

Лебедева Е.Р., Кобзева Н.Р., Гилев Д.В., Олесен Джес

Анализ организации медицинской помощи и ведения больных с первичными головными болями

Уральский государственный медицинский университет, Высшая школа экономики, Уральский Федеральный университет, г. Екатеринбург; Университет Копенгагена, г. Копенгаген

Lebedeva E.R., Kobzeva N.R., Gilev D.V., Olesen Jes

Analysis of organization of healthcare and management of patients with primary headache disorders

Резюме

Целью настоящей работы была оценка предшествующей диагностики и лечения первичных головных болей в трех различных социальных группах (студенты, рабочие, доноры). Материалы и методы. Исследование включало 3124 человека. Которые входили в три группы: 1) студенты (1042 человек, из них 719 женщины, средний возраст 20,6, возрастной интервал 17-40 лет); 2) рабочие (1075 человек, из них 146 женщины, средний возраст 40,4, возрастной интервал 21-67 лет); 3) доноры крови (1007 человек, из них 484 женщины, средний возраст 34,1 года, возрастной интервал 18-64 лет). Все лица, включенные в исследование, были проинтервьюированы с использованием полуструктурированного интервью, проведенного лицом к лицу. Оно включало 4 части: 1) персональные данные (возраст, пол, профессия, номер телефона); 2) детальные характеристики головных болей; 3) информация о факторах риска развития головных болей; 4) предшествующее консультирование по поводу головных болей, предшествующий диагноз и лечение головных болей. Результаты. Выявлены следующие проблемы в организации медицинской помощи больным с головными болями: 1) недостаточная обращаемость к врачам. Несмотря на высокую распространенность всех первичных головных болей в трех исследуемых группах (67%), лишь 496 из 2110 участников с головными болями (23%) обращались к врачу в связи с головными болями. Среди лиц, страдающих головными болями, наиболее часто обращались студенты (342 из 968, 35%), наименее часто рабочие (60 из 457, 13%) и доноры (94 из 685, 14%). 2) Неполноценная диагностика головных болей. Лишь 12% пациентам был правильно поставлен диагноз мигрень и 9% головные боли напряжения. 3) Практически полное отсутствие профилактического лечения головных болей. Большинство пациентов использовали лишь купирование приступов головных болей, профилактическое лечение было назначено 2 пациентам (0,4%) при лечении мигрени. Вывод. Необходимо совершенствование диагностики и лечения первичных головных болей и разработка новых клинических рекомендаций по ведению больных на основе международных стандартов.

Ключевые слова: первичные головные боли, мигрень, головные боли напряжения, диагностика, лечение

Summary

BACKGROUND: The purpose of our study was analysis of previous diagnostics and treatment of primary headache disorders in three different social groups (students, workers and blood donors). **METHODS:** The study population included a total of 3124 participants: 1)1042 students (719 females, 323 males, mean age 20.6, age range 17-40), 2)1075 workers (146 females, 929 males, mean age 40.4, age range 21-67) and 3)1007 blood donors (484 females, 523 males, mean age 34.1, age range 18-64). Selection of the three social groups was based on feasibility and possibility to include quickly large number of participants. We used a semi-structured, validated face-to-face interview. It included 4 parts: 1) personal data (age, sex, profession, telephone number); 2) detailed characteristics of headache; 3) information about risk factors for headache and 4) previous consultation, diagnosis and treatment of headache. **RESULTS:** We revealed the following problems in organization of healthcare for patients with primary headache disorders: 1) the lack of references to the doctors. Despite the high prevalence (67%) of primary headache disorders in three different social groups, only 496 of 2110 participants (23%) with headache consulted because of headache. Students consulted more frequently (35%), workers and blood donors less often (13% and 14% comparatively). 2) Inadequate diagnosis of primary headache. Only 12% of the patients had correct diagnosis of migraine and 9% tension type headache. 3) Almost full absence of prophylactic treatment of primary headache. The most patients used acute treatment and only 2 patients (0.4%) had prophylactic treatment of migraine. **CONCLUSION:** It's necessary to improve diagnostics and treatment of primary headache disorders and develop new clinical recommendations on management of headache disorders based on international standards.

