

Кондратьев А.В.¹, Шульмин А.В.², Шнайдер Н.А.^{1,2}, Ломакин А.И.¹

¹ФГБУЗ Клиническая больница №51 ФМБА России, Железнодорожск, Россия; ²ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, Красноярск, Россия
¹662971, Красноярский край, ЗАТО Железнодорожск, Железнодорожск, ул. Кирова, 5; ²660022, Красноярский край, Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1

Головная боль как медико-социальная проблема (обзор литературы)

Представлен обзор зарубежной и отечественной литературы, посвященной организации лечения головной боли (ГБ). Убедительно доказано экономическое бремя ГБ. Установлена низкая обращаемость пациентов с ГБ за медицинской помощью – 20–60%. Зачастую это связано с неверием в успех консультации врача. Рассмотрены разнообразные модели ведения пациентов с ГБ за рубежом. Отмечена низкая достоверность диагноза, установленного при анкетном опросе. Описаны возможности ведения пациентов с применением телекоммуникаций – телефонного и интернет-консультирования.

В России существенно меньше вариантов организации лечения пациентов с ГБ, при этом имеющиеся модели тяготеют к зарубежным образцам. Описана мировая и российская практика образования врачей, подчеркнута необходимость проведения образовательных занятий с пациентами, страдающими ГБ. Рассмотрены сайты, на которых и врач, и пациент могут получить актуальную информацию о ГБ.

Ключевые слова: головная боль; организация лечения; бремя головной боли; менеджмент; обзор.

Контакты: Алексей Валериевич Кондратьев; kondrate-aleksej@yandex.ru

Для ссылки: Кондратьев АВ, Шульмин АВ, Шнайдер НА, Ломакин АИ. Головная боль как медико-социальная проблема (обзор литературы). *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2017;9(2):83–88.

Headache as a sociomedical problem: A review of literature

Kondratyev A.V.¹, Shulmin A.V.², Shnayder N.A.^{1,2}, Lomakin A.I.¹

¹Clinical Hospital Fifty-One, Federal Biomedical Agency of Russia, Zheleznogorsk, Russia; ²Prof. V.F. Voyno-Yasensky Krasnoyarsk State Medical University, Ministry of Health of Russia, Krasnoyarsk, Russia

¹5, Kirov St., Zheleznogorsk, Krasnoyarsk Territory 662971; ²1, Partisan Zheleznyak St., Krasnoyarsk, Krasnoyarsk Territory 660022

The article reviews foreign and Russian literature on the organization of headache (HA) treatment. The economic burden of HA has been convincingly proven. The medical aid appealability of patients with HA has been established to be low (20–60%). This is frequently due to a lack of confidence in the success of a doctor's advice. The paper considers various models for the management of patients with HA in foreign countries. There is a low reliability of the diagnosis established during questionnaire surveys. Whether the patients can be managed using telecommunications, such as telephone and online counseling, is described.

In Russia, there are substantially fewer treatment options for patients with HA; at the same time the available models are inclined to foreign ones. The paper describes world and Russian practices in educating the physicians and underlines the need for patients with HA to have educational classes. The sites where both the doctor and the patient can receive relevant information about HA are considered.

Keywords: headache; organization of treatment; burden of headache; management; review.

Contact: Alexey Valerievich Kondratyev; kondrate-aleksej@yandex.ru

For reference: Kondratyev AV, Shulmin AV, Shnayder NA, Lomakin AI. Headache as a sociomedical problem: A review of literature. *Neurologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics*. 2017;9(2):83–88.

DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/2074-2711-2017-2-83-88>

Значение проблемы головной боли (ГБ) в обществе определяется ее высокой распространенностью [1], тяжелым бременем для пациентов и общества, низким уровнем диагностики, необходимостью оказания специализированной медицинской помощи и трудностью терапии основных форм цефалгий, высоким риском развития абюзусной ГБ на фоне самолечения (бесконтрольный прием анальгетиков). Все это ведет к снижению качества жизни, социально-бытовой и трудовой адаптации пациентов.

