

# ЭПИЛЕПТОЛОГИЯ

УДК 616.853|465\*30/\*69|:616.831:616-008.63

Для цитирования: Токарева Н.Г., Игнатъева О.И. Влияние интериктальной головной боли на качество жизни у больных с эпилепсией. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2024. № 4 (125). С. 104-110. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2024-4\(125\)-104-110](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2024-4(125)-104-110)

## Влияние интериктальной головной боли на качество жизни у больных с эпилепсией

Токарева Н.Г., Игнатъева О.И.

ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева»  
Россия, 430005, Саранск, ул. Большевикская, 68

### РЕЗЮМЕ

**Введение.** Интериктальные цефалгии у пациентов с эпилепсией могут иметь любой характер, но чаще соответствуют диагностическим критериям мигрени, головной боли напряжения либо обусловлены сопутствующей патологией, такой как цереброваскулярные заболевания, поражение сосудов шейного отдела позвоночника. **Цель:** сравнительный анализ триггеров и демпферов, а также сравнительное изучение влияния различных видов интериктальной головной боли на качество жизни у больных эпилепсией. **Материал и методы.** Проведено обследование и амбулаторное или стационарное лечение пациентов с генерализованными и фокальными типами эпилепсии и сопутствующей цервикалгией. В исследовательскую выборку включено 90 больных (43,3% мужчин и 56,7% женщин) в возрасте 30-69 лет, средний возраст составил 54,5 года. Пациенты были разделены на 3 группы: 1-я группа – цервикогенная головная боль в связи с травмой костных структур или мягких тканей шеи, 2-я группа – головная боль на фоне цереброваскулярных заболеваний, 3-я группа – неустановленная головная боль, соответствовавшая ГБ напряжения или мигрени. Для оценки интенсивности, триггеров, демпферов головной боли и показателей качества жизни использовали: визуально-аналоговую шкалу боли (Visual Analog Scale VAS, ВАШ) для измерения интенсивности боли, опросник боли Мак-Гилла (шкала интенсивности боли, набор слов-дескрипторов и описание боли), опросник Индекс влияния головной боли-6 (градация ответов о частоте боли). **Результаты.** Распределение больных по полу показало преобладание женщин во всех группах. Среди пациентов 1-й и 3-й групп по интенсивности преобладала умеренная головная боль, у пациентов 2-й группы выявлена зависимость головной боли и психоэмоциональных факторов. При сравнении триггеров боли не обнаружено статистически значимой корреляционной разницы в группах; их количество превышало демпферы, в большей степени при цервикогенной боли (в 2,3 раза). При всех видах цефалгии среди сенсорных и психоэмоциональных факторов преобладают такие триггеры как повышение артериального давления, стресс и психологическое напряжение, метеозависимость. **Заключение.** У пациентов с эпилепсией различные виды интериктальных цефалгий (связанные с поражением сосудов головного мозга и шеи, головная боль напряжения, мигренозная) не имеют статистически значимых отличий и не оказывают значимого влияния на качество жизни.

**Ключевые слова:** головные боли, интериктальные цефалгии, эпилепсия, качество жизни, цервикогенная головная боль.

### ВВЕДЕНИЕ

Исследования, проведенные в последние два десятилетия, показали, что около половины пациентов (48,4%) с коморбидным сочетанием эпилепсии и головной боли (ГБ) имеют интериктальную ГБ, не имеющую временной связи с эпилептическим приступом, при этом цефалгии у страдающих эпилепсией пациентов могут иметь любой характер, но чаще соответствуют диагностическим критериям мигрени, головной боли напряжения либо обусловлены сопутствующей соматической или неврологической патологией [1, 2].

В популяции первичные головные боли напряжения, мигрени, сосудистые головные боли составляют 95-97% всех видов ГБ, женщины чаще испытывают ГБ [3, 4], большая их часть представлена мигренью (до 20%) и головной болью напряжения (ГБН) (80%), хотя они и не представляют угрозы для жизни, тем не менее способны серьезно ухудшать её качество. Вторичные ГБ являются синдромом поражения какой-либо соматической системы; до 70% взрослого населения страдают различными видами ГБ [5]. Основным фактором болезни пациенты считают травмы го-

ловы и тяжелые инфекции (40%), отягощенную наследственность (20%), алкоголизм (6,7%), финансовые затруднения и конфликты в семье (88,9%). 82,6% согласны находиться под наблюдением невропатолога или эпилептолога, но не психиатра. Применение психотерапевтических программ в комплексной модели персонализированной терапии больных эпилепсией повысило эффективность лечебно-реабилитационной работы до 84,3% [6].

