

# Клинические особенности пациентов с лекарственно-индуцированной головной болью

Ю.С. Ваганова, А.В. Амелин, А.А. Готовчиков, А.А. Тимофеева, П.А. Ляшок, А.Ю. Соколов

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

## Резюме

**Введение.** Встречаемость лекарственно-индуцированной головной боли (ЛИГБ) составляет 1,0–7,2% в популяции. Данные литературы свидетельствуют о неуклонном росте распространенности данной цефалгии.

**Цель исследования.** Оценка клинико-демографических характеристик пациентов с ЛИГБ.

**Материалы и методы.** Проведено ретроспективное 4-этапное исследование историй болезни и амбулаторных карт пациентов с первичной или вторичной формой цефалгии, отобраны карты пациентов с ЛИГБ, выполнен их анализ.

**Результаты.** В результате анализа обнаружено 344 (31,5% от общего числа) пациента с ЛИГБ. Соотношение женщин и мужчин среди пациентов составило 10,5:1. У 69,8% больных была мигрень, у 30,2% – головная боли напряжения. Головная боль возникала ежедневно у 179 (52,0%) больных; у 141 (41,0%) – от 16 до 29 дней в месяц; у 24 (7,0%) больных – 15 дней в месяц. Боль 10 баллов по ВАШ отмечали 30 (8,7%) пациентов; 9–7 баллов – 144 (41,9%) больных; 7–5 баллов – 111 (32,3%) обследованных; 2 баллов – 9 (2,6%) больных. Принимали обезболивающие препараты ежедневно 136 (39,5%) обследованных, 138 (40,1%) – от 16 до 29 дней в месяц, 70 (20,3%) пациентов – от 10 до 15 дней в месяц. Лекарственный абзус продолжительностью менее 12 месяцев выявлен у 75 (21,8%) пациентов, в течение года – у 105 (30,5%) пациентов, от 1 года до 5 лет – у 146 (42,4%) пациентов, более пяти лет – у 18 (5,2%) пациентов. Тревога и депрессия выявлены у 222 (64,5%) и 186 (54,1%) пациентов соответственно.

**Заключение.** Изучение факторов риска развития ЛИГБ может способствовать разработке эффективных мероприятий по ее предупреждению и лечению.

**Ключевые слова:** лекарственно-индуцированная головная боль, абзусная головная боль, клиническая картина, клинические характеристики.

**Для цитирования:** Ваганова Ю.С., Амелин А.В., Готовчиков А.А., Тимофеева А.А., Ляшок П.А., Соколов А.Ю. Клинические особенности пациентов с лекарственно-индуцированной головной болью. Российский журнал боли. 2019; 17 (3): 22–28. <https://doi.org/10.25731/RASP.2019.03.28>

## Информация об авторах:

Ваганова Ю.С. – <https://orcid.org/0000-0003-4409-9615>

Амелин А.В. – <https://orcid.org/0000-0001-9828-2509>

Готовчиков А.А. – <https://orcid.org/0000-0002-8567-6442>

Тимофеева А.А. – <https://orcid.org/0000-0003-1661-7753>

Ляшок П.А. – <https://orcid.org/0000-0002-1962-1769>

Соколов А.Ю. – <https://orcid.org/0000-0002-6141-486X>

**Автор, ответственный за переписку:** Ваганова Ю.С. – e-mail: [ulianasamul@yandex.ru](mailto:ulianasamul@yandex.ru), <https://orcid.org/0000-0003-4409-9615>

## Clinical characteristics of patients with medication overuse headache

I.S. Vaganova, A.V. Amelin, A.A. Gotovchikov, A.A. Timofeeva, P.A. Lyashok, A.I. Sokolov

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “Academician I.P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University” of the Ministry of Healthcare of Russian Federation

## Abstract

**Background.** The prevalence of medication overuse headache (MOH) is 1.0–7.2% in general population. Literature data indicate a steady increase in the prevalence of this cephalgia.

