

*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<br>(n=1007) | Рабочие<br>(n=1075) | Студенты<br>(n= 1042) | Все лица трех<br>групп<br>(n= 3124) |
|--|--------------------------|---------------------|-----------------------|-------------------------------------|
| <b>Мужчины</b>                                   | 523 (52%)                | 929 (86%)           | 323 (31%)             | 1775 (57%)                          |
| Средний возраст и<br>возрастной интервал         | 33<br>19-61              | 39,8<br>21-67       | 20,9<br>17-38         | 31,3<br>17-6                        |
| <b>Женщины</b>                                   | 484 (48%)                | 146 (14%)           | 719 (69%)             | 1349 (43%)                          |
| Средний возраст и<br>возрастной интервал         | 35,6<br>18-64            | 43,2<br>25-62       | 20,5<br>17-40         | 33,1<br>17-64                       |
| <b>Все</b>                                       | 1007                     | 1075                | 1042                  | 3124                                |
| Средний возраст и<br>возрастной интервал         | 34,2<br>18-64            | 40,4<br>21-67       | 20,6<br>17-40         | 31,7<br>17-67                       |
| <b>Мужчины с<br/>головными болями</b>            | 323(61,8%)               | 356 (38,3%)         | 284 (87,9%)           | 963 (54,3%)                         |
| <b>Женщины с<br/>головными болями</b>            | 362 (74,8%)              | 101 (69,2%)         | 684 (95,1%)           | 1147 (85%)                          |
| <b>Все с головными<br/>болями</b>                | 685 (68%)                | 457 (42,5%)         | 968 (92,9%)           | 2110 (67,5%)                        |
| <b>Мигрень у женщин</b>                          | 94 (19,4%)*              | 27 (18,5%)          | 250 (34,7%)           | 371(27,5%)                          |
| <b>Мигрень у мужчин</b>                          | 25(4,8%)                 | 52 (5,6%)           | 48 (14,8%)            | 125 (7%)                            |
| <b>Мигрень у всех</b>                            | 119(11,8%)               | 79 (7,3%)           | 298 (28,6%)           | 496 (15,9%)                         |
| <b>Головные боли<br/>напряжения у<br/>женщин</b> | 318 (65,7%)              | 96 (65,7%)          | 552 (76,7%)           | 966(71,6%)                          |
| <b>Головные боли<br/>напряжения у<br/>мужчин</b> | 311 (59,5%)              | 302 (32,5%)         | 256 (79,2%)           | 869(48,9%)                          |
| <b>Головные боли<br/>напряжения у всех</b>       | 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<br>(15,1%) | 5<br>(12,2%) | 3<br>(9,1%)  | 2<br>(7,4%)   | 22<br>(12,2%) | 18<br>(11,1%) | 33 (12,4%) | 25<br>(10,9%)  |
| Посттравматические головные боли | 3<br>(5,7%)  | 1<br>(2,4%)  | 2<br>(6,06%) | 4<br>(14,8%)  | 5<br>(2,8%)   | 5<br>(3,1%)   | 10 (3,7%)  | 10<br>(4,3%)   |
| Другой диагноз                   | 9<br>(17%)   | 5<br>(12,2%) | 5<br>(15,2%) | 15<br>(55,6%) | 65<br>(36,1%) | 128<br>(79%)  | 79 (29,7)  | 148<br>(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)    |
| <b>Купирование приступов головной боли</b>    |                  |                |                |                |                 |                |                     |                 |
| Триптаны < 8 раз в месяц                      | 9<br>(7,6%)      | 0              | 0              | 0              | 22<br>(7,4%)    | 0              | 31<br>(6,2%)        | 0               |
| Триптаны ≥8 раз в месяц                       | 0                | 0              | 0              | 0              | 0               | 0              | 0                   | 0               |
| Анальгетики/ НПВС < 15 раз в месяц            | 73<br>(61,3%)    | 363<br>(57,7%) | 45<br>(56,9%)  | 171<br>(43%)   | 99<br>(33,2%)   | 593<br>(73,4%) | 217<br>(43,7%)      | 1127<br>(61,4%) |
| Анальгетики/ НПВС ≥15 раз в месяц             | 2<br>(1,7%)      | 9<br>(1,4%)    | 1<br>(1,3%)    | 3<br>(0,8%)    | 1<br>(0,3%)     | 42<br>(5,2%)   | 4<br>(0,8%)         | 54<br>(2,9%)    |
| Спазмолитики                                  | 0                | 0              | 0              | 4<br>(1%)      | 0               | 107<br>(13,2%) | 0                   | 121<br>(6,6%)   |
| Седативные препараты                          | 0                | 0              | 0              | 0              | 0               | 55<br>(6,8%)   | 0                   | 55<br>(2,9%)    |
| Гипотензивные препараты                       | 0                | 0              | 0              | 23<br>(5,8%)   | 0               | 1<br>(0,1%)    |                     | 24<br>(1,3%)    |
| Препараты группы эрготамина                   | 2<br>(1,7%)      | 0              | 0              | 0              | 0               | 0              | 2<br>(0,4%)         | 0               |
| Сон   | 0                | 4<br>(0,6%)    | 0              | 1<br>(0,3%)    | 15<br>(7,6%)    | 74<br>(9,2%)   | 15<br>(3,0%)        | 79<br>(4,3%)    |
| Холод к голове                                | 1<br>(0,8%)      | 0              | 1<br>(1,3%)    | 0              | 6 (2,0%)        | 0              | 8<br>(1,6%)         | 0               |
| Употребление чая                              | 0                | 3<br>(0,5%)    | 1<br>(1,3%)    | 4<br>(1%)      | 0               | 5<br>(0,6%)    | 1<br>(0,2%)         | 12<br>(0,6%)    |
| Ничего  | 37<br>(31,1%)    | 232<br>(36,9%) | 18<br>(22,8%)  | 203<br>(51,0%) | 161<br>(54,0%)  | 45<br>(5,6%)   | 216<br>(43,5%)      | 480 (26,1%)     |
| <b>Профилактическое лечение мигрени и ГБН</b> | 0                | 0              | 0              | 0              | 2<br>(0,7%)     | 0              | 2<br>(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 всём 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](mailto: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.