

## **Диагностика головных болей в России и странах постсоветского пространства: состояние проблемы и пути ее решения**

В.В.Осипова<sup>1</sup>, Ю.Э.Азимова<sup>1</sup>, Г.Р.Табеева<sup>1</sup>, С.А.Тарасова<sup>2</sup>, А.В.Амелин<sup>3</sup>,  
И.В.Куцемелов<sup>4</sup>, И.В.Молдовану<sup>5</sup>, С.С.Одобеску<sup>5</sup>, Г.И.Наумова<sup>6</sup>,

*В печати (Анналы клинической и экспериментальной неврологии).*

<sup>1</sup>Отдел неврологии и клинической нейрофизиологии НИЦ Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, <sup>2</sup>Областная клиническая больница им. М.И. Калинина, Центр лечения боли, г. Самара; <sup>3</sup>Кафедра неврологии с клиникой Санкт-петербургский государственный медицинский университет им. Акад. И.П. Павлова, г. Санкт-Петербург; <sup>4</sup>Ростовский государственный медицинский университет, МЛПУЗ "Городская больница №6" г. Ростов-на-Дону; <sup>5</sup>Институт неврологии и нейрохирургии, г. Кишинев, республика Молдова; <sup>6</sup>Областной диагностический центр, г. Витебск, республика Беларусь.

### **Сведения об авторах**

1. Отдел неврологии и клинической нейрофизиологии НИЦ Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова. Россия, 119021, Москва, ул. Россолимо, д.11, стр. 1 (Russia, 119021, Moscow, Rossolimo str., 11, build.1).

Ответственный автор: Осипова Вера Валентиновна – д-р мед. наук, ведущий научный сотрудник Отдела неврологии и клинической нейрофизиологии НИЦ 1-го МГМУ им. И.М.Сеченова; тел. +7-499-248-69-44, факс. +7-499-248-63-64, [osipova\\_v@mail.ru](mailto:osipova_v@mail.ru), Россия, 119021, Москва, ул. Россолимо, д.11, строение 1.

Азимова Юлия Эдвардовна – канд. мед. наук, научный сотрудник Отдела неврологии и клинической нейрофизиологии НИЦ 1-го МГМУ им. И.М.Сеченова;

Табеева Гюзьяль Рафкатовна – д-р мед. наук, профессор, заведующая Отделом неврологии и клинической нейрофизиологии НИЦ 1-го МГМУ им. И.М.Сеченова

2. Тарасова Светлана Анатольевна - канд. мед. наук, директор Центра лечения боли областной клинической больницы им. М.И. Калинина, г. Самара, 443095, ул. Ташкентская, д. 159.
3. Амелин Александр Витальевич - д-р мед. наук, профессор кафедры неврологии с клиникой СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова, СПб, 197022, ул. Льва Толстого, д. 6/8.
4. Куцемолов Игорь Борисович – канд. мед. наук, зав. неврологическим отделением МЛПУЗ "Городская больница №6", ассистент кафедры неврологии и нейрохирургии Ростовского ГМУ, г. Ростов-на-Дону, 344025, ул. Сарьяна, д. 85.
5. Молдовану Ион Васильевич - д-р мед. наук, профессор, директор Института неврологии и нейрохирургии, Республика Молдова-2028, г. Кишинев, ул. Короленко, д. 2.

Одобеску Стела Степановна - канд. мед. наук, ст. научный сотрудник, зав. Лабораторией функциональной неврологии Института неврологии и нейрохирургии, Республика Молдова-2028, г. Кишинев, ул. Короленко, д. 2.

6. Наумова Галина Ивановна - канд. мед. наук, заведующая Центром пароксизмальных состояний Витебского областного диагностического центра. Республика Беларусь, г. Витебск, 210023, ул. Доватора, д. 2.

*Резюме.* Статья, подготовленная коллективом авторов по инициативе Российского общества по изучению головной боли (РОИГБ), является результатом анализа подходов к диагностике головных болей, применяемых неврологами и врачами общей практики в России и некоторых странах постсоветского пространства. В статье рассматриваются распространенные ошибки диагностики, трактовки результатов дополнительных исследований, а также причины неправильной тактики лечения пациентов с цефалгиями; предложены практические шаги, направленные на совершенствование процесса диагностики, лечения головных болей и специализированной помощи пациентам с цефалгиями.

*Ключевые слова:* диагностика головных болей, классификация головных болей, бремя головной боли, первичные головные боли, центры головной боли.

*Summary.* The article prepared by a group of authors on the initiative of the Russian Headache Research Society (RHRS) is a result of the analysis of the approaches to the diagnosis of headache disorders widely accepted by neurologists and general practitioners in the Russian Federation and some post-soviet countries. Common diagnostic mistakes, including false diagnoses, and misinterpretation of instrumental investigations results as well as the reasons for erroneous treatment strategies are discussed. In the article practical steps focused on the improvement of headache diagnosis, treatment and specialized service for headache patients in general are suggested.

*Key words:* headache diagnosis, classification of headache disorders, burden of headaches, primary headaches, headache centers.

Большое распространение в популяции, значительный социально-экономический и другие виды ущерба, связанные с головными болями в обществе, трудности диагностики и терапии определяют серьезное отношение к этой проблеме, как медицинской общественности, так и органов управления здравоохранением в развитых странах [4,17,19, 23,25,37]. Отражением возрастающего интереса к проблеме головных болей в мире стало создание и активная на протяжении более 15 лет деятельность таких организаций, как Международное общество головной боли, Европейская федерация головной боли, Всемирная кампания по уменьшению бремени головной боли, а также общественных организаций, представляющих интересы пациентов с цефалгиями (Мировой альянс головной боли и др.)

