

Типичная практика лечения пациентов с хронической мигренью



Головачева В.А.¹, Головачева А.А.¹, Таршилова А.Р.¹, Осипова В.В.^{2,3}

¹Кафедра нервных болезней и нейрохирургии Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва; ²ООО «Университетская клиника», Москва; ³ГБУЗ «Научно-практический психоневрологический центр им. З.П. Соловьева Департамента здравоохранения города Москвы», Москва

¹Россия, 119021, Москва, ул. Россолимо, 11, стр. 1; ²Россия, 115093, Москва, ул. Люсиновская, 39, стр. 2; ³Россия, 115419, Москва, ул. Донская, 43

В настоящее время разработаны эффективные методы лечения хронической мигрени (ХМ), однако остается неясным, каким образом и как часто они используются в реальной клинической практике. Недостаточно изучена типичная практика ведения пациентов с ХМ в нашей стране, что послужило основанием для проведения данного исследования.

Цель исследования — оценить качество лечения пациентов с ХМ в реальной неврологической практике.

Материал и методы. В исследование было 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 им. А.Я. Кожевникова (КНБ) Сеченовского Университета с жалобой на частые головные боли и ранее получавших лечение у неврологов в других медицинских учреждениях в амбулаторных и/или стационарных условиях. Со всеми пациентами проводилась клиническая беседа, направленная на установление диагноза, и анализ предшествующего ведения пациентов.

Результаты. Все пациенты имели опыт неправильного, неадекватного лечения, включающего неэффективные лекарственные и нелекарственные методы. Все пациенты использовали обезболивающие препараты для купирования мигрени, но менее половины были удовлетворены их эффективностью. Только 12 (8,5%) пациентов с лекарственно-индуцированной головной болью ранее получали лечение от лекарственного злоупотребления. Никто из обратившихся в КНБ ранее не получал когнитивно-поведенческую терапию и лечение с применением междисциплинарного подхода, включающее не только фармакотерапию, но и психологические, поведенческие методы и кинезиотерапию.

Заключение. В реальной клинической практике наблюдается широкое использование неэффективных методов лечения ХМ, отсутствие междисциплинарного подхода, включающего применение эффективной фармакотерапии и нелекарственных методов.

Ключевые слова: хроническая мигрень; лекарственно-индуцированная головная боль; лечение; неэффективная терапия; профилактическая фармакотерапия; купирование мигрени; лекарственные методы; нелекарственные методы; междисциплинарный подход.

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

Для ссылки: Головачева ВА, Головачева АА, Таршилова АР, Осипова ВВ. Типичная практика лечения пациентов с хронической мигренью. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2024;16(Прил. 1):31–37. DOI: 10.14412/2074-2711-2024-1S-31-37

Typical clinical practice of treating patients with chronic migraine

Golovacheva V.A.¹, Golovacheva A.A.¹, Tarshilova A.R.¹, Osipova V.V.^{2,3}

¹Department of Nervous Diseases and Neurosurgery, N.V. Sklifosovsky Institute of Clinical Medicine, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Ministry of Health of Russia (Sechenov University), Moscow; ²LLC “University Clinic”, Moscow; ³Z.P. Solovyev Research and Practical Psychoneurology Center, Moscow Healthcare Department, Moscow

¹11, Rossolimo St., Build. 1, Moscow 119021, Russia; ²39, Lyusinovskaya St., Build. 2,

Moscow 115093, Russia; ³43, Donskaya St., Build. 5, Moscow 115419, Russia

Currently, effective methods for the treatment of chronic migraine (CM) have been developed, but it remains unclear how they are used in real clinical practice and how often. The typical practice of treating patients with CM in our country has not been sufficiently investigated, which formed the basis for conducting this study.

Objective: to evaluate the quality of treatment of patients with CM in real-life neurological practice.

Material and methods. The study included 200 patients with CM (63 men and 137 women, mean age — 33.1 ± 7.1 years) admitted to A.Ya. Kozhevnikov Clinic of Nervous Diseases (CND) of Sechenov University for frequent headaches, who were previously treated by neurologists in other medical institutions on an outpatient and/or inpatient basis. All patients were clinically interviewed to establish a diagnosis and analyze their previous treatment.

Results. All patients had an experience of incorrect or inadequate treatment, including ineffective drug and non-drug methods. All patients were taking painkillers to relieve migraine, but less than half of them was satisfied with their effectiveness. Only 12 (8.5%) patients with medication overuse headache had previously received treatment for drug overuse. None of the patients who were admitted to CND had previously received cognitive-behavioral therapy and treatment with an interdisciplinary approach that included not only pharmacotherapy but also psychological and behavioral methods and kinesiotherapy.

