

Зависимость от обезболивающих препаратов у пациентов с хронической мигренью и лекарственно-индуцированной головной болью



Головачева В.А., Головачева А.А.

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

У пациентов с лекарственно-индуцированной головной болью (ЛИГБ) и хронической мигренью (ХМ) выявляется зависимость от обезболивающих препаратов (ОП) различной степени выраженности, которая затрудняет лечение и приводит к рецидивам. Формирование зависимости от ОП связывают с различными клинико-психологическими характеристиками и нарушениями у пациентов с ЛИГБ.

Цель исследования — оценить связь между зависимостью от ОП и индивидуальными клинико-психологическими характеристиками у пациентов с ХМ и ЛИГБ.

Материал и методы. В исследование включено 156 пациентов с ХМ и ЛИГБ (61 мужчина и 95 женщин, средний возраст — $34,1 \pm 8,9$ года). У всех пациентов проводилась оценка клинико-психологических характеристик с помощью клинической беседы, тестирования, дневников головной боли. Связь между зависимостью от ОП (по данным Лидского опросника зависимости — ЛОЗ) и клинико-психологическими характеристиками (продолжительность мигрени и ХМ, частота и интенсивность головной боли, продолжительность ЛИГБ, частота приема ОП, количество доз ОП, личностная и ситуативная тревога, депрессия, катастрофизация боли, убеждения о теле и здоровье, стратегии совладения со стрессовыми ситуациями, повседневная активность при головной боли, инсомния) оценивалась с использованием регрессионного анализа.

Результаты. У всех пациентов были неправильные представления и поведение в отношении ОП. Большинство (59%) пациентов имели умеренную зависимость от ОП по ЛОЗ. У 26% пациентов были другие формы зависимого поведения (курение, чрезмерное употребление алкоголя, передозировка, чрезмерный прием снотворных препаратов), а 52,6% пациентов имели родственников с зависимым поведением. Зависимость от ОП имела статистически значимую положительную корреляционную связь ($R \geq 0,45$; $p < 0,05$) с курением, употреблением алкоголя, приемом снотворных препаратов, индексом массы тела (ИМТ), частотой и кратностью приема ОП, установками о боли, теле и здоровье (катастрофизация боли, безнадежность в отношении боли, непереносимость телесных ощущений, переоценка выраженности симптомов, катастрофизация при интерпретации телесных симптомов), депрессией, личностной тревогой и избеганием (неадаптивным копинг-поведением). Адекватное лечение ХМ и ЛИГБ было проведено только у 7,7% пациентов.

Заключение. Установлена положительная связь между зависимостью от ОП и курением, употреблением алкоголя, приемом снотворных препаратов, ИМТ, частотой и кратностью приема ОП, установками о боли, теле и здоровье, депрессией, личностной тревогой и избеганием.

Ключевые слова: хроническая мигрень; лекарственно-индуцированная головная боль; абзусная головная боль; диагностика; лечение; зависимость от обезболивающих препаратов; лекарственный абзус.

Контакты: Вероника Александровна Головачева; xoxo.veronicka@gmail.com

Для ссылки: Головачева ВА, Головачева АА. Зависимость от обезболивающих препаратов у пациентов с хронической мигренью и лекарственно-индуцированной головной болью. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2024;16(5):38–44.
DOI: 10.14412/2074-2711-2024-5-38-44

Addiction to analgesics in patients with chronic migraine and medication-overuse headache

Golovacheva V.A., Golovacheva A.A.

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

Patients with medication-overuse headache (MOH) and chronic migraine (CM) have varying degrees of addiction to painkillers (PK), which complicates treatment and leads to relapses. Development of addiction to PK is associated with various clinical and psychological characteristics and disorders in patients with MOH.

Objective: to investigate the relationship between PK addiction and individual clinical and psychological characteristics in patients with CM and MOH.

Material and methods. The study included 156 patients with CM and MOH (61 men and 95 women, mean age 34.1 ± 8.9 years). Clinical and psychological characteristics were assessed in all patients using a clinical interview, tests and headache diaries. The relationship between PK addiction (according to the Leeds Dependence Questionnaire — LDQ) and clinical and psychological characteristics (duration of migraine and

CM, frequency and intensity of headaches, duration of MOH, frequency of PK use, number of PK doses, personal and situational anxiety, depression, pain catastrophizing, beliefs about the body and health, coping strategies for stressful situations, daily activities during headache, insomnia) was investigated using regression analysis.

Results. All patients had misconceptions and wrong behavior regarding PK. The majority (59%) of patients had moderate degree of PK addiction according to the LDQ. Twenty six percent of patients had other forms of addictive behavior (smoking, excessive alcohol consumption, overeating, excessive use of sleeping pills), and 52.6% of patients had relatives with addictive behavior. There was a statistically significantly positive correlation ($R \geq 0.45$; $p < 0.05$) between PK addiction and smoking, alcohol consumption, use of sleeping pills, body mass index (BMI), frequency of PK use, attitudes towards pain, body and health (pain catastrophizing, hopelessness about pain, intolerance of body sensations, overestimation of symptom severity, catastrophizing in the interpretation of body symptoms), depression, personal anxiety and avoidance (maladaptive coping behavior). Adequate treatment of CM and MOH was provided in only 7.7% of patients.

Conclusion: A positive association was found between PK addiction and smoking, alcohol consumption, use of sleeping pills, BMI, frequency of PK usage, attitudes towards pain, body and health, depression, personal anxiety and avoidance behavior.

