

Структура первичной головной боли по данным амбулаторно-поликлинического звена неврологической клиники



Белопасова А.В., Добрынина Л.А., Афанасьев М.А.,
 Степаненко А.Г., Копылова А.П., Байдина Е.В., Князева Н.М.
 ФГБНУ «Российский центр неврологии и нейронаук», Москва
 Россия, 125367, Москва, Волоколамское шоссе, 80

Головная боль (ГБ) остается одной из основных проблем общественного здравоохранения во всем мире. Оценка распространенности и структуры ГБ является основополагающим этапом для эффективной организации медицинской помощи пациентам с цефалгией. **Целью** настоящего исследования явилось уточнение структуры первичной ГБ и клинических характеристик мигрени среди пациентов амбулаторно-поликлинического приема неврологической клиники.

Материал и методы. Проведено поперечное исследование с анализом электронных медицинских карт пациентов, обратившихся в Консультативно-диагностическое отделение (КДО) Российского центра неврологии и нейронаук (РЦНН) с диагнозами согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10): G43 (Мигрень) и G44 (Другие синдромы головной боли), верифицированными по критериям Международной классификации головных болей 3-го пересмотра (МКГБ-3).

Результаты. В 2022 г. в КДО РЦНН обратились 22 445 пациентов. ГБ диагностирована у 2830 (12,6%) человек: мигрень — у 1325 (46,82%), ГБ напряжения (ГБН) — у 1147 (40,53%), тригеминальные вегетативные цефалгии (ТВЦ) — у 36 (1,27%), другие виды ГБ — у 322 (11,38%). Большинство пациентов с ГБ были женщинами (71,55%) в возрасте — 40,89±18,12 года.

Мигрень без ауры (G43.0) была выявлена у 52,61%, мигрень с аурой (G43.1) — у 21,66%, другая мигрень (G43.8) — у 8,37%, неуточненная мигрень (G43.9) — у 15,93%, осложненная мигрень (G43.3) — у 1,43% человек.

Средняя частота ГБ составила 17,60±6,91 дня в месяц. Редкая эпизодическая мигрень наблюдалась у 552 (37,05%), частая эпизодическая мигрень — у 282 (21,28%), хроническая мигрень — у 491 (41,67%) человек. Большинство пациентов имели длительный стаж заболевания (17,10±8,22 года), около 70% не получали профилактического лечения до обращения в РЦНН.

Заключение. Проведенное исследование позволило подчеркнуть проблему поздней обращаемости пациентов с мигренью за специализированной помощью и хронизации заболевания. Дальнейшее систематическое изучение распространенности и структуры ГБ имеет важное значение для разработки эффективных стратегий диагностики и лечения первичных цефалгий.

Ключевые слова: первичная головная боль; мигрень; головная боль; эпидемиология; распространенность.

Контакты: Анастасия Владимировна Белопасова; belopasova@neurology.ru

Для цитирования: Белопасова А.В., Добрынина Л.А., Афанасьев М.А., Степаненко А.Г., Копылова А.П., Байдина Е.В., Князева Н.М. Структура первичной головной боли по данным амбулаторно-поликлинического звена неврологической клиники. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2026;18(1):34–40. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2026-1-34-40>

The structure of primary headaches according to data from the outpatient department of a neurological clinic
 Belopasova A.V., Dobrynina L.A., Afanasev M.A., Stepanenko A.G., Kopylova A.P., Baydina E.V., Knyazeva N.M.
 Russian Center of Neurology and Neuroscience, Moscow
 80, Volokolamskoe Sh., 125367 Moscow, Russia

Headache remains one of the major public health problems worldwide. Assessing the prevalence and structure of headaches is a fundamental step towards the effective organisation of medical care for patients with cephalalgia.

Objective: to clarify the structure of primary headaches and clinical characteristics of migraine among patients attending outpatient clinics at neurological clinics.

Material and methods. A cross-sectional study was conducted with an analysis of the electronic medical records of patients who visited the Consultative and Diagnostic Department (CDD) of the Russian Center of Neurology and Neuroscience (RCNN) with diagnoses according to the International Classification of Diseases, 10th Revision (ICD-10): G43 (Migraine) and G44 (Other headache syndromes), verified according to the criteria of the International Classification of Headache Disorders, 3rd revision (ICHD-3).

Results. In 2022, 22,445 patients sought treatment at the CDD RCNN. Headache was diagnosed in 2,830 (12.6%) people: migraine in 1,325 (46.82%), tension-type headache (TTH) — in 1,147 (40.53%), trigeminal autonomic cephalalgia (TAC) — in 36 (1.27%), other types of headache — in 322 (11.38%). Most patients with headaches were women (71.55%) aged 40.89±18.12 years.

Migraine without aura (G43.0) was detected in 52.61%, migraine with aura (G43.1) — in 21.66%, other migraine (G43.8) in 8.37%, unspecified migraine (G43.9) in 15.93%, and complicated migraine (G43.3) in 1.43% of people.

The average frequency of headaches was 17.60±6.91 days per month. Rare episodic migraine was observed in 552 (37.05%) patients, frequent episodic migraine in 282 (21.28%) patients, and chronic migraine in 491 (41.67%) patients. Most patients had a long history of the disease (17.10±8.22 years), and about 70% did not receive preventive treatment before contacting the RCNN.

