

# Хроническая мигрень с наличием и без хронической инсомнии

**В.А. Головачева**<sup>✉</sup>, <https://orcid.org/0000-0002-2752-4109>, [xoxo.veronicka@gmail.com](mailto:xoxo.veronicka@gmail.com)

**И.А. Строков**, <https://orcid.org/0000-0001-6950-7166>, [strigoral@mail.ru](mailto:strigoral@mail.ru)

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

## Резюме

**Введение.** Выяснение особенностей пациентов с хронической мигренью (ХМ) и коморбидной хронической инсомнией (ХИ) может улучшить качество ведения таких пациентов.

**Цель.** Сравнить социально-демографические и клинико-психологические характеристики пациентов с ХМ в сочетании с ХИ и без ХИ, оценить связь между инсомнией и клинико-психологическими характеристиками у данной категории пациентов.

**Материалы и методы.** В исследование включено 200 пациентов с ХМ в сочетании с ХИ и без ХИ (63 мужчины и 137 женщин, средний возраст  $33,1 \pm 7,1$  года), которые были разделены на 1-ю (96 пациентов с ХМ и ХИ) и 2-ю группы (104 пациента с ХМ без ХИ). Со всеми пациентами проводились клиническая беседа, тестирование, неврологический и соматический осмотр.

**Результаты.** В 1-й группе по сравнению со 2-й группой статистически значимо ( $p < 0,05$ ) меньше пациентов состояли в браке, чаще были разведены и имели лекарственно-индуцированную головную боль и боль в шее. Частота приема и количество доз обезболивающих препаратов (ОП), личностная тревога, депрессия, руминации, тяжесть инсомнии, зависимость от ОП, копинг, ориентированный на эмоции, болезненность перикраниальных мышц были статистически значимо выше в 1-й группе по сравнению со 2-й, а приверженность к лечению – статистически значимо ниже. Инсомния имела статистически значимую положительную корреляционную связь с частотой приема и количеством доз ОП, личностной тревогой, депрессией, руминациями, зависимостью от ОП, копингом, ориентированным на эмоции, болезненностью перикраниальных мышц, а также отрицательную корреляционную связь с приверженностью к лечению.

**Заключение.** При ХМ установлена положительная связь между инсомнией и частотой приема и количеством доз ОП, зависимостью от ОП, личностной тревогой, депрессией, руминациями, копингом, ориентированным на эмоции, болезненностью перикраниальных мышц, а также отрицательная связь между инсомнией и приверженностью к лечению, что следует учитывать при ведении пациентов.

**Ключевые слова:** хроническая мигрень, хроническая инсомния, коморбидность, лекарственно-индуцированная головная боль, клинико-психологические характеристики, тревога, депрессия

**Для цитирования:** Головачева ВА, Строков ИА. Хроническая мигрень с наличием и без хронической инсомнии. *Медицинский совет*. 2025;19(12):30–37. <https://doi.org/10.21518/ms2025-298>.

**Конфликт интересов:** авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

## Chronic migraine with and without chronic insomnia

**Veronika A. Golovacheva**<sup>✉</sup>, <https://orcid.org/0000-0002-2752-4109>, [xoxo.veronicka@gmail.com](mailto:xoxo.veronicka@gmail.com)

**Igor A. Strokov**, <https://orcid.org/0000-0001-6950-7166>, [strigoral@mail.ru](mailto:strigoral@mail.ru)

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

## Abstract

**Introduction.** Identification of the characteristics of patients with chronic migraine (CM) and comorbid chronic insomnia (CI) can improve the quality of management for such patients.

**Aim.** To compare the socio-demographic and clinical-psychological characteristics of patients with CM combined with and without CI, assess the relationship between insomnia and clinical-psychological characteristics in this category of patients.

**Materials and methods.** The study included 200 patients with CM combined with and without CI (63 men and 137 women, mean age  $33.1 \pm 7.1$  years), who were divided into Group 1 (96 patients with CM and CI) and Group 2 (104 patients with CM without CI). All patients underwent clinical interviews, testing, neurological and somatic examinations.

**Results.** There were significantly ( $p < 0.05$ ) fewer patients who were married, more often divorced and had drug-induced headache and neck pain in Group 1 as compared to Group 2. The frequency of intake and number of doses of pain medications (PM), personal anxiety, depression, rumination, insomnia severity, PM dependence, emotion-focused coping, and pericranial muscle soreness were significantly higher in Group 1 compared to Group 2, whereas adherence to treatment was significantly lower. Insomnia has been shown to correlate significantly positive with the frequency of intake and number of doses of PMs,

personal anxiety, depression, rumination, PM dependence, emotion-focused coping, pericranial muscle soreness, and negative correlation with treatment adherence.

**Conclusion.** In CM, a positive correlation was established between insomnia and the frequency of intake and number of doses of PM, PM dependence, personal anxiety, depression, rumination, emotion-focused coping, pericranial muscle soreness, and a negative correlation between insomnia and treatment adherence, which should be taken into account when managing patients.

**Keywords:** chronic migraine, chronic insomnia, comorbidity, drug-induced headache, clinical and psychological characteristics, anxiety, depression

**For citation:** Golovacheva VA, Stokov IA. Chronic migraine with and without chronic insomnia. *Meditsinskiy Sovet.* 2025;19(12):30–37. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2025-298>.

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

## ВВЕДЕНИЕ

Хроническая мигрень (ХМ) – неврологическое заболевание, которое проявляется ежедневной или почти ежедневной головной болью (ГБ), приводит к значительному снижению качества жизни пациентов, оказывает негативное влияние на все сферы их жизни [1, 2]. ХМ развивается из эпизодической мигрени (ЭМ) под влиянием различных факторов хронизации: избыточный прием обезболивающих препаратов (ОП), тревога, депрессия, инсомния и др. ХМ – это биопсихосоциальное и многофакторное расстройство, которое отличается от ЭМ не только частотой ГБ в месяц, но и большим количеством жалоб на физическое и эмоциональное состояние, сниженную трудоспособность, а также при ХМ достоверно чаще диагностируются коморбидные нарушения: инсомния, боли другой локализации, психические расстройства и др. [3–8].