Одним из шагов, направленных на привлечение внимания врачей к проблеме цефалгий, как к важной области неврологии, стало распространение русскоязычной версии Международной классификации расстройств, сопровождающихся головной болью (МКГБ-2, 2004) - основного международного стандарта диагностики первичных и вторичных цефалгий [6,10,30,31]. МКГБ-2 должна была помочь российским неврологам и терапевтам перейти к использованию единой международной терминологии и универсальных диагностических критериев, а также познакомить с принципами диагностики первичных и вторичных головных болей.

Важнейшим принципом диагностики, содержащимся в классификации, является деление всех цефалгий на *первичные*, когда не удается выявить органическую причину боли и *вторичные*, обусловленные органическими поражениями головного мозга или других структур, расположенных в области головы и шеи, а также системными расстройствами и заболеваниями; выделяют также *краниальные невралгии и лицевые боли*. Многочисленные эпидемиологические исследования, проведенные на протяжении последних десятилетий в большинстве стран мира, подтвердили

преобладание (90-95%) первичных цефалгических синдромов над вторичными [4,11,24,32,34,36]. К первичным формам головной боли, относятся мигрень, головная боль напряжения (ГБН), пучковая (кластерная) головная боль и другие тригеминальные вегетативные цефалгии а также некоторые другие первичные цефалгии (кашлевая, связанная с физическим напряжением, сексуальной нагрузкой, и др.). Первое крупное российское клинико-эпидемиологическое исследование городского населения Ростова-на-Дону, проведенное в 2004 г., также выявило значительное преобладание первичных типов головной боли (91.4%) над симптоматическими ГБ (5.3%) [8,9].

Первичные формы головной боли (в первую очередь, мигрень и головная боль напряжения) названы в числе наиболее значимых для неврологов и врачей общей практики и в *Европейских принципах ведения пациентов с наиболее распространенными формами головной боли*, разработанных в 2007 г. Европейской федерацией головной боли и Глобальной кампанией по уменьшению бремени головной боли в мире [26]. В этом европейском руководстве постулируется, что из-за большого распространения в популяции и необходимости лечения именно эти формы определяют основную часть социально-экономического и других видов ущерба, связанных с головными болями в обществе. В 2010 году вышла русскоязычная версия этого руководства [5].

### **Проблемы диагностики головных болей в России и странах постсоветского пространства**

Потребность населения РФ в специализированной помощи при головных болях чрезвычайно велика. Согласно проведенному интернет-опросу, включавшему 703 человека из различных регионов России, постоянную или периодическую головная боль, существенно влияющую на качество жизни, отмечали 52.2% населения, из них лишь половина обращалась за помощью к врачу [1,2,3]. Среди причин необращения

респонденты указывали: 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%). В одном из небольших эпидемиологических исследований, проведенных в Москве и Смоленске, было показано, что 72% населения отмечают головные боли, из которых 11% подпадает под диагноз мигрень, 12% - вероятная мигрень, 46% - головная боль напряжения, 3% - хроническая ежедневная головная боль (наше эпид ), что в целом совпадает с данными о распространенности головных болей в мире [17,24].

В другом эпидемиологическом исследовании? включавшем 501 человека из нескольких крупных городов (Тверь и Тверская область, Челябинск, Нижний Новгород, Смоленск, Тульская и Самарская области), распространенность головных болей составила 60.1% [25]. Мигрень и вероятная мигрень обнаружены в 8.6% и 10.2% случаев, соответственно, что также соответствует общемировым данным. При этом ГБН была диагностирована лишь в 26.7%, тогда как хронические ежедневные головные боли (ХЕГБ) отмечалась у 12.2% респондентов. Аналогичная распространенность ГБН и ХЕГБ отмечена в странах Латинской Америки.

К сожалению, уровень диагностики цефалгий и качество специализированной медицинской помощи оказываемой пациентам с головными болями в РФ в настоящее время не отвечает потребностям клинической практики и не соответствует мировым стандартам.

Несмотря на доступность русскоязычной версии МКГБ-2 многие неврологи и терапевты до сих пор испытывают трудности в диагностике и трактовке цефалгических синдромов. По-прежнему широко распространено использование старых «диагностических клише», которые не отражают истинную природу головной боли.

Особенно это касается пациентов с хронической головной болью, составляющих большинство среди больных с жалобами на цефалгию на приеме у терапевта и невролога.

Этот факт был подтвержден в исследовании, проведенном в 2005-2006 гг. специалистами по головной боли (цефалгологами) Санкт-Петербурга и Самары [18]. Исследование было основано на анонимном опросе неврологов стационаров и поликлиник этих городов о методах диагностики и лечения хронических головных болей и анализе медицинской документации 597 пациентов с хронической ежедневной головной болью (ХЕГБ).

