

ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

Володкевич И.В., Ковтун О.П.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ БЕРЕМЕННЫХ, СТРАДАЮЩИХ ГОЛОВНОЙ БОЛЬЮ НАПРЯЖЕНИЯ

ГБОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России,
г. Екатеринбург

Актуальность проблемы сохранения здоровья матери и ребенка является одной из фундаментальных проблем современного здравоохранения [2, 4, 12]. С этим связано существование большого количества клинических работ, в которых освещаются различные аспекты беременности.

Большое значение исследователями придается оценке неблагоприятного влияния эмоционального стресса матери на течение беременности и родов [1, 5, 7, 8, 9, 10].

Очевидно, что беременность является периодом сенситивным для возникновения и обострения многих соматических заболеваний. Одним из таких состояний является головная боль напряжения. Это состояние само по себе не представляет непосредственной угрозы для беременной женщины и для плода, но является тягостным и гнетущим синдромом, ухудшающим качество жизни, психоэмоциональное состояние и увеличивающее вероятность случаев ятрогении. Во многих исследованиях было установлено, что синдром головной боли напряжения напрямую связан с наличием психоэмоциональных нарушений, а именно – уровня тревоги [6, 13].

Важно напомнить, что головная боль напряжения отмечается более чем у 90% населения. Боль может впервые появляться в любом возрасте, но обычно в 25–30 лет. Несколько чаще головной болью напряжения страдают женщины [5, 6, 9, 13].

Ранее у термина «головная боль напряжения» существовало множество синонимов. Её называли психалгиями, стрессогенными головными болями, идиопатическими, эссенциальными, головной болью напряжения мышц скальпового апоневроза, «невротической капской». Во всех этих названиях отражена сущ-

ность головных болей напряжения, которую определяют как головную боль, возникающую в ответ на психическое напряжение, появляющееся в результате острого или хронического стресса. При этом психическое напряжение может сочетаться с напряжением перикраниальных мышц (лобных, височных, затылочных) [13].

Симптомы головной боли напряжения (ГБН) общеизвестны:

- Боль, распространяющаяся из шеи в затылок, виски, область глаз, с одной или с двух сторон.
- Может сопровождаться головокружением, пошатыванием, тошнотой.
- При пальпации определяются болевые точки в области затылка и шеи.
- Боль тупая, монотонная, давящая, сжимающая или распирающая.
- Локализация боли – в области лба и глаз, висков, иногда напоминает стягивание головы лентой или тесной шапкой.
- Провоцируется обычно психическим напряжением, усталостью.

Причины возникновения головной боли напряжения могут быть следующими:

сочетание сильного напряжения мышц скальпа, мышц шеи с обострением болевой чувствительности. Возникает на фоне нервного истощения или сильного (длительного) психического стресса.

Согласно последним данным, полученным зарубежными авторами, ГБН наблюдается у 32% беременных женщин. В настоящее время определенных и стандартизованных руководств по ведению и лечению указанной популяции пациенток не разработано. И следуя замечаниям зарубежных авторов, можно сказать, что этот вопрос представляет собой значитель-

ную сложность для врачей общей практики и неврологов. Что касается российских исследований, то в отечественной медицине эта проблема остаётся недостаточно изученной. О чём может свидетельствовать крайне малое число публикаций за последние 5 лет только 2 посвящены проблеме головной боли у беременных женщин.

В настоящее время считается, что важную роль в патогенезе головной боли напряжения играет психосоматический компонент. В связи с этим ведущее место в лечении этого типа головной боли отводят немедикаментозным методам лечения, таким как рефлексо-, психо-, физио-, мануальная терапия. Особенно это важно для лечения женщин с ГБН в период беременности, поскольку набор медикаментозных средств, разрешённых к применению во время беременности, значительно ограничен.

Целью данной работы является определение уровня тревожности у женщин с синдромом головной боли напряжения и выявление наличия взаимосвязи между уровнем тревоги и выраженностью болевого синдрома.

Материалы и методы исследования

Для реализации цели исследования было сформировано две группы: исследуемая и контрольная: в первую были включены женщины с синдромом головной боли напряжения, во вторую – беременные женщины без головной боли напряжения. Всего в исследование включено 122 испытуемых: 60 – в исследуемую группу, 62 – в контрольную. На этом этапе исследования все женщины проходили оценку соматического и неврологического статуса, инструментальные методы диагностики, им предлагалось заполнить вопросник по методике «Шкала тревожности» Дж. Тейлора, анкету головной боли напряжения; индивидуальный дневник головной боли. Оценка выраженности болевого синдрома осуществлялась с использованием визуально-аналоговой шкалы (10-балльная). На каждую женщину, включённую в исследование, заполнялось информированное согласие.

