

УДК 616.89–053.6–056.34:616.857.4

***ТРЕВОГА И ДЕПРЕССИЯ У ПОДРОСТКОВ 13-17 ЛЕТ С ГОЛОВНОЙ
БОЛЬЮ НАПРЯЖЕНИЯ***

Санникова Д.Г.

студент,

ФГБОУ ВО «Ижевский государственный медицинский университет»,

Ижевск, Россия

Полифертова В.О.

студент,

ФГБОУ ВО «Ижевский государственный медицинский университет»,

Ижевск, Россия

Малкова А.А.

к.м.н, доцент,

ФГБОУ ВО «Ижевский государственный медицинский университет»,

Ижевск, Россия

Аннотация

Статья посвящена изучению взаимосвязи тревоги и депрессии с головными болями напряжения (ГБН) у подростков 13-17 лет. Головная боль является распространенной проблемой здоровья в детском и подростковом возрасте, существенно ухудшающая качество жизни. По результатам проведенного исследования на базе бюджетного учреждения здравоохранения Удмуртской Республики «Республиканская детская клиническая психоневрологическая больница «Нейрон» Министерства здравоохранения Удмуртской Республики установлено, что 50 % пациентов (36 человек, из них 18 девочек и 18 мальчиков) с ГБН испытывают клинически выраженную тревогу и 16 % (12 человек, из них 6 девочек и 6 мальчиков) испытывают клинически выраженную депрессию.

Ключевые слова: головная боль, детский возраст, подростковый возраст, тревога, депрессия, эмоциональный стресс, мышечное напряжение.

***ANXIETY AND DEPRESSION IN ADOLESCENTS AGED 13-17 WITH
TENSION HEADACHE***

Sannikova D.G.

student,

Izhevsk State Medical University,

Izhevsk, Russia

Polifertova V.O.

student,

Izhevsk State Medical University,

Izhevsk, Russia

Malkova A.A.

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor,

Izhevsk State Medical University,

Izhevsk, Russia

Annotation

The article is devoted to the study of the relationship between anxiety and depression with tension headaches (GBH) in adolescents aged 13-17 years. Headache is a common health problem in childhood and adolescence, significantly impairing the quality of life. According to the results of a study conducted on the basis of the budget healthcare institution of the Udmurt Republic "Republican Children's Clinical Neuropsychiatric Hospital "Neuron" of the Ministry of Health of the Udmurt Republic, it was found that 50% of patients

(36 people, 18 of them girls and 18 boys) with GBD experience clinically pronounced anxiety and 16% (12 people, 6 of them girls and 6 boys) experience clinically pronounced depression.

Keywords: headache, childhood, adolescence, anxiety, depression, emotional stress, muscle tension.

Головная боль напряжения (ГБН) является одним из наиболее распространённых первичных головных заболеваний среди детей и подростков и представляет собой значительную медико-социальную проблему.

Хронические головные боли часто сопровождаются поведенческими и эмоциональными симптомами, снижением когнитивных показателей (уменьшением объема кратковременной и долговременной памяти, неустойчивостью внимания), развитием астении и инсомнии. Одним из частых типов хронических болевых синдромов у детей является ГБН, ее распространенность составляет от 5 до 20,5 % среди детей и подростков и увеличивается при переходе к старшему возрасту.

По частоте эпизодов ГБН подразделяется на

- нечастую (по меньшей мере 10 эпизодов головной боли, возникающих с частотой не более 1 дня в месяц (не более 12 дней в году) и отвечающих критериям диагноза);
- частую (по меньшей мере 10 эпизодов головной боли, возникающих в среднем с частотой от 1 до 14 дней в месяц на протяжении более 3 месяцев (более 12 и менее 180 дней в году) и отвечающих критериям диагноза);

- хроническую (головная боль, возникающая не менее 15 дней в месяц на протяжении в среднем более 3 месяцев (более 180 дней в году) и отвечающая критериям диагноза) [4].

