

Терапия при хронической мигрени: междисциплинарный подход. Клиническое наблюдение

В.А. Головачева[✉], А.А. Головачева, В.А. Парфенов

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

Аннотация

Представлено клиническое наблюдение за пациенткой с хронической мигренью и коморбидными расстройствами – хронической инсомнией и паническим расстройством. Показано влияние тревоги, инсомнии, избыточного приема обезболивающих препаратов на хронизацию мигрени. Для лечения была составлена междисциплинарная программа, включавшая образовательные беседы, дезинтоксикационную терапию, когнитивно-поведенческую терапию и фармакотерапию. С помощью когнитивно-поведенческой терапии удалось изменить ошибочные представления пациентки о своем состоянии, обучить ее эффективным навыкам преодоления боли, инсомнии и тревоги. На фоне проводимого лечения уже через 3 мес наблюдались трансформация мигрени из хронической в эпизодическую, улучшение сна, эмоционального состояния и функциональной активности в течение дня. Наблюдение пациентки в течение 12 мес показало стойкий положительный эффект лечения в отношении головной боли, сна и эмоционального состояния.

Ключевые слова: хроническая мигрень, инсомния, когнитивно-поведенческая терапия, лечение

Для цитирования: Головачева В.А., Головачева А.А., Парфенов В.А. Терапия при хронической мигрени: междисциплинарный подход. Клиническое наблюдение. Терапевтический архив. 2021;93(12):1528–1532. DOI: 10.26442/00403660.2021.12.201247

CASE REPORT

Chronic migraine treatment: multidisciplinary approach. Case report

Veronika A. Golovacheva[✉], Anzhelika A. Golovacheva, Vladimir A. Parfenov

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

Abstract

We described clinical case of chronic migraine and such comorbid disorders as insomnia and panic disorder. The influence of anxiety, insomnia, painkillers overuse on the chronicity of migraine has been shown. Multidisciplinary program was made for treatment of patient with chronic migraine, insomnia and panic disorder. Multidisciplinary program included education, detoxification therapy, cognitive-behavioral therapy and pharmacotherapy. Patient's mistaken ideas about disorders was changed by using of cognitive-behavioral therapy. Also techniques of cognitive-behavioral therapy were needed for education of patient about effective skills to overcome pain, insomnia and anxiety. The transformation of migraine from chronic to episodic, improved sleep, improved emotional state and functional activity were noted after 3 months of treatment. Follow-up of the patient for 12 months showed long lasting positive effect of treatment for chronic migraine, insomnia and panic disorder.

Keywords: chronic migraine, insomnia, cognitive-behavioral therapy, treatment

For citation: Golovacheva VA, Golovacheva AA, Parfenov VA. Chronic migraine treatment: multidisciplinary approach. Case report. Terapevticheskii Arkhiv (Ter. Arkh.). 2021;93(12):1528–1532. DOI: 10.26442/00403660.2021.12.201247

Введение

Хроническая мигрень (ХМ) – это первичная головная боль, которая развивается из эпизодической мигрени и характеризуется наличием головной боли ≥ 15 дней в месяц в течение >3 мес, при этом головная боль, клинически соответствующая приступам мигрени, возникают не менее 8 дней в месяц [1]. Распространенность ХМ в России выше, чем в других странах: она охватывает 6,8% населения [2]. При ХМ чаще, чем в общей популяции, встречаются инсомния [3–5] и психические расстройства [6], которые затрудняют диагностику и лечение. Эффективные методы лечения ХМ продолжают обсуждаться [7].

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) доказала свою эффективность в лечении хронической инсомнии (ХИ) [8, 9], тревожных расстройств [10], депрессии [11],

хронической боли в спине [12]. Проводятся исследования по эффективности КПТ при ХМ [13–20].

Приводим наблюдение междисциплинарного ведения пациентки, страдавшей ХМ, лекарственно-индуцированной головной болью (ЛИГБ), ХИ и тревожным расстройством.