Хроническая инсомния (ХИ) – одно из самых часто встречающихся коморбидных нарушений при ХМ [5, 9]. Ежедневные или почти ежедневные симптомы инсомнии обнаруживаются у большинства (68–84%) пациентов с ХМ [10, 11]. Инсомния ассоциирована с риском развития лекарственно-индуцированной ГБ (ЛИГБ) у пациентов с мигренью [7, 12]. ХИ влияет на клиническую картину и отягощает течение ХМ, затрудняет диагностику и лечение пациентов с ХМ [3, 11, 13]. Фундаментальные принципы диагностики и лечения пациентов с ХМ и коморбидными нарушениями пока не разработаны и продолжают обсуждаться [4, 14–20]. Выяснение клинико-психологических характеристик пациентов с ХМ и коморбидной ХИ, установление связей между инсомнией и этими характеристиками поможет определить клинико-психологический профиль данной категории пациентов. Понимание клинико-психологического и социального профиля пациентов с ХМ и коморбидной ХИ в перспективе позволит разработать оптимальные принципы диагностики и эффективного персонализированного подхода к лечению.

**Цель** исследования – сравнить социально-демографические и клинико-психологические характеристики пациентов с ХМ в сочетании с ХИ и без ХИ, оценить связь между инсомнией и клинико-психологическими характеристиками у данной категории пациентов.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Протокол исследования был одобрен локальным этическим комитетом Сеченовского Университета в 2019 г. Все пациенты находились на амбулаторном или стационарном лечении в Клинике нервных болезней имени А.Я. Кожевникова. Диагноз ХМ устанавливался на основании диагностических критериев Международной классификации головных болей 3-го пересмотра (МКГБ-3) [21]. Диагноз ХИ устанавливался в соответствии с диагностическими критериями Европейского руководства по диагностике и лечению инсомнии [22] и Проекта клинических рекомендаций российских экспертов по диагностике и лечению ХИ у взрослых [23].

**Критерии включения** пациентов в исследование: 1) мужчины и женщины с диагнозом ХМ в сочетании с ХИ и без ХИ; 2) возраст от 18 до 65 лет включительно; 3) подписанное информированное согласие на участие в исследовании.

**Критерии исключения** пациентов в исследование: 1) вторичные формы ГБ (кроме ЛИГБ); 2) беременность или кормление грудью; 3) наличие соматического, неврологического или эндокринного заболевания, которое в большей степени, чем ХМ и ХИ, нарушает качество жизни пациента; 4) тяжелые инфекционные, онкологические и психические заболевания.

Со всеми пациентами проводилась клиническая беседа, в ходе которой оценивались социально-демографические и клинико-психологические характеристики. Всем пациентам проводился неврологический и соматический осмотр, при пальпации оценивалась болезненность перикраниальных мышц по методике «Общий балл перикраниальной болезненности» (ОБПБ) [21]. Определялось наличие ЛИГБ, коморбидных болей других локализаций. Интенсивность боли оценивалась с помощью числовой рейтинговой шкалы (ЧРШ) [24]. Качество ночного сна оценивалось по индексу тяжести инсомнии (ИТИ) [25]. Представления пациентов о боли и отношение пациентов к боли (катастрофизация, руминации, преувеличение, безнадежность) определялись с помощью шкалы катастрофизации боли (ШКБ) [26]. Уровни личностной и ситуативной тревоги оценивались с помощью шкалы Спилбергера – Ханина (ШЛСТ) [27], симптомы депрессии – с помощью шкалы депрессии Центра эпидемиологических исследований (ШДЦЭИ) [28]. Для оценки

зависимости от ОП использовался Лидский опросник зависимости (ЛОЗ) [29]. Копинг-стратегии, применяемые пациентами для преодоления стрессовых и трудных жизненных ситуаций, болезни, оценивались по методике «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях» (КПСС) [30]. Для измерения влияния мигрени на повседневную активность использовалась шкала оценки влияния мигрени на повседневную активность (ШОВМА) [31]. Приверженность к лечению оценивалась по методике «Количественная оценка приверженности к лечению» (КОП-25) [32].

Все пациенты, включенные в исследование, были разделены на 2 группы. В 1-ю группу были включены пациенты, имеющие ХМ в сочетании с ХИ, во 2-ю – пациенты с ХМ без ХИ. Проводилось сравнение групп по социально-демографическим и клиничко-психологическим характеристикам, наличию ЛИГБ и коморбидных болей других локализаций. Оценивалась связь инсомнии по ИТИ со следующими клиничко-психологическими характеристиками: 1) длительность мигрени в анамнезе; 2) длительность ХМ; 3) частота ГБ; 4) интенсивность ГБ по ЧРШ; 5) частота приема ОП (количество дней в месяц); 6) количество доз ОП в месяц (1 доза = 1 терапевтическая доза ОП); 7) личностная и ситуативная тревога по ШЛСТ; 8) депрессия по ШДЦЭИ; 9) катастрофизация боли, руминации, преувеличение, безнадежность по ШКБ; 10) стратегии совладения со стрессовыми ситуациями по КПСС; 11) зависимость от ОП по ЛОЗ; 12) влияние мигрени на повседневную активность по ШОВМА; 13) приверженность к лечению по КОП-25; 14) болезненность перикраниальных мышц по ОБПБ.

В исследование были включены 200 пациентов с ХМ в сочетании и без ХИ (63 мужчины и 137 женщин, средний возраст  $33,1 \pm 7,1$  года). В 1-й группе было 96 пациентов, во 2-й – 104 пациента.

### Статистический анализ

Данные, полученные в результате беседы и тестирования, кодировались и включались в таблицу Microsoft Excel. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью пакета статистических программ Statistica 12. Нормальность распределения пациентов в выборке по возрасту оценивали с помощью критерия Колмогорова – Смирнова (d-критерий) и критерия хи-квадрат ( $\chi^2$ ). Выборка пациентов, включенных в исследование, по возрасту соответствовала нормальному распределению. Для описания количественных переменных использовались средние значения, а для качественных – проценты (долевое отношение). Для сравнения количественных параметров между двумя группами пациентов с ХМ в сочетании с инсомнией и без инсомнии использовался тест Стьюдента для несвязанных выборок. Были рассчитаны отношения шансов (ОШ) с 95%-ным доверительным интервалом (ДИ). Для сравнения качественных переменных между группами пациентов с ХМ в сочетании с инсомнией и без инсомнии применялся критерий  $\chi^2$  Пирсона. Для оценки количественных параметров использовался тест Шапиро – Уилка (при числе исследуемых <50) или тест Колмогорова – Смирнова (при числе исследуемых >50). Статистически значимыми считались различия при

уровне  $p < 0,05$ . Для изучения связей между социально-демографическими, клиничко-психологическими характеристиками и инсомнией проводился регрессионный анализ – множественная регрессия. Теснота связи между переменными считалась статистически значимой при  $R$  (коэффициент множественной корреляции)  $\geq 0,45$  и  $p$  (уровень значимости)  $< 0,05$ .

