

Диагностика хронической мигрени и коморбидных неврологических расстройств в реальной клинической практике



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

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

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

Хроническая мигрень (ХМ) — неврологическое заболевание, диагностика которого требует не только знания его диагностических критериев, но и умения врача дифференцировать различные формы первичной и вторичной головной боли (ГБ), а также выявлять коморбидные неврологические расстройства,отягощающие течение ХМ. Своевременная правильная диагностика ХМ и коморбидных нарушений позволяет назначить пациенту эффективное лечение, трансформирующее мигрень из хронической в эпизодическую. Диагностика ХМ и коморбидных неврологических расстройств в нашей стране недостаточно изучена, что послужило основанием для проведения данного исследования.

Цель исследования — оценить качество установления диагноза ХМ и коморбидных неврологических расстройств в реальной неврологической практике.

Материал и методы. В исследование включено 200 пациентов с ХМ (63 мужчины и 137 женщин, средний возраст — 33,1±7,1 года), которые обратились за консультацией в Клинику нервных болезней им. А.Я. Кожевникова (КНБ) Сеченовского Университета с жалобой на частые ГБ, а ранее обследовались и получали лечение у неврологов в других медицинских учреждениях в амбулаторных и/или стационарных условиях. Со всеми пациентами проводилась клиническая беседа, направленная на установление диагноза и анализ предшествующего ведения пациентов, а также тестирование с помощью психометрических методик для оценки симптомов тревоги и депрессии.

Результаты. Лишь 6% пациентов ранее был установлен диагноз ХМ, остальные 94% имели неправильные диагнозы вторичной ГБ. Всем пациентам ранее назначались дополнительные обследования, преимущественно методы нейровизуализации головного мозга, ультразвукового исследования сосудов головного мозга, даже при отсутствии «красных флагов». Ни у одного из пациентов ранее не оценивали эмоциональное состояние, при этом почти у всех пациентов была высокая ситуативная тревожность (n=190; 95%) и высокая личностная тревожность (n=180; 90%), присутствовали симптомы депрессии (n=190; 95%) разной степени выраженности. В КНБ коморбидные неврологические заболевания (лекарственно-индуцированная ГБ, инсомния, скелетно-мышечная боль и др.) были выявлены у 91,5%, в других медицинских учреждениях — лишь у 8% пациентов.

Заключение. В реальной клинической практике наблюдается низкий уровень диагностики ХМ и коморбидных неврологических нарушений, а также чрезмерное, не обоснованное показаниями назначение дополнительных исследований.

Ключевые слова: хроническая мигрень; лекарственно-индуцированная головная боль; коморбидные расстройства; диагностика; тревога; депрессия; дополнительные исследования; ошибочные диагнозы.

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

Для ссылки: Головачева ВА, Головачева АА, Таршилова АР, Осипова ВВ. Диагностика хронической мигрени и коморбидных неврологических расстройств в реальной клинической практике. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2024;16(Прил. 1):23–30.

DOI: 10.14412/2074-2711-2024-1S-23-30

Diagnosis of chronic migraine and comorbid neurological disorders in real-life clinical practice

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

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

¹11, Rossolimo St., Build. 1, Moscow 119021, Russia; ²39, Lyusinovskaya St., Build. 2, Moscow 115093, Russia; ³43, Donskaya St., Build. 5, Moscow 115419, Russia

Chronic migraine (CM) is a neurological disorder whose diagnosis requires not only knowledge of its diagnostic criteria, but also the physician's ability to differentiate between various forms of primary and secondary headache (HA), as well as to recognize comorbid neurological disorders that aggravate the course of CM. Timely and correct diagnosis of CM and comorbid disorders allows to prescribe effective treatment to a patient and convert the migraine from a chronic to an episodic form. The diagnostics of CM and comorbid neurological disorders has not been sufficiently investigated in our country, which formed the basis for this study.

Objective: to evaluate the quality of diagnostics of CM and comorbid neurological disorders in real-life neurological practice.

Material and methods. The study included 200 patients with CM (63 men and 137 women, mean age 33.1 ± 7.1 years) admitted to A. Ya. Kozhevnikov Clinic of Nervous Diseases (CND) of Sechenov University, complaining of frequent headaches. They had previously been examined and treated by neurologists in other medical institutions on an outpatient and/or inpatient basis. A clinical interview was conducted with all patients to establish a diagnosis and analyze their previous treatment, and a psychometric test was performed to assess symptoms of anxiety and depression.

Results. Only 6% of patients had been previously diagnosed with CM, the remaining 94% were incorrectly diagnosed with secondary HA. All patients had previously been prescribed additional examinations, mainly neuroimaging of the brain and ultrasound of the cerebral vessels, although there were no "red flags". None of the patients had been previously assessed for their emotional state, while almost all patients had high situational anxiety ($n=190$; 95%) and high personal anxiety ($n = 180$; 90%), there were symptoms of depression ($n=190$; 95%) of varying severity. Comorbid neurological disorders (medication overuse HA), insomnia, musculoskeletal pain etc.) were diagnosed in 91.5% of patients in CND and in only in 8% of patients in other medical centers.

Conclusion. In real-life clinical practice, CM and comorbid neurological disorders are inadequately diagnosed and excessive and unjustified additional examinations are prescribed.

Keywords: chronic migraine; medication overuse headache; comorbid disorders; diagnostics; anxiety; depression; additional studies; misdiagnosis.

