

Лечение хронической мигрени и боли в шее с помощью когнитивно-поведенческой терапии. Клинический случай

В.А. Головачева[✉], А.А. Головачева

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

Аннотация

Представлено наблюдение пациента с хронической мигренью, болью в шее, лекарственно-индуцированной головной болью и генерализованным тревожным расстройством. Анализируется взаимосвязь мигрени и боли в шее. Обсуждается междисциплинарное лечение хронической мигрени, включавшее образовательную беседу, дезинтоксикационную терапию, рациональное купирование приступов мигрени, профилактическую фармакотерапию и когнитивно-поведенческую терапию. С ее помощью удалось изменить представления пациента о болезни, снизить тревогу и катастрофизацию боли, справиться со страхами, прекратить прием бензодиазепина, сократить прием обезболивающих препаратов, повысить повседневную активность и продуктивность на работе. Клиническая эффективность (снижение частоты головной боли в месяц на 50% и более) была достигнута уже через 3 мес лечения. Длительное (12 мес) наблюдение за пациентом показало долгосрочное поддержание клинического эффекта от проведенного междисциплинарного лечения.

Ключевые слова: хроническая мигрень, боль в шее, лекарственно-индуцированная головная боль, лечение, междисциплинарный подход, когнитивно-поведенческая терапия, релаксация, майндфулнесс

Для цитирования: Головачева В.А., Головачева А.А. Лечение хронической мигрени и боли в шее с помощью когнитивно-поведенческой терапии. Клинический случай. *Consilium Medicum*. 2021;23(11):852–857. DOI: 10.26442/20751753.2021.11.201137

CASE REPORT

Treatment of chronic migraine and neck pain with cognitive-behavioral therapy. Case report

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

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

Abstract

The article presents a case of a patient with chronic migraine, neck pain, drug-induced headache and generalized anxiety disorder. We analyzed the relationship between migraines and neck pain. The article discusses the interdisciplinary treatment of chronic migraine, which included educational conversation, detoxification therapy, rational relief of migraine attacks, preventive pharmacotherapy and cognitive-behavioral therapy. The latter allowed to change the patient's perception of the disease, reduce anxiety and catastrophization of pain, cope with fears, stop taking benzodiazepines, reduce the intake of pain relievers, and increase daily activity and productivity at work. Clinical efficacy (reduction in the frequency of headaches per month by 50% or more) was achieved after 3 months of treatment. Long-term (12 months) follow-up of the patient showed long-term clinical effect of the interdisciplinary treatment.

Keywords: chronic migraine, neck pain, drug-induced headache, treatment, interdisciplinary approach, cognitive-behavioral therapy, relaxation, mindfulness

For citation: Golovacheva VA, Golovacheva AA. Treatment of chronic migraine and neck pain with cognitive-behavioral therapy. Case report. *Consilium Medicum*. 2021;23(11):852–857. DOI: 10.26442/20751753.2021.11.201137

Введение

Хроническая мигрень (ХМ) – заболевание, которое характеризуется наличием головной боли 15 и более дней в месяц в течение более 3 мес, при этом головная боль, клинически соответствующая приступам мигрени с аурой или без ауры, наблюдается не менее 8 дней в месяц в течение более 3 мес [1]. Распространенность ХМ в различных странах мира составляет от 0,9 до 5,1% населения [2], в России – 6,8% [3]. ХМ значительно снижает качество жизни пациентов молодого и среднего возраста и может приводить к их не-

трудоспособности [4]. Экономическое бремя ХМ включает не прямые и прямые затраты со стороны государства и страховых компаний [5]. Диагностика ХМ – трудоемкий процесс, требующий тщательного изучения клинической картины заболевания. ХМ отличается от эпизодической мигрени (ЭМ) не только частотой приступов, но и клинической картиной головной боли. У пациентов с ХМ обычно наблюдаются приступы головной боли, похожие и на мигрень, и на головную боль напряжения [1]. При хронизации сами приступы мигрени могут изменяться по интен-

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 ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет). 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 ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет). ORCID: 0000-0002-2845-7323

[✉]Veronika A. Golovacheva – Cand. Sci. (Med.), Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). E-mail: xoho.veronicka@gmail.com; ORCID: 0000-0002-2752-4109

Anzhelika A. Golovacheva – Clinical Resident, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). ORCID: 0000-0002-2845-7323

сивности, локализации и сопутствующим симптомам. При ХМ значительно чаще, чем в общей популяции и при ЭМ, наблюдаются психические расстройства, бессонница, боли другой локализации, психологические проблемы и психосоматические жалобы [6–10]. Большинство пациентов с ХМ злоупотребляют обезболивающими препаратами, что может приводить к развитию лекарственно-индуцированной головной боли (ЛИГБ). Перечисленные факторы – психические расстройства, бессонница, боли другой локализации, психологические проблемы, злоупотребление обезболивающими, ЛИГБ – также влияют на клиническую картину ХМ, затрудняют дифференциальный диагноз и усложняют идентификацию диагноза ХМ [10–12].

