

# Клинические и психоэмоциональные характеристики пациентов с лекарственно-индуцированной головной болью



Гузий Е.А., Сергеев А.В., 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

Данные имеющихся исследований указывают на важную роль профиля личности, психоэмоциональных расстройств и психосоциальных аспектов в развитии и поддержании лекарственно-индуцированной головной боли (ЛИГБ). Становится актуальным выявление предикторов ее формирования и факторов, влияющих на течение и прогноз терапии данного заболевания.

**Цель исследования** – анализ клиничко-психологического профиля пациентов и выявление предикторов течения ЛИГБ с разработкой прогностической модели.

**Материал и методы.** Проведен сравнительный анализ характеристик 117 пациентов с ЛИГБ (1-я группа) и 23 пациентов с хронической мигренью (ХМ) без ЛИГБ (2-я группа) согласно клиническим данным, а также данным анкетирования для определения нейропсихологического профиля (PCS, Шкала тревоги Спилбергера–Ханина, PHQ-9, BIS-11, TAS-26, тест SAGE, Лидский опросник зависимости – LDQ) на момент поступления в стационар, а также спустя 9 мес после старта терапии.

**Результаты.** В ходе исследования установлено, что у 100% пациентов с ХМ и ЛИГБ отмечались различные психоэмоциональные нарушения. При этом базовые показатели до терапии по уровню личностной тревоги, шкалам катастрофизации боли, импульсивному поведению, алекситимии, а также параметрам LDQ были значимо выше в группе пациентов с ХМ и ЛИГБ в сравнении с группой с ХМ без избыточного приема анальгетиков. С помощью множественной линейной регрессии выявлено, что увеличение тяжести депрессии на 1 балл значимо ассоциировано с увеличением количества дней с головной болью (ГБ) на 0,33 дня в месяц. Кроме того, установлены значимые прямые ассоциации между уровнем зависимости по данным LDQ со степенью катастрофизации боли и ситуативной тревожностью, а также уровнем когнитивных функций (по данным опросника SAGE) в обратной зависимости. При этом частота приема анальгетиков в сутки в группе пациентов с ХМ и ЛИГБ значимо ассоциирована с уровнями катастрофизации боли, депрессии и личностной тревожности.

**Заключение.** Полученные результаты подтверждают биоповеденческую концепцию развития ЛИГБ. Эффективная терапия первичной формы ГБ (в нашем исследовании – ХМ) значимо ассоциирована со снижением выраженности тревоги, депрессии, катастрофизации и частоты приема анальгетиков. Неизменными на фоне лечения хронической ГБ остаются личностные характеристики, в частности склонность к импульсивному поведению. Представленные результаты подчеркивают необходимость комплексного лечения пациентов с ХМ и ЛИГБ.

**Ключевые слова:** лекарственно-индуцированная головная боль; хроническая мигрень; алекситимия; катастрофизация; импульсивность; прогностическая модель.

**Контакты:** Гюзьяль Рафкатовна Табеева; [grtabeeva@gmail.com](mailto:grtabeeva@gmail.com)

**Для ссылки:** Гузий ЕА, Сергеев АВ, Табеева ГР. Клинические и психоэмоциональные характеристики пациентов с лекарственно-индуцированной головной болью. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2024;16(Прил. 1):52–58. DOI: 10.14412/2074-2711-2024-1S-52-58

## Clinical and psychoemotional characteristics of patients with medication overuse headache

Guziy E.A., Sergeev A.V., Tabeeva G.R.

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

The available data indicate the important role of personality profile, psychoemotional disorders and psychosocial aspects in the development and maintenance of medication overuse headache (MOH). It is therefore important to identify predictors for the development and factors that influence the course and prognosis of treatment for this disorder.

**Objective:** to analyze the clinical and psychological profile of patients and to identify predictors of the course of MOH in order to develop a prognostic model.

**Material and methods.** We performed a comparative analysis of the characteristics of 117 patients with MOH (group 1) and 23 patients with chronic migraine (CM) without MOH (group 2) using clinical data and questionnaire data to determine the neuropsychological profile (PCS, Spielberger-Khanin Anxiety Scale, PHQ-9, BIS-11, TAS-26, SAGE test, Leeds Dependence Questionnaire – LDQ) at the time of admission to hospital and 9 months after the start of treatment.

**Results.** The study showed that 100% of patients with CM and MOH had various psychoemotional disorders. At the same time, the pre-therapy baseline indicators for the level of personal anxiety, pain catastrophizing scales, impulsive behavior, alexithymia and LDQ parameters were significantly higher in the group of patients with CM and MOH than in the group with CM without excessive analgesic use. Using multiple linear regression, it was found that an increase in the severity of depression by 1 point is significantly associated with an increase in the number of days with headache (HA) by 0.33 days per month. In addition, a significant direct correlation was found between the degree of addiction according to LDQ and the extent of pain catastrophizing and situational anxiety, as well as the level of cognitive functions (according to the SAGE questionnaire) in an inverse relationship. At the same time, the frequency of analgesics use per day in the group of patients with CM and MOH is significantly related to the level of pain catastrophizing, depression and personal anxiety.

