



УДК 159.9.072.43

© **Жаднов В.А., Яковлева Н.В.,
Евдокимова О.В.,
Костюшина С.В., 2013**

**КЛИНИКО-
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ
ОСОБЕННОСТИ МИГРЕНИ
И ГОЛОВНОЙ БОЛИ
НАПРЯЖЕНИЯ
У БЕРЕМЕННЫХ**

© **Zhadnov V.A.,
Yakovleva N.V.,
Yevdokimova O.V.,**

**Kostyushina S.V., 2013
CLINICAL AND PSYCHOLOGI-
CAL CHARACTERISTICS OF
MIGRAINE TENSION
HEADACHE IN
PREGNANT WOMEN**

Аннотация. В статье представлены результаты анализа клинико-психологических особенностей мигрени и головной боли напряжения у беременных, рожениц и родильниц с диагнозами мигрени без ауры, мигрени с аурой, эпизодической головной боли напряжения, хронической головной боли напряжения.

Ключевые слова: головная боль напряжения, мигрень, клинико-психологические особенности беременных, личностная тревожность, степень развития депрессии.

Abstract. The article presents the results of the analysis of clinical and psychological characteristics of migraine and tension headaches in pregnancy, childbirth and postpartum women with a diagnosis of migraine without aura, migraine with aura, episodic tension-type headache, chronic tension-type headache.

Key words: tension headache, migraine, clinical and psychological characteristics of pregnant women, trait anxiety, the degree of depression.

Введение. Головная боль напряжения и мигрень являются самыми распространенными видами головной боли (30-78% и 15% соответственно) (Lipton, 2001, МКГБ-2). По данным ВОЗ, первичные головные боли находятся в целом на десятом месте среди всех состояний, приводящих к утрате работоспособности, а у женщин - на пятом месте, причем чаще ею страдают лица молодого



го возраста (Stovner L.J. с соавт., 1991, Калашникова Л.А., 1999, Табеева Г.Р., Громова С.А., 2009). У 16% пациентов эпизодическая головная боль напряжения переходит в хроническую форму. Экономический ущерб в странах Западной Европы и Северной Америки из-за потери трудоспособности, связанной с головной болью, исчисляются суммой в 17- 20 миллиардов долларов в год (Stewart W.F. и соавт., 1994).

Таким образом, актуальность проблемы определяется большой распространенностью указанных состояний, особенно у женщин, тенденцией к росту заболеваемости головной болью среди лиц молодого трудоспособного возраста (Вейн А.М. и соавт., 1995; Lipton R.B. и соавт., 2000). Кроме того, мигрень и головная боль напряжения у беременных являются факторами риска развития артериальной гипертензии и преждевременных родов (Facchinetti F. и соавт. 2009). Беременность может спровоцировать возникновение заболеваний, протекающих с головной болью (поздний гестоз, тромбоз церебральных артерий, прогрессия опухолей ЦНС). Поэтому, медицинская и социальная значимость исследований головной боли у беременных обусловлена необходимостью быстрой диагностики патологии и адекватного выбора лечебной и акушерской тактики.

Объект и методы исследования. Настоящая работа выполнена на кафедре нервных болезней, нейрохирургии, медицинской генетики Рязанского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова. Основой клинического исследования явился анализ клинико-психологических особенностей мигрени и головной боли напряжения у 110 беременных, рожениц и родильниц. Женщины наблюдались в неврологическом отделении областной клинической больницы, женских консультациях, клинических родильных домах г.Рязани и области за период 1998-2004гг. 32 женщины, входившие в основную группу исследования, были повторно обследованы в среднем через 9,5 лет после родов. Критерием включения беременных в выборки исследования



были диагнозы мигрени без ауры, мигрени с аурой, эпизодической головной боли напряжения, хронической головной боли напряжения. Диагнозы были установлены в соответствии с диагностическими критериями Международной классификации головной боли (2003). Группу контроля составили 50 беременных, не страдавших головной болью.

