

Корымасов Евгений Анатольевич – заведующий кафедрой и клиникой хирургии института последипломного образования Самарского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор.
Раб. тел. 8(846) 956-22-72, факс 372-51-59, e-mail: korymasov@mail.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Котельников, Г.П. Доказательная медицина. Научно обоснованная медицинская практика / Г.П. Котельников, А.С. Шпигель. – Самара, 2000. – 116с.
2. Покровский, А.В. Клиническая ангиология: руководство для врачей / А.В. Покровский. – М.: Медицина, 2004. – 888с.
3. Пушкарева, Т.А. Критерии оценки дисфункции эндотелия и пути ее коррекции (обзор литературы) / Т.А. Пушкарева, Л.Б. Корякина, А.А. Рунович, Т.Е. Курильская // Клиническая лабораторная диагностика. – 2008. – № 5. – С. 3-7.
4. Цибилов, Н.Н. Влияние гипергомоцистеинемии на систему гемостаза / Н.Н. Цибилов, Н.М. Цибилова // Тромбоз, гемостаз и реология. – 2007. – №4. – С. 9-13.
5. Чепурина, Н.А. Суммарный риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений: методы оценки / Н.А. Чепурина // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. – 2008. – Т.1, №4. – С. 24-28.
6. Швальб, П.Г. Новые перспективы определения функционального состояния эндотелия при оперативном лечении облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей / П.Г. Швальб, Р.Е. Калинин // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2008. – Т.14, №3. – С. 173-174.

УДК 616.831-009.7-072.87

© М.И. Карпова, Ю.С. Шамуров, Л.А. Ермакова, А.В. Зуева, 2011

М.И. Карпова, Ю.С. Шамуров, Л.А. Ермакова, А.В. Зуева КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКИХ ПЕРВИЧНЫХ ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ

ГОУ ВПО «Челябинская государственная медицинская академия Росздрава», г. Челябинск

Проведено клиничко-психологическое обследование 158 больных мигренью и 79 пациентов с головной болью напряжения. Был выделен ряд клиничко-психологических особенностей, отличающих больных с хроническим течением первичных цефалгий от пациентов с эпизодическим течением данных заболеваний. Некоторые из них являлись общими для ГБН и М. Это более высокая длительность заболевания, наличие сопутствующих болевых синдромов, лекарственного абзуса, высокий уровень депрессии. В то же время специфическими для хронического течения ГБН особенностями оказались более поздний возраст дебюта, более высокий уровень тревоги, неадаптивные типы отношения к болезни, а для М - высокий уровень стрессовой нагрузки. Данные особенности могут обсуждаться в качестве факторов, способствующих хронизации первичных головных болей.

Ключевые слова: первичные головные боли, мигрень, головная боль напряжения, тревога, депрессия, стресс, тип отношения к болезни, факторы хронизации.

M.I. Karpova, Yu.S. Shamurov, L.A. Ermakova, A.V. Zuyeva CLINICO-PSYCHOLOGICAL FEATURES OF PRIMARY CHRONIC HEADACHES

A clinico-psychological examination of 158 patients with migraine and 79 patients with tension-type headache was performed. A number of clinico-psychological features were segregated to differentiate between patients with chronic primary cephalgias and patients with an episodic course of disease. Some of them referred both to tension-type headaches and migraines. They were as follows: extended disease duration, concomitant pain syndromes occurrence, medication overuse, severe depression. In addition to that, later onset, intense anxiety, non-adaptive types of attitude to the disease were specific to the chronic course of tension-type headache, while higher levels of stress being characteristic of migraine. These features can be considered as factors contributing to aggravation of primary headaches into a chronic state.

Key words: primary headaches, migraine, tension-type headache, anxiety, depression, stress, type of attitude to the disease, factors contributing to aggravation into a chronic state.

Последние годы к исследователям пришло понимание того, что первичные головные боли представляют собой заболевания, клиническая картина которых с течением времени претерпевает определенную эволюцию. У большинства пациентов в динамике наблюдается изменение частоты развития и качественных характеристик болевого синдрома. При этом в некоторых случаях первичная головная боль приобретает неблагоприятное течение с формированием ежедневной или практически ежедневной головной боли, не купирующейся симптоматическим обезболи-

вающим средствами и существенно снижающей качество жизни [5]. Кроме того, хронические первичные головные боли сопровождаются анатомическими изменениями серого вещества в ряде корковых и стволовых зон мозга, выраженность которых коррелирует с длительностью заболевания [6]. В этой связи важной задачей является выявление тех факторов, которые провоцируют хронизацию цефалгии. Изучение особенностей первичной головной боли и сопутствующих состояний с точки зрения их влияния на течение заболевания может способствовать совершенствова-

нию тактики ведения больных и повышению эффективности терапии.

