

Взаимосвязь традиционных факторов риска сосудистых когнитивных нарушений с развитием цефалгического синдрома и влияние головной боли на повседневную жизненную активность пациентов

В.А. Вершута[✉], О.Н. Воскресенская, Г.Р. Табеева

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Российская Федерация

Аннотация

Обоснование. Формирование и прогрессирование сосудистых когнитивных нарушений (СКН) носит многофакторный характер. Пациенты с СКН часто предъявляют жалобы на головную боль (ГБ), которая оказывает влияние на повседневную жизненную активность (ПЖА).

Цель. Оценить взаимосвязь традиционных факторов риска (ФР) СКН с развитием цефалгического синдрома и установить влияние ГБ на ПЖА.

Материалы и методы. В исследование включены 97 пациентов (65 женщин, 32 мужчины) в возрасте от 50 до 85 лет с установленным диагнозом СКН. Все пациенты разделены на 2 группы. Основную группу составили 64 пациента, предъявляющие жалобы на ГБ. В группу сравнения вошли 33 пациента без ГБ. Оценка приверженности пациентов терапии проводилась с использованием валидизированной шкалы Мориски–Грина. Выраженность боли оценивалась по Визуальной аналоговой шкале. Для оценки ПЖА пациентов с цефалгией использовался опросник HIT-6. Степень стеноза брахиоцефальных артерий оценивали по данным ультразвукового исследования, используя классификацию NASCET.

Результаты. У пациентов основной группы установлены следующие виды цефалгий: ГБ напряжения (ГБН) – 43,8% случаев, мигрень – 23,4%, сочетанная ГБН и мигрень – 7,8%; 14,1% соответствовали критериям цервикогенной ГБ; 10,9% – ГБ, ассоциированной с апноэ во время сна. Установлено, что в основной группе чаще, чем у пациентов без ГБ, составивших группу сравнения, встречались такие ФР, как артериальная гипертензия 3-й степени, гемодинамически значимый стеноз брахиоцефальных артерий, низкая приверженность терапии ($p=0,024, 0,047, 0,042$ соответственно). Установлено влияние фенотипов ГБ на ПЖА: наиболее сильное влияние отмечено у пациентов, страдающих сочетанной ГБН и мигренью, – в 80,0% случаев, среди пациентов с мигренью – в 60,0%. Установлена прямая корреляционная связь между интенсивностью ГБ и ПЖА исследуемых.

Заключение. Ранняя диагностика и своевременное лечение ГБ наряду с коррекцией модифицируемых ФР могут существенным образом улучшить прогноз пациентов с хроническим цереброваскулярным заболеванием на всех этапах развития патологического процесса.

Ключевые слова: сосудистое когнитивное нарушение, головная боль, факторы риска, повседневная жизненная активность

Для цитирования: Вершута В.А., Воскресенская О.Н., Табеева Г.Р. Взаимосвязь традиционных факторов риска сосудистых когнитивных нарушений с развитием цефалгического синдрома и влияние головной боли на повседневную жизненную активность пациентов. *Consilium Medicum*. 2025;27(11):646–651. DOI: 10.26442/20751753.2025.11.203426

ORIGINAL ARTICLE

The relationship between traditional risk factors for vascular cognitive impairment and the development of cephalgic syndrome, and the impact of headache on patients' daily life activity

Viktoriia A. Vershuta[✉], Olga N. Voskresenskaya, Gyuzyal R. Tabeeva

Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russian Federation

Abstract

Background. The formation and progression of vascular cognitive impairment (VCI) is multifactorial. Patients with VCI often complain of headaches (HA), which affect daily life activity (DLA).

Aim. To assess the relationship between traditional risk factors (RF) for VCI and the development of cephalgic syndrome and to establish the impact of HA on the patients' DLA.

Materials and methods. The study included 97 patients (65 women, 32 men) aged 50 to 85 years with an established diagnosis of VCI. All patients were divided into 2 groups. The main group consisted of 64 patients complaining of HA. The comparison group included 33 patients without HA. Patients' adherence to therapy was assessed using the validated Morisky–Green scale. Pain severity was assessed using a visual analog scale. The HIT-6 questionnaire was used to assess the DLA of patients with cephalgia. The degree of brachiocephalic artery (BCA) stenosis was assessed based on ultrasound examination using the NASCET classification.

Results. The following types of cephalgia were established in patients of the main group: tension type headache (TTH) – 43.8% of cases, migraine – 23.4%, combined TTH and migraine – 7.8%; 14.1% met the criteria of cervicogenic HA; 10.9% – HA associated with sleep apnea syndrome. It was found that in the main group, more often than in patients without HA, who made up the comparison group, such RFs as arterial hypertension of the 3rd degree, hemodynamically significant stenosis of the brachiocephalic artery, low adherence to therapy were encountered ($p=0.024, 0.047, 0.042$, respectively). The influence of HA phenotypes on the DLA was established: the strongest effect was noted in patients suffering from combined TTH and migraine – in 80.0% of cases, among patients with migraine in 60.0%. A direct correlation was established between the intensity of HA and the patients' DLA.