Исследование выявило гипердиагностику вторичных головных болей. Так, 70% врачей были убеждены в том, что основными причинами ХЕГБ у пациентов являются не первичные формы головной боли, а органические заболевания головного мозга. Вот перечень диагнозов, которые выставлялись пациентам с ХЕГБ: *посттравматический арахноидит, посттравматическая энцефалопатия, гипертензионно-гидроцефальный синдром (особенно у детей с жалобами на головную боль), остеохондроз шейного отдела позвоночника, дисциркуляторная энцефалопатия вследствие артериальной гипертензии и/или атеросклероза мозговых сосудов, вегетативно-сосудистая дисфункция.*

Последующее обследование больных цефалгологом, а также оценка головных болей в соответствии с диагностическими критериями МКГБ-2 существенно изменили трактовку причин ХЕГБ у этих пациентов. У 86 % больных были диагностированы первичные формы головной боли: хроническая мигрень (51 %), хроническая головная боль напряжения (22 %), в 13 % головная боль носила смешанный характер; симптоматические формы головной боли (в том числе, связанные с избыточным

применением обезболивающих лекарственных препаратов) отмечены лишь у 14 % больных.

В то же время, 75% опрошенных неврологов Санкт-Петербурга и 80% неврологов Самары отметили, что им знакомы критерии хронической мигрени, хронической головной боли напряжения и абюзусной головной боли. Однако только 58 % и 40 % врачей из этих городов, соответственно, считали эти формы цефалгий вероятными причинами хронических головных болей, тогда как 42 % и 60 % опрошенных врачей отрицали такую вероятность.

Аналогичные результаты получены специалистами Центра головной боли г. Кишинева (республика Молдова) [11,33,34]. Обследование 200 пациентов с хронической мигренью и их направительных диагнозов показало, что правильный диагноз «хроническая мигрень» был выставлен лишь 12.5% пациентов. Наиболее частыми диагнозами, с которыми пациенты направлялись к специалисту по головной боли, были: внутричерепная гипертензия (65%), остеохондроз шейного отдела позвоночника (38%), вертебро-базилярная недостаточность (20%), соматоформные расстройства (25.5%), последствия черепно-мозговой травмы (15.5%), а также другие (7.5%), в числе которых церебро-вазкулярные заболевания, вегетативно-сосудистая дистония и сочетание нескольких подобных диагнозов. Можно предполагать, что большинство молдавских неврологов и терапевтов не знакомы с международными принципами диагностики цефалгий и до сих пор используют старые подходы к трактовке и диагностике цефалгических синдромов, принятые в период существования СССР.

Таким образом, подавляющее число неврологов и терапевтов расценивают большинство случаев ХЕГБ как вторичные, т.е. возникшие вследствие какого-либо органического заболевания.



Проведенное исследование также выявило еще одну важную причину ошибочной гипердиагностики вторичных форм цефалгий. Было показано, что, как и на протяжении предшествующих десятилетий, российские неврологи в стационарах и поликлиниках до сих пор широко практикуют назначение пациентам с головными болями традиционного набора исследований, включающих: ЭЭГ, УЗДГ (в прошлом широко назначалась РЭГ), нередко рентгенографию черепа и шейного отдела позвоночника, консультацию окулиста и др. Причем дополнительные обследования назначаются без конкретных показаний, «по привычке». Выявленные при этих обследованиях отклонения, затем трактуются врачами как непосредственная причина головной боли и являются основанием для ошибочного диагноза. Например, при выявлении у пациента с мигренью или ГБН на ЭЭГ признаков повышения внутричерепного давления эти пациенты «получают» не диагноз первичной головной боли, а диагноз «гипертензионно-гидроцефального синдрома»; при обнаружении на МРТ одного или нескольких незначительных сосудистых очагов – диагноз «дисциркуляторной энцефалопатии». Эти ложные диагнозы «маскируют» истинную природу головной боли и делают невозможным назначение грамотного специфического лечения. Необходимо отметить, что большинство из выявленных отклонений имеют неспецифический характер, то есть с той же частотой обнаруживаются и у лиц без жалоб на головную боль [1,18,20,22,37]. Следует подчеркнуть, что перечисленные методы исследования, широко используемые российскими неврологами и терапевтами, не входят в международные алгоритмы диагностики первичных головных болей. В международных руководствах, посвященных диагностике цефалгий, постулируется, что *«дополнительные методы не являются обязательными в диагностике первичных форм цефалгий, поскольку не выявляют специфических отклонений; поэтому диагностика первичных форм головной*

*боли является исключительно клинической, то есть основывается на данных жалоб, анамнеза и объективного осмотра пациента При подозрении на вторичный (симптоматический) характер головной боли дополнительные исследования являются обязательными» [21,22,26-28,31,35].*

Обязательное назначение инструментальных методов исследования и вытекающие из этого ошибки диагностики и терапии больных с цефалгиями в немалой степени обусловлены тем обстоятельством, что практикующие врачи в поликлиниках и стационарах вынуждены придерживаться действующих в РФ значительно устаревших стандартов оказания медицинской помощи, которые «являются обязательным минимальным объемом медицинской помощи» пациентам с головными болями. Так, в соответствии с *Московскими городскими стандартами стационарной медицинской помощи для взрослого населения (2000)* перечень обязательных инструментальных диагностических процедур пациентов с мигренью (раздел 66.130) включает ЭКГ, ЭЭГ, УЗДГ экстракраниальных сосудов, R-графию черепа, а также консультации специалистов: терапевта, окулиста, физиотерапевта, психиатра; к обязательным лабораторным процедурам относятся: общие анализы крови и мочи, некоторые показатели биохимического состава крови, RW, АСТ, АЛТ и др. В *стандартах консультативно-диагностической помощи для взрослого населения от 2000 года* обязательные инструментальные исследования для пациентов с мигренью, ГБН и пучковой головной болью (раздел 66.130, G43 и 44) наряду с перечисленными выше включают также РЭГ и МТР головного мозга (для пациентов мигренью с аурой); перечень групп препаратов для лечения этих форм головной боли не отличается от приведенного выше [12].

