

Ю.С. Ваганова,
А.В. Амелин,
Л.Э. Бабаян,
А.Ю. Соколов,
А.А. Готовчиков,
И.В. Максимов,
А.А. Скоромец

ГБОУ ВПО «Первый
Санкт-Петербургский
государственный медицинский
университет им. акад.
И.П. Павлова» Минздрава России,
Санкт-Петербург, Россия

Контакты:
Ваганова Юлиана Сергеевна;
ulianasamul@yandex.ru

Обследован 41 больной с хронической мигренью без ауры и лекарственно-индуцированной головной боли (ЛИГБ). Проведено трехэтапное лечение в основной группе – отказ от анальгетиков и/или триптанов в условиях стационара с использованием мультиомодальной интенсивной детоксикационной фармакотерапии (МИДФ) с последующим назначением препарата для профилактического лечения мигрени и двухэтапное амбулаторное лечение в группе сравнения – отказ от анальгетика и/или триптана с назначением препарата для профилактического лечения мигрени. Делается вывод о том, что использование МИДФ на фоне одномоментной отмены «виновного» анальгетика и назначения профилактического лечения позволяют успешно и безопасно купировать («прерывать») абузус и предотвращать или уменьшать выраженность «синдрома отмены» «рикошетной головной боли», а также препятствовать развитию рецидива ЛИГБ через 1 месяц.

DOI: 10.25731/RASP.2018.03.015

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННО- ИНДУЦИРОВАННОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ В СТАЦИОНАРЕ И АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Ключевые слова:

лекарственно-индуцированная головная боль, абузусная головная боль, мигрень, лечение.

Введение

Обезболивающие средства, применяемые с целью купирования цефалгии, при их бесконтрольном использовании способны парадоксально ухудшать ее течение и формировать новую клиническую картину головной боли (ГБ) [1]. Этот тип вторичной цефалгии называется лекарственно-индуцированной головной болью (ЛИГБ), абузусной или «рикошетной» ГБ. Одни авторы считают, что ЛИГБ – самостоятельная симптоматическая ГБ [2], другие – что это осложнение мигрени или головной боли напряжения (ГБН) [3]. Тем не менее в последней Международной классификации головных болей от 2013 г. 3-го пересмотра бета-версии (ICHD-3) ЛИГБ рассматривается как самостоятельная классификационная единица (8.2). Она возникает и прогрессирует у пациентов с ранее существовавшей первичной ГБ (чаще всего мигренью), характеризуется высокой частотой приступов (>15 дн/мес) и регулярным бесконтрольным употреблением средств для купирования цефалгии [4]. Диагностически значимым для ЛИГБ считается прием более 15 дн/мес нестероидных противовоспалительных средств/или простых анальгетиков или более 10 дн/мес триптанов и/или комбинированных анальгетиков [4].

Распространенность ЛИГБ составляет от 1 до 2% в популяции и встречается у женщин в 3 раза чаще, чем у мужчин [5–7]. Современные данные показывают, что среди хронических форм цефалгий ЛИГБ занимает третье место после мигрени и ГБН

Лечение лекарственно-индуцированной головной боли

и встречается в 5–10% случаев всех ГБ [8]. Демографические и клинические характеристики ЛИГБ могут значительно отличаться в различных культурологических средах, зависят от социально-экономического статуса пациента, уровня развития здравоохранения [10]. В последние годы проблема чрезмерного использования обезболивающих средств при ГБ в Российской Федерации стала предметом повышенного внимания клиницистов и ученых [9]. Вероятнее всего, рост ЛИГБ на территории Российской Федерации связан с широкой рекламой анальгетиков в средствах массовой информации, разнообразием и доступностью безрецептурных форм препаратов, а также с недостаточной осведомленностью врачей и пациентов о данной проблеме, способах ее предупреждения и лечения.

Предикторы развития ЛИГБ на сегодняшний день неизвестны. Такие факторы, как высокая частота ГБ, табакокурение, низкая физическая активность, другие сопутствующие болевые синдромы, тревога и депрессия, повышенный индекс массы тела, нарушение сна, а также низкий социально-экономический статус рассматриваются в качестве потенциально возможных триггеров для формирования ЛИГБ [11, 12].

Общие экономические затраты в странах Евросоюза, связанные с мигренью, составляют 1222 евро на человека в год, тогда как для больных, страдающих ЛИГБ, эта сумма увеличивается до 3561 евро [12].

