

УДК 616.857-036.2-053.2

ДУБЕНКО О.Е., СТЕПАНЧЕНКО К.А.

Харьковская медицинская академия последипломного образования

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ГОЛОВНОЙ БОЛИ НАПРЯЖЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ В ГОРОДЕ ХАРЬКОВЕ

Резюме. Цель настоящего исследования — установить частоту распространенности, факторы риска и особенности клинического течения головной боли напряжения в популяции подростков г. Харькова. Проведено скрининговое исследование 2342 подростков — учеников харьковских школ в возрасте 13–17 лет с использованием опросника, диагностических критериев Международного общества головной боли, определение продолжительности, интенсивности головной боли, а также оценка влияния головной боли на повседневную активность. Установлено, что распространенность головной боли напряжения у подростков харьковских школ составила 61,1 %, при этом чаще наблюдалась ее редкая эпизодическая форма — у 59,7 %, частая эпизодическая форма — у 33,8 %. Хроническая форма головной боли напряжения отмечалась только у 6,5 % подростков. Наиболее частыми факторами риска были неблагоприятная обстановка в семье, низкая физическая активность, курение. Наличие головной боли напряжения оказывало негативное влияние на повседневную активность подростков.

Ключевые слова: головная боль напряжения, подростки, распространенность, факторы риска.

В 2011 году Всемирной организацией здравоохранения было доложено о результатах Глобальной кампании против головной боли под названием «Поднять бремя» (имеются в виду в первую очередь первичные формы головной боли — мигрень и головная боль напряжения (ГБН)), целью которой было улучшение оказания помощи людям, страдающим от головной боли. В результате такой деятельности был издан Атлас головной боли, который стал итогом мониторинга состояния этой проблемы во всех регионах мира: эпидемиологии, диагностики, социальной значимости, обучения и лечебных подходов. Информация была получена от 101 страны мира за 5-летний период, и ключевыми выводами этого анализа стали следующие [1, 2]:

— несмотря на то, что мигрень и ГБН распространены среди людей всех рас и географических регионов и являются преобладающим неврологическим расстройством человечества, их эпидемиология плохо документирована, и в мире они недостаточно диагностируются и лечатся;

— от половины до трех четвертей взрослых людей в мире от 18 до 65 лет страдали от головной боли в течение последнего года, около 10 % — страдают от мигрени, а 1,7–4 % — от головной боли более

15 дней в месяц, т.е. имеют хронические формы заболевания;

— в мире меньшая часть людей с головной болью получают профессиональную помощь в диагностике и лечении.

Данные о распространенности ГБН широко варьируют в разных регионах мира, но она наблюдается в среднем у 42 % взрослых. Эпизодическая ГБН (ЭГБН) является наиболее частым расстройством и регистрируется более чем у 70 % лиц в популяции, хроническая ГБН (ХГБН) поражает 1–3 % взрослых людей, хотя часто начинается в подростковом возрасте с возрастным пиком в 30 лет [3]. Данные о распространенности головной боли у детей и подростков также варьируют в широком диапазоне, наиболее частыми ее формами в данной категории являются первичные головные боли — мигрень и ГБН [4,

Адреса для переписки с авторами:

Дубенко Ольга Евгеньевна

E-mail: olgadubenko@mail.ru

Степанченко Константин Анатольевич

E-mail: kosty0516@gmail.com

© Дубенко О.Е., Степанченко К.А., 2015

© «Международный неврологический журнал», 2015

© Заславский А.Ю., 2015

5]. Имеются данные о том, что ГБН реже наблюдается у детей до 12 лет, частота ее нарастает с возрастом и выше у подростков [6, 7]. Отмечена тесная связь между ГБН у детей и психологическим стрессом, риск хронической ГБН возрастал при наличии неблагоприятной атмосферы в семье, разводе родителей. В отличие от группы детей с мигренью дети с ГБН имели больше психологических и поведенческих проблем [8, 9].

В Украине четкие данные о частоте ГБН у подростков отсутствуют, их диагностика зачастую остается неудовлетворительной [10]. В связи с этим мы провели собственное исследование, цель которого — изучить распространенность, структуру, факторы риска и особенности клинического течения ГБН у подростков в г. Харькове.