Key words: primary headache disorders, migraine, tension type headache, diagnostics, treatment

Введение

В настоящее время во всем мире проводится анализ распространенности первичных головных болей, факторов, ассоциированных с их развитием, а также анализ организации медицинской помощи и ведения больных с головными болями в рамках Всемирной кампании по борьбе с головными болями под эгидой ВОЗ. Головные боли откосятся к заболеваниям, существенно ухудшающим работоспособность и качество жизни людей. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, во всем мире мигрень занимает девятнадцатое место (у женщин 12) среди лидирующих причин временной нетрудоспособности в связи с отсутствием на работе по причине сильных головных болей [1, 2]. В развитых странах мигрень занимает седьмое место среди заболеваний, приводящих к временной нетрудоспособности [3]. Во всех странах мира имеются проблемы оказания качественной медицинской помощи больным с головными болями, что связано с неполноценной диагностикой и лечением головных болей. Кроме того, во всем мире сохраняется тенденция, что лица с головными болями редко обращаются за медицинской помощью. Многие врачи неправильно понимают механизм развития первичных головных болей, считая их симптомом другого заболевания, в связи с этим чрезмерно используют МРТ и КТ головного мозга, ультразвуковые исследования сосудов головного мозга и шеи, рентгенографию позвоночника и др. В результате нередко клинически незначимая патология головного мозга (киста прозрачной перегородки, пустое турецкое седло, гипоплазия позвоночной артерии) интерпретируется врачами как причина головных болей. Незнание основ диагностики головных болей с использованием Международной классификации головных болей является основной причиной неправильно поставленного диагноза больным с головными болями и неправильно назначенного лечения [4]. Ошибки в организации медицинской помощи больным с головными болями и их ведении различаются не только между странами мира, но и внутри каждой страны, а также между различными социальными группами. В связи с этим необходим их тщательный анализ для последующего совершенствования диагностики и лечения головных болей. Целью настоящей работы была оценка предшествующей диагностики и лечения первичных головных болей в трех различных социальных группах (студенты, рабочие, доноры).

Материалы и методы

Исследуемые группы

Исследование включало 3124 человека (из них 1349 женщины), средний возраст 31,7, возрастной интервал 17-67 лет. Все участники входили в три социальные группы: 1) студенты (1042 человек, из них 719 женщины, средний возраст 20,6, возрастной интервал 17-40 лет); 2) рабочие (1075 человек, из них 146 женщины, средний возраст 40,4, возрастной интервал 21-67 лет); 3) доноры крови (1007 человек, из них 484 женщины, средний возраст 34,1 года, возрастной интервал 18-64 лет). Студенты, включенные в исследование, учились на 1-6 курсе

Уральского государственного медицинского университета. Большинство студентов – жители Екатеринбурга, 7% - жители других городов Свердловской области, 0,5% - жители других городов России и лишь 0,1% - жители деревень. Все рабочие обслуживали добычу нефти и газа на предприятии «Сургутнефтегаз», бурильщики, машинисты, электромонтеры, операторы. Большинство рабочих - 982 (91,3%) жили в г. Сургуте, 93 (8,7%) жили в других городах России. Большинство доноров крови - жители Екатеринбурга, лишь несколько (2%) – жители других городов Свердловской области. Эта группа включала людей различных профессии и представляла людей из общей популяции. Большинство участников в этих трех социальных группах представляли средний социальный слой и лишь несколько (1,1%) имели низкий социальный статус, все они входили в группу доноров.

Критерии включения в исследование:

- Пациент имеет первичные головные боли (мигрень, головные боли напряжения, кластерные головные боли)
- Пациент может дать характеристики головных болей
- Пациент не имеет когнитивных нарушений, а также нарушений речи, препятствующих сбору анамнеза и интервью
- Пациент согласен на проведение дополнительных исследований и последующего наблюдения в течение 1 года после первоначального обследования

Критерии исключения из исследования:

- Наличие в анамнезе или на момент интервью тяжелой неврологической или соматической патологии
- Наличие любых вторичных головных болей

Мы выбрали эти три социальные группы, исходя из доступности проведения исследования и наличия достаточного количества участников, подходящих для исследования. Мы включили доноров крови, поскольку эта группа использовалась нами ранее для проведения исследований и мы знали о высоком проценте участия и возможности быстрого набора большого количества лиц для исследования. Хотя эта группа включает людей различных профессий, она представляет отдельную социальную группу согласно социологическому определению. Социальная группа — объединение людей, имеющих общий значимый социальный признак, основанный на их участии в некоторой деятельности, выполнении общественно необходимой функции в структуре общественного разделения труда и деятельности. Рабочие были проинтервьюированы во время ежегодного медицинского осмотра на предприятии. Студенты медицинского университета были включены в исследование после лекции, посвященной головным болям, после которой у многих студентов появился интерес к этому исследованию.

Сбор данных для исследования

Исследование было проведено с сентября 2012 по август 2013 года. Все лица, включенные в исследование, были проинтервьюированы с использованием полуструктурированного интервью, проведенного лицом к лицу врачом неврологом или специально обученными

студентами. Мы включили всех, кто согласился на исследование, а также на основании критериев включения и исключения. Процент участия у студентов медицинского университета составил 90-95% в каждой группе, у рабочих предприятия «Сургутнефтегаз» во время медицинского осмотра – 97%, у доноров в день взятия крови – 98%. В связи с высоким процентом участия в исследовании мы не производили анализ неучастия.

