

На правах рукописи



Ашибокова Камилла Магометовна

**Персонализированный подход к терапии хронической головной боли
напряжения**

3.1.24. Неврология

3.1.17. Психиатрия и наркология

Автореферат

на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва – 2026

Работа выполнена в федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

Научные руководители:

доктор медицинских наук, профессор

Воскресенская Ольга Николаевна

доктор медицинских наук, профессор

Волель Беатриса Альбертовна

Официальные оппоненты:

Ахмадеева Лейла Ринатовна - доктор медицинских наук, профессор, магистр клинической психологии, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра неврологии, профессор кафедры

Медведев Владимир Эрнстович - доктор медицинских наук, доцент, федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы», Медицинский институт, Факультет непрерывного медицинского образования кафедра психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии, заведующий кафедрой

Ведущая организация: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Научно-практический психоневрологический центр имени З.П.Соловьева Департамента здравоохранения города Москвы»

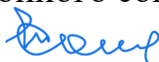
Защита диссертации. состоится « 16 » сентября 2026 г. в 10.00 ч на заседании диссертационного совета ДСУ 208.001.24 при ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) по адресу: 119021, Москва, ул. Россолимо, д. 11, стр. 1

С диссертацией можно ознакомиться в Фундаментальной учебной библиотеке ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) (119034, г. Москва, Зубовский бульвар, д.37/1) и на сайте организации: <https://www.sechenov.ru>

Автореферат разослан « » _____ 2026 г.

Ученый секретарь диссертационного совета

доктор медицинских наук



Толмачёва Виолетта Александровна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования

Головная боль напряжения (ГБН) – самая распространенная форма первичной головной боли, от которой в течение жизни страдают до 78% людей, при этом ее хроническая форма наблюдается примерно у 0,5–4,8% населения [Yu S. и соавт., 2015].

Хроническая боль отрицательно сказывается на функциональном состоянии пациентов, приводя к снижению работоспособности и социальной активности [Liu C. и соавт., 2025]. В отличие от эпизодической формы, хроническая ГБН характеризуется меньшей эффективностью стандартных методов терапии, большей склонностью к злоупотреблению анальгетиками, риском развития медикаментозно-индуцированной головной боли и депрессивных расстройств [Табеева Г.Р. и соавт., 2022, Fisher M.A. и соавт., 2023, Осипова В.В. и соавт., 2023]. Одной из причин недостаточной эффективности терапии является то, что ХГБН часто сочетается с психическими расстройствами. По данным исследований около 64% пациентов с ХГБН имеют по крайней мере одно психическое заболевание – наиболее часто большое депрессивное расстройство (51% случаев) и различные тревожные расстройства (паническое – 22%, генерализованное тревожное – 1% и др.) [Romero-Godoy R. и соавт., 2022, Медведев В.Э.], в происхождении которых большую роль играют психотравмирующие события, перенесенные в течение жизни, способствующие стойким изменениям нейроэндокринной системы, регулирующей адаптацию организма к стрессовым воздействиям [Гехт А.Б. и соавт., 2024].

Показано, что наличие тревожно-депрессивной симптоматики ассоциируется с усилением болевого синдрома и более значимым негативным влиянием головной боли на повседневную активность [Song T.J. и соавт., 2016, Наприенко М.В., Филатова Е.Г. 2019].

Таким образом, коморбидные психические расстройства являются существенным фактором, отягчающим клиническую картину ХГБН и затрудняющим ее лечение. Стандартный подход к терапии ХГБН в

неврологии включает назначение антидепрессантов [Lee H.J. и соавт., 2024]. При этом далеко не всегда препараты, определённые клиническими рекомендациями, позволяют контролировать наиболее распространенные коморбидные заболевания, а их диагностика не предусмотрена стандартным протоколом ведения пациентов [Латышева Н.В., 2019; Romero-Godoy R. и соавт., 2022, Медведев В.Э.].

Отсутствие должного внимания к сопутствующим психоэмоциональным нарушениям приводит к неполному контролю симптомов. В этой связи актуален персонализированный, междисциплинарный подход к ведению таких пациентов, объединяющий усилия невролога и психиатра. Необходимость разработки подобных персонализированных стратегий отражает общемировой тренд на улучшение качества помощи при хронической боли и коморбидных состояниях [Ахмадеева Л.Р. и соавт., 2023, Lee H.J. и соавт., 2024].

Степень разработанности темы исследования

Проблема ГБН достаточно хорошо изучена в литературе в аспектах эпидемиологии, клинических проявлений и факторов риска. Современные нейробиологические исследования подтверждают наличие явлений центральной сенситизации при ХГБН [Ashina S. и соавт., 2021], однако до конца биологические механизмы не расшифрованы. В более поздних работах подтверждено, что у пациентов с хронической формой ГБН существенно чаще выявляются тревожные и депрессивные нарушения, чем в общей популяции, и эта коморбидность вносит весомый вклад в механизмы хронификации боли, а психологические методы лечения доказали свою эффективность в уменьшении частоты и интенсивности ГБН, особенно в сочетании с фармакотерапией [Kotb M.A. и соавт., 2020]. Таким образом, в научной среде сформировалось понимание ГБН как биопсихосоциального феномена, где наравне с неврологическими аспектами значимы психологические, психические и поведенческие факторы.