Клиническое наблюдение

Пациентка Н., 36 лет, обратилась в Клинику нервных болезней (КНБ) им. А.Я. Коженикова ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» с жалобами на ежедневную головную боль, нарушение сна, тревожность.

Эпизодическая головная боль (1–2 приступа в 1–3 мес) наблюдается с 11 лет. Когда пациентке было 33 года, у ее мамы произошел ишемический инсульт. После данного

Информация об авторах / Information about the authors

[✉]Головачева Вероника Александровна – канд. мед. наук, доц. каф. нервных болезней и нейрохирургии Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского; Тел.: +7(499)248-63-00; e-mail: xoho.veronicka@gmail.com; ORCID: 0000-0002-2752-4109

Головачева Анжелика Александровна – клин. ординатор каф. нервных болезней и нейрохирургии Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского. ORCID: 0000-0002-2845-7323

Парфенов Владимир Анатольевич – д-р мед. наук, проф., зав. каф. нервных болезней и нейрохирургии Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского. ORCID: 0000-0002-1992-7960

[✉]Veronika A. Golovacheva. ORCID: 0000-0002-2752-4109

Anzhelika A. Golovacheva. ORCID: 0000-0002-2845-7323

Vladimir A. Parfenov. ORCID: 0000-0002-1992-7960

Таблица 1. Динамика состояния пациентки на фоне лечения в течение 12 мес**Table 1.** Dynamics of the patient's condition during treatment during 12 months

Клинико-психологические параметры	До лечения	3-й месяц наблюдения	6-й месяц наблюдения	12-й месяц наблюдения
Количество дней с головной болью в месяц	30	13	4	2
Количество дней с мигренью в месяц	12	5	2	2
Снижение частоты головной боли в месяц	–	57%*	87%*	93%*
Частота приема обезболивающих препаратов, дни	20	5	2	2
Уровень катастрофизации боли по Шкале катастрофизации боли, баллы	39	5	2	0
Уровень тревоги по Госпитальной шкале тревоги и депрессии, баллы	14	6	2	0
Уровень депрессии по Госпитальной шкале тревоги и депрессии, баллы	8	4	0	0
Влияние мигрени на повседневную активность по Шкале дезадаптации, связанной с мигренью, баллы	165	10	4	0
Степень тяжести инсомнии по Индексу тяжести инсомнии, баллы	21	6	0	0

*Клинически значимое уменьшение частоты головной боли в месяц в сравнении с исходной частотой (до лечения).

стрессового события у пациентки нарушился сон. Через 3–4 мес появились эпизоды ощущения сердцебиения, нехватки воздуха и тревоги. Постепенно участились головные боли, с 35 лет они стали ежедневными.

В течение 3 лет пациентка не удовлетворена своим сном, при этом у нее есть возможность уделять сну достаточное количество времени и подходящие условия для сна. Проблемы со сном наблюдаются 4–5 дней в неделю. Продолжительность засыпания составляет 1–1,5 ч. Ночной сон практически всегда «поверхностный», чуткий. Пациентка просыпается в 6:00, не чувствует себя отдохнувшей, поэтому «долеживает» в кровати до 9:00. В течение дня чувствует себя «разбитой, уставшей», тревожна, раздражительна, плаксива. Последние 6 мес пациентку беспокоит забывчивость, есть страх развития деменции. Иногда пациентка старается поспать 1–2 ч днем, чтобы «компенсировать» предыдущую бессонную ночь. Однако данные действия не приносят улучшения состояния.

В связи с появлением вышеописанных эпизодов ощущения сердцебиения, нехватки воздуха и тревоги пациентка обращалась к кардиологу и эндокринологу – патологии не выявлено. Однако пациентка продолжала беспокоиться о развитии сердечно-сосудистой патологии.