Таким образом, широкое назначение дополнительных исследований и уверенность врачей в том, что найденные при них отклонения являются

непосредственной причиной головной боли можно считать одной из основных причин ошибочной диагностики и гипердиагностики вторичных форм головной боли, в частности.

Кроме того, важным фактором, снижающим качество диагностики цефалгических синдромов, да и любых других неврологических расстройств является установленное теми же стандартами время, отведенное на осмотр одного пациента: 10-12 мин. Совершенно очевидно, что этого времени недостаточно для проведения качественного клинического опроса, осмотра и выписки лечебных назначений для пациента.

Результаты анкетирования врачей и анализ архивных материалов также показали, что большинство неврологов Санкт-Петербурга и Самары, принимавших участие в исследовании, испытывают серьезные трудности в выявлении и правильной трактовке эмоционально-личностных нарушений, сопутствующих головной боли, а также их роли в хронизации цефалгий. Так, указания на сопутствующие аффективные расстройства в первичных диагнозах пациентов встречались лишь в 18 % случаев; после обследования этих больных цефалгологом с помощью прицельного опроса и специализированных анкет оказалось, что симптомы тревожных расстройств имели 95 % больных, а депрессию – 58%. Кроме того, выявлена крайне низкая осведомленность врачей о диагностических критериях головной боли, вызванной избыточным употреблением анальгетиков (абзусная цефалгия), роли лекарственного абзуса и эмоциональных нарушений в хронизации цефалгий, а также стратегиях лечения лекарственно-индуцированной головной боли [18].

Описанные выше ошибки в подходах к диагностике цефалгий подтверждены и результатами клинко-эпидемиологического исследования основных типов головных болей, проведенного в 2004 г. в Ростове-на-Дону на большой популяции взрослого

городского населения (n=2753) [10,11]. Анализ диагностических навыков врачей, наблюдавших пациентов с цефалгиями, выявил недостаточное знание Международной классификации головных болей среди практикующих врачей, а, следовательно, в большинстве случаев неадекватную диагностику и лечение. Исследование выявило широкое распространение простых и комбинированных анальгетиков для купирования приступов мигрени и недостаточное применение патогенетически оправданных средств (триптанов, эрготаминовых препаратов и препаратов из группы НПВС). Более того, было показано, что роль лидера в развитии лекарственно индуцированных головных болей в Ростове-на-Дону принадлежит простым и комбинированным анальгетикам, в состав которых входит анальгин (метамизол натрия). Моно - и поликомпонентные анальгетики широко используются в практике врачебных назначений и для самолечения. В то же время известно, что в связи с риском агранулоцитоза, анафилактического шока и других осложнений, применение анальгина и других лекарственных форм метамизола во многих странах мира существенно ограничено или запрещено.

В исследовании также подчеркивается крайне низкая частота назначения в регионе специфической профилактической терапии при мигрени (бета-блокаторы, блокаторы кальциевых каналов, антиконвульсанты, антидепрессанты). В случае назначения курсового лечения пациентам с жалобами на головную боль врачи предпочитали вазоактивные препараты (кавинтон, циннаризин и т.д.) или церебропротекторы (пирацетам, глицин и т.д.), не обладающие специфическим эффектом при первичных головных болях.

Нерациональные подходы к лечению головных болей во многом связаны с наличием в уже упомянутых стандартах обязательного списка препаратов, который включает в себя ганглиоблокаторы, анальгетики, алкалоиды спорыньи, седативные

препараты, транквилизаторы, ангиопротекторы, вазоактивные и психотропные средства; именно эти препараты практикующие врачи чаще всего назначают пациентам с первичными головными болями [5,11,14]. Вместе с тем, с позиции доказательной медицины среди перечисленных средств лишь анальгетики могут использоваться для лечения головной боли. Из специфических противомигренозных средств в стандарты включены лишь алкалоиды спорыньи, которые не являются препаратами выбора, к тому же отсутствуют в продаже в большинстве аптек. В то же время широко используемые во всем мире триптаны, обладающие специфическим противомигренозным эффектом, не входят в российские стандарты лечения приступов мигрени [5,14,15]. Рекомендованные в современных международных руководствах препараты для профилактики мигрени (бета-блокаторы, антиконвульсанты, трициклические антидепрессанты, НПВС, блокаторы кальциевых каналов), эффективность которых доказана в масштабных исследованиях, проведенных во многих странах мира, также не включены в национальные стандарты.

В 2008 г. сотрудниками Отдела неврологии и клинической нейрофизиологии Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова проводился интернет-опрос 81 врача крупных городов Российской Федерации о применяемых ими подходах к диагностике и лечению головных болей [1]. Подавляющее большинство врачей (64%) работали в крупных городах (Екатеринбург, Томск, Челябинск и др.), 36% - в Москве. Среди участников опроса были неврологи поликлиник (44%), неврологи стационаров (27%), а также неврологи коммерческих, научных центров и врачи других специальностей. Пациенты с основной жалобой на головную боль встречались на приеме невролога достаточно часто: ежедневно до нескольких человек (у 52% специалистов), от 1 до 5 пациентов в неделю (у 41%), от 1 до 5 в месяц (у 7%).