Таким образом, можно обозначить критерии включения в исследуемую группу:

- беременные женщины, со сроком гестации 12–14 недель;
- наличие синдрома головной боли напряжения, зарегистрированного на момент исследования, по крайней мере, в течение 6 недель и

отвечающего критериям постановки указанного синдрома;

- отсутствие тяжёлых соматических заболеваний в стадии декомпенсации;
- отсутствие других видов головной боли;
- отсутствие в анамнезе или на момент исследования заболевания психиатрического профиля;
- отсутствие приёма на момент исследования и за 3 месяца до включения в исследование психотропных препаратов;
- отсутствие отягощённого сопутствующего акушерского анамнеза.

Критерий включения в группу сравнения:

- беременные женщины, со сроком гестации 12 – 14 недель;
- отсутствие тяжёлых соматических синдромов и заболеваний в стадии декомпенсации;
- отсутствие головной боли;
- отсутствие в анамнезе или на момент исследования заболевания психиатрического профиля;
- отсутствие приёма на момент исследования и за 3 месяца до включения в исследование психотропных препаратов;
- отсутствие отягощённого сопутствующего акушерского анамнеза.

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием критерия Мана-Уитни, метода корреляционного анализа Пирсона. Для обработки результатов была применена программа BioStat 2009.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст пациенток в исследуемой группе – $26,8 \pm 5,7$ лет. В 36 (60%) случаях пациентки имели первую беременность.

Головная боль характеризовалась симметричностью, монотонным непульсирующим характером, в целом отвечала установленным характеристикам головной боли напряжения. У 36 пациенток головная боль отмечалась ежедневно, средняя продолжительность составляла $7,5 \pm 1$ часа в день.

У 46 пациенток первый эпизод головной боли наблюдался до беременности и у 7 пациенток головная боль возникла во время беременности. В большинстве случаев головная боль возникала без провоцирующих факторов.

Данные по уровню тревожности можно представить в виде таблицы.

Таблица 1

Данные показателя тревожности в группе женщин с головной болью напряжения

Число элементов ряда	60
Среднее	23,11666667
Стандартное отклонение	2,798859736
Минимум	18
Максимум	29

Таким образом, можно сказать, что уровень тревожности достигал 23 баллов, что соответствует среднему показателю с тенденцией к высокому.

На следующем этапе анализировался показатель выраженности болевого синдрома – головной боли напряжения в соответствии с визуально-аналоговой шкалой (ВАШ).

Таблица 2

Характеристики болевого синдрома

Число элементов ряда	60
Среднее	4,783333333
Стандартное отклонение	1,208608482
Минимум	3
Максимум	7
Мода	4

Как видно из таблицы, среднее значение болевого синдрома – 4,78, что соответствует умеренной интенсивности.

В контрольной группе средний возраст пациенток был – $25,9 \pm 6,7$ лет. Среди пациенток данной группы в 56% случаев беременность была первой. Что касается контрольной группы, в которую входили женщины без болевого синдрома, то были получены следующие показатели по уровню тревожности.

Таблица 3

Данные показателя уровня тревожности в группе женщин без головной боли напряжения

Число элементов ряда	62
Среднее	19,66129032
Дисперсия	21,63749339
Стандартное отклонение	4,651611913
Минимум	9
Максимум	25

Согласно таблице, средний показатель уровня тревожности составлял – 19,6 баллов, что также соответствовало средней выраженности уровня тревожности.

Для сопоставления выявленных показателей тревожности и определения достоверных различий проводилась статистическая обработка результатов с использованием критерия Мана-Уитни.

Таблица 4

Статистические данные сопоставления показателей уровня тревожности между исследуемой и группой сравнения

Критерий Мана-Уитни			
W1 Сумма рангов (ряд 1)	3065	U (большее)	1112
W2 Сумма рангов (ряд 2)	4438	U	2608
Среднее W1	3813	Среднее W2	3690
Стандартное отклонение W	194,238	Multiplicity Factor	19440
Z	3,830612268	Уровень значимости	0,001

Как видно из таблицы, показатели уровня тревожности статистически различаются между двумя группами с преобладанием в первой группе.

Далее проводилась оценка наличия взаимосвязи между показателями тревожности и выраженности болевого синдрома в исследуемой группе, используя корреляционный анализ Пирсона.

