

# Влияние социальных факторов, клинических характеристик и коморбидных нарушений на качество жизни пациентов с головной болью напряжения

Ахмадеева Л.Р.<sup>1</sup>, Закирова Э.Н.<sup>1</sup>, Воеводин В.А.<sup>2</sup>, Магжанов Р.В.<sup>1</sup>

## Influence of social factors, clinical characteristics and comorbidities on the health related quality of life in patients with tension type headaches

Akhmadeyeva L.R., Zakirova E.N., Voevodin V.A., Magzhanov R.V.

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа  
Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова, г. Уфа

© Ахмадеева Л.Р., Закирова Э.Н., Воеводин В.А., Магжанов Р.В.

В статье приводятся результаты исследования влияния клинических параметров, социальных факторов и коморбидных нарушений (тревога, депрессия, нарушения сна) на качество жизни 95 больных с наиболее часто встречающейся формой первичных цефалгий — головной болью напряжения. Для исследования качества жизни в работе использовался Medical Outcomes Study Short Form-36 (MOS SF-36). Определено значительное влияние на качество жизни пациентов с хронической и эпизодической частой головной болью напряжения коморбидных нарушений (тревоги и депрессии). Тревога у этих пациентов в большей степени связана с психическим здоровьем, жизненной активностью и общим состоянием здоровья. У пациентов с хроническими головными болями напряжения депрессия связана с физическим функционированием, при частых эпизодических головных болях напряжения — с социальным функционированием и ролевым функционированием, обусловленным эмоциональным состоянием.

Here we present the results of our study of the influence of clinical and social parameters as well as co-morbidities (as anxiety, depression, sleep disturbances) on the health related quality of life of 95 patients with the most often met primary cephalgias — tension type headache. We used MOS-SF36 (Medical Outcomes Study Short Form-36) as the main instrument to measure health related quality of life. Significant influence of anxiety and depression on the quality of life in patients with both frequent episodic and chronic tension type headache was reported. Anxiety in these patients was mostly associated with psychic health, general health and vitality. In patients with chronic tension type headaches depression was associated with physical functioning; in those with frequent episodic tension type headaches — with social functioning and role functioning due to emotional state.

### Введение

Большая распространенность первичных цефалгий (в среднем 42% взрослых всего мира страдают головной болью напряжения (ГБН)), а также постоянная тенденция к росту заболеваемости головной болью среди лиц молодого трудоспособного возраста имеют серьезные социально-экономические последствия, что связано со снижением качества жизни (КЖ) этих пациентов, и вызывают интерес к данной проблеме [2, 3, 7, 8]. На протяжении многих лет в понятие «качество жизни» разные исследователи

вкладывали различный смысл — чувство удовлетворения жизнью [6]; субъективное восприятие здоровья [5]; психосоциальную и физическую адаптацию [10]. Сейчас под КЖ следует понимать уровень благополучия и удовлетворенности теми сторонами жизни (своим физическим, психологическим и социальным состоянием), на которые влияют болезни, несчастные случаи или их лечение, особенности культуры, цели и стандарты самого индивидуума. Ценнейшее свойство КЖ — наряду с традиционным медицинским заключением, сделанным врачом, дать возможность учесть мнение само-

го больного, составить максимально полную и объективную картину болезни и ее последствий [4].

Цель работы — установить влияние клинко-психологических и социальных факторов на качество жизни пациентов с головной болью напряжения.

## Материал и методы

В исследование вошли 95 пациентов с ГБН, которые были отобраны на базе стационарного неврологического отделения поликлиники Республиканской клинической больницы им. Г.Г. Куватова и отделения неврологии клиники Башкирского государственного медицинского университета (г. Уфа). Все пациенты дали формальное устное согласие на участие в исследовании. Критерием включения в исследование был диагноз частой эпизодической и хронической ГБН, установленный в соответствии с диагностическими критериями 2-й редакции Международной классификации головной боли (2003) [9].

В выборку не вошли пациенты с органическим поражением нервной системы, тяжелыми соматическими заболеваниями, болевыми синдромами другой локализации. Пациенты с ГБН отвечали на психологические тесты в период отсутствия головной боли или на фоне головной боли небольшой интенсивности, не мешающей объективным ответам.

