруппа IA — 58,83; IB — 65,62; IIA — 66,62; IIB — 64,52; IIC — 67,33. Через 12 мес показатели в подгруппах составляли: подгруппа IA — 57,89; IB — 54,32; IIA — 59,91; IIB — 56,53; IIC — 56,55. Таким образом, влияние головной боли на повседневную активность пациентов больше снизилась в подгруппах, где проводилась школа головной боли (рис. 2).

Результат субъективной оценки эффекта лечения в подгруппах в начале исследования в среднем выглядел так: неудовлетворительно -23,24%, удовлетворительно -44,82%, хорошо -23%, отлично -4%. Через 12 мес субъективная оценка эффекта лечения в исследуемых подгруппах приобрела положительную динамику и в среднем составила: неудовлетворительно -13,2%, удовлетворительно -42,9%, хорошо -30,6%, отлично -10% (рис. 3).

Анализ данных показал, что удовлетворенность лечением у пациентов увеличилась (по сравнению с началом исследования): пациенты уже оценивали эффект лечения на «хорошо» и «отлично» после 12 мес в среднем в 1,75 раза чаще в подгруппах, где проводилась школа.

Обсуждение. МИГБ является наиболее тяжелой формой хронической ежедневной головной боли, которая формируется на фоне избыточного употребления препаратов для купирования приступов головной боли [8—12].

Одной из наиболее доступных и эффективных стратегий профилактики МИГБ является информирование пациентов о потенциальной опасности ее развития. С этой целью проводятся обучающие программы.

В данном исследовании выполнялась оценка эффективности обучающих программ в лечении головной боли у пациентов с первичной головной болью и МИГБ. Результаты проведенного исследования показали, что обучающие программы эффективны в отношении снижения интенсивности боли, улучшения качества жизни и уменьшения потребления обезболивающих препаратов в большей степени, чем обычное традиционное лечение. К такому выводу пришли и К. Probyn и соавт. в исследовании 2017 г. [13], где был проведен анализ 16 исследований методов управления болью с помощью нефармакологических вмешательств и обучающих программ. Проводилось сопоставление эффективности этих вмешательств и традиционного лечения.

В проведенном исследовании отдельно выделен блок с информацией о модификации образа жизни при головной боли. Врачи первичного звена должны обучать пациентов правилам модификации образа жизни при мигрени и ГБН. К такому же выводу пришли в 2019 г. J. Robblee и соавт., они опубликовали статью [14] о влиянии образа жизни на мигрень и продемонстрировали целесообразность соблюдения рекомендаций для пациентов по изменению стиля жизни. Авторы пришли к выводу, что врачи должны информировать пациентов о значении поддержания ритма сна—бодрствования, физических упражнений, питания, влияния стресса, важности ведения дневника головной боли, ограничения потребления обезболивающих препаратов [14].

Исследование показало, что участники «школы» лучше справлялись с коррекцией своего образа жизни. Это позволило уменьшить интенсивность головной боли, что согласуется с данными F. Faizi и соавт. [15]. Они изучали влияние обучения коррекции образа жизни на уменьшение головной боли. Результаты исследования показали, что после обучения пациенты улучшили свой образ жизни и это позволило уменьшить головную боль и сопутствующие симптомы. Например, средний балл по ВАШ снизился до  $5,20\pm2,3$  по сравнению с началом исследования  $(7,50\pm1,9;$  p<0,001). Авторы рекомендуют проведение дальнейших ис-

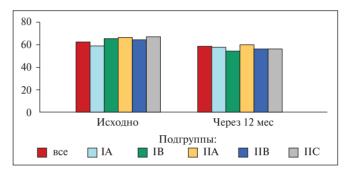


Рис. 2. Сравнение влияния головной боли на повседневную активность (по данным HIT-6) в исследуемых подгруппах в начале исследования и через 12 мес наблюдения

**Fig. 2.** Comparison of the impact of headache on daily activity (according to HIT-6) in the studied subgroups at baseline and 12-months follow-up

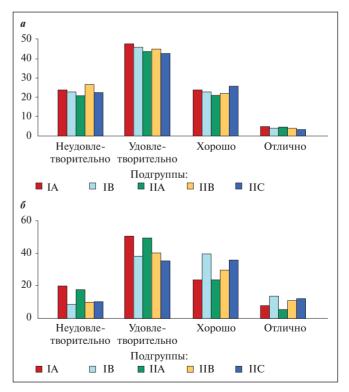


Рис. 3. Сравнение субъективной оценки эффекта лечения в начале исследования (а) и через 12 мес наблюдения (б) Fig. 3. Comparison of subjective treatment effectivity assessment at baseline (a) and 12-months follow-up (b)

следований с более эффективным использованием имеющихся в настоящее время средств коммуникации и социальных сетей, чтобы практические исследования были более применимыми [15].

