

На правах рукописи

Головачева Вероника Александровна

**ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ
ЕЖЕДНЕВНОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛЬЮ**

14.01.11 – нервные болезни

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

МОСКВА-2016

Диссертационная работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор

Парфенов Владимир Анатольевич

Официальные оппоненты:

Рачин Андрей Петрович – доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, отдел эволюционной неврологии и нейрофизиологии; отделение медицинской реабилитации пациентов с расстройствами функции центральной нервной системы, заведующий отделением

Шаров Михаил Николаевич – доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, кафедра нервных болезней стоматологического факультета, профессор кафедры

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «НАУЧНЫЙ ЦЕНТР НЕВРОЛОГИИ», г. Москва

Защита состоится «___» _____ 20__ г. в ___ часов на заседании Диссертационного Совета Д 208.040.07 при ФГБОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России по адресу: 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д.8, строение 2.

С диссертацией можно ознакомиться в Центральной научной медицинской библиотеке ФГБОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России по адресу: 119034, г. Москва, Зубовский бульвар, д. 37/1 и на сайте организации www.mma.ru

Автореферат разослан «___» _____ 20__ г.

Ученый секретарь

диссертационного совета Д 208.040.07

доктор медицинских наук, профессор

Дамулин Игорь Владимирович

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования

В России наблюдается самая высокая распространенность ХЕГБ – 10,5% населения [Ayzenberg I., et al.,2012]. Для лечения ХЕГБ необходим междисциплинарный подход, который позволяет достигнуть положительного клинического эффекта у 50–68 % пациентов с первичными формами ХЕГБ [Gunreben-Stempfle B., et al.,2009, Wallasch T.M., et al.,2012]. Междисциплинарное лечение состоит из фармакотерапии, образовательной программы, методов поведенческой терапии и лечебной гимнастики [Gaul C., et al.,2011]. Результаты отечественных исследований продемонстрировали недостаточный уровень оказания медицинской помощи пациентам с первичной головной болью [Азимова Ю.Э., и др., 2010, Артеменко А.Р.,2010, Корешкина М.И.,2014, Лебедева Е.Р., и др., 2015, Осипова В.В., и др., 2012, Рачин А.П., и др.,2006, Табеева Г.Р., и др., 2012, Филатова Е.Г., и др., 2011]. Недостаточно изучены вопросы о распространенности, уровне диагностике и лечении коморбидных ХЕГБ расстройств: ЛИГБ, психических заболеваний, инсомнии, мышечно-скелетные боли другой локализации [Артеменко А.Р., 2010, Амелин и др., 2011, Табеева Г.Р., и др., 2012, Тарасова С.В., и др.,2008, Филатова Е.Г., и др., 2011]. При этом, в большинстве исследований оценка психического статуса пациентов с ХЕГБ ограничивается результатами специальных опросников, без последующей консультации психиатром. До сих пор в России отсутствует отечественный опыт структурированного лечения пациентов с ХЕГБ с помощью междисциплинарных программ, включающих КПТ. Практически значимо проведение исследований эффективности междисциплинарного лечения с учетом коморбидных нарушений, длительным периодом наблюдения (≥ 1 год) [Wallasch T.M., et al.,2012] и определением факторов эффективности и неэффективности терапии [Andrasik F.,2007; Jensen R., et al.,2010].

Таким образом, актуально изучение причин неэффективного лечения российских пациентов с ХЕГБ; проведение комбинированного лечения ХЕГБ с применением методов поведенческой терапии, с учетом коморбидных расстройств и длительным периодом наблюдения; определение прогностических факторы клинической неэффективности комбинированного лечения.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Цель настоящего исследования — оптимизация ведения пациентов с хронической ежедневной головной болью.

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Выяснить клинические особенности российских пациентов с хронической ежедневной головной болью.
2. Изучить причины предшествующего неэффективного лечения пациентов с хронической ежедневной головной болью.
3. Провести анализ эффективности комбинированного лечения (оптимизация лекарственной терапии, образовательная программа, сеансы когнитивно-поведенческой терапии, метод релаксации), с длительным периодом наблюдения за пациентами (12 месяцев).
4. Установить прогностические факторы клинически неэффективных результатов комбинированного лечения пациентов с хронической ежедневной головной болью.

НАУЧНАЯ НОВИЗНА ПРОВЕДЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

1. Выяснено, что большинству российских пациентов с хронической ежедневной головной болью ставится неправильный диагноз, проводится необоснованно большое количество инструментальных исследований, назначается неэффективное лечение, что приводит к формированию у пациентов неправильных представлений о заболевании - к становлению "ошибочной картины болезни".
2. Показано, что "ошибочная картина болезни" у российских пациентов с хронической ежедневной головной болью способствует формированию поведенческих факторов развития и поддержания хронической боли: катастрофизации боли, неадаптивному образу жизни, применению дезадаптирующих навыков по преодолению боли, а также развитию или ухудшению эмоциональных расстройств и других коморбидных нарушений. Комбинированная терапия, включающая когнитивно-поведенческую терапию, позволяет корректировать перечисленные факторы.
3. Продемонстрирована высокая распространенность и недостаточная диагностика лекарственно индуцированной головной боли, психических расстройств,

инсомнии, мышечно-скелетных болей другой локализации и фибромиалгии среди российских пациентов с хронической ежедневной головной болью.

