

Хроническая головная боль напряжения: пути решения проблемы

Н.А.Чугунова, Е.В.Воронцова, Г.В.Толмачева
Новороссийский клинический центр
Федерального медико-биологического
агентства России, Новороссийск

Цель исследования: оценить эффективность сочетания медикаментозной и краниосакральной терапии при хронической головной боли напряжения. *Материал и методы.* Обследовано 63 больных с хронической головной болью напряжения. Оценивались выраженность болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале боли, тревожно-депрессивного синдрома по госпитальной шкале тревоги и депрессии, частота приступов цефалгии. *Результаты и заключения.* Сочетание медикаментозной терапии головной боли напряжения (ГБН) с краниосакральной терапией оказывает более эффективное влияние на выраженность болевого синдрома, на динамику коморбидных ГБН тревожно-депрессивных расстройств и частоту приступов цефалгий у пациентов, страдающих хронической головной болью напряжения.

Ключевые слова: головная боль напряжения, тревожно-депрессивный синдром, краниосакральная терапия.

Chronic Tension Headache: Ways to Solve the Problem

N.A.Chugunova, E.V.Vorontsova,
V.G.Tolmacheva
Novorossiysk Clinical Center of the Federal
Medical-Biological Agency of Russia,
Novorossiysk

Objective. To evaluate the efficacy of combining medication and craniosacral therapy for chronic tension headache. *Material and methods.* 63 patients with chronic tension headache were examined. The severity of pain syndrome was assessed on the visual analog scale of pain, anxiety-depressive syndrome – on the hospital scale of anxiety and depression, the frequency of cephalalgia attacks was also assessed. *Results and conclusions.* The combination of drug therapy and craniosacral therapy for tension-type headache has more influence on the intensity of pain syndrome, on the dynamics of tension-type headache of comorbid anxiety-depressive disorders, and the frequency of attacks of cephalalgia in patients with chronic tension headache.

Keywords: tension headache, anxiety-depressive syndrome, craniosacral therapy.

Введение

Головная боль напряжения (ГБН) – один из наиболее распространенных видов цефалгии, относящийся

к первичным головным болям, согласно 2-му изданию международной классификации головных болей (МКГБ-II). По данным ряда метаанализов, удельный вес ГБН в мире варьируется от 46 до 64% [1,2]. При этом, по мнению S.D.Silberstein и соавт., частота верификации болезни может достигать 91% у мужчин и 96% у женщин [3, 4].

В России, по данным Г.В.Горностаевой и соавт. [3], встречаемость ГБН достигает 67% в возрастном диапазоне от 35 до 60 лет.

В основе патогенеза хронизации ГБН лежит развитие центральной и периферической сенситизации, дисфункции ноци- и антиноцицептивных систем. Реализация данного феномена происходит на фоне избыточной и длительной миофасциальной периферической активации и генетической предрасположенности. Оба неблагоприятных фактора приводят в конечном итоге к ошибочному восприятию стимулов от перикраниальной мускулатуры как ноцицептивных, которые в норме не воспринимались как болевые [1, 5].

Известно, что реализация терапии хронической и частой эпизодической форм ГБН основывается на мультимодальном подходе [1, 2], в частности, на немедикаментозных методах и профилактической фармакотерапии.

Несмотря на значительное количество публикаций, определяющих тактику ведения больных ГБН, в отечественной и зарубежной литературе работ, посвященных анализу приемлемости сочетания традиционной медикаментозной терапии и краниосакральной терапии, в доступном публикационном пространстве нами не найдено.

К немедикаментозным методам терапии хронической и частой эпизодической форм ГБН относятся:

- метод электромиографической биологической обратной связи (уровень доказательности А);
- когнитивно-поведенческая терапия;
- физиотерапия;
- иглорефлексотерапия (уровень доказательности С) [2, 5].

В качестве профилактики приступов при хронической ГБН рекомендованы к назначению следующие препараты: amitriptilin (уровень доказательности А), уровень доказательности имеют миртазапин, венлафаксин, мапротилин, миансерин [2, 5].

Все вышеизложенное определило цель исследования: оценить эффективность сочетания медикаментозной и краниосакральной терапии у больных ГБН.

Материалы и методы

Дизайн исследования. В проспективное когортное наблюдательное исследование были включены больные, проживающие в Краснодарском крае и Республике Адыгея, за период с 2016–2018 гг. Все больные наблюдались в Новороссийском клиническом центре Федерального медико-биологического агентства. На этапе включения в исследование ими подписано письменное информированное согласие, согласно этическим нормам Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации (World Medical Association Declaration of Helsinki, 1975, 1983, 1989, 2000, 2008).

