

УДК 614.0+616–009.7 Оригинальная статья

## КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ НАПРЯЖЕНИЯ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН

**Ю. Н. Селянкина** — ГБОУ ВПО Тверская ГМА Минздрава России, аспирант кафедры нервных болезней и восстановительной медицины факультета последипломного образования; **Т. А. Слюсарь** — ГБОУ ВПО Тверская ГМА Минздрава России, профессор кафедры нервных болезней и восстановительной медицины факультета последипломного образования, профессор, доктор медицинских наук.

## QUALITY OF LIFE AND CLINICAL FEATURES OF CHRONIC EXERTION HEADACHE IN MEN AND WOMEN

**Yu. N. Selyankina** — Tver State Medical Academy, Department of Nervous System Diseases and Regenerative Medicine of Raising Skills Faculty, Post-graduate; **T. A. Slyusar** — Tver State Medical Academy, Department of Nervous System Diseases and Regenerative Medicine of Raising Skills Faculty, Professor, Doctor of Medical Science.

Дата поступления — 08.04.2011 г.

Дата принятия в печать — 29.11.2012 г.

**Селянкина Ю. Н., Слюсарь Т. А.** Качество жизни и клинические особенности хронической головной боли напряжения у мужчин и женщин // Саратовский научно-медицинский журнал. 2012. Т. 8, № 4. С. 958–961.

**Цель:** изучение качества жизни и клинических особенностей хронической головной боли напряжения у мужчин и женщин. **Материал и методы:** проведено комплексное обследование 162 человек (75 мужчин и 87 женщин в возрасте 35–54 лет) с хронической головной болью напряжения (ГБН), отвечающей критериям ГБН по классификации МКГБ (2003). **Результаты:** дана оценка влияния хронической ГБН на различные составляющие КЖ у мужчин и женщин. **Заключение:** мониторинг физического, психологического и социального функционирования пациентов с получением дифференциальных и интегральных количественных показателей дает возможность врачу разрабатывать комплекс практических рекомендаций по лечению больных хронической ГБН с низким качеством жизни.

**Ключевые слова:** головная боль напряжения, качество жизни.

**Selyankina Yu. N., Slyusar T. A.** Quality of life and clinical features of chronic exertion headache in men and women // *Saratov Journal of Medical Scientific Research*. 2012. Vol. 8, № 4. P. 958–961.

The research goal was to study quality of life and clinical features of chronic headache in men and women. **Materials and Methods.** The comprehensive survey was conducted. 162 people (75 men and 87 women aged 35–54 years, average age 45,6±2,6 years) with tension headache (TH), corresponding to the criteria of tension-type headache under international classification of headaches (2003) were examined. The results of studies of quality of life among the patients with chronic tension headache allowed to estimate the impact of disease on various components of QOL in men and women. **Conclusions.** Monitoring of physical, psychological and social functioning of patients to obtain differential and integral quantitative indicators enabled a doctor to correct treatment at various stages and to develop a set of practical recommendations for treatment of patients with poor quality of life.

**Key words:** tension headache (TH), quality of life.

**Введение.** Актуальность изучения головной боли определяется ее широкой распространенностью. По данным разных авторов, жалобы на головную боль предъявляют 85% населения [1–3]. В структуре головной боли ведущее место занимает головная боль напряжения (ГБН), чья доля среди всех цефалгий составляет 50–70% [4]. Известно, что головные боли снижают качество жизни (КЖ) больных [5]. В настоящее время недостаточно исследована взаимосвязь между оценкой больными ГБН качества своей жизни и реальными возможностями их повседневной деятельности. Уточнение особенностей взаимосвязи объективных характеристик эмоциональной сферы больных и показателей восприятия пациентами качества своей жизни даст возможность прояснить механизм формирования собственной оценки качества жизни у мужчин и женщин с хронической ГБН. Состояние эмоциональной сферы больных ГБН исследовано шире; в частности, доказана тесная связь между наличием ГБН и тревожно-депрессивных расстройств [2].

