

# Междисциплинарный подход (невролог и психиатр) в терапии хронической головной боли напряжения



Ашибокова К.М., Петелин Д.С., Воскресенская О.Н., Волець Б.А.  
ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет  
им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва  
Россия, 119991, Москва, ул. Б. Пироговская, 2, стр. 4

При хронической головной боли напряжения (ХГБН) часто обнаруживаются психические нарушения, преимущественно депрессивные и тревожные расстройства. Эффективность участия психиатра в ведении пациентов с ХГБН мало изучена.

**Цель исследования** — оценка эффективности междисциплинарного и стандартного подходов в терапии ХГБН.

**Материал и методы.** В исследование включены 97 пациентов с ХГБН и наличием психических нарушений, которые были рандомизированы в две группы. Первую (основную) группу составили пациенты ( $n=45$ ), к которым был применен междисциплинарный подход, заключающийся в ведении пациента неврологом и психиатром. В контрольную группу вошли пациенты ( $n=52$ ), в лечении которых использовался стандартный протокол терапии ХГБН с участием только невролога. Протокол исследования подразумевал 6-месячную терапию и наблюдение с оценкой эффективности в двух точках — через 3 и 6 мес после начала лечения. Выраженность и основные характеристики боли оценивали с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) боли, шкалы катастрофизации боли (ШКБ) и болевого опросника Мак-Гилла. Для оценки сопутствующих тревожно-депрессивных расстройств исследовались данные шкалы Гамильтона и опросника индекса выраженности бессонницы (ИВБ). Для оценки качества жизни использовался опросник SF-36.

**Результаты.** Во всех группах пациентов через 3 мес от начала лечения отмечалась положительная динамика. При этом пациенты основной группы достигли более значимого снижения числа дней с головной болью (ГБ) —  $5,0 \pm 1,96$  (в контрольной группе —  $11,0 \pm 3,66$ ;  $p < 0,01$ ), выраженности боли по опроснику Мак-Гилла ( $7,36 \pm 4,97$  и  $12,93 \pm 7,49$ ;  $p < 0,01$ ), ШКБ ( $8,69 \pm 7,4$  и  $13,7 \pm 9,03$ ;  $p < 0,01$ ), сопутствующих аффективных расстройств по данным шкалы Гамильтона ( $7,36 \pm 4,97$  и  $10,11 \pm 5,42$ ;  $p < 0,01$ ), улучшения показателей сна по ИВБ ( $3,8 \pm 3,06$  и  $6,98 \pm 5,02$ ;  $p < 0,01$ ), улучшения качества жизни по показателям опросника SF-36 (жизненная активность —  $60,5 \pm 11,43$  и  $48,75 \pm 18,68$ ;  $p < 0,01$ ; интенсивность боли —  $64 \pm 13,3$  и  $31 \pm 20,95$ ;  $p < 0,01$ ; ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, —  $70,84 \pm 15,2$  и  $54,49 \pm 40,71$ ;  $p < 0,01$ ; физическое функционирование —  $90,22 \pm 11,37$  и  $83,17 \pm 16,66$ ;  $p < 0,01$ ; социальное функционирование —  $87,5 \pm 16,49$  и  $75 \pm 21,36$ ;  $p < 0,05$ ). Аналогичные тенденции отмечались и через 6 мес от начала терапии.

**Заключение.** При ведении пациентов с ХГБН и психическими нарушениями эффективен междисциплинарный подход с участием врача-психиатра.

**Ключевые слова:** хроническая головная боль напряжения; персонализированный подход; терапия первичной головной боли; немедикаментозная терапия головной боли; тревожные расстройства; факторы риска.

**Контакты:** Камилла Магомедовна Ашибокова; [kami.0428@yandex.ru](mailto:kami.0428@yandex.ru)

**Для ссылки:** Ашибокова КМ, Петелин ДС, Воскресенская ОН, Волець БА. Междисциплинарный подход (невролог и психиатр) в терапии хронической головной боли напряжения. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2025;17(2):15–21. DOI: 10.14412/2074-2711-2025-2-15-21

## Interdisciplinary approach (neurologist and psychiatrist) in the treatment of chronic tension-type headaches

Ashibokova K.M., Petelin D.S., Voskresenskaya O.N., Volev B.A.

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Ministry of Health of Russia (Sechenov University), Moscow  
8, Trubetskaya St., Build. 2, Moscow 119991, Russia

Chronic tension-type headache (CTTH) is often associated with mental disorders, especially depressive and anxiety disorders. The efficacy of involving a psychiatrist in the care for patients with CTTH has been little studied.

**Objective:** to evaluate the efficacy of the interdisciplinary and standard approach in the treatment of CTTH.

**Material and methods.** The study comprised 97 patients with CTTH and mental disorders who were randomly divided into two groups. The first (main) group ( $n=45$ ) consisted of patients in whom an interdisciplinary approach was applied with a neurologist and a psychiatrist participating in the treatment. The control group ( $n=52$ ) consisted of patients who were treated using the standard CTTH treatment protocol involving only a neurologist. The research protocol involved six months of treatment and observation with assessment of efficacy at two time points — 3 and 6 months after the start of treatment. The severity and baseline characteristics of pain were assessed using the visual analogue scale (VAS), pain catastrophizing scale (PCS) and the McGill's questionnaire. The Hamilton scales and the Insomnia Severity Index (ISI) were used to assess the accompanying anxiety and depressive disorders. The SF-36 questionnaire was used to assess quality of life.