По данным опроса Международную классификацию головных болей используют для диагностики цефалгий более половины врачей-неврологов (63%), 30% не всегда используют МКГБ-2, 7% - не пользуются вообще. Большинство врачей широко применяют для диагностики цефалгий дополнительные методы исследования: консультацию окулиста (89% врачей), нейровизуализацию (КТ, МРТ) (78%), рутинные методы (общий и биохимический анализ крови, общий анализ мочи, 70%), рентгенографию черепа (37%), рентгенографию шейного отдела позвоночника (11%), исследование гемостаза (5%), консультацию оториноларинголога (7%), стоматолога (4%), нейрохирурга (4%). Большое число специалистов также используют методы, неинформативные для диагностики головных болей: ЭЭГ (74%), РЭГ, УЗДГ (78%), электронейромиографию (5%).

Опрос показал, что профилактическое лечение рекомендуют своим пациентам с мигренью 70% неврологов, 26% не всегда проводят профилактическое лечение, 4% - не назначают его вообще. В качестве профилактических средств чаще всего назначаются антидепрессанты (74%) и бета-блокаторы (63%); высокоэффективные особенно при хронических формах цефалгий антиконвульсанты назначаются реже (26%), "сосудистая терапия", включающая вазоактивные и ноотропные препараты, применяется в 22% случаев, НПВС - в 19% [1,3].

Полученные результаты позволяют говорить о большой представленности пациентов с головной болью на приеме у невролога в крупных городах Российской Федерации. Около 40% врачей до сих пор не используют критерии МКГБ-2 для диагностики цефалгий, большинство специалистов используют чрезмерное количество дополнительных методов исследования, многие из которых являются малоинформативными в диагностике цефалгий. Не все врачи рекомендуют профилактическое лечение мигрени, а те, кто рекомендует, выбирают препараты

второго ряда или неспецифические препараты, не показанные для профилактики мигрени.

Хотя аналогичные крупные исследования в других регионах России не проводились, можно предположить, что сложившаяся ситуация с диагностикой и лечением цефалгий имеет место и в других областях страны.

В исследовании, проведенном в 2002 году в Витебской области (республика Беларусь) и направленном на оценку социально-экономической значимости головных болей, были проанализированы данные статистических талонов в одной из поликлиник города Витебска [13]. Установлено, что диагноз мигрени был установлен лишь 0.12% обратившихся, а диагноз головной боли напряжения не выставлялся вообще. Кроме того, за 2002 год не было выдано ни одного листа нетрудоспособности по причине первичных форм головной боли. Сравнительная оценка частоты вызова бригад скорой медицинской помощи по поводу судорожных припадков и головной боли в 2002 году по г. Витебску показала, что в связи с припадками было совершено 1240 выездов, а по поводу головных болей, которые пациенты не могли снять самостоятельно – 7300. Закономерно предположить, что большинство случаев «некупируемой» головной боли, скорее всего, представляли собой приступы мигрени или пучковой головной боли. Авторы подсчитали, что экономические потери, связанные с вызовом бригад скорой помощи к пациентам с приступами некупируемой головной боли в 2002 году в г. Витебске, значительно превышали потери вследствие вызовов к больным эпилепсией. Эти факты, с одной стороны, указывают на неосведомленность неврологов и терапевтов в вопросах диагностики головных болей, в первую очередь, первичных, с другой – свидетельствуют о недостаточной информированности врачей и пациентов об эффективных способах купирования головной боли.

Таким образом, на основании вышеизложенного можно заключить, что состояние диагностики и лечения различных форм головной боли в России и странах постсоветского пространства, где проводились исследования на эту тему, на сегодняшний день нельзя считать удовлетворительным. Основными причинами трудностей диагностики, понимания природы и лечения головных болей неврологами и терапевтами являются:

1. недостаточная осведомленность о критериях и принципах диагностики первичных и вторичных форм головной боли, представленных в Международной классификации головных болей последнего пересмотра (МКГБ-2), и отсутствие опыта работы с ними, что затрудняет использование универсальной принятой во всем мире терминологии и диагностику цефалгий;
2. недостаточная информированность об эпидемиологической представленности различных форм головной боли и, в частности, о преобладании в популяции первичных (доброкачественных) форм головной боли, среди которых основное место принадлежит мигрени и головной боли напряжения;
3. избыточное необоснованное конкретными показаниями назначение дополнительных обследований с последующим ошибочным выводом о причинно-следственной связи между обнаруженными неспецифическими изменениями и головной болью;
4. убежденность врачей в «органической» природе головной боли приводит к гипердиагностике вторичных (симптоматических) цефалгий и назначению необоснованного лечения; гипердиагностика вторичных цефалгий, в свою очередь, приводит к недостаточной диагностике наиболее распространенных первичных форм головной боли, что делает невозможным выбор правильной тактики лечения и способствует их хронизации;



5. недостаточное представление о проблеме хронических головных болей (в первую очередь, хронической мигрени и хронической головной боли напряжения), факторах хронизации головных болей и неумение их выявлять; в первую очередь речь идет о лекарственном злоупотреблении и эмоциональных нарушениях (депрессия и тревога), диагностика которых на сегодняшний день недостаточна;
6. незнание современных эффективных подходов к купированию и профилактике первичных форм головной боли, в первую очередь мигрени и хронической ежедневной головной боли; выбор большинством врачей неспецифических препаратов для курсового лечения и купирования приступов цефалгий вместо патогенетически обоснованных средств.