**Методы.** Проведено комплексное обследование 162 человек (75 мужчин и 87 женщин в возрасте 25–54 лет, средний возраст 45,6±2,6 года) с хронической головной болью напряжения, отвечающей критериям ГБН по классификации МКГБ (2003). Контрольную группу составили 78 условно здоровых

людей (36 мужчин и 42 женщины, средний возраст 47,5±2,8 года), не имевших жалоб на головную боль.

Критерий включения больных в исследование: подтвержденный клинический диагноз хронической ГБН. Критерии исключения: наличие текущих тяжелых соматических, неврологических, психиатрических, эндокринных и онкологических заболеваний, перенесенные ОНМК или другое органическое заболевание головного мозга, деменция, абзусный фактор.

Клинический анализ ГБН проводили по стандартному «Протоколу обследования больных с головной болью» с использованием набора тестов для оценки боли, изучали сопровождающие головную боль симптомы и коморбидные расстройства. Интенсивность боли оценивали по 10-балльной визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Для уточнения качественных характеристик боли анализировали субъективные ощущения пациентов по вопроснику Мак-Гилла [6]. Рассчитывали показатели: Pain Rating Index (PRI) — ранговый индекс боли; Number of Words Chosen (NWC) — индекс числа выбранных дескрипторов. Каждый из показателей подсчитывали по всем шкалам в целом (PRI-T и NWC-T) и отдельно для каждой шкалы: сенсорной (PRI-S и NWC-S), аффективной (PRI-A и NWC-A) и эвалюативной (PRI-E и NWC-E).

Выраженность неврологической симптоматики определяли по шкале NIH. Наличие и выраженность вегетативной дисфункции исследовали по анкете MMA им. И. М. Сеченова. Наличие и выраженность астении определяли по пункту «общая астения» шка-

**Ответственный автор** — Селянкина Юлия Николаевна.  
Адрес: г. Тверь, ул. Орджоникидзе, 49, корп. 1, кв. 53.  
Тел.: 89065490996.  
E-mail: jns.com@rambler.ru

лы астении MFI-20 (Multidimensional Fatigue Inventory). Наличие тревоги диагностировали по критериям МКБ-10, уровень реактивной и личностной тревожности исследовали по вопроснику Спилбергера — Ханина [7]. Уровень депрессии определяли по шкале Бека [8].

Оценка качества жизни проводилась путем применения общего опросника «SF-36 health status survey» (Российская версия опросника SF-36, адаптированная Новикова А.А., 2001). Количественно оценивались показатели: General Health (GH) — общее здоровье — субъективная оценка обследуемым общего состояния своего здоровья в настоящее время; Physical Functioning (PF) — физическое функционирование — субъективная оценка обследуемым объема своей повседневной физической нагрузки (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т.п.), не ограниченной состоянием здоровья в настоящее время; Role-Physical (RP) — ролевое физическое функционирование — влияние физического состояния на ролевое функционирование (работу, выполнение будничной деятельности), субъективная оценка степени ограничения своей повседневной деятельности, обусловленной проблемами со здоровьем, за последние 4 недели; Role-Emotional (RE) — ролевое эмоциональное функционирование — влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование, субъективная оценка обследуемым степени ограничения своей повседневной деятельности. Первые 4 шкалы отражают компоненты физического здоровья. Последующие 4 шкалы регистрируют психологические компоненты здоровья. Social Functioning (SF) — социальное функционирование — субъективная оценка уровня своих взаимоотношений с друзьями, родственниками, коллегами по работе за последние 4 недели, определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность. Bodily Pain (BP) — шкала боли — роль субъективных болевых ощущений в ограничении повседневной деятельности за последние 4 недели, интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома. Vitality (VT) — жизнеспособность — субъективная оценка своего жизненного тонуса (бодрость, энергия и пр.) за последние 4 недели. Mental Health (MH) — психологическое здоровье — собственная оценка психического здоровья, характеризует настроение (наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций) за последние 4 недели.

Полученный цифровой материал обрабатывали методом вариационной статистики и ковариационного анализа по соответствующим алгоритмам с использованием *t*-критерия Стьюдента для парных и непарных сравнений, критерия хи-квадрат ( $\chi^2$ ) и корреляционного анализа по тесту Спирмена. Статистически значимыми считались различия при  $p < 0,05$ . Количественные данные представлены в виде  $M \pm m$ . Статистическую обработку проводили по стандартным программам Biostat и SPSS 13.0 for Windows.

