


Прогностические факторы терапевтического ответа при 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

Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет); 119048, Россия, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2

Резюме

Введение. Лечение пациентов с хронической мигренью (ХМ) и лекарственно-индуцированной головной болью (ЛИГБ) представляет собой актуальную проблему неврологии. Предикторы эффективности лечения ХМ и ЛИГБ изучены недостаточно.

Цель. Изучить прогностические факторы терапевтического ответа при ХМ.

Материалы и методы. 54 пациента (11 мужчин, 43 женщины) с ХМ в возрасте от 18 до 50 лет (средний возраст – 39 лет), с ЛИГБ или без нее, получали профилактическое лечение в течение 12 мес. с оценкой результатов каждые 2 мес. Пациенты вели дневник головной боли (ГБ). Анкетирование проводилось во время каждого визита и включало оценку по следующим шкалам и опросникам: ВАШ (визуальная аналоговая шкала боли), SF-36 (опросник качества жизни), MIDAS (оценка влияния мигрени на повседневную активность), MSQ v2.1 (специфичный для мигрени опросник качества жизни), шкала комплаентности Мориски – Грина, оценка качества сна, CSI-A (опросник для оценки центральной сенситизации), ЛОЗ (Лидский опросник зависимости), HIT-6 (индекс влияния ГБ), HADS (госпитальная шкалы тревоги и депрессии).

Результаты. Исходная частота мигрени была связана с показателями MSQ v2.1 (рестриктивная функция: $\beta = -0,17$; профилактическая функция: $\beta = -0,14$; эмоциональная функция: $\beta = -0,06$; $p < 0,001$), SF-36 (PH: $\beta = -0,37$; MH: $\beta = -0,02$; $p < 0,001$), ЛОЗ ($\beta = 0,5$; $p < 0,001$), HIT-6 ($\beta = 0,47$; $p < 0,001$), CSI-A ($\beta = 0,19$; $p < 0,001$). Исходный показатель MIDAS был связан с результатами ЛОЗ ($\beta = 6,1$; $p < 0,001$), CSI-A ($\beta = 2$; $p < 0,001$), HIT-6 ($\beta = 3,46$; $p < 0,001$), HADS-A ($\beta = 4,5$; $p < 0,001$), HADS-D ($\beta = 2,82$; $p = 0,014$), SF-36 (PH: $\beta = -3,4$; MH: $\beta = -2$; $p < 0,001$), MSQ v2.1 (рестриктивная функция: $\beta = -1,66$; профилактическая функция: $\beta = -1,77$; эмоциональная функция: $\beta = -0,9$; $p < 0,001$), качеством сна ($\beta = -4,5$; $p < 0,001$). Однако эти факторы не ассоциировались с динамикой снижения частоты ГБ и показателями MIDAS. На фоне профилактической терапии частота ГБ уменьшалась на 2 эпизода в месяц ($\beta = -2,15$; $p < 0,001$), показатель MIDAS снижался почти на 9 баллов ($\beta = -8,95$; $p < 0,001$). ЛИГБ не являлась значимым предиктором динамики течения мигрени ($p = 0,072$) и ее тяжести по шкале MIDAS ($p = 0,24$).


Заключение. Продолжительность профилактического лечения под контролем специалиста – основной предиктор благоприятного терапевтического ответа при ХМ и ЛИГБ.

Ключевые слова: хроническая мигрень, лекарственно-индуцированная головная боль, прогностические факторы, терапевтический ответ, эффективность лечения, комплаентность, индивидуальный подход, дневник головной боли

Для цитирования: Пилипенко ВВ, Воскресенская ОН, Табеева ГР. Прогностические факторы терапевтического ответа при хронической мигрени и лекарственно-индуцированной головной боли. *Медицинский совет.* 2026;20(3):40–46. <https://doi.org/10.21518/ms2026-096>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Prognostic factors of therapeutic response in chronic migraine and medication overuse headache

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

Guzyal R. Tabeeva, <https://orcid.org/0000-0003-0206-5679>, grtabeeva@gmail.com

Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 8, Bldg. 2, Trubetskaya St., Moscow, 119048, Russia

Abstract

Introduction. The treatment of patients with chronic migraine (CM) and medication overuse headache (MOH) is an actual problem in neurology. Predictors of treatment effectiveness for CM and MOH have been poorly studied.

Aim. To study the prognostic factors of therapeutic response in CM.

