

Неврология и психиатрия

ID: 2020-01-23-A-18814

Краткое сообщение

Романова А.В., Захарова Е.С., Бабий Н.В.

Тревожно-депрессивное состояние пациентов с хроническими головными болями напряжения

ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России

Резюме

В работе представлена оценка влияния аутотренинга на выраженность тревожно-депрессивных состояний у пациентов с хроническими головными болями. Исследование проводилось среди 61 женщины – пациентки планового отделения неврологии Кировской областной клинической больницы, которые были разделены на две группы: обе получали базисную лекарственную терапию, но одна из групп также занималась аутотренингом. Среди пациенток проведено два психометрических теста (до поступления и после выписки) с целью оценки уровня тревожно-депрессивного состояния, согласно госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS. Проанализированы факторы риска (возраст, образование, курение, ожирение, сахарный диабет, гипертоническая болезнь, отсутствие постоянного места работы) и их связь с возникновением тревожно-депрессивных состояний. Отмечено положительное влияние аутотренинга на профилактику и возникновение тревожно-депрессивных состояний на фоне хронических головных болей напряжения и мигрени.

Ключевые слова: тревожно-депрессивное состояние, аутотренинг, хроническая головная боль напряжения

Введение

Россия занимает лидирующее место в мире по распространенности первичных головных болей, особенно хронических [4]. Общество несет огромные финансовые издержки в результате снижения производительности труда из-за головных болей. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, во всём мире мигрень занимает девятнадцатое место среди лидирующих причин временной нетрудоспособности в связи с отсутствием на работе по причине сильной головной боли. В развитых странах мигрень находится на седьмом месте среди заболеваний, приводящих к временной нетрудоспособности [2]. В наши дни головными болями различных видов страдают более 80% людей, но не все считают это болезнью и не обращаются к врачам. По статистике мигрень наблюдается у 20 % пациентов [5]. Головной болью страдают люди, склонные к тревожно-депрессивным состояниям, эмоционально лабильным, не обладающим психологической устойчивостью к стрессам [2]. Помимо медикаментозной терапии широко распространены методы немедикаментозного лечения, в частности – аутотренинг.

Установлено, что систематическое применение различных видов психической саморегуляции нормализует эмоционально - энергетические характеристики психики, в частности, помогает закрепить преимущественно позитивные психические состояния, снижаются показатели личностной и ситуативной тревожности, усиливается выдержка и самоконтроль [3].

Цель: оценить влияние аутотренинга на выраженность тревожно-депрессивных состояний у пациентов с хроническими головными болями.

Материал и методы

Проведено исследование, в котором приняли участие 61 пациентка в возрасте от 23 до 59 лет, проходящих лечение в плановом отделении неврологии Кировской областной клинической больницы. Они были разделены на две группы. Первая группа – основная – включает 32 женщины с диагнозом «Хроническая головная боль напряжения» и «Хроническая мигрень», получающих базисную терапию (анксиолитики и антидепрессанты), а также занимающихся аутотренингом. Возрастной состав первой группы представлен диапазоном от 28 лет и до 51 года (средний возраст 38,4±1,4 лет), среди которых: 23 (71,9%) женщины молодого возраста (согласно классификации ВОЗ) и 9 (28,1%) среднего возраста; 12 (37,5%) пациенток имеют высшее образование, 18 (56,2%) – среднее специальное и 2 (6,2%) пациентки – общее среднее; 13 (40,6%) женщин курят. У 14 (43,7%) пациенток отмечается повышенное артериальное давление, среди которых было выделено две группы: 1 группа - повышение давления до 150/90 (у 9 женщин – 64,3%), 2 группа - повышение давления до 170/100 (у 5 женщин – 35,7%). 1 (3,1%) пациентка страдает сахарным диабетом 2 типа. ИМТ больше 30 наблюдается у 9 (28,1%) пациенток; 30 (93,7%) пациенток имеют постоянное место работы. Вторая группа- группа сравнения - состоит из 29 женщин с теми же диагнозами, но получающих только базисную лекарственную терапию. Возраст пациенток второй группы варьирует от 23 до 59 лет (средний возраст 42,1±1,8 лет), среди которых: 17 (58,6%) женщин молодого возраста и 12 (41,4%) – среднего возраста; 10 (34,5%) пациенток имеют высшее образование, 16 (55,2%) – среднее специальное и 3 (10,3%) – среднее общее. 17 (58,6%) пациенток курят. У 16 (55,2%) женщин отмечается повышенное артериальное давление среди которых также было выделено 2 группы: 1 группа - повышение давления до 150/90 (у 9 женщин - 56,3%), 2 группа – повышение давления до 170/100 (у 7 женщин – 43,7%). 3 (10,3%) пациентки страдают сахарным диабетом 2 типа; ИМТ больше 30 наблюдается у 11 (37,9%) пациенток. 25 женщин имеют постоянное место работы (86,2%).