Keywords: chronic migraine; medication-overuse headache; overuse headache; diagnosis; treatment; painkiller addiction; medication overuse.

Contact: Veronika Aleksandrovna Golovacheva; xoxo.veronicka@gmail.com

For reference: Golovacheva VA, Golovacheva AA. Addiction to analgesics in patients with chronic migraine and medication-overuse headache. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psichosomatika* = *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2024;16(5):38–44. DOI: 10.14412/2074-2711-2024-5-38-44

Лекарственно-индуцированная головная боль (ЛИГБ) — это одна из самых распространенных в амбулаторной практике форм головной боли (ГБ) после ГБ напряжения и мигрени [1]. Избыточный прием обезболивающих препаратов (ОП) — это лишь один из факторов формирования ЛИГБ. Патогенез ЛИГБ сложен и до конца не изучен. В развитии ЛИГБ принимают участие генетические, нейробиологические и психологические факторы [2]. ЛИГБ может рассматриваться как поведенческое нарушение, поскольку пациенты злоупотребляют ОП, а при их отмене часто развиваются «симптомы отмены» — ГБ отмены, головокружение, тошнота, общая слабость, раздражительность, тревожность [3]. Зависимость от ОП — основной психологический/поведенческий фактор развития и поддержания ЛИГБ [4].

Наиболее часто ЛИГБ развивается у пациентов с мигренью, способствуя ее хронизации [1, 2]. Пациенты с ЛИГБ при хронической мигрени (ХМ) относятся к одной из самых сложных категорий пациентов с ГБ, так как у большинства из них обнаруживаются выраженные поведенческие нарушения в отношении приема ОП, значительная зависимость от ОП, высокая частота рецидивов даже после адекватной фармакотерапии мигрени и дезинтоксикационной терапии ЛИГБ [5].

Для лечения ЛИГБ до сих пор нет эффективной фармакотерапии, и единственным достоверно эффективным методом терапии ЛИГБ остается отмена ОП, «виновных» в развитии этой ГБ [2, 6, 7]. Имеющаяся у пациентов зависимость от ОП препятствует их отмене, приводит к развитию синдрома отмены разной степени выраженности, и в итоге многие пациенты снова возвращаются к злоупотреблению ОП [7]. В связи с этим разработка методов эффективной коррекции зависимого от ОП поведения — одно из перспективных направлений в лечении пациентов с ХМ и ЛИГБ.

Для терапии различных зависимых форм поведения успешно применяются психологические методы [8]. Учитывая отсутствие эффективных лекарственных препаратов для лечения ЛИГБ, становится очевидной необходимость разработки эффективных поведенческих/психологических подходов к пациентам с ЛИГБ и ХМ. Зависимость от ОП

при ЛИГБ может иметь разную природу, развиваться и поддерживаться под влиянием различных факторов [7]. Установление связей между зависимостью от ОП и клинико-психологическими характеристиками пациентов поможет в разработке эффективного междисциплинарного подхода к лечению ЛИГБ и ХМ.

Цель исследования — оценить связь между зависимостью от ОП и индивидуальными клинико-психологическими характеристиками у пациентов с ХМ и ЛИГБ.

Материал и методы. Протокол исследования был одобрен локальным этическим комитетом Сеченовского Университета в 2019 г. В него вошли пациенты, находящиеся на амбулаторном или стационарном лечении в Клинике нервных болезней им. А.Я. Кожевникова (КНБ). Диагноз ХМ и ЛИГБ устанавливался на основании диагностических критериев Международной классификации головных болей третьего пересмотра (МКГБ-3) [1, 6, 9, 10].

Критерии включения пациентов в исследование: 1) мужчины и женщины с диагнозом ХМ в сочетании с ЛИГБ; 2) возраст от 18 до 65 лет включительно; 3) пациент подписал информированное согласие на участие в исследовании.

Критерии не включения пациентов в исследование: 1) вторичные формы ГБ (кроме ЛИГБ); 2) беременность или кормление грудью; 3) наличие соматического, неврологического или эндокринного заболевания, которое в большей степени, чем ХМ и ЛИГБ, нарушает качество жизни пациента; 4) тяжелые инфекционные, онкологические и психические заболевания.

Со всеми пациентами проводилась клиническая беседа, в ходе которой оценивались их социально-демографические и клинико-психологические характеристики. Интенсивность боли оценивали с помощью числовой рейтинговой шкалы (ЧРШ) [11]. На основании имевшихся у пациентов медицинских документов анализировались ранее выставляемые диагнозы и предшествующая тактика лечения пациентов. Для оценки когнитивных (мысли, убеждения о теле, здоровье, боли), эмоциональных (тревога, депрессия) и поведенческих (копинг-стратегии, зависимость от ОП, повседневная активность при ГБ) характеристик пациентов проводилось тестирование с помощью нескольких методик. Убеждения, представления пациентов о теле и здоровье

определяли с помощью Опросника убеждений в отношении тела и здоровья (ОУТЗ) [12], представления пациентов о боли — с помощью Шкалы катастрофизации боли (ШКБ) [13]. Уровни личностной и ситуативной тревоги оценивали с помощью Шкалы личностной и ситуативной тревоги Спилбергера—Ханина (ШЛСТ) [14], симптомы депрессии — с помощью Шкалы депрессии Центра эпидемиологических исследований (ШДЦЭИ) [15]. Для оценки зависимости от ОП использовался Лидский опросник зависимости (ЛОЗ) [5]. Копинг-стратегии, применяемые пациентами для преодоления стрессовых и трудных жизненных ситуаций, болезни, оценивались по методике «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях» (КПСС) [16]. Для измерения повседневной активности при ГБ использовалась Шкала оценки влияния мигрени на повседневную активность (ШОМПА) [17]. Качество ночного сна оценивалось по Индексу тяжести инсомнии (ИТИ) [18].

