

Эффективность когнитивно-поведенческой терапии при хронической мигрени и лекарственно-индуцированной головной боли: проспективное рандомизированное исследование



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

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) рекомендуется в комплексной терапии хронической мигрени (ХМ) и лекарственно-индуцированной головной боли (ЛИГБ), однако рандомизированных исследований, посвященных оценке ее эффективности, пока мало. **Цель** исследования — оценить эффективность междисциплинарной программы, включающей КПТ, в лечении 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). Со всеми пациентами проводилась клиническая беседа и выполнялось тестирование с помощью клиничко-психологических методик. Пациенты были рандомизированы в две группы: 1-я группа получала стандартное лечение (фармакотерапию — профилактическую и для купирования мигрени; рекомендации по образу жизни; дезинтоксикационную терапию ЛИГБ) и КПТ, 2-я группа — только стандартное лечение. У всех пациентов оценивались клиничко-психологические показатели: до лечения, на 3, 6, 12 и 18-м месяце после начала лечения.

Результаты. Через 3 мес терапии в 1-й группе наблюдалось статистически значимое ($p < 0,05$) улучшение: снижение частоты головной боли, частоты и кратности приема обезболивающих препаратов (ОП), показателей по Шкале катастрофизации боли, Шкале личностной и ситуативной тревоги Спилбергера–Ханина, Шкале депрессии Центра эпидемиологических исследований, Лидскому опроснику зависимости (ЛОЗ), Шкале оценки влияния мигрени на повседневную активность ($p < 0,05$). Через 6, 12 и 18 мес терапии достигнутые улучшения сохранились. Через 3 мес терапии во 2-й группе наблюдалось статистически значимое ($p < 0,05$) улучшение только по четырем параметрам: снижение частоты головной боли, частоты и кратности приема ОП, показателей по ЛОЗ и Шкале влияния мигрени на повседневную активность. Однако через 6, 12 и 18 мес терапии во 2-й группе достигнутые улучшения не сохранились. Через 3 мес терапии клинического эффекта (снижение частоты головной боли на 50% и более) в 1-й группе достигли 74% пациентов, во 2-й группе — 45% ($p < 0,001$). Через 18 мес терапии клинический эффект в 1-й группе отмечен у 79% пациентов, во 2-й группе — у 33% пациентов ($p < 0,001$).

Заключение. Применение КПТ в комплексной терапии пациентов с ХМ и ЛИГБ эффективно и позволяет достигнуть стойких отдаленных положительных результатов.

Ключевые слова: хроническая мигрень; лекарственно-индуцированная головная боль; лечение; когнитивно-поведенческая терапия; междисциплинарный подход.

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

Для ссылки: Головачева ВА, Головачева АА. Эффективность когнитивно-поведенческой терапии при хронической мигрени и лекарственно-индуцированной головной боли: проспективное рандомизированное исследование. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2024;16(6):21–27. DOI: 10.14412/2074-2711-2024-6-21-27

Efficacy of cognitive behavioral therapy in chronic migraine and medication overuse headache: a prospective randomized trial 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

Cognitive behavioral therapy (CBT) is recommended in the complex therapy of chronic migraine (CM) and medication overuse headache (MOH), but there are few randomized trials to evaluate its efficacy.

Objective: to investigate the efficacy of an interdisciplinary program with CBT in the treatment of 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). All patients were clinically interviewed and tested with clinical and psychological methods. Patients were randomized into two groups: group 1 received standard treatment (pharmacotherapy — preventive and for migraine relief; lifestyle recommendations; detoxification therapy in MOH) and CBT, group 2 received only standard treatment. In all patients clinical and psychological parameters were assessed before treatment, and 3, 6, 12 and 18 months after the start of treatment.

Results. After 3 months of treatment, a statistically significant improvement ($p < 0.05$) was observed in group 1: reduction in headache frequency, frequency of taking painkillers (PC), scores on the Pain Catastrophizing Scale, the Spielberger–Khanin Personal and Situational Anxiety Scale, Centre for Epidemiologic Studies Depression Scale, Leeds Dependence Questionnaire (LDQ) and the Migraine Disability Assessment (MIDAS) Questionnaire ($p < 0.05$). The improvement achieved was maintained after 6, 12 and 18 months of therapy. After 3 months of therapy, in group 2 a statistically significant improvement ($p < 0.05$) was observed for four parameters only: decrease of headache frequency, frequency of PC use, scores on the LDQ and MIDAS Questionnaire. However, after 6, 12 and 18 months of therapy in group 2, the achieved improvement was not maintained. After 3 months of therapy, the clinical effect (reduction in headache frequency by 50% or more) was achieved in 74% of patients in group 1 and in 45% in group 2 ($p < 0.001$). After 18 months of therapy, the clinical effect was observed in 79% of patients in group 1 and in 33% of patients in group 2 ($p < 0.001$).