Материалы и методы

На первом этапе оценки распространенности головной боли у школьников проведено исследование в выборке из 2342 подростков обоих полов (из них — 1124 мальчика, 1218 девочек) в возрасте 13–17 лет в период профилактических осмотров в произвольно выбранных общеобразовательных школах, принадлежащих к разным социально-экономическим слоям населения г. Харькова. Использовали скрининг-анкеты, включающие данные о возрасте, поле, наличии головной боли. Для выявления головной боли использовали специально разработанную анкету и общепринятые диагностические критерии основных форм головной боли согласно МКБ-10 (шифр G 44.2) и Международному обществу по изучению головной боли (Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society, 2003) [11, 12]. Анкета включала данные о характере, стороне локализации, интенсивности, частоте, длительности, течении боли; симптомах, сопровождающих головную боль; факторах, облегчающих головную боль; возрасте начала головной боли; изменении самочувствия за некоторое время до приступа; самочувствии вне обострения, наличии других заболеваний. Для исключения вторичного характера головной боли обследуемым по показаниям проводились рентгенологическое исследование цервикального отдела позвоночника, ультразвуковая доплерография, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография головного мозга, консультация нейроофтальмолога, риноотоларинголога, стоматолога. Интенсивность боли оценивали по визуальной аналоговой шкале боли (ВАШ) [13]. Для оценки влияния головной боли на повседневную активность использовали шкалу RedMIDAS [14].

Статистическая обработка данных проведена общепринятыми методами с вычислением процентов с использованием компьютерной программы Microsoft Excel 2007. При оценке достоверности различий выборок использовали метод углового преобразования Фишера.

Результаты исследования и их обсуждение

По данным скринингового исследования, головные боли выявлены у 1879 школьников (80,2 %), отсутствие жалоб на головные боли фиксировали у 463 исследуемых (19,8 %). На втором этапе обследовано 1879 подростков (821 мальчик, 1058 девочек), у которых отмечено наличие головной боли для изучения ее структуры и клинических особенностей. Анализ заболеваемости в зависимости от пола выявил доминирование головной боли у девочек — 56,3 %, мальчики страдали от головной боли реже (43,7 %) ($p < 0,01$). Первичные головные боли зарегистрированы у 72,2 % подростков. Количество первичных и вторичных головных болей в зависимости от пола подростков представлено в табл. 1. Выявлено, что у девочек по сравнению с мальчиками чаще встречаются первичные головные боли (82 и 61,6 % соответственно, $p < 0,01$), тогда как среди мальчиков по сравнению с девочками чаще регистрировались вторичные головные боли (11,5 и 4,8 % соответственно, $p < 0,01$).

ГБН являлась наиболее частым вариантом головной боли у подростков г. Харькова и встречалась у 61,1 % учащихся, а среди первичных цефалгий составляла 84,6 % и чаще регистрировалась у девочек (69 %), чем у мальчиков (52,4 %). Такая же закономерность отмечалась и при мигрени: среди девочек — у 12,5 %, среди мальчиков — у 8,6 % ($p < 0,01$). Согласно международной классификации головной боли были также выделены формы ГБН: ЭГБН встречалась у 93,5 % подростков: нечастая ЭГБН (менее одного эпизода в месяц) — у 59,7 %; частая ЭГБН (не менее 10 эпизодов с частотой от 1 до 15 дней в месяц) — у 33,8 %; ХГБН (15 дней в месяц и более, не менее 180 дней в году) — у 6,5 % обследованных.

У детей с ГБН ($n = 1430$, из них 1337 — с ЭГБН и 93 — с ХГБН) проведен анализ факторов риска развития ГБН по разработанной нами анкете. Группу контроля составили 246 человек (118 мальчиков, 128 девочек) без головной боли. Для анализа факторов риска и клинических проявлений из общей группы подростков с ГБН выделено 3 группы ($n = 320$) с разными формами: с I формой (нечастая ЭГБН) — 141 чел., II формой (частая ЭГБН) — 123 чел., III формой (ХГБН) — 56 чел. в возрасте от 14 до 17 лет, из них 184 (57,5 %) девочки и 136 (42,5 %) мальчиков. Средний возраст девочек составил $15,8 \pm 1,2$ года, мальчиков — $16,1 \pm 1,3$ года. Группу контроля составили 50 клинически здоровых подростков (22 мальчика и 28 девочек), сопоставимых с лицами, страдающими ГБН, по полу и возрасту. Интеллектуальное развитие всех подростков соответствовало возрастной норме. При неврологическом обследовании отклонений от нормы выявлено не было.