### РЕЗУЛЬТАТЫ

Как показано в *табл. 1*, большинство пациентов с ХМ, включенных в исследование, были женщинами (68,5%), имели высшее образование (81%) и работали или учились (72%). В 1-й группе (ХМ в сочетании с ХИ) статистически значимо реже встречались состоящие в браке, чем во 2-й группе (ХМ без ХИ): 25% по сравнению с 46,2% (ОШ (95% ДИ) = 1,46 (1,18–2,09),  $p < 0,001$ ). Доля разведенных пациентов была статистически значимо выше в 1-й группе, чем во 2-й: 40,6% по сравнению с 12,5% (ОШ (95% ДИ) = 1,99 (1,03–2,42),  $p < 0,001$ ). По другим социально-демографическим характеристикам статистически значимых отличий между группами не получено.

Как показано в *табл. 2*, у пациентов из 1-й группы (ХМ в сочетании с ХИ) частота приема ОП в месяц была статистически значимо выше, чем у пациентов из 2-й группы (ХМ без ХИ):  $25,7 \pm 5,3$  по сравнению с  $14,5 \pm 6,2$  ( $p = 0,008$ ). Также у пациентов из 1-й группы количество доз принимаемых ОП за месяц было статистически значимо больше, чем у пациентов из 2-й группы:  $79,4 \pm 10,8$  по сравнению с  $60,3 \pm 8,5$  ( $p = 0,001$ ). По другим клиническим характеристикам статистически значимых отличий между группами не получено.

Как видно из данных, представленных в *табл. 3*, у пациентов из 1-й группы (ХМ в сочетании с ХИ) были статистически значимо ( $p < 0,05$ ) выше показатели личностной тревоги по ШЛСТ, депрессии по ШДЦЭИ, руминации по ШКБ, тяжести инсомнии по ИТИ, зависимости от ОП по ЛОЗ, копинга, ориентированного на эмоции, по КПСС, болезненности перикраниальных мышц по ОБПБ, чем у пациентов из 2-й группы (ХМ без ХИ). Также у пациентов из 1-й группы приверженность к лечению по КОП-25 была статистически значимо ( $p < 0,05$ ) ниже, чем у пациентов из 2-й группы. По другим клиничко-психологическим характеристикам статистически значимых отличий между группами не получено.

Как представлено на *рисунке*, у большинства пациентов с ХМ, включенных в исследование, были диагностированы ЛИГБ (71%,  $n = 142$ ) и коморбидные боли другой локализации: хроническая скелетно-мышечная боль в грудном отделе спины (ХСМБГОС, 35%,  $n = 70$ ) и/или хроническая скелетно-мышечная боль в нижней части спины (ХСМБНЧС, 30,5%,  $n = 61$ ). В 1-й группе было статистически значимо ( $p < 0,05$ ) больше пациентов с ЛИГБ и хронической скелетно-мышечной болью в шее (ХСМБШ), чем во 2-й группе.

В *табл. 4* представлены статистически значимые связи между инсомнией по ИТИ и клиничко-психологическими характеристиками пациентов с ХМ по данным регрессионного анализа.

● **Таблица 1.** Сравнение пациентов с хронической мигренью в сочетании с хронической инсомнией и без хронической инсомнии по социально-демографическим характеристикам

● **Table 1.** Comparative analysis of patients with chronic migraine combined with and without chronic insomnia by socio-demographic characteristics

| Характеристики                    | Все пациенты (n = 200) | 1-я группа (n = 96) | 2-я группа (n = 104) | Сравнение групп (ОШ (95% ДИ), p) |
|-----------------------------------|------------------------|---------------------|----------------------|----------------------------------|
| Средний возраст (годы, M ± SD)    | 33,1 ± 7,1             | 32,5 ± 6,2          | 35,2 ± 7,7           | 1,36 (1,12–1,59), p = 0,23       |
| <b>Пол (n, %)</b>                 |                        |                     |                      |                                  |
| мужской                           | 63 (31,5%)             | 27 (28%)            | 36 (34,6%)           | 1,14 (0,72–1,58), p = 0,08       |
| женский                           | 137 (68,5%)            | 69 (72%)            | 68 (65,4%)           | 1,67 (1,24–1,98), p = 0,12       |
| <b>Семейный статус (n, %)</b>     |                        |                     |                      |                                  |
| холост/не замужем                 | 65 (38%)               | 26 (27,1%)          | 39 (37,5%)           | 1,39 (1,01–2,34), p = 0,09       |
| в браке                           | 72 (36%)               | 24 (25%)            | 48 (46,2%)           | 1,46 (1,18–2,09), p < 0,001      |
| разведен/разведена                | 52 (26%)               | 39 (40,6%)          | 13 (12,5%)           | 1,99 (1,03–2,42), p < 0,001      |
| вдовец/вдова                      | 11 (5,5%)              | 7 (7,3%)            | 4 (3,8%)             | 1,42 (1,02–2,54), p = 0,019      |
| <b>Уровень образования (n, %)</b> |                        |                     |                      |                                  |
| среднее общее (школа)             | 7 (3,5%)               | 3 (3,1%)            | 4 (3,8%)             | 1,61 (1,25–1,92), p = 0,16       |
| среднее специальное               | 31 (15,5%)             | 13 (13,5%)          | 18 (17,3%)           | 1,25 (1,19–1,69), p = 0,11       |
| высшее                            | 162 (81%)              | 80 (83,4%)          | 82 (78,9%)           | 1,48 (1,02–1,91), p = 0,23       |
| <b>Трудовой статус (n, %)</b>     |                        |                     |                      |                                  |
| работает или учится               | 144 (72%)              | 71 (74%)            | 73 (70%)             | 1,35 (1,01–1,73), p = 0,15       |
| не работает и не учится           | 56 (28%)               | 25 (26%)            | 31 (30%)             | 1,93 (1,48–2,51), p = 0,19       |

