

Мигрень и клиническая инерция: что мы можем сделать?

© М.В. НАПРИЕНКО^{1, 2}, Н.В. ЛАТЫШЕВА^{1, 2}, А.Р. АРТЕМЕНКО², В.В. ОСИПОВА³, Г.Р. ТАБЕЕВА²,
Е.Г. ФИЛАТОВА^{1, 2}, Л.Р. АХМАДЕЕВА⁴, Л.В. СМЕКАЛКИНА²

¹Клиника головной боли и вегетативных расстройств им. академика А. Вейна, Москва, Россия;

²ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия;

³ГБУЗ «Научный психоневрологический центр им. З.П. Соловьева» Департамента здравоохранения Москвы, Москва, Россия;

⁴ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа, Россия

Резюме

Цель исследования. Изучение приверженности практикующих врачей-неврологов и специалистов по головной боли (ГБ) протоколам диагностики и лечения хронической ГБ и хронической мигрени (ХМ).

Материал и методы. Опрошены 634 невролога из всех регионов Российской Федерации. Средний возраст участников составил 40,7±8,5 года, средний опыт работы по специальности — 14,2±7,8 года.

Результаты. Большинство врачей работали в поликлинике и стационаре (49 и 24% соответственно), в специализированных кабинетах и центрах ГБ — 7%. В 30% случаев диагностируется ГБ напряжения, в 17% — ХМ, в 44% предполагается комбинированная ГБ напряжения и ХМ. Только 10% специалистов не используют диагностические методы для уточнения причин хронической ГБ. Отмечены как достаточное внимание врачей к проблемам коморбидности, так и высокий уровень назначения рекомендованных для профилактического лечения частой ГБ лекарственных препаратов. Результаты анкетирования о рекомендации лечения Ботоксом были оценены как неоднозначные: 35% специалистов рекомендуют данное лечение, 27% — нет, остальные назначают препарат по незарегистрированным показаниям.

Заключение. Для преодоления клинической инерции специалистов необходимо дальнейшее распространение знаний о хронических формах ГБ и адекватных методах их лечения.

Ключевые слова: диагностика головной боли, классификация головной боли, бремя головной боли, первичные головные боли, Ботокс.

Информация об авторах:

Наприенко М.В. — <https://orcid.org/0000-0003-4204-2279>

Латышева Н.В. — <https://orcid.org/0000-0001-9600-5540>

Артеменко А.Р. — <https://orcid.org/0000-0002-6219-3384>

Осипова В.В. — <https://orcid.org/0000-0002-1570-5009>

Табеева Г.Р. — <https://orcid.org/0000-0002-3833-532X>

Филатова Е.Г. — <https://orcid.org/0000-0001-9978-4180>

Ахмадеева Л.Р. — <https://orcid.org/0000-0002-1177-6424>

Смекалкина Л.В. — <https://orcid.org/0000-0002-2219-9589>

Как цитировать:

Наприенко М.В., Латышева Н.В., Артеменко А.Р., Осипова В.В., Табеева Г.Р., Филатова Е.Г., Ахмадеева Л.Р., Смекалкина Л.В. Мигрень и клиническая инерция: что мы можем сделать? *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2020;120(1):83–89. <https://doi.org/10.17116/jnevro202012001183>

Migraine burden and clinical inertia: what can we do?

© M.V. NAPRIENKO^{1, 2}, N.V. LATYSHEVA^{1, 2}, A.R. ARTEMENKO², V.V. OSIPOVA³, G.R. TABEEVA², E.G. FILATOVA^{1, 2},
L.R. AKHMADEEVA⁴, L.V. SMEKALKINA²

¹Alexander Vein Headache Clinic, Moscow, Russia;

²I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia;

³Moscow Research Clinical Centre for Neuropsychiatry, Moscow, Russia;

⁴Bashkir State Medical University, Ufa, Russia

Abstract

Objective. To study the compliance of neurologists and headache specialists to chronic headache and chronic migraine (CM) diagnosis and treatment guidelines.

Material and methods. The survey included 634 neurologists from all regions of the Russian Federation. Mean age of respondents was 40.7±8.5 years, mean years of experience 14.2±7.8 years.

Автор, ответственный за переписку: Наприенко Маргарита Валентиновна — e-mail: mv_naprienko@mail.ru

Corresponding author: Naprienko M.V. — e-mail: mv_naprienko@mail.ru

Results. Most doctors work in outpatient or hospital settings (49% and 24%, respectively), 7% were headache specialists. Tension-type headache (TTH) was diagnosed in 30% and CM in 17% of patients while 44% of patients were presumed to have a mixed headache disorder (TTH+CM). Only 10% of physicians do not use instrumental diagnostic methods in chronic headache. This study has shown sufficient attention to comorbid conditions and frequent prescription of headache preventative treatment. Botox prescription data is equivocal: 35% of physicians recommend such treatment, 27% do not, while other doctors prescribe it for off-label indications.

Conclusion. To overcome clinical inertia, further education in chronic headaches and their optimal treatment is warranted.