У данных групп анкета включала следующие пункты: перенесенные (после года) заболевания (двигательная гиперактивность, моторная неловкость, импульсивность, нарушения сна, слабая прибавка в массе тела, избыточная масса тела); социально-бытовые факторы

(посещение спортивных секций, дополнительных предметных занятий, обеспечение детей собственным рабочим местом, неблагоприятные семейные психологические факторы, гипокинезия (продолжительность мышечной работы менее 10 часов в неделю, продолжительность малоподвижной работы более 5 часов в день)); курение (при стаже более 2 лет, бросил курить менее 2 лет назад); алкогольные эксцессы (систематический прием не реже 3 раз в месяц в дозе, превышающей 90 г спирта в неделю независимо от вида алкогольных напитков); психосоциальные факторы.

При анализе социально-бытовых факторов было выявлено, что подростки с ГБН достоверно реже посещали спортивные секции (27,3 % по сравнению с 38,2 % в контрольной группе ($p < 0,05$)) и имели больше дополнительных предметных занятий ($p < 0,01$). Продолжительность работы за компьютером у подростков с ГБН составляла $1,4 \pm 0,2$ часа при $1,0 \pm 0,4$ часа в группе контроля ($p < 0,05$). Достоверно чаще в основной группе подростков с ГБН встречалась плохая адаптация к дошкольным и школьным заведениям ($p < 0,01$). Не выявлено достоверных различий в таких факторах, как отсутствие отдельной комнаты (у детей с ГБН — 45,5 %, 48,2 % — у здоровых сверстников ($p > 0,05$)); недостаточное обеспечение детей собственным рабочим местом (12,6 и 14,4 % соответственно ($p > 0,05$)); количество свободного времени (у детей с ГБН — $4,5 \pm 1,5$ часа, у здоровых сверстников — $4,9 \pm 1,6$ часа ($p > 0,05$); вре-

мени просмотра телевизора (у детей с ГБН — $2,7 \pm 0,8$ часа, в контрольной группе — $2,5 \pm 1,3$ часа ($p > 0,05$)). При ГБН подростки достоверно чаще подвергались воздействию неблагоприятных семейных психологических факторов — в 79,3 % случаев при 49,6 % в контрольной группе ($p < 0,05$). При этом такие факторы, как ссоры родителей и развод родителей, носили достоверный характер во всех подгруппах подростков с ГБН ($p < 0,01$). Достоверно чаще у подростков со II и III формой ГБН отмечались алкогольные эксцессы ($p < 0,01$). Доминирующим по частоте фактором риска возникновения у подростков ГБ оказалось курение (41 %) ($p < 0,01$).

Анализ клинических симптомов показал, что продромальную симптоматику не отмечал ни один из пациентов. Среди провоцирующих факторов ГБН у подростков доминировало изменение погодных условий — у 185 человек (57,8 %), на втором месте отмечались эмоционально-стрессовые ситуации (стресс и расслабление после стресса) — у 121 подростка (37,2 %). При этом чаще подростки указывали на конфликты с учителями (31,9 %) и сверстниками (28,8 %), реже — с родителями (21,9 %). Такие провоцирующие факторы, как шум, недостаток сна, вестибулярная нагрузка, умственное перенапряжение, отмечались у 19,9 % детей с нечастой ЭГБН, у 22 % — с частой ЭГБН и у 48,2 % — с ХГБН. Реже в провокации ГБН играли роль такие факторы, как яркий свет (6,9 %), резкие запахи (9,7 %), алкоголь (3,4 %), избыток сна (4,7 %), голод