## ОБСУЖДЕНИЕ

В настоящем исследовании показано, что большинство пациентов с ХМ были женщинами (68,5%), имели высшее образование (81%), работали или учились (72%). Преобладание женщин среди пациентов с ХМ типично и согласуется с ранее опубликованными исследованиями других авторов [1, 3, 4]. Выявленное нами преобладание среди пациентов с ХМ тех, кто имеет высшее

● **Таблица 2.** Сравнение пациентов с хронической мигренью в сочетании с хронической инсомнией и без хронической инсомнии по клиническим характеристикам

● **Table 2.** Comparative analysis of patients with chronic migraine combined with and without chronic insomnia by clinical characteristics

| Характеристики (M ± SD)                         | Все пациенты (n = 200) | 1-я группа (n = 96) | 2-я группа (n = 104) | Сравнение групп (t, p) |
|-------------------------------------------------|------------------------|---------------------|----------------------|------------------------|
| Длительность мигрени в анамнезе (месяцы)        | 205,1 ± 60,3           | 201,3 ± 58,6        | 207,4 ± 62,5         | t = -0,19, p = 0,15    |
| Возраст пациента, когда началась мигрень (годы) | 15,3 ± 5,4             | 14,2 ± 4,4          | 17,2 ± 5,6           | t = -0,07, p = 0,21    |
| Длительность ХМ (месяцы)                        | 18,9 ± 7,3             | 17,1 ± 6,6          | 19,3 ± 7,4           | t = -0,15, p = 0,22    |
| Возраст пациента, когда началась ХМ (годы)      | 30,3 ± 6,4             | 28,9 ± 6,1          | 32,1 ± 7,2           | t = -0,17, p = 0,19    |
| Частота ГБ (дни с ГБ в месяц)                   | 22,3 ± 6,1             | 24,2 ± 6,5          | 20,3 ± 5,3           | t = 0,18, p = 0,15     |
| Интенсивность ГБ по ЧРШ (баллы)                 | 8,5 ± 1,0              | 8,9 ± 1,0           | 7,8 ± 0,8            | t = 0,19, p = 0,08     |
| Частота приема ОП (дни в месяц)                 | 18,8 ± 7,9             | 25,7 ± 5,3          | 14,5 ± 6,2           | t = 0,16, p = 0,008    |
| Дозы ОП в месяц (количество)                    | 68,4 ± 9,2             | 79,4 ± 10,8         | 60,3 ± 8,5           | t = 0,12, p = 0,001    |

Примечание. ХМ – хроническая мигрень; ГБ – головная боль; ЧРШ – числовая рейтинговая шкала; ОП – обезболивающий препарат.

образование, работает или учится, согласуется с одними исследованиями и противоречит другим. Так, есть данные А. Ferrari et al. о том, что только половина пациентов с ХМ имеет высшее образование и менее половины пациентов работает, что отличает их от пациентов с ЭМ [33]. Но полученные нами данные согласуются с исследованиями Н.В. Латышевой и соавт., А.Р. Артеменко и соавт., где также было показано, что большинство пациентов с ХМ имеют высшее образование, работают или учатся [34, 35]. Зарубежные авторы научных публикаций ранее сообщали, что низкий уровень образования и низкий социально-экономический статус – это факторы хронизации мигрени [36, 37]. Но авторы двух крупных эпидемиологических исследований по мигрени (AAMP и IBMS) показали, что такие факторы хронизации, как низкий уровень образования, низкий социальный и экономический статус, являются весьма спорными [38, 39]. Нами было показано, что как среди пациентов с ХМ и ХИ, так и среди пациентов с ХМ без ХИ преобладали женщины и те, кто продолжал работать или учиться. Но пациенты отличались по семейному статусу: среди пациентов с ХМ и ХИ было достоверно больше находящихся в разводе и достоверно меньше состоящих

● **Таблица 3.** Сравнение пациентов с хронической мигренью в сочетании с хронической инсомнией и без хронической инсомнии по клинико-психологическим характеристикам

● **Table 3.** Comparative analysis of patients with chronic migraine combined with and without chronic insomnia by clinical and psychological characteristics

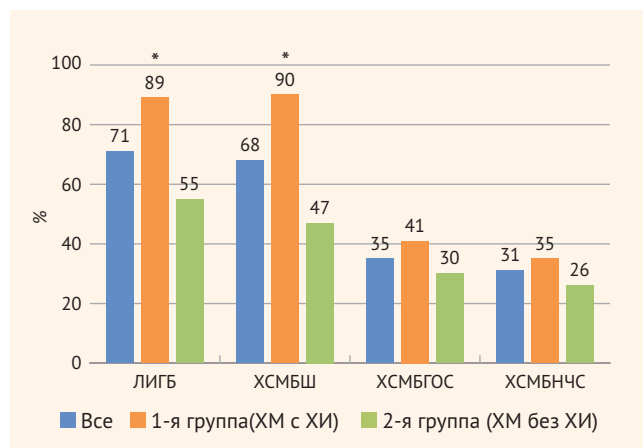
| Характеристики (баллы, М ± SD)                      | Все пациенты (n = 200) | 1-я группа (n = 96) | 2-я группа (n = 104) | Сравнение групп (t, p) |
|-----------------------------------------------------|------------------------|---------------------|----------------------|------------------------|
| Ситуативная тревога по ШЛСТ                         | 52,1 ± 10,8            | 52,8 ± 10,5         | 50,5 ± 12,6          | t = 0,06, p = 0,95     |
| Личностная тревога по ШЛСТ                          | 49,8 ± 15,1            | 56,2 ± 17,2         | 42,9 ± 11,3          | t = 0,09, p = 0,005    |
| Депрессия по ШДЦЭИ                                  | 24,2 ± 8,1             | 27,8 ± 9,5          | 19,1 ± 6,2           | t = 0,11, p = 0,007    |
| Катастрофизация боли по ШКБ                         | 24,9 ± 10,2            | 27,1 ± 10,9         | 23,2 ± 9,5           | t = 0,21, p = 0,14     |
| Руминации по ШКБ                                    | 8,2 ± 3,1              | 10,9 ± 4,6          | 6,7 ± 2,5            | t = 0,24, p = 0,04     |
| Преувеличение по ШКБ                                | 9,1 ± 3,2              | 9,8 ± 4,1           | 8,1 ± 2,9            | t = 0,16, p = 0,19     |
| Безнадежность по ШКБ                                | 14,3 ± 5,6             | 16,1 ± 6,2          | 13,1 ± 3,9           | t = 0,19, p = 0,17     |
| Тяжесть инсомнии по ИТИ                             | 14,2 ± 4,5             | 21,5 ± 4,6          | 8,6 ± 4,1            | t = 0,31, p = 0,02     |
| Зависимость от ОП по ЛОЗ                            | 13,6 ± 4,7             | 18,2 ± 6,8          | 11,1 ± 4,1           | t = 0,25, p = 0,009    |
| Копинг, ориентированный на решение задач, по КПСС   | 38,5 ± 7,4             | 41,2 ± 7,9          | 37,1 ± 7,2           | t = 0,85, p = 0,40     |
| Копинг, ориентированный на эмоции, по КПСС          | 52,5 ± 8,2             | 58,8 ± 9,7          | 47,1 ± 7,1           | t = 0,53, p = 0,004    |
| Копинг, ориентированный на избегание, по КПСС       | 54,2 ± 7,6             | 51,9 ± 8,6          | 54,2 ± 5,6           | t = -0,11, p = 0,92    |
| Болезненность перикраниальных мышц по ОБПБ          | 24,3 ± 5,2             | 29,4 ± 5,6          | 20,1 ± 4,2           | t = 0,12, p = 0,01     |
| Влияние мигрени на повседневную активность по ШОВМА | 53,7 ± 21,4            | 56,8 ± 22,5         | 51,9 ± 19,7          | t = 0,07, p = 0,42     |
| Приверженность к лечению по КОП-25                  | 59,5 ± 8,1             | 53,3 ± 6,1          | 64,2 ± 8,6           | t = -0,08, p = 0,005   |