Conclusion. The use of CBT in the complex therapy of patients with CM and MOH is effective and makes it possible to achieve stable positive long-term results.

Keywords: chronic migraine; medication overuse headache; treatment; cognitive behavioral therapy; interdisciplinary approach.

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

For reference: Golovacheva VA, Golovacheva AA. Efficacy of cognitive behavioral therapy in chronic migraine and medication overuse headache: a prospective randomized trial. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika* = *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2024;16(6):21–27. DOI: 10.14412/2074-2711-2024-6-21-27

Распространенность хронической мигрени (ХМ) в разных странах мира составляет 0,5–5,1%, лекарственно-индуцированной головной боли (ЛИГБ) — 0,5–7,2% [1]. На сегодняшний день ЛИГБ и ХМ относятся к головным болям (ГБ), связанным с самыми высокими финансовыми затратами для системы здравоохранения, включающими прямые и непрямые расходы. В 2019 г. были опубликованы данные, демонстрирующие, что в странах Европы экономические затраты на одного пациента с мигренью в среднем составляют 1222 евро в год [95% доверительный интервал (ДИ) 1055–1389], с ЛИГБ — 3561 евро в год (95% ДИ 2487–4635), а на пациентов с другими формами ГБ — менее 300 евро в год (95% ДИ 99–407) [2]. ХМ и ЛИГБ наиболее часто страдают люди репродуктивного, трудоспособного возраста — от 18 до 49 лет. Женщины страдают этими заболеваниями в 3 раза чаще, чем мужчины. ХМ занимает шестое место среди ведущих причин нетрудоспособности взрослого населения, а в сочетании с ЛИГБ достигает третьего места [3]. В России распространенность этих социально и экономически значимых заболеваний среди взрослого населения выше, чем в других странах, и составляет 6,8% для ХМ и 7,6% для ЛИГБ [4].

Во всем мире для лечения ХМ и ЛИГБ не разработано единого терапевтического подхода, продолжают обсуждаться и изучаться эффективные лекарственные и нелекарственные методы лечения ХМ, форматы дезинтоксикационной терапии при ЛИГБ [5–8]. В лечении эпизодической мигрени (ЭМ) доказана эффективность большого количества препаратов из различных фармакологических групп [7]. В уменьшении частоты ГБ при ХМ показали значимую эффективность только ботулотоксин типа А (БТА), моноклональные антитела (мАТ) к кальцитонин-ген-связанному пептиду и его рецепторам, а также топирамат [6, 9]. У пациентов с ХМ в сочетании с ЛИГБ перечисленные препараты демонстрируют значимо меньшую эффективность [10]. Для лечения самой ЛИГБ не существует достоверно эффективной фармакотерапии. Единственным методом с доказанной эффективностью лечения ЛИГБ считается отмена обезболивающих препаратов (ОП), злоупотребление которыми привело к формированию этой формы ГБ [5, 8]. Однако отмена ОП часто становится трудным для реализации

процессом, так как у пациентов с ЛИГБ развивается выраженный синдром «отмены» и сохраняется зависимость от них [5]. Становится очевидным, что для лечения пациентов с ХМ и сочетанной ЛИГБ фармакотерапии недостаточно.

В лечении пациентов с ХМ и ЛИГБ перспективен междисциплинарный подход, включающий применение когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) и стандартной терапии — профилактической фармакотерапии мигрени и дезинтоксикационной терапии ЛИГБ. Однако рандомизированных исследований по оценке эффективности КПТ в комплексной терапии ХМ и ЛИГБ пока немного.

Цель исследования — оценить эффективность междисциплинарной программы, включающей КПТ, в лечении пациентов с ХМ и ЛИГБ.