Полуструктурированное интервью было модифицировано и расширено с использованием валидизированного интервью [5]. Оно включало 4 части: 1) персональные данные (возраст, пол, профессия, номер телефона); 2) детальные характеристики головных болей; 3) информация о факторах, ассоциированных с развитием головных болей; 4) предшествующее консультирование по поводу головных болей, предшествующий диагноз и лечение головных болей.

Исследование проходило в 3 этапа.

- Первый этап включал полуструктурированное интервью, проведенное по специально разработанной анкете. Анкета включала характеристики головных болей, возраст, в котором начались головные боли, частоту болей за последний год и частоту в месяц, лечение головных болей, предшествующую диагностику, а также информацию о факторах, связанных с их развитием.

- На втором этапе проанализированы все заполненные анкеты и при наличии неполной информации произведено повторное телефонное интервью пациентов для получения полной информации по головным болям, в том числе для подтверждения наличия 2 и более видов головных болей, а также получения дополнительной информации по лечению головных болей и их предшествующей диагностике. Повторное интервью было проведено у 2% участников исследования.

- На третьем этапе был поставлен диагноз головных болей согласно Международной классификации головных болей врачом неврологом. При этом были отобраны наиболее сложные случаи, которые были проанализированы двумя неврологами-экспертами в области головных болей, при необходимости телефонное интервью было проведено повторно и таким образом, был поставлен диагноз головных болей согласно Международной классификации головных болей версии 3 бета.

Мы не включили пациентов, у которых были упущены важные данные или было невозможно связаться с пациентом для сбора недостающих данных. На этом основании мы исключили 125 участников и еще пять были исключены на основании критериев исключения. Таким образом, общее количество лиц, включенных в исследование составило 3124.

Статистический анализ

Произведен расчет общей и стандартизированной по полу распространенности в течение 1 года мигрени без ауры, мигрени с аурой, вероятной мигрени (при наличии всех, кроме одного критерия для мигрени, согласно Международной классификации головных болей, и при отсутствии критериев для ГБН), эпизодической/частой ГБН, вероятной ГБН (при наличии всех, кроме одного

критерия для ГБН, согласно Международной классификации головных болей, и при отсутствии критериев для мигрени и вероятной мигрени), кластерной головной боли, хронической мигрени, хронической головной боли напряжения и вероятной головной боли, связанной с избыточным употреблением анальгетиков. В нашем исследовании не было головных болей, связанных с избыточным употреблением триптанов и других лекарств, кроме анальгетиков.

Связанные с полом различия в распространенности головных болей были исследованы между участниками трех социальных групп с использованием непарного т-теста и критерия хи-квадрат. Общая распространенность головных болей была рассчитана в процентах. Отношение шансов (ОШ) и 95% доверительный интервал (ДИ) были рассчитаны с использованием логит-регрессии. Нашей задачей было найти различия между социальными группами в частоте мигреней и ГБН, редкие формы головных болей и подтипы головных болей при этом не учитывались. Значения $P < 0,05$ являлись статистически значимыми.

Мы посчитали, что общая распространенность мигрени была бы 12% у женщин 16% и у мужчин 8%. Принимая уровень статистической значимости 0,05 и риск ошибки второго рода (ложноотрицательного результата) 20%, мы рассчитали, что необходимое количество участников в каждой группе должно быть 258. Для того, чтобы выявить связанные с полом различия и иметь достаточную мощность, если различия окажутся несколько меньше, мы выбрали размер выборки 1000. Для каждого рассчитываемого параметра мы использовали то количество участников, которые имели данные по этому параметру, поэтому в таблицах количество участников по отдельным параметрам может быть ниже, чем общее количество участников в каждой группе.

Этические аспекты.

Этический комитет Уральского государственного медицинского университета одобрил данное исследование. Все участники были информированы о цели исследования. Подписанное информированное согласие на исследование было получено от всех участников.

Результаты и обсуждение

Клинические характеристики трех исследуемых социальных групп представлены в Таблице 1. Эти группы были достаточно разнородными по полу и возрасту. Мужчины преобладали в группе рабочих (86%), женщины в группе студентов (69%), в группе доноров количество мужчин (52%) было приблизительно такое как и женщин (48%). Самый молодой средний возраст среди этих групп был у студентов (21 год), наиболее старший средний возраст у рабочих (40 лет) и доноры занимают промежуточное положение по среднему возрасту (34 года). Не было выявлено статистически значимых различий в среднем возрасте у мужчин и женщин внутри каждой группы.

