

Реальная практика ведения пациентов с хронической мигренью

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

А.А. Головачева, <https://orcid.org/0000-0002-2845-7323>, angelika.golovacheva@gmail.com

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

Резюме

Введение. Диагностика и лечение хронической мигрени (ХМ) недостаточно изучены в российской неврологической практике, что послужило основанием для проведения данного исследования.

Цель. Оценить качество диагностики и лечения ХМ и коморбидных нарушений в реальной неврологической практике.

Материалы и методы. В исследование включено 200 пациентов с ХМ (63 мужчины и 137 женщин, средний возраст $33,1 \pm 7,1$ года), обратившихся за консультацией в Клинику нервных болезней имени А.Я. Кожевникова Сеченовского Университета (КНБ) с жалобой на головную боль (ГБ). Ранее пациенты консультировались и получали лечение у неврологов в других медицинских учреждениях. С каждым пациентом проводилась клиническая беседа, анализ предшествующего ведения, тестирование.

Результаты. Диагноз ХМ ранее был установлен только 6% пациентам. Всем пациентам ранее назначались дополнительные обследования, преимущественно методы нейровизуализации головного мозга и шейного отдела позвоночника, ультразвуковое исследование сосудов головного мозга даже при отсутствии «красных флагов». В КНБ лекарственно-индуцированная ГБ (ЛИГБ) и/или коморбидные нарушения (повышенная тревога, симптомы депрессии, инсомния и/или скелетно-мышечные боли) были выявлены более чем у 90% пациентов, в других медицинских учреждениях – лишь у 8% пациентов. Все пациенты имели опыт лечения лекарственными и нелекарственными методами, не соответствующими клиническим рекомендациям по лечению мигрени. Только 8,5% пациентов с ЛИГБ ранее получали лечение, направленное на устранение данного состояния. Никто из обратившихся в КНБ ранее не получал когнитивно-поведенческую терапию, лечение с применением комплексного персонализированного подхода с учетом коморбидных нарушений.

Заключение. В реальной неврологической практике наблюдается низкий уровень диагностики ХМ и коморбидных неврологических нарушений, распространено назначение дополнительных исследований при отсутствии «красных флагов» и использование методов лечения, не соответствующих клиническим рекомендациям по лечению мигрени, не применяется комплексный персонализированный подход, включающий эффективную фармакотерапию и нелекарственные методы и учитывающий наличие коморбидных нарушений.

Ключевые слова: хроническая мигрень, лекарственно-индуцированная головная боль, коморбидные расстройства, диагностика, лечение, скелетно-мышечная боль, тревога, депрессия, дополнительные исследования, ошибочные диагнозы

Для цитирования: Головачева ВА, Головачева АА. Реальная практика ведения пациентов с хронической мигренью. *Медицинский совет.* 2025;19(12):200–207. <https://doi.org/10.21518/ms2025-293>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Real-life practice for managing patients with chronic migraine

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

Anzhelika A. Golovacheva, <https://orcid.org/0000-0002-2845-7323>, angelika.golovacheva@gmail.com

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

Abstract

Introduction. Diagnosis and treatment of chronic migraine (CM) has not been sufficiently investigated in the Russian neurological practice, which formed the basis for conducting this study.

Aim. To evaluate the quality of diagnosis and treatment of CM and comorbid disorders in real-life neurological practice.

Materials and methods. The study included 200 patients with CM (63 men and 137 women, mean age 33.1 ± 7.1 years) who sought advice from A.Ya. Kozhevnikov Clinic of Neurologic Diseases (CND) of Sechenov University with complaints of headache (HA). Prior to the study, the patients visited neurologists in other healthcare facilities to receive advice and treatment. Each patient underwent a clinical interview, analysis of previous management, and testing.

Results. Prior to contacting CND only 6% of patients had a diagnosis of CM. All patients had previously undergone additional examinations, mainly neuroimaging of the cervical spine and brain, ultrasound examination of the neck vessels, even if there were no "red flags". Over 90% of patients were diagnosed with drug-induced headache (DIHA) and/or comorbid disorders (increased anxiety, depressive symptoms, insomnia and/or musculoskeletal pain) in the CND settings, and only 8% of patients were diagnosed in other healthcare facilities. All patients had their own experience of treatment with drugs and non-drug

methods that are not consistent with the clinical guidelines for the management of migraine. Only 8.5% of patients with DIHA had previously received treatment aimed at resolving that condition. None of those who sought advice from the CND had previously received any cognitive behavioural therapy or treatment using a comprehensive personalized approach with due account for their comorbid disorders.

Conclusion. In real-life neurological practice, CM and comorbid neurological disorders are inadequately diagnosed, additional examinations are assigned in the absence of "red flags" and treatment methods that are not consistent with the clinical guidelines for the management of migraine are used. The comprehensive personalized approach involving effective drug and non-drug methods of treatment taking into account comorbid disorders is not applied.

