

Предикторы эффективности комплексного персонализированного лечения хронической мигрени с использованием когнитивно-поведенческой терапии



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

При хронической мигрени (ХМ) перспективно применение комплексного персонализированного лечения, включающего когнитивно-поведенческую терапию (КПТ) и терапию коморбидных нарушений.

Цель исследования – выявить предикторы эффективности комплексного персонализированного лечения, включающего КПТ, у пациентов с ХМ.

Материал и методы. В исследование включено 100 пациентов с ХМ (30 мужчин, 70 женщин; средний возраст – $34,5 \pm 7,4$ года). Все пациенты получали комплексное персонализированное лечение, включающее КПТ, фармакотерапию мигрени, рекомендации по образу жизни, лечебную гимнастику и рекомендации по физической активности (при наличии скелетно-мышечной боли другой локализации), дезинтоксикационную терапию (при наличии лекарственно-индуцированной головной боли), гигиену сна (при наличии инсомнии). Клинико-психологические показатели оценивались до лечения, а также на 3, 6, 12 и 18-м месяце наблюдения.

Результаты. На 3-м месяце достигнуто статистически значимое ($p < 0,05$) улучшение: снижение частоты головной боли, частоты и кратности приема обезболивающих препаратов (ОП), зависимости от ОП, влияния мигрени на повседневную активность, катастрофизации боли, тревоги, депрессии, тяжести инсомнии, интенсивности боли другой локализации и повышение приверженности лечению по количественной оценке приверженности лечению (КОП-25). С 6-го по 18-й месяц наблюдения сохранялась тенденция улучшения перечисленных показателей. Клинического эффекта (КЭ) в отношении ХМ достигли 74% пациентов на 3-м месяце, 79% – на 6-м месяце, данный показатель сохранился на 12-м и 18-м месяце наблюдения. Статистически значимая связь по методу бинарной логистической регрессии установлена на 3-м и 6–18-м месяце наблюдения между КЭ в отношении ХМ и продолжительностью ХМ до 24 мес, исходной приверженностью лечению $\geq 56\%$ по КОП-25.

Заключение. Предикторы эффективности комплексного персонализированного лечения, включающего КПТ, – продолжительность ХМ до 24 мес, исходная приверженность лечению $\geq 56\%$ по КОП-25.

Ключевые слова: хроническая мигрень; лекарственно-индуцированная головная боль; коморбидные нарушения; боль в шее; боль в спине; инсомния; тревога; депрессия; лечение; предикторы эффективности; приверженность лечению; персонализированный подход; когнитивно-поведенческая терапия.

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

Для цитирования: Головачева ВА, Головачева АА. Предикторы эффективности комплексного персонализированного лечения хронической мигрени с использованием когнитивно-поведенческой терапии. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2025;17(4):84–91. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2025-4-84-91>

Predictors of the effectiveness of comprehensive personalised treatment of chronic migraine using cognitive behavioural therapy 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

When dealing with chronic migraine (CM), it's worth trying a comprehensive personalised treatment that includes cognitive behavioural therapy (CBT) and therapy for comorbid disorders.

Objective: to identify predictors of the effectiveness of comprehensive personalised treatment, including CBT, in patients with CM.

Material and methods. The study included 100 patients with CM (30 men, 70 women; mean age 34.5 ± 7.4 years). All patients received comprehensive personalised treatment, including CBT, migraine pharmacotherapy, lifestyle recommendations, therapeutic exercises and recommendations for physical activity (in the presence of musculoskeletal pain of other localisation), detoxification therapy (in the presence of drug-induced headache), and sleep hygiene (in cases of insomnia). Clinical and psychological indicators were assessed before treatment and at 3, 6, 12, and 18 months of follow-up.

Results. At month 3, statistically significant ($p < 0.05$) improvements were achieved: reduction in headache frequency, frequency and number of pain medication (PM) doses, dependence on PM, impact of migraine on daily activities, pain catastrophising, anxiety, depression, severity of insomnia, intensity of pain in other locations, and increased adherence to treatment according to the quantitative assessment of adherence to treatment scale (QAA-25). From the 6th to the 18th month of observation, the trend of improvement in the above indicators continued. Clinical effect (CE) in relation to CM was achieved by 74% of patients at 3 months and 79% at 6 months, and this indicator remained stable at 12 and 18 months of observation. A statistically significant association was established using binary logistic regression at the 3rd and 6th–18th months of observation between CE in relation to CM and the duration of CM up to 24 months, with initial adherence to treatment $\geq 56\%$ according to QAA-25.

Conclusion. Predictors of the effectiveness of comprehensive personalised treatment, including CBT, are a duration of CM up to 24 months and initial adherence to treatment $\geq 56\%$ according to QAA-25.

Keywords: chronic migraine; medication overuse headache; comorbid disorders; neck pain; back pain; insomnia; anxiety; depression; treatment; predictors of effectiveness; treatment adherence; personalised approach; cognitive behavioural therapy.

