BY-NC-ND

https://doi.org/10.21518/ms2023-411

Клинический случай / Clinical case

Лечение инсомнии у пожилых пациентов с головной болью

В.А. Головачева✉, https://orcid.org/0000-0002-2752-4109, xoxo.veronicka@gmail.com
А.А. Головачева, https://orcid.org/0000-0002-2845-7323
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет); 119021, Россия, Москва, ул. Россолимо, д. 11, стр. 1

Резюме
Описаны клинические случаи ведения пожилых пациентов с первичными головными болями и инсомнией в неврологической практике. В первом клиническом случае подробно описана типичная история болезни пациентки с острой инсомнией и эпизодической головной болью напряжения, во втором – типичная история болезни пациентки с хронической инсомнией и хронической мигренью. В клинических примерах продемонстрированы ошибки, часто встречающиеся при ведении пациентов с инсомнией и первичными головными болями в реальной медицинской практике. Показано влияние психосоциальных (стресс, тревога, ошибочные негативные представления о заболевании, дисфункциональное поведение, катастрофизация симптомов) и ятрогенных (чрезмерное назначение врачами дополнительных методов исследования, гипердиагностика выявляемых структурных изменений позвоночника, сосудов шеи, головного мозга, установление ошибочных диагнозов, назначение неэффективного лечения) факторов на развитие инсомнии и учащение головной боли. Особенности представленных клинических случаев заключаются в демонстрировании взаимосвязей между инсомнией и учащением первичных головных болей. Для лечения пациентов применялась междисциплинарная программа, включающая нелекарственные методы лечения и фармакотерапию. Показано, что через лечение инсомнии удается не только улучшить качество сна, но и снизить частоту головной боли. В качестве фармакотерапии острой и хронической инсомнии применялся препарат СонНорм Дуо, состоящий из мелатонина, экстракта травы пустырника и масла листьев перечной мяты. В лечении инсомнии мелатонин и вещества растительного происхождения имеют высокий уровень эффективности и рекомендуются в качестве препаратов, с которых следует начинать лечение инсомнии. Фармакотерапия острой и хронической инсомнии сочеталась с нелекарственными методами, обладающими высокой эффективностью: образовательной программой по гигиене сна, когнитивно-поведенческой терапией, упражнениями по релаксации. На фоне проводимого лечения уже в первый месяц пациенты отметили улучшение качества сна. У пациента с острой инсомнией и эпизодической головной болью напряжения устойчивая нормализация сна и значимое снижение частоты головной боли произошли к 6-й неделе лечения, а у пациента с хронической инсомнией и хронической мигренью – к 3-му месяцу лечения. Наблюдение за пациентами в течение 12 мес. показало, что положительный эффект от проведенного лечения сохранился.

Ключевые слова: мигрень, когнитивно-поведенческая терапия, гигиена сна, фармакотерапия, снотворные препараты, мелатонин, мята, пустырник

Для цитирования: Головачева ВА, Головачева АА. Лечение инсомнии у пожилых пациентов с головной болью. *Медицинский совет*. 2023;17(21):44–52. https://doi.org/10.21518/ms2023-411.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Treatment of insomnia in elderly patients with headaches

Veronika A. Golovacheva✉, https://orcid.org/0000-0002-2752-4109, xoxo.veronicka@gmail.com
Anzhelika A. Golovacheva, https://orcid.org/0000-0002-2845-7323
Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 11, Bldg. 1, Rossolimo St., Moscow, 119435, Russia

Abstract
The article describes clinical cases of elderly patients with primary headaches and insomnia managed in neurological practice. The first clinical case provides details of the typical medical history of a female patient with acute insomnia and episodic tension-type headache, the second one describes the typical medical history of a patient with chronic insomnia and chronic migraine. Clinical examples demonstrate common errors in the management of patients with insomnia and primary headaches in real-life medical practice. The influence of psychosocial (stress, anxiety, negative misconceptions about the disease, dysfunctional behaviour, symptom catastrophizing) and iatrogenic (ordering excessive additional diagnostic tests, over-diagnosing of detected structural changes in the spine, neck vessels, brain, diagnostic errors, prescribing of ineffective treatment) factors on the development of insomnia and increase of headaches in frequency is shown. The features of the presented clinical cases are to demonstrate the relationship between insomnia and increased frequency of primary headaches. Patients were treated using the interdisciplinary program comprising non-drug treatments and drug therapy. It has been shown that the treatment of insomnia can not only improve the quality of sleep, but also reduce the frequency of headaches.

© Головачева ВА, Головачева АА, 2023

SonNorm Duo containing melatonin, motherwort extract and peppermint leaf oil was used as a drug therapy for acute and chronic insomnia. Melatonin and substances of plant origin have a high level of effectiveness in the treatment of insomnia and are recommended as drugs to be used first to treat insomnia. The drug therapy of acute and chronic insomnia was combined with highly effective non-drug treatments: an educational program to improve sleep hygiene, cognitive behavioural therapy, and relaxation exercises. During treatment, patients reported an improvement in their sleep quality as early as in the first month. A stable normalization of sleep and a significant decrease in headache frequency in a patient with acute insomnia and episodic tension-type headache occurred after the fifth week of treatment and in a patient with chronic insomnia and chronic migraine after the second month of treatment. A 12- month follow-up of patients showed that the positive effect of the treatment was maintained.

Keywords: migraine, cognitive behavioural therapy, sleep hygiene, drug therapy, sleeping pills, melatonin, peppermint, motherwort

For citation: Golovacheva VA, Golovacheva AA. Treatment of insomnia in elderly patients with headaches. *Meditsinskiy Sovet*. 2023;17(21):44–52. (In Russ.) https://doi.org/10.21518/ms2023-411.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest.

ВВЕДЕНИЕ

Инсомния (бессонница) – клинический синдром, включающий жалобы на нарушения ночного сна (трудности с засыпанием, поддержанием сна или ранние пробуждения раньше желаемого времени) и связанные с этим расстройства дневного бодрствования, при этом времени и условий для сна достаточно [1]. Распространенность инсомнии в общей популяции составляет 9–15%. Среди женщин инсомния встречается в 1,5 раза чаще, чем среди мужчин, а пожилой возраст, стресс, психологические проблемы и психические нарушения являются факторами риска развития инсомнии [2, 3]. Болезнь несет социальное и экономическое бремя, так как заболевание снижает профессиональную производительность и активность во всех сферах жизни пациентов. Инсомния повышает риск развития сердечно-сосудистых, эндокринных, желудочно-кишечных, урологических и неврологических заболеваний [4]. У пациентов с инсомнией частота выявления неврологических заболеваний в 4,6 раза выше, чем у пациентов без нее [5–8]. Инсомния – фактор риска хронизации первичных головных болей (головной боли напряжения, мигрени), развития депрессии и тревожных расстройств. Инсомния значительно чаще встречается у людей с головной болью напряжения и (или) мигренью, чем у людей, не страдающих головными болями [9–13].