В течение последнего года головные боли ежедневные. Наблюдается два вида головной боли. Первый возникает у пациентки с подросткового возраста и соответствует клинической картине мигрени. До 33 лет приступы мигрени купировались ибупрофеном или другими комбинированными анальгетиками. С 33 лет, на фоне нарушения сна и тревожности, приступы мигрени стали учащаться и в последний год возникают 10–12 дней в месяц. В течение последних 4 мес обезболивающие препараты перестали купировать данную головную боль, теперь они только снижают ее интенсивность. При учащении приступов вышеописанной головной боли и увеличении приема обезболивающих препаратов появился второй вид головной боли. Данные головные боли легкой или умеренной интенсивности, давящие, двусторонние, диффузные, иногда сопровождаются тошнотой и не купируются обезболивающими препаратами.

С учащением головных болей после 33 лет увеличивалась и частота приема обезболивающих препаратов. На

протяжении 1,5 года пациентка принимает безрецептурные обезболивающие препараты от 10 до 20 дней в месяц.

Пациентка обращалась к неврологам, ей назначались магнитно-резонансная томография (МРТ) головы, электроэнцефалография, УЗИ сосудов шеи. На МРТ головы были выявлены два очага малого размера в правой лобной доле, которые интерпретированы как «сосудистые». Головную боль расценили как последствие сотрясения головного мозга в подростковом возрасте. Пациентке был поставлен диагноз: посттравматическая энцефалопатия. В качестве лечения курсом на 1 мес были назначены сосудистые и ноотропные препараты, витамины группы В, без эффекта.

На амбулаторной консультации в КНБ при соматическом, неврологическом и нейропсихологическом исследовании патологии не выявлено. По данным анамнеза, осмотра, а также по результатам дополнительных исследований сделано заключение, что у пациентки нет «красных флагов» [21] – симптомов,стораживающих в отношении симптоматического генеза головной боли. Ранее выявленные на МРТ головного мозга два очага малых размеров – это неспецифические очаги в белом веществе головного мозга, которые часто встречаются у пациентов с мигренью с аурой и без ауры в любом возрасте [22]. В соответствии с современными представлениями данные очаги не оказывают негативного влияния на течение мигрени и результаты лечения, существенно не повышают риск инсульта [23].

На основании клинической картины головной боли, данных осмотра, исключения «красных флагов», диагностических критериев Международной классификации головных болей 3-го пересмотра [1] поставлен диагноз: ХМ, ЛИГБ.

На основании клинической картины нарушения сна, клинических рекомендаций экспертов Российского общества сомнологов по диагностике и лечению ХИ [8] и диагностических критериев Европейского руководства по диагностике и лечению инсомнии [9] поставлен сочетанный диагноз: ХИ.

Пациентке было предложено заполнить несколько опросников: Госпитальную шкалу тревоги и депрессии, Шкалу катастрофизации боли, Шкалу дезадаптации, связанной с мигренью, Индекс тяжести инсомнии. Результаты обследования в течение 12 мес наблюдения представлены в табл. 1.

Таблица 2. Программа КПТ для пациентки Н.**Table 2. Cognitive behavioral therapy program for patient N.**

Метод КПТ	Описание метода КПТ
Образовательный	Разъяснялась взаимосвязь мигрени, инсомнии и тревоги. Показаны причины хронизации мигрени, развития инсомнии и панических атак. Объяснены цели, задачи и роль КПТ в лечении ХМ, ХИ и тревожного расстройства Обучение гигиене сна, контроль стимулов, ограничение времени пребывания в постели без сна
Поведенческий	Обучение навыкам контроля боли и распознавания видов головной боли, ограничение приема обезболивающих препаратов Обучение дыхательным техникам, упражнению «Время для беспокойства»
Когнитивный	Выявление дисфункциональных тревожных мыслей и убеждений пациентки в отношении своего заболевания, их замена на новые, альтернативные, более адаптивные мысли и убеждения. Формирование эффективных поведенческих стратегий преодоления боли, инсомнии и тревоги
Релаксация	Обучение навыкам физического и эмоционального расслабления с помощью упражнений – прогрессирующей мышечной релаксации по Джекобсону
Майндфулнесс	Обучение специальным упражнениям по майндфулнесс: осознанное дыхание, сканирование тела, наблюдение за звуками и мыслями

Пациентка консультирована психиатром: диагностировано паническое расстройство.