Диагностика ГБН у детей осложняется трудностями сбора анамнеза, особенно у младших пациентов. В одном из исследований многие дети не могли быть классифицированы по диагнозам мигрени или ГБН в соответствии с Международной классификацией головных болей-II (ICHD-II), так как им было сложно передать информацию о качестве боли или ее ухудшении при движении или повседневных действиях [2]. В таких случаях объективная оценка интенсивности боли возможно преимущественно на основании поведенческих проявлений. К числу значимых индикаторов относятся снижение социальной активности и игровой деятельности, изменение общего уровня активности ребёнка, а также особенности его вовлеченности в учебный процесс.

Боль при ГБН описывается как постоянная, давящая. В большинстве случаев она локализуется в области лба и висков с иррадиацией в затылочную область и заднюю поверхность шеи, затем может становиться диффузной и описывается как ощущение сжатия головы обручем, симптом «шлема» или «каска». Хотя боль обычно бывает двусторонней и диффузной, локализация её наибольшей интенсивности в течение дня может попеременно переходить с одной половины головы на другую. Стойкая односторонняя головная боль (гемикрания), как правило, связана с повышенной чувствительностью перикраниальной мускулатуры [5]. Головная боль при ГБН обычно возникает во второй половине дня (после 2 – 3-го учебного урока) и сохраняется до вечера. В отдельных случаях она может отмечаться утром, сразу после пробуждения, преимущественно если накануне вечером уже наблюдался болевой эпизод. Характерной особенностью ГБН является отсутствие

усиления боли при выполнении обычной повседневной физической нагрузки.

Международная Классификация Головной Боли-3 (2018) [5].

1. Первичные головные боли

- 1) Мигрень
- 2) Головная боль напряжения
- 3) Тригеминальные вегетативные цефалгии
- 4) Другие первичные ГБ

2. Вторичные головные боли

- 1) ГБ, связанные с травмой или повреждением головы и/или шеи
- 2) ГБ, связанные с поражением сосудов головного мозга и шеи.
- 3) ГБ, связанные с не сосудистыми внутричерепными поражениями
- 4) ГБ, связанные с различными веществами или их отменой
- 5) ГБ, связанные с инфекциями
- 6) ГБ, связанные с нарушениями гомеостаза
- 7) Головные и лицевые боли, связанные с патологией структур черепа, шеи, глаз, ушей, носовой полости, пазух, зубов, ротовой полости или других структур черепа и лица
- 8) ГБ, связанные с психическими расстройствами

3. Болевые краниальные невралгии, другие лицевые и головные боли

- 1) Болевые краниальные невралгии и другие лицевые боли
- 2) Другие ГБ

В соответствии с МКГБ-3 в зависимости от частоты приступов ГБН делятся на следующие варианты:

- 1) нечастые эпизодические – ГБН возникает с частотой не более одного раза в месяц (не более 12 дней в год), при наличии не менее 10 ранее перенесенных эпизодов, соответствующих диагностическим критериям;
- 2) частые эпизодические – ГБН возникает с частотой от 1 до 15 раз в месяц в среднем за период более трех месяцев (от 12 до 180 дней в году);
- 3) хронические – ГБН, возникающая 15 дней и более в месяц в среднем за период более трех месяцев (или более 180 дней в году).

Каждый из вариантов ГБН может наблюдаться без напряжения перикраниальных мышц и с напряжением перикраниальных мышц.

Эмоциональный фактор занимает ключевое место в этиологии эпизодической и хронической форм ГБН, включая как преходящие эмоциональные переживания, так и хроническое эмоциональное напряжение. Существенную роль также играет мышечное напряжение, приводящее к формированию мышечно-тонического синдрома (болезненное напряжение мышц, оплетающих голову и шею).

Мышечное напряжение часто провоцируется длительными или вынужденными неудобными положениями головы и шеи. В результате формируется порочный круг: эмоциональность стресс индуцирует и поддерживает мышечное напряжение, что приводит к усилению болевых ощущений (стресс — мышечное напряжение — боль). Повторное напряжение мышц в ответ на стресс вызывает их рефлекторное сокращение и ишемизацию, сопровождающуюся:

- перевозбуждение спинальных нейронов;
- повышением чувствительности болевых мышечных рецепторов;
- нарушениями позы

В результате происходит еще большее усиление цефалгического синдрома.