4. Представлены положительные результаты первого российского опыта применения комбинированного лечения хронической ежедневной головной болью (оптимизация лекарственной терапии, образовательная программа, сеансы когнитивно-поведенческой терапии, метод релаксации, лечебная гимнастика), с учетом коморбидных расстройств и длительным периодом наблюдения за пациентами (в течение 12 месяцев). Клинический эффект через 3 месяца от начала лечения наблюдался у 62,2% пациентов, через 6 месяцев - у 70%, через 12 месяцев - у 72,2% пациентов. Полученные результаты подтверждают стойкость клинического эффекта от проведенного комбинированного лечения.
5. Выяснено, что комбинированное лечение приводит к сходным результатам достижения и поддержания положительного клинического эффекта у пациентов с хронической мигренью, хронической головной болью напряжения и в случаях сочетания хронической головной боли напряжения и эпизодической мигрени.
6. Установлены прогностические факторы клинически неэффективных результатов комбинированного лечения – наличие расстройства личности кластера А (шизоидное, шизотипное), наличие сочетания расстройства личности кластера А и истерического расстройства личности (кластера В), наличие депрессивного эпизода, неудовлетворительная сексуальная жизнь, низкая комплаентность.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ РАБОТЫ

В результате выполнения настоящей научно-исследовательской установлены причины неэффективного лечения российских пациентов с ХЕГБ: низкий уровень диагностики первичной формы ХЕГБ, ЛИГБ и коморбидных нарушений - психических расстройств невротического уровня, инсомнии, скелетно-мышечных болей другой локализации, фибромиалгии. В большинстве случаев ставились неправильные диагнозы, а головная боль ошибочно расценивалась как симптом какого-либо органического заболевания. В связи с чем, большинству пациентов с ХЕГБ назначались инструментальные методы обследования, а клинически не значимые или патогенетически не связанные отклонения от нормальных результатов ошибочно расценивались как подтверждение органической природы головной боли. Данное положение приводило к формированию у пациентов неправильных

представлений о головной боли, ее катастрофизации, появлению или усилению выраженности коморбидных нарушений. По результатам настоящей работы в большинстве случаев ранее проводимое лекарственное и нелекарственное лечение пациентов с ХЕГБ не соответствовало международным рекомендациям. Отсутствие улучшения от проводимого лечения, как негативный опыт преодоления головной боли, также способствовало ее катастрофизации. Очевидно, что в поддержании хронического течения головной боли и ухудшении терапевтического прогноза большую роль играют так называемые «медицинский» или «ятрогенный» фактор. Повышение образования врачей в области современной диагностики и лечения ХЕГБ – одно из возможных направлений в улучшении качества оказания медицинской помощи данной категории пациентов, снижении распространенности ХЕГБ и уменьшении экономических затрат государства (как прямых, так и косвенных).

В настоящей работе представлен первый российский опыт структурированного применения комбинированного лечения пациентов с ХЕГБ, которое соответствует принципам международных междисциплинарных программ и состоит из оптимизации лекарственной терапии, образовательной программы, сеансов КПТ, релаксации и лечебной гимнастики. Применение данного подхода позволило помочь большинству пациентов с ХЕГБ. Выяснено, что комбинированное лечение обладает схожей эффективностью в лечении хронической мигрени, хронической головной болью напряжения и случаев сочетания хронической головной боли напряжения и эпизодической мигрени. Результаты наблюдения за пациентами в течение 12 месяцев продемонстрировали стойкость положительного клинического эффекта от комбинированного лечения.

Оценка эффективности комбинированного лечения проводилась с учетом наличия у пациентов коморбидных нарушений (психических расстройств невротического уровня, инсомнии, скелетно-мышечных болей другой локализации, фибромиалгии). Данный подход повышает практическую значимость работы и позволяет лучше спрогнозировать результаты лечения. Был проведен анализ различных социальных и клинических параметров пациентов и установлены факторы клинически неэффективных результатов комбинированного лечения. Знание факторов, влияющих на терапевтический прогноз, позволяет создать наиболее

рациональные, как с медицинской, так и экономической точки зрения, планы комбинированного лечения.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ, ВЫНОСИМЫЕ НА ЗАЩИТУ

1. Большинству пациентов с первичными формами хронической ежедневной головной болью в России ставятся ошибочные диагнозы, при этом головная боль расценивается как «симптом» органического заболевания. Вследствие этого пациенты не получают эффективного лечения, у них формируются неправильные представления о головной боли, повышается уровень катастрофизации боли, ухудшается эмоциональное состояние и снижается качество жизни.
2. У пациентов с хронической ежедневной головной болью часто выявляются лекарственно-индуцированная головная боль и такие коморбидные нарушения, как психические расстройства, инсомния, скелетно-мышечные боли другой локализации, фибромиалгия. Отсутствие адекватного лечения данных расстройств негативно влияет на течение хронической ежедневной головной боли и ухудшает терапевтический прогноз.
3. Комбинированное лечение (оптимизация лекарственной терапии, образовательная программа, сеансы когнитивно-поведенческой терапии, метод релаксации, лечебная гимнастика) позволяет помочь большинству пациентов с хронической ежедневной головной болью, изменив ошибочные представления пациентов о заболевании и неадаптивный образ жизни. Сочетанное применение фармакотерапии и методов поведенческой терапии обеспечивает длительное поддержание клинического эффекта.

СТЕПЕНЬ ОБОСНОВАННОСТИ И ДОСТОВЕРНОСТИ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Высокая степень достоверности и обоснованности результатов диссертационной работы обусловлена использованием достаточного клинического материала с применением современных методов лечения пациентов с хронической ежедневной головной болью. Достоверность полученных данных основывается на адекватной выборке пациентов, с учетом разработанных критериев включения, применении современных методов лечения, включающих лекарственную и нелекарственную терапию, использовании современных методов оценки

выраженности головной боли, эмоционального состояния и качества жизни, а также на применении высокоточной статистической обработки результатов с использованием пакета профессиональных программ статистического анализа.

