

## **ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ В РОССИИ: РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТНОГО ОПРОСА ВРАЧЕЙ.**

Азимова Ю.Э., Сергеев А.В., Осипова В.В., Табеева Г.Р.

*Отдел неврологии и клинической нейрофизиологии НИЦ ММА им. И.М.Сеченова.*

Российское общество по изучению головной боли (РОИГБ)

*Опубликовано: Азимова Ю.Э., Сергеев А.В., Осипова В.В., Табеева Г.Р. Диагностика и лечение головных болей в России: результаты анкетного опроса врачей. Российский журнал боли, №3-4, 2010, 12-17.*

В настоящее время в Российской Федерации наблюдается возрастающий интерес к изучению эпидемиологии и паттернов оказания специализированной помощи пациентам с болевыми синдромами и головной болью в частности. Это обусловлено не только высокой распространенностью первичных форм головных болей в популяции, но и социальной значимостью проблемы (10). Проведенные в последние годы исследования показывают, что в России имеется низкая информированность пациентов о возможности оказания специализированной помощи при головной боли наряду с высокой потребностью в ней среди населения. Так, по данным проведенного в 2008 году Интернет-опроса, включившего 703 респондента из различных регионов России, 52.2% отмечают постоянную или периодически возникающую головную боль, существенно влияющую на качество жизни, при этом лишь половина обращалась или собирается обратиться к врачу. Причинами необращения к врачу были: недоверие врачам (81.6%), недоступность специалистов по головной боли (отсутствие специалистов, необходимость стоять в очереди или платить за консультацию - 59.7%), отсутствие необходимости в консультации (47.4%), боязнь выявления тяжелого заболевания (19.2%) (2). Похожая ситуация существует и в других странах мира. Так, в масштабном эпидемиологическом исследовании MAZE, охватившем Великобританию, Францию, Германию, Италию и США (20), было показано, что в среднем 52% (от 41 до 63% в разных странах) пациентов с мигренью не обращаются к врачу. Причины необращения схожи: 32% не нуждаются в консультации, так как безрецептурные анальгетики эффективно купируют приступ, 28% считают мигрень просто головной болью, и не видят необходимости специального лечения, 10% считают, что врач не поможет, 6% ранее уже имели неудачный опыт лечения у врача. Одним из основных барьеров к оптимальному ведению пациентов с головными болями является не только низкая обращаемость пациентов, но и недостаточно рациональное ведение пациентов на этапе первичного звена здравоохранения (1).

**Материал и методы.** Нами было опрошено 208 врачей, работающих в различных регионах Российской Федерации. 29,2% врачей были из Москвы и Московской области, 70,8% - из других крупных городов России (Санкт-Петербург, Смоленск, Брянск, Воронеж, Орел, Ростов-на-Дону, Рязань, Тверь, Екатеринбург, Волгоград, Вологда, Тула, Калининград, Калуга, Курск, Самара, Краснодар). Все опрошенные врачи были неврологами, 47,2% работали в поликлиниках, 42,7% - в стационарах, 10,1% - были сотрудниками кафедр, научных подразделений. Средний стаж работы неврологом составлял  $14,6 \pm 10,1$  лет. Врачам предлагалось заполнить анонимную анкету, специально разработанную и валидизированную в отделе неврологии и клинической нейрофизиологии НИЦ ММА. Анкета состояла из 26 вопросов, касающихся способов диагностики и лечения различных форм головной боли, прежде всего, мигрени.

**Результаты и обсуждение.** На приеме у врачей, принявших участие в исследовании, было в среднем  $66,7 \pm 34,2$  пациентов с жалобами на головную боль в месяц. Наиболее часто выставляемые пациентам с головной болью диагнозы представлены на рисунке 1.

Полученные данные показывают, что большинство врачей выставляют диагнозы в соответствии с МКГБ-2 (мигрень, головная боль напряжения), хотя по-прежнему большой процент врачей пользуются диагнозами, не входящими в Международную классификацию (4) – «дисциркуляторная энцефалопатия» - 34,3%, «вегетососудистая дистония» – 14,4%. В других странах также существует проблема неправильной диагностики первичных форм головной боли. Так, в одном из исследований, проведенном в Италии и включившем 2675 пациентов, лишь 26,8% больных мигренью был ранее правильно поставлен диагноз. 62,4% из этих пациентов ранее наблюдались у врача общей практики, 38,2% - у специалистов по головной боли, 23% госпитализировались в отделения неотложной помощи (13). В Бразилии корректный диагноз выставляется лишь 44,9% пациентов с мигренью, 6,7% больных головной болью напряжения и 26,7% пациентов с кластерной головной болью (16). В среднем пациентам с головной болью проводится 1,2 дополнительных исследования, как и в Российской Федерации, в основном ЭЭГ (16).

Встречаемость пациентов с хронической ежедневной головной болью на приеме у опрошенных нами врачей составила 37,3%. По-видимому, хроническая головная боль является одной из основных причин, заставляющих пациента с цефалгией обратиться к врачу. По данным проведенных эпидемиологических исследований распространенность хронической головной боли в популяции составляет 2%. В российской популяции представленность хронической головной боли выше: в крупном эпидемиологическом исследовании, проведенном в Ростове-на-Дону, распространенность хронической

головной боли составила 16% (3), в небольшом исследовании, проведенном в Москве – 3% (8, 11).