### Результаты.

1. Большинство больных описывали головную боль как сдавливающую, стягивающую «лентой» или «тесным головным убором», что соответствует известному стандартному описанию ГБН. У 45,1% пациентов отмечались «нестандартные» субъективные характеристики боли: ноющая, «тяжесть в голове» или трудно вербализуемое «чувство дис-

комфорта». Интенсивность болевых ощущений у большинства больных была умеренной (4–6 баллов по ВАШ), не снижающей существенно повседневную активность. Однако у каждого пациента от приступа к приступу интенсивность боли широко варьировала. Не было обнаружено взаимосвязи между длительностью и интенсивностью головной боли. При анализе факторов, ухудшающих состояние больных, установлено, что основное влияние оказывают длительный стресс, тревога и депрессия (69,1%), чрезмерные умственные нагрузки (56,2%), перемена погоды (20,3%). Еще более широкий спектр субъективных ощущений выявлен у пациентов с ГБН по вопроснику Мак-Гилла. При хронической ГБН пациенты для ее характеристики воспользовались 19 дескрипторами сенсорной шкалы. Предпочтение отдавалось таким дескрипторам боли, как «тупая» (21,0% пациентов), «тянущая» (17,3%), «распирающая» (12,3%). Из дескрипторов аффективной шкалы пациентами наиболее часто использовались: «боль-помеха» (20,4%), «утомляющая» (19,8%), «вызывающая тревогу» (14,2%) и «угнетающая» (14,8%). По эвалюативной шкале 56,8% пациентов расценили свои болевые ощущения как «умеренно сильные», 28,3% как «слабые» и 14,9% как «сильные». При сопоставлении характеристик боли у мужчин и женщин выявлено, что показатели по аффективной и эвалюативной шкалам как по ранговому индексу боли, так и по числу выбранных дескрипторов у женщин были достоверно выше, чем у мужчин (табл. 1).

Таблица 1

Количественные показатели болевого синдрома у пациентов с хронической ГБН ( $M \pm m$ )

Показатель	Больные с хронической ГБН	
	мужчины (n=75)	женщины (n=87)
NWC-S	4,25±0,86	5,88±0,71*
NWC-A	4,96±0,56	8,89±0,60*
NWC-E	1,26±0,11	2,41±0,15*
NWC-T	9,41±0,94	15,86±0,86*
PRI-S	4,96±0,79	6,75±0,72*
PRI-A	3,68±0,53	6,12±0,65*
PRI-E	1,32±0,10	2,45±0,31*
PRI-T	9,96±0,97	15,31±1,12*

2. В неврологическом статусе у больных с хронической ГБН отмечено симметричное повышение сухожильных рефлексов (27,8% больных), напряженность и болезненность перикраниальных мышц (38,9%). Вегетативные нарушения различной степени выраженности выявлены у всех обследуемых пациентов.

3. Анализ состояния эмоционально-личностной сферы больных ГБН по госпитальной шкале тревоги и депрессии показал, что 90,7% обследованных страдали депрессией. По шкале депрессии Бека у 53,7% больных выявлена легкая степень депрессии, у 34,5% умеренная, у 2,5% высокая. Средний балл по шкале депрессии Бека у больных с хронической ГБН составил  $19,21 \pm 4,03$  балла (в группе контроля  $12,34 \pm 2,56$  балла). У больных с хронической ГБН выявлены повышенные уровни реактивной ( $54,66 \pm 9,0$  балла) и личностной ( $58,97 \pm 8,54$  балла) тревоги (в

контрольной группе соответственно 44,46±3,12 и 45,10±4,57 балла).

4. При оценке качества жизни ни один пациент с хронической ГБН не указал вариант «состояние полного здоровья». Большинство больных с хронической ГБН оценивали состояние своего здоровья как «плохое» или «посредственное», отмечали ухудшение здоровья за последний год. Треть больных предполагали, что состояние здоровья в перспективе ухудшится. Установлены существенные различия профилей КЖ больных с хронической ГБН и относительно здоровых лиц: головная боль значительно снижает КЖ по всем показателям, и в первую очередь это касается физических и эмоциональных проблем, а также их роли в ограничении жизнедеятельности и социальной активности пациентов (табл. 2).

