



Приверженность терапии фреманезумабом и снижение частоты употребления анальгетиков у пациентов с мигренью

А.Ю. Тимохович^{✉1}, Н.В. Латышева^{2,3}

¹ООО «Клиника профессора Кинзерского», Челябинск, Россия;

²ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия;

³Клиника головной боли и вегетативных расстройств им. акад. Александра Вейна, Москва, Россия

✉dr.timohovich@kinzerskiy.clinic

Аннотация

Введение. Мигрень занимает 2-е место в мире по степени утраты трудоспособности, по данным Всемирной организации здравоохранения. Важным аспектом лечения являются соблюдение рекомендованных схем профилактической терапии и оценка того, как профилактическая терапия влияет на изменение частоты приема препаратов для купирования приступов мигрени.

Цель. Изучить приверженность лечению фреманезумабом и факторы, на нее влияющие, а также динамику изменения частоты употребления анальгетиков на фоне лечения.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 80 пациентов с установленными диагнозами мигрени и депрессивного расстройства. Пациентам проводилось подкожное введение фреманезумаба в дозировке 225 мг ежемесячно на протяжении не менее 6 мес, далее пациенты могли продолжить терапию и предоставлять дневники головной боли. Приверженность терапии оценивалась по показателям PDC – количество дней, охваченных лекарством, относительно количества дней лечения. Также оценивался коэффициент владения лекарством.

Результаты. Продемонстрирована крайне высокая приверженность лечению фреманезумабом: средний показатель PDC составил 98,3% в первые 6 мес наблюдения, что могло быть связано в том числе с ежемесячными визитами, где пациенты имели возможность обсудить текущие вопросы, правила купирования приступов и получить поддержку. Однако приверженность лечению фреманезумабом оставалась на высоком уровне и в дальнейшем и составила 92,1%. Отмечалось статистически значимое снижение частоты употребления анальгетиков на фоне лечения фреманезумабом уже ко второму месяцу лечения, этот показатель продолжал снижаться на протяжении всего срока лечения.

Заключение. Терапия фреманезумабом высокоэффективна, позволяет снизить количество дней головной боли и частоту употребления анальгетиков, характеризуется высокой приверженностью со стороны пациентов и хорошей переносимостью.

Ключевые слова: мигрень, моноклональные антитела, фреманезумаб, пептид, связанный с геном кальцитонина.

Для цитирования: Тимохович А.Ю., Латышева Н.В. Приверженность терапии фреманезумабом и снижение частоты употребления анальгетиков у пациентов с мигренью. *Клинический разбор в общей медицине*. 2026; 7 (8): 20–26. DOI: 10.47407/kr2026.7.8.00895

Adherence to fremanezumab and reduction of analgesic intake in patients with migraine

Anna Yu. Timokhovich^{✉1}, Nina V. Latysheva^{2,3}

1 Clinic of Professor Kinzersky, Chelyabinsk, Russia;

2 Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia;

3 Alexander Vein Headache Clinic, Moscow, Russia

✉dr.timohovich@kinzerskiy.clinic

Abstract

Introduction. Migraine ranks second worldwide in terms of lost workdays, according to the World Health Organization. A key aspect of treatment is following recommended preventive therapy regimens and assessing how preventive therapy affects the frequency of using medications to relieve migraine attacks.

Objective. To study adherence to fremanezumab treatment and the factors influencing it, as well as the dynamics of analgesics intake in the course of fremanezumab therapy.

Materials and methods. The study included 80 patients diagnosed with migraine and depression. Patients received monthly subcutaneous fremanezumab 225 mg injections for at least 6 months. After the study period, patients could continue therapy and provide headache diaries during follow-up. Treatment adherence was measured by the proportion of days covered (PDC) and medication possession ratio. PDC was defined as the number of days covered by fremanezumab divided by a fixed follow-up period of 6 months.

Results. Adherence to fremanezumab treatment in our study was high: the average PDC score was 98.3% in the first 6 months of observation. This could be due to monthly visits, during which patients could discuss their current issues, learn about attack management rules, and receive support and reassurance. However, treatment adherence remained high even after 6 months of treatment (92.1%). A statistically significant reduction in analgesic use was observed during fremanezumab therapy starting at the second month of treatment and continued throughout the entire treatment period.