**Conclusion.** The results obtained confirm the biobehavioral concept of MOH development. Effective therapy of the primary form of HA (in our study – CM) is significantly associated with a decrease in the severity of anxiety, depression, catastrophizing and the frequency of taking analgesics. Personality traits, especially the tendency to impulsive behavior, remain unchanged against the background of chronic HA treatment. The presented results emphasize the need for complex treatment of patients with CM and MOH.

**Keywords:** medication overuse headache; chronic migraine; alexithymia; catastrophizing; impulsivity; prognostic model.

**Contact:** Guzyl Rafkatovna Tabeeva; [grtabeeva@gmail.com](mailto:grtabeeva@gmail.com)

**For reference:** Guzly EA, Sergeev AV, Tabeeva GR. Clinical and psychoemotional characteristics of patients with medication overuse headache. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics.* 2024;16(Suppl. 1):52–58.

**DOI:** 10.14412/2074-2711-2024-1S-52-58

Лекарственно-индуцированная головная боль (ЛИГБ) является тяжелым инвалидизирующим заболеванием с высокими социально-экономическими последствиями [1]. Согласно результатам эпидемиологических исследований, отмечается увеличение распространенности ЛИГБ. В 2015 г. при анализе глобального бремени болезней указывалось на среднюю распространенность ЛИГБ, составляющую 1–2% [2, 3]. Результаты системного обзора (2023) всех имеющихся эпидемиологических данных показали среднюю распространенность ЛИГБ 3,4%. Таким образом, современные расчеты указывают, что не менее 100 млн человек страдают от хронической головной боли (ГБ), связанной с избыточным приемом анальгетиков [4].

Показано, что экономические затраты на лечение пациентов с ЛИГБ только на 8–10% являются прямыми расходами (приемы врачей, диагностические исследования и медикаментозные препараты), остальные 90–92% составляют непрямые расходы, связанные с нетрудоспособностью человека в течение года [2]. Кроме фактической нетрудоспособности (больничный лист) следует отметить широкую представленность презентеизма в данной когорте пациентов. Согласно исследованию, проведенному в Японии [5], оценочная стоимость потери производительности, связанной с презентеизмом, оцененной с помощью шкалы WPAI, составляет 21,3 млрд долларов США в год.

Несмотря на многочисленные исследования ЛИГБ, до настоящего времени сложно установить, является ЛИГБ изолированной самостоятельной формой вторичной ГБ, вызванной чрезмерным употреблением обезболивающих, или следствием сочетания хронической первичной ГБ и избыточного приема анальгетиков [6].

На основании результатов исследований обсуждаются такие факторы риска развития ЛИГБ, как женский пол (соотношение женщин и мужчин – 4:1), частота ГБ 7–14 дней в месяц на исходном уровне, наличие нарушений сна и регулярный прием транквилизаторов [7–10]. Также было выявлено, что метаболический синдром повышает риск развития ЛИГБ в 5,3 раза, тревога или депрессия – в 4,7 раза, малоподвижный образ жизни (<3 ч тяжелой физической нагрузки в неделю) – в 2,7 раза, низкий уровень обра-

зования и проблемы с опорно-двигательным аппаратом – в 1,9 раза, курение – в 1,8 раза, заболевания органов желудочно-кишечного тракта – в 1,6 раза [7]. Следует отметить, что ожирение является не только фактором риска хронизации мигрени и формирования ЛИГБ, но и негативным предиктором чувствительности к анти-CGRP-терапии у пациентов. Возможное объяснение заключается в том, что у людей с ожирением количество выделяемого CGRP больше, чем способен заблокировать препарат. Таким образом, стратегии снижения массы тела могут быть полезны в том числе и для повышения чувствительности к CGRP [11, 12].

Кроме того, ЛИГБ ассоциируется с низким доходом, но сложно однозначно утверждать, является ли это причиной или результатом ГБ [13, 14]. Также важным фактором риска формирования и поддержания ЛИГБ является нерациональная и неэффективная острая и профилактическая терапия мигрени. [4, 15, 16]. Неоптимальное купирование приступа поддерживает катастрофизацию боли и избыточный прием анальгетиков «впрок», которые связаны со страхом пропустить важные профессиональные или личные события [17].

L.L. Florencio и соавт. [18] в своем исследовании с использованием опросника Fonseca Anamnestic Index показали, что признаки дисфункции височно-нижнечелюстного сустава выявляются у 78% пациенток с эпизодической мигренью (ЭМ) и у 100% пациенток с хронической мигренью (ХМ). При этом в группе ХМ тяжелая степень дисфункции височно-нижнечелюстного сустава наблюдалась значительно чаще (отношение рисков – 3,31), чем у здоровых испытуемых и пациенток с ЭМ.