Keywords: headache diagnosis, classification of headache disorders, burden of headache, primary headaches

Information about the authors:

Naprienko M.V. — <https://orcid.org/0000-0003-4204-2279>

Latysheva N.V. — <https://orcid.org/0000-0001-9600-5540>

Artemenko A.R. — <https://orcid.org/0000-0002-6219-3384>

Osipova V.V. — <https://orcid.org/0000-0002-1570-5009>

Tabeeva G.R. — <https://orcid.org/0000-0002-3833-532X>

Filatova E.G. — <https://orcid.org/0000-0001-9978-4180>

Akhmadeeva L.R. — <https://orcid.org/0000-0002-1177-6424>

Smekalkina L.V. — <https://orcid.org/0000-0002-2219-9589>

To cite this article:

Naprienko MV, Latysheva NV, Artemenko AR, Osipova VV, Tabeeva GR, Filatova EG, Akhmadeeva LR, Smekalkina LV. Migraine burden and clinical inertia: what can we do? *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry* = *Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii im. S.S. Korsakova*. 2020;120(1):83–89. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/jnevro202012001183>

Мигрень — один из наиболее часто встречающихся болевых расстройств. Она беспокоит 25% молодых женщин [1]. Хроническая мигрень (ХМ) — тяжелое заболевание, распространенность которого составляет около 5,1% [2]. В России этот показатель еще выше [3]. В 2 крупных эпидемиологических исследованиях — CaMEО и AMPP — уровень нарушения трудоспособности по опроснику MIDAS достигал 38—45 баллов (выраженная нетрудоспособность) [4], такой высокий уровень нарушения трудоспособности был отмечен у 79—82% пациентов с ХМ. Основными причинами серьезного воздействия ХМ на все сферы жизни пациентов является постоянная или практически постоянная боль с периодическим развитием классических приступов мигрени, а также недостаточный ответ на анальгетики. Всем пациентам с ХМ необходимо профилактическое лечение ввиду низкого качества жизни и высокого риска присоединения лекарственно-индуцированной головной боли (ГБ).

Диагностика ХМ является проблемой во всем мире. Например, в США в специализированных клиниках ГБ диагноз ХМ устанавливают лишь 36% пациентов с ХМ [5]. При обращении к другим специалистам вероятность правильного диагноза ХМ не превышает 16%.

В России диагностика ХМ является серьезной проблемой для врачей уже на протяжении многих лет. Согласно данным эпидемиологических исследований, в структуре синдрома хронической ежедневной ГБ первое место (более 80%) занимает ХМ. В то же время, по данным крупномасштабного российского исследования, наиболее часто пациентам с хронической ГБ ставят диагноз хронической ГБ напряжения [6, 7]. Еще чаще это происходит при обращении пациентов с хронической ГБ к терапевту и неврологу, не специализирующимся на лечении ГБ.

В крупных исследованиях, проведенных в Санкт-Петербурге, Самаре и Ростове-на-Дону, было показано, что в России происходит серьезная гипердиагностика вторичных форм ГБ и даже установка отсутствующих в Меж-

дународной классификации головной боли (МКГБ-3) [8] диагнозов, таких как посттравматический арахноидит, посттравматическая энцефалопатия, гипертензионно-гидроцефальный синдром, остеохондроз шейного отдела позвоночника, дисциркуляторная энцефалопатия и вегетативно-сосудистая дисфункция [9, 10]. В то же время, по данным немецкого специализированного мультидисциплинарного центра ГБ, у 43% пациентов устанавливают диагноз ХМ, у 38% пациентов — эпизодической мигрени, у 7% — кластерной ГБ. При этом лишь у 2% пациентов диагностируют ГБ напряжения, и доли процентов приходятся на все остальные формы ГБ [11]. По данным старейшей неврологической специализированной клиники в России, ХМ диагностируют у 47% пациентов [11].

Проблема плохой осведомленности врачей о диагностике ХМ приводит к неадекватному назначению лечения. Так, в США лишь 34% пациентов с ХМ была предложена профилактическая терапия [5]. При этом в специализированных центрах ГБ лечение было назначено 82% пациентов.

Однако даже в случае назначения профилактического лечения ХМ очень часто предлагаемые подходы не соответствуют международным рекомендациям. В крупном исследовании, проведенном в Ростове-на-Дону, показана крайне низкая частота назначения специфической профилактической терапии при мигрени. В случае назначения курсового лечения пациентам с жалобами на ГБ врачи предпочитали вазоактивные препараты или церебропротекторы, не обладающие специфическим эффектом при первичных формах ГБ [10].

В то же время благодаря правильной и своевременной диагностике ХМ и выбору лечения в соответствии с международными рекомендациями в специализированных центрах ГБ удается достичь хороших результатов. Так, в центре ГБ в Мюнхене в течение 1 года удалось снизить среднюю частоту ГБ у пациентов с 11,6 до 7,7 дня в месяц [12]. При этом более 80% пациентов были довольны достигнутым результатом, 70% продолжали предложенное лечение.

Максимальную (78%) удовлетворенность различными видами терапии в Клинике головной боли и вегетативных расстройств им. академика Александра Вейна пациенты демонстрировали при использовании комплексного подхода к лечению ГБ (при назначении лекарственных препаратов и ботулинотерапии) [10]. Таким образом, диагностику и, в особенности, лечение ХМ целесообразно проводить в специализированных центрах ГБ.

Серьезной проблемой лечения хронических заболеваний является низкий комплаенс, не являются исключением и пациенты с хронической ГБ [13]. При этом одним из барьеров успешного лечения остается недостаточная приверженность самих врачей к существующим стандартам лечения [14].

Цель настоящего исследования — изучение приверженности практикующих врачей-неврологов и специалистов по ГБ протоколам диагностики и лечения хронической ГБ и ХМ.

Материал и методы

Проведено исследование по изучению комплаентности врачей-неврологов критериям диагностики и лечения хронических форм ГБ и ХМ в амбулаторных и стационарных условиях.

Для изучения поставленных вопросов Российским обществом по изучению головной боли (РОИГБ) была создана анкета диагностики и лечения пациентов с частыми ГБ.

