

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ МИГРЕНИ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО И СТАРШЕГО ВОЗРАСТА

Е.В. Снопкова, А.В. Сергеев, В.В. Осипова

*Научно-исследовательский отдел неврологии Научно-исследовательского центра ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздравсоцразвития России

В статье рассматриваются клинические особенности приступов мигрени, межприступного периода, коморбидных и сопутствующих нарушений, обезболивающей терапии и качества жизни пациентов с мигренью старшего возраста по сравнению с таковыми у молодых больных. У пациентов старшего возраста выявлены тенденция к урежению приступов, достоверное снижение интенсивности головной боли (ГБ) в приступе и уменьшение типичности атак (снижение частоты односторонней локализации и пульсирующего характера боли), повышение частоты сопутствующих цереброваскулярных и соматических заболеваний, вторичных и хронических форм ГБ, большая потребность в обезболивающей терапии и зависимость от анальгетиков. Выдвинуто предположение о том, что прием пациентами старшего возраста анальгетиков для лечения болей другой локализации может способствовать не только усилению лекарственного злоупотребления, но и персистенции мигрени.

Ключевые слова: мигрень, старший возраст, клинические особенности приступов, лекарственный злоупотребление

The article presents clinical peculiarities of migraine (M) attacks, the course of pain-free interval, comorbid conditions, analgesic therapy and the quality of life of the elderly M subjects vs young M sufferers. The elder group was characterized by the trend to attack frequency reduction, the significant decrease in pain intensity and the typicalness of the attacks (unilateral location of pain and throbbing pain quality). At the same time in the aged M patients the increase in frequency of cardiovascular and somatic diseases as well as of secondary and chronic headache forms and the greater need in pain-killers and analgesic dependence were revealed. It was presumed that taking analgesics not only to abort headache episodes but also to treat pain syndromes of other location could be an important factor increasing not only headache-related medication-overuse but the risk of M chronification/persistence.

Key words: migraine, elder age, clinical course of migraine attack, medication overuse.

Мигрень является первичной формой головной боли (ГБ), которая широко распространена в молодой популяции (по различным данным, 11—22%). После 50 лет частота мигрени существенно снижается, составляя от 3 до 11%. Дебют мигрени после 50 лет наблюдается лишь у 1—3% больных [1, 2, 7, 15]. Гендерное соотношение заболеваемости мигренью с возрастом также уменьшается от 3:1 (у женщин и мужчин) в молодом возрасте до 2:1 после 50 лет [4, 7].

В единичных работах зарубежных авторов показано, что с возрастом мигрень может претерпевать различные изменения, в том числе приобретать атипичные черты. По данным К. Martins, у пациентов с длительным анамнезом мигрени в стадии ее регрессирования ГБ может утрачивать пульсирующий характер, становиться двусторонней, диффузной, давящей; среди сопутствующих симптомов приступов мигрени реже встречаются такие типичные проявления, как тошнота, рвота, фотофобия, фонофобия. В то

же время может нарастать частота других вегетативных проявлений (бледность лица и сухость во рту) [12]. В нескольких исследованиях, помимо вышеперечисленных особенностей, указывается на снижение интенсивности ГБ у пациентов старшего возраста по сравнению с таковым у молодых [3, 7, 11, 14].

Одним из вариантов возрастной эволюции мигрени может быть появление безболевого формы, проявляющейся симптомами ауры без последующей ГБ. Эта клиническая разновидность, описанная Ч.М. Фишером в 1986 г., получила название «мигренозное сопровождение пожилого возраста» (МСПВ), или «синдром Фишера» [9, 10]. Как правило, синдром Фишера возникает после 50 лет и имеет тенденцию к прогрессированию. По данным John G. Edmeads и соавт., приступы ауры без ГБ наряду с обычными мигренозными параксизмами испытывают более половины пациентов старше 60 лет.

Цель настоящей работы — комплексное исследование клинико-психологических особенностей мигрени у пациентов старшего возраста.

Пациенты и методы исследования

В основную группу исследования были включены 35 пациентов (34 женщины и 1 мужчина) с мигренью старшего возраста (МСВ) от 50 до 75 лет (средний возраст 56 ± 5 лет); в группу сравнения вошли 20 пациентов (19 женщин и 1 мужчина) с мигренью молодого возраста (ММВ) от 20 до 49 лет (средний возраст 36 ± 9 лет). Диагноз мигрени устанавливали в соответствии с критериями МКГБ-2 (2004).