Conclusion. Fremanezumab therapy is highly effective. It reduces the number of headache days and the use of analgesics, demonstrates high patient adherence and good tolerability.

Keywords: migraine, monoclonal antibodies, fremanezumab, calcitonin gene-related peptide.

For citation: Timokhovich A.Yu., Latysheva N.V. Adherence to fremanezumab and reduction of analgesic intake in patients with migraine. *Clinical review for general practice*. 2026; 7 (8): 20–26 (In Russ.). DOI: 10.47407/kr2026.7.8.00895

Введение

Фреманезумаб – это полностью гуманизированное моноклональное антитело, которое избирательно воздействует на пептид, связанный с геном кальцитонина (Calcitonin Gene-Related Peptide – CGRP) [1]. CGRP – нейропептид, состоящий из 37 аминокислот, который широко распространен в центральной и периферической нервной системе. CGRP присутствует в сенсорных нейронах, в том числе в тройничном ганглии и нервных окончаниях, а также в ганглиях задних корешков [2]. CGRP локализуется в немиелинизированных С-волокнах и мелких миелинизированных А δ -волокнах, которые участвуют в передаче болевых сигналов, и экспрессируется совместно с серотониновыми рецепторами 5-HT $_{1B}$ и 5-HT $_{1D}$ [3]. Иммуногистохимические исследования на крысах показали, что CGRP присутствует и в других структурах головного мозга, включая гипоталамус, таламус и мозжечок [4].

CGRP существует в α - и β -изоформах. Основной изоформой, экспрессируемой в тригеминоvascularной системе и головном мозге, является α CGRP, которая образуется в результате альтернативного сплайсинга гена кальцитонина. β -изоформа транскрибируется из другого гена и отличается от α CGRP тремя аминокислотами. Она экспрессируется в основном в энтеральной нервной системе, где выполняет определенные физиологические функции, например подавляет секрецию желудочной кислоты [5].

CGRP связывается с рецептором, сопряженным с G-белком, который состоит из двух субъединиц: рецептора, подобного кальцитонину (CLR), и белка, модифицирующего активность рецептора 1 (RAMP1) [6]. За пределами нервной системы рецептор CGRP также встречается в артериальной системе в слое гладкомышечных клеток, в том числе в сердечно-сосудистой и цереброваскулярной системах.

CGRP играет важную роль в патофизиологии мигрени. Во время спонтанных приступов мигрени концентрация CGRP в наружной яремной вене повышается [7], а уровень CGRP в сыворотке крови снижается после приема триптанов параллельно с облегчением симптомов [8]. Уровень CGRP в сыворотке крови повышен в межприступный период при хронической мигрени и в меньшей степени при эпизодической мигрени (ЭМ) [9].

Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США (FDA) одобрило фреманезумаб для лечения мигрени с 2018 г. [10], в России препарат зарегистрирован с 2020 г. и является 1-й линией профилактической терапии мигрени, согласно клиническим рекомендациям [11]. Показанием является частота головной боли (ГБ), превышающая 4 дня в месяц.

Мигрень является второй по распространенности причиной потери трудоспособности, определяемой по количеству лет, прожитых с нетрудоспособностью [12]. В зависимости от частоты приступов мигрень подразделяется на ЭМ низкой частоты (1–7 дней в месяц), ЭМ высокой частоты (8–14 дней в месяц) и хроническую мигрень (ХМ) с частотой ГБ 15 и более дней в месяц на протяжении минимум 3 мес [13]. Терапия мигрени включает в себя поведенческую терапию, терапию купирования приступов и профилактическую терапию, направленную на сокращение количества дней ГБ, уменьшение интенсивности ГБ и урежение количества принимаемых анальгетиков и улучшение качества жизни пациентов [14].