Materials and methods. 54 patients (11 men, 43 women) with CM aged 18 to 50 years (average age 39 years), with or without MOH received preventive treatment for 12 months with evaluation of results every 2 months. Patients kept a headache diary. The questionnaire took place during each visit and included assessments using the VAS (Visual Analog Scale), SF-36 (SF-36 Health

Status Survey), MIDAS (Migraine Disability Assessment), MSQ v2.1 (Migraine Specific Quality of Life Questionnaire version 2.1), Morisky – Green Medication Adherence Scale, Sleep Quality Questionnaire, CSI-A (Central Sensitization Inventory), LDQ (Leeds Dependence Questionnaire), HIT-6 (Headache Impact Test-6), HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale).

Results. The baseline monthly migraine frequency was associated with the MSQ v2.1 (restrictive function: $\beta = -0.17$, preventive function: $\beta = -0.14$, emotional function: $\beta = -0.06$, $p < 0.001$), SF-36 (PH: $\beta = -0.37$, MH: $\beta = -0.02$, $p < 0.001$), LDQ ($\beta = 0.5$, $p < 0.001$), HIT-6 ($\beta = 0.47$, $p < 0.001$), CSI-A ($\beta = 0.19$, $p < 0.001$) scores. The baseline MIDAS score was associated with the results of the LDQ ($\beta = 6.1$, $p < 0.001$), CSI-A ($\beta = 2$, $p < 0.001$), HIT-6 ($\beta = 3.46$, $p < 0.001$), HADS-A ($\beta = 4.5$, $p < 0.001$), HADS-D ($\beta = 2.82$, $p = 0.014$), SF-36 (PH: $\beta = -3.4$, MH: $\beta = -2$, $p < 0.001$), MSQ v2.1 (restrictive function: $\beta = -1.66$, preventive function: $\beta = -1.77$, emotional function: $\beta = -0.9$, $p < 0.001$) and Sleep Quality Questionnaire ($\beta = -4.5$, $p < 0.001$). However, these factors were not associated with the dynamics of reduction in the frequency of headaches and MIDAS. On the background of preventive therapy headache frequency decreased by 2 episodes per month ($\beta = -2.15$, $p < 0.001$), and the MIDAS score decreased by almost 9 points ($\beta = -8.95$, $p < 0.001$). MOH was not a significant predictor of migraine dynamics ($p = 0.072$) and severity on the MIDAS scale ($p = 0.24$).

Conclusion. The duration of preventive treatment under the control of a specialist is the main predictor of a positive therapeutic response in CM and MOH.

Keywords: chronic migraine, medication overuse headache, prognostic factors, therapeutic response, treatment efficacy, compliance, individual approach, headache diary

For citation: Pilipenko VV, Voskresenskaya ON, Tabeeva GR. Prognostic factors of therapeutic response in chronic migraine and medication overuse headache. *Meditinskiy Sovet.* 2026;20(3):40–46. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2026-096>.

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

ВВЕДЕНИЕ

Мигрень – это тяжелое хроническое заболевание, которое широко распространено среди населения и связано с существенным ухудшением качества жизни, социальной дезадаптацией и снижением работоспособности [1]. Мигрению страдает более 1 млрд человек во всем мире, а в России, согласно данным популяционного исследования, распространенность мигрени в течение 1 года достигает 20,8% [2, 3]. При увеличении частоты приступов происходит ее трансформация в хроническую мигрень (ХМ), что приводит к росту потребления симптоматических препаратов и постепенному снижению их анальгезирующего эффекта [4]. В связи с этим нередко развивается лекарственно-индуцированная головная боль (ЛИГБ) – вторичная цефалгия, встречаемость которой, по разным данным, варьирует от 0,5 до 7,2% в общей популяции, в среднем 3,4% [5, 6]. В России этот показатель составляет 7,6% [5]. ЛИГБ у пациентов с мигренью является отдельным фактором развития выраженной дезадаптации и снижения качества жизни, что делает лечение пациентов с ХМ и ЛИГБ сложной задачей и требует комплексного подхода [7, 8].

Согласно результатам онлайн-исследования EPISCOPE, проведенного в Германии, около 33% пациентов с мигренью, получавших профилактическую терапию, были неудовлетворены результатами лечения из-за недостаточной эффективности [9, 10]. Известными предикторами неблагоприятного исхода лечения пациентов с хронической головной болью (ГБ) являются психические расстройства (тревога и депрессия), низкое качество сна, стрессовые ситуации, чрезмерное употребление симптоматических лекарственных средств и их недостаточная эффективность [11]. Формирование хронической ежедневной ГБ (ХЕГБ) осложняет лечение пациентов и снижает вероятность трансформации ХМ в эпизодическую мигрень (ЭМ) [12]. В другом исследовании было показано, что основным прогностическим фактором реверсии ХМ в ЭМ является поддержание

приверженности лечению: регулярные физические упражнения, соблюдение рекомендаций по профилактической терапии и отказ от злоупотребления анальгетиками [13]. В настоящее время существует необходимость дальнейшего изучения прогностических факторов, влияющих на эффективность лечения ХМ и ЛИГБ, для разработки персонализированного подхода к ведению пациентов.