*Россия, 119021, Москва, ул. Россолимо, 11
Russia, 119021, Moscow, Rossolimo str., 11

Сведения об авторах:

Снопкова Елена Владимировна — ст. научн. сотр. лаборатории неврологии и клинической нейрофизиологии НИО неврологии НИЦ,

Сергеев Алексей Владимирович — ст. научн. сотр. лаборатории неврологии и клинической нейрофизиологии НИО неврологии НИЦ,

Осипова Вера Валентиновна — д-р мед. наук, вед. научн. сотр., представитель России в Европейской федерации головной боли, e-mail: osipova_v@mail.ru.

Таблица 1

Сравнительная характеристика пациентов с ММВ и МСВ

Параметр	ММВ (n = 20)	МСВ (n = 35)	P
Средний возраст, годы*	36 ± 9,13	56 ± 5,00	0,0001
Половой состав, %:			
жен.	95	97,15	Н/д
муж.	5	2,85	Н/д
Средняя длительность мигрени, годы*	21,5 ± 9,49	39 ± 10,80	0,0001
Средний возраст дебюта мигрени, годы	13 ± 7,04	15 ± 8,28	Н/д
Формы мигрени(%):			
МБА*	90	71	0,04
МА*	5	20	0,04
аура без ГБ (синдром Фишера)	—	5,7	Н/д
сочетание МБА и МА	5	9	Н/д
ХМ	—	5,7	Н/д
Частота приступов мигрени в месяц:			
средняя	2	2	Н/д
средняя в возрасте 30—40 лет**		2	
Интенсивность ГБ по ВАШ, %:			
средняя*	97,5	80	0,0002
средняя в возрасте 30—40 лет**		90	0,006
Длительность приступов, часы:			
средняя	36	24	Н/д
средняя в возрасте 30—40 лет		18	Н/д
Гемикраниальный характер боли, %*	90	67	0,04
Характер боли (%):			
пульсирующий	75	48	0,04
давящий	35	54	Н/д
ломящий	5	14	Н/д
распирающий	10	37	Н/д
сжимающий*	5	20	0,04

Примечание. Здесь и табл. 2, 4: * — $p < 0,05$. Здесь и в табл. 2,3: Н/д — нет достоверных различий. ** — данные сравнительного анализа интенсивности ГБ в период обследования и в возрасте 30—40 лет в группе МСВ.

Применяли следующие методы исследования: анализ характеристик приступов ГБ с оценкой их интенсивности в баллах по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), провоцирующих факторов, межприступного периода, сопутствующих, в том числе коморбидных, нарушений, течения заболевания в динамике, а также неврологический осмотр и заполнение дневника ГБ. Кроме подробной характеристики приступов мигрени в обеих группах на момент наблюдения, для группы МСВ проводили сравнительный анализ частоты, продолжительности и интенсивности ГБ на момент наблюдения (по дневникам ГБ) и в прошлом, т. е. в период развернутой клинической картины заболевания (по данным анамнеза со слов пациентов); оценку качества жизни (КЖ) с помощью комплексного болевого опросника (WHYMPI) и анкеты влияния ГБ на КЖ (НIT-6) [12, 16]; анализ эмоционального состояния с оценкой уровня депрессии и тревоги с помощью опросников Бека и Спилберга—Ханина [5,6]; оценку текущей обезболивающей терапии и степени лекарственной зависимости с помощью Лидского опросника зависимости (ЛОЗ; LDQ) [8].

Статистическую обработку материала осуществляли с помощью программы SPSS-15, в зависимости от распределения выборочной совокупности использовали параметрические критерии Стьюдента и Фишера или непараметрические показатели Вилкоксона и Колмогорова—Смирнова. Для корреляционного анализа применяли тест Пирсона (для нормальной выборки) и тест Спирмена (тест ранговой корреляции). Результаты расценивали как достоверные при $p < 0,05$.

Результаты

По сравнению с группой ММВ группа МСВ имела большую продолжительность заболевания (табл. 1). В обеих группах преобладала мигрень без ауры (МБА); в группе МСВ достоверно чаще выявляли мигрень с аурой (МА), а также хроническую мигрень (ХМ). У 5,7 пациентов старшего возраста отмечали чередование приступов с типичной аурой и приступов, не сопровождающихся ГБ (МСПВ, или синдром Фишера).

