

Кравцова Е. Ю., Семенова Е.В.

Эмоциональные и вегетативные расстройства у подростков с головной болью

Кафедра неврологии и нейрореабилитологии факультета дополнительного профессионального образования ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия имени академика Е.А.Вагнера» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Пермь

Kravtsova E. Yu., Semenova E. V.

Emotional and vegetative frustration at teenagers with the headache

Резюме

Цель исследования – изучить в сравнительном аспекте тревожно-депрессивные расстройства и вегетативные нарушения при различных типах головной боли у подростков. Нами изучено 97 подростков с различными головными болями. Контрольную группу составили 20 практически здоровых подростков. Применялись визуальная аналоговая шкала боли, шкалы тревожности Спилберга-Ханина, депрессии Бека и NADS. Установлено, что у пациентов подросткового возраста, страдающих эпизодическими головными болями напряжения, развивается психовегетативный синдром в виде повышения уровня тревожности и вегетативных расстройств. Депрессивные расстройства выше у пациентов с головной болью напряжения, нежели с мигренью. При мигрени отмечено статистически значимое превышение выраженности вегетативных расстройств, нежели при головной боли напряжения и цервикогенной головной боли.

Ключевые слова. Головная боль напряжения, мигрень, цервикогенная головная боль, подростки; психовегетативные расстройства

Summary

The purpose of research - to study in comparative aspect of anxiety-depressive disorders and autonomic disorders in different types of headache in adolescents. We have studied 97 adolescents with a variety of headaches. The control group consisted of 20 healthy adolescents. Used visual analogue scale of pain, anxiety scale Spielberg Hanina, Beck Depression Inventory and NADS. Found that adolescent patients suffering from episodic tension headaches, develops psychovegetative syndrome in the form of increased levels of anxiety and autonomic disorders. Depressive disorders are higher in patients with tension headache, migraine than. Migraine statistically significant excess of severity of autonomic disorders than with tension-type headache and cervicogenic headache.

Keywords. Tension headache, migraine, cervicogenic headache, adolescents; psychovegetative disorders

Введение

Головная боль - одна из наиболее частых жалоб у лиц подросткового возраста. Это важная общемедицинская проблема, не только нарушающая качество жизни пациентов, но и сопровождающаяся трудностями дифференциальной диагностики, своевременным назначением адекватной терапии [1,2,3].

Наиболее часто у подростков диагностируется головная боль напряжения (37,5% случаев) [4]. Мигрень развивается в 10,2%, а цервикогенная головная боль - в 15% случаев [4].

Как правило, головные боли, как и другие болевые синдромы, сопровождаются развитием коморбидных симптомов, в частности, эмоциональных и вегетативных расстройств [5,6]. Своевременное уточнение вида головной боли не всегда является легкой задачей. Поэтому

выявление маркеров головной боли, в частности особенностей сопутствующих психовегетативных расстройств является важной и актуальной проблемой.

Цель исследования – изучить в сравнительном аспекте тревожно-депрессивные расстройства и вегетативные нарушения при различных типах головной боли у подростков.

Материалы и методы

Нами обследовано 97 подростков, страдающих головной болью, в межприступном периоде. Диагноз устанавливался клинически в соответствии с классификацией головной боли [7]. У 76 пациентов в возрасте от 12 до 16 лет констатирована эпизодическая головная боль напряжения (ЭГБН). Она проявлялась длительными двусторонними давящими болями умеренной интенсивности,

часто на фоне эмоционального стресса, продолжалась от 30 минут до 7 дней и нередко сопровождалась напряжением перикраниальных мышц.

Эпизодическая головная боль напряжения (ЭГБН) с частыми приступами – развивалась от 1 до 15 раз в месяц у – 33 девочек и 14 мальчиков.

Эпизодическая головная боль напряжения с редкими приступами (менее 1 раза в месяц [7]) у 23 девочек и 6 мальчиков развивалась постепенно, как правило, на фоне переутомления, локализовалась в лобной и височной области, болевые ощущения слабой или умеренной интенсивности.

Мигрень у 5 пациентов проявлялась пульсирующей односторонней головной болью, часто иррадиирующей в глазное яблоко, сопровождающейся тошнотой и рвотой, фото- и фонофобиями.

Цервикогенная головная боль (ЦГБ) диагностирована у 16 подростков. Частые ЦГБ отмечены у – 6 мальчиков, редкие ЦГБ у – 8 девочек и 2 мальчиков. Цервикогенная головная боль определялась как строго односторонняя боль в шейно-затылочной области, распространяющаяся на височно-лобно-глазничную область, которая провоцировалась движениями в шейном отделе [8]. Рентгенологическое обследование этих пациентов подтвердило повреждение шейного отдела позвоночника в виде подвывиха атланта (у 4 больных), нестабильности шейных позвонков (у 5 пациентов), аномалии Киммерли (у 3 подростков), платибазии (у 3 обследуемых), гиперлазии боковых масс атланта (у одного мальчика).

