

DOI: <https://doi.org/10.22263/2312-4156.2024.4.87>

## **Определение резервов по совершенствованию оказания медицинской помощи пациентам с головной болью напряжения**

**О.С. Рубанова, А.В. Шульмин**

Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет, г. Витебск, Республика Беларусь

Вестник ВГМУ. – 2024. – Том 23, №4. – С. 87-93.

## **Identifying reserves for improving the provision of medical care to patients with tension-type headache**

**O.S. Rubanova, A.V. Shulmin**

Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University, Vitebsk, Republic of Belarus

Vestnik VGMU. 2024;23(4):87-93.

---

### **Резюме.**

Головная боль напряжения (ГБН) – самый распространённый тип первичной головной боли, с которым значительная часть пациентов длительное время не обращается к врачу, но после визита в медицинскую организацию могут длительно ожидать верификации своего диагноза. В связи с чем это широко распространённое заболевание среди населения сопровождается высоким уровнем самолечения как в периоде до постановки диагноза, так и после контакта с системой здравоохранения.

Цель исследования – определение резервов по совершенствованию оказания медицинской помощи пациентам с ГБН. Задачи – описать эпидемиологический портрет пациента с ГБН, изучить фактическую модель медицинского обслуживания пациентов с головной болью напряжения и проанализировать сроки от момента появления первых симптомов ГБН и обращения с жалобами в медицинскую организацию до постановки диагноза и определить резервы для улучшения данного показателя.

Материал исследования. Анкетные данные 81 пациента с установленным диагнозом ГБН в возрасте от 18 до 83 лет, распределение по полу: 77,8% женщин и 22,2% мужчин на базе УЗ «Витебский областной клинический диагностический центр».

Результаты. На основании изучения пола, социальных характеристик и маршрута пациентов с ГБН от момента возникновения первых симптомов заболевания и первичного обращения в организацию здравоохранения до постановки диагноза предложен набор мероприятий по совершенствованию оказания медицинской помощи данной группе пациентов.

Заключение. На основании полученных данных определены резервы по совершенствованию оказания медицинской помощи пациентам с ГБН путем организационно-методических технологий.

*Ключевые слова: головная боль напряжения, маршрутизация пациентов, социальные характеристики, удовлетворенность медицинской помощью.*

### **Abstract.**

Tension-type headache (TTH) is the most common type of primary headache with which a significant part of patients do not consult a doctor for a long time, but after a visit to a medical organization they can wait long for their diagnosis to be verified. Therefore, this widespread disease among the population is accompanied by a high level of self-medication both in the period before making a diagnosis and after the contact with the healthcare system.

The aim of the research was to identify reserves for improving the provision of medical care to patients with TTH.

Tasks to be fulfilled: to describe the epidemiological portrait of a patient with TTH, to study the actual model of medical care provided to patients with tension-type headache and to analyze the time from the moment of the first symptoms of tension-type headache appearance and seeking medical care with complaints at a medical organization before diagnosing

and to determine reserves for improving this indicator. The study material was the questionnaire data of 81 patients diagnosed with tension-type headache aged from 18 to 83 years, gender distribution: 77.8% of women and 22.2% of men on the basis of the Vitebsk Regional Clinical Diagnostic Center.

Based on the study of the gender, social characteristics and the route of patients with TTH from the moment of the onset of the first symptoms of the disease and the initial visit to the health organization before diagnosis, a set of measures to improve the provision of medical care to this group of patients has been proposed.

Based on the data obtained, reserves for improving the provision of medical care to patients with TTH by means of organizational and methodological technologies have been determined.

*Keywords: tension-type headache, patient routing, social characteristics, satisfaction with medical care.*

## Введение

Цефалгия представляет собой одну из наиболее частых причин обращения пациентов за медицинской помощью и важнейшую проблему национальных систем здравоохранения. В зарубежной литературе о головной боли напряжения (tension-type headache) исследователи подтверждают тезис о том, что данный вариант цефалгии является наиболее распространенным в общей популяции. Головная боль напряжения (ГБН) приводит к существенным социально-экономическим затратам и для пациента, и для общества [1]. С одной стороны, существующая литература содержит множественные указания на то, что клиническая картина данного типа головной боли отличается относительно «мягкими» симптомами и доброкачественным течением, с другой стороны, реальная клиническая практика доказывает, что головная боль напряжения способна существенно снизить качество жизни пациентов, делая его сопоставимым с таковым у пациентов с мигренью.

