

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ГОЛОВНОЙ БОЛИ

В разных странах от 50 до 90% населения страдает от головной боли (ГБ) [2, 7, 11, 12]. Она является одной из наиболее частых жалоб, предъявляемых больными при соматических и психических заболеваниях [1, 3, 5, 6, 9, 10]. С давних пор психиатрами и психотерапевтами ГБ, как и разного рода соматические расстройства, описывалась в рамках астенических, психовегетативных, истерических, ипохондрических и других проявлений и продолжает рассматриваться как соматизированный симптом. Несмотря на высокую распространенность ГБ при психических расстройствах (ПР) – 31,0 [4], особенно среди больных невротами – 58,0% [6], лишь в международной классификации болезней (МКБ) второго пересмотра были выделены формы ГБ, вызванные пр. С учетом МКБ-10 и классификационных изменений проблема ГБ требует дальнейшего изучения [8].

Целью настоящего исследования явилось изучение распространенности ГБ в терапевтической, неврологической, психиатрической клиниках и в различных социальных группах здорового населения, влияния копинг-стратегии на формирование ГБ.

Проведенное нами сплошное клинико-эпидемиологическое обследование 3228 больных (856 мужчин и 2372 женщины; средний возраст – $36,2 \pm 11,5$ года), находившихся на стационарном лечении у кардиолога, невролога, психиатра и на амбулаторном лечении у врача мануальной терапии и психотерапевта, показало, что 33,7% всех больных (43,5% мужчин и 56,5% женщин) жаловались на эпизодические или постоянные ГБ. Проанализировав результаты работы, мы отметили высокую распространенность цефалгического синдрома и его корреляцию с сердечно-сосудистыми – 86,7, неврологическими – 50,8 и вертеброгенными заболеваниями нервной системы – 23,9; ПР – 11,6; пограничными ПР – 25,8% случаев. Проведенное нами исследование не выявило достоверных различий в распространенности ГБ в зависимости от возраста, национальности, образования, семейного положения и места проживания. Различия определялись заболеванием, в структуре которого наблюдался цефалгический синдром.

При сердечно-сосудистых заболеваниях наиболее часто ГБ встречалась в структуре гипертонической болезни (40,0%) и сопутствующей ей ишемической болезни сердца (43,1%). При неврологических – в структуре последствий черепно-мозговых травм (20,6%) и нарушениях мозгового кровообращения (17,3%); при вертеброгенных заболеваниях нервной системы она сочеталась с цервикалгией (51,9%) и цервикодорсалгией (10,1%). При ПР – в структуре органических ПР (24,6%); при шизофрении (15,8%); умственной отсталости

(15,8%); пограничных ПР в структуре неврастении (26,4%) и расстройствах адаптации (12,5%).

В проведенном нами исследовании ГБ была ведущим синдромом в клинике заболевания у 50,3% больных (при сердечно-сосудистых заболеваниях – 35,4; неврологических – 54,8; вертеброгенных заболеваниях нервной системы – 41,8; ПР – 41,3; пограничных ПР – 41,2%). В то же время, диагноз ГБ выставлялся лишь в 12,7% случаев.

Приведенные данные свидетельствуют о высокой распространенности ГБ при соматических и психических нарушениях. ГБ является значимой клинической проблемой, в частности в структуре неврологической, кардиологической и психической патологии.

В развитии ГБ значительное место занимают стрессогенные факторы. По результатам проведенного международного исследования, после астении ГБ среди соматических симптомов была наиболее коррелирующей с психологическим дистрессом, депрессией и тревогой [12, 13]. Эпидемиологические исследования показывают, что почти в 90% случаев ГБ носит функциональный характер, причем в 36% случаев такая ГБ сопровождается тревогой и депрессией [10].

Для преодоления трудных и стрессогенных ситуаций человек использует совладающее поведение. С целью выявления влияния различных копинг-стратегий на формирование ГБ нами обследовано 146 студентов первого курса стоматологического (28 муж., 37 жен.) и психологического (81 жен.) факультетов университета. Было проведено исследование копинг-стратегий студентов по опроснику Э. Хайма (1988). Для выявления клинико-социальных характеристик ГБ использовался составленный нами опросник.