Опрос проводили очно и онлайн, анонимно. Все участники выразили добровольное согласие на участие в исследовании. В анкету были включены вопросы о возрасте специалистов, стаже работы по специальности, месте работы, диагностических и лечебных аспектах работы с пациентами с частыми ГБ.

В опросе приняли участие 634 невролога из всех регионов Российской Федерации. Средний возраст участников составил $40,7 \pm 8,5$ года, средний опыт работы по специальности — $14,2 \pm 7,8$ года.

Статистический анализ данных выполнен с использованием пакета прикладных программ Statistica 6.1 («Statsoft Inc.», США).

Результаты и обсуждение

Большинство опрошенных специалистов работали в поликлинике и стационаре, только 7% представляли специализированные центры по лечению ГБ (рис. 1).

Первый блок вопросов касался использования базовых документов — МКГБ-3 и практических рекомендаций российских и международных экспертов. На вопрос, используете ли вы для диагностики МКГБ-3, утвердительно ответили 63% респондентов, клинические рекомендации для лечения мигрени используют в работе 100% человек.

Следующий блок (рис. 2) вопросов касался диагностических ориентиров практических врачей при наличии жалоб на частую или ежедневную ГБ.

Диагностика первичных ГБ является исключительно клинической и основывается на данных анамнеза, тщательном анализе характеристик ГБ и их соответствии диагностическим критериям МКГБ, данных осмотра. В наибольшем проценте случаев в нашем исследовании диагностирована комбинированная ГБ (ГБ напряжения и мигрень) — 44%, достаточно часто ставили диагноз «ГБ напряжения» — 30%,

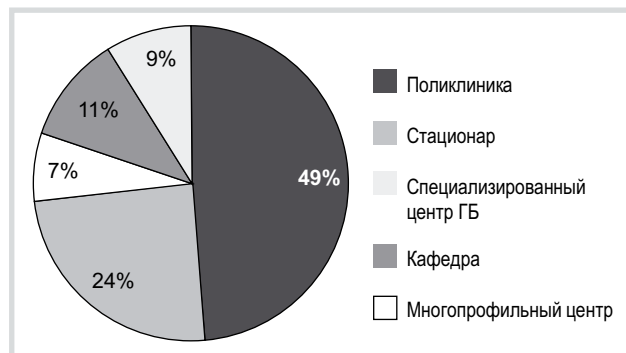


Рис. 1. Представленность специалистов по месту работы.

Стационар, специализированный центр ГБ, кафедра, многопрофильный центр.

Fig. 1. Respondents' workplaces.

Outpatient clinic, Hospital, Headache center, Academic setting, Multidisciplinary center.

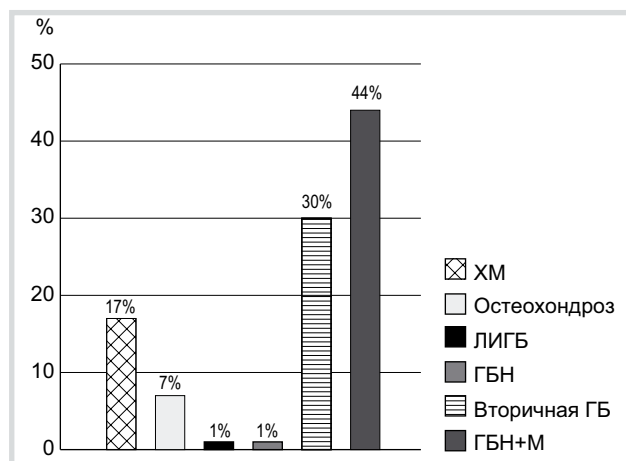


Рис. 2. Частота постановки различных диагнозов у пациентов с частой или ежедневной ГБ.

ХМ — хроническая мигрень; ЛИГБ — лекарственно-индуцированная ГБ; ГБН — головная боль напряжения; ГБН+М — головная боль напряжения + мигрень.

Fig. 2. Diagnoses given to patients presenting with daily or near-daily headache.

ХМ — CM, chronic migraine; Остеохондроз — osteochondrosis; ЛИГБ — drug induced headache; ГБН — TTH, tension-type headache; Вторичная ГБ — secondary headache; ГБН+М — TTH+M, tension-type headache + migraine.

и только у 17% пациентов диагностировали ХМ. Лишь 1% выявления лекарственно-индуцированной ГБ свидетельствует о недооценке распространенности проблемы, так как, по эпидемиологическим данным, у 68,1% пациентов с ГБ более 15 дней в месяц выявляется лекарственный абзус [3]. В соответствии с критериями МКГБ-3 ХМ — это ГБ (подобная ГБ напряжения или мигренозная), возникающая 15 дней или более в месяц, из которых не менее 8 дней она соответствует критериям диагноза мигрени или купируется триптанами, в течение не менее 3 мес в году.