В документации подкомитета по Международной классификации головной боли указано, что головная боль напряженного типа по распространенности в популяции составляет от 68 до 70% [Headache Classification]; по другому источнику – головная боль напряжения встречается у каждого третьего в возрасте 30-39 лет [2]. Чаще всего жалобы на головную боль напряжения поступают от пациентов в возрасте 20-30 лет, однако данной формой головной боли также страдают дети дошкольного и школьного возраста и люди в возрасте после 50 лет [2]. Социальная значимость проблемы лечения головной боли напряжения, таким образом, очевидна; кроме того, более 90% больных составляют лица трудоспособного возраста.

По данным Всемирной организации здравоохранения, именно головная боль напряжения

представляет собой самый распространенный тип первичной головной боли. Организация располагает следующими данными: эпизодическая головная боль напряжения возникает у более чем 70% людей; переход в хроническую форму данного типа головной боли наблюдается у 1-3% взрослого населения. Распространенность напрямую зависит от контингента пациентов: данный тип головной боли присущ чаще женщинам (до 75% от общего количества лиц [3]); реже – детям, так как эпизоды начинают возникать преимущественно в подростковом возрасте.

Поскольку реальная модель медицинского обслуживания пациентов с ГБН недостаточно изучена на региональном уровне, целью настоящего исследования явилось изучение эпидемиологического портрета пациента с ГБН и анализа сроков от момента появления первых симптомов заболевания и обращения с жалобами в медицинскую организацию до постановки диагноза и преемственности между специалистами амбулаторного этапа.

## Материал и методы

На базе УЗ «Витебский областной клинический диагностический центр» проанкетирован 81 пациент с установленным диагнозом ГБН в возрасте от 18 до 83 лет, Me (25; 75) 47,0 (34,5; 58,0) лет, распределение по полу: 77,8% женщин и 22,2% мужчин. Все пациенты, принявшие участие в исследовании, подписали информированное согласие. Исследование одобрено этическим комитетом УО «Витебский государственный медицинский университет». Все обследованные заполнили опросник «Анкета информированности о головной боли напряжения» (авторы-разработчики О.С. Рубанова, А.В. Шульмин).

Статистическая обработка полученных результатов была выполнена на персональном

компьютере с применением стандартного пакета программ Statistica 10,0 «StatSoft Inc., Okla.», (USA). Для представления числовых значений полученных результатов применялась описательная статистика в виде медианы, 25-й и 75-й квартилей  $Me[25; 75]$  и среднего значения с доверительными интервалами  $M(ДИ95\%)$ . Для определения значимости различий между группами сравнения использовались непараметрические критерии Манна-Уитни (для двух групп) и Краскала Уоллиса (для множественного сравнения). Для получения классификации на группы применен метод двухэтапного кластерного анализа. Также использовался метод построения решений способом CHAID. Уровень значимости различий принимался при  $p < 0,05$ .

### Результаты и обсуждение

Среди анкетированных пациентов с установленным диагнозом ГБН соотношение мужчин и женщин соответствует общемировым значениям (среди пациентов женщины встречаются в 3 раза чаще, чем мужчины), при этом медианные значения возраста соответствуют трудоспособному (Ме женщин  $[25; 75]$  48,0  $[37,0; 58,0]$  лет; мужчин 40,0  $[33,75; 56,0]$  лет). Доля лиц трудоспособного возраста составила 77,8% от общего числа опрошенных, что имеет значительное негативное влияние на профессиональную сферу и доказывает социальную значимость распространенности ГБН.

Учитывая особенности взаимодействия с системой здравоохранения медицинских работников (возможность консультации у коллег и др.) мы учитывали наличие медицинского образования. В группе изучаемых пациентов у 7,4% было среднее медицинское образование. У наибольшей группы респондентов (43,2%) – среднее специальное образование, 17,3% анкетированных имеют общее среднее и 6,2% – профессионально-техническое образование. Треть респондентов имеет высшее образование.

