

мастит и др. Таким образом, осложнения в послеродовом периоде наблюдалось у 26 родильниц, что составляло 9,6% случаев.

Проведенные нами исследования показали, что течение преждевременных родов, послеродовой период, а также состояние новорожденных у женщин города Белгорода характеризуются тяжелыми осложнениями.

### **ВЫВОДЫ**

1. Частота преждевременных родов у женщин г. Белгорода составляет 3,7% случаев
2. Преждевременные роды характеризуются высоким процентом осложнений среди рожениц, родильниц и новорожденных.
3. Для профилактики преждевременных родов в женской консультации необходимо своевременное выявление среди беременных групп «риска» по невынашиванию, тщательное их обследование и лечение.

### **Литература**

1. Беккер С.М. Патология беременности. – М., 1975. – 439 с.
2. Дуда И.В., Дуда В.И. Клиническое акушерство. – Минск, 1997. – 603 с.
3. Сидельникова В.М. Невынашивание беременности. – М., 1986. – 175 с.
4. Шабалов Н.П. Неонатология. Л., 1995. – 190 с.

## **ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГОЛОВНОЙ БОЛИ У НАСЕЛЕНИЯ БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Э.Н. Клепиков, Ю.И. Журавлев, М.В. Полонская, И.А. Болгова*  
Медицинский колледж БелГУ

Головная боль – одна из самых распространенных жалоб в практике терапевтов и невропатологов. По данным эпидемиологических исследований, проведенных в Европе, 78% женщин и 64% мужчин, как минимум один раз в год, испытывают головные боли, а 36% женщин и 19% мужчин страдают хроническим болевым синдромом данной локализации [11].

Частота головной боли в популяции, по данным разных авторов, колеблется от 5-20% до 71%.

По данным авторов, проведенных в разное время 40 лет назад, она встречалась в 64,8%–85% случаев в общей популяции. Только 15 % людей никогда не испытывали головной боли. В то же время 15–20% людей постоянно страдают головными болями. Головная боль чаще встречается у женщин, чем у мужчин, их соотношение составляет 2-3:1 [13, 17]. Целесообразно предположить, что в настоящее время, когда существенно ускорился темп жизни, изменились экологические условия и возросли нагрузки на психо-эмоциональную сферу число людей, страдающих головной болью будет увеличиваться по сравнению с приведенными данными.

Около трети лиц страдающих головной болью – это люди в возрасте 25-35 лет. Более 60% больных с головной болью составляют лица трудоспособного возраста [15]. Частота появления головной боли после 45-летнего возраста постепенно уменьшается.

Головная боль отмечается преимущественно у лиц выполняющих интеллектуальную работу, особенно у тех, кто живет и работает в небольших закрытых помещениях, ведет малоподвижный образ жизни [1].

Головной болью чаще страдают административные работники (32%), домохозяйки (22%), лица, занимающие руководящие посты (15%), квалифицированные рабочие

(9,9%), студенты (6,7%), неквалифицированные рабочие (5,7%), прочие лица (6,2%) [16]. У лиц с эссенциальной гипертензией головная боль наблюдается в 29,8% случаев.

Головная боль сопровождает многие неврологические и соматические заболевания, а в качестве одного из симптомов она может отмечаться практически при любом патологическом процессе.

Существующая патогенетическая классификация головной боли выделяет следующие ее типы: сосудистый, мышечного напряжения, ликвородинамический, невралгический, психалгический.

Наиболее широко распространена головная боль мышечного напряжения. На нее приходится 80% всех видов головной боли [1, 2, 12].

Несовершенство адаптационных механизмов организма приводит к тому, что к одному патогенетическому механизму головной боли присоединяются другие и в результате патогенез головной боли становится мультифакторным.

Характер головной боли с возрастом может значительно меняться. В первом и втором десятилетии жизни преобладает головная боль мигренозного типа, а к концу второго десятилетия – психалгическая головная боль. В третьем десятилетии жизни наблюдается головная боль, связанная с расстройством мозгового кровотока, изменениями в шейном отделе позвоночника и краниальными невралгиями [1].

Широкая распространенность, полиэтиологичность и сложные патогенетические механизмы головной боли обуславливают ее высокое медико-социальное значение и продолжают привлекать пристальное внимание исследователей.

### Цель работы

Целью работы явилось изучение эпидемиологии головной боли, среди населения города Белгорода и Белгородской области, ее зависимость от пола, возраста, профессии, уровня артериального давления, сопутствующих заболеваний. Исследовались симптомы, сопутствующие головной боли. Изучались лекарственные препараты и нетрадиционные методы лечения, используемые пациентами при головной боли.