Пациентам с ХМ часто устанавливаются ошибочные диагнозы вторичной головной боли [12–14]. В практической деятельности дегенеративно-дистрофические изменения шейного отдела позвоночника, остеохондроз и межпозвонковые грыжи на шейном уровне постоянно ошибочно расцениваются как причины головной боли, особенно если пациент предъявляет жалобы и на головную боль, и на боль в шее. Неправильная оценка причины головной боли приводит к назначению неэффективного лечения, формированию ошибочных представлений пациента о своей болезни, катастрофизации боли, симптомам тревоги и депрессии, поддержанию хронического течения головной боли [12].

Больные с ХМ – трудная для лечения категория пациентов [15]. Эффективные методы лечения заболевания продолжают обсуждаться [16]. В лечении ХМ доказана эффективность только топирамата, ботулотоксина типа А и новых препаратов – моноклональных антител к кальцитонин-ген-родственному пептиду или к его рецепторам [16, 17]. Но не все пациенты удовлетворены приемом перечисленных препаратов, а долгосрочность достигнутого клинического эффекта остается неясной и весьма дискуссионной. Препараты моноклональных антител продолжают изучаться. Топирамат и ботулотоксин типа А могут индивидуально не переноситься больными, что потребует их отмены. Применение только фармакотерапии при ХМ нередко либо не приводит к клиническому эффекту, либо дает временное улучшение с последующим возобновлением хронического течения мигрени [16, 18]. Распространены резистентные случаи ХМ, когда стандартная фармакотерапия оказывается неэффективной [19]. В связи с этим остается актуальным поиск эффективных методов лечения пациентов с ХМ.

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) широко применяется для лечения психических заболеваний (тревожных расстройств, депрессии, шизофрении, расстройств личности, соматоформного расстройства) [20]. КПТ показала эффективность в лечении различных неврологических болезней – бессонницы, хронической боли в спине, фибромиалгии, ЭМ и головной боли напряжения [21–26]. Эффективность КПТ в лечении пациентов с ХМ продолжает изучаться [27–30]. В связи с этим изучение эффективности КПТ при ХМ представляет особенно актуальным и практически значимым.

Приводим пример эффективного амбулаторного ведения пациента, страдавшего ХМ, болью в шее, ЛИГБ и генерализованной тревогой.

Клиническое наблюдение

Пациент Н. 32 лет обратился в Клинику нервных болезней им. А.Я. Кожевникова Сеченовского Университета с жалобой на головную боль и боль в шее. В процессе сбора анамнеза выяснилось, что пациента беспокоит еще несколько симптомов: снижение продуктивности в работе, эпизоды ощущения головокружения, сердцебиения, тревоги, страх сойти с ума и потерять контроль над собой.

Головная боль беспокоит пациента с 11 лет. С 5 лет наблюдались эпизоды болей в животе, большой проходил обследование, органической патологии не обнаружено. С 11 до

18 лет головная боль возникала с частотой 1–3 раза в месяц, была эпизодической, пульсирующей, распирающей характера, локализовалась в лобно-височно-теменной области слева (чаще всего) или справа, сопровождалась тошнотой, фото-, фоно- и осмофобией. По продолжительности головная боль – от нескольких часов до 2 сут. С 18 лет появились эпизоды тревоги, ощущения головокружения, сердцебиения, которые продолжают беспокоить пациента до сих пор. С 25 лет после стрессовой ситуации в семье головные боли и описанные эпизоды тревоги участились, появился страх сойти с ума и потерять над собой контроль. Появились боли в шее, они обычно возникали до или в начале приступа мигрени. Боль в шее была тянущей, с сильным болезненным ощущением «натягивания» мышц шеи как «струны», с распространением боли от затылка до плеча. По поводу эпизодов тревоги и соматизированных симптомов больного консультировали кардиолог, эндокринолог, сердечно-сосудистой и эндокринной патологии не обнаружили. Пациент консультирован психиатром, поставлен диагноз генерализованной тревоги. В связи с ухудшением состояния больной проходил стационарное лечение в клинике психиатрического профиля, в последующем в течение 1,5 года принимал сертралин и гидроксизин с положительным эффектом в отношении тревоги и сочетанных соматизированных симптомов. Терапия не оказала влияния на течение головных болей. По поводу головной боли и боли в шее обращался к терапевтам, неврологам. Головная боль расценивалась как вторичная, связанная с патологией шейного отдела позвоночника. Проходил обследования – рентгенографию и магнитно-резонансную томографию (МРТ) шейного отдела позвоночника, МРТ головного мозга, ультразвуковое исследование (УЗИ) сосудов шеи. Пациенту поставили диагноз «Остеохондроз шейного отдела позвоночника. Грыжа межпозвонкового диска C_{III}–C_{IV}». Для лечения назначались мануальная терапия, курсы нестероидных противовоспалительных средств (НПВС), миорелаксантов, хондропротекторов, ноотропных препаратов. На фоне проводимого лечения состояние пациента не улучшалось. После прекращения приема психофармакотерапии эпизоды тревоги возобновились. С 30 лет головные боли стали практически ежедневными, пациент принимал обезболивающие препараты (безрецептурные комбинированные анальгетики, ибупрофен) 15–20 дней в месяц, несколько раз из-за сильной головной боли больной вызывал бригаду скорой помощи. В течение последних нескольких месяцев принимаемые обезболивающие препараты стали малоэффективными. Появился страх сойти с ума или потерять контроль над собой при сильных приступах тревоги. При сильных приступах тревоги, возникающих 1–2 раза в 1–2 мес, пациент принимал 1 мг бромдигидрохлорфенилбензодиазепамина. Пациент снова проходил обследования (МРТ головы и шейного отдела позвоночника, УЗИ сосудов шеи), консультировался неврологами, получал лечение НПВС, витаминами группы В, физиотерапией, мануальной терапией. В связи с неэффективностью консервативной терапии его направили к нейрохирургу, рассматривался вопрос об оперативном лечении – удаление межпозвонковых дисковых грыж.