В классификации Международного общества головной боли (МКГБ-3, 3-е изд., 2018) категоризована боль, связанная с поражением сосудов головного мозга и шейного отдела позвоночника, однако в доступных источниках встречается мало опубликованных данных о её характеристиках [7, 8, 9]. При хронической ишемии мозга, постинсультных состояниях выраженность болевого синдрома имеет сильную корреляцию с тяжестью когнитивных расстройств и депрессии, качеством жизни пациентов [10, 11]. ГБН и лекарственно-индуцированная головная боль могут сопровождать мягкую и умеренную артериальную гипертензию [12, 13].

Заболевания шейного отдела позвоночника являются частыми причинами цервикогенной ГБ (ЦГБ), этиологически и патогенетически связанной с нарушениями данной локализации [14]. Распространённость ЦГБ в общей популяции составляет 13,8%, максимум достигается в возрасте 40-60 лет. Получены доказательные данные, что ЦГБ значительно снижает качество жизни пациентов, что сопоставимо с хронической мигренью и ГБН [15].

Учитывая полиэтиологичность ГБ, в том числе у пациентов с эпилепсией, правильная постановка диагноза оказывает непосредственное воздействие на лечение и качество жизни пациентов. Хотя различные аспекты ГБ в настоящее время интенсивно исследуются, определение показателей качества жизни при различных видах ГБ у пациентов с эпилепсией представляет научный интерес и актуальность.

### **ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Сравнительный анализ триггеров и демпферов, а также сравнительное изучение влияния различных видов интериктальной головной боли на качество жизни у больных эпилепсией.

### **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

В исследование включались пациенты в возрасте старше 29 лет, которые наблюдались амбулаторно или стационарно по поводу генерализованных и фокальных типов эпилепсии и имели сопутствующую цервикалгию. Все респонденты были проинформированы о цели исследования и добровольно подписали письменное информированное согласие.

Всего психодиагностически обследовано и амбулаторно/стационарно пролечено 90 больных, из них 43,3% мужчин и 56,7% женщин, в возрасте от 30 до 69 лет, средний возраст составил 54,5 года. Пациенты разделены на 3 группы: 1-я группа – цервикогенная головная боль в связи с травмой костных структур или мягких тканей шеи, 2-я группа – головная боль на фоне цереброваскулярных заболеваний, 3-я группа – неустановленная головная боль, соответствовавшая ГБ напряжения или мигрени. Диагноз сопутствующего заболевания подтвержден инструментальными методами исследования (КТ или МРТ головного мозга, МРТ и/или рентгенография шейного отдела позвоночника, дуплексное сканирование сосудов шеи – ЦДС). Пациенты не имели других заболеваний нервной системы (опухоли головного мозга, черепно-мозговая травма, рассеянный склероз, паркинсонизм и др.) и тяжелой соматической патологии. При постановке диагноза использовалась Международная классификация головных болей (МКГБ 3-го пересмотра, 2018) [10].

У стационарных больных интервью проводилось очно, у амбулаторных – с помощью онлайн-опроса с использованием Googl форм. Для оценки интенсивности ГБ, триггеров, демпферов ГБ и показателей качества жизни использовали стандартизированные тестовые методики: 1) визуально-аналоговую шкалу боли (ВАШ) (VAS, Visual Analog Scale, Hayes M.H.S., Patterson D.G., 1921), 2) опросник боли (ОБМ) Мак-Гилла (The McGill pain questionnaire: Major properties and scoring methods, 1975) для оценки качества и интенсивности субъективной боли по 3 шкалам, 3) опросник Индекс влияния головной боли-6 (ИВГБ-6, Headache Impact Test, НИТ-6) по результатам заполнения анкеты из 6 вопросов с 5 вариантами ответов (никогда, редко, иногда, очень часто, всегда).