Таблица 1. Частота выявленных разных форм головной боли у подростков

Вид головной боли	Мальчики		Девочки		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Первичные головные боли	692	61,6	999	82**	1691	72,2
Мигрень	97	8,6	152	12,5**	249	10,6
Головная боль напряжения	589	52,4	841	69**	1430	61,1
Пучковая (кластерная) головная боль и другие тригеминальные автономные цефалгии	3	0,3	1	0,1	4	0,2
Другие первичные головные боли	3	0,3	5	0,4	8	0,3
Вторичные головные боли	129	11,5	59	4,8**	188	8
Головные боли, связанные с травмой головы и/или шеи	35	3,1	6	0,5**	41	1,8
Головные боли, связанные с сосудистыми поражениями головы и/или шейного отдела позвоночника	28	2,5	22	1,8	50	2,1
Головные боли, связанные с несосудистыми внутричерепными поражениями	13	1,2	5	0,4*	18	0,8
Головные и лицевые боли, связанные с нарушением структур черепа, шеи, глаз, ушей, носовой полости, пазух, зубов, ротовой полости или других структур черепа и лиц	17	1,5	6	0,5**	23	1,0
Краниальные невралгии, центральные другие лицевые боли	27	2,4	18	1,5	45	1,9
Другие вторичные головные боли	9	0,8	2	0,2**	11	0,5
Всего с головной болью	821	73	1058	86,9**	1879	80,2
Нет жалоб на головные боли	303	27	160	13,1**	463	19,8
Всего	1124	100	1218	100	2342	100

Примечания: достоверность различий по методу углового преобразования Фишера: * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$ при сопоставлении показателей мальчиков с показателями девочек.

(7,5 %), менструация (0,9 %), длительное пребывание в неудобном положении (4,1 %). Ни у одного из пациентов фактор провокации ГБН физической нагрузкой зафиксирован не был, хотя ее начало перед уроком физкультуры подростки отмечали в 9,7 % случаев (что, вероятнее всего, связано с нежеланием посещения самого урока, чем непосредственно с физической нагрузкой). Кроме того, 75 % опрошенных отмечали урежение или отсутствие головной боли во время выходных и каникул. Более половины подростков с ГБН (52,5 %) указывали на сочетание 2–4 факторов провокации головной боли, 61 (19,1 %) — на 5–8 факторов, 73 (22,8 %) подростка — на 1 фактор. Не смогли указать провоцирующий фактор 13 (4,1 %) подростков, большинство из которых имели II форму ГБН. Анализ облегчающих факторов ГБН показал, что лидирующую позицию занимает сон (60,9 %), второе место — прием анальгетиков (55,3 %). Интересен тот факт, что почти 38,4 % пациентов, которые для купирования ГБН использовали анальгетики, положительный эффект при этом отмечали не всегда. Реже ГБН купировали массаж в области шеи (у 11,3 % подростков), прием пищи (у 5,6 %), применение стягивающей повязки (у 2,5 %), тепла и холода на голову (у 2,2 и 2,5 % соответственно). Нередко (46,3 %) подростки указывали на сочетание нескольких методов облегчения боли, наиболее часто при сочетании сна и приема анальгетиков — 29,7 %. Необходимо подчеркнуть, что у 13,8 % подростков ГБН проходила самостоятельно, причем только у подростков с I и II формами ГБН, и больше — при I форме ГБН (22,7 %).

Средняя интенсивность ГБН по ВАШ составила $4,89 \pm 1,30$ балла, у девочек — $4,9 \pm 1,3$, у мальчиков — $4,6 \pm 1,2$. С возрастом ее интенсивность увеличивалась. Примечательно, что при I и II формах ГБН отсутствовала достоверная разница между разными полами, однако отмечалась тенденция к большим значениям интенсивности ГБ по ВАШ у мальчиков. При III форме ГБН зафиксирована достоверно выше оценка интенсивности ГБ у девочек ($p < 0,05$). При I форме ЭГБН продолжительность эпизодов чаще всего составляла 1–2 часа, при II форме головная боль чаще продолжалась от 2 часов до 1 суток (табл. 2).