### **Пути решения проблемы**

Мировой опыт. Высокий уровень диагностики головных болей в Европе и США, достигнутый в последние годы, связан в первую очередь с несколькими факторами. Во-первых, с активной работой двух основных организаций, курирующих проблему головной боли в мире и в Европе: Международного общества головной боли (IHS, МОГБ) и Европейской федерации головной боли (EHF, ЕФГБ), а также национальных обществ (ассоциаций) головной боли, созданных в большинстве развитых стран. Национальные общества объединяют специалистов в области головных болей (цефалгологов): неврологов, терапевтов, педиатров, вертеброневрологов, нейрохирургов, нейропсихологов и др. и координируют работу по оказанию помощи пациентам с цефалгиями.

Задачами национальных обществ являются: 1) организация региональных, национальных и международных школ-семинаров и конференций, которые играют большую роль в распространении новых знаний в области диагностики, клиники и

терапии головных болей среди врачей (несколько лет назад Европейская федерация головной боли опубликовала требования к проведению школ по головной боли в Европе, которые призваны помочь цефалгологам различных стран при организации такой школы в своей стране [28,29]; 2) перевод на национальные языки и распространение международных стандартов диагностики и лечения головных болей; публикации по проблеме головных болей в научно-медицинских и популярных журналах; 3) подготовка и распространение печатных и компьютерных информационных материалов для пациентов, страдающих цефалгиями; 4) обучение пациентов, страдающих головными болями, помощь в создании и поддержка общественных организаций пациентов; 5) связь с государственными структурами с целью информирования о социально-экономической значимости проблемы головных болей и необходимости поиска решений по ее преодолению.

Большое значение для оптимизации ведения пациентов с головными болями имеет система специализированной помощи, которая с 80-ых годов прошлого столетия получили широкое распространение в мире [26,28,29,35]. Следует подчеркнуть, что согласно международным стандартам большинству пациентов, особенно с первичными цефалгиями, диагноз должен быть установлен на этапе первичной медицинской помощи, то есть терапевтом в поликлинике (1 уровень). Способность врача первичного звена правильно определить принадлежность головной боли к той или иной форме предполагает достаточный уровень знаний по проблеме цефалгий.

Второй уровень обеспечивается неврологами, обладающими специальными знаниями в области цефалгологии. Такие специалисты могут работать в диагностических кабинетах головной боли при городских амбулаторных отделениях, больницах и клиничко-диагностических центрах. Наконец, 3-ий уровень включает специализированные междисциплинарные центры головной боли, которых в

Европейских странах, США и Японии в настоящее время насчитывается более тысячи. Европейской федерацией головной боли разработаны стандарты по организации специализированного междисциплинарного центра головной боли [28].

Как правило, в структуру такого центра наряду с консультативным отделением, в котором работают цефалгологи - неврологи, специализирующиеся в области диагностики и лечения головных болей - входят и другие подразделения: нейрофизиологическое, оснащенное диагностическим оборудованием для проведения дополнительных обследований, психотерапевтическое, отделение немедикаментозных методов лечения (иглорефлексотерапия, биологическая обратная связь, массаж, и др.); в штат центра могут также входить вертеброневролог, нейроофтальмолог, психиатр и др. специалисты. Специализированные междисциплинарные центры головной боли сегодня являются основными учреждениями, на высоком уровне обеспечивающими диагностику и лечение пациентов с цефалгическими синдромами в большинстве стран мира. В то же время, как уже отмечалось, в развитых странах квалификация большинства врачей общей практики и неврологов, работающих в различных лечебных учреждениях, позволяет им грамотно диагностировать и лечить наиболее распространенные формы головной боли. При возникновении диагностических трудностей пациент может быть направлен в специализированный центр головной боли для уточнения диагноза, обследования и подбора терапии.

### **Совершенствование диагностики цефалгий в России и бывших странах постсоветского пространства: достижения и перспективы**

Несмотря на обсуждаемые выше недостатки и проблемы, в последние годы положение дел в диагностике и лечении головных болей в нашей стране и некоторых странах постсоветского пространства постепенно улучшается [5,16,19]. Распространение в течение последних нескольких лет русскоязычной версии

Международной классификации головных болей позволило российским неврологам перейти к использованию единой международной терминологии и универсальных диагностических критериев головных болей, а также существенно повысить информированность врачей о современных принципах диагностики первичных и вторичных цефалгических синдромов. Дальнейшей задачей является распространение МКГБ среди врачей общей практики.

В течение последних 3 лет национальные руководства по неврологии и нейрохирургии, а также руководства по рациональному использованию лекарственных средств для врачей первичного звена включают разделы, посвященные головным болям и противомигренозным средствам [4,15,16,20]. Проблемы головных болей освещаются на специализированных интернет-сайтах: [www.headache-society.ru](http://www.headache-society.ru), [www.migreni.net](http://www.migreni.net), [www.paininfo.ru](http://www.paininfo.ru) .

Важным этапом стало создание в 2007 г. *Российского Общества по изучению головной боли (РОИГБ)*, цель которого - объединение специалистов в различных регионах нашей страны, интересующихся проблемой головной боли, координация образовательной и исследовательской работы в этой области, повышение информированности пациентов с головными болями, а также, в перспективе, информирование органов управления здравоохранением о социально-экономической значимости проблемы цефалгий. РОИГБ является инициатором проведения регулярных (один раз в два года) тематических конференций и ежегодных обучающих семинаров по проблеме цефалгий в различных российских регионах.

