

К.Н. Скворцова,
Н.Л. Старикова

ФГБОУ ВО «Пермский
государственный медицинский
университет им. акад.
Е.А.Вагнера» Минздрава России,
Пермь, Россия

Контакты:
Скворцова Карина Николаевна;
skvortsova_kn@mail.ru

У пациентов, страдающих лекарственным злоупотреблением, выявлены низкие показатели активных копинг-стратегий, высокая приверженность к пассивным копинг-стратегиям, высокий показатель психологического компонента злоупотребления анальгетическими препаратами и низкий уровень контроля за применением препаратов. Делается предположение, что в патогенезе лекарственно-индуцированной (абузусной) головной боли ключевую роль играет взаимодействие собственно лекарственного препарата и личности пациента.

DOI: 10.25731/RASP.2018.03.014

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ЛИЧНОСТНОГО РЕАГИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АБУЗУСНОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛЬЮ

Ключевые слова:

абузусная головная боль; тревога; депрессия; лекарственная зависимость; копинг-стратегии.

Лекарственно-индуцированная (абузусная) головная боль (АГБ) занимает третье по частоте встречаемости место среди цефалгий после головной боли напряжения и мигрени [1] и затрагивает примерно 1–2% популяции [2], а также выделена в Международной классификации головных болей 3-го пересмотра [3] в самостоятельный раздел (8.2 Medication-overuse headache), что дополнительно подчеркивает важность проблемы.

Диагностическими критериями для установления диагноза абузусной головной боли, согласно критериям, приведённым в Международной классификации головных болей 3-го пересмотра, 2018, являются:

- А. Головная боль (ГБ), возникающая в течение 15 или более дней в месяц у пациентов с ранее существовавшей головной болью;
- В. Регулярное злоупотребление в течение >3 месяцев одним или несколькими препаратами для купирования острого приступа и/или симптоматического лечения головной боли;
- С. Отсутствие соответствия другим диагнозам ICHD-3 (Международной классификации головных болей 3-го пересмотра).

Клинически АГБ не имеет типичных характеристик [4], напоминает головную боль напряжения (ГБН) и проявляется почти ежедневными диффузными тупыми болями давящего или сжимающего характера незначительной или умеренной интенсивности [5]. В отличие от ГБН наибольшая интенсивность боли отмечается, как правило, в утренние часы; нередко ГБ пробуждает пациентов, вынуждая принимать обезболивающий препарат [6]. Типичны жалобы на ощущение усталости, дурноты, снижение работоспособности, трудности концентрации внимания, раздражительность, нарушения сна; возможен страх появления или усиления боли, что заставляет пациентов принимать анальгетики «впрок» [7]. Патогенез лекарственного злоупотребления связывают с функцио-

нальными изменениями церебральных нейрональных сетей [8]; описаны также структурные изменения серого вещества головного мозга [9]. Лечение включает прекращение приема «виновных» препаратов и назначение курсового превентивного лечения [10, 11].

Факторами риска АГБ считаются курение, избыточная масса тела, стресс [11, 12]. АГБ коморбидны депрессия и беспокойство [13]. Предполагается, что на механизмы развития лекарственного абузуса оказывают влияние копинг-стратегии пациентов, которые обуславливают тяжесть головной боли и степень нарушения качества жизни пациентов [14]. Имеются указания на роль зависимого поведения в развитии лекарственно-индуцированной головной боли [15].

Цель исследования – изучить эмоциональные и личностные особенности пациентов с медикаментозно-индуцированной (абузусной) головной болью.

Критерии включения: 1) возраст от 18 до 65 лет; 2) головная боль, соответствующая критериям Международной классификации головной боли 3-го пересмотра, 2018, для медикаментозно-индуцированной (абузусной) головной боли; 3) отсутствие тяжелой соматической патологии; 4) ясное сознание пациентов; 5) информированное согласие на участие.

Критерии невключения: 1) возраст младше 18 лет и старше 65 лет; 2) отсутствие информированного согласия.

Материалы и методы: клинико-неврологическое обследование, 10-балльная визуальная аналоговая шкала оценки болевого синдрома (ВАШ), шкала депрессии Бека, опросник реактивной и личностной тревоги Спилбергера, опросник оценки качества жизни SF-36, индекс HART, Лидский опросник зависимости, копинг-тест Лазаруса. Все пациенты дали письменное информированное согласие на участие. Исследование одобрено локальным этическим комитетом ПГМУ.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью пакета STATISTICA 10 непараметрическими методами, с представлением данных в формате: медиана (Me), 95% доверительный интервал (ДИ).

