BY-NC-ND

https://doi.org/10.21518/ms2025-066

Оригинальная статья / Original article

Клинико-анамнестические факторы хронической мигрени и лекарственно-индуцированной головной боли

В.В. Пилипенко✉, https://orcid.org/0009-0001-1095-8365, veronika097@mail.ru
О.Н. Воскресенская, https://orcid.org/0000-0002-7330-633X, vos-olga@yandex.ru
Г.Р. Табеева, https://orcid.org/0000-0003-0206-5679, grtabeeva@gmail.com
А.В. Сергеев, https://orcid.org/0000-0002-7142-3719, sergeev.neuro@gmail.com
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет); 119048, Россия, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2

Резюме

Введение. Мигрень остается одной из наиболее распространенных форм головной боли и представляет собой серьезную медицинскую проблему, требующую совершенствования терапевтических стратегий. Учитывая широкую распространенность хронической мигрени (ХМ), учет факторов, оказывающих влияние на результат лечения, может помочь в создании более персонализированных и, следовательно, более эффективных методов терапии.

Цель. Изучить клинико-анамнестические факторы, влияющие на эффективность лечения пациентов с ХМ.

Материалы и методы. Наблюдались 54 пациента в возрасте от 18 до 50 лет с ХМ с наличием и без лекарственно-индуцированной головной боли (ЛИГБ). На протяжении 12 мес. оценивались частота и тяжесть мигрени каждые 2 мес. Анкетирование пациентов происходило во время каждого визита и включало в себя оценку всех клинических и анамнестических данных в отношении головной боли (ГБ).

Результаты. Пациенты с ХМ достоверно не различались по клинико-анамнестическим параметрам от пациентов с ХМ и ЛИГБ. Наличие ЛИГБ в рамках мигрени не ассоциировано с частотой мигренозной ГБ и не изменяет ответ на терапию ($p = 0,072$). На фоне лечения отмечено в среднем снижение частоты мигренозной ГБ в месяц на 2 эпизода ($\beta = -2,15$, $p < 0,001$). Исходная выраженность ГБ ассоциировалась с количеством дней с немигренозной ГБ ($\beta = -0,23$, $p = 0,003$), провоцирующим эффектом пищи, богатой тирамином ($\beta = 3,91$, $p = 0,049$), физическим переутомлением ($\beta = 3,51$, $p = 0,047$), подъемом артериального давления в картине мигрени ($\beta = 4,14$, $p = 0,047$). Однако эти факторы не влияли на снижение частоты ГБ и не ассоциировались с наличием ЛИГБ.

Выводы. При ХМ количество дней с немигренозной ГБ, наличие провоцирующего эффекта пищи, богатой тирамином, физическое переутомление, подъем артериального давления в картине мигренозного приступа ассоциируются с количеством дней с мигренью в месяц, но не влияют на снижение частоты ГБ в динамике и ЛИГБ.

Ключевые слова: хроническая мигрень, лекарственно-индуцированная головная боль, прогностическая модель, предикторы, эффективность лечения, клинические особенности, провоцирующие факторы

Для цитирования: Пилипенко ВВ, Воскресенская ОН, Табеева ГР, Сергеев АВ. Клинико-анамнестические факторы хронической мигрени и лекарственно-индуцированной головной боли. *Медицинский совет*. 2025;19(3):54–60. https://doi.org/10.21518/ms2025-066.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Clinical and anamnestic factors of chronic migraine and drug-inducedheadache

Veronika V. Pilipenko✉, https://orcid.org/0009-0001-1095-8365, veronika097@mail.ru
Olga N. Voskresenskaya, https://orcid.org/0000-0002-7330-633X, vos-olga@yandex.ru
Gyuzal R. Tabeeva, https://orcid.org/0000-0003-0206-5679, grtabeeva@gmail.com
Alexey V. Sergeev, https://orcid.org/0000-0002-7142-3719, sergeev.neuro@gmail.com
Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 8, Bldg. 2, Trubetskaya St., Moscow, 119991, Russia

Abstract

Introduction. Migraine remains one of the most common forms of headache and is a serious medical problem that requires improved therapeutic strategies. Considering the widespreadprevalence of chronic migraine (CM), taking into account the factors influencing the outcome of treatment can help to create more personalized and, therefore, more effective therapies.

Aim. To study the clinical and anamnestic factors influencing the effectiveness of treatment of patients with CM.

Materials and methods. 54 patients aged 18 to 50 years with CM with and without drug-induced headache (LIGB) were observed. The frequency and severity of migraines were assessed every 2 months for 12 months. The survey of patients took place during each visit and included an assessment of all clinical and anamnestic data regarding headache (GB).