**Results.** Positive dynamics were observed in all patient groups 3 months after the start of treatment, with patients in the main group showing a more significant decrease in the number of headache (HA) days  $5.0 \pm 1.96$  (in the control group  $11.0 \pm 3.66$ ;  $p < 0.01$ ), pain intensity according to the McGill questionnaire ( $7.36 \pm 4.97$  and  $12.93 \pm 7.49$ ;  $p < 0.01$ ), PCS ( $8.69 \pm 7.4$  and  $13.7 \pm 9.03$ ;  $p < 0.01$ ), concomitant affective disorders according to the Hamilton scale ( $7.36 \pm 4.97$  and  $10.11 \pm 5.42$ ;  $p < 0.01$ ), improvement in sleep indicators according to ISI ( $3.8 \pm 3.06$  and  $6.98 \pm 5.02$ ;  $p < 0.01$ ), improved quality of life according to indicators of the SF-36 questionnaire (vital activity  $60.5 \pm 11.43$  and  $48.75 \pm 18.68$ ;  $p < 0.01$ ; pain intensity  $64 \pm 13.3$  and  $31 \pm 20.95$ ;  $p < 0.01$ ; role-playing functioning due to emotional state  $70.84 \pm 15.2$  and  $54.49 \pm 40.71$ ; physical functioning  $90.22 \pm 11.37$  and  $83.17 \pm 16.66$ ;  $p < 0.01$ ; social functioning  $87.5 \pm 16.49$  and  $75 \pm 21.36$ ;  $p < 0.05$ ). Similar trends were noted 6 months after initiation of therapy.

**Conclusion.** An interdisciplinary approach involving a psychiatrist is effective in the treatment of patients with CTTH and mental disorders.

**Keywords:** chronic tension-type headache; personalized approach; primary headache therapy; non-pharmacological headache therapy; anxiety disorders; risk factors.

**Contact:** Kamilla Magometovna Ashibokova; [kami.0428@yandex.ru](mailto:kami.0428@yandex.ru)

**For reference:** Ashibokova KM, Petelin DS, Voskresenskaya ON, Volel BA. Interdisciplinary approach (neurologist and psychiatrist) in the treatment of chronic tension-type headaches. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika* = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics. 2025;17(2):15–21. DOI: 10.14412/2074-2711-2025-2-15-21

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), распространенность головной боли (ГБ) среди взрослого населения может достигать 50%, при этом ГБ напряжения (ГБН) является наиболее частой формой первичной ГБ [1]. Хроническая ГБН (ХГБН) отмечается у 1–3% населения. За почти тридцать лет наблюдений заболеваемость ГБН среди молодого населения возросла на 37,4% по сравнению с аналогичными показателями 1990 г. Кроме того, наличие ГБН существенно повлияло на показатель «число лет жизни с поправкой на инвалидность»: в 2019 г. он был на 38% выше, чем в 1990 г. [2]. ХГБН характеризуется высокой коморбидностью, наиболее часто ей сопутствуют психические (преимущественно аффективные) расстройства разной степени выраженности [3, 4]. Среди пациентов с ХГБН чаще отмечается наличие депрессии или тревожного расстройства [5]. Помимо этого, пациенты с ХГБН предъявляют жалобы на бессонницу, трудности с засыпанием и поддержанием качественного ночного сна, что проявляется сонливостью в течение следующего дня и беспокойством по поводу этих нарушений [6, 7]. Высокая распространенность в популяции, рост заболеваемости среди лиц молодого и трудоспособного возраста, значительный экономический ущерб, наносимый обществу в связи с нетрудоспособностью, — все это делает актуальной проблему поиска новых подходов к терапии ХГБН. Значительная коморбидность с психическими расстройствами требует пересмотра стандартных методов терапии ХГБН с внедрением более комплексного мультидисциплинарного подхода, который способен сочетать в себе как лекарственные, так и различные немедикаментозные стратегии борьбы с хроническими болевыми синдромами. Эффективность участия психиатра в ведении пациентов с ХГБН пока недостаточно изучена.

**Цель исследования** — оценка эффективности междисциплинарного (невролог и психиатр) и стандартного подходов в терапии ХГБН.

**Материал и методы.** Исследование проводилось на базе Клиники нервных болезней им. А.Я. Кожевникова и Клиники психосоматической медицины Университетской клинической больницы №3 Сеченовского Университета в период с октября 2020 г. по май 2024 г.. Исследование было одобрено этическим комитетом Сеченовского Уни-

верситета (протокол №3 от 13.10.2020). Всего в исследовании приняли участие 97 пациентов с ХГБН (71 женщина и 26 мужчин) в возрасте от 23 до 58 лет.

Основными критериями включения в исследование стали: наличие у пациента ГБ, соответствующей критериям ХГБН [8]; наличие психических нарушений в виде тревожных, депрессивных расстройств и нарушений сна.

**Критерии не включения:** возраст пациентов младше 18 лет; отсутствие тревожных и депрессивных нарушений (на этапе скрининга при результате, не выходящем за пределы референсных значений шкалы Гамильтона и опросника индекса выраженности бессонницы — ИВБ, пациенты в исследование не включались); хронические болевые синдромы иной локализации; выраженное когнитивное снижение, препятствующее полноценному клиническому обследованию; хронические соматические заболевания в стадии декомпенсации; прием на момент включения в исследование антидепрессантов, анксиолитиков; прохождение психотерапии; отказ от консультации и наблюдения психиатром.