Согласно данным исследования СОМОЕСТАС, у 40% пациентов с ЛИГБ отмечается депрессия, у 57,7% – тревога [19]; в исследовании RELEASE депрессия выявлена у 83% из 229 пациентов с ЛИГБ, тревога – у 62% [20]. В исследовании САМОНА при анализе жалоб и результатов опросника Y-BOCS в группе пациентов с ЛИГБ значительно чаще отмечались признаки обсессивно-компульсивного расстройства в сравнении с пациентами с ЭМ и с группой контроля [21, 22].

Важно отметить, что ЛИГБ часто рассматривается в комплексе с проблемой зависимости у пациентов от других веществ [23, 24]. С одной стороны,  $\frac{2}{3}$  пациентов с ЛИГБ соответствуют критериям зависимости от психоактивных веществ Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам IV издания (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders IV, DSM-IV) [22], с другой – выявлены общие нейровизуализационные, биологические и генетические механизмы взаимодействия между ЛИГБ и расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ [24–26]. Установлено, что у пациентов с ЛИГБ чаще встречаются самолечение, тревога, связанная с получением рецепта на анальгетики, что также дает сходство с зависимостью. Кроме того, пациенты с ЛИГБ более склонны к злоупотреблению различными веществами, например сосудосуживающими каплями в нос, глазными каплями, снотворными препаратами [27–30].

У пациентов с ЛИГБ значимо чаще встречаются пограничные, нарциссические и другие расстройства личности, которые могут вызывать фокус внимания на боли и способствовать формированию и поддержанию хронического болевого синдрома [31]. Исследования личностных черт в подгруппах пациентов с различными формами ГБ показали, что пациенты с ЛИГБ более склонны к социальной интровертности по сравнению с пациентами с эпизодической ГБ [32, 33]. S.D. Silberstein и соавт. [34] выявили, что пациенты с мигренью часто имеют более высокий уровень невротизма и уязвимости к негативным воздействиям по сравнению с контрольной группой [35]. Существует также ряд исследований, показывающих, что у пациентов с ХМ уровень ипохондрии и истерии выше, чем у здоровых людей из контрольной группы [36, 37].

Таким образом, данные исследований указывают на важную роль профиля личности, психоэмоциональных расстройств и психосоциальных аспектов в развитии и поддержании ЛИГБ. Становится актуальным выявление предикторов формирования абюзной ГБ и факторов, влияющих на течение и прогноз терапии данного заболевания.

**Цель** исследования – анализ клинико-психологического профиля пациентов и выявление предикторов течения ЛИГБ с разработкой прогностической модели.

**Материал и методы.** Проведено обследование 117 пациентов с ХМ и ЛИГБ (1-я группа) и 23 пациентов с ХМ без ЛИГБ (2-я группа). Диагноз ЛИГБ выставлялся согласно критериям Международной классификации головной боли 3-го пересмотра (МКГБ-3) [38].

В 1-й группе соотношение мужчин и женщин составило 2,16:1 (80 женщин и 37 мужчин). У 24 пациентов (9 мужчин и 15 женщин) было среднее образование, у 93 (28 мужчин и 65 женщин) – высшее. Во 2-й группе соотношение мужчин и женщин составило 3,6:1 (18 женщин и 5 мужчин). У двух пациентов (один мужчина и одна женщина) было среднее образование, у 22 (4 мужчины и 17 женщин) – высшее.

Средняя продолжительность мигрени в 1-й группе составляла 5 [3; 8] лет, длительность ЛИГБ – 7 [6; 11] мес, средняя продолжительность мигрени во 2-й группе составляла 3 [2; 5] года.

Анализ нейропсихологического профиля пациентов проводился с использованием следующих шкал: Шкала оценки здоровья пациента для диагностики наличия и тяжести депрессии (Patient Health Questionnaire, PHQ-9), тест Спилбергера–Ханина для определения личностной и ситуационной тревожности, Шкала катастрофизации боли (Pain Catastrophizing Scale, PCS), Торонтская алекситимическая шкала (Toronto Alexithymia Scale, TAS), Шкала импульсивности Барратта (Barratt Impulsiveness Scale, BIS-11); когнитивные функции оценивали по тесту SAGE (Self Adminstrated Gerocognitive Exam), степень зависимости от приема анальгетиков – по Лидскому опроснику зависимости (Leeds Dependence Questionnaire, LDQ).

При наличии показаний пациентам рекомендовалась консультация психиатра. Также всем включенным в исследование пациентам рекомендовалось проходить психотерапию (преимущественно – когнитивно-поведенческую) в рамках дополнительной терапии, использовать техники осознанности (майндфулнесс), релаксации (самостоятельно по Джекобсону или БОС-терапию в лечебном учреждении).

**Статистический анализ** данных проводился с использованием программы IBM SPSS Statistics, версия 26 (IBM Co., США). При проверке с помощью эксцесса, асимметрии, анализа гистограммы, а также с помощью критерия Колмогорова–Смирнова с поправкой Лиллиефорса (при  $n > 50$ ) или критерия Шапиро–Уилка (при  $n < 50$ ) было выявлено, что данные имеют ненормальное распределение. Таким образом, в нашем исследовании мы использовали непараметрические критерии статистического анализа полученных данных. Данные представлены в виде медианы (Me) [25-го; 75-го перцентилей]. При оценке всех результатов статистически значимыми считали результаты при значениях  $p < 0,05$ .