Примечание. ШЛСТ – шкала личностной и ситуативной тревоги Спилбергера – Ханина; ШДЦЭИ – шкала депрессии Центра эпидемиологических исследований; ШКБ – шкала катастрофизации боли; ИТИ – индекс тяжести инсомнии; ОП – обезболивающий препарат; ЛОЗ – Лидский опросник зависимости; КПСС – копинг-поведение в стрессовых ситуациях; ОБПБ – общий балл перикраниальной болезненности; ШОВМА – шкала оценки влияния мигрени на повседневную активность; КОП-25 – количественная оценка приверженности к лечению.

в браке, чем среди пациентов с ХМ без ХИ. Причины обнаруженного факта остаются предметом обсуждения. В исследовании Я.А. Князевой и соавт. была выявлена связь между статусом «разведен/разведена» и риском

● **Рисунок.** Сравнение пациентов с хронической мигренью в сочетании с хронической инсомнией и без хронической инсомнии по частоте встречаемости лекарственно-индуцированной головной боли и коморбидных болей других локализаций

● **Figure.** Comparative analysis of patients with chronic migraine combined with and without chronic insomnia by frequency of drug-induced headache and comorbid pain in other localizations



\* – статистически значимое различие показателей между 1-й и 2-й группами (p < 0,05); ЛИГБ – лекарственно-индуцированная головная боль; ХСМБШ – хроническая скелетно-мышечная боль в шее; ХСМБГОС – хроническая скелетно-мышечная боль в грудном отделе спины; ХСМБНЧС – хроническая скелетно-мышечная боль в нижней части спины.

● **Таблица 4.** Связь между клинико-психологическими характеристиками и инсомнией у пациентов с хронической мигренью

● **Table 4.** Relationship between clinical-psychological characteristics and insomnia in patients with chronic migraine

| Клинико-психологические характеристики     | Тип связи с инсомнией по ИТИ | R    | p      |
|--------------------------------------------|------------------------------|------|--------|
| Частота приема ОП в месяц                  | +                            | 0,64 | 0,004  |
| Количество доз ОП в месяц                  | +                            | 0,54 | 0,001  |
| Личностная тревога по ШЛСТ                 | +                            | 0,71 | 0,02   |
| Депрессия по ШДЦЭИ                         | +                            | 0,68 | 0,003  |
| Руминации по ШКБ                           | +                            | 0,75 | 0,004  |
| Зависимость от ОП по ЛОЗ                   | +                            | 0,74 | 0,0002 |
| Копинг, ориентированный на эмоции, по КПСС | +                            | 0,62 | 0,007  |
| Болезненность перикраниальных мышц по ОБПБ | +                            | 0,81 | 0,001  |
| Приверженность к лечению по КОП-25         | -                            | 0,56 | 0,0005 |

Примечание. При R ≥ 0,45 и p < 0,05 связь значима; «+» – связь между переменными положительная, т.е. чем выше один показатель, тем выше другой; «-» – связь между переменными отрицательная, т.е. чем ниже один показатель, тем выше другой. ИТИ – индекс тяжести инсомнии; ОП – обезболивающий препарат; ШЛСТ – шкала личностной и ситуативной тревоги Спилбергера – Ханина; ШДЦЭИ – шкала депрессии Центра эпидемиологических исследований; ШКБ – шкала катастрофизации боли; ЛОЗ – Лидский опросник зависимости; КПСС – копинг-поведение в стрессовых ситуациях; ОБПБ – общий балл перикраниальной болезненности; КОП-25 – количественная оценка приверженности к лечению.

развития ЛИГБ у пациентов с мигренью [7]. Вероятно, развод как стрессовое событие может провоцировать у пациентов с мигренью хронизацию мигрени, развитие ЛИГБ и коморбидных нарушений, в том числе ХИ. Для



проверки такой гипотезы необходимо проведение соответствующих исследований.

Нами было продемонстрировано, что большинство пациентов с ХМ, включенных в исследование, страдали ЛИГБ (71%) и коморбидными болями другой локализации: ХСМБШ (67,5%), ХСМБГОС (35%) и/или ХСМБНЧС (30,5%). Полученные данные согласуются с данными ранее опубликованных исследований [1, 3, 4, 36]. ЛИГБ и коморбидные боли другой локализации встречаются достоверно чаще при ХМ, чем при ЭМ [36]. Было продемонстрировано, что ЛИГБ и коморбидные боли другой локализации отягощают течение ХМ, затрудняют ее диагностику и снижают эффективность проводимой профилактической фармакотерапии [1, 3, 4, 36]. Интересен тот факт, что в настоящем исследовании было выявлено отличие пациентов с ХМ и ХИ от пациентов с ХМ без ХИ по частоте встречаемости ЛИГБ и коморбидной боли другой локализации. Среди пациентов с ХМ и ХИ достоверно чаще диагностировались ЛИГБ и ХСМБШ, чем среди пациентов с ХМ без ХИ. Известно, что боли другой локализации являются фактором риска развития ЛИГБ у пациентов с мигренью и фактором риска трансформации мигрени из эпизодической в хроническую [40]. В исследовании Я.А. Князевой и соавт., опубликованном в 2024 г., был выявлен новый фактор, ассоциированный с развитием ЛИГБ, – ХИ [7]. Наше исследование показало достоверную положительную корреляционную связь инсомнии с частотой приема ОП, количеством доз ОП, зависимостью от ОП по ЛОЗ и через данные показатели также подтвердило взаимосвязь между ХИ и ЛИГБ.