Клинко-неврологический метод включал клиническое интервью и традиционный неврологический осмотр. Клиническое интервью проводилось по единому плану в соответствии со специально разработанной формализованной картой обследования пациентов с первичными цефалгиями.

Для оценки интенсивности боли использовалась 100-балльная визуальная аналоговая шкала (ВАШ), цифрами обозначались баллы от 0 до 100 (0 — отсутствие боли, 100 — максимальная выраженность боли). Пациенты отмечали среднюю интенсивность боли, которую они испытывали.

Всем пациентам была проведена нейровизуализация (компьютерная томография и маг-

нитно-резонансная томография головного мозга) для исключения вторичного характера головной боли.

Нейропсихологическое исследование было направлено на оценку актуального психологического состояния (уровень депрессии и тревоги) и проводилось с использованием следующих шкал:

1. Шкала Бека — для определения наличия и степени выраженности депрессивных расстройств, заполняемая пациентом, и шкала Гамильтона, заполняемая врачом. При общей сумме баллов по шкале Бека выше 19 можно предположить наличие клинической депрессии (10–15 — мягкая степень, 16–19 — мягкоумеренная, 20–29 — умеренно сильная, 30–63 — сильная степень выраженности депрессии). Диапазон оценок после суммирования по каждой подшкале опросника Гамильтона подразделяется на три области значений: от 0 до 6 баллов свидетельствует об отсутствии депрессивного эпизода, от 7 до 15 — о малом депрессивном эпизоде, больше 16 — о большом депрессивном эпизоде.

2. Тест Спилбергера — для определения уровня личностной и реактивной тревожности (в модификации Ю.Л. Ханина). При анализе результатов самооценки необходимо учитывать, что общий итоговый показатель по каждой субшкале может находиться в диапазоне от 20 до 80 баллов. При интерпретации показателей используются следующие диапазоны оценок тревожности: до 30 баллов — низкая, 31–44 балла — умеренная, 45 и более — высокая.

3. Анкета балльной оценки сна использовалась для оценки жалоб на нарушения сна. Оценку проводили по 5-балльной шкале. Максимальная суммарная оценка 30 баллов (22 балла и более — сон нормальный, 19–21 балл — пограничные значения, менее 19 баллов — сон нарушен).

4. Для оценки КЖ использована русская, валидизированная компанией «Эвиденс-Клинко-фармакологические исследования» версия опросника MOS SF-36, состоящая из 8 шкал — физическое функционирование (ФФ), ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (РФ), интенсивность боли (ИБ), об-

щее состояние здоровья (ОЗ), жизненная активность (ЖА), социальное функционирование (СФ), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (РФ), психическое здоровье (ПЗ). Максимальное значение по каждой из шкал — 100 баллов.

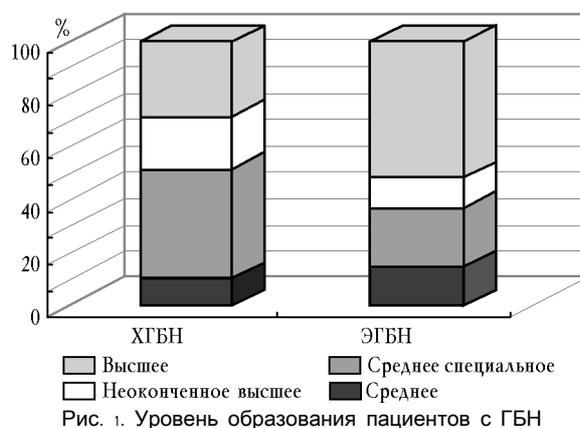
Статистическая обработка материала осуществлялась с помощью программ SPSS 11.5 и Statistica 6.0. Для анализа распределения признаков в зависимости от количества больных в группах были использованы критерии Колмогорова–Смирнова (50 человек) и Шапиро–Уилкса (менее 50 человек). Так как распределение большинства признаков не соответствовало закону нормального распределения, для расчетов использованы непараметрические методы. Учитывая количество выборок, количество больных в группах, особенность распределения (отличное от нормального), гомогенность дисперсий, независимость выборок, воспользовались непараметрическим критерием Краскала–Уоллиса для выявления различий между выборками по определенному показателю. Для утверждения, что уровень выраженности признака в какой-то из сравниваемых выборок выше или ниже, произвели парное соотношение выборок по *U*-критерию Манна–Уитни. Анализ зависимостей осуществлялся с помощью рангового коэффициента корреляции *r* Спирмена (с учетом величины *p*) для распределений, отличающихся от нормального. При *p* < 0,05 различия считались достоверными.