Conclusion. In real-life clinical practice, ineffective methods are often used to treat migraine, and an interdisciplinary approach that includes effective pharmacotherapy and non-pharmacological methods is lacking.

Keywords: chronic migraine; medication overuse headache; treatment; ineffective therapy; preventive pharmacotherapy; migraine treatment; pharmacological methods; non-drug methods; interdisciplinary approach.

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

For reference: Golovacheva VA, Golovacheva AA, Tarshilova AR, Osipova VV. Typical clinical practice of treating patients with chronic migraine. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika* = *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2024;16(Suppl. 1):31–37.

DOI: 10.14412/2074-2711-2024-1S-31-37

Основная цель лечения хронической мигрени (ХМ) — это ее обратная трансформация в эпизодическую форму [1]. Эта цель достижима при применении современной, научно обоснованной и эффективной тактики ведения пациентов [2–4]. Лечение ХМ — длительный и трудоемкий процесс как для врача, так и для пациента [5]. На сегодняшний день существуют эффективные методы лечения ХМ и разработаны междисциплинарные терапевтические подходы, включающие эффективную профилактическую фармакотерапию, поведенческие и психологические методы, кинезиотерапию [2–4, 6–8]. Эти подходы закреплены и в клинических рекомендациях, разработанных российскими цефалологами для Минздрава России в полном соответствии с мировыми рекомендациями [4, 9]. Однако до сих пор нет четких представлений, какие методы лечения, как часто и в каком сочетании используются российскими неврологами в реальной клинической практике.

Цель исследования — оценить качество лечения пациентов с ХМ в реальной неврологической практике.

Материал 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 им. А.Я. Кожевникова (КНБ), были консультированы неврологом-цефалологом. Диагноз ХМ устанавливался на основании диагностических критериев Международной классификации головных болей 3-го пересмотра (МКГБ-3) [2, 10].

Критерии включения пациентов в исследование: 1) мужчины и женщины с диагнозом ХМ (в сочетании с лекарственно-индуцированной головной болью — ЛИГБ — или без нее), подписавшие информированное согласие на участие в исследовании; 2) возраст от 18 до 65 лет включительно; 3) до обращения в КНБ пациент обследовался и получал лечение в других медицинских учреждениях.

Критерии не включения пациентов в исследование: 1) вторичные формы головной боли (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 проводилась клиническая беседа, в ходе которой оценивались их клиничко-демографические характеристики. Выяснялось наличие «красных флагов» — симптомов «опасности», настораживающих в отношении вторичной природы ГБ. На основании имевшихся у пациентов медицинских документов анализировались ранее выставленные диагнозы и предшествующая тактика ведения пациентов: использованные методы исследования, нелекарственные рекомендации, назначавшееся лечение

(купирование эпизодов ГБ и профилактическая терапия) и его эффективность, наличие динамического наблюдения, а также комплаентность — приверженность пациентов проводившейся терапии, т. е. степень соблюдения пациентом врачебных рекомендаций. Для оценки интенсивности боли использовалась числовая рейтинговая шкала (ЧРШ) [11].

В исследование было включено 200 пациентов с ХМ (63 мужчины и 137 женщин), средний возраст — $33,1 \pm 7,1$ года; преобладающее большинство ($n=183$; 91,5%) состояли в браке или в отношениях с партнером. У большинства пациентов ($n=153$; 76,5%) материальное положение было не ниже среднего, 162 (81%) имели высшее образование, 144 (72%) 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, определяемой как 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 число дней с мигренью в месяц за последние 3 мес перед обращением в КНБ составило $11,2 \pm 2,3$; среднее число дней с ГБ в месяц за последние 3 мес — $28,4 \pm 2,1$, средняя интенсивность ГБ по ЧРШ — $9,1 \pm 0,6$ балла.

Статистический анализ данных. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью пакета статистических программ Statistica 12 (StatSoft Inc., США). Нормальность распределения пациентов в выборке по возрасту оценивали по критерию Колмогорова–Смирнова (d) и по критерию χ^2 . Выборка пациентов, включенных в исследование, по возрасту соответствовала нормальному распределению. Для статистического анализа и сравнения использовался парный критерий Стьюдента t для связанных выборок.

Результаты. Анализ предшествующего профилактического лечения ХМ. Как видно из табл. 1 и 2, все пациенты в ходе своего заболевания, в какой-либо период течения ХМ, получали неправильное лечение. Всем пациентам назначались сосудистые (ноотропные) препараты, не имеющие доказательной базы в лечении ХМ, и лишь малая часть пациентов получали адекватную фармакотерапию (см. табл. 1). До обращения в КНБ никто из пациентов не получал кинезиотерапию и такие психологические виды лечения, как когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), терапия осознанности, релаксационный тренинг и биологическая обратная связь (см. табл. 2).