Лечение ЛИГБ является трудной задачей не только для врачей общей практики, неврологов, но и для врачей специализированных центров по лечению ГБ. Наиболее признанным эффективным методом лечения ЛИГБ считается отмена «виновного» в развитие этой цефалгии анальгетика [13–16]. Большинство специалистов предпочтуют одномоментную отмену анальгетиков или триптанов с одновременным назначением топирамата, одного из рекомендованных EFNS препаратов для лечения ЛИГБ с высоким уровнем доказательности [13–16].

Цель нашего исследования – сравнительная оценка эффективности и безопасности трехэтапной и двухэтапной методики лечения ЛИГБ в стационаре и амбулаторных условиях.

Материалы и методы

Проспективное когортное исследование осуществлено в центре диагностики и лечения головной боли ПСПБГМУ им. акад. И.П. Павлова.

Обследовано и проведено лечение 41 пациента (36 женщин и 5 мужчин) в возрасте $45,5 \pm 9,9$ лет, с хронической мигренью без ауры и ЛИГБ (критерии Международной Классификации головных болей 3-го пересмотра, бета-версии (ICHD-3)) [4].

С помощью специально разработанной анкеты при первичном приеме (исходный период) оценивались интенсивность ГБ (в баллах ВАШ), ее продолжительность (количество часов в сутки), ежемесячное количество дней с ГБ в течение последних 3-х мес и за последнюю неделю до обращения; ежемесячное количество и периодичность использования анальгетиков и триптанов за последние 3 мес и их эффективность. Анализировались анамнез ГБ, сопутствующая патология, результаты лабораторного и инструментального обследования.

Участники методом случайной выборки были распределены в 2 группы. Основную группу (n=22) составили пациенты, которые лечились в стационаре с использованием трёхэтапной методики, и группу сравнения (n=19), пациентам которой проводилась двухэтапная методика амбулаторного лечения (рис. 1).

На первом этапе лечения с пациентами обеих групп проводилась разъяснительная беседа о сути имеющейся у них головной боли (ЛИГБ) и необходимости полного отказа или существенного снижения кратности потребления анальгетиков и/или триптанов (до 9 и менее дней месяц).

Второй этап для основной группы предполагал проведение мультимодальной интенсивной дезинтоксикационной фармакотерапии (МИДФ) в условиях стационара. Эта семидневная схема лечения состояла из последовательного применения натрия вальпроата с добавлением на 3-и сутки дексаметазона, метоклопрамида и бромдигидрохлорфенилбензодиазепина (рис. 2). Выбор препаратов для МИДФ осуществлялся на основе механизмов их действия и известных представлений о патогенезе хронической боли, мигрени и ЛИГБ [7].

Третий этап лечения для основной группы и *второй этап* для группы сравнения подразумевали проведение профилактической фармакотерапии, одним из препаратов, рекомендованным EFNS для лечения мигрени.

Частота (количество дней с ГБ в месяц), интенсивность (баллы, ВАШ), продолжительность приступа цефалгии (количество часов в сутки), периодичность использования (количество дней в месяц) обезболивающих оценивались на протяжении 7 дней стационарного лечения и через 1 месяц после проведенной терапии – в основной

группе либо через 1 месяц после первичного приема – в группе сравнения. В течение семидневной схемы МИДФ регистрировались любые нежелательные явления.

Статистический анализ был проведен с помощью программы Statistica, версия 10

(Statsoft Inc., США). Параметры распределения признаков в выборке оценивали при помощи критерия Шапиро-Уилка. Методы описательной (дескриптивной) статистики для количественных признаков с нормальным распределением включали в себя оценку среднего арифметического (M), средней ошибки среднего ($\pm m$).