АПРОБАЦИЯ РАБОТЫ

Основные положения научной работы докладывались и обсуждались на следующих конференциях и конгрессах:

- 1) XVIII Международная научно-практическая конференция «Пожилой больной. Качество жизни». Москва, 7-8 октября 2013 г. Устный доклад: «Хроническая ежедневная головная боль. Диагностика и лечение».
- 2) Российская научно-практическая конференция с международным участием «Головная боль-2013». Москва, 13-14 декабря 2013 г. Устный доклад: «Когнитивно-поведенческая терапия при лечении хронической ежедневной головной боли».
- 3) XX Российская научно-практическая конференция с международным участием «Болевые синдромы: современный взгляд на диагностику и лечение». Астрахань, 14-16 мая 2014 г. Устный доклад: «Реально ли помочь пациенту с хронической ежедневной головной болью?».
- 4) 4th Европейский международный конгресс по головной боли и мигрени (4th European Headache and Migraine Trust International Congress – EHMTIC). 18-21 сентября 2014 г. Копенгаген, Дания. Постерный доклад: «Прогнозирование терапевтического ответа у пациентов с хронической ежедневной головной болью (проспективное исследование)» («Prediction of treatment response in chronic daily headache patients (a prospective study)»).
- 5) XIX Международная научно-практическая конференция «Пожилой больной. Качество жизни». Москва, 6-7 октября 2014 г. Устный доклад: «Головная боль в пожилом возрасте: диагностика и лечение».
- 6) Всероссийская научно-практическая конференция «Головная боль в клинической практике». Москва, 13 ноября 2014 г. Устный доклад: «Когнитивно-поведенческая терапия в лечении головной боли».
- 7) Юбилейная межрегиональная научно-практическая конференция с международным участием «Актуальные проблемы нейронаук», посвященная 95-летию Смоленского государственного медицинского университета. Смоленск, 18

марта 2015 г. Устный доклад: «Диагностика и лечение хронической ежедневной головной боли».

- 8) 17th Конгресс Международного общества головной боли (17th Congress of the International Headache Society). Валенсия, Испания. 14-17 мая 2015. Постерный доклад: «Комбинированное лечение с использованием фармакотерапии и когнитивно-поведенческой терапии при хронической мигрени и хронической головной боли напряжения: есть ли различия в эффективности?» («Combined cognitive-behavioral and pharmacological therapies for chronic migraine and chronic tension-type headache: are treatment responses different?»))
- 9) XXI Российская научно-практическая конференция с международным участием «Лечение боли: успехи и проблемы». Казань, 21-23 мая 2015 г. Конкурс молодых ученых. Устный доклад: «Проблемы терапии резистентных головных болей в России: есть ли решения?»
- 10) Российская научно-практическая конференция «Головная боль и головокружение». 28 мая 2015г., Москва. Устный доклад: «Нефармакологическое лечение головной боли».
- 11) Российская научно-практическая конференция «Головная боль – актуальная междисциплинарная проблема». 5-7 июня 2015 г., Евпатория. Устный доклад: «Оптимизация ведения пациентов с хронической ежедневной головной болью».
- 12) XX Международная научно-практическая конференция «Пожилой больной. Качество жизни». 5-6 октября 2015 г., Москва. Устный доклад: «Когнитивно-поведенческая терапия при ведении пациентов с головной болью».
- 13) Научно-практическая конференция с международным участием «Боль. Проблемы и решения». 20 октября, 2015 г., Москва, ГБУЗ НИИ СП им. Н.В. Склифосовского. Устный доклад: «Лечение хронической ежедневной головной боли с использованием когнитивно-поведенческой терапии».
- 14) 6th Международный Междисциплинарный Конгресс «Manage Pain» (Управляй болью). 13-14 ноября 2015 г., Москва. Устный доклад: «Когнитивно-поведенческая терапия хронической цефалгии».
- 15) Образовательное мероприятие для врачей на тему: «Практические аспекты ведения пациентов с хронической ишемией головного мозга». 19 апреля 2016 г., Москва. Устный доклад: «Клинический разбор пациента с головными болями при

хронической ишемии головного мозга: дифференциальная диагностика, особенности ведения и терапии».

- 16) Российская научно-практическая конференция «Головная боль: актуальные вопросы диагностики, терапии и медицинской реабилитации». 13-14 мая 2016 г., Москва. Устный доклад: «Как помочь пациентам с хронической ежедневной головной болью? От понимания к успеху».
- 17) Российская научно-практическая конференция «Алгоритмы дифференциальной диагностики и лечения заболеваний нервной системы». 25 мая 2016 г., Саратов. Устный доклад: «Лечение хронической ежедневной головной боли с использованием когнитивно-поведенческой терапии».
- 18) 2^й Конгресс Европейской Академии Неврологии (2nd Congress of the European Academy of Neurology). 28 – 31 мая 2016 г., Копенгаген, Дания. Постерный доклад: «Мультидисциплинарная программа лечения головной боли: результаты и выявление факторов, которые влияют на терапевтический ответ» («Multidisciplinary integrated headache treatment program: results and identification of factors that influence treatment response»)
- 19) 5^й Европейский международный конгресс по головной боли и мигрени (5th European Headache and Migraine Trust International Congress – EHMTIC). 15-18 сентября 2016 г. Глазго, Великобритания. Постерный доклад: «Повышающая эффективность терапия для хронической ежедневной головной боли, ассоциированной с лекарственно-индуцированной головной болью, в России: результаты мультидисциплинарной интегрированной программы лечения» («Enhancing therapy for chronic daily headache associated with medication overuse in Russia: outcomes of multidisciplinary integrated treatment program»).