Своевременная диагностика и лечение инсомнии у лиц пожилого возраста имеют большое практическое значение, так как инсомния может приводить к развитию или ухудшению головных болей, когнитивных нарушений, гипертонической болезни, болезней сердца, неустойчивости и шаткости при ходьбе и другим заболеваниям [3, 5]. В реальной отечественной практике тактика лечения пожилых пациентов с инсомнией и головной болью в большинстве случаев не соответствует современным международным рекомендациям и не учитывает отдаленные неблагоприятные последствия назначаемой фармакотерапии. Так, например, большинству пожилых пациентов, предъявляющих жалобы на инсомнию, назначаются сильнодействующие рецептурные препараты – транквилизаторы бензодиазепинового ряда [14–16]. Последствия подобных назначений у пожилых пациентов – развитие физической и психологической зависимости от бензодиазепинов, снижение когнитивных функций, падения и травмы из-за нарушения устойчивости и ходьбы, а также другие симптомы [17]. При этом качественных улучшений ночного сна, дневного функционирования и уменьшения частоты головных болей не происходит. Эксперты в области нарушений сна считают, что бензодиазепиновые транквилизаторы и антидепрессанты не должны назначаться лицам пожилого возраста для лечения инсомнии, потому что это позволяет избежать высокого риска развития побочных эффектов и декомпенсации соматических заболеваний [18]. В связи с этим необходимо информирование практикующих врачей о существующих современных возможностях эффективного лечения инсомнии в сочетании с первичной головной болью.

В соответствии с российскими и зарубежными рекомендациями при инсомнии к терапии первой линии относится образовательная программа по гигиене сна, когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) и препараты, содержащие мелатонин и (или) вещества растительного происхождения [19, 20]. Важно отметить, что у пациентов с инсомнией и первичной головной болью лечение нарушений сна приводит не только к улучшению его качества, но и к снижению частоты эпизодов головной боли [16, 21–24]. Приводим собственные клинические примеры ведения пожилых пациентов с острой и хронической инсомнией, сочетающейся с первичными головными болями.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ 1

Пациентка М., 62 года, обратилась в Клинику нервных болезней им. А.Я. Кожевникова с жалобами на нарушения ночного сна, дневную сонливость, головную боль, общую слабость, тревожность. Нарушения ночного сна возникли 2 мес. назад после стрессовой ситуации в семье. Пациентка имеет трудности с засыпанием (время засыпания – от 60 до 120 мин), частые ночные пробуждения, иногда связанные и чаще не связанные с позывом к мочеиспусканию (по 4–5 пробуждений за ночь, на повторные засыпания требуется от 5 до 15 мин), ранние утренние пробуждения в 5 часов утра, отсутствие ощущения отдыха после ночного сна, дневную сонливость и повышенную утомляемость.

Головные боли беспокоят пациентку с 16 лет, ранее они возникали эпизодически, с частотой от 2 до 7 раз в месяц, провоцировались эмоциональным и физическим перенапряжением. Пациентка обеспокоена, что за последний месяц головные боли участились до 17 дней в месяц. По клиническим характеристикам текущие головные боли соответствуют тем, что возникали ранее. По характеру головные боли давящие, сжимающие, двусторонней локализации, интенсивностью от 3 до 6 баллов по числовой рейтинговой шкале, продолжительностью от нескольких часов до 2 дней (без купирования анальгетиком), купируются приемом безрецептурного комбинированного анальгетика, не усиливаются от обычных физических нагрузок. За прошедший месяц пациентка принимала безрецептурные анальгетики 12 дней.

В ходе клинической беседы была установлена связь между учащением головной боли, тревожностью и нарушением ночного сна. После стрессовой ситуации в семье у пациентки повысилась тревожность, эмоциональная лабильность, плаксивость. На фоне этих эмоциональных нарушений появились симптомы инсомнии, затем участились головные боли.

Пациентка обращалась за консультацией к неврологу по поводу перечисленных жалоб. Проводились лабораторные исследования (общий, биохимический анализ крови), инструментальные исследования (дуплексное сканирование сосудов шеи, магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга и шейного отдела позвоночника). По данным МРТ головного мозга патологии не выявлено. По данным МРТ шейного отдела позвоночника выявлены дегенеративные изменения шейного отдела позвоночника, протрузия межпозвонкового диска на уровне С3–С4, грыжа межпозвонкового диска на уровне С4–С5 без компрессии невральных структур. По данным дуплексного сканирования сосудов шеи выявлена асимметрия кровотока по позвоночным артериям. Пациентке был поставлен диагноз «остеохондроз, грыжа межпозвонкового диска С4–С5; хроническая ишемия головного мозга». Было назначено лечение: курс сосудистых, ноотропных препаратов, нестероидные противовоспалительные средства (НПВС), для улучшения ночного сна рекомендован прием рецептурного транквилизатора бензодиазепинового ряда бромдигидрохлорфенилбензодиазепина. Пациентка принимала назначенные препараты в течение 2 нед., улучшения состояния не отмечала. У нее сложились неправильные представления о причинах и методах лечения своего заболевания, наблюдалась катастрофизация симптомов («головной мозг плохо кровоснабжается», «голова болит из-за грыжи и плохого кровоснабжения», «стресс спровоцировал предынсультное состояние», «чтобы лучше себя чувствовать, нужно побольше спать», «нужно подольше полежать в кровати даже без сна, так я хоть отдохну»).

На амбулаторной консультации в Клинике нервных болезней им. А.Я. Кожевникова был проведен соматический, неврологический и нейроортопедический осмотр, выявлен миофасциальный болевой синдром перикраниальных мышц. По данным ранее проведенных лабораторных и инструментальных методов исследования не обнаружено клинически значимой патологии, объясняющей возникновение у пациентки вышеперечисленных жалоб. Пациентке было предложено заполнить опросники: шкалу личностной и ситуативной тревоги Спилбергера – Ханина (ШТСХ), шкалу депрессии центра эпидемиологических исследований (ШДЦЭИ) и индекс тяжести инсомнии (ИТИ). По результатам ШТСХ у пациентки был выявлен высокий уровень ситуативной тревоги (47 баллов) и умеренный уровень личностной тревоги (39 баллов), по данным ШДЦЭИ не выявлено признаков депрессии (15 баллов), по ИТИ – умеренные нарушения сна (17 баллов).

На основании жалоб, анамнеза заболевания, данных объективного осмотра, диагностических критериев инсомнии [1, 19, 20] и головной боли напряжения [25] пациентке поставлен клинический диагноз «острая инсомния; эпизодическая головная боль напряжения с вовлечением перикраниальных мышц».