По шкале ВАШ авторы определяли у участников исследования (респондентов) субъективное восприятие интенсивности ГБ при помощи 10-сантиметровой линейки, на которой левая часть обозначалась как «боли нет» а правая – «нестерпимая боль». Пациентам необходимо было поставить вертикальную линию в месте на шкале, отражающем их ощущение интенсивности боли в данный момент. По опроснику боли Мак-Гилла (список из 78 описывающих боль слов-дескрипторов, разделенных на 20 кластеров и 3 шкалы) определяли сенсорные и психоэмоциональные факторы, оценочные аспекты, проводили общую оценку боли по 5-балльной шкале, анализ временного характера боли, выявляли влияние на боль различных событий и действий. По ИВГБ-6 оценивали влияние ГБ на общее самочувствие пациента, на различные аспекты повседневной жизни [16].

Статистический анализ проводился с помощью программ обработки, визуализации и анализа полученных данных Stata (версия 14.0) и Microsoft Excel (2014). Для количественных переменных рассчитаны средние значения, а для качественных – проценты (долевое отношение). Статистическая значимость различий оценивалась с помощью параметрических методов для нормально распределенных величин (t-критерий Стьюдента). Значение  $p < 0,05$  считалось статистически значимым.

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Распределение больных по полу показало преобладание женщин во всех трех группах: 55%, 71% и 60% соответственно, что согласуется с данными других исследований [2]. При распределении по возрасту выявлено преобладание пациентов 40-49 лет в 1-й группе (45%), 60-69 лет – во 2-й (43%) и в 3-й (40%) группах.

Оценка интенсивности ГБ с помощью шкалы ВАШ выявила статистически значимые ( $p < 0,05$ ) различия по субъективному восприятию боли между пациентами: 1-я группа – 4,8 балла (умеренная), 2-я группа – 3,2 (отсутствует), 3-я группа – 5,5 (умеренная). В то время как по результатам опросника Мак-Гилла наибольшая интенсивность ГБ статистически значимо ( $p < 0,05$ ) чаще встречалась у пациентов 2-й группы (6,0 балла) по сравнению с пациентами 1-й и 3-й групп (по 4,0 балла соответственно). Сравнение полученных данных по шкале ВАШ и опроснику Мак-Гилла не выявило статистически значимой корреляционной взаи-

мосвязи между полученными показателями. В процессе обследования у пациентов 2-й группы отмечалась проблема трудности восприятия формулировки вопросов, что, вероятно, обусловлено когнитивным дефицитом (снижение активности, памяти и внимания) на фоне сочетания основного и сопутствующего заболеваний.

При хронических цереброваскулярных заболеваниях ГБ часто является преобладающим симптомом на ранних этапах и регрессирует в поздний период заболевания. Тяжесть, характер и течение ГБ не относятся к надежным и доказательным признакам сосудистых заболеваний головного мозга. Верификация формы ГБ имеет принципиальное значение для определения приоритетов диагностики и терапии [10].

При анализе индекса выбранных дескрипторов сенсорной (интенсивность болевого ощущения) и эвалюативной (субъективная оценка боли) шкал по Мак-Гилловскому опроснику не обнаружено статистически значимой корреляционной взаимосвязи, тенденция к выбору количества дескрипторов оценивалась нами как пропорциональная и равномерная во всех группах (рис. 1). В то время как показатели аффективной шкалы (эмоциональная оценка боли, её влияние на развитие депрессии, тревожности) статистически значимо ( $p < 0,05$ ) доказательно демонстрируют зависимость ГБ и психоэмоциональных факторов у пациентов 2-й группы (рис. 2).