В исследование было включено 156 пациентов (61 мужчина и 95 женщин), средний возраст — $34,1 \pm 8,9$ года. Клинико-психологические характеристики представлены в табл. 1.

Статистический анализ данных. Данные, полученные в результате беседы и тестирования, кодировались и включались в таблицу Excel. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью пакета статистических программ Statistica 12 (StatSoft Inc., США). Нормальность распределения пациентов в выборке по возрасту оценивали по критерию Холмогорова—Смирнова (d) и по критерию χ^2 . Выборка пациентов, включенных в исследование, по возрасту соответствовала нормальному распределению. Для изучения связей между клинико-психологическими характеристиками и зависимостью от ОП проводился регрессионный анализ — множественная регрессия. Теснота связи между переменными считалась статистически значимой при R (коэффициент множественной корреляции) $\geq 0,45$ и p (уровень значимости) $< 0,05$.

Результаты. До консультации в КНБ все пациенты обращались в другие медицинские учреждения, но диагнозы ХМ и ЛИГБ ранее были установлены только 12 пациентам (7,7%). Адекватное лечение (профилактическую фармакотерапию мигрени, дезинтоксикационную терапию ЛИГБ) до обращения в КНБ также получали только 12 (7,7%) пациентов.

Все пациенты имели неправильные представления о причинах и методах лечения ХМ и ЛИГБ. У всех пациентов были неправильные представления о приеме ОП и неправильное поведение в отношении ОП. Все пациенты ошибочно считали, что прием ОП — это самый важный и эффективный метод лечения ГБ. Никто из пациентов не имел представлений о ЛИГБ и адекватных дозах, кратности приема ОП при ГБ. Все пациенты ошибочно полагали, что «головную боль нельзя терпеть, это опасно». Никто из пациентов не считал, что отмена ОП — это эффективный метод лечения хронической ГБ. Все пациенты сообщали о нежелании отменять ОП и о страхе ухудшения состояния после отмены ОП. Все пациенты были готовы принимать «сосудистые, ноотропные препараты», которые ранее им ошибочно назначали в других медицинских учреждениях для лечения ГБ. Но при этом пациенты боялись принимать антидепрессанты или антиконвульсанты, внесенные в официальные рекомендации для лечения мигрени. Никто из па-

Таблица 1. Клинико-психологические характеристики пациентов с ХМ и ЛИГБ

Table 1. Clinical and psychological characteristics of patients with CM and D1H

Характеристики	Значение, $M \pm SD$
<i>Общие клинические характеристики</i>	
ИМТ, кг/м ²	$24,8 \pm 4,9$
Количество выкуриваемых сигарет в месяц (у курящих)	$15,6 \pm 37,3$
Количество доз* алкоголя в месяц	$18,1 \pm 35,9$
Качество ночного сна по ИТИ	$13,8 \pm 6,6$
Количество доз** снотворных препаратов в месяц	$3,5 \pm 8,9$
<i>Клинические характеристики головной боли</i>	
Продолжительность мигрени как заболевания (от дебюта до включения в исследование), мес	$180,1 \pm 54,6$
Длительность ХМ как заболевания, мес	$11,7 \pm 6,3$
Длительность ЛИГБ как заболевания, мес	$10,2 \pm 6,5$
Частота ГБ (число дней с ГБ в месяц)	$23,4 \pm 5,62$
Интенсивность ГБ по ЧРШ	$9,2 \pm 0,4$
Число дней в месяц с приемом ОП	$19,8 \pm 7,68$
Количество доз** ОП в месяц	$88,7 \pm 83,6$
<i>Психологические характеристики</i>	
Когнитивные характеристики:	
катастрофизация боли по ШКБ	$32,5 \pm 8,9$
руминации («мысленная жвачка») по ШКБ	$9,4 \pm 3,8$
преувеличение по ШКБ	$7,8 \pm 3,6$
безнадежность по ШКБ	$16,9 \pm 6,4$
переоценка выраженности симптомов по ОУТЗ	$30,4 \pm 4,1$
привычки, связанные со здоровьем, по ОУТЗ	$5,6 \pm 1,7$
непереносимость телесных ощущений по ОУТЗ	$12,3 \pm 1,2$
телесная слабость по ОУТЗ	$16,8 \pm 2,2$
автономные ощущения по ОУТЗ	$12,6 \pm 1,3$
катастрофизация при интерпретации телесных симптомов по ОУТЗ	$43,2 \pm 4,5$
Эмоциональные характеристики:	
депрессия по ШДЦЭИ	$28,2 \pm 7,5$
ситуативная тревога по ШЛСТ	$51,3 \pm 18,7$
личностная тревога по ШЛСТ	$49,1 \pm 19,4$
Поведенческие характеристики:	
зависимость от ОП по ЛОЗ	$16,4 \pm 6,3$
влияние мигрени на повседневную активность и трудоспособность по ШОМПА	$54,6 \pm 28,4$
проблемно-ориентированный копинг по КПСС	$50,5 \pm 9,2$
эмоционально-ориентированный копинг по КПСС	$45,6 \pm 10,1$
копинг, ориентированный на избегание по КПСС	$46,2 \pm 9,7$

Примечания. ИМТ — индекс массы тела. *1 доза — стандартная доза алкоголя по ВОЗ [19]; **1 доза — одна терапевтическая доза препарата.