Экономическое бремя ГБ

В опубликованном в октябре 2012 г. информационном бюллетене ВОЗ указано, что в Соединенном Королевстве

Великобритании и Северной Ирландии из-за одной только мигрени ежегодно теряется около 25 млн рабочих или учебных дней; 50% пациентов с ГБ занимаются самолечением [2]. В Европе в 2010 г. общий ежегодный ущерб, связанный с лечением ГБ, составил 43,5 млрд евро (для сравнения: на лечение инсульта потребовалось 64,1 млрд евро; черепно-мозговой травмы – 33,0 млрд евро); средний ущерб на 1 пациента с ГБ равнялся 285 евро [3]. 81% жителей Глострупа (Дания) отмечали эпизоды заметного снижения работоспособности в связи с ГБ; 98% подтверждали эпизодические или регулярные расходы на покупку препаратов для лечения ГБ [4]. В целом в Дании ГБ является причиной 20% всех дней временной нетрудоспособности. Прямые и косвенные экономи-

ческие потери в связи с ГБ на период исследования (2004 г.) оценивались в 100 тыс. долларов США на 1 млн населения в год [5]. В Китае в провинциях Гуандун и Гуанси вследствие первичной ГБ средний доход домашних хозяйств снижался на 2,1–3,7% в год [6].

В России до 70% и более затрат, связанных с основными типами ГБ (мигренью и ГБ напряжения), составляют не прямые расходы, в основном в связи с отсутствием пациента на работе и снижением эффективности труда. По расчетам автора, ущерб от 1 дня нетрудоспособности больного с мигренью в 2008 г. (с учетом прямых и непрямых расходов) составлял 1396–1776 руб. Общее экономическое бремя мигрени для страны в тот период достигало 88,4 млрд рублей в год [6]. Средняя стоимость лечения ГБ в нашей стране в 2014 г. составляла 455–494 руб. в месяц на 1 пациента [7, 8].

Низкая обращаемость пациентов с ГБ за медицинской помощью и неудовлетворительные результаты ее лечения

Частота ГБ в России и за рубежом, указанная в большинстве публикаций, достигает 50–60%. Однако в обществе и среди руководителей здравоохранения распространено мнение, что ГБ — это незначительные или тривиальные жалобы. Многие люди не считают ГБ серьезным поводом для обращения к врачу.

По данным R.V. Lipton и соавт. [9], в США каждый 3-й больной мигренью никогда не обращался за медицинской помощью по поводу ГБ, что является основной причиной поздней диагностики заболевания и отсутствия адекватного лечения. В шведском исследовании почти 30% пациентов с мигренью не обращались за медицинской помощью, хотя считали, что нуждаются в ней, при этом наиболее часто в качестве причины упоминалось неверие в эффективность лечения [10]. В масштабном эпидемиологическом исследовании MAZE, охватившем Великобританию, Францию, Германию, Италию и США, было показано, что в среднем 52% пациентов с мигренью не обращаются к врачу. Были выяснены причины такого поведения пациентов. Так, 32% пациентов отметили, что не нуждаются в консультации врача, поскольку безрецептурные анальгетики эффективно купируют приступ ГБ; 28% считают мигрень «просто ГБ» и не видят необходимости в специальном лечении; 10% полагают, что врач не поможет, а 6% ранее уже имели неудачный опыт посещения врача и лечения [11]. В другом исследовании было опрошено 248 граждан Исламабада (Пакистан), среди которых 87,9% страдали ГБ, из них 81,7% не обращались к врачу, занимаясь самолечением; 84,7% утверждали, что довольны самолечением [12]. В Северной Корее проведено обследование 1507 пациентов в возрасте 19–69 лет. Частота ГБ составила 48,1%. Менее половины (40,7%) пациентов с ГБ консультировались у врача, а 40,7% не получали лечения [13].

Проведенное в Италии исследование показало, что пациенты с ГБ обнаруживают существование специализированной медицинской службы по лечению ГБ, как правило, через несколько лет после дебюта заболевания [14].

В Хорватии 15% населения страдает от мигрени, 20,6% — от головной боли напряжения (ГБН) и 2,4% — от хронической ГБ. Исследование выявило, что 50% пациентов с ГБ и 36,3% пациентов с мигренью никогда не посещали врача.

Из тех, кто посещал врача по поводу ГБ, четверть были полностью удовлетворены лечением, а примерно половина — удовлетворены частично. Причинами этого авторы считают нехватку времени при осмотре пациента и недостаточное знание врачами особенностей первичной ГБ [15].

