

Клинические характеристики персистирующих головных болей после впервые возникшего ишемического инсульта (наблюдение 529 больных)

Е.Р. Лебедева^{✉1,2}, А.В. Ушенин^{1,2}, Д.В. Гилев³, Д. Олесен⁴

¹ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Екатеринбург, Россия;

²Международный центр лечения головных болей «Европа-Азия», Екатеринбург, Россия;

³ФГАОУ ВО «Уральский федеральный университет им. первого Президента России Б.Н. Ельцина», Екатеринбург, Россия;

⁴Датский центр лечения головных болей, Университет Копенгагена, Копенгаген, Дания

Аннотация

Обоснование. Несмотря на то что персистирующие головные боли относятся к распространенному постинсультному болевому синдрому, эпидемиология и клинические особенности персистирующей головной боли после впервые возникшего ишемического инсульта не рассматривались ранее. Нет точных данных о том, как часто головная боль, связанная с инсультом, продолжается более 3 мес, т.е. соответствует критериям персистирующей головной боли, связанной с ишемическим инсультом, и каковы ее отличия. В связи с этим задачами нашего исследования стали: проанализировать встречаемость персистирующих головных болей после впервые возникшего ишемического инсульта; определить отличительные клинические характеристики, виды и типы персистирующих головных болей в сравнении с головными болями в начале инсульта.

Материалы и методы. В исследование включены 550 пациентов (средний возраст 63,1 года, 54% мужчин) с впервые возникшим ишемическим инсультом, из них 529 пациентов наблюдались не менее чем 3 мес после инсульта. Стандартизированные формы полуструктурированного интервью использовались для оценки этих головных болей во время профессиональных интервью по типу «лицом к лицу» в начале инсульта и через 3 мес после инсульта, проведено телефонное интервью врачом-неврологом.

Результаты. Через 3 мес после инсульта 55 (10,4%) из 529 пациентов имели персистирующие головные боли, связанные с ишемическим инсультом. Из них у 34 больных сохранялись головные боли нового типа, возникшие впервые при развитии инсульта, среди них преобладали мигреноподобные головные боли (n=20), значительно реже встречались головные боли по типу напряжения (n=9) и головные боли по типу громкоподобной боли (n=5). У 21 больного сохранялись головные боли с измененными характеристиками, у них преобладали головные боли по типу напряжения (n=16), а мигреноподобные головные боли встречались реже (n=5). Персистирующие головные боли после инсульта имели следующие характеристики по сравнению с головными болями в начале инсульта: сохранение выраженной интенсивности головных болей, постепенное уменьшение встречаемости сопровождающих симптомов (фото- и фонофобии; $p=0,03$), переход односторонних головных болей в двусторонние ($p=0,004$), наличие головных болей ≥ 15 дней в месяц у 30,9% пациентов.

Заключение. Персистирующие постинсультные головные боли представляют стойкий болевой синдром с выраженной интенсивностью и частотой приступов, что требует их дальнейшего изучения и создания руководств по их ведению.

Ключевые слова: головная боль после инсульта, персистирующая головная боль, инсульт, постинсультная боль, международная классификация головной боли

Для цитирования: 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;24(11):823–827.

DOI: 10.26442/20751753.2022.11.201974

© ООО «КОНСИЛИУМ МЕДИКУМ», 2022 г.

Введение

Персистирующая постинсультная головная боль – это заболевание, недавно появившееся в Международной классификации головных болей (МКГБ). Эпидемиология и клинические особенности персистирующей головной боли после впервые возникшего ишемического инсульта не рассматривались ранее, несмотря на то что это распространенный постинсультный болевой синдром, поражающий одного из 5 пациентов с инсультом [1, 2]. Трудности анализа персистирующих головных болей после инсульта связаны с тем, что необходимо точно знать, когда развилась эта боль, возникла ли она впервые при возникновении инсульта или подобные головные боли существовали до инсульта. Кроме того, должны оцениваться только головные боли, связанные с инсультом, которые сохраняются не менее 3 мес после инсульта. Это является критерием диагностики персистирующих

головных болей МКГБ [3]. Проведенные ранее исследования, изучавшие распространенность постинсультной головной боли, не определяли время начала головной боли, что могло привести к включению пациентов с сопутствующими первичными головными болями, которые существовали до инсульта [4–6]. Кроме того, многие исследования включали пациентов с повторными инсультами, которые потенциально могли уже иметь персистирующие головные боли после первого инсульта.