В литературе отмечается недостаток данных о влиянии целенаправленной терапии коморбидных состояний на исходы хронической головной боли [Song T.J. и соавт., 2016]. Большинство опубликованных работ фокусируются либо на

соматических аспектах лечения (анальгетики, профилактические препараты), либо на психологических аспектах в рамках отдельных пилотных исследований. Комплексный персонализированный подход, интегрирующий эти направления, остается новым и малоизученным. Лишь в последние годы появились отдельные исследования, указывающие на перспективность мультидисциплинарного ведения пациентов с хроническими болевыми синдромами [Romero-Godoy R. и соавт., 2022, Ахмадеева Л.Р., 2023]. Таким образом, научная и практическая разработанность темы находится на этапе формирования: актуальность интеграции неврологических и психиатрических методов признана, но доказательная база ее эффективности при ХГБН требует расширения. Это определило необходимость проведения настоящего исследования, посвященного сравнительной оценке стандартной и персонализированной терапии ХГБН с учетом психического статуса пациентов.

Цель и задачи исследования

Цель исследования: повысить эффективность терапии хронической головной боли напряжения путём персонализированного подхода к коррекции коморбидных психических расстройств.

Задачи исследования:

1. Изучить структуру коморбидных тревожных и депрессивных расстройств у пациентов с хронической головной болью напряжения.
2. Оценить эффективность стандартной терапии хронической головной боли напряжения в неврологической практике через 3 и 6 месяцев лечения.
3. Оценить эффективность персонализированного подхода к терапии хронической головной боли напряжения с привлечением врача-психиатра на старте терапии с учетом коморбидных психических нарушений через 3 и 6 месяцев наблюдения.
4. Изучить наличие взаимосвязи между динамикой хронической головной боли напряжения и показателями психического состояния на фоне проведенного лечения.

5. Сравнить эффективность стандартного и персонализированного подходов к терапии хронической головной боли напряжения через 3 и 6 месяцев лечения.

Научная новизна

В рамках рандомизированного исследования проведено изучение эффективности персонализированного, междисциплинарного подхода к лечению ХГБН с учетом коморбидных психических нарушений на старте терапии. Показано, что уже через 3 месяца лечения пациенты, получавшие персонализированную терапию, имели значимое снижение частоты головной боли и ее интенсивности, в то время как при стандартном лечении улучшение носило более умеренный характер. Выявлено, что назначение целенаправленной на коморбидные нарушения терапии приводит к значимому уменьшению выраженности тревожной и депрессивной симптоматики, тогда как при стандартном подходе психический статус улучшался менее значительно. Установлено, что снижение интенсивности головной боли сопровождается уменьшением выраженности тревоги и депрессии. В контексте лечения ХГБН изучена динамика катастрофизации боли: персонализированный подход способствовал существенному снижению уровня катастрофических мыслей о боли, что отражает формирование более адаптивного отношения пациента к своему состоянию. Показано, что мультидисциплинарное лечение достоверно повышает показатели как физического, так и психического компонентов здоровья уже к концу 3-го месяца терапии. Доказано, что персонализированная диагностическая и терапевтическая тактика с участием врача-психиатра обеспечивает более выраженное и быстрое клиническое улучшение по сравнению со стандартным подходом. Установлен факт более длительного преимущества междисциплинарного подхода, сохраняющегося через 6 месяцев наблюдения.

Теоретическая и практическая значимость работы

Полученные данные подтверждают концепцию о том, что психосоциальные факторы играют ключевую роль в патогенезе ХГБН. Результаты проведенного исследования обосновывают необходимость учета

индивидуального психиатрического профиля пациента при выборе терапевтической тактики.

Практическая ценность работы обусловлена тем, что апробирован персонализированный подход к ведению пациентов с хронической ГБН и коморбидной психической симптоматикой, включающий взаимодействие невролога и психиатра на старте терапии. Установлено, что при диагностировании хронической головной боли напряжения и определении тактики лечения необходимо выявление коморбидных психических расстройств, которые служат основанием для консультации психиатра в самом начале терапии и последующего динамического наблюдения.

Методология и методы исследования

Методологической основой исследования послужил комплексный междисциплинарный подход с использованием клинических, психодиагностических и статистических методов. Исследование выполнено в дизайне рандомизированного контролируемого исследования (РКИ) с параллельными группами пациентов. Всего на этапе скрининга с участием врача психиатра обследовано 120 пациентов, из них у 97 человек были выявлены коморбидные тревожные и депрессивные нарушения. В выборку были включены 97 пациентов в возрасте от 18 до 65 лет с диагнозом хронической головной боли напряжения, соответствующим критериям МКГБ-3 (2018). До включения в исследование все пациенты подписывали информированное согласие. Исследование в рамках диссертационной работы «Персонализированный подход к терапии хронической головной боли напряжения» одобрено локальным этическим комитетом ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет), выписка из протокола № 4070/ОП-31 от 30.09.2020 г.

Личный вклад автора

Автором осуществлен отбор и клинико-неврологическое обследование пациентов, включая сбор анамнеза, неврологический осмотр и первичную психометрическую оценку согласно протоколу исследования. Автор

непосредственно участвовал в рандомизации пациентов по группам, курировал выполнение ими всех этапов исследования, взаимодействовал с врачом-психиатром при выработке персонализированных схем терапии. Катамнестическое наблюдение за пациентами осуществлено лично автором. Статистический анализ полученного материала выполнен автором при консультативной поддержке профессионального статистика. Результаты исследования доложены на научных конференциях.

