

Лебедева Е.Р.¹, Кобзева Н.Р.¹, Гилев Д.В.², Олесен Е.³

¹ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Екатеринбург, Россия;

²Высшая школа экономики Уральского федерального университета, ³Университет Копенгагена, Дания

¹620219, Екатеринбург, ул. Репина, 3

²620002, Свердловская область, Екатеринбург, ул. Мира, 19

³Norregade 10, 1165 Kobenhavn, Denmark

Анализ качества диагностики и лечения первичной головной боли в разных социальных группах Уральского региона

Целью настоящей работы был анализ качества диагностики и лечения первичной головной боли (ГБ) в разных социальных группах Уральского региона.

Пациенты и методы. Исследование включало 3124 человека, которые входили в три группы: 1) студенты (1042 человек, из них 719 женщин, средний возраст 20,6 года, возрастной интервал 17–40 лет); 2) рабочие (1075 человек, из них 146 женщин, средний возраст 40,4 года, возрастной интервал 21–67 лет); 3) доноры крови (1007 человек, из них 484 женщины, средний возраст 34,1 года, возрастной интервал 18–64 лет). Все лица, включенные в исследование, были проинтервьюированы с использованием полуструктурированного интервью, проведенного лицом к лицу, которое включало характеристику ГБ, а также предшествующий диагноз и лечение ГБ. Диагноз ГБ был поставлен с использованием Международной классификации головных болей версии 3 бета.

Результаты и обсуждение. Выявлены следующие факторы, снижающие качество диагностики и лечения ГБ во всех исследуемых группах: 1) низкая обращаемость к врачам. Несмотря на высокую распространенность всех видов первичной ГБ в 3 группах (67%), лишь 496 (23%) из 2110 участников с ГБ обращались к врачу по этому поводу. Среди лиц, страдающих ГБ, наиболее часто обращались к врачу студенты (35%, 342 из 968), реже всего – рабочие (13%, 60 из 457) и доноры (14%, 94 из 685); 2) неполноценная диагностика ГБ. Лишь 12% пациентов был правильно поставлен диагноз мигрени и 11,7% – головной боли напряжения (ГБН); 3) практически полное отсутствие профилактического лечения ГБ. Большинство пациентов использовали средства для купирования приступов ГБ, профилактическое лечение получали 2 (0,4%) пациента при лечении мигрени и ни один из пациентов с ГБН.

Необходимы совершенствование диагностики и лечения первичных ГБ и разработка новых российских клинических рекомендаций по ведению больных на основе международных стандартов.

Ключевые слова: первичная головная боль; мигрень; головная боль напряжения; диагностика; лечение.

Контакты: Елена Разумовна Лебедева; cosmos@k66.ru

Для ссылки: 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;(1):19–26.

Analysis of the quality of diagnosis and treatment of primary headache in different social groups of the Ural Region

Lebedeva E.R.¹, Kobzeva N.R.¹, Gilev D.V.², Olesen E.³

¹Ural State Medical University, Ministry of Health of Russia, Yekaterinburg, Russia; ²Higher School of Economics, Ural Federal University;

³University of Copenhagen, Denmark

¹3, Repin St., Yekaterinburg 620219

²19 Mir St., Yekaterinburg 620002

³Norregade 10, 1165 Kobenhavn, Denmark

Objective: to analyze the quality of diagnosis and treatment of primary headache (HA) in different social groups of the Ural Region.

Patients and methods. The study enrolled 3124 persons who were divided into three groups: 1) 1042 students; of them there were 719 women; mean age 20.6 years; range 17–40 years; 2) 1075 workers; of them there were 146 women; mean age 40.4 years; range 21–67 years; 3) 1007 blood donors; of them there were 484 women; mean age, 34.1 years; range 18–64 years. Semi-structured interviews involving the characteristics of HA and its prior diagnosis and treatment were conducted face-to-face in all those included in the study. HA was diagnosed using the International Classification of Headache Disorders, 3rd edition, beta version.

Results and discussion. The following factors decreasing the quality of diagnosis and treatment of HA were identified in all the study groups: 1) low physician visit rates. Despite the high prevalence of all types of primary HA in 3 groups (67%), only 496 (23%) out of 2110 participants with HA visited their physician with this problem. Among the patients with HA, physicians were visited most often by 342 (35%) out of 968 students, least often by 60 (13%) out of 457 workers and by 94 (14%) out of 685 donors; 2) inadequate diagnosis of HA. Only 12 and 11.7% of the patients were correctly diagnosed with migraine and tension HA (THA), respectively; 3) the practically complete absence of preventive treatment for HA. The majority of patients used drugs to arrest HA attacks; preventive treatment for migraine was performed in 2 (0.4%) and not performed in any of the patients with THA.