Схематически механизм формирования дисфункции перикраниальных мышц (мышечно-тонический синдром) можно представить следующим образом: рефлекторное напряжение мышц → ишемизация мышц → усиление синтеза альгогенов и сенситизация ноцицепторов → перевозбуждение спинальных нейронов и нарушения позы → дисфункция перикраниальных мышц.

Шейный мышечно-тонический синдром при ГБН приводит к возникновению преходящих или постоянных болевых ощущений, а также чувства напряжения и дискомфорта в области затылка, задней поверхности шеи и надплечий, мышц лица — чаще жевательных и височных (помимо собственно головной боли) [7].

Наблюдения за пациентами, страдающими хронической формой головной боли напряжения, выявили снижение уровня серотонина в плазме периферической крови и тромбоцитах. Это указывает на измененный метаболизм серотонина и высокую активность гуморального отдела серотонинергической системы [8,12].

Материалы и методы. На базе бюджетного учреждения здравоохранения Удмуртской Республики «Республиканская детская клиническая психоневрологическая больница «Нейрон» Министерства здравоохранения Удмуртской Республики для выявления тревоги и депрессии у подростков с головными болями напряжения использовалась шкала «Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)». Опрос проходили 72 пациента возрастом с 13-17 лет мужского и женского пола с утвержденным по клиническим рекомендациям диагнозом ГБН.

Результаты. Среди девочек выявлено: 6 человек – отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги (Рис. 1), 12- субклинически выраженная тревога (Рис. 2), 18 – клиническая выраженная тревога (Рис. 3). В том числе 18 – отсутствие достоверно выраженных симптомов депрессии (Рис. 4), 12 – субклинически выраженная депрессия (Рис. 5), 6 – клинически выраженная депрессия (Рис. 6).

Среди мальчиков: 12 - отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги (Рис. 1), 6 - субклинически выраженная тревога (Рис. 2), 18 - клиническая выраженная тревога (Рис. 3). В том числе: 24 - отсутствие достоверно выраженных симптомов депрессии (Рис. 4), 6 - субклинически выраженная депрессия (Рис. 5), 6 - клинически выраженная депрессия (Рис. 6).

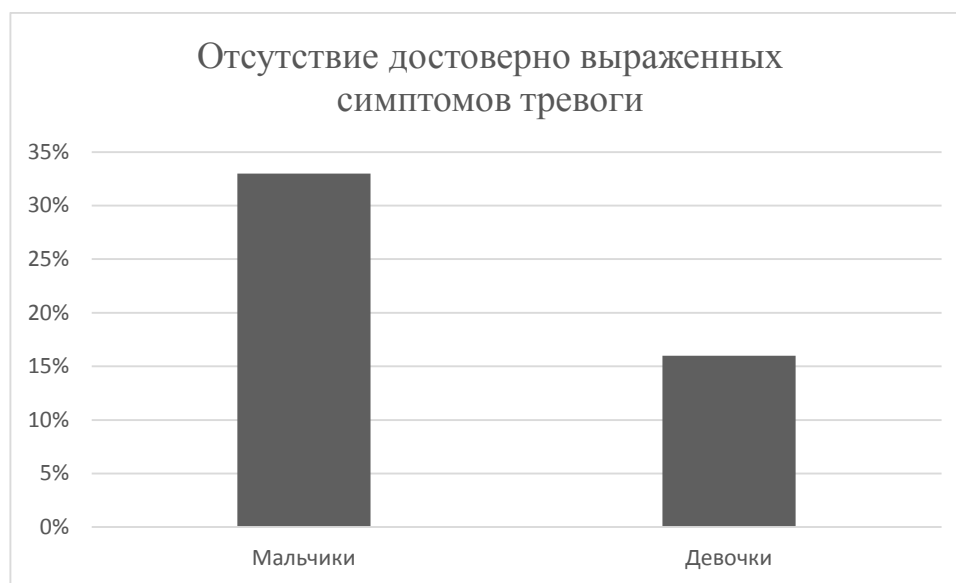


Рис. 1. Доля мальчиков и девочек без достоверно выраженных симптомов тревоги (%) (авторская разработка)