Среди факторов, провоцирующих головную боль, – эмоциональное перенапряжение, недостаток или избыток сна, алкоголь. Облегчают головную боль сон и обезболивающие препараты (безрецептурные комбинированные анальгетики, НПВС). Пациент – второй ребенок в семье, есть старшая сестра. Мать пациента с 14 лет страдает редкими приступами пульсирующих односторонних головных болей, которые по описанию похожи на мигрень. Пациент по образованию экономист, с 24 лет работает по специальности, с 29 лет – в крупной компании.

При неврологическом осмотре не обнаружено очаговой неврологической симптоматики. При нейроортопедическом исследовании определен перикраниальный

миофасциальный болевой синдром. По данным анамнеза, осмотра, результатам дополнительных исследований, сделано заключение, что у пациента нет «красных флажков» [31] – симптомов,стораживающих в отношении симптоматического генеза головной боли. Важно отметить, что ранее выявленная грыжа межпозвонокового диска $C_{III}-C_{IV}$ по МРТ шейного отдела позвоночника является срединной, размером 3 мм, не сдавливает структуры нервной системы. Данная грыжа не имеет клинического значения для беспокоящей пациента головной боли и боли в шее. Не требуется хирургического лечения.

На основании клинической картины заболевания, осмотра, диагностических критериев Международной классификации головных болей 3-го пересмотра [1] пациенту поставили следующий неврологический диагноз: ХМ; ЛИГБ. Пациента консультировал психиатр, диагностировано генерализованное тревожное расстройство на основании клинической картины и критериев Международной классификации болезней 10-го пересмотра [32].

Учитывая клинический диагноз, данные анамнеза, рекомендации по лечению мигрени и ЛИГБ [17, 25, 33], результаты контролируемых исследований по терапии мигрени [27–30], составили программу междисциплинарного лечения, которая проводилась амбулаторно и включала следующие методы:

- 1) образовательная беседа с пациентом о причинах головной боли, боли в шее, эпизодов тревоги и соматизированных симптомов;
- 2) дезинтоксикационная терапия;
- 3) купирование приступа мигрени с помощью триптана;
- 4) профилактическая фармакотерапия мигрени в течение 12 мес;
- 5) КПТ в форме индивидуальных сессий.

Дезинтоксикационная терапия включала отмену обезболивающих препаратов, которые способствовали формированию ЛИГБ, достаточное потребление жидкости. Для купирования приступов мигрени применялся препарат элетриптан 20 мг, но не более 8 дней в неделю. Учитывая наличие неврологического и психиатрического заболевания, совместно с психиатром принято решение назначить венлафаксин 75 мг в день.