Одна из важных положительных тенденций - открытие специализированных центров головной боли в различных городах России и бывших странах СНГ. Одним из первых подразделений, в котором проблема головной боли с начала 90-ых годов прошлого столетия стала самостоятельным направлением научных исследований, был

Отдел патологии вегетативной нервной системы на базе клиники нервных болезней ММА им. И.М.Сеченова, возглавлявшийся акад. А.М.Вейном. В настоящее время клиническая и научно-исследовательская работа в соответствии с международными стандартами диагностики и лечения головных болей активно проводится в Отделе неврологии и клинической нейрофизиологии и клинике нервных болезней им. А.Я.Кожевникова ММА им. И.М.Сеченова. В 1999 г. был создан первый коммерческий междисциплинарный центр головной боли «Клиника головной боли и вегетативных расстройств академика Александра Вейна»; за 10 лет в клинике достигнут высокий уровень диагностики и лечения цефалгических синдромов. Большая работа проводится и в Центре по лечению головных болей на базе Международной клиники MEDEM в Санкт-Петербурге, созданном в 2005 г. [8]. В конце 2009 года при поддержке РОИГБ специализированный междисциплинарный центр головной боли открылся на базе областного клинко-диагностического центра г. Ростова-на-Дону. Подобные центры функционируют также в Смоленске и Екатеринбурге, а также в некоторых странах постсоветского пространства: республиках Азербайджан (Баку), Беларусь (Витебск), Грузия (Тбилиси), Молдова (Кишинев).

В качестве примера существенного прогресса в диагностике и понимании проблемы головных болей приведем положительные последствия создания и деятельности *специализированного кабинета диагностики и лечения головной боли* на базе Центра пароксизмальных состояний (ЦПС) г. Витебска (республика Беларусь). Необходимо подчеркнуть, что уже через 2 года после создания кабинета в 2002 г. были отмечены существенные положительные сдвиги в области диагностики и терапии головных болей [14]. Направление пациентов из всех районов Витебской области в ЦПС осуществляется практикующими неврологами или врачами общей практики.

Благодаря сотрудничеству специалистов кабинета головной боли и врачей первичного звена и удалось повысить информированность врачей о принципах диагностики мигрени и других форм головной боли. Так, с момента создания кабинета существенно изменилась структура заболеваемости пациентов, обратившихся за медицинской помощью в территориальные поликлиники, за счет увеличения доли диагнозов первичных форм головной боли (например, мигрени с 0.12% до 8%). Кроме того, к концу 2005 г. в г. Витебске в 4 раза сократилось количество вызовов бригад скорой и неотложной медицинской помощи для купирования приступов головной боли. Последнее обстоятельство связано с началом применения адекватной патогенетической терапии приступов мигрени: в 2003 г. прошел государственную регистрацию первый на территории Республики Беларусь триптан (суматриптан).

Таким образом, первые 5 лет работы кабинета головной боли в г. Витебске показали, что создание специализированного подразделения позволяет существенно повысить качество и доступность высококвалифицированной медицинской помощи пациентам с цефалгиями, усовершенствовать диагностику и лечение, а также способствует распространению и систематизации знаний в области головных болей среди неврологов и врачей первичного звена.

Создание специализированных центров головной боли в Молдове и Грузии позволили не только обеспечить высокий уровень диагностики первичных и вторичных цефалгий в этих республиках, но провести в соответствии с европейскими стандартами популяционные эпидемиологические исследования распространенности головных болей в этих регионах. Результаты этих исследований были опубликованы в европейских журналах [33,34].

Таким образом, основными путями дальнейшего совершенствования диагностики цефалгических синдромов и специализированной помощи пациентам с головными болями в России и странах постсоветского пространства являются:

- 1) широкое распространение международных стандартов диагностики и лечения цефалгий и других информационных материалов по проблеме головной боли среди неврологов и врачей общей практики;
- 2) организация региональных образовательных курсов, школ, семинаров и конференций по проблеме головных болей как для врачей, так и для пациентов;
- 3) создание специализированных кабинетов и центров головной боли в регионах.

Эти шаги в течение ближайших лет могут существенно повысить уровень диагностики и качество специализированной помощи пациентам с цефалгиями, а также существенно уменьшить экономические потери, связанные с головными болями.

## Библиография

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 необращения к врачу по поводу головной боли по данным Интернет-опроса. Материалы межрегиональной научно-практической конференции «Головная боль – актуальная междисциплинарная проблема», Смоленск, 2009, 122.
3. 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.
4. Болезни нервной системы: Руководство для врачей / Под ред. Н.Н.Яхно. - М: Медицина, 2007. Т. 1-2.
5. Европейские принципы ведения пациентов с наиболее распространенными формами головной боли в общей практике / Т.Дж.Стайнер и соавт.: Практическое руководство для врачей; перевод а английского Ю.Э.Азимовой, В.В.Осиповой; научная редакция В.В.Осиповой, Т.Г.Вознесенской, Г.Р.Табеевой. – М.: 000 «ОГГИ. Рекламная продукция», 2010. – 56 с.
6. Колосова О.А., Осипова В.В. Классификация головных болей. Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова 1996; 3: 8-11.
7. Корешкина М.И. Организация и принципы работы центра головной боли. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Головная боль – 2007», Москва, 2007, 161-169.