Анализ предшествующей терапии для купирования приступов мигрени. Как видно из табл. 3, для купирования приступов мигрени в большинстве случаев пациенты использовали препараты из группы НПВП ($n=147$; 73,5%) и из группы комбинированных безрецептурных обезболивающих ($n=133$; 66,5%), реже — триптаны. При этом каждый обезболивающий препарат был эффективен менее чем у половины

пациентов с ХМ. Никто из пациентов не использовал противорвотные средства (метоклопрамид или домперидон) при тошноте или рвоте во время приступа мигрени.

Анализ предшествующего лечения ЛИГБ при ХМ. Как видно из данных, представленных в табл. 4, из 142 пациентов с ЛИГБ только 12 (8,5%) ранее получали лечение от лекарственного злоупотребления.

Обсуждение. Настоящее исследование иллюстрирует распространенную в России ошибочную тактику лечения пациентов с хронической первичной ГБ [13, 14]. Показано, что пациентам с ХМ в качестве профилактической терапии назначались ноотропные и сосудистые препараты, миоре-

лаксанты и хондропротекторы, ацетазоламид, анксиолитики, нейролептики, массаж, физиотерапия, мануальная терапия, лечебные инъекции с глюкокортикоидами и анестетиками в область головы и шеи. Все перечисленные методы не имеют доказательной базы в профилактическом лечении эпизодических и хронических форм мигрени [2, 4]. К ошибочной тактике лечения пациентов с ХМ относились назначения ламотриджина, НПВП. Ламотриджин неэффективен в отношении снижения частоты мигрени, он может использоваться только для уменьшения частоты аур при мигрени, но мигренозных аур не было ни у одного пациента, включенного в исследование. У пациентов с ХМ НПВП могут применяться для купирования мигрени, но не должны назначаться в качестве профилактической терапии, так как подобная тактика приведет к развитию или усилению лекарственного злоупотребления. Весьма рискованным для репродуктивной функции было использование вальпроевой кислоты, так как она обладает тератогенным эффектом [2, 4, 9]. Лишь небольшая часть пациентов ранее получали элементы адекватной профилактической фармакотерапии, рекомендуемой для лечения мигрени, ХМ — антидепрессанты (амитриптилин, миртазапин, тразодон, венлафаксин, дулоксетин или флуоксетин), антиконвульсанты (топирамат), бета-адреноблокаторы (метопролол, пропранолол или атенолол), антагонисты рецепторов ангиотензина II (кандесартан), ботулинический токсин типа А, моноклональные антитела

Таблица 1. *Предшествующая профилактическая фармакотерапия ХМ*

Table 1. *Previous preventive pharmacotherapy of CM*

Методы лечения	Число пациентов, получавших данное лечение, n (%)
Сосудистые (вазоактивные) и ноотропные (метаболические) лекарственные препараты	200 (100)
Препараты витаминов группы В, витамин D, поливитамины, препараты магния	104 (52)
Ацетазоламид	48 (24)
Миорелаксанты (тизанидин или толперизон)	103 (51,5)
Хондропротекторы (хондроитин, глюкозамин)	54 (27)
НПВП (ибупрофен, диклофенак, кетопрофен)	62 (31)
Бета-блокаторы (метопролол, пропранолол или атенолол)	10 (5)
Антагонисты рецепторов ангиотензина II (кандесартан)	3 (1,5)
Антиконвульсанты (топирамат, ламотриджин или препараты вальпроевой кислоты)	39 (19,5)
Антидепрессанты (амитриптилин, миртазапин, тразодон, венлафаксин, дулоксетин или флуоксетин)	72 (36)
Анксиолитики (гидроксизин, этифоксин, алимемазин или бромдигидрохлорфенилбензодиазепин)	32 (16)
Нейролептики (кветиапин, сульпирид)	46 (23)
Ботулинический токсин типа А	8 (4)
Моноклональные антитела к кальцитонин-ген-связанному пептиду и его рецепторам (фреманезумаб или эренумаб)	10 (5)
Малоинвазивные методы: лечебные инъекции с анестетиками, глюкокортикоидами в область головы и/или шеи	23 (11,5)
Итого:	
ошибочные подходы к лечению ХМ	200 (100)
правильные, обоснованные подходы к лечению ХМ	76 (38)

Примечание. НПВП — нестероидные противовоспалительные препараты.