Материал и методы. В исследование было включено 156 пациентов (61 мужчина и 95 женщин, средний возраст — $34,1 \pm 8,9$ года). В 1-ю группу было рандомизировано 80 пациентов (33 мужчины и 47 женщин, средний возраст — $35,1 \pm 8,2$ года), во 2-ю группу — 76 пациентов (28 мужчин и 48 женщин, средний возраст — $33,7 \pm 9,5$ года). Исходно (до лечения) пациенты 1-й и 2-й групп статистически значимо не различались по социально-демографическим и клинико-психологическим характеристикам.

Протокол данного проспективного рандомизированного контролируемого исследования был одобрен локальным этическим комитетом Сеченовского Университета.

Критерии включения пациентов в исследование: 1) пациент подписал информированное согласие на участие в исследовании; 2) возраст пациента от 18 до 65 лет включительно; 3) мужской или женский пол; 4) диагноз ХМ в сочетании с ЛИГБ; 5) пациент проходит амбулаторное или стационарное лечение в Клинике нервных болезней Сеченовского Университета.

Критерии невключения пациентов в исследование: 1) беременность или кормление грудью; 2) наличие соматического, эндокринного или другого неврологического заболевания в стадии обострения или декомпенсации, которое превосходит по своей выраженности ХМ и ЛИГБ; 3) наличие тяжелого инфекционного заболевания; 4) наличие психического расстройства психотического регистра, требующего госпитализации в психиатрический стационар.

Критерии исключения пациентов из исследования:

1) беременность или кормление грудью; 2) обострение или дебют соматического, эндокринного или другого неврологического заболевания, которое превосходит по своей выраженности ХМ и ЛИГБ; 3) нежелание пациента продолжать участие в исследовании.

Диагностика ХМ и ЛИГБ проводилась на основании диагностических критериев Международной классификации головных болей 3-го пересмотра (МКГБ-3) и исключения вторичной ГБ [11]. До начала лечения со всеми пациентами, включенными в исследование, проводились клиническая беседа и тестирование. В клинической беседе определялись социально-демографические и клинко-психологические характеристики пациентов. Для оценки интенсивности ГБ применялась числовая рейтинговая шкала (ЧРШ) [12]. Уровни личностной и ситуативной тревоги оценивались с помощью Шкалы личностной и ситуативной тревоги Спилбергера–Ханина (ШЛСТ) [13], симптомы депрессии — с помощью Шкалы депрессии Центра эпидемиологических исследований (ШДЦЭИ) [14], представления пациентов о боли — с помощью Шкалы катастрофизации боли (ШКБ) [15]. Для оценки зависимости от ОП использовался Лидский опросник зависимости (ЛОЗ) [16]. Влияние ХМ на повседневную активность оценивали по Шкале оценки влияния мигрени на повседневную активность (ШОВМПА) [17]. Всем пациентам предлагалось вести дневник ГБ в течение 18 мес.

Все пациенты, включенные в исследование, были рандомизированы с помощью метода случайных чисел в две терапевтические группы.

Пациенты, рандомизированные в 1-ю группу, получали междисциплинарную программу лечения, включающую КПТ и стандартную терапию мигрени и ЛИГБ. Исследуемая междисциплинарная программа была разработана на основании клинических рекомендаций по лечению мигрени и ЛИГБ, результатов ранее опубликованных зарубежных клинических исследований по КПТ и междисциплинарным программам при мигрени, ХМ, а также собственного клинического опыта [5–8, 18–31].

КПТ проводилась в виде 10 индивидуальных сессий по 90 мин. КПТ была направлена на лечение ХМ и ЛИГБ. Содержание сессий КПТ представлено ниже.

Структура программы КПТ для лечения пациентов с ХМ и ЛИГБ

1. Информирование о ГБ, злоупотреблении ОП, факторах хронизации мигрени. Мотивирование пациента к предлагаемому лечению. Формулирование целей и этапов их достижения.
2. Рекомендации по образу жизни, сну, активности, питанию. Рекомендации по приему ОП при ГБ и отмене ОП, употребляемых в избытке.
3. Поведенческая активизация (повышение физической активности в течение дня, лечебная гимнастика).
4. Ведение дневников самонаблюдения и выполнение домашних заданий.