РИСУНОК 1
СХЕМА ТРЕХЭТАПНОЙ И ДВУХЭТАПНОЙ МЕТОДИК

FIGURE 1
SCHEME OF THREE-STAGE AND TWO-STAGE METHOD

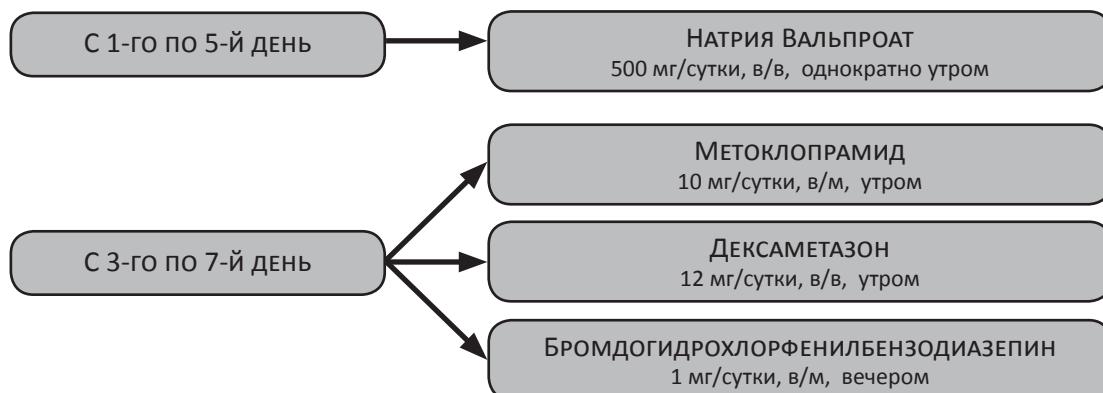


РИСУНОК 2
СХЕМА МУЛЬТИМОДАЛЬНОЙ ИНТЕНСИВНОЙ ДЕЗИНТОКСИКАЦИОННОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ

FIGURE 2
SCHEME OF MULTI-MODAL INTENSIVE DETOXIFICATION PHARMACOTHERAPY

ТАБЛИЦА 1

ОСНОВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ НА ПЕРВИЧНОМ ПРИЕМЕ (ИСХОДНЫЙ ПЕРИОД)

TABLE 1

THE MAIN CHARACTERISTICS OF HEADACHE ON BASELINE

ПАРАМЕТРЫ	ОСНОВНАЯ ГРУППА (N=22)	ГРУППА СРАВНЕНИЯ (N=19)	P
ВОЗРАСТ, ЛЕТ	47,5±9,8	43,3±14,4	P>0,05
Пол, м/ж	1/20	4/15	P>0,05
ИНТЕНСИВНОСТЬ ПРИСТУПОВ, БАЛЛЫ ВАШ	8 [7; 10]	7 [6; 8]	P>0,05
ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРИСТУПОВ, ЧАС	24 [24; 24]	24 [10; 24]	P>0,05
ДЛИТЕЛЬНОСТЬ СУЩЕСТВОВАНИЯ ЛИГБ, МЕСЯЦ	24 [6; 24]	25 [10;30]	P>0,05
КОЛИЧЕСТВО ДНЕЙ С ГБ В МЕСЯЦ	30 [30; 30]	25 [15; 30]	P>0,05
КОЛИЧЕСТВО ДНЕЙ С ГБ ЗА ПОСЛЕДНЮЮ НЕДЕЛЮ	7 [7; 7]	6 [5;7]	P>0,05
«ВИНОВНЫЙ АНАЛЬГЕТИК» (АБСОЛЮТНОЕ КОЛИЧЕСТВО ПАЦИЕНТОВ (ОТНОСИТЕЛЬНАЯ ЧАСТОТА))			
– ТРИПТАНЫ	8 (26,3%)	5 (26,3%)	
– НПВП/ПРОСТЫЕ АНАЛЬГЕТИКИ	6 (27,3%)	8 (42,1%)	
– КОМБИНИРОВАННЫЕ АНАЛЬГЕТИКИ	8 (36,3%)	6 (31,6%)	
КОЛИЧЕСТВО ДНЕЙ ПРИЕМА «ВИНОВНОГО» АНАЛЬГЕТИКА В МЕСЯЦ	27 [16; 30]	20 [10; 30]	P>0,05
КОЛИЧЕСТВО ДНЕЙ ПРИЕМА «ВИНОВНОГО» АНАЛЬГЕТИКА ЗА ПОСЛЕДНЮЮ НЕДЕЛЮ	7 [7; 7]	7 [7; 7]	P>0,05
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИЕМА АНАЛЬГЕТИКОВ (КОЛИЧЕСТВО ЧЕЛОВЕК (ОТНОСИТЕЛЬНАЯ ЧАСТОТА)):			
– КУПИРУЕТ ИЛИ УМЕНЬШАЕТ >50% ПО ИНТЕНСИВНОСТИ;	11 (50%)	12 (63,1%)	
– БЕЗ ЭФФЕКТА ИЛИ УМЕНЬШАЕТ ЕЕ <50% ПО ИНТЕНСИВНОСТИ	11 (50%)	7 (36,8%)	

Для количественных признаков с распределением, отличающимся от нормального, рассчитывали: медиану (Me), нижний (LQ) и верхний квартили (UQ) в формате Me (LQ; UQ). Для описания качественных признаков проводилось вычисление относительных частот в процентах (%). Для оценки межгрупповых различий по нормально распределенным количественным данным применяли *t*-критерий Стьюдента, по отличным от нормального распределению количественных и качественных данных использовался критерий Манна-Уитни (U). Для проверки нулевой гипотезы внутри одной выборки (сравнение двух зависимых групп) по количественному признаку непараметрическим методом использовался критерий Вилкоксона (W), при сравнении групп между собой (независимых групп) по количественному признаку непараметрическим методом использовался критерий Манна-Уитни (U). Различия признавались значимыми при $p<0,05$.