## Результаты и обсуждение

За исследуемый период 2003–2008 гг. было осмотрено 95 пациентов, среди которых хронической головной болью напряжения (ХГБН) страдали 63,2% (60 человек), эпизодической частой головной болью напряжения (ЭГБН) — 36,8% (35 человек). Как и в популяции в целом, в данной выборке преобладали женщины: среди больных ХГБН — 70% (42 человек), среди больных ЭГБН — 77,1% (27 человек). Мужчины составляли в группе пациентов с ХГБН 30% (18 человек), в группе больных ЭГБН — 22,9% (8 человек). Средний возраст больных ХГБН составил ( $35,33 \pm 1,32$ ) года (от 20 до 56 лет), пациентов с ЭГБН — ( $30,17 \pm 1,12$ ) года (от 21 до 48

лет); при сравнении среднего возраста различия не значимы.

Во всех исследуемых группах пациентов с первичными головными болями преобладали жители города. Уровень образования пациентов представлен на рис. 1. В группе пациентов с ХГБН преобладали люди со средним специальным образованием (41,7%, 25 человек), а среди пациентов с ЭГБН — с высшим образованием (51,4%, 18 человек). Интенсивность головной боли по ВАШ в группе пациентов с ХГБН — ( $62,22 \pm 1,72$ ) балла (от 40 до 100 баллов) и ЭГБН — ( $57,57 \pm 2,53$ ) балла (29–100 баллов) и значимо не различалась между группами.



Пациенты с ХГБН испытывали головную боль в среднем ( $22,75 \pm 0,93$ ) дня в месяц, ЭГБН — ( $8,80 \pm 0,66$ ) дня в месяц. У пациентов с ХГБН наиболее частыми провоцирующими или усиливающими боль факторами были эмоциональный стресс (у 90% пациентов), перемена погоды (83%), недостаток отдыха (73%) и нарушения сна (67%); реже — алкоголь (30%), голод (27%), холод (25%) и вестибулярные раздражители (23%). У пациентов с ЭГБН наиболее часто боль провоцировали эмоциональный стресс (у 91% пациентов), недостаток отдыха (83%), перемена погоды (69%) и нарушения сна (46%); реже — голод (23%), менструация (17%) и холод (11%) (рис. 2). На момент обследования средняя длительность заболевания составила у больных ХГБН ( $11,20 \pm 0,97$ ) года, ЭГБН — ( $7,69 \pm 0,92$ ) года.



Рис. 2. Провоцирующие головную боль факторы

По результатам теста Ч.Д. Спилбергера, у пациентов с хронической головной болью напряжения имеется высокий уровень тревожности, как реактивной, так и личностной ( $(51,45 \pm 1,01)$  и  $(54,2 \pm 0,95)$  балла соответственно); у пациентов с ЭГБН – умеренный уровень реактивной тревожности ( $(44,66 \pm 1,5)$  балла) и высокий уровень личностной тревожности ( $(49,6 \pm 1,34)$  балла). По результатам проведенного тестирования по шкале депрессии Бека у пациентов с ХГБН была выявлена умеренно сильная депрессия ( $(28,48 \pm 0,77)$  балла), а по шкале Гамильтона – большой депрессивный эпизод ( $(19,72 \pm 0,51)$  балла). Пациенты с эпизодической частой ГБН имеют мягкоумеренную степень депрессии по шкале Бека ( $(16,54 \pm 0,76)$  балла), по шкале Гамильтона – малый депрессивный эпизод ( $(10,23 \pm 0,53)$  балла) (рис. 3). Наличие нарушений сна определяли с помощью анкеты балльной оценки сна. Субъективно пациенты оценивали свой сон следующим образом: средний балл у больных ХГБН составил  $(12,03 \pm 0,43)$  балла; у больных ЭГБН –  $(18,31 \pm 0,43)$  балла, что ниже нормы.