Нами анализировалась также структура диагнозов, выставляемых пациентам с хронической головной болью (рисунок 2). Согласно данным эпидемиологических исследований в структуре синдрома хронической ежедневной головной боли первое место (более 80%) занимает хроническая мигрень. Вместе с тем, результаты настоящего исследования показали, что наиболее часто пациентам с хронической головной болью выставляется диагноз хронической головной боли напряжения. По-видимому, это связано с феноменологической схожестью клинической картины хронической мигрени и хронической головной боли напряжения. Кроме того, понятие хронической мигрени вошло в практику лишь в 2004 году, и на протяжении этого времени критерии данного расстройства претерпевали изменения. Необходимо отметить, что 27% опрошенных врачей считает причиной хронической головной боли дисциркуляторную энцефалопатию. Данное исследование показало, что среди практикующих врачей синдром хронической ежедневной головной боли является наиболее затруднительным для интерпретации, чему существуют объективные предпосылки: недостаточно четкие критерии хронических форм головной боли, высокая коморбидность с эмоционально-аффективными расстройствами. В МКГБ-2 отсутствует рубрика головной боли, связанной с дисциркуляторной энцефалопатией, хронической ишемией мозга или атеросклерозом сосудов головного мозга (4). Головная боль у пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией – сложный феномен, и генез ее до конца не выяснен. Головная боль может быть проявлением эмоционально-аффективных расстройств, характерных для пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией, и интерпретироваться как головная боль напряжения, или же являться следствием трансформации какой-либо из форм первичной эпизодической головной боли, чаще всего мигрени. Наши результаты во многом согласуются с результатами исследования, проведенного в Санкт-Петербурге и Самаре (9), где было выявлено, что 70% врачей считают ведущей причиной хронической головной боли органическую патологию головного мозга и, соответственно, выставляют следующие диагнозы: дисциркуляторная энцефалопатия, атеросклероз сосудов мозга, остеохондроз шейного отдела позвоночника, вегетососудистая дистония, посттравматическая энцефалопатия, гипертензионно-гидроцефальный синдром.

По-видимому, затруднение интерпретации прежде всего хронических форм головной боли заставляют врачей активно направлять своих пациентов на дополнительные исследования и консультации специалистов. Так, половина опрошенных неврологов направляют от 40 до 70% своих пациентов с головной болью на дополнительные

исследования и консультации (рисунок 3). Вместе с тем, диагностика формы головной боли является исключительно клинической и основывается на критериях МКГБ, а дополнительные обследования и консультации специалистов необходимы не более, чем 10% пациентов с головной болью. Чрезмерное использование дополнительных методов обследования ведет не только к гипердиагностике вторичных форм цефалгии, но и к значимым экономическим потерям. К сожалению, практикующие неврологи вынуждены придерживаться действующих в Российской Федерации, но значительно устаревших, стандартов оказания медицинской помощи пациентам с головными болями, где, например, в перечень обязательных процедур, проводимых больным мигренью, входят ЭЭГ, УЗДГ экстракраниальных сосудов, рентгенография черепа, а также консультации окулиста, терапевта, физиотерапевта и психиатра (5). Настоящее исследование наглядно показало, что выбор дополнительных методов обследования и консультации пациентов с головной болью во многом обусловлен необходимостью соблюдать именно эти стандарты (рисунки 4 и 5).

В других странах ведением пациентов с мигренью, как правило, занимаются врачи общей практики. Они впервые диагностируют мигрень у 47% пациентов и регулярно консультируют 42% пациентов (19). В США 29% пациентов консультируются другими специалистами, при этом офтальмолог консультирует лишь 0,4% пациентов с мигренью (19). В США также существует проблема чрезмерно частого назначения нейровизуализационных методов исследования пациентам с головной болью, особенно в отделениях неотложной помощи (15).

51,7% врачей, принявших участие в настоящем исследовании, выдают пациентам больничный лист по причине головной боли, 48,3% - не выдают больным с основной жалобой на головную боль больничный лист. Лист нетрудоспособности выдается пациентам с основной жалобой на головную боль со следующими диагнозами: мигрень (39.1%), дисциркуляторная энцефалопатия (29.4%), церебральный сосудистый криз (20.1%), остеохондроз шейного отдела позвоночника (14.1%), синдром вегетативной дистонии (10.9%), головная боль напряжения (7.6%), тревожно-депрессивные расстройства (3.3%), мигренозный статус (2.2%). 11.1% пациентов с головной болью госпитализируются.

Нами также проводился анализ паттернов лечения пациентов с мигренью. Опрошенные врачи используют для профилактики мигрени препараты различных фармакологических групп. Мы предложили врачам субъективно оценить эффективность используемых лекарственных средств и немедикаментозных методов лечения по пятибалльной шкале (5 баллов – наибольшая эффективность, 1 балл – наименьшая

эффективность). Наибольшей эффективностью, по мнению врачей, обладают антидепрессанты, наименьшей – ноотропы (таблица 1).

Таблица 1. Субъективная оценка эффективности препаратов, используемых для профилактики мигрени.

<b>Группа препаратов</b>	<b>Эффективность, баллы</b>
Антидепрессанты	4,1±1.3
Немедикаментозные методы лечения	3,9±1.0
НПВС	3,8±1,4
Вазоактивные препараты	3,2±1,2
Противоэпилептические препараты	3,2±1,2
Транквилизаторы	3,1±1.1
Ботулотоксин	3,1±1.4
Бета-блокаторы	3,1±1,2
Ноотропы	2,6±1.3

Так как встречаемость пациентов с хронической ежедневной головной болью на приеме у опрошенных врачей была 37.3%, то вполне логично, что наиболее эффективными средствами для профилактики головной боли оказались антидепрессанты и немедикаментозные методы лечения. Согласно Европейским принципам ведения пациентов с наиболее распространенными формами головной боли для профилактики мигрени используются препараты следующих фармакологических групп: β-блокаторы (метапролол, пропранолол), антиконвульсанты (топирамат, вальпроевая кислота), антидепрессанты (амитриптилин) и блокаторы кальциевых каналов (верапамил) (7). Тем не менее, многими врачами для профилактики мигрени используются НПВС, вазоактивные и ноотропные препараты. Назначение вазоактивных и ноотропных лекарственных средств отчасти может быть связано с изначально неверно интерпретированной формой головной боли (например, головная боль при дисциркуляторной энцефалопатии).