Conclusion. Early diagnosis and timely treatment of HA along with the correction of modifiable RF can significantly improve the prognosis of patients with chronic cerebrovascular disease at all stages of the development of the pathological process.

Keywords: vascular cognitive impairment, headache, risk factors, daily life activity

For citation: Vershuta VA, Voskresenskaya ON, Tabeeva GR. The relationship between traditional risk factors for vascular cognitive impairment and the development of cephalgic syndrome, and the impact of headache on patients' daily life activity. *Consilium Medicum*. 2025;27(11):646–651. DOI: 10.26442/20751753.2025.11.203426

Введение

Сосудистые когнитивные нарушения (СКН) остаются одними из наиболее часто встречающихся проявлений цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ), существенно снижающих качество жизни и нередко приводящих к инвалидизации пациентов, определяя медицинскую и социальную значимость данной патологии. Широкое распространение СКН связывают со старением населения, а также увеличением количества факторов риска (ФР) их развития [1].

В течение последних лет рассматривается связь развития СКН с микро- и макроангиопатиями, которые приводят к формированию гемодинамических и метаболических нарушений. Церебральная микроангиопатия (ЦМА, болезнь мелких сосудов) – широко распространенный патологический процесс, который используется для описания синдрома, включающего клинические, патофизиологические и нейровизуализационные признаки, возникающие из-за поражения перфорирующих церебральных артериол, капилляров и венул, что приводит к повреждению белого и серого глубинного вещества головного мозга [2]. Также известно, что изменения в головном мозге при ЦМА появляются задолго до развития клинических признаков заболевания.

Формирование и прогрессирование СКН носит многофакторный характер. При этом ни один из ФР не может целиком объяснить ни выраженность неврологических нарушений, ни характер течения заболевания, что подтверждает сложность механизмов возникновения и прогрессирования хронической сосудистой мозговой недостаточности. Ведущее значение среди общепризнанных ФР имеют увеличение возраста и наследственная предрасположенность, однако с практической точки зрения наиболее важны модифицируемые ФР [3]. Классификация ФР предусматривает выделение демографических (возраст, женский пол, низкий уровень образования, низкий социальный статус), клинических (артериальная гипертензия – АГ, сахарный диабет – СД, ишемическая болезнь сердца, фибрилляция предсердий, хроническая сердечная недостаточность, хроническая болезнь почек, инсульт, гиперхолестеринемия, депрессия, избыточная масса тела) и факторов, связанных с образом жизни (курение, низкая физическая активность и т.п.). В большинстве случаев отмечается сочетание ФР, которые оказывают негативное воздействие друг на друга, направленное против единого органа-мишени – сосудов [1]. Эпидемиологические данные свидетельствуют о том, что сегодня в мире у каждого 9-го человека имеется хотя бы один ФР развития СКН.

Анализ данных исследований, проведенный S. Andrieu и соавт., показывает, что воздействие на модифицируемые ФР различными способами (рекомендации, обучение, увеличение физической и умственной активности, изменение в питании, лекарственные средства) позволяет снизить развитие и прогрессирование когнитивных расстройств [4, 5].

Жалобы на головную боль (ГБ) являются одними из наиболее распространенных у пациентов с ЦВЗ и часто служат причиной обращений к неврологу. При этом сам цефалгический синдром оказывает независимое влияние на качество жизни этих пациентов [5]. Учитывая разнообразие клинических фенотипов ГБ, точные закономерности их формирования не изучены. В связи с этим представляет интерес анализ влияния хорошо изученных традиционных ФР СКН на клинические проявления ГБ и повседневное функционирование этих пациентов.

Цель исследования – оценить взаимосвязь традиционных ФР СКН с развитием цефалгического синдрома и установить влияние ГБ на повседневную жизненную активность (ПЖА) пациентов.

Дизайн. Исследование проведено методом поперечных срезов (cross-sectional).

Таблица 1. Демографические характеристики обследованных пациентов

Table 1. Demographic characteristics of the studied patients

| Показатели | Пациенты с СКН (n=97) | | p-value |
|--|--------------------------------|------------------------------|---------|
| | основная группа (СКН+ГБ; n=64) | группа сравнения (СКН; n=33) | |
| Возраст, Ме [Q ₁ ; Q ₃] | 64,0 [61; 68] | 69,0 [65; 73] | 0,09 |
| Пол, абс. (%) | | | |
| Мужчины | 20 (31,25) | 12 (36,36) | 0,78 |
| Женщины | 44 (68,75) | 21 (63,64) | |

Примечание. Здесь и далее в табл. 2: $p < 0,05$ – различия показателей статистически значимы.
Note. Here and in Table 2: $p < 0,05$ – the differences are significant.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 97 пациентов, среди которых 65 женщин, 32 мужчины, в возрасте от 50 до 85 лет с установленным диагнозом умеренного СКН. Исследуемые разделены на 2 группы: в 1-ю группу вошли 64 пациента (20 мужчин, 44 женщины), страдающих ГБ; группу сравнения составили 33 пациента (12 мужчин, 21 женщина), не предъявляющие жалобы на ГБ (табл. 1). Как видно из представленной таблицы, группы не отличались по полу и возрасту.