Conclusion. *The study highlighted the problem of late referral of migraine patients for specialised care and the chronicity of the disease. Further systematic study of the prevalence and structure of headaches is important for the development of effective strategies for the diagnosis and treatment of primary cephalalgia.*

Keywords: *primary headaches; migraine; headache; epidemiology; prevalence.*

Contact: *Anastasia Vladimirovna Belopasova; belopasova@neurology.ru*

For citations: *Belopasova AV, Dobrynina LA, Afanasev MA, Stepanenko AG, Kopylova AP, Baydina EV, Knyazeva NM. The structure of primary headaches according to data from the outpatient department of a neurological clinic. Neurologiya, neiropsikhiatriya, psichosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics. 2026;18(1):34–40. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2026-1-34-40>*

По данным исследования глобального бремени от заболеваний 2021 г. (Global Burden of Disease Study, GBD), головная боль (ГБ) остается одной из основных проблем общественного здравоохранения во всем мире, увеличивая число дней нетрудоспособности и снижая качество жизни наиболее социально активной когорты населения [1]. Согласно Международной классификации головных болей 3-го пересмотра (МКГБ-3; 2018), к первичной ГБ относятся четыре группы заболеваний: мигрень, ГБ напряжения (ГБН), тригеминальные вегетативные цефалгии (ТВЦ) и другие первичные ГБ (кашлевая, холодовая, первично колющая и др.) [2]. Распространенность и бремя ГБ неоднородны. Так, с ГБН на протяжении жизни сталкивается подавляющее большинство людей – от 46 до 78% [1, 3, 4], однако к социальной дезадаптации приводит именно хроническая форма ГБН, частота которой составляет 2–3% в популяции [3]. ТВЦ – редко встречающаяся группа ГБ (самая частая из них – кластерная ГБ – имеет распространенность 0,1%), ими страдают преимущественно мужчины [5]. Значительное снижение качества жизни наблюдается только в период обострения в связи с крайне высокой интенсивностью болевого синдрома («суицидальная» боль) [6]. Распространенность мигрени среди всех стран составляет 15,2% [7, 8], в России заболеваемость достигает 20% [9]. Широкий охват населения в сочетании с изнуряющей болью выводит мигрень в число наиболее инвалидирующих заболеваний. В настоящее время мигрень занимает второе место среди ведущих причин снижения качества жизни населения в возрасте до 50 лет [10].

Несмотря на успехи в изучении патофизиологии мигрени и появление новых препаратов для профилактики приступов, эффективность фармакологической терапии остается ограниченной – часть пациентов продолжают испытывать ГБ на протяжении всей жизни [11]. Изучение распространенности и структуры заболеваемости является первым этапом для организации специализированной медицинской помощи. Подробный эпидемиологический анализ позволяет понять текущее состояние проблемы, меняющиеся тенденции в отношении изменения тяжести заболевания на фоне повышения осведомленности пациентов и врачей о нозологии, появления новых фармацевтических препаратов. Статистические данные способствуют оптимизации ресурсов здравоохранения, планированию в подготовке кадров (цефалгологов, специализированных кабинетов головной боли); стимулируют научные исследования, направленные на разработку новых методов купирования и профилактики боли; позволяют оценивать эффективность лечения и внедрения профилактических программ. Таким образом, изучение эпидемиологии ГБ превращает ее из субъективной жа-

лобы в объективно измеряемую и значимую медицинскую и социально-экономическую проблему, решение которой направлено на повышение уровня медицинской помощи и качества жизни большого количества людей.

Целью настоящего исследования явился анализ структуры первичной ГБ и клинических характеристик мигрени среди пациентов амбулаторно-поликлинического приема неврологической клиники (Российского центра неврологии и нейронаук – РЦНН) для получения данных, позволяющих прогнозировать структуру обращаемости и потребность в специализированной медицинской помощи пациентам с ГБ.

Материал и методы. *Дизайн исследования и участники.* Проведено поперечное исследование с анализом электронных медицинских карт пациентов из информационной системы «Медialog», обратившихся на амбулаторный прием в консультативно-диагностическое отделение (КДО) РЦНН с 01.01.2022 по 31.12.2022.

Критериями включения были: возраст старше 18 лет; диагноз ГБ, соответствующий классификации МКГБ-3 и кодированный в амбулаторной карте согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) [12] как G43 (Мигрень) и G44 (Другие синдромы головной боли).

При анализе карт части пациентов был изменен код диагноза из-за несоответствия симптомов. Так, 45 пациентов перешли из группы G44.2 (Головная боль напряжения) в группу G43.8 (Другая мигрень), так как характеристики ГБ, описанные в амбулаторной карте, удовлетворяли диагнозу «хроническая мигрень»; 38 пациентов перешли из группы G43.9 (Мигрень неуточненная) в группу G44.8 (Другая уточненная головная боль). Дизайн исследования представлен на рис. 1.