**Objectives.** Evaluation of clinical and demographic characteristics of patients with MOH.

**Material and methods.** A retrospective 4-stage study of case histories and outpatient records of patients with primary or secondary cephalgia were conducted, clinical records of patients with MOH were selected and carried out.

**Results.** The analysis revealed 344 (31.5% of the total) patients with MOH. The female/male ratio was 10.5:1. Migraine was in 69.8% cases; tension type headache was in 30.2% cases. Headache was daily in 179 (52.0%) patients, was from 16 to 29 days a month in 141 (41.0%) patients, was 15 days a month in 141 (41.0%) patients. Pain was 10 points Visual Analogue Scale (VAS) in 30 (8.7%) cases, 9–7 points VAS in 144 (41.9%) cases, 7–5 points VAS in 111 (32.3%) cases, 2 points VAS in 9 (2.6%) cases. Acute drugs were used daily by 136 (39.5%) surveyed, 138 (40.1%) took from 16 to 29 days a month, 70 (20.3%) patients used from 10 to 15 days a month. MOH was lasting less than 12 months in 75 (21.8%) cases, during the year in 105 (30.5%) cases, from 1 year to 5 years in 146 (42.4%) cases, more than five years in 18 (5.2%) cases. Anxiety and depression were found in 222 (64.5%) and 186 (54.1%) patients, respectively.

**Conclusions.** The study of risk factors for the development of MOH can contribute to the creation of effective measures for prevention and treatment this cephalgia.

**Keywords:** medication overuse headache, withdrawal headache, clinical characteristics, clinical pattern.

**For citation:** Vaganova I.S., Amelin A.V., Gotovchikov A.A., Timofeeva A.A., Lyashok P.A., Sokolov A.I. Clinical characteristics of patients with medication overuse headache. Russian journal of pain. 2019; 17 (3): 22–28. <https://doi.org/10.25731/RASP.2019.03.28>

#### Information about the authors:

Vaganova I.S. – <https://orcid.org/0000-0003-4409-9615>

Amelin A.V. – <https://orcid.org/0000-0001-9828-2509>

Gotovchikov A.A. – <https://orcid.org/0000-0002-8567-6442>

Timofeeva A.A. – <https://orcid.org/0000-0003-1661-7753>

Lyashok P.A. – <https://orcid.org/0000-0002-1962-1769>

Sokolov A.I. – <https://orcid.org/0000-0002-6141-486X>

**Correspondence author:** Vaganova I.S. – e-mail: [ulianasamul@yandex.ru](mailto:ulianasamul@yandex.ru), <https://orcid.org/0000-0003-4409-9615>

## Введение

Среди самых распространённых форм цефалгий абусная или лекарственно-индуцированная головная боль (ЛИГБ) занимает одну из ведущих позиций [1]. Эта хроническая вторичная форма цефалгии представлена в последней Международной классификации головных болей третьего пересмотра от 2018 г. (ICHD-3) и имеет четкие диагностические критерии (рис. 1) [2]. Она возникает на фоне бесконтрольного и частого применения анальгетиков и/или триптанов у пациентов с мигренью или головной болью напряжения [3].

Согласно многочисленным эпидемиологическим исследованиям ЛИГБ встречается у 1,0%–7,2% населения развитых стран [3–5]. По данным, опубликованным N. Vandenburg и соавт. в 2018 г., около 63 млн человек во всем мире страдают ЛИГБ [6]. Встречаемость ЛИГБ в Замбии достигает 7,1%, в Колумбии – 4,3%, в Литве – 3,2%, в Бразилии, Европе и США – 1,7%, в Эфиопии – 0,7%, в Китае – 0,6% в популяции этих стран [6–8]. В каждой стране имеется самый «популярный» у пациентов и врачей анальгетик или триптан «виновный» в развитии ЛИГБ [9]. Ежегодные материальные потери, исчисляемые на 1 пациента, страдающего ЛИГБ, самые значительные среди всех форм цефалгий. Согласно опубликованным данным Eurolight project, лечение пациента с ЛИГБ обходится пациенту и государству в 3561 евро в год, в то время как лечение одного пациента с мигренью составляет 1222 евро, а головной болью напряжения – 303 евро [7]. При этом более 90% материальных потерь составляют косвенные затраты, связанные с нетрудоспособностью больного в течение года, и только 10% финансов используется для профилактики [1]. В Италии общая ежегодная стоимость затрат на лечение пациентов с ЛИГБ составляет 13,5 млрд евро [10]. Высказывается мнение, что проведение эффективной терапии «детоксикации» могло бы снизить на четверть ежегодную стоимость лечения пациента с ЛИГБ [11].