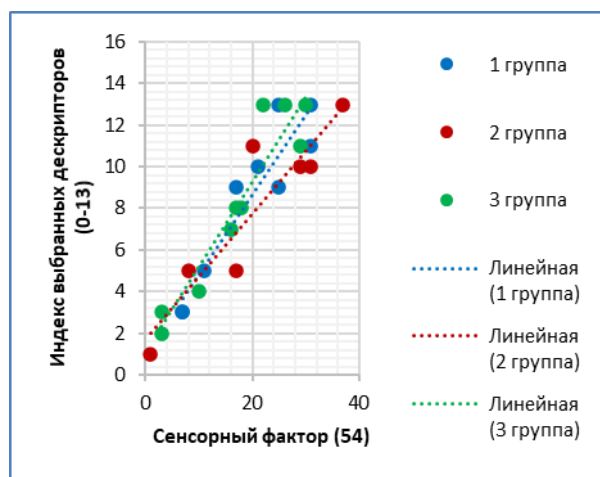


Рисунок 1. Показатели сенсорной шкалы в группах больных эпилепсией с ГБ

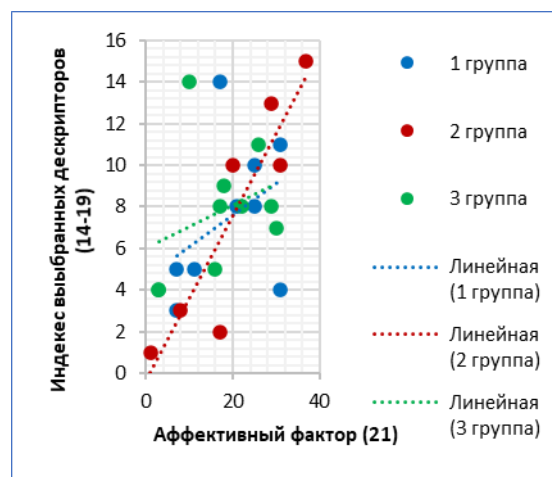


Рисунок 2. Показатели аффективной шкалы в группах больных эпилепсией с ГБ

Установлены основные триггеры ЦГБ у пациентов 1-й группы: повышение артериального давления (20%), изменение давления в сосудах и тканях в зависимости от метеоусловий (17%), напряжение и стресс в ответ на негативное внешнее воздействие (17%), непереносимость громких звуков и яркого света (13%). К демпферам (фак-

торы снижения/устранения боли) пациенты 1-й группы отнесли повышающие физическое и психическое благополучие факторы: сон и отдых (36%), отвлечение, абстрагирование от проблем (36%), физиолечение и массаж (27%). Всего пациентами описано 7 триггеров ЦГБ и 3 демпфера, соотношение которых составило 2,3.

Согласно данным литературы, высокая встречаемость ЦГБ в популяции связана с изменением образа жизни (нерациональное питание, отсутствие физической и психической активности, вредные привычки), вызывающим негативные последствия [15]. Напряжение и болезненность перикраниальных и шейных мышц могут возникать в ответ на острый или хронический эмоциональный стресс и приводить к рефлекторному напряжению и ишемизации (нарушению кровообращения) мышцы, перевозбуждению спинальных нейронов, повышению сенситизации болевых рецепторов мышцы, позным нарушениям из-за снижения мышечного тонуса и к ещё большему усилению ЦГБ, формируя таким образом «порочный круг» нарастания болезненной симптоматики [15].

У пациентов 2-й группы ведущими триггерами ГБ являлись ухудшение самочувствия, эмоциональная лабильность вследствие изменения метеоусловий (21%), напряжение, психоэмоциональные нагрузки и стресс (20%), повышение артериального давления (17%), горизонтальное положение, неподвижная поза (10%). К демпферам цефалгии пациенты относили отвлечение от проблем, минимизацию их влияния на самоощущение (36%), двигательную активность (27%), процедуры массажа и криотерапии (17%). Пациентами было выделено 7 триггеров ГБ и 4 демпфера, число триггеров в 1,7 раза превышало количество демпферов. Согласно результатам исследований, частые коморбидные расстройства, такие как депрессия, тревога, астения и апноэ с остановками дыхания во сне, могут вносить значительный вклад в процессы хронификации ГБ у больных с ЦВБ [10, 12].

У пациентов 3-й группы зафиксированы следующие основные триггеры ГБ: напряжение, стрессовые ситуации, негативные перемены в жизни (17%), повышенная чувствительность к громким звукам, раздражительность на обычные внешние стимулы, апатия в результате загруженности на работе (по 16%), головные, суставные, мышечные боли, мигрень, повышенная усталость в ответ на изменение метеоусловий, воздействие яркого света как симптом мигренозной боли (по 13%), переутомление и усталость (10%), употребление психостимуляторов, повышение АД, низкая двигательная активность (по 6%). Среди демпферов боли пациенты отмечали полноценный сон, качественный укрепляющий отдых (23%), горизонтальное положение (20%), неподвижную позу (13%), термальный массаж, теплотечение, переход на здоровое питание (10%). В 3-й группе выявлено наибольшее количество триггеров и демпферов: 9 и 7 соответственно, соотношение которых составило 1,3.