Пациенты случайным образом были рандомизированы в две группы, где 1-ю (основную) группу составили пациенты ( $n=45$ ), которым была проведена консультация врача-психиатра и назначена терапия в соответствии с выявленными психическими нарушениями (преимущественно депрессивными и тревожными расстройствами), а также даны рекомендации по различным методикам аутотренинга и саморелаксации (диафрагмальное дыхание, прогрессирующая мышечная релаксация и др.). Стандартный протокол ведения пациентов с ХГБН с консультацией врача-невролога использовался у пациентов 2-й (контрольной) группы ( $n=52$ ). Протокол исследования подразумевал 6-месячную терапию с оценкой эффективности каждой из применяемых терапевтических стратегий на 3-й и 6-й месяц от начала лечения. Выраженность и основные характеристики боли оценивались с помощью визуальной аналоговой шкалы боли (ВАШ), шкалы катастрофизации боли (ШКБ) и болевого опросника Мак-Гилла. Верификация сопутствующих тревожно-депрессивных расстройств проводилась с помощью шкалы Гамильтона и опросника ИВБ. Для оценки качества жизни использовался опросник SF-36.

По результатам консультации врача-психиатра пациенты основной группы принимали медикаментозную терапию согласно действующим клиническим рекомендациям, исходя из структуры выявленных психических расстройств. Пациенты контрольной группы были проконсультированы врачом-неврологом, им была назначена лекарственная терапия в соответствии с актуальными клиническими рекомендациями лечения ХГБН [8].

**Статистическая обработка** данных проводилась в программе R-statistics (версия 4.2.2). Демографические и основные клинические данные представлены средним значением  $\pm$  стандартное отклонение ( $M \pm SD$ ); медианой и интерквартильным размахом ( $Me$  [25-й; 75-й перцентили]). Тест на независимость для качественных показателей между группами до лечения проводился с использованием точного критерия Фишера. Оценка основных клинических характеристик и различий между группами в случае нормальности распределения осуществлялась при помощи t-теста для независимых выборок, в случае отсутствия нормальности распределения – с использованием критерия Манна–Уитни. Изменения показателей результатов шкал и опросников для каждого пациента в разных группах на 3-й и 6-й месяц от начала лечения анализировались с использованием метода ANOVA с повторными измерениями (в случае нормальности распределения), в случае отсутствия нормальности распределения применялся критерий Фридмана для зависимых выборок. Оценка эффекта, а также нормальности распределения признака в совокупности осуществлялась с помо-

щью W-теста (критерий Шапиро–Уилка). Корреляционный анализ изменений количественных показателей проводился с оценкой коэффициента Спирмена, где статистически сильная корреляционная связь принималась при значении показателя  $R_s > 0,7$ , средней силы –  $R_s = 0,3–0,7$ , слабой корреляционная связь считалась при значении  $R_s < 0,3$ .

В табл. 1 представлены основные демографические характеристики обследованных пациентов.

Группы пациентов были сопоставимы по полу и возрасту. Как в основной, так и в контрольной группе преобладали женщины (74 и 73% соответственно). Основной клинической характеристикой стала боль давящего характера, которая с высокой частотой отмечалась в двух группах (53 и 55,8% соответственно;  $p = 0,182$ ). Наиболее часто пациенты предъявляли жалобы на распространенную ГБ двусторонней лобно-височной и затылочной локализации (42,2 и 26,9% соответственно;  $p = 0,51$ ). Провоцирующими факторами ХГБН в обеих группах выступали стресс, психическое переутомление и нарушение сна ( $p = 0,45$ ). ХГБН с напряжением перикраниальной мускулатуры отмечалась в 28,9 и 28,8% случаев соответственно ( $p = 0,79$ ). Участники обеих групп были сопоставимы по исходным данным ВАШ, болевого опросника Мак-Гилла, ШКБ, шкалы Гамильтона, ИВБ (табл. 2).

При оценке качества жизни участников исследования использовался опросник SF-36, по данным которого исходных статистически значимых различий между группами также выявлено не было.

**Результаты.** Динамика состояния пациентов двух групп через 3 и 6 мес от начала терапии представлена в табл. 3.

Как видно из представленных в табл. 3 данных, через 3 мес от начала терапии во всех группах наблюдалась положительная динамика. Через 3 мес пациенты основной группы достигли более значимого снижения числа дней с ГБ, выраженности ГБ, сопутствующих аффективных расстройств по данным шкалы Гамильтона, улучшения качества жизни по показателям опросника SF-36. Помимо этого основная группа продемонстрировала улучшение показателей сна, что подтверждалось статистически значимыми различиями между группами по показателю ИВБ.

Через 6 мес от начала лечения отмечены статистически значимые межгрупповые различия с более низкими значениями показателей, характеризующих степень выраженности и основные характеристики болевого синдрома (ВАШ, опросник Мак-Гилла, ШКБ), среднее значение по опроснику Мак-Гилла в основной группе наблюдения уже не соответствовало показателям наличия депрессивного синдрома ( $4,98 \pm 3,56$  балла;  $p < 0,01$ ). Аналогичные тенденции отмечались по опроснику качества жизни SF-36 с зафиксированными более высокими показателями в основной группе через 6 мес наблюдения.

