

Беккер О.В.

резидент 1-го года обучения, врач-невролог

(ПФ НАО «МУС», Республика Казахстан)

Альмяшева Е.Ю.

резидент 1-го года обучения, врач-невролог

(ПФ НАО «МУС», Республика Казахстан)

Жумалинова Б.Б.

врач-интерн, 7 курс, специальность- ОВП

(ПФ НАО «МУС», Республика Казахстан)

Научный руководитель: доктор PhD Махмутова А.М.

(ПФ НАО «МУС», Республика Казахстан)

ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ ТРЕВОГИ У ПОДРОСТКОВ С ГОЛОВНОЙ БОЛЬЮ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ПАВЛОДАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Актуальность темы: Головная боль один из наиболее распространённых неспецифических симптомов разнообразных заболеваний и патологических состояний, представляющий собой боль в области головы или шеи [4].

Головная боль — часто встречающийся симптом у пациентов детского и подросткового возраста. По данным исследований, частота распространенности головной боли возрастает от 3–8% среди дошкольников до 57–82% у подростков [1]. Истинный уровень распространенности головных болей в детской популяции может быть выше, это может быть связано с тем, что многие подростки, испытывающие головную боль небольшой или средней интенсивности, не обращаются за медицинской помощью. Выраженная головная боль ведет к ограничению активности подростка, что приведет к отставанию от программы обучения, отрицательно скажется на его психологическом состоянии и взаимоотношениях со сверстниками.

Ухудшаются, соответственно, и качество жизни человека и его социальные

взаимодействия. Тревога у подростков с хронической головной болью является актуальной проблемой в связи с высокой распространенностью и значительными диагностическими трудностями. Необходимость ранней диагностики и правильной квалификации тревоги у детей с головной болью диктуется утяжелением проявлений болезни. А так же будет влиять на выбор терапии и необходимость наблюдения у психологов таких пациентов [3].

Цель исследования: Оценка уровня тревоги у пациентов с хронической головной болью.

Материал исследования: В исследование включались пациенты, проходящие обследование в неврологическом отделении Павлодарской областной детской больницы.

Критерии включения:

1. Жалобы на головную боль в течении 2 лет и более
2. Возраст от 14 до 18 лет
3. Отсутствие декомпенсированной соматической патологии и структурных поражений головного мозга
4. Согласие самих пациентов и их родителей

Критерии исключения:

1. Отсутствие головных болей, или жалобы на головную боль менее 2х лет
2. Возраст младше 14 лет
3. Отказ пациентов или их родителей от участия в исследовании.

Методы исследования:

Исследование уровня тревоги можно производить субъективным способом, используя различные шкалы для оценки степени их выраженности. Нами были использованы шкалы тревоги Бека. Данная шкала представляет собой простой, удобный инструмент для предварительной оценки степени выраженности тревожных расстройств у широкого круга лиц: молодых людей от 14 лет, а так же зрелых и пожилых.

Шкала тревоги Бека (Таблица 1) состоит из 21 пункта, в которых описывается один из типичных симптомов тревоги. Каждый пункт оценивается

от 0 до 3 баллов, где 0- симптом не беспокоит, 1- слегка, не слишком меня беспокоит, 2- умеренно, это было неприятно, но я мог бы это переносить, 3- очень сильно, я с трудом мог то переносить. Подсчитывается общая сумма баллов и проводится обработка результата.

Таблица 1.

Симптом	Совсем не беспокоил	Слегка. Не слишком меня беспокоил	Умеренно. Это было неприятно, но я мог это	Очень сильно. Я с трудом мог это выносить
	0	1	2	3
1. Ощущение онемения или покалывания в теле				
2. Ощущение жары				
3. Дрожь в ногах				
4. Неспособность расслабиться				
5. Страх, что произойдет самое плохое				
6. Головокружение или ощущение легкости в голове				
7. Ускоренное сердцебиение				
8. Неустойчивость				
9. Ощущение ужаса				
10. Нервозность				
11. Дрожь в руках				
12. Ощущение удушья				
13. Шаткость походки				
14. Страх утраты контроля				
15. Затрудненность дыхания				
16. Страх смерти				

17. Испуг				
18. Желудочно-кишечные расстройства				
19. Обмороки				
20. Приливы крови к лицу				
21. Усиление потоотделения (не связанное с жарой)				

Подсчёт производится простым суммированием баллов по всем пунктам шкалы.