© Пилипенко ВВ, Воскресенская ОН, Табеева ГР, Сергеев АВ, 2025

Results. Patients with CM did not significantly differ in clinical and anamnestic parameters from patients with XM and LIGB. The presence of LIGB in migraine is not associated with the frequency of migraine hypertension and does not change the response to therapy (p = 0.072). During treatment, there was an average decrease in the frequency of migraine headaches per month by 2 episodes (β = -2.15, p < 0.001). The initial severity of GB was associated with the number of days with non-migraine GB (β = -0.23, p = 0.003), the provoking effect of tyramine-rich foods (β = 3.91, p = 0.049), physical fatigue (β = 3.51, p = 0.047), and an increase in blood pressure in the migraine pattern (β = 4.14, p = 0.047). However, these factors did not affect the decrease in the frequency of GB and were not associated with the presence of LIGB.
Conclusion. In CM, the number of days with non-migraine GB, the presence of a provoking effect of food rich in tyramine, physical fatigue, and an increase in blood pressure in the migraine attack pattern are associated with the number of days with migraine per month, but do not affect the decrease in the frequency of GB in dynamics and LIGB.

Keywords: chronic migraine, medication overuse headache, prognostic model, predictors, effectiveness of treatment, clinical features, provoking factors

For citation: Pilipenko VV, Voskresenskaya ON, Tabeeva GR, Sergeev AV. Clinical and anamnestic factors of chronic migraine and drug-inducedheadache. *Meditsinskiy Sovet*. 2025;19(3):54–60. (In Russ.) https://doi.org/10.21518/ms2025-066.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest.

ВВЕДЕНИЕ

Мигрень является хроническим заболеванием, распространенность которого составляет около 14% в популяции стран Европы и США [1]. Глобальная встречаемость случаев мигрени составляет более 1 млрд [2, 3]. У части пациентов с эпизодической мигренью (ЭМ) в течение жизни происходит трансформация в хроническую мигрень (ХМ). Распространенность ХМ в мире составляет в среднем 2%, при этом в России показатели распространенности в несколько раз превышают таковые в Европе и США и составляют около 7% [1, 4]. Приблизительно в 25–50% случаев развивается вторичная головная боль, связанная со злоупотреблением обезболивающими препаратами [5]. Согласно данным литературы, более 80% случаев лекарственно-индуцированной головной боли (ЛИГБ) развивается на фоне мигрени [6]. ЛИГБ широко распространена в России (7,6%) и представляет собой самостоятельную причину значительных социально-экономических затрат общества [7, 8]. Основными целями профилактического лечения мигрени является снижение частоты и тяжести приступов, уменьшение количества принимаемых анальгетиков, предотвращение трансформации мигрени в хроническую. Симптоматическая терапия нацелена на разрешение мигренозного приступа и восстановление работоспособности [9–11]. Однако, несмотря на широкую распространенность мигрени среди населения, а также значительные достижения в терапии мигрени и лекарственную доступность, в большинстве случаев (80%) больные разочарованы результатом лечения [12–14], следствием чего является снижение качества жизни пациентов и их приверженности профилактической терапии, развивается утрата трудоспособности и дезадаптация в быту, появляются сопряженные с мигренью коморбидные заболевания.

На прогноз и эффективность лечения пациентов с хронической головной болью неблагоприятно влияют такие известные факторы, как высокий уровень депрессии и тревоги, плохое качество сна, стресс, злоупотребление анальгетиками [15]. Дальнейшее изучение факторов, влияющих на эффективность лечения ХМ, представляется актуальным и востребованным. **Цель** исследования – изучение клинико-анамнестических факторов, влияющих на эффективность лечения пациентов с ХМ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами методом «случай – контроль» была сформирована группа пациентов в возрасте от 18 до 50 лет с верифицированным диагнозом ХМ в соответствии с диагностическими критериями и возможной сопутствующей ЛИГБ, подписавших информированное согласие на участие в исследовании и готовых своевременно отвечать на запросы исследователя, сотрудничать, регулярно предоставлять данные. Исследование было одобрено на заседании локального этического комитета Сеченовского Университета от 17.11.2022 г., протокол заседания №23-22.

В наше исследование было включено 54 пациента с мигренью (11 мужчин, 43 женщины) в возрасте от 18 до 50 (26,3; 49) лет, которые наблюдались на протяжении 12 мес. (2; 12) и были обследованы семь раз (один раз в 2 мес.). Оценка частоты и тяжести мигренозной ГБ и при наличии ЛИГБ проводилась каждые 2 мес. ЛИГБ имелась у 44 (81,5%) пациентов. На основании наличия ЛИГБ все пациенты были разделены на две группы (пациенты без ЛИГБ, n = 10, и пациенты с ЛИГБ, n = 44). Анкетирование пациентов происходило во время каждого визита и включало в себя оценку всех клинических и анамнестических данных в отношении ГБ, интенсивность боли оценивалась по визуально-аналоговой шкале (ВАШ).