**Результаты.** При сравнении базовой частоты ГБ выявлено значимое преобладание числа дней с ГБ в месяц в группе пациентов с ХМ и ЛИГБ (19 [18; 22];  $p < 0,05$ ) в сравнении с группой без абзуса (17 [15; 19]). Данная тенденция сохранялась после курса терапии, что может указывать на более тяжелое течение ХМ в сочетании с ЛИГБ (табл. 1).

Анализ исходного психоэмоционального профиля пациентов с ХМ и ЛИГБ выявил в данной группе базовые

Таблица 1.

Table 1.

*Число дней с ГБ в месяц до и после лечения в двух группах пациентов, Me [25-й; 75-й перцентили]*  
*Number of days with HA per month before and after treatment in two groups of patients, Me [25<sup>th</sup>; 75<sup>th</sup> percentile]*

Группа	До лечения	После лечения	p (по критерию Вилкоксона)
Пациенты с ХМ и ЛИГБ (1-я группа)	19 [18; 22]	4 [3; 10]	<0,001*
Пациенты с ХМ без ЛИГБ (2-я группа)	17 [15; 19]	3 [1; 7]	<0,023*

**Примечание.** Здесь и в табл. 2, 3: \* – изменения показателей статистически значимы ( $p < 0,05$ ).

высокие параметры по шкалам РНQ-9, Спилбергера–Ханина, PCS (оценка катастрофизации боли), TAS-26 (опросник алекситимии), BIS-11 (оценка импульсивности) а также по Лидскому опроснику зависимости (LDQ; табл. 2). При этом уровень личностной тревоги, параметры по шкалам катастрофизации боли, выраженности импульсивного поведения, алекситимии и тяжести абюзного фактора (LDQ) были значимо выше у пациентов с ХМ в сочетании с ЛИГБ в сравнении с группой без абюзной ГБ (табл. 3). Кроме того, оценка психоэмоционального профиля в сравниваемых группах после курса терапии указывает на значимую положительную динамику в отношении всех параметров, за исключением склонности к импульсивному поведению. Лучшая динамика отмечалась в группе пациентов с ХМ, не имеющих ЛИГБ (см. табл. 2 и 3).

В результате анализа зависимости числа дней с ГБ от вышеуказанных проверяемых параметров (уровней личностной и ситуативной тревожности, катастрофизации боли, депрессии, импульсивного поведения, алекситимии и тяжести зависимости от анальгетиков) в группе пациентов с ЛИГБ (1-я группа) методом множественной линейной регрессии с отбором факторов методом исключения была разработана прогностическая регрессионная модель (1):

$$Y_{\text{дн}} = 15,45 + 0,33 \cdot X_{\text{РНQ-9}}, \quad (1)$$

где  $Y_{\text{дн}}$  – число дней с ГБ;  $X_{\text{РНQ-9}}$  – уровень депрессии по шкале РНQ-9, баллы.

Полученная зависимость характеризовалась статистически значимой корреляционной связью средней силы по шкале Чеддока ( $r_{\text{xy}}=0,557$ ;  $p<0,001$ ). Согласно значению скорректированного коэффициента детерминации  $R^2$ , в полученной модели 31% дисперсии числа дней с болью определялись учтенными факторами.

В соответствии со значениями коэффициентов регрессии увеличение тяжести депрессии на 1 балл соответствует увеличению числа дней с ГБ на 0,33 в группе пациентов с ХМ и ЛИГБ.

На рисунке представлено графическое изображение данной модели.

В ходе анализа ассоциаций тяжести избыточного приема обезболивающих препаратов у пациентов с ХМ и ЛИГБ (1-я группа) с базовыми клинико-психологическими параметрами (уровней личностной и ситуативной тревожности, катастрофизации боли, депрессии, импульсивного поведения,

алекситимии, когнитивных функций) методом множественной линейной регрессии с отбором факторов методом исключения была разработана прогностическая регрессионная модель (2):

$$Y_{\text{LDQ}} = 28,9 + 0,14 \cdot X_{\text{PCS}} + 0,13 \cdot X_{\text{снт}} - 0,75 \cdot X_{\text{SAGE}}, \quad (2)$$

где  $Y_{\text{LDQ}}$  – уровень зависимости по LDQ, баллы;  $X_{\text{PCS}}$  – уровень катастрофизации боли по шкале PCS, баллы;  $X_{\text{снт}}$  – уровень ситуативной тревожности по шкале Спилбергера–Ханина, баллы;  $X_{\text{SAGE}}$  – уровень когнитивных функций по шкале SAGE, баллы.