Механизм развития ЛИГБ и трансформация эпизодической цефалгии в хроническую форму головной боли на фоне чрезмерного употребления анальгетиков и триптанов до сих пор не изучен. Наиболее вероятно, что в формировании абусной цефалгии участвуют центральные механизмы нарушения функций ноцицептивных и антиноцицептивных систем, генетическая предрасположенность и особый тип психического реагирования с формированием неверной стратегии преодоления боли [1].

Безусловно, ЛИГБ не несёт прямой угрозы здоровью и жизни пациента. Однако чрезмерный прием нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) может осложняться развитием НПВС-гастроэнтеропатии (эрозии и язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта), сердечно-сосудистых осложнений (дестабилизация

#### Диагностические критерии лекарственно-индуцированной головной боли, согласно Международной классификации головных болей 3-го пересмотра от 2018 года (ICHD-3)

A	Головная боль с частотой более 15 дней в месяц у пациента с ранее существовавшей первичной головной болью
B	Регулярное чрезмерное (более 10–15 дней в месяц) применение одного или более лекарственных средств для купирования и/или симптоматического лечения приступа головной боли на протяжении более 3-х месяцев
C	Не связана с другими причинами

**Рис. 1.** Диагностические критерии лекарственно-индуцированной головной боли, согласно Международной классификации головных болей 3-го пересмотра от 2018 г.

**Fig. 1.** Diagnostic criteria for medication-overuse headache, according the International Classification of Headache Disorders 3<sup>rd</sup> edition (beta version)

артериальной гипертензии, повышения риска тромбоэмболических осложнений, декомпенсация хронической сердечной недостаточности), нефротоксических и гепатотоксических реакций [12], а бесконтрольное применение триптанов повышает риск вазоконстрикции коронарных периферических артерий и приводит к развитию инфаркта миокарда, мозга и нарушениям сердечного ритма [13].

Понятно, что выявление и изучение факторов риска развития ЛИГБ может способствовать разработке эффективных мероприятий по ее предупреждению и лечению [4].

**Целью** данного исследования была оценка клинικο-демографических характеристик пациентов с ЛИГБ и выявление лекарственных препаратов, наиболее часто применяемых для лечения этой формы цефалгии.

## Материалы и методы

Ретроспективное 4-этапное поперечное исследование проведено на базе неврологического отделения № 1 и центра диагностики и лечения головной боли ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России.

На первом этапе проведен анализ историй болезни и амбулаторных карт пациентов с установленным диагнозом

первичной или вторичной формы цефалгии согласно критериям Международной классификации головных болей 3-го пересмотра от 2018 г. (ICHD-3) за период с 2013 по 2017 гг. включительно. Были отобраны 417 историй болезни (349 женщин, 68 мужчин) и 674 амбулаторных карт (547 женщин, 127 мужчин) пациентов в возрасте от 31 до 53 лет.

На втором этапе из исследования были исключены 92 пациента с вторичными (симптоматическими) формами цефалгий.

После третьего этапа в исследовании остались 413 пациентов с хронической головной болью (более 15-ти дней в месяц).

На заключительном этапе мы исключили пациентов с цефалгией, которая не соответствовала критериям ЛИГБ (ICHD-3) (рис. 2).