Студенты имели наибольшую распространенность первичных головных болей в течение года (93%), как мигреней (29%), так и головных болей напряжения (77%).

Таблица 1. Клинические характеристики участников в трех различных социальных группах

Характеристики	Доноры крови (n=1007)	Рабочие (n=1075)	Студенты (n= 1042)	Все лица трех групп (n= 3124)
Мужчины	523 (52%)	929 (86%)	323 (31%)	1775 (57%)
Средний возраст и возрастной интервал	33 19-61	39,8 21-67	20,9 17-38	31,3 17-6
Женщины	484 (48%)	146 (14%)	719 (69%)	1349 (43%)
Средний возраст и возрастной интервал	35,6 18-64	43,2 25-62	20,5 17-40	33,1 17-64
Все	1007	1075	1042	3124
Средний возраст и возрастной интервал	34,2 18-64	40,4 21-67	20,6 17-40	31,7 17-67
Мужчины с головными болями	323(61,8%)	356 (38,3%)	284 (87,9%)	963 (54,3%)
Женщины с головными болями	362 (74,8%)	101 (69,2%)	684 (95,1%)	1147 (85%)
Все с головными болями	685 (68%)	457 (42,5%)	968 (92,9%)	2110 (67,5%)
Мигрень у женщин	94 (19,4%)*	27 (18,5%)	250 (34,7%)	371(27,5%)
Мигрень у мужчин	25(4,8%)	52 (5,6%)	48 (14,8%)	125 (7%)
Мигрень у всех	119(11,8%)	79 (7,3%)	298 (28,6%)	496 (15,9%)
Головные боли напряжения у женщин	318 (65,7%)	96 (65,7%)	552 (76,7%)	966(71,6%)
Головные боли напряжения у мужчин	311 (59,5%)	302 (32,5%)	256 (79,2%)	869(48,9%)
Головные боли напряжения у всех	629 (62,5%)	398 (37,0%)	808 (77,5%)	1835(58,7%)

*процент рассчитан, используя общее число мужчин/женщин в каждой группе

Рабочие имели наименьшую распространенность всех первичных головных болей (42%), а также мигреней (7%) и головных болей напряжения (37%). Доноры занимали промежуточное положение: распространенность всех первичных головных болей в течение года составила 68%, мигрени 12%, головных болей напряжения 62%.

Несмотря на высокую распространенность всех первичных головных болей в трех исследуемых группах (67%), лишь 496 из 2110 участников с головными болями (23%) обращались к врачу в связи с головными болями (Таблица 2). Наиболее часто обращались студенты (342 из 968, 35%), наименее часто рабочие (60 из 457, 13%) и доноры (94 из 685, 14%). Мы подразделили каждую группу на две подгруппы в соответствии с наличием диагноза мигрень или головные боли напряжения согласно Международной классификации головных болей 3 бета. Не выявлено статистически значимой разницы в обращениях к врачам лиц, страдающих мигренями или головными болями напряжения. Из 496 консультировавшихся по поводу головных болей участников 352 (70%) обращались к неврологу и 149 (30%) к терапевту. Студенты отметили, что некоторые из них (17%) обращались к педиатру в связи с головными болями. Лишь незначительное количество участников (8,7%) обращались к остеопату, кардиологу и физиотерапевту в связи с головными болями. Среди лиц, обратившихся за медицинской помощью, инструментальные методы диагностики были назначены

половине (52,6%). Наиболее часто использовались ультразвуковые исследования сосудов головного мозга и шеи (17%), МРТ головного мозга (16%), а также рентгенография шейного отдела позвоночника - ШОП (16%) и электроэнцефалография (14%), КТ головного мозга была назначена в 4% случаев.

В Таблице 3 представлены предшествующие диагнозы у участников трех групп, имевших в прошлом консультации по поводу головных болей. Эти диагнозы представлены в сравнении с поставленными нами диагнозами мигрень или головные боли напряжения у каждого участника в соответствии с Международной классификацией головных болей версии 3 бета. Из всего числа консультировавшихся в прошлом участников лишь 12% пациентам был правильно поставлен диагноз мигрень и 9% головные боли напряжения. Неправильный диагноз имели 42% обратившихся за консультацией пациентов с мигренью и 37% обратившихся с головными болями напряжения. Среди неправильных диагнозов наиболее часто встречались вегетативно-сосудистая дистония (56%), шейный остеохондроз (35%) и внутричерепная гипертензия (10%). Все эти диагнозы наиболее часто ставились пациентам, имевшим в действительности головные боли напряжения. Диагноз вегетативно-сосудистой дистонии и внутричерепной гипертензии ставился наиболее часто студентам. Диагноз шейный остеохондроз ставился одинаково часто во всех трех исследуемых группах.