Мы полагаем, что проблема недостаточной диагностики ХМ связана с малой осведомленностью специалистов о критериях ХМ, так как менее $\frac{2}{3}$ специалистов, по нашим данным, используют их в своей работе. Вторая возможная причина — недостаток времени на приеме, необходимого для выяснения подробностей анамне-

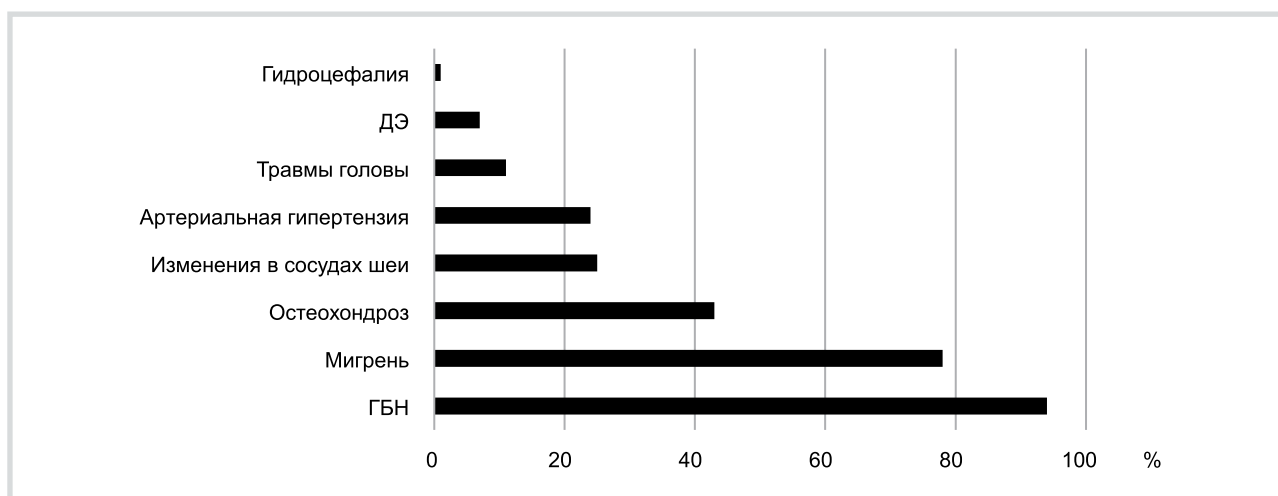


Рис. 3. Наиболее частые причины хронической ГБ у пациентов, по мнению врачей.

Hydrocephalus, ДЭ — дисциркуляторная энцефалопатия (Circulatory encephalopathy), head trauma, arterial hypertension, changes in the cervical blood vessels, osteochondrosis, migraine, ГБН — головная боль напряжения (TTH — tension-type headache).

Fig. 3. Most prevalent causes of chronic headache (physician opinion).

Hydrocephalus, circulatory encephalopathy, head trauma, arterial hypertension, changes in the cervical blood vessels, osteochondrosis, migraine, TTH — tension-type headache.

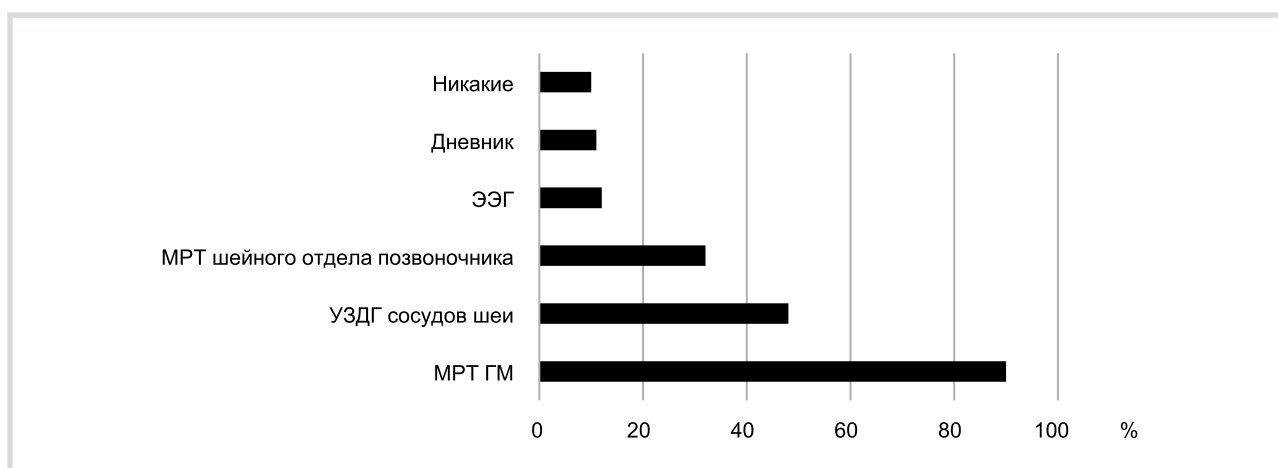


Рис. 4. Методы исследования, используемые для уточнения причин хронической ГБ.

None, Diary, ЭЭГ — электроэнцефалография (EEG — electroencephalography), МРТ — магнитно-резонансная томография (Cervical spine MRI), УЗДГ — ультразвуковая доплерография (Doppler of cervical vessels), МРТ ГМ — магнитно-резонансная томография головного мозга (Brain MRI).

Fig. 4. Methods used to diagnose chronic headache.

None, Diary, EEG — electroencephalography, Cervical spine MRI, Doppler of cervical vessels, Brain MRI.

за, которые являются ключевыми в постановке диагноза. Таким образом, части пациентов с комбинированной ГБ при использовании верных критериев наверняка был бы поставлен диагноз ХМ.

Далее был задан вопрос о том, на что обращают внимание врачи при осмотре пациентов. В 100% случаев оценивали неврологический статус, в 73% — состояние перикраниальных мышц, в 74% — состояние жевательных мышц и в 61% — ротационные пробы. Полученные данные свидетельствуют о недооценке ряда факторов, необходимых для уточнения диагноза и выявления коморбидных расстройств.