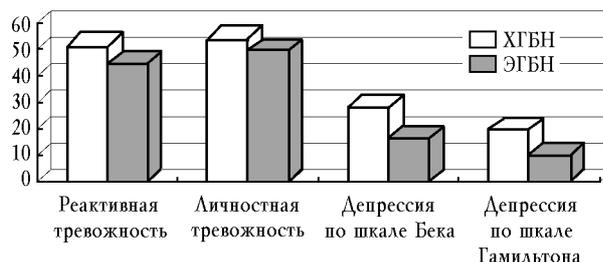


Рис. 3. Уровень тревоги и депрессии у пациентов с ЭГБН и ХГБН

Как показали собственные предыдущие исследования [1], КЖ пациентов с различными видами первичных цефалгий, по результатам опросника SF-36, снижено по всем составляющим качества жизни и значительно различается между группами. Данные по головным болям напряжения представлены на рис. 4.

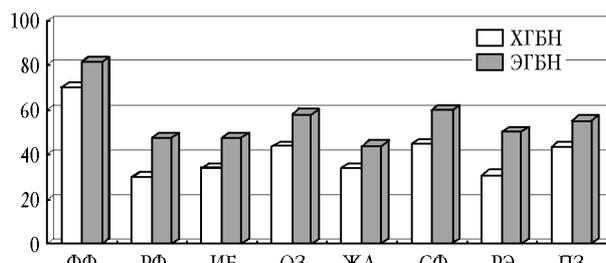


Рис. 4. Качество жизни пациентов с хронической и эпизодической головной болью напряжения

У пациентов с ХГБН для оценки влияния интенсивности головной боли на КЖ проведен корреляционный анализ между шкалами SF-36 и результатами ВАШ, при котором не было найдено ни одной значимой связи. Как видно, характеристика самой боли (ее интенсивность) не оказывает влияния на качество жизни.

Для оценки влияния продолжительности болезни сравнили КЖ трех групп пациентов: с длительностью заболевания менее 10 лет; с длительностью болезни 10–20 лет; с длительностью заболевания более 20 лет.

Значимое различие было зафиксировано по шкале ИБ между первой и третьей группами ( $p = 0,038$ ). Пациенты с более длительным течением заболевания ощущают более интенсивную боль, которая сильнее ограничивает повседневную активность. При проведении корреляционного анализа установлена обратная зна-

чимая связь между продолжительностью болезни и физическим функционированием ( $r = -0,26$ ;  $p = 0,044$ ).

Оценивая влияние провоцирующих факторов на качество жизни пациентов с ХГБН, не выявили значимых связей шкал SF-36 ни с одним провокатором.

Результаты анализа зависимости КЖ от тревоги и депрессии представлены в табл. 1.

Таблица 1  
Коэффициент корреляции  $r$  Спирмена между показателями качества жизни и психологическими данными у пациентов с ХГБН

Показатель	РТ	ЛТ	Депрессия по шкале Гамильтона	Депрессия по шкале Бека
ФФ	$r = -0,389^{**}$ $p = 0,02$	$r = -0,265^*$ $p = 0,041$	$r = -0,36^{**}$ $p = 0,005$	$r = -0,42^{**}$ $p = 0,001$
РФ	$r = 0,084$ $p = 0,525$	$r = -0,053$ $p = 0,689$	$r = -0,069$ $p = 0,6$	$r = -0,207$ $p = 0,113$
ИБ	$r = 0,008$ $p = 0,951$	$r = -0,049$ $p = 0,71$	$r = 0,21$ $p = 0,108$	$r = -0,109$ $p = 0,408$
ОЗ	$r = -0,338^{**}$ $p = 0,008$	$r = -0,274^*$ $p = 0,034$	$r = -0,047$ $p = 0,723$	$r = -0,03$ $p = 0,82$
ЖА	$r = -0,442^{**}$ $p = 0,0001$	$r = -0,355^{**}$ $p = 0,005$	$r = -0,035$ $p = 0,79$	$r = -0,273^*$ $p = 0,035$
СФ	$r = -0,09$ $p = 0,485$	$r = -0,08$ $p = 0,54$	$r = -0,014$ $p = 0,139$	$r = -0,214$ $p = 0,101$
РЭ	$r = -0,177$ $p = 0,177$	$r = -0,127$ $p = 0,332$	$r = -0,06$ $p = 0,6$	$r = -0,207$ $p = 0,014$
ПЗ	$r = -0,559^{**}$ $p = 0,0001$	$r = -0,558^{**}$ $p = 0,0001$	$r = -0,266^*$ $p = 0,04$	$r = -0,343^*$ $p = 0,007$

У пациентов с ХГБН на шкалу ПЗ в большей степени влияет тревожность (личностная и реактивная) —  $r = -0,56$ ;  $p = 0,0001$  (рис. 5), нежели депрессия —  $r = -0,34$ ;  $p = 0,007$ .