Н.Л. Стариковой и Н.В. Костенковой [16] опрошены 62 врача и 30 пациентов, наблюдающихся в амбулаторно-поликлинических учреждениях по поводу ГБ: 31% пациентов и 16% врачей считали лечение цефалгии бесперспективным; 76% врачей предположили, что пациенты преувеличивают интенсивность ГБ, в то же время 23% больных отметили, что не обращаются за медицинской помощью из-за опасения встретить пренебрежение со стороны врача. В 2009 г. проведено глобальное онлайн-исследование Nielsen, в котором участвовали более 26 тыс. интернет-пользователей из 54 стран мира, в том числе из России [17]. В России жалобы на ГБ предъявляли 50% опрошенных. Для избавления от ГБ российские респонденты чаще всего предпочитали купить безрецептурный препарат в аптеке (48%), воспользоваться лекарством из домашней аптечки (45%) или народным средством (36%). Лишь 17% опрошенных ответили, что обратятся к врачу. Причем 56% опрошенных россиян при выборе препарата от ГБ руководствуются рекомендациями фармацевта аптеки.

Крупное исследование (n=3124), посвященное анализу организации помощи больным с ГБ, проведено Е.Р. Лебедевой и соавт. [18]. Выявлены следующие проблемы: 1) недостаточная обращаемость пациентов к врачам — несмотря на высокую распространенность всех форм первичной ГБ (67%), лишь 23% пациентов обращались к врачу; 2) неполноценная диагностика ГБ: лишь 12% пациентов был правильно поставлен диагноз мигрени и 9% диагноз ГБН; 3) профилактическое лечение было назначено всего 2 (0,4%) пациентам. В другом российском исследовании причинами отказа от посещения врача были: недоверие врачам (81,6%), недоступность или отсутствие специалистов по лечению ГБ, нежелание стоять в очереди или платить за консультацию (59,7%), отсутствие необходимости в консультации врача (47,4%), боязнь выявления тяжелого заболевания (19,2%) [19].

В исследовании Ю.Э. Азимовой и соавт. [20] доля пациентов с хронической ГБ составила 37,3%, в то время как, по общемировым данным, встречаемость этого вида ГБ варьирует от 1,7 до 4% [21]. Это говорит о несвоевременности выявления и лечения ГБ в России, что приводит к частой хронизации боли, развитию лекарственного злоупотребления и ухудшению качества жизни пациентов.

Отказ от медицинской помощи еще более затрудняет оценку экономического ущерба от ГБ и, вероятно, увеличивает этот ущерб.

Организация медицинской помощи пациентам с ГБ за рубежом

Согласно международным стандартам, большинству пациентов, особенно с первичной ГБ, диагноз должен быть установлен на этапе первичной медицинской помощи, т. е. терапевтом в поликлинике (*первый уровень*). *Второй уровень* обеспечивается неврологами, обладающими специальными знаниями в области цефалгологии. Такие специалисты могут работать в диагностических кабинетах ГБ при городских амбулаторных отделениях, больницах и клиничко-диагно-

стических центрах. Наконец, *третий уровень* включает специализированные междисциплинарные центры ГБ, которых в 19 европейских странах, США и Японии в настоящее время насчитывается более тысячи [22]. R.V. Lipton и соавт. [23] было показано, что качество медицинской помощи пациентам с ГБ в Нью-Йорке выше всего в специализированных центрах, но подобные клиники могут принять лишь 4% таких больных.

Лечение ГБ обычно осуществляется в амбулаторных условиях. Однако существует группа пациентов с высокой частотой и интенсивностью ГБ, которые неизбежно попадают в стационар, что значительно увеличивает затраты на лечение. Ни одно из исследований, зарегистрированных на сегодняшний день, не обеспечивает доказательности большей эффективности стационарного или амбулаторного лечения ГБ. Представители Консорциума головной боли США (US Headache Guidelines Consortium) и Национального фонда головной боли (National headache foundation) также пока не могут однозначно определить показания для госпитализации пациентов с ГБ в круглосуточный стационар, однако высказывают мнение о необходимости лечения таких пациентов в специализированных блоках/отделениях ГБ [24].

В отделение неотложной помощи госпиталя Брешии (Италия) с января 2005 г. по декабрь 2009 г. обратились 7495 пациентов с жалобами на ГБ, не связанную с травмой: 72% из них были направлены на амбулаторное лечение; 22% госпитализированы. С 2005 по 2009 г. отмечено снижение количества госпитализаций в связи с ГБ (с 15 до 9,9% в отделение неврологии и с 26 до 18,9% в остальные отделения). Наиболее значительным это снижение было в 2007–2008 гг., когда были приняты единые для госпиталя алгоритмы диагностики и лечения ГБ [25].