It is necessary to improve the diagnosis and treatment of primary HA and to elaborate new Russian clinical guidelines for patient management on the basis of international standards.

Key words: *primary headaches; migraine; tension headache; diagnosis; treatment.*

Contact: *Elena Razumovna Lebedeva; cosmos@k66.ru*

For reference: *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. Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics. 2015; (1):19–26.*

DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/2074-2711-2015-1-19-26>

В настоящее время во всем мире проводятся анализ распространенности первичной головной боли (ГБ), факторов, ассоциированных с ее развитием, а также анализ организации медицинской помощи и ведения таких пациентов в рамках «Всемирной кампании по борьбе с головными болями» под эгидой ВОЗ. ГБ относится к заболеваниям, существенно ухудшающим работоспособность и качество жизни. По данным ВОЗ, в мире мигрень занимает 19-е место среди лидирующих причин временной нетрудоспособности в связи с отсутствием на работе по причине сильной ГБ [1, 2]. В развитых странах мигрень занимает 7-е место среди заболеваний, приводящих к временной нетрудоспособности [3]. В России потеря рабочего времени в связи с первичной ГБ в течение последних 3 мес составила $1,9 \pm 4,2$ дня [4]. По данным анализа [4], ежегодные косвенные расходы в связи с ГБ в России достигают 22,8 млрд долларов США, что составляет 1,75% внутреннего валового продукта.

Во всех странах мира имеются проблемы оказания качественной медицинской помощи пациентам с ГБ, что связано с ее неполноценной диагностикой и лечением. Кроме того, во многих странах лица, страдающие ГБ, занимаются самолечением и редко обращаются за медицинской помощью. Многие врачи неправильно понимают механизм развития первичной ГБ, считая ее симптомом другого заболевания, и в связи с этим чрезмерно используют магнитно-резонансную томографию (МРТ) и рентгеновскую компьютерную томографию (КТ) головного мозга, УЗИ сосудов головного мозга и шеи, рентгенографию позвоночника и др. В результате нередко клинически незначимая патология головного мозга (киста прозрачной перегородки, пустое турецкое седло, гипоплазия позвоночной артерии) интерпретируется как причина ГБ. Незнание основ диагностики ГБ, предполагающей использование Международной классификации головных болей, является основной причиной неправильной диагностики и лечения у таких пациентов [5, 6]. Ошибки в организации медицинской помощи больным с ГБ и их ведении различаются не только в разных странах, но и внутри каждой страны, а также в разных социальных группах. В связи с этим необходим их тщательный анализ для последующего совершенствования диагностики и лечения ГБ.

Цель настоящей работы — оценка качества диагностики и лечения первичной ГБ в разных социальных группах Уральского региона.

Пациенты и методы. Исследуемые группы. Исследование включало 3124 пациента (из них 1349 женщин), средний возраст — 31,7 года, возрастной интервал 17–67 лет. Все участники входили в три социальные группы: 1) студенты (1042 человек, из них 719 женщин, средний возраст 20,6 года, возрастной интервал 17–40 лет); 2) рабочие (1075 человек, из них 146 женщин, средний возраст 40,4 года, возрастной интервал 21–67 лет); 3) доноры крови (1007 человек, из них 484 жен-

щины, средний возраст 34,1 года, возрастной интервал 18–64 лет). Студенты, включенные в исследование, учились на I–VI курсах Уральского государственного медицинского университета. Большинство студентов — жители Екатеринбургa, 7% — жители других городов Свердловской области, 0,5% — жители других городов России и лишь 0,1% — жители деревень. Все рабочие обслуживали добычу нефти и газа на предприятии «Сургутнефтегаз» (бурильщики, машинисты, электромонтеры, операторы). Большинство рабочих — 982 (91,3%) — были жителями Сургута, 93 (8,7%) — жителями других городов России. Большинство доноров крови проживали в Екатеринбурге и лишь 2% — в других городах Свердловской области. Эта группа включала людей разных профессий. Большинство участников трех групп представляли средний социальный слой, и лишь несколько (1,1%) имели низкий социальный статус, все они входили в группу доноров.

Критерии включения в исследование:

- пациент имеет первичную ГБ (мигрень, головная боль напряжения, кластерная ГБ);
- пациент может дать характеристику ГБ;
- пациент согласен на проведение дополнительных исследований и последующее наблюдение в течение 1 года после первоначального обследования.

Критерии исключения из исследования:

- пациент имеет в анамнезе или на момент интервью тяжелую неврологическую или соматическую патологию;
- пациент имеет нарушения памяти или речи, препятствующие сбору анамнеза и интервью.