Положения, выносимые на защиту

1. У подавляющего большинства пациентов с ХГБН (97 из 120 обследованных на этапе скрининга (80,8%)) имелись сопутствующие тревожные и депрессивные расстройства, что требует их своевременной диагностики и коррекции.
2. Коморбидные психические расстройства (тревога, депрессия) играют существенную роль в развитии хронической головной боли напряжения. Уменьшение частоты и интенсивности головной боли происходит на фоне снижения выраженности тревоги и депрессии.
3. Персонализированный междисциплинарный подход к терапии ХГБН с учётом коморбидных психических нарушений, обеспечивает более высокую и долгосрочную терапевтическую эффективность по сравнению со стандартным лечением.

Степень достоверности и апробация результатов

Достоверность полученных результатов обеспечивается применением современного методологического подхода и подтверждается статистическими данными. Исследование базируется на репрезентативной выборке (97 пациентов), достаточной для выявления статистически значимых различий. Критерии включения и невключения пациентов были строго соблюдены, что гарантирует однородность групп. В работе использовались стандартизированные, валидизированные инструменты оценки (международные шкалы и опросники), обладающие высокой надежностью и воспроизводимостью. Все наблюдения и измерения проводились по единообразному протоколу, минимизирующему

субъективные влияния. Выбран дизайн РКИ с группой сравнения, что исключает систематические ошибки и эффект плацебо; обработка данных выполнена с расчетом критериев значимости, корреляций и проверкой гипотез при уровне $p < 0,05$.

Основные научные результаты исследования доложены и обсуждены на Ежегодном Международном Образовательном Форуме «Нейросфера» 24.10 2025г.

Апробация диссертации состоялась на совместном заседании кафедры нервных болезней ИКМ им. Н.В.Склифосовского и кафедры психиатрии, психотерапии и психосоматики Первого МГМУ им. И.М. Сеченова (протокол заседания № 15 от 04.03.2026 г.).

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Научные положения диссертации соответствуют научным специальностям 3.1.24. Неврология и 3.1.17. Психиатрия и наркология. Результаты проведенного исследования соответствуют области исследования, а именно 15, 20 пунктам паспорта специальности «Неврология» и 4 пункту паспорта специальности «Психиатрия и наркология».

Публикации по теме диссертации

По результатам исследования автором опубликовано 4 работы, в том числе 3 научные статьи в журналах, включенных в Перечень рецензируемых научных изданий Сеченовского Университета / Перечень ВАК при Минобрнауки России, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук; 1 иная публикация по результатам исследования.

Внедрение результатов в практику

Основные научные положения, выводы и рекомендации кандидатской диссертации внедрены в учебный процесс кафедры нервных болезней и кафедры психиатрии и наркологии Института клинической медицины имени Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет) при подготовке ординаторов по специальностям «Неврология»; «Психиатрия и наркология» (акт № 707 от 30.06.2025), а также внедрены в

лечебный процесс Клиники нервных болезней им. А. Я. Кожевникова и клиники психосоматической медицины Университетской клинической больницы № 3 Клинического центра ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет) (акт № 782 от 01.12.2025).

Структура и объем диссертации

Диссертация изложена на 107 страницах машинописного текста и состоит из введения, четырех глав, общих выводов, практических рекомендаций, списка сокращений и условных обозначений, списка литературы и 2 приложений. Работа иллюстрирована 10 таблицами и 20 рисунками. Список литературы включает 124 источника, в том числе 101 - на иностранных языках.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования

В исследование включены пациенты, находившиеся на стационарном или амбулаторном лечении в клинике нервных болезней им. А.Я. Кожевникова и клинике психосоматической медицины ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова в период с 2020 по 2024 год. Всего на этапе скрининга с участием врача психиатра обследовано 120 пациентов, из них у 97 человек были выявлены коморбидные тревожные и депрессивные нарушения. Набор пациентов осуществлялся на основании разработанных критериев включения и невключения.

Критерии включения в исследование:

- Мужчины и женщины в возрасте от 18 до 65 лет.
- Диагноз хронической головной боли напряжения.
- Наличие коморбидных тревожных и депрессивных расстройств.
- Наличие письменного информированного добровольного согласия пациента на участие в исследовании, сбор и обработку персональных данных.

Критерии невключения в исследование:

- Возраст младше 18 лет и старше 65 лет.
- Отсутствие тревожных и депрессивных нарушений.

- Выраженное когнитивное снижение, препятствующее полноценному клиническому обследованию.
- Психотические расстройства.
- Биполярное аффективное расстройство.
- Хронические соматические заболевания в стадии декомпенсации.
- Наличие хронических болевых синдромов иной локализации, по поводу которых пациенты на момент включения предъявляли активные жалобы.
- Прием на момент включения психофармакотерапии, прохождение психотерапии, отказ от консультации психиатра.

Выраженность головной боли оценивалась с использованием:

1. Визуальной аналоговой шкалы (ВАШ);
2. Болевого опросника Мак-Гилла;

Объективизация нарушений сна, а также частота встречаемости бессонницы среди участников исследования измерялась с использованием Индекса выраженности бессонницы (ИББ); Степень субъективного переживания боли, сосредоточенность пациента на проблеме, а также катастрофизация болевого синдрома была оценена с использованием шкалы катастрофизации боли (ШКБ). Верификация сопутствующих тревожных и депрессивных расстройств проводилась с помощью шкал депрессии и тревоги Гамильтона. Для оценки качества жизни использовался опросник SF-36.