По данным публикаций, эпизоды ГБН провоцируются психическим или позным напряжением головы и шеи, а облегчаются в состоянии психологической релаксации с мышечным расслаблением и снятием психического напряжения и/или при расслаблении перикраниальных мышц. Поэтому частота болевых эпизодов может увеличиваться в периоды эмоционального напряжения, интенсивной работы, связанной с перенапряжением мышц головы, лица и шеи и, напротив, снижаться при положительных эмоциях, регуляции настроения, психологическом и мышечном расслаблении, что соответствует данным нашего исследования [17].

При сравнительном анализе триггеров ГБ не выявлено статистически значимой корреляционной разницы в исследуемых группах: среднее количество факторов было примерно одинаковым: в 1-й группе – 5,3, во 2-й – 6,4, в 3-й – 5,8. Основными причинами ГБ названы повышение АД, стресс и напряжение, изменение метеоусловий. Среди демпферов боли чаще упоминались отвлечение, сон и отдых, физиопроцедуры и массаж. Обнаружено статистически значимое ( $p < 0,05$ ) превышение количества демпферов боли у пациентов 3-й группы: их среднее число в 1-й группе составило 1,9, во 2-й группе – 2,4, в 3-й группе – 4,9 (соответственно в 2,6 и 2,0 раза выше). Из этого следует, что пациенты 3-й группы в большей степени способны контролировать интенсивность цефалгии.

Оценка качества жизни с помощью опросника ИВГБ-6 не выявила значений, подтверждающих статистически значимое влияние ГБ на общее самочувствие и психологическое благополучие. Средний балл в трех группах пациентов составлял 26, 17 и 23 соответственно, суммарная оценка менее 49 баллов трактуется как отсутствие влияния или незначительное влияние ГБ на качество жизни. Кроме того, не обнаружено статистически значимой корреляционной взаимосвязи при сравнении полученных данных по опроснику ИВГБ-6 и интенсивности боли по шкале ВАШ: пациенты 3-й группы имели средний балл 5,5, что соответствует умеренной цефалгии, т.е. подобная выраженность ГБ идентичным образом не оказывала весомого влияния на качество жизни. Полученные в собственном исследовании данные в полной мере соотносятся с результатами международных исследований по аналогичной тематике, продемонстрировавшими, что в первую очередь снижению качества жизни у пациентов с эпилепсией способствуют тяжесть заболевания, частота эпилептических приступов, переносимость и дозозависимые эффекты противосудорожных препаратов, депрессивная симптоматика, тревога и беспокойство по поводу новых приступов [18].

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У пациентов с эпилепсией различные виды интeриктальных ГБ (связанные с поражением сосудов головного мозга и шеи, ГБН, мигренозная) не имеют статистически значимых отличий. Интенсивность ГБ соответствует умеренной степени, при этом отмечена зависимость ГБ и психоэмоциональных факторов у больных с сочетанной хронической ишемией мозга. При всех видах цефалгии среди сенсорных и психоэмоциональных факторов преобладают универсальные триггеры, такие как повышение АД, стресс и напряжение, метеозависимость. Определенный набор приемов и овладение техниками, снижающими интенсивность боли (отвлечение от негативных эмоций, уравновешенность в принятии решений, соблюдение режима сна и отдыха, общеукрепляющие процедуры) позволяют избежать значимого влияния ГБ на качество жизни у больных эпилепсией. Особенности форм, симптомов, видов и течения эпилепсии, психологический профиль, возрастно-половые характеристики следует учитывать при разработке терапевтической стратегии ведения пациентов, сфокусированной на улучшении качества жизни и психологического благополучия.

## КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

## ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Исследование выполнено за счет бюджетного финансирования в рамках основного плана НИР ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева».

## СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Работа соответствует этическим стандартам Хельсинкской Декларации Всемирной медицинской ассоциации и одобрена этическим комитетом при медицинском институте ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарева» (протокол № 123 от 30.01.2024 г.).

## ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Осипова В.В., Артеменко А.Р., Шмидт Д.А., Антипенко Е.А. Головная боль и эпилепсия: распространенность и клинические разновидности. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2023. Т. 15, № 2. С. 75-82. Osipova VV, Artemenko AR, Schmidt DA, Antipenko EA. Headache and epilepsy: prevalence and clinical varieties. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2023;15(2):75-82. doi: 10.14412/2074-2711-2023-2-75-82 (in Russian).
- Schiller K, Rauchenzauner M, Avidgor T, Hannan S, Lorenzen C, Kaml M, Walser G, Unterberger I, Filippi V, Broessner G, Luef G. Primary headache types in adult epilepsy patients. *Eur J Med Res*. 2023 Jan 27;28(1):49. doi: 10.1186/s40001-023-01023-8. PMID: 36707895; PMCID: PMC9881350.
- Кондратьев А.В., Шнайдер Н.А., Шульмин А.В. Эпидемиология головных болей. Современные проблемы науки и образования. 2015. № 6. [Электронный ресурс]. Kondratyev AV, Schneider NA, Shulmin AV. Epidemiology of headaches. *Modern Problems of Science and Education*. 2015;6. [Electronic resource]. URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=22811> (дата обращения: 12.05.2024). (in Russian).
- Stovner LJ, Hagen K, Linde M, Steiner TJ. The global prevalence of headache: an update, with analysis of the influences of methodological factors on prevalence estimates. *J Headache Pain*. 2022 Apr 12;23(1):34. doi: 10.1186/s10194-022-01402-2. PMID: 35410119; PMCID: PMC9004186.
- Сорокина Н.Д., Селицкий Г.В. Головная боль напряжения и мигрень: эффективность биологической обратной связи в их терапии. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2013. Т. 113, № 4. С. 86-91. Sorokina ND, Selitsky GV. Tension headache and migraine: the effectiveness of biofeedback in their therapy. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2013;113(4):86-91 (in Russian).
- Казенных Т.В., Бохан Н.А. Психотерапевтическая парадигма в методологии комплексной социально-терапевтической коррекции взаимоотношений в семьях больных эпилепсией: новые возможности системного подхода. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2022. № 2 (115). С. 94-102. Kazennykh TV, Bokhan NA. Psychotherapeutic paradigm in the methodology of complex social and therapeutic correction of relationships in families of patients with epilepsy: new possibilities of a systematic approach. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2022;2(115):94-102. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-2\(115\)-94-102](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-2(115)-94-102) (in Russian).
- Головачева В.А., Парфенов В.А. Хроническая ежедневная головная боль под маской дисциркуляторной энцефалопатии. *Медицинский Совет*. 2015. № 2. С. 72-77. Golovacheva VA, Parfenov VA. Chronic daily headache under the guise of circulatory encephalopathy. *Medical Council*. 2015;2:72-77. doi:10.21518/2079-701X-2015-2-72-77 (in Russian).
- Старикова Н.Л. Лекарственно-индуцированная головная боль: характеристика пациентов и используемых анальгетических препаратов до обращения в специализированный центр. *Российский журнал боли*. 2024. Т. 22, № 2. С. 16-21. Starikova NL. Drug-induced headache: characteristics of patients and analgesic drugs used before contacting a specialized center. *Russian Journal of Pain*. 2024;22(2):16-21. doi: 10.17116/pain20242202116 (in Russian).
- Лебедева Е.Р., Ушенин А.В., Гилев Д.В., Олесен Д. Клинические характеристики персистирующих головных болей после впервые возникшего ишемического инсульта (наблюдение 529 больных). *Consilium Medicum*. 2022. Т. 24, № 11. С. 823-827.