После систематизации указанных диагнозов осуществлялся анализ структуры ГБ и демографических характеристик пациентов. Более подробная обработка клинических данных была проведена в группе с мигренью (G43) – наиболее социально значимой цефалгией. Уточнялись анамнестические данные, тяжесть течения мигрени (редкая и частая эпизодическая, хроническая), рекомендации по медикаментозному лечению (количество препаратов для профилактики мигрени), частота визитов в ФГБНУ РЦНН с целью подбора терапии и динамического наблюдения. Тяжесть мигрени определялась по числу дней с ГБ в месяц: редкой эпизодической считается форма с частотой ГБ ≤ 7 дней в месяц, частой эпизодической – 8–14 дней в месяц, хронической – 15 дней и более в месяц. Интенсивность ГБ оценивалась по 10-балльной визуальной аналоговой шкале (ВАШ).

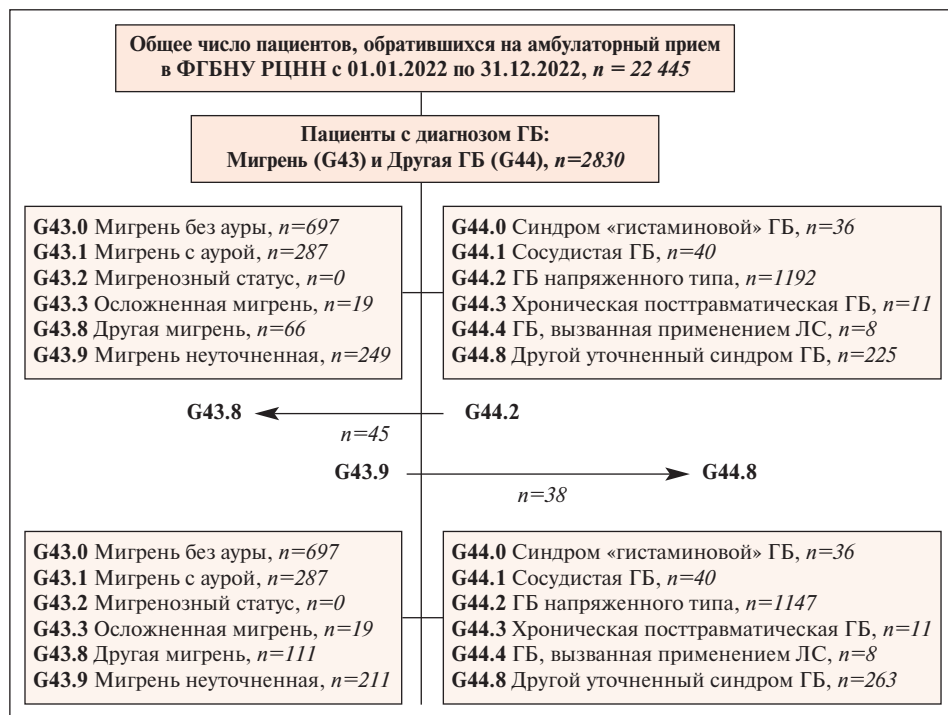


Рис. 1. Блок-схема дизайна исследования
 Fig. 1. Research design flowchart

Статистический анализ проводился с помощью программного обеспечения Statistics 26.0 (IBM SPSS). Категориальные и порядковые переменные представлены как частота и доля (%), для нормально распределенных количественных переменных использовали среднее и стандартное отклонение (M±SD), количественные переменные, распределение которых не соответствовало нормальному, представлены в виде медианы, верхнего и нижнего квартилей (Me [25-й; 75-й перцентили]). Во всех случаях выбирали двусторонние варианты статистических критериев. Нулевую гипотезу отвергали при p<0,05. Сравнение двух независимых групп проводили с использованием критериев Манна–Уитни.

Результаты. Общая когорта пациентов с головной болью. Среди 22 445 человек, обратившихся на амбулаторный прием к неврологу в КДО РНЦН, диагноз головной боли выставлен 2830 пациентам (12,6%). Основные виды первичной ГБ: мигрень, ГБН и ТВЦ – диагностированы у 1325

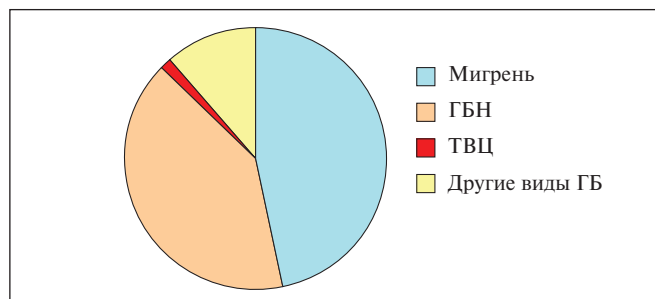


Рис. 2. Структура первичной ГБ на амбулаторном приеме в КДО РЦНН

Fig. 2. Structure of primary headaches in outpatient visits at CDD RCNN

(46,82%), 1147 (40,53%) и 36 (1,27%) человек соответственно. У 322 (11,38%) пациентов были выявлены другие виды ГБ – сосудистая, посттравматическая, лекарственно-индуцированная и др.

Структура ГБ на амбулаторном приеме в КДО РЦНН представлена на рис. 2.

Среди всех обратившихся с ГБ в КДО РЦНН было 805 (28,45%) мужчин и 2025 (71,55%) женщин. Распределение по полу (отношение мужчин к женщинам) в группах основных первичных ГБ составило 1:4 для мигрени (263:1062), 1:1,8 – для ГБН (410:737) и 4:1 – для ТВЦ (29:7). Средний возраст всех пациентов с ГБ составил 40,89±18,12 года. Наибольшая обращаемость по поводу ГБ наблюдалась в возрастном интервале от 30 до 39 лет – 877 (30,98%) человек; наименьшая – в возрасте старше 60 лет – 314 (11,09%) человек. На рис. 3 показана распространенность

ГБ в исследуемой популяции в зависимости от возраста (годы) и пола.

