

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

В.В. Осипова, Ю.Э. Азимова, Г.Р. Табеева, С.А. Тарасова, А.В. Амелин, И.В. Куцмелов, И.В. Молдовану, С.С. Одобеску, Г.И. Наумова

*Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова;
Центр лечения боли Областной клинической больницы им. М.И. Калинина (Самара);
Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова;
Ростовский государственный медицинский университет (Ростов-на-Дону);
Институт неврологии и нейрохирургии (Кишинев, Республика Молдова);
Областной диагностический центр (Витебск, Республика Беларусь)*

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. 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 и лечения головных болей, а также специализированной помощи пациентам с цефалгиями.

Ключевые слова: головные боли, диагностика, классификация, специализированная помощь

Большое распространение в популяции, значительный социально-экономический и другие виды ущерба, связанные с головными болями, трудности диагностики и терапии определяют серьезное отношение к этой проблеме как медицинской общественности, так и органов здравоохранения [4, 17, 19, 23, 25]. Отражением возрастающего интереса к проблеме головных болей в мире стало создание таких организаций, как Международное общество головной боли, Европейская федерация головной боли и др., а также общественных пациентских организаций (Мировой альянс головной боли и др.). Одним из шагов, направленных на привлечение внимания врачей к проблеме цефалгий, 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].

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; тригеминальные цефалгии и некоторые

другие первичные цефалгии (кашлевая, связанная с физическим напряжением, сексуальной нагрузкой и т.д.). 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 (5,3%) [8, 9].

Первичные формы головной боли (в первую очередь – мигрень и головная боль напряжения) признаны в числе наиболее значимых проблем для неврологов и врачей общей практики [5, 26].

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 чел. из различных регионов России, постоянную или периодическую головную боль, существенно влияющую на качество жизни, отмечали 52,2% населения, из них лишь половина обращалась за помощью к врачу [1–3]. Среди причин последнего респонденты указывали: недоверие к врачам (81,6%); недоступность специалистов по головной боли (59,7%); отсутствие необходимости в консультации (47,4%); боязнь выявления тяжелого заболевания (19,2%). В эпидемиологическом исследовании в популяциях Москвы и Смоленска 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, что в целом совпадает с данными о распространенности головных болей в мире [17, 24]. В другом исследовании,

включавшем 501 чел. из нескольких крупных городов (Твери, Челябинска, Нижнего Новгорода, Смоленска и др.), 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% случаев, тогда как хронические ежедневные головные боли (ХЕГБ) отмечались 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 отвечают потребностям клинической практики и не соответствуют мировым стандартам. Несмотря на доступность русскоязычной версии МКГБ-2, многие врачи 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 ХЕГБ. Исследование выявило гипердиагностику вторичных головных болей (т.е. вызванных органическими заболеваниями головного мозга – такими, как посттравматический арахноидит, посттравматическая энцефалопатия, гипертензионно-гидроцефальный синдром, остеохондроз шейного отдела позвоночника, дисциркуляторная энцефалопатия, вегетативно-сосудистая дисфункция). Последующее обследование больных цефалгологом, а также оценка цефалгии 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%) и хроническая головная боль напряжения (22%); в 13% головная боль носила смешанный характер; симптоматические формы головной боли (в т.ч. 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 ГБН и абзусной 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-базиллярная недостаточность (20%); соматоформные расстройства

(25,5%); последствия черепно-мозговой травмы (15,5%) и т.д. Можно предполагать, что большинство молдавских неврологов и терапевтов незнакомы с международными принципами диагностики цефалгий и до сих пор используют старые подходы к трактовке и диагностике цефалгических синдромов, принятых в период существования СССР.

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, ультразвуковую доплерографию, 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. Необходимо отметить, что большинство выявленных отклонений имеют неспецифический характер, т.е. с той же частотой обнаруживаются и у лиц без жалоб на головную боль [1, 18, 20, 22], а перечисленные методы исследования не входят в международные алгоритмы диагностики первичных головных болей. В международных руководствах, посвященных диагностике цефалгий, указывается, 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. Лишь при подозрении на вторичный (симптоматический) характер головной боли дополнительные исследования являются обязательными [21, 22, 26–28, 31, 35].

