

Лечение хронической мигрени и инсомнии с помощью когнитивно-поведенческой терапии

В.А. Головачева, <https://orcid.org/0000-0002-2752-4109>, xoxo.veronicka@gmail.com

Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет); 119991, Россия, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2

Резюме

Введение. Хроническая мигрень (ХМ) – неврологическое заболевание, которое часто сочетается с хронической инсомнией (ХИ). Для лечения пациентов с ХМ в сочетании с ХИ рекомендуется междисциплинарный подход, включающий когнитивно-поведенческую терапию (КПТ).

Цель. Оценить эффективность междисциплинарной программы лечения, включающей КПТ, в лечении пациентов с ХМ и ХИ. **Материалы и методы.** В исследование включены 54 пациента с ХМ и ХИ (19 мужчин и 35 женщин), средний возраст $34,1 \pm 8,5$ года. Оценка клинико-психологических показателей проводилась до и после лечения (на 3-м, 6-м, 12-м месяце наблюдения) с помощью беседы, тестирований, дневников головной боли и сна. Всем пациентам проводилось междисциплинарное лечение, включающее фармакотерапию, отмену обезболивающих препаратов при наличии лекарственно-индуцированной головной боли (ЛИГБ), КПТ головной боли и инсомнии.

Результаты. Через 3 мес. после лечения наблюдалось статистически значимое снижение средних показателей по частоте головной боли, частоте приема обезболивающих, индексу тяжести инсомнии, шкале личностной и ситуативной тревоги Спилбергера – Ханина, шкале депрессии Бека, шкале оценки влияния мигрени на повседневную активность ($p < 0,05$). На 6-м и 12-м месяце наблюдения достигнутые улучшения сохранялись. На 3-м месяце наблюдения 35 (65%) пациентов достигли клинического эффекта в лечении ХМ: частота головной боли снизилась на 50% и более, 41 (76%) пациент достиг клинического эффекта в лечении ХИ: индекс тяжести инсомнии уменьшился на 8 баллов и более. К 6-му месяцу у 42 (77,8%) пациентов был клинический эффект в терапии ХМ, у 44 (81,5%) пациентов – в терапии ХИ. К 12-му месяцу наблюдения достигнутые клинические эффекты сохранялись.

Заключение. Междисциплинарная программа, включающая КПТ, эффективна в лечении пациентов с ХМ и ХИ в краткосрочной и долгосрочной перспективе.

Ключевые слова: головная боль, нарушения сна, междисциплинарное лечение, клинико-психологические показатели, профилактическая фармакотерапия

Для цитирования: Головачева В.А. Лечение хронической мигрени и инсомнии с помощью когнитивно-поведенческой терапии. *Медицинский совет*. 2023;17(3):68–76. <https://doi.org/10.21518/ms2023-080>.

Конфликт интересов: автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Treatment of chronic migraine and insomnia with cognitive behavioral therapy

Veronika A. Golovacheva, <https://orcid.org/0000-0002-2752-4109>, xoxo.veronicka@gmail.com

Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 8, Bldg. 2, Trubetskaya St., Moscow, 119991, Russia

Abstract

Introduction. Chronic migraine (CM) is a neurological disease which is often comorbid with chronic insomnia (CI). The interdisciplinary approach including the cognitive behavioural therapy (CBT) is recommended for the treatment of patients with CM and comorbid CI.

Aim. To evaluate the effectiveness of the interdisciplinary treatment program including CBT in the treatment of patients with CM and CI. **Materials and methods.** A total of 54 patients with CM and CI (19 men and 35 women, mean age 34.1 ± 8.5 years), were enrolled in the study. The clinical and psychological characteristics were assessed before and after treatment (at Month 3, 6, 12) using interviewing, testing, headache and sleep diaries. All patients received the interdisciplinary treatment, including pharmacotherapy, discontinuation of pain medications in the presence of drug-induced headache (DIHA), CBT for headache and insomnia.

Results. Three months after treatment, there was a statistically significant decrease in mean scores for headache frequency, pain drugs dosing interval, insomnia severity index, as well as according to the Spielberger Khanin's Reactive and Personal Anxiety Scale, Beck Depression Scale, Impact of Migraine on Daily Activities Scale ($p < 0.05$). The achieved improvements were maintained at Months 6 and 12 of the follow-up period. At Month 3, 35 (65%) patients achieved a clinical effect in the treatment of CM: the frequency of headache decreased by 50% or more, 41 (76%) patients achieved a clinical effect in the treatment of CI: the insomnia severity index decreased by 8 scores and more. At Month 6, 42 (77.8%) patients had a clinical effect in CM therapy, and 44 (81.5%) patients in CI therapy. The achieved clinical effects have been shown to be maintained by Month 12 of the follow-up period.

Conclusion. The interdisciplinary program including CBT is effective in the treatment of patients with CM and CI over the short- and long-term horizon.

Keywords: headache, sleep disorders, interdisciplinary treatment, clinical and psychological characteristics, preventive pharmacotherapy

For citation: Golovacheva V.A. Treatment of chronic migraine and insomnia with cognitive behavioral therapy. *Meditinskiy Sovet.* 2023;17(3):68–76. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2023-080>.

Conflict of interest: the author declares no conflict of interest.

ВВЕДЕНИЕ

Хроническая мигрень (ХМ) – неврологическое заболевание, проявляющееся приступами интенсивной головной боли и приводящее к значительному снижению качества жизни [1]. Распространенность ХМ в России составляет 6,8% в популяции [2], что несколько выше, чем показатели распространенности ХМ в других странах – от 0,9 до 5,1% [1]. Пациенты с ХМ – это лица преимущественно молодого и среднего возраста, среди которых преобладают женщины. В детском и подростковом возрасте мигрень обычно дебютирует, но в некоторых случаях она может хронизироваться и до 18 лет [3, 4]. Диагноз ХМ устанавливается при наличии головной боли 15 дней в месяц и более в течение более 3 мес., при этом 8 болевых дней в месяц соответствуют приступам мигрени [5]. У пациентов с ХМ наблюдается большое количество коморбидных заболеваний, в частности нарушения сна [6].

Сон и мигрень взаимосвязаны, при этом связь сложная и двунаправленная. Повышение частоты приступов мигрени коррелирует с ухудшением качества сна [7]. Нарушения сна (недостаточный или избыточный сон, неадекватный график сна) – факторы хронизации мигрени. Дневной сон у пациентов с мигренью может спровоцировать приступ головной боли. Показано, что возникновение приступа мигрени ассоциировано со стрессовым событием и неудовлетворительным сном, которые имели место за 2 дня до данного приступа мигрени [8]. С другой стороны, сон в сочетании с обезболивающим препаратом может успешно купировать приступ мигрени [9].