Цель исследования – изучить прогностические факторы терапевтического ответа при ХМ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В ходе проведенного исследования методом «случай – контроль» была сформирована группа пациентов в возрасте от 18 до 50 лет.

Критерии включения в исследование:

- мужчины и женщины в возрасте от 18 до 50 лет;
- наличие диагноза ХМ с возможной сопутствующей ЛИГБ;
- подписанное информированное добровольное согласие.

Критерии невключения:

- возраст младше 18 и старше 50 лет;
- наличие других видов ГБ и хронических болевых синдромов другой локализации, по поводу которых пациенты предъявляли активные жалобы на момент включения в исследование.

Исследование проводилось на базе Клиники нервных болезней имени А.Я. Кожевникова и было одобрено на заседании локального этического комитета Сеченовского Университета от 17.11.2022 (протокол №23-22).

Все 54 участника нашего исследования (11 мужчин, 43 женщины) в возрасте от 18 до 50 (26,3; 49) лет проходили наблюдение в течение 12 (2; 12) мес. с частотой осмотров 1 раз в 2 мес. Целью наблюдения являлся анализ динамики состояния пациентов и показателей качества жизни на фоне назначенной профилактической терапии, которая включала в себя прием бета-адреноблокаторов, противоэпилептических препаратов (топирамат,

вальпроевая кислота), антидепрессантов, применение ботулинического токсина типа А по протоколу PREEMPT, анти-CGRP моноклональных антител, а также отказ от злоупотребления обезболивающими препаратами и проведение детоксикационной терапии при сопутствующей ЛИГБ.

В зависимости от наличия ЛИГБ все пациенты были разделены на две группы: пациенты без ЛИГБ ($n = 10$) и пациенты с ЛИГБ ($n = 44$). ЛИГБ была диагностирована у 81,5% пациентов. Анкетирование пациентов включало ряд шкал. Оценка интенсивности субъективных болевых ощущений проводилась с помощью визуальной аналоговой шкалы, уровень качества жизни определялся с помощью опросника SF-36, а влияние мигрени на повседневную активность и трудоспособность оценивалось на основании результатов шкалы MIDAS (Migraine Disability Assessment Scale). Для выявления нарушения ежедневной повседневной деятельности, связанных с мигренью, использовалась анкета MSQ v2.1 (Migraine-Specific Quality of Life Questionnaire Version 2.1); приверженность пациентов к лечению изучалась с помощью шкалы комплаентности Мориски – Грина. Для оценки качества сна и выраженности инсомнии использовалась анкета балльной оценки субъективных характеристик сна; по опроснику CSI (Central Sensitization Inventory) проводилась оценка степени центральной сенситизации (ЦС); для определения зависимости от обезболивающих препаратов в отношении ХМ использовался Лидский опросник зависимости (ЛОЗ). Индекс HIT-6 (Headache Impact Test-6) применялся для оценки влияния ГБ на общее состояние больного и его повседневную активность за последние 4 нед., госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) – для выявления и оценки тяжести депрессии и тревоги. Анкетирование пациентов проводилось во время каждого визита.

Статистическая обработка данных выполнялась 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» и «gtsummary» (вычисление описательных статистик, проведение параметрических и непараметрических анализов) и пакета «lmerTest» (регрессионный анализ и оценка качества моделирования). Описательные статистики были представлены в виде медианы и межквартильного размаха. Сравнение количественных переменных в группах исследования проводилось с использованием U-критерия Манна – Уитни, а при внутригрупповых сравнениях (оценка динамики по шкалам) применялся критерий Уилкоксона для связанных выборок. Оценка факторов, влияющих на терапевтический эффект (эффективность которого анализировалась по выраженности регресса частоты ГБ), а также зависимости их влияния от наличия ЛИГБ проводилась с помощью регрессионной модели со смешанными эффектами. В модели к фиксированным эффектам относились наличие ЛИГБ, период наблюдения и различные клиничко-демографические факторы, а к случайным – участник исследования. Для сравнения медианных показателей употребления анальгетиков в различные моменты исследования использовался критерий Уилкоксона.

Отбор клиничко-демографических факторов перед включением в модель, учитывающую модифицирующее влияние ЛИГБ на действие фактора, осуществлялся 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, при этом значение p менее 0,001 репортировалось как $p < 0,001$.