Статистическая обработка данных производилась с использованием языка программирования R, версия 4.1.3, в оболочке RStudio (version 2024.09.1 + 394, RStudio PBC) с применением функций из пакетов dplyr, gtsummary (вычисление описательных статистик, параметрические и непараметрические статистические методы) и пакета lmerTest (регрессионный анализ и оценка качества моделирования). Описательные статистики представлялись в виде медианы и межквартильного размаха. Сравнение количественных переменных в группах исследования осуществлялось с помощью U-критерия Манна – Уитни, при внутригрупповых сравнениях (оценка динамики

по шкалам) использовался критерий Уилкоксона для связанных выборок. Оценка факторов, влияющих на терапевтический эффект, оцениваемый по выраженности регресса частоты ГБ, а также зависимость их влияния от наличия ЛИГБ производилась с помощью построения регрессионной модели со смешанными эффектами, в которой к фиксированным эффектам относились наличие ЛИГБ, период наблюдения и различные клинико-демографические факторы, к случайным – участник исследования. Для сравнения медианных показателей употребления анальгетиков в разных точках исследования использовался критерий Уилкоксона. Отбор клинико-демографических факторов перед включением в модель, учитывающую модифицирующее влияние ЛИГБ на действие фактора, производился в однофакторных регрессионных моделях со случайным эффектом в виде участника исследования. Обнаруженные взаимосвязи и различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$, значения p репортировались с точностью до трех знаков после запятой, значение p менее 0,001 репортировалось как «$p < 0,001$».

Для оценки влияния ЛИГБ на динамику ответа на терапию, а также выявление других факторов, способных оказать такое влияния, были построены однофакторные линейные модели со смешанными эффектами (mixed-effectslinearmodels), в которых зависимой переменной выступало количество дней с мигренью в месяц, фиксированными предикторами – наличие ЛИГБ и другие клинические, анамнестические и демографические показатели, в качестве случайного эффекта в модель вводился идентификационный номер (id) пациента.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В *табл. 1* представлены основные клинические и анамнестические характеристики лиц, включенных в исследование. Пациенты с мигренью и ЛИГБ достоверно не отличались от пациентов с мигренью по основным исследуемым параметрам. Существующий дисбаланс групп был нивелирован использованием непараметрических тестов.

Таблица 1. Клиническая характеристика пациентов с хронической мигренью
Table 1. Clinical characteristics of chronic migraine patients

Параметр	Вся выборка, n = 54	Пациенты без ЛИГБ, n = 10	Пациенты с ЛИГБ, n = 44	p value
Пол, n (%) • муж. • жен.	 11 (20,4%) 43 (79,6%)	 2 (20%) 8 (80%)	 9 (20,5%) 35 (79,5%)	0,99
Возраст, лет, Me (Q1; Q3)	39 (26,25; 49)	36 (25,25; 46,75)	39 (27; 49)	0,89
Индекс массы тела, кг/м^2, Me (Q1; Q3)	22,8 (20,67; 28,28)	25 (20,2; 27,6)	22,49 (20,75; 28,48)	0,85
Индекс курильщика, Me (Q1; Q3)	0 (0; 0)	0 (0; 0,75)	0 (0; 0)	0,28
Прием алкоголя, n (%) • не принимает • регулярно • эпизодически	 32 (59,3%) 4 (7,4%) 18 (33,3%)	 7 (70%) 1 (10%) 2 (20%)	 25 (56,8%) 3 (6,8%) 16 (36,4%)	0,543
Гинекологический анамнез				
Менархе, лет, Me (Q1; Q3)	13 (12; 14)	13 (11; 14)	13 (12; 14)	0,63
Регулярность менструации, n (%)	38 (90,5%)	8 (100%)	30 (88,2%)	0,57
Беременности, Me (Q1; Q3)	2 (0; 3)	2 (0; 3,25)	2 (0,25; 2)	0,81
Роды, Me (Q1; Q3)	1 (0; 2)	1 (0; 2,25)	1 (0; 2)	0,78
Выкидыши, Me (Q1; Q3)	0 (0; 1)	0 (0; 0)	0 (0; 1)	0,26
Аборты, Me (Q1; Q3)	0 (0; 0)	0 (0; 0,5)	0 (0; 0)	0,64
Прием КОК, n (%)	7 (16,3%)	2 (25%)	5 (14,3%)	0,48
Анамнез мигрени				
Наследственный анамнез по ГБ, n (%)	40 (75,5%)	7 (77,8%)	33 (75%)	0,87
Возраст появления мигрени, Me (Q1; Q3)	15 (12; 22)	19,5 (14,5; 28)	14 (11,5; 21,25)	0,15
Время от постановки диагноза, Me (Q1; Q3)	1 (0; 5)	0 (0; 1,5)	1,5 (0; 5,25)	0,21
Количество дней с мигренью в месяц, Me (Q1; Q3)	19,5 (12; 30)	30 (12,75; 30)	17,5 (12; 30)	0,5
Количество дней с немигренозной ГБ в месяц, Me (Q1; Q3)	0 (0; 15)	0 (0; 26,25)	0 (0; 13,5)	0,49
Наличие ауры	20 (37%)	2 (20%)	18 (40,9%)	0,23