Keywords: chronic migraine, drug-induced headache, comorbid disorders, diagnosis, treatment, musculoskeletal pain, anxiety, depression, additional examinations, erroneous diagnoses

For citation: Golovacheva VA, Golovacheva AA. Real-life practice for managing patients with chronic migraine. *Meditsinskiy Sovet.* 2025;19(12):200–207. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2025-293>.

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

ВВЕДЕНИЕ

Хроническая мигрень (ХМ) – форма мигрени, при которой головная боль (ГБ) возникает 15 и более дней в месяц в течение более 3 мес., при этом не менее 8 дней в месяц ГБ соответствует критериям мигрени [1]. ХМ – самая частая причина хронической ежедневной ГБ (ХЕГБ) и составляет 65% всех ее случаев [2]. Ее распространенность в России составляет 6,8% в общей популяции, что выше среднего показателя (2%) распространенности ХМ в других странах [3, 4]. Она представляет собой большое социальное и экономическое бремя, занимает шестое место среди ведущих причин нетрудоспособности взрослого населения, относится к ГБ с высокими финансовыми затратами за счет прямых и непрямых расходов. ХМ страдают преимущественно лица молодого и среднего возраста [5]. ХМ несет существенное бремя и для российской, и для зарубежной системы здравоохранения за счет того, что пациенты проходят многочисленные обследования и амбулаторные консультации специалистов, часто вызывают бригады скорой медицинской помощи из-за сильных приступов ГБ, проходят не только амбулаторное, но и стационарное лечение в неврологических отделениях больниц [6–11].

У пациентов с ХМ часто встречаются лекарственно-индуцированная ГБ (ЛИГБ) и коморбидные нарушения, которые отягощают течение ХМ, затрудняют ее диагностику и лечение [7, 12–14]. Диагностика и лечение ХМ представляются более сложными процессами, чем диагностика и лечение эпизодической мигрени (ЭМ). Авторы ранее проведенных российских исследований демонстрировали низкий уровень диагностики и недостаточное качество лечения пациентов с мигренью, ХЕГБ [15–18]. На сегодняшний день остается неясным качество диагностики и лечения ХМ в соответствии с современными диагностическими критериями ХМ, клиническими рекомендациями по лечению мигрени, а также неясен уровень диагностики и лечения коморбидных нарушений у пациентов с ХМ. Актуально проведение исследования, направленного на изучение данных вопросов.

Цель исследования – оценить качество диагностики и лечения ХМ и коморбидных нарушений в реальной неврологической практике.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Протокол исследования был одобрен локальным этическим комитетом Сеченовского Университета в 2019 г. Пациенты, находящиеся на амбулаторном или стационарном лечении в Клинике нервных болезней имени А.Я. Кожевникова (КНБ), были проконсультированы неврологом. Диагноз ХМ устанавливался на основании диагностических критериев Международной классификации головных болей 3-го пересмотра (МКГБ-3) [1].

В исследование включались пациенты, которые соответствовали критериям включения и не соответствовали критериям исключения. **Критерии включения** пациентов в исследование: 1) мужчины и женщины с диагнозом ХМ (в сочетании с ЛИГБ или без ЛИГБ), подписавшие информированное согласие на участие в исследовании; 2) возраст от 18 до 65 лет включительно; 3) до обращения в КНБ пациент обращался к неврологам за диагностикой и лечением ГБ в другие медицинские учреждения. **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, нарушает качество жизни пациента; 4) тяжелые инфекционные, онкологические и психические заболевания; 5) отсутствие данных об обследовании пациентов по поводу ГБ и отсутствие информации о лечении ГБ в других медицинских учреждениях.

Со всеми пациентами с ХМ проводилась клиническая беседа, в ходе которой оценивались социально-демографические и клинико-психологические характеристики. На основании имевшихся у пациентов медицинских документов анализировались ранее выставленные диагнозы и предшествующая тактика ведения пациентов: назначавшиеся инструментальные, лабораторные исследования и консультации специалистов, нелекарственные рекомендации, назначавшееся лечение. У всех наблюдаемых пациентов проводился неврологический осмотр, выяснялось наличие «красных флагов» (симптомов,стораживающих врача в отношении вторичного генеза ГБ), определялось наличие или отсутствие коморбидных нарушений. Для оценки интенсивности боли использовалась числовая рейтинговая шкала (ЧРШ) [19], уровня тревоги – шкала личностной и ситуативной тревоги Спилбергера – Ханина

(ШЛСТ) [20], симптомов депрессии – шкала депрессии Центра эпидемиологических исследований (ШДЦЭИ) [21].

В исследование было включено 200 пациентов с ХМ (63 мужчины и 137 женщин), средний возраст $33,1 \pm 7,1$ года; преобладающее большинство (91,5%, $n = 183$) состояли в браке или в отношениях с партнером. У большинства пациентов (76,5%, $n = 153$) материальное положение было не ниже среднего; 81% ($n = 162$) имели высшее образование; 72% ($n = 144$) работали или учились с полной или неполной занятостью.