Из табл. 1 видно, что статистически достоверные различия между клиническими характеристиками приступов получены только по интенсивности ГБ, а также по частоте гемикраниальных и пульсирующих ГБ, которые имели достоверно меньшие значения в группе МСВ.

Средняя частота приступов в месяц в обеих группах была одинакова (см. табл. 1), однако значительное количество (48,6%) пациентов из группы МСВ в период нашего наблюдения имели редкие приступы (менее 2 раз в месяц), а большинство (60%) пациентов группы ММВ — более частые (2—4 раза в месяц). Частота приступов в группе МСВ в период пика заболевания в прошлом и период наблюдения не отличалась.

Таким образом, несмотря на сопоставимость средней частоты приступов в дебюте заболевания и настоящее время в группе МСВ, выявили тенденцию к снижению частоты приступов мигрени с возрастом и соответственно увеличением продолжительности за-

болевания (рис. 1, а, б). Так, наименьшую частоту приступов отметили у больных старше 60 лет и у пациентов с продолжительностью заболевания 40 лет и более.

Аналогичную тенденцию наблюдали и для средней интенсивности ГБ, которая была достоверно меньше в группе МСВ (80 баллов и 97,5 балла соответственно). Так, большинство пациентов из группы ММВ имели очень сильную ГБ, а в группе МСВ — сильную (табл. 2). Следует отметить, что в активный период заболевания в прошлом интенсивность ГБ в группе МСВ была достоверно выше, чем в период наблюдения, составив 90 баллов по ВАШ (см. табл. 1).

Результаты анализа характера и локализации ГБ в приступе показали, что пациенты старшего возрас-

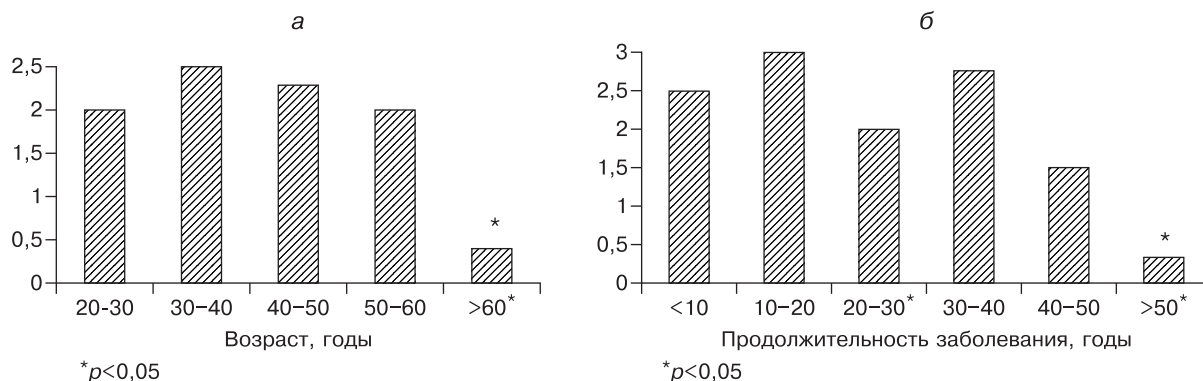


Рис. 1. Средняя частота приступов мигрени в зависимости от возраста больных (а) и продолжительности заболевания (б).
Здесь и на рис. 2: * — $p < 0,05$.

та реже, чем молодые, испытывали типичные для мигрени односторонние и пульсирующие боли, в то время как другие характеристики — давящие, распирающие и стягивающие ГБ — встречались гораздо чаще. Появление таких характеристик ГБ можно рассматривать как клиническое отражение трансформации мигрени.

Частота типичных сопровождающих приступ симптомов в сравниваемых группах была сопоставимой, однако мы выявили тенденцию к угасанию вплоть до полного прекращения с возрастом тошноты и особенно рвоты (табл. 3).

Постдромальные симптомы достоверно чаще встречали у пациентов с МСВ (83 и 70% соответственно); среди них следует отметить астению (МСВ — 80%, ММВ — 55%; $p < 0,05$) и остаточную ГБ — ощущение тяжести в голове, так называемый болевой хвост (МСВ — 63%, ММВ — 35%; $p < 0,05$).