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

РЕЗУЛЬТАТЫ

В начале исследования 54 пациента (100%) соответствовали критериям ХМ. Через 2 мес. от начала наблюдения (2-й визит) ХМ сохранялась у 14 (32,6%) пациентов ($p < 0,001$). Через 1 год наблюдения (7-й визит) показатель снизился до 2 (6,9%) человек ($p < 0,001$ при сравнении с днем включения, $p = 0,077$ при сравнении с показателями 2-го визита).

Из 43 пациентов, участвовавших в динамическом наблюдении, у 23 (53,5%) через 2 мес. исследования отмечено снижение частоты приступов мигрени как минимум на 50%, что свидетельствует о статистически значимом снижении количества дней с мигренью в месяц на фоне подобранного профилактического лечения (табл. 1).

Из 29 пациентов, наблюдавшихся на протяжении года, 26 (89,7%) на заключительном визите сообщили о снижении частоты приступов как минимум на 50%.

Влияние фактора ЛИГБ на динамику эффективности лечения, а также выявление других статистически значимых предикторов, полученных в моделях с одним

● **Таблица 1.** Снижение частоты приступов головной боли на $\geq 50\%$ через 2 мес. наблюдения у пациентов с хронической мигренью при наличии и отсутствии лекарственно-индуцированной головной боли

● **Table 1.** Reduction in headache frequency by $\geq 50\%$ after 2 months of observation in patients with chronic migraine with and without medication overuse headache

Параметр	Вся выборка, $n = 43$	Пациенты с абзусной ГБ, $n = 35$	Пациенты без абзусной ГБ, $n = 8$	p-value
Доля пациентов со снижением частоты приступов на $\geq 50\%$, n (%)	23 (53,5%)	18 (51,4%)	5 (62,5%)	0,704

Примечание. ГБ – головная боль.

фиксированным эффектом, представлены в *табл. 2* (для количества дней с мигренью в месяц) и *табл. 3* (для MIDAS).

Для каждой из конечных точек (частота приступов мигрени, тяжесть по шкале MIDAS) само по себе наличие ЛИГБ не являлось весомым прогностическим фактором. Значимым предиктором оказалась продолжительность профилактической терапии под контролем специалиста: с каждым визитом частота ГБ уменьшалась в среднем на 2 приступа в месяц ($\beta = -2,15$; $p < 0,001$), балл по шкале MIDAS – почти на 9 баллов ($\beta = -8,95$; $p < 0,001$). При оценке влияния ЛИГБ на динамику показателей (т. е. взаимодействие факторов ЛИГБ и номера визита) не было обнаружено значимой связи с результатами по MIDAS ($p = 0,24$) и частотой ГБ ($p = 0,072$).

Показатели MSQ v2.1, SF-36, ЛОЗ, HIT-6 и CSI-A были статистически значимы для стартовой величины количества дней с мигренью в месяц: при более высоких показателях SF-36 (все субшкалы) и MSQ v2.1 (все субшкалы) частота приступов мигрени была ниже, тогда как при более высоких показателях CSI-A, ЛОЗ и HIT-6 – выше. Все эти факторы не оказывали влияния на динамику снижения частоты ГБ на фоне лечения. Также их влияние было одинаковым для пациентов с ЛИГБ и без нее, за исключением шкал SF-36 PH, SF-36 MH и CSI-A: наличие ЛИГБ нивелирует связь между SF-36 PH, CSI-A и частотой ГБ. Кроме того, наличие ЛИГБ усиливает корреляцию между увеличением показателя SF-36 MH и снижением частоты ГБ.

Тяжесть мигрени по MIDAS была выше при более высоких баллах по ЛОЗ, CSI-A, HIT-6, HADS-A, HADS-D и ниже при более высоких показателях SF-36 (все субшкалы), MSQ v2.1 (все субшкалы) и анкеты качества сна. Все эти предикторы, влияя на исходную тяжесть мигрени, не оказывали влияния на динамику снижения балла по MIDAS на фоне лечения и не изменяли своего действия в зависимости от наличия или отсутствия ЛИГБ.

ОБСУЖДЕНИЕ

В ходе исследования было показано, что значимым предиктором являлась продолжительность профилактического лечения под контролем специалиста: через каждые 2 мес. частота мигренозной ГБ уменьшалась на 2,15 дня в месяц, а балл по шкале MIDAS – на 8,95. Эффективность назначенной терапии определялась конечными точками: частотой приступов мигренозной ГБ и тяжестью по шкале MIDAS. Наличие ЛИГБ в рамках мигрени не ассоциировано ни с частотой мигренозной ГБ, ни с тяжестью мигрени по MIDAS и не влияет на ответ на терапию. По результатам исследования, в котором изучалась эффективность лечения ХМ с ЛИГБ и без нее, было показано, что положительный результат на фоне лечения препаратами первой линии прослеживался у всех пациентов, в том числе при сочетании ХМ с ЛИГБ [14].