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

For reference: Golovacheva VA, Golovacheva AA, Tarshilova AR, Osipova VV. Diagnosis of chronic migraine and comorbid neurological disorders in real-life clinical practice. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics.* 2024;16(Suppl. 1):23–30. DOI: 10.14412/2074-2711-2024-1S-23-30

Хроническая мигрень (ХМ) — это тяжелое неврологическое заболевание, которое значительно снижает трудоспособность пациентов, приводит к избыточному приему обезболивающих препаратов, к многочисленным обследованиям и консультациям специалистов, к повторным вызовам бригад скорой медицинской помощи из-за сильных приступов головной боли (ГБ), а также к госпитализациям [1, 2]. ХМ — самая частая причина хронической ежедневной головной боли (ХЕГБ) — составляет около 65% всех ее случаев [3]. Преобладающее большинство пациентов с ХМ — это люди молодого и среднего трудоспособного возраста [2].

ХМ развивается из эпизодической мигрени (ЭМ) [4]. Ежегодно трансформация заболевания в хроническую форму происходит у 2,5–3% пациентов с ЭМ [5]. В разных странах мира распространенность ХМ составляет около 2% населения [6], в России этот показатель существенно выше — 6,8% [7]. Показатели распространенности других форм ХЕГБ в России также превышают аналогичные показатели европейских стран. Авторы российских исследований изучают причины этого феномена и связывают его с неудовлетворительным качеством оказания медицинской помощи пациентам с ХЕГБ, в частности с неправильной диагностикой и неэффективным лечением [8, 9]. Среди пациентов с ХМ высока распространенность коморбидных неврологических и психических расстройств, которые отягощают течение мигрени и усложняют ее диагностику и лечение [2, 10–13]. Своевременная диагностика и правильное лечение коморбидных неврологических и психических нарушений повышают шансы пациентов на выздоровление — трансформацию мигрени из хронической в эпизодическую [2, 10, 11].

Цель исследования — оценить качество установления диагноза ХМ и коморбидных неврологических расстройств в реальной неврологической практике.

Материал и методы. Протокол исследования был одобрен локальным этическим комитетом Сеченовского Университета в 2019 г. Пациенты, находящиеся на амбулатор-

ном или стационарном лечении в Клинике нервных болезней им. А.Я. Кожевникова (КНБ), были консультированы неврологом-цефалологом. Диагноз ХМ устанавливался на основании диагностических критериев Международной классификации головных болей 3-го пересмотра (МКГБ-3) [10, 14].

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

Критерии невключения пациентов в исследование: 1) вторичные формы ГБ (кроме ЛИГБ); 2) беременность или кормление грудью; 3) наличие соматического, неврологического или эндокринного заболевания, которое в большей степени, чем ХМ, нарушает качество жизни пациента; 4) тяжелые инфекционные, онкологические и психические заболевания; 5) отсутствие данных об обследовании пациентов по поводу ГБ и отсутствие информации о лечении ГБ в других медицинских учреждениях.

Со всеми пациентами проводилась клиническая беседа, в ходе которой оценивались их клинико-демографические характеристики. Выяснялось наличие «красных флагов» — симптомов «опасности»,стораживающих в отношении вторичной природы ГБ. На основании имевшихся у пациентов медицинских документов анализировались ранее выставляемые диагнозы и предшествующая тактика ведения пациентов: назначавшиеся инструментальные, лабораторные исследования и консультации специалистов, нелекарственные рекомендации, назначавшееся лечение. Для оценки интенсивности боли использовалась числовая рейтинговая шкала (ЧРШ) [15]. Эмоциональное состояние оценивалось с помощью Шкалы личностной и ситуативной тревоги Спилбергера–Ханина (ШЛСТ) [16] и Шкалы депрессии Центра эпидемиологических исследований (ШДЦЭИ) [17].

В исследование было включено 200 пациентов с ХМ (63 мужчины и 137 женщин), средний возраст – 33,1±7,1 года; преобладающее большинство (n=183; 91,5%) состояли в браке или в отношениях с партнером. У большинства пациентов (n=153; 76,5%) материальное положение было не ниже среднего, 162 (81%) имели высшее образование, 144 (72%) работали или учились с полной или неполной занятостью.

Средняя продолжительность анамнеза мигрени (от появления первых приступов до момента включения в исследование) составила 205,1±82,3 мес (17,1±6,9 года), средняя продолжительность ХМ (от начала хронизации, определяемой как 15 и более дней с ГБ в месяц, до момента включения в исследование) – 18,9±7,3 мес (1,6±0,6 года), среднее число дней с мигренью в месяц за последние 3 мес перед обращением в КНБ составило 11,2±2,3; среднее число дней с ГБ в месяц за последние 3 мес – 28,4±2,1, средняя интенсивность ГБ по ЧРШ – 9,1±0,6 балла.

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

Результаты. Как видно из данных, представленных на рис. 1, почти у всех пациентов была высокая ситуативная тревожность (n=190; 95%) и высокая личностная тревожность (n=180; 90%) по ШЛСТ и присутствовали симптомы депрессии (n=190; 95%) разной степени выраженности по ШДЦЭИ. Анализ документов из других медицинских учреждений показал, что ранее эмоциональное состояние ни у кого из пациентов не оценивалось.

В связи с ведущей жалобой на ГБ всем пациентам с ХМ в других лечебных учреждениях назначались обследования, большинство из которых не имело достаточных обоснований (табл. 1).