Таблица 1. Демографические показатели участников исследования

Table 1. Demographic indicators of patients

| Характеристика            | Основная группа (n=45) | Контрольная группа (n=52)      |
|---------------------------|------------------------|--------------------------------|
| Пол, n (%):               |                        |                                |
| женщины                   | 33 (74)                | 38 (73)                        |
| мужчины                   | 12 (26)                | 14 (27)                        |
| Возраст, годы, $M \pm SD$ | $40,87 \pm 3,92$       | $41,23 \pm 4,64$<br>$p > 0,05$ |

Таблица 2. Показатели ВАШ, ШКБ, шкалы Гамильтона, опросника Мак-Гилла и ИВБ у пациентов с ХГБН до начала лечения, баллы,  $M \pm SD$

Table 2. VAS, PCS, Hamilton scale, McGillas and ISI indicators in patients with CTH before treatment, points,  $M \pm SD$

| Диагностический инструмент | Основная группа (n=45) | Контрольная группа (n=52) | p-value |
|----------------------------|------------------------|---------------------------|---------|
| ВАШ,                       | $4,0 \pm 1,63$         | $5,5 \pm 1,15$            | 0,117   |
| Опросник Мак-Гилла         | $15,04 \pm 8,32$       | $17,35 \pm 11,29$         | 0,499   |
| ШКБ                        | $17,47 \pm 11,61$      | $17,56 \pm 10,92$         | 0,969   |
| Шкала Гамильтона           | $12,18 \pm 6,71$       | $12,86 \pm 6,44$          | 0,898   |
| ИВБ                        | $8,29 \pm 6,22$        | $8,83 \pm 6,16$           | 0,910   |

Таблица 3. Показатели ХГБН исходно и через 3 и 6 мес от начала терапии,  $M \pm SD$   
 Table 3. CTH indicators at baseline, and 3 and 6 months after the start of therapy,  $M \pm SD$

| Показатель                                                       | Основная группа (n=45) |                    |                     | Контрольная группа (n=52) |                    |                     | p           |             |
|------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------------|---------------------|---------------------------|--------------------|---------------------|-------------|-------------|
|                                                                  | до лечения             | через 3 мес        | через 6 мес         | до лечения                | через 3 мес        | через 6 мес         | через 3 мес | через 6 мес |
| Число дней с ГБ                                                  | 17,0 $\pm$ 1,66        | 5,0 $\pm$ 1,96*    | 3,0 $\pm$ 1,86**    | 18,0 $\pm$ 4,57           | 11,0 $\pm$ 3,66*   | 5,0 $\pm$ 2,63**    | <0,01       | <0,01       |
| ВАШ, баллы                                                       | 4,0 $\pm$ 1,63         | 3,0 $\pm$ 0,9*     | 2,0 $\pm$ 0,94**    | 5,5 $\pm$ 1,15            | 4,0 $\pm$ 1,03*    | 4,0 $\pm$ 1,15**    | 0,969       | <0,01       |
| Опросник Мак-Гилла, баллы                                        | 15,04 $\pm$ 8,32       | 7,36 $\pm$ 4,97*   | 4,98 $\pm$ 3,56**   | 17,35 $\pm$ 11,29         | 12,93 $\pm$ 7,49*  | 7,33 $\pm$ 4,8**    | <0,01       | <0,01       |
| ШКБ, баллы:                                                      |                        |                    |                     |                           |                    |                     |             |             |
| общий балл                                                       | 17,47 $\pm$ 11,61      | 8,69 $\pm$ 7,4*    | 6,41 $\pm$ 5,77**   | 17,56 $\pm$ 10,92         | 13,7 $\pm$ 9,03*   | 10,67 $\pm$ 7,88**  | <0,01       | <0,01       |
| субшкала «Безнадежность»                                         | 6,22 $\pm$ 5,29        | 3,07 $\pm$ 3,42*   | 1,56 $\pm$ 1,84**   | 6,28 $\pm$ 4,92           | 4,88 $\pm$ 4,44*   | 3,6 $\pm$ 3,56**    | 0,027       | <0,01       |
| субшкала «Мысленная жвачка»                                      | 5,98 $\pm$ 4,61        | 2,87 $\pm$ 2,93*   | 2,11 $\pm$ 2,54**   | 7,0 $\pm$ 4,27            | 5,44 $\pm$ 4,12*   | 4,33 $\pm$ 3,6**    | <0,01       | <0,01       |
| Шкала Гамильтона, баллы                                          | 12,18 $\pm$ 6,71       | 7,36 $\pm$ 4,97*   | 4,77 $\pm$ 2,6**    | 12,86 $\pm$ 6,44          | 10,11 $\pm$ 5,42*  | 8,66 $\pm$ 5,33**   | <0,01       | <0,01       |
| ИВБ, баллы                                                       | 8,29 $\pm$ 6,22        | 3,8 $\pm$ 3,06*    | 3,8 $\pm$ 3,06      | 8,83 $\pm$ 6,16           | 6,98 $\pm$ 5,02*   | 6,98 $\pm$ 5,02     | <0,01       | <0,01       |
| Опросник SF-36, баллы:                                           |                        |                    |                     |                           |                    |                     |             |             |
| жизненная активность                                             | 43,11 $\pm$ 17,85      | 60,5 $\pm$ 11,43*  | 67,5 $\pm$ 10,63**  | 44,04 $\pm$ 21,17         | 48,75 $\pm$ 18,68* | 60,96 $\pm$ 17,74** | <0,01       | 0,03        |
| интенсивность боли                                               | 31,0 $\pm$ 17,91       | 64,0 $\pm$ 13,3*   | 64,0 $\pm$ 12,74    | 21,0 $\pm$ 22,94          | 31,0 $\pm$ 20,95*  | 42,0 $\pm$ 20,83**  | <0,01       | <0,01       |
| общее состояние здоровья                                         | 50,87 $\pm$ 22,5       | 66,47 $\pm$ 13,23  | 69,42 $\pm$ 14,05   | 54,08 $\pm$ 20,61         | 58,73 $\pm$ 18,82  | 61,33 $\pm$ 18,37   | 0,870       | 0,357       |
| психическое здоровье                                             | 54,76 $\pm$ 20,34      | 2,87 $\pm$ 2,93    | 79,91 $\pm$ 13,39   | 54,08 $\pm$ 20,61         | 5,44 $\pm$ 4,12    | 69,15 $\pm$ 18,1    | 0,673       | 0,789       |
| ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием    | 50,0 $\pm$ 36,77       | 75,0 $\pm$ 25,53   | 100,0 $\pm$ 19,67   | 50,0 $\pm$ 38,38          | 50,0 $\pm$ 26,72   | 75,0 $\pm$ 34,96    | 0,011       | 0,123       |
| ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием | 57,04 $\pm$ 38,02      | 70,84 $\pm$ 15,2*  | 85,56 $\pm$ 25,02   | 46,79 $\pm$ 42,4          | 54,49 $\pm$ 40,71* | 67,95 $\pm$ 37,321  | <0,01       | 0,318       |
| физическое функционирование                                      | 82,11 $\pm$ 18,78      | 90,22 $\pm$ 11,37* | 94,56 $\pm$ 8,24    | 79,36 $\pm$ 21,52         | 83,17 $\pm$ 16,66* | 85,58 $\pm$ 14,47   | <0,01       | 0,293       |
| социальное функционирование                                      | 62,5 $\pm$ 21,90       | 87,5 $\pm$ 16,49   | 100,0 $\pm$ 11,18** | 62,5 $\pm$ 24,92          | 75 $\pm$ 21,36*    | 75 $\pm$ 17,56      | 0,018       | <0,01       |