Средняя продолжительность анамнеза мигрени (от появления первых приступов до момента включения в исследование) составила $205,1 \pm 82,3$ мес. ($17,1 \pm 6,9$ года); средняя продолжительность ХМ (от начала хронизации – 15 и более дней с ГБ в месяц – до момента включения в исследование) – $18,9 \pm 7,3$ мес. ($1,6 \pm 0,6$ года); среднее количество дней с ГБ в месяц за последние 3 мес. – $28,4 \pm 2,1$; средняя интенсивность ГБ по ЧРШ – $9,1 \pm 0,6$.

Статистический анализ

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью пакета статистических программ Statistica 12 (StatSoft, США). Нормальность распределения пациентов в выборке по возрасту оценивали с использованием критерия Колмогорова – Смирнова (d-критерий) и критерия хи-квадрат (χ^2). Выборка пациентов, включенных в исследование, по возрасту соответствовала нормальному распределению. Для статистического анализа и сравнения использовался парный t-критерий Стьюдента для связанных выборок. За уровень статистической значимости было принято значение $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Как показано на *рис. 1*, всем пациентам, обратившимся по поводу ГБ в другие медицинские учреждения, ранее назначались дополнительные методы обследования, при этом только у 6,5% ($n = 13$) пациентов было нетипичное течение ГБ или «красные флаги». По результатам данных исследований органические причины ГБ были нами исключены, но до обращения в КНБ неспецифические изменения, выявляемые по данным методов нейровизуализации, ошибочно интерпретировались как причины вторичной ГБ.

Как показано на *рис. 2*, большинству (94%, $n = 188$) пациентов ранее устанавливались ошибочные диагнозы по ГБ.

Как показано на *рис. 3* и *4*, у большинства пациентов была выявлена коморбидная повышенная тревога – высокая ситуативная тревога (95%, $n = 190$) и высокая личностная тревога (90%, $n = 180$) по ШЛСТ, у большинства пациентов присутствовали коморбидные симптомы депрессии (95%, $n = 190$) разной степени выраженности по ШДЦЭИ. По данным документов из других медицинских учреждений, ни у одного из пациентов ранее не оценивалось наличие коморбидной тревоги и депрессии.

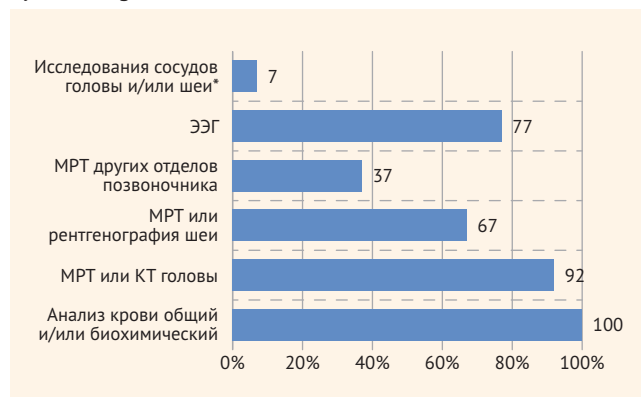
Как показано на *рис. 5*, в результате клинической беседы и неврологического осмотра у большинства (91,5%,

$n = 183$) наблюдаемых пациентов были диагностированы ЛИГБ и/или коморбидные неврологические нарушения. Но в других медицинских учреждениях данные нарушения устанавливались статистически значимо реже, чем в КНБ – только у 8% ($n = 16$) пациентов ($p < 0,05$).

Как показано в *табл. 1*, для купирования приступов мигрени в большинстве случаев пациенты использовали препараты из группы нестероидных

● **Рисунок 1.** Дополнительные методы исследования, назначаемые ранее пациентам с хронической мигренью по поводу головной боли неврологами из различных медицинских учреждений

● **Figure 1.** Additional examinations that were earlier assigned to patients with chronic migraine due to headaches by neurologists from different healthcare facilities



* – исследования сосудов головы и/или шеи проводились с помощью транскраниальной доплерографии, дуплексного сканирования брахиоцефальных артерий и/или магнитно-резонансной ангиографии. МРТ – магнитно-резонансная томография; КТ – компьютерная томография; ЭЭГ – электроэнцефалография.

● **Рисунок 2.** Диагнозы, которые устанавливались пациентам с хронической мигренью неврологами из различных медицинских учреждений

● **Figure 2.** Diagnoses that were established in patients with chronic migraine by neurologists from different healthcare facilities



* – ранее устанавливаемые коды диагнозов в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра. ГБ – головная боль; ШОП – шейный отдел позвоночника; ЦНС – центральная нервная система.