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

For citation: Golovacheva VA, Golovacheva AA. Predictors of the effectiveness of comprehensive personalised treatment of chronic migraine using cognitive behavioural therapy. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psichosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2025;17(4):84–91 (In Russ.). <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2025-4-84-91>

Хроническая мигрень (ХМ) – это самая распространенная причина хронической ежедневной головной боли (ХЕГБ) [1]. ХМ несет большое социально-экономическое бремя, занимает шестое место среди ведущих причин нетрудоспособности взрослого населения и относится к головной боли (ГБ) с самыми высокими финансовыми затратами для системы здравоохранения, включающими прямые и непрямые расходы [1, 2].

ХМ диагностируется при наличии ГБ с частотой 15 дней и более в месяц в течение как минимум 3 мес, при этом не менее 8 дней в месяц ГБ соответствуют приступам мигрени [3]. Распространенность ХМ в России составляет 6,8% общей популяции [4]. Трансформация мигрени из эпизодической в хроническую форму ежегодно происходит у 2,5% пациентов [5]. К факторам риска хронизации мигрени относятся злоупотребление обезболивающими препаратами (ОП), избыточное употребление кофе, дефицит сна, ожирение, стресс, эмоциональные нарушения, особенности черт личности (перфекционизм, повышенная эмоциональная реактивность, нейротизм, сниженная стрессоустойчивость), инсомния, синдром апноэ во сне, скелетно-мышечные боли других локализаций [1, 5–7]. Среди пациентов с ХМ распространены лекарственно-индуцированная головная боль (ЛИГБ) и коморбидные нарушения (инсомния, боль в шее, боль в спине, психоэмоциональные расстройства и др.), которые поддерживают хроническое течение заболевания, влияют на клиническую картину ХМ, затрудняют ее диагностику и снижают эффективность проводимой профилактической фармакотерапии мигрени [7–11]. Принципы и подходы к эффективному лечению пациентов с ХМ в сочетании с ЛИГБ и без нее, с коморбидными нарушениями и без них продолжают обсуждаться [12, 13].

В рекомендациях экспертов отмечается необходимость сочетанного применения лекарственных и нелекарственных методов в лечении ХМ [12, 14]. Среди нелекарственных методов лечения ХМ показана эффективность когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), но проведено малое число исследований по оценке эффективности КПТ в составе комплексного лечения ХМ с учетом коморбидных нарушений, отсутствуют российские исследования в данном

направлении [12–14]. Ранее нами отмечено преимущество комплексного персонализированного лечения, включающего КПТ, фармакотерапию мигрени и учитывающего коморбидные нарушения, над стандартной терапией ХМ [15–18].

Цель исследования – выяснить предикторы эффективности комплексного персонализированного лечения, включающего КПТ, у пациентов с ХМ.

Материал и методы. Протокол проспективного клинического 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; 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 вторичной ГБ (кроме ЛИГБ); 3) наличие соматического, эндокринного или другого неврологического заболевания в стадии обострения или декомпенсации, которое превосходит по своей выраженности ХМ; 4) наличие тяжелого инфекционного заболевания; 5) 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, психического или другого неврологического заболевания, которое превосходит по своей выраженности ХМ; 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) [3]. До начала лечения со всеми пациентами, включенными в исследование, проводились клиническая беседа, тестирование с помощью клиничко-психологических методик, неврологический осмотр. В клинической беседе определялись социально-демографические и клиничко-психологические характеристики пациентов.

Для оценки интенсивности ГБ применялась числовая рейтинговая шкала (ЧРШ) [19]. Уровни личностной тревоги (ЛТ) и ситуативной тревоги (СТ) оценивались по Шкале личностной и ситуативной тревоги Спилбергера–Ханина (ШЛСТ) [20], симптомы депрессии – по Шкале депрессии центра эпидемиологических исследований (ШДЦЭИ) [21], представления пациентов о боли – по Шкале катастрофизации боли (ШКБ) [22], влияние ХМ на повседневную активность – по Шкале оценки влияния мигрени на повседневную активность (ШОВМА) [23], зависимость от ОП – по Лидскому опроснику зависимости (ЛОЗ) [24], коморбидные нарушения ночного сна – по Индексу тяжести инсомнии (ИТИ) [25], коморбидные скелетно-мышечные боли другой локализации – по ЧРШ [19]. Для оценки приверженности пациентов лечению использовался опросник по количественной оценке приверженности к лечению (КОП-25) [26]. Всем пациентам предлагалось вести дневник ГБ в течение 18 мес.