Мигрень. Мигрень была диагностирована у 1325 пациентов, среди которых мигрень без ауры (G43.0) выявлена у 52,61%, мигрень с аурой (G43.1) – у 21,66%, другая мигрень (G43.8) – у 8,37%, неуточненная мигрень (G43.9) – у 15,93% пациентов. Небольшому числу пациентов был поставлен диагноз осложненной мигрени (G43.3) – 1,43%; мигренозного статуса диагностировано не было. Большинство пациентов были женщинами (80,0%) в возрасте от 30 до 49 лет (58,49%).

Структура мигрени на амбулаторном приеме в КДО РЦНН представлена на рис. 4.

Средняя частота мигрени в группе G43 составила 17,60±6,91 дня в месяц: редкая эпизодическая мигрень наблюдалась у 552 (37,05%) пациентов, частая эпизодическая мигрень – у 282 (21,28%), хроническая мигрень – у 491 (41,67%). В подгруппах G43.3 и G43.8, где преобладали пациенты с хронической и резистентной формами мигрени (~80% пациентов), частота ГБ составила 21,35±5,32 и 19,45±6,77 дня в месяц соответственно. Средняя интенсивность боли в общей группе составила 8,33±1,54 балла по ВАШ. Сопутствующие симптомы – фото/фонофобия и тошнота – наблюдались у 872 (65,8%) и 847 (63,92%) пациентов. Хотя симптомы ауры были основанием для постановки диагноза G43.1 и встречались у 100% пациентов данной подгруппы, различные виды ауры встречались в подгруппе G43.0 у 3,30%, G43.3 – у 21,05%, G43.8 – у 16,22%, G43.9 – 16,67% человек (табл. 1).

Общий стаж мигрени у пациентов из группы G43 составил 17,10±8,22 года. У пациентов с диагнозом G43.0 он был самым длительным – 21,35±10,11 года, у пациентов с кодом G43.9 – самым непродолжительным – 7,91±4,4 года.

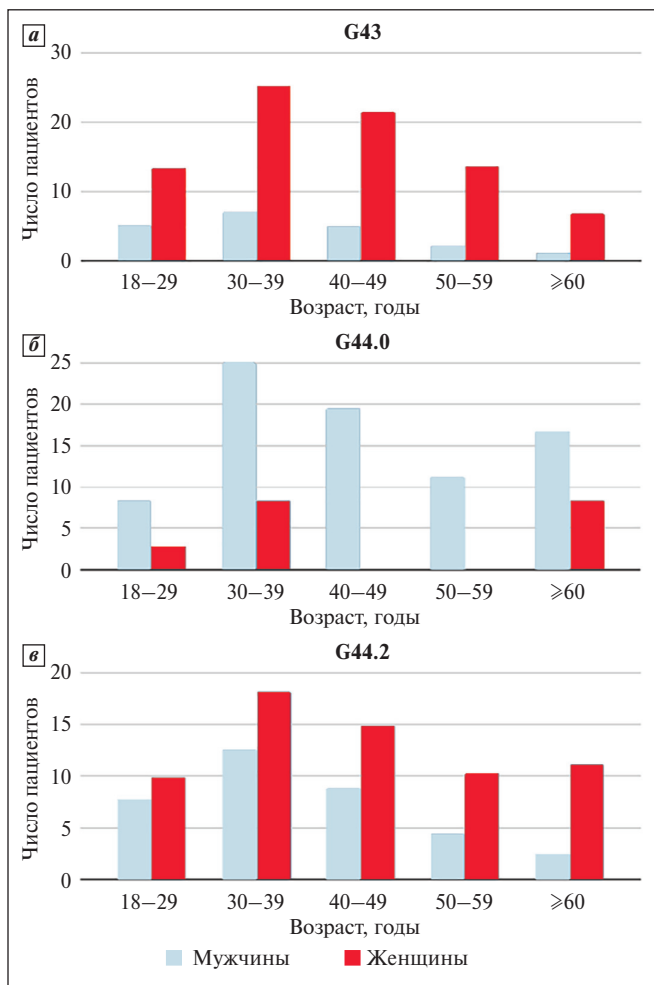


Рис. 3. Распределение пациентов по полу и возрасту в группах первичной ГБ. а – группа мигрени (G43); б – группа ТВЦ («гистаминовой» ГБ; G44.0); в – группа ГБН (G44.2)
Fig. 3. Distribution of patients by gender and age in primary headache groups. а – migraine group (G43); б – TAC group ("histamine" GB; G44.0); в – TTH group (G44.2)

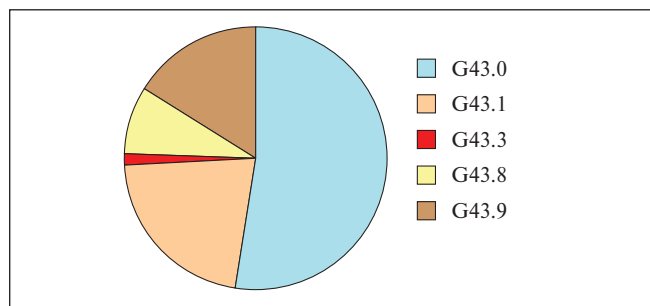


Рис. 4. Структура мигрени на амбулаторном приеме в КДО РЦНН
Fig. 4. Structure of migraine during outpatient visits at CDD RCNN

Большинству пациентов (~70%) лечение мигрени до визита в КДО РЦНН не проводилось. После обращения к неврологу профилактическую терапию стали получать 1137 (85,8%) человек, из них: одну группу препаратов – 453 (34,18%); две группы – 432 (32,60%); три группы – 198 (14,94%), четыре и более групп препаратов – 54 пациента (4,07%).