Результаты

Участники обеих групп были сопоставимы по возрасту, полу и основным характеристикам ГБ (табл. 1).

Выявлено, что до начала исследования из 41 обследованного семеро (17%) пациентов жаловались на «невыносимую» ГБ (10 баллов ВАШ), 25 (61%) пациентов оценивали её как сильную и очень сильную (7–9 баллов по ВАШ), остальные 9 (22%) пациентов – как умеренно выраженную (5–6 баллов ВАШ). У 33 (80%) больных была ГБ продолжительностью от 12 до 24 час/сут, у 8 (20%) больных – от 5 до 11 час/сут. У 25 (64%) обследованных выявлена ежедневная головная боль, у 9 (19%) – частота приступов от 16 до 29 дней с ГБ в месяц, а у остальных 7 (17%) обследованных количество дней с ГБ составило 15 дней/мес. Тринадцать (32%) пациентов злоупотребляли триптанами, 14 (34%) – нестериоидными противовоспалительными средствами или простыми анальгетиками, 14 (34%) – комби-

нированными анальгетиками. У 16 (39%) обследованных выявлен ежедневный прием обезболивающих препаратов, у 11 (27%) прием составил от 16 до 29 дней/мес, у 14 (34%) обследованных от 10 (в случае приема триптанов или комбинированных анальгетиков) до 15 дней/мес. Двадцать три пациента (56%) отмечали «хороший» эффект (купирование или уменьшение выраженности ГБ более чем на 50%) от приема анальгетиков, тогда как 14 (34%) сообщали о недостаточной эффективности лечения приступа (уменьшение выраженности ГБ менее чем на 50%), 4 больных (10%) предъявляли жалобы на отсутствие достаточного эффекта от приема анальгетиков.

Двенадцать пациентов (29%) предъявляли жалобы на ежедневную ГБ продолжительностью 24 час/сут с ежедневным приемом анальгетиков и/или триптанов.

За время пребывания в стационаре и МИДФ у 10 больных (47%) зарегистрированы жалобы на общую слабость, у 6 (29%) – на тошноту, у 4 (19%) – на несистемное головокружение, у 3 (14%) – снижение аппетита и у одного пациента – рвота. Для большинства (11 пациентов, 53%) лечение не было обременительным и не сопровождалось нежелательными явлениями (табл. 2).

В основной группе после 7 дней МИДФ у двоих (9%) больных приступы цефалгии полностью купировались, у половины (55%) больных зарегистрирован один приступ, у 6 (27%) больных – от двух до трех приступов, только двое (9%) больных отметили 4 приступа за время семидневного лечения. Количество дней с головной болью за 7 дней лечения уменьшилось с 7 до 1 ($p<0,05$). При этом интенсивность головной боли уменьшилась от очень сильной и сильной до умеренно выраженной цефалгии (с 8 до 5 баллов ВАШ) ($p<0,05$). Продолжительность приступа ГБ также сократилась с 24 до 5 час/сут ($p<0,05$). За время госпитализации от приема «виновного» анальгетика отказались 15 (68%) пациентов, а 7 (32%) пациентов сократили прием обезболивающих до 1–2 дней ($p<0,05$). Таким образом, через 7 дней лечения в стационаре в основной группе было выявлено статистически значимое улучшение всех показателей ГБ (табл. 3).

Через месяц профилактического лечения ГБ с периодичностью более 15 дн/мес присутствовали у 13 пациентов (59%) этой группы, при этом у 4 пациентов (17%) приступы остались ежедневными (табл. 4). Тем не менее, по сравнению с исходным периодом и группой сравнения отмечено статистически значимое ($p<0,05$) снижение ежемесячного количества дней с ГБ. У большего

ТАБЛИЦА 2
ВЫЯВЛЕННЫЕ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ ЯВЛЕНИЯ
НА ФОНЕ МИДФ

TABLE 2
IDENTIFIED ADVERSE EVENT DURING MIDP

Нежелательные явления	Пациенты (абс, %)
Общая слабость	10 (47%)
Тошнота	6 (29%)
Несистемное головокружение	4 (19%)
Снижение аппетита	3 (14%)
Рвота	1 (5%)

ТАБЛИЦА 3
ОСНОВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ГБ
НА 7-Й ДЕНЬ ПРОВЕДЕНИЕ МИДФ