Критерии включения пациентов в исследование: наличие письменного информированного согласия пациента на участие в исследовании, диагноз умеренного СКН, возраст от 50 до 85 лет, отсутствие перенесенных инсультов в анамнезе. Критерии невключения пациентов: энцефалопатия другого генеза, выраженные когнитивные нарушения (деменция); тяжелые соматические заболевания, диагностированные анамнестически, при клиническом и/или лабораторно-инструментальном обследовании, которые могли препятствовать участию пациентов в исследовании и оказать влияние на его результаты.

С целью оценки изменений вещества головного мозга проводили магнитно-резонансную томографию на томографах с величиной магнитной индукции не менее 1,5 Тл. Диагностику ЦМА осуществляли по критериям, установленным Wardlaw и исследовательской группой STRIVE (the Standards for Reporting Vascular changes on nEuroimaging). Всем пациентам проводили клиническое неврологическое обследование, анализ жалоб и анамнеза заболевания, биохимический анализ крови, электрокардиографию, ультразвуковое исследование брахиоцефальных артерий (БЦА). Диагноз ГБ устанавливали на основании критериев Международной классификации ГБ 3-го пересмотра (МКГБ-3). Степень стенозического сужения БЦА оценивалась по критериям NASCET. Для оценки влияния ГБ на ПЖА пациентов использовался опросник Headache Impact Test-6 (HIT-6). Оценка приверженности пациентов терапии проводилась с использованием валидизированной шкалы Мориски-Грин. Оценка интенсивности ГБ проводилась с помощью Визуальной аналоговой шкалы (ВАШ).

Статистический анализ выполнен с помощью языка Python 3.12.4, пакетов pandas, scipy, numpy, statsmodels. Проверка на нормальность распределения проводилась с помощью теста Шапиро-Уилка, нормально распределенные данные представлены в формате $mean \pm sd$, данные, не удовлетворяющие условиям нормального распределения, – в формате $median [Q_1; Q_3]$. Сравнение двух групп по количественным признакам проводилось с помощью t -критерия Стьюдента для нормально распределенных данных, иначе – с помощью критерия Манна-Уитни. Для качественных признаков сравнение двух групп осуществлялось с помощью критерия χ^2 Пирсона (при значении в таблице сопряженности менее 5 – точный критерий Фишера). Расчет отношения шансов (ОШ) проводился

с помощью модели логистической регрессии, в которую в качестве ковариат включены пол и возраст пациента. Отбор значимых результатов проводился после применения поправки Бенджамини–Хохберга, значение уровня значимости α перед поправкой 0,05.

Результаты

Среди 97 включенных в исследование пациентов жалобы на ГБ предьявляли 64 человека. На основании критериев диагноза ГБ МКГБ-3 среди пациентов основной группы установлены следующие виды первичных цефалгий: головная боль напряжения (ГБН) верифицирована у 28 (43,8%) человек, у 15 (23,4%) – мигрень, у 5 (7,8%) – сочетанная ГБН и мигрень. Среди вторичных форм ГБ 14,1% соответствовали критериям цервикогенной ГБ, 10,9% – ГБ, ассоциированной с апноэ во время сна. Среди 48 больных, страдающих первичной цефалгией, у 8 пациентов ГБ трансформировались в лекарственно-индуцированную ГБ ввиду избыточного приема анальгетических препаратов.

При анализе ФР у пациентов с СКН установлено, что АГ 3-й степени, гемодинамически значимый стеноз БЦА (>70% по критериям NASCET) и низкая приверженность назначенной терапии статистически чаще встречались у пациентов основной группы, страдающих ГБ, чем у пациентов группы сравнения без ГБ ($p=0,024, 0,047, 0,042$ соответственно); табл. 2.

Влияние фенотипов ГБ на ПЖА представлено на рис. 1. Сильное влияние цефалгии на ПЖА наиболее часто встречалось среди пациентов, страдающих сочетанной ГБН и мигренью (80,0%), среди пациентов с мигренью о сильном влиянии сообщили 60,0 и 44,4% – с цервикогенной ГБ. Среди пациентов с ГБ, ассоциированной с апноэ во время сна, в равной степени установлено умеренное и существенное влияние цефалгии на повседневную активность (42,9%), а вот при ГБН влияние от незначительного до очень сильного зафиксировано примерно в равном количестве случаев (умеренное и сильное – в 28,6%, существенное – 25,0%, незначительное – 17,9%). Медиана показателя ПЖА в баллах по опроснику НГТ-6 составила 58,5 [54,0; 72,0].