Эффективность профилактической терапии мигрени определяется как снижение частоты ГБ на $\geq 50\%$ за первые 3 мес терапии [15], рекомендованные сроки профилактической терапии обычно превышают 12 мес. Целью длительной профилактической терапии является достижение частоты менее 4 дней в месяц на протяжении 3 мес [16], а также драматическое снижение количества потребляемых анальгетиков для снижения риска развития лекарственно-индуцированной ГБ (ЛИГБ).

Таким образом, профилактическая терапия во многих случаях потребует существенного времени, и вопрос приверженности терапии анти-CGRP моноклональными антителами (МАТ) всегда остается актуальным [17].

Материалы и методы

В исследовании приняли участие пациенты с ЭМ и ХМ и депрессией. В течение 6 мес за ними проводилось активное динамическое наблюдение (рис. 1) с ежемесячным посещением цефалголога в первые 3 мес, затем через 6 мес терапии с последующим анализом присылаемых дневников ГБ.

Рис. 1. Схема исследования.

Fig. 1. Research design.



Приверженность лечению – степень соответствия поведения пациента рекомендациям, полученным от врача, – оценивалась по широко используемым в литературе показателям:

- PDC (proportion of days covered) – количество дней, охваченных лекарством, относительно количества дней лечения – число дней с лекарством/180 дней наблюдения. Высокая приверженность лечению подразумевает $PDC \geq 80\%$.

- Коэффициент владения лекарством (MPR). В нашем исследовании этот показатель составил 100%, пациенты получали препарат в клинике, в рамках программы лояльности, либо приобретали в аптечной сети в срок. Ни один из пациентов не отметил проблем с доступностью препарата, все получали к нему доступ вовремя.

Также проанализированы изменения в назначении препаратов для купирования приступов (триптаны, нестероидные противовоспалительные препараты – НПВП, комбинированные анальгетики).

Тяжесть депрессии оценивалась по шкале депрессии Гамильтона (HAM-D). Уровень катастрофизации боли измерялся по шкале PCS (Pain Catastrophizing Scale).

Критериями включения в исследование были:

- возраст пациентов 18–65 лет;
- диагноз ЭМ с аурой или без ауры с частотой ГБ более 8 дней в месяц или ХМ, выставленный в соответствии с критериями диагноза по Международной классификации головных болей 3-го пересмотра от 2018 г.;
- наличие сопутствующего диагноза «депрессивный эпизод легкой или средней степени тяжести», согласно критериям Международной классификации болезней 10-го пересмотра.

Критерии невключения в исследование:

- возраст менее 18 и старше 65 лет;
- наличие тяжелых сердечно-сосудистых заболеваний, хронических заболеваний в стадии декомпенсации, а также заболеваний, которые могут повлиять на результаты исследования, онкологических заболеваний, наличие тяжелых органических поражений центральной и периферической нервной системы;
- наличие беременности или планирование ее на период, совпадающий с проведением исследования;
- прием психотропных препаратов на момент исследования и в течение 3 мес до включения в исследование (в том числе антидепрессантов, транквилизаторов или антипсихотиков, антиконвульсантов), которые могли повлиять на результаты исследования эффективности профилактической терапии.

Статистический анализ

Статистический анализ проводился с использованием программы StatTech v. 4.10.3 (разработчик – ООО «Статтех», Россия). Количественные показатели, выборочное распределение которых соответствовало нормальному, описывались с помощью средних арифметических величин (M) и стандартных отклонений (SD). В качестве меры репрезентативности для средних значений указывались границы 95% доверительного