При оценке семейного положения пациентов с ГБН на момент опроса 61,7% респондентов были женаты/замужем, 14,9% – холост/не замужем, 16% – в разводе и 7,4% – вдовец/вдова.

Возраст, когда пациенты отмечали появление головной боли составил 32,8  $[20,0; 50,0]$  года, тогда как диагноз ГБН впервые был установлен в возрасте от 33,6 до 56,6 года, в среднем в 47,0 лет. Продолжительность ГБН составляет в среднем 7  $[1,0; 15,0]$  лет. В организацию здравоохранения

впервые обращались с жалобами на головную боль в диапазоне 75-центиля от 1,5 месяцев, до 6,5 года с момента возникновения симптомов ГБН, в среднем в течение года, что указывает на длительный период самолечения. После первичного обращения в среднем пациентам был поставлен диагноз в течение 1,9 года, 25% пациентов для постановки диагноза потребовалось более 12,0 лет.

Вероятность более раннего обращения в организацию здравоохранения в зависимости от пола не имела статистически значимых различий ( $p=0,262$ ). Не было также выявлено зависимости раннего обращения к врачу с жалобами на головную боль как с уровнем образования пациентов (при  $p=0,894$ ), так и наличием медицинского образования ( $p=0,136$ ). Не выявлены различия в сроках обращения в организацию здравоохранения при первых симптомах головной боли напряжения в зависимости от социального статуса ( $p=0,558$ ) или семейного положения ( $p=0,060$ ). Таким образом, статистически значимых различий по полу и изученным социальным характеристикам респондентов и ранним обращением в организацию здравоохранения с жалобами на головную боль выявлено не было.

Основной причиной обращения в медицинскую организацию, после которого был поставлен диагноз ГБН, были непосредственно жалобы на головную боль 67,9%. В 6,2% случаев пациенты пришли для профилактического осмотра, и обращение по причине другого заболевания составило 25,9%.

Для постановки диагноза ГБН и назначения лечения 25% пациентов обратились к 1-2 специалистам, 25% – к 5 специалистам и более, остальные осуществили визиты от 2 до 5 врачей-специалистов различного профиля (терапевты, врачи общей практики, неврологи) и территориально-технологических уровней (районный, городской, областной). Чаще всего (86,5%) диагноз был установлен врачом-неврологом, в 12,3% случаев – врачом общей врачебной практики/терапевтом и только в 1 случае (1,2%) – врачом другой специальности. Таким образом, можно отметить, что обращение к врачу-неврологу способствует раннему выявлению ГБН и назначению адекватного лечения ГБН.

В половине случаев смена врачей происходила в соответствии с рекомендациями текущего специалиста (51,9%) при направлении пациента на городской или областной территориально-тех-

нологический уровень для дополнительной дифференциальной диагностики. В 11,1% случаев пациенты отмечали, что их не устроил результат лечения и в 7,4% – причиной являлось недостаточное информирование от специалиста о заболевании. В остальных случаях пациенты не меняли врача-специалиста.

Со слов пациентов при постановке диагноза ГБН дифференциальная диагностика проводилась с такими заболеваниями, как мигрень (30,9%), артериальная гипертензия (22,2%), патологии сосудов головного мозга (8,6%), онкологические заболевания (7,4%) и другие варианты заболеваний по 1,2%.

При описании типичной маршрутизации пациента с ГБН на основании расчета 95% доверительных интервалов было установлено, что истинное значение возраста постановки диагноза находилось в диапазоне 31,0-38,4 года, продолжительность ГБН составила 8,2-14,1 года. Время установления окончательного диагноза ГБН от возникновения первых симптомов находится в диапазоне от 4,8 до 10,5 года жизни. В течение 3,0-6,1 года после возникновения первых симптомов заболевания в 95% случаев пациенты обратились в организацию здравоохранения, где в течение 2,2-6,6 года после посещения 3,6-5,2 специалиста различного профиля пациентам была проведена дифференциальная диагностика, чаще всего с мигренью, и назначена схема лечения. Также можно утверждать, что до первичного посещения врача в течение 3,0-6,1 года пациенты принимали лекарственные средства для купирования головной боли без контроля специалиста. И в течение 2,2-6,6 года от обращения до постановки окончательного диагноза пациенты, обратившись в систему здравоохранения, могли самостоятельно принимать дополнительные лекарственные средства или корректировать текущие назначения из-за неэффективности назначенного лечения в поиске нозологической формы заболевания и его дифференциальной диагностики.