ЛИЧНЫЙ ВКЛАД АВТОРА

Личный вклад автора заключается в постановке задач и разработке дизайна исследования, отборе пациентов, сборе анамнеза заболевания и анамнеза жизни, проведении клинического соматического и неврологического обследования, проведении тестирования пациентов по специальным шкалам и опросникам, проведении комбинированного лечения, создании базы данных, статистической обработке полученных результатов, их анализе и обобщении, формулировке выводов, написании диссертации.

ВНЕДРЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ В ПРАКТИКУ

Основные положения диссертационной работы внедрены в педагогический процесс и излагаются при проведении лекционных курсов, семинарских и практических занятий с клиническими ординаторами, аспирантами, а также с врачами, которые обучаются на сертификационных циклах повышения квалификации на кафедре нервных болезней и нейрохирургии лечебного факультета ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России и сертификационных циклах региональных школ по головной боли Российского общества по изучению головной боли.

Комбинированное лечение пациентов с ХЕГБ, включающее образовательную программу, оптимизацию фармакотерапии, поведенческую терапию и лечебную гимнастику, успешно применяется в практической деятельности Клиники нервных болезней им. А.Я. Кожевникова ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России.

СООТВЕТСТВИЕ ДИССЕРТАЦИИ ПАСПОРТУ НАУЧНОЙ СПЕЦИАЛЬНОСТИ

Диссертация соответствует паспорту научной специальности: 14.01.11 – нервные болезни – область медицинской науки, занимающаяся изучением этиологии, патогенеза, диагностики, лечения и профилактики заболеваний нервной системы. Диссертация соответствует областям исследования: пункты № 15, № 20. Отрасль науки: медицинские науки.

ПУБЛИКАЦИИ

По материалам диссертации опубликовано 18 печатных работ, среди которых 11 статей - в журналах, рекомендованных ВАК для публикации результатов научных исследований, и 4 статьи в журналах, индексируемых в Web of Science и Scopus.

ОБЪЕМ И СТРУКТУРА ДИССЕРТАЦИИ

Диссертация изложена на 136 машинописных страницах, включает введение, 4 главы, выводы, практические рекомендации, список литературы (219 источников, в т. ч. отечественных – 111, иностранных - 108), приложение, 9 таблиц и 10 рисунков.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Пациенты

В исследование включались пациенты от 18 лет и старше с первичными формами ХЕГБ. Все пациенты наблюдались в Клинике нервных болезней ФГБОУ ПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России. Диагноз головной боли устанавливался в соответствии с критериями МКГБ-3 [1].

В исследование вошли 90 пациентов (76 женщин и 14 мужчин) в возрасте 23-78 лет (средний возраст = $46,71 \pm 11,99$ лет) с ХЕГБ.

Методы исследования

Всем пациентам проводилась оценка клинической картины головной боли, соматическое и неврологическое обследования. У всех пациентов выяснялись представления о головной боли, характеристики социальной и личной жизни. Для клинико-психологической оценки пациентов использовались ВАШ, ШДБ, ШЛСТ, ИВГБ, ШКБ, ШСПБ, ЛОЗ. На протяжении всего периода исследования (12 месяцев) пациенты вели дневник головной боли. Пациентам, предъявляющим жалобы на нарушения памяти, проводилась оценка когнитивных функций по Монреальской когнитивной шкале (МКШ). Пациенты, которые предъявляли жалобы на головокружение, ощущение неустойчивости и шаткости при ходьбе, отмечали эпизоды системного головокружения в анамнезе и/или за период наблюдения, проходили нейровестибулярное исследование. При жалобах на снижение слуха или выявлении данного симптома врачом проводилась аудиометрия, консультация оториноларингологом. Все пациенты были консультированы психиатром.

Методы лечения

На стационарном и последующем амбулаторном этапах все пациенты получали комбинированное лечение, состоящее из оптимизации фармакотерапии, образовательной программы, обучения релаксации, КПТ и лечебной гимнастики.

Оптимизация фармакотерапии проводилась с учетом клинических рекомендаций по головной боли Европейской федерации неврологических сообществ [Bendtsen L., et al., 2010, Evers S., et al., 2009]. Образовательная программа по головной боли проводилась в форме 1-2 (в зависимости от имеющегося количества видов головной боли) индивидуальных бесед с пациентом, продолжительностью по 30 минут. Обучение релаксации (физической и эмоциональной) проводилось в соответствии с рекомендациями Ассоциации поведенческой и когнитивной терапии, в форме 5 индивидуальных занятий, по 30 минут [Davis M., et al., 2008]. В дальнейшем

пациенты проводили сеансы релаксации самостоятельно, ежедневно. КПТ головной боли проводилась в форме 8 индивидуальных сессий, продолжительностью по 60 минут, в соответствии с последними рекомендациями Американского руководства КПТ Бостонского Университета [Otis J.D., 2007]. Лечебная гимнастика проводилась в форме 5 обучающих групповых занятий, продолжительностью по 30 минут, в соответствии со стандартной программой лечебной гимнастики отделения физиотерапии Клиники нервных болезней им. А.Я. Кожевникова. При ЛИГБ на стационарном этапе проводилась терапия периода отмены по рекомендации Европейской федерации неврологических сообществ [Evers S., et al., 2011]. Пациентам с инсомнией были даны рекомендации по гигиене сна [American Sleep Association, 2007]. Пациентам с жалобами на головокружение и/или ощущение неустойчивости при ходьбе проводилась стандартная вестибулярная гимнастика, применяемая в Клинике нервных болезней им. А.Я. Кожевникова [Замерград М.В. и др., 2008].