Таблица 2. Предыдущие консультации и обследования у участников трех различных социальных групп с мигренью и головными болями напряжения

Предыдущие консультации и обследования	Доноры крови (n=94)		Рабочие (n= 60)		Студенты (n=342)		Все лица трех групп (n=496)	
	Мигрень (n= 53)	ГБН (n= 41)	Мигрень (n= 33)	ГБН (n=27)	Мигрень (n=180)	ГБН (n=162)	Мигрень (n=266)	ГБН (n=230)
Терапевт	14 (26,4%)	19 (46,3%)	8 (24,2%)	24 (74,1%)	83 (46,1%)	101 (62,4%)	105 (39,5%)	144 (62,6%)
Невролог	15 (28,3%)	26 (63,4%)	6 (18,2%)	23 (70,4%)	139 (72,2%)	143 (88,3%)	160 (60,1%)	192 (83,5%)
Остеопат	1 (1,9%)	5 (12,2%)	0 (0%)	0 (0%)	8 (4,4%)	8 (4,9%)	9 (3,4%)	13 (5,6%)
Физиотерапевт	1 (1,9%)	6 (14,6%)	0 (0%)	0 (0%)	7 (3,9%)	6 (3,7%)	8 (3,0%)	12 (5,2%)
Кардиолог	1 (1,9%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,4%)	0
Педиатр	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	26 (14,4%)	32 (19,8%)	26 (9,8%)	32 (13,9%)
ЭКГ	2 (3,7%)	5 (12,2%)	0 (0%)	3 (11,1%)	32 (17,8%)	27 (16,7%)	34 (12,8%)	35 (15,2%)
КТ головного мозга	3 (5,7%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	7 (3,9%)	11 (6,8%)	10 (3,7%)	11 (4,5%)
МРТ головного мозга	4 (7,6%)	12 (29,3%)	0 (0%)	12 (44,4%)	24 (13,3%)	26 (16,1%)	28 (10,5%)	50 (21,7%)
Рентгенография ШОП	2 (3,8%)	11 (26,8%)	0 (0%)	0 (0%)	32 (17,8%)	33 (20,4%)	34 (12,8%)	44 (19,1%)
УЗИ сосудов мозга или шеи	3 (5,7%)	11 (26,8%)	0 (0%)	7 (25,9%)	34 (18,9%)	29 (17,9%)	37 (13,9%)	47 (20,4%)

Таблица 3. Предшествующие диагнозы у участников трех различных социальных групп с мигренью и головными болями напряжения, консультировавшихся ранее по поводу головных болей

Предшествующие диагнозы	Доноры крови (n=94)		Рабочие (n= 60)		Студенты (n=342)		Все лица трех групп (n=496)	
	Мигрень (n= 53)	ГБН (n= 41)	Мигрень (n= 33)	ГБН (n=27)	Мигрень (n=180)	ГБН (n=162)	Мигрень (n=266)	ГБН (n=230)
Вегетативн о-сосудистая дистония	8 (15,1%)	33 (80,5%)	7 (21,2%)	9 (33,3%)	98 (54,4%)	124 (76,5%)	113 (42,5%)	166 (72,2%)
Дисциркуляторная энцефалопатия	2 (3,8%)	1 (2,4%)	1 (3%)	2 (7,4%)	8 (4,4%)	9 (5,6%)	11 (4,1%)	12 (5,2%)
Шейный остеохондроз	11 (20,8%)	18 (43,9%)	4 (12,1%)	14 (51,9%)	54 (30%)	75 (46,3%)	69 (25,9%)	107 (46,5%)
Внутричерепная гипертензия	1 (1,9%)	4 (9,8%)	3 (9,1%)	1 (3,7%)	19 (10,6%)	24 (14,8%)	23 (8,6%)	29 (12,6%)
Головные боли напряжения	4 (7,6%)	3 (9,8%)	2 (6,1%)	3 (11,1%)	13 (7,2%)	19 (11,7%)	19 (7,1%)	25 (10,9%)

Мигрень	8 (15,1%)	5 (12,2%)	3 (9,1%)	2 (7,4%)	22 (12,2%)	18 (11,1%)	33 (12,4%)	25 (10,9%)
Посттравматические головные боли	3 (5,7%)	1 (2,4%)	2 (6,06%)	4 (14,8%)	5 (2,8%)	5 (3,1%)	10 (3,7%)	10 (4,3%)
Другой диагноз	9 (17%)	5 (12,2%)	5 (15,2%)	15 (55,6%)	65 (36,1%)	128 (79%)	79 (29,7)	148 (64,3%)