В Австрии центры по лечению ГБ имеются в 7 из 9 земель. K. Zebenholzer и соавт. [26] приводят данные по 8 центрам. Пациенты самостоятельно заполняли анкеты EURO-LIGHT. Кроме того, лечащий невролог заполнял историю болезни (клинический диагноз и применение лекарственных препаратов). Была сопоставлена 441 анкета и история болезней пациентов. Согласованность клинического и анкетного диагнозов была хорошей для эпизодической ГБ и умеренной для хронической ГБ. Лечение в остром периоде получали 90,9% пациентов, профилактическое лечение — 34%. Авторы статьи считают необоснованно низким уровень профилактического лечения ГБ.

R.V. Lipton и S.D. Silberstein [27] указывают на чрезвычайную вариабельность лечения пациентов с мигренью в зависимости от клинических проявлений, индивидуальной эффективности применяемых препаратов, пожеланий пациента. Однако, невзирая на индивидуальные особенности, авторы рекомендуют стратифицировать пациентов с мигренью и в каждой группе придерживаться определенного протокола ведения.

Специалисты университетской клиники Акерсхус (Осло, Норвегия) считают, что анкетные опросы можно использовать для скрининга ГБ. Тем не менее точный диагноз требует консультации врача, имеющего опыт диагностики ГБ [28].

В центре по лечению ГБ «G. d'Annunzio» (Кьети, Италия) было проведено сравнение двух типов консультирования пациентов с хронической или эпизодической ГБ — очное и по телефону — в течение 13 нед. Каждая группа вклю-

чала 31 пациента. Частота возникновения ГБ в обеих группах была одинакова, однако интенсивность ГБ в группе, консультированной по телефону, снизилась заметнее. Пациенты этой группы отмечали психическое благополучие в связи с отсутствием необходимости затрачивать дополнительное время на посещение врача, личный контакт с врачом и подобными пациентами в очереди на прием к врачу. Телефонное консультирование позволяет уменьшить экономическую составляющую медицинской помощи больным ГБ [29].

Исследователи из Университета г. Уппсала (Швеция) применили следующую схему лечения ГБ: пациента включали в интернет-программу самопомощи при ГБ, при этом дополнительно проводились еженедельные консультации с врачом по телефону. Было выявлено существенное снижение частоты и интенсивности ГБ, связанной с депрессией, стрессом и неправильными поведенческими стратегиями. При этом не отмечено значимого отрицательного влияния телефонных консультаций на результаты лечения. К недостаткам исследования следует отнести малое количество участников: 44 в основной и 8 в контрольной группах [30].

Европейская федерация головной боли настоятельно рекомендует подтверждать («второе мнение») диагноз ГБ с помощью телемедицинских консультаций всех пациентов с ГБ сначала в виде заполнения врачом анкеты на сайте федерации, затем, при необходимости, посредством проведения интервью с консультантом также с использованием средств телемедицины [31].

За рубежом существует несколько крупных общественных организаций, координирующих проблемы изучения и лечения ГБ: Всемирный альянс головной боли (World Headache Alliance; www.w-h-a.org), Международное общество головной боли (International Headache Society; www.i-h-s.org), Европейская федерация головной боли (European Headache Federation; www.ehf-org.org).

Организация медицинской помощи пациентам с ГБ в России

По данным В.А. Парфенова и Д.В. Неверовского [32], Н.Н. Яхно и соавт. [33], значительная часть пациентов с первичной ГБ наблюдаются в нашей стране с диагнозами «дисциркуляторная энцефалопатия», «хроническая ишемия головного мозга» и т. п. и получают неадекватное лечение.

В.А. Парфенов и Д.В. Неверовский [32] обследовали 50 больных, длительно наблюдавшихся в одной из поликлиник Санкт-Петербурга с диагнозом «дисциркуляторная энцефалопатия», почти у каждого 4-го (24%) из этих пациентов выявлена первичная ГБ.

Общезвестна традиционная российская модель помощи больному с ГБ: неоднократные осмотры невролога, нейровизуализация, в редких случаях — стационарное лечение в неврологических или общетерапевтических отделениях. Однако в литературе мы обнаружили несколько предложений альтернативных схем лечения. Так, В.А. Головачева и соавт. [34] предлагают комплексное лечение хронической ежедневной ГБ с использованием: стандартной фармакотерапии, образовательной программы для пациента, когнитивно-поведенческой терапии, других нелекарственных методов.