циентов не задумывался о таких серьезных последствиях чрезмерного приема ОП, как почечная и печеночная недостаточность, и не боялся их. Среди пациентов 35 (22%) принимали ОП заранее, еще до развития приступа ГБ.

По данным ЛОЗ, у всех пациентов была зависимость от ОП: у 26 (17%) — легкая (7–10 баллов по ЛОЗ), у 92 (59%) — умеренная (11–20 баллов), у 38 (24%) — выраженная (21–30 баллов). У 41 пациента (26%) были другие формы зависимого поведения: курение ($n=14$; 9%), чрезмерный прием алкоголя ($n=10$; 6,4%), переедание ($n=32$; 20,6%), чрезмерный прием снотворных препаратов бензодиазепинового или небензодиазепинового ряда ($n=12$; 7,7%). У 82 (52,6%) пациентов определялись формы зависимого поведения (алкоголизм, наркомания, чрезмерный прием ОП, чрезмерный прием снотворных препаратов или переедание) у родственников первой или второй степени родства.

ЛИГБ была ассоциирована с чрезмерным употреблением триптанов у 20 (13%) пациентов, безрецептурных комбинированных анальгетиков — у 41 (26%), нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) — у 31 (20%), комбинации ОП различных фармакологических групп — у 64 (41%). Все пациенты отмечают снижение обезболивающего эффекта от принимаемых ОП с течением времени. По поводу симптомов инсомнии 21 пациент (13,5%) принимал снотворные препараты на регулярной основе или эпизодически.

В табл. 2 представлены статистически значимые связи по данным регрессионного анализа клинико-психологических характеристик у 156 пациентов с ХМ и ЛИГБ.

Обсуждение. В настоящем исследовании показан низкий уровень диагностики ЛИГБ, ХМ и неудовлетворительный уровень лечения данных заболеваний в отечественной медицинской практике. Правильная диагностика и назначение адекватной фармакотерапии мигрени, дезинтоксикационной терапии ЛИГБ ранее наблюдались только у 7,7% пациентов. Полученные результаты согласуются с данными предшествующих российских публикаций, в которых также подчеркивался неудовлетворительный уровень диагностики и лечения пациентов с хронической ежедневной ГБ, ХМ, мигренью, ЛИГБ [20–31]. Безусловно, данные факты вносят свой негативный вклад в сохраняющуюся высокую распространенность хронических форм ГБ в российской популяции в сравнении с другими странами [22, 23]. Данные находки говорят о необходимости активного и широкого внедрения образовательных программ по ГБ для врачей разных регионов, а также о необходимости создания государственных центров и клиник, специализирующихся на лечении ГБ, в которых пациентам с хронической ГБ будет оказываться высококвалифицированная помощь.

Выявлена типичная для российской популяции пациентов с ЛИГБ и ХМ особенность: лишь 13% пациентов злоупотребляли триптанами, большинство — безрецептурными ОП из других фармакологических групп (комбинированные анальгетики, НПВП) или комбинацией ОП. Авторы других российских исследований также обнаруживали такой феномен [7, 22–24]. Это может говорить о недостаточной информированности пациентов с мигренью о триптанах в нашей стране. В других странах ЛИГБ, ассоциированная с избыточным приемом триптанов, встречается значимо чаще [7]. Также важно отметить, что ассоциированная с триптанами

ЛИГБ считается наименее сложной для лечения в сравнении со злоупотреблением ОП других классов [32].

Продemonстрированы негативные последствия неправильного ведения пациентов с ХМ и ЛИГБ — формирование у пациентов ошибочных представлений о причинах ГБ, прогнозе и методах лечения, неправильного представления и поведения в отношении ОП. Как было показано в предшествующих исследованиях, все это является ятрогенными факторами, ухудшающими течение ХМ и ЛИГБ [24–31]. Также обращает на себя внимание отсутствие информированности пациентов о рациональном подходе к приему ОП, о ЛИГБ, о возможных серьезных нежелательных явлениях из-за злоупотребления ОП, об эффективности профилактики мигрени. Информированность пациентов о ЛИГБ и рациональном подходе к приему ОП — это ключевое положение в профилактике и лечении ЛИГБ [33].

Таблица 2. *Связь между клинико-психологическими характеристиками и зависимостью от ОП у пациентов с ХМ и ЛИГБ*

Table 2. *Relationship between clinical and psychological characteristics and PK addiction in patients with CM and DIH*

Клинико-психологические характеристики	Тип связи с зависимостью от ОП по ЛОЗ	R	p
ИМТ	+	0,57	0,004
Курение (количество выкуриваемых сигарет в месяц)	+	0,69	0,03
Употребление алкоголя (количество доз алкоголя в месяц)	+	0,86	0,001
Употребление снотворных препаратов (количество доз в месяц)	+	0,74	0,0002
Частота приема ОП (дни в месяц)	+	0,64	0,003
Кратность приема ОП (дозы в месяц)	+	0,75	0,001
Катастрофизация боли по ШКБ	+	0,52	0,0002
Безнадежность по ШКБ	+	0,58	0,03
Непереносимость телесных ощущений по ОУТЗ	+	0,79	0,004
Переоценка выраженности симптомов по ОУТЗ	+	0,66	0,007
Катастрофизация при интерпретации телесных симптомов по ОУТЗ	+	0,65	0,005
Депрессия по ШДЦЭИ	+	0,88	0,004
Личностная тревога по ШЛСТ	+	0,58	0,002
Копинг, ориентированный на избегание, по КПСС	+	0,63	0,003

Примечания. R — коэффициент множественной корреляции в регрессионном анализе данных (при $R \geq 0,45$ корреляция значимая); p — критерий значимости (при $p < 0,05$ связь значима); «+» — связь между переменными положительная, т. е. чем выше один показатель, тем выше другой показатель.