Пациенты были случайным образом рандомизированы в две группы. 1-я группа (основная, n=45) получала лечение в рамках персонализированного подхода, предусматривающего участие психиатра и назначение им лечения. 2-я группа (группа сравнения, n=52) получала терапию в соответствии со стандартным протоколом, включающим консультацию и наблюдение врачом-неврологом. Продолжительность курса лечения составила 6 месяцев с оценкой эффективности в двух контрольных точках: на промежуточном (3 месяца) и финальном (6 месяцев) этапах.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Клиническая характеристика обследованных пациентов

У пациентов обеих групп преобладала двусторонняя давящая и сжимающая головная боль (53 и 55,8% соответственно; $p=0,182$), наиболее часто в лобновисочной и затылочной областях (42,2 и 26,9% соответственно; $p=0,51$). Сравниваемые группы были сопоставимы по ключевым демографическим характеристикам на момент включения в исследование, статистически значимых различий не выявлено. Структура коморбидных тревожных и депрессивных расстройств у пациентов с хронической головной болью напряжения представлена в таблице 1.

Таблица 1 – Демографические характеристики пациентов, структура разновидностей ХГБН и коморбидных психических расстройств в исследуемых группах ($M \pm SD$)

Показатель	Основная группа (n=45)	Группа сравнения (n=52)	p-value
Возраст, годы	$40,87 \pm 3,92$	$41,23 \pm 4,64$	0,243
Пол, (%)			0,187
женщины	33 (74%)	38 (73%)	
мужчины	12 (26%)	14 (27%)	
ХГБН с напряжением перикраниальной мускулатуры	13 (28,9%)	15 (28,8%)	0,79
ЛИГБ	24(53 %)	26(50%)	0,189

Продолжение Таблицы 1

Тревожные расстройства, (%)			
генерализованное тревожное расстройство	12(26,68%)	15(28,84%)	0,185
(ГТР) паническое расстройство	7(15,55%)	8(15,38%)	0,181
смешанное тревожно-депрессивное расстройство	8(17,77%)	5(9,63%)	0,133
Депрессивные расстройства, (%)			
депрессивный эпизод	8(17,77%)	11(21,15%)	0,151
рекуррентное депрессивное расстройство	7(15,55%)	9(17,31%)	0,186
дистимия	3(6,68%)	4(7,69%)	0,119

Пациенты основной группы получали индивидуально подобранную терапию психических расстройств. Перечень препаратов, назначаемых психиатром, включал антидепрессанты, антиконвульсанты, антипсихотики. Пациенты группы сравнения получали стандартное лечение ХГБН, соответствующее отечественным клиническим рекомендациям. В него входило назначение amitriptyline как препарата первой линии; рекомендации по образу жизни (соблюдение режима сна, ограничения употребления кофеина и т. п.). При наличии противопоказаний или непереносимости amitriptyline происходила замена препарата на venlafaxine.

Пациентам обеих групп выдавался дневник ГБ для самостоятельного заполнения; они были проинструктированы ежедневно отмечать наличие/отсутствие боли, ее интенсивность, принятые лекарства.

Количество дней с головной болью. Частота дней с головной болью в обеих группах статистически значимо уменьшилась за период наблюдения (таблица 2). К 3 месяцам различия между группами достигли статистической значимости. К 6 месяцам этот показатель в обеих группах достиг минимальных значений.

Таблица 2 – Результаты изменения количества дней с головной болью в месяц в основной и группе сравнения через 3 и 6 месяцев лечения

Показатель	Группа	До лечения	Через 3 месяца от начала лечения	Через 6 месяцев от начала лечения	p-value
Количество дней с ГБ	Основная группа (n=45)	17 [16-18]	5 [5-7]	3 [2-4]	$p < 0,01$
	Группа сравнения (n=52)	18 [17-19]	11 [9-13]	5 [3-7]	$p < 0,01$

Динамика интенсивности головной боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) на фоне проводимого лечения

Интенсивность болевого синдрома по ВАШ существенно уменьшилась в ходе терапии в обеих группах (таблица 3). К 3 месяцам в основной группе отмечалась тенденция к более низкой интенсивности боли, и фактически средний балл ВАШ был ниже ($2,78 \pm 1,20$ против $4,15 \pm 1,79$). К 6 месяцам болевой синдром по ВАШ в обеих группах достиг минимальной выраженности (медиана 2 балла в обеих группах, $p = 0,76$). В основной группе и группе сравнения через 3 месяца не было выявлено значимых связей между сокращением числа дней ГБ и изменениями показателей боли по ВАШ. К 6 месяцу в основной группе появилась статистически значимая прямая (положительная) корреляция между уменьшением числа дней с ГБ и снижением интенсивности боли по ВАШ: $R_s = 0,31$ при $p = 0,04$. В группе

сравнения на отдаленном этапе (6 месяцев) каких-либо новых корреляционных взаимоотношений между частотой ГБ и другими показателями не возникло – корреляции в большинстве своем оставались слабыми и статистически незначимыми.