- Lebedeva ER, Ushenin AV, Gilev DV, Olesen J. Clinical characteristics of persistent headaches after the first-ever ischemic stroke (follow-up of 529 patients). *Consilium Medicum*. 2022;24(11):823-827. doi:10.26442/20751753.2022.11.201974 (in Russian).
10. Табеева Г.Р. Головная боль и цереброваскулярные заболевания. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2021. Т. 121, № 2. С. 114-121. Tabeeva GR. Headache and cerebrovascular diseases. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2021;121(2):114-121 doi: 10.17116/jnevro2021121021114 (in Russian).
  11. Костенко Е.В. Постинсультные болевые синдромы: клинические аспекты, диагностические критерии, особенности терапии и реабилитационных мероприятий. *Медицинский Совет*. 2017. № 17. С. 63-71. Kostenko EV. Post-stroke pain syndromes: clinical aspects, diagnostic criteria, features of therapy and rehabilitation measures. *Medical Council*. 2017;17:63-71. doi:10.21518/2079-701X-2017-17-63-71 (in Russian).
  12. Головачева В.А., Парфенов В.А. Когнитивно-поведенческая терапия в лечении пациентов с мигренью. *Неврологический журнал*. 2015. Т. 20, № 3. С. 37-43. Golovacheva VA, Parfenov VA. Cognitive-behavioral therapy in the treatment of patients with migraine. *Neurological Journal*. 2015. Vol. 20, No. 3. P. 37-43 (in Russian).
  13. Абраменко Ю.В., Яковлев Н.А., Слюсарь Т.А. Клинические и доплерографические характеристики головной боли у мужчин и женщин с дисциркуляторной энцефалопатией. *Саратовский научно-медицинский журнал*. 2012. Т. 8, № 2. С. 368-371. Abramenko YuV, Yakovlev NA, Slyusar TA. Clinical and Doppler characteristics of headache in men and women with cerebrovascular insufficiency. *Saratov Scientific Medical Journal*. 2012;8(2):368-371 (in Russian).
  14. Барулин А.Е., Курушина О.В., Друшлякова А.А. Цервикогенная головная боль и особенности биомеханики позвоночника. *Российский медицинский журнал*. 2016. № 24. С. 1606-1612. Barulin AE, Kurushina OV, Drushlyakova AA. Cervicogenic headache and features of spine biomechanics. *Russian Medical Journal*. 2016;24:1606-1612 (in Russian).
  15. Богданов Э.И., Хайрутдинова О.С. Цервикогенная головная боль. *Практическая медицина*. 2018. Т. 16, № 10. С. 21-24. Bogdanov EI, Khairutdinova OS. Cervicogenic headache. *Practical Medicine*. 2018;16(10):21-24. doi: 10.32000/2072-1757-2018-10-21-24 (in Russian).
  16. Москалева П.В., Шнайдер Н.А., Петрова М.М., Насырова Р.Ф. Шкалы и опросники для диагностики головной боли напряжения. *Российский журнал боли*. 2020. Т. 18, № 4. С. 8-18. Moskaleva PV, Schneider NA, Petrova MM, Nasyrova RF. Scales and questionnaires for the diagnosis of tension-type headache. *Russian Journal of Pain*. 2020;18(4):8-18 (in Russian).
  17. Азимова Ю.Э., Алферова В.В., Амелин А.В., Артеменко А.Р., Ахмадеева Л.Р., Екушева Е.В., Каракулова Ю.В., Корешкина М.И., Курушина О.В., Латышева Н.В., Лебедева Е.Р., Наприенко М.В., Осипова В.В., Павлов Н.А., Парфенов В.А., Рачин А.П., Сергеев А.В., Скоробогатых К.В., Табеева Г.Р., Филатова Е.Г. Клинические рекомендации «Головная боль напряжения (ГБН)». *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2022. Т. 122, № 2-3. С. 4-28. Azimova YuE, Alferova VV, Amelin AV, Artemenko AR, Akhmadееva LR, Ekusheva EV, Karakulova YuV, Koreshkina MI, Kurushina OV, Latysheva NV, Lebedeva ER, Naprienko MV, Osipova VV, Pavlov NA, Parfenov VA, Rachin AP, Sergeev AV, Skorobogatykh KV, Tabeeva GR, Filatova EG. Clinical guidelines "Tension-type headache (TTH)". *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2022;122(2-3):4-28. doi:10.17116/jnevro20221220234 (in Russian).
  18. Siebenbrodt K, Willems LM, von Podewils F, Mross PM, Strüber M, Langenbruch L, Bierhansl L, Gorny I, Schulz J, Gaida B, Conradi N, Süß A, Rosenow F, Strzelczyk A. Determinants of quality of life in adults with epilepsy: a multicenter, cross-sectional study from Germany. *Neurol Res Pract*. 2023 Aug 3;5(1):41. doi: 10.1186/s42466-023-00265-5. PMID: 37533112; PMCID: PMC10398956.