При исследовании влияния ГБН на повседневную активность с использованием шкалы PedMIDAS отмечено, что у подростков с нечастой ЭГБН чаще всего отмечалось незначительное снижение повседневной активности с общим средним баллом по группе $4,1 \pm 1,2$, что в основном было связано со снижением работоспособности в школе. У подростков с частой ЭГБН достоверно чаще по сравнению с I формой ГБН отмечались легкая и умеренная степени снижения повседневной активности. Общий средний балл в этой группе пациентов составил $19,5 \pm 2,7$. Качество жизни этих подростков было снижено в основном за счет ухода с уроков в связи с головной болью, снижением работоспособности в школе. Они могли посещать различные мероприятия (дискотеки, вечеринки, путешествия, секции, дополнительные занятия и др.) и заниматься своими любимыми занятиями (хобби, телевизор, компьютерные игры, чтение, спорт), однако их активность в это время была снижена.

У подростков с ХГБН была достоверно выше легкая и умеренная степени снижения повседневной активности по сравнению с пациентами с I и II формами ГБН и реже отмечалась незначительная степень снижения повседневной активности. Средний балл по PedMIDAS также был достоверно выше по сравнению с пациентами с I и II формами ГБН и составил $32,0 \pm 4,9$. В этой группе чаще отмечались пропуски школьных занятий и различных мероприятий, снижение способности выполнять обычные домашние обязанности (приготовление пищи, уборка квартиры, покупки, стирка) и обслуживать себя (самим принимать пищу, одеваться, умываться). Наше исследование показало существенное влияние ГБН на повседневную активность у подростков, при этом степень снижения повседневной активности увеличивалась с нарастанием частоты и продолжительности головной боли, но никогда не достигала тяжелой недееспособности (табл. 3).

Таким образом, анализ распространенности ГБН у подростков в украинской популяции показал ее высокую частоту, которая составила 61,6 %, что несколько выше, чем в других популяционных исследованиях. Так, в популяции иранских подростков распространенность

Таблица 2. Распределение подростков в зависимости от длительности эпизодов ГБН

Длительность головной боли напряжения	I форма ГБН (n = 141)		II форма ГБН (n = 123)		III форма ГБН (n = 56)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
30 минут — 1 час	35	24,8**	1	0,8	0	0 [∞]
1–2 часа	63	44,7**	25	20,3**	0	0 [∞]
2–3 часа	26	18,4*	37	30,1**	0	0 [∞]
Более 3 часов (до 1 суток)	17	12,1**	37	30,1	23	41,1 [∞]
Несколько дней	0	0**	23	18,7*	22	39,3 [∞]
Неделя и более	0	0	0	0*	11	19,6 [∞]

Примечания: достоверность различий: * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$ при сопоставлении показателей больных с I и II формой ГБН; [∞] — $p < 0,01$; ^{∞∞} — $p < 0,001$ при сопоставлении показателей больных с I и III формой ГБН; * — $p < 0,01$; ** — $p < 0,001$ при сопоставлении показателей больных со II и III формой ГБН.

Таблица 3. Оценка снижения повседневной активности подростков с ГБН по шкале MIDAS

RedMIDAS ± (баллы)	I форма ГБН (n = 141)	II форма ГБН (n = 123)	III форма ГБН (n = 56)
Незначительная (0–5), %	90,1*	78,9*	48,2°
Легкая (6–10), %	9,9*	17,1*	37,5°
Умеренная (11–20), %	0**	4*	14,3°
Тяжелая (21 и более), %	0	0	0

Примечания: достоверность различий: * — $p < 0,05$; ****** — $p < 0,01$ при сопоставлении показателей больных с I и II формой ГБН; **°** — $p < 0,01$ при сопоставлении показателей больных с I и III формой ГБН; **°** — $p < 0,01$ при сопоставлении показателей больных со II и III формой ГБН.

ГБН составила 19,5 % [15], учащихся Мюнхена (Германия) — 48,7 % [16], до 52 % — в Польше [17]. При этом большинство исследователей ГБН у подростков отмечают важную роль эмоциональных стрессовых факторов, особенно неблагоприятной атмосферы в семье, в развитии хронизации ГБН. В нашем исследовании фактор хронического стресса играл ведущую роль. Важно отметить, что в аспекте риска развития и предупреждения ГБН описано немало клинических свидетельств того, что хронический стресс в раннем периоде жизни приводит не только к длительным изменениям в функционировании гипоталамо-гипофизарно-адреналовой оси, но и к структурным нейробиологическим изменениям в области префронтальной коры, миндалина мозга, что сопровождается уменьшением объема мозолистого тела и гиппокампа [18].