Таблица 3 – Результаты изменения баллов по шкале ВАШ через 3 и 6 месяцев лечения

Показатель	Группа	До лечения	Через 3 месяца от начала лечения	Через 6 месяцев от начала лечения	p-value
Интенсивность ГБ по ВАШ	Основная группа (n=45)	4 [4-6]	3 [2-3]	2 [1-2]	$p < 0,01$
	Группа сравнения (n=52)	5 [4-6.25]	4 [3-5]	2 [2-3]	$p < 0,01$

Оценка динамики болевого синдрома по опроснику Мак-Гилла на фоне проводимого лечения

Интенсивность боли по опроснику Мак-Гилла достоверно снизилась за время наблюдения как в основной, так и в группе сравнения. К 3 месяцу в основной группе отмечалось значительно более выраженное снижение болевого индекса: средний суммарный балл составил $7,36 \pm 4,97$ против $12,93 \pm 7,49$ в группе сравнения ($p < 0,01$, t-критерий Уэлча). К 6 месяцу интенсивность боли по МакГиллу в основной группе оказалась минимальной (в среднем ~5 баллов), тогда как в группе сравнения оставалась выше (~7 баллов) (рисунок 1). Не было выявлено значимых связей между сокращением числа дней ГБ и изменениями показателей по опроснику Мак-Гилла через 3 и 6 месяцев ни в группе сравнения, ни в основной группе.

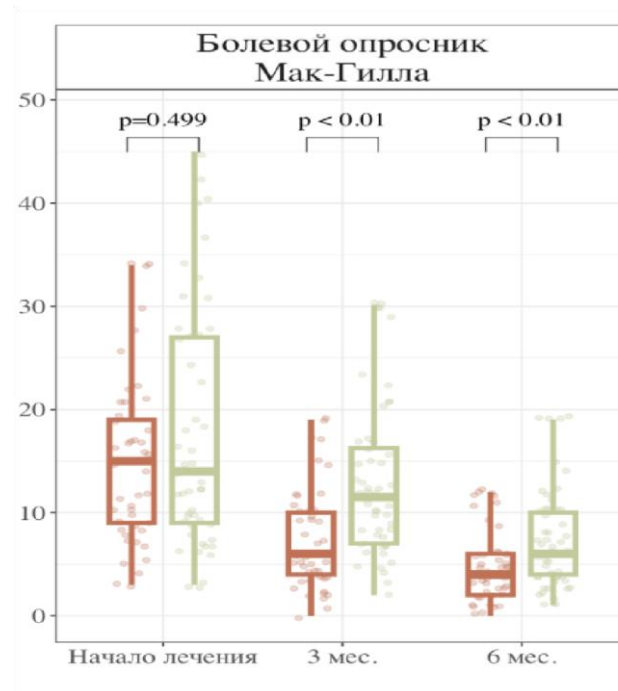


Рисунок 1 – Результаты изменения баллов по опроснику Мак-Гилла через 3 и 6 месяцев лечения

Динамика выраженности депрессии и тревоги (шкалы Гамильтона, опросник «Индекс выраженности бессонницы») на фоне проводимого лечения

Интенсивность депрессивной симптоматики статистически значимо снизилась в ходе лечения в обеих группах. К 3 месяцу в основной группе отмечалось более выраженное снижение уровня депрессии: средний балл по шкале Гамильтона составил $6,41 \pm 3,38$ против $10,11 \pm 5,42$ в группе сравнения ($p < 0,01$). К 6 месяцу показатели депрессии достигли минимальных значений: в основной группе – $4,77 \pm 2,60$ балла, в группе сравнения – $8,66 \pm 5,33$ балла, межгрупповое различие недостоверно ($p = 0,054$) (таблица 4). Значимых корреляций через 3 и месяцев наблюдения между уменьшением частоты ГБ и показателями депрессии по шкале Гамильтона, Индекса выраженности бессонницы не выявлено в обеих группах.

Таблица 4 – Результаты изменения баллов по шкале депрессии Гамильтона через 3 и 6 месяцев лечения

Показатель	Группа	До лечения	Через 3 месяца от начала лечения	Через 6 месяцев от начала лечения	p-value
Шкала Гамильтона	Основная группа (n=45)	12,18(±6,71)	6,41 (±3,38)	4,77 (±2,6)	$p < 0,01$
	Группа сравнения (n=52)	12,86 (±6,44)	10,11 (±5,42)	8,66 (±5,33)	$p < 0,01$

Интенсивность тревожной симптоматики статистически значимо снизилась в ходе лечения в обеих группах. К 3 месяцу в основной группе отмечалось более выраженное снижение уровня тревоги: средний балл по шкале Гамильтона составил $7,0 \pm 2,0$ против $11,0 \pm 2,5$ в группе сравнения ($p < 0,01$). К 6 месяцу показатели тревоги достигли следующих значений: в основной группе – $4,0 \pm 1,6$ балла, в группе сравнения – $8,5 \pm 2,1$ балла ($p < 0,01$) (таблица 5).

Таблица 5 - Результаты изменения баллов по шкале тревоги Гамильтона через 3 и 6 месяцев лечения

Показатель	Группа	До лечения	Через 3 месяца от начала лечения	Через 6 месяцев от начала лечения	p-value
Шкала тревоги Гамильтона	Основная группа (n=45)	12,0(±2,8)	7,0(±2,0)	4,0(±1,6)	$p < 0,01$

Продолжение Таблицы 5

	Группа сравнения (n=52)	13,5(±3,3)	11,0(±2,5)	8,5(±2,1)	$p < 0,01$
--	-------------------------------	------------	------------	-----------	------------

Выраженность инсомнии значительно уменьшилась в обеих группах к концу наблюдения. Межгрупповые различия к 3 месяцам достигли статистической значимости. К 6 месяцам уровень инсомнии в основной группе снизился до практически минимального (в среднем $2,4 \pm 2,02$ балла), тогда как в группе сравнения оставался несколько выше ($5,37 \pm 4,61$) (рисунок 2).