**Примечание.** Статистически значимые различия ( $p < 0,05$ ): \* — через 3 мес по сравнению с исходными данными; \*\* — через 6 мес по сравнению с данными через 3 мес. Различия между группами через 3 и 6 мес от начала лечения статистически значимы ( $p < 0,05$ ).

Помимо статистически значимых различий между группами, в контролируемых точках через 3 и 6 мес также были получены значимые различия при межгрупповом сравнении в динамике проводимого лечения с оценкой скорости наступления клинического эффекта. По сравнению с показателями до проводимого лечения, заметно сократилось число дней с ГБ в месяц в обеих группах, однако при измерении через 3 мес от начала лечения в основной группе сокращение числа дней с ГБ было на 1,5 дня больше, чем в контрольной группе, при этом снижение показателя болевого опросника Мак-Гилла было на 3,27 балла больше, чем в контрольной группе. Отмечено более выраженное снижение болевых показателей по всем субшкалам ШКБ, снижение общего балла в основной группе было на 2,53 единицы больше, по субшкале «Мысленная жвачка» — на 0,78 балла. Наиболее выраженные различия в снижении показателя были отмечены по субшкале «Безнадежность» — на 1,47 единицы больше в основной группе. Через 3 мес от начала лечения заметными стали различия между группами по показателям ИВБ, где снижение выраженности бессонницы в основной группе было более существенным (на 3,27 балла). Аналогичные изменения касались и шкалы Гамильтона.

Применение персонализированного подхода продемонстрировало рост, в сравнении со стандартным методом, как суммарного показателя качества жизни, так и показателей по отдельным пунктам опросника SF-36 — на 9,27 балла ( $p < 0,001$ ) в пункте «Интенсивность боли», на 6,31 балла

( $p < 0,001$ ) в пункте «Жизненная активность». Наиболее выраженными стали различия по пункту «Психическое здоровье», где на 3-й месяц от начала терапии пациенты основной группы продемонстрировали более высокие показатели (на 12,05 балла) в сравнении с группой стандартного лечения ХГБН. Менее выраженными, но также статистически значимыми стали различия изменений между группами через 3 мес от начала терапии по другим пунктам опросника качества жизни SF-36.

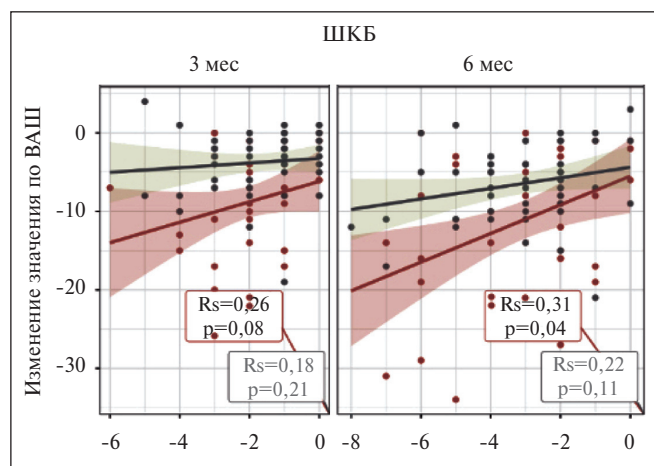
По данным проведенного корреляционного анализа, статистически значимая прямая корреляционная связь слабой силы ( $r_s = 0,31$ ; 95% ДИ от -0,04 до 0,58;  $p = 0,04$ ) прослеживалась между снижением балла по ВАШ и общим значением по ШКБ через 6 мес терапии в основной группе лечения (рис. 1), а именно — с ее субшкалами «Преувеличение» ( $r_s = 0,34$ ; 95% ДИ 0,01–0,65;  $p = 0,02$ ) и «Безнадежность» ( $r_s = 0,3$ ; 95% ДИ от 0,0 до 0,56;  $p = 0,05$ ; рис. 2).