У 344 пациентов, отобранных после 4-х этапов исследования, анализировались демографические данные, характеристики головной боли (в соответствии с классификацией ICHD-3), ежемесячное количество дней с головной болью в течение последних трех месяцев, ежемесячная периодичность приема и вид обезболивающего препарата, интенсивность и возраст дебюта головной боли, дав-



Рис. 2. Ретроспективное 4-этапное поперечное исследование на базе неврологического отделения и центра диагностики и лечения головной боли

Fig. 2. A retrospective 4-stage cross-sectional study on the basis of the neurological department and the center of diagnosis and treatment of headache

Таблица 1. Возраст и пол пациентов с лекарственно-индуцированной головной болью

Table 1. Age and gender of patients with medication overuse headache

Группа	Пациенты с ЛИГБ		Пациенты с ХМ и ЛИГБ		Пациенты с ХГБН и ЛИГБ	
Показатель	(n=344)		(n=240)		(n=104)	
Возраст, лет	45 [35; 55]		42 [34; 52]		53,5 [39,5; 63,25]	
p<0,01						
Пол	Жен (n=314)	Муж (n=30)	Жен (n=226)	Муж (n=14)	Жен (n=88)	Муж (n=16)
p<0,01						
Возраст, лет	46 [35; 55]	41,5 [32; 50,25]	43 [35; 52]	32 [26,5; 37,75]	54 [38; 63,25]	47 [43,5; 63,75]
P-value	p>0,05		p<0,01		p>0,05	

Примечание: n – количество пациентов, p рассчитывалось с помощью U-критерия Манна-Уитни.

Notes: MOH – medication overuse headache, CM – chronic migraine, CTTH – chronic tension type headache, n – number of patients, p was calculated by Mann-Whitney U-test.

ность существования хронической цефалгии и «абузуса», наличие сопутствующих тревоги и депрессии.

**Статистический анализ** был проведен с помощью программы Statistica, версия 10 (Statsoft Inc., США).

Методы описательной (дескриптивной) статистики для количественных признаков с распределением, отличающимся от нормального, рассчитывали: медиану (Me), нижний (LQ) и верхний квартиль (UQ) в формате Me (LQ; UQ). Для описания качественных признаков проводилось вычисление относительных частот (в %). Параметры распределения признаков в выборке оценивали при помощи критерия Шапиро-Уилка. При сопоставлении двух независимых групп по количественным признакам, имеющим хотя бы в одной группе распределение, отличное от нормального, сравнение проводилось непараметрическим методом с помощью U-критерия Манна-Уитни. Сравнение частот бинарного и порядкового признаков в двух несвязанных группах проводилось путем проверки нулевой статистической гипотезы об отсутствии различий этих величин методом вычисления точного критерия Фишера, односторонний и двусторонний тест в зависимости от количества анализируемых признаков.

Различия признавались значимыми при  $p < 0,05$ .

## Результаты

Всего в исследование было включено 344 пациента с ЛИГБ, согласно критериям ICHD-3 (рис. 1 и 2), что составило 31,5% от общего числа пациентов с первичными и вторичными формами головной боли. В условиях стационара обследовались и лечились 140 (40,7%) пациентов, остальные 204 (59,3%) пациента наблюдались амбулаторно. У 69,8% (240/344) больных, бесконтрольно принимающих анальгетики, была мигрень, из них только 4,2% (10/240) страдали мигренью с аурой. Мигрень без ауры диагностирована у 66,9% (230/344) от общего числа больных, остальные 30,2% (104/344) пациентов страдали головной болью напряжения. Средний возраст пациентов составил  $45,6 \pm 11,5$  лет, от 18 лет (n=5) до 85 лет (n=1). Соотношение женщин и мужчин среди

пациентов ЛИГБ составило 10,5:1 (табл. 1). Возраст пациентов с хронической мигренью (ХМ) был достоверно ниже ( $p < 0,01$ ), чем у пациентов с хронической головной болью напряжения (ХГБН), при этом возраст женщин был ниже, чем у мужчин (табл. 1).