Контрольную группу составили 20 практически здоровых подростков (14 девочек и 6 мальчиков).

Комплексное обследование помимо клинико-неврологического (изучения жалоб и анамнеза заболевания, соматического и неврологического статусов) включало в себя анализ выраженности болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале боли (ВАШ), личностной (ЛТ) и ситуационной тревожности (СТ) с помощью шкалы Спилбергера-Ханина, тревожности и депрессии по шкале HADS, депрессии по шкале Бека. Изучение состояния вегетативной нервной системы проводилось с помощью опросника вегетативных нарушений (ВН) и схемы вегетативных изменений (ВИ) [9].

Статистическая обработка результатов осуществлена непараметрическими методами Манн-Уитни с использованием программы Microsoft Excel и пакета Statistica 6.0 for Windows. Полученные данные представлены в виде медианы Me, первого Q1 и третьего Q3 квартилей. За достоверный принимали уровень значимости $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Анализ тестирования по шкале ВАШ установил высокие показатели интенсивности головной боли у всех наблюдаемых нами пациентов. При этом выраженность головной боли у мальчиков с частыми ЭГБН достоверно ($p=0,040$) превышала показатель ВАШ мальчиков с редкими ЭГБН (таблица 1). К тому же, у девочек с частыми ЭГБН выраженность головной боли достоверно превышала интенсивность ее у мальчиков. Достоверных разли-

чий при внутригрупповом анализе пациентов с мигренью цервикогенной головной болью не выявлено (таблица 1).

Исследование состояния вегетативной нервной системы у подростков с различными видами головной боли выявило усиление вегетативных расстройств как по опроснику вегетативных нарушений, заполняемых пациентом, так и по схеме вегетативных изменений, выявленных врачом (таблица 2). Установлены достоверные различия при сравнении показателей тестирования вегетативных расстройств у практически здоровых подростков и пациентов, страдающих различными головными болями (таблица 3). При этом вегетативные нарушения достоверно выше у девочек с ЭГБН ($p=0,001$ ВИ; $p=0,007$ ВН). При мигрени вегетативные нарушения достоверно выше ($p=0,024$), чем при ЭГБН и при ЦГБ ($p=0,019$) (таблица 3).

При изучении уровня тревожности по шкале Спилбергера-Ханина достоверных различий между группами пациентов с различными видами головной боли и практически здоровыми не выявлено. Однако у лиц женского пола с частыми ЭГБН достоверно выше показатели личностной тревожности (таблица 4). Интересным оказался факт отсутствия достоверных различий показателей личностной и ситуационной тревожности при сравнении показателей подростков контрольной группы и пациентов с различными головными болями.

При обследовании подростков с головными болями на наличие депрессивных расстройств нами также не получены достоверные данные. Однако у подростков с ЭГБН ($Q1=20,00$; $Me=23,00$; $Q3=27,50$) показатель по шкале Бека превышает результаты пациентов с ЦГБ ($Q1=20,50$; $Me=24,50$; $Q3=28,00$). А показатель шкалы Бека у подростков с ЦГБ ($Q1=20,50$; $Me=24,50$; $Q3=28,00$) недостоверно выше ($p=0,718$) показателя подростков, страдающих мигренью ($Q1=20,00$; $Me=24,00$; $Q3=27,00$). Подобная же тенденция наблюдается и при сравнении ($p=0,497$) показателя HADS подростков с ЭГБН ($Q1=5,00$; $Me=10,00$; $Q3=13,00$) и с мигренью ($Q1=5,00$; $Me=8,00$; $Q3=10,00$).

Анализ результатов тестирования по шкалам ВАШ, тревожности и депрессии пациентов с различными видами головной боли в межприступном периоде не выявил много достоверных различий при внутригрупповом и межгрупповом сравнении. Однако у пациентов подросткового возраста, страдающих эпизодическими головными болями напряжения, развивается психовегетативный синдром в виде повышения уровня тревожности и вегетативных расстройств, особенно при частых ЭГБН и у лиц женского пола. Кроме того, депрессивные расстройства выше у пациентов с головной болью напряжения, нежели с мигренью. У подростков, в анамнезе которых отмечались мигренозные приступы, в период ремиссии по головным болям отмечено статистически значимое превышение выраженности вегетативных расстройств, нежели у пациентов, страдающих головными болями напряжения и цервикогенными головными болями. Выявленные нами психовегетативные расстройства в межприступном периоде различных цефалгий необходимо учитывать