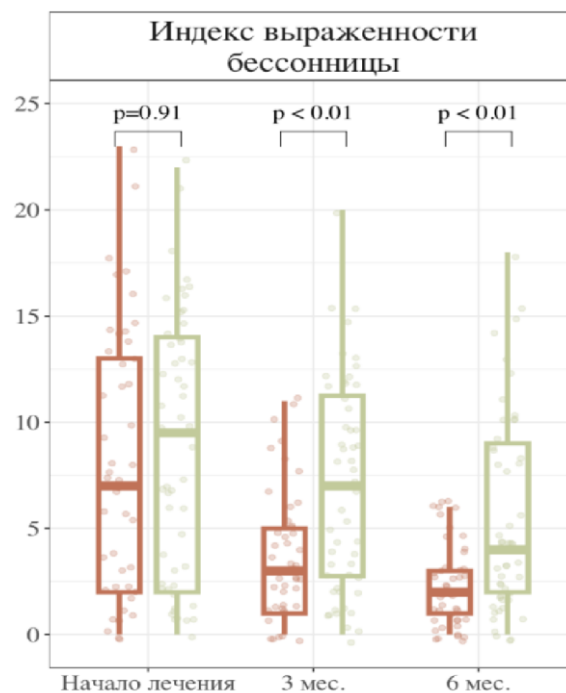


Рисунок 2 – Результаты изменения ИВБ через 3 и 6 месяцев лечения

Динамика катастрофизации боли (шкала PCS) и ее компонентов на фоне проводимого лечения

Уровень катастрофизации боли достоверно снизился под влиянием лечения в обеих группах. К 3 месяцу в основной группе отмечалось более выраженное снижение катастрофизации: средний общий балл составил $8,69 \pm 7,40$ против $13,70 \pm 9,03$ в группе сравнения ($p < 0,01$, t-критерий). К 6 месяцу уровень катастрофизации боли в основной группе достиг минимальных значений и

оставался ниже, чем в группе сравнения ($6,41 \pm 5,77$ против $10,67 \pm 7,88$; $p < 0,01$) (рисунок 3). В основной группе через 3 месяца корреляции между динамикой числа дней с ГБ и выраженности катастрофизации боли на данном этапе не достигали статистической значимости (R_s от $-0,01$ до $0,23$, $p > 0,1$ для различных показателей шкалы катастрофизации). В группе сравнения обращает на себя внимание умеренная обратная связь между снижением числа дней с ГБ и уменьшением выраженности катастрофизации боли по субшкале «Преувеличение» ($R_s = -0,30$, $p = 0,03$). В основной группе к 6 месяцам снижение числа дней ГБ достоверно ассоциировалось с уменьшением катастрофизации боли: так, корреляция с уменьшением по субшкале «Мысленная жвачка» (навязчивое размышление о боли) составила $R_s=0,47$ ($p<0,001$), а по субшкале «Преувеличение» – $R_s=0,43$ ($p<0,001$). В группе сравнения на отдаленном этапе (6 месяцев) каких-либо значимых корреляционных взаимоотношений между частотой ГБ и другими показателями не возникло.

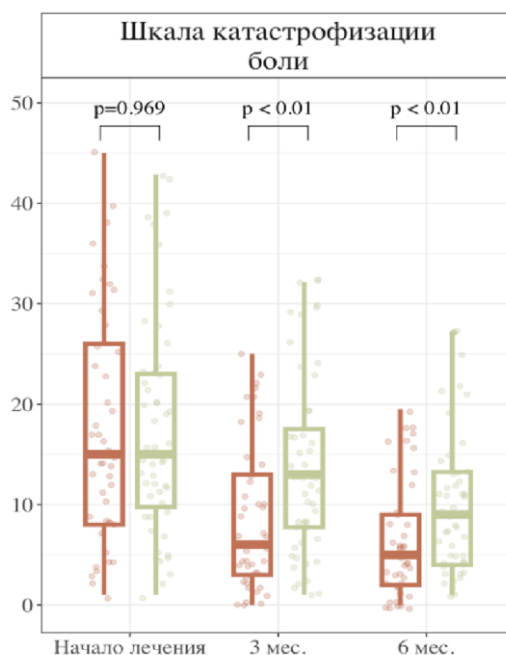


Рисунок 3 – Результаты изменения баллов по шкале PCS через 3 и 6 месяцев лечения

Динамика показателей качества жизни пациентов (опросник SF-36) на фоне проводимого лечения