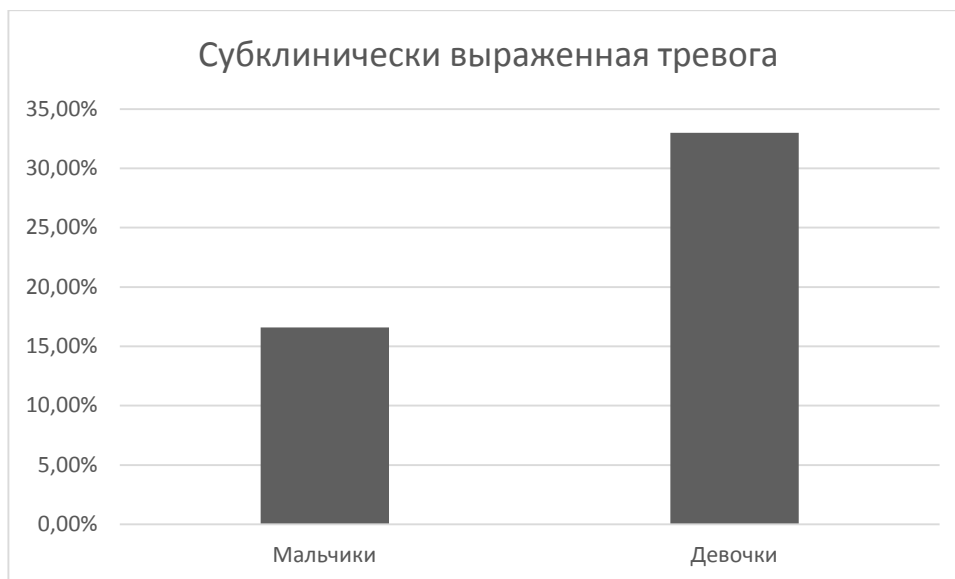


Рис. 2. Доля мальчиков и девочек с субклинически выраженной тревогой (%) (авторская разработка)

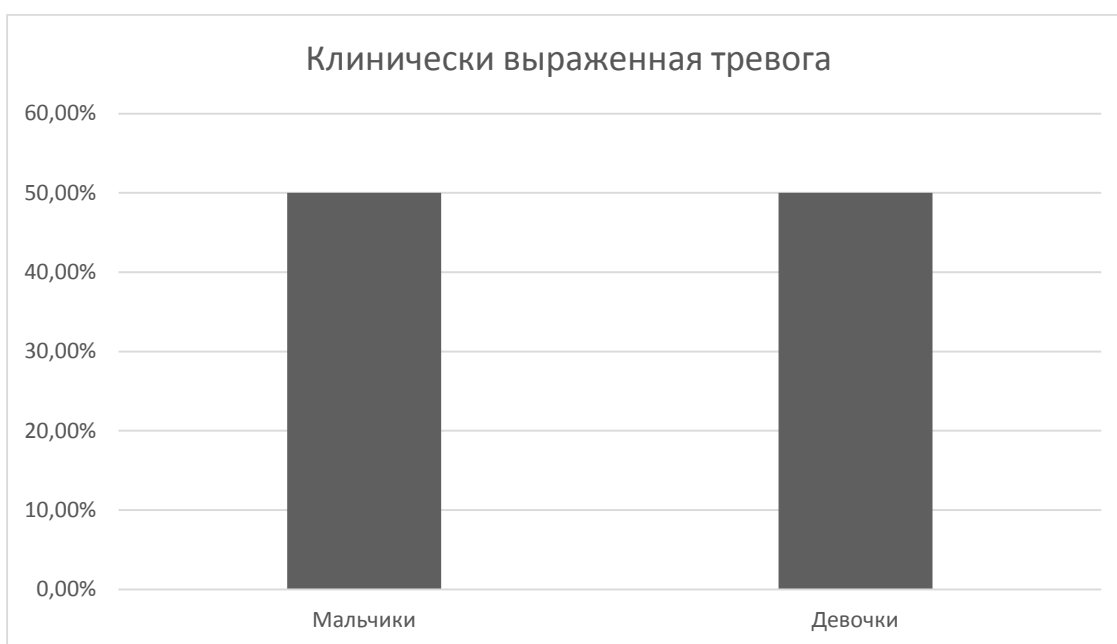


Рис. 3 Доля мальчиков и девочек с клинически выраженной тревогой (%) (авторская разработка)