На основании рекомендаций по лечению инсомнии [19, 20] и головной боли напряжения [26], а также рекомендаций по профилактике лекарственно-индуцированной головной боли [27] пациентке назначено лечение:

1) образовательная беседа, направленная на разъяснение пациентке информации о ее заболеваниях: причины; факторы, поддерживающие головную боль и инсомнию; взаимосвязь тревоги, инсомнии и головной боли; системный подход к лечению; ожидаемая продолжительность лечения и благоприятный прогноз;
2) СонНорм Дуо по 1 таб. за 30 мин до сна в течение 14 дней;
3) ограничение приема обезболивающих препаратов (строго не более 8 дней в месяц), для купирования головной боли напряжения использовать безрецептурный комбинированный анальгетик, парацетамол или НПВС;
4) соблюдение рекомендаций по гигиене сна;
5) кинезиотерапия, включающая лечебную гимнастику (стретчинг, пилатес, постизометрическую релаксацию) и тренинг правильных поз, в форме индивидуальных занятий 1 раз в неделю в течение 4 нед.;
6) упражнения по релаксации, включая прогрессирующую мышечную релаксацию, глубокое брюшное дыхание и релаксацию с образом пляжа. Данные упражнения были показаны на консультации, рекомендовано выполнять их 1 раз в день в вечерние часы или перед сном.

Улучшение качества сна, физического и психического состояния пациентка отметила уже через 2 нед. лечения. Через 6 нед. пациентка пришла на повторную консультацию. На момент осмотра сон нормализовался, частота головной боли уменьшилась вдвое, тревога значимо снизилась, повысилась активность в течение дня. Последующие 3 мес. наблюдения показали поддержание клинического эффекта. У пациентки нормальный ночной сон, головная боль напряжения возникала с частотой 2–3 раза в месяц. По ИТИ нет нарушений сна (2 балла), уровни ситуативной и личностной тревоги снизились до низких значений (до 30 и 28 баллов соответственно) по ШТСХ, симптомов депрессии также нет по ШДЦЭИ, при этом

показатель даже улучшился (5 баллов). Важно отметить, что пациентка была привержена проводимому лечению, прилежно соблюдала медицинские рекомендации. Наблюдение за пациенткой в течение 12 мес. показало сохранение достигнутого клинического эффекта.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ 2

Пациентка Н., 59 лет, обратилась в Клинику нервных болезней им. А.Я. Кожевникова с жалобами на нарушения ночного сна, повышенную утомляемость, снижение трудоспособности, головную боль, боль в шее, раздражительность, тревожность.

Нарушения ночного сна возникли 9 мес. назад после стрессовой ситуации и повышения уровня тревожности. Пациентка имела трудности с засыпанием (время засыпания от 60 до 120 мин), частые ночные пробуждения (по 2–3 пробуждения за ночь, на повторные засыпания требовалось от 15 до 60 мин), ощущение поверхностного сна, ранние утренние пробуждения в 4–5 часов утра, отсутствие ощущения отдыха после ночного сна, дневную сонливость и повышенную утомляемость.

На фоне нарушений сна и тревожности у пациентки постепенно участились головные боли до 15 дней в месяц, из которых 8 дней соответствуют клинической картине мигрени и 7–9 дней – головной боли, подобной головной боли напряжения. Такая частота головных болей наблюдалась в течение последних 4 мес. Частота принимаемых обезболивающих препаратов (ибупрофена, безрецептурного комбинированного анальгетика) – 8–9 дней в месяц. За последние 4 мес. присоединились боли в шее, которые могут предшествовать приступу головной боли или возникать во время нее. Из анамнеза известно, что головные боли, соответствующие клинической картине мигрени и головной боли напряжения, беспокоят с 18 лет. Ранее частота головных болей была от 3 до 7 дней в месяц, обычно головные боли возникали после эмоционального перенапряжения, недостатка сна, дневного сна, приема вина, в дни менструаций.

По поводу перечисленных жалоб пациентка обращалась к двум неврологам, назначались дополнительные исследования (такие же, как в ранее представленном клиническом наблюдении пациентки М.). Выявлены дегенеративные изменения, протрузии С4–С5, С6–С7 шейного отдела позвоночника по МРТ шейного отдела позвоночника. Данные изменения были ошибочно расценены как причины болей. Два гиперинтенсивных очага размерами 2–3 мм в проекции левой лобной и теменной доли были выявлены по МРТ головного мозга. Данные очаги были также неправильно интерпретированы и расценены врачами как признаки «цереброваскулярного заболевания, недостаточного кровоснабжения головного мозга». Соответственно, пациентка получила неправильную информацию о причинах вышеперечисленных жалоб. Был поставлен диагноз «хроническая ишемия головного мозга; остеохондроз шейного отдела позвоночника». Также как и в клиническом наблюдении 1, пациентке Н. было назначено неадекватное лечение – сосудистыми и ноотропными препаратами, НПВС, рецептурным транквилизатором бензодиазепинового ряда бромдигидрохлорфенилбензодиазепином. Пациентка получала данное лечение в течение 3 нед. без эффекта. От приема рецептурного транквилизатора бензодиазепинового ряда появилось головокружение, ощущение тумана в голове, усилилась сонливость в течение дня, в связи с чем пациентка самостоятельно отменила препарат через 5 дней приема.

На амбулаторной консультации в Клинике нервных болезней им. А.Я. Кожевникова был проведен соматический, неврологический и нейроортопедический осмотр, выявлен миофасциальный болевой синдром перикраниальных мышц. По данным ранее проведенных лабораторных и инструментальных методов исследования не обнаружено клинически значимой патологии, объясняющей возникновение у пациентки вышеперечисленных жалоб. Выявленные по МРТ головы очаги связаны с наличием у пациентки мигрени, а не цереброваскулярной патологии, они клинически бессимптомны, не оказывают негативного влияния на течение заболевания и прогноз [28].

Пациентке предложено заполнить опросники: ШТСХ, ШДЦЭИ и ИТИ. По результатам ШТСХ был выявлен высокий уровень ситуативной тревоги (47 баллов) и высокий уровень личностной тревоги (48 баллов), по данным ШДЦЭИ – легкая депрессия (25 баллов), по ИТИ – умеренные нарушения сна (20 баллов). Вышеперечисленные попытки пациентки улучшить свой сон дезадаптивны и ошибочны, являются поддерживающими факторами инсомнии. В ходе клинической беседы было выяснено, что у пациентки сформировались неправильные катастрофичные представления о своем состоянии. Например, пациентка считала, что «головная боль связана с плохим кровоснабжением головного мозга», «голова болит из-за патологии шеи», «чтобы высыпаться, нужно спать дольше», «вечером нужно лучше готовить себя ко сну: попить травяной чай, ложиться в постель заранее», «я не смогу уснуть сама, что-то случилось с головой».