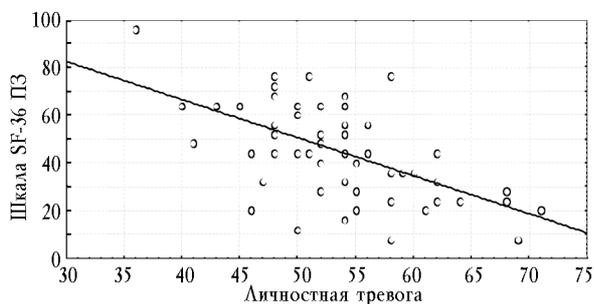


Рис. 5. Взаимосвязь шкалы SF-36 ПЗ с личностной тревогой у пациентов с хронической головной болью напряжения

Реактивная и личностная тревожность также является определяющей для жизненной актив-

ности (ЖА) и общего состояния здоровья (ОЗ) пациентов. Обнаружена значимая обратная корреляционная связь шкалы жизненной активности пациентов с уровнем реактивной ( $r = -0,44$ ;  $p = 0,0001$ ) и личностной тревоги ( $r = -0,355$ ;  $p = 0,005$ ). Также зафиксирована достоверная обратная корреляционная связь между оценкой больным своего состояния здоровья в настоящий момент и реактивной ( $r = -0,338$ ;  $p = 0,008$ ) и личностной тревожностью ( $r = -0,274$ ;  $p = 0,034$ ).

У пациентов с ХГБН выявлена значимая корреляционная связь шкалы ФФ с депрессией ( $r = -0,4$ ;  $p = 0,001$ ) и уровнем реактивной тревожности ( $r = -0,389$ ;  $p = 0,02$ ).

Ни тревога, ни депрессия не оказывают сколько-нибудь значимого влияния на такие составляющие качества жизни, как ролевое функционирование, обусловленное физическим и эмоциональным состоянием, интенсивность боли и социальное функционирование.

Для оценки влияния нарушений сна на качество жизни больных с ХГБН был проведен корреляционный анализ между показателем анкеты балльной оценки сна и шкалами SF-36. Не было обнаружено ни одной значимой связи между исследуемыми показателями.

Для оценки влияния пола на качество жизни сравнили восемь шкал SF-36 между мужчинами и женщинами. У мужчин по всем составляющим КЖ, кроме шкал социального функционирования и ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием, средний балл был выше. Значимый уровень был достигнут по шкале ФФ ( $p = 0,01$ ), физическая активность мужчин с ХГБН выше. Оценивая влияния возраста на КЖ пациентов с ХГБН, провели корреляционный анализ между шкалами SF-36 и возрастом. Оказалось, что возраст имеет значимую связь с показателями физического здоровья: физическим функционированием ( $r = -0,33$ ;  $p = 0,01$ ) и ролевым функционированием, обусловленным физическим состоянием ( $r = -0,38$ ;  $p = 0,003$ ). Для оценки влияния места проживания на качество жизни пациентов с ХГБН провели попарное сравнение шкал SF-36 между двумя группами: больные, проживающие в городе, и больные, проживающие в селе. Ре-

зультаты городских жителей по всем шкалам SF-36 были выше, по четырем составляющим достигли уровня значимости. Проживание в сельской местности оказывает значительное влияние на социальное функционирование ( $p = 0,014$ ), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием ( $p = 0,012$ ), ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием ( $p = 0,048$ ), и жизненную активность ( $p = 0,047$ ). Уровень образования пациентов с ЭГБН не влияет на качество жизни, в исследовании не получено значимых различий КЖ в зависимости от образования.