Однократно за 2022 г. посетили КДО РЦНН большинство пациентов – 897 (67,7%), два визита совершили 262 пациента (19,77%), три визита – 103 (7,77%), более четырех визитов понадобилось 62 пациентам (4,67%; табл. 2).

Обсуждение. ГБ остается одной из самых частых жалоб, с которой пациенты обращаются к врачам различных специальностей [10]. Появление новых препаратов для купирования приступов и профилактики, устройств для немедикаментозного лечения ГБ способствует расширению возможностей помощи данной категории пациентов. В связи с этим динамический мониторинг структуры заболеваемости позволяет выявить текущую потребность населения в медицинской помощи и необходимость ее реорганизации для решения актуальных задач. Настоящее исследование позволило определить частоту встречаемости и демографические характеристики основных типов первичной ГБ, среди амбулаторных пациентов узкоспециализированного неврологического учреждения (РЦНН). Для анализа был выбран 2022 г. в связи с регрессом заболе-

Таблица 1. Клинические особенности пациентов с диагнозом G43, обратившихся в КДО РЦНН в 2022 г.
 Table 1. Clinical characteristics of patients diagnosed with G43 who visited the CDD RCNN in 2022

Показатель	Подгруппа					
	G43 (n=1325)	G43.0 (n=697)	G43.1 (n=287)	G43.3 (n=19)	G43.8 (n=111)	G43.9 (n=211)
Пол, число женщин, n (%)	1060 (80,0)	578 (82,93)	208 (72,47)	15 (78,95)	91 (81,98)	168 (79,60)
Стаж ГБ, годы, M±SD	17,10±8,22	21,35±10,11	14,91±3,98	12,47±5,99	15,23±7,01	7,91±4,48
Аура, n (%)	353 (26,64)	23 (3,30)	273 (95,12)	4 (21,05)	18 (16,22)	35 (16,67)
Интенсивность ГБ, баллы по ВАШ, M±SD	8,33±1,54	8,47±1,33	8,39±1,16	8,29±1,02	7,91±1,97	7,95±1,04
Частота ГБ, число дней в месяц, M±SD	17,60±6,91	10,40±4,14	9,53±2,51	21,35±5,32	19,45±6,77	14,23±7,11
Фото/фонофобия, n (%)	872 (65,81)	520 (77,96)	162 (56,45)	12 (63,16)	61 (54,95)	117 (55,56)
Тошнота, n (%)	847 (63,92)	481 (69,01)	176 (61,32)	14 (73,69)	67 (60,36)	109 (51,85)

Таблица 2. *Общая характеристика пациентов с диагнозом G43, обратившихся в КДО РЦНН в 2022 г.*
Table 2. *General characteristics of patients diagnosed with G43 who visited CDD RCNN in 2022*

Характеристика	Подгруппа				
	G43.0 (n=697; 52,61%)	G43.1 (n=287; 21,66%)	G43.3 (n=19; 1,43%)	G43.8 (n=111; 8,37%)	G43.9 (n=211; 15,93%)
Пол, число женщин, n (%)	578 (82,93)	208 (72,47)	15 (78,95)	91 (81,98)	168 (79,62)
Возраст, n (%):					
18–29 лет	115 (16,50)	72 (25,09)	3 (15,79)	13 (11,71)	39 (18,48)
30–39 лет	203 (29,12)	113 (39,37)	7 (36,84)	26 (23,42)	77 (36,49)
40–49 лет	200 (28,69)	55 (19,16)	2 (10,53)	34 (30,63)	58 (27,49)
50–59 лет	126 (18,08)	35 (12,20)	4 (21,05)	20 (18,02)	22 (10,43)
≥60 лет	53 (7,61)	12 (4,18)	3 (15,79)	18 (16,22)	15 (7,11)
Число дней с ГБ в месяц, n (%):					
редкая эпизодическая мигрень (<7 дней)	310 (44,48)	175 (60,98)	4 (21,05)	16 (14,41)	47 (22,27)
частая эпизодическая мигрень (8–14 дней)	203 (29,12)	47 (16,38)	0	5 (4,50)	27 (12,80)
хроническая мигрень (>15 дней)	184 (26,40)	65 (22,64)	15 (78,95)	90 (81,09)	137 (64,93)
Профилактическая терапия до обращения в НЦН, n (%):					
проводилась	233 (33,43)	72 (25,09)	6 (31,58)	37 (33,33)	35 (16,67)
не проводилась	464 (66,57)	215 (74,91)	13 (68,42)	74 (66,67)	176 (83,33)
Профилактическая терапия после обращения в НЦН, n (%):					
не проводилась	88 (12,62)	61 (21,25)	1 (5,26)	10 (9,0)	28 (13,30)
1 группа препаратов	257 (36,87)	101 (35,19)	9 (47,37)	31 (27,93)	55 (26,10)
2 группы препаратов	235 (33,81)	86 (29,97)	6 (31,58)	35 (31,53)	70 (33,10)
3 группы препаратов	94 (13,48)	30 (10,45)	3 (15,79)	13 (11,71)	58 (27,50)
4 и более группы препаратов	23 (3,29)	9 (3,14)	0	22 (19,82)	0
Количество визитов за 2022 г., n (%):					
1 визит	505 (72,45)	180 (62,72)	16 (84,21)	59 (53,15)	137 (64,93)
2 визита	127 (19,04)	64 (22,30)	2 (10,53)	33 (29,73)	36 (17,06)
3 визита	40 (5,60)	23 (8,01)	1 (5,26)	12 (10,81)	27 (12,79)