Таблица 1. Интенсивность боли у подростков по ВАШ в зависимости от пола и вида головной боли (баллы)

| Группы сравнения | Q1 | Me | Q3 |
|--|-------|------|------|
| Редкие ЭГБН у мальчиков (1 группа, n=6) | 1,00 | 2,50 | 3,00 |
| Частые ЭГБН у мальчиков (2 группа, n=14) | 3,00 | 4,00 | 5,00 |
| Редкие ЭГБН у девочек (3 группа, n=23) | 3,00 | 3,00 | 5,00 |
| Частые ЭГБН у девочек (4 группа, n=33) | 3,00 | 4,00 | 6,00 |
| Мигрень у девочек (5 группа, n=5) | 3,00 | 7,00 | 8,00 |
| Мигрень у мальчиков (6 группа, n=2) | 2,00 | 3,50 | 5,00 |
| Редкие ЦГБ у девочек (7 группа, n=8) | 3,00 | 3,50 | 4,00 |
| Частые ЦГБ у мальчиков (8 группа, n=6) | 4,00 | 4,00 | 5,00 |
| Редкие ЦГБ у мальчиков (9 группа, n=2) | 3,00 | 3,50 | 4,00 |
| p ₁₋₂ | 0,040 | | |
| p ₁₋₃ | 0,092 | | |
| p ₁₋₄ | 0,500 | | |
| p ₂₋₄ | 0,033 | | |
| p ₃₋₄ | 0,374 | | |
| p ₅₋₆ | 0,248 | | |
| p ₇₋₉ | 0,337 | | |
| p ₈₋₉ | 0,283 | | |

Обозначения здесь и далее:

- p₁₋₂ – уровень достоверности при сравнении 1 группы и 2 группы;
- p₁₋₃ – уровень достоверности при сравнении 1 группы и 3 группы;
- p₁₋₄ – уровень достоверности при сравнении 1 группы и 4 группы;
- p₂₋₄ – уровень достоверности при сравнении 2 группы и 4 группы;
- p₃₋₄ – уровень достоверности при сравнении 3 группы и 4 группы;
- p₅₋₆ – уровень достоверности при сравнении 5 группы и 6 группы;
- p₇₋₉ – уровень достоверности при сравнении 7 группы и 9 группы;
- p₈₋₉ – уровень достоверности при сравнении 8 группы и 9 группы.

Таблица 2. Выраженность вегетативных расстройств у подростков в зависимости от вида головной боли и пола пациентов

| Шкала (баллы) | ВИ | | | ВН | | |
|-------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | Q1 | Me | Q3 | Q1 | Me | Q3 |
| Девочки с ЭГБН (1 группа, n=56) | 13,50 | 21,50 | 30,50 | 4,50 | 11,00 | 18,50 |
| Девочки с мигренью (2 группа, n=3) | 11,00 | 19,00 | 44,00 | 12,00 | 19,00 | 37,00 |
| Девочки с ЦГБ (3 группа, n=8) | 12,50 | 15,50 | 25,00 | 6,00 | 9,00 | 14,50 |
| Мальчики с ЭГБН (4 группа, n=20) | 5,00 | 10,00 | 19,50 | 0,00 | 4,00 | 11,00 |
| Мальчики с мигренью (5 группа, n=2) | 14,00 | 16,50 | 19,00 | 18,00 | 20,50 | 23,00 |
| Мальчики с ЦГБ (6 группа, n=8) | 3,50 | 14,00 | 18,50 | 2,00 | 4,00 | 15,00 |
| p ₁₋₂ | 1,000 | | | 0,136 | | |
| p ₁₋₃ | 0,076 | | | 0,098 | | |
| p ₁₋₄ | 0,001 | | | 0,007 | | |
| p ₂₋₃ | 0,076 | | | 0,102 | | |
| p ₂₋₅ | 0,767 | | | 1,000 | | |
| p ₃₋₆ | 0,399 | | | 0,310 | | |

Обозначения:

ВО-ВИ – вегетативный опросник вегетативных изменений;

ВО-ВН – вегетативный опросник вегетативных изменений;

p1-2 – уровень достоверности при сравнении 1 группы и 2 группы;

p1-3 – уровень достоверности при сравнении 1 группы и 3 группы;

p1-4 – уровень достоверности при сравнении 1 группы и 4 группы;

p2-3 – уровень достоверности при сравнении 2 группы и 3 группы;

p2-5 – уровень достоверности при сравнении 2 группы и 5 группы;

p3-6 – уровень достоверности при сравнении 3 группы и 6 группы;