### Материалы и методы

Исследование проводилось методом анкетирования. Респондентам была предложена оригинальная анкета, включающая в себя 18 вопросов.

При составлении анкеты основное внимание уделили причинам появления головной боли, кратности болевых приступов, другим сопровождающим боль симптомам, а также на методы купирования головной боли (традиционные, нетрадиционные). В анкету включались вопросы о заболеваниях, являющиеся причиной головной боли сопутствующих заболеваниях и эффективности их лечения (по мнению пациента). Для выявления связи между появлением головной боли и артериальной гипертензией определяли уровень артериального давления. В анамнезе респонденты указывали на наличие гипер- или гипотонии.

Объектом исследования явились жители г. Белгорода и Белгородской области. Подбор респондентов осуществлялся методом случайной выборки. Всего опрошено 1000 человек. Из них: женщин: 679 чел. (68%), мужчин: 321 чел. (32%).

Клинически значимым синдромом головной боли считали в тех случаях, когда головная боль наблюдалась постоянно, ежедневно или несколько раз в неделю [6].

Большинство опрошенных 627 чел. (63%) были городскими жителями, а 373 чел. (37%) – сельскими. Распределение респондентов по возрасту представлено на рис. 3. Лица трудоспособного возраста составили 73% от всего числа респондентов

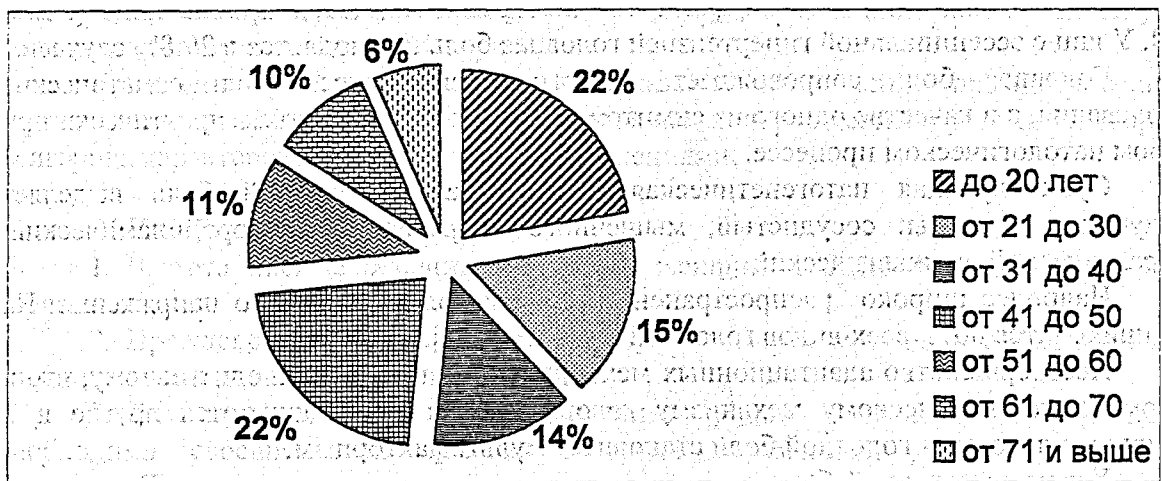


Рис. 3 Распределение респондентов по возрастным группам

Статистическая обработка материалов осуществлена на персональном компьютере «Пентиум II» с использованием программы «Microsoft Access».

### Результаты и обсуждение

Анализ полученных результатов показал, что подавляющее большинство опрошенных 952 чел (95%) страдают головной болью. Лишь 48 чел. (5%) ее не испытывают (рис. 1). Эти данные свидетельствуют о росте числа людей, испытывающих это страдание за последние 40–50 лет [1], и позволяют предположить, что важную роль в изменении эпидемиологических показателей играют, вероятно, нервно-психические перегрузки и экологические факторы.

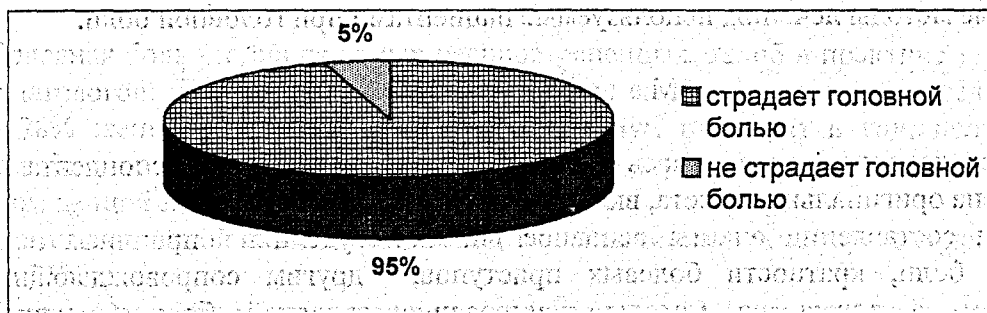


Рис. 1 Доля лиц, страдающих головной болью из числа опрошенных

Среди жителей сельской местности клинически значимая головная боль наблюдается чаще, нежели у жителей города (60% и 49% соответственно). Однако частота обращений в поликлиники и госпитализаций по поводу заболеваний сопровождающихся головной болью у жителей города и села достоверно не отличались. Это свидетельствует, вероятно, о более низкой обращаемости сельского населения за медицинской помощью.