Проспективный анализ клинико-психологических параметров пациентов проводился до лечения, через 3, 6 и 12 месяцев от начала лечения.

Статистический анализ

Полученные данные обрабатывались методами описательной и сравнительной статистики. Описательная статистика была выполнена для всех анализируемых показателей в зависимости от типа переменной: при анализе количественных переменных вычислялись среднее арифметическое, стандартное отклонение, среднеквадратичное отклонение, минимальное и максимальное значение, а при анализе качественных переменных - частота и доля (в %) от общего числа. Ряд полученных данных был представлен в виде $M \pm m$, где M – среднее арифметическое, m – среднеквадратичное отклонение, которое описывает характерный разброс величины. Статистический анализ осуществлялся в зависимости от распределения выборочной совокупности при помощи параметрических критериев Стьюдента, Фишера, хи-квадрат или непараметрических показателей Колмогорова-Смирнова с использованием пакета статистических программ SPSS 11,5 для Windows. Также с помощью SPSS рассчитывались точные величины соответствующей доверительной вероятности (p), достоверные различия средних арифметических.

Для выявления значимых факторов, влияющих на результаты комбинированного лечения пациентов с ХЕГБ, был проведен корреляционный

анализ: рассчитаны КК, их доверительные вероятности (р) и проанализированы полученные взаимосвязи между результатами лечения и различными факторами.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Среди 90 пациентов с ХЕГБ ХМ страдали 30 (33,3%) пациентов, ХГБН – 37 (41,1%), ХГБН и эпизодической мигренью – 23 (25,6%).

До обращения в клинику нервных болезней большинство пациентов (86,7%) имели неправильные диагнозы: ДЭП, синдром вегетативной дистонии, остеохондроз шейного отдела позвоночника, посттравматическая энцефалопатия, внутричерепная гипертензия. Лишь 25% пациентов когда-либо получали профилактическую фармакотерапию в соответствии с международными рекомендациями. Ни с одним пациентом не проводились образовательные беседы, сеансы поведенческой терапии.

ЛИГБ была диагностирована у большинства (81,1%) пациентов с ХЕГБ. Лишь 10% пациентам, находившихся под нашим наблюдением, ранее был поставлен диагноз ЛИГБ и дана рекомендация уменьшить количество принимаемых обезболивающих препаратов. Почти у половины (47,8%) пациентов с ХЕГБ, находившихся под нашим наблюдением, мы выявили инсомнию. Ранее данный диагноз не был поставлен ни одному пациенту. Для улучшения качества сна многим пациентам ранее рекомендовались лекарственные препараты: феназепам, клоназепам, антидепрессантом с седативным действием. При этом, ни одному пациенту не были даны рекомендации по гигиене сна, ни одному пациенту не проводилась поведенческая терапия сна. В соответствии с современными представлениями, подобная тактика ошибочна [Rains J.C., et al., 2010]. У большинства (66,7%) пациентов, находившихся под нашим наблюдением, были выявлены скелетно-мышечные боли, локализующиеся в шее и/или спине, при этом у части пациентов (9%) диагностирована фибромиалгия. Все диагнозы были поставлены впервые. Ни один из пациентов не получал адекватного лечения скелетно-мышечных болей.

Все пациенты с ХЕГБ, находившиеся под нашим наблюдением, были консультированы психиатром. Психические заболевания выявлены у половины пациентов 52,2%, ранее - только у 9%. Среди психических заболеваний выявлены депрессивный эпизод – у 18 (20%) пациентов, дистимия – у 3 (3,3%), паническое расстройство – у 18 (20%), генерализованная тревога – у 3 (3,3%), расстройство личности кластера А (шизоидное, шизотипное, типа фершробен) – 10 (11,2%),

сочетание расстройства личности кластера А и истерического расстройства личности (кластера В) – 6 (6,7%), сочетание расстройства личности кластера А и тревожного (избегающего, ананкастного) расстройства личности (кластера С) – 4 (4,4%). Взаимосвязь расстройств личности с головной болью и их влияние на терапевтический прогноз мало изучены [Green M.W., et al., 2013].

Мы проанализировали влияние ошибочной тактики ведения на самих пациентов в соответствии с представлениями о биопсихосоциальной модели хронической боли [Данилов А.Б. и др., 2012]. Ранее подобных российских исследований не проводилось. Было выяснено, что проведение дополнительных исследований и ошибочная интерпретация их результатов, неправильный диагноз, отсутствие клинического эффекта от лечения (как негативный опыт преодоления боли) приводили к формированию пациента ошибочной картины болезни и страху неизлечимости боли (рис. 1).

Указанные события способствовали катастрофизации боли, неадаптивному образу жизни, применению дезадаптирующих навыков по преодолению боли (избыточный приём анальгетиков, снижение физической и социальной активности, повторные госпитализации и т. д.), а также развитию или ухудшению эмоциональных расстройств и других коморбидных нарушений.



Рис. 1. Представления пациентов о возможном неблагоприятном прогнозе и негативном исходе головной боли

Все перечисленные психологические и поведенческие факторы способствуют развитию и поддержанию хронического течения головной боли,

весьма устойчивы и без применения поведенческой терапии плохо поддаются коррекции [Otis J.D., 2007].

