

Когнитивно-поведенческая терапия в лечении хронической мигрени: описание клинического случая

Головачева В.А.¹, Головачева А.А.¹, Парфенов В.А.¹, Табеева Г.Р.¹, Романов Д.В.^{2,3}, Осипова В.В.^{4,5}, Кацарова З.^{1,6,7,8}

¹Кафедра нервных болезней и нейрохирургии Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского и ²кафедра психиатрии и психосоматики Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва; ³отдел по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва; ⁴ГБУЗ «Научно-практический психоневрологический центр им. З.П. Соловьева» Департамента здравоохранения города Москвы, Москва; ⁵Университетская клиника головной боли, Москва; ⁶Department of Neurology, University of Duisburg-Essen, University Hospital, Essen, Germany; ⁷Department of Neurology, Evangelical Hospital, Unna, Germany; ⁸EVEX Medical Corporation, Tbilisi, Georgia
^{1,2}Россия, 119021, Москва, ул. Россолимо, 11, стр. 1; ³Россия, 115522, Москва, Каширское шоссе, 34;
⁴Россия, 115419, Москва, ул. Донская, 43; ⁵Россия, 121467, Москва, ул. Молодогвардейская, 2, корп. 1;
⁶Hufelandstr. 55, 45122 Essen, Germany; ⁷Holbeinstr. 10, 59423 Unna, Germany;
⁸40 Vazha-Pshavela Avenue, Tbilisi 0177, Georgia

Описан клинический случай пациентки с хронической мигренью (ХМ), показан современный подход к диагностике ХМ и оценке факторов хронизации. Пациентке проводилось междисциплинарное лечение, которое включало стандартную терапию и когнитивно-поведенческую терапию (КПТ) — психологический метод лечения боли и эмоциональных нарушений. Применение КПТ в данном клиническом случае было обосновано тем, что у больной наблюдались катастрофизация боли, эмоциональное расстройство, злоупотребление обезболивающими препаратами и трудности при их отмене, неудовлетворительная переносимость профилактической фармакотерапии мигрени. С помощью КПТ удалось изменить представления пациентки о причинах и прогнозе болезни, повысить ее активность в течение дня, обучить эффективным навыкам преодоления боли, справиться с симптомами тревоги и депрессии. Как показало длительное (12 мес) наблюдение за пациенткой, на фоне поведенческого междисциплинарного лечения было достигнуто клинически значимое улучшение состояния в виде трансформации мигрени из хронической формы в эпизодическую, нормализации эмоционального состояния, повышения повседневной активности.

Ключевые слова: хроническая мигрень; хронизация; диагностика; лечение; когнитивно-поведенческая терапия; психологические методы.

Контакты: Вероника Александровна Головачева; хохо.veronicka@gmail.com

Для ссылки: Головачева ВА, Головачева АА, Парфенов ВА и др. Когнитивно-поведенческая терапия в лечении хронической мигрени: описание клинического случая. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2021;13(1):74–80. DOI: 10.14412/2074-2711-2021-1-74-80

Cognitive behavioral therapy in the treatment of chronic migraine: a clinical case report

Golovacheva V.A.¹, Golovacheva A.A.¹, Parfenov V.A.¹, Tabeeva G.R.¹, Romanov D.V.^{2,3}, Osipova V.V.^{4,5}, Katsarava Z.^{1,6,7,8}

¹Department of Nervous System Diseases and Neurosurgery, N.V. Sklifosovsky Institute of Clinical Medicine, and ²Department of Psychiatry and Psychosomatics, N.V. Sklifosovsky Institute of Clinical Medicine, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Ministry of Health of Russia, Moscow; ³Department for the Study of Borderline Mental Pathology and Psychosomatic Disorders, Mental Health Research Center, Moscow; ⁴Z.P. Solovyov Research and Practical Psychoneurological Center, Moscow Healthcare Department, Moscow; ⁵University Headache Clinic, Moscow; ⁶Department of Neurology, University of Duisburg-Essen, University Hospital, Essen, Germany; ⁷Department of Neurology, Evangelical Hospital, Unna, Germany; ⁸EVEX Medical Corporation, Tbilisi, Georgia
^{1,2}11, Rossolimo St., Build. 1, Moscow 119021, Russia; ³34, Kashirskoe Shosse, Moscow 115522, Russia; ⁴43, Donskaya St., Moscow 115419, Russia; ⁵2, Molodogvardeyskaya St., Build. 1; Moscow 121467, Russia; ⁶Hufelandstr. 55, Essen 45122, Germany;
⁷Holbeinstr. 10, 59423 Unna, Germany; ⁸40 Vazha Pshavela Avenue, Tbilisi 0177, Georgia

The paper describes a clinical case of a female patient with chronic migraine (CM) and shows a modern approach to diagnosing CM and assessing chronicity factors. The patient received interdisciplinary treatment that involved standard therapy and cognitive behavioral therapy (CBT), a psychological treatment for pain and emotional disorders. The use of CBT in this clinical case was justified by the fact that the patient had pain catastrophizing, emotional disorder, abuse of painkillers and their discontinuation problems, and unsatisfactory tolerability of preventive pharmacotherapy for migraine. CBT could change the patient's ideas about the causes and prognosis of the disease, increase her intraday activity, teach effective skills to overcome pain, and cope with the symptoms of anxiety and depression. A long-term (12-month) follow-up of the female patient receiving behavioral interdisciplinary treatment showed a clinically significant improvement as transformation from chronic to episodic of migraine, as normalization of the emotional state, and as an increase in daily activity.