Необходимо создание доступных информационных ресурсов в интернете для пациентов с хронической ГБ. Это может быть реализовано через публикации качественной научно-популярной информации для пациентов на сайтах медицинских учреждений.

В проведенном исследовании подтверждена практическая значимость ЛОЗ при диагностике ЛИГБ у пациентов с ХМ и при оценке зависимости от ОП у таких пациентов. Авторы ранее проведенных исследований по сопоставлению диагноза ЛИГБ и данных ЛОЗ у пациентов с ХМ показали, что у таких пациентов выявляются результаты по ЛОЗ ≥ 7 баллов. ЛОЗ обладает достаточно высокой специфичностью для диагностики ЛИГБ и зависимости от ОП [5]. В настоящем исследовании также у всех пациентов с ЛИГБ и ХМ, включенных в исследование, результаты по ЛОЗ были ≥ 7 баллов. Степень тяжести зависимости от ОП по ЛОЗ имела прямую корреляционную связь с частотой приема и количеством доз ОП. В связи с этим в перспективе ЛОЗ может рассматриваться как дополнительный инструмент для диагностики ЛИГБ и зависимости от ОП у пациентов с ХМ.

Зависимость от ОП разной степени выраженности наблюдается у всех пациентов с ЛИГБ [3]. Однако природа зависимости от ОП у пациентов с ЛИГБ может различаться. Эксперты предлагают разделять пациентов с ЛИГБ на два основных типа. К первому типу относятся пациенты с ЛИГБ, у которых избыточный прием ОП связан с учащением и хронизацией ГБ. Обычно у таких пациентов нет выраженных поведенческих и личностных нарушений [7]. Второй тип пациентов с ЛИГБ — это те, у кого наблюдаются значимые поведенческие нарушения (например, принимают ОП заранее, еще до развития ГБ), а при прекращении приема ОП возникает выраженный синдром отмены. При втором типе наблюдается более тяжелая зависимость от ОП. В настоящем исследовании почти у четверти пациентов определялись паттерны поведенческих нарушений, характерных для второго типа ЛИГБ, — преждевременный прием ОП и выраженная зависимость от ОП по ЛОЗ.

Интересен тот факт, что в проведенном исследовании у половины пациентов были выявлены родственники первой и/или второй степени родства с различными зависимыми формами поведения, а у четверти пациентов дополнительно определялись другие формы зависимого поведения. Была установлена положительная связь курения, приема алкоголя, снотворных и ИМТ (как одного из маркеров переедания) с зависимостью от ОП у пациентов с ХМ и ЛИГБ. Чем больше перечисленных факторов, тем выше зависимость от ОП. Авторы предшествующего исследования, включившего 1419 пациентов с ХМ с наличием ЛИГБ в 799 случаях, также установили связь между зависимостью от ОП, ЛИГБ и курением у мужчин, между зависимостью от ОП, ЛИГБ и приемом снотворных препаратов у мужчин и женщин [34]. Исследование, проведенное в специализированном центре ГБ во Франции и включившее 247 пациентов с ЛИГБ, подтвердило связь между злоупотреблением ОП и такими формами зависимого поведения, как курение, избыточное употребление кофе, анксиолитиков, снотворных препаратов [35]. В исследовании, выполненном в специализированном центре ГБ в Италии, было показано, что курение, употребление алкоголя и прием более 30 доз ОП в месяц — это прогностические факторы рецидива ЛИГБ через 1 год даже после адекватно проведенного лечения [36].

По данным европейских исследований, рецидив ЛИГБ возникает у четверти пациентов в течение года даже после адекватной терапии в специализированном центре ГБ [33]. Наличие у части пациентов с ЛИГБ родственников с зависимым поведением, выявленная нами и другими авторами связь зависимости от ОП, развития ЛИГБ, рецидива ЛИГБ с другими формами зависимого поведения может говорить о наличии у таких пациентов более сложных, нейробиологически и генетически обусловленных причин ЛИГБ и злоупотребления ОП. Вероятно, для эффективного лечения таких пациентов и предупреждения рецидива ЛИГБ будет целесообразно подключение к междисциплинарному терапевтическому процессу психиатра и/или психотерапевта.