В процессе беседы с пациентом выявлены его неправильные представления о головной боли, боли в шее, эпизодах тревоги и соматизированных симптомах, катастрофизация имеющихся симптомов. Пациент ошибочно считал, что головная боль связана с патологией шейного отдела позвоночника, межпозвоноковой грыжей, патологией сосудов шеи. Больной беспокоился, что головная боль неизлечима. Выявлены страхи пациента о том, что он сойдет с ума, однажды потеряет контроль над собой, станет инвалидом и потеряет работу. Самостоятельно пациент использовал неадаптивные стратегии для преодоления боли, тревоги и соматизированных симптомов: избыточный прием обезболивающих препаратов, бензодиазепина, ограничение физической и социальной активности, проведение дополнительных обследований, поиск информации в интернете на непрофессиональных некачественных сайтах. Длительное время пациент получал неадекватное лечение головной боли – мануальную терапию, курсы НПВС, миорелаксантов, хондропротекторов, ноотропных препаратов. Важно отметить, что терапия сертралином и гидроксизинном в течение 1,5 года оказывала положительное влияние на тревожное расстройство, но не влияла на головную боль. Негативный опыт преодоления головной боли, рассмотрение вопроса о хирургическом лечении способствовали формированию у больного страха о неизлечимости головной боли, усилению тревоги. Неправильные представления о своем состоянии, беспокоящие мысли о прогнозе болезни, тревога и катастрофизация боли, появление страхов, ограничительные формы поведения, частый

прием обезболивающих и использование бензодиазепина подчеркивают наличие психологических проблем у пациента и обосновывают применение КПТ.

На сессиях КПТ с больным обсуждались причины его головной боли, боли в шее, тревоги и соматизированных симптомов, основные ошибки в восприятии боли и других симптомов, неправильные действия в отношении боли и других симптомов. Совместно с пациентом с помощью специальных техник КПТ негативные, катастрофические стили мышления и поведения заменялись на альтернативные, более реалистичные стили. С помощью психологических упражнений по осознанности и релаксации [34, 35], проводимых на сессиях КПТ, больной обучился навыкам эмоционального и физического расслабления, умению «не застревать» в тревожных мыслях и сосредотачивать внимание на текущих делах, а не на субъективных интерпретациях происходящего, воспоминаниях прошлого и негативных размышлениях о будущем.

Через 3 мес после лечения пациент отметил значимое улучшение состояния. Достигнут клинический эффект: количество дней с головной болью в месяц снизилось на 70%. Частота головной боли уменьшилась до 9 дней в месяц: 1) головная боль в виде мигрени наблюдалась 4 дня в месяц; 2) головная боль в виде головной боли напряжения возникала 5 дней в месяц. Снизилась частота приема обезболивающих препаратов до 4 дней в месяц, пациент принимал обезболивающие препараты для купирования приступов мигрени (4 дозы элетриптана). Пациент нормализовал режим сна и активность в течение дня. Боли в шее не возникали. Значимо улучшилось эмоциональное состояние, возросла физическая активность в течение дня, повысилась продуктивность на работе. За последний месяц выраженных приступов тревоги не возникало.

Через 6 мес после лечения у пациента наблюдались только 2 дня головной боли в месяц в виде 2 приступов мигрени. Каждый приступ мигрени купирован 1 дозой элетриптана. Не возникали боли в шее, приступы тревоги. Мигрень не влияла на повседневную активность. К 12-му месяцу наблюдения у пациента было 2 дня с головной болью в месяц в виде 2 приступов мигрени, каждый из которых купировался 1 дозой элетриптана. Динамика улучшения состояния пациента представлена в табл. 1.

Обсуждение

Клинический случай пациента Н. показывает типичную историю хронизации мигрени. Тревога, стрессовая ситуация в семье, злоупотребление обезболивающими, неправильные представления о заболевании, катастрофизация боли привели к трансформации мигрени из ЭМ в ХМ. Перечисленные факторы – характерные признаки хронизации мигрени [36]. В практической деятельности при ведении больных с ХМ часто не уделяют должного внимания факторам хронизации, из-за чего не удается справиться с хроническим течением боли [12].

К особенностям представленного клинического случая относятся: наличие боли в шее при ХМ, ошибочная интерпретация данного симптома, связанная с этим неправильная тактика лечения боли в шее и головной боли. Ранее головная боль у пациента Н. расценивалась как вторичная, связанная с патологией шейного отдела позвоночника, устанавливался ошибочный диагноз «Остеохондроз шейного отдела позвоночника». Грыжа межпозвонокового диска $C_{III}-C_{IV}$. Соответственно, больному назначалось неправильное и неэффективное лечение – мануальная терапия, курсы НПВС, миорелаксантов и хондропротекторов. Из-за непонимания причин боли в шее пациент ошибочно направлялся к нейрохирургу, рассматривался вопрос о хирургическом лечении. В связи с перечисленными фактами из анамнеза у больного Н. сложились неправильные представления о своем состоянии, которые способствовали