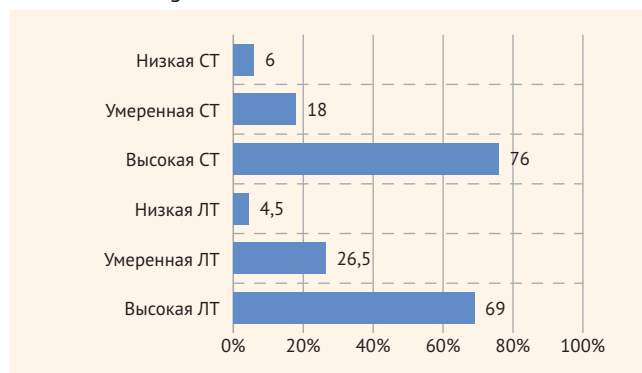
противовоспалительных средств (НПВС, 73,5%, $n = 147$) и из группы комбинированных безрецептурных анальгетиков (66,5%, $n = 133$), реже – триптаны (19%, $n = 38$).

Как представлено в табл. 2 и 3, все пациенты при обращении в медицинские учреждения имели опыт получения лечения, не соответствующего клиническим рекомендациям по мигрени. Всем пациентам ранее назначались сосудистые (ноотропные) препараты. Ни один из пациентов ранее не получал психологические методы: когнитивно-поведенческую терапию (КПТ), терапию осознанности, релаксационный тренинг, биологическую обратную связь.

Из 142 пациентов с ЛИГБ только 8,5% ($n = 12$) ранее получали лечение, направленное на устранение данного

● **Рисунок 3.** Уровни тревоги по шкале личностной и ситуативной тревоги Спилберга – Ханина у пациентов с хронической мигренью

● **Figure 3.** Levels of anxiety according to the Spielberger – Khanin's scale of reactive and personal anxiety in patients with chronic migraine



СТ – ситуативная тревога; ЛТ – личностная тревога.

● **Рисунок 5.** Диагностика коморбидных неврологических нарушений в Клинике нервных болезней имени А.Я. Кожевникова и других медицинских учреждениях у пациентов с хронической мигренью

● **Figure 5.** Diagnosis of comorbid neurological disorders in A. Ya. Kozhevnikov Clinic of Neurologic Diseases (CND) and other healthcare facilities in patients with chronic migraine



КНБ – Клиника нервных болезней имени А.Я. Кожевникова Сеченовского Университета.

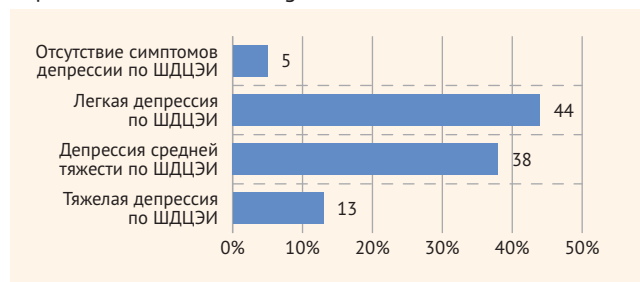
состояния. Ни один из пациентов не получал комплексного лечения, включающего эффективные лекарственные и нелекарственные методы и учитывающего наличие коморбидных нарушений.

ОБСУЖДЕНИЕ

Настоящее исследование демонстрирует реальную практику ведения пациентов с ХМ в различных российских медицинских учреждениях в амбулаторных и стационарных условиях. Показано, что у преобладающего большинства пациентов врачи расценивали ГБ как вторичную, связанную с органическими нарушениями: цереброваскулярными заболеваниями, патологией шейного отдела позвоночника, демиелинизирующими заболеваниями ЦНС, перенесенной травмой головы, внутричерепной гипертензией. Установление вместо диагнозов «мигрень» и «хроническая мигрень» ошибочных диагнозов и гипердиагностика вторичных ГБ до сих пор остается широко распространенной проблемой в российской неврологической практике. Данный факт подтверждается авторами и других, ранее проведенных исследований. Так, Е.Р. Лебедева и соавт. выяснили, что из 266 пациентов

● **Рисунок 4.** Симптомы депрессии по шкале депрессии Центра эпидемиологических исследований у пациентов с хронической мигренью

● **Figure 4.** Symptoms of depression according to the Centre for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) in patients with chronic migraine



ШДЦЭИ – шкала депрессии Центра эпидемиологических исследований.

● **Таблица 1.** Фармакотерапия, которая использовалась пациентами с хронической мигренью для купирования головной боли

● **Table 1.** Drug therapy used by patients with chronic migraine to relieve headaches

Препараты, используемые пациентами для купирования головной боли	Пациенты (% , n)
Препараты из группы НПВС	73,5% (147)
Препараты из группы простых анальгетиков	25% (50)
Препараты из группы комбинированных безрецептурных анальгетиков	66,5% (133)
Препараты из группы триптанов	19% (38)
Препарат из группы анксиолитиков	3% (6)
Препарат из группы антидепрессантов (амитриптилин)	2% (4)
Седативное средство (валериана)	1% (2)

Примечание. НПВС – нестероидные противовоспалительные средства.