Психологический профиль пациентов с головной болью, у которых развивается МИГБ, до конца не изучен, но связь между первичной головной болью и личностью является предметом интереса уже в течение многих лет [19—25]. В проведенном исследовании детально выделена информация об эффективности психологических методов лечения головной боли, что согласуется с данными других авторов. В метаанализе, опубликованном в 2019 г., среди 12 773 идентифицированных статей было найдено 27 публикаций с результатами рандомизированных клинических испытаний об эффективности психологических методов лечения первичной головной боли. Авторы обнаружили, что психологические методы лечения эффективны в отношении самой головной боли, а не только для устранения сопутствующего психологического стресса [16].

На данный момент не разработано единого терапевтического подхода к ведению пациентов с МИГБ. Необходимость проведения детоксикационной терапии и профилактического лечения остается предметом дискуссий. Большинство специалистов считают, что в основе ведения пациентов лежит отмена лекарственных средств, вызвавших МИГБ. Существует множество вариантов детоксикационной терапии, проведение которых возможно как в стационаре, так и в амбулаторных условиях. Наши результаты показали, что комбинированное лечение (профилактическая терапия, детоксикация и образовательные программы) наиболее эффективно. Эти результаты согласуются с исследованием Р. Rossi и соавт. [17], сравнивавших эффективность образовательных программ у пациентов с МИГБ. Проводилось сопоставление эффективности различных стратегий: 1) изолированной отмены часто потребляемого препарата; 2) лекарственной терапии (профилактическое лечение) в сочетании с образовательной программой в амбулаторных условиях; 3) комбинированного лечения (профилактическая терапия, детоксикация и образовательные программы) в стационарных условиях [17]. Основным выводом данного исследования было то, что комбинированное лечение (профилактическая терапия, детоксикация и образовательные программы) было эффективнее по сравнению с другими группами.

Метаанализ семи клинических исследований с участием 391 пациента не выявил различий между отменой препарата в условиях стационара и отменой препарата в амбулаторных условиях или в условиях дневного стационара в отношении уменьшения количества дней с головной болью [18]. К такому выводу пришли и мы после проведения исследования.

Самый эффективный способ предотвратить головную боль от чрезмерного употребления лекарств — это обучить пациентов целесообразно использовать обезболивающие препараты [11, 23, 26–28].

Таким образом, результаты нашего исследования демонстрируют более высокую эффективность ведения пациентов с МИГБ при применении стратегии обучения пациента. Информационно-образовательные программы являются неотъемлемой частью комплексного подхода к ведению пациентов с первичной головной болью и МИГБ. Основными целями их проведения являются информирование пациентов о проблеме головной боли, повышение комплаентности пациентов, установление партнерских взаимоотношений «доктор — пациент», соблюдение пациентами медицинских рекомендаций, информирование о потенциальной опасности развития МИГБ, обучение использованию фармакологических способов лечения головной боли.

Исходя из нашего исследования, предполагается, что информацию необходимо предоставлять пациенту поэтапно, в течение нескольких занятий, так как это позволяет разделить объем материала на части для более эффективного усвоения пациентами информации, а также давать им задания для закрепления материала и формулировки возможных вопросов. В структуру модулей информационно-образовательных программ должна входить информация по проблеме головной боли (основные формы головной боли, этиология, механизм возникновения, прогноз заболевания), о триггерах и методах их контроля, о современных лекарственных методах терапии (современные лекарства от головной боли, частота приема, купирование приступа), о нелекарственных методах лечения (основная польза и вред отдельных методов), о целесообразности модификации образа жизни (сон, курение, алкоголь, питание, путешествия, стресс и т. д.). Необходимо предоставить в полном объеме информацию о необходимости контроля за принимаемыми для купирования головной боли анальгетиками.