В настоящем исследовании была установлена связь зависимости от ОП с определенными негативными представлениями и установками пациентов о теле, здоровье и боли, с симптомами депрессии, личностной тревогой и избеганием как копинг-поведением. Наличие таких связей свидетельствует о том, что зависимость от ОП — это феномен, который формируется и поддерживается у пациентов с определенными психологическими характеристиками. Чем более выражены перечисленные индивидуально-психологические характеристики пациента, тем выше уровень зависимости от ОП. В предшествующих исследованиях выявлена связь зависимости от ОП и тревоги [7]. Терапевтическое воздействие на все перечисленные психологические характеристики может быть перспективно в снижении зависимости от ОП, в облегчении отмены ОП и повышении эффективности лечения ЛИГБ. Эффективные техники работы с негативными и неправильными установками, с дезадаптивными копинг-стратегиями, с симптомами тревоги и депрессии у пациентов с ГБ разработаны в когнитивно-поведенческой терапии [25–31]. Также данный метод психотерапии показал свою эффективность при лечении других зависимостей [8]. В связи с этим применение когнитивно-поведенческой терапии, с учетом связей зависимости от ОП с катастрофичным мышлением, неадаптивным копинг-поведением и личностной тревожностью, перспективно в комплексном, междисциплинарном лечении ХМ и ЛИГБ.

Заключение. Наблюдается низкий уровень диагностики ЛИГБ и ХМ, распространена ошибочная тактика ведения пациентов с ЛИГБ и ХМ в отечественной медицинской практике. У пациентов с ЛИГБ и ХМ имеются ошибочные представления о причинах и лечении ГБ, неправильные представления и поведение в отношении ОП. У большинства пациентов с ЛИГБ и ХМ наблюдается умеренная зависимость от ОП. Большинство пациентов с ЛИГБ и ХМ злоупотребляют НПВП, безрецептурными комбинированными ОП и комбинацией ОП. Пациенты с ЛИГБ часто имеют другие сочетанные формы зависимого поведения и родственников первой и/или второй степени родства с подобными поведенческими расстройствами в анамнезе. Зависимость от ОП имеет положительную корреляционную связь с курением, употреблением алкоголя, приемом снотворных препаратов, ИМТ, частотой и кратностью приема ОП, установками о боли, теле и здоровье (катастрофизация боли, безнадежность в отношении боли, непереносимость телесных ощущений, переоценка выраженности симптомов, катастрофизация при интерпретации телесных симптомов), депрессией, личностной тревогой и избеганием (неадаптивным копинг-поведением).