Таблица 4. Предшествующее лечение мигреней и головных болей напряжения в трех различных социальных группах

Предшествующее лечение	Доноры крови		Рабочие		Студенты		Все лица трех групп	
	Мигрень (n= 119)	ГБН (n= 629)	Мигрень (n=79)	ГБН (n= 398)	Мигрень (n=298)	ГБН (n=808)	Мигрень (n=496)	ГБН (n=1835)
Купирование приступов головной боли								
Триптаны < 8 раз в месяц	9 (7,6%)	0	0	0	22 (7,4%)	0	31 (6,2%)	0
Триптаны ≥8 раз в месяц	0	0	0	0	0	0	0	0
Анальгетики/ НПВС < 15 раз в месяц	73 (61,3%)	363 (57,7%)	45 (56,9%)	171 (43%)	99 (33,2%)	593 (73,4%)	217 (43,7%)	1127 (61,4%)
Анальгетики/ НПВС ≥15 раз в месяц	2 (1,7%)	9 (1,4%)	1 (1,3%)	3 (0,8%)	1 (0,3%)	42 (5,2%)	4 (0,8%)	54 (2,9%)
Спазмолитики	0	0	0	4 (1%)	0	107 (13,2%)	0	121 (6,6%)
Седативные препараты	0	0	0	0	0	55 (6,8%)	0	55 (2,9%)
Гипотензивные препараты	0	0	0	23 (5,8%)	0	1 (0,1%)		24 (1,3%)
Препараты группы эрготамина	2 (1,7%)	0	0	0	0	0	2 (0,4%)	0
Сон	0	4 (0,6%)	0	1 (0,3%)	15 (7,6%)	74 (9,2%)	15 (3,0%)	79 (4,3%)
Холод к голове	1 (0,8%)	0	1 (1,3%)	0	6 (2,0%)	0	8 (1,6%)	0
Употребление чая	0	3 (0,5%)	1 (1,3%)	4 (1%)	0	5 (0,6%)	1 (0,2%)	12 (0,6%)
Ничего	37 (31,1%)	232 (36,9%)	18 (22,8%)	203 (51,0%)	161 (54,0%)	45 (5,6%)	216 (43,5%)	480 (26,1%)
Профилактическое лечение мигрени и ГБН	0	0	0	0	2 (0,7%)	0	2 (0,4%)	0

Результаты анализа предшествующего лечения головных болей в трех социальных группах представлены в Таблице 4. Мы проанализировали лечение в соответствии с поставленными нами диагнозами: мигрень и головные боли напряжения. Некоторые пациенты имели сочетание мигрени и головных болей напряжения, при этом каждый вид головной боли учитывался в этой таблице по отдельности. Мы включили всех лиц с головными болями, которые имели лечение головных болей в прошлом,

независимо от того обращались они к врачу или нет, поскольку значительное большинство пациентов к врачу не обращались и использовали медикаменты по рекомендации фармацевтов. В результате этого большинство пациентов использовали лишь купирование приступов головных болей. Профилактическое лечение было назначено 2 пациентам (0,4%) при лечении мигрени. При лечении головных болей напряжения профилактическое лечение не использовалось. Для купирования приступов мигрени

45% пациентов употребляли анальгетики или нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) и 6% триптаны. Для купирования головных болей напряжения 64% пациентов использовали анальгетики или НПВС, другие препараты (спазмолитики, гипотензивные, седативные) использовали 11% пациентов. Злоупотребление анальгетиками отмечено у 0,8% пациентов с мигренью и у 2,9% больных с головными болями напряжения. Злоупотребления триптанами не отмечено ни в одном случае. Немедикаментозные методы купирования боли (холод к голове, чай, сон) использовали 4,8% пациентов с мигренью и 4,9% пациентов с головными болями напряжения. Многие пациенты с мигренью (43%) не использовали никакие средства для купирования боли, поскольку не видели эффекта от их использования. Четверть пациентов с ГБН (26%) также не использовали никакие средства для купирования боли, поскольку в этих случаях боль была легкой или умеренной интенсивности и исчезала самостоятельно. При анализе предшествующего лечения в трех социальных группах выявлены различия. Триптаны и седативные препараты для купирования болей использовали только студенты. Злоупотребление анальгетиками наиболее часто встречалось у студентов. Студенты также достаточно часто использовали немедикаментозные способы купирования боли, особенно сон. Гипотензивные препараты для купирования боли использовали только рабочие. Из всего количества участников с головными болями лишь двое студентов использовали профилактическое лечение мигрени, остальные группы такое лечение не использовали.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о следующих проблемах в организации медицинской помощи больным с головными болями: 1) недостаточная обращаемость к врачам; 2) неполноценная диагностика головных болей; 3) практически полное отсутствие профилактического лечения головных болей. Наибольшие сложности в организации медицинской помощи имеют студенты. В дальнейшем это может привести к развитию хронических головных болей, особенно у студентов. Хотя распространенность хронических головных болей по данным нашего исследования (1,7%) практически такая же как в Западной Европе, в других регионах России распространенность хронических головных болей в 2-3 раза выше, чем в Западной Европе и Америке [6]. Поэтому при отсутствии совершенствования организации медицинской помощи больным в нашем регионе ситуация может ухудшиться. В связи с этим необходим анализ причин, влияющих на это, а также разработка программы по улучшению диагностики и лечения головных болей.