Для лечения пациентки Н. была составлена междисциплинарная программа в соответствии с клиническими рекомендациями по лечению мигрени [24, 25], ЛИГБ [26], ХИ [8, 9], панического расстройства [10]. Междисциплинарное лечение проводилось амбулаторно и основывалось на следующих методах:

- 1) образовательные беседы с пациентом;
- 2) дезинтоксикационная терапия;
- 3) купирование приступа мигрени с помощью триптана;
- 4) фармакотерапия, направленная на профилактику мигрени и назначаемая с учетом наличия тревожного расстройства, ХИ;
- 5) КПТ в форме индивидуальных сессий.

Образовательные беседы были посвящены следующим темам: причины и механизмы ЛИГБ и мигрени, болевые и противоболевые нервные системы, нормальный сон, причины и механизмы инсомнии, причины и механизмы тревоги. Дезинтоксикационная терапия включала отмену обезболивающих препаратов, которые ранее пациентка принимала избыточно, достаточное потребление жидкости в течение дня, назначение обезболивающего препарата из другой фармакологической группы для купирования интенсивной головной боли в период отмены. Для купирования приступов мигрени в период отмены и в последующие месяцы был назначен препарат из группы триптанов – элетриптан в дозе 20 мг.

Наличие ХИ и тревожного расстройства усложняет подбор профилактической фармакотерапии ХМ для пациентки Н. Важно учитывать жалобы пациентки на снижение функциональной активности в течение дня и субъективную забывчивость, так как некоторые препараты могут снижать когнитивные функции на время терапии. В качестве профилактической фармакотерапии выбраны препараты метопролол по 25 мг утром и 25 мг вечером, эсциталопрам 20 мг утром. Продолжительность данной терапии составила 12 мес.

КПТ проводилась в форме 8 очных индивидуальных сессий с частотой 1 раз в неделю. Сессии КПТ были направлены на лечение головной боли, инсомнии и тревоги. Программа КПТ для пациентки Н. включала несколько терапевтических методов: образовательный, поведенческий, когнитивный, релаксация, майндфулнесс. Перечисленные терапевтические методы описаны в **табл. 2**.

В течение 12 мес лечения пациентка вела дневник головной боли и дневник сна. Оценка результатов лечения проводилась через 3, 6 и 12 мес. Через 3 мес пациентка отметила улучшение состояния в виде уменьшения количества дней с головной болью на 57%, что является клинически значимым ответом на лечение. Улучшился ночной сон, снизились уровень тревоги и частота панических атак, повысилась дневная активность. Пациентка имела правильные представления о своем состоянии, придерживалась лекарственных и нелекарственных рекомендаций. Прекратила избыточный прием обезболивающих, принимала 20 мг элетриптана только для купирования приступа мигрени, 5 раз за месяц. Динамика улучшения клинико-психологических параметров в течение 12 мес на фоне лечения отражена в **табл. 1**.

Обсуждение

Представленный клинический случай демонстрирует распространенную ошибочную тактику ведения пациентов с ХМ в российской практике. Пациентам с первичной головной болью часто назначается чрезмерное количество дополнительных методов исследования при отсутствии «красных флагов» [27–29]. Неспецифические изменения на МРТ головы у пациентов с мигренью часто интерпретируются неправильно [29, 30]. Количество случаев установления ошибочных диагнозов среди пациентов с первичными головными болями достигает 87–94% [28, 29]. В случае пациентки Н. также назначались различные дополнительные методы исследования при отсутствии «красных флагов» и наблюдалась ошибочная интерпретация изменений на МРТ головы. Головная боль ошибочно расценивалась как симптоматическая, связанная с органической патологией головного мозга. Пациентке Н. ранее устанавливался неправильный диагноз, что привело к формированию «ошибочной картины болезни», катастрофизации боли, страху развития инсульта, деменции, инвалидности, страху сойти с ума и невозможности преодолеть боль.