Средний возраст дебюта мигрени или головной боли напряжения у пациентов с ЛИГБ составил 23 [15; 34] года, при этом мигрень дебютировала в более раннем возрасте, который составил 20 [14; 28] лет ( $p < 0,01$ ). В группе молодого, подросткового и детского возраста, согласно классификации ВОЗ, статистически значимо ( $p < 0,01$ ) преобладали пациенты с ХМ и ЛИГБ (рис. 2), тогда как в группе среднего и пожилого возраста преобладали пациенты с ХГБН и ЛИГБ ( $p < 0,01$ ) (табл. 2).

Головная боль возникала ежедневно у 179 (52,0%) больных, у 141 (41,0%) голова болела от 16 до 29 дней в месяц, у остальных 24 (7,0%) обследованных количество дней с цефалгией составило 15 в месяц. Боль максимальной интенсивности («невыносимая», 10 баллов по ВАШ) отмечали 30 (8,7%) пациентов, сильную (8–7 баллов по ВАШ) – 144 (41,9%) больных, умеренно выраженную (7–5 баллов по ВАШ) – 111 (32,3%) обследованных, боль слабая по интенсивности (2 балла по ВАШ) присутствовала у 9 (2,6%) больных (табл. 3).



Рис. 3. Возраст дебюта мигрени у пациентов с лекарственно-индуцированной головной болью

Fig. 3. Age of the onset migraine in patients with medication overuse headache

Ежедневно обезболивающие препараты принимали 136 (39,5%) обследованных, у 138 (40,1%) кратность приёма анальгетиков и триптанов составляла от 16 до 29 дней в месяц, остальные 70 (20,3%) пациентов использовали эти препараты от 10 до 15 дней в месяц.

Наиболее часто пациенты с ЛИГБ в качестве обезболивающих средств использовали сочетание НПВС и комбинированные анальгетики (КА) (108 больных, 31,4%). Бесконтрольный прием КА и триптанов выявлен у 23 (6,7 %) больных, НПВС и триптанов –

**Таблица 2. Возраст дебюта первичной головной боли у пациентов, страдающих лекарственно-индуцированной головной болью**

**Table 2. The age of the onset of primary headache in patients with medication overuse headache**

Группа	Пациенты с ХМ и ЛИГБ	Пациенты с ХГБН и ЛИГБ	Пациенты с ЛИГБ
Возрастной период	(n=240)	(n=104)	(n=344)
<18 лет	102 (42,5 %)	8 (7,7 %)	110 (32,0%)
<i>P-value</i>	$p<0,01$		
Молодой возраст, 18–44 лет	137 (57,1%)	48 (46,2%)	185 (53,8%)
<i>P-value</i>	$p>0,05$		
Средний возраст, 45–59 лет	1 (0,4%)	29 (27,9%)	30 (8,7%)
<i>P-value</i>	$p<0,01$		
Пожилкой возраст, 60–74 лет	0 (0%)	18 (17,3%)	18 (5,2%)
<i>P-value</i>	$p<0,01$		
Старческий возраст, 75–90 лет	0 (0 %)	1 (0,9%)	1 (0,3%)
<i>P-value</i>	$p>0,05$		

Примечание: n – количество пациентов, *p* рассчитывалось методом точного критерия Фишера.

Notes: MOH – medication overuse headache, CM – chronic migraine, CTH – chronic tension type headache, n – number of patients, *p* was calculated by F-test.