Также в ходе беседы с пациенткой были выявлены ошибочные формы поведения в отношении сна, которые поддерживали инсомнию. Пациентка пыталась улучшить свой ночной сон самостоятельно с помощью нескольких приемов:

1) ложилась спать пораньше, из-за чего время пребывания в постели до момента засыпания увеличилось еще на 60–90 мин;
2) из-за того что долго не могла уснуть, в течение 1–2 ч смотрела сериалы по смартфону, лежа в постели;
3) перед сном пила травяной чай;
4) при ранних утренних пробуждениях продолжала лежать в постели без сна в течение 3–5 ч;
5) иногда ложилась спать днем на 60–90 мин;
6) в вечерние часы смотрела телевизор, лежа на диване, после чего засыпала на 30–40 мин.

Данные формы поведения не приводили к улучшению сна, состояние ухудшалось.

На основании жалоб, анамнеза заболевания, данных объективного осмотра, результатов лабораторных

и инструментальных методов исследований, диагностических критериев инсомнии [1, 19, 20] и первичных головных болей [25] пациентке поставлен клинический диагноз «хроническая инсомния; хроническая мигрень; хроническая скелетно-мышечная цервикалгия; тревожно-депрессивный синдром».

На основании рекомендаций по лечению инсомнии [19, 20] и мигрени [29], а также по профилактике лекарственно-индуцированной головной боли [27] назначено лечение:

1) образовательная беседа, направленная на разъяснение пациентке информации о ее заболеваниях: причины; факторы, поддерживающие головную боль, боль в шее, инсомнию, тревожно-депрессивный синдром; взаимосвязь тревоги, депрессии, инсомнии, головной боли и боли в шее; системный подход к лечению; ожидаемая продолжительность лечения и благоприятный прогноз;
2) метопролол по 50 мг 2 раза в день в течение 12 мес.;
3) СонНорм Дуо по 1 таб. за 30 мин до сна в течение 28 дней;
4) ограничение приема обезболивающих препаратов (строго не более 8 дней в месяц);
5) элетриптан 20 или 40 мг (подбор минимально эффективной терапевтической дозы);
6) рекомендации по гигиене сна;
7) КПТ, направленная на лечение инсомнии, боли и тревожно-депрессивного синдрома, в форме индивидуальных сессий с частотой 1 раз в неделю в течение 10 нед.;
8) кинезиотерапия, включающая упражнения по лечебной гимнастике (стретчинг, пилатес, постизометрическая релаксация), тренинг правильных поз, в форме индивидуальных занятий с частотой 1 раз в неделю в течение 8 нед.

Улучшение качества сна пациентка отметила уже через 2 нед. терапии. Через 4 нед. пришла на повторную консультацию. Пациентка хорошо переносила назначенную терапию, была высокая приверженность к лечению. Возникающие приступы мигрени купировала с помощью 40 мг элетриптана. Пациентка отмечала улучшение эмоционального и физического самочувствия, облегчение головной боли и боли в шее, улучшение качества сна. Лечение было продолжено. Через 3 мес. наблюдения частота головной боли уменьшилась до 6 дней в месяц, боли в шее не было, сон нормализовался, эмоциональное состояние выраженно улучшилось. По ИТИ не было признаков инсомнии (3 балла), по ШДЦЭИ – признаков депрессии (4 балла), по ШТСХ уровни ситуативной и личностной тревоги снизились до умеренных значений (33 и 32 балла соответственно). Наблюдение за пациенткой в течение 12 мес. показало, что достигнутый клинический эффект сохранялся, а частота головной боли уменьшилась до 2–3 дней в месяц. Эффективная доза триптана для купирования приступа головной боли уменьшилась вдвое: приступ мигрени пациентка эффективно купировала с помощью 20 мг элетриптана.

ОБСУЖДЕНИЕ

Два описанных клинических случая демонстрируют распространенную в отечественной медицинской практике типичную ошибочную тактику ведения пожилых пациентов с инсомнией и коморбидными первичными головными болями [14, 30, 31]. Так, до обращения в Клинику нервных болезней им. А.Я. Кожевникова пациентам были поставлены неправильные диагнозы и назначено неадекватное лечение. Важно отметить, что в обоих клинических случаях отсутствовали красные флажки – симптомы и признаки, настораживающие врача в отношении вторичной (симптоматической) головной боли [26, 29]. Несмотря на это, пациентам назначались дополнительные методы исследования. Чрезмерное необоснованное назначение дополнительных методов исследования с ошибочной интерпретацией полученных результатов – распространенная проблема в отечественной практике ведения пациентов с головной болью и сочетанными нарушениями (инсомнией, головокружением, эмоциональными расстройствами), на что указывали авторы проведенных отечественных исследований [14, 30, 31]. Последствия гипердиагностики изменений, выявляемых по дополнительным методам исследования, – установление ложных причинно-следственных связей между данными изменениями и жалобами пациента, установление неправильного диагноза, дезинформирование пациента о причинах его заболевания и назначение неадекватного лечения [14, 32, 33].

Инсомния, головная боль напряжения, мигрень, скелетно-мышечная боль в шее – неврологические заболевания, которые эффективно лечатся, не имеют в своей основе органических нарушений и обладают благоприятным прогнозом. Подчеркнем, что в рассмотренных случаях пациенткам были поставлены не просто ошибочные диагнозы, а значимо более тяжелые, органические, по своей сущности необратимые заболевания с риском развития сердечно-сосудистых катастроф, инвалидности. Это негативным образом влияет на эмоциональное и физическое состояние пациента. Неправильные представления о своем заболевании способствовали катастрофизации симптомов, повышению уровня тревоги и ухудшению течения инсомнии и болевого синдрома. Подобные ситуации с ошибочной диагностикой описаны авторами проведенных ранее исследований [14, 30–33]. Другая практическая проблема – это необоснованное назначение пациентам с первичной головной болью сосудистых, ноотропных и витаминных препаратов, которые не улучшают состояние пациентов, а только формируют негативный опыт преодоления боли, создают у пациента ложное впечатление о наличии тяжелого неизлечимого заболевания [14, 30–33]. В результате у пациентов возникает катастрофизация симптомов – фактор хронизации боли и инсомнии.

Несмотря на наличие у представленных пациенток явных симптомов, ни одной из них не был официально поставлен диагноз инсомнии. Однако, несмотря на это, обеим пациенткам были назначены снотворные препараты – транквилизаторы бензодиазепинового ряда,

подлежащие предметно-количественному учету по рецептам на бланках строгой отчетности. Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин, который был назначен пациенткам, – наиболее используемый препарат в данной категории для лечения бессонницы в отечественной практике [15, 16, 34]. При этом ни одной пациентке не давались рекомендации по гигиене сна. Подобная тактика лечения пациентов с инсомнией распространена в реальной отечественной практике, но противоречит современному эффективному и безопасному лечению инсомнии [19, 20]. Во-первых, в соответствии с международными научно обоснованными рекомендациями лечение инсомнии не следует начинать с назначения снотворных препаратов бензодиазепинового ряда, обладающих низким уровнем доказательной эффективности в лечении этого заболевания [19, 20]. Во-вторых, терапия данными препаратами сопряжена с высоким риском развития зависимости от них, что затрудняет их последующую отмену, может потребоваться консультация психиатра по поводу синдрома зависимости и отмены «виновного» препарата [17]. В-третьих, у лиц пожилого возраста бензодиазепиновые транквилизаторы могут приводить к снижению когнитивных функций, неустойчивости и шаткости при ходьбе, головокружениям, падениям и травмам. В связи с этим эксперты по лечению инсомнии считают, что препараты данной группы не следует назначать пожилым людям [18].