Все пациенты, включенные в исследование, получали комплексное персонализированное лечение, включающее КПП, профилактическую фармакотерапию мигрени, фармакотерапию для купирования мигрени, рекомендации по образу жизни, а также лечебную гимнастику и рекомендации по физической активности (при наличии скелетно-мышечной боли другой локализации), гигиене сна (при наличии инсомнии), дезинтоксикационную терапию (при наличии ЛИГБ). Исследуемое комплексное персонализированное лечение было разработано на основании клинических рекомендаций по лечению мигрени, ЛИГБ, с учетом наличия коморбидных нарушений – повышенной тревоги, депрессии, инсомнии, скелетно-мышечной боли других локализаций, а также на основании результатов ранее опубликованных зарубежных клинических исследований по КПП и междисциплинарным программам при мигрени, ХМ, собственного клинического опыта [12, 14–18, 27, 28].

КПП проводилась в виде 10 индивидуальных сессий по 90 мин. КПП была направлена на лечение ХМ. При наличии ЛИГБ и коморбидных нарушений (повышенной тревоги, симптомов депрессии, инсомнии, скелетно-мышечной боли другой локализации) в сессии КПП включалось обсуждение с пациентом данных проблем. КПП включала информирование пациента о ХМ, факторах хронизации; рекомендации по образу жизни, сну, активности и питанию; выявление ошибочных негативных представлений о заболевании и их реструктуризацию (методичную замену на альтернативные и более реалистичные представления); поведенческую активизацию – повышение физической, социальной и профессиональной активности; упражнения по релаксации и терапии осознанности (майндфулнесс). Между сессиями КПП пациенты выполняли различные домашние задания, направленные на поддержание реалистичных представлений о заболевании и нормализацию образа жизни.

Лекарственная терапия мигрени назначалась с учетом клинических рекомендаций, предшествующего опыта лечения пациента, сопутствующих заболеваний, возможных побочных эффектов [12]. Профилактическая фармакотерапия мигрени проводилась в течение 12 мес. Дезинтоксикационная терапия ЛИГБ включала следующие методы: 1) отмену ОП, принимаемых ранее пациентом в из-

быточном количестве; 2) терапию для облегчения симптомов отмены ОП (до 7 дней) – противорвотную терапию (метоклопрамид 10 мг 2–3 раза в день), терапию 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) [27].

При наличии коморбидной скелетно-мышечной боли в шее и/или боли в спине пациенты получали нелекарственную терапию – рекомендации по физической активности и лечебную гимнастику [29–33]. Лечебная гимнастика проводилась в виде пяти индивидуальных занятий со специалистом по 30 мин 1 раз в неделю с рекомендацией заниматься упражнениями самостоятельно на ежедневной основе на протяжении не менее 10 нед. При наличии инсомнии проводилось информирование пациента о правилах по гигиене сна [15].

Оценка эффективности лечения. Эффективность проводимого лечения оценивали на 3, 6, 12 и 18-м месяце наблюдения по следующим параметрам: интенсивность ГБ по ЧРШ, частота ГБ (число дней с ГБ в месяц), влияние мигрени на повседневную активность по ШОВМА, частота приема ОП (число дней в месяц с ОП), кратность приема ОП (количество доз ОП в месяц, где 1 доза составляет 1 терапевтическую дозу ОП), зависимость от ОП по ЛОЗ, депрессия по ШДЦЭИ, личностная и ситуативная тревога по ШЛСТ, катастрофизация боли по ШКБ, тяжесть инсомнии по ИТИ, скелетно-мышечные боли другой локализации по ЧРШ. Динамика показателей приверженности пациентов лечению по КОП-25 оценивалась также на 3, 6, 12 и 18-м месяце наблюдения. Клинический эффект (КЭ) в лечении ХМ считался достигнутым, если частота ГБ уменьшилась на 50% и более.

Таблица 1. Социально-демографические характеристики пациентов с ХМ, включенных в исследование

Table 1. Socio-demographic characteristics of patients with CM included in the study

Параметры	Значение
Средний возраст, годы, M±SD	34,5±7,4
Пол, n (%): мужской женский	30 (30) 70 (70)
Уровень образования, n (%): среднее общее (школа) среднее специальное высшее	3 (3) 13 (13) 81 (81)
Трудовой статус, n (%): работает или учится не работает и не учится	68 (68) 32 (32)
Семейное положение, n (%): в браке холост/не замужем	32 (32) 68 (68)

В исследование включено 100 пациентов с ХМ. Как видно по исходным социально-демографическим характеристикам, представленным в табл. 1, большинство пациентов с ХМ, включенных в исследование, были женщины, средний возраст — $34,5 \pm 7,4$ года, имели высшее образование, работали или учились, не состояли в браке. Исходные клинико-психологические характеристики наблюдаемых пациентов представлены в табл. 2.