Достаточно полная информация о персистирующей постинсультной головной боли получена из когорты пациентов в исследовании А. Hansen и соавт. [1, 2]. Однако это исследование включало не только ишемические инсульты, но и геморрагические инсульты, которые могут иметь свои особенности в развитии персистирующих головных болей. Таким образом, **целями** нашего **исследования** стали: про-

Информация об авторах / Information about the authors

✉ **Лебедева Елена Разумовна** – д-р мед. наук, проф. ФГБОУ ВО УГМУ, рук. Международного центра лечения головных болей «Европа-Азия». E-mail: cosmos@k66.ru; ORCID: 0000-0003-2463-7113

Ушенин Антон Владимирович – соискатель ФГБОУ ВО УГМУ, врач-невролог Международного центра лечения головных болей «Европа-Азия»

Гилев Денис Викторович – доц. ФГАОУ ВО «УрФУ им. первого Президента России Б.Н. Ельцина». ORCID: 0000-0003-1040-5696

Олесен Джес – д-р мед. наук, проф. Датского центра лечения головных болей Университета Копенгагена. ORCID: 0000-0002-6712-2702

✉ **Elena R. Lebedeva** – D. Sci. (Med.), Ural State Medical University, International Headache Center “Europe-Asia”. E-mail: cosmos@k66.ru; ORCID: 0000-0003-2463-7113

Anton V. Ushenin – Applicant, Ural State Medical University, International Headache Center “Europe-Asia”

Denis V. Gilev – Assoc. Prof. of The First President of Russia Yeltsin Ural Federal University. ORCID: 0000-0003-1040-5696

Jes Olesen – D. Sci. (Med.), Prof., Danish Headache Center, University of Copenhagen. ORCID: 0000-0002-6712-2702

Clinical characteristics of persistent headaches after the first-ever ischemic stroke (follow-up of 529 patients)

Elena R. Lebedeva^{✉1,2}, Anton V. Ushenin^{1,2}, Denis V. Gilev³, Jes Olesen⁴

¹Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russia;

²International Headache Center "Europe-Asia", Yekaterinburg, Russia;

³The First President of Russia Yeltsin Ural Federal University, Yekaterinburg, Russia;

⁴Danish Headache Center, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark

Abstract

Background. Although persistent headaches are a common post-stroke pain syndrome, the epidemiology and clinical features of persistent headache after first-ever ischemic stroke have not been considered previously. There is no exact data on how often headache attributed to stroke persists for more than 3 months, i.e. meets the criteria for persistent headache after stroke and what are their distinctive clinical features. The tasks of our study were: to analyze the occurrence/incidence of persistent headaches after the first-ever ischemic stroke; to determine clinical characteristics and types of persistent headaches in comparison with headaches at the onset of stroke.

Materials and methods. The study included 550 patients (mean age 63.1 years, 54% men) with first-ever ischemic stroke, of which 529 patients were followed up for at least three months after the stroke. Standardized semi-structured interview forms were used to assess these headaches during professional face-to-face interviews at the onset of stroke and ≥ 3 months after the stroke using telephone interview by neurologist.

Results. Among 529 follow up patients 55 (10.4%) had persistent headaches after first-ever ischemic stroke. Among these 55 patients 34 patients had persistent new-type headaches which arose for the first time during the onset of stroke, they included predominated migraine-like headaches ($n=20$), tension-type-like headaches ($n=9$) and thunderclap-like headaches ($n=5$). 21 patients had persistent headaches with altered characteristics: predominated tension-type-like headaches ($n=16$), and less common migraine-like headaches ($n=5$). Persistent headaches after stroke had the following characteristics compared to headaches at onset of stroke: severe headache intensity, a gradual decrease of occurrence of accompanying symptoms (photo- and phonophobia; $p=0.03$), the transition of unilateral headaches in bilateral ($p=0.004$), the presence of headaches ≥ 15 days per month in 30.9% of the patients.