В клинике нервных болезней им. А.Я. Кожевникова пациенткам был поставлен диагноз мигрени и головной боли напряжения в соответствии с Международной классификацией головных болей 3-го пересмотра [25] и диагноз инсомнии – в соответствии с Международной классификацией расстройств сна 3-го пересмотра [1]. Данные классификации необходимо использовать всем практикующим неврологам при работе с пациентами с нарушениями сна и головными болями. Истории двух пациенток – типичные клинические примеры развития острой и хронической инсомнии и учащения первичных головных болей. В этих случаях в основе развившихся заболеваний лежит стрессовое событие, которое пациенткам психологически не удалось преодолеть, и острый стресс перешел в хронический – в дистресс, при котором состояние тревоги затянулось по продолжительности и усилилось по интенсивности. На фоне продолжающейся тревоги появились симптомы инсомнии, мероприятия по улучшению ночного сна и эмоционального состояния не проводились, и развилась инсомния как заболевание. Так как в течение жизни пациентки страдали первичными головными болями, то на фоне повышенной тревоги и развившейся инсомнии произошло учащение данных головных болей. Известно, что стресс и тревога – провоцирующие факторы развития инсомнии и хронизации мигрени, головной боли напряжения. Инсомния и первичные головные боли имеют взаимное негативное влияние: инсомния – фактор хронизации первичных головных болей, при этом частые головные боли, в свою очередь, могут провоцировать и ухудшать течение инсомнии [5, 9–13]. Первая пациентка обратилась в Клинику нервных болезней через 2 мес. от дебюта инсомнии, а вторая – через 9 мес., соответственно, на момент обращения в клинику у первой пациентки инсомния и первичная головная боль еще не хронизировались, а у второй – приобрели хроническое течение.

В клинике для пациенток были составлены междисциплинарные программы лечения на основе рекомендаций по терапии инсомнии [19, 20], мигрени [29], головной боли напряжения [26] с учетом взаимосвязи между инсомнией, первичными головными болями, скелетно-мышечной болью, тревогой, депрессией. Программы лечения для пациенток имели сходства и различия по набору терапевтических методов, так как в первом случае проводилось лечение острой инсомнии и эпизодической головной боли, а во втором – хронической инсомнии и хронической головной боли. Обращаем внимание, что лечение представленных пожилых пациентов не было перегружено лекарственными препаратами, они не относились к психотропным, не ухудшали когнитивные функции, равновесие и ходьбу, что имеет важное значение при ведении пожилых пациентов.

В качестве фармакотерапии инсомнии препаратом выбора для лечения острой и хронической инсомнии стал СонНорм Дуо, содержащий мелатонин, экстракт травы пустырника и масло листьев перечной мяты. В лечении инсомнии мелатонин относится к уровню рекомендаций IA, вещества растительного происхождения – к уровню рекомендаций IIA [19, 20]. Препарат СонНорм Дуо – это новый перспективный препарат для лечения инсомнии, который был зарегистрирован в России в 2022 г. [35]. СонНорм Дуо выпускается в форме таблеток, покрытых пленочной оболочкой, в 1 таб. содержится комбинация мелатонина в терапевтической дозе 3 мг и растительных компонентов – экстракта травы пустырника (28 мг) и масла листьев перечной мяты (1,16 мг). В составе таблетки субстанция мелатонина включена в наружную пленочную оболочку, остальные компоненты – в ее срединную часть [35]. Подобная структура таблетки позволяет обеспечивать оптимальную биодоступность действующих веществ и усиливать взаимные клинические эффекты. Благодаря комбинированному составу СонНорм Дуо обладает адаптогенным, седативным и снотворным эффектом, положительно влияет на интеллектуально-мнестические функции головного мозга и эмоционально-личностную сферу, улучшает процесс засыпания и качество сна, уменьшает тревожность, которая нередко мешает полноценному отдыху [35]. Мята дополнительно обладает спазмолитическим и сосудорасширяющим, а пустырник – кардиотоническим эффектом.

В многоцентровом открытом рандомизированном клиническом исследовании, включившем 140 амбулаторных пациентов с инсомнией, проводилось сравнение эффективности комбинированного препарата СонНорм Дуо и монопрепарата мелатонина [35]. Пациентам 1-й группы назначали препарат СонНорм Дуо внутрь по 1 таб. 1 раз в сутки за 30–40 мин до сна. Пациенты 2-й группы получали препарат мелатонина (3,00 мг) внутрь по 1 таб. 1 раз в день за 30–40 мин до сна. Общая продолжительность лечения составила 28 дней. Дизайн исследования

предусматривал 4 визита: визит 0 (скрининг), визит 1 (рандомизация и начало лечения, 1-й день), визит 2 (терапия, 15-й день), визит 3 (окончание терапии, 29-й день). В качестве первичной конечной точки использовалось изменение общего суммарного балла по анкете балльной оценки субъективных характеристик сна к визиту 3 по сравнению с визитом 1. В качестве вторичной конечной точки использовалось изменение общего суммарного балла по анкете балльной оценки субъективных характеристик сна к визиту 2 по сравнению с визитом 1. Применение исследуемых препаратов приводило к статистически значимому увеличению общего суммарного балла по анкете балльной оценки субъективных характеристик сна уже к визиту 2 и далее. К визиту 3 по сравнению с визитом 1 достоверное различие между препаратами СонНорм Дуо и мелатонина составило 4,10 балла (95%-й доверительный интервал 2,56–5,63; $p < 0,05$) (*рис. 1*). Первичная конечная точка была достигнута в отношении препарата сравнения, что свидетельствовало о преимуществе комбинированного препарата СонНорм Дуо перед монопрепаратом мелатонина в отношении клинической эффективности. При оценке динамики на визите 2 было выявлено статистически значимое более выраженное увеличение общего суммарного балла по анкете балльной оценки субъективных характеристик сна в группе исследуемого препарата СонНорм Дуо по сравнению с монопрепаратом мелатонина (*рис. 2*). Таким образом, была достигнута вторичная конечная точка. У пациентов была хорошая приверженность к лечению, статистически значимых различий между группами не было. Статистически значимых различий между группами по частоте нежелательных явлений не выявлено ($p > 0,05$). Нежелательные явления зарегистрированы у 2 (2,9%) пациентов группы СонНорм Дуо и 4 (5,7%) – группы мелатонина. Серьезных нежелательных явлений не было. Нежелательные явления были легкой степени выраженности, не требовали назначения сопутствующей терапии, медицинского вмешательства, изменения дозы и режима применения препаратов исследования. Авторы сделали вывод, что препарат СонНорм Дуо имеет статистически достоверное преимущество перед препаратом мелатонина по клинической эффективности в отношении влияния на качественные параметры сна: время засыпания, продолжительность и качество сна, количество ночных пробуждений, количество сновидений, качество утреннего пробуждения, что подтверждено динамикой общего суммарного балла по анкете балльной оценки субъективных характеристик сна. Терапия препаратом СонНорм Дуо хорошо переносится пациентами, частота развития нежелательных явлений не отличается от терапии препаратом мелатонина.