Результаты анализа провоцирующих факторов показали, что наиболее частым фактором, вызывающим приступ мигрени, был эмоциональный стресс (ММВ — 78,9%, МСВ — 71,4%). Одинаково часто в обеих группах приступы вызывались алкоголем, изменением погоды, запахами и недостатком ночного сна. Избыток ночного сна достоверно чаще вызывал атаки у молодых пациентов (26 и 5%), а физическая нагрузка — у пациентов старшего возраста (54 и 15%). Менструация была более значимым провокатором атак мигрени в группе ММВ, поскольку большинство женщин (70%) из группы МСВ уже находились в периоде менопаузы.

Факторы, облегчающие приступ ГБ, в группах не отличались. Наиболее распространенным было использование обезболивающих препаратов (> 90%

Таблица 2

Распределение (в %) пациентов с ММВ и МСВ по интенсивности приступов ГБ

Интенсивность ГБ	ММВ	МСВ	<i>p</i>
Умеренная (< 70%)	5	20,0	Н/д
Сильная (70—85%)	25	51,4	0,04
Очень сильная (> 85%)	70	28,6	0,02

пациентов в обеих группах); более половины пациентов обеих групп отмечали облегчение ГБ после сна; у 20—30% больных эффективными оказались прикладывание холода или тепла к голове, массаж перикраниальных мышц и стягивание головы.

Представляет интерес изучение факторов, улучшающих и ухудшающих течение мигрени. При анализе особенностей течения мигрени, начиная с дебюта и до периода обследования, установили, что у большинства пациентов в группах ММВ и МСВ неоднократно возникали периоды улучшения (75 и 88,24%) и ухудшения (65 и 82,36%) заболевания.

Первостепенную роль как в ухудшении, так и в улучшении течения мигрени играла гормональная перестройка (анализ приводили только для женщин: в группе ММВ у 19, в группе МСВ у 34). Так, в обеих группах более чем половина пациенток отмечали положительное влияние беременности в виде снижения частоты приступов или их полного прекращения во II и особенно в III триместре; после родов, в период лактации или после ее завершения приступы возобновлялись. Негативное воздействие пероральных контрацептивов на течение мигрени (в виде повышения частоты и продолжительности приступов) отметили 15,78% женщин в группе ММВ и 5,88% в группе МСВ.

Таблица 3

Симптомы (в %), сопровождающие приступ мигрени в группах ММВ и МСВ

Типичный симптом	ММВ	МСВ	<i>p</i>
Фотофобия	70	80,0	Н/д
Фонофобия	75	77,1	Н/д
Осмофобия	60	62,8	Н/д
Тошнота	90	82,8	Н/д
Рвота в период наблюдения	50	31,4	Н/д
Рвота (в развернутой стадии мигрени) (в 30—40 лет)*		72,7*	0,001

Примечание. * — достоверность различий между частотой рвоты в развернутой стадии заболевания и период наблюдения ($p < 0,01$).

Более 40% женщин из группы МСВ, достигших климактерического возраста, указали на отрицательное влияние периода перименопаузы на течение мигрени в виде повышения частоты, продолжительности и интенсивности приступов; на такое же влияние предъявила жалобы каждая третья (33,3%) женщина в группе молодых пациенток до 50 лет, вступивших в перименопаузу. В группе МСВ у 2 (6,6%) женщин своевременное назначение гормонозаместительной терапии (ГЗТ) облегчило климактерические проявления и привело к постепенной редукции мигрени; у 3 (9,67%) стойкое улучшение течения мигрени в виде уменьшения интенсивности, продолжительности и частоты ГБ в период перименопаузы наступило без проведения ГЗТ. Гораздо чаще редукция мигрени совпадала с наступлением менопаузы, характеризующейся отсутствием менструаций сроком не менее трех лет и полным угасанием репродуктивной функции. Так 1/3 (33,3%) больных старшего возраста связывали стойкое улучшение мигрени именно с менопаузой.

Немаловажное значение для течения мигрени имели периоды эмоционального напряжения и изменения условий труда/привычного ритма жизни. В обеих группах отметили ухудшение течения мигрени в период длительного стресса (конфликты в семье, потеря члена семьи, болезнь, развод, материальные затруднения и др.): ММВ — 20%, МСВ — 41,7%. Напротив, разрешение негативной ситуации (налаживание семейных отношений, решение материальных проблем) способствовало уменьшению тяжести заболевания: ММВ — 10%, МСВ — 5,88%. Ухудшение условий труда (ночные смены, ненормированный график работы, избыточная физическая нагрузка и др.) оказало стойкое негативное влияние на течение заболевания как в группе ММВ, так и МСВ (20 и 32,35% соответственно).