При оценке интенсивности ГБ с помощью ВАШ выявлено, что примерно 1/2 исследуемых (28 человек, 43,8%), страдающих цефалгией, имели ГБ умеренной интенсивности, 18 (28,1%) пациентов указали на выраженную цефалгию, 12 (18,6%) отметили наличие невыносимых эпизодов ГБ и 6 (9,4%) пациентов предьявляли жалобы на ГБ легкой интенсивности (табл. 3).

При анализе групп пациентов выявлены статистически значимые различия степени влияния ГБ на ПЖА исследуемых в зависимости от интенсивности ГБ ($p<0,001$). При попарном анализе групп установлено, что степень влияния ГБ на ПЖА пациентов оказалась существенно выше при ГБ выраженной и невыносимой интенсивности (7–10 баллов по ВАШ), чем при ГБ легкой ($p=0,004, p=0,001$) и умеренной интенсивности ($p=0,001, p<0,001$). Установлена статистически значимая прямая корреляционная связь степени влияния ГБ на ПЖА пациентов с интенсивностью ГБ ($r_{xy}=0,686; p<0,001$).

Обсуждение

При анализе таких ФР, как СД, мерцательная аритмия, гиперхолестеринемия и статус курения, не установлено статистически значимых различий между группами.

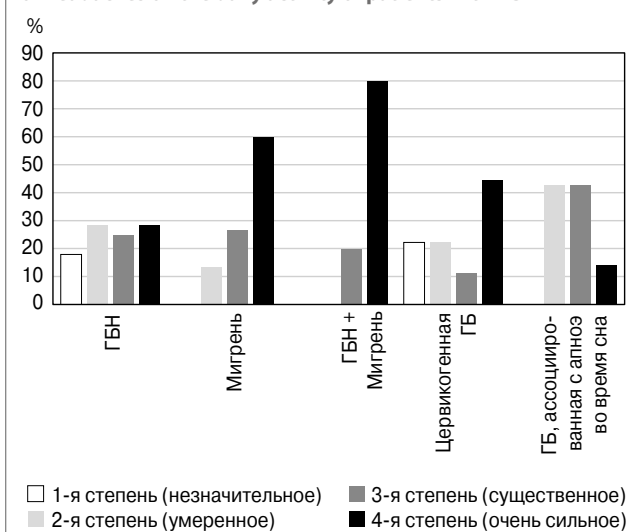
По данным опросника НГТ-6, заполненного пациентами с цефалгией, можно отметить, что ГБ оказывала в разной степени влияние на ПЖА пациентов. Большая часть (40,6%) обследованных страдали от очень сильного влияния ГБ на их ПЖА, а наибольшая доля таких пациентов зафиксирована в группах с сочетанием ГБН с мигренью (80,0%) и мигренью (60,0%). Наиболее часто среди исследуемых нами пациентов с цефалгией встречалась ГБ умеренной интенсивности

Таблица 2. Анализ ФР у пациентов с СКН
Table 2. Analysis of risk factors in patients with vascular cognitive impairment (VCI)

| ФР, абс. (%) | Пациенты с СКН | | p-value |
|--|--------------------------------|------------------------------|---------|
| | основная группа (СКН+ГБ; n=64) | группа сравнения (СКН; n=33) | |
| Степень АГ | | | |
| 1-я | 7 (10,9) | 9 (27,3) | 0,046 |
| 2-я | 26 (40,6) | 15 (45,5) | 0,064 |
| 3-я | 31 (48,4) | 8 (24,2) | 0,024 |
| Стеноз БЦА (>70%) | 15 (23,4) | 2 (6,1) | 0,047 |
| Гиперхолестеринемия | 44 (68,8) | 18 (54,5) | |
| Впервые установленная на момент исследования | 17 (26,6) | 5 (15,2) | 0,168 |
| Терапия статинами на момент исследования | 27 (42,2) | 13 (39,4) | |
| СД | 17 (26,6) | 10 (30,3) | 0,812 |
| Мерцательная аритмия | 7 (10,9) | 3 (9,1) | 1,000 |
| Курение | 22 (34,4) | 7 (21,2) | 0,243 |
| Приверженность терапии | 23 (35,9) | 19 (57,6) | 0,042 |

Рис. 1. Анализ степени влияния ГБ на ПЖА пациентов с СКН.

Fig. 1. Analysis of the degree of influence of different types of headaches on the daily activity of patients with VCI



(43,8%). При корреляционном анализе между степенью влияния ГБ на ПЖА пациентов и интенсивностью ГБ установлена статистически значимая прямая связь.