Из общего количества обследованных эпизодическое появление ГБ отметили 91,4% студентов, причем у 62,1% впервые она появилась в течение последнего года. У 16,5% студентов ГБ были частые, более десяти эпизодов в месяц, в том числе у двух студентов боль была ежедневной. В 75,9% случаев ГБ носила давящий и сжимающий, а в остальных – она носила пульсирующий, колющий, ноющий характер или была в виде тяжести. Среди провоцирующих ГБ факторов студенты чаще (в 66,7% случаев) указывали на психоэмоциональное напряжение, которое в большей мере было вызвано с трудностями выпускного класса в школе и учебы в высшем учебном заведении.

Изучение копинг-стратегий разрешения трудных и стрессовых ситуаций выявило преобладание его адаптивных вариантов как среди студентов с частыми эпизодами ГБ, так и без нее: в когнитивной сфере студенты часто прибегали к проблемному анализу (27,8 и 35,7% соответственно) и старались сохранить самообладание (22,2 и 28,6% соответственно), в эмоциональной сфере проявляли оптимизм (61,1 и 85,7% соответственно), в поведенческой сфере использовали сотрудничество (38,9 и 85,7% соответственно).

Обращает на себя внимание отсутствие дезадаптивных форм совладания в группе студентов без ГБ, а в группе с частыми эпизодами ГБ 55,6% обследованных выбирали неадаптивные варианты копинг-совладания: в 5,6 – в ког-

нитивной, 38,9 – эмоциональной и 27,8% случаев – поведенческой сферах функционирования личности. Кроме того, оказалось, что эпизоды ГБ у них были в течение трех лет. Остальные 44,4% студентов с частой ГБ при адаптивной и относительно адаптивной формах копинг-стратегий отмечали ее появление лишь в течение последнего года.

Таким образом, установлено, что существует определенная связь между частотой дезадаптивных вариантов совладания, с одной стороны, и частотой эпизодов ГБ и продолжительностью существования цефалгического синдрома.

Для исследования распространенности ГБ, протекающих с невротическими расстройствами, нами проведено сплошное клинико-психологическое обследование 940 больных с невротическими расстройствами (мужчин – 26,5%, женщин – 73,5%) в возрасте от 19 до 53 лет (средний возраст – $38,5 \pm 10,3$ года), обратившихся в Республиканский психоневрологический диспансер (РПНД). Оказалось, что в основной группе (с ГБ) было 31,0% больных (мужчин – 26,5%, женщин – 73,5%), в сравнительной (без ГБ) – 69,0% (мужчин – 27,7%, женщин – 72,3%). Среди первых более половины (соответственно 34,0 и 27,7%) составили больные с неврастенией и невротоподобными состояниями ($p < 0,001$), в возрасте 30-39 ($p < 0,01$) и 40-49 лет ($p < 0,01$), состоящие в браке ($p < 0,01$); у вторых – достоверно чаще встречались больные в возрасте 20-29 лет ($p < 0,05$), имеющие психотравмирующие ситуации в производственной (учебной) сфере ($p < 0,01$). ГБ встретила у больных с депрессивными – 13,7%, истерическими – 5,2%, тревожными – 4,8%, фобическими – 3,5%, обсессивными – 3,2% и другими невротическими расстройствами – 7,9%.

При определении нами уровня нервно-психического напряжения по Немчину обнаруживался высокий показатель в группе больных с ГБ ($p < 0,01$). Исследования эмоциональной сферы с помощью тестов выявили высокий уровень невротизации (тест УНП) у более 50% больных с ГБ, протекающих с невротическим расстройством.