Keywords: *chronic migraine; chronicity; diagnosis; treatment; cognitive behavioral therapy; psychological methods.*

Contact: *Veronika Aleksandrovna Golovacheva; xoxo.veronicka@gmail.com*

For reference: *Golovacheva VA, Golovacheva AA, Parfenov VA, et al. Cognitive behavioral therapy in the treatment of chronic migraine: a clinical case report. Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics. 2021; 13(1):74–80.*

DOI: *10.14412/2074-2711-2021-1-74-80*

Хроническая мигрень (ХМ) — это тяжелое заболевание, которое значительно снижает трудоспособность и качество жизни пациентов, приводит к многочисленным обследованиям и консультациям специалистов, неоднократным вызовам бригад скорой медицинской помощи из-за сильных приступов головной боли, а также к госпитализациям [1, 2]. В разных странах мира ХМ встречается примерно у 2% населения [3], в России — у 6,8% [4]. Основные причины такой высокой частоты ХМ в нашей стране — неправильная диагностика и неадекватное лечение [5]. ХМ является самой частой причиной хронической ежедневной головной боли (ХЕГБ): она вызывает около 65% от числа всех случаев ХЕГБ [6].

Большинство пациентов с ХМ злоупотребляют обезболивающими препаратами вплоть до развития лекарственно-индуцированной головной боли (ЛИГБ) [7]. Среди людей с мигренью чаще, чем в общей популяции, встречаются нарушения сна, депрессия, тревожное и обсессивно-компульсивное расстройства, алкоголизм, употребление психоактивных веществ и биполярное расстройство [8]. ЛИГБ, психологические проблемы, бессонница, психические расстройства часто не диагностируются и не лечатся, что поддерживает хроническое течение головной боли [7]. Терапия ХМ — длительный и трудоемкий процесс как для врача, так и для пациента [9].

Международные рекомендации по лечению пациентов с ХМ до сих пор не разработаны. Стандартная терапия (профилактическая фармакотерапия, дезинтоксикационная терапия и образовательная беседа) часто оказывается неэффективной или недостаточно эффективной в лечении пациентов с ХМ и ЛИГБ [7, 10, 11]. Количество терапевтических методов с доказанной эффективностью при ХМ весьма ограничено. При ХМ доказана эффективность только четырех препаратов — топирамата, ботулотоксина типа А и моноклональных антител (МАТ) к кальцитонин-ген-родственному пептиду или к его рецепторам (уровень доказательности А) [9, 10]. Представленные препараты МАТ в 2019 г. были зарегистрированы в США и странах Европы, в 2020 г. — в России [12]. Накопление опыта по лечению ХМ с помощью препаратов МАТ только предстоит. Данная терапия перспективна, но пока остается дорогостоящей. Использование ботулотоксина типа А инвазивное и дорогостоящее, он относится к препаратам второго выбора, т. е. назначается лишь при неэффективности или непереносимости пероральной фармакотерапии [10]. Нередко пациенты с ХМ вынуждены прекратить прием препаратов (в частности, топирамата) из-за развития побочных эффектов, что отмечалось и у наблюдаемой нами больной. Часто после прекращения приема профилактической фармакотерапии развиваются рецидивы ХМ [7, 10, 11]. Существуют фармакорезистентные, «рефрактерные» формы ХМ, представляющие отдельную проблему [13]. Поэтому поиск эффективных подходов к лечению ХМ продолжается. Перспективным является изучение эффективности междисциплинарного под-

хода, включающего стандартную терапию и такой психологический метод, как когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) [14, 15]. Приводим пример успешного ведения больной, страдавшей ХМ, ЛИГБ и тревожным расстройством.

Пациентка Н., 35 лет, обратилась в Клинику нервных болезней с жалобами на ежедневную головную боль, тревожность, повышенную утомляемость, эпизоды сердцебиения и головокружения.

Пациентка не работает, образование высшее экономическое. Единственный ребенок в семье, родилась в срок, в результате нормально протекавшей беременности. Замужем, имеет двух детей (дочь семи лет и сына трех лет). Алкоголем не злоупотребляет. Наркотики не употребляет. Не курит. В наследственном анамнезе выявлены следующие факты: бабушка по линии мамы умерла в 83 года от ишемического инсульта, страдала мерцательной аритмией и гипертензивной болезнью; бабушка по линии отца в течение жизни страдала головными болями, трижды демонстрировала попытки суицида (броситься и утопиться в деревенском колодезе), внезапно умерла в 75 лет, причина смерти точно неизвестна; дед по линии отца страдал алкоголизмом, был агрессивен, умер в 65 лет от цирроза печени.

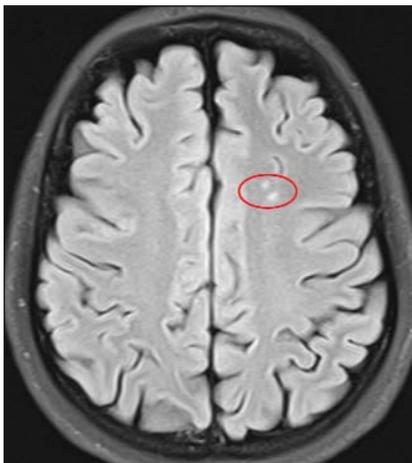
В анамнезе пациентки соматических заболеваний нет.