И.В. Фокин [35] описывает трехступенчатую модель, максимально приближенную к зарубежным образцам: 1) первичное звено: терапевты и врачи общей практики, которые обес-

печивают лечение 80–90% пациентов с ГБ; 2) вторичное звено: неврологи, которые осматривают 1015% пациентов, не получивших достаточную помощь на первом этапе, и назначают дополнительные исследования; 3) третичное звено: стационар, куда, по прогнозам автора, попадут 510% пациентов с ГБ. Сразу на третий уровень поступают пациенты с тяжелой некупируемой ГБ, которые составят около 3%. К третичному же звену относятся специализированные клиники головной боли, однако автор отмечает их небюджетное финансирование.

По сведениям того же автора, в случаях лечения мигрени в специализированных центрах ГБ удается добиться снижения средней частоты приступов в 2 раза, интенсивности ГБ (по визуальной аналоговой шкале) в 3 раза, суммарной продолжительности ГБ в течение месяца в 3,5 раза. Экономия прямых расходов при лечении пациентов в центре ГБ составляет в среднем 10,3% по сравнению с аналогичными расходами на лечение в неспециализированных клиниках. Потенциальная экономия прямых медицинских расходов в России при лечении всех пациентов с тяжелой ГБ в специализированных центрах составила бы около 1,9 млрд руб. в год. Снижение потерь ВВП России могло бы достигать около 8 млрд руб. в год [36].

А.С. Ивановым [37] предложена модель ранней диагностики и первичной профилактики ГБ у студентов. Помощь реализуется в три этапа: экспресс-диагностика с помощью анкет, осмотр специалистом лиц из выявленной группы риска, специализированная профилактика, неврологическая терапия и динамическое наблюдение при необходимости.

В.А. Головачева и соавт. [38] считают, что организация лечения пациентов с лекарственно-индуцированной ГБ обязательно должна включать: 1) обучение пациента; 2) детоксикационную терапию; 3) лечение симптомов, вызванных отменой препарата(ов), в том числе «ГБ отмены»; 4) индивидуальную профилактическую терапию исходной формы ГБ (мигрени или ГБН). При этом авторы подчеркивают важность поведенческих методов лечения.

Обучение врачей

В 2007 г. Европейской федерацией головной боли и Глобальной кампанией по уменьшению бремени головной боли в мире разработаны и широко используются Европейские принципы ведения пациентов с наиболее распространенными формами ГБ [39]. В 2010 г. вышла русскоязычная версия этого руководства.

Датским центром головной боли с 2004 г. проводятся школы ГБ для врачей, разработаны образовательные программы, стандарты и тесты. Для стран, которые хотят снизить стоимость обучения, создана аналогичная программа «Видеошкола», научный уровень которой также достаточно высок [40]. В 2012 г. Датским обществом головной боли издана вторая редакция Датского руководства по диагностике и лечению ГБ [41].

По информации из Университета Павии (Италия), ежегодные летние школы ГБ организованы в разных стра-

нах Европы. Кроме того, летняя школа ГБ постоянно (раз в 2 года) проводится в Кембридже. В некоторых центрах участники этих программ могут в течение длительного времени заниматься клинической практикой и исследованиями. В связи с относительным ограничением национальных медицинских бюджетов дополнительно проводятся краткосрочные недорогие курсы обучения [42].

В 2007 г. создано Российское общество по изучению головной боли (РОИГБ), которое координирует научную работу по этой проблеме, является инициатором проведения регулярных (раз в 2 года) тематических конференций и ежегодных обучающих семинаров по проблеме цефалгий в различных российских регионах [22].

Повышение осведомленности пациентов о профилактике ГБ и образе жизни

По мнению Р. Martelletti [43], лечение ГБ требует не только фармакотерапии, но и изменения образа жизни, гигиены сна и полной информированности пациента о заболевании в доступной для него форме. Поэтому важное значение приобретает образование пациентов с ГБ.

Авторы из Университета Монаша (Австралия) рекомендуют составлять образовательные программы для пациентов с ГБ, при этом стратегию «избегания провоцирующих факторов» заменять на стратегию «преодоления провоцирующих факторов» [44]. В Австралии при использовании поведенческих стратегий преодоления частота возникновения ГБ снизилась на 50%, а прием лекарств – на 50% [45].

В России существуют интернет-сайты [46–49], на которых можно получить информацию о проблемах ГБ.