**Таблица 3. Клинические характеристики лекарственно-индуцированной головной боли**

**Table 3. Clinical characteristics of medication overuse headache**

Группа	Пациенты с ХМ и ЛИГБ	Пациенты с ХГБН и ЛИГБ	Пациенты с ЛИГБ
Показатель	(n=240)	(n=104)	(n=344)
Количество дней с ГБ в месяц	25 [20; 30]	30 [25; 30]	30 [20; 30]
<i>P-value</i>	$p<0,01$		
Количество дней приема «виновного» анальгетика	20 [16; 30]	28,5 [16; 30]	20 [16; 30]
<i>P-value</i>	$p<0,01$		
Интенсивность приступа, минимальная, баллы ВАШ	5,5 [5; 7]	4 [4; 5]	5 [4; 6]
<i>P-value</i>	$p<0,01$		
Интенсивность приступа, максимальная, баллы ВАШ	8 [8; 10]	5 [5; 6]	8 [6; 9]
<i>P-value</i>	$p<0,01$		
Длительность существования хронической ГБ, месяц	24 [12; 36]	12 [12; 24]	24 [12; 36]
<i>P-value</i>	$p<0,01$		
Длительность существования ЛИГБ, месяц	18 [12; 24]	12 [9,5; 24]	12 [12; 24]
<i>P-value</i>	$p<0,05$		

Примечание: n – количество пациентов, *p* рассчитывалось методом точного критерия Фишера.

Notes: MOH – medication overuse headache, CM – chronic migraine, CTH – chronic tension type headache, n – number of patients, *p* was calculated by F-test.



у 13 (3,8%) больных. Монотерапия КА использовалась 71 (20,6%) пациентом, НПВС – 60 (17,4%) пациентами, тогда как триптанами – 35 (10,2%) пациентами (табл. 4).

Лекарственный абзус продолжительностью менее 12 месяцев выявлен у 75 (21,8%) пациентов; в течение года злоупотребляли анальгетиками 105 (30,5%) пациен-

тов; от 1 года до 5 лет – 146 (42,4%) пациентов, более пяти лет – оставшиеся 18 (5,2%) пациентов (табл. 3).

Клинически выраженные признаки и симптомы тревоги и депрессии выявлены у 222 (64,5%) и 186 (54,1%) пациентов с ЛИГБ соответственно. При этом депрессия достоверно чаще ( $p < 0,05$ ) выявлялась среди пациентов с ХГБН и ЛИГБ (табл. 5).

**Таблица 4. Типы «виновных» анальгетиков у пациентов с лекарственно-индуцированной головной болью**

**Table 4. Type of overuse drugs in patients with medication-overuse headache**

Группа	Пациенты с ХМ и ЛИГБ	Пациенты с ХГБН и ЛИГБ	Пациенты с ЛИГБ
«Виновный» анальгетик	(n=240)	(n=104)	(n=344)
Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС)	35 (14,6%)	25 (24,0%)	60 (17,4%)
<i>P-value</i>	$p > 0,05$		
Комбинированные анальгетики (КА)	39 (16,2%)	32 (30,8%)	71 (20,6%)
<i>P-value</i>	$p < 0,05$		
Триптаны	35 (14,6%)	0 (0%)	35 (10,2%)
<i>P-value</i>	$p < 0,01$		
ПА/НПВС, КА и Триптаны	29 (12,1%)	1 (1,0%)	30 (8,7%)
<i>P-value</i>	$p < 0,01$		
ПА/НПВС и Триптаны	13 (5,4%)	0 (0%)	13 (3,8%)
<i>P-value</i>	$p < 0,05$		
КА и Триптаны	23 (9,6%)	0 (0%)	23 (6,7%)
<i>P-value</i>	$p < 0,01$		
КА и НПВС	64 (26,7%)	44 (42,3%)	108 (31,4%)
<i>P-value</i>	$p < 0,01$		
Другие (спазмолитики, транквилизаторы)	2 (0,8%)	2 (1,9%)	4 (1,2%)
<i>P-value</i>	$p > 0,05$		

Примечание: n – количество пациентов, p рассчитывалось методом точного критерия Фишера.

Notes: MOH – medication overuse headache, CM – chronic migraine, CTTH – chronic tension type headache, n – number of patients, p was calculated by F-test.