Таблица 1. Динамика состояния пациента на фоне лечения в течение 12 мес

Клинико-психологические показатели	До лечения	3-й месяц наблюдения	6-й месяц наблюдения	12-й месяц наблюдения
Количество дней с головной болью в месяц	30	9	2	2
Количество дней с мигренью в месяц	9	4	2	2
Снижение частоты головной боли в месяц в сравнении с частотой до лечения, %	–	70	93	93
Частота приема обезболивающих препаратов, дни	20	4	2	2
Уровень катастрофизации боли по ШКБ*, баллы	37	8	2	2
Уровень руминации по ШКБ*, баллы	15	2,1	0,5	0,5
Уровень преувеличения по ШКБ*, баллы	8	1,8	0,5	0,4
Уровень безнадежности по ШКБ*, баллы	15	1,8	0,4	0,3
Уровень тревоги по ГШТД**, баллы	12	4	0	0
Уровень депрессии по ГШТД**, баллы	9	2	0	0
Влияние мигрени на повседневную активность по ШДМ***, баллы	160	10	2	0

*ШКБ – шкала катастрофизации боли; **ГШТД – госпитальная шкала тревоги и депрессии; ***ШДМ – шкала дезадаптации, связанной с мигренью.

катастрофизации боли и поддержанию хронического течения мигрени и тревоги.

ХМ часто расценивают как симптоматическую головную боль, и пациент при этом получает неправильное и неэффективное лечение [12]. У пациента Н. заболевание протекало «под маской» болезни шеи. Безусловно, у больных с мигренью может быть сочетанная патология шейного отдела позвоночника, объясняющая причину боли в шее (например, после травмы, вследствие ревматологических болезней). Однако большинство пациентов с мигренью не имеют клинически значимой патологии шейного отдела позвоночника и при этом могут жаловаться на боль в шее [37]. Представленный больной Н. также не имел органической патологии шейного отдела позвоночника, которая могла бы объяснить его головную боль или боль в шее. Понимание причин боли в шее при мигрени и создание эффективной тактики ведения таких пациентов весьма актуальны, так как боль в шее – распространенный симптом среди больных с мигренью. Так, авторы датского популяционного исследования показали, что боль в шее распространена среди населения (68,4%) и встречается достоверно чаще у людей с первичной головной болью, чем у людей без первичной головной боли (85,7 и 56,7% соответственно; отношение шансов 3,0; 95% доверительный интервал 2,0–4,4; $p < 0,001$) [38]. Боль в шее наблюдалась у 89,3% пациентов с мигренью и головной болью напряжения, у 88,4% больных с головной болью напряжения и у 76,2% пациентов с мигренью ($p < 0,05$ для всех 3 групп в сравнении с людьми без первичной головной боли).

Пациент описывал боль в шее как тянущую, с сильным болезненным ощущением «натягивания» мышц шеи как «струны», с распространением боли от затылка до плеча. По заключениям авторов зарубежных исследований, многие больные с мигренью описывали боль в шее похожим образом [37, 39–42]. Важно отметить, что у пациента Н. боль в шее возникала перед и в начале приступа мигрени. Как показывают результаты клинических исследований, у больных с мигренью боль в шее может возникать в различные периоды: перед, в начале, после приступа мигрени и в течение мигрени [37, 39–42]. При неврологическом осмотре пациента Н. вне приступа выявлен миофасциальный болевой синдром перикраниальных мышц. Отмечено, что данный синдром обнаруживается достоверно чаще при наличии у больного с мигренью боли в шее [38]. Авторы предшествующих исследований заключили, что боль в шее обычно развивается при хронизации мигрени [43]. Данный феномен наблюдался и в случае пациента Н.: боль в шее появилась только при учащении приступов мигрени, ранее в течение жизни боль в шее не беспокоила пациента. В представленном клиническом случае «боль в шее» не

выставлена отдельным диагнозом, так как у больного Н. не было значимой органической патологии шеи, отсутствовали очаговые неврологические симптомы, боль в шее развивалась с хронизацией мигрени, и авторы зарубежных исследований описывают подобную боль в шее как триггерный фактор или симптом в структуре клинической картины мигрени [37, 39–42].

Боль в шее описана у пациентов с мигренью, но взаимосвязь боли в шее и мигрени неоднозначна и продолжает обсуждаться [37, 39–42, 44]. Боль в шее и болезненное напряжение перикраниальных мышц – симптомы, характерные для головной боли напряжения [1]. Данные симптомы подтверждают гипотезу о мышечной природе головной боли напряжения. Мигрень – неврологическое заболевание с вовлечением тригеминоvascularной системы, поэтому найти объяснение для боли в шее при мигрени труднее. В настоящее время боль в шее при мигрени объясняется наличием тригеминоцервикального комплекса, включающего ядро спинномозгового пути тройничного нерва и задние рога верхней части шейного отдела спинного мозга [44]. При мигрени в начале фазы головной боли импульсы от болевых рецепторов менингеальных оболочек и церебральных сосудов идут через афферентные волокна тройничного нерва, в основном в составе I ветви [45]. Импульсы от болевых рецепторов структур шеи проходят через афферентные волокна верхних шейных спинномозговых корешков к задним рогам спинного мозга и каудальной части ядра тройничного нерва. Вследствие конвергенции афферентных импульсов от структур шеи в каудальной части ядра тройничного нерва пациент чувствует боль в затылочной области и шее [46, 47]. Существующая гипотеза объясняет патогенез боли в шее у пациента Н. Во время образовательной беседы в доступной форме больному объяснили причины головной боли, боли в шее и их взаимосвязь, подчеркивалось отсутствие органической патологии шеи и отсутствие показаний для операции.