Статистический анализ данных. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью пакета статистических программ Statistica 12. Нормальность распределения пациентов в выборке по возрасту оценивали по критерию Холмголова—Смирнова d и по критерию χ^2 . Выборка пациентов, включенных в исследование, по возрасту соответствовала нормальному распределению. Для статистического анализа клинико-психологических параметров использовался t -критерий Стьюдента для связанных выборок. Анализ динамики результатов по опросникам и шкалам проводился с применением критерия Фридмана с учетом поправки Бонферрони. Динамика числа дней с ГБ, частоты и кратности приема ОП оценивалась с использованием дисперсионного анализа для повторных измерений (при нормальном распределении данных) и с помощью критерия Фридмана (при отсутствии нормального распределения данных).

Уровень статистической значимости был определен как $p < 0,05$. Степень различий между показателями оценивалась с помощью вычисления отношения шансов (ОШ) с 95% доверительным интервалом (95% ДИ). Предикторы эффективности лечения на 3, 6, 12 и 18-м месяце наблюдения оценивали с помощью метода множественной бинарной логистической регрессии, вычислялась связь между независимыми переменными (исходными социально-демографическими и клинико-психологическими характеристиками пациентов) и бинарной зависимой переменной (КЭ по ХМ).

Результаты. Как видно из данных, представленных в табл. 2, на фоне проводимого лечения на 3-м месяце достигнуто статистически значимое ($p < 0,05$) улучшение: снижение частоты ГБ, частоты и кратности приема ОП, зависимости от ОП, влияния мигрени на повседневную активность, катастрофизации боли, тревоги, депрессии, тяжести инсомнии, интенсивности боли другой локализации и повышение приверженности лечению. С 6-го по 18-й месяц наблюдения сохранялась тенденция к улучшению перечисленных показателей.

Как показано на рисунке, КЭ по ХМ достигли 74 пациента (74%) на 3-м месяце, 79 (79%) — на 6-м меся-

це. Достигнутые результаты сохранились к 12-му и 18-му месяцу наблюдения.

Статистически значимая связь по методу бинарной логистической регрессии установлена на 3-м и 6–18-м месяце наблюдения между КЭ по ХМ и продолжительностью ХМ до 24 мес, исходной приверженностью лечению от 56% по КОП-25 (табл. 3 и 4).

Обсуждение. В проведенном нами исследовании продемонстрирована эффективность комплексного персонализированного лечения, включающего КПТ, у пациентов с ХМ. Клиническая эффективность в лечении ХМ была достигнута у большинства (74%) пациентов к 3-му месяцу наблюдения. Длительное наблюдение в течение 18 мес показало не просто стойкое сохранение эффекта у этих пациентов, но и увеличение числа пациентов, достигших КЭ, до 79%. В клинических рекомендациях по лечению мигрени сообщается о недостаточности применения только фармакотерапии при ХМ и необходимости сочетания лекарственных и нелекарственных методов, но эффективные комбинации

Таблица 2. Динамика клинико-психологических показателей пациентов с ХМ на фоне лечения, $M \pm SD$

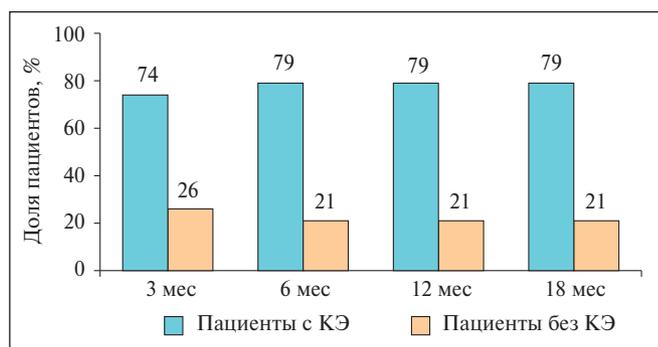
Table 2. Dynamics of clinical and psychological indicators of patients with CM during treatment, $M \pm SD$

Показатели	Месяцы наблюдения после начала лечения				
	До лечения	3-й	6-й	12-й	18-й
Частота ГБ	23,5±6,7	10,6±4,7*	8,2±4,3*	6,2±3,4**	5,1±2,6**
Интенсивность ГБ по ЧРШ	8,4±1,2	8,1±1,3	7,9±0,9	8,1±1,2	8,2±1,0
Частота приема ОП	19,6±6,8	7,3±4,2*	6,2±5,1*	5,3±4,5**	5,4±4,2**
Кратность приема ОП	71,2±8,3	15,2±5,4*	11,5±4,7*	9,3±4,2**	8,6±3,4**
Зависимость от ОП по ЛОЗ	12,1±3,5	6,4±3,8*	5,2±3,6*	5,3±3,1*	4,1±3,2**
Влияние мигрени на повседневную активность по ШОВМА	56,2 ± 19,5	13,2± 5,8*	9,2± 5,1*	6,5± 5,2**	6,2± 4,9**
Катастрофизация боли по ШКБ	25,1±9,5	9,4±4,2*	7,2±4,1*	4,6±2,8**	4,2±2,6**
Депрессия по ШДЦЭИ	25,4±9,5	6,6±3,8*	6,1±3,4*	5,3±2,7*	5,1±2,4*
Ситуативная тревога по ШЛСТ	52,8±10,5	32,1±8,2*	23,1±6,5*	21,4±6,8**	20,5±6,5**
Личностная тревога по ШЛСТ	50,2±14,4	36,1 ± 9,3*	27,1±6,8*	28,4±7,1*	23,5±6,5**
Инсомния по ИТИ	16,5±5,1	6,5±3,9*	5,8±3,5*	4,7±3,1*	4,5±3,1*
Интенсивность боли в шее по ЧРШ	7,4±1,5	1,5±1,1*	1,3±1,0*	1,2±1,0*	1,1±1,0*
Интенсивность боли в грудном отделе спины по ЧРШ	5,1±1,3	2,5±1,3*	2,6±0,9*	1,9±1,3*	1,8±1,2*
Интенсивность боли в пояснично-крестцовом отделе спины по ЧРШ	5,1 ± 1,2	2,7±1,4*	2,5 ± 1,1*	1,6 ± 1,1*	1,5 ± 1,2*
Приверженность лечению по КОП-25	56,3±6,5	70,4±7,1	72,1±6,8	70,2±8,1	70,3±6,5