Для выявления социальных и демографических характеристик ГБ в структуре ПР, а также определения и уточнения ее клинических вариантов обследован 181 больной (50 мужчин и 131 женщина) в возрасте от 18 до 59 лет (средний – $36,2 \pm 12,3$ года) с ГБ в структуре ПР, находившийся на лечении в РПНД. Критерием отбора больных для исследования явилось сочетание жалоб на ГБ с наличием признаков ПР. Отбирались формы цефалгий без острой боли; ГБ на момент обращения к врачу не носила пульсирующего характера. Клиническая оценка характера ГБ и ПР проводилась в соответствии с МКБ-10 в рамках невротических, шизотипических расстройств, хронических аффективных расстройств и легкого депрессивного эпизода, ПР вследствие дисфункции головного мозга и посткоммоционного синдрома. Выделенные группы, за исключением группы шизотипических расстройств, наиболее часто встречались в структуре впервые зарегистрированных заболеваний по обращениям в РПНД. Из исследования исключались больные с большим депрессивным эпизодом, бипо-

лярным аффективным расстройством, шизофренией, выраженным органическим поражением центральной нервной системы.

Большинство обследованных были семейными (62,4%), имели среднее специальное образование (34,8%), проживали в городе (84,5%). Чаще обращались неработающее население (18,8%), работники промышленной сферы (18,2%), инженерно-технические работники (13,3%), несколько реже – учащиеся (11,6%), работники образования (11,1%), торговли (9,9%), здравоохранения (7,2%).

ГБ встречалась практически при всех нарушениях невротического характера (таблица). В этой группе более половины больных оказались с неврастениями (56,6%). Расстройство адаптации выявлено у 17,9% больных, в 12,3% случаях расстройства определены как соматоформные. У 7,5% диагностированы диссоциативные расстройства, в единичных случаях отмечались другие невротические расстройства (тревожные, фобические).

Частота шизотипических расстройств у больных, предъявлявших жалобы на ГБ, составила 19 (10,5%), в том числе один больной имел депрессивно-дисморфофобическое нарушение. У некоторых больных цефалгия развивалась после перенесенных черепно-мозговых травм (10,5%), у других была сосудистого (10,5%), цервикогенного (10,5%) происхождения.

Психическая патология среди больных с головной болью

Диагноз	Рубрика по МКБ-10	Абс.	%
Невротические расстройства:		106	58,6
Неврастения	F 48.0	60	56,6
Расстройство адаптации	F 43.2	19	17,9
Соматоформные расстройства	F 45.3	13	12,3
Диссоциативные расстройства	F 44	8	7,5
Другие невротические расстройства		6	5,7
Шизотипические расстройства	F 21	19	10,5
Аффективные расстройства:		25	13,8
Дистимия	F 34.1	12	48,0
Циклотимия	F 34.0	3	12,0
Другие хронические аффективные расстройства	F 34.8	7	28,0
Другие депрессивные эпизоды	F 32.8	3	12,0
Органические ПР:		31	17,1
ПР вследствие дисфункции головного мозга	F 06	18	58,1
Посткоммоционный синдром	F 07.2	13	41,9
Всего		181	100,0

В группу хронических аффективных расстройств включены 25 (13,8%) больных с хроническим изменением настроения депрессивного характера и

снижением общего уровня активности. У 12 (48,0%) больных выявлена дистимия. Депрессивная симптоматика у трех больных (12,0%) была расценена как циклотимия, столько же отмечено других депрессивных эпизодов. С другими хроническими аффективными расстройствами было семь (28,0%) больных. У части больных ГБ предшествовала возникновению явных депрессивных расстройств. У некоторых она возникала непосредственно в начале приступа депрессии.

У 31 (17,1%) больного с ГБ определялись изменения в эмоциональной и когнитивной областях, в том числе в 18 случаях (58,1%) вследствие дисфункции головного мозга, в 13 (41,9%) – ПР с церебростенической симптоматикой расценивались как посткоммоционный синдром.