Пациентке назначались сосудистые и ноотропные препараты, витамины группы В. Перечисленные методы неэффективны в лечении эпизодических и хронических форм мигрени [7, 24–26]. Ошибочное назначение сосудистых и ноотропных препаратов при первичных головных болях распространено в Российской Федерации [27, 28]. Еще одна ошибочная стратегия преодоления боли среди пациентов с

мигренью – избыточный прием обезболивающих препаратов [27]. Ранее пациентка не была информирована о вреде их чрезмерного приема при головной боли, о вероятности развития ЛИГБ и продолжала злоупотреблять этими препаратами.

К особенностям клинического случая относится сочетание ХМ с ХИ и тревожным расстройством. После стрессового события у пациентки появилась тревога. В соответствии с ведущей моделью патогенеза инсомнии [31] длительно существующее психологическое и физиологическое гипервозбуждение привело к развитию инсомнии. Хроническое течение инсомнии поддерживали тревожные мысли и неправильные стратегии в отношении ночного сна и дневного функционирования. На фоне инсомнии и тревоги участились приступы мигрени. Повышение частоты приема обезболивающих также способствовало хронизации мигрени и развитию ЛИГБ. Выяснено, что инсомния – фактор учащения приступов мигрени [4]. В нескольких исследованиях, включавших пациентов с ХМ и ХИ, показано, что нормализация сна с помощью КПТ способствует трансформации мигрени из хронической в эпизодическую [17–20]. Ранее при ведении пациентки Н. инсомнию и тревогу не диагностировали и не лечили.

В КНБ проводилось междисциплинарное лечение, включавшее образовательные беседы, дезинтоксикационную терапию, КПТ и фармакотерапию. Применение КПТ

было обоснованно, так как у пациентки наблюдались катастрофизация боли, клинически выраженная тревога, болевое поведение, неправильное поведение в отношении ночного сна и дневного функционирования. Клинический эффект в виде снижения частоты головной боли в месяц более чем на 50%, нормализации сна, эмоционального состояния и повседневной активности был достигнут через 3 мес лечения и сохранялся в течение 12 мес наблюдения.

Заключение

Таким образом, междисциплинарный подход с применением КПТ эффективен при ведении пациентов с ХМ, ЛИГБ, сопутствующими ХИ и тревожным расстройством. К сожалению, в нашей стране редко используются КПТ, междисциплинарный подход при ведении пациентов с такими распространенными заболеваниями, как ХМ, ХИ и тревожное расстройство, что связано как с низкой информированностью неврологов и терапевтов о КПТ, так и с относительно небольшим количеством врачей, владеющих методом КПТ.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

Список сокращений

КНБ – клиника нервных болезней
КПТ – когнитивно-поведенческая терапия
ЛИГБ – лекарственно-индуцированная головная боль

МРТ – магнитно-резонансная томография
ХИ – хроническая инсомния
ХМ – хроническая мигрень