Жалоба на бессонницу (инсомнию) – одна из самых распространенных дополнительных жалоб у пациентов с ХМ [10, 11]. Ежедневные или почти ежедневные симптомы инсомнии обнаруживаются у большинства (68–84%) пациентов с ХМ [6, 12]. Инсомния – это нарушение ночного сна, которое часто встречается среди пациентов с ХМ вне зависимости от наличия депрессии и тревожных расстройств [13]. Среди пациентов с ХМ чаще, чем среди пациентов с эпизодической мигренью обнаруживаются следующие феномены: приступы мигрени, спровоцированные неадекватным сном; неудовлетворительная эффективность сна (отношение времени реального сна к общему времени нахождения в постели); увеличение времени сна и времени пребывания в постели; увеличение дневного отдыха из-за головной боли [12]. Пациенты с ХМ часто жалуются на отсутствие ощущения отдыха после ночного сна, дневную сонливость вне зависимости от наличия головной боли, при этом у них обнаруживаются

неправильные представления о гигиене сна, о взаимосвязи сна и мигрени. Многие пациенты с ХМ предпочитают больше времени проводить в кровати, больше отдыхать, что является фактором ошибочным, поддерживающим хроническое течение головной боли [14].

Интересен тот факт, что улучшение качества сна способствует уменьшению частоты приступов мигрени [6]. Данный феномен имеет патофизиологическую основу и связан с влиянием гипоталамуса, орексиновой системы на тригеминоvascularную систему через модуляцию серотонинергической и норадренергической активности [15]. Доказано, что в лечении хронической инсомнии (ХИ) высокой эффективностью обладает когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) [16, 17]. В связи с этим была разработана гипотеза о том, что лечение пациентов с ХМ и сочетанной ХИ с помощью КПТ инсомнии приведет к снижению частоты головной боли и улучшению сна. Авторы нескольких зарубежных исследований подтвердили данную гипотезу и показали, что благодаря такому терапевтическому подходу может не только нормализоваться сон, но и ХМ может трансформироваться в эпизодическую мигрень [6]. Подобных российских исследований ранее не проводилось. В связи с этим актуальна и практически значима разработка и оценка эффективности междисциплинарной программы, включающей КПТ, для лечения российских пациентов с ХМ и сочетанной ХИ.

Цель исследования – оценить эффективность междисциплинарной программы лечения, включающей КПТ, в лечении пациентов с ХМ и ХИ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Протокол исследования был одобрен Локальным этическим комитетом Сеченовского Университета. В исследование включались пациенты, которые соответствовали критериям включения и не соответствовали критериям невключения.

Критерии включения пациентов в исследование:

- 1) наличие письменного информированного согласия пациента на участие в исследовании;
- 2) возраст от 18 до 65 лет включительно;
- 3) мужской или женский пол;
- 4) диагноз ХМ в сочетании с лекарственно-индуцированной головной болью (ЛИГБ) или без нее;
- 5) диагноз ХИ;
- 6) пациент находится на амбулаторном или стационарном лечении в Клинике нервных болезней им. А.Я. Кожевникова Сеченовского Университета.

Критерии не включения пациентов в исследование:

- 1) беременность или кормление грудью;
- 2) наличие соматического, эндокринного или другого неврологического заболевания в стадии обострения или декомпенсации, которое превосходит по своей выраженности ХМ;
- 3) наличие тяжелого инфекционного заболевания;
- 4) наличие психического расстройства психического регистра, требующего госпитализации в психиатрический стационар.

Методы исследования пациентов

Все пациенты были консультированы неврологом. Диагноз ХМ и ЛИГБ устанавливался на основании диагностических критериев Международной классификации головных болей 3-го пересмотра (МКГБ-3) и исключения вторичной головной боли [5]. Диагноз ХИ ставился на основании диагностических критериев Европейского руководства по диагностике и лечению инсомнии [17] и Проекта клинических рекомендаций по диагностике и лечению ХИ у взрослых российских экспертов [16]. До начала лечения со всеми пациентами проводилась беседа и тестирование. В ходе беседы выяснялись социально-демографические и клиничко-психологические характеристики пациентов. Для оценки интенсивности боли использовалась числовая рейтинговая шкала [18]. Тревожно-депрессивные симптомы оценивались с помощью шкалы личностной и ситуативной тревоги Спилбергера – Ханина [19] и шкалы депрессии Бека [20]. Влияние мигрени на повседневную активность оценивалось с помощью специальной шкалы (оценки влияния мигрени на повседневную активность) [21]. Симптомы инсомнии оценивались с помощью индекса тяжести инсомнии [22]. Всем пациентам предлагалось вести дневник головной боли и дневник сна весь период исследования – в течение 12 мес. На 3-м, 6-м и 12-м месяце наблюдения проводилась оценка эффективности лечения по данным дневников и результатам вышеописанных тестов.

Методы лечения пациентов

Все пациенты, включенные в исследование, получали междисциплинарное лечение, состоящее из КПТ, оптимизации профилактической фармакотерапии мигрени и фармакотерапии для купирования приступов мигрени, терапии ЛИГБ (при наличии). Исследуемая междисциплинарная программа лечения была разработана на основании клинических рекомендаций по лечению мигрени и инсомнии [16, 17, 23, 24].

Оптимизация фармакотерапии мигрени проводилась с учетом клинических рекомендаций, предшествующего опыта лечения пациента, сопутствующих заболеваний, ХИ, возможных побочных эффектов. Продолжительность приема профилактической фармакотерапии мигрени – 12 мес. При наличии ЛИГБ пациентам проводилась дезинтоксикационная терапия, которая включала следующие методы: 1) отмену обезболивающих препаратов, которыми ранее злоупотреблял пациент; 2) терапию для облегчения симптомов отмены обезболивающих препаратов (до 7 дней): противорвотную фармакотерапию (метоклопрамид 10 мг 3 раза в день), терапию для головной боли отмены (альтернативный ненаркотический обезболивающий препарат, которым ранее пациент не злоупотреблял) [25]. Если ЛИГБ была связана с приемом рецептурных обезболивающих препаратов или с приемом высоких доз обезболивающих препаратов, в истории пациента был рецидив ЛИГБ или опыт безуспешного отказа от избыточного приема обезболивающих, то в стационарных условиях проводилась терапия дексаметазоном (8 мг на 250 мл физиологического раствора 1 раз в день в течение 5 дней) [26].

КПТ проводилась в форме 10 индивидуальных сессий продолжительностью по 90 мин, была направлена на лечение головной боли и инсомнии. Содержание программы КПТ для пациентов с ХМ и ХИ, включенных в исследование, представлено на *рисунке*.

Период наблюдения за пациентами составлял 12 мес. На 3-м, 6-м и 12-м месяце наблюдения проводилась оценка эффективности лечения по клиничко-психологическим характеристикам.