Принимая во внимание высокий риск рецидива МИГБ (45%), следует отметить, что в первый год отмены избыточного приема лекарственного средства актуальна профилактика рецидива МИГБ. Для этого также необходимо обучение пациентов правилам и ограничениям при использовании анальгетических препаратов. Анализ результатов нашего исследования показывает высокую терапевтическую и профилактическую эффективность информационно-образовательных программ: улучшение клинических характеристик и предотвращение возникновения МИГБ.

Заключение. На основании результатов нашего исследования можно сделать вывод, что информационно-образовательные программы являются неотъемлемой частью ведения пациентов с МИГБ.

#### ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- 1. Buse DC, Manack AN, Fanning K. Chronic migraine prevalence, disability and sociodemographic factors: results from the American Migraine Prevalence and Prevention Study. *Headache*. Nov-Dec 2012;52(10):1456-70. doi: 10.1111/j.1526-4610.2012.02223.x. Epub 2012 Jul 25.
- 2. Natoli JL, Manack A, Lipton RB, et al. Global prevalence of chronic migraine: a systematic review. *Cephalalgia*. 2010 May;30(5):599-609. doi: 10.1111/j.1468-2982.2009.01941.x
- 3. Schwartz BS, Stewart WF, Simon D, Lipton RB. Epidemiology of tension-type
- headache. *JAMA*. 1998 Feb 4;279(5):381-3. doi: 10.1001/jama.279.5.381
- 4. Lu SR, Fuh JL, Chen WT, et al. Chronic daily headache in Taipei, Taiwan: prevalence, follow-up and outcome predictors. *Cephalalgia*. 2001 Dec;21(10):980-6. doi: 10.1046/j.1468-2982.2001.00294.x

- 5. Global, regional and national burden of neurological disorders during 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet Neurol.* 2017 Nov;16(11):877-97. doi: 10.1016/S1474-4422(17)30299-5. Epub 2017 Sep 17.
- 6. Louter MA, Robbins MS, Terwindt GM. Medication overuse headache: an ongoing debate. *Neurology*. 2017 Sep 19;89(12):1206-7. doi: 10.1212/WNL.0000000000004374. Epub 2017 Aug 18.
- 7. Radat F, Creac'h C, Guegan-Massardier E, et al. Behavioral dependence in patients with medication overuse headache: a cross-sectional study in consulting patients using the DSM-IV criteria. *Headache*. 2008 Jul;48(7):1026-36. doi: 10.1111/j.1526-4610.2007.00999.x. Epub 2007 Dec 11.
- 8. Bahra A, Walsh M, Menon S, Goadsby PJ. Does chronic daily headache arise de novo in association with regular use of analgesics. *Headache*. 2003 Mar;43(3):179-90. doi: 10.1046/j.1526-4610.2003.03041.x
- 9. Martins SS, Gorelick DA. Conditional substance abuse and dependence by diagnosis of mood or anxiety disorder or schizophrenia in the U.S. population. *Drug Alcohol Depend*. 2011;119:28-36.
- 10. Radat F, Creac'h C, Swendsen JD, et al. Psychiatric comorbidity in the evolution from migraine to medication overuse headache. *Cephalalgia*. 2005 Jul;25(7):519-22. doi: 10.1111/j.1468-2982.2005.00910.x
- 11. Vandenbussche N, Laterza D, Lisicki M, et al. Medication-overuse headache: a widely recognized entity amidst ongoing debate. *J Headache Pain*. 2018 Jul 13;19(1):50. doi: 10.1186/s10194-018-0875-x
- 12. Patel S, Achana F, Carnes D, et al. Usual care and a self-management support programme versus usual care and a relaxation programme for people living with chronic headache disorders: a randomised controlled trial protocol (CHESS). *BMJ Open.* 2020 Apr 12;10(4):e033520. doi: 10.1136/bmjopen-2019-033520