● ***Таблица 1 (окончание).*** Клиническая характеристика пациентов с хронической мигренью
● ***Table 1 (ending).*** Clinical characteristics of chronic migraine patients

Параметр	Вся выборка, n = 54	Пациенты без ЛИГБ, n = 10	Пациенты с ЛИГБ, n = 44	p value
Провокаторы ГБ				
Менструация	15 (31,9%)	3 (33,3%)	12 (31,6%)	0,93
Овуляция	6 (12,8%)	2 (22,2%)	4 (10,5%)	0,36
Применение контрацептивов	2 (4,3%)	0 (0%)	2 (5,3%)	0,51
Использование гормональной заместительной терапии	1 (1,9%)	0 (0%)	1 (2,3%)	0,66
Алкоголь	19 (35,2%)	3 (30%)	16 (36,4%)	0,72
Пища, богатая тирамином	12 (22,2%)	1 (10%)	11 (25%)	0,31
Избыток кофеина	11 (20,4%)	1 (10%)	10 (22,7%)	0,38
Голод	37 (68,5%)	5 (50%)	32 (72,7%)	0,17
Изменение погоды	44 (81,5%)	9 (90%)	35 (79,5%)	0,46
Переохлаждение/перегрев	32 (59,3%)	6 (60%)	26 (59,1%)	0,97
Запахи	29 (53,7%)	6 (60%)	23 (52,3%)	0,67
Яркий свет	30 (55,6%)	6 (60%)	24 (54,5%)	0,77
Стресс	46 (85,2%)	9 (90%)	37 (84,1%)	0,65
Послестрессовый период	37 (68,5%)	6 (60%)	31 (70,5%)	0,53
Изменение настроения	21 (38,9%)	2 (20%)	19 (43,2%)	0,18
Прием ЛС	10 (18,5%)	3 (30%)	7 (15,9%)	0,31
Недостаток сна	35 (64,8%)	5 (50%)	30 (68,2%)	0,29
Пересыпание	30 (55,6%)	4 (40%)	26 (59,1%)	0,28
Физическое переутомление	32 (59,3%)	4 (40%)	28 (63,6%)	0,18
Симптомы, сопровождающие ГБ				
Тошнота	47 (87%)	10 (100%)	37 (84,1%)	0,19
Рвота	30 (55,6%)	5 (50%)	25 (56,8%)	0,71
Фотофобия	49 (90,7%)	9 (90%)	40 (90,9%)	0,95
Фонофобия	50 (92,6%)	10 (100%)	40 (90,9%)	0,34
Повышение АД	13 (24,1%)	1 (10%)	12 (27,3%)	0,26
Понижение АД	9 (16,7%)	2 (20%)	7 (15,9%)	0,77
Аллодиния	25 (46,3%)	7 (70%)	18 (40,9%)	0,1
Вегетативная симптоматика	23 (42,6%)	4 (40%)	19 (43,2%)	0,87
Скелетно-мышечные боли	37 (68,5%)	5 (50%)	32 (72,7%)	0,17
Эффективность ранее назначаемой терапии (по данным субъективных отчетов пациентов)				
Симптоматической • эффективна • недостаточно эффективна • неэффективна	 21 (38,9%) 22 (40,7%) 11 (20,4%)	 6 (60%) 3 (30%) 1 (10%)	 15 (34,1%) 19 (43,2%) 10 (22,7%)	0,43
Профилактической • эффективна • недостаточно эффективна • неэффективна	 10 (20%) 2 (4%) 38 (76%)	 2 (22,2%) 7 (77,8%)	 8 (19,5%) 2 (4,9%) 31 (75,6%)	0,99

n (%) – количество наблюдений и доля в выборке/группе.
Me (Q1; Q3) – медиана и межквартильный размах.

Динамика показателей по ВАШ и количеству дней с мигренью в месяц представлена в *табл. 2*.

В *табл. 3* представлена доля пациентов с 50%-ным и более снижением частоты приступов головной боли через 2 мес. наблюдения.

Из пациентов, наблюдавшихся на протяжении года (n = 29), 26 человек (89,7%) на заключительном визите сообщили о снижении частоты приступов минимум на 50%. Таким образом, за время наблюдения статистически значимо снизились количество дней с мигренью в месяц, а также интенсивность боли по ВАШ.

Нами были оценены медианные показатели частоты употребления анальгетиков в месяц: на первом визите он определялся как 20 доз (суммарно для триптанов и анальгетиков), через 2 мес. (2-й визит) показатель снизился до 8 (p < 0,001), через 1 год наблюдения (7-й визит) – до 5. Критерием регресса ЛИГБ было количество дней с приемом триптанов и анальгетиков меньше 10 в месяц. Количество пациентов с ЛИГБ на первом визите составило 44 человека (81,5%), через 2 мес. наблюдения (на 2-м визите) оно снизилось до 18 человек (41,9%, p < 0,001), через 1 год наблюдения в группе ЛИГБ состояло 10 человек (40%). Таким образом, количество употребляемых анальгетиков, а также доля пациентов с ЛИГБ характеризовались значительным снижением в первые 2 мес. наблюдения.