Таблица 2. *Предшествующая профилактическая нелекарственная терапия ХМ*

Table 2. *Previous preventive non-drug therapy of CM*

Методы лечения	Число пациентов, получавших данное лечение, n (%)
Массаж	138 (69)
Физиотерапия	112 (56)
Мануальная терапия	66 (33)
Гештальт-психотерапия или психоаналитическая психотерапия	8 (4)
Гипноз	8 (4)
КПТ	0
Поведенческая терапия (информирование пациента о мигрени и образовательные беседы, направленные на модификацию образа жизни)	5 (2,5)
Иглорефлексотерапия	17 (8,5)
Техники релаксации	0
Биологическая обратная связь	0
Майндфулнесс (терапия осознанности)	0
Лечебная гимнастика или кинезиотерапия	8 (4)
Итого:	
ошибочные подходы к лечению ХМ	200 (100)
правильные, обоснованные подходы к лечению ХМ	24 (12)

к кальцитонин-ген-связанному пептиду и его рецепторам (фреманезумаб или эренумаб). При этом данное лечение оказывалось неэффективным, из-за чего пациенты и обращались в КНБ.

Изучение причин неэффективности проводимой ранее профилактической терапии ХМ не входило в задачи данного исследования. Однако результаты предшествующих исследований показали, что для успешного ведения пациентов с ХМ необходим междисциплинарный подход, 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), кинезиотерапию [2–5]. Проведенное исследование показало, что ранее в лечении пациен-

тов этот подход не применялся. Образовательные беседы проводились лишь с 2,5% пациентов, а кинезиотерапия или лечебная гимнастика — лишь с 4%. Кинезиотерапия показана при наличии сочетанной скелетно-мышечной боли у пациентов с мигренью [2, 4, 15]. В ранее опубликованных исследованиях продемонстрирована высокая распространенность скелетно-мышечной боли при ХМ [16–18], что говорит о необходимости гораздо более широкого использования кинезиотерапии в практике ведения пациентов с ХМ. В настоящем исследовании ни у кого из пациентов не применялись психологические методы, имеющие эффективность в лечении мигрени и ХМ в частности. Назначаемые ранее 4% пациентов методы психотерапии — гипноз, гештальт-терапия, психоаналитическая терапия — не обладают доказанной эффективностью в лечении ХМ [2–4]. КПТ — единственный метод психотерапии, который, по результатам клинических исследований [19–23], демонстрирует эффективность при ХМ. КПТ направлена на нормализацию образа жизни, качества сна, эмоционального состояния, на формирование у пациентов с ХМ правильных представлений о причинах и прогнозе боли, на обучение пациентов эффективным стратегиям преодоления боли, а также на профилактику рецидивов ХМ в дальнейшем. 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 [14, 24–32].

Все пациенты с ХМ использовали обезболивающие препараты для купирования мигрени, но лишь 19% применяли триптаны. В сравнении с российскими исследованиями прошлых лет, число пациентов, применявших триптаны при мигрени, увеличилось [14, 33, 34]. В настоящем исследовании

Таблица 3. Предшествующая фармакотерапия для купирования приступа мигрени у пациентов с ХМ

Table 3. Previous pharmacotherapy for the relief of migraine attacks in patients with CM

Препараты, применявшиеся для купирования приступа мигрени	Число пациентов, применявших препарат, n (%)	Число пациентов, у которых препарат был эффективен*, n (%)
Препараты из группы НПВП:	147 (73,5)	82 (41)
ибупрофен	53 (26,5)	34 (17)
напроксен	28 (14)	10 (5)
кеторолак	68 (34)	41 (20,5)
кетопрофен	34 (17)	22 (11)
ацетилсалициловая кислота	58 (29)	31 (15,5)
Препараты из группы простых анальгетиков:	50 (25)	24 (12)
парацетамол	32 (16)	16 (8)
метамизол натрия	18 (9)	8 (4)
Препараты из группы комбинированных безрецептурных анальгетиков:	133 (66,5)	58 (29)
ацетилсалициловая кислота, парацетамол, кофеин	61 (30,5)	26 (13)
кофеин, парацетамол	43 (21,5)	19 (9,5)
парацетамол, кофеин, напроксен, дротаверин, фенирамин	57 (28,5)	24 (12)
Препараты из группы триптанов:	38 (19)	18 (9)
суматриптан	38 (19)	14 (7)
золмитриптан	2 (1)	1 (0,5)
элетриптан	6 (3)	4 (2)
Препарат из группы анксиолитиков — бромдигидрохлорфенилбензодиазепин	6 (3)	4 (2)
Препарат из группы антидепрессантов — амитриптилин	4 (2)	2 (1)
Седативное средство — валериана	2 (1)	2 (1)

Примечание. *Препарат считается эффективным, если снижает интенсивность головной боли на 50% и более или полностью купирует головную боль в течение 2 ч после применения, при этом головная боль не возобновляется в течение 24 ч [12].