Всем 90 пациентам с ХЕГБ мы провели комбинированное лечение, состоящее из оптимизации фармакотерапии, образовательной программы, обучения релаксации, КПТ и лечебной гимнастики. Данное лечение привело к быстрому достижению клинического эффекта у большинства пациентов. Так, уже через 3 месяца от начала лечения положительный клинический эффект был достигнут у 62,2% пациентов, через 6 месяцев - у 70%, через 12 месяцев - у 72,2% (рис. 2).

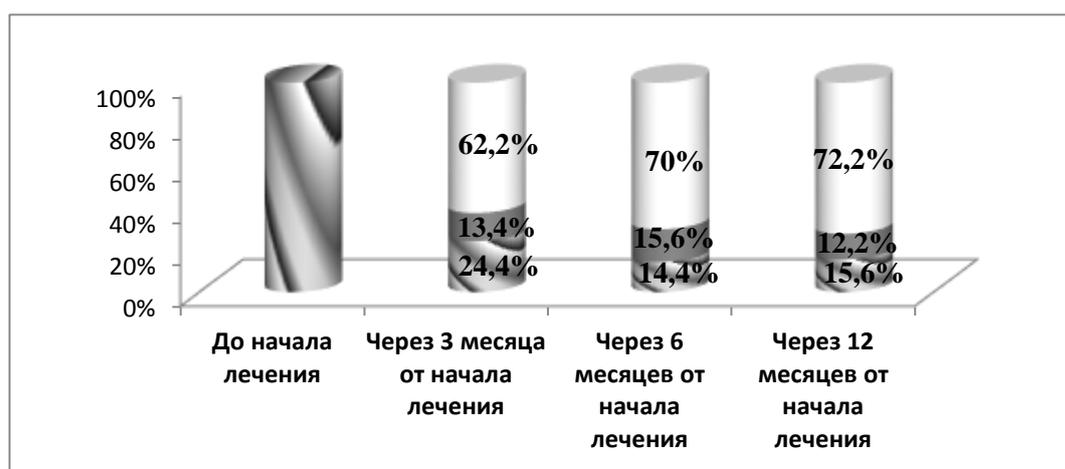


Рис. 2 Динамика течения ХЕГБ на фоне проводимого лечения: уменьшение количества дней головной боли через 3, 6 и 12 месяцев от начала лечения

Условные обозначения:

-  - ежедневная или практически ежедневная головная боль
-  - уменьшение количества дней головной боли в месяц на 30-49%
-  - уменьшение количества дней головной боли в месяц на $\geq 50\%$

Наряду с облегчением головной боли у пациентов наблюдались следующие улучшения: 1) изменение ошибочных представлений о своём состоянии; 2) уменьшение катастрофизации боли (как общей катастрофизации, так и отдельных её показателей - «постоянное размышление», «преувеличение», «безнадежность» - по данным ШКБ) (Табл. 1); 3) снижение зависимости от обезболивающих препаратов по данным ЛОЗ и количеству принимаемых обезболивающих препаратов за месяц; 4) улучшение навыков по преодолению боли (по данным ШСПБ уже к 3-му месяцу лечения пациенты научились применять адаптивные стратегии (навыки) для преодоления боли - «релаксация», «выполнение упражнений», «сохранение

активности», «самоубеждение») (Табл. 2 и 3); 5) изменение образа жизни (регресс болевого поведения, повышение активности); 6) улучшение эмоционального состояния (значимое снижение или нормализация показателей по ШДБ и ШЛСТ); 7) повышение качества жизни (по данным ИВГБ).

Таблица 1

Динамика средних показателей катастрофизации боли по ШКБ на фоне лечения

	"Постоянное размышление"	"Преувеличение"	"Безнадежность"
До лечения	6,5±4,79	6,2±3,61	9,6±6,06
Через 3 месяца от начала лечения	2,3±1,07*	2,7±1,02*	2,5±1,32*
Через 6 месяцев от начала лечения	2,1±0,98*	2,2±1,01*	1,9±1,03*
Через 12 месяцев от начала лечения	2,0±0,93*	1,9±1,01*	1,5±0,97*

*- $p < 0,05$ (в сравнении с исходным)

Таблица 2

Динамика средних показателей неадаптивных стратегий преодоления боли на фоне лечения

	"Защита"	"Отдых"	"Обращение за помощью"
До лечения	2,0±0,51	1,8±0,42	1,5±0,43
Через 3 месяца от начала лечения	1,3±0,58*	0,9±0,51	1,1±0,61
Через 6 месяцев от начала лечения	0,9±0,52*	0,6±0,39	0,9±0,65
Через 12 месяцев от начала лечения	0,7±0,49*	0,6±0,42	0,8±0,61

*- $p < 0,05$ (в сравнении с исходным)

Таблица 3

**Динамика средних показателей адаптивных стратегий преодоления боли
на фоне лечения**

	«Релаксация»	«Выполнение упражнений»	«Сохранение активности»	«Самоубеждение»
До лечения	0,7±0,36	0,9±0,46	1,1±0,51	1,3±0,58
Через 3 месяца от начала лечения	1,3±0,41*	1,4±0,43*	1,7±0,32*	1,6±0,48
Через 6 месяцев от начала лечения	1,7±0,52*	1,7±0,45*	2,1±0,58*	1,9±0,61*
Через 12 месяцев от начала лечения	1,9±0,64*	1,8±0,62*	2,2±0,51*	1,9±0,58*

*- $p < 0,05$ (в сравнении с исходным)

Результаты наблюдения за пациентами в течение 12 месяцев продемонстрировали сохранение положительного клинического эффекта.