Для купирования приступа мигрени врачи, принявшие участие в опросе, также рекомендуют широкий спектр препаратов (рисунок 6). Настоящее исследование показало,

что в Российской Федерации врачами для купирования приступа мигрени наиболее часто рекомендуются безрецептурные комбинированные анальгетики и НПВС. В упомянутом выше эпидемиологическом исследовании MAZE было показано, что для лечения мигрени доктора в других странах рекомендуют простые анальгетики (Италия – 54%, Великобритания – 47%, Германия – 35%, США – 30%, Франция – 22%) и реже НПВС (Италия – 43%, США – 16%, Франция – 14%, Германия – 12%, Великобритания – 5%) в сочетании с противорвотными средствами (Франция – 16%, Германия – 14%, Великобритания – 10%, Италия – 5, США – 2%). Как и в Российской Федерации, в других странах специфические противомигренозные средства триптаны назначаются реже (США – 19%, Франция – 13%, Германия – 10%, Великобритания – 7%, Италия – 3%) (19). Ситуация в Российской Федерации осложняется тем, что пациентам с мигренью врачами рекомендуются комбинированные анальгетики, зачастую барбитурат-содержащие, что, как было доказано, существенно повышает риск трансформации в хроническую головную боль (12). Возможно, это является одним из факторов, обуславливающих столь высокую частоту хронических форм головной боли в России. Полученные результаты воспроизводят данные крупного российского эпидемиологического исследования, проведенного в Ростове-на-Дону, где было показано, что ведущая роль в развитии лекарственно-индуцированных головных болей принадлежит простым и комбинированным анальгетикам (3).

Согласно Европейским рекомендациям (7, 14) алгоритм подбора препарата для купирования приступа мигрени включает в себя несколько этапов (ступенчатый подход), на протяжении трех приступов. Каждая последующая ступень является продолжением предыдущей. Правильно используя эту стратегию можно добиться наиболее эффективного и оптимального по цене индивидуального лечения. Первым шагом является назначение простого анальгетика (ацетилсалициловая кислота 900-1000мг (только для взрослых), ибупрофен 400-800мг, диклофенак 50-100мг, напроксен 500-1000мг, (если есть противопоказания) парацетамол 1000мг) и, если необходимо, противорвотного средства (домперидон 20мг или метоклопрамид 10мг). Необходимо рекомендовать пациентам использовать быстрорастворимые формы или сублингвальные таблетки, принимать препарат следует в самом начале приступа в адекватной дозе. В случае, если у пациента имеется рвота, то предпочтительными будут препараты в форме ректальных свечей. Вторым шагом является назначение триптанов. В отсутствие противопоказаний, триптаны должны быть рекомендованы всем пациентам, которым не удалось помочь на первом этапе. Триптаны мало различаются между собой, но могут иметь различную и непредсказуемую эффективность у различных пациентов. Одни могут быть очень

эффективны, тогда как другие могут не иметь эффекта. Пациентам необходимо рекомендовать пробовать несколько триптанов, в различных лекарственных формах, и выбрать наиболее подходящий. Первая доза любого триптана должна составлять одну таблетку. При неэффективности первой дозы триптана прием второй дозы не рекомендуется большинством производителей, однако у некоторых пациентов вторая доза может оказаться эффективной. Триптаны более эффективны, если принимаются в начале приступа, когда головная боль еще слабая (эта рекомендация должна даваться пациентам, которые четко отличают мигрень от головной боли напряжения). Если у пациента имеется рвота, то необходимо добавить домперидон 20мг или метоклопрамид 10мг или можно использовать суматриптан в суппозиториях или в форме назального спрея. Необходимо информировать пациента, что регулярное частое (чаще, чем 2 дня в неделю) использование препаратов для купирования головной боли является фактором риска возникновения головной боли, связанной с чрезмерным употреблением препаратов: триптаны нельзя принимать регулярно более чем в течение 10 дней в месяц.

Можно выделить несколько этапов, на которых возникают препятствия для оказания эффективной помощи пациентам с головной болью (6, 12):

1. Низкая информированность населения о проблеме головной боли, отсутствие доступности специалистов и как следствие плохая обращаемость к врачу и недостаточная выявляемость различных форм головных болей.
2. Трудности оказания полного объема качественной специализированной помощи больным с цефалгиями, связанные с недостаточными знаниями врачей о современных принципах диагностики и лечения первичных головных болей
3. В случаях адекватной диагностики формы головной боли пациенты не всегда получают оптимальную терапию из-за недостаточного использования специфического лечения различных цефалгий.
4. Даже изначально правильно подобранное лечение мигрени со временем нуждается в модификации, соответственно неправильное ведение пациента на этом этапе также может причиной недостаточной эффективности лечения.

Было показано, что качество оказываемой медицинской помощи пациентам с головной болью выше всего в специализированных центрах головной боли. Тем не менее, подобные клиники могут принять лишь 4% пациентов, страдающих головной болью (18). Следовательно, ключевую роль в ведении пациентов с головной болью должны играть именно врачи первичного звена здравоохранения. Тем не менее, должна существовать тесная взаимосвязь между врачом практического здравоохранения и специалистом по головной боли. В специализированный центр головной боли может быть направлен

пациент с неясным диагнозом или для подбора терапии при резистентных формах. На базе клиники головной боли могут быть организованы школа для обучения врачей и пациентов.