Клинический случай демонстрирует распространенную ошибочную тактику ведения пациентов с хронической головной болью в российской медицинской практике [12–14, 48–50]. Во-первых, большинству пациентов с ХМ или хронической головной болью напряжения ставятся такие ошибочные диагнозы, как дисциркуляторная энцефалопатия, гидроцефалия, вегетососудистая дистония, остеохондроз позвоночника [12, 14, 48–50]. Это связано с чрезмерным назначением пациентам без «красных флажков» различных дополнительных исследований (УЗИ, компьютерная томография, МРТ, рентгенография) и последующей гипердиагностикой выявленных изменений в области головы или шеи. Также среди специалистов наблюдается недостаточное знание диагностических критериев головных болей [14].

Во-вторых, из-за ошибочной диагностики назначается не-правильное лечение (сосудистые и ноотропные препараты, НПВС, хондропротекторы, витамины, физиотерапия, мануальная терапия, блокады) [12, 14, 48, 50], которое не приносит пациенту облегчения состояния, а только формирует и укрепляет ошибочное мнение о неизлечимости боли и неблагоприятном прогнозе болезни [12]. Подобное мнение приводит к развитию тревоги, депрессии, катастрофизации боли у пациента, что поддерживает хроническое течение головной боли. В-третьих, у большинства больных с хронической первичной головной болью не диагностируются и не лечатся такие коморбидные заболевания, как ЛИГБ, психическое расстройство, инсомния [12, 48]. По мнению российских экспертов в области головной боли, ошибочная тактика ведения пациентов – одна из причин более высокой распространенности ХМ и хронической головной боли напряжения в России, чем в других странах [13]. Учитывая наличие у пациентов с ХМ коморбидных расстройств и факторов хронизации мигрени, лечение должно быть комплексным и включать в себя лекарственные и нелекарственные методы, необходим междисциплинарный подход [12, 51]. КПТ – метод, который эффективно используется в лечении различных хронических болей, инсомнии, психических расстройств [20–24]. Данный метод перспективен в лечении больных с ХМ. Проведены исследования, продемонстрировавшие эффективность КПТ при ХМ [52–55]. Терапевтические возможности и оптимальные форматы проведения КПТ при ХМ продолжают изучаться.

В Клинике нервных болезней им. А.Я. Кожевникова пациенту Н. провели междисциплинарное лечение, которое включало образовательную беседу, дезинтоксикационную терапию, рациональное купирование приступов мигрени, профилактическую фармакотерапию, КПТ. С помощью КПТ удалось изменить представления пациента о болезни на более реалистичные и благоприятные, значимо снизить катастрофизацию боли, справиться со страхами и тревогой, прекратить избыточный прием обезболивающих препаратов и использование бензодиазепамина, улучшить настроение, повысить физическую активность и продуктивность на работе. В результате проводимого лечения удалось относительно быстро (за 3 мес) достигнуть клинического эффекта, который поддерживался длительное время – в течение 12 мес.

Заключение

Междисциплинарное лечение ХМ, включающее образовательную беседу, дезинтоксикационную терапию, рациональное купирование приступов мигрени, профилактическую фармакотерапию и КПТ, позволило относительно быстро и эффективно помочь пациенту. Благодаря КПТ удалось эффективно воздействовать на факторы хронизации мигрени и добиться стойкого эффекта терапии.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interest.