Приступы головной боли появились с 12 лет, возникали эпизодически (1–2 раза в 1–3 мес). Учащение приступов наблюдается с 32 лет, после рождения второго ребенка, на фоне недостатка сна, беспокойства по поводу здоровья ребенка и регулярных ссор с мужем. Пациентка описывает эпизоды головной боли следующим образом: сильной интенсивности (до 9 баллов по визуальной аналоговой шкале — ВАШ), распирающего характера, лобно-височной локализации, односторонние (иногда двусторонние), с тошнотой и иногда рвотой, фото- и фонофобией, продолжительностью до 1 сут. Приступы провоцировались менструацией, эмоциональным и физическим перенапряжением, недостатком или избытком сна, приемом алкоголя, употреблением сыра. Головная боль облегалась приемом обезболивающего препарата (кетопрофена или безрецептурного комбинированного анальгетика) и сном, не беспокоила в период первой и второй беременности. С учащением головных болей увеличивалась частота приема обезболивающих. В этот период от ишемического инсульта в возрасте 83 лет умерла бабушка пациентки. Пациентка тяжело перенесла смерть бабушки. С 33 лет у больной стали возникать эпизоды сердцебиения, несистемного головокружения и тревоги. Появился страх потерять сознание во время данного эпизода, из-за чего она старалась не уходить далеко от дома, когда была одна.

В течение последних 7 мес головная боль возникает ежедневно. Вышеописанные интенсивные приступы головной боли беспокоят с частотой 11 приступов в месяц. Наряду с ними появились тупые, ноющие головные боли, диффузной локализации и легкой или умеренной интенсивности (3–5 баллов по ВАШ), между приступами и перед приступами интенсивной головной боли стала возникать боль в шее. Пациентка прини-

мает обезболивающие препараты (безрецептурные комбинированные анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты — НПВП — в форме таблеток и внутримышечных инъекций) с частотой 20–25 дней в месяц, в количестве 40–50 доз в месяц, на протяжении 7 мес. Наблюдается значимое снижение эффективности обезболивающих препаратов. За последние 3 мес пациентка трижды вызвала скорую медицинскую помощь из-за сильной головной боли или эпизодов учащения сердцебиения (до 100 уд/мин), повышения артериального давления до 135/80 мм рт. ст., сопровождающихся несистемным головокружением, ощущением напряжения в теле, затрудненностью дыхания и тревогой. Сотрудники скорой медицинской помощи проводили при интенсивной головной боли внутривенное введение обезболивающего ненаркотического препарата (с эффектом). Пациентка была консультирована кардиологом, проведено суточное электрокардиографическое мониторирование, сердечно-сосудистой патологии не выявлено. Консультирована эндокринологом, проводилось исследование гормонов щитовидной железы в крови, метаболитов катехоламина в моче, ультразвуковое исследование (УЗИ) щитовидной железы, эндокринной патологии не выявлено. Пациентка консультирована неврологами, проводились исследования: магнитно-резонансная томография (МРТ) головы, МРТ шейного отдела позвоночника, УЗИ сосудов шеи. На МРТ головы в левой лобной доле определены два очага малых размеров, которые были ошибочно расценены как «сосудистые очаги, признаки микроангиопатии». На МРТ шейного отдела позвоночника определены «дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника, протрузии межпозвоночных дисков C_{IV-V}, C_{V-VI}». На УЗИ сосудов шеи определялась клинически незначимая асимметрия кровотока по позвоночным артериям. Были поставлены такие диагнозы, как «остеохондроз шейного отдела позвоночника», «вегетососудистая дистония», «хроническая головная боль напряжения». Пациентке сообщили о «патологии сосудов головного мозга», рекомендовали сделать повторное МРТ головы и УЗИ сосудов шеи через 6 мес. Пациентка получала следующее лечение: курс ноотропных, нейрометаболических препаратов (от 10 до 30 дней, внутривенно капельно или перорально), курс миорелаксанта и НПВП (в течение 10 дней), курс массажа и физиотерапии (в течение 14 дней), курс мануальной терапии (в течение 14 дней), amitриптилин в дозе 50 мг/сут в течение 4 нед. Пациентка не отмечала улучшения состояния от перечисленных методов лечения. Прием amitриптилина был прекращен из-за побочных эффектов (выраженного головокружения, сонливости, общей слабости) и неэффективности.