Таким образом, основываясь на полученных результатах исследования, могут быть даны следующие рекомендации по оптимизации специализированной помощи больным с головными болями в общей медицинской практике:

1. Использовать для диагностики форм головных болей критерии Международной классификации головных болей 2003 года.
2. При ведении пациентов с наиболее частыми формами первичных головных болей брать за основу Европейские принципы ведения этих больных.
3. Активно использовать анкеты, дневники и опросники (ID-мигрень, НГТ-6, МИДАС, дневник головной боли). Как правило, в поликлинике врач ограничен во времени, поэтому, собрав анамнез и осмотрев пациента, доктор лишь выписывает препараты, при этом роль пациента весьма пассивна. Можно рекомендовать предложить пациенту с головной болью заполнить опросники перед первичным приемом у врача. Это позволит сэкономить время на приеме, при этом врач может успеть объяснить пациенту суть заболевания и проводимого лечения. Если пациент в дальнейшем будет вести дневник головной боли, то на повторном приеме это освободит время для дополнительной беседы с пациентом.
4. Назначать дополнительные методы обследования только в случаях подозрения на вторичный характер головной боли и в соответствии с показаниями.
5. Направлять пациента в специализированный центр головной боли, если у него имеет место редкая форма цефалгии (кластерная головная боль, хроническая пароксизмальная гемикрания и т.д.), если диагноз неясен, если назначенное стандартное лечение не оказывает эффекта.

Международная классификация головных болей 2003 года, Европейские принципы ведения пациентов с головной болью, а также дневники и опросники доступны на сайте Российского общества по изучению головной боли [www.headache-society.ru](http://www.headache-society.ru).

Чрезвычайно важна именно первичная консультация, на которой должен быть выставлен верный диагноз и назначено правильное лечение. Неверная диагностика, необоснованное назначение множества дополнительных методов обследования и неспецифическое лечение являются, несомненно, ятрогенными факторами, так как пациент находит подтверждение своим опасениям об органическом заболевании мозга, назначенное неспецифическое лечение не оказывает эффекта (17). В конце концов, пациент отказывается от наблюдения у врача и вынужден заниматься самолечением.



Таким образом, роль врача практического здравоохранения является ключевой в оказании помощи пациентам с головной болью, и от качества оказания этой помощи во многом зависит бремя головной боли в Российской Федерации.

Рисунок 1. Основные диагнозы, выставляемые пациентам с головной болью.