Цель исследования: изучение клинико-психологических особенностей первичных головных болей с хроническим течением для выявления возможных факторов хронизации заболевания.

Материал и методы

Обследовано 237 больных, обратившихся на прием к неврологу по поводу головной боли. Диагностика осуществлялась в соответствии с критериями Международной классификации головной боли II (2003г.). У 158 пациентов диагностирована мигрень (М), у 79 – головная боль напряжения (ГБН), возраст больных составил от 16 до 50 лет, среди обследованных было 184 женщины и 53 мужчины. Психологическая сфера тестировалась с помощью теста W.Zung (депрессия), шкалы В.Г. Норакидзе (тревога), ТОБОЛ (тип отношения к болезни). Наличие стрессовых событий жизни оценивалось посредством шкалы Т.Н. Holmes, Р.Н. Rahe. Полученные результаты исследований обрабатывались с использованием лицензионного пакета прикладных статистических программ “Statistica for Windows” и SPSS - 12. Данные обрабатывали методами вариационной статистики. О достоверности различий показателей между группами судили по критериям Манна-Уитни (MW), χ^2 (Chi), Фишера (односторонний вариант) (F).

Результаты и обсуждение

Для изучения особенностей первичных цефалгий в зависимости от характера течения заболевания производилось сравнение показателей в группах больных с эпизодическим и хроническим их течением внутри одной нозологической формы. За критерий деления было принято количество дней с головной болью в течение месяца на протяжении трех последних месяцев. Хронические формы заболевания диагностировались при количестве болевых дней 15 и более в месяц, в остальных случаях цефалгии считались эпизодическими. У всех больных хроническими головными болями в анамнезе имела эпизодическая форма заболевания с постепенной его трансформацией. Эпизодическая ГБН выявлена у 30 пациентов, ГБН с хроническим течением – у 49 больных. Мигренозные атаки были эпизодическими у 96 больных, М с хронизацией головной боли диагностирована в 62 случаях.

Анализ демографических и хронологических показателей в исследуемых группах выявил ряд закономерностей. У пациентов с хроническим течением первичных головных

болей были выше возраст на момент обследования и длительность заболевания ($P_{MW}<0,001$). На момент дебюта атак больные с эпизодическим и хроническим течением М по возрасту не отличались. При ГБН с хроническим течением отмечена более поздняя манифестация приступов ($P_{MW}<0,001$), чем у пациентов с эпизодической ГБН (см.таблицу). Эти данные позволяют предположить, что вероятность хронизации головной боли при М и ГБН возрастает при длительном течении заболевания. Кроме того, у больных ГБН прогностическое значение может иметь возраст дебюта цефалгии.

Таблица

Клинико-психологические особенности больных с эпизодическим и хроническим течением мигрени

Показатели	М, эпизодическое течение, n=96	М, хроническое течение, n=62
Длительность заболевания, год	8,5 2 25	15 3 32 $P_{MW}<0,001$
Количество больных с сопутствующей ГБН	17 (17,7%)	45 (72,6%) $P_F<0,001$
Частота встречаемости болевых синдромов других локализаций	8 (8,3%)	25 (40,3%) $P_F<0,001$
Уровень депрессии, баллы	30 22 48	38 26 53 $P_{MW}<0,001$
Уровень тревоги, баллы	23,5 12 39	25,5 14 41
Частота встречаемости типов отношения к болезни неадаптивного блока	29 (34,1%)	28 (50,0%) $P_F=0,048$, $P_{Chi}=0,06$
Уровень стрессовой нагрузки, баллы	144 48,5 366	210,5 47 463 $P_{MW}<0,001$

Примечание. Для характеристики выборки приведены последовательно медиана, 5 и 95 процентиля.