Литературные данные свидетельствуют о том, что пациенты с АГ часто страдают от ГБ. По данным разных авторов, жалобы на ГБ предьявляют 44–87% пациентов с АГ. При этом ГБ часто не связана с повышением артериального давления (АД), а обусловлена наличием сопутствующих первичных ГБ, чаще всего, как и в популяции в целом, хронической ГБН (57–85%) и мигрени (15–30%) [6]. Исследователи отмечают, что своевременная диагностика и эффективное лечение первичных ГБ у больных АГ способствуют улучшению самочувствия пациентов и в связи с этим повышают их приверженность терапии, которая снижает риск развития серьезных сердечно-сосудистых осложнений [6, 7].

В многоцентровом кросс-секционном исследовании, проведенном в Италии, приняли участие 2973 пациента с установленными ранее диагнозами АГ или мигрени, из которых 17% имели сочетание АГ и мигрени (43% – только АГ, 40% – только мигрень). В группе сочетанной патологии (АГ + мигрень) АГ возникла статистически значимо раньше, чем у больных АГ без ГБ, а мигрень, напротив, реги-

Таблица 3. Анализ взаимосвязи интенсивности ГБ и степени ее влияния на ПЖА пациентов с СКН
Table 3. Analysis of the relationship between the intensity of headaches and the degree of its influence on the daily life activity of patients with VCI

| Интенсивность боли (ВАШ) | Степень влияния ГБ на ПЖА (НПТ-6), баллы | | p-value |
|---------------------------------|--|--------------|---|
| | Me | IQR | |
| Легкая (1–3 балла; n=6) | 53,5 | [50,0; 54,0] | $p < 0,001^*$ $p_{1-2}=1,000$ $p_{1-3}=0,004^*$ $p_{1-4}=0,001^*$ $p_{2-3}=0,001^*$ $p_{2-4} < 0,001^*$ $p_{3-4}=1,000$ |
| Умеренная (4–6 баллов; n=28) | 55,5 | [50,5; 57,0] | |
| Выраженная (7–8 баллов; n=18) | 68,5 | [59,0; 74,0] | |
| Невыносимая (9–10 баллов; n=12) | 73,5 | [68,0; 75,5] | |

*Различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$).
 *The differences are significant ($p < 0,05$).

стрировалась позже, чем у пациентов с мигренью и нормальным АД [8].

Так, в российском исследовании наблюдались 30 амбулаторных пациентов с АГ в возрасте от 40 до 79 лет с гипертоническими кризами с ГБ. Среди исследуемых авторы выявили наличие первичных ГБ у 93% пациентов, причем ГБ отмечались не только в период гипертонического криза, но и при обычных значениях АД [6]. Однако авторы метаанализа, проводившие оценку исследований, посвященных взаимосвязи АГ с ГБН, пришли к выводу, что во всех проанализированных работах, включавших 1989 пациентов, страдающих АГ, не найдено прямой связи ГБ с повышением АД у пациентов с АГ 1 и 2-й степени. В другом исследовании, включавшем 2969 пациентов с ГБ, изучалась взаимосвязь продолжительности анамнеза ГБН с развитием АГ. Показано, что частота встречаемости АГ выше среди пациентов с хронической ГБН по сравнению с дебютом ГБН и эпизодической ГБН [9].

Причинно-следственная связь между уровнем АД и цефалгией может иметь различный характер: первичная ГБ как сильный стрессорный фактор может вызывать повышение АД. Так, при обследовании 91 пациента с ГБ АГ выявлена у 76. Показано, что в большинстве случаев ГБ у пациентов не связана с АГ и возникает задолго до повышения АД. При обследовании 12 пациентов с диагнозом дисциркуляторной энцефалопатии и АГ исследователи в 100% случаев диагностировали ГБН, в 25% – мигрень, в 8% – пучковую ГБ. Авторы сообщили о том, что назначение соответствующей терапии привело к регрессу симптоматики у всех пациентов. Также установлено, что АГ в свою очередь может способствовать хронизации первичной ГБ. Есть данные, свидетельствующие, что АГ более распространена у пациентов с первичной ГБ, нежели в эквивалентной выборке населения в целом [10].

Авторы популяционного исследования, проведенного в Нидерландах, пришли к выводу, что у пациентов с мигренью есть тенденция к повышению АД (относительный риск 1,76), повышению уровня холестерина (относительный риск 1,43), а кардиоваскулярный риск по Фремингемской шкале увеличен в 2 раза [11]. В другом крупном популяционном исследовании HUNT обнаружено, что у пациентов, страдающих мигренью, более, чем в популяции, распространены такие ФР, как АГ, повышение индекса массы тела, гиперхолестеринемия [12]. Результаты проведенного нами исследования подтверждают данные о том, что АГ встречалась чаще в основной группе, чем в группе сравнения: у пациентов с ГБ АГ 3-й степени установлена более чем в 2 раза чаще (48,4%), чем у пациентов без ГБ (24,2%).