Поступила в редакцию 21.08.2024

Утверждена к печати 02.12.2024

Токарева Наталья Геннадьевна, к.м.н., доцент, доцент кафедры психиатрии, наркологии и неврологии, Медицинский институт, ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева». ORCID iD 0000-0002-2974-8149. SPIN-код РИНЦ 8583-2833.

Игнатъева Ольга Ивановна, к.м.н., доцент, доцент кафедры психиатрии, наркологии и неврологии, Медицинский институт, ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева». ORCID iD 0000-0002-4058-291X. SPIN-код РИНЦ 3708-9210.

✉ Токарева Наталья Геннадьевна, tokareva-1@mail.ru

UDC 616.853|465\*30/\*69|:616.831:616-008.63

For citation: Tokareva N.G., Ignatieva O.I. Impact of interictal headache on the quality of life in patients with epilepsy. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2024; 4 (125): 104-110. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2024-4\(125\)-104-110](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2024-4(125)-104-110)

## Impact of interictal headache on the quality of life in patients with epilepsy

**Tokareva N.G., Ignatieva O.I.**

*Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "National Research Mordovian State University named after N.P. Ogarev"*

*Bolshevistskaya Street 68, 430005, Saransk, Russian Federation*

### ABSTRACT

**Introduction.** Interictal cephalgia in patients with epilepsy can be of any nature, but most often correspond to the diagnostic criteria of migraine, tension headache, or are caused by concomitant pathology, such as cerebrovascular diseases, cervical vascular lesions. **Objective:** comparative analysis of triggers and dampers, as well as a comparative study of the effect of various types of interictal headache on the quality of life in patients with epilepsy. **Material and Methods.** Examination and outpatient or inpatient treatment of patients with generalized and focal types of epilepsy and concomitant cervicgia were conducted. The study sample included 90 patients (43.3% men and 56.7% women) aged 30-69 years, mean age was 54.5 years. The patients were divided into 3 groups: Group 1 – cervicogenic headache due to injury of bone structures or soft tissues of the neck, Group 2 – headache against the background of cerebrovascular diseases, Group 3 – unspecified headache corresponding to tension headache or migraine. To assess the intensity, triggers, dampers of headache and the quality-of-life indicators, the following were used: Visual Analogue Scale (VAS) for measuring pain intensity, McGill pain questionnaire (pain intensity scale, set of descriptor words and description of pain), Headache Impact Index-6 (gradation of responses on pain frequency). **Results.** The distribution of patients by gender showed a predominance of women in all groups. Among patients of the 1st and 3rd groups, moderate headache prevailed in intensity; in patients of the 2nd group, an association between headache and psychoemotional factors was revealed. When comparing pain triggers, no statistically significant correlation difference was found in the groups; their quantity exceeded dampers, to a greater extent with cervicogenic pain (2.3 times). With all types of cephalgia, among sensory and psychoemotional factors, such triggers as high blood pressure, stress and psychological stress, and meteosensitivity prevailed. **Conclusion.** In patients with epilepsy, various types of interictal cephalgia (associated with damage to the vessels of the brain and neck, tension headache, migraine) do not have statistically significant differences and do not have a significant impact on the quality of life.

**Keywords:** headaches, interictal cephalgia, epilepsy, quality of life, cervicogenic headache.

Received August 21, 2024

Accepted December 02, 2024

Tokareva Natalia G., Cand. Sc. (Medicine), associate professor of the Department of Psychiatry, Narcology and Neurology, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "National Research Mordovian State University named after N.P. Ogarev", Saransk, Russian Federation. ORCID iD 0000-0002-2974-8149. SPIN-code RSCI 8583-2833.

Ignatieva Olga I., Cand. Sc. (Medicine), associate professor of the Department of Psychiatry, Narcology and Neurology, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "National Research Mordovian State University named after N.P. Ogarev", Saransk, Russian Federation. ORCID iD 0000-0002-4058-291X. SPIN-code RSCI 3708-9210.

✉ Tokareva Natalia G., tokareva-1@mail.ru