Заключение

Таким образом, ГБ – это не только тяжелое бремя для пациентов, но и социально-экономические потери, для снижения которых необходимо развитие существующих и создание новых программ преодоления ГБ для врачей и пациентов. В большинстве экономически развитых стран пациентов с ГБ ведут врачи общей практики, при необходимости их консультирует невролог, при неэффективности лечения такой пациент может быть направлен в центр по лечению ГБ. В России реально действующих программ по лечению ГБ в настоящий момент нет, центры по лечению ГБ малочисленны и малодоступны для пациентов, не используются психологические методы терапии. Экономическая ситуация в стране не позволит в ближайшие годы увеличить число специализированных центров ГБ, но выходом из сложившейся ситуации может стать введение в штат лечебно-профилактического учреждения специалиста-цефалголога, подготовка которого не требует существенных затрат. Достаточно одного цефалголога на большое ЛПУ или на несколько малых ЛПУ. Кроме того, учитывая зарубежный опыт, уже в настоящее время возможно создание системы телемедицинских консультаций пациентов и дистанционного обучения специалистов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кондратьев АВ, Шнайдер НА, Шульмин АВ. Эпидемиология головных болей. Современные проблемы науки и образования. 2015;(6):23-4. [Kondrat'ev AV,

Shnaider NA, Shul'min AV. Epidemiology of headaches. *Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya*. 2015;(6):23-4. (In Russ.).]

2. Головные боли. Информационный бюл-

летень Всемирной организации здравоохранения № 277, октябрь 2012 г. [Headaches. Information Bulletin of the World Health Organization No. 277, October 2012].