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. The International Classification of Headache Disorders. 3rd edition (ICHD-3). *Cephalalgia*. 2018;38(1):1-211. DOI:10.1177/0333102417738202
2. Bigal ME, Serrano D, Reed M, Lipton RB. Chronic migraine in the population: burden, diagnosis, and satisfaction with treatment. *Neurology*. 2008;71(8):559-66. DOI:10.1212/01.wnl.0000323925.29520.e7
3. Buse DC, Reed ML, Fanning KM, et al. Comorbid and co-occurring conditions in migraine and associated risk of increasing headache pain intensity and headache frequency: results of the migraine in America symptoms and treatment (MAST) study. *J Headache Pain*. 2020;21(1):23. DOI:10.1186/s10194-020-1084-y
4. Kim J, Cho SJ, Kim WJ, et al. Impact of migraine on the clinical presentation of insomnia: a population-based study. *J Headache Pain*. 2018;19(1):86. DOI:10.1186/s10194-018-0916-5
5. Tiseo C, Vacca A, Felbush A, et al.; European Headache Federation School of Advanced Studies (EHF-SAS). Migraine and sleep disorders: a systematic review. *J Headache Pain*. 2020;21(1):126. DOI:10.1186/s10194-020-01192-5
6. Green MW, Muskin PR. The neuropsychiatry of headache. UK: Cambridge University Press, 2013.
7. Agostoni EC, Barbanti P, Calabresi P, et al.; Italian chronic migraine group. Current and emerging evidence-based treatment options in chronic migraine: a narrative review. *J Headache Pain*. 2019;20(1):92. DOI:10.1186/s10194-019-1038-4
8. Полуэктов М.Г., Бузунов Р.В., Авербух В.М., и др. Проект клинических рекомендаций по диагностике и лечению хронической инсомнии у взрослых. *Consilium Medicum. Неврология и Ревматология (Прил.)*. 2016;2:41-51 [Poluektov MG, Buzunov RV, Averbukh VM, 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 Russian)].
9. Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, et al. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *J Sleep Res*. 2017;26(6):675-700. DOI:10.1111/jsr.12594
10. Bandelow B, Michaelis S, Wedekind D. Treatment of anxiety disorders. *Dialogues Clin Neurosci*. 2017;19(2):93-107. DOI:10.31887/DCNS.2017.19.2/bbandelow
11. Beck AT. A 60-Year Evolution of Cognitive Theory and Therapy. *Perspect Psychol Sci*. 2019;14(1):16-20. DOI:10.1177/1745691618804187
12. Парфенов В.А., Яхно Н.Н., Давыдов О.С., и др. Хроническая неспецифическая (скелетно-мышечная) поясничная боль. Рекомендации Российского общества по изучению боли (РОИБ). *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2019;11(2S):7-16 [Parfenov VA, Yakhno NN, Davydov OS, et al. Chronic nonspecific (musculoskeletal) low back pain. Guidelines of the Russian Society for the Study of Pain (RSSP). *Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics*. 2019;11(2S):7-16 (in Russian)]. DOI:10.14412/2074-2711-2019-2S-7-16
13. Knapp TW. A “cognitive-behavioral stress management training (CBST)” for the treatment of migraine: a controlled, behavior therapy case study. *Z Klin Psychol Psychother*. 1981;29(3):238-46.
14. Knapp TW. Treating migraine by training in temporal artery vasoconstriction and/or cognitive behavioral coping: a one-year follow-up. *J Psychosom Res*. 1982;26(5):551-7. DOI: 10.1016/0022-3999(82)90096-4
15. Martin PR, Nathan PR, Milech D, van Keppel M. Cognitive therapy vs. self-management training in the treatment of chronic headaches. *Br J Clin Psychol*. 1989;28(4):347-61. DOI: 10.1111/j.2044-8260.1989.tb00839.x
16. Onur OS, Ertem DH, Karsidag C, et al. An open/pilot trial of cognitive behavioral therapy in Turkish patients with refractory chronic migraine. *Cogn Neurodyn*. 2019;13(2):183-9. DOI:10.1007/s11571-019-09519-y
17. Calhoun AH, Ford S. Behavioral sleep modification may revert transformed migraine to episodic migraine. *Headache*. 2007;47:1178-83. DOI:10.1111/j.1526-4610.2007.00780.x