Показатель «Жизненная активность» в основной группе увеличился с $43,11 \pm 17,85$ до $60,5 \pm 11,43$ уже через 3 месяца терапии и достиг $67,5 \pm 10,63$ к 6-му месяцу. Межгрупповые различия через 3 месяца достигают достоверной разницы $p < 0,05$, через 6 месяцев статистически значимая разница не наблюдается ($p = 0,063$). По шкале «Интенсивность боли» в основной группе наблюдалось значительное улучшение: показатель увеличился с $31,0 \pm 17,91$ до $64,0 \pm 13,3$ к 3 месяцу и остался на уровне $64,0 \pm 12,74$ к 6-му месяцу. Показатель «Общее состояние здоровья» в основной группе повысился с $50,87 \pm 22,5$ до $66,47 \pm 13,23$ через 3 месяца и до $69,42 \pm 14,05$ к 6-му месяцу. Межгрупповые различия по данному параметру через 3 и 6 месяцев достигли статистической значимости в пользу основной группы ($p < 0,01$). По шкале «Психическое здоровье» в основной группе показатель вырос с $54,76 \pm 20,34$ до $70,84 \pm 15,2$ через 3 месяца и до $79,91 \pm 13,39$ к 6-му месяцу. В группе сравнения значения изменились с $55,54 \pm 22,15$ до $62,31 \pm 18,93$ и до $69,15 \pm 18,1$. Преимущество основной группы было статистически достоверно ($p < 0,01$). По шкале «Физическое функционирование» в основной группе показатель увеличился с $82,11 \pm 18,78$ до $90,22 \pm 11,37$ и до $94,56 \pm 8,24$ через 6 месяцев. В группе сравнения значения составили $79,36 \pm 21,52$, $83,17 \pm 16,66$ и $85,58 \pm 14,47$ соответственно. Межгрупповые различия через 3 месяца и через 6 месяцев не были достоверны ($p > 0,05$). По шкале «Социальное функционирование» в основной группе показатель вырос с $62,5 \pm 21,90$ до $87,5 \pm 16,49$ через 3 месяца и достиг $100,0 \pm 11,18$ к 6-му месяцу. В группе сравнения изменения были менее выраженными: с $62,5 \pm 24,92$ до $75 \pm 21,36$ и $87,5 \pm 17,56$ ($p < 0,01$; межгрупповые различия достоверны только через 3 месяца от начала лечения) (рисунок 4).

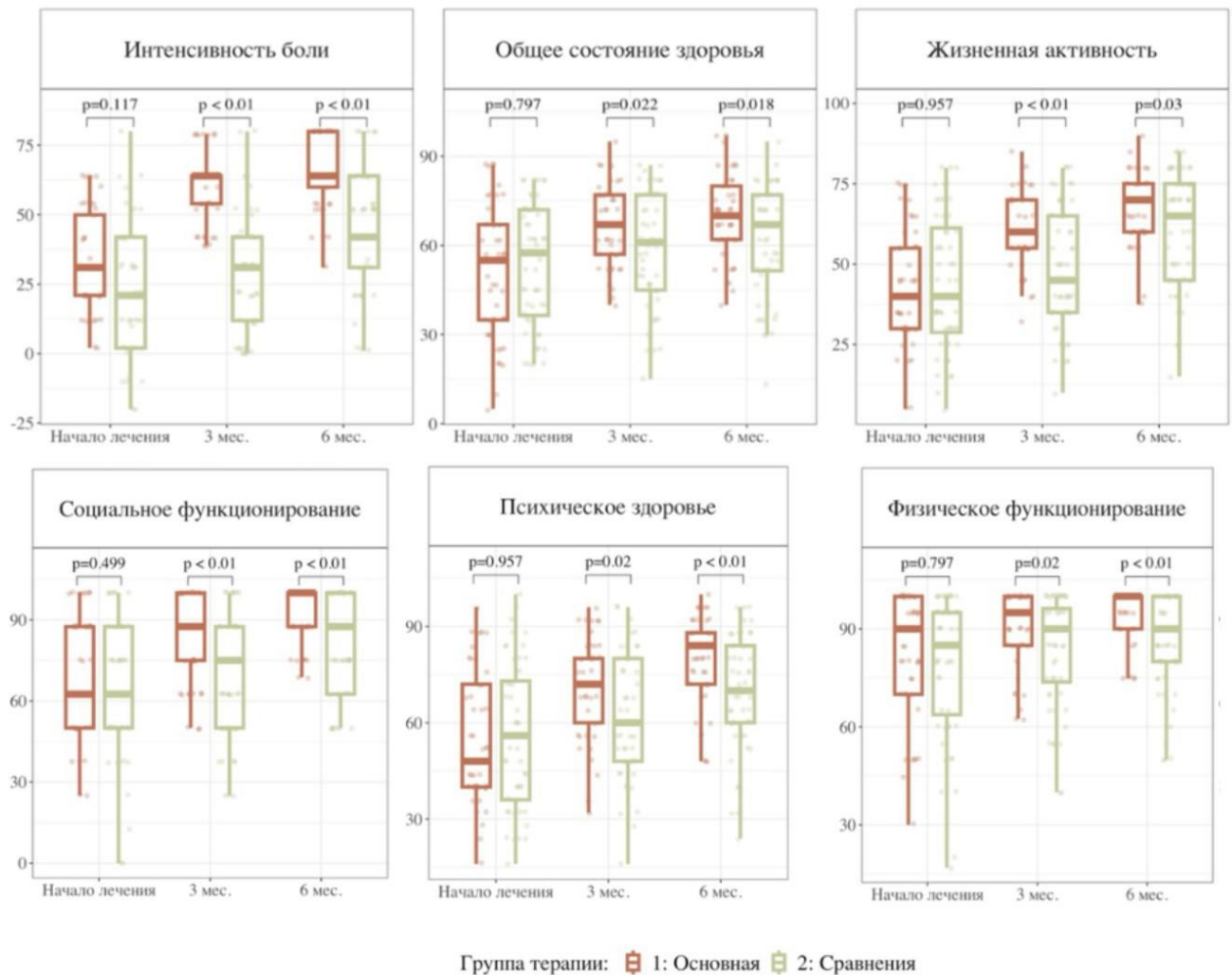


Рисунок 4 – Результаты изменения показателей «Жизненная активность, Интенсивность боли, Общее состояние здоровья, Психическое здоровье, Физическое функционирование, Социальное функционирование» опросника SF-36 через 3 и 6 месяцев лечения

В основной группе уже через 3 месяца уменьшение количества дней с головной болью достоверно ассоциировалось с ростом показателя физического компонента здоровья SF-36 ($R_s = -0,42$, $p < 0,001$). В группе сравнения была обнаружена одна умеренная по величине и значимая связь: уменьшение числа дней с ГБ в группе стандартного лечения к 6 месяцу статистически значимо коррелировало с ростом показателя психологического компонента здоровья SF-36 ($R_s = -0,31$, $p = 0,02$).