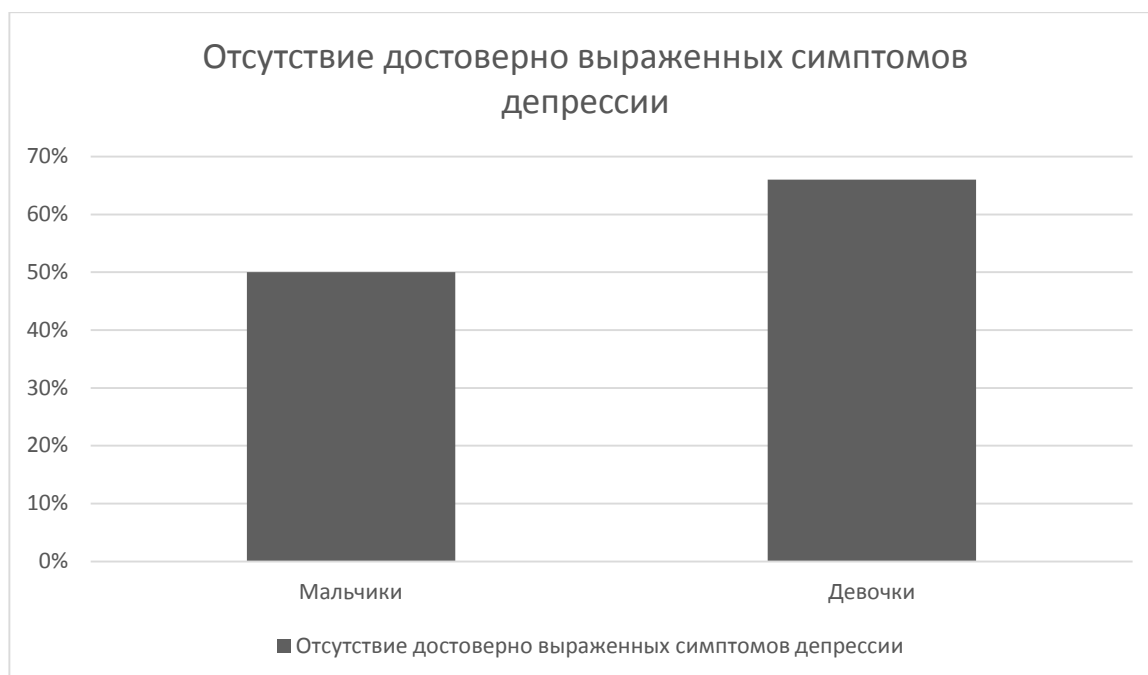


Рис. 4. Доля мальчиков и девочек без достоверно выраженных симптомов депрессии (%) (авторская разработка)