Таблица 4. Предшествующая терапия ЛИГБ у пациентов с ХМ

Table 4. Previous therapy of medication overuse headache in patients with CM

Методы лечения	Число пациентов, получавших данное лечение, n (%)
Образовательная беседа (информирование) о ЛИГБ	12 (8,5)
Рекомендация ограничить или отменить обезболивающие препараты, применяемые в избытке	12 (8,5)
Подбор альтернативных обезболивающих препаратов для купирования мигрени и ГБ отмены	12 (8,5)
Терапия глюкокортикоидами (дексаметазон внутривенно капельно или преднизолон в таблетках)	6 (4,2)
Начало профилактической лекарственной терапии мигрени	32 (22)
Итого:	
лечение ЛИГБ с помощью одного или более из вышеперечисленных методов	32 (22)

довании большинство пациентов купировали приступ с помощью НПВП или комбинированных безрецептурных анальгетиков, что, по данным других авторов, на протяжении многих лет характерно для российских пациентов с мигренью [14, 33, 34]. Однако даже при использовании эффективных обезболивающих препаратов (НПВП, триптаны) менее половины пациентов были удовлетворены их действием, что может быть связано с их неправильным использованием, а также со снижением их эффективности при длительном анамнезе мигрени.

Представляет интерес анализ тактики использования обезболивающих препаратов у обратившихся в КНБ пациентов. Во-первых, большинство из них имели ЛИГБ или тенденцию к ее формированию. Известно, что длительное злоупотребление обезболивающими препаратами приводит к снижению их эффективности [12, 35, 36]. Во-вторых, до обращения в КНБ диагноз ЛИГБ был поставлен лишь 8% пациентов, страдающих абзусной ГБ. Низкий уровень диагностики ЛИГБ был показан и в других российских исследованиях [14, 33, 34, 37, 38]. Так как диагноз ЛИГБ не устанавливался, большинство пациентов не получали эффективного лечения ЛИГБ: информирования о причинах и методах лечения ЛИГБ, рекомендаций по отмене «виновных» обезболивающих препаратов, подбора альтернативных обезболивающих препаратов, профилактической терапии ХМ [12, 35, 36]. Терапия глюкокортикоидами имеет низкий уровень доказанной эффективности в лечении ЛИГБ и остается весьма дискуссионным подходом, но может применяться при ЛИГБ, особенно в случаях тяжелого абзуса [4, 12]. В-третьих, никто из пациентов, имеющих тошноту и/или рвоту в приступе мигрени, не получал противорвотные средства (домперидон или метоклопрамид). Известно, что противорвотные средства, улучшая перистальтику желудочно-кишечного тракта, купируют тошноту и рвоту, повышают всасываемость обезболивающих препаратов и их эффективность, а также сами обладают легким анальгетическим действием [39]. В-четвертых, часть пациентов с ХМ использовали для купирования мигрени препараты, не предназначенные для этих целей: амитриптилин, вальериану, бензодиазепиновый анксиолитик [2, 4].

На основании продемонстрированных проблем в лечении пациентов с ХМ возникает вопрос: *как снизить в нашей стране бремя неадекватного лечения головной боли и ХМ?* На сегодняшний день можно обсуждать следующую тактику: если врач первичного звена (невролог и тем более врач общей практики) не имеет реального опыта успешного лечения пациентов с хронической ежедневной головной болью (ХЕГБ) и испытывает трудности при ведении таких пациентов, то врач первичного звена не должен рекомендовать пациентам с ХЕГБ профилактическое лечение, поскольку оно заведомо может оказаться ошибочным, а зна-

чит неэффективным. Врач первичного звена должен *перенаправить* сложного пациента в неврологическое отделение крупного стационара, где есть специалисты по ГБ, имеющие опыт эффективного лечения таких пациентов. Такая тактика перенаправления трудных пациентов с ГБ к опытному неврологу или цефалгологу успешно используется в ведущих европейских клиниках и центрах [40]. Актуальной остается задача широкого обучения неврологов и терапевтов принципам адекватного лечения пациентов с эпизодической мигренью, так как эффективное лечение мигрени на этой стадии может предотвратить развитие ХМ.