По данным проведенных исследований, недостаточная обращаемость к врачам может быть связана с предшествующим негативным опытом лечения головных болей, разочарованием, бытующим мнением, что головные боли неизлечимы, самостоятельным назначением анальгетиков для купирования боли, а также боязнью диагностики более серьезного заболевания [7]. По данным интернет опроса населения из различных регионов

России, 52,2% пациентов отмечали постоянную или периодическую головную боль, при этом лишь половина респондентов обращалась или собирается обратиться к врачу [8]. Причинами необращения к врачам были: недоверие к врачам (81,6%), недоступность специалистов по головной боли (59,7%), отсутствие необходимости в консультации (47,4%), боязнь выявления тяжелого заболевания (19,2%). В отличие от проведенного ранее исследования в России [6], наши пациенты, страдающие мигренью, обращаются за медицинской помощью в 2 раза чаще (54% и 25% соответственно), а при наличии головных болей напряжения практически также как и в других регионах России (12,5% и 9,5% соответственно). Наши данные находятся в соответствии с большинством Европейских исследований [9,10,11,12,13,14]. Различием является лишь то, что в Европе, Англии и Америке пациенты с головными болями наиболее часто обращаются к терапевтам и врачам общей практики, а наши пациенты чаще обращались к неврологам. Студенты лидируют по распространенности головных болей и по числу обращений к врачам (35%).

Неполноценная диагностика головных болей связана в первую очередь с незнанием или неиспользованием Международной классификации головных болей и использованием диагнозов, не входящих в Международную классификацию болезней (вегетативно-сосудистая дистония, синдром внутричерепной гипертензии, дисциркуляторная энцефалопатия и др.). Эти данные соответствуют другим исследованиям, проведенным в России и в Турции [15]. Однако процент постановки правильных диагнозов по поводу головных болей у нас значительно ниже. Лишь 12% пациентам, страдающим мигренью, был поставлен такой диагноз. Для сравнения, в Турции 42% пациентам с мигренью был поставлен диагноз мигрень в первый визит к врачу и этот процент увеличился до 51% в последующие визиты [15].

Некачественное лечение головных болей связано, прежде всего, с неправильной диагностикой головных болей и с незнанием врачами Международных стандартов ведения больных с головными болями, отчасти это может быть связано также с возможностью безрецептурного приобретения многих препаратов в аптеках, в первую очередь анальгетиков. Результаты нашего исследования показали, что практически все пациенты, страдающие головными болями, используют лишь препараты для их купирования. Предыдущее исследование, проведенное в России в 2008 году также свидетельствует об этом: большинство пациентов с головными болями (40%) использовало комбинированные анальгетики, одна пятая часть (22%) простые анальгетики, один человек (0,24%) препараты эрготамина и только 2 человека (0,5%) триптаны. Данные нашего исследования находятся в соответствии с этими показателями, за исключением использования триптанов: 6% пациентов, страдающих мигренью, использовали триптаны, что значительно выше, чем в предыдущем исследовании и соответствует Европейским данным. В настоящее время во всем мире только 0,4-1,4% от общей численности населения употребляют

триптаны [16]. По данным исследований, проведённых в Европе, процент пациентов с мигренью, принимающих триптаны, также достаточно низок и составляет 3-19% [7]. Процент употребления триптанов остаётся низким, в первую очередь, потому что большинство пациентов с мигренью не имеют правильного диагноза, и в связи с этим им не назначается лечение [17]. Невысокая частота использования триптанов может быть следствием того, что многие пациенты с мигренью имеют низкую частоту возникновения приступов.

Отсутствие профилактического лечения у большинства пациентов может быть объяснено неправильным диагнозом по поводу головных болей, незнанием показаний для его назначения, а также низкой частотой приступов мигрени у некоторых больных. В нашем исследовании только двое студентов (0,4%) использовали профилактическое лечение мигрени, в предыдущем исследовании, проведенном в России, лишь трое пациентов (0,7%) использовали профилактическое лечение. Во многих странах Европы профилактическое лечение головных болей также получают недостаточное количество пациентов, процент варьирует от 5% до 9%.