3. Олесен Е, Густавссон А, Свенссон М и др. Экономические затраты от заболеваний мозга в Европе. Уральский медицинский журнал. 2012;(5):5-12. [Olesen J, Gustavsson A, Svensson M, et al. The economic cost of brain disorders in Europe. *Ural'skii meditsinskii zhurnal*. 2012;(5):5-12. (In Russ.)].
4. Vinding GR, Zeeberg P, Lyngberg A, et al. The burden of headache in a patient population from a specialized headache centre. *Cephalalgia*. 2007 Mar;27(3):263-70.
5. Jensen R, Rasmussen BK. Burden of headache. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. 2004 Jun;4(3):353-9. doi: 10.1586/14737167.4.3.353.
6. Luo N, Qi W, Tong W, et al. Prevalence and burden of headache disorders in two neighboring provinces of China. *J Clin Neurosci*. 2014 Oct;21(10):1750-4. doi: 10.1016/j.jocn.2014.01.023. Epub 2014 May 28.
7. Фокин ИВ. Оптимизация медико-экономической помощи больным мигренью на основе клинико-экономического анализа и оценки качества жизни. Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. Москва; 2008. 52 с. [Fokin IV. Optimization of medical and economic assistance to patients with migraine-based clinical and economic analysis and evaluation of the quality of life. Autoref. diss. ... doct. med. sci. Moscow; 2008: 52 p.]
8. 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.
9. Lipton RB, Scher AI, Kolodner K, et al. Migraine in the United States: epidemiology and patterns of health care use. *Neurology*. 2002 Mar 26;58(6):885-94.
10. Molarius A, Tegelberg A. Recurrent headache and migraine as a public health problem — a population-based study in Sweden. *Headache*. 2006 Jan;46(1):73-81.
11. MacGregor EA, Brandes J, Eikermann A. Migraine prevalence and treatment patterns: the global migraine and zolmitriptan evaluation survey. *Headache*. 2003 Jan;43(1):19-26.
12. Ghumman SS, Nadeem M, Nawaz AJ, et al. Self-management of headache: a cross-sectional survey in the General Public of Islamabad. *J Pak Med Assoc*. 2013 Sep;63(9):1210-4.
13. Park JW, Moon HS, Kim JM, et al. Chronic daily headache in Korea: prevalence, clinical characteristics, medical consultation and management. *J Clin Neurol*. 2014 Jul;10(3):236-43. doi: 10.3988/jcn.2014.10.3.236. Epub 2014 Jul 3.
14. Tassorelli C, Farm I, Kettinen H, et al. Access to care—an unmet need in headache management? *J Headache Pain*. 2014 Apr 17;15:20. doi: 10.1186/1129-2377-15-20.
15. Cvetkovich VV. Is the management of migraine and tension headache in Croatia satisfactory? *Acta Med Croatica*. 2013 Dec;67(5):415-24.
16. Старикова НЛ, Костенкова НВ. Проблема взаимоотношений врача и пациента в лечении цефалгии: результаты анкетного опроса. Российский журнал боли. 2010;(2):21-4. [Starikova NL, Kostenkova NV. Doctor — patient relations problem in treatment of cephalgia: questionnaire results. *Rossiiskii zhurnal boli*. 2010;(2):21-4. (In Russ.)].
17. Глобальное исследование Nielsen [The Nielsen global survey]. <http://www.advertology.ru/article50276.htm>
18. Лебедева ЕР, Кобзева НР, Гилев ДВ и др. Анализ организации медицинской помощи и ведения больных с первичными головными болями. Уральский медицинский журнал. 2014;(6):174-82. [Lebedeva ER, Kobzeva NR, Gilev DV, et al. Analysis of organization of healthcare and management of patients with primary headache disorders. *Ural'skii meditsinskii zhurnal*. 2014;(6):174-82 (In Russ.)].
19. Азимова ЮЭ. Распространенность головных болей и причины необращения к врачу по поводу головной боли по данным интернет-опроса. Материалы межрегиональной научно-практической конференции «Головная боль — актуальная междисциплинарная проблема». Смоленск; 2009. 122 с. [Azimova YuE. *Rasprostranennost' golovnykh bolei i prichiny neobrashcheniya k vrachu po povodu golovnoi boli po dannym Internet-oprosa*. *Materialy mezhtsestvennoi nauchno-prakticheskoi konferentsii «Golovnaya bol' — aktual'naya mezhdistsiplinarnaya problema»* [The prevalence of headaches and the causes of the failure to seek to doctor about headache according to the online survey. Materials of the interregional scientific-practical conference «Headache — relevant interdisciplinary problem»]. Smolensk; 2009. 122 p.]
20. Азимова ЮЭ, Сергеев АВ, Осипова ВВ и др. Диагностика и лечение головных болей в России: результаты анкетного опроса врачей. Российский журнал боли. 2010;(3-4):12-7. [Azimova YuE, Sergeev AV, Osipova VV, et al. Cephalgia diagnostics and treatment in Russia: physician questionnaire survey results. *Rossiiskii zhurnal boli*. 2010;(3-4):12-7. (In Russ.)].
21. Atlas of headache disorders and resources in the world 2011. *World Health Organization*. Geneva; 2011. 72 p.
22. Осипова ВВ, Азимова ЮЭ, Табеева ГР и др. Диагностика головных болей в России и странах постсоветского пространства: состоящие проблемы и пути её решения. Анналы клинической и экспериментальной неврологии. 2012;6(2):16-22. [Osipova VV, Azimova YuE, Tabeeva GR, et al. Diagnosis of headaches in Russia and countries of the former Soviet Union: state of the problem and ways to solve it. *Annaly klinicheskoi i eksperimentalnoi neurologii*. 2012;6(2):16-22. (In Russ.)].
23. Lipton RB, Hamelsky SW, Dayno JM. What do patients with migraine want from acute migraine treatment? *Headache*. 2002 Jan;42 Suppl 1:3-9.
24. Freitag FG, Lake A, Lipton R, et al. Inpatient treatment of headache: an evidence-based assessment. *Headache*. 2004 Apr;44(4):342-60.
25. Pari E, Rinaldi F, Gipponi S, et al. Management of headache disorders in the Emergency Department setting. *Neurol Sci*. 2015 Jul;36(7):1153-60. doi: 10.1007/s10072-015-2148-7. Epub 2015 Mar 10.
26. Zebeholzer K, Andree C, Lechner A, et al. Prevalence, management and burden of episodic and chronic headaches—a cross-sectional multicentre study in eight Austrian headache centres. *J Headache Pain*. 2015;16:531. doi: 10.1186/s10194-015-0531-7. Epub 2015 May 19.
27. Lipton RB, Silberstein SD. The role of headache-related disability in migraine management: implications for headache treatment guidelines. *Neurology*. 2001;56(6 Suppl 1):S35-42.
28. Russell MB, Aaseth K, Grande RB, et al. Which strategy should be applied? Design of a Norwegian epidemiological survey on chronic headache. *Acta Neurol Scand Suppl*. 2007;187:59-63.
29. Cicolini G, Palma E, Tafuri E, et al. Effectiveness of the telephonic-case-management for treatment of headache. A pilot study. *Prof Inferm*. 2011 Jul-Sep;64(3):173-8.
30. Andersson G, Lundström P, Ström L. Internet-based treatment of headache: does telephone contact add anything? *Headache*. 2003 Apr;43(4):353-61.
31. Pereira-Monteiro J, Wysocka-Bakowska MM, Katsarava Z, et al. Guidelines for telematic second opinion consultation on headaches in Europe: on behalf of the European Headache Federation (EHF). *J Headache Pain*. 2010 Aug;11(4):345-8. doi: 10.1007/s10194-010-0211-6. Epub 2010 Apr 7.
32. Парфенов ВА, Неверовский ДВ. Ведение пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией в амбулаторной практике. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2015;7(1):37-42. [Parfenov VA, Neverovskiy DV. Outpatient management of patients with dyscirculatory encephalopathy. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2015;7(1):37-42. (In Russ.)]. doi: 10.14412/2074-2711-2015-1-37-42
33. Яхно НН, Парфенов ВА, Алексеев ВВ. Головная боль (справочное руководство для врачей). Москва: Р-врач; 2000. 150 с. [Yakhno NN, Parfenov VA, Alekseev VV. *Golovnaya bol' (spravocnoe rukovodstvo dlya vrachei)* [Headache (reference guide for physicians)]. Moscow: R-vrach; 2000. 150 p.]
34. Головачева ВА, Парфенов ВА, Захаров ВВ. Лечение хронической ежедневной головной боли с использованием дополнительных и альтернативных методов. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics. 2015;7(2):35-41. (In Russ.)]. doi: 10.14412/2074-2711-2015-2-35-41
35. Фокин ИВ. Актуальные проблемы орга-