Среди всех пациенток было проведено два психометрических теста - в момент поступления и после завершения лечения в стационаре, с целью выяснения уровня тревожно-депрессивного состояния. Оценка результатов проводилась согласно госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS. Учитывалось влияние на тревожно-депрессивное состояние таких факторов риска, как: возраст, курение, наличие высшего образования, наличие гипертонической болезни, ожирения, сахарного диабета 2 типа, отсутствие постоянного места работы. Каждая из пациенток первой группы с первого дня лечения прошла курс из 10 аутотренингов длительностью 30 минут. Сущность аутотренинга состояла в наблюдении за собственным дыханием, находясь в удобном для

пациентки положении, дыхание диафрагмой, глубокое спокойное дыхание, максимальное расслабление, отслеживание собственных мыслей, «регуляция» пульса.

Результаты и обсуждение

По итогам психометрического теста HADS в основной группе частота тревоги и депрессии до лечения и аутотренинга наблюдалась у 16 (50%) и 12 (37,5%) пациенток соответственно, после – у 12 (37,5%) и 10 (31,2%) пациенток ($p<0,01$). В группе сравнения частота тревоги и депрессии до лечения наблюдалась у 14 (48,2%) и 11 (37,9%) пациенток соответственно, а после – у 12 (41,3%) и 10 (34,5%) пациенток ($p<0,01$). Тревожно-депрессивный синдром наблюдался в первой группе в 68,7% до лечения и аутотренинга и в 53,1% после. В группе сравнения этот показатель опустился с 65,5% до 58,6% ($p<0,01$).

В основной группе 23 (71,9%) пациентки молодого возраста, из них тревожно-депрессивное расстройство имеется у 15 (46,9%) женщин ($p<0,01$). В группе сравнения 17 (58,6%) пациенток молодого возраста, среди них 12 (41,4%) страдают тревожно-депрессивным расстройством ($p<0,01$). В основной группе 13 (40,6%) женщин курят, из них тревожно – депрессивное состояние наблюдается в 84,6% случаев, а в группе сравнения на 17 (58,6%) курящих женщин приходится 70,6% случаев тревожно-депрессивных расстройств. Высшее образование в основной группе имеют 12 (37,5%) женщин, среди них тревогой и депрессией страдают 50%, когда как в группе сравнения на 10 (34,5%) пациенток с высшим образованием приходится 70%. На 18 (56,2%) человек со средним специальным образованием в первой группе приходится 77,7% случаев тревожно депрессивных расстройств, а в группе сравнения на 16 (55,2%) человек – 56,2% случая. Таким образом, зависимости между уровнем образования и возникновением тревожно-депрессивных расстройств не выявлено ($p<0,05$). Среди обеих групп у женщин, имеющих в анамнезе сахарный диабет 2 типа, имеется наличие тревожно-депрессивного расстройства, при этом в группе сравнения таких случаев – 3, а в основной - 1. Все безработные пациентки, участвовавшие в исследовании (6 (9,83%)), страдают тревожно-депрессивным расстройством, при этом в группе сравнения таких женщин больше - 4 (6,5%). Повышение артериального давления до 150/90 сопровождается тревожно-депрессивными состояниями в 15,8% случаев, а при повышении давления до 170/100 – в 62,7%. В группе сравнения на 16 (55,2%) пациенток с повышенным артериальным давлением до 150/90 приходится 13% случаев тревожно - депрессивных состояний, а при повышении до 170/100- 62%. Можно отметить, что существует связь между уровнем повышения давления и возникновением тревожно-депрессивных расстройств ($p<0,05$). Случаи ожирения (по ИМТ) наблюдаются чаще в группе сравнения - у 11 (37,9%) пациенток, при этом тревогой и депрессией страдает больше половины из них – 72,7%, в основной группе этот показатель гораздо ниже и на 9 (28,1%) пациенток с ожирением приходится только 55,5% случаев тревожно-депрессивных расстройств. Поэтому утверждать абсолютную связь избыточной массы тела и возникновение тревоги и депрессии нельзя.