Нелекарственные методы имеют не менее важное значение, чем лекарственные препараты в лечении инсомнии [2, 19, 20, 36]. В соответствии с терапевтическими рекомендациями лечение инсомнии следует начинать с гигиены сна и применяемых в вечерние часы упражнений по релаксации (уровень рекомендаций IA) [19, 20]. Для лечения острой инсомнии применение данных нелекарственных методов оказывается достаточным, что продемонстрировано в первом клиническом случае. В лечении хронической инсомнии, кроме перечисленных нелекарственных методов, рекомендуется применять КПТ инсомнии, обладающую высоким уровнем эффективности (уровень рекомендаций IA) [19, 20]. В связи с этим во втором клиническом случае пациентка получала КПТ. В процессе КПТ инсомнии проводится психологическая работа с неправильными убеждениями пациента о ночном сне и дневной активности, с ошибочным поведением пациента в отношении сна [36, 37]. В историях заболеваний пациенток были представлены типичные неправильные убеждения о сне, а в истории заболевания второй пациентки подробно представлено типичное ошибочное поведение в отношении сна. Подобные формы поведения – это поддерживающие факторы хронической инсомнии [2].

Рисунок 1. Улучшение общего суммарного балла по анкете балльной оценки субъективных характеристик сна у пациентов с инсомнией на фоне лечения

Figure 1. Improvement of the total score based on the results of the questionnaire assessment of subjective characteristics of sleep in patients with insomnia during treatment

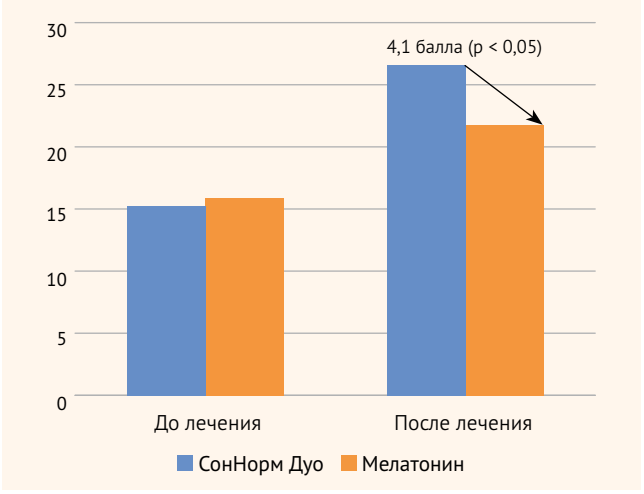
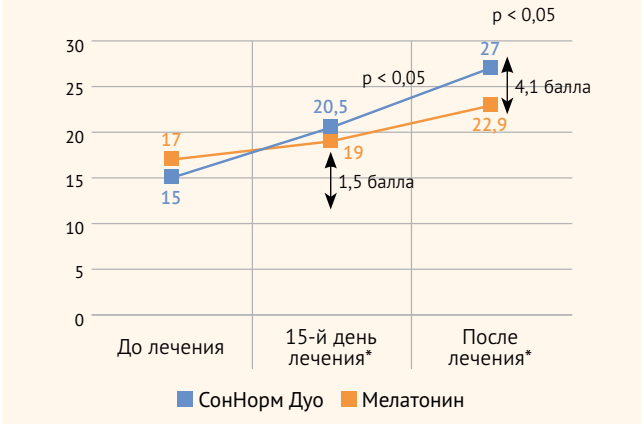


Рисунок 2. Улучшение общего суммарного балла по анкете балльной оценки субъективных характеристик сна в группе СонНорм Дуо и мелатонина на фоне лечения

Figure 2. Improvement of the total score based on the results of the questionnaire assessment of subjective characteristics of sleep in the SonNorm Duo and melatonin group during treatment



* Уровень значимости межгрупповых различий, $p < 0,05$.

В лечении эпизодической головной боли напряжения у первой пациентки основное внимание уделялось нелекарственным методам и коррекции инсомнии как факторам учащения головной боли. У второй пациентки в качестве профилактической терапии хронической мигрени применялся метопролол и нелекарственные методы – КПТ, кинезиотерапия. Коррекция инсомнии как фактора хронизации мигрени также оказывала значимое влияние на ее трансформацию из хронической в эпизодическую. Эффективность данного подхода подтверждена авторами предшествующих исследований, в которых лечение инсомнии с помощью междисциплинарного лечения, включающего КПТ инсомнии, привело не только к улучшению качества сна и дневной активности, но и к значимому снижению частоты головной боли у пациентов с хронической инсомнией и хронической мигренью [15, 16, 21–24].

В результате проведенного лечения уже в первый месяц пациенты отметили улучшение качества сна. У пациентки с острой инсомнией и эпизодической головной болью напряжения устойчивая нормализация сна и значимое снижение частоты головной боли произошли к 6-й неделе лечения, а у пациентки с хронической инсомнией и хронической мигренью – к 3-му месяцу лечения. Последующее наблюдение за пациентками в течение 12 мес. показало, что положительный эффект от проведенного лечения сохранился.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Продемонстрирован современный, научно обоснованный междисциплинарный подход к лечению пожилых пациентов с острой инсомнией и эпизодической головной болью напряжения, а также с хронической инсомнией и хронической мигренью. Значимая роль отводилась нелекарственным методам лечения – образовательным беседам, релаксации, лечебной гимнастике, гигиене сна, КПТ. Через лечение инсомнии удалось не только улучшить качество сна, но и снизить частоту головной боли. В качестве фармакотерапии острой и хронической инсомнии применялся препарат СонНорм Дуо, состоящий из мелатонина, экстракта травы пустырника и масла листьев перечной мяты. В лечении инсомнии мелатонин и вещества растительного происхождения имеют высокий уровень эффективности и рекомендуются в качестве препаратов, с которых следует начинать лечение инсомнии. Благодаря комбинированному составу препарат СонНорм Дуо обладает адаптогенным, седативным и снотворным действием. В результате проведенного лечения у пациентов нормализовался сон, значимо снизилась частота головной боли, улучшилось эмоциональное состояние.