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Табеева ГР, Осипова ВВ, Филатова ЕГ и др. Диагностика и лечение лекарственно-индуцированной головной боли: рекомендации российских экспертов. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2022;14(1):4-13. doi: 10.14412/2074-2711-2022-1-4-13 [Tabeeva GR, Osipova VV, Filatova EG, et al. Evaluation and treatment of medication-overuse headache: Russian experts' guidelines. *Neurologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika* = *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2022;14(1):4-13. doi: 10.14412/2074-2711-2022-1-4-13 (In Russ.)].
2. Ashina S, Terwindt GM, Steiner TJ, et al. Medication overuse headache. *Nat Rev Dis Primers*. 2023 Feb 2;9(1):5. doi: 10.1038/s41572-022-00415-0
3. Saper JR, Hamel RL, Lake AE 3rd. Medication overuse headache (MOH) is a biobehavioural disorder. *Cephalalgia*. 2005 Jul;25(7):545-6. doi: 10.1111/j.1468-2982.2005.00879.x
4. Lundqvist C, Gossop M, Russell MB, et al. Severity of Analgesic Dependence and Medication-overuse Headache. *J Addict Med*. 2019 Sep/Oct;13(5):346-53. doi: 10.1097/ADM.0000000000000504
5. Wang YF, Tzeng YS, Yu CC, et al. Clinical Utility of Leeds Dependence Questionnaire in Medication-Overuse Headache. *Diagnostics (Basel)*. 2023 Jan 27;13(3):472. doi: 10.3390/diagnostics13030472
6. Филатова ЕГ, Осипова ВВ, Табеева ГР и др. Диагностика и лечение мигрени: рекомендации российских экспертов. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2020;12(4):4-14. doi: 10.14412/2074-2711-2020-4-4-14 [Filatova EG, Osipova VV, Tabeeva GR, et al. Diagnosis and treatment of migraine: Russian experts' recommendations. *Neurologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika* = *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2020;12(4):4-14. doi: 10.14412/2074-2711-2020-4-4-14 (In Russ.)].
7. Сергеев АВ, Парфенов ВА. Лекарственно-индуцированная головная боль. Практические рекомендации. *Медицинский Совет*. 2018;(1):26-32. doi: 10.21518/2079-701X-2018-1-26-32 [Sergeev AV, Parfenov VA. Medication overuse headache: Practical guidelines. *Meditsinskiy sovet* = *Medical Council*. 2018;(1):26-32. doi: 10.21518/2079-701X-2018-1-26-32 (In Russ.)].
8. Magill M, Kiluk BD, Ray LA. Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy for Alcohol and Other Drug Use Disorders: Is a One-Size-Fits-All Approach Appropriate? *Subst Abuse Rehabil*. 2023 Feb 19;14:1-11. doi: 10.2147/SAR.S362864
9. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia*. 2018 Jan;38(1):1-211. doi: 10.1177/0333102417738202
10. Азимова ЮЭ, Амелин АВ, Алферова ВВ и др. Клинические рекомендации «Мигрень». *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2022;122(1-3):4-36. doi: 10.17116/jnevro20221220134 [Azimova YuE, Amelin AV, Alferova VV, et al. Clinical guidelines "Migraine". *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii imeni S.S. Korsakova* = *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2022;122(1-3):4-36. doi: 10.17116/jnevro20221220134 (In Russ.)].
11. Modarresi S, Lukacs MJ, Ghodrati M, et al; CATWAD Consortium Group. A Systematic Review and Synthesis of Psychometric Properties of the Numeric Pain Rating Scale and the Visual Analog Scale for Use in People With Neck Pain. *Clin J Pain*. 2021 Oct 26;38(2):132-48. doi: 10.1097/AJP.0000000000000999
12. Рассказова ЕИ, Тхостов АШ, Гульдан ВВ. Способы заботы о здоровье и соматические жалобы в норме: роль представлений и роль действий. *Психологические исследования*. 2016;9(50):4-8. doi: 10.54359/ps.v9i50.419 [Rasskazova EI, Tkhostov ASH, Gul'dan VV. Ways to care for the health and physical symptoms: the role of beliefs and actions. *Psikhologicheskkiye issledovaniya*. 2016;9(50):4-8. doi: 10.54359/ps.v9i50.419 (In Russ.)].
13. Ikemoto T, Hayashi K, Shiro Y, et al. A systematic review of cross-cultural validation of the pain catastrophizing scale. *Eur J Pain*. 2020 Aug;24(7):1228-41. doi: 10.1002/ejp.1587. Epub 2020 Jun 12.
14. Bados A, Gomez-Benito J, Balaguer G. The state-trait anxiety inventory, trait version: does it really measure anxiety? *J Pers Assess*. 2010 Nov;92(6):560-7. doi: 10.1080/00223891.2010.513295
15. Henry SK, Grant MM, Cropsey KL. Determining the optimal clinical cutoff on the CES-D for depression in a community corrections sample. *J Affect Disord*. 2018 Jul;234:270-5. doi: 10.1016/j.jad.2018.02.071. Epub 2018 Mar 6.
16. Van Horn JE, Wilpert J. Full and Short Versions of the Coping Inventory for Stressful Situations and Social Problem-Solving Inventory-Revised: Examining Their Factor Structure in a Dutch Outpatient Sex Offender Sample. *Psychol Rep*. 2017 Aug;120(4):739-59. doi: 10.1177/0033294117702362. Epub 2017 Apr 10.
17. Stewart WF, Lipton RB, Dowson AJ, Sawyer J. Development and testing of the Migraine Disability Assessment (MIDAS) Questionnaire to assess headache-related disability. *Neurology*. 2001;56(6 Suppl 1):S20-8. doi: 10.1212/wnl.56.suppl_1.s20
18. Morin CM, Belleville G, Belanger L, Ivers H. The Insomnia Severity Index: psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response. *Sleep*. 2011 May 1;34(5):601-8. doi: 10.1093/sleep/34.5.601
19. Kerr WC, Stockwell T. Understanding standard drinks and drinking guidelines. *Drug Alcohol Rev*. 2012 Mar;31(2):200-5. doi: 10.1111/j.1465-3362.2011.00374.x. Epub 2011 Nov 3.
20. Лебедева ЕР, Кобзева НР, Гилев ДВ, Олесен Е. Анализ качества диагностики и лечения первичной головной боли в разных социальных группах Уральского региона. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2015;7(1):19-26. doi: 10.14412/2074-2711-2015-1-19-26 [Lebedeva ER, Kobzeva NR, Gilev DV, Olesen E. Analysis of the quality of diagnosis and treatment of primary headache in different social groups of the Ural Region. *Neurologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika* = *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2015;7(1):19-26. doi: 10.14412/2074-2711-2015-1-19-26 (In Russ.)].
21. Амелин АВ, Богданова ЮН, Корешкина МИ и др. Диагностика первичных и симптоматических форм хронической ежедневной головной боли. *Журнал неврологии и нейропсихиатрии им. С.С. Корсакова*. 2011;111(1):86-8. Доступно по ссылке: <https://elibrary.ru/item.asp?id=16597341> [Amelin AV, Bogdanova YuN, Koreshkina MI, et al. Diagnosis of primary and symptomatic forms of chronic daily headache. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii imeni S.S. Korsakova* = *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2011;111(1):86-8. Available at: <https://elibrary.ru/item.asp?id=16597341> (In Russ.)].
22. Азимова ЮЭ, Сергеев АВ, Осипова ВВ, Табеева ГР. Диагностика и лечение головных болей в России: результаты анкетного опроса врачей. *Российский журнал боли*. 2010;(3,4):12-7. Доступно по ссылке: <https://elibrary.ru/item.asp?id=23885076> [Azimova YuE, Sergeev AV, Osipova VV, Tabeeva GR. Cephalgia diagnostics and treatment in Russia: physician questionnaire survey results. *Rossiyskiy zhurnal boli*. 2010;(3,4):12-7. Available at: <https://elibrary.ru/item.asp?id=23885076> (In Russ.)].
23. Осипова ВВ, Азимова ЮЭ, Табеева ГР и др. Диагностика головных болей в России и странах постсоветского пространства: состояние проблемы и пути ее решения. *Анналы клинической и экспериментальной неврологии*. 2012;6(2):16-21. Доступно по ссылке: https://annaly-nevrologii.com/journal/pathID/article/view/275/171/ru_RU