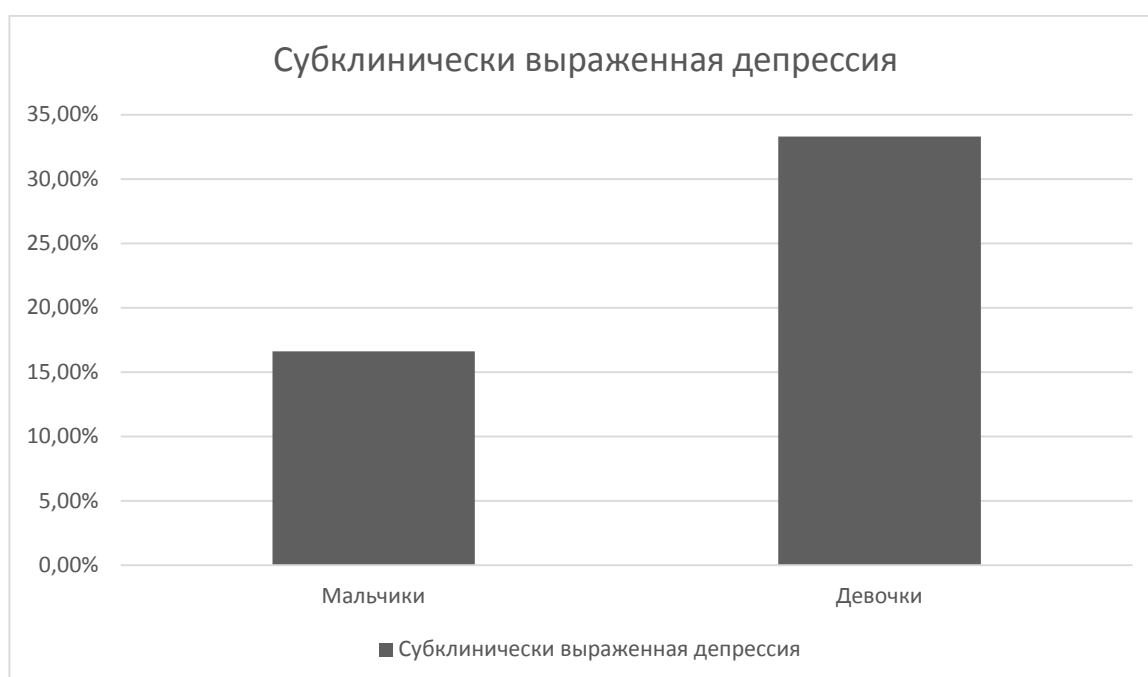


Рис. 5. Доля мальчиков и девочек с субклинически выраженной депрессией (%) (авторская разработка)

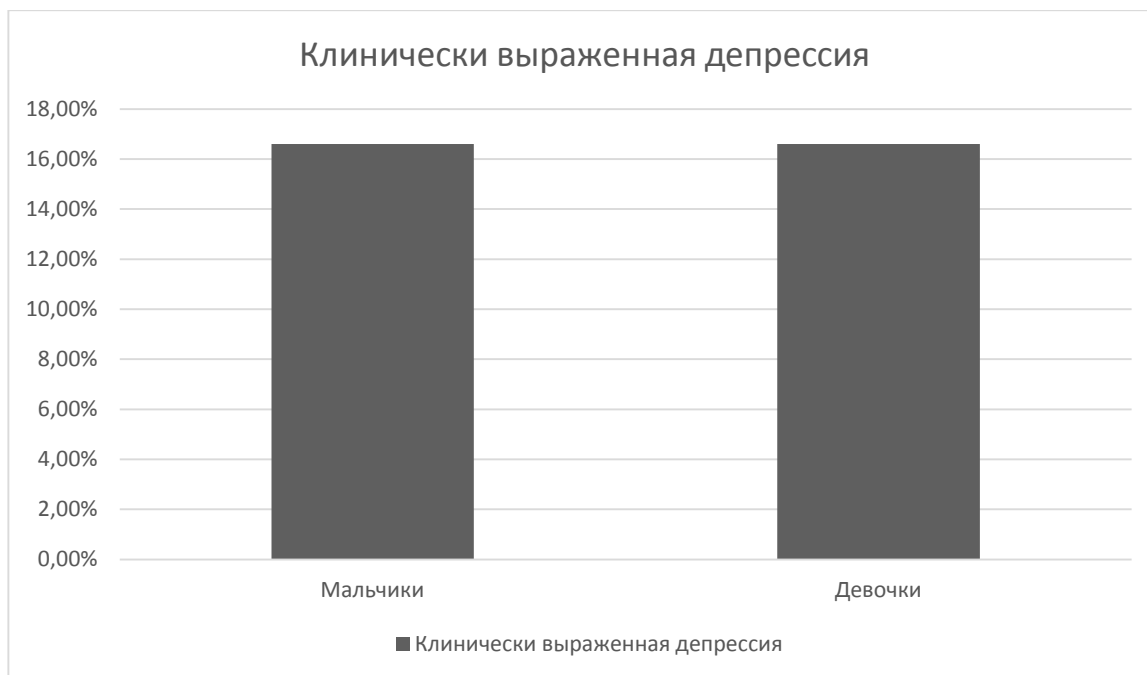


Рис. 6. Доля мальчиков и девочек с клинически выраженной тревогой (%)
(авторская разработка)