Полученная зависимость характеризовалась статистически значимой корреляционной связью слабой силы по

Таблица 2. Оценка психоэмоционального состояния до и после лечения в 1-й группе (ХМ+ЛИГБ), Me [25-й; 75-й перцентили]

Table 2. Assessment of psychoemotional state before and after treatment in group 1 (CM+MOH), Me [25<sup>th</sup>; 75<sup>th</sup> percentile]

Параметр	До лечения	После лечения	p (по критерию Вилкоксона)
РНQ-9 (депрессия)	14 [11; 18]	6 [4; 10]	<0,001*
Шкала Спилбергера–Ханина: ситуативная тревожность	45 [39; 50]	37 [32; 42]	<0,001*
личностная тревожность	44 [36; 51]	37 [30; 43]	<0,001*
PCS (катастрофизация боли)	39 [33; 44]	21 [17; 24]	<0,001*
BIS-11 (импульсивное поведение)	38 [35; 47]	41 [36; 47]	0,424
TAS-26 (алекситимия)	56 [48; 62]	49 [43; 60]	<0,001*
LDQ (зависимость)	16 [14; 17]	8 [6; 11]	<0,001*
SAGE (когнитивные функции)	18 [17; 19]	19 [18; 20]	<0,001*

Таблица 3. Оценка психоэмоционального состояния до и после лечения во 2-й группе (ХМ), Me [25-й; 75-й перцентили]

Table 3. Assessment of the psychoemotional state before and after treatment in group 2 (CM), Me [25<sup>th</sup>; 75<sup>th</sup> percentile]

Параметр	До лечения	После лечения	p (по критерию Вилкоксона)
РНQ-9 (депрессия)	13 [9; 18]	3 [2; 7]	<0,001*
Шкала Спилбергера–Ханина: ситуативная тревожность	42 [37; 47]	31 [29; 35]	<0,001*
личностная тревожность	40 [36; 51]	33 [28; 39]	<0,001*
PCS (катастрофизация боли)	32 [27; 34]	17 [13; 19]	<0,001*
BIS-11 (импульсивное поведение)	34 [30; 36]	31 [30; 35]	0,05
TAS-26 (алекситимия)	42 [41; 60]	39 [37; 45]	0,029*
LDQ (зависимость)	12 [10; 14]	3 [2; 5]	<0,001*
SAGE (когнитивные функции)	18 [16; 20]	20 [18; 22]	0,001*

шкале Чеддока ( $r_{xy}=0,37$ ;  $p=0,001$ ). Согласно значению скорректированного коэффициента детерминации  $R^2$ , в полученной модели 13,5% дисперсии тяжести зависимости определялись учтенными факторами.

В соответствии со значениями коэффициентов регрессии, увеличение уровня катастрофизации боли по шкале PCS на 1 балл соответствует увеличению тяжести зависимости от лекарственных средств по LDQ в 0,14 раза, увеличение уровня ситуативной тревожности по шкале Спилбергера–Ханина на 1 балл соответствует увеличению тяжести зависимости от лекарственных средств по LDQ в 0,13 раза, улучшение когнитивных функций согласно шкале SAGE на 1 балл соответствует уменьшению тяжести зависимости от лекарственных средств по LDQ в 0,75 раза.

В результате оценки влияния клинико–психологических параметров по вышеуказанным шкалам на кратность приема анальгетика в сутки у пациентов с ЛИГБ методом множественной линейной регрессии с отбором факторов методом исключения была разработана прогностическая регрессионная модель (3):

$$Y_{\text{кратность}} = -0,627 + 0,06 \cdot X_{\text{PCS}} + 0,9 \cdot X_{\text{PHQ-9}} + 0,02 \cdot X_{\text{личн}} \quad (3)$$

где  $Y_{\text{кратность}}$  – кратность приема анальгетика в сутки;  $X_{\text{PCS}}$  – уровень катастрофизации боли по шкале PCS, баллы;  $X_{\text{PHQ-9}}$  – уровень депрессии по шкале PHQ-9, баллы;  $X_{\text{личн}}$  – уровень личностной тревожности по шкале Спилбергера–Ханина, баллы.

Полученная зависимость характеризовалась статистически значимой корреляционной связью умеренной силы по шкале Чеддока ( $r_{xy}=0,604$ ;  $p<0,001$ ). Согласно значению скорректированного коэффициента детерминации  $R^2$ , в полученной модели 36,5% дисперсии кратности приема анальгетика в сутки определялись учтенными факторами.

В соответствии со значениями коэффициентов регрессии, увеличение уровня катастрофизации боли согласно опроснику PCS на 1 балл соответствует увеличению кратности приема анальгетика в 0,06 раза, увеличение уровня депрессии согласно опроснику PHQ-9 на 1 балл соответствует увеличению кратности приема анальгетика в 0,9 раза, уве-

личение уровня личностной тревожности согласно опроснику Спилбергера–Ханина на 1 балл соответствует увеличению кратности приема анальгетика в 0,02 раза.