Поступила / Received 05.10.2023
Поступила после рецензирования / Revised 22.10.2023
Принята в печать / Accepted 30.10.2023

Список литературы / References

1. Sateia MJ. International classification of sleep disorders – thirdedition: highlights and modifications. *Chest.* 2014;146(5):1387–1394. https://doi.org/10.1378/chest.14-0970.
2. Dopheide JA. Insomnia overview: epidemiology, pathophysiology, diagnosis and monitoring, and nonpharmacologic therapy. *Am J Manag Care.* 2020;26(Suppl. 4):S76–S84. https://doi.org/10.37765/ajmc.2020.42769.
3. Patel D, Steinberg J, Patel P. Insomnia in the Elderly: A Review. *J Clin Sleep Med.* 2018;14(6):1017–1024. https://doi.org/10.5664/jcsm.7172.
4. Morin CM, Jarrin DC. Epidemiology of Insomnia: Prevalence, Course, Risk Factors, and Public Health Burden. *Sleep Med Clin.* 2022;17(2):173–191. https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2022.03.003.
5. De Bergeyck R, Geoffroy PA. Insomnia in neurological disorders: Prevalence, mechanisms, impact and treatment approaches. *Rev Neurol (Paris).* 2023;179(7):767–781. https://doi.org/10.1016/j.neurol.2023.08.008.
6. Ламкова ИА, Парфенов ВА. Инсомния при хронической неспецифической люмбалгии. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2021;13(5):62–67. https://doi.org/10.14412/2074-2711-2021-5-62-67.
   Lamkova IA, Parfenov VA. Insomnia in chronic non-specific low back pain. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics.* 2021;13(5):62–67. (In Russ.) https://doi.org/10.14412/2074-2711-2021-5-62-67.
7. Полуэктов МГ, Головатюк АО. Нарушения сна при острой и хронической боли. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2021;13(3):125–130. https://doi.org/10.14412/2074-2711-2021-3-125-130.
   Poluektov MG, Golovatyuk AO. Sleep disorders in acute and chronic pain. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics.* 2021;13(3):125–130. (In Russ.) https://doi.org/10.14412/2074-2711-2021-3-125-130.
8. Ефремов ИС, Асадуллин АР, Добродеева ВС, Шнайдер НА, Ахметова ЭА, Тухватуллина ДР и др. Ассоциация полиморфных вариантов генов (*HTR2A, MTNR1A, MTNR1B, CLOCK, DRD2*) и бессонницы при синдроме зависимости от алкоголя. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2021;13(5):34–39. https://doi.org/10.14412/2074-2711-2021-5-34-39.
   Efremov IS, Asadullin AR, Dobrodeeva VS, Shnayder NA, Akhmetova EA, Tukhvatullina DR et al. Association of Polymorphic Variants of Genes (*HTR2A, MTNR1A, MTNR1B, CLOCK, DRD2*) and Insomnia in Alcohol Dependence Syndrome. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics.* 2021;13(5):34–39. https://doi.org/10.14412/2074-2711-2021-5-34-39.
9. Cho SJ, Song TJ, Chu MK. Sleep and Tension-Type Headache. *Curr Neurol Neurosci Rep.* 2019;19(7):44. https://doi.org/10.1007/s11910-019-0953-8.
10. 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.
11. Vgontzas A, Pavlović JM. Sleep Disorders and Migraine: Review of Literature and Potential Pathophysiology Mechanisms. *Headache.* 2018;58(7):1030–1039. https://doi.org/10.1111/head.13358.
12. Fang H, Tu S, Sheng J, Shao A. Depression in sleep disturbance: A review on a bidirectional relationship, mechanisms and treatment. *J Cell Mol Med.* 2019;23(4):2324–2332. https://doi.org/10.1111/jcmm.14170.
13. Chellappa SL, Aeschbach D. Sleep and anxiety: From mechanisms to interventions. *Sleep Med Rev.* 2022;61:101583. https://doi.org/10.1016/j.smrv.2021.101583.
14. Головачева ВА, Парфенов ВА, Табеева ГР, Осипова ВВ, Смулевич АБ, Андрющенко АВ, Головачева АА. Оптимизация ведения пациентов с хронической ежедневной головной болью. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2017;117(2):4–9. https://doi.org/10.17116/jnevro2017117214-9.
   Golovacheva VA, Parfenov VA, Tabeeva GR, Osipova VV, Smulevich AB, Andryushchenko AV, Golovacheva AA. The optimization of management of chronic daily headache patients. *Zhurnal Nevrologii i Psikhiatrii imeni S.S. Korsakova.* 2017;117(2):4–9. (In Russ.) https://doi.org/10.17116/jnevro2017117214-9.
15. Головачева ВА, Головачева АА, Парфенов ВА. Терапия при хронической мигрени: междисциплинарный подход. Клиническое наблюдение. *Терапевтический архив.* 2021;93(12):1528–1532. https://doi.org/10.26442/00403660.2021.12.201247.
   Golovacheva VA, Golovacheva AA, Parfenov VA. 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.
16. Головачева ВА. Лечение хронической мигрени и инсомнии с помощью когнитивно-поведенческой терапии. *Медицинский совет.* 2023;17(3):68–76. https://doi.org/10.21518/ms2023-080.
   Golovacheva VA. Treatment of chronic migraine and insomnia with cognitive behavioral therapy. *Meditsinskiy Sovet.* 2023;17(3):68–76. (In Russ.) https://doi.org/10.21518/ms2023-080.
17. Markota M, Rummans TA, Bostwick JM, Lapid MI. Benzodiazepine Use in Older Adults: Dangers, Management, and Alternative Therapies. *Mayo Clin Proc.* 2016;91(11):1632–1639. https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.07.024.
18. Brewster GS, Riegel B, Gehrman PR. Insomnia in the Older Adult. *Sleep Med Clin.* 2018;13(1):13–19. https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2017.09.002.
19. Полуэктов МГ, Бузунов РВ, Авербух ВМ, Вербицкий ЕВ, Захаров АВ, Кельмансон ИА и 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://omnidoctor.ru/library/izdaniya-dlya-vrachey/consilium-medicum/cm2016/nevro2016_pril/nevro2016_2_pril/proekt-klinicheskikh-rekomendatsiy-po-diagnostike-i-lecheniyu-khronicheskoy-insomnii-u-vzroslykh/.
   Poluektov MG, Buzunov RV, Averbukh VM, Verbitsky EV, Zakharov AV, Kelmanson IA 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://omnidoctor.ru/library/izdaniya-dlya-vrachey/consilium-medicum/cm2016/nevro2016_pril/nevro2016_2_pril/proekt-klinicheskikh-rekomendatsiy-po-diagnostike-i-lecheniyu-khronicheskoy-insomnii-u-vzroslykh/.
20. Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, Bjorvatn B, Dolenc Groselj L, Ellis JG 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.
21. Smitherman TA, Kuka AJ, Calhoun AH, Walters ABP, Davis-Martin RE, Ambrose CE 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.
22. Smitherman TA, Walters AB, Davis RE, Ambrose CE, Roland M, Houle TT, Rains JC. 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.