Пациентка обратилась в Клинику нервных болезней им. А.Я. Кожевникова с представленными выше жалобами. С ней была проведена подробная беседа об истории ее заболевания, проанализированы результаты предшествующих исследо-



Магнитно-резонансная томограмма головного мозга пациентки Н., 35 лет, с хронической мигренью без ауры. Два неспецифических очага в белом веществе головного мозга (англ. white matter lesions) в области левой лобной доли (обведены овалом)
Brain magnetic resonance imaging in a 35-year-old patient N. with chronic migraine without aura. Two non-specific white matter lesions in the left frontal lobe (surrounded with an oval)

ваний. При неврологическом осмотре не обнаружено очаговой неврологической симптоматики. При нейроортопедическом исследовании определен перикраниальный мышечно-тонический болевой синдром. На основании данных анамнеза, осмотра, результатов дополнительных исследований сделано заключение, что у больной нет «красных флажков» [16] — симптомов,стораживающих в отношении симптоматического генеза головной боли. Важно отметить, что ранее выявленные на МРТ головного мозга два очага малых размеров — это не «сосудистые очаги», не признаки микроангиопатии и что у пациентки молодого возраста отсутствуют сердечно-сосудистые факторы риска. Два очага малых размеров, обнаруженные в левой лобной доле, — это неспецифические очаги в белом веществе головного мозга (англ. white matter lesions), которые часто встречаются у пациентов любого возраста, с аурой и без ауры [17]. В соответствии с современными представлениями, данные очаги не оказывают негативного влияния на течение мигрени и результаты лечения [18] (см. рисунок).

На основании клинической картины заболевания, осмотра, диагностических критериев Международной классификации головных болей 3-го пересмотра (МКГБ-3) [19] поставлен диагноз: «Хроническая мигрень. Лекарственно-индуцированная головная боль».

Пациентке было предложено заполнить несколько опросников для оценки ее эмоционального состояния, качества жизни и трудоспособности. Были получены следующие результаты: 1) клинически выраженная тревога — 12 баллов по Госпитальной шкале тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression scale, HADS); 2) субклинически выраженная депрессия — 8 баллов по HADS; 3) высокая катастрофизация боли — 39 баллов по Шкале катастрофизации боли (Pain Catastrophizing Scale, PCS), выраженная руминация — 15 баллов по PCS, преувеличение и безнадежность — соответственно 8 и 16 баллов по PCS; 4) выраженное влияние мигрени на повседневную активность — 180 баллов по Шкале дезадаптации, связанной с мигренью (The Migraine Disability Assessment Scale, MIDAS). Пациентка была консультирована психиатром, диагностировано паническое расстройство с агорафобией.

Учитывая клинический диагноз, данные анамнеза, рекомендации по лечению мигрени и ЛИГБ [9, 20], результаты контролируемых исследований, посвященных терапии мигрени [14, 15], был составлен план междисциплинарного лечения, который включал следующие методы:

1. Образовательная беседа с пациенткой по поводу ее заболевания.
2. Дезинтоксикационная терапия.
3. купирование приступа мигрени с помощью триптана.
4. Стандартная профилактическая фармакотерапия мигрени на 12 мес.
5. КПТ в форме индивидуальных сессий.

Пациентке с ХМ и ЛИГБ предложено стационарное лечение, так как были выявлены эмоциональные расстройства, трудности в самостоятельном отказе от обезболивающих препаратов, была необходимость подбора терапии под медицинским наблюдением (учитывая предшествующий опыт непереносимости препаратов, страх больной перед новыми для нее лекарствами) [20]. В течение 10 дней пациентка проходила лечение стационарно, а затем — в амбулаторных условиях. Дезинтоксикационная терапия включала отмену обезболивающих препаратов, которые способствовали формированию ЛИГБ, достаточное потребление жидкости, внутривенное капельное введение дексаметазона в дозе 8 мг с физиологическим раствором (200 мг) в течение 7 дней. Для купирования приступов мигрени применялся элетриптан 20 мг, но не более двух дней в неделю. В качестве стандартной профилактической фармакотерапии была назначена монотерапия топираматом, затем венлафаксином, флуоксетином. Каждый из перечисленных препаратов пациентка принимала от 4 до 7 дней, приступы мигрени продолжались. Препараты были отменены из-за развития у больной побочных эффектов — выраженного несистемного головокружения, сонливости, неустойчивости при ходьбе, ощущения нечеткости зрения. Был назначен метопролол (по 50 мг утром и вечером), который пациентка хорошо переносила.

В ходе беседы с пациенткой были выявлены ее неправильные представления о головной боли и вегетативных эпизодах, катастрофизация боли и других симптомов. Пациентка ошибочно считала, что ее головная боль связана с сосудистой патологией головного мозга, с дегенеративными изменениями шейного отдела позвоночника. Она беспокоилась, что вегетативные эпизоды — это ранние проявления сердечно-сосудистого заболевания, которые в дальнейшем приведут к развитию мерцательной аритмии. Были выявлены такие страхи и тревожные мысли, как «однажды головная боль будет такой сильной, что приведет к инсульту», «я сойду с ума от головной боли, ведь у бабушки по папиной линии тоже болела голова и она сошла с ума», «из-за головной боли я могу умереть или стать инвалидом», «мне будет только хуже». Пациентка применяла неадаптивные стратегии преодоления боли: прием большого количества обезболивающих препаратов, ограничение физической и социальной активности, использование пассивных методов лечения (курсы лекарственных препаратов, физиотерапия, массаж). Наличие неправильных представлений о своем состоянии, беспокоящие мысли о прогнозе болезни, высокий уровень тревоги и катастрофизации боли, ограничительные формы поведения подчеркивают наличие у пациентки психологических проблем и обосновывают применение КПТ [21, 22]. В ходе проведения сессий КПТ с пациенткой обсуждались причины ее тревоги и страхов, основные ошибки в восприятии боли и других симптомов, неправильные действия в отношении боли и других симптомов. Совместно с боль-

ной посредством специальных техник КПТ негативный, катастрофичный стиль мышления и поведения заменялся на более реалистичный и рациональный. С помощью психологических упражнений по осознанности и релаксации [22, 23], проводимых на сессиях КПТ, пациентка обучилась навыкам эмоционального и физического расслабления, умению «не застревать» в тревожных мыслях и сосредоточивать внимание на текущих делах, а не на субъективных интерпретациях происходящего, воспоминаниях прошлого и негативных размышлениях о будущем.