Для определения влияния на КЖ пациентов с ЭГБН характеристик головной боли оценивали влияние интенсивности, частоты (количество дней в месяц) головной боли, продолжительность заболевания (годы). Корреляционный анализ между шкалами SF-36 и ВАШ показал, что имеется достоверная положительная связь со шкалой социального функционирования ( $r = 0,59$ ;  $p = 0,0001$ ). Таким образом, чем выше социальная активность пациента, тем более сильную головную боль он испытывает. Количество дней головной боли в месяц имеет достоверную обратную корреляцию лишь с физическим функционированием —  $r = 0,43$ ;  $p = 0,01$ . Чем чаще испытывают пациенты головную боль, тем меньше их физическая активность. Для оценки влияния продолжительности болезни на КЖ разделили пациентов на две группы: болеющие менее

10 лет и болеющие 10 лет и более. Парное сравнение этих групп показало, что пациенты с менее длительным анамнезом головной боли имеют значимо низкие баллы по шкалам ИБ ( $p = 0,006$ ) и ПЗ ( $p = 0,04$ ). Возможно, в начале болезни боль пациентами воспринимается интенсивнее, вызывая тревогу за здоровье, а с годами человек привыкает, смиряется с болью, не реагируя на нее так бурно. Корреляционный анализ также выявил достоверную положительную связь продолжительности болезни со шкалой интенсивности боли ( $r = 0,569$ ;  $p = 0,0001$ ). Не обнаружено значимого влияния провоцирующих факторов ни на одну из восьми состав-

ляющих КЖ пациентов с эпизодической частой головной болью напряжения.

Для оценки влияния тревоги и депрессии на КЖ пациентов с ЭГБН провели корреляционный анализ (табл. 2).

Таблица 2  
Коэффициенты корреляции  $r$  Спирмена между показателями качества жизни и психологическими данными у пациентов с ЭГБН

Показатель	РТ	ЛТ	Депрессия по шкале Гамильтона	Депрессия по шкале Бека
ФФ	$r = -0,527^{**}$ $p = 0,001$	$r = -0,405^*$ $p = 0,016$	$r = -0,549^{**}$ $p = 0,001$	$r = -0,439^{**}$ $p = 0,008$
РФ	$r = 0,085$ $p = 0,629$	$r = -0,002$ $p = 0,992$	$r = -0,271$ $p = 0,116$	$r = -0,363^*$ $p = 0,03$
ИБ	$r = 0,188$ $p = 0,28$	$r = -0,139$ $p = 0,425$	$r = 0,37$ $p = 0,834$	$r = -0,148$ $p = 0,395$
ОЗ	$r = -0,382^*$ $p = 0,024$	$r = -0,382^*$ $p = 0,024$	$r = -0,224$ $p = 0,195$	$r = -0,183$ $p = 0,291$
ЖА	$r = -0,408^*$ $p = 0,015$	$r = -0,387^*$ $p = 0,022$	$r = -0,443$ $p = 0,008$	$r = -0,320$ $p = 0,06$
СФ	$r = -0,176$ $p = 0,312$	$r = -0,102$ $p = 0,562$	$r = -0,384^*$ $p = 0,023$	$r = -0,29$ $p = 0,09$
РЭ	$r = -0,073$ $p = 0,675$	$r = -0,027$ $p = 0,877$	$r = -0,405^*$ $p = 0,016$	$r = -0,139$ $p = 0,425$
ПЗ	$r = -0,394^*$ $p = 0,019$	$r = -0,299$ $p = 0,081$	$r = -0,297$ $p = 0,08$	$r = -0,171$ $p = 0,325$

У пациентов с ЭГБН тревога и депрессия оказывают практически равное сильное влияние на физическую активность (выявлена достоверная обратная корреляционная связь —  $r = -0,5$ ;  $p = 0,001$ ).

Тревожность, как реактивная, так и личностная, оказывает значимое влияние на ЖА и ОЗ пациентов. Обнаружена достоверная обратная корреляционная связь между оценкой больным своего общего состояния здоровья в настоящий момент и уровнем реактивной и личностной тревоги ( $r = -0,382$ ;  $p = 0,024$ ). Также зафиксирована достоверная обратная корреляционная связь между жизненной активностью пациентов и реактивной ( $r = -0,408$ ;  $p = 0,015$ ) и личностной ( $r = -0,387$ ;  $p = 0,022$ ) тревожностью. Выявлена достоверная обратная корреляционная связь между уровнем депрессии по шкале Гамильтона и шкалами социального функционирования и ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием ( $r = -0,384$ ;  $p = 0,023$  и  $r = -0,405$ ;  $p = 0,016$  соответственно). Для состояния психического здоровья пациентов с

ЭГБН значение имеет лишь реактивная тревожность ( $r = -0,394$ ;  $p = 0,019$ ). Интересно, что ни депрессия, ни тревога не оказывают значимого влияния на шкалу ИБ ( $p > 0,05$ ).