ваемости COVID-19 и стабильной плановой работой медицинских учреждений.

В нашем исследовании диагноз ГБ был поставлен 12,6% пациентов, обратившихся к неврологу. Эти цифры не отражают истинную распространенность ГБ в популяции, но свидетельствуют о ее значимом вкладе в структуру неврологической заболеваемости и потребности в амбулаторно-поликлинической помощи. Одним из возможных факторов, снижающих обращаемость пациентов с ГБ в РЦНН, является его федеральный статус, который может создавать у пациентов представление о том, что жалоба на ГБ не соответствует профилю и масштабу данного учреждения. Кроме того, большая часть пациентов имеют легкое (эпизодическое) течение ГБ, которое существенно не влияет на качество жизни и не требует медицинского участия. Значительное число пациентов затягивают визит к врачу по причине неосведомленности о ГБ как о самостоятельном заболевании, считая ее наличие частью жизненной парадигмы [13]. Так, в исследовании Е.Р. Лебедевой и соавт. [9], несмотря на высокую распространенность первичной ГБ, лишь 496 из 2110 респондентов с ГБ (23%) обращались к врачу в связи с данной проблемой. В работе Т. Shimizu и соавт. [14] выявлено, что до 70% пациентов с мигренью никогда не обращались за медицинской помощью. В нашем исследовании стаж мигрени перед первым визитом к неврологу составил $17,10 \pm 8,22$ года. Таким образом, низкая субъективная оценка значимости симптома

может являться причиной отсрочки обращения за медицинской помощью.

Последние крупные эпидемиологические исследования в России были проведены И. Auzenberg и соавт. в 2008 г. [15, 16] и Е.Р. Лебедевой и соавт. в 2012–2013 гг. [17]. Оба исследования показали достаточно высокую распространенность первичной ГБ среди населения Российской Федерации: мигрень – 20,3% [15] и 15,9% (мигрень без ауры – 13,5%, мигрень с аурой – 2,4%) [17]; ГБН – 30,8% [15] и 57,4% [17] соответственно. Полученные данные существенно превышают статистику развитых стран: распространенность мигрени в США в том же временном интервале составила 11,7% [18], в Европе – 10,6% [19]. Структура первичной ГБ в нашем исследовании распределилась следующим образом: мигрень – 46,82%, ГБН – 40,53%, ТВЦ – 1,27%. Полученные данные, где мигрень встречается чаще, чем ГБН, согласуются с результатами недавнего российского исследования, направленного на анализ распространенности цефалгий среди пациентов специализированной клиники боли. Е.А. Кисловой и соавт. (2023) [20] установлено, что среди ГБ существенно преобладала мигрень – 62,8%, диагноз ГБН был выставлен 14,9%, ТВЦ – 2,1% пациентов. Это несколько противоречит общепопуляционным данным, которые демонстрируют преобладание ГБН над мигренью в соотношении 3:1 [21]. Однако столь высокая обращаемость пациентов с мигренью связана с более выраженной интенсивностью боли, большей

длительностью приступов и существенным влиянием на качество жизни.

Наши результаты подтверждают устоявшиеся гендерные различия при первичной ГБ. Для мигрени соотношение женщин и мужчин (4:1) является классическим и широко описанным как в российских, так и в зарубежных исследованиях, что связано с влиянием женских половых гормонов — эстрогенов [8, 22]. При ГБН соотношение женщин и мужчин составило 1,8:1 — при этой цефалгии гендерные различия выражены менее ярко [23]. Кластерная ГБ значительно чаще встречается у мужчин [24]. Наши результаты полностью соответствуют данной тенденции: это соотношение составляет 4:1 в пользу мужского пола.

Средний возраст наших пациентов составлял $40,89 \pm 18,12$ года, пик обращаемости наблюдался в группе 30–39 лет (30,98%), что совпадает с данными других авторов [25]. Это возраст максимальной социальной и профессиональной активности, когда ГБ, ведущая к значительной дезадаптации, серьезно снижает качество жизни и труда, что и заставляет пациентов активно обращаться к врачу. Снижение обращаемости после 60 лет (11,09%) может быть связано с несколькими факторами: как с естественным регрессом заболеваемости мигренью и ГБН с возрастом [26], так и с тем, что на первый план в жалобах пожилых пациентов выходят другие неврологические и соматические симптомы, с которыми они обращаются на поликлинический прием.