В качестве гипотез исследования были выдвинуты предположения о связи клинических проявлений головной боли напряжения и мигрени у беременных с их психоэмоциональными особенностями и о влиянии первичной головной боли на возникновение осложнений беременности (позднего гестоза, преждевременных родов) и на рождение детей с низкой массой тела.

В качестве методов исследования использовались клиничко-неврологический анализ, шкала депрессии Бэка, тест Спилбергера-Ханина для оценки реактивной и личностной тревожности, 100-балльная визуально-аналоговая шкала, характеризующая интенсивность головной боли, шкала MIDAS для определения влияния мигрени на повседневную активность, специально разработанный опросник для беременных на основе диагностических критериев Международной классификации головной боли (2003).

Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Statistica 6.0 с применением параметрических и непараметрических методов. Использовались критерии Стьюдента, Колмогорова, Краскала-Уоллиса, Манна-Уитни и коэффициент корреляции Спирмена.

Результаты и обсуждение. Руководствуясь Международной классификацией головной боли (2003), все больные были разделены на 4 группы: с эпизодической головной болью напряжения (далее ЭГБН, всего 63 больных), с хронической головной болью напряжения (далее ХГБН, всего 12 больных), с мигренью без ауры (далее МБА, всего 25 больных) и с мигренью с аурой (далее МА, всего 10 больных). Группы, принимавшие участие в исследовании, формировались по мере накопления клинического материала. Диагноз любой формы голов-



ной боли ставился после повторного осмотра и до обследования неврологом в различные сроки беременности. Более детальное распределение больных в зависимости от типа первичной головной боли приводится в таблице 1.

Таблица 1

Распределение больных выборки исследования в зависимости от типа
первичной головной боли

Тип головной боли	Головная боль напряжения					Мигрень	
	ЭГБН			ХГБН		МБА	МА
	Нечастые приступы	Частые приступы		С напряжением пери- краниальных мышц	Без на- пряжения пери- краниаль- ных мышц		
		Без на- пряжения пери- краниаль- ных мышц	С на- пряже- нием пери- крани- альных мышц				
Количество больных	2	48	13	4	8	25	10

Средний возраст беременных с ЭГБН составил $25,6 \pm 5,8$ лет, с ХГБН – $27,4 \pm 5,3$ лет. У женщин с МБА и МА – соответственно $25,8 \pm 4,6$ лет и $27,1 \pm 4,4$ лет. Различия среднего возраста между всеми группами больных, а также между основной группой в целом и контрольной группой не значимы. В связи с тем, что одним вероятных факторов, провоцирующих возникновение головной боли, мог быть характер умственной активности пациентов, значимо связанный с их уровнем образования, контрольная группа беременных формировалась с учетом распределения этого признака в основной группе.

Наиболее распространенным типом головной боли в основной и контрольной группах, как и в популяции в целом, была головная боль напряжения. Продолжительность болезни у беременных с ЭГБН составила $5,7 \pm 5,8$ года, у



беременных женщин с ХГБН $4,0 \pm 1,6$ года. У 5 женщин дебют заболевания совпал с гестационным периодом. При этом, у 90,7% (68 больных) головная боль имела давящий характер, и лишь 9,3% (7 больных) отмечали сжимающий характер болей. Преимущественными локализациями головной боли были лобно-височная – 30,7% (23 больных) и затылочная – 29,3% (22 больных). Другие локализации боли встречались значительно реже: лобная – 21,3% (16 больных), теменная – 10,7% (8 больных) и височная – 8% (6 больных). Интенсивность головной боли по визуальной аналоговой шкале составила $46,0 \pm 10,8$ при ЭГБН и $50,0 \pm 12,2$ при ХГБН. Различия по интенсивности боли между данными группами недостоверны.

Средняя длительность приступов ЭГБН $4,22 \pm 2,23$ час, ХГБН $7,8 \pm 3,6$ час. Болевые приступы при ХГБН продолжительнее, чем при ЭГБН ($p < 0,03$). Локализация и характер боли при беременности не изменились.