Одной из клинических особенностей первичных головных болей с хроническим течением являлось частое сочетание с другими болевыми синдромами. Хронические и рецидивирующие алгии различных локализаций имеют сходные патофизиологические и нейрохимические механизмы, основными из которых считаются центральная сенситизация и нарушения серотонинергической трансмиссии [8]. Сочетание у пациента нескольких болевых синдромов указывает на выраженные нарушения функционального состояния болевых и противоболевых систем. Известна коморбидность двух основных нозологических форм первичных цефалгий – М и ГБН [3]. В нашем исследовании учитывались только те случаи сочетания нозологических вариантов головных болей, которые развились до начала трансформации какой-либо из них и злоупотребления анальгетиками. В группе больных трансформированной М достоверно чаще имелись указания на сопутствующую ГБН, чем у больных с эпизодической М. Болевые синдромы других локализаций встречались достоверно чаще у пациентов с хроническим

течением М и ГБН, преимущественно это были миофасциальные боли.

Злоупотребление симптоматическими лекарственными препаратами является важнейшим фактором, способствующим хронизации первичных цефалгий. Диагностическим критериям абוזусной головной боли соответствовали 39 (62,9 %) случаев в группе больных трансформированной М и 18 (36,7%) случаев в группе пациентов с хроническим течением ГБН.

Бесомый вклад в формирование неблагоприятного течения первичных головных болей могут вносить психологические особенности больного [4]. Одна из составляющих взаимосвязи в системе «личность-болезнь» обусловлена генетически заданной конституцией человека, проявляющейся как специфическими личностными характеристиками, так и патогенетически значимыми особенностями организма. Другая составляющая причинно-следственных связей между личностью и болезнью отражает их взаимное влияние, не связанное с общими причинами развития. Реализация этих взаимодействий может осуществляться психологическими, психофизиологическими и физиологическими механизмами [2].

Проблема влияния личности на болезнь многогранна. Наиболее важное значение в происхождении хронических болевых синдромов придается тревожно-депрессивным расстройствам. Известно, что эти нарушения участвуют в симптомообразовании многих клинических проявлений первичных головных болей. В частности, развитие депрессии определяет степень выраженности вегетативных нарушений, наличие диссомний и дисфункции перикраниальных мышц, а также служит основным фактором снижения качества жизни при М [3]. В нашем исследовании имелись достоверные различия между сравниваемыми группами по уровню депрессии. Среди больных хроническими формами первичных головных болей было больше лиц с депрессией, чем среди пациентов с эпизодическими цефалгиями. При этом выраженность депрессивных нарушений соответствовала легкой депрессии ситуационного или невротического генеза (51-59 баллов по шкале Зунга). Среди обследованных больных не было ни одного пациента с низким личностным уровнем тревоги, и симптомы тревожных расстройств у большинства больных предшествовали манифестации цефалгии. Средний уровень тревоги у пациентов с ГБН был выше при хроническом течении заболевания

($P=0,045$), у больных М различия между группами по этому показателю оказались менее значительными.

Существенное влияние на течение заболевания и степень связанной с ним психосоциальной дезадаптации могут оказывать особенности отношения индивида к болезни. Данный аспект психосоматических взаимоотношений применительно к первичным головным болям остается недостаточно изученным. Наиболее известной отечественной клинико-психологической типологией реакций личности на болезнь является классификация А.Е. Личко и Н.Я. Иванова (1980г). Она предусматривает выделение 12 типов отношения к болезни, которые объединены в три блока на основании следующих критериев: «адаптивность - дезадаптивность», «интер - интрапсихическая направленность» дезадаптации (в случае дезадаптивного характера отношения) [1].

В нашем исследовании у больных эпизодической ГБН соотношение частоты встречаемости адаптивных и неадаптивных типов отношения к болезни составило 2:1, при хроническом течении ГБН – 1:2, различия между группами по данным показателям носили достоверный характер. У больных М выявлены сходные закономерности, но различия между группами не достигали статистической значимости. Гармонический тип отношения к болезни регистрировался очень редко – у 3 (3,1%) пациентов с эпизодическим и у 2 (3,2%) больных с хроническим течением М, при ГБН он не определялся ни у одного из пациентов. Эргопатический тип являлся основным среди типов адаптивного блока, он выявлялся с равномерной частотой во всех группах. Анозогностический тип оказался более характерным для эпизодических цефалгий, при хроническом течении головных болей он встречался реже (для ГБН - $P_F=0,04$; для М - $P_{Chi}=0,006$, $P_{2F}=0,005$). Из типов отношения к болезни неадаптивного блока по распространенности лидировал сенситивный, однако достоверных различий между группами с различным течением цефалгий не определялось. Остальные типы отношения к болезни неадаптивного блока, помимо сенситивного, были менее представленными. В целом частота их встречаемости была выше при хронических головных болях, но достоверные различия отмечены лишь в распространенности неврастенического типа отношения к болезни у больных с различным течением ГБН. Можно отметить, что спектр диагностированных типов при М был разнообразнее, чем при

ГБН. Однако нозологической специфичности каких-либо типов отношения к болезни обнаружено не было.