В исследуемой группе были представители 93 профессий, а также студенты и учащиеся.

По виду трудовой деятельности опрошенные распределились следующим образом: интеллектуальный труд – 352 чел. (35%), легкий физический труд – 346 чел. (35%), из них 87 чел. (26%) – домохозяйки, труд средней тяжести – 233 чел. (23%),

тяжелый рабочий труд – 56 чел. (6%) и особо тяжелый физический труд – 13 чел. (1%) (рис.2).

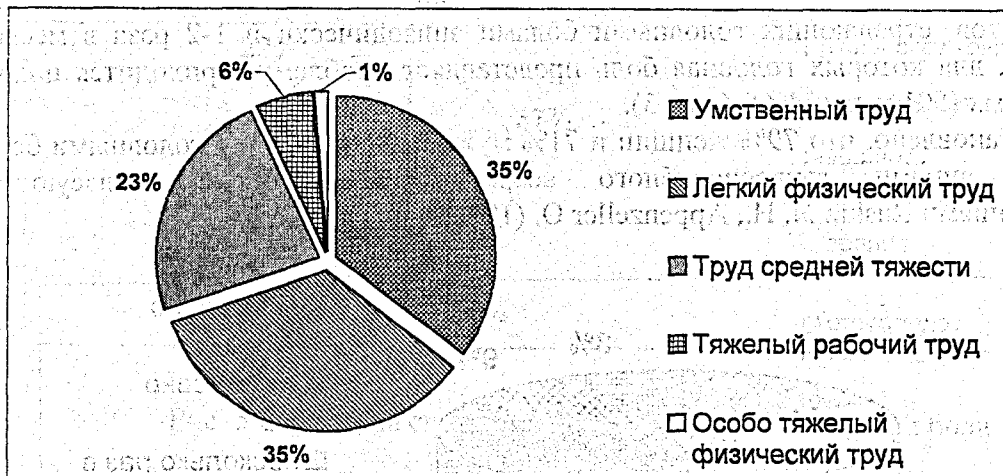


Рис. 2 Распределение респондентов по характеру трудовой деятельности

Какой либо зависимости между клинической значимостью головной боли (по частоте возникновения и обращаемости в лечебные учреждения) и характером труда не установлено. Исключением является лишь показатель госпитализации, который находится в прямой корреляционной зависимости от степени тяжести труда (табл. 1).

Таблица 1

Клиническая значимость головной боли у пациентов с различной тяжестью труда

Вид труда	Кратность приступов головной боли					Обращались в пол-ку	Получали стационарное лечение
	Постоянно	Ежедневно	Несколько раз в неделю	1-2 раза в месяц	Иногда		
Умственный труд	$\frac{10}{2,89\%}$	$\frac{24}{6,93\%}$	$\frac{133}{38,43\%}$	$\frac{117}{33,81\%}$	$\frac{62}{17,91\%}$	$\frac{126}{36,41\%}$	$\frac{50}{14,45\%}$
Легкий физический труд	$\frac{42}{12,35\%}$	$\frac{34}{10\%}$	$\frac{129}{37,94\%}$	$\frac{83}{24,41\%}$	$\frac{52}{15,29\%}$	$\frac{168}{49,41\%}$	$\frac{77}{22,64\%}$
Труд средней тяжести	$\frac{17}{7,69\%}$	$\frac{21}{9,5\%}$	$\frac{71}{32,12\%}$	$\frac{69}{31,22\%}$	$\frac{43}{19,45\%}$	$\frac{107}{48,41\%}$	$\frac{62}{28,05\%}$
Тяжелый физический труд	$\frac{8}{18,2\%}$	$\frac{3}{6,8\%}$	$\frac{15}{34,1\%}$	$\frac{1}{2,3\%}$	$\frac{7}{15,9\%}$	$\frac{20}{45,5\%}$	$\frac{11}{25\%}$
Особо тяжелый физический труд	0	0	0	0	$\frac{1}{7,7\%}$	0	0

••• в числителе – абсолютные показатели, в знаменателе – относительные

••• – достоверные различия по сравнению с группой лиц, занимающихся умственным трудом ( $p < 0,001$ )

Исследование частоты возникновения головной боли показало, что у большинства респондентов она встречается несколько раз в неделю или 1-2 раза в месяц (348 чел. и 280 чел. соответственно). Эпизодические головные боли испытывают 165 чел. (16,5%). В то же время у 77 чел. (8%) головные боли носят постоянный характер, а у 82 чел. (9%) – возникают ежедневно. Таким образом, за исключением респондентов, страдающих головными болями эпизодически и 1-2 раза в месяц, на долю лиц, для которых головная боль представляет проблему, приходится половина опрошенных (501 чел. (54%)) (рис. 3).