Результаты. Обследовано 20 пациентов (7 мужчин и 13 женщин) в возрасте от 26 до 65 лет (Me 42; 95% ДИ 42,31–47,77) с диагнозом АГБ (основная группа) и 5 здоровых добровольцев – 2 мужчин и 3 женщины соответствующего пола и возраста

(контрольная группа). 12 пациентов в качестве первичной головной боли, послужившей основой для лекарственного абузуса, имели ГБН (количество болевых дней более 4 в неделю), 1 – мигрень с аурой, 7 – мигрень без ауры. Длительность первичной ГБ варьировала от 7 до 31 лет, лекарственного абузуса – от 2 до 10 лет, в среднем составив более 6 мес Me 12; (95% ДИ 10,23–14,76).

Медиана длительности заболевания первичной головной болью составила Me 15; (95% ДИ 11, 52–18,41). Интенсивность первичной ГБ по 10-балльной шкале ВАШ ретроспективно имела значения от 7 до 9 баллов и составила Me 8,0 б; (95% ДИ 6,95–8,27), при средней частоте первичной головной боли в месяц Me 2 дня (95% ДИ 1,76–2,46), тогда как при сформировавшемся абузусе интенсивность ГБ по ВАШ составила у пациентов 6–8 баллов (Me 7,0; 95% ДИ 6,27–8,78). Количество болевых дней в группе с абузусом оказалось равным Me 4,0; (95% ДИ 3,68–5,14), ему соответствовало среднее количество дней с приемом анальгетиков в неделю – Me 4,0 дня (95% ДИ 3,78–5,07).

Длительность течения АГБ была несколько выше у лиц женского пола в отличие от мужчин основной группы, в среднем у мужчин Me 15 лет, у женщин Me 18 лет (95% ДИ 17,22–18,99), однако различия оказались незначимыми.

Группа пациентов с АГБ характеризовалась высокими уровнями тревоги и депрессии. Уровень реактивной тревоги по шкале Спилбергера у пациентов имел среднее значение Me 35 (95% ДИ 30,82–48,91), личностной тревоги – Me 34; (95% ДИ 29,79–35,82). В группе контроля выявлены уровни: реактивной тревоги Me 12 (95% ДИ 10,83–13,60, $p=0,052$), личностной тревоги Me 14; (95% ДИ 11,73–14,84; $p=0,028$). Уровень депрессии по опроснику Бека у пациентов составил Me 21 б.; (95% ДИ 21,32–26,63), в группе контроля Me 14 б. (95% ДИ 12,22–15,91; $p=0,018$).

Результаты обработки Лидского опросника зависимости показали Me 84 б.; (95% ДИ 81,12–89,60). Показатели зависимости коррелировали с высокими уровнями личностной тревоги ($R=0,52$, $p=0,01$); корреляция с реактивной тревогой ($R=0,43$, $p=0,05$) не достигла статистической значимости. Корреляции с уровнем депрессии выявлено не было.

При оценке эффективности лечения АГБ по HART Index пациентами была отмечена низкая эффективность используемой терапии и низкий уровень контроля за злоупотреблением лекарственными препаратами. Были получены данные, свидетельствующие о том, что у пациентов с абузусом

FEATURES OF THE CLINIC AND
PERSONAL RESPONSE IN PATIENTS
WITH ABUSUS HEADACHEK.N. Skvortsova,
N.L. StarikovaDepartment of Neurology
of Postgraduate Faculty, E.A. Vagner
Perm State Medical University,
Perm, Russia*In patients with medication overuse
low levels of active coping strategies,
high adherence to passive coping,
high levels of psychological compliance
to analgesics and low control of med-
ication use were revealed. In patho-
genesis of medication-overuse head-
ache the role of interaction between
medication and patient's personality
is presumed.*

DOI: 10.25731/RASP.2018.03.014

Keywords:

*medication-overuse headache;
anxiety; depression; medication
dependency; coping strategies.*

Contact:

K.N. Skvortsova;
skvortsova_kn@mail.ru

ГБ затрудняла за последние 3 мес профессиональную деятельность, учёбу, работу по дому в течение 11–20 дней (Ме 14,0; 95% ДИ 10,92–22,63). Также пациентами было отмечено, что приём одной дозы препарата редко избавлял от ГБ полностью. По влиянию ГБ на повседневную активность пациентов, согласно опроснику НИТ-6, получено среднее значение Ме 56 (95% ДИ 44,93–56,81), что также указывает на высокий уровень влияния ГБ на жизнь обследованных; результаты положительно коррелировали с низкими показателями качества жизни ($R=0,60$, $p=0,001$).