- **Таблица 2.** Профилактическая фармакотерапия, назначаемая в реальной неврологической практике пациентам с хронической мигренью
- **Table 2.** Preventive drug therapy prescribed to patients with chronic migraine in real-life neurological practice

Методы лечения	Пациенты, получившие лечение (% , n)
Сосудистые (вазоактивные) и ноотропные препараты	100% (200)
Хондропротекторы, миорелаксанты, НПВС, витамины группы В и D	52% (104)
Ацетазоламид	24% (48)
Бета-блокаторы (метопролол, пропранолол или атенолол)	5% (10)
Антагонисты рецепторов ангиотензина II (кандесартан)	1,5% (3)
Антиконвульсанты (топирамат, ламотриджин или вальпроевая кислота)	19,5% (39)
Антидепрессанты (амитриптилин, мirtазапин, тразодон, венлафаксин, дулоксетин или флуоксетин)	36% (72)
Анксиолитики (гидроксизин, этифоксин, алимемазин или бромдигидрохлорфенилбензодиазепин)	16% (32)
Нейролептики (кветиапин, сульпирид)	23% (46)
Ботулинический токсин типа А	4% (8)
Моноклональные антитела к кальцитонин-ген-связанному пептиду и его рецепторам (фреманезумаб или эренумаб)	5% (10)
Малоинвазивные методы: лечебные инъекции с анестетиками, кортикостероидами в область головы и/или шеи	11,5% (23)

Примечание. НПВС – нестероидные противовоспалительные средства.

с мигренью различной частоты правильный диагноз был установлен только в 12,4% случаев [18]. А из 597 пациентов с ХЕГБ, обращающихся в медицинские учреждения городов Самары и Санкт-Петербурга, правильный диагноз имели только 6% пациентов [15]. Большой группой авторов из России, Молдовы и Беларуси было показано, что проблема недостаточной диагностики первичных ГБ является общей для стран бывшего СНГ и требует решения – широкого обучения неврологов и врачей общей практики современным принципам диагностики и лечения мигрени и ГБ напряжения [22].

Настоящее исследование показывает, что даже при отсутствии показаний в виде «красных флагов» пациентам с ХМ назначают дополнительные исследования, а обнаруженные неспецифические и диагностически незначимые изменения часто интерпретируют как доказательства органической природы ГБ. В соответствии с консенсусом Европейской федерации головной боли о применении дополнительных исследований у пациентов с первичными ГБ, в том числе с ХМ, эти исследования должны назначаться только при нетипичном течении ГБ и при обнаружении «красных флагов» в анамнезе и при неврологическом осмотре пациента [12]. Авторы исследований, проведенных в 2010–2015 гг., также продемонстрировали чрезмерное назначение пациентам с различными первичными ГБ

- **Таблица 3.** Профилактическая нелекарственная терапия, назначаемая в реальной неврологической практике пациентам с хронической мигренью
- **Table 3.** Preventive non-drug therapy prescribed to patients with chronic migraine in real-life neurological practice

Методы лечения	Пациенты, получившие лечение (% , n)
Массаж	69% (138)
Физиотерапия	56% (112)
Мануальная терапия	33% (66)
Гештальт-психотерапия или психоаналитическая психотерапия	4% (8)
Гипноз	4% (8)
Когнитивно-поведенческая терапия	0
Поведенческая терапия (информирование пациента о мигрени и образовательные беседы, направленные на модификацию образа жизни)	2,5% (5)
Иглорефлексотерапия	8,5% (17)
Техники релаксации	0
Биологическая обратная связь	0
Майндфулнесс (терапия осознанности)	0
Лечебная гимнастика	4% (8)

дополнительных методов исследования и ошибочные интерпретации неспецифических изменений по данным нейровизуализации головного мозга, позвоночника и сосудов головы и шеи [4, 6, 15–18]. К сожалению, тенденция к избыточному назначению дополнительных исследований пациентам с жалобой на ГБ и последующая неправильная интерпретация выявленных неспецифических изменений в области головы и шеи до сих пор сохраняется в российской медицинской практике [23, 24].

В настоящем исследовании показано, что 91,5% пациентов с ХМ имели ЛИГБ и коморбидные нарушения, такие как другие болевые синдромы, хроническая бессонница, повышенная тревога, симптомы депрессии. Полученные результаты согласуются с данными предшествующих исследований, в которых также выявлена высокая распространенность перечисленных расстройств у пациентов с ХМ [13]. При этом в настоящем исследовании показан низкий уровень диагностики этих расстройств врачами из других медицинских учреждений. Вероятно, низкий уровень диагностики коморбидных нарушений – одна из причин ошибочной диагностики и неэффективного лечения ХМ в отечественной практике, т. к. коморбидные нарушения оказывают значимое негативное влияние на течение мигрени, служат факторами хронизации ГБ и поддерживают ее хроническое течение [13, 25, 26–29].