Мы выбрали эти 3 социальные группы, исходя из доступности проведения исследования и наличия достаточного количества его участников. Доноры крови были включены в исследование, поскольку эта группа использовалась нами ранее для проведения исследований и мы знали о высоком проценте участия и возможности быстрого набора большого количества лиц в эту группу. Хотя эта группа включает людей разных профессий, это отдельная социальная группа, согласно социологическому определению. Социальная группа — объединение людей, имеющих общий значимый социальный признак, основанный на их участии в некоторой деятельности, выполнении общественно необходимой функции в структуре общественного разделения труда и деятельности. Рабочие были проинтервьюированы во время ежегодного медицинского осмотра на предприятии. Студенты медицинского университета были включены в исследование после лекции, посвященной ГБ, после которой у многих из них появился интерес к этому исследованию. Доноры крови были проинтервьюированы во время сдачи крови.

Сбор данных для исследования. Исследование было проведено с сентября 2012 г. по август 2013 г. Все лица, включенные в исследование, были проинтервьюированы с использованием полуструктурированного интервью, прове-

денного врачом неврологом и специально обученными студентами. Были проинтервьюированы все, кто дал на это согласие, отбор участников проводили также на основании критериев включения и исключения. Процент участия в этом исследовании у студентов медицинского университета составил 95, у рабочих предприятия «Сургутнефтегаз» – 97, у доноров – 98. В связи с высоким процентом участия в исследовании мы не проводили анализ отказа от участия.

Полуструктурированное интервью было модифицировано и расширено с использованием ранее валидизированного интервью [7]. Оно включало 4 части: 1) персональные данные (возраст, пол, профессия, номер телефона); 2) детальная характеристика ГБ; 3) информация о факторах, ассоциированных с развитием ГБ; 4) информация о предшествующих консультациях по поводу ГБ, предшествующем диагнозе и лечении.

Мы не включали в исследование пациентов, у которых были упущены важные данные или с которыми было невозможно связаться для сбора недостающих данных по телефону. На этом основании мы исключили 125 участников, и еще 5 были исключены на основании критериев исключения. Таким образом, общее количество лиц, включенных в исследование, составило 3124.

Статистический анализ. Произведен расчет общей и стандартизированной по полу распространенности в течение 1 года первичных ГБ. Связанные с полом различия в распространенности ГБ были изучены в 3 социальных группах с использованием непарного t-теста и критерия χ^2 . Общая распространенность ГБ, предшествующие консультации, диагнозы и лечение были рассчитаны в процентах. Отношение шансов (ОШ) и 95% доверительный интервал (ДИ) были рассчитаны с использованием логит-регрессии. Значения $p < 0,05$ являлись статистически значимыми.

При расчете каждого параметра учитывали только тех участников, у которых имелись данные по этому параметру, поэтому в таблицах количество участников по отдельным параметрам может быть ниже, чем общее количество участников в каждой группе.

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

Результаты. Клинические характеристики 3 социальных групп представлены в табл. 1. Эти группы были разнородными по полу и возрасту. Мужчины преобладали в группе рабочих (86%), женщины – в группе студентов (69%), в группе доноров количество мужчин (52%) и женщин (48%) было почти равным. Самый молодой средний возраст в этих группах был у студентов (21 год), самый старший средний возраст – у ра-

Таблица 1. Клиническая характеристика участников 3 социальных групп

Характеристика	Доноры крови (n=1007)	Рабочие (n=1075)	Студенты (n=1042)	Все группы (n=3124)
Мужчины	523 (52)	929 (86)	323 (31)	1775 (57)
Средний возраст	33 [19–61]	39,8 [21–67]	20,9 [17–38]	31,3 [17–67]
Женщины	484 (48)	146 (14)	719 (69)	1349 (43)
Средний возраст	35,6 [18–64]	43,2 [25–62]	20,5 [17–40]	33,1 [17–64]
Всего	1007	1075	1042	3124
Средний возраст	34,2 [18–64]	40,4 [21–67]	20,6 [17–40]	31,7 [17–67]
ГБ:				
мужчины	323 (61,8)	356 (38,3)	284 (87,9)	963 (54,3)
женщины	362 (74,8)	101 (69,2)	684 (95,1)	1147 (85)
всего	685 (68)	457 (42,5)	968 (92,9)	2110 (67,5)
Мигрень:				
женщины	94 (19,4)*	27 (18,5)	250 (34,7)	371 (27,5)
мужчины	25 (4,8)	52 (5,6)	48 (14,8)	125 (7)
всего	119 (11,8)	79 (7,3)	298 (28,6)	496 (15,9)
ГБН:				
женщины	318 (65,7)	96 (65,7)	552 (76,7)	966 (71,6)
мужчины	311 (59,5)	302 (32,5)	256 (79,2)	869 (48,9)
всего	629 (62,5)	398 (37,0)	808 (77,5)	1835 (58,7)

Примечание. В квадратных скобках – возрастной интервал; в круглых скобках – процент больных (здесь и в табл. 2–4). * – процент рассчитан с использованием общего числа мужчин/женщин в каждой группе.