Атеросклероз БЦА развивается постепенно и долго остается бессимптомным. Так, в отечественном исследовании, проведенном С.А. Гуляевым и соавт., приняли участие пациенты, имеющие асимптомные стенотические пораже-

ния магистральных артерий головы, при активном распросе 78% из них предъявили жалобы на ГБ [13]. В работе Н.И. Глушкова и соавт. проводилась оценка результатов каротидной эндалтерэктомии у пациентов с симптомным и бессимптомным течением гемодинамически значимого стеноза сонных артерий и установлено, что пациенты с бессимптомным течением ($n=60$) каротидного стеноза часто предъявляли жалобы на ГБ [14].

Однако в исследовании, проведенном М.А. Ловриковой и соавт., получены результаты, указывающие на то, что ГБ не являлась специфической жалобой и не связана с процентом стеноза внутренних сонных артерий (ВСА) у пациентов. Частота встречаемости ГБ среди пациентов в данном исследовании составила от 30 до 36,7% и не имела корреляции с процентом стеноза, при этом ее выраженность статистически значимо увеличивалась с возрастанием процента стеноза ВСА. Выраженность ГБ по ВАШ увеличивалась с 2,7 см при отсутствии стенозов ВСА до 6,1 см при стенозах более 60%. Авторы сделали вывод, что полученные данные показывают малосимптомность атеросклероза ВСА и неспецифичность жалоб не только на ранних стадиях, но и при гемодинамически значимом сужении ВСА: ГБ, на которую обычно ориентируются клиницисты, встречалась лишь у 1/3 пациентов со стенозами ВСА более 60% [15]. В нашем исследовании установлено, что среди пациентов основной группы более часто встречался гемодинамически значимый стеноз БЦА (>70% по критериям NASCET), что подтверждает результаты цитируемых исследований.

Другим важным фактором течения хронических ЦВЗ является приверженность терапии. По данным S. Simpson и соавт., только 1/2 пациентов, имеющих какие-либо хронические заболевания, привержены выполнению лечебных рекомендаций [16]. Из всех цефалгий мигрень наиболее изучена с точки зрения приверженности пациентов лечению. Так, в работе Н.А. Ковальчук и соавт. выявлено, что среди пациентов с мигренью приверженность терапии не является оптимальной, и доля пациентов, которые соблюдают все рекомендации, составляет менее 1/2 [17]. В другом аналогичном исследовании авторы также демонстрируют низкую приверженность пациентов в отношении профилактического лечения мигрени [18]. Наши данные совпадают с результатами этих исследований, так как в основной группе пациентов отмечена более низкая приверженность назначенной терапии ЦВЗ.

Полученные в ходе нашей работы результаты по влиянию ГБ на ПЖА пациентов также согласуются с рядом других исследований. Так, в одной из работ, изучавших качество жизни и нетрудоспособность пациентов с мигренью и ГБН, средний балл по опроснику НПТ-6 составил $56,73 \pm 7,49$ у пациентов с мигренью и $54 \pm 8,60$ – у пациентов с ГБН, что интерпретировано как существенное и умеренное влияние ГБ на жизненную активность исследуемых. Очень сильное или существенное влияние на функционирование имели 60% пациентов с мигренью и 47,7% – с ГБН [19].

В крупном исследовании, проведенном во Франции, обследованы 2537 пациентов с ГБ, классифицированной в соответствии с критериями МКГБ. Среди всех пациентов 1324 (52,2%) человека страдали мигренью, 855 (33,7%) пациентам установлен диагноз атипичной мигрени и 358 (14,1%) исследуемых имели другие формы ГБ. Средний балл по опроснику НПТ-6 для всех трех групп составил 61,1 ($\pm 7,0$), при этом при мигрени – $62,7 (\pm 6,1)$, атипичной мигрени – $61,6 (\pm 6,7)$, других формах ГБ – $54,3 (\pm 7,1)$. В группе пациентов с мигренью выявлена наибольшая доля пациентов – 75%, страдающих от сильного влияния ГБ на ПЖА, 14% имели существенное и 8% – умеренное влияние, в то время как в группе пациентов с другими видами ГБ преобладало умеренное влияние ГБ (34%), а от незначительного и сильного влияния страдало примерно равное число пациентов (23 и 26% соответственно) [20].

Заключение

ГБ не является клиническим проявлением хронического ЦВЗ, а имеет четкие классификационные формы, свидетельствующие о ее сочетании с основным процессом. Прогноз пациентов с хроническим ЦВЗ на всех этапах развития патологического процесса зависит не только от своевременной коррекции модифицируемых ФР, но и от ранней диагностики фенотипа и проведения соответствующего лечения ГБ, наличие которой оказывает существенное негативное влияние на ПЖА, что в свою очередь может приводить к уменьшению физической и умственной нагрузки, снижению комплаентности рекомендованному лечению.

Раскрытие конфликта интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Disclosure of interest. The authors declare that they have no competing interests.