При исследовании качества жизни с помощью анкеты SF-36 получены результаты: ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, – Ме 23; 95% ДИ 19,98–23,79 (в группе контроля Ме 81; 95% ДИ 80,78–86,65, $p=0,036$); интенсивность боли Ме 30; 95% ДИ 24,71–31,89; (в группе контроля Ме 70; 95% ДИ 67,08–75,15); общее состояние здоровья Ме 5,0; 95% ДИ 4,94–6,78; (в группе контроля Ме 8; 95% ДИ 6,78–8,95, $p=0,026$); жизненная активность Ме 65; 95% ДИ 53,2–67,89 (в группе контроля Ме 81; 95% ДИ 76,78–90,65, $p=0,029$); социальное функционирование Ме 62; 95% ДИ 55,82–66,74 (в группе контроля Ме 94; 95% ДИ 87,78–97,15, $p=0,033$); ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, – Ме 90; 95% ДИ 84,56–93,4; (в группе контроля Ме 94; 95% ДИ 85,52–95,27); психическое здоровье Ме 56; 95% ДИ 51,28–59,98 (в группе контроля Ме 93; 95% ДИ 83,78–96,65, $p=0,031$). Следует отметить, что показатель «интенсивность боли» по опроснику SF-36 является обратным, то есть низкое значение соответствует более выраженному болевому синдрому.

По результатам копинг-теста Лазаруса в группе пациентов были получены следующие результаты: конфронтационный копинг Ме 60; 95% ДИ 54,56–63,4 (в группе контроля Ме 88; 95% ДИ 85,52–91,47, $p=0,033$); дистанцирование Ме 70; 95% ДИ 67,58–73,70 (в группе контроля Ме 94; 95% ДИ 84,72–95,89, $p=0,039$); самоконтроль – Ме 69; 95% ДИ 65,76–73,90 (в группе контроля Ме 89; 95% ДИ 85,78–93,67, $p=0,038$); поиск социальной поддержки – Ме 90,0; 95% ДИ 86,86–93,60 (в группе контроля Ме 94; 95% ДИ 87,82–96,12, $p=0,026$); принятие ответственности – Ме 73; 95% ДИ 70,16–77,52 (в группе контроля Ме 91; 95% ДИ 87,82–94,47, $p=0,035$); бегство–избегание – Ме 92; 95% ДИ 89,58–94,72 (в группе контроля Ме 67; 95% ДИ 63,12–69,97, $p=0,030$); планирование решения проблемы – Ме 79; 95% ДИ 74,86–83,40 (в группе контроля Ме 91; 95% ДИ 86,83–94,37, $p=0,045$); положительная переоценка – Ме 71; 95% ДИ 70,16–73,41 (в группе контроля Ме 93; 95% ДИ 87,72–95,37, $p=0,041$). Приверженность к пассивным копинг-стратегиям коррелировала с низкими показателями, полученными при исследовании повседневной активности пациентов, согласно опроснику НИТ-6 ($R=0,50$, $p=0,01$).

Заключение. Для пациентов, страдающих лекарственным абюзом, характерны высокие уровни тревоги и депрессии, низкие показатели качества жизни и активных копинг-стратегий («принятие ответственности», «планирование решения проблемы», «положительная переоценка»), а также высокая приверженность к пассивным копинг-стратегиям. Выявлен высокий показатель психологического компонента злоупотребления анальгетическими препаратами, согласно Лидскому опроснику зависимости, и низкий уровень контроля за лекарственным абюзом при оценке ответа на лечение головной боли –

по HART Index; при этом показатель зависимости положительно значимо коррелировал с уровнем личностной тревожности. Цефалгии у пациентов характеризовались низкой эффективностью используемой терапии и высоким уровнем влияния ГБ на повседневную жизнь обследованных, соглас-

но опроснику НИТ-6. Формирование лекарственно-го абузуса увеличивало частоту развития цефалгии, не повышая интенсивность болевого синдрома.