**Обсуждение.** В настоящее время все больше данных указывает на причастность сопутствующих психических (в первую очередь аффективных) расстройств к прогрессированию и хронизации ГБН [8]. Достижению высокой клинической эффективности терапии зачастую мешает выраженная гетерогенность структуры психических расстройств у пациентов с ГБН. К сожалению, невролог на начальном этапе диагностирования ГБН часто не располагает должным временем для полноценной диагностики сопутствующих психических нарушений у пациента. При наличии возможности проведения объективизации с помощью специали-



зированных шкал и опросников и выявлении у пациента коморбидных тревожно-депрессивных расстройств врач-невролог зачастую будет испытывать затруднения при определении фенотипа, степени выраженности каждого конкретного сопутствующего психического нарушения, что в конечном итоге может прямым образом повлиять на качество лечения и приверженность пациента проводимой

терапии. Знания о патогенетической роли психических расстройств в формировании ХГБН требуют поиска новых высокоэффективных схем терапии. В качестве такой схемы может выступать персонализированный подход к терапии ХГБН, включающий активное привлечение в процесс лечения психиатров, клинических психологов. Так, например, использование междисциплинарного подхода в терапии хронической мигрени доказало свою эффективность в реальной клинической практике [9]. В случае ХГБН, по причине высокой распространенности психических расстройств среди пациентов, целесообразно рассмотреть возможность привлечения к курации пациентов врачей-психиатров с самого начала определения терапевтической тактики [10–12]. Помимо пациент-ориентированности, данная модель ведения пациентов с ХГБН нацелена на достижение более эффективного терапевтического ответа, когда в случае необходимости и исходя из тяжести психических расстройств соответствующим специалистом будет инициирован необходимый объем терапии. Таким образом, предположение о выборе в качестве ориентира стратегии профилактики ХГБН диагностированного у пациента паттерна сопутствующих психических расстройств не только становится вероятным для использования в клинической практике, но и может демонстрировать высокую клиническую эффективность на ранних этапах лечения. Это предположение подтверждается результатами проведенного нами исследования, в котором группа с применением персонализированного подхода демонстрировала более быстрое достижение желаемого ответа на проводимое лечение, что сохранялось до конца периода наблюдения. Несмотря на то что проведенный корреляционный анализ не выявил статистически значимой связи между уменьшением числа дней с ГБ и показателем «Психическое здоровье» ШКБ через 3 мес от начала лечения в основной группе (возможно, ввиду немногочисленности выборки), можно

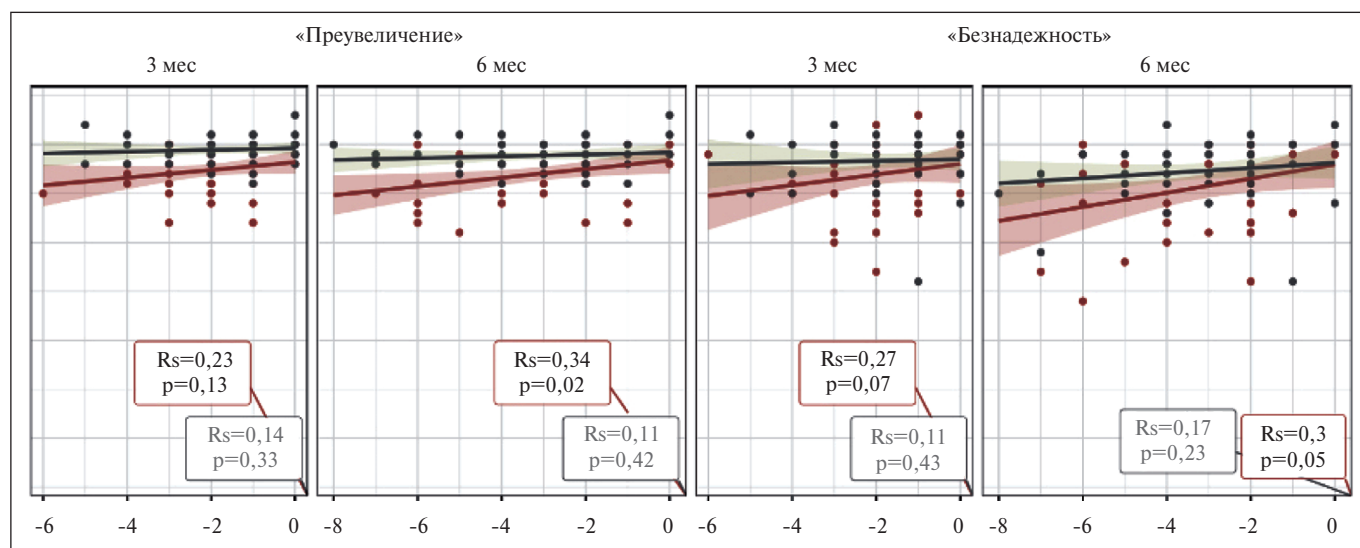


**Рис. 1.** Корреляционный анализ взаимосвязи между выраженностью ГБ по ВАШ и баллом по ШКБ через 3 и 6 мес от начала лечения.

Красным указаны значения для основной группы, зеленым — для контрольной группы (здесь и на рис. 2)<sup>1</sup>

**Fig. 1.** Correlation analysis of the relationship between the severity of HA according to VAS and the score on the PCS after 3 and 6 months after the start of treatment.