Примечания. $M \pm SD$ — среднее значение и стандартное отклонение. * — статистически значимое отличие показателя от исходного ($p < 0,05$); ** — статистически значимое отличие показателя от показателя на 3-м месяце наблюдения ($p < 0,05$).

этих методов неясны [12]. В проведенном нами исследовании удалось показать эффективную комбинацию КПТ с фармакотерапией, с учетом ЛИГБ, коморбидных нарушений и с персонализированным подходом.

КПТ — это психологический метод, который широко применяется в зарубежных университетских центрах и клиниках боли и имеет доказанную высокую эффективность в лечении инсомнии, хронических болевых синдромов, депрессии, тревожных расстройств, зависимостей, расстройств личности [34]. Но в нашей стране КПТ практически не используется в неврологической практике, необходимо обучение соответствующих специалистов, широкое информирование врачей и пациентов о возможностях и эффективности КПТ, создание государственных университетских клиник для лечения боли с применением КПТ.



Доля пациентов, достигших КЭ по ХМ на фоне комплексного персонализированного лечения, включающего КПТ, %

Percentage of patients who achieved CE according to CM against the background of complex personalised treatment, including CBT, %

Таблица 3. Предикторы эффективности комплексного персонализированного лечения, включающего КПТ, при ХМ на 3-м месяце наблюдения

Table 3. Predictors of the effectiveness of comprehensive personalised treatment, including CBT, for CM at 3 months of follow-up

Предиктор КЭ	ОШ (95% ДИ)	p
Исходная продолжительность ХМ до 24 мес	3,756 (1,129–11,742)	0,021
Исходная приверженность лечению от 56% по КОП-25	1,289 (1,041–1,902)	0,016

Таблица 4. Предикторы эффективности комплексного персонализированного лечения, включающего КПТ, при ХМ на 6–18-м месяце наблюдения

Table 4. Predictors of the effectiveness of comprehensive personalised treatment, including CBT, for CM at 6–18 months of follow-up

Предиктор КЭ	ОШ (95% ДИ)	p
Исходная продолжительность ХМ до 24 мес	4,520 (1,178–12,528)	0,015
Исходная приверженность лечению от 56% по КОП-25	1,518 (1,104–2,389)	0,025

Нами были выявлены предикторы эффективности изучаемого комплексного персонализированного лечения, включающего КПТ: продолжительность ХМ до 24 мес, исходная приверженность лечению 56% и более по КОП-25. Определение предикторов эффективности различных методов лечения при ХМ имеет практическую значимость.

Принципы и алгоритмы лечения пациентов с ХМ продолжают обсуждаться [12, 14]. Знание предикторов эффективности поможет в дальнейшем составить научно обоснованные принципы и алгоритмы ведения пациентов с ХМ. Ранее не публиковались данные других исследований о предикторах эффективности КПТ при ХМ. Авторы ранее проведенных исследований сообщают, что более длительное течение ХМ может затруднять лечение пациентов, так как факторы, лежащие в основе хронизации мигрени, с течением времени усиливаются по своим патофизиологическим и клиническим проявлениям [35]. Значимость приверженности лечению у пациентов с мигренью обсуждалась ранее и другими авторами, они пришли к выводу, что среди пациентов с мигренью распространена недостаточная приверженность лечению [36]. Приверженность лечению — это степень выполнения пациентом рекомендаций врача, касающихся лекарственной терапии, нелекарственной терапии, повседневной активности, диеты и других мер по изменению образа жизни [26]. В настоящем исследовании для оценки приверженности лечению использовался опросник КОП-25, который разработан российскими врачами, универсален и может применяться у пациентов с различными заболеваниями [26]. КОП-25 обладает преимуществами перед опросниками по приверженности, разработанными ранее, — шкалой Мориски–Грина-4 (4-item Morisky Medication Adherence Scale) и шкалой Мориски–Грина-8 (8-item Morisky Medication Adherence Scale) [37]. Во-первых, с помощью КОП-25 приверженность измеряется не только качественно, но и количественно. Если пациент получил результат менее 50% по КОП-25, то приверженность лечению считается низкой, т. е. медицинские рекомендации пациент выполнять не будет или скорее не будет. При результате по КОП-25 от 51 до 75% приверженность лечению оценивается как средняя, т. е. медицинские рекомендации пациент выполнять скорее будет, чем не будет. А при результатах по КОП-25 76% и более приверженность лечению считается высокой, т. е. медицинские рекомендации пациент выполнять будет или скорее будет. Во-вторых, данный опросник позволяет оценить приверженность не только лекарственной терапии, но и рекомендациям по образу жизни, активности, питанию, посещению медицинских консультаций. В связи с тем что изучаемое нами комплексное персонализированное лечение включало не только фармакотерапию мигрени, но и КПТ с регулярными очными сессиями, различные рекомендации по образу жизни, опросник КОП-25 позволил