Установлено, что 79% женщин и 71% мужчин, страдающих головными болями, являются лицами трудоспособного возраста. Эти данные согласуются с исследованиями Raskin N. H., Appenzeller O. (1980).

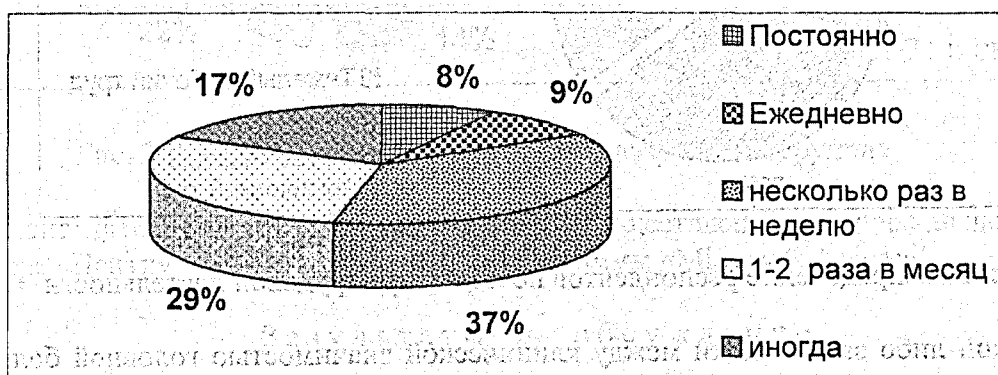


Рис. 3 Распределение опрошенных по частоте приступов головной боли

Основные факторы, провоцирующие (по мнению респондентов) головную боль, распределились следующим образом: переутомление – 519 чел. (55%), стресс – 172 чел. (18%), метеофакторы – 154 чел. (16%). 57 чел. (6%) назвали среди провоцирующих головную боль факторов употребление алкоголя, переохлаждение, месячные, запахи, шум, курение. Лишь 5% респондентов не смогли указать провоцирующие факторы (рис. 4).

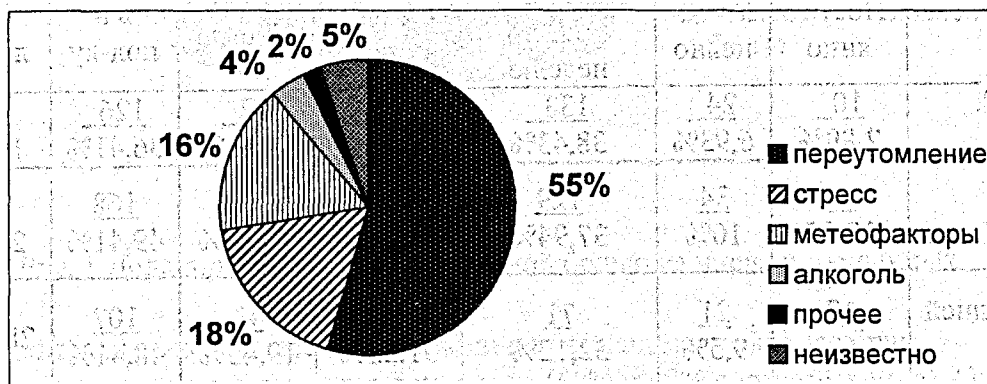


Рис. 4 Структура факторов, провоцирующих головную боль

Анализ симптомов, сопутствующих головной боли, показал, что наиболее часто наблюдаются: головокружение (более чем у  $\frac{1}{3}$  (359 чел.)), шум в ушах (у каждого 8 пациента (126 чел.)), тошнота у 1 из 10 (111 чел.), нарушение зрения – 62 чел. (7%) Редко встречаются при головной боли: дрожь в теле, слабость, слезотечение, нарушение координации движений, и др. Эти симптомы изолированно или в сочетании встречались в 82 случаях (рис. 5).

Наличие в клинике слабости, повышенной утомляемости, головокружения, зрительных расстройств, позволяет подозревать у этих пациентов головную боль сосудистого генеза с вовлечением гипоталамуса [5].