- **Рисунок.** Программа когнитивно-поведенческой терапии для лечения пациентов с хронической мигренью и хронической инсомнией
 ● **Figure.** The cognitive behavioural therapy program to treat patients with chronic migraine and chronic insomnia

1	Образовательная беседа о сне, головной боли. Мотивирование пациента к предлагаемому лечению. Формулирование целей и этапов их достижения
2	Ведение дневников самонаблюдения и выполнение домашних заданий
3	Гигиена сна
4	Поведенческая активизация (повышение физической активности в течение дня, лечебная гимнастика)
5	Ограничение времени пребывания в постели без сна, терапия по контролю стимулов
6	Техники релаксации, упражнения по майндфулнесс
7	Когнитивная реструктуризация негативных автоматических мыслей о сне (изменение с помощью различных психологических техник негативных представлений о сне на альтернативные и более реалистичные)
8	Когнитивная реструктуризация негативных автоматических мыслей о головной боли.
9	Обучение навыкам по управлению такими модифицируемыми триггерами мигрени, как неблагоприятные режимы сна, неправильное питание, неадекватные двигательные режимы, избыточный прием обезболивающих, эмоциональное перенапряжение
10	Обучение способам преодоления стресса (поведенческие стратегии и функциональные способы мышления)

Оценка клинической эффективности лечения

Эффективность лечения пациентов оценивалась с помощью нескольких параметров: частота головной боли в месяц, влияние мигрени на повседневную активность по шкале оценки влияния мигрени на повседневную активность, количество дней с обезболивающими препаратами, качество сна по индексу тяжести инсомнии, эффективность ночного сна (количество минут ночного сна, поделенное на количество проведенных в постели минут и умноженное на 100%), эмоциональное состояние по шкале депрессии Бека и шкале личностной и ситуативной тревоги Спилбергера – Ханина. Клинический эффект в лечении ХМ считался достигнутым, если частота мигрени (количество дней с головной болью в месяц) снижалась на 50% и более [23]. Клинический эффект лечения ХИ – снижение показателя индекса тяжести инсомнии на 8 баллов и более [27].

В исследование были включены 54 пациента с ХМ и ХИ (19 мужчин и 35 женщин), средний возраст $34,1 \pm 8,5$ года. Социально-демографические характеристики пациентов, включенных в исследование, представлены в *табл. 1*.

- **Таблица 1.** Социально-демографические характеристики пациентов с хронической мигренью и хронической инсомнией
- **Table 1.** Sociodemographic characteristics of patients with chronic migraine and chronic insomnia

Характеристика	Значение, n (%)
Пол	
мужской	19 (35)
женский	35 (65)
Семейное положение	
холост и нет постоянного партнера	3 (5,5)
холост и есть постоянный партнер	18 (33,4)
в браке	19 (35,2)
разведен и есть постоянный партнер	11 (20,4)
разведен и нет постоянного партнера	3 (5,5)
Материальное положение	
низкий экономический статус	11 (20)
экономический статус не ниже среднего	43 (80)
Уровень образования	
среднее общее (школа)	2 (4)
среднее специальное	10 (18,5)
высшее	42 (77,5)
Социальный статус	
работает или учится, полная занятость	20 (37)
работает или учится, неполная занятость	16 (30)
не работает и не учится	18 (33)

Данные, полученные в результате беседы и тестирования, кодировались и включались в таблицу Microsoft Excel. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета статистических программ STATISTICA 12.0. Нормальность распределения пациентов в выборке по возрасту оценивали по критерию Колмогорова – Смирнова d и по критерию χ^2 . Выборка пациентов, включенных в исследование, по возрасту соответствовала нормальному распределению. Для достоверности различий между количественными параметрами до и после лечения рассчитывался критерий Стьюдента t для связанных выборок. Различия считали достоверными при величине критерия значимости $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Клинико-психологические характеристики 54 пациентов, включенных в исследование, представлены в *табл. 2*. Как видно из этих данных, у большинства пациентов была диагностирована ЛИГБ, симптомы депрессии

- **Таблица 2.** Клинико-психологические характеристики пациентов с хронической мигренью и хронической инсомнией, $M \pm SD$
- **Table 2.** Clinical and psychological characteristics of patients with chronic migraine and chronic insomnia, $M \pm SD$

Характеристика	Значение
Клинические характеристики головной боли	
Продолжительность мигрени как заболевания (от дебюта до включения в исследование), месяцы	$182,1 \pm 52,4$
Длительность ХМ как заболевания, месяцы	$12,8 \pm 6,12$
Частота головной боли (количество дней с головной болью в месяц)	$24,4 \pm 5,99$
Интенсивность головной боли по ЧРШ	$9,1 \pm 0,5$
Влияние мигрени на повседневную активность ШОМП	$58,7 \pm 31,2$
Количество дней в месяц с приемом обезболивающих препаратов	$20,6 \pm 8,87$
Пациенты с диагнозом ЛИГБ, n (%)	36 (69)
Клинические характеристики инсомнии	
Длительность ХИ, месяцы	$11,4 \pm 7,15$
Тяжесть инсомнии по ИТИ	$20,1 \pm 3,32$
Эффективность ночного сна, %	$71,7 \pm 4,38$
Психологические характеристики	
Депрессия по ШДБ	$16,1 \pm 5,28$
Ситуативная тревога по ШЛСТ	$52,3 \pm 3,17$
Личностная тревога по ШЛСТ	$49,1 \pm 5,23$
Пациенты с симптомами депрессии по ШДБ, n (%)	44 (81,5)
Пациенты с высокой ситуативной и личностной тревогой по ШЛСТ, n (%)	45 (83)

Примечание. ЧРШ – числовая рейтинговая шкала; ШОМП – шкала оценки влияния мигрени на повседневную активность; ИТИ – индекс тяжести инсомнии; ШДБ – шкала депрессии Бека; ШЛСТ – шкала личностной и ситуативной тревоги Спилбергера – Ханина.

и высокие уровни тревоги. В *табл. 3* представлена динамика клинико-психологических характеристик пациентов на фоне лечения.

Как видно из данных, представленных в *табл. 3*, на фоне лечения наблюдалось улучшение средних показателей по головной боли, сну и эмоциональному состоянию на 3-м месяце наблюдения. Достигнутые улучшения сохранялись в течение 12 мес.

На 3-м месяце наблюдения 35 (65%) пациентов достигли клинического эффекта в лечении ХМ (частота головной боли снизилась на 50% и более), 41 (76%) пациент достиг клинического эффекта в лечении ХИ (индекс тяжести инсомнии уменьшился на 8 баллов и более). К 6-му месяцу наблюдения количество пациентов, достигших клинического эффекта, увеличилось. Так, у 42 (77,8%) пациентов был клинический эффект в терапии ХМ, а у 44 (81,5%) пациентов – в терапии ХИ. К 12-му месяцу наблюдения данное количество пациентов с клиническими эффектами от лечения сохранилось.

Приводим клиническое наблюдение междисциплинарного лечения ХМ и сочетанной ХИ.

Клиническое наблюдение

Пациентка Н., 22 года, обратилась в Клинику нервных болезней им. А.Я. Кожевникова Сеченовского Университета с жалобами на ежедневную головную боль, нарушение сна, тревожность, утомляемость.