Основными провоцирующими факторами болевого приступа были названы эмоциональное состояние (86% при ЭГБН, 92% при ХГБН) и изменения погоды (77% и 81% соответственно). Среди других причин, вызывающих приступы головной боли, были названы умственные нагрузки (56% при ЭГБН и 64% при ХГБН), нарушения сна (соответственно 21% и 43%), физические нагрузки (соответственно 12% и 27%) и голод (2% при ЭГБН). У 4 больных с ЭГБН выявить провоцирующие факторы не удалось.

Наиболее частым сопутствующими симптомами были названы снижение аппетита 88% (66 человек), фонофобия 74,7% (56 человек) и фотофобия 25,3% (19 человек). В 82,7% (62 человека) болевые приступы сопровождались снижением внимания. Наиболее редкими симптомами были легкая тошнота – 6,7% (5 человек) и головокружение – 5,3% (4 человека).

У остальных 35 больных основной группы наблюдалась мигрень. Диагностика мигрени проводилась на основании соответствия клинической картины головной боли критериям мигрени (МКГБ-2). Средняя длительность болезни



составила $5,7 \pm 3,9$ лет при мигрени без ауры и $5,2 \pm 2,9$ лет при мигрени с аурой. При сравнительном анализе продолжительности заболеваний достоверных различий между группами ЭГБН, ХГБН, МБА и МА не выявлено. Приступы мигрени без ауры характеризовались преимущественно односторонней интенсивной головной болью с тошнотой, реже рвотой, фотофобией и фонофобией. У большинства пациенток (84%, 21 человек) были односторонние приступы мигрени, у 16% (4 человека) гемикранический характер боли отсутствовал. Преимущественно правосторонняя и левосторонняя локализация приступов встречались с частотой 44% и 40% (у 11 и 10 больных соответственно), чередование сторон наблюдалось у всех больных. Пульсирующий характер боли был у подавляющего большинства пациенток – 88%, давящая головная боль – у 12%. Все больные отмечали резкое усиление болей при физической нагрузке. Интенсивность головной боли по визуальной аналоговой шкале при МА – $85,0 \pm 5,3$, достоверно выше, чем при МБА – $78,8 \pm 7,8$, и интенсивности боли при ГБН ($p < 0,05$). Длительность атак головной боли составила в среднем $6,04 \pm 4,1$ и $6,8 \pm 1,7$ часов при МБА и МА соответственно.

Достоверных различий в продолжительности приступов цефалгий при головной боли напряжения и мигрени не выявлено.

Из провоцирующих факторов при МБА и МА наиболее значимым оказался эмоциональный фон (88%). У 76% пациенток болевые приступы возникали при недостаточном и/или избыточном ночном сне. Реже приступы провоцировали изменения погоды (52%), продолжительные умственные нагрузки (36%), менструация (до беременности) (20%), пищевые факторы (12%), голод (4%), запахи (4%), зрительные стимулы (4%) и физические нагрузки (4%). 12% больных затруднились определить провоцирующий фактор болевых пароксизмов. Необходимо отметить, что провоцирующие факторы мигрени при беременности изменились. Увеличилось количество психогенных факторов: боязнь осложнения во время родов, патологии у будущего ребенка, передача наследст-



венных заболеваний и др. Нарушился режим сна и бодрствования. Часть пациенток жаловались на бессонницу, обусловленную, по нашему мнению, повышенной тревожностью. Других женщин, напротив, беспокоила сонливость. Изменение вкусовых ощущений довольно часто влекло за собой избыточное потребление отдельного вида продуктов, в том числе, тираминсодержащих (сыр, орехи, яйца, цитрусовые, шоколад и др.).

Среди сопутствующих симптомов приступа головной боли тошноту отмечали 100% женщин, рвоту – 68% больных, фонофобию – 56%, фотофобию – 32%, осмофобию – 8%. У всех больных приступы были стереотипны, и их клиническое проявление при беременности не изменилось.