Таблица 1. Клинико-демографические характеристики пациентов

Table 1. Patient clinical and demographic characteristics

Число пациентов	80
Возраст, лет	39,9±10,8
Пол (женщины/мужчины)	72/8
Есть партнер	54 (67,5%)
Нет партнера	26 (32,5%)
Высшее образование	76 (95%)
Среднее образование	4 (5%)
Работают	73
Из них:	
• руководители	12
• специалисты	42
• предприниматели	19
• не работают	7
Среднее значение ИМТ, кг/м ²	22,09
Недостаточная масса тела, n (%)	4 (5%)
Нормальная масса тела, n (%)	46 (57,5%)
Избыточная масса тела, n (%)	18 (22,5%)
Ожирение 1-й степени, n (%)	11 (13,75%)
Ожирение 2-й степени, n (%)	1 (1,25%)
Исходная частота ГБ, дней/мес	25 (15; 30)
Исходная частота мигрени, дней/мес	12,5 (7,25; 20)
Локализация ГБ, n (%)	
Лоб	23 (28,75%)
Висок	17 (21,25%)
Затылок	12 (15)
Темя	9 (11,25%)
Периорбитальная область	19 (23,75%)
Преобладающая сторона ГБ, n (%)	
Справа	23 (28,75%)
Слева	19 (23,75%)
Двусторонняя	38 (47,5)
Интенсивность ГБ по ВАШ, баллы	7,7 [4; 10]
Частота приема анальгетиков, дней/мес	15,5 [0; 30]
Из них:	
• триптаны	0,5 [0; 22]
• НПВП	7,7 [0; 30]
• комбинированные анальгетики	7,5 [0; 30]
Опыт профилактической терапии, количество классов препаратов, n (%)	0 классов – 40 (50%)
	I класс – 16 (20%)
	II класс – 10 (12,5%)
	III класс – 7 (8,75%)
	IV класс – 7 (8,75%)
Возраст дебюта ГБ, лет	19,6 (7; 43)
Исходная частота ГБ, дней/мес	25 (15; 30)
Длительность анамнеза мигрени, лет	20 (13,25; 26)
<i>Примечание.</i> ИМТ – индекс массы тела, ВАШ – визуальная аналоговая шкала.	

интервала (ДИ). Направление и теснота корреляционной связи между количеством приема препаратов и количеством дней ГБ на фоне лечения фреманезумабом в количественных показателях оценивались с помощью

коэффициента корреляции Пирсона (при нормальном распределении сопоставляемых показателей).

Направление и теснота корреляционной связи между двумя количественными показателями оценивались с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена (при распределении показателей, отличном от нормального). Прогностическая модель, характеризующая зависимость количественной переменной от факторов, разрабатывалась с помощью метода линейной регрессии.

Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты

В исследовательскую группу были включены 80 пациентов с частотой ГБ более 8 дней в месяц: 16 пациентов с ЭМ высокой частоты (20%) и 64 пациента с ХМ (80%) и депрессией. В группе были преимущественно женщины (72%) со средним возрастом $39,9 \pm 10,8$ года (табл. 1). 73 пациента работали, 7 пациентов не работали на момент начала участия в исследовании, 5 из них указали на то, что вынуждены были отказаться от работы по причине ГБ.

Медиана исходной частоты ГБ составила 25 дней в месяц, медиана частоты приема анальгетиков – 15,5 дня в месяц, из них прием триптанов – 5 дней в месяц, НПВП – 7,7, комбинированных анальгетиков – 7,5. Медиана длительности анамнеза мигрени составила 20 лет, 41 (50%) пациент ранее не имел опыта профилактической терапии.

Приверженность лечению фреманезумабом и продолжительность терапии

Приверженность лечению фреманезумабом в нашем исследовании была высокой: средний показатель PDC составил 98,3% (в первые 6 мес наблюдения). При анализе амбулаторных карт пациентов, которые продолжили терапию фреманезумабом более 6 мес (63 пациента), выявлено некоторое снижение данного показателя до 92,1%. Показатель MPR составил 100% через 6 мес после начала лечения фреманезумабом – ни один пациент не сообщил, что испытывал проблемы с доступностью препаратов в клинике или аптечной сети, и все пациенты вовремя пополняли свои запасы препарата. В общей сложности 79 (98,8%) пациентов были отнесены к группе с высоким уровнем приверженности лечению по показателям PDC ($\geq 80\%$) и MPR ($\geq 80\%$).

Семнадцати пациентам через 6 мес терапии фреманезумабом потребовалась коррекция терапии в связи с необходимостью лечения депрессии и сохранением высокой частоты ГБ. Ни один пациент не прервал терапию по причине побочных явлений.

Оценка динамики приема препаратов для острого купирования приступов на фоне лечения фреманезумабом

Количество принимаемых анальгетиков у пациентов исследуемой группы снизилось с 15,5 до 12 дней в месяц

Рис. 2. Изменение количества применяемых анальгетиков в общем и по классам препаратов на фоне лечения фреманезумабом.