Таким образом, можно выделить резервы по сокращению сроков постановки диагноза ГБН и назначения эффективного лечения. Мероприятия должны быть направлены на повышение информированности людей о течении и характере головной боли напряжения, критериях хронической ГБН и абюзуной головной боли из-за неконтролируемого приема обезболивающих лекарственных средств. За счет этого предполагается сокращение сроков первичного обращения

пациента с жалобами на головную боль в организацию здравоохранения. Также предлагается формулирование эффективных алгоритмов ведения пациентов с ГБН, обеспечивающих преемственность между терапевтами, врачами общей практики и неврологами.

Проведенный двухэтапный кластерный анализ позволил получить хорошего качества кластерную модель (средним значением силуэтной меры 0,6) с включением учетных признаков: продолжительность ГБН, через сколько лет установлен диагноз ГБН, к скольким специалистам пришлось обратиться до постановки диагноза ГБН, через сколько лет обратились в организацию здравоохранения с жалобами на ГБН после возникновения первых симптомов и возраст пациента.

Получены 2 кластера. Первый кластер характеризуется более пожилым возрастом 47,0 [40,1;52,0] лет по медиане и центилям против 42,1 [28,0; 55,4] года у второго кластера, средней продолжительностью ГБН 25,1 [15,1;33,9] года (1,7 [0,6;5,0] года кластер два), относительно долгой постановкой окончательного диагноза ГБН 11,6[5,0;15,0] года (0,6[0,1;3,0] года кластер два) и большим отрезком времени от момента возникновения симптомов до обращения к врачу и постановки диагноза 20,1[12,1;30,0] года (0,3[0,1;1,6] лет кластер два), схожим с кластером два количеством обращений к различным специалистам до момента постановки диагноза 3,0[3,0;10,0] и 3,0[2,0;4,0] (рис. 1). При этом следует отметить, что верхний центиль количества посещенных специалистов для кластера один составил 10, а кластера два 4.

Немаловажный интерес представляет определить, как эти факторы сочетаются с показателем достижения периодов без проявления ГБН более 3 месяцев. При включении данного признака к ранее указанному набору. Получилась модель со средним значением силуэтной меры 0,4 и двумя кластерами. Число достигших улучшения в отрезке 3 месяцев для первого кластера составило 72,7%, тогда как во втором кластере ответ «да» не выбрал ни один из пациентов, «нет» ответили 71,8% и 28,2 ответили, что не помнят.

Новая модель практически не отличалась от предыдущей по возрастным группам кластер с преобладанием не достигших 3 месячного купирования боли 42,0 [28,5; 56,4] года по медиане и центилям против 46,1 [37,9;53,4] года у первого кластера. Средняя продолжительность ГБН 21,0 [12,1;31,5] года была больше у кластера один