К сильным сторонам настоящего исследования относится детальный анализ истории лечения пациентов с ХМ. Неправильный подход к лечению пациентов с мигренью, в том числе ХМ, продемонстрированный в настоящем исследовании, позволяет предположить, что клинические рекомендации по лечению пациентов с мигренью, разрабатываемые российскими цефаллогами с 2016 г., находящиеся в полном соответствии с мировыми рекомендациями и размещенные в рубрикаторе Минздрава России [4], не выполняются в амбулаторных и стационарных лечебных учреждениях. Врачи по-прежнему руководствуются ошибочными понятиями о ведении пациентов с ГБ, поэтому большое число пациентов не получают эффективного лечения и продолжают страдать ежедневной ГБ. Как показывают ранее проведенные исследования и собственный опыт ведения пациентов с ХЕГБ, длительное течение ХЕГБ усложняет лечение пациентов и снижает вероятность благоприятного прогноза — трансформации мигрени из хронической в эпизодическую [14, 41, 42]. В связи с этим как можно более ранняя диагностика и своевременно начатое адекватное лечение ХМ являются практическими задачами для достижения социально и экономически значимой цели — снижения бремени ХМ в современном обществе в нашей стране.

Закключение. Для типичной практики ведения пациентов с ХМ на этапе амбулаторной и стационарной неврологической помощи характерно использование неэффективного профилактического лечения и неэффективного купирования приступов мигрени, что определяет высокий риск формирования ЛИГБ, отсутствие адекватного лечения сочетанной ЛИГБ, отсутствие междисциплинарного подхода, включающего применение эффективной фармакотерапии, психологических, поведенческих методов и кинезиотерапии.

Для решения выявленных проблем необходимо обучение неврологов и врачей общей практики современным эффективным стратегиям купирования приступов мигрени и профилактической терапии ХМ с использованием междисциплинарного подхода. Актуальной проблемой остается несоблюдение врачами, а следовательно, и учреждениями, где они работают, современных клинических рекомендаций Минздрава России по лечению пациентов с мигренью.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Kung D, Rodriguez G, Evans R. Chronic Migraine: Diagnosis and Management. *Neurol Clin.* 2023 Feb;41(1):141-59. doi: 10.1016/j.ncl.2022.05.005. Epub 2022 Oct 31.
2. Филатова ЕГ, Осипова ВВ, Табеева ГР и др. Диагностика и лечение мигрени: реко-

- мендации 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.).]