5. Формирование представлений о взаимосвязи негативных, катастрофичных мыслей (например, «ГБ никогда не пройдет», «ГБ опасно терпеть»), негативных эмоций (таких как тревога, раздражительность, грусть), неприятных физических ощущений (ГБ, тошнота, головокружение и др.) и дезадаптивного поведения (например, гиперкомпенсация — «прием ОП заранее, до развития ГБ»; избегание — «замена занятия по лечебной гимнастике на просмотр сериала по интернету в телефоне»).
6. Техники релаксации, упражнения по майндфулнесс.
7. Когнитивная реструктуризация негативных автоматических мыслей о ГБ (изменение с помощью различных психологических техник негативных представлений о ГБ на альтернативные и более реалистичные).
8. Когнитивная реструктуризация негативных автоматических мыслей о теле и здоровье.
9. Обучение навыкам по управлению такими модифицируемыми триггерами мигрени, как неблагоприятный режим сна, неправильное питание, неадекватный двигательный режим, избыточный прием ОП, эмоциональное перенапряжение, эмоциональная реактивность.
10. Обучение способам преодоления стресса (поведенческие стратегии и функциональные способы мышления).

Пациенты, рандомизированные во 2-ю группу, получали стандартное лечение, включающее стандартную терапию мигрени и ЛИГБ, образовательную беседу о ГБ. Стандартное лечение мигрени состояло из профилактической лекарственной терапии мигрени, лекарственной терапии для купирования мигрени, рекомендаций по образу жизни. Лекарственная терапия назначалась с учетом клинических рекомендаций, предшествующего опыта лечения пациента, сопутствующих заболеваний, возможных побочных эффектов [6, 7]. Профилактическая фармакотерапия мигрени проводилась в течение 12 мес. Стандартное лечение ЛИГБ — дезинтоксикационная терапия — включала следующие методы: 1) отмену ОП, принимаемых ранее пациентом в избыточном количестве; 2) терапию для облегчения симптомов отмены ОП (до 7 дней) — противорвотную терапию (метоклопрамид 10 мг 2–3 раза в день), терапию для ГБ «отмены» (альтернативный ненаркотический ОП, которым ранее пациент не злоупотреблял). При ЛИГБ, связанной с избыточным приемом рецептурных ОП или с приемом высоких доз ОП, в случаях рецидива ЛИГБ или опыта безуспешного отказа от избыточного приема ОП проводилась терапия дексаметазоном (8 мг на 250 мл физиологического раствора 1 раз в день в течение 5 дней) [5, 8].

Оценка клинической эффективности лечения. Эффективность проводимого лечения оценивалась на 3, 6, 12 и 18-м месяце наблюдения по следующим параметрам: частота ГБ (число дней с ГБ в месяц), влияние мигрени на повседневную активность по ШОВМПА, частота приема ОП (число дней в месяц с ОП), кратность приема ОП (число доз

ОП в месяц), зависимость от ОП по ЛОЗ, эмоциональное состояние по ШДЦЭИ и ШЛСТ, катастрофизация боли по ШКБ. Клинический эффект (КЭ) в лечении ХМ и ЛИГБ считался достигнутым, если частота ГБ уменьшилась на 50% и более.

Статистический анализ данных. Данные, полученные в результате клинической беседы и тестирования, кодировались и включались в таблицу Excel. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью пакета статистических программ Statistica 12. Нормальность распределения пациентов в выборке по возрасту оценивали по d-критерию Холмогорова–Смирнова и по критерию χ^2 . Выборка пациентов, включенных в исследование, по возрасту соответствовала нормальному распределению. Для статистического анализа и сравнения социально-демографических и клиничко-психологических параметров в двух группах использовались t-критерий Стьюдента для несвязанных и связанных выборок, логистическая регрессия, порядковая логистическая регрессия, тест Пирсона (χ^2), дисперсионный анализ (ANOVA). Различия между группами по бинарным признакам считались статистически значимыми при $p < 0,05$. При сравнении двух групп по бинарным признакам рассчитывалось отношение шансов (OR) с 95% ДИ при $p < 0,001$.

Результаты. Как видно из данных, представленных в таблице, на фоне проводимого лечения в 1-й группе наблюдалось статистически значимое улучшение всех клиничко-психологических показателей (кроме интенсивности головной боли по ЧРШ) в течение всего периода наблюдения за пациентами. Во 2-й группе отмечалось статистически значимое улучшение только четырех показателей на 3-м месяце наблюдения: частоты ГБ, частоты и кратности приема ОП, влияния мигрени на повседневную активность по ШОВМПА. С 6-го месяца наблюдения во 2-й группе все клиничко-психологические показатели (кроме интенсивности ГБ по ЧРШ) ухудшились до значений, которые статистически значимо не отличались от исходных показателей до начала лечения. Число пациентов, достигших КЭ в отношении ХМ и ЛИГБ, было статистически значимо больше в 1-й группе, чем во 2-й, на 6, 12 и 18-м месяце наблюдения.