Следует добавить, что 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 устаревших стандартов оказания медицинской помощи, которые «являются обязательным минимальным объемом медицинской помощи» пациентам с головными болями [12]. Дополнительным фактором, снижающим качество диагностики цефалгических синдромов, является установленное теми же стандартами время, отведенное на осмотр одного пациента: 10–12 мин. Совершенно очевидно, что этого времени недостаточно для качественного клинического опроса, осмотра и выписывания лечебных назначений.

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 (абузусная цефалгия), роли лекарственного абузуса и эмоциональных нарушений в хронизации цефалгий, а также стратегии лечения лекарственно-индуцированной головной боли [18].

Описанные выше ошибки в подходах к диагностике цефалгий подтверждены и результатами клинико-эпидемиологического исследования основных типов головных болей, проведенного в 2004 г. в Ростове-на-Дону на большой популяции взрослого городского населения ($n=2753$) [10, 11]. Было выявлено недостаточное знание Международной классификации головных болей практикующими врачами, а также широкое распространение простых и комбинированных анальгетиков для купирования приступов мигрени и недостаточное применение патогенетически оправданных средств – триптанов, эрготаминовых препаратов и препаратов из группы нестероидных противовоспалительных средств (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 (пирacetам, 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 и отсутствуют в продаже в большинстве аптек. В то же время широко используются во всем мире триптаны, обладающие специфическим противомигренозным эффектом, не входя 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, также не включены в национальные стандарты.

В 2008 г. сотрудниками Отдела неврологии и клинической нейрофизиологии Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова (ныне Первый МГМУ им. И.М. Сеченова)

проводился интернет-опрос 81 врача крупных городов Российской Федерации (Москвы, Екатеринбург, Челябинска, Томска и др.) о применяемых ими подходах к диагностике и лечению головных болей [1]. Среди участников опроса были неврологи поликлиник (44%), стационаров (27%), а также неврологи коммерческих и 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, МКГБ-2 постоянно используют для диагностики цефалгий более половины врачей-неврологов (63%), 30% – периодически, 7% – не используют вообще. Большинство врачей широко применяют для диагностики цефалгий дополнительные методы исследования: консультацию окулиста (89% врачей), нейровизуализацию (78%), рентгенографию черепа (37%) и шейного отдела позвоночника (11%), исследование гемостаза (5%) и т.д. Многие также используют методы, неинформативные для диагностики головных болей: ЭЭГ (74%), реоэнцефалографию, ультразвуковую доплерографию (78%), электроэнцефалографию (5%). Опрос показал, что профилактическое лечение рекомендуют своим пациентам с мигренью 70% неврологов, 26% проводят профилактическое лечение периодически, 4% не назначают его вообще. В качестве профилактических средств чаще всего назначаются антидепрессанты (74%) и бета-блокаторы (63%); высокоэффективные при хронических формах цефалгий антиконвульсанты назначаются реже (26%), «сосудистая терапия» (вазоактивные и ноотропные препараты) применяется в 22% случаев, НПВС – в 19% [1, 3].

Можно предположить, что сложившаяся ситуация с диагностикой и лечением цефалгий имеет место и в других областях страны.

В исследовании, проведенном в 2002 г. в Витебской области Беларуси и направленном на оценку социально-экономической значимости головных болей, были проанализированы данные статистических талонов в одной из поликлиник города [13]. Установлено, что диагноз мигрени был установлен лишь у 0,12% обратившихся, а диагноз головной боли напряжения не выставлялся вообще. Кроме того, за 2002 г. не было выдано ни одного листа нетрудоспособности по причине первичных форм головной боли. Сравнительная оценка частоты вызова бригаад скорой медицинской помощи по поводу судорожных припадков и головной боли в 2002 г. по 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 г. в Витебске, значительно превышали потери вследствие вызовов к больным эпилепсией.