Только 13 (6,5%) пациентов имели нетипичное течение ГБ или «красные флаги», т. е. показания для проведения дополнительных исследований. По результатам ранее проведенных исследований (МРТ головы, позвоночника) орга-

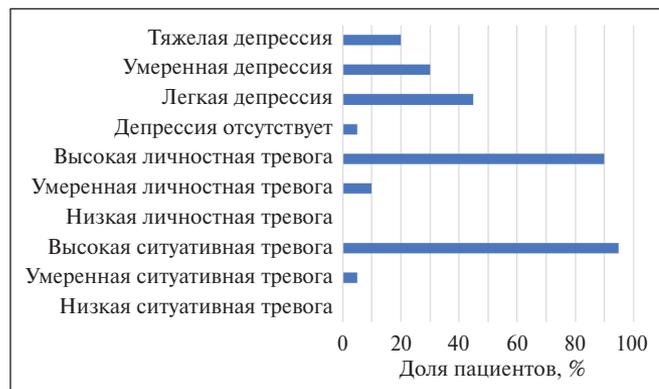


Рис. 1. Симптомы тревоги и депрессии у пациентов с ХМ
Fig. 1. Symptoms of anxiety and depression in patients with CM

нические причины ГБ были нами исключены, поскольку выявленные при них отклонения имели неспецифический характер.

Диагноз ХМ ранее был установлен лишь 12 пациентам (6%), остальные 188 (94%) имели другие ошибочные диагнозы. Как видно из данных, представленных в табл. 2, у 177 (88,5%) пациентов ГБ ошибочно расценивалась как симптоматическая, связанная с наличием какого-либо основного, «органического» заболевания головного мозга, мозговых сосудов, позвоночника и т. д., а 11 пациентам (5,5%) был поставлен ошибочный диагноз другой формы первичной ГБ – хронической головной боли напряжения (ГБН).

Таблица 1. *Дополнительные исследования, которые ранее назначались пациентам с ХМ по поводу ГБ*

Table 1. *Additional examinations that were previously prescribed to patients with CM for HA evaluation*

Исследование	Число пациентов, прошедших исследование, n (%)
<i>Лабораторные исследования</i>	200 (100)
Общий анализ крови	138 (69)
Биохимический анализ крови	138 (69)
Анализ крови на витамины	94 (47)
Анализ крови на маркеры системных воспалительных заболеваний	63 (31,5)
Анализ крови на гормоны	51 (25,5)
<i>Инструментальные исследования</i>	200 (100)
МРТ головы	184 (92)
ЭЭГ	154 (77)
ДСБЦА	142 (71)
МРТ шейного отдела позвоночника	134 (67)
МР-ангиография	92 (46)
МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника	74 (37)
Рентгенография шейного отдела позвоночника	67 (33,5)
МРТ грудного отдела позвоночника	62 (31)
Функциональная рентгенография шейного отдела позвоночника	41 (20,5)
Реоэнцефалография	34 (17)
ТКДГ	32 (16)
КТ головы	15 (7,5)

Примечание. МРТ – магнитно-резонансная томография; ЭЭГ – электроэнцефалография; ДСБЦА – дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий; МР-ангиография – магнитно-резонансная ангиография; ТКДГ – транскраниальная доплерография; КТ – компьютерная томография.

Как видно из данных, представленных в табл. 3, в результате клинической беседы и неврологического осмотра у 183 (91,5%) пациентов с ХМ, включенных в исследование, были выявлены коморбидные и другие сопутствующие неврологические заболевания. Ранее в других медицинских учреждениях диагнозы этих нарушений устанавливались статистически значимо реже, чем в КНБ, — только у 16 (8%) пациентов ($p < 0,001$).

Ранее 12 (6%) пациентов были направлены неврологом к психиатру, из них 8 (4%) согласились проконсультироваться у психиатра. По предоставленным заключениям, психиатрами были установлены следующие диагнозы: шизотипическое расстройство (F21) в сочетании с синдромом зависимости от алкоголя (F10.2) — у двух пациентов (1%), депрессия (F32) в сочетании с синдромом зависимости от алкоголя (F10.2) — у одного (0,5%), генерализованное тревожное расстройство (F41.1) — у двух (1%), депрессия (F34.1) — у трех пациентов (1,5%).

Обсуждение. В исследовании продемонстрирована типичная практика ведения пациентов с ХМ в различных российских медицинских учреждениях в амбулаторных и стационарных условиях. ГБ у преобладающего большинства пациентов врачи расценивали как вторичную, симптоматическую, связанную с органическими нарушениями: цереброваскулярными заболеваниями, патологией шейного отдела позвоночника, демиелинизирующими заболеваниями ЦНС, перенесенной травмой головы, внутричерепной гипертензией.

Как показало данное исследование, ошибочная трактовка природы ГБ, а именно — установление вместо диагнозов «мигрень» и «хроническая мигрень» ложных диагнозов и гипердиагностика вторичной ГБ, до сих пор остается широко распространенной проблемой в российской неврологической практике. Данный факт подтверждается авторами и других ранее проведенных исследований. Так, Е.Р. Лебедева и соавт. [18] выяснили, что из 266 пациентов с мигренью различной частоты правильный диагноз был установлен только в 12,4% случаев. А из 597 пациентов с ХЕГБ, обращающихся в медицинские учреждения Самары и Санкт-Петербурга, правильный диагноз имели лишь 6% пациентов [19]. Большой группой авторов из России, Молдовы и Беларуси было показано, что проблема недостаточной диагностики первичной ГБ является общей для стран СНГ и требует решения — широкого обучения неврологов и врачей общей практики современным принципам диагностики и лечения мигрени и ГБН [9].

Ошибки диагностики первичной ГБ, в частности, связаны с несколькими факторами. Во-первых, многие врачи не осведомлены о наличии МКГБ и при установлении диагноза ГБ не используют принятую во всем мире терминологию классификации и приведенные в ней диагностические критерии. Во-вторых, неврологи ошибочно считают, что наиболее распространенные причины ГБ, особенно хронической, — это различные заболевания головного мозга, мозговых сосудов и шейного отдела позвоночника. Наиболее частые причины хронической ГБ, по мнению многих врачей, — это хроническая ишемия головного мозга, дегенеративно-дистрофические изменения шейного отдела позвоночника и артериальная гипертензия. На эти факты указывают результаты опроса, проведенного среди врачей, работающих в разных регионах России [20].