18. Smitherman TA, Walters AB, Davis RE, et al. Randomized controlled pilot trial of behavioral insomnia treatment for chronic migraine with comorbid insomnia. *Headache*. 2016;56:276-91. DOI:10.1111/head.12760
19. Smitherman TA, Kuka AJ, Calhoun AH, et al. Cognitive-behavioral therapy for insomnia to reduce chronic migraine: a sequential Bayesian analysis. *Headache*. 2018;58(7):1052-9. DOI:10.1111/head.13313
20. Crawford MR, Luik AI, Espie CA, et al. Digital Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia in Women With Chronic Migraines. *Headache*. 2020;60(5):902-15. DOI:10.1111/head.13777
21. Maizels M. The patient with daily headaches. *Am Fam Physician*. 2004;70(12):2299-306.
22. Bashir A, Lipton RB, Ashina S, Ashina M. Migraine and structural changes in the brain: a systematic review and meta-analysis. *Neurology*. 2013;1;81(14):1260-8. DOI:10.1212/WNL.0b013e3182a6cb32
23. Головачева В.А., Пожидаев К.А., Головачева А.А. Когнитивные нарушения у пациентов с мигренью: причины, принципы эффективного предупреждения и лечения. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2018;10(3):141-9 [Golovacheva VA, Pozhidaev KA, Golovacheva AA. Cognitive impairment in patients with migraine: causes, principles of effective prevention and treatment. *Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics*. 2018;10(3):141-9 (in Russian)]. DOI:10.14412/2074-2711-2018-3-141-149
24. Evers S, Afra J, Frese A, et al.; European Federation of Neurological Societies. EFNS guideline on the drug treatment of migraine – revised report of an EFNS task force. *Eur J Neurol*. 2009;16(9):968-81. DOI:10.1111/j.1468-1331.2009.02748.x
25. Филатова Е.Г., Осипова В.В., Табеева Г.Р., и др. Диагностика и лечение мигрени: рекомендации российских экспертов. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2020;12(4):4-14 [Filatova EG, Osipova VV, Tabeeva GR, et al. Diagnosis and treatment of migraine: Russian experts' recommendations. *Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics*. 2020;12(4):4-14 (in Russian)]. DOI:10.14412/2074-2711-2020-4-4-14
26. Evers S, Jensen R; European Federation of Neurological Societies. Treatment of medication overuse headache – guideline of the EFNS headache panel. *Eur J Neurol*. 2011;18(9):1115-21. DOI:10.1111/j.1468-1331.2011.03497.x
27. Головачева В.А., Парфенов В.А., Табеева Г.Р., и др. Оптимизация ведения пациентов с хронической ежедневной головной болью. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2017;117(2):4-9 [Golovacheva VA, Parfenov VA, Tabeeva GR, et al. Optimizaciya vedeniya pacientov s hronicheskoj ezhdnevnoj glavnoj bol'yu. *Zhurnal nevrologii i psixiatrii im. S.S. Korsakova*. 2017;117(2):4-9 (in Russian)]. DOI:10.17116/jnevro2017117214-9
28. Osipova V, Ayzenberg I, Amelin A, et al. The highest prevalence of CDH in Russia: why? *Cephalalgia*. 2015;35(6S):287. DOI:10.1177/0333102415581304
29. Осипова В.В., Азимова Ю.Э., Табеева Г.Р., 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 [Osipova VV, Azimova YuE, Tabeeva GR, et al. Diagnostika glavnyh bolej v Rossii i stranah postsovetskogo prostranstva: sostoyanie problemy i puti ee resheniya. *Annaly klinicheskoy i eksperimental'noj nevrologii*. 2012;6(2):16-21 (in Russian)].
30. Лебедева Е.Р., Кобзева Н.Р., Гилев Д.В., Олесен Е. Анализ качества диагностики и лечения первичной головной боли в разных социальных группах Уральского региона. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2015;7(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 Russian)]. DOI:10.14412/2074-2711-2015-1-19-26
31. Spielman AJ, Nunes J, Glovinsky PB. Insomnia. *Neurol Clin*. 1996;14(3):513-43. DOI:10.1016/s0733-8619(05)70272-3

Статья поступила в редакцию / The article received: 16.08.2021



OMNIDOCUTOR.RU