Показатель ЦС, оцениваемый с помощью опросника CSI-A, статистически значимо снизился в течение периода наблюдения. Величина результата CSI-A была ассоциирована с исходной частотой дней с мигренью в месяц и тяжестью мигрени по шкале MIDAS, но не была связана с динамикой снижения этих показателей. Наличие

● **Таблица 2.** Параметры однофакторных линейных моделей со смешанными эффектами и зависимой переменной в виде количества дней с мигренью в месяц (приведены оценки только фиксированного эффекта)

● **Table 2.** Parameters of single-factor linear models with mixed effects and a dependent variable in the form of the number of days with migraines per month (only fixed effect estimates are provided)

Параметр	Коэффициент в однофакторной модели (β)	Стандартная ошибка (SE)	t	p-value
Номер визита	-2,15	0,21	-10,04	<0,001
SF-36 PH	-0,37	0,06	-5,9	<0,001
SF-36 MH	-0,2	0,05	-3,75	<0,001
MSQv2.1 рестриктивная функция	-0,17	0,02	-6,91	<0,001
MSQv2.1 профилактическая функция	0,14	0,03	-5,55	<0,001
MSQv2.1 эмоциональная функция	-0,06	0,03	-2,33	<0,001
CSI-A	0,19	0,05	4,09	<0,001
Лидский опросник зависимости	0,5	0,11	4,41	<0,001
HIT-6	0,47	0,06	7,46	<0,001

● **Таблица 3.** Параметры однофакторных линейных моделей со смешанными эффектами и зависимой переменной в виде оценки по MIDAS (приведены оценки только фиксированного эффекта)

● **Table 3.** Parameters of single-factor linear models with mixed effects and a dependent variable in the form of a MIDAS estimate (only fixed effect estimates are provided)

Параметр	Коэффициент в однофакторной модели (β)	Стандартная ошибка (SE)	t	p-value
Номер визита	-8,95	1,84	-4,86	<0,001
SF-36 PH	-3,4	0,51	-6,68	<0,001
SF-36 MH	-2	0,41	-4,85	<0,001
MSQ v2.1 рестриктивная функция	-1,66	0,19	-8,96	<0,001
MSQv2.1 профилактическая функция	-1,77	0,19	-9,32	<0,001
MSQv2.1 эмоциональная функция	-0,9	0,21	-4,2	<0,001
Анкета качества сна	-4,5	1,23	-3,65	<0,001
CSI-A	2	0,38	5,4	<0,001
Лидский опросник зависимости	6,1	0,84	7,26	<0,001
HIT-6	3,46	0,52	6,67	<0,001
HADS-A	4,5	1,14	3,94	<0,001
HADS-D	2,82	1,13	2,49	0,014

ЛИГБ нивелирует связь между CSI-A и частотой ГБ. В ранее проведенных исследованиях, аналогично нашим данным, отмечалось участие ЦС в патофизиологии мигрени и процессе ее хронизации. При этом предполагалось, что клинические проявления ЦС (такие как кожная аллодиния и амплификация боли) могут влиять на более неблагоприятный исход профилактического лечения мигрени [15, 16]. С целью изучения характеристик ЛИГБ в Китае было проведено исследование на экспериментальных животных: путем внутривенного введения нитроглицерина у них были индуцированы мигреноподобные ГБ. Параллельно животным регулярно вводили ризатриптан, имитируя чрезмерное употребление обезболивающих препаратов. Впоследствии проводилось измерение болевых порогов с помощью нитей фон Фрея. Таким образом, на экспериментальной модели было показано усугубление кожной аллодинии как основного показателя ЦС при мигрени [17].

При более высоких показателях по ЛОЗ исходная частота мигрени и ее тяжесть по MIDAS были выше. Данный показатель не влиял на динамику снижения частоты мигрени и тяжести мигрени по шкале MIDAS в ходе лечения и сохранял свое действие независимо от наличия или отсутствия ЛИГБ. В исследовании, проведенном в Тайване, было установлено, что показатель ЛОЗ ≥ 7 связан с более выраженной дезадаптацией у пациентов с ХМ независимо от наличия ЛИГБ [18].

Показатель HIT-6 имел прямую связь с исходным количеством дней с мигренью в месяц и тяжестью по MIDAS, т. е. чем выше балл HIT-6, тем выше частота мигрени и показатель MIDAS. Аналогичные результаты наблюдались при анализе данных литературы: увеличение частоты приступов мигрени и показателя MIDAS связано с усилением влияния ГБ на повседневную активность, оцениваемую с помощью опросника HIT-6 [19].