Таблица 2

Показатели качества жизни у больных с хронической ГБН (M±m)

Шкала	Больные с ГБН (n=162)	Группа контроля (n=58)
GH	43,71±2,54*	94,62±5,43
PF	65,47±3,41*	92,35±4,78
RP	32,81±2,98**	75,18±3,67
RE	34,53±2,42*	66,32±2,78
SF	43,21±3,17*	66,31±3,87
BP	54,03±3,65*	80,37±4,12
VT	43,75±3,11*	90,22±5,09
MH	52,75±4,03*	64,28±5,55

При анализе КЖ у больных с хронической ГБН установлено, что, хотя показатель физического функционирования в группе снижен, значительная часть больных может выполнять достаточно большой объем физических нагрузок без ограничений. Максимальную физическую активность имели 15,4% больных. Ни в одном случае заболевания больные не утратили способность к самообслуживанию. У 25,3% больных не возникало каких-либо проблем в выполнении профессиональных обязанностей и домашней работы. Выявлено, что 59,3% больных испытывали необходимость ограничения в выполнении привычной для них работы. Несмотря на снижение физической активности, наличие болевого синдрома, отсутствие желания к энергичным действиям, большая часть больных (более 60%) могли беспрепятственно общаться с родственниками, друзьями, проявляли высокую социальную активность. Оценка психологических шкал выявила эмоциональные проблемы у 80,2% больных с хронической ГБН. Оценивая влияние психического здоровья на КЖ, обращали внимание на склонность к депрессивным состояниям. Для большинства больных были не характерны ощущения счастья, умиротворенности (последнее отмечено в единичных случаях на короткий период и чаще у мужчин). При анализе оценки КЖ у мужчин и женщин выявлены различия (табл. 3). Как следует из табл. 3, мужчины оценивали свое КЖ выше, чем женщины, по всем шкалам: по общему показателю (464,91 балла у мужчин и 320,71 балла у женщин), физическому (соответственно 180,19 и 140,52 балла) и психологическому (245,27 и 219,64 балла) компонентам.

Таблица 3

Сравнение показателей КЖ у мужчин и женщин с хронической ГБН (M±m)

Шкала	Мужчины (n=75)	Женщины (n=87)	Группа в целом (n=162)
GH	50,82±2,82*	40,0±2,78	43,71±2,54
PF	83,64±4,89*	55,95±3,56	65,47±3,41
RP	50,0±3,21*	23,82±1,97	32,81±2,98
RE	60,84±4,57*	20,76±1,42	34,53±2,42
SF	43,36±3,98	43,14±2,56	43,21±3,17
BP	58,64±3,67	51,62±2,46	54,03±3,65
VT	55,45±4,01*	37,62±2,05	43,75±3,11
MH	62,18±5,09*	47,81±3,23	52,75±4,03

**Обсуждение.** Проведенное исследование показало, что хроническая ГБН значительно ухудшает все показатели КЖ больных: страдает как физический, так и психологический компонент здоровья. Мужчины оценивают КЖ по всем шкалам лучше, чем женщины. Следовательно, одной из возможных причин высокой представленности хронической формы ГБН у лиц женского пола, по-видимому, является социально-психологический фактор (психосоциальный стресс). Особенности оценки КЖ у женщин связаны с такими факторами, как особенность восприятия боли и реакции на нее у мужчин и женщин, биологические, психосоциальные и эволюционные факторы, формирующие половые различия в восприятии боли, дифференцированное отношение системы медицинской помощи к боли у мужчин и женщин [9]. Возникновение, длительность и интенсивность болевых ощущений также тесно связаны с неблагоприятными жизненными ситуациями, социально-психологическими факторами внешней среды [5].

Самым значимым для качества жизни коморбидным нарушением является депрессия, которая играет особую роль в формировании головной боли напряжения [2]. Присоединяясь к головной боли, депрессия становится предпосылкой развития существенного ухудшения качества жизни больных. Наряду с традиционными целями — купированием и профилактикой приступов — комплексная терапия больных с головной болью с низким качеством жизни должна быть направлена на устранение факторов, нарушающих КЖ пациента, и в первую очередь на лечение коморбидных расстройств.