Эпизодическая головная боль (1–2 приступа в 1–2 мес.) наблюдалась с 12 лет. Пациентка отмечает, что всегда была

тревожной и склонной к чрезмерной самокритике, головная боль провоцировалась эмоциональным перенапряжением. С 16 лет после стрессового события в семье (смерти бабушки, которая была очень близким человеком для пациентки) повысилась тревожность, участились головные боли. С 17 лет во время учебы в институте пациентка не соблюдала режим сна и отдыха. Так, она часто сидела за компьютером до 2–3 часов ночи. Для ощущения бодрости в течение дня пила зерновой кофе по 2–3 чашки в день, а при возможности спала вечером по 1–2 ч. Периодически возникали конфликтные ситуации в семье, связанные с избыточным приемом алкоголя со стороны матери. На фоне такого образа жизни и ситуации в семье с 19 лет головные боли стали возникать с частотой 1–2 раза в неделю, появились боли в шее. Клиническая картина головной боли соответствовала приступам мигрени без ауры. В этот же период появились первые симптомы инсомнии: трудности с засыпанием, ночные пробуждения и ощущение отсутствия отдыха после утреннего пробуждения даже при достаточном количестве времени для сна и при удовлетворительных условиях для сна. С 20 лет пациентка переехала жить к молодому человеку, с которым до сегодняшнего дня сохраняются психологически комфортные отношения. Однако у пациентки тревожность продолжала усиливаться, сон – ухудшаться, а головные боли стали практически ежедневными. Пациентка закончила институт, получила диплом специалиста, однако не работает, потому что у нее есть убеждения «я могу совершить ошибку, опозориться и подвести коллег, так как физически и умственно не могу работать полноценно», «я не имею достаточных профессиональных знаний, чтобы хорошо работать».

При подробном расспросе выяснилось, что проблемы со сном наблюдаются 4–5 дней в неделю. Продолжительность засыпания составляет 1–2 ч. Пациентка ложится в кровать в 12 часов ночи, не может уснуть в течение 1–2 ч, в связи с чем смотрит по телефону, лежа в кровати, различные видео в интернете. Просыпается среди ночи от 3 до 5 раз, иногда засыпает через 5–10 мин, иногда – через 1 ч. Ночной сон практически всегда поверхностный, чуткий. Пациентка просыпается в 5–6 часов утра, чувствует себя не отдохнувшей, поэтому «долеживает» в кровати до 9–10 часов утра. В течение дня чувствует себя «разбитой, уставшей». Из-за риска развития приступа мигрени после дневного сна пациентка не спит днем, однако часто ложится отдохнуть на диван или в кровать посреди дня. Пациентка тревожна, раздражительна, плаксива. В течение последних 4 мес. беспокоит забывчивость.

В последние 1,5 года головные боли стали практически ежедневными. На момент обращения в клинику наблюдаются два вида головной боли. Первый возникает у пациентки с подросткового возраста и соответствует кли-

● **Таблица 3.** Динамика клинико-психологических характеристик пациентов с хронической мигренью и хронической инсомнией на фоне лечения, $M \pm SD$

● **Table 3.** Treatment-emergent changes in clinical and psychological characteristics of patients with chronic migraine and chronic insomnia, $M \pm SD$

Показатели	До лечения	3-й месяц наблюдения	6-й месяц наблюдения	12-й месяц наблюдения
Частота головной боли (количество дней с головной болью в месяц)	24,4 ± 5,99	10,8 ± 11,52*	9,4 ± 10,43*	9,1 ± 11,21*
Интенсивность головной боли по ЧРШ	9,1 ± 0,5	8,2 ± 1,3	8,1 ± 1,4	8,2 ± 1,2
Количество дней в месяц с приемом обезболивающих препаратов	20,6 ± 8,87	9,6 ± 10,71*	8,2 ± 10,12*	8,1 ± 10,82*
Влияние мигрени на повседневную активность по ШОМП	58,7 ± 31,21	15,5 ± 12,34*	13,6 ± 10,46*	13,1 ± 11,72*
Тяжесть инсомнии по ИТИ	20,1 ± 3,32	7,4 ± 4,14*	6,8 ± 4,21*	6,4 ± 4,18*
Эффективность ночного сна, %	70,7 ± 4,38	87,8 ± 6,89*	88,9 ± 4,71*	88,4 ± 3,62*
Депрессия по ШДБ	16,1 ± 5,28	9,8 ± 6,37*	9,6 ± 6,41*	9,4 ± 6,89*
Ситуативная тревога по ШЛСТ	52,3 ± 3,17	36,4 ± 8,37*	37,2 ± 7,84*	35,2 ± 8,79*
Личностная тревога по ШЛСТ	49,1 ± 5,23	32,1 ± 6,27*	31,3 ± 7,42*	32,8 ± 6,71*

Примечание. ЧРШ – числовая рейтинговая шкала; ШОМП – шкала оценки влияния мигрени на повседневную активность; ИТИ – индекс тяжести инсомнии; ШДБ – шкала депрессии Бека; ШЛСТ – шкала личностной и ситуативной тревоги Спилбергера – Ханина.

* Статистически значимое отличие параметра на фоне лечения от параметра до лечения, $p < 0,05$.

нической картине мигрени. Частота мигренозной головной боли – от 8 до 11 дней в месяц. Ранее приступы купировались ибупрофеном или другими безрецептурными комбинированными анальгетиками, за последние несколько месяцев данные препараты только временно облегчают боль. При учащении мигрени, появлении болей в шее, усилении тревоги, ухудшении сна, увеличении приема обезболивающих препаратов присоединился второй вид головной боли. Данные головные боли легкой или умеренной интенсивности, давящие или сжимающие, двусторонние по типу каски или в затылочной области иногда сопровождаются тошнотой, ранее купировались или облегчались приемом обезболивающих препаратов, а за последние несколько месяцев их прием практически не дает никакого эффекта.

С учащением головных болей увеличивалась и частота приема обезболивающих препаратов. На протяжении 1,5 года пациентка принимает безрецептурные обезболивающие препараты в избыточном количестве – от 15 до 20 дней в месяц. Пациентка ранее обращалась к терапевтам, неврологам, нейрохирургам и эндокринологам, проводились обследования: магнитно-резонансная томография (МРТ) головы, МР-ангиография и МР-венография, МРТ шейного отдела позвоночника, ультразвуковое исследование сосудов шеи, электроэнцефалография. Устанавливались диагнозы «вегетососудистая дистония», «остеохондроз шейного отдела позвоночника», «головная боль напряжения». Получала лечение сосудистыми и ноотропными препаратами, массажем, физиотерапией, флуоксетином (по 20 мг в день в течение 4 нед.), мirtазапином (по 30 мг в день в течение 5 нед.) – без эффекта. У пациентки есть страх, что она никогда не выздоровеет, станет инвалидом и будет никому не нужна. Пациентка ошибочно считает, что головная боль, утомляемость, нарушения сна, забывчивость связаны с недостаточным кровоснабжением головного мозга, с остеохондрозом позвоночника.