The values for the main group are shown in red, and those for the control group are shown in green (here and in Fig. 2)



**Рис. 2.** Корреляционный анализ между изменениями по ВАШ, общим баллом по ШКБ и баллами по ее субшкалам «Безнадежность», «Преувеличение»

**Fig. 2.** Correlation analysis between changes in VAS, PCS total score and scores for its subscales “Helplessness”, “Exaggeration”

<sup>1</sup>Цветные рисунки к этой статье представлены на сайте журнала: nnp.ima-press.net

предположить, что существует положительная тенденция по данному сравнению, что, безусловно, требует доказательств. Нелекарственные стратегии терапии данного типа первичной ГБ в последнее время занимают все более лидирующие позиции [13–18]. Например, в крупном исследовании CHES, в котором в период с 2017 по 2019 г. приняли участие 736 пациентов с ХГБН, проводились одно-/двухдневные учебные сессии, направленные на обучение пациентов самоконтролю и изменению поведения для управления хронической ГБ. В конце исследования, на 4-й месяц наблюдения, группа, которой были даны рекомендации по самоконтролю ГБ, продемонстрировала статистически значимое улучшение: снизился показатель по опроснику ГБ HIT-6 [MD (изменение показателя стандартного отклонения) -1,0; 95% ДИ от -1,91 до -0,006;  $p=0,049$ ]. На 12-й месяц терапии в этой группе наблюдения были отмечены рост показателя качества жизни и сокращение финансовых расходов пациентов, связанных с ГБ [19]. Настоящее исследование не преследовало цели изучения преимуществ

нелекарственных методов терапии ХГБН, тем не менее использование в нашей работе некоторых элементов нелекарственных стратегий лечения ГБ, возможно, оказало позитивное влияние на исходы терапии среди пациентов основной группы.

**Ограничением** данного исследования является отсутствие в его дизайне возможности коррекции терапии на промежуточных этапах. Необходим более длительный катамнестический период наблюдения за данными пациентами, чтобы более четко выявить максимальные сроки наблюдающегося эффекта от лечения.

**Заключение.** Настоящее исследование свидетельствует в пользу того, что междисциплинарный подход (невролог и психиатр) к терапии пациентов с ХГБН и психическими нарушениями приводит к более значимому наступлению клинического ответа в основной группе пациентов в сравнении со стандартным протоколом через 3 мес от начала лечения, что сохранялось, но в меньшей степени, через 6 мес наблюдения.

## ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

- GBD 2021 Nervous System Disorders Collaborators. Global, regional, and national burden of disorders affecting the nervous system, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Neurol.* 2024 Apr;23(4):344–81. doi: 10.1016/S1474-4422(24)00038-3
- Li XY, Yang CH, Lv JJ, et al. Global, regional, and national epidemiology of migraine and tension-type headache in youths and young adults aged 15–39 years from 1990 to 2019: findings from the global burden of disease study 2019. *J Headache Pain.* 2023 Sep 18;24(1):126. doi: 10.1186/s10194-023-01659-1
- Бабушкин ЯХ, Ансаров ХШ, Гордеева ИЕ. Невротическая депрессия и хроническая головная боль напряжения. *Российский журнал боли.* 2015;(1):114–5. [Babushkin YaKh, Ansarov HSh, Gordeeva IE. Neurotic depression and chronic tension headache. *Rossiyskiy zhurnal boli = Russian Journal of Pain.* 2015;(1):114–5 (In Russ.)].
- Губарева ЛИ, Бочкарева КС, Бочкарев ИА и др. Особенности функционального состояния центральной нервной системы пациентов, страдающих головной болью напряжения и тревожно-депрессивным расстройством. В сб.: Материалы Международной научной конференции «Пептиды, гормоны и нервная система» (5–7 октября 2023 г., Санкт-Петербург). Санкт-Петербург: Эко-Вектор; 2023. С. 51. [Gubareva LI, Bochkareva KS, Bochkarev IA, et al. Features of the functional state of the central nervous system of patients suffering from tension headache and anxiety-depressive disorder. In: Proceedings of the International Scientific Conference “Peptides, Hormones and the Nervous System” (October 5–7, 2023, St. Petersburg). St. Petersburg: Eco-Vektor; 2023. P. 51 (In Russ.)].
- Romero-Godoy R, Romero-Godoy SR, Romero-Acebal M, Gutierrez-Bedmar M. Psychiatric Comorbidity and Emotional Dysregulation in Chronic Tension-Type Headache: A Case-Control Study. *J Clin Med.* 2022 Aug 30;11(17):5090. doi: 10.3390/jcm11175090
- Климов ДС, Маслова НН, Малахова ЮА и др. Факторы, влияющие на развитие, течение и прогноз различных видов головной боли. *Вестник Смоленской государственной медицинской академии.* 2022;21(4):165–75. doi: 10.37903/vsgma.2022.4.24 [Klimov DS, Maslova NN, Malakhova YuA, et al. Factors influencing the development, course and prognosis of various types of headaches. *Bulletin of the Smolensk State Medical Academy. Vestnik Smolenskoy gosudarstvennoy meditsinskoy akademii = Bulletin of the Smolensk State Medical Academy.* 2022;21(4):165–75. doi: 10.37903/vsgma.2022.4.24 (In Russ.)].
- Asmarani R, Suryawati H, Husni A, et al. The association between tension-type headache (TTH) and the severity of insomnia. *Bali Med J.* 2021;10(1):475–9. doi: 10.15562/bmj.v10i1.2239
- Романов ДВ, Петелин ДС, Волель БА. Депрессии в неврологической практике. *Медицинский совет.* 2018;(1):38–45. doi: 10.21518/2079-701X-2018-1-38-45 [Romanov DV, Petelin DS, Volel' BA. Depression in neurological practice. *Meditsinskiy sovet = Medical Council.* 2018;(1):38–45. doi: 10.21518/2079-701X-2018-1-38-45 (In Russ.)].
- Головачева ВА. Междисциплинарное лечение, включающее когнитивно-поведенческую терапию и майндфулнесс, при хронической мигрени и лекарственно-индуцированной головной боли. *Медицинский совет.* 2023;17(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;17(10):80–8. doi: 10.21518/ms2023-216 (In Russ.)].
- Волель БА, Петелин ДС, Романов ДВ и др. Алгоритмы диагностики и терапии психических расстройств в общемедицинской практике: учебное пособие. Москва; 2020. 78 с. [Volel' BA, Petelin DS, Romanov DV, et al. Algorithms for diagnosis and treatment of mental disorders in general medical practice: study guide. Moscow; 2020. 78 p. (In Russ.)].
- Азимова ЮЭ, Алферова ВВ, Амелин АВ и др. Клинические рекомендации «Головная боль напряжения (ГБН)». *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2022;122(2-3):4–28. doi: 10.17116/jnevro20221220234 [Azimova YuE, Alferova VV, Amelin AV, et al. Clinical Guidelines for Headache Stress (HBS). *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova = S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry.* 2022;122(2-3):4–28. doi: 10.17116/jnevro20221220234 (In Russ.)].
- Петелин ДС, Исаева ПС, Ксенофонтова МВ и др. Хроническая боль, коморбидная психическим расстройствам: обзор литературы и клиническое наблюдение. *Клинический разбор в общей медицине.* 2024;5(8):62–70. doi: 10.47407/kr2024.5.8.00461 [Petelin DS, Isaeva PS, Ksenofontova MV, et al. Chronic pain comorbid with mental disorders: literature review and clinical case. *Klinicheskiy razbor v obshchey meditsine = Clinical Review for General Practice.* 2024;5(8):62–70. doi: 10.47407/kr2024.5.8.00461 (In Russ.)].