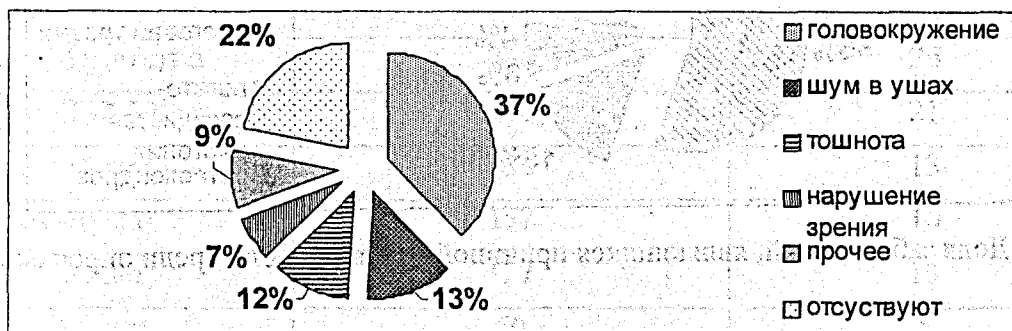


Рис. 5 Структура симптомов сопутствующих головной боли

Большая часть опрошенных (598 чел.), на вопрос о причине заболевания ответить затруднилась. В то же время 354 чел. (более 1/3 от числа страдающих головной болью) отметили, что ее появление вызвано серьезными жизненными потрясениями (104 чел.), различными заболеваниями (149 чел.) и травмами (74 чел.) (рис.6).

Среди заболеваний в 75 случаях называлась гипертоническая болезнь, в 42 – инфекционные заболевания.

Обращает на себя внимание тот факт, что такие распространенные причины головной боли как остеохондроз, артериальная гипотония, атеросклероз, сердечная недостаточность, внутричерепная гипертензия указаны лишь отдельными респондентами. Это, по-видимому, связано с недостаточной медицинской активностью населения.

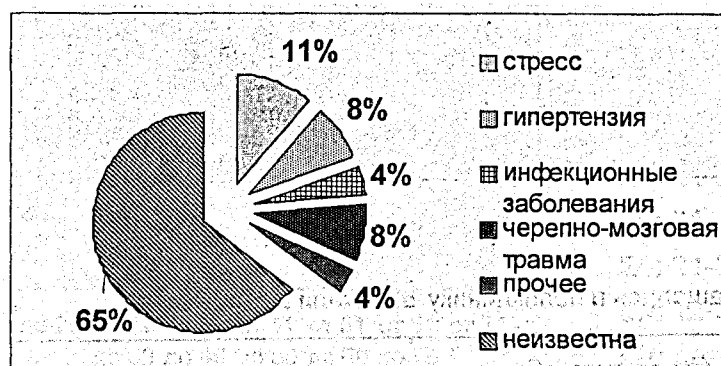


Рис. 6 Распределение опрошенных по первопричинам появления головной боли

В то же время структура ответов на вопрос «Известно ли ваше заболевание являющееся причиной головной боли?» носила несколько иной характер (рис. 7). Так 55% (528 чел.) ответили отрицательно, 17% (163 чел.) назвали гипертензию, 6% (56 чел.) – черепно-мозговую травму, 4% (38 чел.) вегето-сосудистую дистонию; 3% (27 чел.) – остеохондроз.

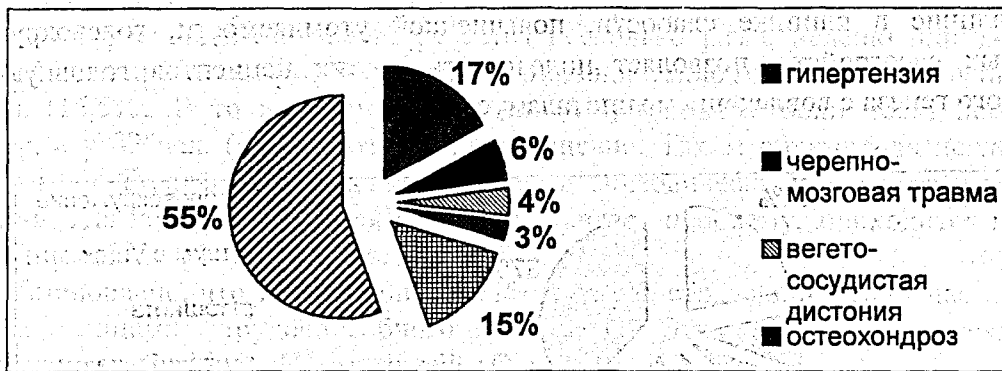


Рис. 7 Доля заболеваний, являющихся причиной головной боли среди опрошенных

Среди опрошенных 163 чел. имели артериальную гипертензию. При этом у половины пациентов (55%) наблюдалась II-III стадия гипертонической болезни. В 74% случаев гипертонической болезни синдром головной боли носил клинически значимый характер, постоянные головные боли наблюдались в 32 случаях, ежедневные – в 27, несколько раз в неделю – в 61. Практически все пациенты отметили, что они неоднократно обращались в поликлиники, а половина из них (52%) получали стационарное лечение по поводу основного заболевания.