Таблица 5

Статистические данные подсчёта коэффициента корреляции

Ряд #1	Коэффициент корреляции Пирсона	1
	Стандартная ошибка R	
t		
	Уровень значимости	
Ряд #2	Коэффициент корреляции Пирсона	0,719090506
	Стандартная ошибка R	0,008326015
t		7,880703209
	Уровень значимости	9,71E-11
	H0 (5%)	отклонена
R		
Ряд #2 vs. Ряд #1	0,719090506	

Таким образом, была выявлена прямая корреляционная связь между выраженностю уровня болевого синдрома и показателями тревоги по методике Тейлора.

А это, в свою очередь, свидетельствует о том, что у женщин с головной болью напряжения выраженность болевого синдрома напрямую коррелировала с уровнем тревожности – чем выше тревожность, тем сильнее по интенсивности головная боль.

При обработке с помощью методики «Шкала тревожности» Дж. Тейлора, нами установлено следующее.

По результатам исследования уровня тревожности у беременных женщин в исследуемой группе можно увидеть, что женщины с таким уровнем тревожности как низкий и очень высокий не встречаются. Но высокий уровень тревожности регистрируется у 27% беременных женщин с головной болью напряжения, что говорит о проявлении состояния тревожности в разнообразных ситуациях. Это является нарушением эмоциональной сферы личности. Что же касается беременных, то согласно анализу психологической литературных данных, такой высокий уровень тревожности может быть вызван многими факторами, например: боязнью родов, генетическими и эстетическими страхами (боязнью тех изменений, которые происходят с лицом и фигурой), боязнью ответственности за судьбу ребенка и т. д.

У 73% беременных женщин с головной болью напряжения встречается средний уровень с тенденцией к высокой тревожности, что говорит о склонности беременной переживать эмоциональное состояние, возникающее в ситуациях неопределенной опасности и проявляющееся в ожидании неблагополучного развития событий.

При рассмотрении диаграммы (рис. 1) можно увидеть разброс результатов изучения тревожности беременных женщин, он колеблется

от 18 до 29, что соответствует высокому или среднему уровню с тенденцией к повышенной тревожности. Чаще всего встречается результат 23–24 балла, что говорит о среднем уровне с тенденцией к высокой тревожности.

Средний уровень тревожности с тенденцией к низкому характерен для людей с устойчивой психикой, уверенных в себе (этот вариант встречается у 13% испытуемых).

По результатам исследования наблюдается разброс результатов изучения тревожности у беременных женщин в контрольной группе, от 9 до 25 баллов (рис. 2).

Чаще всего у испытуемых встречается результат от 16 – 24 баллов, что определяет средний уровень с тенденцией к высокой тревожности.

При сопоставлении результатов определения уровня тревожности беременных первой и второй группы можно выделить общие признаки и различия. Общее заключается в том, что чаще всего для беременных характерен средний уровень с тенденцией к высокой тревожности. Среди результатов женщин из обеих выборок не встречаются очень высокий и очень низкий уровень тревожности (то есть крайние варианты).

Если рассматривать различия, то можно заметить, что беременные женщины с головной болью напряжения имеют высокий / средний с тенденцией к высокому уровень тревожности, а беременные без головной боли напряжения – средний уровень тревожности (с тенденцией к низкому).

Таким образом, в результате выполненной работы были сделаны следующие выводы. Во-первых, помимо физиологически обусловленного повышения уровня тревожности во время

