

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 абузусом, 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;
- Б. 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 абузуса 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 обусловливают 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 варьировалась 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 приёмом 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 HEADACHE

K.N. Skvortsova,
N.L. Starikova

Department 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 medication use were revealed. In pathogenesis of medication-overuse headache 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 НПТ-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 НПТ-6 ($R=0,50$, $p=0,01$).

Заключение. Для пациентов, страдающих лекарственным абузусом, 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 абузусом 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 HIT-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. Психофизиологические 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. Cephalgia 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? Cephalgia 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. Cephalgia 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. Cephalgia 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). Cephalgia 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. Cephalgia 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 Psychiatr 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., Shestel 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. Cephalgia 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? Cephalgia 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. Cephalgia 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. Cephalgia 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). Cephalgia 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. Cephalgia 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. Kostenko 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.