На амбулаторной консультации в Клинике нервных болезней при соматическом, неврологическом и нейropsychологическом исследовании патологии не выявлено. При мануальном исследовании выявлен миофасциальный синдром перикраниальных мышц, преимущественно слева. По результатам предшествующих инструментальных и лабораторных исследований патологии не выявлено. На основании клинической картины головной боли и нарушений сна, данных осмотра, отсутствия патологических изменений по результатам дополнительных методов исследования, диагностических критериев МКГБ-3 [5], диагностических критериев Европейского руководства по диагностике и лечению инсомнии [17] и Проекта клинических рекомендаций по диагностике и лечению ХИ у взрослых российских экспертов [16] поставлен диагноз «ХМ, ЛИГБ, ХИ».

Пациентка была включена в вышеописанное исследование. По тестам выявлена высокая личностная и ситуативная тревожность, умеренные симптомы депрессии, тяжелое влияние мигрени на повседневную активность, тяжелая степень инсомнии. Проведено вышеописанное междисциплинарное лечение, включающее КПТ. В качестве профилактической фармакотерапии мигрени был

назначен тразодон 150 мг за 30 мин до сна в течение 6 мес. Отменены обезболивающие препараты, которые были вовлечены в формирование ЛИГБ. Для купирования приступов мигрени назначен элетриптан 20 мг. Пациентке были разъяснены факторы хронизации мигрени: стрессовое событие, тревожность, неправильные негативные представления о головной боли, низкая физическая активность, неадекватный режим сна и бодрствования, нарушения сна, избыточный прием обезболивающих. Также пациентка была информирована о факторах хронизации инсомнии: тревожность, неадекватный режим сна и бодрствования, чрезмерное пребывание в постели без сна, дневной отдых в кровати, просмотры гаджетов в кровати в вечерние часы, низкая физическая и умственная активность в течение дня, неправильные представления о причинах инсомнии и способах улучшения сна. Проведена КПТ боли и инсомнии по вышеописанному протоколу. Через 3 мес. в лечении ХМ и ХИ были достигнуты клинические эффекты, ХМ трансформировалась в эпизодическую, сон нормализовался. Патологически высокая тревожность, симптомы депрессии регрессировали. На 7-м месяце наблюдения пациентка устроилась на работу по специальности, с которой успешно справляется. В течение 12 мес. лечения состояние пациентки продолжало улучшаться.

ОБСУЖДЕНИЕ

Лечение пациентов с ХМ – трудная задача для практикующего врача [28]. Стандартная профилактическая фармакотерапия мигрени оказывается неэффективной или недостаточно эффективной во многих случаях ХМ [23, 29–31]. Поиски эффективных препаратов, методов и подходов для лечения ХМ продолжаются. Сложность ведения пациентов с ХМ связана с тем, что ХМ – это не просто неврологическое заболевание, а мультидисциплинарное, так как в хронизации мигрени играют роль различные факторы и во многих случаях имеет место сочетание с другими болезнями и патологическими состояниями – симптомами тревоги и депрессии, психическими расстройствами, инсомнией, болями других локализаций, сердечно-сосудистыми заболеваниями, бронхиальной астмой и др. [32–35]. Пациенты, включенные в вышеописанное исследование, имели такие факторы хронизации мигрени, как повышенная тревога, симптомы депрессии, избыточный прием обезболивающих препаратов, инсомния. А на конкретном клиническом примере было показано, что для пациента с ХМ и ХИ типичны неправильные, негативные, катастрофичные представления и установки в отношении своего заболевания, неправильные и дезадаптирующие способы справиться с головной болью и инсомнией.

Известно, что до 84% пациентов с ХМ имеют симптомы или клинический диагноз инсомнии [6, 12]. Как ХМ, так и ХИ значительно снижают трудоспособность и качество жизни пациентов, эти заболевания отягощают течение друг друга [36]. Именно поэтому зарубежные авторы подчеркивают актуальность разработки и изучения эффективности терапевтических подходов для пациен-

тов с ХМ и сочетанной ХИ. Опубликованы зарубежные исследования об эффективности применения междисциплинарных программ, включающих КПТ, в лечении ХМ и сочетанной ХИ [37–40]. Однако подобных российских исследований ранее не публиковалось.

Проведенное нами исследование демонстрирует эффективность лечения ХМ и сочетанной ХИ с помощью междисциплинарной программы, включающей фармакотерапию и КПТ головной боли и инсомнии. С помощью данного подхода удалось достигнуть клинического эффекта в лечении ХМ, ХИ у большинства пациентов. Показано, что благодаря предложенной программе лечения удалось улучшить показатели по эмоциональному состоянию. В представленной терапевтической программе КПТ – ключевой метод лечения.

Идея применения КПТ в лечении пациентов с ХМ и сочетанной мигренью имеет свои теоретические и практические обоснования. Во-первых, КПТ обладает доказанной эффективностью и высоким уровнем рекомендаций в лечении ХИ [16, 17]. КПТ рекомендуется в лечении мигрени различной частоты [24]. Но для оценки уровня эффективности и рекомендаций КПТ при ХМ необходимо большее количество исследований [41]. Изучение роли КПТ при ХМ – актуальное научное направление.

Во-вторых, качество ночного сна и частота мигрени взаимосвязаны. Авторы зарубежных исследований показали, что неудовлетворительный ночной и дневной сон ассоциированы с возникновением приступов мигрени. Неправильная гигиена сна встречается среди многих пациентов с частыми приступами мигрени [12, 14].

В-третьих, есть патофизиологическое обоснование взаимосвязи нарушений сна и приступов мигрени через орексиновую, тригеминальную и противоболевую систему [6]. Так, тригеминальные нейрональные сети, проводящие болевую импульсацию, конвергируются на нескольких уровнях с нейрональными сетями, регулирующими состояние сна и бодрствования. Например, такая конвергенция происходит на уровне ствола мозга и гипоталамуса. За счет этих конвергенций болевая импульсация (например, из области шеи) и неудовлетворительный сон могут провоцировать приступы мигрени. Стресс, усталость, недостаток сна, нарушение гигиены сна через активацию орексиновой системы и гипоталамуса провоцируют приступы мигрени [15]. Орексин, секретируемый гипоталамусом, стимулирует нейроны в вентромедиальной части центрального серого вещества среднего мозга, которые в свою очередь ингибируют противоболевую активность в ядре спинномозгового пути тройничного нерва [15, 42]. Предполагают, что орексин также участвует в трансформации мигрени из эпизодической в хроническую за счет того, что регулирует энергетический гомеостаз и такие нейроэндокринные процессы, как ожирение и зависимую форму поведения в отношении чрезмерного приема обезболивающих препаратов. В стволе мозга дорсальное ядро шва и голубое пятно, регулирующие быстрое движение глаз во время сна через серотонинергическую и норадренергическую активность, модулируют тригеминоvascularную систему через таламус и гипота-

ламус [15, 43]. Функционирование этих систем может объяснять связь между сном и мигренью, а также хронизацию мигрени на фоне нарушений сна [6, 15].