При более высоких показателях SF-36 (все субшкалы) исходная частота мигрени и тяжесть по MIDAS были статистически значимо ниже. При этом наличие ЛИГБ нивелирует связь между SF-36 PH и частотой ГБ и усиливает ассоциацию между SF-36 MH и частотой ГБ. В турецком исследовании от 2022 г. у пациентов с ХМ нарастание частоты и тяжести ГБ также было ассоциировано с худшим качеством жизни по SF-36 [20]. В обзоре исследований, направленных на оценку влияния ЛИГБ и использующих шкалы SF-36 и SF-12, было установлено, что в трех из пяти исследований пациенты с ХЕГБ и ЛИГБ имели показатели качества жизни хуже, чем пациенты с ХЕГБ без злоупотребления анальгетиками [21, 22].

При более высоких значениях всех субшкал MSQ v2.1 исходная частота мигрени и ее тяжесть по MIDAS были ниже. Несмотря на влияние MSQ v2.1 на исходную тяжесть мигрени, данный показатель не был ассоциирован с динамикой снижения частоты мигрени и показателями MIDAS на фоне лечения и не изменял своего действия в зависимости от наличия ЛИГБ. Согласно данным исследования по эффективности римегапанта 75 мг, было показано достоверное снижение количества дней с мигренью в месяц и увеличение всех субшкал MSQ v2.1 на фоне лечения [23]. В другом исследовании оценивалась динамика показателей качества жизни

при длительном применении атогепанта 60 мг. Через 12 нед. от начала наблюдения проводилась первая оценка изменений, которая показала значимое увеличение результатов по всем субшкалам MSQ v2.1. Положительная динамика сохранялась в течение всех 52 нед. наблюдения [24]. Важно отметить, что в данных исследованиях эффективность римегапанта и атогепанта оценивалась у пациентов с ЭМ.

Согласно полученным нами результатам, показатели тревоги и депрессии, оцененные с помощью анкеты HADS, а также показатели качества сна оказывали влияние на исходную тяжесть мигрени по шкале MIDAS, но не ассоциировались с частотой приступов мигрени. В немецком исследовании, целью которого было выявление взаимосвязи между психологическими факторами и тяжестью мигрени, было установлено, что, несмотря на более высокую распространенность тревоги (52%) по сравнению с депрессией (25,1%) среди пациентов с мигренью, именно влияние депрессии было статистически значимо связано с частотой ГБ и показателями MIDAS [25]. В работе, посвященной анализу взаимосвязи характеристик сна и тяжести мигрени, показано, что плохое качество сна оказывает значимое влияние на показатель MIDAS, что согласуется с нашими результатами [26].

Полученные данные о последовательном снижении частоты эпизодов ГБ и степени дезадаптации пациентов с каждым последующим визитом демонстрируют эффект длительной профилактической терапии мигрени, что соответствует общепринятым принципам необходимости пролонгированного лечения, особенно при хронической форме заболевания [27].

Наше исследование имеет ряд ограничений. Не были проанализированы все возможные факторы, включая проводимое лечение и образовательные беседы. Кроме того, в исследование включались только пациенты, завершившие наблюдение в течение года, и их количество пока недостаточно для окончательных выводов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Показано, что продолжительность профилактического лечения под контролем специалиста является основным предиктором благоприятного терапевтического ответа при ХМ и ЛИГБ. Предикторами, влияющими на исходную частоту мигрени в месяц и на баллы по шкале MIDAS, выступают показатели MSQ v2.1 (все субшкалы), SF-36 (все субшкалы), ЛОЗ, HIT-6 и CSI-A. Для MIDAS дополнительно прогнозирующее влияние также оказывают результаты HADS-A, HADS-D и анкеты качества сна. Наличие ЛИГБ не влияло на терапевтический ответ; единственным прогностическим фактором эффективности лечения в динамике оставалась продолжительность лечения пациентов.

В связи с полученными результатами сохраняется необходимость дальнейшего изучения предикторов и построения на их основе прогностической модели, что в перспективе позволит индивидуализировать подход к лечению пациентов с ХМ и ЛИГБ.