наиболее полно отразить приверженность пациентов с ХМ исследуемому лечению. Полученный в настоящем исследовании предиктор эффективности – приверженность лечению 56% и более по КОП-25 – свидетельствует о том, что комплексное персонализированное лечение, включающее КПП, будет эффективно для пациентов с исходной средней или высокой приверженностью лечению. Важно отметить, что комплексное персонализированное лечение, включающее КПП, повышало приверженность лечению и эффективно воздействовало на факторы хронизации мигрени (тревогу, депрессию, избыточный прием ОП, катастрофизацию боли, боль других локализаций, инсомнию). Вероятно, благодаря такому многокомпонентному воздействию продемонстрированы высокая эффективность и устойчивость достигнутых терапевтических эффектов при длительном наблюдении.

В соответствии с российскими клиническими рекомендациями по лечению мигрени, КПП рекомендуется пациентам с мигренью и сопутствующими тревожно-депрессивными расстройствами [12, 14]. Данная рекомендация имеет уровень убедительности 1А, но уровень убедительности для рекомендации КПП при самой ХМ, в сочетании с ЛИГБ, коморбидными нарушениями или без них, пока не установлен. Ранее проведенные зарубежные клинические

исследования показали эффективность КПП при ХМ в отношении уменьшения частоты ГБ и улучшения эмоционального состояния [28, 38, 39]. В отличие от ранее проведенных зарубежных исследований, в настоящем исследовании КПП была направлена на ХМ и имеющиеся коморбидные нарушения. В сравнении с большинством других ранее проведенных исследований по КПП при ХМ в настоящем исследовании было больше сессий по КПП (10 встреч), сессии были дольше (90 мин), дольше поддерживался контакт с пациентами (в течение 18 мес). Вероятно, с этим связан более высокий уровень клинического улучшения у пациентов с ХМ в сравнении с исследованиями других авторов.

В нашей стране клиническое изучение эффективности КПП при ХМ ограничено, имеются российские публикации только собственных клинических исследований и наблюдений [15–18]. Представленное исследование – это первое отечественное исследование по оценке эффективности комплексного персонализированного лечения, включающего КПП, у пациентов с ХМ.

Заключение. В качестве предикторов эффективности комплексного персонализированного лечения, включающего КПП, установлены продолжительность ХМ до 24 мес и исходная приверженность лечению 56% и более по КОП-25.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