Полученные данные свидетельствуют о гендерной специфике психоэмоционального состояния подростков. Девочки более подвержены тревожным расстройствам, особенно субклинического и клинического уровня, тогда как мальчики демонстрируют более благоприятную картину в отношении депрессии при сопоставимой частоте к клинически выраженной тревоге. Результаты подчёркивают необходимость дифференцированного подхода к профилактике и коррекции эмоциональных нарушений у подростков с учётом гендерных особенностей.

Библиографический список

1. Аглиуллина, Ф. Ф. Особенности хронической головной боли напряжения у пациентов различного возраста / Ф. Ф. Аглиуллина // Белые цветы : Сборник тезисов XII Международного молодёжного научного медицинского форума, посвящённого 80-летию победы в

- Великой Отечественной войне, Казань, 09–11 апреля 2025 года. – Казань: Казанский государственный медицинский университет, 2025. – С. 1280-1281.
2. Аитова М.С. Головная боль напряжения у детей: медицинский очерк // Вестник науки. – 2024. - №5 (74) том 2. - С 928 - 934.
 3. Бобожонова, С. Психоневрологические особенности головной боли напряжения / С. Бобожонова, Б. Каримов, Г. Назарова // Студенческий. – 2021. – № 20-3(148). – С. 32-34. – EDN RQMJYE.
 4. Бородулина И.В., Герасименко М.Ю., Зайцева Т.Н., Павлова С.В., Котова О.В. Комплексная психофизиологическая диагностика при головной боли напряжения у детей и подростков // Доктор.Ру. 2025;24(7):47-55. DOI: 10.31550/1727-2378-2025-24-7-47-55
 5. Клинические рекомендации. Головная боль напряжения у детей URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/810_1 (дата обращения: 10.03.2026).
 6. Заваденко Н.Н., Шипилова Е.М., Нестеровский Ю.Е. Головная боль напряжения у детей и подростков: сравнительное исследование эффективности методов профилактической терапии // Неврологический журнал имени Л.О. Бадаляна. 2021;2(1): 10-21.
 7. Каракулова Ю. В. Хроническая головная боль напряжения и депрессия серотонинергической системы // Вестник терапевта. 2018. № 10 (34).
 8. Пахобиохимические механизмы развития головной боли напряжения / Р. Г. Алборов, Е. Г. Лукьянова, Ю. А. Степанова, А. В. Шипицина // Проблемы современной науки и инновации. – 2023. – № 4. – С. 31-35.
 9. Рубанова, О. С. Социально-эпидемиологический портрет пациента с головной болью напряжения / О. С. Рубанова // Студенческая медицинская наука XXI века. VII Форум молодежных научных

обществ: Материалы XXII международной научно-практической конференции студентов и молодых ученых и VII Форума молодежных научных обществ, Витебск, 26–27 октября 2022 года. – Витебск: Витебский государственный медицинский университет, 2022. – С. 584-586.

10. Слюсарь И.Н. Психологические особенности детей с хронической головной болью напряжения // Медицинский алфавит. 2019;1(2):70
11. Якубова, Л. В. Головная боль напряжения: классификация, диагностические критерии, принципы лечения / Л. В. Якубова // Неврология и нейрохирургия. Восточная Европа. – 2024. – Т. 14, № 1. – С. 130-137. – DOI 10.34883/PI.2024.14.1.052.
12. С. В. Смирнов, М. А. Постников, О. Ю. Кузнецова, Ю. А. Кашкина Биохимия и патохимия серотонина в патогенезе мигрени: аспекты медикаментозной терапии // Прикладные информационные аспекты медицины. 2025. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/biohimiya-i-patohimiya-serotonina-v-patogeneze-migreni-aspekty-medikamentoznoy-terapii> (дата обращения: 18.03.2026).