Fig. 2. Changes in the amount of analgesics used during treatment with fremanezumab: in general and by drug classes.

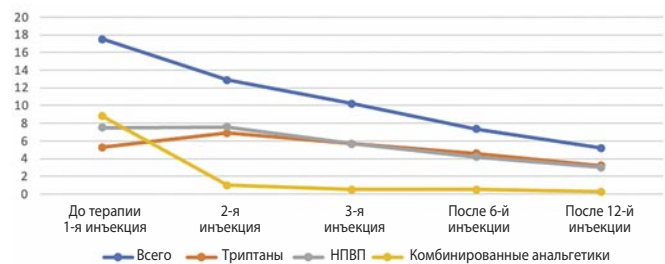
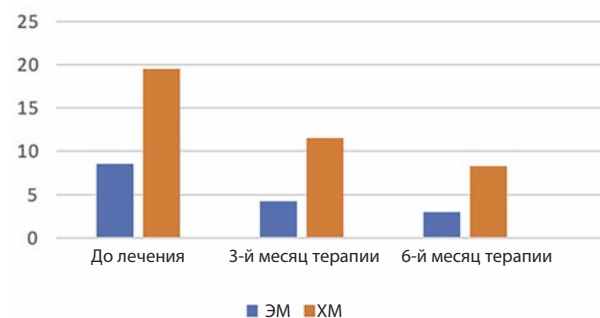


Рис. 3. Динамика приема анальгетиков в подгруппах ЭМ и ХМ на фоне терапии фреманезумабом.

Fig. 3. Dynamic changes in the use of analgesics in the EM and CM subgroups during treatment with fremanezumab.



после 1-й инъекции, 10 дней в месяц после 3-й инъекции и 6 дней в месяц после 6-й инъекции (рис. 2). При анализе дневников медиана частоты приема анальгетиков сохранялась на уровне 5,2 дня в месяц к 12-му месяцу терапии.

Число дней с приемом триптанов повысилось с 0,5 дня в месяц до лечения до 6,9 дня в месяц после 1-й инъекции, сохранялось на уровне 6 дней в месяц после 3-й инъекции и составляло 4 дня в месяц после 6-й инъекции. При анализе дневников ГБ к 12-му месяцу лечения медиана частоты использования триптанов составила 3 дня в месяц. Медиана частоты приема НПВП прогрессивно снижалась, начиная с 3-го месяца терапии. Частота приема комбинированных анальгетиков снизилась с 7,5 дня в месяц до 0 после 2-й инъекции и сохранялась на этом уровне на протяжении исследования.

Через 1 мес терапии, несмотря на общее снижение количества потребляемых анальгетиков, отмечено увеличение количества потребляемых триптанов и НПВП, так как перед началом терапии пациентам были разъяснены более эффективные стратегии купирования приступов. При этом снизилось и прекратилось ко 2-му месяцу количество принимаемых комбинированных анальгетиков.