Настоящее исследование демонстрирует, что в реальной практике распространена ошибочная тактика лечения пациентов с ХМ. В качестве профилактической

терапии назначались ноотропные и сосудистые препараты, миорелаксанты и хондропротекторы, ацетазолamid, анксиолитики, нейролептики, массаж, физиотерапия, мануальная терапия, лечебные инъекции с кортикостероидами и анестетиками в область головы и шеи. Все перечисленные методы не имеют доказательной базы в профилактическом лечении эпизодических и хронических форм мигрени [12]. Лишь небольшая часть пациентов ранее получала элементы адекватной профилактической фармакотерапии, рекомендуемой для лечения мигрени, ХМ – антидепрессанты (амитриптилин, мirtазапин, тразодон, венлафаксин, дулоксетин или флуоксетин), антиконвульсанты (топирамат), бета-адреноблокаторы (метопролол, пропранолол или атенолол), антагонисты рецепторов ангиотензина II (кандесартан), ботулинический токсин типа А, моноклональные антитела к кальцитонин-ген-связанному пептиду и его рецепторам (фреманезумаб или эренумаб) [2]. При этом данное лечение оказывалось неэффективным, из-за чего пациенты и обращались в КНБ.

Для успешного ведения пациентов с ХМ необходим комплексный междисциплинарный подход, учитывающий наличие коморбидных нарушений и включающий не только фармакотерапию, но и нелекарственные методы – образовательные беседы, направленные на модификацию образа жизни; психологические методы (КПТ, терапия осознанности, техники релаксации, биологическая обратная связь), лечебную гимнастику [12, 30]. Проведенное исследование показало, что ранее в лечении пациентов этот подход не применялся. Образовательные беседы проводились лишь с 2,5% пациентов, а лечебная гимнастика – лишь с 4%. Ни один из пациентов не получал психологические методы, имеющие эффективность в лечении мигрени и ХМ. Назначаемые ранее 4% пациентам методы психотерапии – гипноз, гештальт-терапия, психоаналитическая терапия – не обладают доказанной эффективностью в лечении ХМ [12]. КПТ – психологический метод психотерапии, который демонстрирует эффективность при ХМ по результатам клинических исследований [31, 32]. КПТ широко используется для лечения пациентов с ХМ в университетских клиниках боли и головной боли, но в российской практике применение данного метода весьма ограничено, что подтверждают результаты настоящего и других российских исследований [10, 11, 24, 33–38]. Частое назначение пациентам с первичными ГБ, ХЕГБ лечения, не соответствующего клиническим рекомендациям, а также частая неудовлетворенность пациентов терапией профилактической и для купирования мигрени, соответствующей клиническим рекомендациям, продемонстрированы авторами ранее опубликованных российских исследований [16–18, 39].

В настоящем исследовании большинство пациентов купировали ГБ с помощью НПВС или комбинированных безрецептурных анальгетиков, только 19% пациентов применяли триптаны для купирования мигрени. Сопоставление полученных данных с данными российских исследований прошлых лет демонстрирует, что

пациенты с мигренью стали чаще использовать триптаны, но по-прежнему НПВС и комбинированные анальгетики остаются наиболее часто применяемыми препаратами у российских пациентов с мигренью [16–18]. Часть пациентов с ХМ использовали для купирования мигрени препараты, не предназначенные для этих целей: амитриптилин, валериана, анксиолитик [12]. Важно отметить, что только 8% пациентов с ЛИГБ ранее получали адекватное лечение данного заболевания. Недостаточный уровень диагностики и лечения ЛИГБ был показан и в других российских исследованиях [13, 15–17, 22].

Становится очевидным, что необходимо проведение исследований по разработке фундаментальных принципов диагностики ХМ с учетом не только диагностических критериев ХМ по МКГБ-3, но и наличия сочетанных и коморбидных нарушений, влияющих на клиническую картину ХМ. Также целесообразно проведение исследований по созданию наиболее эффективных персонализированных подходов к лечению пациентов с ХМ. Безусловно, актуальной остается задача широкого обучения неврологов и терапевтов принципам диагностики и лечения ХМ. Необходимо более широкое внедрение практики перенаправления трудных пациентов с ГБ к неврологу, который специализируется на ведении пациентов с ГБ (цефалголог), исключение необоснованного назначения дополнительных методов исследования. Такая практика была впервые предложена Всемирной кампанией против головной боли и закреплена в Европейских принципах ведения пациентов с распространенными формами ГБ в общей практике [40].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Для реальной практики ведения пациентов с ХМ в амбулаторных и стационарных условиях неврологической помощи характерны низкий уровень диагностики ХМ, сочетанной ЛИГБ и коморбидных нарушений (ЛИМБ, повышенной тревоги, депрессии, тревожных расстройств, инсомнии и др.), высокая частота ошибочных диагнозов, чрезмерное назначение дополнительных исследований при отсутствии «красных флагов», использование неэффективного профилактического лечения ХМ, отсутствие адекватного лечения сочетанной ЛИГБ и коморбидных нарушений, отсутствие комплексного междисциплинарного подхода, учитывающего наличие коморбидных нарушений и включающего применение эффективных лекарственных и нелекарственных методов (психологических, поведенческих, лечебной гимнастики). Преодоление этих проблем может быть достигнуто с помощью разработки фундаментальных принципов диагностики и эффективных междисциплинарных персонализированных подходов к лечению ХМ, а также широкой программы обучения неврологов современным принципам диагностики и лечения ХМ, создания специализированных центров по ведению пациентов с ГБ.