В-четвертых, зарубежные авторы провели ряд клинических исследований, включающих пациентов с ХМ и ХИ, и оценили эффективность КПТ в лечении данной категории пациентов. Опубликовано три клинических исследования, в которых изучалась эффективность КПТ в лечении пациентов с ХМ и инсомнией [37–40]. Во всех трех исследованиях сессии КПТ были ориентированы на улучшение сна, повышение дневной активности, приобретение навыков эмоционального и физического расслабления. В исследовании A.H. Calhoun и S. Ford приняли участие 43 женщины с ХМ и инсомнией, рандомизированные в терапевтическую (23 пациентки, лечение с помощью еженедельных очных индивидуальных сессий КПТ в течение 6 нед.) или в контрольную группу (20 пациенток, лечение с помощью плацебо-поведенческой терапии в течение 6 нед.) [37]. Уменьшение частоты приступов мигрени отмечали 48% пациенток из терапевтической группы и 25% пациенток – из контрольной. Через 6 нед. после завершения лечения 35% пациенток из терапевтической группы достигли трансформации мигрени из хронической в эпизодическую форму, из контрольной группы такого результата не достигла ни одна пациентка.

Исследование T.A. Smitherman et al. включало 31 пациента с ХМ и инсомнией (90,3% женщин и 9,7% мужчин), которых рандомизировали в две группы – терапевтическую (лечение с помощью 3 индивидуальных сессий КПТ) и контрольную (лечение с помощью плацебо-поведенческой терапии) [38]. Через 6 нед. после завершения лечения снижение частоты головной боли отмечали 48,9% пациентов в терапевтической группе и 25% пациентов – в контрольной. Авторы представленных исследований сделали вывод, что КПТ, направленная на улучшение сна и дневной активности, позволяет помочь пациентам с инсомнией и ХМ. Данный подход может нормализовать сон пациентов, уменьшить частоту приступов мигрени и способствовать трансформации мигрени из хронической формы в эпизодическую. К преимуществам представленных исследований относится наличие контрольной группы, однородность пациентов по диагнозу ХМ, включение пациентов с ХМ и коморбидной патологией (инсомнией). Ограничениями исследования являются малый период наблюдения за пациентами, малое количество пациентов, отсутствие данных о психическом состоянии пациентов, отсутствие данных о количестве пациентов, достигших снижения частоты головной боли в месяц на 50% и более.

M.R. Crawford et al. провели исследование эффективности интернет-сессий КПТ в лечении 35 женщин с ХМ и инсомнией [40]. В данном исследовании не было контрольной группы, все пациентки получали лечение в виде 6 интернет-сессий КПТ в течение 6 нед. Через 6 нед. наблюдения 34,3% пациентов достигли трансформации мигрени из хронической формы в эпизодическую. Средние показатели по шкале тяжести инсомнии, по шкале нетрудоспособности вследствие мигрени, а также средняя частота приступов мигрени в месяц до лечения: 17,6 (SD 4,0), 28,7 (SD 19,5)

и 21 (SD 7,0) соответственно достоверно значимо уменьшились после лечения: 7,7 (SD 4,1), средняя разнице –9,9 (95% доверительный интервал (ДИ) –11,7...–8); 22,4 (SD 17,8), среднее различие –6,3 (95% ДИ –12,3...–0,02) и 18,4 (SD 8,7), среднее различие –2,6 (95% ДИ –4,58...–0,7) соответственно. Авторы данного исследования заключили, что применение КПТ в лечении пациентов с инсомнией и ХМ весьма эффективно, удается достичь и улучшения сна, и уменьшения частоты приступов мигрени. К преимуществам данного исследования относится однородность группы пациентов по диагнозу ХМ, включение пациентов с ХМ и коморбидной патологией (инсомнией). Ограничения исследования – только женский пол пациентов, малый период наблюдения за ними, их малое количество, отсутствие контрольной группы, оценки психического статуса пациентов и данных об их количестве, достигших снижения частоты головной боли в месяц на 50% и более.

В сравнении с представленными зарубежными исследованиями наше исследование имеет ряд преимуществ: длительный период наблюдения (12 мес.), оценка эмоционального состояния пациентов до и после лечения, выделение и оценка общепринятых критериев клинической эффективности в лечении мигрени и инсомнии. Отличительной особенностью нашего исследования является большее количество сессий КПТ (10 сессий 1 раз в неделю), проведение сессий по КПТ не только инсомнии, но и боли. Вероятно, с этим связана более высокая доля пациентов, достигших улучшения в течении мигрени и сна. В описанном нами клиническом примере пациентки Н. 22 лет показаны точки приложения для сессий КПТ: неправильные установки и убеждения пациентки о боли и сне, которые способствуют ее негативному эмоциональному состоянию, дисфункциональному поведению в отношении боли и сна. В процессе КПТ врач менял негативные установки и убеждения паци-

ентки на альтернативные, более реалистичные, что способствовало улучшению эмоционального состояния и более рациональному взгляду пациента на поведение в отношении боли и сна. Также в процессе КПТ с пациентом обсуждались альтернативные функциональные формы поведения и возможности их внедрения в повседневную жизнь.

К ограничениям исследования относится небольшой объем выборки, отсутствие контрольной группы, участники исследования – пациентки, обратившиеся в университетскую клинику, специализирующуюся на лечении боли, с чем может быть связана более высокая частота сложных, резистентных случаев в сравнении с пациентами из общей популяции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, ХМ и ХИ – патофизиологически взаимосвязанные заболевания, которые отягощают течение друг друга. Для лечения данной категории пациентов целесообразно применение междисциплинарного подхода, включающего КПТ и фармакотерапию. КПТ – психологический метод, доказавший свою эффективность при ХИ, эпизодической мигрени, и перспективный метод в лечении ХМ. Результаты проведенного исследования демонстрируют эффективность междисциплинарного подхода, включающего фармакотерапию и КПТ инсомнии и боли, в лечении пациентов с ХМ и ХИ. На фоне проводимого лечения к 3-му месяцу наблюдения большинство пациентов достигли клинического эффекта по мигрени и инсомнии, к 6-му месяцу количество таких пациентов увеличилось. Достигнутые улучшения сохранились к 12-му месяцу наблюдения. MC