В проведенном нами исследовании выявлены клиничко-психологические особенности пациентов с сочетанием ХМ и ХИ. Это подтверждает, что у пациентов с ХМ в сочетании с ХИ есть характерная сформировавшаяся «внутренняя картина болезни» – представления, восприятие, эмоции, поведение в отношении болезни, ее прогноза и в отношении себя как пациента [41]. Обнаружены достоверные отличия пациентов с ХМ и ХИ от пациентов с ХМ без ХИ по нескольким параметрам «внутренней картины болезни»: когнитивным, эмоциональным и поведенческим. Так, у пациентов с ХМ в сочетании с ХИ достоверно выше уровни руминаций (постоянных размышлений о негативных ситуациях, событиях, страхах), личностной тревоги и депрессии, копинга, ориентированного на эмоции, зависимости от ОП, частота приема и количество принимаемых доз ОП в месяц. Также обнаружено, что болезненность перикраниальных мышц при пальпации достоверно выше у пациентов с ХМ в сочетании с ХИ, чем у пациентов с ХМ без ХИ. Вероятно, данный факт в совокупности с более высокой встречаемостью ХСМБШ при ХМ в сочетании с ХИ свидетельствует о большей вовлеченности тригемино-цервикальной системы в развитие и поддержание болевого синдрома у пациентов с ХМ и ХИ, чем у пациентов с ХМ без ХИ. Выявлено, что приверженность к лечению по КОП-25 достоверно ниже при ХМ в сочетании с ХИ, чем при ХМ без инсомнии. Это имеет важное практическое значение

и подтверждает роль ХИ как коморбидного нарушения в усложнении лечения ХМ [10].

Обнаруженная положительная корреляционная связь между инсомнией и частотой приема и количеством доз ОП, зависимостью от ОП, личностной тревогой, депрессией, руминациями, копингом, ориентированным на эмоции, болезненностью перикраниальных мышц и отрицательная корреляционная связь между инсомнией и приверженностью к лечению подчеркивают двунаправленную негативную связь между инсомнией и другими клиничко-психологическими проявлениями болезни. ХМ – это многокомпонентное заболевание, для успешного лечения которого необходимо учитывать все факторы, поддерживающие хроническое течение мигрени.

На сегодняшний день разработаны клинические рекомендации по диагностике и лечению пациентов с мигренью [14]. Но вопросы оптимального ведения пациентов с ХМ продолжают обсуждаться [4]. Выявленные особенности клиничко-психологического профиля пациентов с ХМ и ХИ подчеркивают необходимость персонализированного подхода к лечению таких пациентов, при котором обязательно будут учитываться коморбидные нарушения. Изучение клиничко-психологических и социальных особенностей пациентов с ХМ и различными коморбидными нарушениями поможет разработать эффективные персонализированные подходы к ведению и улучшить качество оказания медицинской помощи данным пациентам. Необходимо проведение большего количества исследований.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Среди пациентов с ХМ преобладают женщины, лица с высшим образованием и те, кто продолжают учиться или работать, вне зависимости от наличия или отсутствия коморбидной ХИ. Выявлены особенности клиничко-психологического и социального профиля пациентов с ХМ в сочетании с ХИ. Пациенты с ХМ и ХИ достоверно реже состоят в браке и достоверно чаще разведены, чем пациенты с ХМ без ХИ. Среди пациентов с ХМ и ХИ достоверно выше частота приема и количество принимаемых доз ОП в месяц, а также отмечаются более высокие показатели личностной тревоги, депрессии, руминаций, тяжести инсомнии, зависимости от ОП, копинга, ориентированного на эмоции, болезненности перикраниальных мышц, чем у пациентов с ХМ без ХИ. Приверженность к лечению при ХМ в сочетании с ХИ достоверно ниже, чем при ХМ без ХИ. Среди пациентов с ХМ в сочетании с ХИ достоверно чаще встречаются ЛИГБ и ХСМБШ, чем среди пациентов с ХМ без ХИ. Установлена положительная связь между инсомнией и частотой приема и количеством доз ОП, зависимостью от ОП, личностной тревогой, депрессией, руминациями, копингом, ориентированным на эмоции, болезненностью перикраниальных мышц, а также отрицательная связь между инсомнией и приверженностью к лечению.



Поступила / Received 11.06.2025  
Поступила после рецензирования / Revised 30.06.2025  
Принята в печать / Accepted 10.07.2025