В-третьих, пациентам с жалобой на ГБ многие врачи, даже при отсутствии показаний в виде «красных флагов», назначают дополнительные инструментальные исследования, в том числе нейровизуализационные; обнаруженные неспецифические и диагностически незначимые изменения затем интерпретируются как доказательства органической природы ГБ. Это продемонстрировано в настоящем исследовании, в наших предшествующих публикациях, а также в исследованиях других авторов, проведенных в 2010–2015 гг. [1, 7–9, 11, 12, 18–23].

В соответствии с мировыми и российскими клиническими рекомендациями, при выполнении диагностических критериев первичной ГБ (мигрени, ГБН, кластерной ГБ и других, более редких форм) дополнительные инструментальные и лабораторные исследования не показаны; следует сразу выставить диагноз «мигрень» или «головная боль напряжения» и назначить пациенту адекватное лечение. В соответствии с консенсусом Европейской федерации головной боли (European Headache Federation, EHF) о применении дополнительных исследований у пациентов с первичными цефалгиями, в том числе с ХМ, эти исследования должны назначаться только при нетипичном течении ГБ и при обнаружении тревожных симптомов («красных флагов») в анамнезе и при неврологическом осмотре пациента [10, 11].

В то же время проведенное нами исследование показало, что, хотя «красные флаги» были выявлены лишь

Таблица 2. Ошибочные диагнозы, устанавливаемые пациентам с ХМ в различных медицинских учреждениях
Table 2. Misdiagnoses made in patients with CM in different medical institutions

Диагноз	Число пациентов с данным диагнозом, n (%) [*]
Остеохондроз шейного отдела позвоночника	125 (62,5)
Синдром вегетативной дистонии	116 (58)
Хроническая ишемия головного мозга или дисциркуляторная энцефалопатия	97 (48,5)
Межпозвоночные грыжи шейного отдела позвоночника	58 (29)
ГБ, связанная с внутричерепной гипертензией	48 (24)
Синдром вертебробазилярной артериальной системы	37 (18,5)
Посттравматическая ГБ	36 (18)
Демиелинизирующее заболевание ЦНС	27 (13,5)
Хроническая ГБН	11 (5,5)
Итого:	
один установленный ранее ошибочный диагноз	58 (29)
два и более установленных ранее ошибочных диагнозов	142 (71)

Примечание. *Большинству пациентов устанавливалось несколько диагнозов в качестве причины ГБ.

у 6,5% пациентов, рекомендации провести дополнительные инструментальные и лабораторные обследования получали все обратившиеся к неврологу пациенты. Было показано, что обнаруженные в результате этих исследований неспецифические изменения головного мозга (в виде неспецифических очагов в белом веществе, бессимптомных субарахноидальных кист и др.), шейного отдела позвоночника (в виде дегенеративно-дистрофических изменений), артерий и вен головы и шеи (в виде асимметрии, извитости, гипоплазии) ошибочно расценивались как органические причины ГБ. Это являлось основанием для установления ошибочного диагноза.

Необходимо остановиться на распространенной в неврологической практике ошибочной трактовке результатов МРТ головного мозга у пациентов с мигренью. Как было показано в ряде ранее опубликованных исследований и описаниях клинических случаев, в том числе собственных, для правильной интерпретации данных МРТ головного мозга у пациентов с мигренью необходимо знать о морфологических особенностях, которые могут обнаруживаться у данной категории пациентов [21–27]. Выяснено, что при мигрени могут встречаться три вида неспецифических изменений на МРТ: 1) единичные гиперинтенсивные очаги в белом веществе (англ. white matter lesions); 2) субклинические инфарктоподобные повреждения (англ. subclinical infarct-like lesions); 3) изменение объема серого и белого вещества. В реальной практике именно эти неспецифические

изменения головного мозга во многих случаях ошибочно расцениваются как органические причины головной боли – в частности, они могут ошибочно расцениваться как проявления «сосудистого» повреждения мозга или как признаки демиелинизации [21–28]. Авторы зарубежных исследований показали, что данные изменения вещества головного мозга у пациентов с мигренью являются диагностически и прогностически незначимыми, могут возникать в любом возрасте и при любой форме мигрени, не влияют на течение и прогноз заболевания, не связаны с тяжестью течения мигрени, риском развития инсульта и когнитивных нарушений [29].

К сожалению, тенденция к избыточному назначению неинформативных исследований пациентам с жалобами на ГБ и последующей неправильной интерпретации выявленных неспецифических изменений в области головы и шеи до сих пор сохраняется в российской медицинской практике [9, 11, 12, 18–27]. Как показывает выполненное нами исследование, эта ситуация меняется малозаметно, несмотря на многочисленные публикации последних 10 лет и активно проводимую российскими цефалгологами образовательную работу среди неврологов.

Преимуществом выполненной работы является использование современного, научно обоснованного подхода к диагностике и анализу стратегий ведения пациентов с ХМ. Основа установления диагноза ХМ – соответствие клинической картины заболевания диагностическим критериям ХМ по МКГБ-3 и исключение вторичной природы ГБ [10, 11, 14].

Основные диагностические маркеры, применявшиеся в нашей работе, – наличие у пациента типичных приступов ЭМ в начале заболевания; наличие периода трансформации, когда эпизоды ГБ под влиянием факторов хронизации начали учащаться; выполнение основных диагностических критериев ХМ (≥ 15 дней с ГБ в месяц, ≥ 8 дней в месяц с характеристиками мигрени на протяжении как минимум трех последних месяцев) [11, 28, 30]. Алгоритм диагностики ХМ представлен на рис. 2.