Комбинированное лечение приводит к сходным результатам достижения и поддержания клинического эффекта у пациентов с ХМ, ХГБН и ХГБН в сочетании с эпизодической мигренью. Так, достоверно значимых различий между количеством пациентов из трех указанных групп, достигших клинический эффект в течение периода наблюдения, не обнаружено. Полученные данные представлены в табл. 4.

Таблица 4

Эффективностью лечения в трех группах пациентов ХЕГБ через 3, 6 и 12 месяцев от начала лечения

	Через 3 месяца от начала лечения	Через 6 месяцев от начала лечения	Через 12 месяцев от начала лечения
Группа пациентов с ХМ (N=30)	53,3% N=16	70% N=21	73,3% N=22
Группа пациентов с ХГБН (N=37)	64,9% N=24	64,9% N=24	67,6% N=25
Группа пациентов с ХГБН и ЭМ (N=23)	69,6% N=16	78,3% N=18	78,3% N=18

Прогностические факторы для недостаточной эффективности комбинированного лечения – наличие расстройства личности кластера А (шизоидное, шизотипное, типа фершробен) (КК=0,712, $p=0,001$), наличие депрессивного эпизода (КК=0,568, $p=0,003$), низкая комплаентность (КК=0,456, $p=0,004$). Прогностические факторы для неэффективности комбинированного лечения - наличие расстройства личности кластера А (КК=0,704, $p=0,001$), наличие сочетания расстройства личности кластера А и истерического расстройства личности (кластера В) (КК=0,625, $p=0,001$), неудовлетворительная сексуальная жизнь (КК=0,479, $p=0,002$), низкая комплаентность (КК=0,414, $p=0,01$). При этом, вероятность низкой комплаентности пациентов повышается при наличии расстройства личности кластера А (КК=0,415, $p=0,004$) и наличии сочетания расстройства личности кластера А и истерического расстройства личности (кластера В) (КК=0,579, $p=0,003$).

ВЫВОДЫ

1. Большинство пациентов (86,7% по нашим данным) с хронической ежедневной головной болью длительно наблюдаются с неправильными диагнозами и не получают эффективного лечения, что приводит к формированию у пациентов ошибочных представлений о головной боли и способах её преодоления.
2. В большинстве случаев ведение пациентов с хронической ежедневной головной болью не соответствует международным рекомендациям. Только каждый четвертый (24,4%) пациент когда-либо принимал антидепрессанты, антиконвульсанты и/или бета-адреноблокаторы. Пациенты не получали информацию/образовательную программу по головной боли, когнитивно-поведенческую терапию и другие эффективные методы лечения.
3. Лекарственно индуцированная головная боль установлена у большинства (81,1%) пациентов с хронической ежедневной головной болью. Только небольшая часть пациентов (8,9%) с лекарственно индуцированной болью ранее получили рекомендацию не злоупотреблять обезболивающими препаратами.
4. У пациентов с хронической головной болью часто выявляются инсомния (47,8%) и скелетно-мышечные боли (66,7%). У половины пациентов (52,2%) с хронической ежедневной головной болью имеются коморбидные психические расстройства преимущественно невротического уровня (по данным консультации психиатра).
5. Проведенное комбинированное лечение (оптимизация лекарственной терапии, образовательная программа, сеансы когнитивно-поведенческой терапии, метод релаксации, лечебная гимнастика) привело к положительному клиническому эффекту через 3 месяца у 62,2% пациентов, через 6 месяцев - у 70%, через 12 месяцев - у 72,2% пациентов с хронической ежедневной головной болью. Не отмечено существенных различий эффективности лечения у пациентов с хронической мигренью, хронической головной болью напряжения и в случаях сочетания хронической головной боли напряжения и эпизодической мигрени.

6. Прогностические факторы клинической неэффективности лечения – расстройства личности кластера А (шизоидное, шизотипное), сочетание расстройства личности кластера А и истерического расстройства личности (кластера В), наличие депрессивного эпизода, неудовлетворительная сексуальная жизнь, низкая комплаентность. При этом, вероятность низкой комплаентности повышается при наличии расстройства личности кластера А (шизоидное, шизотипное, типа фершробен) и наличии сочетания расстройства личности кластера А и истерического расстройства личности.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Диагностика по МКГБ-3, информация о приеме обезболивающих препаратов и качестве сна, оценка эмоционального состояния пациента и данные объективного осмотра позволяют в большинстве случаев поставить диагноз первичной формы хронической ежедневной головной боли и коморбидных расстройств без применения дополнительных методов исследования.
2. Ввиду широкой распространенности среди пациентов с хронической ежедневной головной боли психических расстройств целесообразна консультация психиатра для их выявления и комбинированного лечения.
3. Сочетание стандартной фармакотерапии, образовательной беседы, поведенческой терапии и лечебной гимнастики позволяет повысить эффективность лечения российских пациентов с хронической ежедневной головной боли.
4. При отсутствии эффекта от комбинированной терапии (сочетание стандартной фармакотерапии, образовательной беседы, поведенческой терапии и лечебной гимнастики) и наличии сочетанных расстройств личности, депрессивного эпизода, неудовлетворительной сексуальной жизни может быть эффективно междисциплинарное лечение с участием невролога и психиатра.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. **Головачева, В.А.** Тактика ведения пациентов с хронической ежедневной головной болью: от понимания к успеху / **В.А Головачева** // **Клиническая геронтология.** – 2013.- Т. 19.- №11-12.- С. 45-52.