3. 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
4. Мигрень. Клинические рекомендации МЗ РФ. 2021. ID: 295. Доступно по ссылке: https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/295_2 [Migraine. Clinical recommendations of the Ministry of Health of the Russian Federation. 2021. ID: 295. Available at: https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/295_2 (In Russ.)].
5. Hovaguimian A, Roth J. Management of chronic migraine. *BMJ*. 2022 Oct 10;379:e067670. doi: 10.1136/bmj-2021-067670
6. Табеева ГР, Амелин АВ, Ахмадеева ЛР и др. Оптимизация купирования приступов мигрени. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2023;15(2):126-33. doi: 10.14412/2074-2711-2023-2-126-133 [Tabeeva GR, Amelin AV, Akhmadeeva LR, et al. Optimization of migraine attacks relief. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2023;15(2):126-33. doi: 10.14412/2074-2711-2023-2-126-133 (In Russ.)].
7. Табеева ГР. Проблемы выбора эффективного обезболивания при мигрени. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2023;15(5):109-16. doi: 10.14412/2074-2711-2023-5-109-116 [Tabeeva GR. Problems in the selection of effective analgesics for migraine. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2023;15(5):109-16. doi: 10.14412/2074-2711-2023-5-109-116 (In Russ.)].
8. Сергеев АВ, Табеева ГР, Филатова ЕГ и др. Применение новой биологической патогенетической терапии мигрени в клинической практике: консенсус экспертов Российского общества по изучению головной боли. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2022;14(5):109-16. doi: 10.14412/2074-2711-2022-5-109-116 [Sergeev AV, Tabeeva GR, Filatova EG, et al. Application of a new biological pathogenetic therapy of migraine in clinical practice: expert consensus of the Russian Headache Research Society. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2022;14(5):109-16. doi: 10.14412/2074-2711-2022-5-109-116 (In Russ.)].
9. Азимова ЮЭ, Амелин АВ, Алферова ВВ и др. Клинические рекомендации «Мигрень». *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2022;122(1-3):4-36. doi: 10.17116/jnevro20221220134 [Azimova YuE, Amelin AV, Alferova VV, et al. Clinical guidelines "Migraine". *Zhurnal neurologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova = S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2022;122(1-3):4-36. doi: 10.17116/jnevro20221220134 (In Russ.)].
10. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia*. 2018 Jan;38(1):1-211. doi: 10.1177/0333102417738202
11. Modarresi S, Lukacs MJ, Ghodrati M, et al; CATWAD Consortium Group. 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 Oct 26;38(2):132-48. doi: 10.1097/AJP.0000000000000999
12. Табеева ГР, Осипова ВВ, Филатова ЕГ и др. Диагностика и лечение лекарственно-индуцированной головной боли: рекомендации российских экспертов. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2022;14(1):4-13. doi: 10.14412/2074-2711-2022-1-4-13 [Tabeeva GR, Osipova VV, Filatova EG, et al. Evaluation and treatment of medication-over-use headache: Russian experts' guidelines. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2022;14(1):4-13. doi: 10.14412/2074-2711-2022-1-4-13 (In Russ.)].
13. 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
14. 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 neurologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova = S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2017;117(2):4-9. doi: 10.17116/jnevro2017117214-9 (In Russ.)].
15. Amin FM, Aristidou S, Baraldi C, et al; European Headache Federation School of Advanced Studies (EHF-SAS). The association between migraine and physical exercise. *J Headache Pain*. 2018 Sep 10;19(1):83. doi: 10.1186/s10194-018-0902-y
16. Burch RC, Buse DC, Lipton RB. Migraine: Epidemiology, Burden, and Comorbidity. *Neurol Clin*. 2019 Nov;37(4):631-49. doi: 10.1016/j.ncl.2019.06.001. Epub 2019 Aug 27.
17. Ferracini GN, Florencio LL, Dach F, et al. Musculoskeletal disorders of the upper cervical spine in women with episodic or chronic migraine. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2017 Jun;53(3):342-50. doi: 10.23736/S1973-9087.17.04393-3. Epub 2017 Jan 24.
18. Al-Khazali HM, Younis S, Al-Sayegh Z, et al. Prevalence of neck pain in migraine: A systematic review and meta-analysis. *Cephalalgia*. 2022 Jun;42(7):663-73. doi: 10.1177/03331024211068073. Epub 2022 Feb 15.
19. Harris P, Loveman E, Clegg A, et al. Systematic review of cognitive behavioural therapy for the management of headaches and migraines in adults. *Br J Pain*. 2015 Nov;9(4):213-24. doi: 10.1177/2049463715578291
20. Probyn K, Bowers H, Mistry D, et al; CHES team. Non-pharmacological self-management for people living with migraine or tension-type headache: a systematic review including analysis of intervention components. *BMJ Open*. 2017 Aug 11;7(8):e016670. doi: 10.1136/bmjopen-2017-016670
21. 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
22. Sharpe L, Dudeney J, Williams ACC, 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
23. Bae JY, Sung HK, Kwon NY, et al. Cognitive Behavioral Therapy for Migraine Headache: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicina (Kaunas)*. 2021 Dec 28;58(1):44. doi: 10.3390/medicina58010044
24. Sahai-Srivastava S, Sigman E, Uyeshiro Simon A, et al. Multidisciplinary Team Treatment Approaches to Chronic Daily Headaches. *Headache*. 2017 Oct;57(9):1482-91. doi: 10.1111/head.13118. Epub 2017 Jul 25.
25. Cohen SP, Vase L, Hooten WM. Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. *Lancet*. 2021 May 29;397(10289):2082-97. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00393-7
26. 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 [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 (In Russ.)].
27. Головачева ВА, Головачева АА. Лечение хронической мигрени и боли в шее с помощью когнитивно-поведенческой терапии. Клинический случай. *Consilium Medicum*. 2021;23(11):852-7. doi: 10.26442/20751753.2021.11.201137 [Golovacheva VA, Golovacheva AA. Treatment of chronic migraine and neck pain with cognitive-behavioral therapy. Case report. *Consilium Medicum*. 2021;23(11):852-7. doi: 10.26442/20751753.2021.11.201137 (In Russ.)].
28. Головачева ВА, Головачева АА, Парфенов ВА. Терапия при хронической мигрени: междисциплинарный подход. Клиническое наблюдение. *Терапевтический архив*. 2021;93(12):1528-32. doi: 10.26442/00403660.2021.12.201247 [Golovacheva VA, Golovacheva AA, Parfenov VA. Chronic migraine treatment: multidisciplinary approach. Case report. *Terapevticheskii arkhiv*. 2021;93(12):1528-32.

doi: 10.26442/00403660.2021.12.201247 (In Russ.)].

29. Головачева ВА, Головачева АА, Володарская ЕА, Бахтадзе МА. Клинико-психологические характеристики пациентов с мигренью. *Медицинский Совет*. 2022;(21):78-87. doi: 10.21518/2079-701X-2022-16-21-78-87 [Golovacheva VA, Golovacheva AA, Volodarskaya EA, Bakhtadze MA. Clinical and psychological characteristics of migraine patients. *Meditsinskiy sovet = Medical Council*. 2022;(21):78-87. doi: 10.21518/2079-701X-2022-16-21-78-87 (In Russ.)].