8. Куцемелов И.Б. Клинико-эпидемиологический анализ первичных головных болей взрослого городского населения. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. М. 2005, 25 с.
9. Куцемелов И.Б., Табеева Г.Р. Эпидемиология первичных головных болей (по данным популяционного исследования взрослого населения г. Ростова-на-Дону). Журнал Боль. 2004;5:25-31.
10. Международная классификация головных болей 2-ое издание (полная русскоязычная версия), 2006, 380 с.
11. Молдовану И.В., Одобеску С.С., Крэчун К.К., Ротару Л.А., Кацарава З., Стейнер Т. Заболеваемость первичными головными болями в Республике Молдова: результаты первого эпидемиологического исследования. Сборник тезисов Российской научно-практической конференции с международным участием «Головная боль – 2007». Москва, 2007, 22-24.
12. Московские городские стандарты стационарной медицинской помощи для взрослого населения. Приказ Правительства Москвы, Комитет здравоохранения г. Москвы, 2000, раздел 66.130.
13. Наумова Г.И., Пашков А.А., Орехва В.И. Опыт организации альгологической помощи пациентам с головной болью в Витебской области. Боль 2008; 3 : 41-46.
14. Осипова В.В. Противомигренозные средства. В: Руководство по рациональному использованию лекарственных средств / под ред. А.Г.Чучалина, Ю.Б.Белоусова, Р.У.Хабриева, Л.Е.Зиганшиной. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006 : 203-212.
15. Осипова В.В., Азимова Ю.Э., Табеева Г.Р. Международные принципы диагностики головных болей: проблемы диагностики головных болей в России. Вестник семейной медицины, №2, 2010, стр. 8-18.

16. Осипова В.В., Табеева Г.Р. Первичные головные боли. Практическое руководство. М: ООО «ПАГРИ-Принт», 2007.
17. Табеева Г.Р., Вознесенская Т.Г., Осипова В.В., Фокина Н.М., Рачин А.Н., Азимова Ю.Э., Айзенберг И.В. Распространенность первичных головных болей в Российской Федерации. Пилотное исследование. Сборник тезисов Российской научно-практической конференции с международным участием «Головная боль – 2007». Москва, 2007, 38-42.
18. 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 : 89 : 427-431.
19. Яхно Н.Н. Головная боль как медицинская проблема. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Головная боль -2007», Москва, 2008, 168.
20. Яхно Н.Н., Парфенов В.А., Алексеев В.В. Головная боль. – М.: Ремедиум, 2000.
21. American Academy of Neurology. Practice parameter: the electroencephalogram in the evaluation of headache. Neurology 1995;45:1411-1413.
22. American Academy of Neurology. The utility of neuroimaging in the evaluation of headache in patients with normal neurological examinations. Neurology 1994;44:1353-1354.
23. Antonaci F. et al. Guidelines for the organization of headache education in Europe: the headache school. Functional Neurology 2005; 20 :2: 89-93.
24. Ayzenberg I, Cernysh M, Osipova V, Tabeeva G, Steiner TJ, Katsarava Z. Population-based survey of primary headache disorders in Russia: validation of questionnaire and methodology, Cephalalgia, 29 (Suppl. 1), 2009, PO160.

25. Ayzenberg, Z. Katsarava, M. Chernysh, A. Sborowski, R. Mathalikov, V. Osipova, G. Tabeeva, T. Steiner. Countrywide population-based survey in Russia reveals high prevalence of chronic daily headache and its association with low socioeconomic status. *European Journal of Neurology*. 2010;17: 3.
26. 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 : 1.
27. Evans RW. Diagnostic testing for headaches. *Med Clin North Am* 2001;85 :4:865-885.
28. Evans RW. The evaluation of headaches. In Evans RW, ed., *Diagnostic testing in neurology*. Philadelphia: WB Saunders, 1999:1-18.
29. Gerber WD, Antonaci F eds *Directory of the European Headache Centres & Yellow Pages*. Pavia; EDIMES 2000:1-192.
30. Headache Classification Committee of the International Headache Society: classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia*. 1988; 8 : 7: 1-96.
31. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 2<sup>nd</sup> ed. *Cephalalgia* 2004; 24 : 1 :1-232.
32. Lipton RB, Scher AI, Kolodner K, Liberman J, Steiner TJ, Stewart WF. Migraine in the United States. Epidemiology and patterns of health care use. *Neurology* 2002;58:885-894.

33. 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, Chisinua, the Republic of Moldova). *Cephalalgia*, 2008, 28, 1229-1233.
34. Moldovanu I, Pavlic G, Odobescu S, Rotaru L, Craciun C, Ciobanu L, Corcea G, Steiner T, Katsarava Z. The prevalence of headache disorders in the Republic of Moldova: a population-based study. *Cephalalgia* 2007; 27:673.
35. Olesen J, Tfelt-Hensen P, Welch KMA (eds). *The headaches*, 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2002.
36. Rasmussen BK, Jensen R, Schroll M, Olesen J. Epidemiology of headache in a general population – a prevalence study. *J Clin Epidemiol* 1991;44:1147-1157.
37. Silberstein SD, Lipton RB, Goadsby PJ. *Headache in clinical practice*, 2<sup>nd</sup> ed. London: Martin Dunitz, 2002.