В 65% (620 чел.) случаев пациенты обращались за медицинской помощью. При этом  $\frac{1}{3}$  пациентов получали стационарное лечение по поводу заболеваний, в клинике которых доминирует головная боль (рис. 8).

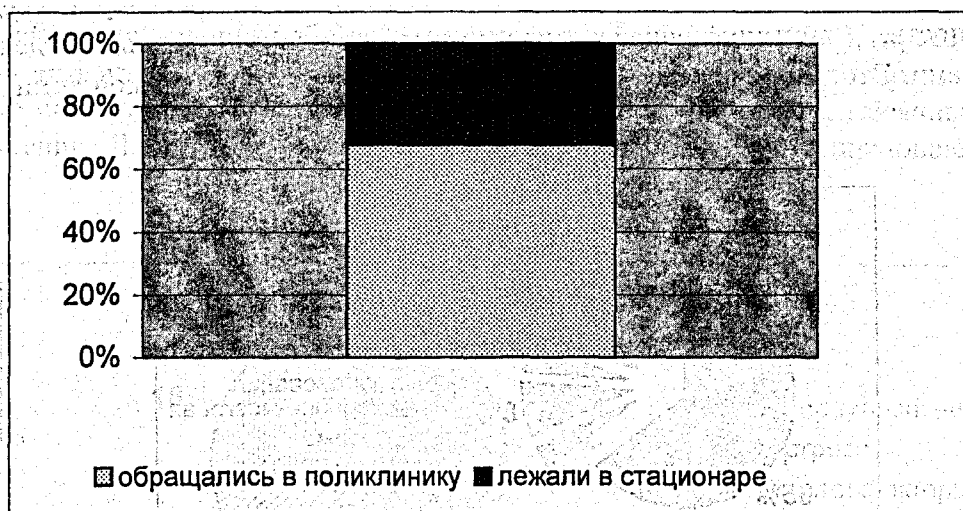


Рис. 8 Структура обращаемости за медицинской помощью

В 27% (167 чел.) случаев пациенты отметили эффективность полученного лечения. Однако у подавляющего большинства лечение заболеваний, протекающих с головной болью, было неэффективным.

Исследования показали, что головные боли, как правило, появляются в первой половине жизни. Как видно из табл. 2 чаще всего начало головных болей отмечается в возрастных группах, лежащих в диапазоне до 20 лет – 40 лет, что подтверждает результаты исследований Raskin N.H., Appenzeller O.

## Распределение лиц страдающих головной болью по времени ее первого появления

Возраст	Абсолютный показатель, чел.	Относительный показатель, %
С детства	246	26
С 12-20 лет	200	21
С 21-30 лет	132	13
С 31-40 лет:	157	16
С 41-50 лет	127	13
С 51-60 лет	50	5
С 61-70 лет	35	4
С 71 и выше	4	0,5

У подавляющего большинства опрошенных из всех возрастных групп головная боль появилась в трудоспособном возрасте. Лишь в 16% и 37% (61-70 лет и 71 и выше соответственно) случаев, возраст в котором появилась головная боль, и возраст опрашиваемых совпадали (рис. 9).