TABLE 3
THE MAIN CHARACTERISTICS OF HEADACHE ON THE 7TH DAY OF MIDP

ПАРАМЕТРЫ	ИСХОДНЫЙ ПЕРИОД (N=22)	НА 7-Й ДЕНЬ ТЕРАПИИ (N=22)	P
ИНТЕНСИВНОСТЬ ПРИСТУПОВ (ВАШ)	8 [7; 10]	5 [4; 6]	$p<0,05$
ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРИСТУПОВ (ч)	24 [24; 24]	5 [4; 6]	$p<0,05$
ПЕРИОДИЧНОСТЬ ГБ (дни)	7 [7; 7]	1 [1; 2]	$p<0,05$
ПРИМЕНЕНИЕ «ВИНОВНОГО» АНАЛЬГЕТИКА (дни)	7 [7; 7]	1 [1; 2]	$p<0,05$

ТАБЛИЦА 4
ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

TABLE 4
PREVENTIVE MEDICATION THERAPY

НАЗВАНИЕ ПРЕПАРАТА	ОСНОВНАЯ ГРУППА (N=22)	ГРУППА СРАВНЕНИЯ (N=19)
Метопролол	3 (14%)	6 (31%)
Циннаризин	5 (23%)	4 (21%)
Топирамат	4 (18%)	6 (31%)
Вортиоксетин	10 (48%)	3 (16%)

ПРИМЕЧАНИЕ: ЦИФРЫ В ТАБЛИЦЕ – АБСОЛЮТНОЕ И ОТНОСИТЕЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО ПАЦИЕНТОВ

COMPARATIVE EVALUATION
OF THE EFFECTIVENESS
OF THREE-STAGE INPATIENT
AND OUTPATIENT TREATMENT
FOR PATIENTS WITH MEDICATION
OVERUSE HEADACHE

I.S. Vaganova, A.V. Amelin,
L.E. Babayn, A.I. Sokolov,
A.A. Gotovchikov, I.V. Maximov,
A.A. Skoromez

First Pavlov State Medical University
of St. Petersburg, St. Petersburg, Russia

41 patients with chronic migraine without aura and medical overuse headache (MOH) were examined. Three-stage treatment in the main group was included withdrawal of analgesics and/or triptans in a hospital, the use of multimodal intensive detoxification pharmacotherapy (MIDP), prescription prophylactic treatment of migraine. Two-stage outpatient treatment in the comparison group was included withdrawal of analgesics and/or triptans, prescription prophylactic treatment of migraine. The headache frequency, intensity, duration, frequency of overuse analgesics and triptans was evaluated. It is concluded that the use of the MIDP with withdrawal therapy and preventive treatment can successfully and safely stop MOH and prevent or reduce the severity of the "withdrawal syndrome" of the "rebound headache".

DOI: 10.25731/RASP.2018.03.015

Keywords:
medical-overuse headache, withdrawal headache, migraine, treatment.

Contact:
U.S. Vaganova; ulianasamul@yandex.ru

числа больных (12 пациентов, 55%) сохранялись сильные и очень сильные боли (7–9 баллов ВАШ), а у половины пациентов (11 пациентов, 50%) сохранялись приступы продолжительностью 24 час/сут. Таким образом интенсивность и продолжительность ГБ в основной группе через месяц профилактического лечения оставались прежними и значимо не отличались по сравнению с исходным периодом и группой сравнения ($p>0,05$). Только 5 больных (23%) уменьшили периодичность приема «виновного» анальгетика до 9 дней и менее в месяц. Двое пациентов (9%) продолжали ежедневно принимать обезболивающие препараты. Большинство больных (15, 68%) смогли сократить количество и периодичность приема обезболивающих препаратов по сравнению с исходным периодом и группой сравнения, в результате чего через 1 мес после проведения МИДФ в этой группе получено статистически значимое сокращение этого параметра оценки эффективности лечения ($p<0,05$) (табл. 5).

В группе сравнения через 1 месяц профилактического лечения у 15 больных (79%) сохранялось прежнее количество дней с ГБ, у 4 больных (21%) сократилась частота приступов по сравнению с исходным периодом на 1–3 дня, однако только у одного пациента количество дней с ГБ снизилось до диагностически значимого и составляло менее 15 дн/мес. Интенсивность и продолжительность приступов достоверно не изменились по сравнению с исходным периодом ($p>0,05$). У подавляющего числа больных (14 пациентов, 74%) сохранялись очень сильные и сильные боли (7–9 баллов ВАШ), а у половины пациентов (10 пациентов, 53%) сохранялись приступы продолжительностью 24 час/сут ($p>0,05$). За один месяц амбулаторного лечения 8 пациентов (42%) этой группы сократили прием «виновного» анальгетика. Однако только 2 больных (10%) достигли снижения количества дней приема «виновного» анальгетика до 9 и менее дн/мес. По сравнению с исходным периодом выявлена недостоверная тенденция снижения дозы и периодичности приема обезболивающих ($p=0,06$) (табл. 5).