- Значение до 21 балла включительно свидетельствует о незначительном уровне тревоги.
- Значение от 22 до 35 баллов означает среднюю выраженность тревоги
- Значение выше 36 баллов (при максимуме в 63 балла) свидетельствует об очень высокой тревоге.

Таким образом, в период с 5 января по 5 марта 2021 года на опрос ответили 150 пациентов в возрасте от 14 до 18 лет. Все вопросы были обязательны к заполнению, ответы получены в полном объеме. Дополнительно указывался пол пациента. Среди обследованных было 75 мальчиков и 75 девочек. 102 пациента проходили стационарное обследование и лечение в связи с обострением головных болей, остальные 48 пациентов получали плановое лечение, с отсутствием головных болей на момент госпитализации.

Результаты исследования:

Результаты исследования уровня тревоги у подростков с различными формами цефалгии представлены в таблице 2.

Таблица 2.

Уровень тревоги Пол	Незначительный уровень тревоги	Средний уровень тревоги	Высокий уровень тревоги
Мальчики	12	35	28
Девочки	4	29	42

Высокий и средний уровень тревоги выявлен у 89,3% опрошенных, что подтверждает важность исследования. Развитие тревожных состояний у больных с головной болью особенно неблагоприятно сказывалось на их общем психосоматическом здоровье. При наличии пониженного настроения у большинства пациентов с частыми головными болями выявлены вегетативные симптомы и выраженная тревожность, около 70% жаловались на быструю утомляемость, нарушения сна. Почти все подростки с хроническими цефалгиями, проходившие опрос, отличались яркими астено-вегетативными проявлениями; диссомнией страдали около 85% больных.

Высокий уровень тревоги чаще отмечался у пациентов получающих лечение в связи с обострением головных болей.

Так же высокий уровень тревожных проявлений при частых и хронических формах головной был значимее у девочек.

Выводы:

Известно, что высокая тревожность тесно связана с развитием цефалгий, и является важнейшим предиктором хронификации головных болей [2]. Своевременная диагностика и компенсация эмоциональных, астено-вегетативных нарушений, ассоциированных с головной болью в подростковом возрасте, является важным звеном комплексной медико-социальной реабилитации. Показано назначение анксиолитиков, антидепрессантов, вегетотропных и антиастенических средств с учетом выраженности симптомов и возраста пациентов. Помимо медикаментозной терапии приоритетной частью реабилитации детей с частыми головными болями должна быть психотерапия эмоциональных расстройств, препятствующих излечению ребенка. Раннее выявление и психотерапевтическая коррекция эмоциональных нарушений у подростков с головной болью и их родителей позволит оптимизировать реабилитацию, улучшить социальную адаптацию и качество жизни больных.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Hershey A. D., Powers S. W., Winner P., Kabbouche M. A. Pediatric Headaches in Clinical Practice. / A. D. Hershey, S. W. Powers, P. Winner, M. A. Kabbouche // London: Wiley-Blackwell. 2009. P. 223.
2. Pakalnis A., Butz C., Splaingard D. et al. Emotional problems and prevalence of medication overuse in pediatric chronic daily headache/ A. Pakalnis, C. Butz, D. Splaingard // J. Child Neurol. 2007. Vol. 22, N 12. P. 1356–1359.
3. Измайлова И.Г. Эмоциональные нарушения у подростков с первичными цефалгиями [Текст] /И.Г. Измайлова // Социальная и клиническая психиатрия. Том 21. Выпуск 2. 2011. С. 28-31.
4. Колосова О. А. Мигрень. [Текст] /О.А. Колосова// Медицина для всех. 1998. № 4(10). С. 3-6.