Прослеживается связь эффекта аутотренинга с профилактикой возникновения и развития тревожно-депрессивных состояний на фоне хронических головных болей напряжения и мигрени. Исходя из результатов по HADS - до занятий аутотренингом и после 10 тренировок в основной группе наблюдается снижение случаев тревожно-депрессивных расстройств на 15,6 %, а в группе сравнения на 6,9%. Одно из существенных преимуществ аутотренинга по сравнению с другими методами психической саморегуляции заключается в его сравнительной простоте. Аутотренинг можно рекомендовать как эффективную защиту организма от разрушительного влияния стресса, так как он способствует снятию мышечного напряжения, регуляции дыхания, нормализации пульса, снятию остроты чувства тревоги и страха. Все это, в свою очередь, способствует профилактике возникновения головных болей.

Выводы

1. У женщин, занимающихся систематически психической саморегуляцией наблюдается положительный эффект в отношении снижения частоты возникновения тревожно-депрессивных расстройств на фоне хронических головных болей напряжения и мигрени: у пациенток с хронической головной болью напряжения выраженность тревожно-депрессивных состояний на фоне базисной лекарственной терапии и аутотренинга в 2 раза меньше (снижение на 6,9%) по сравнению с пациентками, получающими только базисную лекарственную терапию (снижение на 15,6%) ($p<0,01$).
2. Уровень тревожно - депрессивного фона коррелировал с курением и отсутствием постоянного места работы, а также с повышением уровня артериального давления до 170/100 ($p<0,05$) в результате чего в группе сравнения наблюдается менее положительный эффект от лечения.
3. Коморбидным фоном тревожно-депрессивных состояний явились сопутствующие неврологическим заболеваниям сахарный диабет 2 типа и повышенное артериальное давление ($p<0,05$).

Таким образом, в проведенном исследовании наблюдалась тесная взаимосвязь возникновения тревожно-депрессивных состояний на фоне хронической головной боли напряжения. В виду частой встречаемости данных расстройств среди пациентов неврологического профиля, эти состояния требуют более пристального внимания со стороны врача, поскольку не редко недооцениваются. Необходимы своевременная диагностика данных функциональных расстройств и их коррекция комплексным лечением, состоящим из медикаментозных и не медикаментозных подходов, с целью прекращения прогрессирования и негативного влияния на течение и исход неврологических заболеваний.

Литература

1. Кобзева Н., Лебедева Е., Олесен Ес. Распространенность мигрени и головных болей напряжения в мире (обзор литературы) // Уральский медицинский журнал. 2016. №04 (137). С. 69-70.
2. Кружкова О.В. Психология городской среды // Психологический журнал. 2013. № 5. Москва. С. 4 - 9.
3. Факторы, связанные с развитием мигрени и головных болей напряжения в трех социальных группах / Лебедева Е.Р., Кобзева Н.Р., Гилев Д.В., Олесен Ес. // Уральский медицинский журнал. 2015. №2. С. 5-14.
4. Никифоров Г.С., Шингаев С.М. Виды психической саморегуляции // Вестник Ленинградского государственного университета им. А.С. Пушкина. 2014. Т. 5. №1. С. 92-101.
5. Саноева М.Ж., Саидвалиев Ф.С. Мигрень - вчера, сегодня, завтра. Современный взгляд на проблему // Международный неврологический журнал. 2016. № 8 (86). С 72-78.