Следующий диагностический вопрос (рис. 3) касался оценки врачами трех наиболее частых причин хронической

ГБ у пациентов. Результаты свидетельствовали о понимании превалирования в популяции первичных форм ГБ над вторичными. Отмеченный в 42% случаев остеохондроз демонстрирует явную переоценку изменений в шейном отделе позвоночника. Неверная оценка причин ГБ может затруднять дифференциальную диагностику, приводить к неправильному диагнозу и лечению, способствовать прогрессированию заболевания [15, 16]. Редкая диагностика лекарственно-индуцированной ГБ опрошенными специалистами напрямую связана с недооценкой ее как причины частой ГБ.

Известно, что для диагностики первичных видов ГБ при отсутствии сигналов опасности проведение диагностических процедур не предусмотрено [15], тем не менее на вопрос об использовании различных методов диагно-

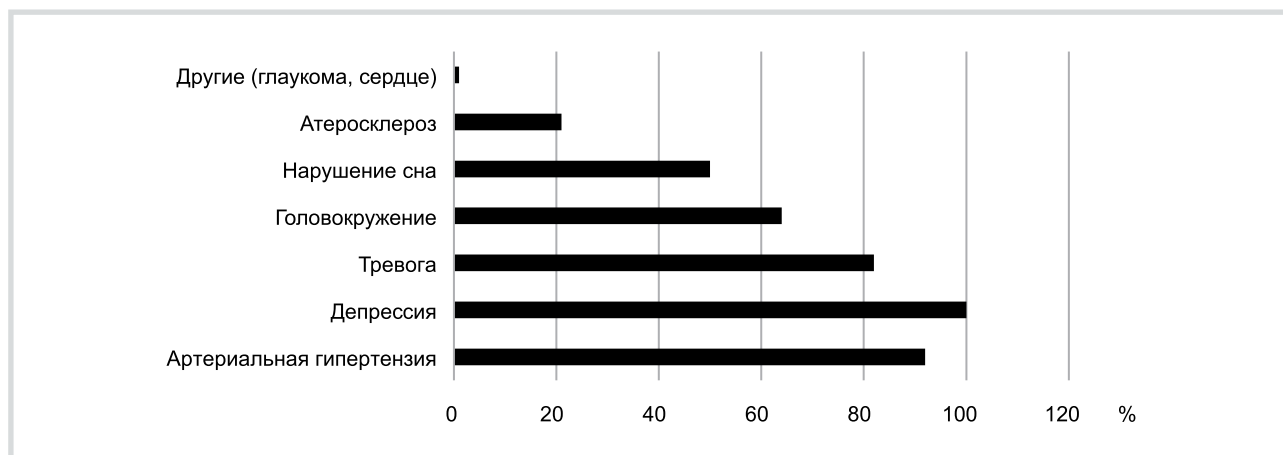


Рис. 5. Коморбидные состояния, оцениваемые врачами при планировании лечения.

Other (glaucoma, heart diseases), atherosclerosis, sleep disorders, dizziness, anxiety, depression, arterial hypertension.

Fig. 5. Comorbid conditions taken into account at treatment planning.

Other (glaucoma, heart diseases), atherosclerosis, sleep disorders, dizziness, anxiety, depression, arterial hypertension.

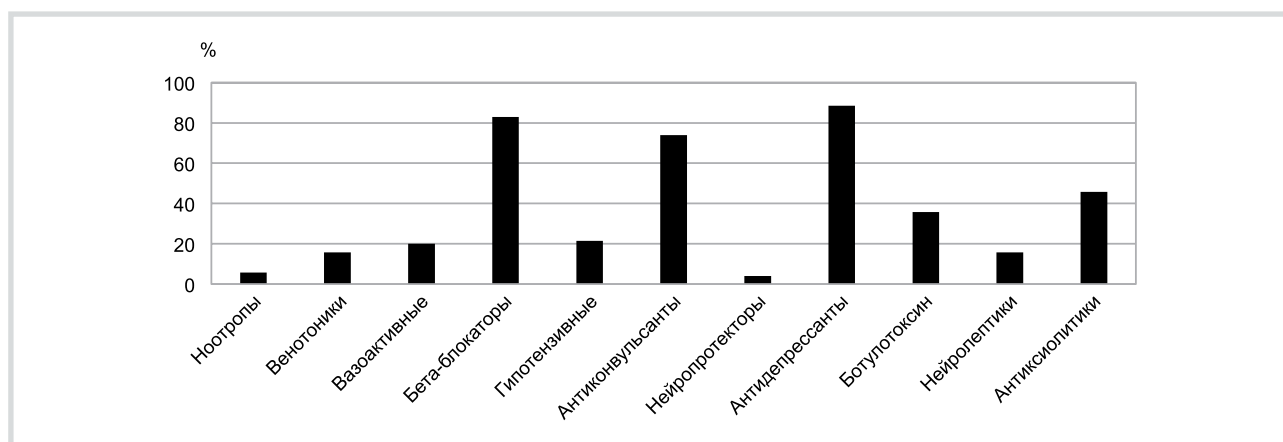


Рис. 6. Классы препаратов, используемые для профилактического лечения ГБ (по данным опроса).

Nootropics, venotonics, vasoactive drugs, beta-blockers, antihypertensive drugs, anticonvulsants, neuroprotectors, antidepressants, botulinum toxin type A, neuroleptics, anxiolytics.

Fig. 6. Classes of medications used in headache preventative treatment.

Nootropics, venotonics, vasoactive drugs, beta-blockers, antihypertensive drugs, anticonvulsants, neuroprotectors, antidepressants, botulinum toxin type A, neuroleptics, anxiolytics.