Определялось многообразие видов цефалгий, связанных с нервно-психическими, сосудистыми, травматическими и другими факторами. Часто выявлялась ГБ напряжения (34,8%). Далее примерно с одинаковой частотой встречались ГБ, связанная с заболеванием шеи (17,1%), сосудистым расстройством (16,6%), хроническая посттравматическая ГБ (16,0%). Психалгическая ГБ составила 13,8%. В единичных случаях выявлялась ГБ, вызванная применением анальгетиков (1,7%). Отмечалось преобладание в группе невротических расстройств ГБ напряжения (44,3%), в группе шизотипических расстройств – психалгической ГБ (52,6%), в группе ПР, вследствие дисфункции головного мозга – хронической посттравматической ГБ (38,7%). В группе хронических аффективных расстройств с одинаковой частотой (по 32,0%) выявлялись ГБ напряжения и психалгическая ГБ.

Встречаемость различных видов ГБ у больных не зависела от пола. В целом, а также в группах хронических аффективных расстройств и легкого депрессивного эпизода, ПР вследствие дисфункции головного мозга и посткоммоционного синдрома преобладали женщины. В то же время в группе больных шизотипическими расстройствами соотношение мужчин и женщин было примерно одинаковое. По возрасту к моменту начала заболевания, образованию, месту проживания (город, село), семейному положению, национальности в группах достоверных различий не выявлено.

Таким образом, исследование показало высокую распространенность ГБ не только в клинике, но и в здоровой популяции населения. Частота эпизодов ГБ и продолжительность существования цефалгического синдрома связана с дезадаптивным вариантом совладания. ГБ часто является ведущим синдромом в структуре терапевтической, неврологической и психиатрической патологии. Определяется многообразие видов ГБ, вызванной ПР.

Литература

1. *Вейн А.М.* Головная боль // Журн. невропат. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 1996. № 3. С. 5-7.
2. *Дж. Мерта.* Справочник общей практики. М.: Практика, 1998. 1230 с.
3. *Иванчев Г.А.* Мануальная медицина. М.: МЕДпресс, 2003. 486 с.
4. *Камянов И.М.* Невропатология в психиатрической клинике. Рига: Зинатне, 1984. 190 с.
5. *Карвасарский Б.Д.* Головные боли при неврозах и пограничных состояниях. Л.: Медицина, 1969. 192 с.

6. Карвасарский Б.Д. Неврозы. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 1990. 576 с.
7. Колосова О.А. Головная боль // Болевые синдромы в неврологической практике. М.: МЕДпресс, 1999. С. 106-168.
8. Осипова В.В. Международная классификация головных болей // Лечение нервных болезней. 2003. № 4 (12). С. 3-9.
9. Baune M., Aljeesh Y. Is pain a clinically relevant problem in general adult psychiatry? A clinical epidemiological cross-sectional study in patients with psychiatric disorders // Schmerz. 2004. Vol. 18, № 1. P. 28-37.
10. Gonzalez M.J., Olive P.J. Epidemiology of ambulatory neurological diseases at the Baix Camp // Neurologia. 2001. Vol. 16, № 4. P. 154-162.
11. Depression and anxiety disorders associated with headache frequency. The Nord-Trondelag Health Study / Zwart J.A., Dyb G., Hagen K. et al // Eur. J. Neurol. 2003. Vol. 10, № 2. P. 147-152.
12. Rasmussen B.K., Jensen R., Schroll M., Olesen J. Epidemiology of headache in a general population: a prevalence study // J. Clin. Epidem. 1991. Vol. 44, № 11. P. 1147-1157.
13. Somatic symptoms of Distress: An international primary care study / Simon G., Gater R., Kisely S. et al // Psychosom. Med. 1996. Vol. 58. P. 481-488.

ОРЛОВ ФЕДОР ВИТАЛЬЕВИЧ родился в 1964 г. Окончил Чувашский государственный университет. Кандидат медицинских наук (психиатрия, неврология), доцент кафедры психиатрии и медицинской психологии Чувашского государственного университета, главный врач психотерапевтического центра. Научные интересы: головная боль, психосоматические расстройства, мануальная терапия. Автор 50 научных публикаций.

ГОЛЕНКОВ АНДРЕЙ ВАСИЛЬЕВИЧ. См. с. 69.