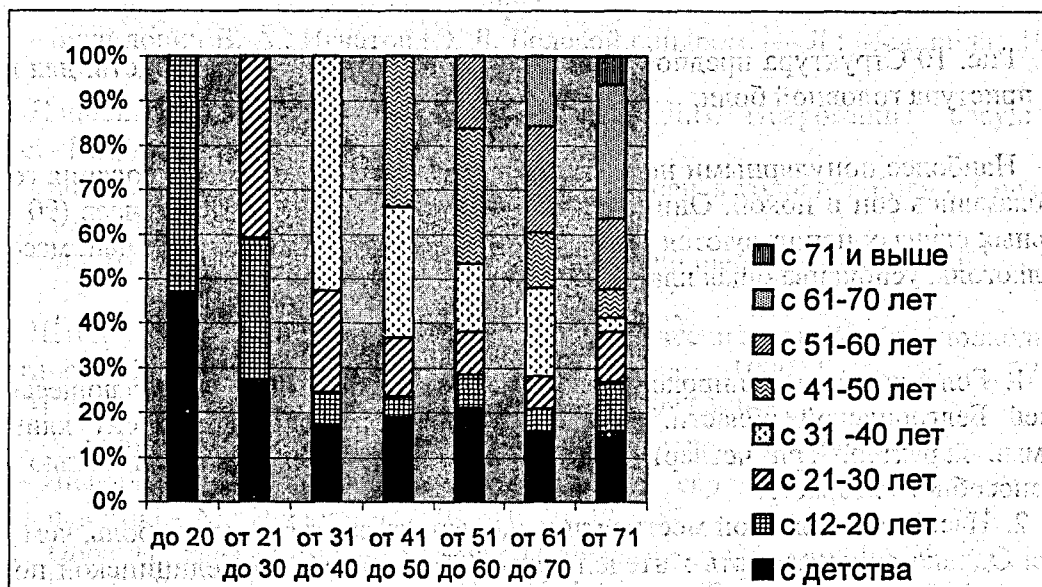


Рис. 9 Сроки появления головной боли в различных возрастных группах

Практически все респонденты отметили, что они для купирования головной боли прибегают к различным средствам. При этом выяснилось, что большинство 74% (706 чел.) предпочитают только медикаментозные средства, 9% (83 чел.) – только немедикаментозные, 6% (53 чел.) имеют опыт использования, как тех, так и других.

Большинство пациентов в выборе лекарственного препарата руководствовались не рекомендациями медработников, а личными соображениями, рекомендациями родственников или знакомых.



Среди лекарственных средств, используемых для купирования головной боли, наибольшей популярностью пользуются цитрамон – 29% (216 чел.), анальгин – 27% (208 чел.), темпалгин – 6% (42 чел.), адельфан – 4% (33 чел.), пенталгин – 4% (29 чел.). На другие лекарственные средства (аспирин, баралгин, парацетамол, аскофен, седалгин, циннаризин, андипал, клофелин) указали лишь 5% больных (рис. 10). Обращает на себя внимание тот факт, что респонденты не называли в анкетах специальные препараты для лечения мигрени, не смотря на то, что мигренеподобные боли отмечают 15,3% из них. Между тем, мигрень эффективно поддается лечению только при использовании специальной группы препаратов [7].

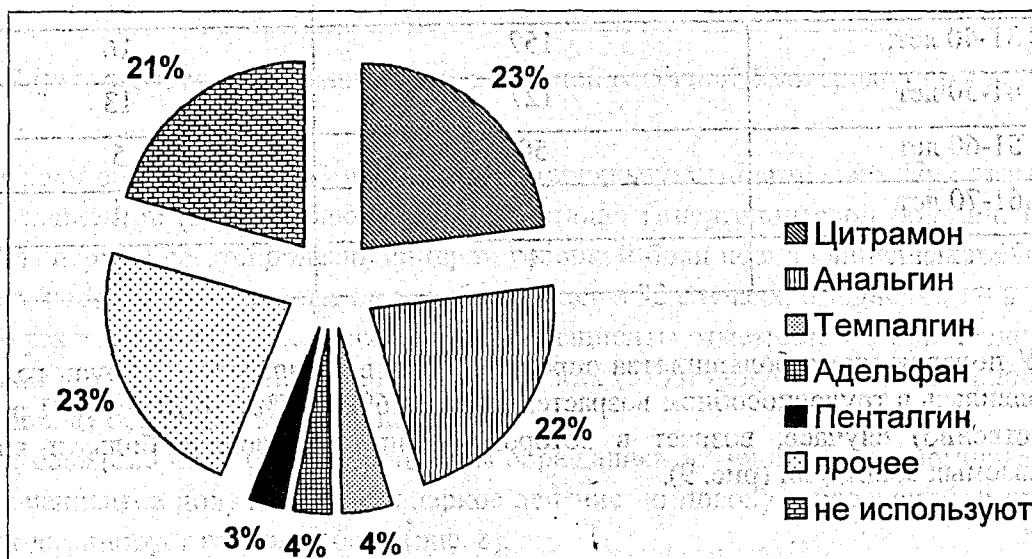


Рис. 10 Структура предпочтений в выборе лекарственных средств, для купирования приступа головной боли.