В ведущих европейских клиниках и центрах ГБ первичная консультация пациента с ГБ продолжается от 60 до 90 мин [31, 32]. Становится очевидным, что амбулаторные поликлинические приемы продолжительностью 15–20 мин недостаточны для полноценного анализа ГБ. За это минимальное время врачи (даже если они были бы знакомы с МКГБ и современными принципами диагностики ГБ) просто не могут успеть тщательно расспросить пациента, выявить актуальные коморбидные нарушения и определиться с лечебной тактикой. В КНБ специализированные приемы пациентов с ведущей жалобой на ГБ сотрудниками кафедры нервных бо-

Таблица 3. *Диагностика сочетанных неврологических заболеваний у пациентов с ХМ*

Table 3. *Diagnosis of combined neurological disorders in patients with CM*

Диагноз	Число пациентов, у которых данный диагноз был установлен до обращения в КНБ, n (%)	Число пациентов, у которых данный диагноз был установлен в КНБ, n (%)	P
ЛИГБ	12 (6)	142 (71)	<0,001
Хроническая скелетно-мышечная цервикалгия	10 (5)	135 (67,5)	<0,001
Хроническая скелетно-мышечная торакалгия	15 (7,5)	70 (35)	<0,001
Хроническая скелетно-мышечная люмбаишиалгия	15 (7,5)	61 (30,5)	<0,001
Фибромиалгия	1 (0,5)	23 (11,5)	<0,001
Хроническая инсомния	2 (1)	96 (48)	<0,001
Идиопатический синдром карпального канала	0	14 (7)	<0,001
Идиопатический синдром кубитального канала	0	10 (5)	<0,001
Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение	1 (0,5%)	24 (12)	<0,001
Всего диагностировано как минимум одно сочетанное неврологическое заболевание	16 (8)	183 (91,5)	<0,001

лезней и нейрохирургии имеют продолжительность до 60 мин, в связи с чем качество диагностики ХМ и ведения пациентов оказывается выше, что и продемонстрировано в настоящем исследовании.

Сложности диагностики ХМ связаны с тем, что при ней часто встречаются коморбидные заболевания, ухудшающие течение мигрени и влияющие на клиническую картину: психические расстройства, инсомния, боль других локализаций, ЛИГБ и др. [13, 33]. В настоящем исследовании показано, что 91,5% пациентов с ХМ имели сочетанные (коморбидные) неврологические расстройства — ЛИГБ, другие болевые синдромы, хроническую инсомнию, туннельные синдромы, вестибулопатию. Оценка эмоционального состояния показала, что преобладающее большинство пациентов с ХМ имеют высокую тревогу и симптомы депрессии различной степени выраженности, что согласуется с данными других авторов [34, 35]. Однако до обращения в КНБ оценка эмоционального состояния пациентов не проводилась — ни с помощью тестирования, ни с помощью консультации специалистов по психическому здоровью (психиатров, психотерапевтов, клинических психологов). Психические расстройства при ХМ изучались нами в ранее опубликованном исследовании [34]. Полученные нами результаты и данные других авторов продемонстрировали высокую распространенность психических расстройств при ХМ [34, 35]. Но в настоящем исследовании только 6% пациентов ранее были направлены к психиатру.

Полученные результаты согласуются с данными предшествующих исследований, в которых также выявлена высокая распространенность перечисленных расстройств у пациентов с мигренью, в том числе с ХМ [13, 33]. При этом в настоящем исследовании показан низкий уровень диагностики этих расстройств врачами из других медицинских учреждений. Как уже говорилось выше, это может быть связано не только с плохой информированностью врачей о роли коморбидных нарушений в формировании и течении ХМ, но и с нехваткой времени на приеме врача. Становится очевидным тот факт, что низкий уровень диагностики коморбидных нарушений — одна из причин неэффективного лечения ХМ в отечественной практике, так как коморбидные нарушения оказывают значимое негативное

влияние на течение мигрени, служат факторами хронизации ГБ и поддерживают ее хроническое течение [13]. Своевременная диагностика и эффективное лечение коморбидных нарушений — важные составляющие эффективного лечения ХМ, в том числе обратной трансформации ХМ в ЭМ [36].

В связи с перечисленными проблемами возникает вопрос: как снизить в нашей стране бремя ошибочной диагностики ГБ и ХМ в частности? К сожалению, идеальный сценарий, предполагающий достижение высокого уровня диагностики ГБ на всех этапах здравоохранения, в ближайшие годы вряд ли достижим. На данный момент можно обсуждать следующую тактику: столкнувшись с пациентом, имеющим хронические ежедневные или почти ежедневные ГБ, и осознав, что испытывает диагностические трудности, врач первичного звена (невролог и тем более врач общей практики) *не должен необоснованно рекомендовать* никакие дополнительные исследования, а должен *перенаправить* сложного пациента в неврологическое отделение крупного стационара, где помощь таким пациентам может быть более адекватной. Тактика перенаправления трудных пациентов с ГБ к опытному неврологу или цефалгологу была впервые предложена в рамках Всемирной кампании против головной боли и закреплена в Европейских принципах ведения пациентов с распространенными формами ГБ в общей практике [37].

На протяжении последних 20 лет в России созданы и успешно работают государственные и коммерческие специализированные центры лечения ГБ и кабинеты ГБ не только в Москве и Санкт-Петербурге, но и в других российских городах (Екатеринбург, Новосибирск, Уфа, Пермь, Волгоград, Нижний Новгород, Челябинск, Казань, Ростов-на-Дону, Барнаул, Тюмень, Ярославль, Петропавловск-Камчатский и др.). Безусловно актуальной остается задача широкого обучения неврологов и терапевтов принципам диагностики ХМ.