Среди 10 беременных, у которых была диагностирована мигрень с аурой, у 8 женщин наблюдалась мигрень со зрительной аурой (далее МЗА), у одной – мигрень с сенсорной аурой (далее МСА) и у одной – мигрень с афатической аурой (далее МАА). При МЗА болевому пароксизму предшествовали зрительные нарушения в виде мерцающих точек и линий перед обоими глазами. Средняя продолжительность ауры составила $17 \pm 8,4$ минуты. Приступы были однотипными по характеру. Продолжительность пароксизмов со зрительной аурой была $8,2 \pm 2,9$ часов. При МСА перед приступом головной боли была аура в виде левосторонней гемигипестезии в течении 15-20 мин. Аура при МАА продолжалась не более 5-10 минут с полным регрессом речевых нарушений. Продолжительность болевых пароксизмов при МСА и МАА составляла 8 и 7 часов соответственно. Характер головной боли и ауры при беременности не изменились.

Наиболее частыми клиническими симптомами больных как с ГБН, так и М, были оживление симметричных сухожильных рефлексов, тремор пальцев рук и/или тремор век. Напряжение и пальпаторная болезненность перикраниальных и шейных мышц выявлены у 48 пациенток с ЭГБН и 8 – с ХГБН. Симптомы вегетативно-сосудистой дистонии выражались в изменении цвета кож-



ных покровов (мраморность), стойком белом или красном дермографизме, нейrogenной гипертермии, нарушении регуляции сосудистого тонуса по гипо- или гипертоническому типам, дистальном гипергидрозе, кардиалгии и гипервентиляционном синдроме.

На фоне беременности наблюдалась как отрицательная, так и положительная динамика течения первичной головной боли. В основном изменения касались частоты болевых приступов. Характер боли, ее интенсивность и продолжительность приступов головной боли во время гестационного периода не изменились. Исключением явились 9 случаев (5 с ЭГБН и 4 с МБА), когда начало заболевания совпало с беременностью. С увеличением срока беременности частота приступов уменьшалась ($p < 0,05$). Изменений в приступах ХГБН при беременности не было, тогда как при ЭГБН и МБА наблюдалось увеличение частоты приступов в 1 триместре ($p < 0,05$) с дальнейшей положительной динамикой. В III триместре при ЭГБН, МБА и МА частота цефалгий была достоверно ниже, чем до беременности ($p < 0,05$). Интенсивность и продолжительность болевых приступов ГБН и М при беременности не изменились.

Клиническая характеристика типов головной боли и особенностей динамики приступов при беременности представлены в таблице 2.



Таблица 2

**Клиническая характеристика типов первичной ГБ
и динамики течения приступов**

Тип головной боли		Головная боль напряжения		Мигрень	
		ЭГБН	ХГБН	МБА	МА
Продолжительность приступов головной боли (час)		4,22±2,23	7,8±3,6	6,04±4,1	6,8±1,7
Интенсивность головной боли (по визуально-аналоговой шкале)		46,0±10,8	50,0±12,2	78,8±7,8	85,0±5,3
Частота приступов головной боли	до беременности	4,8±2,7	17,2±1,6	1,9±1,2	2,7±1,2
	I триместр	7,0±3,8	17,2±1,6	3,3±2,4	4,5±2,8
	II триместр	4,8±2,6	17,1±1,6	1,6±1,2	2,8±1,7
	III триместр	3,0±2,8	17,3±1,6	0,84±1,1	1,3±1,5
	после родов	5,3±2,7	17,2±1,6	2,4±2,0	2,8±1,1

Исследование тревожных и депрессивных расстройств с использованием тестов Спилбергера - Ханина и Бека у беременных по каждой нозологической форме выявило высокую личностную тревожность (49,5±10-ЭГБН, 63,9±8,2-ХГБН, 51,5±12,9-МБА и 53,9±7,8-МА), высокую и умеренную реактивную тревожность (45,1±11,9-ХГБН, 31,2±10,6-ЭГБН, 34,3±12,6-МБА, 39±14,7-МА), высокую степень депрессивных расстройств (16,6±8,3-ЭГБН, 30,3±8,1-ХГБН, 21,2±7,5-МБА и 16,5±9,7-МА). При сравнительном анализе психологических особенностей беременных основной и контрольной групп выявлены достоверные различия. Результаты исследования представлены в таблице 3. При этом у беременных с ХГБН средние баллы личностной тревожности и степень депрессии выше аналогичных показателей беременных с другими типами первичной головной боли. По результатам реактивной тревожности между группами беременных с ЭГБН, ХГБН, МБА, МА достоверных различий не выявлено.