Обсуждение. В настоящем исследовании продемонстрирована эффективность междисциплинарной программы, включающей КПТ, в лечении пациентов с ХМ и ЛИГБ. Клиническая эффективность в лечении ХМ и ЛИГБ была достигнута у большинства (74%) пациентов к 3-му месяцу наблюдения. Длительное наблюдение (в течение 18 мес) позволило показать не просто стойкое сохранение эффекта у этих пациентов, но и увеличение доли пациентов, достигших КЭ, до 79%. Продемонстрировано, что междисциплинарная программа, включающая КПТ, значимо превосходит стандартное лечение ХМ и ЛИГБ как в краткосрочной, так и в долгосрочной перспективе.

КПТ — психологический метод, доказавший свою эффективность и широко применяемый в странах Европы и в США в психиатрической практике для лечения тревожных расстройств и депрессии, в неврологической практике — для лечения инсомнии, фибромиалгии, хронических болевых синдромов [32]. Но в нашей стране применение данного метода ограничено в психиатрической практике и не используется в неврологической практике. Это говорит

о недостаточной информированности врачей, пациентов о возможностях КПТ и об отсутствии подготовленных специалистов по КПТ для работы с неврологическими пациентами. Также в нашей стране отсутствуют государственные, университетские междисциплинарные клиники для лечения пациентов с хронической болью, в которых было бы возможно внедрение и широкое практическое применение КПТ.

Патогенетическая обоснованность применения КПТ у пациентов с ХМ и ЛИГБ связана с закономерностями ее влияния на данную категорию пациентов в контексте трансформации ЭМ в ХМ. Этот процесс происходит под воздействием факторов хронизации, таких как ожирение, злоупотребление ОП, чрезмерное употребление кофе, нарушение качества ночного сна, инсомния, наличие актуальной стрессовой ситуации, повышенная тревога, катастрофизация боли, депрессия, боль других локализаций, особенности черт личности (перфекционизм, повышенная эмоциональная реактивность, нейротизм, сниженная стрессоустойчивость) [33–35]. Психические нарушения (различные виды тревожных расстройств и зависимостей, депрессия, расстройства личности) у пациентов с ХМ встречаются значимо чаще, чем у пациентов с ЭМ и в общей популяции [36, 37]. Перечисленные факторы и нарушения провоцируют и поддерживают хроническое течение мигрени, поэтому выявление и коррекция этих факторов и нарушений — важная часть терапевтического процесса, способствующая обратной трансформации ХМ в ЭМ [18–23]. С помощью КПТ удастся воздействовать на все перечисленные факторы и нарушения, поддерживающие хроническое течение мигрени. В КПТ ХМ выделяют два основных направления: поведенческие методы, направленные на активизацию пациента, на индивидуальную профилактику приступов мигрени и умение справляться с ними, и работа с негативным мышлением в отношении болезни и жизненных перспектив пациента [19–23]. В проведенном нами исследовании было показано, что на фоне междисциплинарного лечения, включающего КПТ, статистически значимо снижались не только показатели, отражающие частоту, длительность и выраженность ГБ, но и показатели тревоги, депрессии, катастрофизации боли, зависимости от ОП, а на фоне стандартного лечения данные показатели не менялись. Вероятно, с нормализацией представлений о ГБ, применением поведенческих стратегий в отношении боли и ОП, улучшением эмоционального состояния на фоне КПТ связано длительное подержание достигнутого КЭ.

КПТ рекомендуется в лечении пациентов с ЭМ [7]. Ранее проведенные зарубежные клинические исследования показали эффективность КПТ при ХМ [24–30]. Впервые эффективность КПТ при ХМ показал T.W. Knapp в исследовании, опубликованном в 1982 г. и включавшем всего 16 пациентов с периодом наблюдения 1 год [38]. Авторы дальнейших исследований также подтверждали эффективность КПТ в уменьшении частоты ГБ у пациентов с ХМ, отмечали улучшение эмоционального состояния пациентов [24, 25, 26–30, 39]. Однако все ранее проводимые зарубежные исследования имели те или иные ограничения: малое число включенных пациентов, короткий период наблюдения за пациентами, отсутствие рандомизации и контрольной группы, неоднородность группы по диагнозу (включались паци-