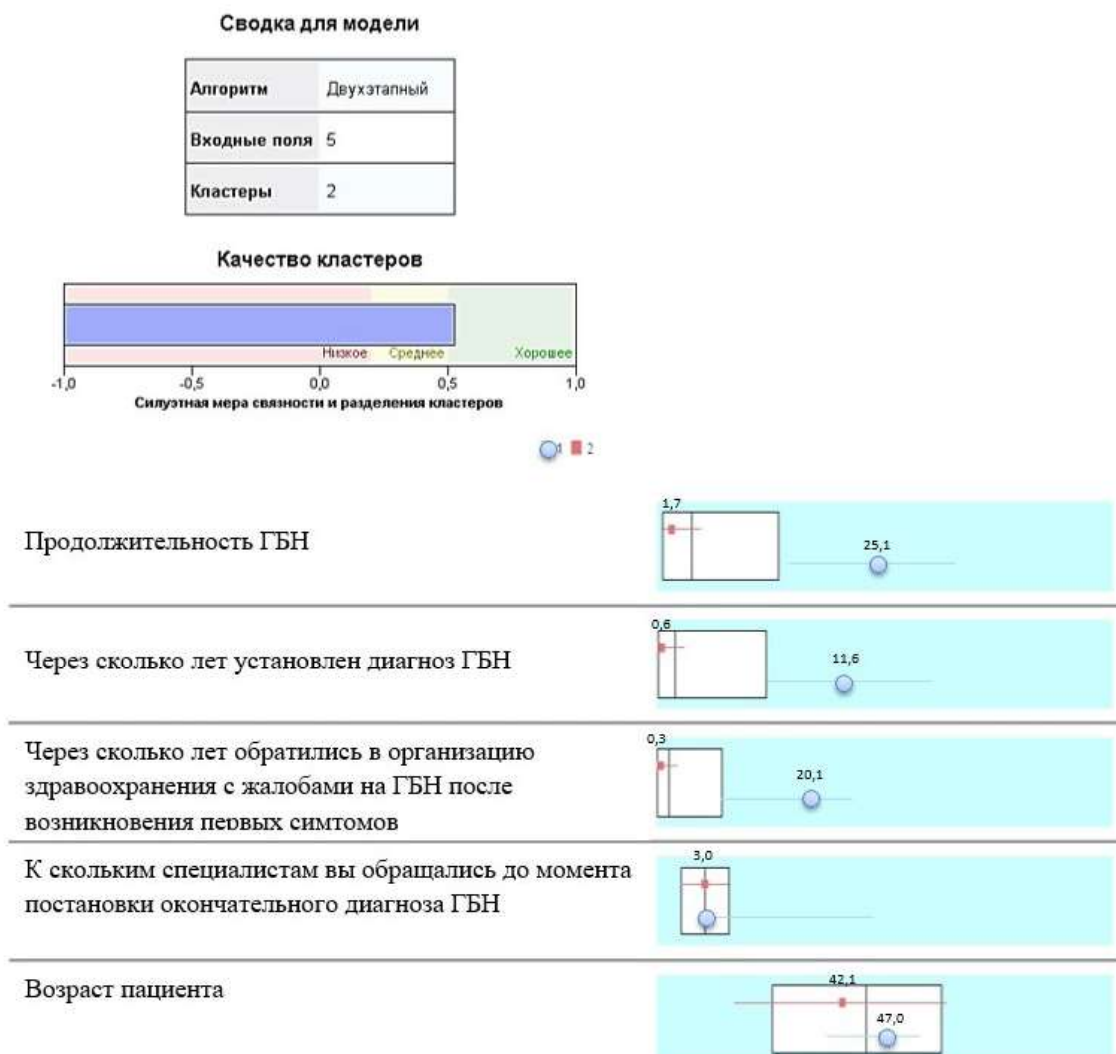


Рисунок 1 – Результаты двухэтапного кластерного анализа по факторам, влияющим на этапы и сроки постановки окончательного диагноза «головная боль напряжения»

(1,8 [0,5;5,0] года кластер два). Постановка окончательного диагноза ГБН заняла для пациентов из кластера один существенно большее время 14,1[8,3;25,1] года (0,6[0,1;2,8] года кластер два) и большим отрезком времени от момента возникновения симптомов до обращения к врачу и постановки диагноза 5,1[0,7;12,7] года (0,3[0,1;1,6] года кластер два), схожим с кластером два количеством обращений к различным специалистам до момента постановки диагноза 4,0[3,0;10,0] и 3,0[2,0;3,0] (рис. 2). При этом следует отметить, что верхний центиль количества посещенных специалистов для кластера один составил 10, а кластера два 3.

Фактически можно предположить, что пациентам из кластера два еще предстоит посетить нескольких специалистов на довольно протя-

женном отрезке времени, прежде чем они найдут свой рецепт коррекции состояния ГБН.

Определенная закономерность была выявлена при рассмотрении зависимости удовлетворенности полученной медицинской помощью (5 – полностью удовлетворен, 4 – в большей части удовлетворен, но есть небольшие претензии, 3 – удовлетворен наполовину, 2 – в большей части не удовлетворен, 1 – полностью не удовлетворен), достижением контроля за головной болью на протяжении 3 месяцев и продолжительностью ГБН (рис. 3).