Пациенты разделены на две группы, в зависимости от вида проведенного лечения. Группа I (n=27) сформирована из 5 мужчин и 22 женщин; группа II (n=36) включала в себя 9 мужчин и 27 женщин. Средний возраст больных составил 37,8 лет (s=6,9).

Критерии включения: первичная головная боль напряжения, имеющий хронический тип течения заболевания.

Критерии исключения: вторичные формы ГБ, прием нестероидных противовоспалительных препаратов, аллергические реакции на использованные в исследовании лекарственные препараты, беременность, сердечная недостаточность в стадии декомпенсации, нарушение внутрисердечной проводимости, доброкачественная гиперплазия предстательной железы, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии обострения, острые заболевания печени и/или почек с выраженным нарушением их функции, заболевания крови (противопоказания к лечению данной группой препаратов).

Всем больным в качестве препарата для профилактики частых приступов цефалгий назначался трициклический антидепрессант amitриптилин (12,5–25 мг/сут). Курс терапии составил 3 мес.

Пациенты группы I (n=27) получали медикаментозное лечение в сочетании с краниосакральной терапией (КСТ) в режиме ежедневных сеансов, продолжительностью 40 мин, №7–10. Методика КСТ базируется на понятии, согласно которому в организме человека осуществляются ритмичные колебания. Также учитываются движения позвоночника, крестца, костей черепной коробки, оболочек спинного и головного мозга и циркуляция спинномозговой жидкости. Взаимодействие всех элементов данной системы формирует первичный дыхательный механизм или краниосакральный ритм. В основе метода лежат мягкие мануальные техники.

Больные группы II (n=36) находились на монотерапии amitриптилином в дозе 25–50 мг/сут.

Клинико-неврологическое обследование проведено с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии, A.S.Zigmond и R.P.Snaith (1983 г.), вербальной описательной шкалы боли (Verbal Descriptor Scale), F.Gaston-Johansson, M.Albert, E.Fagan и соавт., 1990 [6].

Госпитальная шкала тревоги и депрессии оценивалась по 14 пунктам, каждому из которых соответствует 4 варианта ответов, отражающих степень нарастания симптоматики (Приложение 1). Оценка производилась до начала, через 1 нед, через 1 мес и 3 мес от начала терапии. Оценка тестирования по шкале тревоги и депрессии через 1 нед проводилась с целью исключения влияния amitриптилина как трициклического антидепрессанта на показатели тревоги и депрессии у пациентов.

Вербальная шкала боли (ВАШ) имеет 6 уровней, каждый из которых соответствует баллам: от 0 до 10 с градацией в интервале 2 баллов: 0 – нет боли; 2 – слабая боль; 4 – умеренная боль; 6 – сильная боль; 8 – очень сильная боль; 10 – нестерпимая боль. Если пациент испытывает боль, которую нельзя охарактеризовать предложенными характеристиками, например, между умеренной (4 балла) и сильной болью (6 баллов), то боль оценивается нечетным числом, которое находится между этими значениями (5 баллов). Оценка по шкале осуществлялась до лечения, через 1 и 3 мес от начала терапии.

Через 1 и 3 мес от начала терапии проводилась оценка частоты приступов головной боли у больных обеих групп.

Математико-статистическую обработку проводили с использованием пакета Statistica 6.0 и медико-биологической программы Biostat Professional 5.25.

Результаты и обсуждение

При анализе выраженности болевого синдрома на основании ВАШ установлено, что до начала лечения в группе I у больных, которым медикаментозная терапия усиливалась сеансами краниосакральной терапии,

в среднем, преобладала сильная и умеренная головная боль (табл. 1). В частности, 10 баллов отмечалось у 7,4% (n=2) больных, 9 баллов – у 3,7% (n=1), 8 баллов – у 3,7% (n=1), 7 баллов – у 40,7% (n=11), 6 баллов – у 22,2% (n=6), 5 баллов – также у 22,2% (n=6) больных.