Одной из целей исследования была оценка обезболивающей терапии приступов мигрени. Наиболее часто пациенты обеих возрастных групп купировали приступы простыми анальгетиками (ММВ — 50%, МСВ — 37,1%) и триптанами (ММВ — 45%, МСВ — 31,4%). Следует отметить некоторые специфические особенности применения триптанов молодыми и более старшими пациентами. Большинство молодых пациентов использовали триптаны по назначению врача, они были хорошо осведомлены о противопоказаниях и нежелательных эффектах этих препаратов. У пациентов старшего возраста выявили другую тенденцию. Из-за трудностей диагностики и частой ошибочной трактовки причины цефалгий, обусловленных сосудистыми заболеваниями головного мозга и артериальной гипертензией, диагноз мигрени у пациентов старше 50 лет является редкостью, в связи с чем специфические противомигренозные препараты назначались крайне редко. Именно поэтому большинство пациентов из группы МСВ получали триптаны не по назначению врача, а по рекомендации знакомых или фармацевта, и они были плохо

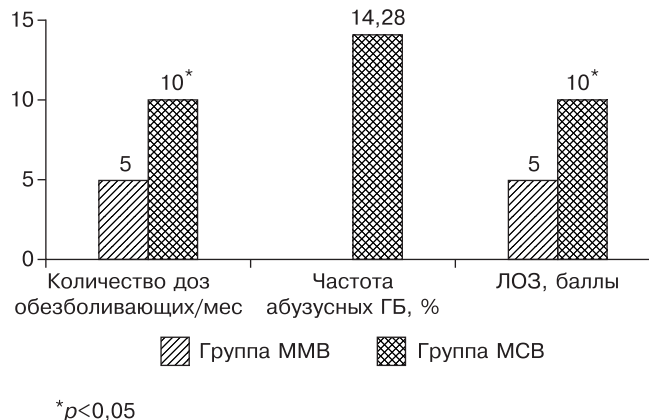


Рис. 2. Сравнительный анализ обезболивающей терапии в группах ММВ и МСВ.

осведомлены о побочных эффектах и противопоказаниях к их применению. Выяснилось, что 1/4 больных из группы МСВ имели противопоказания для использования триптанов (ишемическая болезнь сердца, облитерирующий атеросклероз и др.), а половина из них продолжали принимать препараты этой группы, несмотря на возможный риск побочных эффектов.

Одинаково часто пациенты обеих групп принимали комбинированные анальгетики, в том числе кодеин- и барбитуратсодержащие (ММВ — 40%, МСВ — 48,5%), несколько реже — кофеинсодержащие препараты (ММВ — 10%, МСВ — 27,5%) и простые анальгетики (ММВ — 15%, МСВ — 5%). Пациенты из группы МСВ чаще отмечали снижение эффективности анальгетиков с течением заболевания. В связи с ограниченной доступностью в нашей стране эрготаминсодержащих препаратов они применялись крайне редко.

Среднее количество доз обезболивающих, принимаемых больными в течение месяца, было достоверно больше в группе МСВ, чем в группе ММВ (10 и 5 таблеток в месяц соответственно; $p = 0,04$). Кроме того, случаи медикаментозно-индуцированной (абзусной) ГБ (МИГБ) отметили только у 14,3% пациентов с МСВ (в группе ММВ — 0%).

При оценке степени зависимости пациентов от обезболивающих препаратов с помощью опросника ЛОЗ получили подтверждение вышеизложенным результатам, достоверно большую приверженность к ним выявили в группе МСВ, чем в группе ММВ (10 и 5 баллов соответственно; $p = 0,0001$) (рис. 2). По результатам корреляционного анализа основными факторами, достоверно связанными со степенью зависимости от обезболивающих, для группы с МСВ были интенсивность ГБ и продолжительность приступов, а для группы с ММВ — высокая интенсивность ГБ по ВАШ и наличие других болевых синдромов, связанных с заболеваниями позвоночника и суставов ($p < 0,05$).