**Таблица 5. Наличие сопутствующих клинически выраженных признаков и симптомов тревоги и депрессии у пациентов с ЛИГБ**

**Table 5. Comorbid clinical features and symptoms of anxiety and depression in patients with medication overuse headache**

Группа	Пациенты с ХМ и ЛИГБ	Пациенты с ХГБН и ЛИГБ	Пациенты с ЛИГБ
Показатели	(n=240)	(n=104)	(n=344)
Тревоги	151 (62,9 %)	71 (68,2 %)	222 (64,5%)
<i>P-value</i>	$p > 0,05$		
Депрессии	120 (50%)	66 (63,5%)	186 (54,1%)
<i>P-value</i>	$p < 0,05$		

Примечание: n – количество пациентов, p рассчитывалось методом точного критерия Фишера.

Notes: MOH – medication overuse headache, CM – chronic migraine, CTTH – chronic tension type headache, n – number of patients, p was calculated by F-test.

## Обсуждение

Данные литературы свидетельствуют о значительном росте диагностики случаев ЛИГБ. Высказываются мнения, что это связано с доступностью безрецептурных форм обезболивающих препаратов и их рекламой в средствах массовой информации [14]. При этом специалисты отмечают, с одной стороны, невысокую осведомленность врачей о существовании абюзной цефалгии, а с другой стороны, низкую информированность пациентов о недопустимости бесконтрольного применения анальгетиков при головной боли и связанных с этим проблем [15].

Наше исследование показывает, что треть пациентов с различными формами головной боли страдали лекарственным «абюзом». При этом женщины, а также пациенты молодого и среднего возраста обоих полов достоверно чаще сообщали о бесконтрольном приеме анальгетиков. Хроническая мигрень наиболее часто становится причиной злоупотребления анальгетиками и триптанами. Для большинства пациентов с ЛИГБ характерна ежедневная частота приступов с умеренной и очень сильной их выраженностью. На момент включения в исследование 78% больных сообщили о существовании лекарственного «абюза» на протяжении одного и более года. Мы выявили, что больше половины пациентов с ЛИГБ имеют признаки и симптомы тревоги и/или депрессии. Наши пациенты с ЛИГБ достоверно чаще использовали фиксированные комбинации лекарственных средств и сочетание НПВП с триптанами.

Результаты нашего анализа показали достоверно более частую, чем в Европе и странах Латинской Америки, встречаемость ЛИГБ, особенно у женщин [9]. В нашем исследовании доля женщин составила 91,2% от общего числа больных с ЛИГБ, в Италии эта величина составляет 82,1%, в Дании данный показатель соответствует

77,6%, Германии – 74,3%. Возраст дебюта первичной головной боли (мигрень, головная боль напряжения), ставшей причиной ЛИГБ, в Российской Федерации составил 20,5±8,6 лет, в Германии 18,1±9,2, в Италии 14,1±6,0, в Дании 23,4±13,0 лет. Нами выявлено бесконтрольное применение обезболивающих препаратов на протяжении 5-ти и более лет у 5,2% больных. Данный показатель значительно ниже, чем в Дании (19,2%), Германии (22,4%) и Италии (30,8%). В Дании и Италии у пациентов с мигренью наиболее часто виновным в развитии ЛИГБ был триптан (55,3% и 47,4% пациентов соответственно). По мнению исследователей, это может быть связано с тем, что на покупку данных препаратов страховыми компаниями этих стран предоставляются компенсации. В Германии, где компенсации не предоставляются, только 37% больных принимают триптаны, а наиболее часто используются простые анальгетики (60,5%). В нашем исследовании 49% пациентов принимали триптаны, однако большинство из них (65%) сочетали прием триптанов с периодическим использованием НПВС или официальными комбинированными анальгетиками.