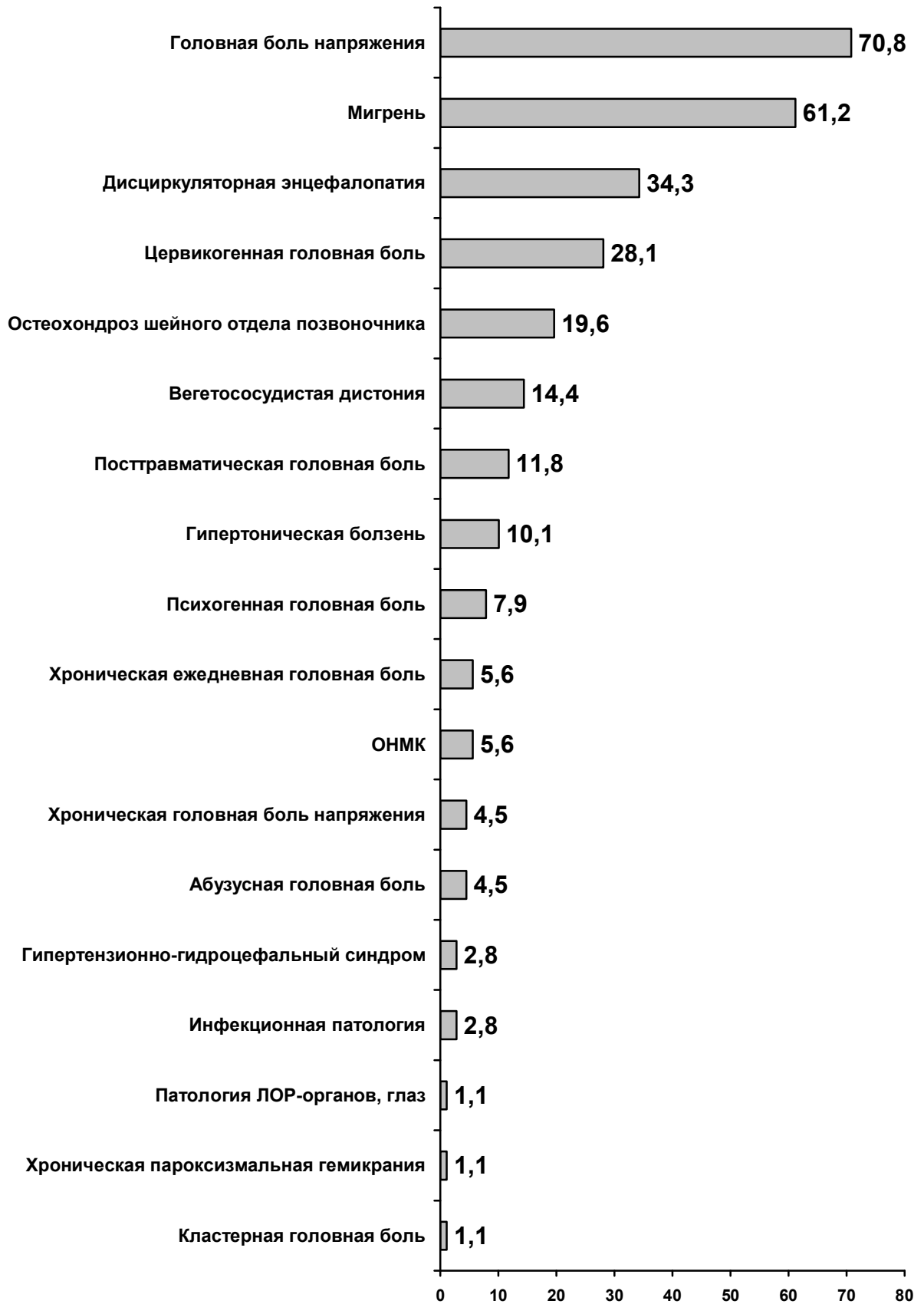
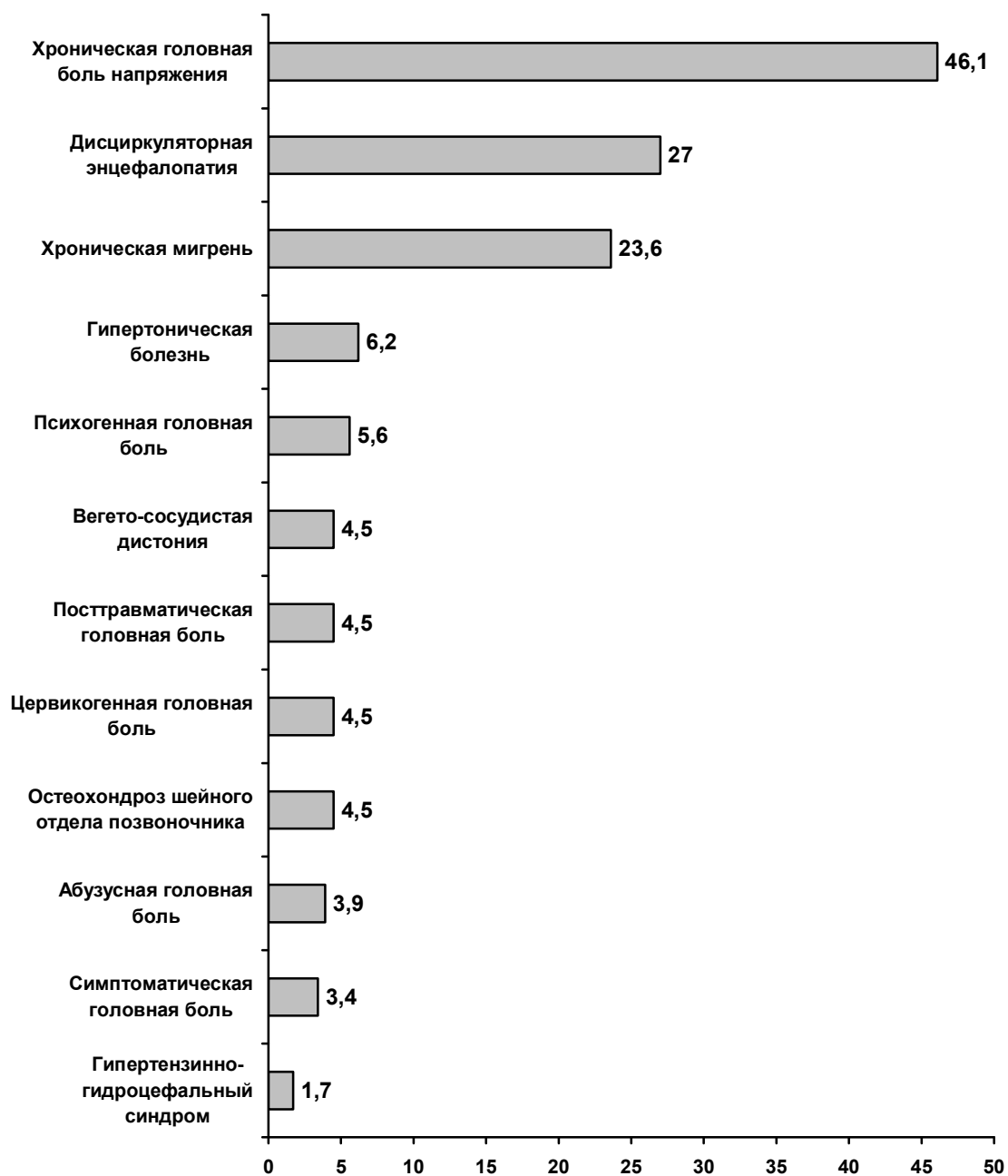
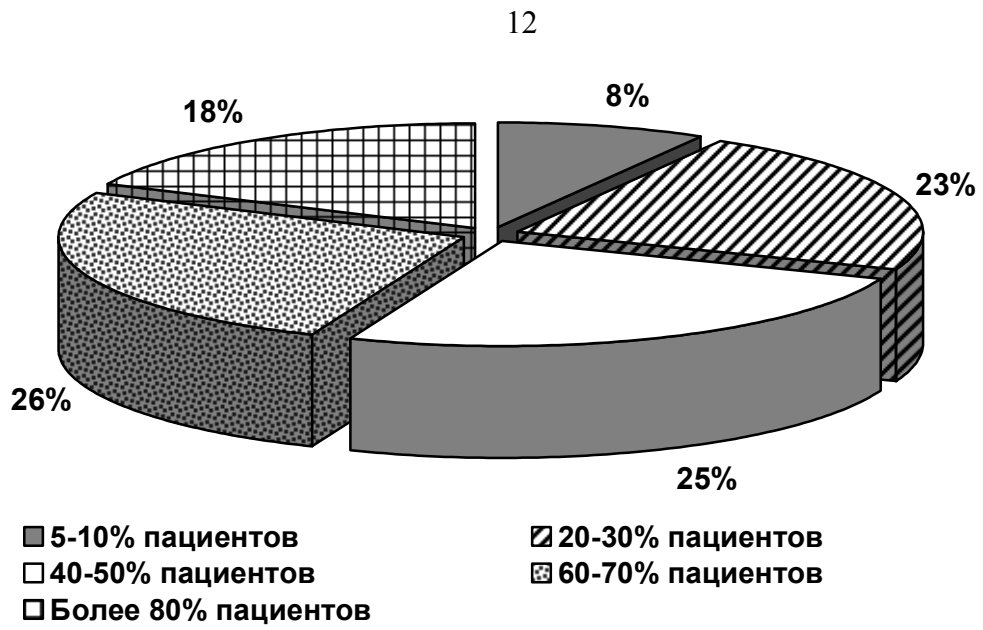