Таблица 3

**Уровень тревожности и степень депрессии у беременных
основной и контрольной групп**

Группа наблюдения	Личностная тревожность	Реактивная тревожность	Степень депрессии
Беременные с первичной головной болью (основная группа)	51,9±11,2	34,1±12,3	18,6±9,5
Беременные контрольной группы	31,7±9,5	16,7±7,0	4,5±3,7
P	<0,001	<0,001	<0,001

Полученные показатели эмоционального фона свидетельствуют о важной роли эмоционально-личностных изменений в патогенезе первичной головной боли. Высокие уровни личностной тревоги и депрессии у беременных с ХГБН подтверждают данные литературы о влиянии психогенного фактора на формирование хронического паттерна боли (Осипова В.В., Табеева Г.Р., 2007).

Для оценки влияния гестационного процесса на психологические особенности женщин с разными типами первичной цефалгии проводили сравнительный анализ личностной и реактивной тревожности и депрессии у беременных в первом триместре и у тех же пациенток через 7–10 лет (в среднем через 9,5 лет) после родов. Оценка факторов проводилась внутри каждой группы первичной головной боли. Результаты исследования представлены в таблице 4. По результатам личностной тревожности достоверных различий при всех типах первичной цефалгии нет. Реактивная тревожность и депрессия у беременных с ЭГБН и МБА значимо выше, чем в послеродовом периоде. Различий в показателях эмоционально-личностного фона больных с ХГБН и МА не выявлено. Влияние мигрени на повседневную активность (по шкале MIDAS) при беременности выражено в большей степени, чем в послеродовом периоде, как при МБА, так и при МА.



Таким образом, более высокие уровни реактивной тревожности и депрессии во время гестационного периода больных с ЭГБН и МБА свидетельствуют о влиянии стрессовых факторов, возникающих у женщин в период беременности. Больные с ХГБН и МА по данным исследования в меньшей степени восприимчивы к воздействию дополнительных психоэмоциональных факторов.

Таблица 4

**Психологические особенности беременных
в первом триместре и послеродовом периоде**

Тип головной боли		Личностная тревожность	Реактивная тревожность	Степень депрессии	MIDAS
ЭГБН	Первый триместр	49,5±10,0	31,2±10,6	16,6±8,3	—
	Послеродовой период	48,7±13,2	25,5±11,8	12,7±8,5	—
	р	0,22	0,0001	0,00005	—
ХГБН	Первый триместр	63,9±8,2	45,1±11,9	30,3±8,1	—
	Послеродовой период	61,6±8,4	41,3±12,0	28,1±8,0	—
	р	0,1	0,1	0,25	—
МБА	Первый триместр	51,5±12,9	34,3±12,6	21,2±7,5	10,4±8,0
	Послеродовой период	53,7±4,35	29,2±12,6	12,4±8,1	7,2±5,1
	р	0,06	0,004	0,0004	0,02
МА	Первый триместр	53,9±7,8	39,0±14,7	16,5±9,7	9,9±4,9
	Послеродовой период	51,1±9,7	35,5±13,2	17,5±7,7	8,4±4,1
	р	0,4	0,1	0,07	0,02

Для оценки влияния эмоционального фона на динамику первичной головной боли при беременности были отдельно изучены личностная тревож-



ность, реактивная тревожность и депрессия у женщин с разным характером течения цефалгии. По характеру течения первичной головной боли на фоне беременности было выделено несколько групп: женщины, у которых первичная цефалгия возникла во время беременности, больные с обострением (увеличением частоты приступов головной боли) при беременности, больные с положительным течением первичной цефалгии (уменьшением частоты приступов головной боли) во время гестационного периода и больные, у которых динамика в течении первичной головной боли при беременности отсутствовала.