2. **Головачева, В.А.** Новые аспекты диагностики и ведения пациентов с лекарственно-индуцированной головной болью / **В.А. Головачева, В.В. Осипова** // **Медицинский совет.** – 2013.- №12.- С. 14-19.
3. **Головачева, В.А.** Хроническая ежедневная головная боль: диагностика и лечение / **В.А. Головачева, В.А. Парфенов** // iDoctor. – 2014. – Т. 4.- №23.- С. 56-59
4. **Головачева, В.А.** Как эффективнее купировать приступы мигрени / **В.А. Головачева, В.А. Парфенов** // **Медицинский совет.** – 2014. -№18.- С. 27-32.
5. **Головачева, В.А.** Реально ли помочь пациенту с хронической ежедневной головной болью? / **В.А. Головачева, В.А. Парфенов** // **Российский журнал боли.** – 2014. - №1.- С. 30-31.
6. **Golovacheva, V.** Prediction of treatment response in chronic daily headache patients (a prospective study) / **V. Golovacheva, V. Parfenov, and G. Tabeeva** // **J Headache Pain.** – 2014.- Vol.15(Suppl 1): D23. DOI: 10.1186/1129-2377-15-S1-D23. Available at: <http://www.thejournalofheadacheandpain.com/content/15/S1/D23>
7. **Головачева, В.А.** Головные боли у больных с ишемическим инсультом / **В.А. Парфенов, З.Д. Мамедова, В.А. Головачева** // **Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.** – 2014.- Т. 114.- №8.- С. 149-150.
8. **Головачева, В.А.** Лечение пациентов с лекарственно-индуцированной головной болью / **В.А. Головачева, В.А. Парфенов, Г.Р. Табеева** // **Неврьюс.** – 2014.- №2.- С. 11-13.
9. **Головачева, В.А.** Хроническая ежедневная головная боль под маской дисциркуляторной энцефалопатии / **В.А. Головачева, В.А. Парфенов** // **Медицинский совет.** – 2015. - №2. - С. 72-77.
10. **Головачева, В.А.** Когнитивно-поведенческая терапия в лечении пациентов с мигренью / **В.А. Головачева, В.А. Парфенов** // **Неврологический журнал.** – 2015. – Т. 3. - №20. – С. 37-43.
11. **Головачева, В.А.** Как помочь пациентам с хронической ежедневной головной болью / **В.А. Головачева, В.А. Парфенов** // **Фарматека.** – 2015. – Т. 7. - №300. – С. 28-32.
12. **Головачева, В.А.** Триптаны в лечении мигрени / **В.А. Головачева, В.А. Парфенов** // **Медицинский совет.** – 2015. - №10.- С. 39-44.

13. **Головачева, В.А.** Лечение хронической ежедневной головной боли с использованием дополнительных и альтернативных методов / **В.А. Головачева, В.А. Парфенов, В.В. Захаров** // **Неврология. Нейропсихиатрия. Психосоматика.** – 2015.- Т. 2. - №7. – С. 35-41.
14. **Golovacheva, V.** Combined cognitive-behavioral and pharmacological therapies for chronic migraine and chronic tension-type headache: are treatment responses different? / **V. Golovacheva, V. Parfenov, G. Tabeeva, V. Osipova** // **Cephalalgia.** – 2015. - Vol. 35(6S). – P. 272. DOI: 10.1177/0333102415581304.
15. **Головачева, В.А.** Проблемы терапии резистентных головных болей в России: есть ли решения? / **В.А. Головачева, В.А. Парфенов** // **Российский журнал боли.** - 2015. – Т. 44. - №1. – С. 42-43.
16. **Головачева, В.А.** Оптимизация ведения пациентов с хронической ежедневной головной болью / **В.А. Головачева, В.А. Парфенов, Г.Р. Табеева, В.В. Осипова, А.В. Андрющенко, Д.Ф. Пушкарев** // Материалы российской научно-практической конференции «Головная боль – актуальная междисциплинарная проблема»: сборник тез. Евпатория, 2015. - С. 48-51.
17. **Головачева, В.А.** Лечение хронической ежедневной головной боли с использованием когнитивно-поведенческой терапии / **В.А. Головачева, В.А. Парфенов, Г.Р. Табеева, В.В. Осипова, А.В. Андрющенко, Д.Ф. Пушкарев Д.Ф.** // Материалы Научно-практической конференции с международным участием «Боль. Проблемы и решения»: сборник тез. М., 2015. - С.18-21.
18. **Golovacheva, V.** Multidisciplinary integrated headache treatment program: results and identification of factors that influence treatment response / **V. Golovacheva, V. Parfenov, G. Tabeeva, V. Osipova, D. Pushkarev, A. Andruschenko** // **European Journal of Neurology.** – 2016. - Vol. 23 (Suppl. 1). – P. 536. Available at: https://www.eaneurology.org/copenhagen2016/fileadmin/user_upload/EAN_Abstract_2016.pdf

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- ДЭП дисциркуляторная энцефалопатия
- ИВГБ индекс влияния головной боли
- КК коэффициент корреляции
- КПТ когнитивно-поведенческая терапия
- ЛИГБ лекарственно-индуцированная головная боль
- ЛОЗ лидский опросник зависимости
- МКГБ-3 международная классификация головных болей
третьего пересмотра, бета-версия
- ХГБН хроническая головная боль напряжения
- ХЕГБ хроническая ежедневная головная боль
- ХМ хроническая мигрень
- ШДБ шкала депрессии Бека
- ШКБ шкала катастрофизации боли
- ШЛСТ шкала личностной и ситуативной тревожности
Спилбергера-Ханина
- ШСПБ шкала стратегий преодоления боли