бочих (40 лет), доноры занимали промежуточное положение по среднему возрасту (34 года). Не выявлено статистически значимых различий в среднем возрасте у мужчин и женщин внутри каждой группы.

Студенты имели самую высокую распространенность первичной ГБ в течение года (93%), как мигрени (29%), так и ГБН (77%). У рабочих отмечена наименьшая распространенность всех видов первичной ГБ (42%), а также мигрени (7%) и ГБН (37%). Доноры занимали промежуточное положение: распространенность всех видов первичной ГБ в течение года составила 68%, мигрени – 12%, ГБН – 62%.

Несмотря на высокую распространенность всех видов первичной ГБ в 3 группах (67%), лишь 496 из 2110 участников с ГБ (23%) обращались к врачам в связи с этим заболеванием (табл. 2). Наиболее часто обращались к врачам студенты (35%, 342 из 968), реже всего – рабочие (13%, 60 из 457) и доноры (14%, 94 из 685). Мы подразделили каждую группу на 2 подгруппы в соответствии с наличием диагноза мигрени или ГБН согласно Международной классификации головных болей версии 3 бета. Не выявлено статистически значимой разницы в обращениях к врачам лиц, страдающих мигренью или ГБН. Из 496 консультировавшихся по поводу ГБ участников 53% обращались к неврологу и 41% – к терапевту. Часть студентов (17%) отметили, что по поводу ГБ обращались к педиатру. Лишь незначительное количество участников (8,7%) в связи с ГБ посетили остеопата, кардиолога и физиотерапевта. Среди лиц, обратившихся за медицинской помощью, инструментальные методы диагностики были назначены половине (52,6%). Наиболее часто использовались УЗИ сосудов головного мозга и шеи (17%), МРТ головного мозга (16%), а

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И МЕТОДИКИ

Таблица 2. *Предыдущие консультации и обследования у участников 3 социальных групп с мигренью и ГБН*

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

также рентгенография шейного отдела позвоночника – ШОП (16%) и электроэнцефалография – ЭЭГ (14%); КТ головного мозга была назначена в 4% случаев.

В табл. 3 представлены предшествующие диагнозы у участников 3 групп, в прошлом консультировавшихся у врачей по поводу ГБ. Эти диагнозы представлены в сравнении

с поставленными нами диагнозами мигрени или ГБН у каждого участника в соответствии с Международной классификацией головных болей версии 3 бета. Из всех посещавших врачей участников лишь у 12% был правильно поставлен диагноз «мигрень» и у 11,7% – «головная боль напряжения». Неправильный диагноз имели 42% пациента с мигре-

Таблица 3. *Предшествующие диагнозы у участников 3 социальных групп с мигренью и ГБН, консультировавшихся ранее по поводу ГБ*

Предыдущий диагноз	Доноры крови (n=94)		Рабочие (n=60)		Студенты (n=342)		Все группы (n=496)	
	мигрень (n=53)	ГБН (n=41)	мигрень (n=33)	ГБН (n=27)	мигрень (n=180)	ГБН (n=162)	мигрень (n=266)	ГБН (n=230)
Вегето-сосудистая дистония	8 (15,1)	33 (80,5)	7 (21,2)	9 (33,3)	98 (54,4)	124 (76,5)	113 (42,5)	166 (72,2)
Дисциркуляторная энцефалопатия	2 (3,8)	1 (2,4)	1 (3)	2 (7,4)	8 (4,4)	9 (5,6)	11 (4,1)	12 (5,2)
Шейный остеохондроз	11 (20,8)	18 (43,9)	4 (12,1)	14 (51,9)	54 (30)	75 (46,3)	69 (25,9)	107 (46,5)
Внутричерепная гипертензия	1 (1,9)	4 (9,8)	3 (9,1)	1 (3,7)	19 (10,6)	24 (14,8)	23 (8,6)	29 (12,6)
ГБН	4 (7,6)	3 (9,8)	2 (6,1)	3 (11,1)	13 (7,2)	19 (11,7)	19 (7,1)	25 (10,9)
Мигрень	8 (15,1)	5 (12,2)	3 (9,1)	2 (7,4)	22 (12,2)	18 (11,1)	33 (12,4)	25 (10,9)
Посттравматическая ГБ	3 (5,7)	1 (2,4)	2 (6,1)	4 (14,8)	5 (2,8)	5 (3,1)	10 (3,7)	10 (4,3)
Другое	9 (17)	5 (12,2)	5 (15,2)	15 (55,6)	65 (36,1)	128 (79)	79 (29,7)	148 (64,3)