В нашей когорте пациентов мигрень была диагностирована у 1325 человек, среди которых мигрень без ауры (G43.0) выявлена у 52,61%, мигрень с аурой (G43.1) — у 21,66%, другой вид мигрени (G43.8) — у 8,37%, осложненная мигрень (G43.3) — у 1,43%, что является традиционным распределением подтипов данной нозологии [2]. Однако существенной доле обратившихся был выставлен диагноз «неуточненная мигрень (G43.9)» — 15,93%. Это может быть связано с несколькими факторами: недостаточностью информации о характеристиках и течении ГБ, собранной на первичном приеме; трансформацией ГБ; наличием атипичных форм или коморбидности, затрудняющей четкую верификацию формы мигрени по критериям МКГБ-3.

Интересной находкой нашего исследования является чрезвычайно высокая доля пациентов с хронической мигренью — 41,67%. Столь значительное преобладание тяжелой формы мигрени можно объяснить тем, что РЦНН является специализированным центром, в который обращаются (в том числе по направлению из региональных лечебно-профилактических учреждений) пациенты с неэффективным лечением по месту жительства. Это подтверждается высокой средней частотой ГБ ($19,45 \pm 6,77$ дня

в месяц) и показателями интенсивности боли ($8,33 \pm 1,54$ балла по ВАШ) в данной когорте, что свидетельствует о крайне высоком бремени заболевания и выраженной инвалидизации [27].

Несмотря на значительную частоту ГБ (среди всей группы G43 частота ГБ составила $17,60 \pm 6,91$ дня в месяц), значительная доля пациентов (около 70%) не получали профилактическую терапию ГБ до визита в РЦНН. Задержка с визитом к врачу, установлением диагноза и назначением лечения является причиной хронизации заболевания и появления резистентных форм ГБ. Подобное течение мигрени объясняет необходимость назначения многокомпонентной профилактической терапии (вазоактивных, антипароксизмальных, нейромодулирующих препаратов и др.), направленной на модуляцию работы нескольких звеньев тригемино-вазкулярного пути. После консультации невролога РЦНН 85,8% пациентов начали получать профилактическую терапию, причем 32,60% обратившихся потребовалась комбинация двух, а 14,94% — трех групп препаратов, что демонстрирует сложность ведения данной группы пациентов и обоснованность назначения комплексных схем в условиях хронического и резистентного течения мигрени. Низкая потребность в повторных визитах (67,7% пациентов обратились однократно) косвенно свидетельствует об эффективности разработанных в учреждении алгоритмов лечения пациентов, что позволяет передать дальнейшее наблюдение за течением заболевания на уровень лечебно-профилактического учреждения по месту жительства.

Заключение. Таким образом, в рамках ретроспективного анализа были подробно изучены структура и клинические характеристики первичной ГБ на амбулаторно-поликлиническом приеме неврологической клиники. Проведенное исследование позволило подчеркнуть проблему несвоевременной обращаемости пациентов с мигренью за специализированной помощью, что приводит к хронизации заболевания (41,67% пациентов имели хроническую мигрень) и необходимости назначения многокомпонентной профилактической терапии.

Ограничением исследования стал его одноцентровый дизайн, что не позволяет экстраполировать полученные данные на всю популяцию, однако дает точное представление о характере обращаемости в специализированную неврологическую клинику.

Дальнейшее глубокое и систематическое изучение распространенности и структуры ГБ имеет важное значение для разработки эффективных стратегий диагностики и лечения заболевания, а также оптимизации ресурсов медицинских учреждений и системы здравоохранения в целом.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. GBD 2021 Nervous System Disorders Collaborators. Global, regional, and national burden of disorders affecting the nervous system, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Neurol.* 2024 Apr;23(4):344–81. doi: 10.1016/S1474-4422(24)00038-3
2. 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
3. Lyngberg AC, Rasmussen BK, Jorgensen T, Jensen R. Has the prevalence of migraine and tension-type headache changed over a 12-year period? A Danish population survey. *Eur J Epidemiol.* 2005 Jan;20(3):243–9. doi: 10.1007/s10654-004-6519-2
4. Deuschl G, Beghi E, Fazekas F, et al. The burden of neurological diseases in Europe: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet Public Health.* 2020 Oct;5(10):e551–67. doi: 10.1016/S2468-2667(20)30190-0
5. Burish M. Cluster Headache and Other Trigeminal Autonomic Cephalalgias. *Continuum (Minneapolis).* 2018 Aug;24(4, Headache):1137–56. doi: 10.1212/CON.0000000000000625
6. Petersen AS, Lund N, Goadsby PJ, et al. Recent advances in diagnosing, managing,