Конфликт интересов отсутствует.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Evers S., Marziniak M. Clinical features, pathophysiology, and treatment of medication-overuse headache. *Lancet Neurol.* 2010; 9(4): 391–401.
2. Феоктистов А.П., Филатова Е.Г., Вейн А.М. Психфизиологические особенности абузусной головной боли. *Журн. неврол. и психиатр.* 2002; 10: 13–17.
3. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition; *Cephalalgia* 2018; 38(1): 1–211.
4. Осипова В.В., Табеева Г.Р., Тринитатский Ю.В., Шестель Е.А. Первичные головные боли: клиника, диагностика, терапия. Ростов-на-Дону: Антей, 2011.
5. Ayzenberg I., Katsarava Z., Sborovski A., et al. The prevalence of primary headache disorders in Russia: A country-wide survey. *Cephalalgia* 2012; 32(5): 373–381.
6. Schmid C.W., Maurer K., Schmid D.M. Prevalence of medication overuse headache in a interdisciplinary pain clinic. *J Headache Pain* 2013, 14;4. doi: 10.1186/1129-2377-14-4.
7. Evers S., Jensen R. Treatment of medication overuse headache – guidelines of the EFNS headache panel. *Eur J Neurol* 2011; 18(9): 1115–21.
8. Chanraud S., Di Scala G., Dilharreguy B., et al. Brain functional connectivity and morphology changes in medication-overuse headache: clue for dependence-related processes? *Cephalalgia* 2014; 34(8): 605–615.
9. Lai T.H., Chou K.-H., Fuh J.-L., et al. Gray matter changes related to medication overuse in patients with chronic migraine. *Cephalalgia* 2016; 36(14): 1324–1333.
10. Chiang C.-C., Schwedt T.J., Wang S.J., Dodick D.W. Treatment of medication-overuse headache: a systematic review. *Cephalalgia* 2016; 36(4): 371–386.
11. Sances G., Ghiotto N., Galli F., et al. Risk factors in medication-overuse headache: a 1-year follow-up study (care II protocol). *Cephalalgia* 2010; 30(3): 329–336.
12. Westergaard M.L., Glümer C., Hansen E.H., Jensen R.H. Medication overuse, healthy lifestyle behavior and stress in chronic headache: results from a population-based representative survey. *Cephalalgia* 2016; 36(1): 15–28.
13. Da Silva A.N., Lake A.E. 3rd Clinical aspects of medication overuse headaches. *Headache* 2014; 54(1): 211–7.
14. Костенкова Н.В., Старикова Н.Л. Эмоциональные расстройства и их взаимосвязь с повышенной возбудимостью корковых нейронов у пациенток с головной болью напряжения. *Проблемы женского здоровья* 2014; 9(1): 23–29.
15. Fuh J.L., Wang S.J., Lu S.R., Juang K.D. Does medication overuse headache represent a behavior of dependence? *Pain* 2005; 119: 49–55.

REFERENCES

1. Evers S., Marziniak M. Clinical features, pathophysiology, and treatment of medication-overuse headache. *Lancet Neurol.* 2010; 9(4): 391–401.
2. Feoktistov A.P., Filatova E.G., Vein A.M. [Psychophysiological features of abuse headache]. *J Neurol Psychiat* 2002; 10: 13–17 (in Russ.).
3. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition; *Cephalalgia* 2018; 38(1): 1–211.
4. Osipova V.V., Tabeeva G.R., Trinitatsky Yu.V., Shes-tel E.A. [Primary headaches: clinical features, diagnosis, therapy]. *Rostov-na-Donu: Antey Publ.*, 2011 (in Russ.).
5. Ayzenberg I., Katsarava Z., Sborovski A., et al. The prevalence of primary headache disorders in Russia: A country-wide survey. *Cephalalgia* 2012; 32(5): 373–381.
6. Schmid C.W., Maurer K., Schmid D.M. Prevalence of medication overuse headache in a interdisciplinary pain clinic. *J Headache Pain* 2013, 14;4. doi: 10.1186/1129-2377-14-4.
7. Evers S., Jensen R. Treatment of medication overuse headache – guidelines of the EFNS headache panel. *Eur J Neurol* 2011; 18(9): 1115–21.
8. Chanraud S., Di Scala G., Dilharreguy B., et al. Brain functional connectivity and morphology changes in medication-overuse headache: clue for dependence-related processes? *Cephalalgia* 2014; 34(8): 605–615.
9. Lai T.H., Chou K.-H., Fuh J.-L., et al. Gray matter changes related to medication overuse in patients with chronic migraine. *Cephalalgia* 2016; 36(14): 1324–1333.
10. Chiang C.-C., Schwedt T.J., Wang S.J., Dodick D.W. Treatment of medication-overuse headache: a systematic review. *Cephalalgia* 2016; 36(4): 371–386.
11. Sances G., Ghiotto N., Galli F., et al. Risk factors in medication-overuse headache: a 1-year follow-up study (care II protocol). *Cephalalgia* 2010; 30(3): 329–336.
12. Westergaard M.L., Glümer C., Hansen E.H., Jensen R.H. Medication overuse, healthy lifestyle behavior and stress in chronic headache: results from a population-based representative survey. *Cephalalgia* 2016; 36(1): 15–28.
13. Da Silva A.N., Lake A.E. 3rd Clinical aspects of medication overuse headaches. *Headache* 2014; 54(1): 211–7.
14. Kostenkova NV, Starikova NL. [Emotional disorders and their relationship to an increase in excitability of cortical neurons in patients with tension-type headache]. *Problems of women health* 2014; 9(1): 23–29 (in Russ.).
15. Fuh J.L., Wang S.J., Lu S.R., Juang K.D. Does medication overuse headache represent a behavior of dependence? *Pain* 2005; 119: 49–55.