По полученным данным наибольшую удовлетворенность медицинской помощью выражали пациенты, которые давно страдают ГБН и добились контроля, а наименьшую оценку пациенты из группы длительно болеющих и так и не добившихся 3-месячного периода без головной боли.

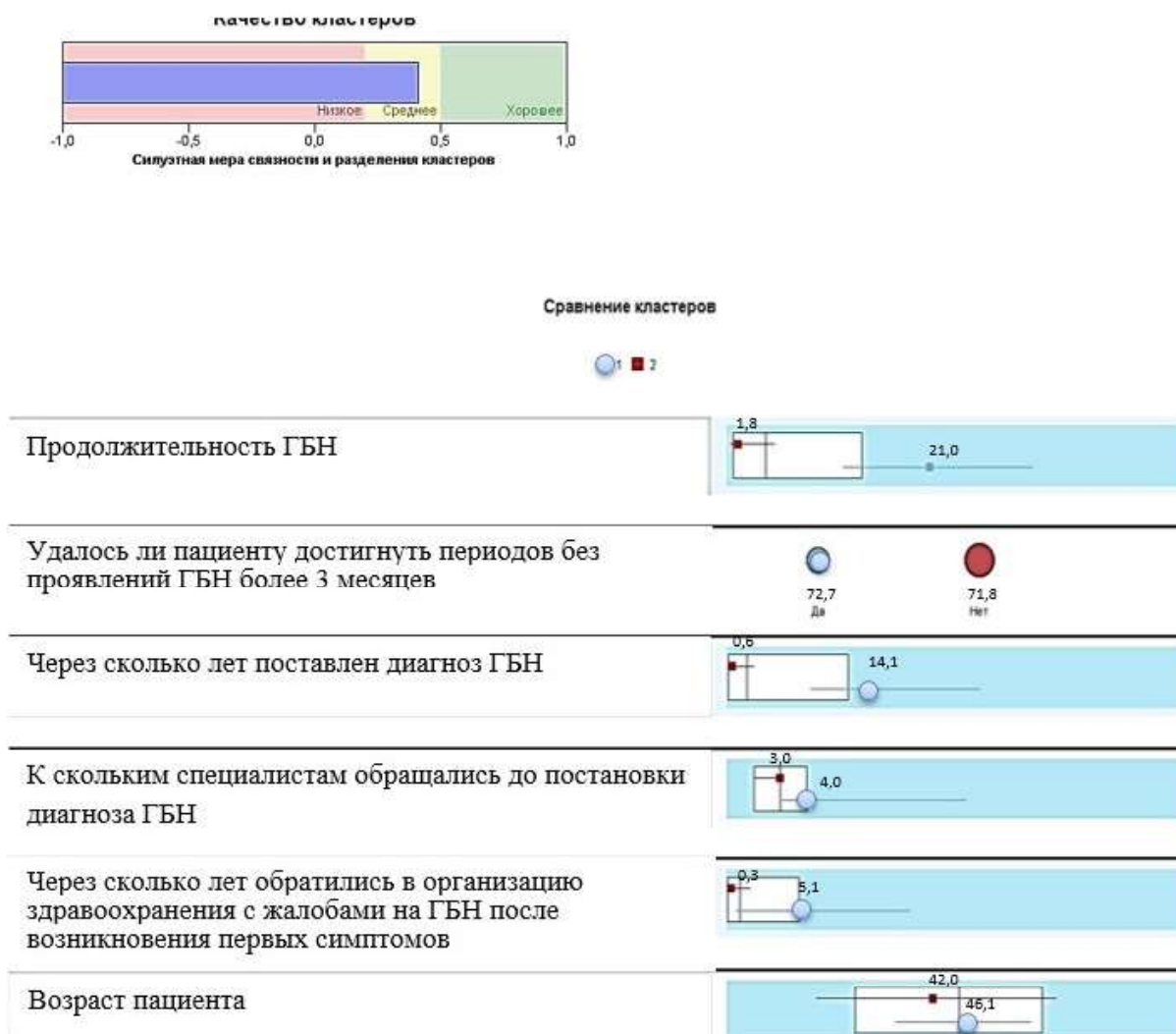


Рисунок 2 – Результаты двухэтапного кластерного анализа по факторам, влияющим на этапы и сроки постановки окончательного диагноза «головная боль напряжения»