Оценка влияния фактора ЛИГБ на динамику ответа на терапию, а также выявление других факторов, способных оказать такое влияние, приведены в *табл. 4*.

Таким образом, наличие ЛИГБ само по себе не являлось значимым предиктором в отношении частоты приступов мигренозной ГБ. Такие показатели, как количество дней с немигренозной ГБ, наличие провоцирующего эффекта пищи, богатой тирамином, физическое переутомление, подъем артериального давления в картине

Таблица 2. Изменение головной боли по интенсивности (ВАШ) и количеству дней в месяц у пациентов с хронической мигренью с наличием и без лекарственно-индуцированной головной боли
Table 2. Changes in headache according to intensity (VAS) and number of days per month in chronic migraine patients with/without drug-induced headache

Шкала	1-й визит	2-й визит	3-й визит	4-й визит	5-й визит	6-й визит	7-й визит
Вся выборка, n = 54							
Количество дней с мигренью в месяц	19,5 (12; 30)	8 (5; 14,5)	7 (4; 10)	6 (4; 9,5)	6 (4; 10)	5 (0; 8,25)	3 (0; 6)
ВАШ, балл	9 (8; 10)	6 (3; 7,25)	5 (3; 8)	6 (3; 7,38)	5 (4,5; 7)	5,25 (3,12; 7,38)	5 (3; 6,75)
Пациенты без ЛИГБ, n = 10							
Количество дней с мигренью в месяц	30 (12,75; 30)	8 (3; 30)	8 (4,25; 20,75)	6 (1; 11)	6 (1; 9,5)	4 (0; 5)	0 (0; 2)
ВАШ, балл	9,5 (8; 10)	5,5 (2,5; 7,88)	6,25 (2; 7,88)	5 (2,75; 6,88)	5 (5; 7,5)	5 (4,25; 6,25)	3 (3; 3)
Пациенты с ЛИГБ, n = 44							
Количество дней с мигренью в месяц	17,5 (12; 30)	8 (5; 13)	5,5 (4; 10)	6 (4; 8,5)	6 (4; 10)	6 (1; 8,5)	3 (0; 6)
ВАШ, балл	9 (8; 10)	6 (3,25; 7)	5 (3; 8,25)	6 (3; 7,12)	5,25 (4,25; 7)	5,5 (3; 7,25)	5 (3; 6,88)

ЛИГБ – лекарственно-индуцированная головная боль.

Таблица 3. Снижение частоты приступов головной боли на 50% и более через 2 мес. наблюдения у пациентов с хронической мигренью с наличием и без лекарственно-индуцированной головной боли
Table 3. A 50% or more reduction in headache episode rate after 2 months of follow-up in chronic migraine patients with/without drug-induced headache

Параметр	Вся выборка, n = 43	Пациенты с ЛИГБ, n = 35	Пациенты без ЛИГБ, n = 8	p-value
Снижение частоты приступов на 50% и более, n (%)	23 (53,5%)	18 (51,4%)	5 (62,5%)	0,704

ЛИГБ – лекарственно-индуцированная головная боль.

Таблица 4. Параметры однофакторных линейных моделей со смешанными эффектами и зависимой переменной в виде количества дней с мигренью в месяц (приведены оценки только фиксированного эффекта)
Table 4. Parameters of single-factor linear mixed-effects models with dependent variable migraine days per month (only fixed-effect scores are provided)

Параметр	Коэффициент в однофакторной модели (β)	Стандартная ошибка (SE)	Значение t	Значение p
Номер визита	-2,15	0,21	-10,04	<0,001
Количество дней с немигренозной ГБ в месяц	-0,23	0,08	-2,98	0,003
Провоцирующий эффект пищи, богатой тирамином	3,91	1,93	2,02	0,049
Провоцирующий эффект физического переутомления	3,51	1,72	2,04	0,047
ГБ, сопровождающаяся повышением АД	4,14	2,04	2,03	0,047

ГБ – головная боль.

мигренозного приступа, были статистически значимы для стартовой величины количества дней с мигренью в месяц, но никак не влияли на паттерн снижения частоты ГБ в динамике, также не наблюдалось связи этих показателей с наличием ЛИГБ. Влияния на динамику ГБ каких-либо других изученных факторов не установлено.