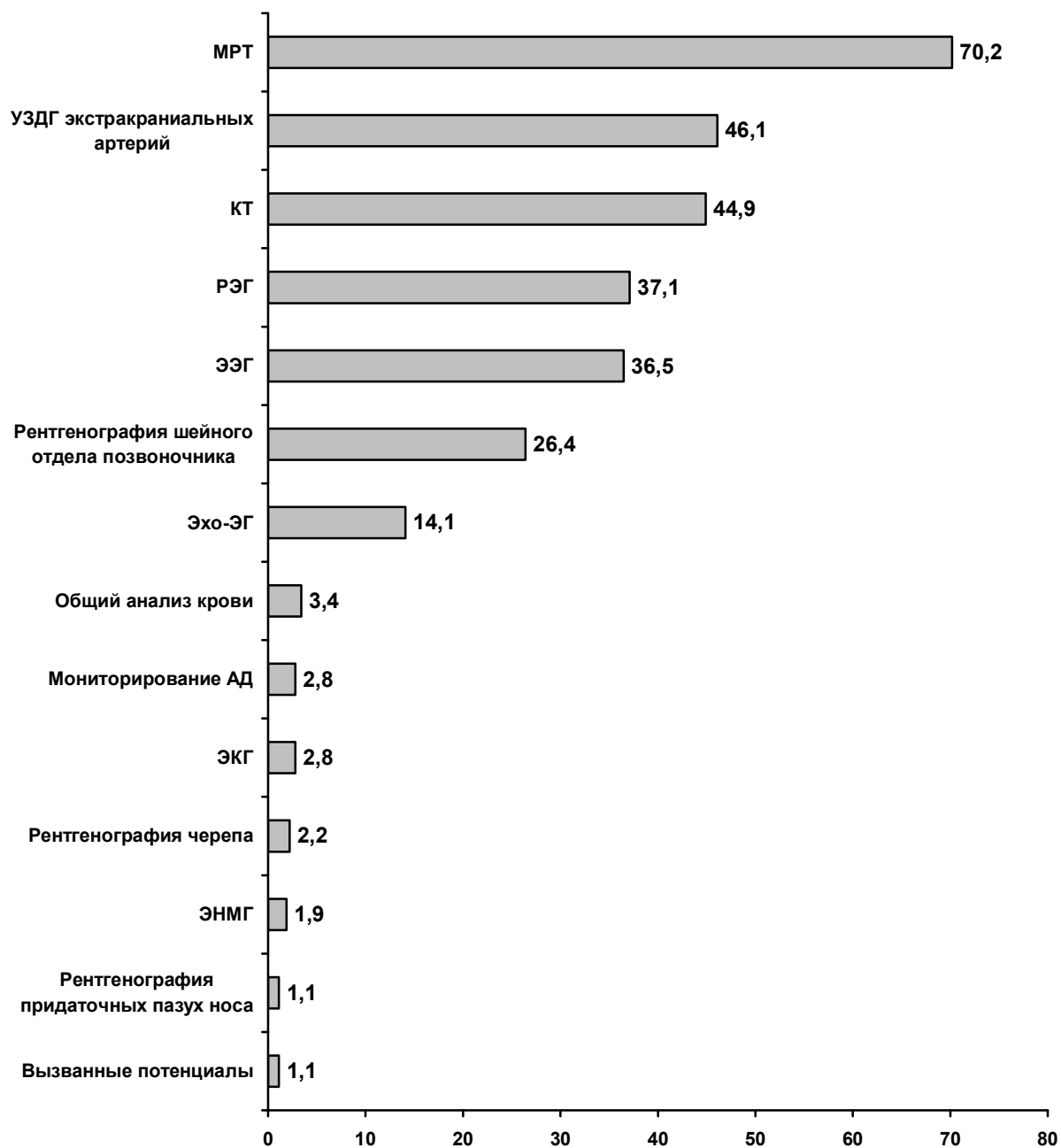
Рисунок 2. Основные диагнозы, выставляемые пациентам с хронической головной болью.