Поступила / Received 16.02.2023

Поступила после рецензирования / Revised 09.03.2023

Принята в печать / Accepted 10.03.2023

Список литературы / References

- Manack A.N., Buse D.C., Lipton R.B. Chronic migraine: epidemiology and disease burden. *Curr Pain Headache Rep.* 2011;15(1):70–78. <https://doi.org/10.1007/s11916-010-0157-z>.
- Ayzenberg I., Katsarava Z., Sborowski A., Chernysh M., Osipova V., Tabeeva G. et al. The prevalence of primary headache disorders in Russia: a countrywide survey. *Cephalalgia.* 2012;32(5):373–381. <https://doi.org/10.1177/0333102412438977>.
- Головачева В.А., Головачева А.А., Антоненко Л.М. Мигрень у детей и подростков: современные принципы диагностики и лечения. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2021;13(6):111–116. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2021-6-111-116>.
- Golovacheva V.A., Golovacheva A.A., Antonenko L.M. Migraine in children and adolescents: modern principles of diagnostics and treatment. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics.* 2021;13(6):111–116. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2021-6-111-116>.
- Жмылева П.В., Табеева Г.Р., Сергеев А.В. Детские эквиваленты мигрени. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2021;13(1):94–100. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2021-1-94-100>.
- Zhmylyova P.V., Tabeeva G.R., Sergeev A.V. Pediatric migraine equivalents. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics.* 2021;13(1):94–100. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2021-1-94-100>.
- Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia.* 2018;38(1):1–211. <https://doi.org/10.1177/0333102417738202>.
- Yang C.P., Wang S.J. Sleep in Patients with Chronic Migraine. *Curr Pain Headache Rep.* 2017;21(9):39. <https://doi.org/10.1007/s11916-017-0641-9>.
- Lin Y.K., Lin G.Y., Lee J.T., Lee M.S., Tsai C.K., Hsu Y.W. et al. Associations Between Sleep Quality and Migraine Frequency: A Cross-Sectional Case-Control Study. *Medicine (Baltimore).* 2016;95(17):e3554. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000003554>.
- Houle T.T., Butschek R.A., Turner D.P., Smitherman T.A., Rains J.C., Penzien D.B. Stress and sleep duration predict headache severity in chronic headache sufferers. *Pain.* 2012;153(12):2432–2440. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2012.08.014>.
- Cho S.J., Chu M.K. Risk factors of chronic daily headache or chronic migraine. *Curr Pain Headache Rep.* 2015;19(1):465. <https://doi.org/10.1007/s11916-014-0465-9>.
- Sancisi E., Cevoli S., Vignatelli L., Nicodemo M., Pierangeli G., Zanigni S. et al. Increased prevalence of sleep disorders in chronic headache: a case-control study. *Headache.* 2010;50(9):1464–1472. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2010.01711.x>.
- Ong J.C., Park M. Chronic headaches and insomnia: working toward a biobehavioral model. *Cephalalgia.* 2012;32(14):1059–1070. <https://doi.org/10.1177/0333102412455709>.
- Kelman L., Rains J.C. Headache and sleep: examination of sleep patterns and complaints in a large clinical sample of migraineurs. *Headache.* 2005;45(7):904–910. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2005.05159.x>.
- Vgontzas A., Cui L., Merikangas K.R. Are sleep difficulties associated with migraine attributable to anxiety and depression? *Headache.* 2008;48(10):1451–1459. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2008.01175.x>.
- Barbanti P., Aurilia C., Egeo G., Fofi L., Vanacore N. A case-control study on excessive daytime sleepiness in chronic migraine. *Sleep Med.* 2013;14(3):278–281. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2012.10.022>.
- Evers S. Sleep and headache: the biological basis. *Headache.* 2010;50(7):1246–1251. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2010.01730.x>.
- Полуэтов М.Г., Бузунов Р.В., Авербух В.М., Вербицкий Е.В., Захаров А.В., Кельмансон И.А. др. Проект клинических рекомендаций по диагностике и лечению хронической инсомнии у взрослых. *Consilium Medicum. Неврология и Ревматология (Прил.).* 2016;(2):41–51. Режим доступа: <https://www.rnmtot.ru/public/uploads/2020/RNMTOT/Клинические%20рекомендации%20по%20инсомнии.pdf>.