## Список литературы / References

- Kung D, Rodriguez G, Evans R. Chronic Migraine: Diagnosis and Management. *Neurol Clin*. 2023;41(1):141–159. <https://doi.org/10.1016/j.ncl.2022.05.005>.
- Steiner TJ, Birbeck GL, Jensen RH, Katsarava Z, Stovner LJ, Martelletti P. Headache disorders are third cause of disability worldwide. *J Headache Pain*. 2015;16:58. <https://doi.org/10.1186/s10194-015-0544-2>.
- Burch RC, Buse DC, Lipton RB. Migraine: Epidemiology, Burden, and Comorbidity. *Neurol Clin*. 2019;37(4):631–649. <https://doi.org/10.1016/j.ncl.2019.06.001>.
- Agostoni EC, 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>.
- Головачева ВА, Головачева АА, Таршилова АР, Осипова ВВ. Диагностика хронической мигрени и коморбидных неврологических расстройств в реальной клинической практике. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2024;16(прил. 1):23–30. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2024-15-23-30>.
- Golovacheva VA, Golovacheva AA, Tarshilova AR, Osipova VV. Diagnosis of chronic migraine and comorbid neurological disorders in real-life clinical practice. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2024;16(Suppl. 1):23–30. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2024-15-23-30>.
- Головачева ВА, Головачева АА, Романов ДВ, Володарская ЕА. Психические расстройства, социальные и демографические характеристики пациентов с хронической и эпизодической мигренью. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2024;124(1):94–101. <https://doi.org/10.17116/jnevro202412401194>.
- Golovacheva VA, Golovacheva AA, Romanov DV, Volodarskaya EA. Mental disorders, social and demographic characteristics of patients with chronic and episodic migraine. *Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2024;124(1):94–101. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/jnevro202412401194>.
- Князева ЯА, Гилев ДВ, Осипова ВВ, Лебедева ЕР. Демографические и коморбидные факторы, ассоциированные с развитием лекарственно-индуцированной головной боли. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2024;16(прил. 1):12–18. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2024-15-12-18>.
- Kniazeva IaA, Gilev DV, Osipova VV, Lebedeva ER. Demographic and comorbid factors associated with the development of medication overuse headache. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2024;16(Suppl. 1):12–18. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2024-15-12-18>.
- Гузий ЕА, Сергеев АВ, Табеева ГР. Клинические и психоэмоциональные характеристики пациентов с лекарственно-индуцированной головной болью. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2024;16(прил. 1):52–58. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2024-15-52-58>.
- Guziy EA, Sergeev AV, Tabeeva GR. Clinical and psychoemotional characteristics of patients with medication overuse headache. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2024;16(Suppl. 1):52–58. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2024-15-52-58>.
- Lin YK, Lin GY, Lee JT, Lee MS, Tsai CK, Hsu YW et al. Associations Between Sleep Quality and Migraine Frequency: A Cross-Sectional Case-Control Study. *Medicine*. 2016;95(17):e3554. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000003554>.
- Yang CP, Wang SJ. Sleep in Patients with Chronic Migraine. *Curr Pain Headache Rep*. 2017;21(9):39. <https://doi.org/10.1007/s11916-017-0641-9>.
- Kelman L, Rains JC. 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>.
- Табеева ГР, Осипова ВВ, Филатова ЕГ, Азимова ЮЗ, 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>.
- Ong JC, Park M. Chronic headaches and insomnia: working toward a biobehavioral model. *Cephalalgia*. 2012;32(14):1059–1070. <https://doi.org/10.1177/0333102412455709>.
- Филатова ЕГ, Осипова ВВ, Табеева ГР, Парфенов ВА, Екушева ЕВ, Азимова ЮЗ 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>.
- 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>.
- 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>.
- 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>.
- Головачева ВА, Головачева АА, Фатеева ТГ, Парфенов ВА. Когнитивно-поведенческая терапия при хронической мигрени и сочетанной хронической инсомнии: проспективное рандомизированное исследование. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2024;124(5-2):110–117. <https://doi.org/10.17116/jnevro2024124052110>.
- Golovacheva VA, Golovacheva AA, Fateeva TG, Parfenov VA. Cognitive behavioral therapy in the treatment of patients with chronic migraine and concomitant chronic insomnia: a prospective, randomized trial. *Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2024;124(5-2):110–117. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/jnevro2024124052110>.
- Головачева ВА, Головачева АА, Таршилова АР, Осипова ВВ. Типичная практика лечения пациентов с хронической мигренью. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2024;16(прил. 1):31–37. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2024-15-31-37>.
- Golovacheva VA, Golovacheva AA, Tarshilova AR, Osipova VV. Typical clinical practice of treating patients with chronic migraine. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2024;16(Suppl. 1):31–37. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2024-15-31-37>.
- Сергеев АВ, Гузий ЕА, Ковальчук НА, Соколов ЕА, Григорьев ГВ, Табеева ГР. Сравнительный анализ эффективности различных стратегий терапии лекарственно-индуцированной головной боли: открытое проспективное исследование. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2024;16(прил. 1):45–51. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2024-15-45-51>.
- Sergeev AV, Guzyi EA, Kovalchuk NA, Sokolov EA, Grigoriev GV, Tabeeva GR. Comparative analysis of the efficacy of different treatment strategies in medication overuse headache: an open-label prospective trial. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2024;16(Suppl. 1):45–51. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2024-15-45-51>.
- Табеева ГР, Филатова ЕГ, Амелин АВ, Осипова ВВ, Артеменко АР, Ахмадеева ЛР и др. Альтернативные и комбинированные методы лечения мигрени. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2024;16(1):4–15. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2024-1-4-15>.
- Tabeeva GR, Filatova EG, Amelin AV, Osipova VV, Artemenko AR, Akhmedeeva LR et al. Alternative and complementary treatments for migraine. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2024;16(1):4–15. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2024-1-4-15>.
- Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3<sup>rd</sup> ed. *Cephalalgia*. 2018;38(1):1–211. <https://doi.org/10.1177/0333102417738202>.
- Riemann D, Espie CA, Altena E, Arnardottir ES, Baglioni C, Bassetti CLA et al. The European Insomnia Guideline: An update on the diagnosis and treatment of insomnia 2023. *J Sleep Res*. 2023;32(6):e14035. <https://doi.org/10.1111/jsr.14035>.
- 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://www.rnmot.ru/public/uploads/2020/RNMOT/Клинические%20рекомендации%20по%20инсомнии.pdf>.
- Poluektov MG, Buzunov RV, Averbukh VM, Verbitskiy EV, Zakharov AV, Kel'manson 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://www.rnmot.ru/public/uploads/2020/RNMOT/Клинические%20рекомендации%20по%20инсомнии.pdf>.
- Modarresi S, Lukacs MJ, Ghodrati M, Salim S, MacDermid JC, Walton DM. 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>.
- Morin CM, 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>.
- Ikemoto T, Hayashi K, Shiro Y, Arai YC, Marcuzzi A, Costa D, Wrigley P. A systematic review of cross-cultural validation of the pain catastrophizing scale. *Eur J Pain*. 2020;24(7):1228–1241. <https://doi.org/10.1002/ejp.1587>.
- Bados A, Gómez-Benito J, Balaguer G. The state-trait anxiety inventory, trait version: does it really measure anxiety? *J Pers Assess*. 2010;92(6):560–567. <https://doi.org/10.1080/00223891.2010.513295>.
- Henry SK, Grant MM, Cropsey KL. Determining the optimal clinical cutoff on the CES-D for depression in a community corrections sample. *J Affect Disord*. 2018;234:270–275. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.071>.