ОБСУЖДЕНИЕ

В ходе исследования было установлено, что пациенты с ХМ достоверно не различаются по клинико-анамнестическим параметрам от пациентов с ХМ и ЛИГБ. Также наличие ЛИГБ в рамках мигрени не ассоциировано с частотой мигренозной ГБ и не изменяет ответ на терапию, оцениваемый как темпы снижения частоты ГБ. Полученные нами данные не противоречат проводимым ранее исследованиям, что, вероятно, связано с применением комплексного клинически доказанного эффективного лечения ЛИГБ (детоксикационная терапия, отмена/ограничение использования виновного анальгетика, назначение профилактической терапии первичной цефалгии) [16].

В нашем исследовании было продемонстрировано, что количество дней с мигренью в месяц было больше при наличии провокаторов в виде богатой тирамином пищи, физического переутомления, подъема артериального давления в период мигренозного приступа. Все эти факторы не оказывают влияния на динамику снижения частоты ГБ на фоне лечения. Также их влияние одинаково для пациентов с ЛИГБ и без нее. Результаты исследований, проводимых ранее в отношении предикторов эффективного лечения ХМ, разнятся. В китайском исследовании 2020 г. было показано, что количество дней с ГБ в месяц достоверно связано с эффективностью профилактического лечения мигрени: чем меньше дней с ГБ в месяц, тем лучше ответ на терапию [17]. В другом исследовании были получены противоположные данные, авторы сделали вывод о том, что количество дней с ГБ не связано с эффективностью профилактического лечения [18]. В нашем исследовании наблюдалась очевидная тенденция к неуклонному снижению частоты эпизодов ГБ: с каждым визитом она уменьшалась в среднем на 2 дня в месяц (β = -2,15, $p < 0,001$). В момент включения в исследование 54 (100%) пациента соответствовали критериям ХМ, через 2 мес. (2-й визит) этот показатель снизился до 14 (32,6%) человек ($p < 0,001$), через 1 год наблюдения (7-й визит) – до 2 (6,9%) человек ($p < 0,001$ для сравнения с днем включения, $p = 0,077$ для сравнения с показателями 2-го визита). Снижение частоты ГБ и реверсия ХМ в эпизодическую являются статистически достоверными и ожидаемыми, т. к. отражают длительность и эффективность назначенной терапии. Показатели ВАШ также снижаются на фоне терапии в рамках полного (1 год) периода наблюдения.

ВЫВОДЫ

Представленные результаты и неоднозначные выводы других исследований подчеркивают важность и актуальность дальнейшего изучения факторов, влияющих на результат лечения ХМ и ЛИГБ и построения на их основе прогностической модели терапевтического ответа.

Поступила / Received 30.01.2025
Поступила после рецензирования / Revised 21.02.2025
Принята в печать / Accepted 25.02.2025