стики были получены данные об их применении (рис. 4). Проблема злоупотребления диагностическими процедурами может объясняться наличием существующих стандартов оказания первичной медико-санитарной помощи при мигрени (профилактическое лечение)¹, которые были утверждены в 2012 г. и регламентируют для диагностики ХМ использование компьютерной томографии головного мозга, магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга и шейного отдела позвоночника, электроэнцефалографии (ЭЭГ). Данная ситуация создает прецедент использования неинформативных подходов в диагностике ГБ, увеличивая экономическую нагрузку на здравоохранение в целом и пациентов в частности.

¹Приказ Минздрава России от 24.12.12 №1551н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при мигрени (профилактическое лечение)». Ссылка активна на 03.12.19. https://minzdrav.gov-murman.ru/documents/poryadki-okazaniya-meditsinskoy-pomoshchi/pr_MZ_RF_1551n.pdf

Впервые в подобном исследовании были получены данные об использовании дневников 12% специалистов, эта цифра превышает представленность цефалогологов (7%) и свидетельствует о медленном внедрении этого удобного инструмента [17] в широкую практику, так как дневник ГБ позволяет отличить приступ мигрени от ГБ напряжения и других видов ГБ, уточнить частоту мигрени, а также выявить злоупотребление обезболивающими препаратами.

Проблема коморбидности при любой патологии имеет важное значение в связи с тем, что такие расстройства могут влиять на течение заболевания, изменяя клиническую картину и осложняя возможности курации [18, 19]. Следующий вопрос — об оценке коморбидных расстройств (рис. 5) при ГБ с целью планирования лечения показал достаточное внимание врачей к этой клинической части, особенно к выраженности тревоги и депрессии у пациентов с частыми ГБ (85—100%). С нашей точки зрения, недостаточно уделяется внимания вопросам нарушения сна и го-

ловокружения, так как эти состояния у пациентов с мигренью вызывают серьезную дезадаптацию, нарушают качество жизни [20, 21] и без их коррекции терапевтический эффект будет неполным.

После постановки диагноза второй важнейший вопрос — лечение. Сегодня лечение ХМ детально прописано и при правильном применении дает эффект. Высокий уровень доказательности А в профилактическом лечении ХМ показан для бета-блокаторов, антиконвульсантов и онаботулотоксина (Ботокс, Аллерган) [22]. Наше исследование продемонстрировало достаточную приверженность врачей российским и международным рекомендациям (рис. 6) в части назначения бета-блокаторов и антиконвульсантов, однако ботулинический токсин типа А рекомендуется только в 38% случаев.

При выборе профилактических препаратов должны учитываться сопутствующие заболевания, принимаемые пациентом лекарственные препараты, аллергия, стоимость лечения, возможность наступления беременности и развития побочных эффектов [23].

Наблюдательные исследования и данные рандомизированных клинических испытаний подтверждают, что приверженность к пероральной профилактике мигрени плохая [23]. Так, более 50% пациентов самостоятельно прекращают прием рекомендованных лекарств в течение года [13], хотя известно, что для регресса центральной сенситизации — основного патофизиологического механизма хронической боли — требуется не менее 1 года.

Сложности лечения пероральными препаратами такого распространенного расстройства, как ХМ, приводят к активному поиску новых методов решения данной проблемы [24], одним из которых является метод ботулинотерапии — лечение инъекциями ботулинического токсина типа А (БТА). В 2010 г. в ходе широкомасштабных исследований PREEMPT (Комплексная клиническая программа исследования по оценке профилактической терапии мигрени III фазы) были доказаны эффективность и безопасность онаботулотоксина (препарат Ботокс) в лечении ХМ, предложен необходимый протокол инъекций. В России препарат получил одобрение для лечения ХМ у взрослых в декабре 2012 г. Лечение Ботоксом приводит к значительному снижению частоты ГБ, улучшению работоспособности пациентов, снижению психологического дистресса, улучшению качества жизни, способствует

преодолению лекарственного злоупотребления/лечения лекарственно-индуцированной ГБ, а также способствует решению проблемы комплаентности пациентов. Метод ботулинотерапии доказанно эффективен и безопасен в лечении пациентов с ХМ и официально разрешен к применению в нашей стране, как и в большинстве стран мира.

Поэтому полученные результаты на вопрос нашей анкеты о том, при каких формах ГБ врачи рекомендуют лечение Ботоксом, были оценены нами как неоднозначные. С одной стороны, большинство респондентов (35% врачей) ответили правильно, выбрав в качестве ответа ХМ, так как при других формах ГБ эффект ботулинотерапии не доказан или лечение не разрешено. С другой стороны, почти такое же число врачей ответили неверно, указав хроническую ГБ напряжения (24%) и боль при напряжении мышц головы/шеи (14%). При этом 27% врачей вообще не рекомендуют этот метод лечения своим пациентам. В свете этих данных необходимо продолжить образование неврологов по вопросу применения Ботокса в программах лечения пациентов с ХМ, так как высокая эффективность, благоприятный профиль безопасности, хорошая переносимость и высокая комплаентность пациентов выгодно выделяют этот метод среди других существующих подходов профилактической терапии [25].

Таким образом, на основании вышеизложенного можно заключить, что на сегодняшний день состояние диагностики и лечения различных форм ГБ в РФ по-прежнему нельзя считать удовлетворительным. При этом больший процент специалистов ориентируются при диагностике хронических форм ГБ на МКГБ-3, российские и международные клинические рекомендации. Полагаем, что это является следствием активной просветительской работы РОИГБ и российских цефалгологов. Однако очевидно недостаточное понимание распространенности ХМ и лекарственно-индуцированной ГБ, и как следствие, их низкая диагностика. Для преодоления клинической инерции специалистами необходимо дальнейшее распространение знаний о хронических формах ГБ и адекватных методах их лечения.