Таблица 4. Предшествующее лечение мигрени и ГБН в 3 социальных группах

Предыдущее лечение	Доноры крови		Рабочие		Студенты		Все группы	
	мигрень (n=119)	ГБН (n=629)	мигрень (n=79)	ГБН (n=398)	мигрень (n=298)	ГБН (n=808)	мигрень (n=496)	ГБН (n=1835)
Купирование приступов								
Триптаны:								
<8 раз в месяц	9 (7,6)	0	0	0	22 (7,4)	0	31 (6,2)	0
≥8 раз в месяц	0	0	0	0	0	0	0	0
Анальгетики/ НПВП:								
<15 раз в месяц	73 (61,3)	363 (57,7)	45 (56,9)	171 (43)	99 (33,2)	593 (73,4)	217 (43,7)	1127 (61,4)
≥15 раз в месяц	2 (1,7)	9 (1,4)	1 (1,3)	3 (0,8)	1 (0,3)	42 (5,2)	4 (0,8)	54 (2,9)
Спазмолитики	0	0	0	4 (1)	0	107(13,2)	0	121 (6,6)
Седативные препараты	0	0	0	0	0	55 (6,8)	0	55 (2,9)
Гипотензивные препараты	0	0	0	23 (5,8)	0	1 (0,1)	2	24 (1,3)
Препараты группы эрготамина	2 (1,7)	0	0	0	0	0	(0,4)	0
Сон	0	4 (0,6)	0	1 (0,3)	15 (7,6)	74 (9,2)	15 (3,0)	79 (4,3)
«Холод к голове»	1 (0,8)	0	1 (1,3)	0	6 (2,0)	0	8 (1,6)	0
Чай	0	3 (0,5)	1 (1,3)	4 (1)	0	5 (0,6)	1 (0,2)	12 (0,6)
Без лечения	37 (31,1)	232 (36,9)	18 (22,8)	203 (51,0)	161 (54,0)	45 (5,6)	216 (43,5)	480 (26,1)
Профилактическое лечение	0	0	0	0	2 (0,7)	0	2 (0,4)	0

нью и 37% с ГБН. Среди неправильных диагнозов наиболее часто встречались: вегетососудистая дистония (56%), шейный остеохондроз (35%) и внутричерепная гипертензия (10%). Эти диагнозы наиболее часто ставили пациентам, имевшим в действительности ГБН. Диагноз вегетососудистой дистонии и внутричерепной гипертензии был наиболее частым у студентов. Диагноз шейного остеохондроза одинаково часто зарегистрирован во всех 3 группах.

Результаты анализа предшествующего лечения ГБ в 3 группах представлены в табл. 4. Мы проанализировали лечение в соответствии с поставленными нами диагнозами – «мигрень» и «головная боль напряжения». Некоторые пациенты имели сочетание мигрени и ГБН, при этом каждый вид ГБ учитывали в этой таблице отдельно. Мы включили всех лиц с ГБ, которые пытались ее лечить в прошлом, независимо от того, обращались они к врачу или нет, поскольку преобладающее число пациентов врача не посещали и использовали лекарства по рекомендации фармацевтов. В результате у большинства пациентов можно говорить лишь о купировании приступов ГБ. Профилактическое лечение было назначено 2 (0,4%) пациентам с мигренью. При лечении ГБН профилактическое лечение не проводилось. Для купирования приступов мигрени 45% пациентов принимали анальгетики или нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и 6% – триптаны. Для купирования ГБН 64% пациентов использовали анальгетики или НПВП

и 11% – другие препараты (спазмолитики, гипотензивные, седативные). Злоупотребление анальгетиками отмечено у 0,8% пациентов с мигренью и у 2,9% с ГБН. Злоупотребления триптанами не зафиксировано ни в одном случае. Немедикаментозные методы купирования боли («холод к голове», чай, сон) использовали 4,8% пациентов с мигренью и 4,9% с ГБН. Многие пациенты с мигренью (43%) вообще не применяли никаких средств для купирования ГБ, поскольку им ничего не помогало. Четверть пациентов с ГБН (26%) также не использовали никаких средств, поскольку боль была легкой или умеренной интенсивности и исчезала самостоятельно. При анализе предшествующего лечения в 3 социальных группах выявлены различия. Триптаны и седативные препараты для купирования ГБ использовали только студенты. В этой же группе наиболее часто встречалось злоупотребление анальгетиками. Студенты также достаточно часто прибегали к немедикаментозным способам купирования ГБ, среди которых наиболее популярным был сон. Антигипертензивные препараты для купирования ГБ использовали только рабочие. Из всех участников с ГБ лишь 2 студентов получали профилактическое лечение мигрени.