Поступила / Received 20.02.2026
Поступила после рецензирования / Revised 11.03.2026
Принята в печать / Accepted 16.03.2026

Список литературы / References

- Lipton RB, Buse DC, Nahas SJ, Tietjen GE, Martin VT, Lóf 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>.
- 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>.
- 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>.
- Torres-Ferrús M, Ursitti F, Alpuente A, Brunello F, Chiappino D, de Vries T et al. From transformation to chronification of migraine: pathophysiological and clinical aspects. *J Headache Pain*. 2020;21(1):42. <https://doi.org/10.1186/s10194-020-01111-8>.
- 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 YuE, 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>.
- Гузий ЕА, Сергеев АВ, Табеева ГР. Клинические и психоэмоциональные характеристики пациентов с лекарственно-индуцированной головной болью. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2024;16(15):52–58. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2024-15-52-58>.
Guziy EA, Sergeev AV, Tabeeva GR. Clinical and psychoemotional characteristics of patients with medication overuse headache. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2024;16(15):52–58. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2024-15-52-58>.
- 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>.
- Гузий ЕА, Шагбазян АЭ, Ковальчук НА, Табеева ГР. Закономерности формирования и оценка эффективности терапии лекарственно-индуцированной головной боли. *Доктор.Ру*. 2022;21(8):18–24. <https://doi.org/10.31550/1727-2378-2022-21-8-18-24>.
Guziy EA, Shagbazyan AE, Kovalchuk NA, Tabeeva GR. Patterns of Formation and Evaluation of the Efficiency of Medical Overuse Headache Therapy. *Doktor.Ru*. 2022;21(8):18–24. (In Russ.) <https://doi.org/10.31550/1727-2378-2022-21-8-18-24>.
- 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>.
- Groth M, Katsarava Z & Ehrlich M. Results of the eRman migraine Patient Survey on medical Care and proPhylactic treatment Experience (EPISCOPE). *Sci Rep*. 2022;12(1):4589. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-08716-w>.
- Probyn K, Bowers H, Caldwell F, Mistry D, Underwood M, Matharu M, Pincus T. Prognostic factors for chronic headache: A systematic review. *Neurology*. 2017;89(3):291–301. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000004112>.
- Головачева ВА, Головачева АА, Таршилова АР, Осипова ВВ. Типичная практика лечения пациентов с хронической мигренью. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2024;16(15):31–37. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2024-15-31-37>.
Golovacheva VA, Golovacheva AA, Tarshilova AR, Osipova VV. Typical clinical practice of treating patients with chronic migraine. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2024;16(15):31–37. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2024-15-31-37>.
- Seok JI, Cho HI, Chung CS. From transformed migraine to episodic migraine: reversion factors. *Headache*. 2006;46(7):1186–1190. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2006.00509.x>.
- Гузий ЕА, Сергеев АВ, Табеева ГР. Оценка эффективности профилактической терапии хронической мигрени с лекарственно-индуцированной головной болью и без нее: данные проспективного исследования. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2024;16(15):59–65. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2024-15-59-65>.
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(15):59–65. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2024-15-59-65>.
- Suzuki K, Suzuki S, Shiina T, Kobayashi S, Hirata K. Central Sensitization in Migraine: A Narrative Review. *J Pain Res*. 2022;15:2673–2682. <https://doi.org/10.2147/JPR.S329280>.
- Delussi M, Vecchio E, Libro G, Quitadamo S, de Tommaso M. Failure of preventive treatments in migraine: an observational retrospective study in a tertiary headache center. *BMC Neurol*. 2020;20(1):256. <https://doi.org/10.1186/s12885-020-01839-5>.
- Ma Z, Li C, Bai W, Xie W, Zhang M, Xiao H et al. Induction of more severe central sensitization in a medication overuse headache model mice through active ingestion of rizatriptan. *J Headache Pain*. 2025;26(1):123. <https://doi.org/10.1186/s10194-025-02066-4>.
- Wang YF, Tzeng YS, Yu CC, Ling YH, Chen SP, Lai KL, Wang SJ. Clinical Utility of Leeds Dependence Questionnaire in Medication-Overuse Headache. *Diagnostics*. 2023;13(3):472. <https://doi.org/10.3390/diagnostics13030472>.
- Shin HE, Park JW, Kim YI, Lee KS. Headache Impact Test-6 (HIT-6) scores for migraine patients: Their relation to disability as measured from a headache diary. *J Clin Neurol*. 2008;4(4):158–163. <https://doi.org/10.3988/jcn.2008.4.4.158>.
- Acikgoz M, Piri Cinar B, Celebi U, Aciman Demirel E, Karpuz Seren B, Atasoy HT. Illness perception and quality of life in patients with migraine and tension-type headache. *Neurol Res*. 2023;45(4):370–380. <https://doi.org/10.1080/01616412.2022.2148512>.
- Lantéri-Minet M, Duru G, Mudge M, Cottrell S. Quality of life impairment, disability and economic burden associated with chronic daily headache, focusing on chronic migraine with or without medication overuse: a systematic review. *Cephalalgia*. 2011;31(7):837–850. <https://doi.org/10.1177/0333102411398400>.
- Benz T, Nüssle A, Lehmann S, Gantenbein AR, Sándor PS, Elfering A et al. Health and quality of life in patients with medication overuse headache syndrome after standardized inpatient rehabilitation: A cross-sectional pilot study. *Medicine*. 2017;96(47):e8493. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000008493>.
- Johnston KM, L'Italien G, Popoff E, Powell L, Croop R, Thiry A et al. Mapping Migraine-Specific Quality of Life to Health State Utilities in Patients Receiving Rimegepant. *Adv Ther*. 2021;38(10):5209–5220. <https://doi.org/10.1007/s12325-021-01897-2>.
- Lipton RB, Halker Singh RB, Mechtler L, McVige J, Ma J, Yu SY et al. Patient-reported migraine-specific quality of life, activity impairment and headache impact with once-daily atogepant for preventive treatment of migraine in a randomized, 52-week trial. *Cephalalgia*. 2023;43(9):3331024231190296. <https://doi.org/10.1177/03331024231190296>.
- Klonowski T, Kropp P, Straube A, Ruscheweyh R. Psychological factors associated with headache frequency, intensity, and headache-related disability in migraine patients. *Neurol Sci*. 2022;43(2):1255–1266. <https://doi.org/10.1007/s10072-021-05453-2>.
- Almansour NA, Alsalamah SS, Alsubaie RS, Alshathri NN, Alhedyan YA, Althekair's FY. Association between migraine severity and sleep quality: a nationwide cross-sectional study. *Front Neurol*. 2025;16:1529213. <https://doi.org/10.3389/fneur.2025.1529213>.
- Puledda F, Sacco S, Diener HC, Ashina M, Al-Khazali HM, Ashina S et al. International Headache Society Global Practice Recommendations for Preventive Pharmacological Treatment of Migraine. *Cephalalgia*. 2024;44(9):3331024241269735. <https://doi.org/10.1177/03331024241269735>.