Состояние пациентов в межприступный период в группе МСВ отличалось большим количеством жалоб на боли различной локализации (в области

Таблица 4

Жалобы и сопутствующие нарушения (в %) в межприступный период в группах ММВ и МСВ

Жалоба/сопутствующее заболевание	ММВ	МСВ	<i>p</i>
Боли различной локализации (в области шеи, спины, суставах)*	60	94,0	0,02
Головокружение*	30	57,1	0,04
Ухудшение памяти*	40	77,1	0,005
Нарушение сна*	40	60,0	0,04
Затруднение дыхания*	35	72,0	0,01
Метеочувствительность*	26	63,0	0,008
Вестибулопатия*	40	77,0	0,032
Заболевания ССС	—	53,0	0,00006
ЦВЗ*	—	32,0	0,00001
Заболевания ЖКТ*	45	82,0	0,008
Заболевания ОДА*	55	80,0	0,04

шеи, спины, суставов), головокружение, снижение памяти, нарушение сна, затруднение дыхания (обусловленное бронхообструктивными процессами), метеочувствительность, плохую переносимость вестибулярных нагрузок; пациенты старшего возраста чаще страдали заболеваниями сердечно-сосудистой системы (ССС) и цереброваскулярными заболеваниями (ЦВЗ), патологией желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и опорно-двигательного аппарата (ОДА) (табл. 4).

У большинства пациентов обеих групп (ММВ — 90%, МСВ — 76,4%) наряду с мигренью обнаруживали и сопутствующую ГБ напряжения, причем у молодых больных чаще выявляли ее эпизодическую форму (ММВ — 94,4%, МСВ — 6,9%; $p = 0,001$), а у пациентов старшей группы — хроническую (5,55 и 23,08% соответственно; $p = 0,04$). Необходимо отметить, что пациенты обеих групп четко дифференцировали эпизоды ГБ напряжения от приступов мигрени. Общая частота всех хронических типов ГБ (хроническая ГБ напряжения + ХМ + абузусная ГБ) также была достоверно выше в группе МСВ, чем в группе ММВ (25,71 и 5% соответственно; $p = 0,04$).

Кроме того, у пациентов из группы МСВ выявили повышение частоты некоторых вторичных форм ГБ: ГБ, связанной с артериальной гипертензией (35,9 и 10% соответственно; $p = 0,02$), и цервикогенной (31,42 и 15% соответственно; $p = 0,06$). Как уже упоминалось выше, МИГБ, обусловленная различными обезболивающими препаратами, встречали только в группе МСВ (14,3%).

Результаты анализа эмоциональных нарушений и КЖ показали, что средние показатели реактивной и личностной тревожности (РТ и ЛТ) по данным теста тревожности Спилбергера в группах ММВ и МСВ были сопоставимыми (РТ 52 и 50, ЛТ 43 и 45 соответственно), но значительно превышали показатели у здоровой популяции. При этом большинство (более 80%) пациентов молодого и старшего возраста имели умеренную ($30 < TR < 46$) или высокую (≥ 46) тревогу. Лишь у 12% больных в группе ММВ и 6% в

группе МСВ зафиксировали нормальные показатели РТ (≤ 30).

Средние баллы по шкале депрессии Бэка в группах также были сопоставимыми (ММВ — 14, МСВ — 13), большинство больных (ММВ — 40% и МСВ — 38%) имели умеренную (от 15 до 20 баллов) или выраженную (≥ 20 баллов) депрессию. Нормальные показатели по шкале Бэка получены у 30% больных обеих групп.

В группах ММВ и МСВ обнаружили значительное и сопоставимое снижение КЖ, как связанное, так и не связанное с болевыми приступами. Снижение КЖ в межприступном периоде (не связанного с приступами мигрени) в обеих группах было в значительной степени обусловлено коморбидными нарушениями: в группе ММВ — депрессией, тревогой, паническими атаками и метеочувствительностью, в группе МСВ — депрессией, тревогой и нарушением ночного сна. В обеих группах КЖ снижалось также в связи с сопутствующими соматическими заболеваниями (ММВ — с гинекологическими, МСВ — с заболеваниями ССС).

Обсуждение

В настоящем исследовании впервые представлен сравнительный анализ особенностей мигрени у пациентов молодого и старшего возраста. Показано, что утрата репродуктивной функции и стабилизация уровня гормонов не являются основным фактором, определяющим течение/прекращение мигрени в старшем возрасте. У ряда пациентов после 50 лет мигрень сохраняется, претерпевая определенные клинические изменения, а у некоторых может приобретать более агрессивное течение. Так, выявлена тенденция к урежению приступов мигрени с возрастом (увеличение числа пациентов с редкими приступами); в старшей возрастной группе отмечено появление эпизодов мигренозной ауры без ГБ (МСПВ, или синдром Фишера), не характерных для молодых пациентов. Отмечено уменьшение типичности приступов в виде снижения интенсивности ГБ и частоты таких типичных симптомов, как пульсирующий характер, односторонняя локализация и рвота. Кроме того, по сравнению с молодыми пациентами у старших по возрасту больных отмечается повышение частоты вторичных и хронических форм ГБ. По результатам, полученным в нашем исследовании, в качестве основных факторов, способствующих хронизации мигрени у старших пациентов, выступают лекарственный абюзус и эмоционально-личностные нарушения.