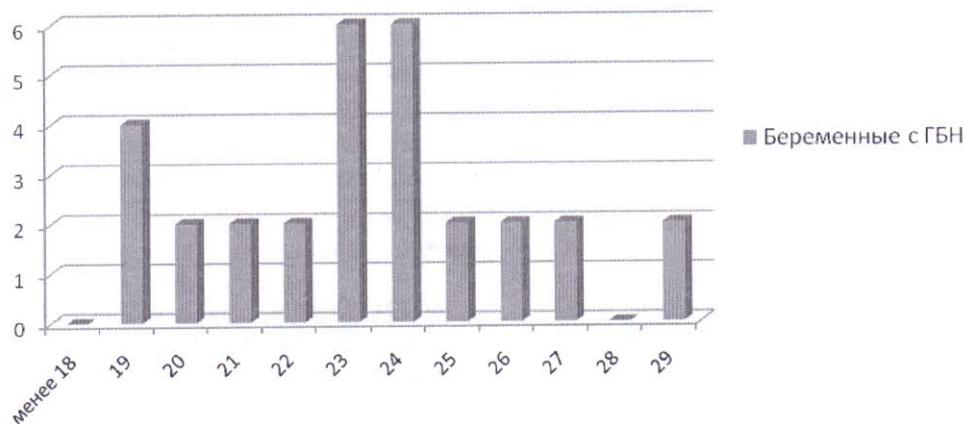


Рис 1. Результаты исследования уровня тревожности у беременных женщин

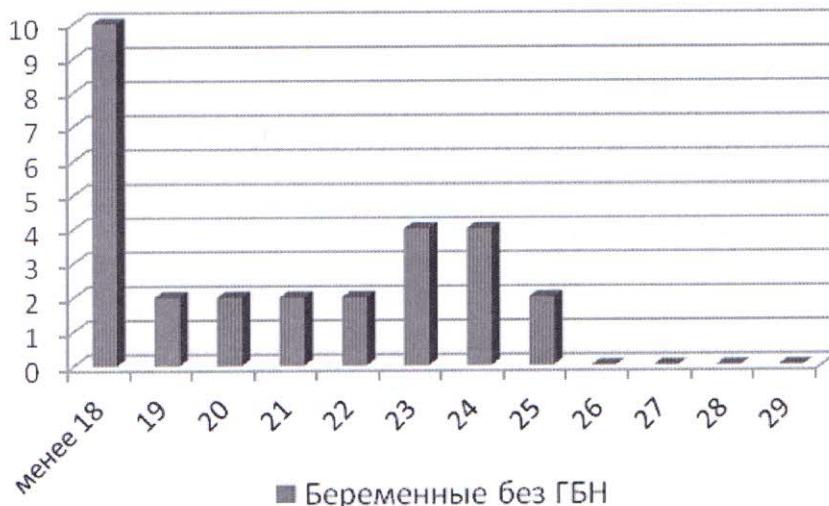


Рис. 2. Результаты исследования уровня тревожности у беременных женщин, которые не страдали головной болью напряжения (по вертикали – количество испытуемых, набравших определенный балл, по горизонтали – количество баллов)

беременности, у беременных с головной болью напряжения уровень тревоги был выше, чем у женщин без головной боли.

Во-вторых, головная боль характеризовалась умеренным уровнем интенсивности, но продолжительной по времени.

В-третьих, выраженная головная боль напрямую зависит от значения уровня тревоги. Это является важным положением, поскольку можно предположить, что уменьшая уровень тревоги, можно уменьшать выраженность болевого синдрома. Эта очень важная сторона терапевтического воздействия, открывающая новые возможности в терапии и ведении пациенток с головной болью напряжения. В этой связи важно понимать необходимость комплексного подхода к ведению данной категории пациентов.

Литература

1. Абрамченко В.В., Мальгина Г.Б., Коваленко Н.П., Убайдатова Б.А. Стесс и беременность. // Сб. Науч. трудов по материалам II Международной конференции под ред. И.В.Добрякова – СПб., 2003. – С. 49.
2. Белогай К.Н. Современные подходы к психологическому исследованию беременности // Материалы научно-практической конференции. - М.: РГУ, 2004. - 498 с.
3. Брутман В.И., Радионова М.С. Формирование привязанности матери к ребенку в период беременности // Вопросы психологии – 1999. - №3. С. 38 – 47.
4. Васильева В.В. Психопрофилактическое сопровождение беременных женщин в системе

акушерского мониторинга. // Сб. Науч. трудов по материалам II-й Международной конференции под ред. И.В.Добрякова - СПб., 2003. – С.- 43–45.

5. Захарова Е.И. Личностные изменения, связанные с появлением ребенка // Журнал практического психолога 2003 № 4–5 с. 38–45.

6. Каменев Ю.Ф. Каменев В.В. Механизмы хронической боли: клинические аспекты. Екатеринбург:Изд-во Урал. Ун-та, 2009. – 200 с.

7. Коваленко Н.П. Психопрофилактика и психокоррекция женщин в период беременности и родов. – СПб., 2001.

8. Коваленко Н.П., Смагин С.Ф. Нервно-психические расстройства у женщин до и после родов. // Сб. материалов конференции по перинатальной психологии. – СПб., 2001.

9. Овчарова Р.В. Психология родительства / Р.В. Овчарова. – М.: Издательский центр «Академия», 2005. – 368 с.

10. Рыжков В.Д. Психопрофилактика и психотерапия функциональных расстройств нервной системы у беременных женщин // Мед. помощь, 1996, №3, с. 33-36.

11. Строкова Н.В., Латкина Ю.А. Изучение динамики взаимосвязи уровня тревожности и отношения матери к будущему ребенку // Материалы научно-практической конференции. – М.: РГУ, 2004. – 498 с.

12. Филиппова Г.Г. Материнство и основные аспекты его исследования в психологии // Вопр. психол. – 2001. - № 2. С. 22 – 36.

13. Яхно Н.Н. Болевые синдромы. Москва: издательство «Медицина», 2010. – 721с.