23. Crawford MR, Luik AI, Espie CA, Taylor HL, Burgess HJ, Jones AL, Ong JC. Digital Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia in Women With Chronic Migraines. *Headache.* 2020;60(5):902–915. https://doi.org/10.1111/head.13777.
24. Walker D, Zhang N, Natbony LR. Insomnia and Migraine: A Review of Evidence-Based, Biobehavioral Interventions. *Curr Pain Headache Rep.* 2023;27(2):19–25. https://doi.org/10.1007/s11916-023-01100-x.
25. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd ed. *Cephalalgia.* 2018;38(1):1–211. https://doi.org/10.1177/0333102417738202.
26. Bendtsen L, Evers S, Linde M, Mitsikostas DD, Sandrini G, Schoenen J. EFNS guideline on the treatment of tension-type headache – report of an EFNS task force. *Eur J Neurol.* 2010;17(11):1318–1325. https://doi.org/10.1111/j.1468-1331.2010.03070.x.
27. Табеева ГР, Осипова ВВ, Филатова ЕГ, Азимова ЮЭ, Амелин АВ, Артеменко АР 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.
Tabeeva GR, Osipova VV, Filatova EG, Azimova YuE, Amelin AV, Artyomenko AR 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.
28. Bashir A, Lipton RB, Ashina S, Ashina M. Migraine and structural changes in the brain: a systematic review and meta-analysis. *Neurology.* 2013;81(14):1260–1268. https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e3182a6cb32.
29. Филатова ЕГ, Осипова ВВ, Табеева ГР, Парфенов ВА, Екушева ЕВ, Азимова ЮЭ 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.
Filatova EG, Osipova VV, Tabeeva GR, Parfenov VA, Ekusheva EV, Azimova YuE 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.
30. Osipova V, Ayzenberg I, Amelin A, Tarasova S, Sergeev A, Tabeeva G. PO556 The highest prevalence of CDH in Russia: why? *Cephalalgia.* 2015;35(Suppl. 6):287–288. https://doi.org/10.1177/0333102415581304.
31. Осипова ВВ, Азимова ЮЕ, Табеева ГР, Тарасова СА, Амелин АВ, Куцемелов ИВ и др. Диагностика головных болей в России и странах постсоветского пространства: состояние проблемы и пути ее решения. *Анналы клинической и экспериментальной неврологии.* 2017;6(2):16–22. Режим доступа: https://annaly-nevrologii.com/journal/pathID/article/view/275/.
Osipova VV, Azimova YuE, Tabeeva GR, Tarasova SA, Amelin AV, Kutsemelov IV et al. Diagnostics of headache in Russia and post-Soviet countries: state of the problem and ways for its solution. *Annals of Clinical and Experimental Neurology.* 2017;6(2):16–22. (In Russ.) Available at: https://annaly-nevrologii.com/journal/pathID/article/view/275/.
32. Головачева ВА, Головачева АА, Фатеева ТГ, Володарская ЕА. «Внутренняя картина болезни» у пациентов с хронической мигренью: когнитивные, эмоциональные и поведенческие аспекты. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2023;15(1):28–35. https://doi.org/10.14412/2074-2711-2023-1-28-35.
Golovacheva VA, Golovacheva AA, Fateeva TG, Volodarskaya EA. Illness perception in patients with chronic migraine: cognitive, emotional and behavioral aspects. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics.* 2023;15(1):28–35. (In Russ.) https://doi.org/10.14412/2074-2711-2023-1-28-35.
33. Головачева ВА, Головачева АА, Парфенов ВА, Табеева ГР, Романов ДВ, Осипова ВВ, 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.
Golovacheva VA, Golovacheva AA, Parfenov VA, Tabeeva GR, Romanov DV, Osipova VV, 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. Коврови ГВ, Посохов СИ, Шавловская ОА. Эффективность Феназепама в лечении инсомний в амбулаторной практике. *Consilium Medicum.* 2017;19(9):31–36. Режим доступа: https://consilium.orscience.ru/2075-1753/article/view/94859/.
Kovrov GV, Posokhov SI, Shavlovskaia OA. The efficacy of Phenazepam in the treatment of insomnia in outpatient practice. *Consilium Medicum.* 2017;19(9):31–36. (In Russ.) Available at: https://consilium.orscience.ru/2075-1753/article/view/94859/.
35. Котова ОВ, Акарачкова ЕС, Беляев АА, Бородулина ИВ, Павлова СВ. Эффективность и безопасность комбинированного препарата СонНорм Дуо у пациентов с инсомнией: результаты открытого рандомизированного сравнительного клинического исследования. *Эффективная фармакотерапия.* 2022;18(36):78–83. Режим доступа: https://umedp.ru/upload/iblock/2b2/Kotova.pdf.
Kotova OV, Akarachkova ES, Belyaev AA, Borodulina IV, Pavlova SV. Efficacy and safety of the combined drug SonNorm Duo in patients with insomnia: results of an open randomized comparative clinical trial. *Effective Pharmacotherapy.* 2022;18(36):78–83. (In Russ.) Available at: https://umedp.ru/upload/iblock/2b2/Kotova.pdf.
36. Парфенова ЕВ. Инсомния и когнитивно-поведенческая терапия при хронической боли в спине. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2020;12(4):119–124. https://doi.org/10.14412/2074-2711-2020-4-119-124.
Parfenova EV. Insomnia and cognitive behavioral therapy for chronic back pain. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics.* 2020;12(4):119–124. (In Russ.) https://doi.org/10.14412/2074-2711-2020-4-119-124.
37. Van Straten A, van der Zweerde T, Kleiboer A, Cuijpers P, Morin CM, Lancee J. Cognitive and behavioral therapies in the treatment of insomnia: A meta-analysis. *Sleep Med Rev.* 2018;38:3–16. https://doi.org/10.1016/j.smrv.2017.02.001.

Вклад авторов: авторы внесли равный вклад на всех этапах работы и написания статьи.
Contribution of authors: all authors contributed equally to this work and writing of the article at all stages.

Согласие пациентов на публикацию: пациенты подписали информированное согласие на публикацию своих данных.
Basic patient privacy consent: patients signed informed consent regarding publishing their data.

Информация об авторах:

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); 119021, Россия, Москва, ул. Россолимо, д. 11, стр. 1; xoxo.veronicka@gmail.com

Головачева Анжелика Александровна, ассистент, аспирант кафедры нервных болезней и нейрохирургии Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского, Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет); 119021, Россия, Москва, ул. Россолимо, д. 11, стр. 1

Information about the authors:

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); 11, Bldg. 1, Rossolimo St., Moscow, 119435, Russia; xoxo.veronicka@gmail.com

Anzhelika A. Golovacheva, Assistant, Postgraduate Student of the Department of Nervous Diseases and Neurosurgery, Sklifosovsky Institute of Clinical Medicine, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 11, Bldg. 1, Rossolimo St., Moscow, 119435, Russia