При сравнительном анализе личностной, реактивной тревожности и степени депрессии между указанными группами значимых различий не выявлено.

Таблица 5

Психологические особенности беременных с разным характером течения первичной головной боли при беременности

Группа наблюдения	Личностная тревожность	Реактивная тревожность	Степень депрессии
1	2	3	4
Возникновение приступов ГБ впервые при беременности	49,8±8,0	35,5±12,8	20,8±9,9
Контрольная группа	31,7±9,5	16,7±7,0	4,5±3,7
P	<0,01	<0,01	<0,01
Увеличение частоты приступов головной боли при беременности	51,3±11,0	34,8±11,4	18,8±8,0
Контрольная группа	31,7±9,5	16,7±7,0	4,5±3,7
P	<0,01	<0,01	<0,01
Уменьшение частоты приступов головной боли	43,5±8,5	24,4±6,7	12,6±6,0
Контрольная группа	31,7±9,5	16,7±7,0	4,5±3,7



1	2	3	4
Р	<0,05	<0,025	<0,05
Динамики в частоте приступов головной боли нет	54,0±11,5	35,3±12,9	19,6±10,3
Контрольная группа	31,7±9,5	16,7±7,0	4,5±3,7
Р	<0,01	<0,01	<0,01

Изучение различных типов течения каждой нозологической формы первичной цефалгии у беременных выявило различия только по уровню реактивной тревожности у больных с ЭГБН. Реактивная тревожность у женщин с ЭГБН, возникшей впервые при беременности или протекавшей с отрицательной динамикой была выше ($36,5 \pm 11,5$), чем этот же показатель у женщин с отсутствием динамики приступов и положительной динамикой данной цефалгии при беременности ($27,6 \pm 8,4$; $p=0,05$). Таким образом, не выявлена ведущая роль тревожных и депрессивных факторов в изменении характера течения ХГБН, МБА и МА при беременности. Вместе с тем, повышенный уровень реактивной тревожности обуславливает увеличение приступов ЭГБН при беременности и появление их вновь. Уменьшение частоты и продолжительности приступов эпизодической головной боли напряжения, на наш взгляд, может быть связано с изменением психоэмоционального фона при беременности, ограничением стрессовых факторов (желанная беременность, нормализация режима «сон-бодрствование», позитивный эмоциональный настрой), и, как следствие, уменьшением конфликтных ситуаций.



Таблица 6

Психологические особенности беременных с разным характером течения цефалгии при различных типах первичной головной боли

Тип головной боли		Личностная тревожность	Реактивная тревожность	Степень депрессии
ЭГБН	Отрицательная динамика	52,4±11,14	36,5±11,5	19,8±9,2
	Положительная динамика, без динамики	47,6±8,95	27,6±8,4	14,5±6,9
	p	0,1	0,05	0,3
ХГБН	Отрицательная динамика	-	-	-
	Положительная динамика, без динамики	63,9±8,2	63,9±8,2	63,9±8,2
	p	-	-	-
МБА	Отрицательная динамика	46,9±8,18	32,8±12,3	14,6±5,6
	Положительная динамика, без динамики	53,7±4,35	35,0±13,0	17,9±11,1
	p	0,1	0,1	0,1
МА	Отрицательная динамика	50,3±8,3	45,5±14,0	22,8±8,5
	Положительная динамика, без динамики	56,3±7,2	29,3±10,3	18,8±6,0
	p	0,1	0,1	0,1

Для оценки влияния первичной головной боли на течение и исход беременности проводился корреляционный анализ между частотой головной боли в первом, втором и третьем триместрах беременности и осложнениями беременности и родов. Выявлена связь между ранним гестозом и увеличением частоты приступов ЭГБН ($r=0,42$; $p=0,0005$) и МБА ($r=0,54$; $p=0,05$) в первом триместре беременности. Корреляции между частотой рвоты (степенью тяжести раннего



гестоза) и частотой цефалгий не выявлено. Значимых различий между средним весом плода у женщин, страдающих первичной головной болью, и женщин контрольной группы не выявлено (ЭГБН–3306,2±688,0; ХГБН–3402,7±463,8; МБА–3287,8±554,5; МА–3165,0±727,0; контроль–3460,0±402,01). Между поздним гестозом, преждевременными, патологическими родами и частотой головной боли не было найдено ни одной значимой связи.