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И МЕТОДИКИ

*Динамика клинико-психологических характеристик пациентов с ХМ и ЛИГБ на фоне лечения
Dynamics of clinical and psychological characteristics of patients with CM and MOH during treatment*

Показатели	1-я группа					2-я группа				
	до лечения	3-й	6-й	12-й	18-й	до лечения	3-й	6-й	12-й	18-й
Частота ГБ (число дней в месяц), М±SD	22,5±6,88	10,8±5,65 ^a	8,4±5,43 ^a	7,2±7,21 ^a	7,1±6,52 ^a	23,8±7,12	11,6±9,42 ^b	18,7±10,52	18,2±7,84	19,4±8,42
Интенсивность ГБ по ЧРШ, М±SD	9,2±0,6	8,1±1,5	8,3±0,9	8,2±1,2	8,1±1,4	9,3±0,6	8,8±1,2	8,4±1,5	8,9±0,8	9,2±0,5
Частота приема ОП (число дней в месяц), М±SD	20,6±8,87	7,6±4,71 ^a	6,2±4,12 ^a	5,2±4,75 ^a	5,3±4,62 ^a	22,7±6,74	9,6±8,72 ^b	13,9±9,45	16,2±8,36	17,3±8,52
Кратность приема ОП (число доз* в месяц), М±SD	89,7±82,5	16,3±10,4 ^a	11,5±10,7 ^a	9,5±8,7 ^a	8,5±9,7 ^a	92,7±86,2	36,7±30,8 ^b	50,4±38,5	62,7±54,2	68,4±53,6
Зависимость от ОП по ЛОЗ, М±SD	16,7±7,1	6,42±5,86 ^a	5,23±4,46 ^a	5,35±3,12 ^a	4,64±3,24 ^a	17,9±8,34	8,42±7,86 ^b	10,32±8,42	12,56±10,82	13,51±9,27
Влияние мигрени на повседневную активность по ШОВМПА, М±SD	56,7±34,26	12,5±8,34 ^a	10,6±5,46 ^a	7,1±4,72 ^a	6,2±5,22 ^a	50,4±30,75	20,4±17,4 ^b	26,4±19,6	32,5±23,7	39,5±20,3
Катастрофизация боли по ШКБ, М±SD	21,5±9,67	6,2±4,14 ^a	5,8±4,21 ^a	4,8±4,25 ^a	4,1±5,12 ^a	23,1±10,35	13,6±9,52	15,4±8,34	17,7±9,23	17,4±8,23
Депрессия по ШДЦЭИ, М±SD	27,2±8,2	6,1±5,45 ^a	6,5±4,76 ^a	5,2±4,26 ^a	5,4±4,35 ^a	25,4±9,28	15,1±9,42	18,7±8,56	19,4±10,25	18,2±9,23
Ситуативная тревога по ШЛСТ, М±SD	53,4±9,51	24,4±10,65 ^a	23,5±8,65 ^a	22,1±8,57 ^a	23,5±7,35 ^a	49,2±10,65	34,5±11,64	36,7±10,58	37,2±9,88	37,4±10,69
Личностная тревога по ШЛСТ, М±SD	50,1±11,23	26,1±9,27 ^a	25,3±8,42 ^a	27,8±6,75 ^a	25,4±8,36 ^a	48,7±13,75	35,6±12,35	36,2±10,42	35,7±11,35	39,2±12,26
Пациенты с КЭ, n (%)	—	59 (74) ¹	63 (79) ²	63 (79) ³	63 (79) ⁴	—	34 (45) ¹	31 (41) ²	25 (33) ³	25 (33) ⁴

Примечания. *1 доза = 1 терапевтическая доза ОП.

Статистически значимые различия ($p < 0,05$) между значениями параметра после и до лечения: ^a — в 1-й группе; ^b — во 2-й группе.

Статистически значимые различия ($p < 0,001$ при 95% ДИ) по числу пациентов, достигших КЭ, между 1-й и 2-й группами: ¹ — на 3-м месяце лечения; ² — на 6-м месяце лечения; ³ — на 12-м месяце лечения; ⁴ — на 18-м месяце лечения.