Такими образом, наше исследование показывает, что проблема ЛИГБ является актуальной и требует тщательного изучения на всех этапах диагностики и лечения. Использование утвержденных диагностических критериев ЛИГБ, назначение препаратов с доказанной эффективностью, регулярное наблюдение пациента в течение всего курса лечения и его психологическая поддержка смогут повысить точность диагностики и эффективность лечения этой вторичной формы головной боли.

**Конфликт интересов и источники финансирования отсутствуют.**

## Список литературы / References

- Kristoffersen E.S., Lundqvist C. Medication-overuse headache: a review. *Journal of Pain Research* 2014; 26(7): 367–378. <https://doi.org/10.2147/JPR.S46071>.
- Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia* 2018; 38(1): 1–211. <https://doi.org/10.1177/0333102417738202>.
- Mbewe E., Zairenthiama P., Yeh H.H. et al. The epidemiology of primary headache disorders in Zambia: a population-based door-to-door survey. *Journal of Headache and Pain* 2015; 16 (1): 515–523. <https://doi.org/10.1186/s10194-015-0515-7>.
- Westergaard M.L., Munksgaard S.B., Bendtsen L., Jensen R.H. Medication-overuse headache: a perspective review. *Therapeutic Advances in Drug Safety* 2016; 7: 147–158. <https://doi.org/10.1177/2042098616653390>.
- Diener H.C., Dodick D., Evers S. et al. Pathophysiology, prevention, and treatment of medication overuse headache. *Lancet Neurol* 2019; S1474–4422(19)30146-2. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(19\)30146-2](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(19)30146-2).
- Vandenbussche N., Laterza D., Lisicki M. et al. Medication-overuse headache: a widely recognized entity amidst ongoing debate. *The Journal of Headache and Pain* 2018; 19(1): 50–64. <https://doi.org/10.1186/s10194-018-0875-x>.
- Rastenyte D., Mickeviciene D., Stovner L.J. et al. Prevalence and burden of headache disorders in Lithuania and their public-health and policy implications: a population-based study within the Eurolight Project. *The Journal of Headache and Pain* 2017; 18(1): 53–63. <https://doi.org/10.1186/s10194-017-0759-5>.
- Abrams B.M. Medication overuse headaches. *Medical Clinics of North America* 2013; 97(2): 337–352. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2012.12.007>.

- Find N.L., Terlizzi R., Munksgaard S.B. et al. Medication overuse headache in Europe and Latin America: general demographic and clinical characteristics, referral pathways and national distribution of painkillers in a descriptive, multinational, multicenter study. *Journal of Headache and Pain* 2015; 17(1): 20–32. <https://doi.org/10.1186/s10194-016-0612-2>.
- Raggi A., Leonardi M., Sansone E. et al. The cost and the value of treatment of medication overuse headache in Italy: a longitudinal study based on patient-derived data. *Eur J Neurol* 2019; 10: 3–6. <https://doi.org/10.1111/ene.14034>.
- Shah A.M., Bendtsen L., Zeeberg P., Jensen R.H. Reduction of medication costs after detoxification for medication-overuse headache. *Headache* 2013; 53: 665–672. <https://doi.org/10.1111/head.12031>.
- Каратеев А.Е., Насонов Е.Л., Яхно Н.Н. и др. Клинические рекомендации «Рациональное применение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) в клинической практике». Современная ревматология. 2015; 9(1): 4–23.
- Karatayev A.E., Nasonov E.L., Yakhno N.N. et al. Clinical guidelines «Rational use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) in clinical practice». *Sovremennaya revmatologiya*. 2015; 9(1):4-23. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/1996-7012-2015-1-4-23>
- Evers S., J. Afra J., Frese A. EFNS guideline on the drug treatment of migraine – report of an EFNS task force. *Eur J Neurol* 2006; 13(6): 560–572. <https://doi.org/10.1111/j.1468-1331.2006.01411.x>.

**Поступила: 18.07.19  
Принята в печать: 08.09.19**

**Received: 18.07.19  
Accepted: 08.09.19**