низации медицинской помощи при головной боли. Здоровье и образование в XXI веке. 2014;16(3):72-5. [Fokin IV. Actual problems of medical care for headache. *Zdorov'e i obrazovanie v XXI veke*. 2014;16(3):72-5. (In Russ.)].

36. Фокин ИВ. Головная боль: основы организации медицинской помощи: монография. Москва: Демиург–АРТ; 2008. 165 с. [Fokin IV. *Golovnaya bol': osnovy organizatsii meditsinskoj pomoshchi: monografiya* [Headache: the basics of medical care: monograph]. Moscow: Demiurg–ART; 2008. 165 p.]

37. Иванов АС. Комплексное медико-социальное исследование головной боли у студентов медицинского ВУЗа и пути её профилактики. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Казань; 2011. 23 с. [Ivanov AS. Comprehensive medical and social research of headache in medical students and ways of its prevention. Autoref. diss. ... cand. med. sci. Kazan; 2011. 23 p.]

38. Головачева ВА, Парфенов ВА, Табеева ГР.

Лечение пациентов с лекарственно индуцированной головной болью. Невроньюс (неврологические новости). 2014;(2):11-3. [Golovacheva VA, Parfenov VA, Tabeeva GR. Treatment of patients with medical overuse headache. *Nevron'yus (nevrologicheskie novosti)*. 2014;(2):11-3. (In Russ.)].

39. Steiner TJ, Paemeliere K, Jensen R, et al. European principles of management of common headache disorders in primary care. *J Headache Pain*. 2007 Oct;8 Suppl 1:S3-47.

40. Jensen R, Mitsikostas DD, Valade D, et al. Guidelines for the organization of headache education in Europe: the headache school II. *J Headache Pain*. 2010 Apr;11(2):161-5. doi: 10.1007/s10194-010-0195-2. Epub 2010 Feb 24.

41. Bendtsen L, Birk S, Kasch H, et al. Reference programme: diagnosis and treatment of headache disorders and facial pain. Danish Headache Society, 2nd Edition, 2012. *J Headache Pain*. 2012 Feb;13 Suppl 1:S1-29. doi: 10.1007/s10194-011-0402-9.

42. Antonaci F, Lbinez JM, Diener HC, et al. Guidelines for the organization of headache education in Europe: the headache school. *Funct Neurol*. 2005 Apr-Jun;20(2):89-93.

43. Martelletti P. Cluster headache management and beyond. *Expert Opin Pharmacother*. 2015; 16(10):1411-5. doi: 10.1517/14656566.2015.1052741. Epub 2015 Jun 1.

44. Martin PR, MacLeod C. Behavioral management of headache triggers: Avoidance of triggers is an inadequate strategy. *Clin Psychol Rev*. 2009 Aug;29(6):483-95. doi: 10.1016/j.cpr.2009.05.002. Epub 2009 Jun 7.

45. Martin PR, Reece J, Callan M, et al. Behavioral management of the triggers of recurrent headache: a randomized controlled trial. *Behav Res Ther*. 2014 Oct;61:1-11. doi: 10.1016/j.brat.2014.07.002. Epub 2014 Jul 16.

46. <http://www.headache-society.ru>

47. <http://www.paininfo.ru>

48. <http://www.migreni.net>

49. <http://www.shkolaGB.ru>

Поступила 30.12.2016

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

Исследование не имело спонсорской поддержки. 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.