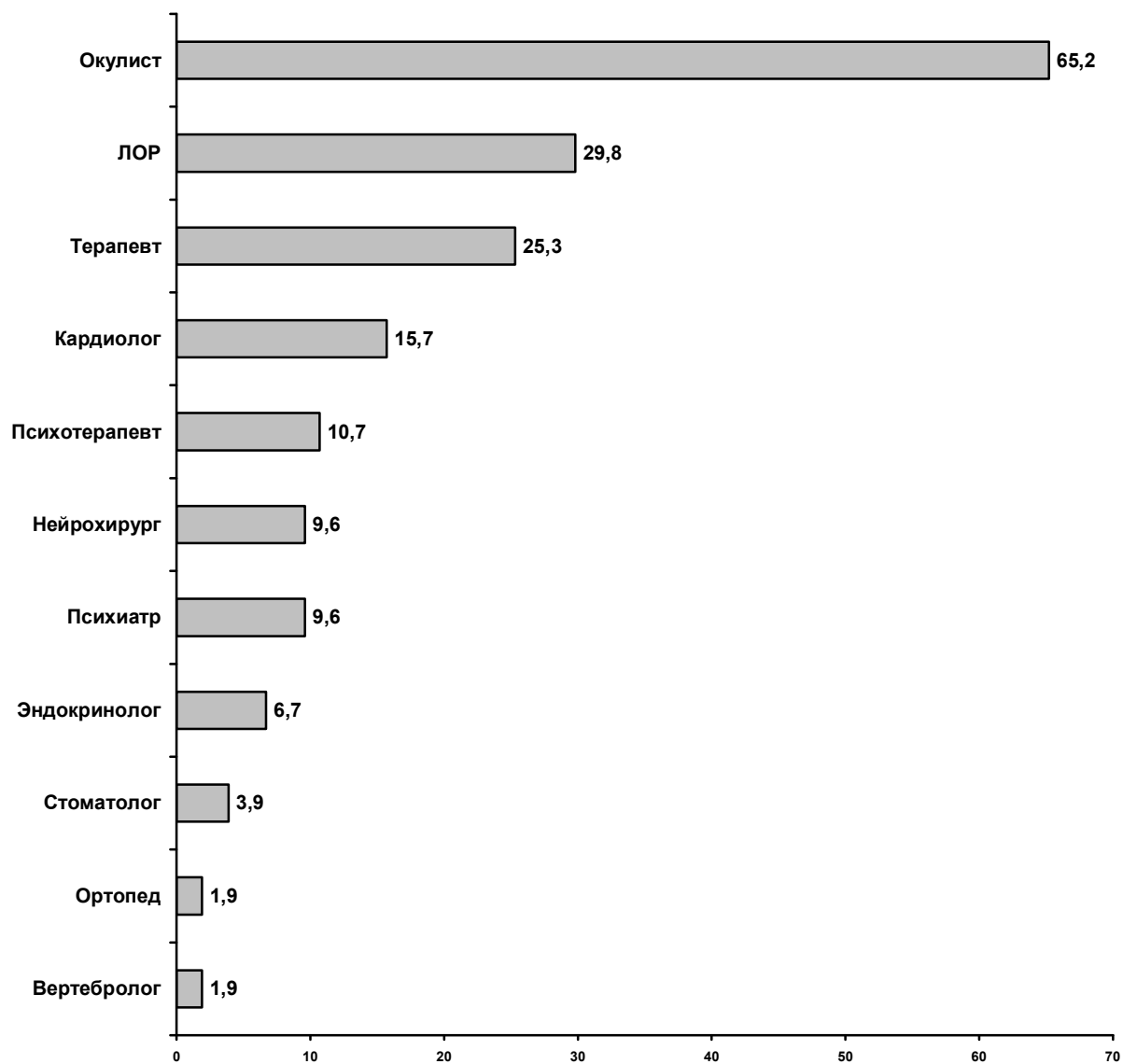
**Рисунок 3.** Процент пациентов от общего числа больных с жалобой на головную боль, направляемых врачами на дополнительные исследования и консультации специалистов.



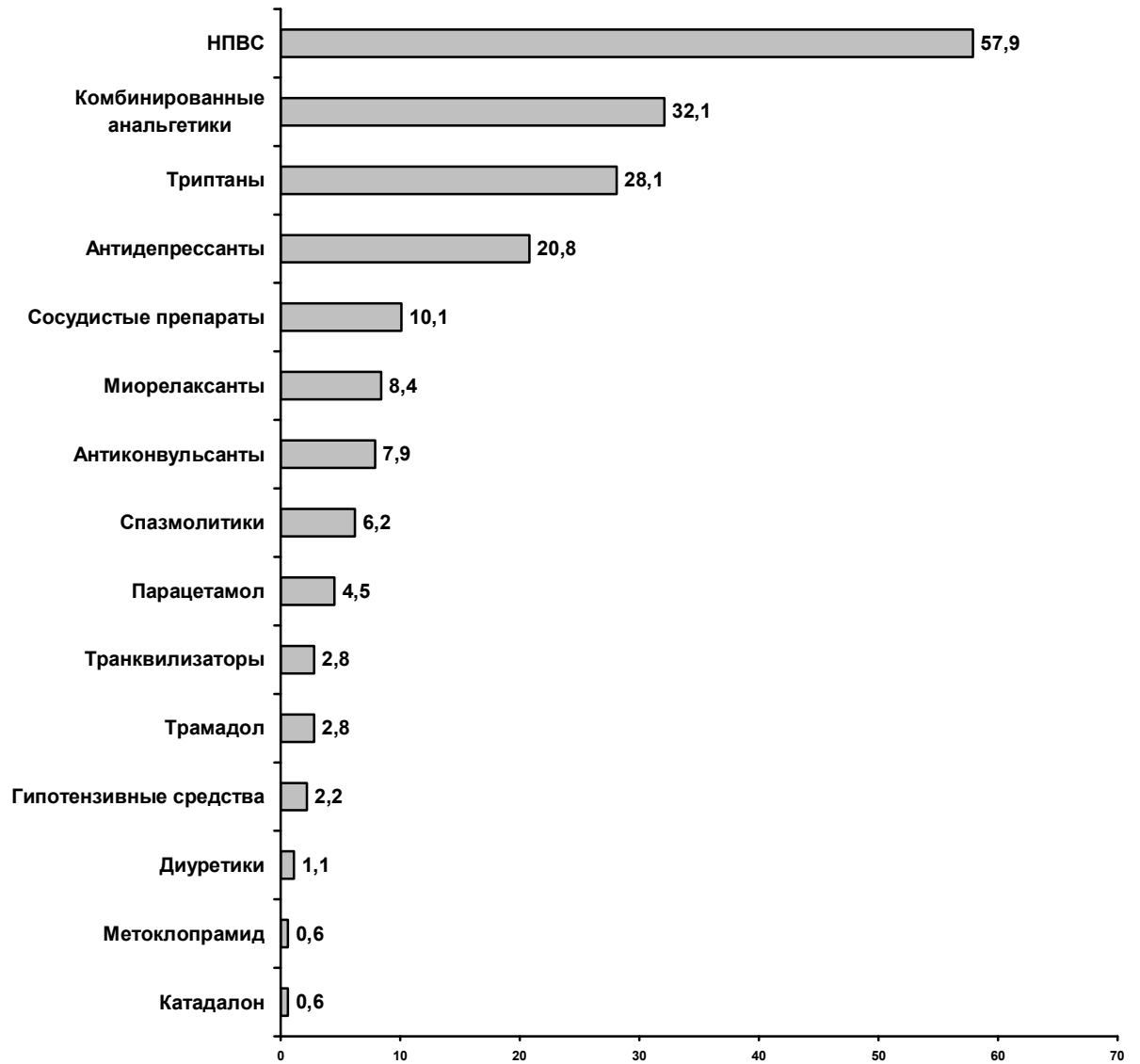
**Рисунок 4.** Дополнительные методы обследования, используемые в диагностике головных болей.