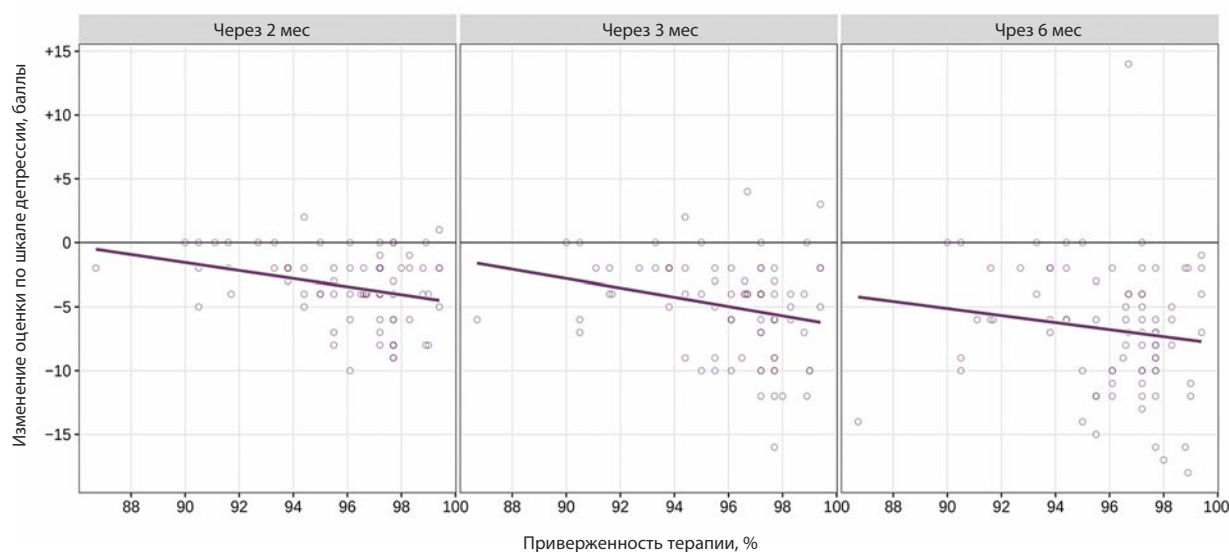
Количество принимаемых триптанов и НПВП снижалось к 3, 6 и 12-му месяцам терапии пропорционально снижению количества дней с мигренью.

Таблица 2. Снижение количества дней ГБ, баллов по ВАШ и частоты приема анальгетиков в подгруппах ЭМ и ХМ
 Table 2. Decrease in the number of days with HA, VAS scores, and analgesic use frequency in the EM and CM subgroups

Группа	ЭМ (n=11)			p	ХМ (n=69)			p
	Дни ГБ/мес	ВАШ, баллы	Дни приема анальгетиков/мес		Дни ГБ/мес	ВАШ, баллы	Дни приема анальгетиков/мес	
До лечения	10	7	10	–	25	8	18	–
3-й месяц терапии	9	5	4,3	0,029*	8	5	10	0,029*
6-й месяц терапии	5	5	3	0,003*	7	5	6	0,003*

Рис. 4. Корреляционные взаимосвязи между динамикой тяжести депрессии и уровнем приверженности терапии.

Fig. 4. Correlations between dynamic changes in depression severity and adherence to treatment.



Динамика применения анальгетиков в подгруппах ЭМ (n=11) и ХМ (n=69) представлена на рис. 3 и в табл. 2.

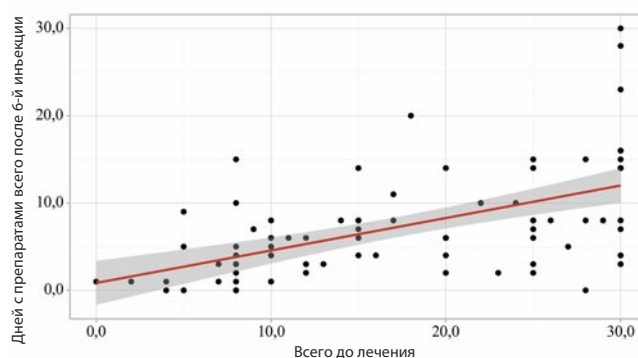
Количество потребляемых анальгетиков неуклонно снижалось к 3-му месяцу лечения ($p=0,029^*$) и продолжало снижаться к 6-му месяцу лечения в обеих группах. При этом большая скорость снижения продемонстрирована в группе ЭМ ($p=0,003^*$), что связано с меньшим количеством дней боли и большей скоростью ответа на профилактическую терапию.

Корреляционный анализ выявил статистически значимую взаимосвязь между изменениями уровня депрессии и приверженностью терапии в исследовательской группе через 2 мес ($p=-0,26$ [95% ДИ -0,45; -0,04], $p=0,022$) и через 3 мес ($p=-0,29$ [95% ДИ -0,48; -0,08], $p=0,008$), что указывает на большее снижение уровня депрессии у пациентов с более высокой приверженностью терапии. Через 6 мес выявлена тенденция к наличию аналогичной связи ($p=-0,2$ [95% ДИ -0,4; 0,02], $p=0,081$); рис. 4.