Особенностью настоящего исследования является детальный анализ истории ведения пациентов с самой тяжелой — хронической — формой мигрени. Неправильная диагностическая тактика ведения пациентов с мигренью/ХМ, выявленная в настоящем исследовании, позволяет предположить, что клинические рекомендации по диагностике мигрени, разрабатываемые российскими цефалгологами с 2016 г., находящиеся в полном соответствии с мировыми и размещенные в рубрикаторе Минздрава России [11], по всей вероятности, не являются обязательными и не выполняются в амбулаторных и стационарных лечебных учреждениях. В результате врачи по-прежнему руководствуются старыми ошибочными воззрениями на диагностику ГБ, из-за чего в дальнейшем пациенты не получают адекватной помощи.

Заключение. Для типичной практики ведения пациентов с ХМ на этапе амбулаторной и стационарной неврологической помощи характерны низкий уровень диагностики ХМ и ко-

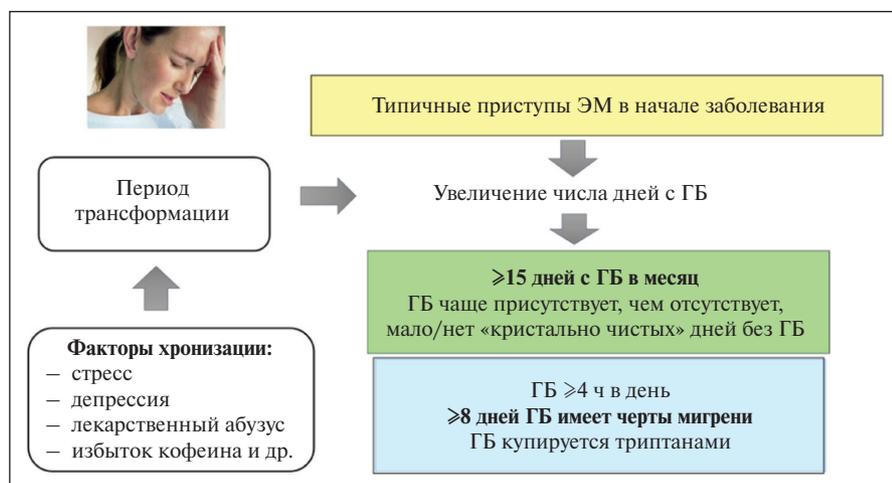


Рис. 2. Алгоритм диагностики ХМ
Fig. 2. Algorithm for CM diagnostics

морбидных неврологических нарушений (ЛИГБ, депрессия, тревожные расстройства, инсомнии и др.), высокая частота ошибочных диагнозов, чрезмерное назначение дополнительных исследований при отсутствии «красных флагов».

Преодоление этих проблем может быть достигнуто с помощью широкой программы обучения неврологов