Таблица 7

Показатели коэффициент корреляции r Спирмена между частотой головной боли и осложнениями беременности

Тип головной боли		I триместр беременности	II триместр беременности	III триместр беременности
ЭГБН	Ранний гестоз	0,42	0,22	-0,04
		p=0,0005	p=0,08	p=0,8
	Поздний гестоз	- 0,05	-0,04	-0,03
		p=0,7	p=0,73	p=0,78
ХГБН	Ранний гестоз	0,25	0,25	0,25
		p=0,44	p=0,44	p=0,44
	Поздний гестоз	-0,23	-0,23	-0,23
		p=0,44	p=0,44	p=0,44
МБА	Ранний гестоз	0,54	0,1	-0,11
		p=0,05	p=0,63	p=0,62
	Поздний гестоз	-0,19	-0,16	-0,19
		p=0,37	p=0,43	p=0,36
МА	Ранний гестоз	0,62	0,01	-0,2
		p=0,06	p=0,97	p=0,59
	Поздний гестоз	-0,12	-0,31	-0,49
		p=0,74	p=0,33	p=0,15



Таким образом, проведенный анализ течения беременности у больных с первичной головной болью показал, что головная боль напряжения и мигрень не увеличивают риск преждевременных и патологических родов, позднего гестоза и рождения детей с низкой массой тела.

Выводы:

1. Беременные, страдающие первичной головной болью, имеют психоэмоциональные особенности, проявляющиеся в повышенном уровне личностной тревожности, реактивной тревожности и депрессии. При этом наиболее высокие показатели личностной тревожности и степени депрессии демонстрируют больные с ХГБН.

2. Динамику приступов ЭГБН во время гестационного периода определяют преимущественно психоэмоциональные факторы, возникающие при беременности. Ведущая роль тревожных и депрессивных нарушений в изменении характера течения ХГБН, МБА и МА при беременности не выявлена.

3. Психоэмоциональные особенности и их изменения при беременности у женщин с ЭГБН, ХГБН, МБА, МА могут свидетельствовать о разных патогенетических факторах данных типов первичной головной боли.

4. Первичная головная боль, по данным исследования, не является фактором риска осложнений беременности: позднего гестоза, преждевременных родов, рождения детей с низкой массой тела.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Вейн А.М., Колосова О.А., Яковлев Н.А., Слюсарь Т.А. Мигрень (Клинико-патогенетические аспекты, диагностика, лечение и профилактика). М., 1995. 186 с.

2. Калашникова Л.А. Зомиг – новый селективный агонист серотониновых рецепторов в лечении приступа мигрени // Неврологический журнал. Т.4. 1999. № 4. С. 37–40.



3. Первичные головные боли. Практическое руководство / В.В.Осипова, Г.Р. Табеева. М.: ООО «ПАГРИ-Принт», 2007. 60 с.
4. Bordini C., Antonaci F., Stovner L.J., et al.: Hemicrania continua, a review. Headache 1991, 31: 20–26.
5. Facchinetti F., Allais G., Nappi R.E., Gabellari I.C., Di Renzo G.C., Genazzani A.R., Bellafronte M., Roncolato M., Benedetto C. Sumatriptan (50 mg tablets vs. 25 mg suppositories) in the acute treatment of menstrually related migraine and oral contraceptive–induced menstrual migraine: a pilot study // Gynecol Endocrinol. 2010, Oct; 26(10):773–9.
6. Lipton R.B., Stewart W.F., Von K.M. The burden of migraine. A review of cost to society. Pharmacoeconomics. 1994; 6:215–221.
7. Lipton R.B., Stewart W.F., Diamond S. et al. Prevalence and burden of migraine in the United States: results from the American Migraine Study II. Headache 2001; 41: 646–657.