13. Kroll LS, Callesen HE, Carlsen LN, et al. Manual joint mobilisation techniques, supervised physical activity, psychological treatment, acupuncture and patient education for patients with tension-type headache. A systematic review and meta-analysis. *J Headache Pain*. 2021 Aug 21;22(1):96. doi: 10.1186/s10194-021-01298-4. Erratum in: *J Headache Pain*. 2021 Oct 6;22(1):116. doi: 10.1186/s10194-021-01329-0
14. Andrasik F, Grazzi L, Sansone E, et al. Non-pharmacological Approaches for Headaches in Young Age: An Updated Review. *Front Neurol*. 2018 Nov 27;9:1009. doi: 10.3389/fneur.2018.01009
15. Probyn K, Bowers H, Mistry D, et al. Non-pharmacological self-management for people living with migraine or tension-type headache: a systematic review including analysis of intervention components. *BMJ Open*. 2017 Aug 11;7(8):e016670. doi: 10.1136/bmjopen-2017-016670
16. Головачева АА, Головачева ВА. Кинезиотерапия при хронической боли в спине и сочетанной головной боли напряжения. *Российский неврологический журнал*. 2023;28(3):61-8. doi: 10.30629/2658-7947-2023-28-3-61-68 [Golovacheva AA, Golovacheva VA. Kinesiotherapy for chronic back pain and combined tension headaches. *Rossiyskiy neurologicheskiy zhurnal = Russian Neurological Journal*. 2023;28(3):61-8. doi: 10.30629/2658-7947-2023-28-3-61-68 (In Russ.)].
17. Головачева ВА, Головачева АА. Хроническая боль в шее и сочетанная головная боль напряжения: единый эффективный подход к лечению. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2024;16(4):76-84. doi: 10.14412/2074-2711-2024-4-76-84 [Golovacheva VA, Golovacheva AA. Chronic neck pain and combined tension headache: a unified effective treatment approach. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psichosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2024;16(4):76-84. doi: 10.14412/2074-2711-2024-4-76-84 (In Russ.)].
18. Головачева ВА, Головачева АА. Лечение функциональных неврологических расстройств на примере пациента с кардионеврозом, головной болью напряжения, скелетно-мышечной болью и бессонницей. *Медицинский совет*. 2024;18(12):144-51. doi: 10.21518/ms2024-285 [Golovacheva VA, Golovacheva AA. Treatment of functional neurological disorders by example of a patient with cardiac neurosis, tension headache, musculoskeletal pain and insomnia. *Meditinskiy sovet = Medical Council*. 2024;18(12):144-51. doi: 10.21518/ms2024-285 (In Russ.)].
19. Underwood M, Achana F, Carnes D, et al. Non-pharmacological educational and self-management interventions for people with chronic headache: the CHES research programme including a RCT. Southampton (UK): National Institute for Health and Care Research; 2023 Jun. doi: 10.3310/PLJL1440

Поступила / отрецензирована / принята к печати

Received / Reviewed / Accepted

09.12.2024 / 17.02.2025 / 18.02.2025

#### 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.

Ашибокова К.М. <https://orcid.org/0009-0003-3226-9549>

Петелин Д.С. <https://orcid.org/0000-0002-2228-6316>

Воскресенская О.Н. <https://orcid.org/0000-0002-7330-633X>

Волель Б.А. <https://orcid.org/0000-0003-1667-5355>