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. doi: 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. *Neurologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2023;15(1):28-35. doi: 10.14412/2074-2711-2023-1-28-35 (In Russ.)].

31. Головачева ВА. Лечение хронической мигрени и инсомнии с помощью когнитивно-поведенческой терапии. *Медицинский Совет*. 2023;(3):68-76. doi: 10.21518/ms2023-080 [Golovacheva VA. Treatment of chronic migraine and insomnia with cognitive behavioral therapy. *Meditsinskiy sovet = Medical Council*. 2023;(3):68-76. doi: 10.21518/ms2023-080 (In Russ.)].

32. Головачева ВА. Междисциплинарное лечение, включающее когнитивно-поведенческую терапию и майндфулнесс, при хронической мигрени и лекарственно-индуцированной головной боли. *Медицинский Совет*. 2023;(10):80-8. doi: 10.21518/ms2023-216 [Golovacheva VA. Interdisciplinary treatment including cognitive behavioral therapy and mindfulness for chronic migraine and drug-induced headache. *Meditsinskiy sovet = Medical*

Council. 2023;(10):80-8. doi: 10.21518/ms2023-216 (In Russ.)].

33. Лебедева ЕР, Кобзева НР, Гилев ДВ, Оlesen E. 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

[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. *Neurologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2015;7(1):19-26. doi: 10.14412/2074-2711-2015-1-19-26 (In Russ.)].

34. 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):12-7. Доступно по ссылке: <https://elibrary.ru/item.asp?id=23885076> [Azimova YuE, Sergeev AV, Osipova VV, Tabeeva GR. Cephalgia diagnostics and treatment in Russia: physician questionnaire survey results. *Rossiyskiy zhurnal boli*. 2010;(3,4):12-7. Available at: <https://elibrary.ru/item.asp?id=23885076> (In Russ.)].

35. 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

36. Chen PK, Wang SJ. Medication Overuse and Medication Overuse Headache: Risk Factors, Comorbidities, Associated Burdens and Nonpharmacologic and Pharmacologic Treatment Approaches. *Curr Pain Headache Rep*. 2019 Jul 26;23(8):60. doi: 10.1007/s11916-019-0796-7

37. Амелин АВ, Богданова ЮН, Корешкина МИ и др. Диагностика первичных и симптоматических форм хронической ежедневной головной боли. *Журнал неврологии и нейропсихиатрии им. С.С. Корса-*

кова. 2011;111(1):86-8. Доступно по ссылке: <https://elibrary.ru/item.asp?id=16597341>

[Amelin AV, Bogdanova YuN, Koreshkina MI, et al. Diagnosis of primary and symptomatic forms of chronic daily headache. *Zhurnal neurologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova = S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2011;111(1):86-8. Available at: <https://elibrary.ru/item.asp?id=16597341> (In Russ.)].

38. 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://annaly-nevrologii.com/journal/pathID/article/view/275/171/ru_RU [Osipova VV, Azimova YuE, Tabeeva GR, et al. Diagnostics of headache in Russia and post-Soviet countries: state of the problem and ways for its solution. *Annaly klinicheskoy i eksperimental'noj nevrologii*. 2012;6(2):16-21. Available at: https://annaly-nevrologii.com/journal/pathID/article/view/275/171/ru_RU (In Russ.)].

39. Becker WJ. Acute Migraine Treatment in Adults. *Headache*. 2015 Jun;55(6):778-93. doi: 10.1111/head.12550. Epub 2015 Apr 15.

40. Steiner TJ, Paemeleire K, Jensen R, et al; European Headache Federation; Lifting The Burden: The Global Campaign to Reduce the Burden of Headache Worldwide; World Health Organization. European principles of management of common headache disorders in primary care. *J Headache Pain*. 2007 Oct;8 Suppl 1:S3-47. doi: 10.1007/s10194-007-0366-y

41. Buse DC, Greisman JD, Baigi K, Lipton RB. Migraine Progression: A Systematic Review. *Headache*. 2019 Mar;59(3):306-38. doi: 10.1111/head.13459. Epub 2018 Dec 27.

42. Torres-Ferrus M, Ursitti F, Alpuente A, et al; School of Advanced Studies of European Headache Federation (EHF-SAS). From transformation to chronification of migraine: pathophysiological and clinical aspects. *J Headache Pain*. 2020 Apr 29;21(1):42. doi: 10.1186/s10194-020-01111-8

Поступила/отрецензирована/принята к печати

Received/Reviewed/Accepted

24.06.2024/16.08.2024/17.08.2024

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>

Таршилова А.Р. <https://orcid.org/0009-0002-3286-3436>

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