Наблюдаемая динамика снижения болевого синдрома на фоне комплексной терапии обнаружила значительное уменьшение выраженности цефалгии. Процент тяжелых форм болевого синдрома ожидаемо снизился. Опрос респондентов группы I не определил наличия боли в диапазоне от 6 до 10 баллов (см. табл. 1). Положительная динамика наблюдалась и по характеру variability умеренной и слабой боли. Так, если алгическое состояние, оцененное в 5 баллов, не претерпело изменений – 22,2% (n=6), то оценки болевого синдрома в диапазоне от 4 до 0 баллов, которые до лечения не были отмечены пациентами, после лечения встречались с высокой частотой: 4 балла у 14,8% (n=4), а оценки в 3, 2 и 1 балл отметили по 7,4% пациентов. Важным результатом можно рассматривать полное избавление от боли у 40,7% наблюдаемых (n=11).

Такая высокая частота проявления слабого болевого синдрома и снижение сильной и выраженной боли, по-видимому, обусловлена положительным влиянием мануальных методов лечения, в частности, методики анфолдинга с использованием следующих приемов: фронтального подъема с наложением руки в районе висков и направлением их легким движением вверх и парietального подъема с восстановлением подвижности теменных костей [7]. Подобные манипуляции снимают психоэмоциональное напряжение и уменьшают выраженность болевого синдрома.

При анализе данных оценки ВАШ больными группы II получены следующие результаты. До начала лечения у пациентов преобладала сильная и очень сильная боль. В частности, у 5,6% (n=2) больных оценка по ВАШ составляла 10 баллов, у 13,8% (n=5) – 8 баллов, у 58,3% (n=21) – 6 баллов, у 22,2% (n=8) – 4 балла. На фоне приема amitриптилина в суточной дозе 12,5–25 мг/сут в течение 1 мес от начала лечения большей частью больных болевой синдром оценивался как умеренно выраженный, в частности, оценка 5 баллов отмечалась у 33,3% (n=12), уменьшилась доля больных с очень сильной и сильной болью с 13,9% (n=5) до 11,1% (n=4), снизились показатели по оценке «6 баллов» с 58,3% (n=21) до 22,2% (n=8). Число больных с умеренно выраженным болевым синдромом «4 балла» осталось неизменным и составило 22,2% (n=8) (см. табл. 1).

При сравнении с данными I группы обращает на себя внимание тот факт, что во II группе отсутствовали больные, оценивающие головную боль как слабую, в то время, как в I группе данная оценка боли отмечалась у 14,8% больных (n=4), а отсутствие боли, что является основной целью терапии, отмечали 40,7% больных (n=11). В то время как во II группе таких результатов достичь не удалось.

При анализе результатов оценки ВАШ через 3 мес у больных группы I отсутствие болевого синдрома отмечалось в 51,9% случаев (n=14), легко выраженный болевой синдром в 40,7% (n=11) и лишь у 7,4% (n=2) пациентов отмечался умеренно выраженный цефалгический синдром (см. табл. 1).

В группе II за этот же период только у 19,4% (n=7) больных отмечался регресс приступов головной боли (оценка «0 баллов»). При этом оценку в 2 балла отметили 22,2% (n=8) пациентов, что достоверно ниже, чем в группе I (при $f^*=1,58$ $p \leq 0,05$), а оценку «0 баллов» 19,4% (n=7), что также достоверно ниже, чем в группе I (при $f^*=2,74$ $p \leq 0,000$).

Баллы по ВАШ	До начала лечения		Через 1 мес		Через 3 мес	
	группа I	группа II	группа I	группа II	группа I	группа II
10	2/7,4	2/5,6	–	–	–	–
9	1/3,7	–	–	–	–	–
8	1/3,7	5/13,9	–	4/11,1	–	–
7	11/40,7	–	–	4/11,1	–	–
6	6/22,2	21/58,3	–	8/22,2	–	–
5	6/22,2	–	6/22,2	12/33,3	–	–
4	–	8/22,2	4/14,8	8/22,2	2/7,4	13/36,1
3	–	–	2/7,4	–	–	2/5,6
2	–	–	2/7,4	–	11/40,7*	8/22,2*
1	–	–	11/40,7	–	–	6/16,7
0	–	–	–	–	14/51,9**	7/19,4**

Примечание. «*» различия достоверны при $f^*=1,58$ $p \leq 0,05$; «**» различия достоверны при $f^*=2,74$ $p \leq 0,000$.