Одной из особенностей психологической сферы больных первичных головных болей считается уязвимость к воздействию эмоционального стресса с формированием стрессиндуцированных расстройств [7]. Зависимость клинической картины первичных головных болей от эмоционального стресса прослеживалась по многим показателям. Стрессовые ситуации предшествовали манифестации головной боли у трети больных с эпизодическими головными болями и почти у половины пациентов с хроническими цефалгиями. В структуре провоцирующих болевой приступ факторов эмоциональное напряжение имело самый высокий удельный вес. Насыщенность жизни стрессорирующими событиями за последние два года была выше у больных с хроническим течением, чем у пациентов с эпизодическим ее течением ($P_{MW} < 0,001$). При ГБН выявлена такая же тенденция, но достоверных различий между группами не было

получено. Среди больных с хроническими головными болями оказалось больше лиц, у которых отмечен высокий уровень стрессовой нагрузки (для ГБН - $P_F, \chi^2 = 0,04$; для М - $P_F, \chi^2 = 0,001$) (см. таблицу).

Таким образом, в результате проведенного исследования был выделен ряд клинко-психологических особенностей, отличающих больных с хроническим течением первичных цефалгий от пациентов с эпизодическим течением данных заболеваний. Некоторые из них являлись общими для ГБН и М. Это более высокая длительность заболевания, наличие сопутствующих болевых синдромов, лекарственного абзуса, высокий уровень депрессии. В то же время специфическими для хронического течения ГБН особенностями оказались более поздний возраст дебюта, более высокий уровень тревоги, неадаптивные типы отношения к болезни, а для М - высокий уровень стрессовой нагрузки. Данные особенности могут обсуждаться в качестве факторов, способствующих хронизации первичных головных болей.

Сведения об авторах статьи:

Карпова Мария Ильинишна, к.м.н, доцент кафедры нервных болезней и детской неврологии, ГОУ ВПО Челябинская государственная медицинская академия Росздрава, Челябинск; e-mail: kmi_2008@mail.ru
Шамуров Ю.С., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой нервных болезней и детской неврологии, ГОУ ВПО Челябинская государственная медицинская академия Росздрава, Челябинск; e-mail: kmi_2008@mail.ru
Ермакова Лилия Алексеевна, к.пс.н., старший научный сотрудник Центральной научно-исследовательской лаборатории, ГОУ ВПО Челябинская государственная медицинская академия Росздрава, Челябинск; e-mail 14-lillija@mail.ru
Зуева А.В., врач невролог, заочный аспирант кафедры нервных болезней и детской неврологии, ГОУ ВПО Челябинская государственная медицинская академия Росздрава, Челябинск; e-mail: anna-zueva-73@mail.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Вассерман, Л.Ю. Медицинская психодиагностика: Теория, практика и обучение. - СПб.: Филологический факультет СПбГУ; М.: Издательский центр «Академия», 2003. - 736 с.
2. Иовлев, Б.В. Психология отношений // Б.В.Иовлев, Э.Б.Карпова / Концепция В.Н. Мясищева и медицинская психология. - СПб.: Сенсор. 1999. - 76 с.
3. Осипова, В.В. Мигрень: клинко-психологический анализ, качество жизни, терапевтические подходы: дис. ... д-ра мед. наук. - М., 2003. - 250 с.
4. Яковлев, О.Н., Филатова Е.Г., Вейн А.М. Психотерапия пациентов с частыми приступами мигрени // Журнал неврологии и психиатрии. - 2002. - №10. - С. 46-51
5. Bigal M.E. Modifiable risk factors for migraine progression / Bigal M.E., Lipton R.B. // Headache. - 2006. - Vol.46. - №9. - P.1334-1343.
6. May A. Magnetic resonance-based morphometry: a window into structural plasticity of the brain. / May A, Gaser C. // Curr Opin Neurol. -2006. - №19. - P. 407-411.
7. Nash J.M. Understanding Psychological Stress, Its Biological Processes, and Impact on Primary Headache / Nash J.M., Thebarg R.W. // Headache. - 2006. - №46. - 1377-1386.
8. Staud R. Psychophysical and Neurochemical abnormalities of pain processing in Fibromyalgia. / Staud R., Spaeth M. // CNS Spectr. - 2008. - Vol.13. - №13. - P.12-17.