и врачей общей практики современным принципам диагностики мигрени и других форм первичных цефалгий. Актуальной проблемой остается несоблюдение врачами, а следовательно, и учреждениями, где они работают, современных клинических рекомендаций Минздрава России по диагностике мигрени.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Ayzenberg I, Katsarava Z, Sborowski A, et al. Headache-attributed burden and its impact on productivity and quality of life in Russia: structured healthcare for headache is urgently needed. *Eur J Neurol*. 2014 May;21(5):758-65. doi: 10.1111/ene.12380. Epub 2014 Feb 13.
2. Kung D, Rodriguez G, Evans R. Chronic Migraine: Diagnosis and Management. *Neurol Clin*. 2023 Feb;41(1):141-59. doi: 10.1016/j.ncl.2022.05.005. Epub 2022 Oct 31.
3. Midgett LA, Scher AI. The epidemiology of chronic daily headache. *Curr Pain Headache Rep*. 2009 Feb;13(1):59-63. doi: 10.1007/s11916-009-0012-2
4. Katsarava Z, Buse DC, Manack AN, Lipton RB. Defining the differences between episodic migraine and chronic migraine. *Curr Pain Headache Rep*. 2012 Feb;16(1):86-92. doi: 10.1007/s11916-011-0233-z
5. Bigal ME, Serrano D, Buse D, et al. Acute migraine medications and evolution from episodic to chronic migraine: a longitudinal population-based study. *Headache*. 2008 Sep;48(8):1157-68. doi: 10.1111/j.1526-4610.2008.01217.x
6. Natoli JL, Manack A, Dean B, et al. Global prevalence of chronic migraine: a systematic review. *Cephalalgia*. 2010 May;30(5):599-609. doi: 10.1111/j.1468-2982.2009.01941.x
7. Ayzenberg I, Katsarava Z, Sborowski A, et al. Lifting the Burden. The prevalence of primary headache disorders in Russia: a countrywide survey. *Cephalalgia*. 2012 Apr;32(5):373-81. doi: 10.1177/0333102412438977. Epub 2012 Mar 6.
8. Osipova V, Ayzenberg I, Amelin A, et al. The highest prevalence of CDH in Russia: why? *Cephalalgia*. 2015;35(6S):287. doi: 10.1177/0333102415581304
9. Осипова ВВ, Азимова ЮЭ, Табеева ГР и др. Диагностика головных болей в России и странах постсоветского пространства: состояние проблемы и пути ее решения. *Анналы клинической и экспериментальной неврологии*. 2012;6(2):16-21. Доступно по ссылке: https://annaly-nevrologii.com/journal/pathID/article/view/275/171/ru_RU [Osipova VV, Azimova YuE, Tabeeva GR, et al. Diagnostics of headache in Russia and post-Soviet countries: state of the problem and ways for its solution. *Annaly klinicheskoy i eksperimental'noj nevrologii*. 2012;6(2):16-21. Available at: https://annaly-nevrologii.com/journal/pathID/article/view/275/171/ru_RU (In Russ.)].
10. Филатова ЕГ, Осипова ВВ, Табеева ГР и др. Диагностика и лечение мигрени: рекомендации российских экспертов. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2020;12(4):4-14. doi: 10.14412/2074-2711-2020-4-4-14 [Filatova EG, Osipova VV, Tabeeva GR, et al. Diagnosis and treatment of migraine: Russian experts' recommendations. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2020;12(4):4-14. doi: 10.14412/2074-2711-2020-4-4-14 (In Russ.)].
11. Мигрень. Клинические рекомендации МЗ РФ. 2021. ID: 295. Доступно по ссылке: https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/295_2 [Migraine. Clinical recommendations of the Ministry of Health of the Russian Federation. 2021. ID: 295. Available at: https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/295_2 (In Russ.)].
12. Головачева ВА, Парфенов ВА, Табеева ГР и др. Оптимизация ведения пациентов с хронической ежедневной головной болью. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2017;117(2):4-9. doi: 10.17116/jnevro2017117214-9 [Golovacheva VA, Parfenov VA, Tabeeva GR, et al. The optimization of management of chronic daily headache patients. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova = S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2017;117(2):4-9. doi: 10.17116/jnevro2017117214-9 (In Russ.)].
13. Burch RC, Buse DC, Lipton RB. Migraine: Epidemiology, Burden, and Comorbidity. *Neurol Clin*. 2019 Nov;37(4):631-49. doi: 10.1016/j.ncl.2019.06.001. Epub 2019 Aug 27.
14. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia*. 2018 Jan;38(1):1-211. doi: 10.1177/0333102417738202
15. Modarresi S, Lukacs MJ, Ghodrati M, et al; CATWAD Consortium Group. A Systematic Review and Synthesis of Psychometric Properties of the Numeric Pain Rating Scale and the Visual Analog Scale for Use in People With Neck Pain. *Clin J Pain*. 2021 Oct 26;38(2):132-48. doi: 10.1097/AJP.0000000000000999
16. Bados A, Gomez-Benito J, Balaguer G. The state-trait anxiety inventory, trait version: does it really measure anxiety? *J Pers Assess*. 2010 Nov;92(6):560-7. doi: 10.1080/00223891.2010.513295
17. Henry SK, Grant MM, Cropsey KL. Determining the optimal clinical cutoff on the CES-D for depression in a community corrections sample. *J Affect Disord*. 2018 Jul;234:270-5. doi: 10.1016/j.jad.2018.02.071. Epub 2018 Mar 6.
18. Лебедева ЕР, Кобзева НР, Гилев ДВ, Олесен Е. Анализ качества диагностики и лечения первичной головной боли в разных социальных группах Уральского региона. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2015;7(1):19-26. doi: 10.14412/2074-2711-2015-1-19-26 [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. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2015;7(1):19-26. doi: 10.14412/2074-2711-2015-1-19-26 (In Russ.)].
19. Амелин АВ, Богданова ЮН, Корешкина МИ и др. Диагностика первичных и симптоматических форм хронической ежедневной головной боли. *Журнал неврологии и нейропсихиатрии им. С.С. Корсакова*. 2011;111(1):86-8. Доступно по ссылке: <https://elibrary.ru/item.asp?id=16597341> [Amelin AV, Bogdanova YuN, Koreshkina MI, et al. Diagnosis of primary and symptomatic forms of chronic daily headache. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova = S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2011;111(1):86-8. Available at: <https://elibrary.ru/item.asp?id=16597341> (In Russ.)].
20. Азимова ЮЭ, Сергеев АВ, Осипова ВВ, Табеева ГР. Диагностика и лечение головных болей в России: результаты анкетного опроса врачей. *Российский журнал боли*. 2010;(3,4):12-7. Доступно по ссылке: <https://elibrary.ru/item.asp?id=23885076> [Azimova YuE, Sergeev AV, Osipova VV, Tabeeva GR. Cephalgia diagnostics and treatment in Russia: physician questionnaire survey results. *Rossijskij zhurnal boli*. 2010;(3,4):12-7. Available at: <https://elibrary.ru/item.asp?id=23885076> (In Russ.)].
21. Головачева ВА, Головачева АА, Парфенов ВА и др. Когнитивно-поведенческая терапия в лечении хронической мигрени: описание клинического случая. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2021;13(1):74-80. doi: 10.14412/2074-2711-2021-1-74-80 [Golovacheva VA, Golovacheva AA, Parfenov VA, et al. Cognitive behavioral therapy in the treatment of chronic migraine: a clinical case report. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2021;13(1):74-80. doi: 10.14412/2074-2711-2021-1-74-80 (In Russ.)].