Диапазон баллов	До начала лечения		Через 1 нед		Через 1 мес		Через 3 мес	
	группа I	группа II	группа I	группа II	группа I	группа II	группа I	группа II
Тревога								
0–7	7/25,9	8/22,2	27/100,0	23/63,9	26/96,3	36/100,0	27/100,0	36/100,0
8–10	13/48,1	21/58,3	–	11/30,6	1/3,7	–	–	–
≤11	7/25,9	7/19,4	–	2/5,6	–	–	–	–
Депрессия								
0–7	9/33,3	8/22,2	19/70,4	26/72,2	24/88,9	35/97,2	27/100,0	36/100,0
8–10	12/44,4	23/63,9	8/29,6	10/27,7	3/11,1	1/2,8	–	–
≤11	6/22,2	5/13,9	–	–	–	–	–	–

Таким образом, анализируя результаты тестирования по ВАШ, отмечаем более выраженную положительную динамику, маркируемую субъективным оцениванием пациентами выраженности головной боли, в I группе больных.

Анализируя результаты тестирования по госпитальной шкале тревоги и депрессии до начала лечения, отмечаем, что большая часть больных группы I имели тревожно-депрессивное расстройство различной степени выраженности. В частности, 48,1% (n=13) составили пациенты с преобладанием субклинически выраженной тревогой (оценки по шкале в диапазоне от 8 до 10 баллов), а клинически выраженная тревога (оценки от 11 баллов и выше) встречалась у 25,9% больных (n=7) (табл. 2).

Субклинически выраженная депрессия диагностировалась у 44,4% (n=12), а клинически выраженную депрессию испытывали 22,2% пациентов (n=6).

Аналогичные данные были получены в группе II (табл. 2). До начала лечения в этой группе преобладали больные с субклинически выраженной тревогой (58,3%; n=21) и субклинически выраженной депрессией (63,9%; n=23). У 19,4% больных выявлена клиническая значимая тревога (n=7), а у пяти пациентов – клинически значимая депрессия (13,9%; n=5).

Через 1 нед от начала лечения, по окончании курса краниосакральной терапии на фоне продолжения медикаментозной терапии (прием amitriптилина), в группе I отмечается регресс повышенных до субклинических или клинических значений показателей тревоги, а также отсутствие показателей выраженной депрессии (диапазон баллов 11 и выше). При этом число пациентов с субклинически выраженной депрессией сокращается с 44,4% (n=12) до 29,6% (n=8). За этот же период времени в группе II отмечается снижение случаев субклинически выраженной тревоги до 30,6% (n=11) и депрессии (до

27,7%; n=10). В целом, можно констатировать более выраженный регресс тревоги и депрессии в группе I (см. табл. 2).

Через 1 мес от начала лечения среди больных I группы субклинически выраженная тревога зарегистрирована в 3,7% случаев (n=1), причем данная оценка связана с развитием у больного ситуационно обусловленного тревожного расстройства на фоне стрессовой ситуации. Отмечается снижение показателя субклинически выраженной депрессии с 29% (n=8) до 11,1% (n=3).

Во II группе больные не имели завышенных показателей по уровню тревожного расстройства, также отмечалась отчетливая положительная динамика в регрессе депрессивного расстройства, так, количество больных с субклинически выраженной депрессией снизилось с 27,8% (n=10) до 2,8% (n=1).

Данные оценки результатов тестирования по шкале через 3 мес от начала лечения в обеих группах больных показали равноценный регресс тревожно-депрессивных расстройств, что объясняется развитием антидепрессивного эффекта amitриптилина за счет повышения концентрации серотонина в центральной нервной системе и норадреналина в синапсах. Полученные данные через 3 мес от начала лечения в обеих группах демонстрируют реализацию отчетливого антидепрессивного эффекта amitриптилина на показатели уровня тревоги и депрессии, что проявляется идентичными результатами при оценке шкалы у больных I и II групп.

Депрессия определяется как болезненное состояние с характерным чувством тоски, подавленности, отчаяния, с мыслительной и двигательной заторможенностью. Особое место в медицинской практике принадлежит соматизированным депрессиям. Наиболее общим признаком этих вариантов депрессивных расстройств является наличие в их структуре бо-

лезненных симптомов, затрагивающих соматическую сферу. Часто больные кардиологического, гастроэнтерологического профилей имеют астенодепрессивный синдром [8]. В проведенном исследовании нами определены также высокие уровни тревожно-депрессивных расстройств у больных ГБН.