Через 3 мес после лечения пациентка отметила значимое улучшение состояния. Был достигнут клинический эффект: число дней с головной болью в месяц снизилось на 63%. Частота головной боли уменьшилась до 11 дней в месяц: 1) головная боль в виде мигрени наблюдалась 5 дней в месяц; 2) головная боль в виде головной боли напряжения возникала 6 дней в месяц. Снизилась частота приема обезболивающих препаратов до 5 дней в месяц, пациентка принимала их для купирования приступов мигрени (4 дозы элетриптана и одну дозу ибупрофена). Пациентка нормализовала режим сна и активность в течение дня. Боли в шее не возникали. Значимо улучшилось эмоциональное состояние, возросла физическая активность в течение дня. За последний месяц отмечались две панические атаки накануне менструации.

Через 6 мес после лечения у пациентки наблюдались только три дня головной боли в месяц, в виде трех приступов мигрени. Каждый приступ мигрени был купирован одной дозой элетриптана. Не возникали боли в шее, панические атаки и агорафобия. Мигрень не влияла на повседневную активность. К 12-му месяцу наблюдения у пациентки было два дня с головной болью в месяц в виде двух приступов мигрени. Один приступ мигрени был купирован одной дозой ибупрофена, второй приступ — одной дозой элетриптана. Пациентка устроилась на работу. Динамика улучшения ее состояния представлена в таблице.

Динамика состояния пациентки Н. на фоне лечения в течение 12 мес

Dynamics of Patient N. condition during 12-month treatment

Клинико-психологические показатели	До лечения	Месяцы наблюдения		
		3-й	6-й	12-й
Число дней с головной болью в месяц	30	11	3	2
Число дней с мигренью в месяц	11	5	3	2
Снижение частоты головной боли в месяц (в сравнении с частотой до лечения), %	—	63	90	93
Частота приема обезболивающих препаратов, дни	25	5	3	2
Уровень катастрофизации боли по PCS, баллы	39	10	4	2
Уровень руминации по PCS, баллы	15	2,1	0,6	0,5
Уровень преувеличения по PCS, баллы	8	1,8	0,5	0,6
Уровень безнадежности по PCS, баллы	16	2,1	0,4	0,3
Уровень тревоги по HADS, баллы	12	5	0	0
Уровень депрессии по HADS, баллы	8	2	0	0
Влияние мигрени на повседневную активность по MIDAS, баллы	180	20	6	0

Обсуждение

Представленный клинический случай демонстрирует типичную историю болезни пациента с ХМ. С подросткового возраста пациентку беспокоили приступы мигрени; изначально заболевание имело эпизодическую форму. Как показали результаты эпидемиологических исследований, ежегодно у 2,5–3% пациентов с эпизодической мигренью развивается ХМ [24–26]. У описанной нами пациентки трансформация мигрени из эпизодической в хроническую форму началась 3 года назад на фоне стрессовой ситуации в семье, нарушения качества ночного сна. В связи со смертью близкого человека у нее развились симптомы депрессии, которые способствовали ухудшению течения мигрени. Катастрофизация боли, страх наличия тяжелого заболевания и неблагоприятного прогноза привели к развитию тревожного расстройства. Чем чаще возникала головная боль, тем чаще пациентка принимала обезболивающие препараты, но со временем их эффективность снижалась и развивался лекарственный абюзус. Эмоциональное расстройство, чрезмерный прием обезболивающих препаратов (более 10 дней в месяц), неудовлетворительный сон, особенности болевого поведения с преобладанием катастрофизации стали в рассматриваемом наблюдении главными факторами хронизации мигрени. Все перечисленные состояния – это типичные факторы хронизации мигрени, которые обнаруживаются у большинства пациентов с ХМ [27]. Однако в практической деятельности факторы хронизации мигрени часто игнорируются или им уделяется недостаточное внимание [5, 7]. Эффективное воздействие на факторы хронизации мигрени позволяет изменять течение заболевания [9]. Для того чтобы помочь пациентке справиться с хронической головной болью, целесообразно было провести следующие мероприятия: образовательная беседа о природе головной боли, о порочном круге поддержания ХМ за счет факторов хронизации; дезинтоксикационная терапия; фармакотерапия мигрени; КПТ (ввиду наличия симптомов тревоги, депрессии и катастрофизации боли).