Список литературы / References

1. Филатова ЕГ, Осипова ВВ, Табеева ГР, Парфенов ВА, Екушева ЕВ, Азимова ЮЭ и др. Диагностика и лечение мигрени: рекомендации российских экспертов. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2020;12(4):4–14. https://doi.org/10.14412/2074-2711-2020-4-4-14.
Filatova EG, Osipova VV, Tabeeva GR, Parfenov VA, Ekusheva EV, Azimova YE et al. Diagnosis and treatment of migraine: Russian experts' recommendations. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2020;12(4):4–14. (In Russ.) https://doi.org/10.14412/2074-2711-2020-4-4-14.
2. Табеева ГР. Проблемы выбора эффективного обезболивания при мигрени. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2023;15(5):109–116. https://doi.org/10.14412/2074-2711-2023-5-109-116.
Tabeeva GR. Problems in the selection of effective analgesics for migraine. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2023;15(5):109–116. (In Russ.) https://doi.org/10.14412/2074-2711-2023-5-109-116.
3. Табеева ГР, Косивцова ОВ. Современные стратегии лечения приступа мигрени и возможности дифференцированного подхода. *Медицинский совет*. 2023;17(21):54–62. https://doi.org/10.21518/ms2023-425.
Tabeeva GR, Kosivtsova OV. Modern strategies for the treatment of migraine attacks and the possibility of a differentiated approach. *Meditsinskiy Sovet*. 2023;17(21):54–62. (In Russ.) https://doi.org/10.21518/ms2023-425.
4. Aguilar-Shea AL, Membrilla Md JA, Diaz-de-Teran J. Migraine review for general practice. *Aten Primaria*. 2022;54(2):102208. https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102208.
5. Шагбазян АЭ, Ковальчук НА, Табеева ГР. Роль образовательных программ в ведении пациентов с медикаментозно-индуцированной головной болью. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2021;13(3):27–33. https://doi.org/10.14412/2074-2711-2021-3-27-33.
Shagbazyan AE, Kovalchuk NA, Tabeeva GR. Role of educational programs in management of patients with medication-overuse headache. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2021;13(3):27–33. https://doi.org/10.14412/2074-2711-2021-3-27-33.
6. Сергеев АВ, Гузий ЕА, Ковальчук НА, Соколов ЕА, Григорьев ГВ, Табеева ГР. Сравнительный анализ эффективности различных стратегий терапии лекарственно-индуцированной головной боли: открытое проспективное исследование. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2024;16(1 Suppl.):45–51. https://doi.org/10.14412/2074-2711-2024-1S-45-51.
Sergeev AV, Guziy EA, Kovalchuk NA, Sokolov EA, Grigoriev GV, Tabeeva GR. Comparative analysis of the efficacy of different treatment strategies in medication overuse headache: an open-label prospective trial. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2024;16(1 Suppl.):45–51. (In Russ.) https://doi.org/10.14412/2074-2711-2024-1S-45-51.
7. Табеева ГР, Осипова ВВ, Филатова ЕГ, Азимова ЮЭ, Амелин АВ, Артеменко АР и др. Диагностика и лечение лекарственно-индуцированной головной боли: рекомендации российских экспертов. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2022;14(1):4–13. https://doi.org/10.14412/2074-2711-2022-1-4-13.
Tabeeva GR, Osipova VV, Filatova EG, Azimova YE, Amelin AV, Artyomenko AR et al. Evaluation and treatment of medication-overuse headache: Russian experts' guidelines. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2022;14(1):4–13. (In Russ.) https://doi.org/10.14412/2074-2711-2022-1-4-13.
8. Гузий ЕА, Сергеев АВ, Табеева ГР. Клинические и психоэмоциональные характеристики пациентов с лекарственно-индуцированной головной болью. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2024;16(1 Suppl.):52–58. https://doi.org/10.14412/2074-2711-2024-1S-52-58.
Guziy EA, Sergeev AV, Tabeeva GR. Clinical and psychoemotional characteristics of patients with medication overuse headache. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2024;16(1 Suppl.):52–58. (In Russ.) https://doi.org/10.14412/2074-2711-2024-1S-52-58.
9. Ващенко НВ, Коробкова ДЗ, Скоробогатых КВ, Азимова ЮЭ. Клиническая эффективность и безопасность антиCGRP(r) моноклональных антител в реальной клинической практике после трех месяцев терапии. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2021;13(6):62–66. https://doi.org/10.14412/2074-2711-2021-6-62-66.
Vashchenko NV, Korobkova DZ, Skorobogatykh KV, Azimova YE. Efficacy and safety of anti-CGRP(r) monoclonal antibodies in real clinical practice: preliminary analysis after three months of therapy. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2021;13(6):62–66. (In Russ.) https://doi.org/10.14412/2074-2711-2021-6-62-66.
10. Lipton RB, Buse DC, Nahas SJ, Tietjen GE, Martin VT, Löf E et al. Risk factors for migraine disease progression: a narrative review for a patient-centered approach. *J Neurol*. 2023;270(12):5692–5710. https://doi.org/10.1007/s00415-023-11880-2.

11. Lipton RB, Silberstein SD. Episodic and chronic migraine headache: breaking down barriers to optimal treatment and prevention. *Headache.* 2015;55(Suppl. 2):103–122. https://doi.org/10.1111/head.12505_2.
12. Табеева ГР, Косивцова ОВ, Ковальчук НА, Орлюк ТА. Рефрактерная мигрень. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2024;16(2):76–86. https://doi.org/10.14412/2074-2711-2024-2-76-86.
Tabeeva GR, Kosivtsova OV, Kovalchuk NA, Orlyuk TA. Refractory migraine. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics.* 2024;16(2):76–86. (In Russ.) https://doi.org/10.14412/2074-2711-2024-2-76-86.
13. Головачева ВА, Головачева АА, Таршилова АР, Осипова ВВ. Типичная практика лечения пациентов с хронической мигренью. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2024;16(1 Suppl.):31–37. https://doi.org/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. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics.* 2024;16(1 Suppl.):31–37. (In Russ.) https://doi.org/10.14412/2074-2711-2024-1S-31-37.
14. Головачева ВА, Головачева АА. Зависимость от обезболивающих препаратов у пациентов с хронической мигренью и лекарственно-индуцированной головной болью. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2024;16(5):38–44. https://doi.org/10.14412/2074-2711-2024-5-38-44.
Golovacheva VA, Golovacheva AA. Addiction to analgesics in patients with chronic migraine and medication-overuse headache. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics.* 2024;16(5):38–44. (In Russ.) https://doi.org/10.14412/2074-2711-2024-5-38-44.
15. Probyn K, Bowers H, Caldwell F, Mistry D, Underwood M, Matharu M, Pincus T; CHESS Team. Prognostic factors for chronic headache: A systematic review. *Neurology.* 2017;89(3):291–301. https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000004112.
16. Гузий ЕА, Сергеев АВ, Табеева ГР. Оценка эффективности профилактической терапии хронический мигрени с лекарственно-индуцированной головной болью и без нее: данные проспективного исследования. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2024;16(1 Suppl.):59–65. https://doi.org/10.14412/2074-2711-2024-1S-59-65.
Guziy EA, Sergeev AV, Tabeeva GR. Evaluation of the efficacy of preventive therapy in chronic migraine with or without medication overuse headache: data from a prospective study. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics.* 2024;16(1 Suppl.): 59–65. (In Russ.) https://doi.org/10.14412/2074-2711-2024-1S-59-65.
17. Yuan D, Zhang Y, Li Q, Lv Y, Li X, Yu Y et al. Factors Affecting Preventive Treatment Outcomes for Patients With Newly Diagnosed Chronic Migraine and Their Compliance With Treatment Recommendations in Chongqing Province, China: An Open-Label Prospective Study With Retrospective Baseline. *Front Neurol.* 2020;11:227. https://doi.org/10.3389/fneur.2020.00227.
18. Luconi R, Bartolini M, Taffi R, Vignini A, Mazzanti L, Provinciali L, Silvestrini M. Prognostic significance of personality profiles in patients with chronic migraine. *Headache.* 2007;47(8):1118–1124. https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2007.00807.x.