В данном исследовании не установлено значимого влияния нарушений сна, оцененных по анкете балльной оценки сна, на качество жизни больных с ЭГБН.

Для оценки влияния пола на качество жизни сравнили результаты восьми шкал SF-36 между мужчинами и женщинами, страдающими ЭГБН. Средний балл по всем шкалам у женщин, включая шкалы физического функционирования, жизненной активности и психического здоровья, был выше, чем у мужчин, не достигающий уровня значимости. Оценивая влияния возраста на КЖ пациентов с ЭГБН, провели корреляционный анализ между шкалами SF-36 и возрастом. Оказалось, что возраст не имеет значимой корреляционной связи ни с одним показателем КЖ. Уровень образования пациентов с ЭГБН значимо не влияет на качество жизни. При проведении анализа влияния места проживания (город, село) на КЖ пациентов с ЭГБН не было обнаружено значимых связей.

## Выводы

1. Качество жизни пациентов с ХГБН не зависит от интенсивности головной боли, из основных характеристик приступов более важной для КЖ является длительность самого заболевания, влияющая лишь на физическую активность; качество жизни пациентов с ЭГБН в большей степени зависит от интенсивности головной боли (страдает социальное функционирование), нежели от частоты приступов и продолжительности болезни.

2. Нарушения сна не оказывают влияния на КЖ пациентов с ГБН.

3. Основное влияние на КЖ при головной боли напряжения оказывают тревога и депрессия. Причем как при ХГБН, так и при ЭГБН тревожность является определяющей для психического здоровья, жизненной активности и

общего состояния здоровья. При ХГБН депрессия в основном влияет на физическое функционирование; при ЭГБН депрессия влияет на социальное функционирование и ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием. На физическое функционирование пациентов с ЭГБН в равной степени оказывает влияние и тревога, и депрессия.

4. При ХГБН из социальных факторов значимое влияние оказывает место проживания, влияя в основном на психологический компонент здоровья; при ЭГБН ни один из социальных факторов не оказывает значимого влияния на КЖ.

*Работа выполнена с использованием средств гранта Президента Российской Федерации для поддержки молодых российских ученых МД-1195.2008.7.*

## Литература

1. *Ахмадеева Л.Р., Закирова Э.Н., Сетченкова Н.М., Магжанов Р.В.* Проблема боли в неврологии: оценка качества жизни при наиболее частых формах первичных цефалгий и дорсалгий // *Боль*. 2008. № 1 (18). С. 20–23.
2. *Вейн А.М.* Болевые синдромы в неврологической практике. М.: «МЕДпресс-информ», 2001. 368 с.
3. *Исмагилов М.Ф., Якупов Р.А., Якупова А.А.* Головная боль напряжения. Казань: Медицина, 2001. 132 с.
4. *Новик А.А., Ионова Т.И., Кайнд П.* Концепция исследования качества жизни в медицине. СПб.: Элби, 1999. 139 с.
5. *Guyatt G.H., Jaeschke R.* Measurements in clinical trials: choosing the appropriate approach // In: Spilker B., ed. *Quality of Life Assessments in Clinical Trials*. New York: Raven Press Publishers, 1990. P. 37–46.
6. *Hörnquist J.O.* The concept of quality of life // *Scand. J. Soc. Med.* 1982. V. 10. P. 57–61.
7. *Lipton R.B., Bigal M.E.* Headache as a real disease // *Headache*. 2008. V. 48. P. 707–710.
8. *Stovner L.J., Hagen K., Jensen R. et al.* The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide // *Cephalalgia*. 2007. V. 27. P. 193–210.
9. *The International Classification of Headache Disorders 2-nd Edition*. Cephalalgia // *An International Journal of Headache*. 2004. V. 24. № 1. P. 9–160.
10. *Wenger N.K., Mattson M.E., Furberg C.D., Elinson J., eds.* *Assessment of Quality of Life in Clinical Trials of Cardiovascular Therapies*. Washington, DC: Le Hacq, 1984. P. XI–XV.