Хотя до поступления в Клинику нервных болезней им. А.Я. Кожевникова пациентка Н. обращалась в другие медицинские учреждения, проходила обследования, получала различную терапию, достигнуть улучшения состояния и уменьшения частоты головной боли не удавалось. Отсутствие эффективности было связано с тем, что ранее больной устанавливались ошибочные диагнозы и назначалось неправильное лечение. Авторы предшествующих исследований выяснили, что ошибки в диагностике головной боли часто связаны с неправильной интерпретацией результатов инструментальных исследований [5, 7, 28, 29]. В истории пациентки Н. также наблюдалась неправильная интерпретация данных МРТ головы и шейного отдела позвоночника. Неспецифические очаги в белом веществе головного мозга были ошибочно описаны как «сосудистые очаги, признаки микроангиопатии». Бессимптомные, неспецифические дегенеративно-дистрофические изменения шейного отдела позвоночника ошибочно расценивались как клинически значимая патология позвоночника и причина головной боли. Подобная ошибочная интерпретация результатов МРТ у пациентов с мигренью часто встречается в практике врачей и приводит к неправильной клинической оценке головной боли [28, 29]. Головная боль у пациентки Н. ошибочно расценивалась как симптоматическая (вторичная), связан-

ная с сосудистой патологией головного мозга и шейного отдела позвоночника. Неправильная диагностика привела к формированию у пациентки «ошибочной картины болезни», страхам развития инсульта, инвалидности, невозможности преодолеть боль и даже сойти с ума от головной боли.

Клинический случай иллюстрирует распространенную в России ошибочную тактику лечения пациентов с ХМ и хронической головной болью напряжения [5, 7]. Пациентке с ХМ на протяжении нескольких лет назначались ноотропные и нейрометаболические препараты, витамины, миорелаксанты, физиотерапия, массаж, мануальная терапия. Перечисленные методы неэффективны в лечении эпизодических, хронических форм мигрени и ЛИГБ [9, 20]. Еще одна ошибочная стратегия преодоления боли среди пациентов с мигренью – чрезмерное употребление обезболивающих препаратов [7]. Ранее пациентка не была информирована о вреде избыточного приема обезболивающих при головной боли, о вероятности развития ЛИГБ и продолжала злоупотреблять ими. Неуклонное увеличение числа дней с головной болью и повторные безуспешные попытки лечения укрепили пациентку во мнении о наличии у нее тяжелого, возможно, неизлечимого заболевания с неблагоприятным прогнозом.

В Клинике нервных болезней им. А.Я. Кожевникова было проведено междисциплинарное лечение, которое включало лекарственные и нелекарственные методы. С помощью образовательной беседы удалось разъяснить пациентке природу ее заболевания, рассказать о патогенетически обоснованных методах лечения и прогнозе, повысить ее приверженность лечению. Дезинтоксикационная терапия – важный этап в лечении пациентов с ХМ и ЛИГБ. В условиях стационара проводилась отмена обезболивающих препаратов, которыми ранее злоупотребляла пациентка. Так как в период отмены наблюдались интенсивные приступы мигрени с тошнотой и рвотой и пациентка ранее никогда не использовала триптаны, в качестве альтернативного препарата для купирования головной боли и облегчения состояния в период отмены был назначен препарат из группы триптанов – элетриптан. Дезинтоксикационная терапия также включала рекомендацию о достаточном потреблении жидкости, назначение парентеральной терапии с дексаметазоном. Имеются данные, что назначение глюкокортикоидов может облегчать период отмены и сокращать количество альтернативных обезболивающих препаратов, принимаемых в это время [30, 31].

Первым препаратом, назначенным пациентке для профилактического лечения ХМ, стал топирамат, имеющий доказанную эффективность в лечении ХМ [9, 10]. Однако большая плано переносила топирамат, в связи с чем пришлось его отменить. Ботулотоксин типа А и МАТ к кальцитонин-ген-родственному пептиду или к его рецепторам эффективны в лечении ХМ [9, 10], но относятся к дорогостоящим методам. В описываемом нами случае начинать терапию сразу с ботулотоксина типа А или МАТ к кальцитонин-ген-родственному пептиду было нецелесообразно, поскольку ранее пациентка не получала другие стандартные лекарственные препараты для профилактики мигрени, страдала ЛИГБ, никогда не проходила дезинтоксикационную терапию, имела симптомы тревоги и депрессии. Выбор препарата для профилактической терапии мигрени оказался непростым, так как на многие препараты у пациентки развивались побочные эф-

факты. Учитывая непереносимость других лекарственных препаратов и наличие беспокоящей пациентку тахикардии, препаратом выбора в данном клиническом случае стал метопролол – бета-блокатор, который эффективен в профилактическом лечении частой эпизодической мигрени, но не имеет достаточных доказательств эффективности при ХМ.

Ввиду наличия у пациентки Н. эмоционального расстройства, катастрофизации боли, болевого поведения, непереносимости лекарственной терапии топираматом и антидепрессантами особое значение в лечении приобретают психологические методы [9, 21, 22]. В лечении ХМ перспективно изучение эффективности КПТ [14, 15]. Благодаря применению КПТ в сочетании с психологическими упражнениями по релаксации и по осознанности удалось снизить уровень катастрофизации боли, справиться со страхами и ошибочными представлениями о болезни, прекратить избыточный прием обезболивающих препаратов, разрешить психологические проблемы, повысить повседневную активность пациентки и улучшить ее настроение. Клиниче-

ский эффект был достигнут уже через 3 мес и сохранялся в течение всего периода наблюдения – 12 мес.