- and understanding the pathophysiology of cluster headache. *Lancet Neurol.* 2024 Jul;23(7):712-24. doi: 10.1016/S1474-4422(24)00143-1
7. Dodick DW. Migraine. *Lancet.* 2018;391(10127):1315-30. doi: 10.1016/S0140-6736(18)30478-1
8. Buse DC, Loder EW, Gorman JA, et al. Sex differences in the prevalence, symptoms, and associated features of migraine, probable migraine and other severe headache: results of the American Migraine Prevalence and Prevention (AMPP) Study. *Headache.* 2013 Sep;53(8):1278-99. doi: 10.1111/head.12150
9. 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. *Neurologiya, neiropsikhiatriya, psichosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics.* 2015;7(1):19-26 (In Russ.). doi: 10.14412/2074-2711-2015-1-19-26
10. Stovner LJ, Hagen K, Linde M, Steiner TJ. The global prevalence of headache: an update, with analysis of the influences of methodological factors on prevalence estimates. *J Headache Pain.* 2022 Apr;23(1):34. doi: 10.1186/s10194-022-01402-2
11. Orr SL, Turner A, Kabbouche MA, et al. The Profile and Prognosis of Youth With Status Migrainosus: Results From an Observational Study. *Headache.* 2020 May;60(5):878-88. doi: 10.1111/head.13767
12. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем 10-го пересмотра, онлайн-версия. Доступно по ссылке: <https://mkb-10.com/> International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision, online version. Available at: <https://mkb-10.com/>
13. Igarashi H, Sano H, Kondo H, et al. Characteristics of patients who seek medical attention for headache and those who do not: cross-sectional survey and linked medical claims data analysis in Japan. *BMJ Open.* 2024 Apr;14(4):e077686. doi: 10.1136/bmjopen-2023-077686
14. Shimizu T, Sakai F, Miyake H, et al. Disability, quality of life, productivity impairment and employer costs of migraine in the workplace. *J Headache Pain.* 2021 Apr;22(1):29. doi: 10.1186/s10194-021-01243-5
15. Ayzenberg I, Katsarava Z, Sborowski A, et al. The prevalence of primary headache disorders in Russia: a countrywide survey. *Cephalalgia.* 2012 Apr;32(5):373-81. doi: 10.1177/0333102412438977
16. 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. *Euro J Neurol.* 2014 May;21(5):758-65. doi: 10.1111/ene.12380
17. Lebedeva ER, Kobzeva NR, Gilev D, Olesen J. Prevalence of primary headache disorders diagnosed according to ICHD-3 beta in three different social groups. *Cephalalgia.* 2016 May;36(6):579-88. doi: 10.1177/0333102415596442
18. Lipton RB, Bigal ME, Diamond M, et al. Migraine prevalence, disease burden, and the need for preventive therapy. *Neurology.* 2007 Jan;68(5):343-9. doi: 10.1212/01.wnl.0000252808.97649.21
19. Radtke A, Neuhauser H. Prevalence and burden of headache and migraine in Germany. *Headache.* 2009 Jan;49(1):79-89. doi: 10.1111/j.1526-4610.2008.01263.x
20. Кислова ЕА, Латышева НВ, Филатова ЕГ. Головная и лицевая боль в специализированной клинике боли: распространенность и коморбидность. *Медицинский алфавит.* 2023;(2):7-11. doi: 10.33667/2078-5631-2023-2-7-11
- Kislova EA, Latysheva NV, Filatova EG. Headache diagnoses in patients with orofacial pain at a specialized pain center. *Medicinskij alfavit = Medical alphabet.* 2023;(2):7-11 (In Russ.). doi: 10.33667/2078-5631-2023-2-7-11
21. Ge R, Chang J. Disease burden of migraine and tension-type headache in non-high-income East and Southeast Asia from 1990 to 2019. *J Headache Pain.* 2023 Mar;24(1):32. doi: 10.1186/s10194-023-01566-5
22. Pavlovic JM. Headache in Women. *Continuum (Minneapolis Minn).* 2021 Jun;27(3):686-702. doi: 10.1212/CON.0000000000001010
23. Ashina S, Mitsikostas DD, Lee MJ, et al. Tension-type headache. *Nat Rev Dis Primers.* 2021 Mar;7(1):24. doi: 10.1038/s41572-021-00257-2
24. Kim SA, Choi SY, Youn MS, et al. Epidemiology, burden and clinical spectrum of cluster headache: a global update. *Cephalalgia.* 2023 Sep;43(9):3331024231201577. doi: 10.1177/03331024231201577
25. Ashina M, Katsarava Z, Do TP, et al. Migraine: epidemiology and systems of care. *Lancet.* 2021 Apr;397(10283):1485-95. doi: 10.1016/S0140-6736(20)32160-7
26. Sharma TL. Common Primary and Secondary Causes of Headache in the Elderly. *Headache.* 2018 Mar;58(3):479-84. doi: 10.1111/head.13252
27. Buse DC, Fanning KM, Reed ML, et al. Life With Migraine: Effects on Relationships, Career, and Finances From the Chronic Migraine Epidemiology and Outcomes (CaMEO) Study. *Headache.* 2019 Sep;59(8):1286-99. doi: 10.1111/head.13613

Поступила / отрецензирована / принята к печати

Received / Reviewed / Accepted

26.09.2025 / 26.11.2025 / 27.11.2025

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.

Белопасова А.В. <https://orcid.org/0000-0003-3124-2443>

Добрынина Л.А. <https://orcid.org/0000-0001-9929-2725>

Афанасьев М.А. <https://orcid.org/0000-0001-5552-3704>

Степаненко А.Г. <https://orcid.org/0000-0002-3502-0709>

Копылова А.П. <https://orcid.org/0009-0005-1148-9205>

Байдина Е.В. <https://orcid.org/0000-0001-5911-5855>

Князева Н.М. <https://orcid.org/0009-0007-6511-8703>