Вклад авторов:

Концепция статьи – **О.Н. Воскресенская, Г.Р. Табеева**
Концепция и дизайн исследования – **О.Н. Воскресенская, Г.Р. Табеева**
Написание текста – **В.В. Пилипенко, О.Н. Воскресенская, Г.Р. Табеева, А.В. Сергеев**
Сбор и обработка материала – **В.В. Пилипенко**
Обзор литературы – **В.В. Пилипенко, О.Н. Воскресенская, Г.Р. Табеева, А.В. Сергеев**
Анализ материала – **В.В. Пилипенко, О.Н. Воскресенская, Г.Р. Табеева**
Редактирование – **О.Н. Воскресенская, Г.Р. Табеева, А.В. Сергеев**
Утверждение окончательного варианта статьи – **О.Н. Воскресенская, Г.Р. Табеева, А.В. Сергеев**

Contribution of authors:

Concept of the article – **Olga N. Voskresenskaya, Gyuzal R. Tabeeva**
Study concept and design – **Olga N. Voskresenskaya, Gyuzal R. Tabeeva**
Text development – **Veronika V. Pilipenko, Olga N. Voskresenskaya, Gyuzal R. Tabeeva, Alexey V. Sergeev**
Collection and processing of material – **Veronika V. Pilipenko**
Literature review – **Veronika V. Pilipenko, Olga N. Voskresenskaya, Gyuzal R. Tabeeva, Alexey V. Sergeev**
Material analysis – **Veronika V. Pilipenko, Olga N. Voskresenskaya, Gyuzal R. Tabeeva**
Editing – **Olga N. Voskresenskaya, Gyuzal R. Tabeeva, Alexey V. Sergeev**
Approval of the final version of the article – **Olga N. Voskresenskaya, Gyuzal R. Tabeeva, Alexey V. Sergeev**

Информация об авторах:

Пилипенко Вероника Викторовна, аспирант кафедры нервных болезней и нейрохирургии Института клинической медицины имени Н.В. Склифосовского, Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет); 119048, Россия, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2; veronika097@mail.ru

Воскресенская Ольга Николаевна, д.м.н., профессор, профессор кафедры нервных болезней и нейрохирургии Института клинической медицины имени Н.В. Склифосовского, Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет); 119048, Россия, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2; vos-olga@yandex.ru

Табеева Гюзель Рафкатовна, д.м.н., профессор, профессор кафедры нервных болезней и нейрохирургии Института клинической медицины имени Н.В. Склифосовского, Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет); 119048, Россия, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2; grtabeeva@gmail.com

Сергеев Алексей Владимирович, к.м.н., доцент кафедры нервных болезней и нейрохирургии Института клинической медицины имени Н.В. Склифосовского, Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), 119048, Россия, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2; sergeev.neuro@gmail.com

Information about the authors:

Veronika V. Pilipenko, Postgraduate Student at the Department of Nervous Diseases and Neurosurgery of the Sklifosovsky Institute of Clinical Medicine, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 8, Bldg. 2, Trubetskaya St., Moscow, 119991, Russia; veronika097@mail.ru

Olga N. Voskresenskaya, Dr. Sci. (Med.), Professor, Professor of the Department of Nervous Diseases and Neurosurgery of the Sklifosovsky Institute of Clinical Medicine, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 8, Bldg. 2, Trubetskaya St., Moscow, 119991, Russia; vos-olga@yandex.ru

Gyuzal R. Tabeeva, Dr. Sci. (Med.), Professor, Professor, Department of Nervous Diseases and Neurosurgery of the Sklifosovsky Institute of Clinical Medicine, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 8, Bldg. 2, Trubetskaya St., Moscow, 119991, Russia; grtabeeva@gmail.com

Alexey V. Sergeev, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of Nervous Diseases and Neurosurgery of the Sklifosovsky Institute of Clinical Medicine, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 8, Bldg. 2, Trubetskaya St., Moscow, 119991, Russia; sergeev.neuro@gmail.com