енты с разной частотой мигрени и/или с другими видами ГБ) и/или отсутствие данных о числе пациентов, достигших КЭ — уменьшения частоты ГБ в месяц на 50% и более. В связи с недостаточным количеством рандомизированных контролируемых исследований по КПТ при ХМ систематические обзоры и метаанализы по эффективности КПТ при ХМ отсутствуют, а опубликованные — посвящены изучению эффективности психологических методов в целом при мигрени или мигрени и ГБ напряжения, КПТ при мигрени различной частоты или первичной ГБ в целом [24, 26–29]. Данные публикации показывают эффективность психологических методов (в частности, КПТ) в уменьшении частоты ГБ,

влияния ГБ на повседневную активность, тревоги и депрессии у пациентов с мигренью, что было подтверждено и в проведенном нами исследовании.

В нашей стране клиническое изучение эффективности КПТ при ХМ ограничено, имеются российские публикации только наших собственных клинических исследований и наблюдений [18–23, 31]. Представленное исследование — это первое отечественное исследование по оценке эффективности междисциплинарного лечения, включающего КПТ, у пациентов с ХМ в сочетании с ЛИГБ. Преимущество настоящего исследования — однородность включенных пациентов по диагнозу ХМ и ЛИГБ, достаточный объем вы-

борки, наличие рандомизации и группы сравнения, длительный период наблюдения (18 мес), оценка числа пациентов, достигших КЭ по ХМ и ЛИГБ в соответствии с общепринятыми критериями.

Ограничениями исследования являются его выполнение в одном центре, проведение КПП одним специалистом, поэтому требуется многоцентровое исследование с проведением КПП разными специалистами.

Заключение. В лечении пациентов с ХМ и ЛИГБ междисциплинарная программа, включающая КПП, значительно превосходит стандартное лечение по клинической эффективности в краткосрочной и долгосрочной перспективе. С помощью междисциплинарной программы удастся значительно улучшить эмоциональное состояние, повседневную активность и представления о боли, снизить зависимость от ОП у данных пациентов.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

- Hagen K, Stovner LJ, Zwart JA. Time trends of major headache diagnoses and predictive factors. Data from three Nord-Trøndelag health surveys. *J Headache Pain*. 2020;21(1):24. doi: 10.1186/s10194-020-01095-5
- 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.
- Steiner TJ, Birbeck GL, Jensen RH, et al. Headache disorders are third cause of disability worldwide. *J Headache Pain*. 2015;16:58. doi: 10.1186/s10194-015-0544-2. Epub 2015 Jun 25.
- Ayzenberg I, Katsarava Z, Sborowski A, et al; Lifting the Burden. The prevalence of primary headache disorders in Russia: a country-wide survey. *Cephalalgia*. 2012 Apr;32(5):373-81. doi: 10.1177/0333102412438977. Epub 2012 Mar 6.
- 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
- Agostoni EC, Barbanti P, Calabresi P, et al; Italian chronic migraine group. Current and emerging evidence-based treatment options in chronic migraine: a narrative review. *J Headache Pain*. 2019 Aug 30;20(1):92. doi: 10.1186/s10194-019-1038-4
- 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. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2020;12(4):4-14. doi: 10.14412/2074-2711-2020-4-4-14 (In Russ.).
- 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. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2022;14(1):4-13. doi: 10.14412/2074-2711-2022-1-4-13 (In Russ.).
- Frank F, Ulmer H, Sidoroff V, Broessner G. CGRP-antibodies, topiramate and botulinum toxin type A in episodic and chronic migraine: A systematic review and meta-analysis. *Cephalalgia*. 2021 Oct;41(11-12):1222-39. doi: 10.1177/03331024211018137. Epub 2021 Jun 15.
- Giri S, Tronvik E, Linde M, et al. Randomized controlled studies evaluating Topiramate, Botulinum toxin type A, and mAbs targeting CGRP in patients with chronic migraine and medication overuse headache: A systematic review and meta-analysis. *Cephalalgia*. 2023 Apr;43(4):3331024231156922. doi: 10.1177/03331024231156922
- 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
- 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
- Julian LJ. Measures of anxiety: State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety (HADS-A). *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2011 Nov;63 Suppl 11(0 11):S467-72. doi: 10.1002/acr.20561
- 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.
- 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.
- 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
- 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
- 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.).
- 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, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2021;13(1):74-80. doi: 10.14412/2074-2711-2021-1-74-80 (In Russ.).
- Головачева ВА, Головачева АА. Лечение хронической мигрени и боли в шее с помощью когнитивно-поведенческой терапии. Клинический случай. *Consilium Medicum*. 2021;23(11):852-57. 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.).
- 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. *Terapevticheskii Arkhiv (Ter. Arkh.)*. 2021;93(12):1528-32. doi: 10.26442/00403660.2021.12.201247 (In Russ.).