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

Сбор и обработка материала – В.В. Пилипенко

Обзор литературы – В.В. Пилипенко, О.Н. Воскресенская, Г.Р. Табеева

Анализ материала – В.В. Пилипенко, О.Н. Воскресенская, Г.Р. Табеева

Редактирование – О.Н. Воскресенская, Г.Р. Табеева

Утверждение окончательного варианта статьи – О.Н. Воскресенская, Г.Р. Табеева

Contribution of authors:

Concept of the article – **Olga N. Voskresenskaya, Gyuzyal R. Tabeeva**

Study concept and design – **Olga N. Voskresenskaya, Gyuzyal R. Tabeeva**

Text development – **Veronika V. Pilipenko, Olga N. Voskresenskaya, Gyuzyal R. Tabeeva**

Collection and processing of material – **Veronika V. Pilipenko**

Literature review – **Veronika V. Pilipenko, Olga N. Voskresenskaya, Gyuzyal R. Tabeeva**

Material analysis – **Veronika V. Pilipenko, Olga N. Voskresenskaya, Gyuzyal R. Tabeeva**

Editing – **Olga N. Voskresenskaya, Gyuzyal R. Tabeeva**

Approval of the final version of the article – **Olga N. Voskresenskaya, Gyuzyal R. Tabeeva**

Согласие пациентов на публикацию: пациенты подписали информированное согласие на публикацию своих данных.

Basic patient privacy consent: patients signed informed consent regarding publishing their data.

Информация об авторах:

Пилипенко Вероника Викторовна, аспирант кафедры нервных болезней 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 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 Гюзьяль Рафкатовна, д.м.н., профессор, профессор кафедры нервных болезней Института клинической медицины им. 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

Information about the authors:

Veronika V. Pilipenko, Postgraduate Student of the Department of Nervous Diseases, Sklifosovsky Institute of Clinical Medicine, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 8, Bldg. 2, Trubetskaya St., Moscow, 119048, Russia; veronika097@mail.ru

Olga N. Voskresenskaya, Dr. Sci. (Med.), Professor, Professor of the Department of Nervous Diseases, Sklifosovsky Institute of Clinical Medicine, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 8, Bldg. 2, Trubetskaya St., Moscow, 119048, Russia; vos-olga@yandex.ru

Gyuzyal R. Tabeeva, Dr. Sci. (Med.), Professor, Professor of the Department of Nervous Diseases, Sklifosovsky Institute of Clinical Medicine, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 8, Bldg. 2, Trubetskaya St., Moscow, 119048, Russia; grtabeeva@gmail.com