Хроническая форма головной боли напряжения, несмотря на доброкачественность своей природы, является заболеванием, вызывающим выраженное снижение качества жизни, приводящее к дезадаптации больного [1]. Назначение медикаментозной терапии ГБН сопряжено, с одной стороны, с развитием многочисленных побочных эффектов, с другой – достаточно медленным темпом развития улучшения течения заболевания [1]. В изученной нами по данной проблематике литературе встречались публикации с включением в комплекс лечения ноотропных препаратов с анксиолитическим действием, миорелаксантов, транскраниальной магнитной стимуляции, иглорефлексотерапии [2, 9].

КСТ – метод воздействия, который используется на практике как метод изучения взаимосвязей между дисфункциями краниосакральной системы и проблемами физического здоровья, самочувствия и поведения во всем их разнообразии. Другими исследователями проводились работы по изучению механизма и эффективности действия данной остеопатической методики в детской неврологии при синдроме гиперактивности с дефицитом внимания, в лечении последствий черепно-мозговых травм у взрослого контингента больных, дорсопатиях [7]. При этом в проведенном нами исследовании отмечена выраженная положительная динамика при использовании КСТ в терапии хронической ГБН, что согласуется с рядом исследователей, уточняющих механизмы положительного влияния КСТ на болевые синдромы, динамику эмоционально-волевых расстройств [10].

Анализ частоты приступов цефалгий показал следующее. Через 1 мес от начала лечения пациенты обеих групп отмечали клиническое улучшение в виде уменьшения частоты и интенсивности головной боли, регресса таких сопутствующих симптомов, как тошнота, рвота на высоте цефалгий. У 16 пациентов группы I (59,2%) частота головной боли уменьшилась до 1–2 приступов в неделю, у 11 пациентов (40,7%) головные боли в полном объеме кушировались. Среди пациентов II группы у 14 человек (38,9%) уменьшилась частота приступов до 1–2 в неделю, полный регресс головной боли отмечался у 7 пациентов (19,4%).

При оценке частоты цефалгий через 3 мес выявлен следующий факт. Среди больных группы I у 55,5% (n=15) головные боли регрессировали, а у 44,4% (n=12) частота приступов снизилась до одного в течение 2 нед. В группе II, несмотря на уменьшение выраженности болевого синдрома и регресс тревожно-депрессивных расстройств, частота приступов головной боли значительным изменениям не подвергалась. Полный регресс приступов отмечался, также как и через 1 мес от начала лечения, только у 19,4% (n=7) больных, уменьшение частоты приступов до одного в неделю у 38,8% (n=14), два приступа в неделю отмечались в 33,3% случаев (n=12). Более того, у трех пациентов (8,3%) частота цефалгий оставалась неизменной – до четырех приступов в неделю.

В проведенном исследовании, помимо назначения базовой фармакотерапии, мы обратились к методике краниосакральной терапии, позволяющей с использованием мягких остеопатических техник, оказывать положительное влияние на болевые синдромы, выраженность тревожных расстройств и степень вегетативной лабильности больных.

Сопоставление результатов лечения на протяжении 3 мес в основной и контрольной группах показало, что под влиянием терапии наблюдается уменьшение выраженности и частоты болевого синдрома, улучшение нейропсихологического статуса в виде уменьшения уровня тревоги и депрессии в обеих группах, но положительная динамика более отчетливо констатируется у пациентов основной I группы. Этот эффект по нашему мнению, достигается благодаря положительному влиянию КСТ на психоэмоциональный фон пациента.

Заключение

Таким образом, хроническая головная боль напряжения – заболевание, требующее назначения комплексного лечения. Оценка эффективности сочетания медикаментозной и краниосакральной терапии у больных ГБН, проведенная в процессе нашего исследования, показала, что на фоне лечения, сочетающего профилактическую медикаментозную и краниосакральную терапию, имеет место выраженный положительный ответ больных ГБН. Эти результаты позволяют утверждать, что сочетание медикаментозной терапии ГБН с краниосакральной терапией оказывает более эффективное влияние на выраженность болевого синдрома, на динамику коморбидных ГБН тревожно-депрессивных расстройств и частоту приступов цефалгий у больных с данным диагнозом.