Данные о лечении всех включенных в исследование пациентов с ГБ в сравнении с международными рекомендациями представлены в табл. 5. Как показал анализ, для купирования приступов мигрени назначение триптанов необходимо 45% (а не 6%) пациентов. Анальгетики для купирования при-

Таблица 5. Предшествующее лечение мигрени и ГБН в сравнении с международными рекомендациями

Вид ГБ	Предшествующее лечение	Необходимое лечение в соответствии с международными рекомендациями
Купирование приступов		
Мигрень (n=496)	1) триптаны – 31 (6,2%) пациент; 2) анальгетики – 221 (44,5%) пациент, из них 4 (0,8%) ≥15 раз в месяц; 3) немедикаментозное лечение – 16 (3,2%) пациентов; 4) отсутствие лечения – 216 (43,5%) пациентов	1) триптаны – 223 (45%) пациента; 2) анальгетики – 366 (73,8%) пациентов
Профилактическое лечение		
	Назначено 2 (0,4%) пациентам	Необходимо 85 (17,1%) пациентам
Купирование приступов		
ГБН (n=1835)	1) анальгетики – 1181 (64,3%) пациент, из них 54 (2,9%) ≥15 раз в месяц; 2) спазмолитики – 121 (6,6%) пациент; 3) седативные средства – 55 (2,9%) пациентов; 4) немедикаментозное лечение – 100 (20,2%) пациентов; 5) отсутствие лечения – 480 (26%) обследованных	1) некомбинированные анальгетики – 1263 (68,8%) пациента; 2) спазмолитики – не назначали
Профилактическое лечение		
	Отсутствовало у всех пациентов с ГБН	Нуждается 125 (6,8%) пациентов

ступов мигрени и ГБН использовало практически такое же количество пациентов, которые в них нуждаются, однако их применение должно быть ограничено при ГБН и мигрени, поскольку в 3,7% случаев выявлено злоупотребление этими препаратами, особенно при ГБН. Профилактическое лечение необходимо 17% пациентов с мигренью (а не 0,4%) и 7% с ГБН (это лечение не было назначено ни в одном случае).

Обсуждение. Результаты исследования свидетельствуют о следующих проблемах в организации медицинской помощи пациентам с ГБ: 1) низкая обращаемость к врачам; 2) неполноценная диагностика; 3) практически полное отсутствие профилактического лечения. Наибольшие сложности в организации медицинской помощи отмечены у студентов. В дальнейшем это может привести к развитию хронической ГБ, особенно в этой группе пациентов. Хотя распространенность хронической ГБ, установленная в нашем исследовании (1,7%), практически такая же, как в Западной Европе, в других регионах России она в 2–3 раза выше, чем в Западной Европе и Америке [8]. Поэтому без совершенствования организации медицинской помощи больным в Уральском регионе ситуация может ухудшиться. В связи с этим необходимы анализ причин, влияющих на распространенность ГБ, а также разработка программы, направленной на улучшение диагностики и лечения этого состояния.

По данным проведенных исследований [9], низкая обращаемость к врачам может быть связана с предшествующим негативным опытом лечения ГБ, разочарованием, бытующим мнением, что ГБ неизлечима, самостоятельным назначением анальгетиков для ее купирования, а также боязнью выявления более серьезного заболевания. По данным интернет-опроса населения различных регионов России, 52,2% пациентов отмечали постоянную или периодическую ГБ, при этом лишь половина респондентов обращались или собираются обратиться к врачу [10]. Причинами непосещения врачей были: недоверие к врачам (81,6%), недоступность специалистов по ГБ (59,7%), отсутствие необходимости в консультации (47,4%), боязнь выявления тяжелого заболевания (19,2%). Сопоставление данных исследования, прове-

денного ранее в других регионах России [8, 11], с нашими данными показало, что наши пациенты, страдающие мигренью, обращались за медицинской помощью в 2 раза чаще (54 и 25% соответственно), а страдающие ГБН – практически с той же частотой (12,5 и 9,5%). Наши данные соответствуют результатам большинства европейских исследований [12–18]. Однако в Европе, Англии и Америке пациенты с ГБ чаще всего обращаются к терапевтам и врачам общей практики, а наши пациенты – к неврологам. Студенты лидируют по распространенности ГБ и числу обращений к врачам (35%).