- Poluektov M.G., Buzunov R.V., Averbukh V.M., Verbitsky E.V., Zakharov A.V., Kelmanson I.A. et al. Project of clinical recommendations on diagnosis and treatment of chronic insomnia in adults. *Consilium Medicum. Neurology and Rheumatology (Suppl.)*. 2016;(2):41–51. (In Russ.) Available at: <https://www.rnmot.ru/public/uploads/2020/RNMOT/Клинические%20рекомендации%20по%20инсомнии.pdf>.
17. Riemann D., Baglioni C., Bassetti C., Bjorvatn B., Dolenc Groselj L., Ellis J.G. et al. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *J Sleep Res.* 2017;26(6):675–700. <https://doi.org/10.1111/jsr.12594>.
 18. Modarresi S., Lukacs M.J., Ghodrati M., Salim S., MacDermid J.C., Walton D.M. A Systematic Review and Synthesis of Psychometric Properties of the Numeric Pain Rating Scale and the Visual Analog Scale for Use in People With Neck Pain. *Clin J Pain.* 2021;38(2):132–148. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000999>.
 19. Knowles K.A., Olatunji B.O. Specificity of trait anxiety in anxiety and depression: Meta-analysis of the State-Trait Anxiety Inventory. *Clin Psychol Rev.* 2020;82:101928. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101928>.
 20. Richter P., Werner J., Heerlein A., Kraus A., Sauer H. On the validity of the Beck Depression Inventory. A review. *Psychopathology.* 1998;31(3):160–168. <https://doi.org/10.1159/000066239>.
 21. Stewart W.F., Lipton R.B., Dowson A.J., Sawyer J. Development and testing of the Migraine Disability Assessment (MIDAS) Questionnaire to assess headache-related disability. *Neurology.* 2001;56(6 Suppl. 1):S20–28. <https://doi.org/10.1212/wnl.56.suppl.1.s20>.
 22. Morin C.M., Belleville G., Bélanger L., Ivers H. The Insomnia Severity Index: psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response. *Sleep.* 2011;34(5):601–608. <https://doi.org/10.1093/sleep/34.5.601>.
 23. Agostoni E.C., Barbanti P., Calabresi P., Colombo B., Cortelli P., Frediani F. et al. Current and emerging evidence-based treatment options in chronic migraine: a narrative review. *J Headache Pain.* 2019;20(1):92. <https://doi.org/10.1186/s10194-019-1038-4>.
 24. Филатова Е.Г., Осипова В.В., Табеева Г.Р., Парфенов В.А., Екушева Е.В., Азимова Ю.Э. и др. Диагностика и лечение мигрени: рекомендации российских экспертов. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2020;12(4):4–14. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2020-4-4-14>.
 25. Filatova E.G., Osipova V.V., Tabeeva G.R., Parfenov V.A., Ekusheva E.V., Azimova Yu.E. et al. Diagnosis and treatment of migraine: Russian experts' recommendations. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics.* 2020;12(4):4–14. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2020-4-4-14>.
 26. Tassorelli C., Jensen R., Allena M., De Icco R., Sances G., Katsarava Z. et al. A consensus protocol for the management of medication-overuse headache: Evaluation in a multicentric, multinational study. *Cephalalgia.* 2014;34(9):645–655. <https://doi.org/10.1177/0333102414521508>.
 27. Табеева Г.Р., Осипова В.В., Филатова Е.Г., Азимова Ю.Э., Амелин А.В., Артеменко А.Р. и др. Диагностика и лечение лекарственно-индуцированной головной боли: рекомендации российских экспертов. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2022;14(1):4–13. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2022-1-4-13>.
 28. Tabeeva G.R., Osipova V.V., Filatova E.G., Azimova Yu.E., Amelin A.V., Artyomenko A.R. et al. Evaluation and treatment of medication-overuse headache: Russian experts' guidelines. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics.* 2022;14(1):4–13. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2022-1-4-13>.
 29. Smitherman T.A., Kuka A.J., Calhoun A.H., Walters A.B.P., Davis-Martin R.E., Ambrose C.E. et al. Cognitive-Behavioral Therapy for Insomnia to Reduce Chronic Migraine: A Sequential Bayesian Analysis. *Headache.* 2018;58(7):1052–1059. <https://doi.org/10.1111/head.13313>.
 30. Табеева Г.Р., Кацарава З., Амелин А.В., Сергеев А.В., Скоробогатых К.В., Ефименко И.В., Хорошевский В.Ф. Новое в осознании бремени мигрени: семантический анализ голоса российских пациентов – пользователей Web 2.0. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2021;13(6):73–84. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2021-6-73-84>.
 31. Tabeeva G.R., Katsarava Z., Amelin A.V., Sergeev A.V., Skorobogatikh K.V., Efimenko I.V., Khoroshevskiy V.F. New in understanding the burden of migraine: semantic analysis of the voice of Russian patients – users of Web 2.0. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics.* 2021;13(6):73–84. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2021-6-73-84>.
 32. Головачева В.А., Головачева А.А., Парфенов В.А., Табеева Г.Р., Романов Д.В., Осипова В.В., Кацарава З. Когнитивно-поведенческая терапия в лечении хронической мигрени: описание клинического случая. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2021;13(1):74–80. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2021-1-74-80>.
 33. Golovacheva V.A., Golovacheva A.A., Parfenov V.A., Tabeeva G.R., Romanov D.V., Osipova V.V., Katsarava Z. Cognitive behavioral therapy in the treatment of chronic migraine: a clinical case report. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics.* 2021;13(1):74–80. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2021-1-74-80>.
 34. Ковальчук Н.А., Кирьянова Е.А., Табеева Г.Р. Приверженность терапии пациентов с мигренью (по данным интернет-опроса). *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2021;13(4):81–87. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2021-4-81-87>.
 35. Kovalchuk N.A., Kiryanova E.A., Tabeeva G.R. Medication adherence in migraine patients (data of an online survey). *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics.* 2021;13(4):81–87. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2021-4-81-87>.
 36. Головачева В.А., Головачева А.А., Парфенов В.А. Терапия при хронической мигрени: междисциплинарный подход. Клиническое наблюдение. *Терапевтический архив.* 2021;93(12):1528–1532. <https://doi.org/10.26442/00403660.2021.12.201247>.
 37. Golovacheva V.A., Golovacheva A.A., Parfenov V.A. Chronic migraine treatment: multidisciplinary approach. Case report. *Terapevticheskii Arkhiv.* 2021;93(12):1528–1532. (In Russ.) <https://doi.org/10.26442/00403660.2021.12.201247>.
 38. Amiri P., Kazeminasab S., Nejadghaderi S.A., Mohammadinasab R., Pourfathi H., Araj-Khodaei M. et al. Migraine: A Review on Its History, Global Epidemiology, Risk Factors, and Comorbidities. *Front Neurol.* 2022;12:800605. <https://doi.org/10.3389/fneur.2021.800605>.
 39. Кирьянова Е.А., Табеева Г.Р. Особенности менструального цикла и гинекологической патологии при менструально-ассоциированной мигрени. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2021;13(4):12–17. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2021-4-12-17>.
 40. Kiryanova E.A., Tabeeva G.R. Menstrual cycle and gynecologic pathology in menstrual-related migraine. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics.* 2021;13(4):12–17. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2021-4-12-17>.
 41. Кирьянова Е.А., Табеева Г.Р. Гормональная терапия менструально-ассоциированной мигрени: за и против. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2022;14(1):69–75. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2022-1-69-75>.
 42. Kiryanova E.A., Tabeeva G.R. Hormone therapy for menstrual-associated migraine: pros and cons. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics.* 2022;14(1):69–75. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2022-1-69-75>.
 43. Головачева В.А., Головачева А.А., Володарская Е.А., Бахтадзе М.А. Клинико-психологические характеристики пациентов с мигренью. *Медицинский совет.* 2022;(21):78–87. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2022-16-21-78-87>.
 44. Golovacheva V.A., Golovacheva A.A., Volodarskaya E.A., Bakhtadze M.A. Clinical and psychological characteristics of migraine patients. *Meditinskiy Sovet.* 2022;(21):78–87. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2022-16-21-78-87>.
 45. Tiseo C., Vacca A., Felbush A., Filimonova T., Gai A., Glazyrina T. et al. Migraine and sleep disorders: a systematic review. *J Headache Pain.* 2020;21(1):126. <https://doi.org/10.1186/s10194-020-01192-5>.
 46. Calhoun A.H., Ford S. Behavioral sleep modification may revert transformed migraine to episodic migraine. *Headache.* 2007;47(8):1178–1185. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2007.00780.x>.
 47. Smitherman T.A., Walters A.B., Davis R.E., Ambrose C.E., Roland M., Houle T.T., Rains J.C. Randomized Controlled Pilot Trial of Behavioral Insomnia Treatment for Chronic Migraine With Comorbid Insomnia. *Headache.* 2016;56(2):276–291. <https://doi.org/10.1111/head.12760>.
 48. Smitherman T.A., Kuka A.J., Calhoun A.H., Walters A.B.P., Davis-Martin R.E., Ambrose C.E. et al. Cognitive-Behavioral Therapy for Insomnia to Reduce Chronic Migraine: A Sequential Bayesian Analysis. *Headache.* 2018;58(7):1052–1059. <https://doi.org/10.1111/head.13313>.
 49. Crawford M.R., Luik A.L., Espie C.A., Taylor H.L., Burgess H.J., Jones A.L. Digital Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia in Women With Chronic Migraines. *Headache.* 2020;60(5):902–915. <https://doi.org/10.1111/head.13777>.
 50. Sharpe L., Dudeney J., Williams A.C.C., Nicholas M., McPhee I., Baillie A. et al. Psychological therapies for the prevention of migraine in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;7(7):CD012295. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012295.pub2>.
 51. Lovati C., D'Amico D., Raimondi E., Mariani C., Bertora P. Sleep and headache: a bidirectional relationship. *Expert Rev Neurother.* 2010;10(1):105–117. <https://doi.org/10.1586/ern.09.135>.
 52. Holland P.R. Headache and sleep: shared pathophysiological mechanisms. *Cephalalgia.* 2014;34(10):725–744. <https://doi.org/10.1177/0333102414541687>.

Информация об авторе:

Головачева Вероника Александровна, к.м.н., доцент кафедры нервных болезней и нейрохирургии Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского, Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет); 119991, Россия, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2; xocho.veronica@gmail.com

Information about the author:

Veronika A. Golovacheva, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Nervous Diseases and Neurosurgery, Sklifosovsky Institute of Clinical Medicine, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 8, Bldg. 2, Trubetskaya St., Moscow, 119991, Russia; xocho.veronica@gmail.com