Поступила / Received 28.05.2025
Поступила после рецензирования / Revised 17.06.2025
Принята в печать / Accepted 03.07.2025

Список литературы / References

- 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>.
- Midgutte LA, Scher AI. The epidemiology of chronic daily headache. *Curr Pain Headache Rep*. 2009;13(1):59–63. <https://doi.org/10.1007/s11916-009-0012-2>.
- Natoli JL, Manack A, Dean B, Butler Q, Turkel CC, Stovner L, Lipton RB. Global prevalence of chronic migraine: a systematic review. *Cephalalgia*. 2010;30(5):599–609. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2982.2009.01941.x>.
- Ayzenberg I, Katsarava Z, Sborowski A, Chernysh M, Osipova V, Tabeeva G et al. The prevalence of primary headache disorders in Russia: a country-wide survey. *Cephalalgia*. 2012;32(5):373–381. <https://doi.org/10.1177/0333102412438977>.
- 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>.
- Ayzenberg I, Katsarava Z, Sborowski A, Chernysh M, Osipova V, Tabeeva G, Steiner TJ. Headache-attributed burden and its impact on productivity and quality of life in Russia: structured health care for headache is urgently needed. *Eur J Neurol*. 2014;21(5):758–765. <https://doi.org/10.1111/ene.12380>.
- 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, Scher AI, Stewart WF, Kolodner K, Liberman J, Lipton RB. The prevalence and disability burden of adult migraine in England and their relationships to age, gender and ethnicity. *Cephalalgia*. 2003;23(7):519–527. <https://doi.org/10.1046/j.1468-2982.2003.00568.x>.
- Steiner TJ, Stovner LJ, Katsarava Z, Lainez JM, Lampi C, Lantéri-Minet M et al. The impact of headache in Europe: principal results of the Eurolight project. *J Headache Pain*. 2014;15(1):31. <https://doi.org/10.1186/1129-2377-15-31>.
- 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. Междисциплинарное лечение, включающее когнитивно-поведенческую терапию и майндфулнесс, при хронической мигрени и лекарственно-индуцированной головной боли. *Медицинский совет*. 2023;17(10):80–88. <https://doi.org/10.21518/ms2023-216>.
- Golovacheva VA. Interdisciplinary treatment including cognitive behavioral therapy and mindfulness for chronic migraine and drug-induced headache. *Meditsinskiy Sovet*. 2023;17(10):80–88. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2023-216>.
- 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>.
- 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>.
- Амелин АВ, Богданова ЮН, Корешкина МИ, Проценко ЕВ, Скородец АА, Тарасова СВ. Диагностика первичных и симптоматических форм хронической ежедневной головной боли. *Журнал неврологии и нейропсихиатрии им. С.С. Корсакова*. 2011;111(4):82–84. Режим доступа: <https://www.mediasphera.ru/issues/zhurnal-nevrologii-i-psikhiatrii-im-s-s-korsakova/2011/4/031997-72982011416>.
- Amelin AV, Bogdanova YuN, Koreshkina MI, Protchenko EV, Skoromets AA, Tarasova SV. Diagnosis of primary and symptomatic forms of chronic daily headache. *Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2011;111(4):82–84. (In Russ.) Available at: <https://www.mediasphera.ru/issues/zhurnal-nevrologii-i-psikhiatrii-im-s-s-korsakova/2011/4/031997-72982011416>.
- Азимова ЮЭ, Сергеев АВ, Осипова ВВ, Табеева ГР. Диагностика и лечение головных болей в России: результаты анкетного опроса врачей. *Российский журнал боли*. 2010;(3-4):12–18. Режим доступа: <https://elibrary.ru/ucprnr>.
- Azimova YuE, Sergeev AV, Osipova VV, Tabeeva GR. Cephalgia diagnostics and treatment in Russia: physician questionnaire survey results. *Russian Journal of Pain*. 2010;(3-4):12–18. (In Russ.) Available at: <https://elibrary.ru/ucprnr>.
- Головачева ВА, Парфенов ВА, Табеева ГР, Осипова ВВ, Смудевич АБ, Андрищенко 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 Psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2017;117(2):4–9. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/jnevro2017117214-9>.
- Лебедева ЕР, Кобзева НР, Гилев ДВ, Оlesen Е. Анализ качества диагностики и лечения первичной головной боли в разных социальных группах Уральского региона. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2015;7(1):19–26. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2015-1-19-26>.
- Lebedeva ER, Kobzeva NR, Gilev DV, Olesen E. Analysis of the quality of diagnosis and treatment of primary headache in different social groups of the Ural Region. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2015;7(1):19–26. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2015-1-19-26>.
- 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>.
- 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>.
- Осипова ВВ, Азимова ЮЭ, Табеева ГР, Тарасова СА, Амелин АВ, Куцмелов ИБ и др. Диагностика головных болей в России и странах постсоветского пространства: состояние проблемы и пути ее решения. *Анналы клинической и экспериментальной неврологии*. 2012;6(2):16–21. Режим доступа: <https://elibrary.ru/nmjdfc>.