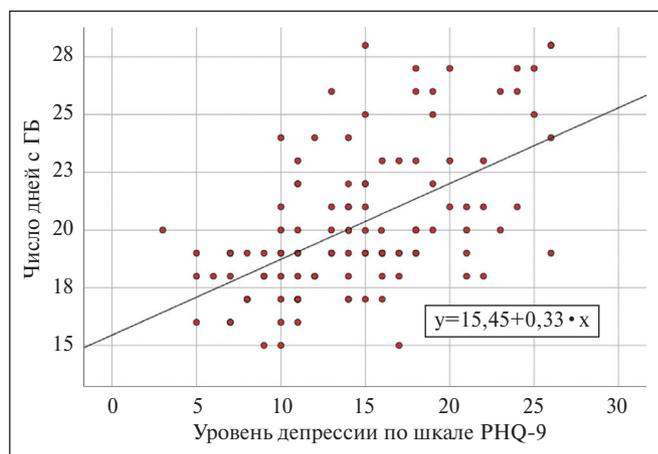
**Обсуждение.** В ходе исследования установлено, что у 100% пациентов с ХМ и ЛИГБ отмечались различные психоэмоциональные нарушения. При этом базовые показатели до терапии по уровню личностной тревожности, шкалам катастрофизации боли, импульсивному поведению, алекситимии, а также параметрам LDQ были значимо выше в группе пациентов с ХМ и ЛИГБ в сравнении с ХМ без избыточного приема анальгетиков.

Согласно данным ранее проведенных исследований, при ЛИГБ значимо чаще встречаются тревожные расстройства, большой депрессивный эпизод, расстройства поведения и аддиктивного спектра [19–22]. Важно отметить, что в ряде работ в ходе ретроспективного анализа было выявлено, что тревожные, поведенческие расстройства, а также проявления депрессии у пациентов с ЛИГБ формировались до этапа хронизации ГБ и избыточного приема анальгетиков. С другой стороны, в крупнейшем международном мультицентровом проспективном исследовании ЛИГБ СОМОESTAS показано значимое снижение проявлений депрессии, тревоги и нарушений качества жизни при успешной «детоксикационной» терапии абузусной ГБ и профилактического лечения мигрени [19]. Результаты собственного исследования также согласуются с данными международного проекта СОМОESTAS: после курса терапии отмечено значимое снижение показателей по шкалам тревоги, депрессии, катастрофизации боли, алекситимии и LDQ. При этом более отчетливые положительные тенденции на фоне лечения фиксировались у пациентов с ХМ без злоупотребления анальгетиками в сравнении с пациентами с ХМ и ЛИГБ. Единственный параметр, который не менялся на фоне терапии, – это уровень проявлений импульсивного поведения у пациентов с ХМ и ЛИГБ.

Можно предположить, что у пациентов с ХМ и ЛИГБ существует высокий базовый уровень предрасположенности к развитию психоэмоциональных и поведенческих расстройств, которые реализуются и усиливаются на фоне хронизации ГБ и злоупотребления обезболивающими препаратами. В то же время сочетание низкого уровня самопознания и самооценки своих чувств и ощущений, в том числе болевых, а также склонность к импульсивности и катастрофизации являются важными дополнительными факторами риска формирования и рецидива ЛИГБ.

В ходе проведенного исследования и анализа повторного анкетирования пациентов после комплексной терапии ХМ и ЛИГБ и спектра коморбидных расстройств мы выявили значимое улучшение психоэмоционального состояния по всем параметрам, кроме склонности к импульсивному поведению, оцененному по шкале Баратта (BIS-11), что еще раз указывает на высокий уровень взаимосвязи между ХМ, ЛИГБ и психоэмоциональными нарушениями, а также на наличие исходных личностных особенностей пациентов с избыточным приемом анальгетиков.

При оценке влияния психоэмоциональных характеристик на клинические особенности, в частности на частоту ГБ (число дней с ГБ в месяц), методом множественной линейной регрессии выявлена значимая связь между уровнем депрессии и частотой ГБ: увеличение тяжести депрес-



Зависимость числа дней с ГБ от уровня депрессии, оцененной по шкале PHQ-9

Dependence of the number of days with HA on the degree of depression, assessed using the PHQ-9 scale

сии на 1 балл значимо ассоциировано с увеличением числа дней с ГБ на 0,33 дня в месяц. Кроме того, установлены значимые прямые ассоциации между уровнем зависимости по данным LDQ и степенью катастрофизации боли и ситуативной тревожности, а также уровнем когнитивных функций (по данным опросника SAGE) в обратной зависимости. При этом частота приема анальгетиков в сутки в группе пациентов с ХМ и ЛИГБ значимо ассоциирована с уровнями катастрофизации боли, депрессии и личностной тревожности.

**Заключение.** Полученные результаты подтверждают биоповеденческую концепцию развития ЛИГБ. В основе данной гипотезы лежит предположение сочетания патогенетических механизмов хронизации первичной ГБ, чаще

мигрени, с активацией тригеминоvascularной системы и психоэмоциональных расстройств, личностным профилем и поведенческими нарушениями. В то же время эффективная терапия первичной формы ГБ (в нашем исследовании – ХМ) значимо ассоциирована со снижением выраженности тревоги, депрессии, катастрофизации и частоты приема анальгетиков. Неизменными на фоне лечения хронической ГБ остаются личностные характеристики, в частности склонность к импульсивному поведению. Представленные результаты подчеркивают необходимость комплексного лечения пациентов ХМ с ЛИГБ с сочетанием поведенческих методов, фармакотерапии и включением в программу терапии консультации психиатра для более детальной диагностики коморбидной патологии.

## ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

- Chen PK, Wang SJ. Medication Overuse and Medication Overuse Headache: Risk Factors, Comorbidities, Associated Burdens and Nonpharmacologic and Pharmacologic Treatment Approaches. *Curr Pain Headache Rep.* 2019 Jul 26;23(8):60. doi: 10.1007/s11916-019-0796-7
- Linde M, Gustavsson A, Stovner LJ, et al. The cost of headache disorders in Europe: the EuroLight project. *Eur J Neurol.* 2012 May;19(5):703-11. doi: 10.1111/j.1468-1331.2011.03612.x. Epub 2011 Dec 5.
- 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, psichosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics.* 2022;14(1):4-13. doi: 10.14412/2074-2711-2022-1-4-13 (In Russ.)].
- 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
- Shimizu T, Sakai F, Miyake H, et al. Disability, quality of life, productivity impairment and employer costs of migraine in the workplace. *J Headache Pain.* 2021 Apr 21;22(1):29. doi: 10.1186/s10194-021-01243-5
- 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
- Hagen K, Linde M, Steiner TJ, et al. Risk factors for medication-overuse headache: an 11-year follow-up study. The Nord-Trøndelag Health Studies. *Pain.* 2012 Jan;153(1):56-61. doi: 10.1016/j.pain.2011.08.018. Epub 2011 Oct 22.
- He Z, Dong L, Zhang Y, et al. Metabolic syndrome in female migraine patients is associated with medication overuse headache: a clinic-based study in China. *Eur J Neurol.* 2015 Aug;22(8):1228-34. doi: 10.1111/ene.12732
- Westergaard ML, Glümer C, Hansen EH, Jensen RH. Prevalence of chronic headache with and without medication overuse: associations with socioeconomic position and physical and mental health status. *Pain.* 2014 Oct;155(10):2005-13. doi: 10.1016/j.pain.2014.07.002. Epub 2014 Jul 11.
- Straube A, Pfaffenrath V, Ladwig KH, et al. Prevalence of chronic migraine and medication overuse headache in Germany – the German DMKG headache study. *Cephalalgia.* 2010 Feb;30(2):207-13. doi: 10.1111/j.1468-2982.2009.01906.x
- Ashina M, Terwindt GM, Al-Karagholi MA, et al. Migraine: disease characterisation, biomarkers, and precision medicine. *Lancet.* 2021 Apr 17;397(10283):1496-504. doi: 10.1016/S0140-6736(20)32162-0. Epub 2021 Mar 25.
- Recober A, Goadsby PJ. Calcitonin gene-related peptide: A molecular link between obesity and migraine? *Drug News Perspect.* 2010 Mar;23(2):112-7. doi: 10.1358/dnp.2010.23.2.1475909
- Jonsson P, Hedenrud T, Linde M. Epidemiology of medication overuse headache in the general Swedish population. *Cephalalgia.* 2011 Jul;31(9):1015-22. doi: 10.1177/0333102411410082. Epub 2011 May 31.
- Kebede YT, Mohammed BD, Tamene BA, et al. Medication overuse headache: a review of current evidence and management strategies. *Front Pain Res (Lausanne).* 2023 Aug 8;4:1194134. doi: 10.3389/fpain.2023.1194134
- Bigal ME, Serrano D, Buse D, et al. Acute migraine medications and evolution from episodic to chronic migraine: a longitudinal population-based study. *Headache.* 2008 Sep;48(8):1157-68. doi: 10.1111/j.1526-4610.2008.01217.x
- Burch RC, Buse DC, Lipton RB. Migraine: Epidemiology, Burden, and Comorbidity. *Neurol Clin.* 2019 Nov;37(4):631-49. doi: 10.1016/j.ncl.2019.06.001. Epub 2019 Aug 27.
- Lau CI, Liu MN, Chen WH, et al. Clinical and biobehavioral perspectives: Is medication overuse headache a behavior of dependence? *Prog Brain Res.* 2020;255:371-402. doi: 10.1016/bs.pbr.2020.05.019. Epub 2020 Jun 19.
- Florencio LL, de Oliveira AS, Carvalho GF, et al. Association Between Severity of Temporomandibular Disorders and the Frequency of Headache Attacks in Women With Migraine: A Cross-Sectional Study. *J Manipulative Physiol Ther.* 2017 May;40(4):250-4. doi: 10.1016/j.jmpt.2017.02.006. Epub 2017 Apr 6.
- Bendtsen L, Munksgaard S, Tassorelli C, et al. COMOESTAS Consortium. Disability, anxiety and depression associated with medication-overuse headache can be considerably reduced by detoxification and prophylactic treatment. Results from a multicentre, multinational study (COMOESTAS project). *Cephalalgia.* 2014 May;34(6):426-33. doi: 10.1177/0333102413515338. Epub 2013 Dec 9.
- Park HK, Chu MK, Oh SY, et al; RELEASE investigators. Interim analysis of the Registry for Load and Management of Medication Overuse Headache (RELEASE): A multicenter, comprehensive medication overuse headache registry. *Cephalalgia.* 2022 May;42(6):455-65. doi: 10.1177/03331024211057184. Epub 2021 Nov 17.
- Aaseth K, Grande RB, Kvaerner KJ, et al. Prevalence of secondary chronic headaches in a population-based sample of 30–44-year-old persons. The Akershus study of chronic headache. *Cephalalgia.* 2008 Jul;28(7):705-13. doi: 10.1111/j.1468-2982.2008.01577.x. Epub 2008 May 21.