29. Wang YF, Tzeng YS, Yu CC, Ling YH, Chen SP, Lai KL, Wang SJ. Clinical Utility of Leeds Dependence Questionnaire in Medication-Overuse Headache. *Diagnostics*. 2023;13(3):472. <https://doi.org/10.3390/diagnostics13030472>.
30. Van Horn JE, Wilpert J. Full and Short Versions of the Coping Inventory for Stressful Situations and Social Problem-Solving Inventory-Revised: Examining Their Factor Structure in a Dutch Outpatient Sex Offender Sample. *Psychol Rep*. 2017;120(4):739–759. <https://doi.org/10.1177/0033294117702362>.
31. Stewart WF, Lipton RB, Dowson AJ, Sawyer J. Development and testing of the Migraine Disability Assessment (MIDAS) Questionnaire to assess headache-related disability. *Neurology*. 2001;56(6 Suppl. 1):S20–S28. [https://doi.org/10.1212/wnl.56.suppl\\_1.s20](https://doi.org/10.1212/wnl.56.suppl_1.s20).
32. Николаев НА, Скиренко ЮП. Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению (КОП-25). *Клиническая фармакология и терапия*. 2018;27(1):74–78. Режим доступа: <https://clinpharm-journal.ru/articles/2018-1/rossijskij-universalnyj-oprosnik-kolichestvennoj-otsenki-priverzhennosti-k-lecheniyu-kop-25/>.
33. Ferrari A, Leone S, Vergoni AV, Bertolini A, Sances G, Coccia CP et al. Similarities and differences between chronic migraine and episodic migraine. *Headache*. 2007;47(1):65–72. <https://doi.org/10.1111/j.1526--4610.2006.00629.x>.
34. Латышева НВ, Филатова ЕГ, Осипова ДВ. Хроническая боль, депрессия и когнитивные нарушения: тесные взаимосвязи. *Нервно-мышечные болезни*. 2018;8(3):34–42. <https://doi.org/10.17650/2222-8721-2018-8-3-34-42>.
35. Latysheva NV, Filatova EG, Osipova DV. Chronic pain, depression and cognitive impairment: a close relationship. *Nervno-Myshechnye Bolezni*. 2018;8(3):34–42. (In Russ.) <https://doi.org/10.17650/2222-8721-2018-8-3-34-42>.
36. Artemenko AP, Kurenkov AL, Belomestova KV. Классификация, диагностика и лечение хронической мигрени: обзор новых данных. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2013;113(11):91–96. Режим доступа: <https://www.mediasphera.ru/issues/zhurnal-nevrologii-i-psikhiatrii-im-s-s-korsakova/2013/11/031997-7298201311017>.
37. Artemenko AR, Kurenkov AL, Belomestova KV. Classification, diagnosis and treatment of chronic migraine: review of new data. *Zhurnal Nevrologii i Psikhiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2013;113(11):91–96. (In Russ.) Available at: <https://www.mediasphera.ru/issues/zhurnal-nevrologii-i-psikhiatrii-im-s-s-korsakova/2013/11/031997-7298201311017>.
38. Katsarava Z, Buse DC, Manack AN, Lipton RB. Defining the differences between episodic migraine and chronic migraine. *Curr Pain Headache Rep*. 2012;16(1):86–92. <https://doi.org/10.1007/s11916-011-0233-z>.
39. Adams AM, Serrano D, Buse DC, Reed ML, Marske V, Fanning KM, Lipton RB. The impact of chronic migraine: The Chronic Migraine Epidemiology and Outcomes (CaMEO) Study methods and baseline results. *Cephalalgia*. 2015;35(7):563–578. <https://doi.org/10.1177/0333102414552532>.
40. Buse DC, Manack A, Serrano D, Turkel C, Lipton RB. Sociodemographic and comorbidity profiles of chronic migraine and episodic migraine sufferers. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2010;81(4):428–432. <https://doi.org/10.1136/jnnp.2009.192492>.
41. Blumenfeld AM, Varon SF, Wilcox TK, Buse DC, Kawata AK, Manack A et al. Disability, HRQoL and resource use among chronic and episodic migraineurs: results from the International Burden of Migraine Study (IBMS). *Cephalalgia*. 2011;31(3):301–315. <https://doi.org/10.1177/0333102410381145>.
42. Torres-Ferrús M, Ursitti F, Alpuente A, Brunello F, Chiappino D, de Vries T et al. From transformation to chronification of migraine: pathophysiological and clinical aspects. *J Headache Pain*. 2020;21(1):42. <https://doi.org/10.1186/s10194-020-01111-8>.
43. 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>.
44. 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>.

### Вклад авторов:

Концепция статьи – В.А. Головачева, И.А. Строков  
 Концепция и дизайн исследования – В.А. Головачева  
 Написание текста – В.А. Головачева  
 Сбор и обработка материала – В.А. Головачева  
 Обзор литературы – В.А. Головачева  
 Анализ материала – В.А. Головачева, И.А. Строков  
 Статистическая обработка – В.А. Головачева  
 Редактирование – В.А. Головачева, И.А. Строков  
 Утверждение окончательного варианта статьи – В.А. Головачева, И.А. Строков

### Contribution of authors:

Concept of the article – Veronika A. Golovacheva, Igor A. Strokov  
 Study concept and design – Veronika A. Golovacheva  
 Text development – Veronika A. Golovacheva  
 Collection and processing of material – Veronika A. Golovacheva  
 Literature review – Veronika A. Golovacheva  
 Material analysis – Veronika A. Golovacheva, Igor A. Strokov  
 Statistical processing – Veronika A. Golovacheva  
 Editing – Veronika A. Golovacheva, Igor A. Strokov  
 Approval of the final version of the article – Veronika A. Golovacheva, Igor A. Strokov

### Информация об авторах:

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

**Строков Игорь Алексеевич**, к.м.н., доцент кафедры нервных болезней и нейрохирургии Института клинической медицины имени Н.В. Склифосовского, Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет) 119991, Россия, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2; [strigoral@mail.ru](mailto:strigoral@mail.ru)

### 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); 8, Bldg. 2, Trubetskaya St., Moscow, 119991, Russia; [xoho.veronicka@gmail.com](mailto:xoho.veronicka@gmail.com)

**Igor A. Strokov**, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department, Sklifosovsky Institute of Clinical Medicine, Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University); 8, Bldg. 2, Trubetskaya St., Moscow, 119991, Russia; [strigoral@mail.ru](mailto:strigoral@mail.ru)