Обсуждение

В настоящее время лечение ЛИГБ остается проблемой с большим количеством нерешенных вопросов. Несмотря на то что отказ от приема анальгетиков и триптанов является лучшим способом лечения ЛИГБ, данный подход может привести к развитию «синдром отмены». Последний проявляется увеличением частоты ГБ, тошнотой, рвотой, артериальной гипотензией, тахикардией, бессонницей и тревогой [16]. Есть мнение, что разъяснительная беседа с пациентом достаточна для прекращения бесконтрольного приема обезболивающих средств [17]. Однако клинический опыт и ряд исследований свидетельствует, что в лучшем случае только часть пациентов может самостоятельно отказаться от приема «виновного» анальгетика после разъяснительной консультации, а подавляющее большинство нуждается в дезинтоксикационной терапии [18]. Высказывается точка зрения, что отказ от обезболивающих средств должен проводиться в условиях стационара, поскольку там он проходит значительно легче и эффективней, чем амбулаторно [19].

Таким образом, подходы к терапии ЛИГБ противоречивы и не имеют четких рекомендаций. Выбор лекарственных средств носит эмпирический характер, так как до сих пор механизмы хронизации головной боли и развития ЛИГБ не определены.

ТАБЛИЦА 5

ОСНОВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ГБ ЧЕРЕЗ 1 МЕСЯЦ В ОСНОВНОЙ ГРУППЕ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ МИДФ И В ГРУППЕ СРАВНЕНИЯ ПОСЛЕ ПЕРВИЧНОГО ПРИЕМА

TABLE 5

THE MAIN CHARACTERISTICS OF HEADACHE – ONE MONTH AFTER MIDP IN MAIN GROUP AND ONE MONTH AFTER PREVALENCE TREATMENT IN COMPARISON GROUP

ПАРАМЕТРЫ	Основная группа (n=22)		Группа сравнения (n=19)		P
	Исходный период	Через 1 мес после МИДФ	Исходный период	Через 1 мес лечения	
ИНТЕНСИВНОСТЬ ПРИСТУПОВ, БАЛЛЫ (ВАШ)	8 [7; 10]	8 [7; 8] <i>P>0,05</i>	7 [6; 8]	7 [6; 8] <i>P>0,05</i>	<i>P1-2>0,05</i> <i>P3-4>0,05</i> <i>P2-4>0,05</i>
ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРИСТУПОВ, (ЧАСЫ)	24 [24; 24]	24 [10; 24] <i>P>0,05</i>	24 [10; 24]	24 [10; 24] <i>P>0,05</i>	<i>P1-2>0,05</i> <i>P3-4>0,05</i> <i>P2-4<0,05</i>
КОЛИЧЕСТВО ДНЕЙ С ГБ В МЕС	30 [30; 30]	15 [10; 25] <i>P<0,05</i>	25 [18; 30]	25 [15; 30] <i>P>0,05</i>	<i>P1-2<0,05</i> <i>P3-4>0,05</i> <i>P2-4<0,05</i>
КОЛИЧЕСТВО ДНЕЙ ПРИЕМА «ВИНОВНОГО» АНАЛЬГЕТИКА В МЕС	27 [16; 30]	15 [10; 20] <i>P<0,05</i>	20 [10; 30]	15 [15; 30] <i>P=0,06</i>	<i>P1-2<0,05</i> <i>P3-4=0,06</i> <i>P2-4<0,05</i>

Результаты нашего исследования показывают, что проведение МИДФ на фоне одномоментной отмены «виновного» анальгетика и назначения профилактического лечения позволяют успешно купировать («прерывать») абузус и предотвратить или уменьшить выраженность «синдрома отмены» «прикошетной головной боли», а также препятствовать развитию рецидива ЛИГБ. Несмотря на успех лечения абузуса в условиях стационара, результаты дальнейшего профилактического лечения ЛИГБ оставляют желать лучшего. Так, через месяц профилактического лечения у 59% пациентов основной группы и 95% пациентов группы сравнения периодичность возникнове-

ния ГБ сохранялась более 15 дн/мес, а интенсивность и продолжительность приступов ГБ была на прежнем уровне у 73 % и 79% пациентов основной и группы сравнения соответственно.

Таким образом, проведение МИДФ может быть рекомендовано как эффективный дополнительный способ лечения ЛИГБ, позволяющий облегчить и ускорить отмену анальгетика или триптана.