Раскрытие вклада авторов. Авторы декларируют соответствие своего авторства международным критериям ICMJE. Все авторы в равной степени участвовали в подготовке публикации: разработка концепции статьи, получение и анализ фактических данных, написание и редактирование текста статьи, проверка и утверждение текста статьи.

Authors' contribution. The authors declare the compliance of their authorship according to the international ICMJE criteria. All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

Источник финансирования. Авторы декларируют отсутствие внешнего финансирования для проведения исследования и публикации статьи.

Funding source. The authors declare that there is no external funding for the exploration and analysis work.

Соответствие принципам этики. Протокол исследования одобрен локальным этическим комитетом ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет); протокол №19-25 от 22.09.2025. Одобрение и процедуру проведения протокола получали по принципам Хельсинкской декларации.

Compliance with the principles of ethics. The study was approved by the local ethics committee of Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); protocol No. 19-25 dated 22.09.2025. Approval and protocol procedure was obtained according to the principles of the Declaration of Helsinki.

Информированное согласие на публикацию. Пациенты подписали форму добровольного информированного согласия на публикацию медицинской информации.

Consent for publication. Written consent was obtained from the patients for publication of relevant.

Раскрытие информации об использовании ИИ. При написании статьи ИИ не использовался.

Disclosing the use of AI. No AI was used when writing the article.