Неполноценная диагностика ГБ связана в первую очередь с тем, что врачи не знают или не используют Международную классификацию головных болей и устанавливают диагнозы, не входящие в МКБ (вегетососудистая дистония, синдром внутричерепной гипертензии, дисциркуляторная энцефалопатия и др.). Эти данные согласуются с результатами других исследований, проведенных в России и Турции [11, 18]. Однако процент правильных диагнозов у пациентов с ГБ в нашей стране значительно ниже. Лишь 12% пациентов, страдающих мигренью, был поставлен такой диагноз. Для сравнения: в Турции 42% пациентов с мигренью был поставлен диагноз «мигрень» во время первого визита к врачу, и этот показатель увеличился до 51% при последующих визитах [18].

Неправильное лечение ГБ связано прежде всего с неверной диагностикой и незнанием врачами международных стандартов ведения больных с ГБ, отчасти это можно объяснить также возможностью безрецептурного приобретения в аптеках многих препаратов, в первую очередь анальгетиков. Результаты нашего исследования показали, что практически все пациенты, страдающие ГБ, используют лишь препараты для ее купирования. Об этом свидетельствует и исследование, проведенное в России в 2008 г. [19]: большинство (40%) пациентов с ГБ использовали комбинированные анальгетики, пятая часть (22%) – простые анальгетики, 1 (0,24%) больной – препараты эрготамина и только 2 (0,5%) – триптаны. Это совпадает с данными нашего исследования, за исключением использования триптанов (6% пациентов, страдающих мигренью, использовали триптаны,

что значительно больше, чем в предыдущем исследовании) и европейскими данными. В настоящее время в мире только 0,4–1,4% населения употребляет триптаны. Исследования, проведенные в Европе, показали, что число пациентов с мигренью, принимающих триптаны, также достаточно невелико и составляет 3–19% [9]. Процент использования триптанов остается низким в первую очередь потому, что большинство пациентов с мигренью не имеют правильного диагноза и в связи с этим не получают лечения [20]. Невысокая частота использования триптанов может быть следствием того, что у многих пациентов с мигренью отмечается низкая частота приступов.

Отсутствие профилактического лечения ГБ в большинстве случаев может быть объяснено неправильным диагнозом, незнанием показаний для назначения терапии, а также низкой частотой приступов мигрени у некоторых больных. В нашем исследовании профилактическое лечение мигрени получали только 2 (0,4%) студента, а в предыдущем исследовании, проведенном в России, — лишь 3 (0,7%). Во многих странах Европы профилактическое лечение ГБ получает также незначительное число пациентов — от 5 до 9%.

Требуется совершенствование оказания медицинской помощи пациентам с ГБ. Этому могут способствовать следующие мероприятия:

- 1) обучение врачей, в первую очередь терапевтов, врачей общей практики и неврологов, основам диагностики и лечения ГБ согласно международным стандартам;
- 2) организация последовательной, поэтапной системы лечения ГБ;
- 3) организация периодических медицинских осмотров с внедрением системы диагностики и лечения ГБ;
- 4) повышение осведомленности населения о ГБ [21];
- 5) проведение исследований, посвященных ГБ, в том числе эпидемиологических.

Эти мероприятия уже начали реализовываться в Екатеринбурге в совместном с ВОЗ проекте «Всемирная кампания по борьбе с головными болями в Свердловской области» [22].

Таким образом, необходимы совершенствование диагностики и лечения первичных головных болей и разработка новых российских клинических рекомендаций по ведению больных на основе международных стандартов.