Conclusion. Persistent post-stroke headaches represent a persistent pain syndrome with severe intensity and frequency of attacks, which requires their further study and creation of guidelines for their management.

Keywords: headache after stroke, persistent headache, stroke, post-stroke pain, international classification of headache disorders

For citation: 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

анализировать встречаемость персистирующих головных болей после впервые возникшего ишемического инсульта; определить отличительные клинические характеристики, виды и типы персистирующих головных болей в сравнении с головными болями в начале инсульта.

Материалы и методы

В исследование включены 550 пациентов (средний возраст 63,1 года, 54% мужчин) с впервые возникшим ишемическим инсультом при наличии свежего очага инфаркта по данным магнитно-резонансной томографии с диффузионно-взвешенными изображениями ($n=469$) или компьютерной томографии ($n=81$). Пациенты, включенные в исследование, не имели в анамнезе любых предыдущих острых нарушений мозгового кровообращения (в том числе транзиторных ишемических атак), других серьезных заболеваний нервной системы (опухоль мозга, черепно-мозговая травма, рассеянный склероз, эпилепсия, энцефалит, менингит и т.д.). Кроме того, пациенты не имели нарушений сознания, памяти и речи, препятствующих проведению интервью. Все пациенты проинтервьюированы специально обученным неврологом в течение первых суток после поступления с стационара, чаще всего в течение 2 ч.

Для определения клинических характеристик персистирующих головных болей после инсульта проведено телефонное интервью врачом-неврологом через 3 мес после развития впервые возникшего ишемического инсульта. При этом включены все пациенты, которые согласились на динамическое наблюдение, включая пациентов без головной боли, вызванной инсультом. В динамическом наблюдении участвовали 529 пациентов из 550 (21 пациент исключен в связи с отказом от дальнейшего наблюдения, утерянным контактом с пациентом, смертью).

Стандартизированные формы полуструктурированного интервью использовались для оценки головных болей в начале инсульта и через 3 мес после инсульта. Пациентов спрашивали, имеют ли они любую головную боль или нет,

имеет ли место та головная боль, которая развилась при развитии инсульта, просили охарактеризовать эту боль и выясняли, изменилась ли она или нет. Если головная боль исчезала, записывали дату ее исчезновения.

В процессе интервью оценивались следующие характеристики головной боли через 3 мес после инсульта:

- 1) количество приступов в месяц в течение 1-го месяца и через 1, 2 и 3 мес после инсульта;
- 2) интенсивность головной боли (слабая, умеренная, сильная) в течение 1, 2 и 3-го мес после инсульта;
- 3) характер головной боли (пульсирующая, давящая, другая);
- 4) локализация и сторона головной боли;
- 5) усиление боли при обычной физической активности;
- 6) сопровождающие симптомы (тошнота, рвота, фото- и фонофобия);
- 7) наличие ауры и ее симптомы (зрительные, чувствительные, речевые, моторные, др.).

Все характеристики головной боли при возникновении инсульта сравнивались с головной болью, возникшей через 3 мес после инсульта. Новый тип головной боли, возникший впервые в начале инсульта, головная боль с изменением и без изменения характеристик анализировались отдельно. Также отмечался тип головной боли (мигреноподобная, головная боль по типу напряжения и т.д.).

Персистирующая головная боль после инсульта определялась согласно МКГБ-3 как головная боль, которая возникла вследствие перенесенного ишемического инсульта и продолжалась не менее 3 мес.

Исследование проводилось в соответствии с Хельсинкской декларацией и одобрено этическим комитетом ФГБОУ ВО УГМУ. Все респонденты информированы о цели исследования и подписали письменное информированное согласие.

Статистический анализ

Статистический анализ проводился с помощью программ Stata (версия 14.0) и Microsoft Excel (2014). Основные

Рис. 1. Виды и типы головных болей, сохраняющихся более 3 мес после впервые возникшего ишемического инсульта.