Таким образом, основными причинами трудностей диагностики, понимания природы и лечения головных болей неврологами и терапевтами в России и ряде стран постсоветского пространства являются:

- 1) недостаточная осведомленность о критериях и принципах диагностики первичных и вторичных форм головной боли, отсутствие опыта работы с МКГБ-2;

- 2) недостаточная информированность об эпидемиологической представленности различных форм головной боли и, в частности, о преобладании в популяции первичных форм головной боли (мигрень, ГБН и др.);
- 3) не обоснованное 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, что способствует хронизации цефалгий;
- 5) недостаточное представление о проблеме хронических головных болей (в первую очередь хронической мигрени и хронической головной боли напряжения), факторах хронизации головных болей (лекарственный абзус, эмоциональные нарушения), диагностика которых на сегодняшний день недостаточна;
- 6) незнание современных эффективных подходов к купированию и профилактике первичных форм головной боли, в первую очередь мигрени и ХЕГБ, выбор неспецифических препаратов для курсового лечения и купирования приступов цефалгий вместо патогенетически обоснованных средств.

Пути решения проблемы

Высокий уровень диагностики головных болей в Европе и США, достигнутый в последние годы, связан с несколькими факторами. Во-первых, с активной работой двух основных организаций, курирующих проблему головной боли в мире и 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.

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 [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 для ее преодоления.

Большое значение для оптимизации ведения пациентов с головными болями имеет система специализированной помощи, которая с 1980-х гг. получили широкое распространение в мире [26, 28, 29, 35]. Согласно международным стандартам, большинству пациентов (особенно с первичными цефалгиями) диагноз должен быть установлен на этапе первичной медицинской помощи, т.е. терапевтом в поликлинике (1-й уровень). 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-й уровень включает специализированные междисциплинарные центры головной боли, которых в европейских странах, США и Японии насчитывается более тысячи. Европейской федерацией головной боли разработаны стандарты по организации специализированного междисциплинарного центра головной боли [28]. В его структуру наряду с консультативным отделением (врачи-цефалгологи) входят и другие подразделения: нейрофизиологическое, оснащенное необходимым диагностическим оборудованием; психотерапевтическое; отделение немедикаментозных методов лечения (иглорефлексотерапия, биологическая обратная связь, массаж и т.д.). В штат центра могут также входить вертебро-невролог, нейроофтальмолог, психиатр и другие специалисты.

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 области диагностики и лечения 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 прийти 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-2 среди врачей общей практики.

В течение последних трех 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, www.migreni.net, www.paininfo.ru.

Важным этапом стало создание в 2007 г. *Российского общества по изучению головной боли*, цели 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 информирование органов здравоохранения о социально-экономической значимости проблемы цефалгий. РОИГБ является инициатором проведения регулярных тематических конференций и обучающих семинаров по проблеме цефалгий в российских регионах.

Несомненная положительная тенденция – открытие специализированных центров головной боли в городах России и бывших странах СНГ. Одним из первых таких подразделений в начале 1990-х гг. стал Отдел патологии вегетативной нервной системы на базе клиники нервных болезней ММА им. И.М. Сеченова, возглавлявшийся академиком