**Заключение.** Проведенные исследования качества жизни больных головной болью напряжения позволили оценить влияние болезни на различные составляющие КЖ. Мониторинг физического, психологического и социального функционирования пациентов с получением дифференциальных и интегральных количественных показателей дает возможность врачу на разных этапах вносить коррекцию в лечение больных, разрабатывать комплекс рекомендаций по обследованию и лечению больных хронической ГБН с низким качеством жизни, которые включают проведение оптимальной терапии таких больных.

**Конфликт интересов.** Работа выполнена в рамках НИР кафедры нервных болезней и восстановительной медицины факультета последипломного образования ГБОУ ВПО Тверская ГМА Минздравсоцразвития России.

## Библиографический список

1. Яхно Н.Н. Боль: рук-во для врачей и студ. М.: МЕД-пресс-информ, 2009. 304 с.
2. Филатова Е.Г. Головная боль напряжения // Бoleвые синдромы в неврологической практике / под ред. проф. В.Л. Голубева. 3-е изд., перераб. и доп. М.: МЕДпресс-информ, 2010. С. 155–167.
3. Silberstein S. D., Lipton R. B., Goadsby P. J. Headache in clinical practice. 2nd ed. London: Martin Dunitz, 2002. 232 p.
4. Воробьева О.В., Акарачкова Е.С. Эпизодические головные боли напряжения: клиника, диагностика, лечение // Рус. мед. журн. 2005. Т. 13, № 22. С. 1469–1473.
5. Качество жизни и коморбидные нарушения у пациентов с цефалгиями / Э.Н. Закирова [и др.] // Головная боль — 2007: тез. докл. науч.-практ. конф. М., 2007. С. 67–68.
6. Психологические методы количественной оценки боли / В.В. Кузьменко [и др.]. М., Сов. медицина, 1986.
7. Ханин Ю.Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера. Л., 1976. 17 с.
8. Beck A.T., Steer R.A. Internal consistencies of the original and revised Beck Depression Inventory // J. of Clinical Psychology. 1984. Vol. 40. P. 1365–1367.
9. Данилов А.Б. Социокультуральные факторы и пол при мигрени и ГБН // Головная боль — 2007: тез. докл. науч.-практ. конф. М., 2007. С. 216–219.

## Translit

1. Jahno N. N. Bol»: ruk-vo dlja vrachej i stud. M.: MEDpress-inform, 2009. 304 s.
2. Filatova E. G. Golovnaja bol» naprjazhenija // Bolevye sindromy v nevrologicheskoj praktike / pod red. prof. V. L. Golubeva. 3-e izd., pererab. i dop. M.: MEDpress-inform, 2010. S. 155–167.
3. Silberstein S. D., Lipton R. B., Goadsby P. J. Headache in clinical practice. 2nd ed. London: Martin Dunitz, 2002. 232 p.
4. Vorob»eva O. V., Akarachkova E. S. Jepizodicheskie golovnye boli naprjazhenija: klinika, diagnostika, lechenie // Rus. med. zhurn. 2005. T. 13, № 22. S. 1469–1473.
5. Kachestvo zhizni i komorbidnye narushenija u pacientov s cefalgijami / Je. N. Zakirova [i dr.] // Golovnaja bol» — 2007: tez. dokl. nauch.-prakt. konf. M., 2007. S. 67–68.
6. Psihologicheskie metody kolichestvennoj ocenki boli / V. V. Kuz»menko [i dr.]. M., Sov. medicina, 1986.
7. Hanin Ju. L. Kratkoe rukovodstvo k primeneniju shkaly reaktivnoj i lichnostnoj trevozhnosti Ch. D. Spilbergera. L., 1976. 17 s.
8. Beck A. T., Steer R. A. Internal consistencies of the original and revised Beck Depression Inventory // J. of Clinical Psychology. 1984. Vol. 40. P. 1365–1367.
9. Danilov A. B. Sociokul»tural»nye faktory i pol pri migreni i GBN // Golovnaja bol» — 2007: tez. dokl. nauch.-prakt. konf. M., 2007. S. 216–219.