- Kung D, Rodriguez G, Evans R. Chronic Migraine: Diagnosis and Management. *Neurol Clin.* 2023 Feb;41(1):141-59. doi: 10.1016/j.ncl.2022.05.005
- 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
- The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (ICHD-3). *Cephalalgia.* 2018;38(1):1-211. doi: 10.1177/0333102417738202
- Ayzenberg I, Katsarava Z, Sborowski A, et al; Lifting the Burden. The prevalence of primary headache disorders in Russia: a countrywide survey. *Cephalalgia.* 2012;32(5):373-81. doi: 10.1177/0333102412438977
- 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;21(1):42. doi: 10.1186/s10194-020-01111-8
- Buse DC, Greisman JD, Baigi K, Lipton RB. Migraine Progression: A Systematic Review. *Headache.* 2019;59(3):306-38. doi: 10.1111/head.13459
- 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
- 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;43(4):3331024231156922. doi: 10.1177/03331024231156922
- Князева ЯА, Гилёв ДВ, Осипова ВВ, Лебедева ЕР. Демографические и коморбидные факторы, ассоциированные с развитием лекарственно-индуцированной головной боли. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2024;16(1S):12-8. doi: 10.14412/2074-2711-2024-1S-12-18 [Kniazeva IA, Gilev DV, Osipova VV, Lebedeva ER. Demographic and comorbid factors associated with the development of medication overuse headache. *Neurologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics.* 2024;16(1S):12-8. doi: 10.14412/2074-2711-2024-1S-12-18 (In Russ.)].
- Головачева ВА, Головачева АА, Таршилова АР, Осипова ВВ. Диагностика хронической мигрени и коморбидных неврологических расстройств в реальной клинической практике. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2024;16(1S):23-30. doi: 10.14412/2074-2711-2024-1S-23-30 [Golovacheva VA, Golovacheva AA, Tarshilova AR, Osipova VV. Diagnosis of chronic migraine and comorbid neurological disorders in real-life clinical practice. *Neurologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics.* 2024;16(1S):23-30. doi: 10.14412/2074-2711-2024-1S-23-30 (In Russ.)].
- 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 psikhiatrii imeni S.S. Korsakova = S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry.* 2024;124(1):94-101. doi: 10.17116/jnevro202412401194 (In Russ.)].
- Филатова ЕГ, Осипова ВВ, Табеева ГР и др. Диагностика и лечение мигрени: рекомендации российских экспертов. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2020;12(4):4-14. doi: 10.14412/2074-2711-2020-4-4-14 [Filatova EG, Osipova VV, Tabeeva GR, et al. Diagnosis and treatment of migraine: Russian experts' recommendations. *Neurologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics.* 2020;12(4):4-14. doi: 10.14412/2074-2711-2020-4-4-14 (In Russ.)].
- Головачева ВА, Головачева АА, Таршилова АР, Осипова ВВ. Типичная практика лечения пациентов с хронической мигренью. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2024;16(1S):31-7. doi: 10.14412/2074-2711-2024-1S-31-37

- [Golovacheva VA, Golovacheva AA, Tarshilova AR, Osipova VV. Typical clinical practice of treating patients with chronic migraine. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2024;16(1S):31-7. doi: 10.14412/2074-2711-2024-1S-31-37 (In Russ.).]
14. Табеева ГР, Филатова ЕГ, Амелин АВ и др. Альтернативные и комплементарные методы лечения мигрени. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2024;16(1):4-15. doi: 10.14412/2074-2711-2024-1-4-15 [Tabeeva GR, Filatova EG, Amelin AV, et al. Alternative and complementary treatments for migraine. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2024;16(1):4-15. doi: 10.14412/2074-2711-2024-1-4-15 (In Russ.).]
15. Головачева ВА, Головачева АА, Фатеева ТГ, Парфенов ВА. Когнитивно-поведенческая терапия при хронической мигрени и сочетанной хронической бессоннии: 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 neurologii 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.).]
16. 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. *Meditinskiy sovet = Medical Council*. 2023;(10):80-8. doi: 10.21518/ms2023-216 (In Russ.).]
17. Головачева ВА, Головачева АА, Парфенов ВА. Оптимизация ведения пациентов с хронической мигренью и цервикалгией с использованием когнитивно-поведенческой терапии: проспективное двухлетнее рандомизированное исследование. *Российский неврологический журнал*. 2024;29(6):35-43. doi: 10.30629/2658-7947-2024-29-6-35-43 [Golovacheva VA, Golovacheva AA, Parfenov VA. Optimizing the management of patients with chronic migraine and neck pain: a prospective randomized trial with long-term follow-up. *Russian Neurological Journal*. 2024;29(6):35-43. doi: 10.30629/2658-7947-2024-29-6-35-43 (In Russ.).]
18. 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):21-7. doi: 10.14412/2074-2711-2024-6-21-27 [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):21-7. doi: 10.14412/2074-2711-2024-6-21-27 (In Russ.).]
19. 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
20. 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;63 Suppl 11(0 11):S467-S472. doi: 10.1002/acr.20561
21. 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
22. Ikemoto T, Hayashi K, Shiro Y, et al. A systematic review of cross-cultural validation of the pain catastrophizing scale. *Eur J Pain*. 2020;24(7):1228-41. doi: 10.1002/ejp.1587
23. 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-S28. doi: 10.1212/wnl.56.suppl_1.s20
24. Wang YF, Tzeng YS, Yu CC, et al. Clinical Utility of Leeds Dependence Questionnaire in Medication-Overuse Headache. *Diagnostics (Basel)*. 2023;13(3):472. doi: 10.3390/diagnostics13030472
25. Morin CM, Belleville G, Belanger L, Ivers H. The Insomnia Severity Index: psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response. *Sleep*. 2011 May 1;34(5):601-8. doi: 10.1093/sleep/34.5.601
26. Николаев НА, Скирденко ЮП. Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению (КОП-25). *Клиническая фармакология и терапия*. 2018;27(1):74-8. Доступно по ссылке: <https://clinpharm-journal.ru/articles/2018-1/rossijskij-universalnyj-oprosnik-kolichestvennoj-otsenki-priverzhennosti-k-lecheniyu-kop-25/> [Nikolaev NA, Skirdenko YuP. Russian generic questionnaire for evaluation of compliance to drug therapy. *Klinicheskaya farmakologiya i terapiya*. 2018; 27(1):74-8. Available at: <https://clinpharm-journal.ru/articles/2018-1/rossijskij-universalnyj-oprosnik-kolichestvennoj-otsenki-priverzhennosti-k-lecheniyu-kop-25/> (In Russ.).]
27. 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.).]
28. 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
29. Парфенов ВА, Яхно НН, Давыдов ОС и др. Хроническая неспецифическая (скелетно-мышечная) поясничная боль. Рекомендации Российского общества по изучению боли (РОИБ). *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2019;11(2S):7-16. doi: 10.14412/2074-2711-2019-2S-7-16 [Parfenov VA, Yakhno NN, Davydov OS, et al. Chronic nonspecific (musculoskeletal) low back pain. Guidelines of the Russian Society for the Study of Pain (RSSP). *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2019;11(2S):7-16. doi: 10.14412/2074-2711-2019-2S-7-16 (In Russ.).]
30. Парфенов ВА, Яхно НН, Кукушкин МЛ и др. Неспецифическая боль в шее (цервикалгия). Рекомендации Российского общества по изучению боли (РОИБ). *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2023;15(5):4-12. doi: 10.14412/2074-27112023-5-4-12 [Parfenov VA, Yakhno NN, Kukushkin ML, et al. Non-specific neck pain (cervicalgia). Guidelines of the Russian Society for the Study of Pain (RSSP). *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2023;15(5):4-12. doi: 10.14412/2074-27112023-5-4-12 (In Russ.).]
31. Парфенов ВА, Головачева ВА, Исайкин АИ и др. Лечение хронической неспецифической (скелетно-мышечной) боли в спине. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2024;16(3S):1-16. doi: 10.14412/2074-2711-2024-3S-1-16 [Parfenov VA, Golovacheva VA, Isaikin AI, et al. Treatment of chronic non-specific (musculoskeletal) back pain. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2024;16(3S):1-16. doi: 10.14412/2074-2711-2024-3S-1-16 (In Russ.).]