Поддерживается Проектом повышения конкурентоспособности ведущих российских университетов среди ведущих мировых научно-образовательных центров Supported by the Russian Academic Excellence Project 5-100.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Victor TW, Hu X, Campbell JC, Buse DC, Lipton RB. Migraine prevalence by age and sex in the United States: a life-span study. *Cephalalgia*. 2010;30(9):1065-1072. <https://doi.org/10.1177/0333102409355601>
- Natoli JL, Manack A, Dean B, Butler Q, Turkel CC, Stovner L, Lipton RB. Global prevalence of chronic migraine: a systematic review. *Cephalalgia*. 2010;30(5):599-609. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2982.2009.01941.x>
- Ayzenberg I, Katsarava Z, Sborowski A, Chernysh M, Osipova V, Tabeeva G, Yakhno N, Steiner TJ. The prevalence of primary headache disorders in Russia: A countrywide survey. *Cephalalgia*. 2012;32:373-381. <https://doi.org/10.1177/0333102412438977>
- Lipton RB, Manack AA, Buse DC, Fanning KL, Reed ML. A comparison of the Chronic Migraine Epidemiology and Outcomes (CaMEO) Study and American Migraine Prevalence and Prevention (AMPP) Study: demographics and headache-related disability. *Headache*. 2016;56(8):1280-1289. <https://doi.org/10.1111/head.12878>
- Buse D. Chronic migraine may be underdiagnosed and undertreated. *Neurology Reviews*. 2014;22(8):22.
- Азимова Ю.Э., Сергеев А.В., Осипова В.В., Табеева Г.Р. Диагностика и лечение головных болей в России: результаты анкетного опроса врачей. *Росс. журнал боли*. 2010;3-4:12-17. Azimova YuE, Sergeev AV, Osipova VV, Tabeeva GR. Cephalgia diagnostics and treatment in Russia: physician questionnaire survey results. *Russian Journal of Pain*. 2010;3-4:12-17. (In Russ.). Accessed December 3, 2019.
- Осипова В.В., Азимова Ю.Э., Табеева Г.Р., Тарасова С.А., Амелин А.В., Куземелов И.В., Молдовану И.В., Одобеску С.С., Наумова Г.И.. Диагностика головных болей в России и странах постсоветского пространства: состояние проблемы и пути ее решения. *Анналы клинической и экспериментальной неврологии*. 2012;6(2):16-22. Osipova VV, Azimova YuE, Tabeeva GR, Tarasova SA, Amelin AV, Kutsemelov IV, Moldovanu IV, Odobescu SS, Naumova GI. Diagnosis of headaches in Russia and countries of the former Soviet Union: state of the problem and ways to solve it. *Annaly Klinicheskoi i Eksperimentalnoi Nevrologii*. 2012;6(2):16-22. Accessed December 3, 2019. (In Russ.).

8. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia*. 2018;38(1):1-211. <https://doi.org/10.1177/0333102417738202>
9. 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. Tarasova SV, Amelin AV, Skoromets AA. Prevalence and diagnostics of primary and symptomatic forms of chronic daily headache. *Kazansky med zh*. 2008;4:427-431. Accessed December 3, 2019. (In Russ.).
10. Куцемелов И.Б., Табеева Г.Р. Эпидемиология первичных головных болей (по данным популяционного исследования взрослого населения Ростова-на-Дону). *Бол*. 2004;5:25-31. Kutsemelov IB, Tabeeva GR. Epidemiology of primary headaches (results of an adult population study in Rostov-on-Don. *Bol*. 2004;5:25-31. Accessed December 3, 2019. (In Russ.).
11. Баюшкина Л.И. Организация помощи пациентам с головной болью в условиях специализированного медицинского центра. *Клиническая практика*. 2019;10(2):108-113. Bayushkina LI. Organizatsiya pomoshchi patsientam s glavnoi bol'yu v usloviyakh spetsializirovannogo meditsinskogo tsentra. *Klinicheskaya Praktika*. 2019;10(2):108-113. Accessed December 3, 2019. (In Russ.). <https://doi.org/10.17816/clinpract102108-113>
12. Rohling S, Funk A, Ruscheweyh R, Schankin C, Straube A, Kamm K. Integrated headache care at the outpatient headache center of the University Hospital of Munich: The Munich model. *Clinical and Translational Neuroscience*. 2018;1:7. <https://doi.org/10.1177/2514183X18786844>
13. Наприенко М.В., Сmealкина Л.В. Стратегии повышения эффективности терапии хронической мигрени. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2015;12:70-73. Naprienko MV, Smekalkina LV. Strategies on the improvement of chronic migraine treatment efficacy. *Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii im. S.S. Korsakova*. 2015;12:70-73. Accessed December 3, 2019. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/jnevro201511511270-73>
14. Койчужев А.А. Приверженность в лечении: методики оценки, технологии коррекции недостаточной приверженности терапии. *Медицинский вестник Северного Кавказа*. 2013;3. Koichuev AA. Priverzhennost' v lechenii: metodiki otsenki, tekhnologii korektsii nedostatochnoi priverzhennosti terapii. *Meditsinskii Vestnik Severnogo Kavkaza*. 2013;3. (In Russ.). Accessed December 3, 2019. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/priverzhennost-v-lechenii-metodiki-otsenki-tehnologii-korektsii-nedostatochnoy-priverzhennosti-terapii>
15. Осипова В.В., Филатова Е.Г., Артеменко А.Р., Лебедева Е.Р., Азимова Ю.Э., Латышева Н.В., Сергеев А.В., Амелин А.В., Корешкина М.И., Скоробогатых К.В., Екушева Е.В., Наприенко М.В., Исагулян Э.Д., Рачин А.П., Данилов А.Б., Курушина О.В., Парфенов В.А., Табеева Г.Р., Гехт А.Б., Яхно Н.Н. Диагностика и лечение мигрени: рекомендации российских экспертов. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски*. 2017;117(1): 28-42. Osipova VV, Filatova EG, Artemenko AR, Lebedeva ER, Azimova YuYe, Latysheva NV, Sergeev AV, Amelin AV, Koreshkina MI, Skorobogatyy KV, Ekusheva EV, Naprienko MV, Isaguljan YeD, Rachin AP, Danilov AIB, Kurushina OV, Parfenov VA, Tabeeva GR, Gekht AB, Yahno NN. Diagnosis and treatment of migraine: Recommendations of the Russian experts. *Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii im. S.S. Korsakova*. 2017;117(1-2):28-42. Accessed December 3, 2019. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/jnevro20171171228-42>
16. Головачева В.А., Парфенов В.А., Табеева Г.Р., Осипова В.В., Смудевич А.Б., Андрищенко А.В., Головачева А.А. Оптимизация ведения пациентов с хронической ежедневной головной болью. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2017;117(2):4-9. Golovacheva VA, Parfenov VA, Tabeeva GR, Osipova VV, Smulevich AB, Andryushchenko AV, Golovacheva AA. Optimizatsiya vedeniya patsientov s khronicheskoi ezhednevnoi glavnoi bol'yu. *Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii im. S.S. Korsakova*. 2017;117(2):4-9. (In Russ.). Accessed December 3, 2019. <https://doi.org/10.17116/jnevro2017117214-9>
17. Jensen R, Tassorelli C, Rossi P, Allena M, Osipova V, Steiner T, Sandrini G, Olesen J, Nappi G. A basic diagnostic headache diary (BDHD) is well accepted and useful in the diagnosis of headache. A multicentre European and Latin American study. *Cephalalgia*. 2011;31(15):1549-1560. <https://doi.org/10.1177/0333102411424212>
18. Özge A, Uludüz D, Özgür Yalın O, Demirci S, Karadaş O, Uygunoğlu U, Siva A. Chronic Migraine: Burden, Comorbidities, and Treatment. *Turk J Neurol*. 2018;24:117-125. <https://doi.org/10.4274/tnd.55563>
19. Buse DC, Manack AN, Fanning KM, Serrano D, Reed ML, Turkel CC, Lipton RB. Chronic migraine prevalence, disability, and sociodemographic factors: results from the American Migraine Prevalence and Prevention Study. *Headache*. 2012;52(10):1456-1470. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2012.02223.x>
20. Lempert T, Neuhauser H, Daroff RB. Vertigo as a symptom of migraine. *Ann NY Acad Sci*. 2009;1164:242-251. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.03852.x>
21. Ferini-Strambi L, Galbiati A, Combi R. Sleep disorder-related headaches. *Neurol Sci*. 2019;40(suppl 1):107-113. <https://doi.org/10.1007/s10072-019-03837-z>
22. Friedman DI. Rational Prescribing for Migraine Prevention. *US Neurology*. 2019;15(2):75-81 <https://doi.org/10.17925/USN.2019.15.2.75>
23. Hepp Z, Bloudek L, Varon SF. Systematic Review of Migraine Prophylaxis Adherence and Persistence. *J Manag Care Pharm*. 2014;20(1):22-33. <https://doi.org/10.18553/jmcp.2014.20.1.22>
24. Латышева Н.В., Филатова Е.Г., Табеева Г.Р., Осипова В.В., Артеменко А.Р., Тарасова С.В., Азимова Ю.Э., Кацарава З. Практические вопросы ведения пациентов с хронической мигренью. Рекомендации российских экспертов. *Невроно-мышечные болезни*. 2015;3. Latysheva NV, Filatova EG, Tabeeva GR, Osipova VV, Artemenko AR, Tarasova SV, Azimova YuE, Katsarava Z. Prakticheskie voprosy vedeniya patsientov s khronicheskoi migren'yu. Rekomendatsii rossiiskikh ekspertov. *Nervno-myshechnye bolezni*. 2015;3. Accessed December 3, 2019. (In Russ.). <https://cyberleninka.ru/article/n/prakticheskie-voprosy-vedeniya-patsientov-s-hronicheskoy-migrenyu-rekomendatsii-rossiyskikh-ekspertov> <https://doi.org/10.17650/2222-8721-2015-3-31-36>
25. Наприенко М.В., Сmealкина Л.В., Сафонов М.И., Филатова Е.Г., Латышева Н.В., Екушева Е.В., Артеменко А.Р., Осипова В.В., Баюшкина Л.И. Бремя мигрени в реальной клинической практике: клинические и экономические аспекты. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2019;119:1:30-36. Naprienko MV, Smekalkina LV, Safonov MI, Filatova EG, Latysheva NV, Ekusheva EV, Artemenko AR, Osipova VV, Bayushkina LI. Bremya migreni v real'noi klinicheskoi praktike: klinicheskie i ekonomicheskie aspekty. *Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii im. S.S. Korsakova*. 2019;119:1:30-36. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/jnevro201911901131>

Поступила 11.12.19

Received 11.12.19

Принята к печати 12.12.19

Accepted 12.12.19