Наиболее популярными немедикаментозными методами купирования головной боли оказались сон и покой. Они оказались эффективными в 66% случаев (90 чел.). В остальных случаях используются (в порядке убывания): крепкий кофе, чай, массаж, холод, алкоголь, успокаивающая классическая музыка, свежий воздух

### Выводы

1. Головная боль – широко распространенное страдание, наблюдающееся у 95% жителей Белгородской области. В 54% случаев головная боль носит клинически значимый характер. Три четверти пациентов, страдающих головной болью – лица трудоспособного возраста.
2. Население сельской местности чаще испытывают головную боль, чем жители города. Однако обращаемость жителей сельской местности за медицинской помощью по этому поводу ниже.
3. Частота возникновения головной боли не зависит от степени тяжести труда. В то же время наиболее высокая частота госпитализаций по поводу заболеваний, сопровождающихся головной болью наблюдается у лиц с тяжелыми условиями физического труда.
4. Наиболее частыми факторами, провоцирующими возникновение головной боли, являются переутомление, стресс, перемены погоды.
5. Головную боль сопровождают такие симптомы, как головокружение, шум в ушах, тошнота, нарушение зрения, дрожь в теле.
6. Более половины пациентов затрудняются назвать причины возникновения головной боли, и только третья часть связывает ее с какими-либо заболеваниями, травмами, стрессами.

7. Головная боль, как клинически значимый синдром, наблюдается в 74% случаев гипертонической болезни II-III ст.

8. Установлено, что 65% пациентов, страдающих головной болью, обращаются за медицинской помощью, одна треть из них госпитализируется.

9. Анализ результатов лечения заболеваний сопровождающихся головной болью показал, что лишь в 27% случаев оно было эффективным. В остальных случаях пациенты вынуждены прибегать к симптоматической терапии (регулярный прием анальгетических препаратов).

10. Медикаментозную терапию предпочитают использовать 76% лиц страдающих головной болью, 9% пациентов используют немедикаментозные методы лечения, 6% – и те и другие.

11. Спектр лекарственных препаратов, которыми пользуются пациенты для купирования головной боли, достаточно узок: цитрамон, анальгин, темпалгин, пенталгин, адефлан, что, при учете самолечения, указывает на преимущественно симптоматическую терапию этого страдания.

12. Сон и покой – наиболее популярные немедикаментозные средства лечения головной боли. Их эффективность подтвердили 67% лиц, предпочитающих немедикаментозные методы лечения, что позволяет предположить важную роль нервно-психических перегрузок в этиопатогенезе головной боли.

#### Литература

1. Боконжич Р. Головная боль.– М.: Медицина, 1984.– 312 с.
2. Гречко В.Е. Головная боль напряжения (психогенная, психо-миогенная головная боль) // Медицинская газета.– 1999.– №3. – С. 8–9.
3. Исмагилов М.Ф. Головная боль напряжения.– Казань: Медицина, 2001.– 132 с.
4. Михайлович В. А., Игнатов Ю. Д. Болевой синдром. — Л.: Медицина, 1990.– 336 с.
5. Панченко Е.Н., Налча И.Ф., Бондаренко Л.В. Неврогенные сосудистые синдромы.– К.: Здоровья, 1982. – С. 36–37.
6. Табеева Г.Р., Вейн А.М. Хроническая ежедневная головная боль // Consilium medicum.– 1999, Т.1. №2.– С.66–72.
7. Филатова Е.Г., Вейн А.М. Мигрень // Consilium medicum.– 1999. – Т.1.– №2.– с.59–62.
8. Шток В.Н. Головная боль: патогенетические типы и подходы к патогенетической фармакотерапии // Русский мед. журнал.– 1999.–Т.6. – №1.– с. 27–31.
9. Шток В.Н. Головная боль. – М.: Медицина, 1987.– 306 с.
10. Якушин М.А. Болевые синдромы в неврологии // Болевые синдромы и их лечение.– Информ. сб. для терапевтов, ревматологов, неврологов, гинекологов и врачей др. специальностей.– М.: Hemofarm, 2001. – С.36–48.
11. Gobel H., Petersen-Braun M., Soyka D. Headache in Germany. In: Olesen J. editor. Headache Classification and epidemiology.- New-York: : Raven Press.- 1994.- P.255-261.
12. Jensen K., Sandrini G. Chronic tension type headache. In: Olesen J., Tfelt-Hansen P., Welch KMA, editors. The headaches. New-York: Raven Press. - 1994.- P.503-508.
13. Ogden H. D. Headache Statistics. Selected Data.- Ann. Allergy, 1952, 10, 555.
14. Pffafenrath V. Tension-type headache – an overview // Functional neurology. - 1996.-Vol.11.- P.122-124.
15. Raskin N.H., Appenzeller O. Headache. - Philadelphia: Saunders.1980.- 348 p.
16. Weinscrot G. A study of Two Thousand Patients Attending the Princess Margaret Migraine Clinic Between, March 1972 and May 1975. Kopfschmerz, MMW Taschenbuch, Otto Spatz Verlag, Munchen, 1975, 30-35.
17. Wolff H.G. Headache and otherhead pain. Oxford Univ. Press. – New-York, 1963.