При оценке корреляционных связей было показано, что при большем количестве дней с приемом препаратов до лечения следует ожидать менее значимого снижения данного показателя после 6-й инъекции, что свидетельствует о необходимости более длительной терапии анти-CGRP МАТ (рис. 5).

Был проведен корреляционный анализ взаимосвязи приверженности пациентов терапии и длительности их

Рис. 5. График регрессионной функции, характеризующий зависимость количества дней приема анальгетиков после 6-й инъекции от количества дней приема препаратов до лечения.
 Fig. 5. Regression curve showing the number of days of taking analgesics after the 6th injection as a function of the number of days of taking drugs before treatment.



анамнеза мигрени, количества классов принимаемых профилактических препаратов ранее, а также количества дней ГБ до начала лечения (табл. 3).

Приверженность терапии не зависела от длительности анамнеза мигрени. При оценке связи количества классов ранее принимаемых препаратов для профилактической терапии и приверженности терапии была установлена обратная связь слабой тесноты. При увеличении числа классов препаратов для профилактиче-

Таблица 3. Результаты корреляционного анализа взаимосвязи приверженности терапии, длительности анамнеза мигрени, числа классов профилактической терапии в анамнезе и числа дней ГБ до начала лечения

Table 3. Results of the correlation analysis of the relationship between treatment adherence, migraine age, number of preventive therapy classes used in medical history, and number of days with HA before the beginning of treatment

Показатели	Характеристика корреляционной связи		
	ρ	Теснота связи по шкале Чеддока	p
Приверженность терапии – стаж заболевания	-0,079	Нет связи	0,488
Приверженность терапии – количество классов ранее принимаемых профилактических препаратов	-0,119	Слабая	0,294
Приверженность терапии – количество дней с ГБ	-0,186	Слабая	0,098
Приверженность терапии – уровень катастрофизации боли	-0,287	Слабая	0,010*

*Различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$).

ской терапии на один можно ожидать снижения приверженности терапии. Также отмечена отрицательная корреляция между приверженностью лечению и уровнем катастрофизации боли.

Обсуждение

В этом исследовании, проведенном в реальной клинической практике, пациенты с мигренью, начавшие принимать фреманезумаб в качестве профилактического средства, продемонстрировали высокую приверженность лечению и его непрерывность. У пациентов, продолжавших получать фреманезумаб, наблюдалось статистически значимое снижение потребности в приеме препаратов для купирования приступов мигрени.

Наличие ХМ ассоциировано с большим количеством принимаемых анальгетиков и более медленным снижением дней с приемом анальгетиков на фоне профилактической терапии фреманезумабом. Таким образом, у пациентов с ЭМ наблюдается более быстрый ответ на терапию по сравнению с пациентами с ХМ, даже в случае высокой приверженности лечению в обеих группах, по-видимому, ввиду более устойчивой центральной сенситизации при ХМ.

Приверженность фреманезумабу в нашем исследовании была значительно выше этого показателя для пероральных средств для профилактики мигрени. В иностранных исследованиях показатель приверженности в группе анти-CGRP MAT варьировал от 50% до 60% [17, 18], что выше, чем показатели для пероральной профилактики (35%) [19].

Следует учитывать, что за рубежом анти-CGRP MAT назначаются в случае неэффективности двух классов препаратов для профилактического лечения мигрени, что отодвигает начало назначения таргетной терапии мигрени. В России анти-CGRP MAT могут рассматриваться в качестве терапии 1-й линии. Наше исследование показывает, что, несмотря на отсутствие страхового покрытия такого лечения, отмечается крайне высокая приверженность пациентов терапии фреманезумабом. Пациенты высоко оценили устойчивую эффективность и хорошую переносимость препарата. В нашем исследовании показатели приверженности лечению существенно превосходили данные зарубежных авторов [17]. Другие авторы также отметили, что на приверженность

лечению влияют эффективность терапии и отсутствие побочных действий препарата, удобный интервал приема препарата, уровень квалификации и эмпатия со стороны врача [20]. В нашем исследовании ни один пациент не прервал терапию из-за побочных действий.