Лечебная стратегия при ГБН у детей и подростков разработана недостаточно четко. Для купирования нечастой ЭГБН рекомендованы аспирин, парацетамол, нестероидные противовоспалительные препараты (ибупрофен) [19]. Однако при частых головных болях нередко возникает проблема медикаментозной передозировки. В основе превентивного лечения при частых ЭГБН и ХГБН лежит модификация образа жизни и психологическая и поведенческая терапия. Так, большое исследование 1260 учащихся школ в Баварии в возрасте от 14 до 20 лет выявило ГБН у 48,7 % школьников, а также такие факторы риска ГБН, как низкая физическая активность, регулярное употребление кофе, алкогольных коктейлей и курение. Это позволило рекомендовать внедрение образовательных программ, направленных на изменение образа жизни и уменьшение частоты головной боли [16]. В отношении медикаментозных средств плацебо-контролируемые исследования отсутствуют, но предпочтение отдается амитриптилину [20].

Выводы

Частота ГБН у подростков школ г. Харькова составила 61,1 %, при этом самой распространенной формой была нечастая ЭГБН, хроническая ГБН наблюдалась только у 6,5 % подростков. Наиболее распространенными факторами риска являлись: неблагоприятная обстановка в семье (ссоры родителей, развод), курение, низкая физическая

активность. Наличие ГБН оказывало влияние на повседневную активность подростков, которое увеличивалось с нарастанием частоты и продолжительности ГБН.

Список литературы

1. Steiner T.J., Birbeck G.L., Jensen R. et al. The global Campaign, World Health Organization and Lifting The Burden: collaboration in action // *J. Headache Pain.* — 2011. — Vol. 12. — P. 273-274.
2. World Health Organization. Atlas of headache disorders and resources in the World 2011. — WHO, Geneva, 2011. — 69 p.
3. Stovner L., Hagen K., Jensen R. et al. The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide // *Cephalalgia.* — 2007. — Vol. 27. — P. 193-210.
4. Özge A., Termine C., Antonaci F. et al. Overview of diagnosis and management of paediatric headache. Part I: diagnosis // *J. Headache Pain.* — 2011. — Vol. 12(1). — P. 13-23.
5. Antilla P. Tension-type headache in childhood and adolescence // *Lancet Neurol.* — 2006. — Vol. 5(3). — P. 268-274.
6. Arruda M.A., Guidetti V., Galli F., Albuquerque R.C., Bigal M.E. Primary headaches in childhood — a population-based study // *Cephalalgia.* — 2010. — Vol. 30(9). — P. 1056-1064.
7. Wiendels N.J., van der Geest M.C., Neven A.K., Ferrari M.D., Laan N.A. Chronic daily headache in children and adolescent // *Headache.* — 2005. — Vol. 45. — P. 678-683.
8. Kaynak Key F.N., Donmtz S., Tuzun U., Epidemiological and clinical characteristics with psychosocial aspects of tension-type headache in Turkish college students // *Cephalalgia.* — 2004. — Vol. 24. — P. 669-674.
9. Sarioglu B., Erhan E., Serdaroglu G. et al. Tension-type headache in children: a clinical evaluation // *Pediatr. Int.* — 2003. — Vol. 45(2). — P. 186-189.
10. Шестова Е.П., Евтушенко С.К., Морозова Т.М., Евтушенко И.С., Омеляненко А.А. Первичная головная боль у детей и подростков // *Международный неврологический журнал.* — 2012. — № 4(50). — С. 13-19.
11. Classification Committee of the International Headache Society. The International Classification of Headache disorders. — 2nd ed. // *Cephalalgia.* — 2004. — Vol. 24, Suppl. 1. — P. 1-149.
12. Hershey A.D., Winner P., Kabbouche M.A. et al. Use of the ICHD-II criteria in the diagnosis of pediatric migraine // *Headache.* — 2005. — Vol. 45(10). — P. 1288-1297.
13. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации. — М.: Антидор, 2002. — 440 с.
14. Hershey A.D., Powers S.W., Vockell A.L., LeCates S., Kabbouche M.A., Maynard M.K. PedMIDAS: development of a

questionnaire to assess disability of migraine in children // *Neurology*. — 2001. — Vol. 57(11). — P. 2034-2039.