Заключение

Таким образом, описанный клинический случай пациентки с ХМ, ЛИГБ и тревожным расстройством демонстрирует эффективность междисциплинарного подхода, включающего стандартную терапию (образовательную беседу, адекватную профилактическую фармакотерапию, преодоление лекарственного злоупотребления) и психологические методы (КПТ, упражнения по релаксации и осознанности). Представленный подход, воздействующий на основные факторы хронизации мигрени, коморбидные нарушения и болевое поведение, позволил не только существенно облегчить течение мигрени и добиться обратной ее трансформации в эпизодическую форму, но и преодолеть лекарственный злоупотребление, снизить уровень катастрофизации боли, улучшить эмоциональное состояние и нормализовать повседневную активность пациентки.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Ayzenberg I, Katsarava Z, Sborowski A, et al. 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 May;21(5):758–65. doi: 10.1111/ene.12380. Epub 2014 Feb 13.
2. Baykan B, Ertas M, Karli N, et al. Migraine incidence in 5 years: a population-based prospective longitudinal study in Turkey. *J Headache Pain*. 2015;16:103. doi: 10.1186/s10194-015-0589-2. Epub 2015 Dec 3.
3. Natoli JL, Manack A, Dean B, et al. Global prevalence of chronic migraine: a systematic review. *Cephalalgia*. 2010 May;30(5):599–609. doi: 10.1111/j.1468-2982.2009.01941.x
4. Ayzenberg I, Katsarava Z, Sborowski A, et al. The prevalence of primary headache disorders in Russia: a countrywide survey. *Cephalalgia*. 2012 Apr;32(5):373–81. doi: 10.1177/0333102412438977. Epub 2012 Mar 6.
5. 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.
6. Kavuk I, Yavuz A, Cetindere U, et al. Epidemiology of chronic daily headache. *Eur J Med Res*. 2003 Jun 30;8(6):236–40.
7. Головачева ВА, Парфенов ВА, Табеева ГР и др. Оптимизация ведения пациентов с хронической ежедневной головной болью. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2017;117(2):4–9. doi: 10.17116/jnevro2017117214-9 [Golovacheva VA, Parfenov VA, Tabeeva GR, et al. The optimization of management of chronic daily headache patients. *Zhurnal nevrologii i psikhiiatrii im. S.S. Korsakova*. 2017;117(2):4–9. doi: 10.17116/jnevro2017117214-9 (In Russ.)].
8. Green MW, Muskin PR. The neuropsychiatry of headache. UK: Cambridge University Press; 2013. 169 p.
9. Филатова ЕГ, Осипова ВВ, Табеева ГР и др. Диагностика и лечение мигрени: рекомендации российских экспертов. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2020;12(4):4–14. doi: 10.14412/2074-2711-2020-4-4-14 [Filatova EG, Osipova VV, Tabeeva GR, et al. Diagnosis and treatment of migraine: Russian experts' recommendations. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2020; 12(4):4–14. doi: 10.14412/2074-2711-2020-4-4-14 (In Russ.)].
10. 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 Aug 30;20(1):92. doi: 10.1186/s10194-019-1038-4
11. Ha H, Gonzalez A. Migraine Headache Prophylaxis. *Am Fam Physician*. 2019 Jan 1;99(1):17–24. Available from: <https://www.aafp.org/afp/2019/0101/p17.html>
12. Табеева ГР, Кацарова З. Современная концепция патофизиологии и новые мишени терапии мигрени. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2020;12(4):143–52. doi: 10.14412/2074-2711-2020-4-143-152 [Tabeeva GR, Katsarava Z. Current concept of the pathophysiology of migraine and new targets for its therapy. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2020;12(4):143–52. doi: 10.14412/2074-2711-2020-4-143-152 (In Russ.)].
13. Schulman EA, Lake AE 3rd, Goadsby PJ, et al. Defining refractory migraine and refractory chronic migraine: proposed criteria from the Refractory Headache Special Interest Section of the American Headache Society. *Headache*. 2008;48(6):778–82. doi: 10.1111/j.1526-4610.2008.01132.x
14. Lee HJ, Lee JH, Cho EY, et al. Efficacy of psychological treatment for headache disorder: a systematic review and meta-analysis. *J Headache Pain*. 2019 Feb 14;20(1):17. doi: 10.1186/s10194-019-0965-4
15. Sharpe L, Dudeney J, Williams ACDC, et al. Psychological therapies for the prevention of migraine in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019 Jul 2;7(7):CD012295. doi: 10.1002/14651858.CD012295.pub2
16. Maizels M. The patient with daily headaches. *Am Fam Physician*. 2004 Dec 15;70(12):2299–306. Available from: <https://www.aafp.org/afp/2004/1215/p2299.html>
17. Bashir A, Lipton RB, Ashina S, Ashina M. Migraine and structural changes in the brain: a systematic review and meta-analysis. *Neurology*. 2013 Oct 1;81(14):1260–8. doi: 10.1212/WNL.0b013e3182a6cb32. Epub 2013 Aug 28.
18. Головачева ВА, Пожидаев КА, Головачева АА. Когнитивные нарушения у пациентов с мигренью: причины, принципы эффективного предупреждения и лечения. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2018;10(3):141–9. doi: 10.14412/2074-2711-2018-3-141-149 [Golovacheva VA, Pozhidaev KA, Golovacheva AA. Cognitive impairment in patients with migraine: causes, principles of effective prevention and treatment. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2018;10(3):141–9. doi: 10.14412/2074-2711-2018-3-141-149 (In Russ.)].

19. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (ICHD-3). *Cephalalgia*. 2018 Jan;38(1):1-211. doi: 10.1177/0333102417738202
20. Evers S, Jensen R; European Federation of Neurological Societies. Treatment of medication overuse headache – guideline of the EFNS headache panel. *Eur J Neurol*. 2011 Sep;18(9):1115-21. doi: 10.1111/j.1468-1331.2011.03497.x
21. Beck AT. A 60-Year Evolution of Cognitive Theory and Therapy. *Perspect Psychol Sci*. 2019 Jan;14(1):16-20. doi: 10.1177/1745691618804187
22. Raggi A, Grignani E, Leonardi M, et al. Behavioral Approaches for Primary Headaches: Recent Advances. *Headache*. 2018 Jun;58(6):913-25. doi: 10.1111/head.13337. Epub 2018 May 26.
23. Anheyer D, Leach MJ, Klose P, et al. Mindfulness-based stress reduction for treating chronic headache: A systematic review and meta-analysis. *Cephalalgia*. 2019 Apr;39(4):544-55. doi: 10.1177/0333102418781795. Epub 2018 Jun 4.
24. Bigal ME, Serrano D, Buse D, et al. Acute migraine medications and evolution from episodic to chronic migraine: a longitudinal population-based study. *Headache*. 2008 Sep;48(8):1157-68. doi: 10.1111/j.1526-4610.2008.01217.x
25. Aurora SK, Brin MF. Chronic migraine: an update on physiology, imaging, and the mechanism of action of two available pharmacologic therapies. *Headache*. 2017 Jan;57(1):109-25. doi: 10.1111/head.12999. Epub 2016 Dec 2.
26. Scher AI, Stewart WF, Ricci JA, Lipton RB. Factors associated with the onset and remission of chronic daily headache in a population-based study. *Pain*. 2003 Nov;106(1-2):81-9. doi: 10.1016/s0304-3959(03)00293-8
27. Katsarava Z, Buse DC, Manack AN, Lipton RB. Defining the differences between episodic migraine and chronic migraine. *Curr Pain Headache Rep*. 2012 Feb;16(1):86-92. doi: 10.1007/s11916-011-0233-z
28. Осипова ВВ, Азимова ЮЭ, Табеева ГР 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. Доступно по ссылке: <https://cyberleninka.ru/article/n/diagnostika-golovnyh-boley-v-rossii-i-stranah-postsovetskogo-prostranstva-sostoyanie-problemy-i-puti-ee-resheniya/viewer> [Osipova VV, Azimova YuE, Tabeeva GR, et al. Diagnosis of headaches in Russia and the countries of the former Soviet Union: the state of the problem and ways to solve it. *Annaly klinicheskoy i eksperimental'noy neurologii*. 2012;6(2):16-21. Available from: <https://cyberleninka.ru/article/n/diagnostika-golovnyh-boley-v-rossii-i-stranah-postsovetskogo-prostranstva-sostoyanie-problemy-i-puti-ee-resheniya/viewer> (In Russ.)].
29. Лебедева ЕР, Кобзева НР, Гилев ДВ, Олесен Е. Анализ качества диагностики и лечения первичной головной боли в разных социальных группах Уральского региона. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2015;7(1):19-26. doi: 10.14412/2074-2711-2015-1-19-26
30. Rabe K, Pageler L, Gaul C, et al. Prednisone for the treatment of withdrawal headache in patients with medication overuse headache: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Cephalalgia*. 2013 Feb;33(3):202-7. doi: 10.1177/0333102412462638. Epub 2012 Oct 23.
31. Осипова ВВ, Филатова ЕГ, Артеменко АР и др. Диагностика и лечение мигрени: рекомендации российских экспертов. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски*. 2017;117(1):28-42. doi: 10.17116/jnevro20171171228-42 [Osipova VV, Filatova EG, Artemenko AR, et al. Diagnosis and treatment of migraine: recommendations of Russian experts. *Zhurnal neurologii i psikiatrii im. Korsakova*. 2017;(2):28-42. doi: 10.17116/jnevro20171171228-42 (In Russ.)].

Поступила/отрецензирована/принята к печати

Received/Reviewed/Accepted

8.11.2020/15.12.2020/20.12.2020

Заявление о конфликте интересов/Conflict of Interest Statement

Исследование не имело спонсорской поддержки. Конфликт интересов отсутствует. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами.

The investigation has not been sponsored. There are no conflicts of interest. The authors are solely responsible for submitting the final version of the manuscript for publication. All the authors have participated in developing the concept of the article and in writing the manuscript. The final version of the manuscript has been approved by all the authors.

Головачева В.А. <https://orcid.org/0000-0002-2752-4109>

Головачева А.А. <https://orcid.org/0000-0002-2845-7323>

Парфенов В.А. <https://orcid.org/0000-0002-1992-7960>

Табеева Г.Р. <https://orcid.org/0000-0002-3833-532X>

Романов Д.В. <https://orcid.org/0000-0002-1822-8973>

Осипова В.В. <https://orcid.org/0000-0002-1570-5009>

Кацарава З. <https://orcid.org/0000-0002-9932-1159>