Литература/References

1. Парфенов В.А. Дисциркуляторная энцефалопатия и сосудистые когнитивные расстройства. М.: ИМА-ПРЕСС, 2017 [Parfenov VA. Distsirkuliatornaia entsefalopatia i sosudistye kognitivnye rasstroistva. Moscow: IMA-PRESS, 2017 (in Russian)].
2. Pantoni L. Cerebral small vessel disease: from pathogenesis and clinical characteristics to therapeutic challenges. *Lancet Neurol.* 2010;9(7):689-701. DOI:10.1016/S1474-4422(10)70104-6
3. Miche J-P. Is It Possible to Delay or Prevent Age-Related Cognitive Decline? *Korean J Fam Med.* 2016;37(5):263-6. DOI:10.4082/kjfm.2016.37.5.263
4. Andrieu S, Coley N, Lovestone S, et al. Prevention of sporadic Alzheimer's disease: lessons learned from clinical trials and future directions. *Lancet Neurol.* 2015;14:926-44. DOI:10.1016/S1474-4422(15)00153-2
5. Платов М.П., Косивцова О.В. Головная боль у пожилых пациентов с хронической ишемией головного мозга: диагностика и лечение на амбулаторно-поликлиническом этапе. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2018;10(1):102-6 [Platov MP, Kosivtsova OV. Headache in elderly patients with chronic cerebral ischemia: outpatient diagnosis and treatment. *Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics.* 2018;10(1):102-6 (in Russian)]. DOI:10.14412/2074-2711-2018-1-102-106
6. Мамедова З.Д., Фатеева Т.Г., Парфенов В.А. Головные боли у пациентов с артериальной гипертензией и гипертоническими кризами. *Неврологический журнал.* 2013;2:28-31 [Mamedova ZD, Fateeva TG, Parfenov VA. Headaches in patients with arterial hypertension and hypertensive crises. *Neurological Journal.* 2003;2:28-31 (in Russian)].
7. Парфенов В.А., Остроумова Т.М., Остроумова О.Д. Артериальная гипертензия и головная боль: влияние антигипертензивных препаратов. *Рациональная фармакотерапия в кардиологии.* 2019;15(3):416-23 [Parfenov VA, Ostroumova TM, Ostroumova OD. Hypertension and Headache: the Effect of Antihypertensive Drugs. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology.* 2019;15(3):416-23 (in Russian)]. DOI:10.20996/1819-6446-2019-15-3-416-423
8. Mancia G, Rosei EA, Ambrosioni E, et al. Hypertension and migraine comorbidity: prevalence and risk of cerebrovascular events: evidence from a large, multicenter, cross-sectional survey in Italy (MIRACLES study). *J Hypertens.* 2011;29(2):309-18. DOI:10.1097/HJH.0b013e3283410404ht
9. Алябьева П.В., Частина О.В., Шнайдер Н.А., и др. Фенотип «головная боль напряжения и артериальная гипертензия»: миф или реальность. *Сибирский журнал клинической и экспериментальной медицины.* 2022;37(3):29-40 [Alyabyeva PV, Chastina OV, Shnyder NA, et al. Tension-type headache and hypertension phenotype: Myth or reality. *Siberian Journal of Clinical and Experimental Medicine.* 2022;37(3):29-40 (in Russian)]. DOI:10.29001/2073-8552-2022-37-3-29-40
10. Токарь О.О., Жмеренецкий К.В. Первичные головные боли у пациентов с артериальной гипертензией, механизмы их возникновения, хронизации и методы раннего выявления. *Дальневосточный медицинский журнал.* 2018;(2):30-5 [Tokar OO, Zhmerenetsky KV. Primary headaches in patients with arterial hypertension, mechanisms of their occurrence, chronicity and methods of early detection. *Far Eastern Medical Journal.* 2018;(2):30-5 (in Russian)].
11. Scher AI, Terwindt GM, Picavet HS, et al. Cardiovascular risk factors and migraine: the GEM population-based study. *Neurology.* 2005;64:614-20. DOI:10.1212/01.WNL.0000151857.43225.49
12. Winsvold BS, Hagen K, Aamodt AH, et al. Headache, migraine and cardiovascular risk factors: the HUNT study. *Eur J Neurol.* 2011;18:504-11. DOI:10.1111/j.1468-1331.2010.03199.x
13. Гуляев С.А., Овчинников А.В., Архипенко И.В. «Асимптомные» стенозы магистральных артерий головы и их влияние на биоэлектрическую активность головного мозга. *Трудный пациент.* 2012;10(12):18-21 [Gulyaev SA, Ovchinnikov AV, Arkhipenko IV. «Asymptomatic» stenoses of the main arteries of the head and their impact on the bioelectrical activity of the brain. *Difficult patient.* 2012;10(12):18-21 (in Russian)].
14. Глушков Н.И., Иванов М.А., Артемова А.С., и др. Атеросклеротическое поражение брахиоцефальных артерий и вопросы хирургической коррекции симптомного и бессимптомного каротидного стеноза. *Вестник хирургии им. И.И. Грекова.* 2018;177(5):17-20 [Glushkov NI, Ivanov MA, Artemova AS, et al. Atherosclerotic lesions of brachiocephalic arteries and issues of surgical correction of symptomatic and asymptomatic carotid stenosis. *Grekov's Bulletin of Surgery.* 2018;177(5):17-20 (in Russian)]. DOI:10.24884/0042-4625-2018-177-5-17-20
15. Ловрикова М.А., Корнеева Н.В., Жмеренецкий К.В., и др. Особенности клинической картины у пациентов с различной степенью выраженности стенозов внутренней сонной артерии. *Дальневосточный медицинский журнал.* 2024;3:37-41 [Lovrikova MA, Korneeva NV, Zhmerenetsky KV, et al. Features of the clinical picture in patients with various severities of internal carotid artery stenosis. *Far Eastern medical journal.* 2024;3:37-41 (in Russian)]. DOI:10.35177/1994-5191-2024-3-6
16. Simpson SH, Eurich DT, Majumdar SR, et al. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. *BMJ.* 2006;333(7557):15. DOI:10.1136/bmj.38875.675486.55
17. Ковальчук Н.А., Кирьянова Е.А., Табеева Г.Р. Приверженность терапии пациентов с мигренью (по данным интернет-опроса). *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2021;13(4):81-7 [Kovalchuk NA, Kiryanova EA, Tabeeva GR. Medication adherence in migraine patients (data of an online survey). *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics.* 2021;13(4):81-7 (in Russian)]. DOI:10.14412/2074-2711-2021-4-81-87
18. Rimmele F, Müller B, Becker-Hingst N, et al. Medication adherence in patients with cluster headache and migraine: an online survey. *Sci Rep.* 2023;13(1):4546. DOI:10.1038/s41598-023-30854-y
19. Bera SC, Khandelwal SK, Sood M, Goyal V. A comparative study of psychiatric comorbidity, quality of life and disability in patients with migraine and tension type headache. *Neurology India.* 2014;62(5):516-20. DOI:10.4103/0028-3886.144445h
20. Nacht-Quinekh F, Dartigues JF, Henry P, et al. Use of the headache impact test (HIT-6) in general practice: relationship with quality of life and severity. *Eur J Neurol.* 2005;12(3):189-93. DOI:10.1111/j.1468-1331.2004.00934.xht

Информация об авторах / Information about the authors

✉ **Вершута Виктория Александровна** – аспирант каф. нервных болезней и нейрохирургии ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет). E-mail: vershuta95@mail.ru

Воскресенская Ольга Николаевна – д-р мед. наук, проф. каф. нервных болезней и нейрохирургии ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет)

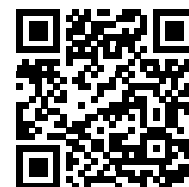
Табеева Гюзьяль Рафкатовна – д-р мед. наук, проф. каф. нервных болезней и нейрохирургии ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет)

✉ **Viktoriiia A. Vershuta** – Graduate Student, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). E-mail: vershuta95@mail.ru; ORCID: 0000-0001-6342-5450

Olga N. Voskresenskaya – D. Sci. (Med.), Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). ORCID: 0000-0002-7330-633X

Gyuzyal R. Tabeeva – D. Sci. (Med.), Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). ORCID: 0000-0002-3833-532X

Статья поступила в редакцию / Submitted: 13.08.2025
Поступила после рецензирования / Submitted after peer review: 26.09.2025
Принята к печати / Accepted for publication: 24.11.2025



OMNIDOCTOR.RU