Таблица 1. Типы головной боли, продолжающейся ≥3 мес после впервые перенесенного ишемического инсульта у 529 наблюдаемых пациентов

Типы головной боли	Число пациентов, абс. (%)
Предыдущая головная боль без изменения характеристик	6 (1,2)
Мигрень без ауры	3 (0,6)
Мигрень с аурой	0 (0)
Головная боль напряжения	3 (0,6)
Кластерная головная боль	0 (0)
Предыдущая головная боль с изменением характеристик	21 (4,0)
Мигреноподобная головная боль	5 (1,0)
Головная боль по типу напряжения	16 (3,0)
Головная боль по типу кластерной боли	0 (0)
Новый тип головной боли	34 (6,4)
Мигреноподобная головная боль	20 (3,8)
Головная боль по типу напряжения	9 (1,7)
Головная боль по типу кластерной	0 (0)
Головная боль по типу громоподобной	5 (0,9)

сравнения проводились между пациентами с ишемическим инсультом с головными болями и без головной боли. Для количественных переменных рассчитаны средние значения, а для качественных – проценты (долевое отношение). Также рассчитаны отношения шансов (ОШ) с 95% доверительным интервалом (ДИ).

Статистически достоверные различия между частотой потенциальных факторов риска между пациентами с головной болью и без нее оценивались с помощью непарного t-критерия и критерия χ^2 . При этом различия считались статистически значимыми при наблюдаемом значении двухстороннего критерия меньшего уровня значимости, равного 0,05.

Кроме того, производился многофакторный регрессионный анализ (логит-регрессия) для определения факторов риска в совокупности, т.е. при прочих равных условиях. Статистически значимые переменные ($p < 0,05$ и $ОШ > 1$) включались в многофакторные модели для определения их независимой значимости после корректировки на наличие всех других переменных. Эти факторы анализировались у пациентов с инсультом при наличии и отсутствии головной боли.

Результаты

Результаты исследования показали, что 82 (14,9%) пациента (42 женщины и 40 мужчин) из 550 пациентов испытывали головную боль, связанную с впервые возникшим инсультом: 46 из них имели новый тип головной боли, 30 пациентов имели предыдущую головную боль с измененными характеристиками и у 6 пациентов отмечена предыдущая головная боль без изменения характеристик. Время развития и исчезновения головной боли, связанной с ишемическим инсультом, различается в зависимости от типа головной боли. Головная боль нового типа ($n=46$) развилась у всех больных одновременно с началом инсульта у 25 (54,3%) пациентов и продолжалась более 24 ч у 21 (45,7%) пациента. Предыдущие головные боли с измененными характеристиками ($n=30$) возникли в начале инсульта у 14 пациентов, и у 16 пациентов они развились в течение 24 ч после начала инсульта.

За время наблюдения за пациентами в течение 3 мес после инсульта 61 (11,6%) пациент (30 женщин и 31 мужчина, средний возраст 60,0) из 529 наблюдаемых пациентов испытывал головные боли: 34 больных имели новый тип боли, у 21 – головная боль с измененными характеристиками и у 6 пациентов – головная боль без каких-либо изменений (табл. 1, рис. 1). Учитывая то, что только новый тип головной боли и головная боль с измененными характеристиками относятся к головным болям, связанным с инсультом согласно диагностическим критериям [7], 55 пациентов (10,4% из 529) испытывали персистирующую головную боль, связанную с инсультом.

Изменения характеристик персистирующей головной боли в течение 3 мес (частота, интенсивность, сопровождающие симптомы, продолжительность, локализация) по сравнению с характеристиками головных болей в начале инсульта представлены в табл. 2.

Интенсивность персистирующей головной боли была практически без изменений по сравнению с началом инсульта. Сильная интенсивность головной боли сохранялась у 61,8% больных с новым типом головных болей ($p=0,6$) и у 42,9% больных с головными болями с измененными характеристиками ($p=0,3$). Персистирующая головная боль усиливалась при обычной физической нагрузке у 79,4% больных с новым видом головной боли ($p=0,2$) и у 71,4% с головными болями с измененными характеристиками ($p=0,5$). Продолжительность приступов персистирующей головной боли у большинства больных оказалась от 1 до 3 дней: у 61,8% пациентов с новым типом головной боли и у 57,1% с головными болями с измененными характеристиками. При этом наблюдалось незначительное увеличение продолжительности приступов головной боли по сравнению с началом инсульта.