Полученные результаты подтверждают целесообразность междисциплинарного ведения пациентов с хронической болью.

Персонализированный подход в терапии ХГБН продемонстрировал более высокую эффективность по сравнению с традиционным: он не только уменьшает частоту и выраженность головной боли, но и значительно улучшает психологическое состояние и качество жизни больных. Это свидетельствует в пользу внедрения подобных тактик в клиническую практику лечения хронических болевых синдромов.

ВЫВОДЫ

1. Структура коморбидных тревожных и депрессивных расстройств у пациентов с хронической головной болью напряжения представлена: генерализованным тревожным расстройством (27,8%), паническим расстройством (15,5%), смешанным тревожно-депрессивным расстройством (13,4%), депрессивным эпизодом (19,6%), рекуррентным депрессивным расстройством (16,5%), дистимией (7,2%). Тревога и депрессия коррелируют с интенсивностью головной боли.

2. Стандартная терапия хронической головной боли напряжения сопровождалась уменьшением частоты и интенсивности головной боли, снижением выраженности тревоги и депрессии, улучшением качества жизни пациентов. Стойкий клинический эффект через 6 месяцев лечения наблюдался лишь у трети пациентов.

3. Персонализированный подход, включающий привлечение врача-психиатра и направленную коррекцию коморбидных психических нарушений на старте терапии, обеспечил более существенную и выраженную положительную динамику уже к 3-му месяцу наблюдения; достигнутые эффекты сохранялись через 6 месяцев.

4. Сопутствующие психические расстройства (тревога, депрессия) играют существенную роль в развитии хронической головной боли напряжения. Уменьшение частоты и интенсивности головной боли происходило на фоне снижения выраженности тревоги и депрессии.

5. Персонализированный подход с участием психиатра является более эффективным по сравнению со стандартным неврологическим ведением пациентов с хронической головной болью напряжения и коморбидными психическими расстройствами в краткосрочной перспективе. Через 6 месяцев различия между группами уменьшались, но персонализированный подход сохранял определенные преимущества по ряду параметров.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При хронической головной боли напряжения с тревожными и депрессивными проявлениями рекомендуется на этапе старта терапии привлекать к лечению врача-психиатра для профессиональной оценки индивидуальной структуры коморбидной патологии и назначения персонализированной терапии.

2. Пациентов с хронической головной болью напряжения следует обучать немедикаментозным методам саморегуляции – техникам релаксации, управлению стрессом, соблюдению гигиены сна. Такая образовательная поддержка повышает эффективность лечения и способствует более длительному контролю боли, снижая риск обострения симптоматики при воздействии стрессовых факторов.

3. Полученные результаты обосновывают необходимость более широкого внедрения персонализированного междисциплинарного подхода в клиническую практику. Междисциплинарное ведение пациентов с хронической головной болью напряжения и коморбидной психопатологией обеспечивает более устойчивый терапевтический эффект.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Качество жизни пациентов при персонализированном подходе к терапии хронической головной боли напряжения / К. М. Тлисова (Ашибокова), Д. С. Петелин, О. Н. Воскресенская, Б. А. Волель // **Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.** – 2024. – Т. 16. - № 1S. – С. 66-71.

2. Междисциплинарный подход (невролог и психиатр) в терапии хронической головной боли напряжения / **К. М. Ашибокова**, Д. С. Петелин, О. Н. Воскресенская, Б. А. Волель // **Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.** -

2025. – Т. 17. - № 2. – С. 15-21.

3. Персонализированный подход к терапии хронической головной боли напряжения и коморбидных психических расстройств / **К. М. Ашибокова**, Д. С. Петелин, О. Н. Воскресенская, Б. А. Волель // **Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова**. - 2025. - Т. 125, № 2. - С. 51-57.

4. Практические аспекты персонализированной терапии пациентов с хронической головной болью напряжения и коморбидными психическими расстройствами / **К. М. Ашибокова**, Д. С. Петелин // Поведенческая неврология. -2025.- № 1. – С. 48-51.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

ГБ — головная боль

ГБН — головная боль напряжения

ЭГБН — эпизодическая головная боль напряжения

ХГБН — хроническая головная боль напряжения

ЛИГБ — лекарственно-индуцированная головная боль

ЛИГБН — лекарственно-индуцированная головная боль напряжения

МКГБ-3 — Международная классификация головной боли, 3-й пересмотр (*ICHD-3*)

РКИ — рандомизированное контролируемое исследование

ЛС — лекарственные средства АД

— антидепрессанты

ВАШ — визуальная аналоговая шкала боли

ISI — *Insomnia Severity Index* (индекс выраженности бессонницы)

PCS — *Pain Catastrophizing Scale* (шкала катастрофизации боли)

SF-36 — *36-Item Short Form Survey* (опросник качества жизни)