Рисунок 3 – Карта интенсивности удовлетворенности медицинской помощью в зависимости от достижения результата и сроков головной боли напряжения

## Заключение

Возраст начала ГБН варьировал в широком диапазоне от 15,6 года до 58,0 лет (10 и 90 центили соответственно), для мужчин и женщин статистически значимых различий выявлено не было, доля лиц трудоспособного возраста была более двух третей от числа опрошенных. В течение года после возникновения первых симптомов 50% пациентов обращались в организацию здравоохранения (30% пациентов обратились более чем через 5 лет) на постановку диагноза, в половине случаев потребовалось до 2 лет. В 67,9% случаев причиной обращения в организацию здравоохранения были непосредственно жалобы на головную боль. Статистически значимых различий по полу, социальному статусу, образованию и семейному положению респондентов и ранним обращением в организацию здравоохранения с жалобами на головную боль выявлено не было. Половина пациентов для постановки диагноза осуществила визиты к 3 специалистам различного профиля (терапевты, врачи общей практики, неврологи) и территориально-технологических уровней (районный, городской, областной). В 86,5% случаев диагноз ГБН был поставлен врачом-неврологом.

Таким образом, резервами улучшения удовлетворенности медицинской помощью пациен-

тов с ГБН является сокращение сроков постановки диагноза ГБН и раннее обращение данной группы пациентов к врачу-неврологу. Мероприятия должны быть направлены на повышение информированности людей о симптомах головной боли напряжения, рисках самолечения и злоупотребления обезболивающих лекарственных средств. За счет этого предполагается сокращение сроков первичного обращения пациента с жалобами на головную боль в организацию здравоохранения. Также необходимо создание преемственности в курации пациентов с ГБН среди терапевтов, врачей общей практики и неврологов.

## Литература

1. Международная классификация головной боли (3-е издание, 2018) = The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition [Электронный ресурс] / Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). Режим доступа: <https://ihs-headache.org/wp-content/uploads/2022/09/ICHD-3-Russian.pdf>. Дата доступа: 23.08.2024.
2. Максимова, М. Ю. Головная боль напряженного типа / М. Ю. Максимова, Т. Ю. Хохлова, М. А. Пирадов // *Анналы клин. и эксперим. неврологии*. 2016. Т 10, № 3. С. 67–74.
3. Atlas of headache disorders and resources in the world 2011 / World Health Organization. Geneva, 2011. 69 p.

*Поступила 11.07.2024 г.*

*Принята в печать 28.08.2024 г.*

## References

1. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). International classification of headache (3-e izdanie, 2018) = The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition [Internet]. Available from: [https://ihs-headache.org/wp-content/uploads/2022/09/ICHD-](https://ihs-headache.org/wp-content/uploads/2022/09/ICHD-3-Russian.pdf)

2. Maksimova MYu, Khokhlova TYu, Piradov MA. Tension-type headache. *Annaly Klin Eksperim Nevrologii*. 2016;10(3):67-74. (In Russ.)
3. World Health Organization. Atlas of headache disorders and resources in the world 2011. Geneva, Switzerland; 2011. 69 p.

*Submitted 11.07.2024*

*Accepted 28.08.2024*

## Сведения об авторах:

О.С. Рубанова – магистр медицинских наук, старший преподаватель кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом ФПК и ПК, Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет, <https://orcid.org/0000-0002-0091-895X>, e-mail: [oksanka2701@yandex.ru](mailto:oksanka2701@yandex.ru) – Рубанова Оксана Святославовна;

А.В. Шульмин – д.м.н., профессор, зав. кафедрой организации и экономики фармации, Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет.

## Information about authors:

O.S. Rubanova – Master of Medical Sciences, senior lecturer of the Chair of Public Health and Health Service with the course of the Faculty for Advanced Training & Retraining, Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University; <https://orcid.org/0000-0002-0091-895X>; e-mail: [oksanka2701@yandex.ru](mailto:oksanka2701@yandex.ru) – Oksana S. Rubanova.

A.V. Shulmin – Doctor of Medical Sciences, professor, head of the Chair of Organization & Economy of Pharmacy, Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University.