22. 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.)].
23. 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.)].
24. Bae JY, Sung HK, Kwon NY, et al. Cognitive Behavioral Therapy for Migraine Headache: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicina (Kaunas)*. 2021 Dec 28;58(1):44. doi: 10.3390/medicina58010044
25. Seng EK, Singer AB, Metts C, et al. Does Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Migraine Reduce Migraine-Related Disability in People with Episodic and Chronic Migraine? A Phase 2b Pilot Randomized Clinical Trial. *Headache*. 2019 Oct;59(9):1448-67. doi: 10.1111/head.13657. Epub 2019 Sep 26.
26. Harris P, Loveman E, Clegg A, et al. Systematic review of cognitive behavioural therapy for the management of headaches and migraines in adults. *Br J Pain*. 2015 Nov;9(4):213-24. doi: 10.1177/2049463715578291
27. Probyn K, Bowers H, Mistry D, et al; CHES team. 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
28. 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
29. Sharpe L, Dudeney J, Williams ACC, et al. Psychological therapies for the prevention of migraine in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019 Jul 2;7(7):CD012295. doi: 10.1002/14651858.CD012295.pub2
30. Onur OS, Ertem DH, Karsidag C, et al. An open/pilot trial of cognitive behavioral therapy in Turkish patients with refractory chronic migraine. *Cogn Neurodyn*. 2019 Apr;13(2):183-9. doi: 10.1007/s11571-019-09519-y. Epub 2019 Jan 12.
31. Головачева ВА, Головачева АА, Фатеева ТГ, Парфенов ВА. Когнитивно-поведенческая терапия при хронической мигрени и сочетанной хронической инсомнии: проспективное рандомизированное исследование. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2024;124(5-2):110-7. doi: 10.17116/jnevro2024124052110 [Golovacheva VA, Golovacheva AA, Fateeva TG, Parfenov VA. Cognitive behavioral therapy in the treatment of patients with chronic migraine and concomitant chronic insomnia: a prospective, randomized trial. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova = S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2024;124(5-2):110-7. doi: 10.17116/jnevro2024124052110 (In Russ.)].
32. Beck AT. A 60-Year Evolution of Cognitive Theory and Therapy. *Perspect Psychol Sci*. 2019 Jan;14(1):16-20. doi: 10.1177/1745691618804187
33. Torres-Ferrus M, Ursitti F, Alpuente A, et al; School of Advanced Studies of European Headache Federation (EHF-SAS). From transformation to chronification of migraine: pathophysiological and clinical aspects. *J Headache Pain*. 2020 Apr 29;21(1):42. doi: 10.1186/s10194-020-01111-8
34. 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.)].
35. 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, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2023;15(1):28-35. doi: 10.14412/2074-2711-2023-1-28-35 (In Russ.)].
36. Головачева ВА, Головачева АА, Романов ДВ, Володарская ЕА. Психические расстройства, социальные и демографические характеристики пациентов с хронической и эпизодической мигренью. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2024;124(1):94-101. doi: 10.17116/jnevro202412401194 [Golovacheva VA, Golovacheva AA, Romanov DV, Volodarskaya EA. Mental disorders, social and demographic characteristics of patients with chronic and episodic migraine. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova = S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2024;124(1):94-101. doi: 10.17116/jnevro202412401194 (In Russ.)].
37. Buse DC, Silberstein SD, Manack AN, et al. Psychiatric comorbidities of episodic and chronic migraine. *J Neurol*. 2013 Aug;260(8):1960-9. doi: 10.1007/s00415-012-6725-x. Epub 2012 Nov 7.
38. Knapp TW. Treating migraine by training in temporal artery vasoconstriction and/or cognitive behavioral coping: a one-year follow-up. *J Psychosom Res*. 1982;26(5):551-7. doi: 10.1016/0022-3999(82)90096-4
39. Smitherman TA, Walters AB, Davis RE, et al. Randomized Controlled Pilot Trial of Behavioral Insomnia Treatment for Chronic Migraine With Comorbid Insomnia. *Headache*. 2016 Feb;56(2):276-91. doi: 10.1111/head.12760. Epub 2016 Jan 27.

Поступила/отрецензирована/принята к печати
Received/Reviewed/Accepted
20.08.2024/15.11.2024/16.11.2024

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>