Литература/References

- The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (ICHD-3). *Cephalalgia*. 2018;38(1):1-211. DOI:10.1177/0333102417738202
- Natoli JL, Manack A, Dean B, et al. Global prevalence of chronic migraine: a systematic review. *Cephalalgia*. 2010;30(5):599-609. DOI:10.1111/j.1468-2982.2009.01941.x
- Ayzenberg I, Katsarava Z, Sborowski A, et al. The prevalence of primary headache disorders in Russia: a countrywide survey. *Cephalalgia*. 2012;32(5):373-81. DOI:10.1177/0333102412438977
- 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
- Munakata J, Hazard E, Serrano D, et al. Economic burden of transformed migraine: results from the American Migraine Prevalence and Prevention (AMPP) Study. *Headache*. 2009;49(4):498-508. DOI:10.1111/j.1526-4610.2009.01369.x
- Green MW, Muskin PR. *The neuropsychiatry of headache*. UK: Cambridge University Press, 2013.
- Buse DC, Silberstein SD, Manack AN, et al. Psychiatric comorbidities of episodic and chronic migraine. *J Neurol*. 2013;260(8):1960-9. DOI:10.1007/s00415-012-6725-x
- Евдокимова Е.М., Табеева Г.Р. Инсомния у пациентов с мигренью. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2019;11(2):22-9 [Evdokimova EM, Tabeeva GR. Insomnia in patients with migraine. *Neurologia, neiropsikhiatriia, psikhosomatika*. 2019;11(2):22-9 (in Russian)]. DOI:10.14412/2074-2711-2019-2-22-29
- Burch RC, Buse DC, Lipton RB. Migraine: Epidemiology, Burden, and Comorbidity. *Neurolog Clin*. 2019;37(4):631-49. DOI:10.1016/j.ncl.2019.06.001
- Minen MT, De Dhaem BO, Van Diest KA, et al. Migraine and its psychiatric comorbidities. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2016;87(7):741-9. DOI:10.1136/jnnp-2015-312233
- May A, Schulte LH. Chronic migraine: risk factors, mechanisms and treatment. *Nat Rev Neurol*. 2016;12(8):455-64. DOI:10.1038/nrneurol.2016.93
- 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. The optimization of management of chronic daily headache patients. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii im. S.S. Korsakova*. 2017;117(2):4-9 (in Russian)]. DOI:10.17116/jnevro2017117214-9
- Osipova V, Ayzenberg I, Amelin A, et al. The highest prevalence of CDH in Russia: why? *Cephalalgia*. 2015;35(6):287. DOI:10.1177/0333102415581304
- 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 IuE, Tabeeva GR, et al. Diagnostics of headache in Russia and post-Soviet countries: state of the problem and ways for its solution. *Annaly klinicheskoi i eksperimentalnoi nevrologii*. 2012;6(2):16-21 (in Russian)].
- Manack AN, Buse DC, Lipton RB. Chronic migraine: epidemiology and disease burden. *Curr Pain Headache Rep*. 2011;15(1):70-8. DOI:10.1007/s11916-010-0157-z
- 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
- 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. *Neurologia, neiropsikhiatriia, psikhosomatika*. 2020;12(4):4-14 (in Russian)]. DOI:10.14412/2074-2711-2020-4-4-14
- Ha H, Gonzalez A. Migraine Headache Prophylaxis. *Am Fam Physician*. 2019;99(1):17-24.
- 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
- Beck AT. A 60-Year Evolution of Cognitive Theory and Therapy. *Perspect Psychol Sci*. 2019;14(1):16-20. DOI:10.1177/1745691618804187
- 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
- National Guideline Centre (UK). *Low Back Pain and Sciatica in Over 16s: Assessment and Management*. London: National Institute for Health and Care Excellence, 2016.
- Oliveira CB, Maher CG, Pinto RZ, et al. Clinical practice guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care: an updated overview. *Eur Spine J*. 2018;27(11):2791-803. DOI:10.1007/s00586-018-5673-2
- Macfarlane GJ, Kronisch C, Dean LE, et al. EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Ann Rheum Dis*. 2017;76(2):318-28. DOI:10.1136/annrheumdis-2016-209724
- 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
- Bendtsen L, Evers S, Linde M, et al. EFNS guideline on the treatment of tension-type headache – report of an EFNS task force. *Eur J Neurol*. 2010;17(11):1318-25. DOI:10.1111/j.1468-1331.2010.03070.x
- 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;9(4):213-24. DOI:10.1177/2049463715578291
- 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;7(8):e016670. DOI:10.1136/bmjopen-2017-016670
- 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;20(1):17. DOI:10.1186/s10194-019-0965-4
- Sharpe L, Dudeney J, Williams ACC, et al. Psychological therapies for the prevention of migraine in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;7(7):CD012295. DOI:10.1002/14651858.CD012295.pub2
- Maizels M. The patient with daily headaches. *Am Fam Physician*. 2004;70(12):2299-306.
- Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр (МКБ-10). Женева, 1995 [Mezhdunarodnaia statisticheskaia klassifikatsiia boleznei i problem, svyazannykh so zdorov'em. Desiatyi pepesmotr (МКБ-10). Zheneva, 1995 (in Russian)].