Конфликт интересов и источники финансирования отсутствуют.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Scher A.I., Rizzoli P.B., Loder E.W. Medication overuse headache: An entrenched idea in need of scrutiny. *Neurology* 2017; 89(12): 1296–1304. DOI: 10.1212/WNL.0000000000004371.
2. Осипова В.В. Первичный головные боли: диагностика и лечение. М., 2017.
3. Стайнер Т.Дж., Пемелера К., Йенсен Р. Европейский принципы ведения пациентов с наиболее распространёнными формами головной боли в общей практике. М.: ООО «ОГИ.РП», 2010.
4. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta
1. Scher A.I., Rizzoli P.B., Loder E.W. Medication overuse headache: An entrenched idea in need of scrutiny. *Neurology* 2017; 89(12): 1296–1304. DOI: 10.1212/WNL.0000000000004371.
2. Osipova V.V. Pervichnyj golovnye boli: diagnostika i lechenie [Primary headaches: diagnosis and treatment]. Moscow. Moskva, 2017. 27p. (in Russ).
3. Stajner T.Dzh., Pemelera K., Jensen R. Evropejskij principy vedenija pacientov s naibolee rasprostranjonnymi formami golovnoj boli v obshhej praktike [European principles of managing patients with the most common forms of headache in general practice]. Moscow. OOO «OGGI.RP», 2010. 56 p. (in Russ).
4. Headache Classification Committee of the International