ЛИТЕРАТУРА

1. World Health Organization. World Health Report 2001. Geneva: WHO; 2001.
2. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012 Dec 15;380(9859):2163–96. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61729-2.
3. Steiner TJ, Scher AI, Stewart WF, et al. The prevalence and disability burden of adult migraine in England and their relationships to age, gender and ethnicity. *Cephalalgia*. 2003 Sep;23(7):519–27.
4. 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.
5. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia*. 2013 Jul;33(9):629–808. doi: 10.1177/0333102413485658.
6. Лебедева ЕР, Осипова ВВ, Табеева ГР, Оlesen E. Критерии диагностики основных видов первичных головных болей согласно новым изменениям в Международной классификации головных болей (МКГБ), версия 3 бета, 2013. Уральский медицинский журнал. 2014;(3):5–8. [Lebedeva ER, Osipova VV, Tabeeva GR, Olesen E. Criteria for diagnosis of the main types of primary headaches according to the new changes in the International classification of headaches (ICHA), version 3 beta, 2013. *Ural'skii meditsinskii zhurnal*. 2014;(3):5–8. (In Russ.)].
7. Gervil M, Ulrich V, Olesen J, Russell MB. Screening for migraine in the general population: validation of a simple questionnaire. *Cephalalgia*. 1998 Jul–Aug;18(6):342–8.
8. 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. Epub 2012 Mar 6.
9. McGregor EA, Brandes J, Eikermann A. Migraine prevalence and treatment patterns: the global migraine and zolmitriptan evaluation survey. *Headache*. 2003 Jan;43(1):19–26.
10. Яхно НН, Осипова ВВ, Сергеев АВ и др. Диагностика и лечение головных болей в России: результаты анкетного опроса врачей. Неврологический журнал. 2011;(2):44–9. [Yakhno NN, Osipova VV, Sergeev AV, et al. Diagnosis and treatment of headaches in Russia: results of a questionnaire survey of physicians. *Neurologicheskii zhurnal*. 2011;(2):44–9. (In Russ.)].
11. Осипова ВВ. Диагностика головных болей в амбулаторной практике: анализ ошибок и трудностей. Справочник поликлинического врача. 2014;(5):4–7. [Osipova VV. Diagnosis of headaches in clinical practice: analysis of errors and difficulties. *Spravochnik poliklinicheskogo vracha*. 2014;(5):4–7. (In Russ.)].
12. Rasmussen BK, Jensen R, Schroll M, Olesen J. Epidemiology of headache in a general population: a prevalence study. *J Clin Epidemiol*. 1991;44(11):1147–57.
13. Stovner L, Hagen K, Jensen R, et al. The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. *Cephalalgia*. 2007 Mar;27(3):193–210.
14. Lipton RB, Serrano D, Holland S, et al. Barriers to the diagnosis and treatment of migraine: effects of sex, income, and headache features. *Headache*. 2013 Jan;53(1):81–92. doi: 10.1111/j.1526-4610.2012.02265.x. Epub 2012 Oct 18.
15. Moldovanu I, Odobescu S, Craciun C. Medication overuse in Moldova. Chronic migraine with and without medication overuse: the role of drug phobia and associated factors (according to the data of Headache Centre, Chisinau, the Republic of Moldova). *Cephalalgia*. 2008 Nov;28(11):1229–33. doi: 10.1111/j.1468-2982.2008.01735.x.
16. Katsarava Z, Dzagnidze A, Kukava M, et al. Primary headache disorders in the Republic of Georgia. Prevalence and risk factor. *Neurology*. 2009 Nov 24;73(21):1796–803. doi: 10.1212/WNL.0b013e3181c34abb.
17. Lampl C, Buzath A, Baumhackl U, Klingler D. One-year prevalence of migraine in Austria: a nation-wide survey. *Cephalalgia*. 2003 May;23(4):280–6.
18. Ertas M, Baykan B, Orhan E, et al. One-year prevalence and the impact of migraine and tension-type headache in Turkey: a nationwide home-based study in adults. *J Headache Pain*. 2012 Mar;13(2):147–57. doi: 10.1007/s10194-011-0414-5. Epub 2012 Jan 14.
19. Panconesi A, Pavone E, Vacca F, et al. Triptans in the Italian population: a drug utilization study and a literature review. *J Headache Pain*. 2008 Apr;9(2):71–6. doi: 10.1007/s10194-008-0020-3. Epub 2008 Mar 4.
20. De Diego EV, Lanteri-Minet M. Recognition and management of migraine in primary care: influence of functional impact measured by the headache impact test (HIT). *Cephalalgia*. 2005 Mar;25(3):184–90.
21. Данилов АВ, Шевченко ЕВ. Влияние информационно-образовательной подготовки пациента на клинические, финансово-экономические факторы и удовлетворенность лечением. Неврология, нейропсих-

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И МЕТОДИКИ

хиатрия, психосоматика. 2014;(2):29–33.
[Danilov AB, Shevchenko EV. Impact of
patient information-educational preparation on
clinical, financial, and economic factors and
treatment satisfaction. *Nevrologiya, neiropsikhi-*
atriya, psikhosomatika = *Neurology,*

Neuropsychiatry, Psychosomatics.
2014;(2):29–33. (In Russ.)].
doi: [http://dx.doi.org/10.14412/2074-2711-](http://dx.doi.org/10.14412/2074-2711-2014-2-29-33)
2014-2-29-33
22. Lebedeva ER, Olesen J, Osipova VV,
et al. The Yekaterinburg headache initiative:

an interventional project, within the Global
Campaign against Headache, to reduce the bur-
den of headache in Russia. *J Headache Pain.*
2013 Dec 24;14:101. doi: 10.1186/1129–2377.

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.