- [Osipova VV, Azimova YuE, Tabeeva GR, et al. Diagnostics of headache in Russia and post-Soviet countries: state of the problem and ways for its solution. *Annaly klinicheskoy i eksperimental'noj nevrologii*. 2012;6(2):16-21. Available at: https://annaly-nevrologii.com/journal/pathID/article/view/275/171/ru_RU (In Russ.)].
24. Головачева ВА, Парфенов ВА, Табеева ГР и др. Оптимизация ведения пациентов с хронической ежедневной головной болью. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2017;117(2):4-9. doi: 10.17116/jnevro2017117214-9 [Golovacheva VA, Parfenov VA, Tabeeva GR, et al. The optimization of management of chronic daily headache patients. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova = S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2017;117(2):4-9. doi: 10.17116/jnevro2017117214-9 (In Russ.)].
25. Головачева ВА, Головачева АА, Парфенов ВА и др. Когнитивно-поведенческая терапия в лечении хронической мигрени: описание клинического случая. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2021;13(1):74-80. doi: 10.14412/2074-2711-2021-1-74-80 [Golovacheva VA, Golovacheva AA, Parfenov VA, et al. Cognitive behavioral therapy in the treatment of chronic migraine: a clinical case report. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psichosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2021;13(1):74-80. doi: 10.14412/2074-2711-2021-1-74-80 (In Russ.)].
26. Головачева ВА, Головачева АА. Лечение хронической мигрени и боли в шее с помощью когнитивно-поведенческой терапии. Клинический случай. *Consilium Medicum*. 2021;23(11):852-7. doi: 10.26442/20751753.2021.11.201137 [Golovacheva VA, Golovacheva AA. Treatment of chronic migraine and neck pain with cognitive-behavioral therapy. Case report. *Consilium Medicum*. 2021;23(11):852-7. doi: 10.26442/20751753.2021.11.201137 (In Russ.)].
27. Головачева ВА, Головачева АА, Парфенов ВА. Терапия при хронической мигрени: междисциплинарный подход. Клиническое наблюдение. *Терапевтический архив*. 2021;93(12):1528-32. doi: 10.26442/00403660.2021.12.201247 [Golovacheva VA, Golovacheva AA, Parfenov VA. Chronic migraine treatment: multidisciplinary approach. Case report. *Terapevticheskiy arkhiv*. 2021;93(12):1528-32. doi: 10.26442/00403660.2021.12.201247 (In Russ.)].
28. Головачева ВА, Головачева АА, Володарская ЕА, Бахтадзе МА. Клинико-психологические характеристики пациентов с мигренью. *Медицинский Совет*. 2022;(21):78-87. doi: 10.21518/2079-701X-2022-16-21-78-87 [Golovacheva VA, Golovacheva AA, Volodarskaya EA, Bakhtadze MA. Clinical and psychological characteristics of migraine patients. *Meditsinskiy sovet = Medical Council*. 2022;(21):78-87. doi: 10.21518/2079-701X-2022-16-21-78-87 (In Russ.)].
29. Головачева ВА, Головачева АА, Фатеева ТГ, Володарская ЕА. «Внутренняя картина болезни» у пациентов с хронической мигренью: когнитивные, эмоциональные и поведенческие аспекты. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2023;15(1):28-35. doi: 10.14412/2074-2711-2023-1-28-35 [Golovacheva VA, Golovacheva AA, Fateeva TG, Volodarskaya EA. Illness perception in patients with chronic migraine: cognitive, emotional and behavioral aspects. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psichosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2023;15(1):28-35. doi: 10.14412/2074-2711-2023-1-28-35 (In Russ.)].
30. Головачева ВА. Лечение хронической мигрени и инсомнии с помощью когнитивно-поведенческой терапии. *Медицинский Совет*. 2023;(3):68-76. doi: 10.21518/ms2023-080 [Golovacheva VA. Treatment of chronic migraine and insomnia with cognitive behavioral therapy. *Meditsinskiy sovet = Medical Council*. 2023;(3):68-76. doi: 10.21518/ms2023-080 (In Russ.)].
31. Головачева ВА. Междисциплинарное лечение, включающее когнитивно-поведенческую терапию и майндфулнесс, при хронической мигрени и лекарственно-индуцированной головной боли. *Медицинский Совет*. 2023;(10):80-8. doi: 10.21518/ms2023-216 [Golovacheva VA. Interdisciplinary treatment including cognitive behavioral therapy and mindfulness for chronic migraine and drug-induced headache. *Meditsinskiy sovet = Medical Council*. 2023;(10):80-8. doi: 10.21518/ms2023-216 (In Russ.)].
32. Evers S, Jensen R; European Federation of Neurological Societies. Treatment of medication overuse headache - guideline of the EFNS headache panel. *Eur J Neurol*. 2011 Sep;18(9):1115-21. doi: 10.1111/j.1468-1331.2011.03497.x
33. Gosalia H, Moreno-Ajona D, Goadsby PJ. Medication-overuse headache: a narrative review. *J Headache Pain*. 2024 May 31;25(1):89. doi: 10.1186/s10194-024-01755-w
34. Wang YF, Tzeng YS, Yu CC, et al. Sex differences in the clinical manifestations related to dependence behaviors in medication-overuse headache. *J Headache Pain*. 2023 Nov 1;24(1):145. doi: 10.1186/s10194-023-01685-z
35. 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.
36. Sances G, Ghiotto N, Galli F, Guascel al. Risk factors in medication-overuse headache: a 1-year follow-up study (care II protocol). *Cephalalgia*. 2010 Mar;30(3):329-36. doi: 10.1111/j.1468-2982.2009.01934.x. Epub 2010 Feb 15.

Поступила/отрецензирована/принята к печати

Received/Reviewed/Accepted

24.05.2024/11.08.2024/12.08.2024

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.

Головачева В.А. <https://orcid.org/0000-0002-2752-4109>

Головачева А.А. <https://orcid.org/0000-0002-2845-7323>