15. Ayatollahi S.M.T., Sahebi L., Haghghi A.B. Epidemiologic and clinical characteristics of migraine and tension-type headache among hospitals staff of Shiraz, (Iran) // *Acta medica Iranica*. — 2009. — Vol. 47(2). — P. 115-120.

16. Milde-Busch A., Blaschek A., Borggrfe I. et al. Associations of diet and Lifestyle with headache in high-school students: result from a cross-sectional study // *Headache*. — 2010. — Vol. 50(7). — P. 1104-1114.

17. Krasnik A. Headaches in the population of school children in Poznan // *Neurol. Neurochir. Pol.* — 1999. — Vol. 33, Suppl. 5. — P. 111-125.

18. Andersen S.L., Tomada A., Vincow E.S. et al. Preliminary evidence for sensitive period in the effect of childhood sexual abuse on regional brain development // *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* — 2008. — Vol. 20. — P. 292-301.

19. Dooley J. The evaluation and management of paediatric headache // *Paediatr. Child Health*. — 2009. — Vol. 14(1). — P. 24-30.

20. Hershey A.D., Powers S.W., Benti A.L., Degrauw T.J. Effectiveness of amitriptyline in the prophylactic management of childhood headache // *Headache*. — 2000. — Vol. 40. — P. 539-549.

Получено 02.09.15 ■

Дубенко О.Є., Степанченко К.А.
Харківська медична академія післядипломної освіти

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ТА КЛІНІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ГОЛОВНОГО БОЛЮ НАПРУГИ В ПІДЛІТКІВ М. ХАРКОВА

Резюме. Мета дослідження — установити частоту поширеності, фактори ризику та особливості клінічного перебігу головного болю напруги в популяції підлітків м. Харкова. Проведено скринінгове дослідження 2342 підлітків — учнів харківських шкіл віком 13–17 років із використанням опитувальника, діагностичних критеріїв Міжнародного товариства головного болю, визначення тривалості, інтенсивності головного болю, а також оцінку впливу головного болю на повсякденну активність. Установлено, що поширеність головного болю напруги в підлітків харківських шкіл становила 61,1 %, до того ж частіше спостерігалася його нечаста епізодична форма — у 59,7 %, часта епізодична форма — у 33,8 %. Хронічна форма головного болю напруги відмічалася тільки в 6,5 % підлітків. Найчастішими факторами ризику були несприятлива ситуація в родині, низька фізична активність, паління. Наявність головного болю напруги негативно впливала на повсякденну активність підлітків.

Ключові слова: головний біль напруги, підлітки, поширеність, фактори ризику.

Dubenko O.Ye., Stepanchenko K.A.
Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education,
Kharkiv, Ukraine

EPIDEMIOLOGIC AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF TENSION-TYPE HEADACHE AMONG ADOLESCENTS OF KHARKIV

Summary. The objective of this study — to determine the prevalence, risk factors and features of the clinical course of tension-type headache in the population of Kharkiv adolescents. We have carried out a screening study of 2,342 adolescents — pupils of Kharkiv schools aged 13–17 years using questionnaire, diagnostic criteria of the International Headache Society; duration, severity of headache were determined, as well as the impact of headache on daily activities. It was found that the prevalence of tension-type headache in adolescents of Kharkiv schools was 61.1 %, while its rare episodic form was more common — 59.7 %, frequent episodic form — 33.8 %. The chronic form of tension-type headache was detected in only 6.5 % of adolescents. The most frequent risk factors were the unfavorable situation in the family, physical inactivity, smoking. The presence of tension-type headaches had a negative impact on daily activities of adolescents.

Key words: tension-type headache, adolescents, prevalence, risk factors.