Частота возникновения сопровождающих симптомов (фотофобия, фонофобия) значительно снизилась за 3 мес по сравнению с началом инсульта в обеих группах ($p=0,03$). Наличие односторонних головных болей (гемикрании) также уменьшилось за период 3 мес, особенно в случаях персистирующей головной боли нового типа. В большинстве случаев (79,4%) персистирующая головная боль нового типа стала двусторонней. Наиболее часто головные боли локализовались в лобно-височной области головы. Сторона инфаркта и сторона персистирующей головной боли не совпадали.

При сравнении изменений в частоте возникновения головной боли в течение периода 3 мес у некоторых пациентов наблюдалось постепенное уменьшение количества приступов (см. табл. 2). Однако у 26% пациентов с персистирующей головной болью нового типа и 38% пациентов с персистирующей головной болью с измененными характеристиками сохранялись хронические головные боли ≥ 15 дней в месяц.

Таблица 2. Изменения характеристик персистирующей головной боли в течение 3 мес после инсульта в сравнении с первоначальными характеристиками головных болей в начале впервые возникшего ишемического инсульта

Характеристики головной боли	Новый тип головной боли		p, ОШ, 95% ДИ	Головная боль с измененными характеристиками		p, ОШ, 95% ДИ
	головная боль в начале инсульта (n=46)	головная боль через 3 мес после инсульта (n=34)		головная боль в начале инсульта (n=30)	головная боль через 3 мес после инсульта (n=21)	
<i>Частота головной боли в месяц, абс. (%)</i>						
Первый месяц						
1–7-й день	*N/A	7 (20,6)		*N/A	4 (19,0)	
8–14-й день	*N/A	14 (41,2)		*N/A	9 (42,9)	
≥15-й день	*N/A	13 (38,2)		*N/A	8 (38,1)	
2-й месяц						
1–7-й день	*N/A	11 (32,4)		*N/A	5 (23,8)	
8–14-й день	*N/A	13 (38,2)		*N/A	8 (38,1)	
≥15-й день	*N/A	10 (29,4)		*N/A	8 (38,1)	
3-й месяц						
1–7-й день	*N/A	13 (38,2)		*N/A	6 (28,6)	
8–14-й день	*N/A	12 (35,3)		*N/A	7 (33,1)	
≥15-й день	*N/A	9 (26,5)		*N/A	8 (38,1)	
<i>Интенсивность, абс. (%)</i>						
Слабая	1 (2,2)	0 (0)	0,4	2 (6,7)	0 (0)	0,2
Умеренная	14 (30,4)	13 (38,2)	0,5	11 (36,7)	12 (57,1)	0,1
Сильная	31 (67,4)	21 (61,8)	0,6	17 (56,7)	9 (42,9)	0,3
<i>Продолжительность, абс. (%)</i>						
<1 ч	4 (8,7)	0 (0)	0,08	0 (0)	0 (0)	–
1–4 ч	1 (2,2)	0 (0)	0,4	0 (0)	0 (0)	–
5–23 ч	17 (37,0)	13 (38,2)	0,9	13 (43,3)	9 (42,9)	0,9
1–3 дня	24 (52,2)	21 (61,8)	0,4	17 (56,7)	12 (57,1)	0,9
Усиление при обычной физической нагрузке	31 (67,4)	27 (79,4)	0,2	24 (80,0)	15 (71,4)	0,5
<i>Сопровождающие симптомы, абс. (%)</i>						
Тошнота	22 (47,8)	18 (52,9)	0,7	9 (30,0)	10 (47,6)	0,2
Рвота	13 (28,3)	5 (14,7)	0,2	5 (16,7)	0 (0)	0,049
Фотофобия	15 (32,6)	5 (14,7)	0,07	9 (30,0)	1 (4,8)	0,03; 8,0; 1,0–33,7
Фонофобия	11 (23,9)	2 (5,9)	0,03; 5,0; 1,0–24,4	7 (23,3)	1 (4,8)	0,07
Наличие ауры	1 (2,2)	1 (2,9)	0,8	0 (0)	0 (0)	–
<i>Локализация головной боли, абс. (%)</i>						
Лобная	16 (34,8)	10 (29,4)	0,6	11 (36,7)	8 (38,1)	0,9
Височная	21 (45,7)	15 (44,1)	0,9	16 (53,3)	9 (42,9)	0,5
Лобно-височная	12 (26,1)	15 (44,1)	0,09	9 (30,0)	7 (33,3)	0,8
Затылочная	18 (39,1)	9 (26,5)	0,2	17 (56,7)	4 (19,0)	0,007; 4,4; 1,3–14,6
Теменная	16 (34,8)	3 (8,8)	0,007; 5,5; 1,5–20,9	7 (23,3)	1 (4,8)	0,07; 5,9; 0,7–50,6
Гемикрания	10 (21,7)	2 (5,9)	0,05; 4,4; 0,9–21,8	3 (10,0)	1 (4,8)	0,5
<i>Сторона, абс. (%)</i>						
Односторонняя	23 (50,0)	5 (14,7)	0,001; 5,8; 1,9–17,6	6 (20,0)	4 (19,0)	0,9
Справа	14 (30,4)	3 (8,8)	0,02; 4,5; 1,2–17,3	2 (6,7)	2 (9,5)	0,7
Слева	9 (19,6)	2 (5,9)	0,08	4 (13,3)	2 (9,5)	0,7
Двусторонняя	22 (47,8)	27 (79,4)	0,004; 0,2; 0,1–0,7	24 (80,0)	16 (76,2)	0,7
Меняется от одного приступа к другому	1 (2,2)	2 (5,9)	0,4	0 (0)	1 (4,8)	0,2