- 13. Probyn K, Bowers H, Mistry D, 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 Aug 11;7(8):e016670. doi: 10.1136/bmjopen-2017-016670
- 14. Robblee J, Starling AJ. SEEDS for success: Lifestyle management in migraine. *Cleveland Clin J Med.* 2019 Nov;86(11):741-9. doi: 10.3949/ccim.86a.19009
- 15. Faizi F, Tavallaee 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 Jan 23;7(2):e42782. doi: 10.5812/aapm.42782. eCollection 2017 Apr.
- 16. Lee HJ, Lee JH, Cho EY, et al. Efficacy of psychological treatment for headache disorder: a systematic review and meta-analysis. *J Headache Pain*. 2019 Feb 14;20(1):17. doi: 10.1186/s10194-019-0965-4
- 17. Rossi P, Faroni JV, Tassorelli C, Nappi G. Advice alone versus structured detoxification programmes for complicated medication overuse headache (MOH): a prospective, randomized, open-label trial. *J Headache Pain*. 2013 Feb 8;14(1):10. doi: 10.1186/1129-2377-14-10
- 18. Goffau MJ, Klaver AR, Willemsen MG, et al. The effectiveness of treatments for patients with medication overuse headache: a systematic review and meta-analysis. *Pain*. 2017 Jun: 18(6):615-27.
- doi: 10.1016/j.jpain.2016.12.005. Epub 2016 Dec 20.
- 19. Krause SJ, Stillman MJ, Tepper DE, Zajac D. A prospective cohort study of outpatient interdisciplinary rehabilitation of chronic headache patients. *Headache*. 2017 Mar;57(3):428-40. doi: 10.1111/head.13020. Epub 2017 Jan 27.
- 20. Mose LS, Pedersen S, Debrabant B, et al. The role of personality, disability and physical activity in the development of medication-over-

- use headache: a prospective observational study. *J Headache Pain*. 2018 May 25;19(1):39. doi: 10.1186/s10194-018-0863-1
- 21. Costa PT Jr, McCrae RR. Domains and facets: hierarchical personality assessment using the revised NEO personality inventory. *J Pers Assess.* 1995 Feb;64(1):21-50. doi: 10.1207/s15327752jpa6401 2
- 22. Bigal ME, Sheftell FD, Rapoport AM, et al. MMPI personality profiles in patients with primary chronic daily headache: a case-control study. *Neurol Sci.* 2003 Oct;24(3):103-10. doi: 10.1007/s10072-003-0094-2
- 23. Hagen K, Linde M, Steiner TJ, et al. Risk factors for medication-overuse headache: an 11-year follow-up study. The Nord-Trondelag Health Studies. *Pain*. 2012 Jan;153(1):56-61. doi: 10.1016/j.pain.2011.08.018. Epub 2011 Oct 22.
- 24. Westergaard ML, Glumer C, Hansen EH, Jensen RH. Medication overuse, healthy lifestyle behaviour and stress in chronic headache: Results from a population-based representative survey. *Cephalalgia*. 2016 Jan;36(1):15-28. doi: 10.1177/0333102415578430. Epub 2015 Mar 24.
- 25. Narin SO, Pinar L, Erbas D, et al. The effects of exercise and exercise-related changes in blood nitric oxide level on migraine headache. *Clin Rehabil*. 2003 Sep;17(6):624-30. doi: 10.1191/0269215503cr657oa
- 26. Fritsche G, Frettloh J, Huppe M, et al. Prevention of medication overuse in patients with migraine. *Pain*. 2010 Nov;151(2):404-13. doi: 10.1016/j.pain.2010.07.032. Epub 2010 Aug 30.
- 27. Diener HC, Holle D, Dresler T, Gaul C. Chronic headache due to overuse of analgesics and anti-migraine agents. *J Dtsch Arztebl Int.* 2018 Jun 1;115(22):365-70. doi: 10.3238/arztebl.2018.0365
- 28. Diener HC, Dodick D, Evers S, et al. Pathophysiology, prevention, and treatment of medication overuse headache. *Lancet Neurol.* 2019 Sep;18(9):891-902. doi: 10.1016/S1474-4422(19)30146-2. Epub 2019 Jun 4.

Поступила/отрецензирована/принята к печати Received/Reviewed/Accepted 23.02.2021/10.04.2021/15.04.2021

#### Заявление о конфликте интересов/Conflict of Interest Statement

Исследование не имело спонсорской поддержки. Конфликт интересов отсутствует. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами.

The investigation has not been sponsored. There are no conflicts of interest. The authors are solely responsible for submitting the final version of the manuscript for publication. All the authors have participated in developing the concept of the article and in writing the manuscript. The final version of the manuscript has been approved by all the authors.

Шагбазян А.Э. https://orcid.org/0000-0003-2561-5944 Ковальчук Н.А. https://orcid.org/0000-0002-8437-7205 Табеева Г.Р. https://orcid.org/0000-0002-3833-532X