22. Cupini LM, De Murtas M, Costa C, et al. Obsessive-compulsive disorder and migraine with medication-overuse headache. *Headache*. 2009 Jul;49(7):1005-13. doi: 10.1111/j.1526-4610.2009.01457.x. Epub 2009 Jun 1.
23. Fuh JL, Wang SJ, Lu SR, Juang KD. Does medication overuse headache represent a behavior of dependence? *Pain*. 2005 Dec 15;119(1-3):49-55. doi: 10.1016/j.pain.2005.09.034. Epub 2005 Nov 17.
24. Radat F, Lanteri-Minet M. What is the role of dependence-related behavior in medication-overuse headache? *Headache*. 2010 Nov;50(10):1597-611. doi: 10.1111/j.1526-4610.2010.01755.x. Epub 2010 Aug 27.
25. Hasin DS, O'Brien CP, Auriacombe M, et al. DSM-5 criteria for substance use disorders: recommendations and rationale. *Am J Psychiatry*. 2013 Aug;170(8):834-51. doi: 10.1176/appi.ajp.2013.12060782
26. 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.
27. Lake AE 3<sup>rd</sup>. Medication overuse headache: biobehavioral issues and solutions. *Headache*. 2006 Oct;46 Suppl 3:S88-97. doi: 10.1111/j.1526-4610.2006.00560.x
28. Robinson TE, Berridge KC. Review. The incentive sensitization theory of addiction: some current issues. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2008 Oct 12;363(1507):3137-46. doi: 10.1098/rstb.2008.0093
29. Cevoli S, Sancisi E, Grimaldi D, et al. Family history for chronic headache and drug overuse as a risk factor for headache chronification. *Headache*. 2009 Mar;49(3):412-8. doi: 10.1111/j.1526-4610.2008.01257.x
30. First MB. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5<sup>th</sup> edition, and clinical utility. *J Nerv Ment Dis*. 2013 Sep;201(9):727-9. doi: 10.1097/NMD.0b013e3182a2168a
31. Rosignoli C, Ornello R, Onofri A, et al. Applying a biopsychosocial model to migraine: rationale and clinical implications. *J Headache Pain*. 2022 Aug 11;23(1):100. doi: 10.1186/s10194-022-01471-3
32. 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
33. Karakurum B, Soyulu O, Karatas M, et al. Personality, depression, and anxiety as risk factors for chronic migraine. *Int J Neurosci*. 2004 Nov;114(11):1391-9. doi: 10.1080/00207450490476002
34. Silberstein SD, Lipton RB, Breslau N. Migraine: association with personality characteristics and psychopathology. *Cephalalgia*. 1995 Oct;15(5):358-69; discussion 336. doi: 10.1046/j.1468-2982.1995.1505358.x
35. Garramone F, Baiano C, Russo A, et al. Personality profile and depression in migraine: a meta-analysis. *Neurol Sci*. 2020 Mar;41(3):543-54. doi: 10.1007/s10072-019-04174-x. Epub 2019 Dec 12.
36. Rausa M, Cevoli S, Sancisi E, et al. Personality traits in chronic daily headache patients with and without psychiatric comorbidity: an observational study in a tertiary care headache center. *J Headache Pain*. 2013 Mar 4;14(1):22. doi: 10.1186/1129-2377-14-22
37. Bottiroli S, Viana M, Sances G, et al. Psychological factors associated with failure of detoxification treatment in chronic headache associated with medication overuse. *Cephalalgia*. 2016 Dec;36(14):1356-65. doi: 10.1177/0333102416631960. Epub 2016 Feb 15.
38. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3<sup>rd</sup> edition. *Cephalalgia*. 2018 Jan;38(1):1-211. doi: 10.1177/0333102417738202

Поступила/отрецензирована/принята к печати

Received/Reviewed/Accepted

02.06.2024/31.07.2024/01.08.2024

#### 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.

Гузий Е.А. <https://orcid.org/0000-0001-7698-725X>

Сергеев А.В. <https://orcid.org/0000-0002-7142-3719>

Табеева Г.Р. <https://orcid.org/0000-0002-3833-532X>