22. Головачева ВА, Головачева АА. Лечение хронической мигрени и боли в шее с помощью когнитивно-поведенческой терапии. Клинический случай. *Consilium Medicum*. 2021;23(11):852-7. doi: 10.26442/20751753.2021.11.201137 [Golovacheva VA, Golovacheva AA. Treatment of chronic migraine and neck pain with cognitive-behavioral therapy. Case report. *Consilium Medicum*. 2021;23(11):852-7. doi: 10.26442/20751753.2021.11.201137 (In Russ.)].
23. Головачева ВА, Головачева АА, Парфенов ВА. Терапия при хронической мигрени: междисциплинарный подход. Клиническое наблюдение. *Терапевтический архив*. 2021;93(12):1528-32. doi: 10.26442/00403660.2021.12.201247 [Golovacheva VA, Golovacheva AA, Parfenov VA. Chronic migraine treatment: multidisciplinary approach. Case report. *Terapevticheskiy arkhiv*. 2021;93(12):1528-32. doi: 10.26442/00403660.2021.12.201247 (In Russ.)].
24. Головачева ВА, Головачева АА, Володарская ЕА, Бахтадзе МА. Клинико-психологические характеристики пациентов с мигренью. *Медицинский Совет*. 2022;(21):78-87. doi: 10.21518/2079-701X-2022-16-21-78-87 [Golovacheva VA, Golovacheva AA, Volodarskaya EA, Bakhtadze MA. Clinical and psychological characteristics of migraine patients. *Meditsinskiy sovet = Medical Council*. 2022;(21):78-87. doi: 10.21518/2079-701X-2022-16-21-78-87 (In Russ.)].
25. Головачева ВА, Головачева АА, Фатеева ТГ, Володарская ЕА. «Внутренняя картина болезни» у пациентов с хронической мигренью: когнитивные, эмоциональные и поведенческие аспекты. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2023;15(1):28-35. doi: 10.14412/2074-2711-2023-1-28-35 [Golovacheva VA, Golovacheva AA, Fateeva TG, Volodarskaya EA. Illness perception in patients with chronic migraine: cognitive, emotional and behavioral aspects. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psichosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2023;15(1):28-35. doi: 10.14412/2074-2711-2023-1-28-35 (In Russ.)].
26. Головачева ВА. Лечение хронической мигрени и инсомнии с помощью когнитивно-поведенческой терапии. *Медицинский Совет*. 2023;(3):68-76. doi: 10.21518/ms2023-080 [Golovacheva VA. Treatment of chronic migraine and insomnia with cognitive behavioral therapy. *Meditsinskiy sovet = Medical Council*. 2023;(3):68-76. doi: 10.21518/ms2023-080 (In Russ.)].
27. Головачева ВА. Междисциплинарное лечение, включающее когнитивно-поведенческую терапию и майндфулнесс, при хронической мигрени и лекарственно-индуцированной головной боли. *Медицинский Совет*. 2023;(10):80-8. doi: 10.21518/ms2023-216 [Golovacheva VA. Interdisciplinary treatment including cognitive behavioral therapy and mindfulness for chronic migraine and drug-induced headache. *Meditsinskiy sovet = Medical Council*. 2023;(10):80-8. doi: 10.21518/ms2023-216 (In Russ.)].
28. Осипова ВВ. Мигрень в реальной практике: практическое руководство. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2023. 120 с. doi: 10.33029/9704-7800-4-MRP-2023-1-120 [Osipova VV. Migraine in real practice: a practical guide. Moscow: GEOTAR-Media; 2023. 120 p. doi: 10.33029/9704-7800-4-MRP-2023-1-120 (In Russ.)].
29. Bashir A, Lipton RB, Ashina S, Ashina M. Migraine and structural changes in the brain: a systematic review and meta-analysis. *Neurology*. 2013 Oct 1;81(14):1260-8. doi: 10.1212/WNL.0b013e3182a6cb32. Epub 2013 Aug 28.
30. Eigenbrodt AK, Ashina H, Khan S, et al. Diagnosis and management of migraine in ten steps. *Nat Rev Neurol*. 2021 Aug;17(8):501-14. doi: 10.1038/s41582-021-00509-5. Epub 2021 Jun 18.
31. Dodick DW. Academic dissertations from the Danish Headache Center 1980–2016. *Cephalgia*. 2017 Dec;37(2 suppl):3. doi: 10.1177/0333102417724937
32. Olesen J. The Danish Headache Center: From origin to full development. *Cephalgia*. 2017 Dec;37(2 suppl):5-6. doi: 10.1177/0333102417709392
33. Rains JC. Sleep and Migraine: Assessment and Treatment of Comorbid Sleep Disorders. *Headache*. 2018 Jul;58(7):1074-91. doi: 10.1111/head.13357. Epub 2018 Aug 10.
34. Головачева ВА, Головачева АА, Романов ДВ, Володарская ЕА. Психические расстройства, социальные и демографические характеристики пациентов с хронической и эпизодической мигренью. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2024;124(1):94-101. doi: 10.17116/jnevro202412401194 [Golovacheva VA, Golovacheva AA, Romanov DV, Volodarskaya EA. Mental disorders, social and demographic characteristics of patients with chronic and episodic migraine. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii imeni S.S. Korsakova = S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2024;124(1):94-101. doi: 10.17116/jnevro202412401194 (In Russ.)].
35. Buse DC, Silberstein SD, Manack AN, et al. Psychiatric comorbidities of episodic and chronic migraine. *J Neurol*. 2013 Aug;260(8):1960-9. doi: 10.1007/s00415-012-6725-x. Epub 2012 Nov 7.
36. Hovaguimian A, Roth J. Management of chronic migraine. *BMJ*. 2022 Oct 10;379:e067670. doi: 10.1136/bmj-2021-067670
37. Steiner TJ, Paemeleire K, Jensen R, et al; European Headache Federation; Lifting The Burden: The Global Campaign to Reduce the Burden of Headache Worldwide; World Health Organization. European principles of management of common headache disorders in primary care. *J Headache Pain*. 2007 Oct;8 Suppl 1:S3-47. doi: 10.1007/s10194-007-0366-y

Поступила/отрецензирована/принята к печати

Received/Reviewed/Accepted

23.06.2024/26.08.2024/27.08.2024

Заявление о конфликте интересов / Conflict of Interest Statement

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

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

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

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

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

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