33. 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
34. Raggi A, Grignani E, Leonardi M, et al. Behavioral Approaches for Primary Headaches: Recent Advances. *Headache*. 2018;58(6):913-25. DOI:10.1111/head.13337
35. Anheyer D, Leach MJ, Klose P, et al. Mindfulness-based stress reduction for treating chronic headache: A systematic review and meta-analysis. *Cephalgia*. 2019;39(4):544-55. DOI:10.1177/0333102418781795
36. Katsarava Z, Buse DC, Manack AN, Lipton RB. Defining the differences between episodic migraine and chronic migraine. *Curr Pain Headache Rep*. 2012;16(1):86-92. DOI:10.1007/s11916-011-0233-z
37. Pradhan S, Choudhury SS. Clinical characterization of neck pain in migraine. *Neurol India*. 2018;66(2):377-84. DOI:10.4103/0028-3886.227302
38. Ashina S, Bendtsen L, Lyngberg AC, et al. Prevalence of neck pain in migraine and tension-type headache: a population study. *Cephalgia*. 2015;35(3):211-9. DOI:10.1177/0333102414535110
39. Yu Z, Wang R, Ao R, Yu S. Neck pain in episodic migraine: a cross-sectional study. *J Pain Res*. 2019;12:1605-13. DOI:10.2147/JPR.S200606
40. Blau JN, MacGregor EA. Migraine and the neck. *Headache*. 1994;34(2):88-90. DOI:10.1111/j.1526-4610.1994.hed3402088.x
41. Kaniecki RG. Migraine and tension-type headache: an assessment of challenges in diagnosis. *Neurology*. 2002;58(9 Suppl. 6):S15-20. DOI:10.1212/wnl.58.9_suppl_6.s15
42. Lampi C, Rudolph M, Deligianni CI, Mitsikostas DD. Neck pain in episodic migraine: premonitory symptom or part of the attack? *J Headache Pain*. 2015;16:566. DOI:10.1186/s10194-015-0566-9
43. May A, Schulte LH. Chronic migraine: risk factors, mechanisms and treatment. *Nat Rev Neurol*. 2016;12(8):455-64. DOI:10.1038/nrneurol.2016.93
44. Табеева Г.Р., Кацарова З. Современная концепция патофизиологии и новые мишени терапии мигрени. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2020;12(4):143-52 [Tabeeva GR, Katsarava Z. Current concept of the pathophysiology of migraine and new targets for its therapy. *Neurologia, neiropsikhiatriia, psikhosomatika*. 2020;12(4):143-52 (in Russian)]. DOI:10.14412/2074-2711-2020-4-143-152
45. Goadsby PJ, Holland PR, Martins-Oliveira M, et al. Pathophysiology of Migraine: A Disorder of Sensory Processing. *Physiol Rev*. 2017;97(2):553-622. DOI:10.1152/physrev.00034.2015
46. Bartsch T, Goadsby PJ. The trigeminocervical complex and migraine: current concepts and synthesis. *Curr Pain Headache Rep*. 2003;7(5):371-6. DOI:10.1007/s11916-003-0036-y
47. Busch V, Jakob W, Juergens T, et al. Functional connectivity between trigeminal and occipital nerves revealed by occipital nerve blockade and nociceptive blink reflexes. *Cephalgia*. 2006;26(1):50-5. DOI:10.1111/j.1468-2982.2005.00992.x
48. Амелин А.В., Богданова Ю.Н., Корешкина М.И., и др. Диагностика первичных и симптоматических форм хронической ежедневной головной боли. *Журнал неврологии и нейропсихиатрии им. С.С. Корсакова*. 2011;111(1):86-8 [Amelin AV, Bogdanova luN, Koreshkina MI, et al. Diagnosis of primary and symptomatic forms of chronic daily headache. *Zhurnal nevrologii i neiropsikhiatrii im. S.S. Korsakova*. 2011;111(1):86-8 (in Russian)].
49. 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. *Neurologia, neiropsikhiatriia, psikhosomatika*. 2015;7(1):19-26 (in Russian)]. DOI:10.14412/2074-2711-2015-1-19-26
50. Головачева В.А., Парфенов В.А. Хроническая ежедневная головная боль под маской дисциркуляторной энцефалопатии. *Медицинский Совет*. 2015;(2):72-7 [Golovacheva VA, Parfenov VA. Khronicheskaiia ezhednevnaia glavnaia bol pod maskoi distsirkulatornoi entsefalopatii. *Meditsinskii Sovet*. 2015;(2):72-7 (in Russian)].
51. Golovacheva V, Parfenov V, Tabeeva G, Osipova V. Combined cognitive-behavioral and pharmacological therapies for chronic migraine and chronic tension-type headache: are treatment responses different? *Cephalgia*. 2015;35(6S):272. DOI:10.1177/0333102415581304
52. 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.
53. 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
54. 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
55. 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(2):276-91. DOI:10.1111/head.12760

Статья поступила в редакцию / The article received: 06.09.2021

Статья принята к печати / The article approved for publication: 25.11.2021



OMNIDOCTOR.RU