*N/A – неприемлемо.

Обсуждение

Встречаемость персистирующих головных болей в нашем исследовании составила 10,4%, что в целом соответствует предыдущим исследованиям, которые показали их распространенность от 7 до 23% со сроками наблюдения от 3 мес до 3 лет после инсульта [1, 2, 4–6, 8, 9].

В отличие от ранее проведенных исследований [1, 9–11] мы обнаружили одинаковое количество мигреноподобных головных болей (25/55) и головных болей по типу напря-

жения (25/55) у пациентов с персистирующими головными болями, однако среди персистирующих головных болей нового типа преобладали мигреноподобные головные боли. В других исследованиях показано преобладание головных болей напряжения [1, 9–11]. В одном исследовании продемонстрировано изменение характеристик персистирующих головных болей: мигреноподобные головные боли постепенно трансформировались в головные боли по типу напряжения почти у 1/2 пациентов при наблюдении более

1 года [10]. Авторы этого исследования предполагают, что инсульт оказывает модулирующее действие на головную боль у большинства больных, выживших после инсульта. Наше исследование также показало, что у пациентов наблюдается переход от односторонней головной боли к двусторонней, а также постепенное уменьшение выраженности сопровождающих симптомов (фото-, фонофобия). Мы можем объяснить это влиянием избыточного использования анальгетиков почти у 1/2 пациентов с персистирующими головными болями, что не описано ранее [12].

Проследить изменение характеристик персистирующей головной боли стало возможно благодаря включению в наше исследование пациентов с впервые возникшим инсультом и четкому описанию характеристик головной боли в начале инсульта, до инсульта, после инсульта и их сравнению. Другие исследования включали пациентов с ранее перенесенными инсультами, которые могли спровоцировать персистирующие головные боли, и эти боли могли сохраняться при повторном инсульте и влиять на оценку текущих головных болей [1, 10]. Кроме того, в отличие от предыдущих исследований [9, 11] мы не обнаружили преобладания существовавших до инсульта головных болей (мигрени или головной боли напряжения), а также женщин и лиц в возрасте <45 лет среди пациентов с персистирующими головными болями после инсульта. Это можно объяснить точным распознаванием текущих и предыдущих головных болей согласно основным принципам МКГБ-3 и включением в исследование пациентов с впервые возникшим ишемическим инсультом. Все это позволило повысить точность диагностики персистирующих головных болей после инсульта и выявить их отличительные клинические характеристики, включая тип и вид, а также оценить частоту головных болей и другие изменения в течение 3 мес наблюдения.