Таким образом, требуется совершенствование оказания медицинской помощи пациентам с головными болями. Этому могут способствовать следующие мероприятия:

1) Обучение врачей, в первую очередь терапевтов, врачей общей практики и неврологов, основам диагностики и лечения головных болей согласно Международным стандартам.

2) Организация последовательной, поэтапной системы лечения головных болей.

3) Организация периодических медицинских осмотров с внедрением системы диагностики и лечения головных болей.

4) Повышение осведомленности населения о головных болях.

5) Проведение научных исследований в области головных болей, в том числе эпидемиологических.

Заключение

Необходимо совершенствование диагностики и лечения первичных головных болей и разработка новых клинических рекомендаций по ведению больных на основе международных стандартов. ■

Лебедева Елена Разумовна – доктор медицинских наук, доцент кафедры СМП Уральского государственного медицинского университета, руководитель программы ВОЗ по преодолению бремени головных болей в Свердловской области, представитель России в научном Совете экспертов по головным болям в Европейской Академии неврологии, г. Екатеринбург, *Кобзева Наталья Риановна* – врач невролог высшей категории Территориального центра медицины катастроф Свердловской области, г. Екатеринбург; *Гилев Денис Викторович* – ассистент кафедры эконометрики и статистики, Высшая школа экономики, Уральский Федеральный университет, г. Екатеринбург; *Jes Olesen* – профессор кафедры неврологии Университета Копенгагена и Датского центра лечения головных болей, основатель Международной классификации головных болей, г. Копенгаген; Автор, ответственный за переписку - Лебедева Елена Разумовна, cosmos@k66.ru

Литература:

1. World Health Organization. World Health Report 2001. Geneva: WHO 2001.
2. Vos T., Flaxman A.D., Naghavi M., et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 15 (380):2163-2196.
3. Steiner T.J., Scher A.I., Stewart W.F., et al. The prevalence and disability burden of adult migraine in England and their relationships to age, gender and ethnicity. *Cephalalgia* 2003; 23: 519-527.
4. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia* 2013; 33:629-808.
5. Gervil M., Ulrich V., Olesen J., Russell M.B. Screening for migraine in the general population: validation of a simple questionnaire. *Cephalalgia* 1998;18: 342-348.
6. Ayzenberg I., Katsarava Z., Sborowski A., et al. The prevalence of primary headache disorders in Russia: a countrywide survey. *Cephalalgia* 2012; 32:373-381.
7. McGregor E.A., Brandes J., Eikermann A. Migraine prevalence and treatment patterns: the global migraine and zolmitriptan evaluation survey. *Headache* 2003; 43:19-26.
8. Азимова, Ю.Э., Сергеев А.В., Осипова В.В., Табеева Г.Р. Диагностика и лечение головных болей в России: результаты анкетного опроса врачей. *Неврологический журнал*. 2001; 2: 44-49.
9. Rasmussen B.K., Jensen R., Schroll M., Olesen J. Epidemiology of headache in a general population: a prevalence study. *J Clin Epidemiol* 1991; 44:1147-1157.
10. Stovner L., Hagen K., Jensen R., et al. The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. *Cephalalgia* 2007; 27: 193-210.
11. Lipton R.B., Serrano D., Holland S., et al. Barriers to the diagnosis and treatment of migraine: effects of sex, income, and headache features. *Headache* 2013; 53(1):81-92.
12. Moldovanu I., Odobescu S., Craciun C. Medication overuse in Moldova. Chronic migraine with and without medication overuse: the role of drug phobia and associated factors (according to the data of Headache Centre, Chisinau, the Republic of Moldova). *Cephalalgia* 2008;28: 1229-1233.
13. Katsarava Z., Dzagnidze A., Kukava M., et al. Primary headache disorders in the Republic of Georgia. Prevalence and risk factor. *J Neurology* 2009; 73: 1796-1803.
14. Lampl C., Buzath A., Baumhackl U., Klingler D. One-year prevalence of migraine in Austria: a nation-wide survey. *Cephalalgia* 2003;23(4):280-6.
15. Ertas M., Baykan B., Orhan E. et al. One-year prevalence and the impact of migraine and tension-type headache

- in Turkey: a nationwide home-based study in adults. *J Headache Pain* 2012; 13: 147-157
16. Panconesi A., Pavone E., Vacca F., Vaiani M., Banfi R. Triptans in the Italian population: a drug utilization study and a literature review. *J Headache Pain* 2008; 9(2):71-6.
17. De Diego E.V., Lanteri-Minet M. Recognition and management of migraine in primary care: influence of functional impact measured by the headache impact test (HIT). *Cephalalgia*. 2005;25(3):184-90.