Фреманезумаб может применяться по разным удобным схемам лечения. В нашем исследовании все пациенты получали препарат в клинике или дома самостоятельно один раз в месяц. Альтернативная схема – 3 инъекции 1 раз в 3 мес – в нашем исследовании не использовалась, хотя и продемонстрировала ранее большую приверженность терапии [17].

В то же время в нашем исследовании в течение первых 3 мес лечения у пациентов был ежемесячный контакт с врачом-цефалгологом и интервьюирование, что могло значимо повлиять на комплаентность. С пациентами отрабатывались техники купирования приступов для уменьшения страха боли, рекомендовано было использовать техники осознанности в процессе терапии, что позволяло купировать приступы на самых ранних стадиях приступа при боли слабой и средней интенсивности, уменьшая возврат боли и получая позитивное подкрепление. Однако в последующем явка была через 6 мес, при этом уровень приверженности оставался стабильно высоким. Отмечено, что пациенты, у которых было более значительное уменьшение выраженности депрессии, были более привержены к продолжению лечения. Пациенты, у которых уменьшалась степень выраженности депрессии на фоне лечения фреманезумабом, более вероятно связывали свое эмоциональное состояние с ухудшением качества жизни из-за боли и, соответственно, урежение ГБ на фоне терапии фреманезумабом стало серьезной причиной для продолжения лечения и высокой приверженности к нему. Эта гипотеза согласуется и с данными, полученными ранее B. Raffaelli и соавт. [21].

Часть пациентов с ГБ высокой частоты и частым приемом анальгетиков даже при боли слабой интенсивности (большинство из них также страдали ЛИГБ) характеризовались страхом боли и высокими показателями ее катастрофизации. На фоне снижения количества дней ГБ и количества употребляемых анальгетиков можно сделать вывод о том, что терапия фреманезумабом за счет улучшения эффективного купирования

приступов, снижения интенсивности боли опосредованно способствует снижению катастрофизации приступов и крайне эффективна у пациентов с мигренью и ЛИГБ. Более того, пациенты, имеющие более низкий страх боли, имеют большую приверженность лечению.

Выводы

В нашем исследовании показана высокая приверженность лечению фреманезумабом у пациентов с мигренью и депрессивным эпизодом. Важно, что эти результаты получены в условиях отсутствия страхового покрытия терапии. На уровень приверженности влияют хорошая переносимость и эффективность терапии, а

также квалификация и эмпатия со стороны врача, четкая постановка целей профилактического лечения, отработка эффективного купирования приступов, отсутствие страха боли у пациента. Продemonстрировано статистически значимое снижение объемов употребляемых анальгетиков в ходе профилактического лечения с первого месяца терапии, которое продолжало нарастать к 3, 6 и 12-му месяцу лечения.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The authors declare that there is not conflict of interests.

Список литературы доступен на сайте журнала <https://klin-razbor.ru/>

The list of references is available on the journal's website <https://klin-razbor.ru/>

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Тимохович Анна Юрьевна – врач-невролог, клиника проф. Кинзерского.
E-mail: dr.timohovich@kinzerskiy.clinic; ORCID: 0009-0005-2076-7668

Латышева Нина Владимировна – д-р мед. наук, доц., проф. каф. нервных болезней Института профессионального образования, ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет), Клиника головной боли и вегетативных расстройств им. акад. Александра Вейна. E-mail: ninalat@gmail.com; ORCID: 0000-0001-9600-5540

Поступила в редакцию: 05.06.2026

Поступила после рецензирования: 15.06.2026

Принята к публикации: 18.06.2026

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Anna Yu. Timokhovich – Neurologist, Clinic of Professor Kinzersky.
E-mail: dr.timohovich@kinzerskiy.clinic; ORCID: 0009-0005-2076-7668

Nina V. Latysheva – Dr. Sci. (Med.), Assoc. Prof., Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Alexander Vein Headache Clinic. E-mail: ninalat@gmail.com; ORCID: 0000-0001-9600-5540

Received: 05.06.2026

Revised: 15.06.2026

Accepted: 18.06.2026