Установлено, что снижение КЖ пациентов старшего возраста в межприступном периоде обусловлено не только коморбидными мигрени нарушениями (в первую очередь тревожно-депрессивные расстройства и диссомния), что характерно и для молодых больных, но и, как правило, присоединившимися с возрастом сопутствующими, в основном сердечно-сосудистыми, заболеваниями и приемом медикаментозных средств по различным показаниям. По сравнению с молодыми лицами пациенты

старшего возраста испытывают большую потребность в обезболивающей терапии, имеют большую частоту лекарственного злоупотребления и МИГБ. Лекарственный злоупотребление у пациентов старшей возрастной группы имеет свои особенности: в связи с большой частотой других болевых синдромов (боли в спине, артралгии) пациенты старшего возраста употребляют обезболивающие препараты не только для лечения приступов мигрени, но и для купирования болей другой локализации. Можно предположить, что прием пациентами с МСВ анальгетиков для лечения других болевых синдромов усиливает их зависимость от обезболивающих, повышает вероятность МИГБ и в итоге может способствовать хронизации и персистенции мигрени.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Амелин А.В., Игнатов Ю.Д., Скоромец А.А., Соколов А.Ю.* Мигрень (патогенез, клиника, лечение). М.: МЕДпресс, 2011.
2. *Осипова В.В., Табеева Г.Р.* Первичные головные боли: Практическое руководство. М.: ООО «ПАГРИ-Принт», 2007.
3. *Осипова В.В., Снопкова Е.В., Сергеев А.В.* Два клинических описания сохранения мигрени у женщин в старшем возрасте с обсуждением возможных механизмов персистенции. Урал. неврол. журн. 2012; 5: 47—53.
4. *Табеева Г.Р., Яхно Н.Н.* Мигрень. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
5. *Beck A., Ward C., Mendelson M.* et al. / An inventory for measuring depression. Arch. Gen. Psychiatry 1961; 4.
6. *Beck A., Steer R.A., Garbin M.G.* Psychometric properties of the beck depression inventory: twenty-five years of evaluation. Clin. Psychol. Rev. 1988; 8: 77—100.
7. *Edmeads J., Shuu-Jiun Wang.* Headache in the elderly. Headache 2006; 46: 1105-1010.
8. *Ferrari A., Cicero A.F.G., Bertolini A.* et al. Need for analgesics/ drugs of abuse: A comparison between headache patients and addicts by the Leeds Dependence Questionnaire (LDQ). Cephalalgia 2005; 26: 187—193.
9. *Fisher C.M.* Late-life migraine accompaniments as a cause of unexplained transient ischemic attacks. Can. J. Neurol. Sci. 1980; 7: 9—17.
10. *Fisher C.M.* Late-late migraine accompaniments — further experience. Stroke 1986; 17: 1033—1042.
11. *Kelman L.* Migrain changes with age: impact on migraine classification. Headache 2006; 46: 1161—1171.
12. *Kern R.D., Turk D.S., Rudy T.E.* The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI). Pain 1985; 23: 345—356.
13. *Martins K., Bordini C.A., Bigal M.E., Spesiali J. G.* Migraine in the elderly: a comparison with migraine in young adults. Headache 2006; 46: 312—316.
14. *Mazzotta G., Gallai V., Alberti A.* et al. Characteristics of migraine in out patient population over 60 years of age. Cephalalgia 2003; 23: 953—960.
15. *Schwaiger J., Kiechl S., Seppi K.* et al. Prevalence of primary headaches and cranial neuralgias in men and women aged 55—94 years (Bruneck Study). Cephalalgia 2008; 29: 179—187.
16. *Yang M., Rendas-Baum R., Varon S.F., Kosinski M.* Validation of the Headache Impact Test (HIT-6™) across episodic and chronic migraine. Cephalalgia. 2011; Feb;31(3):357-367.