Подводя итог анализу результатов исследования, необходимо отметить следующее. В целом встречаемость персистирующих постинсультных головных болей сравнима с мигренью. Персистирующие головные боли отягощают состояние больных после инсульта из-за сохранения сильной интенсивности, длительной продолжительности приступов, развития хронических головных болей ≥ 15 дней в месяц и наличия избыточного использования анальгетиков для купирования приступов у 1/3 пациентов. Все это требует дальнейших исследований в их изучении и лечении для совершенствования ведения больных после инсульта.

Заключение

Персистирующие головные боли после инсульта представляют стойкий болевой синдром у 10,4% пациентов после инсульта. Они характеризуются преобладанием головных болей нового типа и среди них мигреноподобных головных болей, имеющих двустороннюю локализацию в лобно-височных областях головы, выраженную интенсивность и частоту приступов. Они требуют дальнейшего изучения и создания руководств по их ведению.

Раскрытие 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.

Вклад авторов. Авторы декларируют соответствие своего авторства международным критериям ICMJE. Все ав-

торы 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.

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 medical information.

Соответствие принципам этики. Протокол исследования был одобрен локальным этическим комитетом ФГБОУ ВО УГМУ (протокол №2 от 21 февраля 2014 г.). Одобрение и процедуру проведения протокола получали по принципам Хельсинкской конвенции.

Ethics approval. The study was approved by the local ethics committee of Ural State Medical University (protocol №2, February 21, 2014). The approval and procedure for the protocol were obtained in accordance with the principles of the Helsinki Convention.

Литература/References

- Hansen AP, Marcussen NS, Klit H, et al. Development of persistent headache following stroke: a 3-year follow-up. *Cephalalgia*. 2015;35(5):399-409.
- Hansen AP, Marcussen NS, Klit H, et al. Pain following stroke: a prospective study. *Eur J Pain*. 2012;16(8):1128-36.
- Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd ed. *Cephalalgia*. 2018;38(1):1-211.
- Klit H, Finnerup NB, Overvad K, et al. Pain following stroke: a population-based follow-up study. *PLoS One*. 2011;6(11):e27607.
- Naess H, Lunde L, Brogger J, et al. Post-stroke pain on long-term follow-up: the Bergen stroke study. *J Neurol*. 2010;257(9):1446-52.
- Jonsson AC, Lindgren I, Hallstrom B, et al. Prevalence and intensity of pain after stroke: a population based study focusing on patients' perspectives. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2006;77(5):590-5.
- Lebedeva ER, Ushenin AV, Gurary NM, et al. Diagnostic criteria for acute headache attributed to ischemic stroke and for sentinel headache before ischemic stroke. *J Headache Pain*. 2022;23(1):11.
- Widar M, Samuelsson L, Karlsson-Tivenius S, et al. Long term pain conditions after stroke. *J Rehabil Med*. 2002;34:165-70.
- Harriott AM, Karakaya F, Ayata C. Headache after ischemic stroke: a systematic review and meta-analysis. *Neurology*. 2020;94(1):e75-86.
- Carvalho Dias M, Martins T, Basilio G, et al. Headache at the chronic stage of ischemic stroke. *Headache*. 2020;60(3):607-14.
- Lai J, Harrison RA, Plecash A, Field TS. A narrative review of persistent post-stroke headache – A new entry in the international classification of headache disorders, 3rd ed. *Headache*. 2018;58(9):1442-53.
- Лебедева Е.Р., Ушенин А.В., Князева Я.А., Оlesen Е. Избыточное использование анальгетиков у пациентов с персистирующими головными болями после впервые возникшего ишемического инсульта. *Эффективная фармакотерапия*. 2022;18(33):8-12 [Lebedeva YeR, Ushenin AV, Knyazeva YaA., Olesen Ye. Izbytochnoie ispol'zovaniye anal'getikov u patsientov s persistiruiushchimi golovnymi boliami posle vpervyie voznikshogo ishemicheskogo insul'ta. *Effektivnaia farmakoterapiia*. 2022;18(33):8-12 (in Russian)].

Статья поступила в редакцию / The article received: 01.11.2022

Статья принята к печати / The article approved for publication: 12.12.2022