18. *Тарасова С.В., Амелин А.В., Скоромец А.А.* Распространенность и выявляемость первичных и симптоматических форм хронической ежедневной головной боли. *Казанский мед. журн.* 2008; 4: 427–431.
19. *Яхно Н.Н.* Головная боль как медицинская проблема. В сб.: *Мат-лы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Головная боль – 2007».* М., 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.* Guidelines for the organization of headache education in Europe: the headache school. *Funct. Neurol.* 2005; 20: 89–93.
24. *Ayzenberg I., Cernysh M., Osipova V. et al.* Population-based survey of primary headache disorders in Russia: validation of questionnaire and methodology. *Cephalalgia* 2009; 29 (Suppl.1): 160.
25. *Ayzenberg Z., Katsarava M., Chernysh A. et al.* Countrywide population-based survey in Russia reveals high prevalence of chronic daily headache and its association with low socioeconomic status. *Eur. J. Neurol.* 2010; 17: 3.
26. European principles of management of common headache disorders in primary care. *J. Headache Pain* 2007; 8: 1.
27. *Evans R.W.* Diagnostic testing for headaches. *Med. Clin. North Am.* 2001; 85: 865–885.
28. *Evans R.W.* The evaluation of headaches. In: *Diagnostic testing in neurology* (ed. by R.W. Evans). Philadelphia: WB Saunders, 1999: 1–18.
29. *Gerber W.D., Antonaci F.* 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: 1–96.
31. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 2nd ed. *Cephalalgia* 2004; 24: 1–232.
32. *Lipton R.B., Scher A.I., Kolodner K. et al.* 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. *Cephalalgia* 2008; 28: 1229–1233.
34. *Moldovanu I., Pavlic G., Odobescu S. et al.* 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 K.M.A. (eds).* The headaches, 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2002.
36. *Rasmussen B.K., Jensen R., Schroll M., Olesen J.* Epidemiology of headache in a general population – a prevalence study. *J. Clin. Epidemiol.* 1991; 44: 1147–1157.

Diagnosics of headache in Russia and post-Soviet countries: state of the problem and ways for its solution

V.V. Osipova, Yu.E. Azimova, G.R. Tabeeva, S.A. Tarasova, A.V. Amelin, I.V. Kutsemelov, I.V. Moldovanu, S.S. Odobesku, G.I. Naumova

*1st Moscow State Medical University named after I.M. Sechenov;
Center for pain treatment, Regional clinical hospital named after M.I. Kalinin (Samara);
St. Petersburg State Medical University named after I.P. Pavlov;
Rostov State Medical University (Rostov-on-Don);
Institute of Neurology and Neurosurgery (Kishinev, Moldova);
Regional diagnostic center (Vitebsk, Belarus)*

Key words: headache, diagnostics, classification, specialized care

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 approaches to the diagnosis of headache used by neurologists and general practitioners in Russia and some post-Soviet countries. Common diagnostic mistakes and misinterpre-

tation of instrumental investigations results, as well as the reasons for erroneous treatment strategies in patients with headache are discussed. Practical steps focused on the improvement of headache diagnosis and treatment, as well as specialized care for headache patients are proposed.

Контактный адрес: Осипова Вера Валентиновна – докт. мед. наук, вед. науч. сотр. отдела неврологии и клинической нейрофизиологии НИЦ Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. 119021 Москва, ул. Россолимо, д. 11. Тел.: +7 (499) 248-69-44, факс: +7 (499) 248-63-64, e-mail: osipova_v@mail.ru;

Азимова Ю.Э. – науч. сотр. отдела неврологии и клин. нейрофизиологии НИЦ Первого МГМУ им. И.М. Сеченова;

Табеева Г.Р. – зав. отделом неврологии и клин. нейрофизиологии НИЦ Первого МГМУ им. И.М. Сеченова;

Тарасова С.А. – директор Центра лечения боли областной клинической больницы им. М.И. Калинина (Самара);

Амелин А.В. – проф. каф. неврологии СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова;

Куцемолов И.Б. – зав. неврол. отд. МЛПУЗ «Городская больница № 6», асс. каф. неврологии и нейрохирургии Ростовского ГМУ (Ростов-на-Дону);

Молдовану И.В. – директор Института неврологии и нейрохирургии (Кишинев);

Одобеску С.С. – канд. мед. наук, ст. науч. сотр., зав. лабораторией функциональной неврологии Института неврологии и нейрохирургии (Кишинев);

Наумова Г.И. – зав. Центром пароксизмальных состояний Витебского областного диагностического центра (Витебск).