Лечение лекарственно-индуцированной головной боли

- version). *Cephalalgia* 2013; 33(9): 629–808. DOI: 10.1177/0333102413485658.
5. Westergaard M.L., Munksgaard S.B., Bendtsen L. Medication-overuse headache: a perspective review. *Therapeutic Advances in Drug Safety* 2016; 7(4): 147–58. DOI: <https://doi.org/10.1177/2042098616653390>.
 6. Lipton R.B. Risk factors for and Management of Medication-Overuse Headache. *Continuum (Minneapolis Minn)* 2015; 21(4): 1118–1131. DOI: 10.1212/CON.0000000000000216.
 7. Амелин А.В., Игнатов Ю.Д., Скоромец А.А., Соколов А.Ю. Мигрень. Патогенез, клиника, фармакотерапия. М.: МЕДпресс-информ; 2011.
 8. Чечет Е.А., Табеева Г.Р. Лекарственно-индуцированная головная боль: эпидемиология, диагностика, лечение. *Медицинский совет* 2015; 17: 62–67. ISSN: 2079-7028.
 9. Kluonatis K., Petruskiene E., Ryliskiene K. Clinical characteristics and overuse patterns of medication overuse headache: retrospective case-series study. *Clinical Neurology and Neurosurgery* 2017; 163: 124–127. DOI: 10.1016/j.clineuro.2017.10.029
 10. Hagen K., Linde M., Steiner T.J. et al. Risk factors for medication-overuse headache: an 11-year follow-up study. *The Nord-Trøndelag Health Studies. Pain* 2012; 153(1): 56–61. DOI: 10.1016/j.pain.2011.08.018.
 11. Kristoffersen E.S., Lundqvist C. Medication-overuse headache: a review. *Journal of Pain Research* 2014; 26 (7): 367–78. DOI: 10.2147/JPR.S46071.
 12. Linde M., Gustavsson A., Stovner L.J. et al. The cost of headache disorders in Europe: The Eurolight project. *European Journal of Neurology* 2012; 19(5): 703–11. DOI: 10.1111/j.1468-1331.2011.03612.x.
 13. Zeeberg P., Olesen J., Jensen R. Discontinuation of medication overuse in headache patients: recovery of therapeutic responsiveness. *Cephalalgia* 2006; 26(10): 1192–1198. DOI: 10.1111/j.1468-2982.2006.01190.x.
 14. Rossi P., Jensen R., Nappi G., Allena M. A narrative review on the management of medication overuse headache: the steep road from experience to evidence. *J Headache Pain* 2009; 10(6): 407–417. DOI: 10.1007/s10194-009-0159-6.
 15. Evers S.I., Jensen R. Treatment of medication overuse headache – guideline of the EFNS headache panel. *European Journal of Neurology* 2011; 18(9): 1115–21. DOI: 10.1111/j.1468-1331.2011.03497.x.
 16. Katsarava Z., Fritsche G., Muessing M. et al. Clinical features of withdrawal headache following overuse of triptans and other headache drugs. *Neurology* 2011; 57(9): 1694–1698. DOI: 10.1212/WNL.57.9.1694.
 17. Grande R.B., Aaseth K., Benth J.S. et al. Reduction in medication-overuse headache after short information. The Akershus study of chronic headache. *European Journal of Neurology* 2001; 18(1): 129–137. DOI: 10.1111/j.1468-1331.2010.03094.x.
 - Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia* 2013; 33(9): 629–808. DOI: 10.1177/0333102413485658.
 5. Westergaard M.L., Munksgaard S.B., Bendtsen L. Medication-overuse headache: a perspective review. *Therapeutic Advances in Drug Safety* 2016; 7(4): 147–58. DOI: <https://doi.org/10.1177/2042098616653390>.
 6. Lipton R.B. Risk factors for and Management of Medication-Overuse Headache. *Continuum (Minneapolis Minn)* 2015; 21(4): 1118–1131. DOI: 10.1212/CON.0000000000000216.
 7. Amelin A.V., Ignatov Ju.D., Skoromec A.A., Sokolov A.Ju. Migren'. Patogenez, klinika, farmakoterapija [Migraine. Pathogenesis, clinic, pharmacotherapy]. Moscow. MEDpress-inform, 2011. 256 p. (in Russ).
 8. Chechet E.A., Tabeeva G.R. [Medical-overuse headache: epidemiology, diagnosis, treatment]. *Medicinskij sovet [Medical advice]*. 2015; 17: 62–67. (in Russ).
 9. Kluonatis K., Petruskiene E., Ryliskiene K. Clinical characteristics and overuse patterns of medication overuse headache: retrospective case-series study. *Clinical Neurology and Neurosurgery* 2017; 163: 124–127. DOI: 10.1016/j.clineuro.2017.10.029.
 10. Hagen K., Linde M., Steiner T.J. et al. Risk factors for medication-overuse headache: an 11-year follow-up study. *The Nord-Trøndelag Health Studies. Pain* 2012; 153(1): 56–61. DOI: 10.1016/j.pain.2011.08.018.
 11. Kristoffersen E.S., Lundqvist C. Medication-overuse headache: a review. *Journal of Pain Research* 2014; 26 (7): 367–78. DOI: 10.2147/JPR.S46071.
 12. Linde M., Gustavsson A., Stovner L.J. et al. The cost of headache disorders in Europe: The Eurolight project. *European Journal of Neurology* 2012; 19(5): 703–11. DOI: 10.1111/j.1468-1331.2011.03612.x.
 13. Zeeberg P., Olesen J., Jensen R. Discontinuation of medication overuse in headache patients: recovery of therapeutic responsiveness. *Cephalalgia* 2006; 26(10): 1192–1198. DOI: 10.1111/j.1468-2982.2006.01190.x.
 14. Rossi P., Jensen R., Nappi G., Allena M. A narrative review on the management of medication overuse headache: the steep road from experience to evidence. *J Headache Pain* 2009; 10(6): 407–417. DOI: 10.1007/s10194-009-0159-6.
 15. Evers S.I., Jensen R. Treatment of medication overuse headache – guideline of the EFNS headache panel. *European Journal of Neurology* 2011; 18(9): 1115–21. DOI: 10.1111/j.1468-1331.2011.03497.x.
 16. Katsarava Z., Fritsche G., Muessing M. et al. Clinical features of withdrawal headache following overuse of triptans and other headache drugs. *Neurology* 2011; 57(9): 1694–1698. DOI: 10.1212/WNL.57.9.1694.
 17. Grande R.B., Aaseth K., Benth J.S. et al. Reduction in medication-overuse headache after short information. The Akershus study of chronic headache. *European Journal of Neurology* 2001; 18(1): 129–137. DOI: 10.1111/j.1468-1331.2010.03094.x.

18. Munksgaard S.B., Bendtsen L., Jensen R.H. Detoxification of medication-overuse headache by a multidisciplinary treatment program is highly effective: a comparison of two consecutive treatment methods in an open-label design. *Cephalalgia* 2012; 32(11): 834–844. DOI: 10.1177/0333102412451363.
19. Rossi P., Faroni J.V., Tassorelli C., Nappi G. Advice alone versus structured detoxification programmes for complicated medication overuse headache (MOH): a prospective, randomized, open-label trial. *J Headache Pain* 2013; 14 (1): 10. DOI: 10.1186/1129-2377-14-10.
18. Munksgaard S.B., Bendtsen L., Jensen R.H. Detoxification of medication-overuse headache by a multidisciplinary treatment program is highly effective: a comparison of two consecutive treatment methods in an open-label design. *Cephalalgia* 2012; 32(11): 834–844. DOI: 10.1177/0333102412451363.
19. Rossi P., Faroni J.V., Tassorelli C., Nappi G. Advice alone versus structured detoxification programmes for complicated medication overuse headache (MOH): a prospective, randomized, open-label trial. *J Headache Pain* 2013; 14 (1): 10. DOI: 10.1186/1129-2377-14-10.