**Рисунок 5.** Консультации специалистов, используемые в диагностике головных болей.



**Рисунок 6.** Препараты, рекомендуемые пациентам с мигренью для купирования приступа.



ЛИТЕРАТУРА.

1. *Азимова Ю.Э.* Паттерны диагностики и лечения головных болей. Материалы межрегиональной научно-практической конференции «Головная боль – актуальная междисциплинарная проблема, Смоленск, 2009, 141.
2. *Азимова Ю.Э.* Распространенность головных болей и причины обращения к врачу по поводу головной боли по данным Интернет-опроса. Материалы межрегиональной научно-практической конференции «Головная боль – актуальная междисциплинарная проблема, Смоленск, 2009, 122.
3. *Куцемелов И.Б., Табеева Г.Р.* Эпидемиология первичных головных болей (по данным популяционного исследования взрослого населения г. Ростова-на-Дону). // Боль. – 2004. - №5. – с.25-31.
4. Международная классификация головных болей 2-ое издание (полная русскоязычная версия), 2006, 380 с.
5. Московские городские стандарты стационарной медицинской помощи для взрослого населения. Приказ Правительства Москвы, Комитет здравоохранения г. Москвы, 2000, раздел 66.130.
6. *Осипова В.В., Азимова Ю.Э., Табеева Г.Р., и др.* Диагностика головных болей в России и странах постсоветского пространства: состояние проблемы и пути ее решения. // в печати
7. *Осипова В.В., Азимова Ю.Э., Табеева Г.Р.* Международные принципы диагностики головных болей: проблемы диагностики головных болей в России. // Вестник семейной медицины. – 2010. - №2. – с.8-19.
8. *Табеева Г.Р., Вознесенская Т.Г., Осипова В.В., и др.* Распространенность первичных головных болей в Российской Федерации. Пилотное исследование. // Сборник тезисов Российской научно-практической конференции с международным участием «Головная боль – 2007». 13-15 декабря 2007 года. Москва. С. 38-42.
9. *Тарасова С.В., Амелин А.В., Скоромец А.А.* Распространенность и выявляемость первичных и симптоматических форм хронической ежедневной головной боли. Казанский мед. Журнал, 2008, №4, т.89, стр. 427-431.
10. *Яхно Н.Н.* Головная боль как медицинская проблема. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Головная боль - 2007», Москва 2008, 168 с.
11. *Ayzenberg I, Cernysh M, Osipova V, et al.* Population-based survey of primary headache disorders in Russia: validation of questionnaire and methodology. // Cephalalgia. – 2009. – v.29 (Suppl. 1). - PO160.



12. *Bigal M., Krymchantowski A.V., Lipton R.* Barriers to satisfactory migraine outcomes. What have we learned, where do we stand? // *Headache*. – 2009. – v.49. – p.1028-1041.
13. *Cevoli S., D'Amico D., Martelletti P., et al.* Underdiagnosis and undertreatment of migraine in Italy^ a survey of patients attending for the first time 10 headache centers. // *Cephalalgia*. - 2009. – v.29. – p.1285-1293.
14. European principles of management of common headache disorders in primary care, TJ Steiner, K Paemeliere, R Jensen, D Valade, L Savi, MJA Lainez, H-D Diener, P martelletti and EGM Couturier (on behalf of the European Headache Federation and Lifting The Burden: The Global Campaign to Reduce the Burden of Headache Worldwide, *J Headache Pain* 2007; 8 (supplement 1).
15. *Harris B., Hwang U., Lee W.S., et al.* Disparities in use of computed tomography for patients presenting with headache. // *Am J Emerg Med*. – 2009. – v.27. – p.333–336.
16. *Kowacs P.A., Twardowschy C.A., Piovesan E.J., et al.* General practice physician knowledge about headache: evaluation of the municipal continual medical education program. // *Arq. Neuro-Psiquiatr*. – 2009. - vol.67. – p.3a.
17. *Lantéri-Minet M.* The role of general practitioners in migraine management. // *Cephalalgia*. – 2008. – v.28 (Suppl. 2). – p.1–8.
18. *Lipton R.B., Hamelsky S.W., Dayno J.M.* What do patients with migraine want from acute migraine treatment? // *Headache*. – 2002. – v.42 (Suppl. 1). – p.3–9.
19. *Lipton R.B., Stewart W.F., Simon D., et al.* Medical consultation for migraine: results from the American migraine study. // *Headache*. – 1998. – v.38. – p.87-96.
20. *MacGregor E.A., Brandes J., Eikermann A.* Migraine prevalence and treatment patterns: the global migraine and zolmitriptan evaluation survey. // *Headache*. – 2003. – v.43. – p.19-26.