Таблица 3. Выраженность вегетативных расстройств в зависимости от вида головной боли у подростков

| Шкала (баллы) | ВИ | | | ВН | | |
|--|----------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | Q1 | Me | Q3 | Q1 | Me | Q3 |
| Группы сравнения | | | | | | |
| Контрольная группа (n=20) | 0,00 | 6,00 | 10,00 | 0,00 | 4,00 | 14,00 |
| Все подростки с ЭГБН (1 группа, n=76) | 9,00 | 19,00 | 26,50 | 4,00 | 9,50 | 15,50 |
| Все подростки с Мигренью (2 группа, n=5) | 14,00 | 19,00 | 19,00 | 18,00 | 19,00 | 23,00 |
| Все подростки с ЦГБ (3 группа, n=16) | 14,00 | 19,00 | 19,00 | 4,00 | 8,00 | 15,00 |
| P ₀₋₁ | 0,000013 | | | 0,082 | | |
| P ₀₋₂ | 0,001 | | | 0,002 | | |
| P ₀₋₃ | 0,002 | | | 0,335 | | |
| P ₁₋₂ | 0,906 | | | 0,024 | | |
| P ₁₋₃ | 0,221 | | | 0,550 | | |
| P ₂₋₃ | 0,312 | | | 0,019 | | |

Обозначения:

p0-1 – уровень достоверности при сравнении контрольной группы и 1 группы;

p0-2 – уровень достоверности при сравнении контрольной группы и 2 группы;

p0-3 – уровень достоверности при сравнении контрольной группы и 3 группы;

p1-2 – уровень достоверности при сравнении 1 группы и 2 группы;

p1-3 – уровень достоверности при сравнении 1 группы и 3 группы;

p2-3 – уровень достоверности при сравнении 2 группы и 3 группы;

Таблица 4. Выраженность тревожности по шкале Спилбергера-Ханина у подростков разного пола с частыми ЭГБН

| Шкала | Девочки n=33 | | | Мальчики n=14 | | | p |
|-------------|--------------|-------|-------|---------------|-------|-------|-------|
| | Q1 | Me | Q3 | Q1 | Me | Q3 | |
| ШЛТ (баллы) | 45,00 | 49,00 | 52,00 | 41,00 | 44,00 | 48,00 | 0,033 |
| ШСТ (баллы) | 41,00 | 45,00 | 51,00 | 45,00 | 48,00 | 52,00 | 0,203 |

при динамическом наблюдении за подростками и требуют коррекции. Это обусловлено тем, что в патогенезе хронизации головной боли основное значение придают сочетанию неблагоприятных факторов, в том числе и тревожно-депрессивных расстройств [4].

Выводы

1.У подростков, страдающих различными видами головной боли, в межприступном периоде развиваются вегетативные расстройства, особенно при мигрени.

2.Психовегетативный синдром в виде повышенной личностной тревожности и вегетативных нарушений превалирует в межприступном периоде у девочек с частыми эпизодическими головными болями напряжения. ■

Кравцова Е. Ю. – доктор медицинских наук, профессор, Кафедра неврологии и нейрореабилитологии факультета дополнительного профессионального образования ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия имени академика Е.А.Вагнера» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Пермь; **Семенова Е.В.** – аспирант, Кафедра неврологии и нейрореабилитологии факультета дополнительного профессионального образования ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия имени академика Е.А.Вагнера» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Пермь; Автор, ответственный за перетиску - Семенова Елена Викторовна, г. Пермь, адрес для перетиски 614025, ул. Героев Хасана дом 91, квартира 807. Тел. 89194869661. e-mail elenka_semenova_90@mail.ru

Литература:

1. Lebedeva E. Migraine before rupture of intracranial aneurysms / Lebedeva E., Gyary N., Sakovich V., Olesen J. et al // The Journal of Headache and Pain. 2013.
2. Лебедева Е.Р., Кобзева Н.Р., Гилев Д.В., Олесен Ес. Психосоциальные факторы, связанные с первичными головными болями у студентов медицинского университета. Уральский медицинский журнал. 2014; 7(121): 70-75.
3. Шестаков В.В., Старикова Н.Л. Качество жизни при мигрени в сопоставлении с клиническими характеристиками заболевания и личностными особенностями пациентов. Неврологический журнал. 2009; 3: 29-32.
4. Юдельсон Я. Б., Рачин А.П. Головная боль напряжения у детей и подростков. Смоленск; 2002.
5. Кравцова Е.Ю., Обухов А.С. Состояние адаптационно-компенсаторных систем детей с органическими поражениями мозга в процессе учебного года по данным вариационной кардиоинтервалографии. Мед альманах. 2012; 5: 119-121
6. Исмагилов М.Ф., Якупов Р.А., Якупова А.А. Головная боль напряжения. Казань: Медицина; 2001.
7. Вознесенская Т. Г. Вторая редакция международной классификации головной боли (2003 г.). Неврологический журнал. 2004;26: 52-58.
8. Морозова О.Г., Ярошевский А.А. Цервикогенная головная боль: современные представления и тактика лечения. Международный неврологический журнал. 2009;5: 27-30.
9. Вегетативные расстройства. Руководство для врачей. Под ред. А.М. Вейна Москва; 2001.