- Osipova VV, Azimova YuE, Tabeeva GR, Tarasova SA, Amelin AV, Kutsemelov IB 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*. 2012;6(2):16–21. (In Russ.) Available at: <https://elibrary.ru/nmjdfc>.
- 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, 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>.
- 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>.
- Гузий ЕА, Сергеев АВ, Табеева ГР. Анализ предикторов рецидива лекарственно-индуцированной головной боли: проспективное клинико-психологическое исследование. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2024;16(3):44–51. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2024-3-44-51>.
- Guziy EA, Sergeev AV, Tabeeva GR. Analyzing the predictors of relapse in drug-induced headache: a prospective clinical and psychological study. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2024;16(3):44–51. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2024-3-44-51>.
- Гузий ЕА, Сергеев АВ, Табеева ГР. Оценка эффективности профилактической терапии хронической мигрени с лекарственно-индуцированной головной болью и без нее: данные проспективного исследования. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2024;16(прил. 1):59–65. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2024-15-59-65>.
- Guziy EA, Sergeev AV, Tabeeva GR. Evaluation of the efficacy of preventive therapy in chronic migraine with or without medication overuse headache: data from a prospective study. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2024;16(Suppl. 1):59–65. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2024-15-59-65>.
- 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>.
- 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>.
30. Табеева ГР, Филатова ЕГ, Амелин АВ, Осипова ВВ, Артеменко АР, Ахматеева ЛР и др. Альтернативные и комPLEMENTАРНЫЕ 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, Akhmadeeva 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>.
 31. Lee HJ, Lee JH, Cho EY, Kim SM, Yoon S. Efficacy of psychological treatment for headache disorder: a systematic review and meta-analysis. *J Headache Pain*. 2019;20(1):17. <https://doi.org/10.1186/s10194-019-0965-4>.
 32. Bae JY, Sung HK, Kwon NY, Go HY, Kim TJ, Shin SM, Lee S. Cognitive Behavioral Therapy for Migraine Headache: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicina*. 2021;58(1):44. <https://doi.org/10.3390/medicina58010044>.
 33. Sahai-Srivastava S, Sigman E, Uyeshiro Simon A, Cleary L, Ginoza L. Multidisciplinary Team Treatment Approaches to Chronic Daily Headaches. *Headache*. 2017;57(9):1482–1491. <https://doi.org/10.1111/head.13118>.
 34. Cohen SP, Vase L, Hooten WM. Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. *Lancet*. 2021;397(10289):2082–2097. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00393-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00393-7).
 35. Головачева ВА, Головачева АА. Зависимость от обезболивающих препаратов у пациентов с хронической мигренью и лекарственно-индуцированной головной болью. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2024;16(5):38–44. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2024-5-38-44>.
Golovacheva VA, Golovacheva AA. Addiction to analgesics in patients with chronic migraine and medication-overuse headache. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2024;16(5):38–44. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2024-5-38-44>.
 36. 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>.
 37. 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>.
 38. 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>.
 39. 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>.
 40. Steiner TJ, Paemeleire K, Jensen R, Valade D, Savi L, Lainez MJ et al. European principles of management of common headache disorders in primary care. *J Headache Pain*. 2007;8(Suppl. 1):S3–S47. Available at: <https://biblio.ugent.be/publication/411665>.

Вклад авторов:

Концепция статьи – В.А. Головачева, А.А. Головачева

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, А.А. Головачева

Статистическая обработка – В.А. Головачева

Редактирование – В.А. Головачева, А.А. Головачева

Утверждение окончательного варианта статьи – В.А. Головачева, А.А. Головачева

Contribution of authors:

Concept of the article – Veronika A. Golovacheva, Anzhelika A. Golovacheva

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, Anzhelika A. Golovacheva

Statistical processing – Veronika A. Golovacheva

Editing – Veronika A. Golovacheva, Anzhelika A. Golovacheva

Approval of the final version of the article – Veronika A. Golovacheva, Anzhelika A. Golovacheva

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

Головачева Анжелика Александровна, ассистент и аспирант 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; angelika.golovacheva@gmail.com

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

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); 8, Bldg. 2, Trubetskaya St., Moscow, 119991, Russia; angelika.golovacheva@gmail.com