32. Головачева ВА, Табеева ГР, Головачева АА. Неспецифическая боль в нижней части спины: принципы и алгоритмы успешного ведения пациентов в реальной клинической практике. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2023;15(3):85-94. doi: 10.14412/2074-2711-2023-3-85-94 [Golovacheva VA, Tabeeva GR, Golovacheva AA. Non-specific low back pain: principles and algorithms for successful management of patients in real clinical practice. *Neurologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2023;15(3):85-94. doi: 10.14412/2074-2711-2023-3-85-94 (In Russ.)].
33. Головачева АА, Головачева ВА. Комплексное лечение пациентов с хронической неспецифической болью в спине и коморбидными нарушениями: проспективное клиническое исследование. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2024;16(6):45-52. doi: 10.14412/2074-2711-2024-6-45-52 [Golovacheva AA, Golovacheva VA. Complex treatment of patients with chronic non-specific back pain and comorbid disorders: a prospective clinical study. *Neurologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2024;16(6):45-52. doi: 10.14412/2074-2711-2024-6-45-52 (In Russ.)].
34. Beck AT. A 60-Year Evolution of Cognitive Theory and Therapy. *Perspect Psychol Sci*. 2019;14(1):16-20. doi: 10.1177/1745691618804187
35. Ornello R, Baldini F, Onofri A, et al. Impact of duration of chronic migraine on long-term effectiveness of monoclonal antibodies targeting the calcitonin gene-related peptide pathway – A real-world study. *Headache*. 2025 Jan;65(1):61-7. doi: 10.1111/head.14788
36. Ковальчук НА, Кирьянова ЕА, Табеева ГР. Приверженность терапии пациентов с мигренью (по данным интернет-опроса). *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2021;13(4):81-7. doi: 10.14412/2074-2711-2021-4-81-87 [Kovalchuk NA, Kiryanova EA, Tabeeva GR. Medication adherence in migraine patients (data of an online survey). *Neurologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2021;13(4):81-7. doi: 10.14412/2074-2711-2021-4-81-87 (In Russ.)].
37. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986 Jan;24(1):67-74. doi: 10.1097/00005650-198601000-00007
38. 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;13(2):183-9. doi: 10.1007/s11571-019-09519-y
39. Treadwell JR, Tsou AY, Rouse B, et al. Behavioral interventions for migraine prevention: A systematic review and meta-analysis. *Headache*. 2025 Apr;65(4):668-94. doi: 10.1111/head.14914

Поступила / отрецензирована / принята к печати
Received / Reviewed / Accepted
09.04.2025 / 13.07.2025 / 14.07.2025

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.

Головачева В.А. <https://orcid.org/0000-0002-2752-4109>
Головачева А.А. <https://orcid.org/0000-0002-2845-7323>