Литература

1. Наприенко М.В., Латышева Н.В., Филатова Е.Г. Новые возможности лечения хронической ежедневной головной боли. Журнал неврологии и психиатрии им С.С. Корсакова. – 2010. – № 110 (1). – С. 49–54. / Naprienko M. V., Latysheva N. In. Filatova E. G. New possibilities of treatment of chronic daily headache. Journal of neurology and psychiatry named after S. S. Korsakov. 2010; 110 (1): 49–54. [in Russian]
2. Endres H.G., Bowling G., Diener H.C., et al. Acupuncture for tension-type headache: a multicentre, sham-controlled, patient-and observer-blinded, randomised trial. *Headache Pain*. 2007; 8: 306–314.
3. Горностаева Г.В., Варакин Ю.Я., Реброва О.Ю. Распространенность и характеристика головной боли (по данным одномоментного популяционного исследования). *Российский журнал боли*. – 2007. – № 2 (15). – С. 10–14. / Gornostaeva G. V., Varakin Yu., Rebrova, and the Prevalence and characteristics of headache (according to the data of a one-stage population-based study). *The Russian Journal of Pain*. 2007; 2 (15): 10–14. [in Russian]
4. Кондратьев А.В., Шнайдер Н.А., Шульмин А.В. Эпидемиология головных болей. *Современные проблемы науки и образования*. – 2015. – № 6. – С. 89–93 / Kondrat'ev, A. V., Schneider N. A. Shulman A. V. Epidemiology of headaches. *Modern Problems of Science and Education*. 2015; 6: 89–93. [in Russian]
5. Осипова В.В., Азимов Ю.Э., Табеева Г.Р., Тарасова С.А. и др. Диагностика головных болей в России и странах постсоветского пространства: состояние проблемы и пути ее решения. *Анналы клинической и экспериментальной неврологии*. – 2012. – Т. 6. – № 2. – С. 16–21. / Osipova V.V., Azimov, Yu.E., Manufactured G.R., Tarasov S.A., et al. Diagnosis of headaches in Russia and post-Soviet countries: status, problems and ways of solving it. *Annals of Clinical and Experimental Neurology*. 2012; 6: 2: 16–21. [in Russian]
6. Brevik H., Borchgrevink P.C., Alen S.M. et al. Assessment of pain. *Br J Anaesth*. 2008; 101 (1): 17–24.
7. Егорова И.А., Михайлова Е.С. Краниальная остеопатия. Руководство для врачей 2-е изд., перераб. и доп. СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2013. – 500 с. / Egorova I.A., Mikhailova E.S. Cranial osteopathy. A guide for physicians – 2nd ed., Rev. and Extra–SPb.: Publishing house SPbMAPO, 2013; 500 p. [in Russian]

8. Ковров Г.В., Лебедев М.А., Палатов С.Ю. Депрессия в общей практике. Русский медицинский журнал. – 2010. – № 8. – С. 504 / Kovrov G. V., Lebedev M. A., Palatov S. Y. Depression in General practice. Russian Medical Journal. 2010; 8: 504. [in Russian]
9. Robbins M.S., Kuruvilla D., Blumenfeld A., Charleston L., Sorrell M., Robertson C.E., Grosberg B.M., Bender S.D., Napchan U., Ashke-nazi A. Trigger point injections for headache disorders: expert consensus methodology and narrative review. Headache. – 2014. – №54 (9). – P. 1441–59.
10. John E. Upledger. Craniosacral therapy. Guide for doctors. M.: 2012; 220.

Сведения об авторах:

Чугунова Нина Александровна – директор ФГБУЗ «Новороссийский клинический центр ФМБА», Новороссийск

Воронцова Екатерина Викторовна – заведующая неврологическим отделением ФГБУЗ «Новороссийский клинический центр ФМБА», Новороссийск

Толмачева Галина Владимировна – врач-невролог, мануальный терапевт неврологического отделения ФГБУЗ «Новороссийский клинический центр ФМБА», Новороссийск

Приложение 1. Госпитальная шкала тревоги и депрессии	
Часть I (оценка уровня тревоги)	Часть II (оценка уровня депрессии)
<p>1. Я испытываю напряжение, мне не по себе 3 – все время 2 – часто 1 – время от времени, иногда 0 – совсем не испытываю</p>	<p>1. То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство 0 – определенно, это так 1 – наверное, это так 2 – лишь в очень малой степени это так 3 – это совсем не так</p>
<p>2. Я испытываю страх, кажется, будто что-то ужасное может вот-вот случиться 3 – определенно это так, и страх очень велик 2 – да, это так, но страх не очень велик 1 – иногда, но это меня не беспокоит 0 – совсем не испытываю</p>	<p>2. Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное 0 – определенно это так 1 – наверное, это так 2 – лишь в очень малой степени это так 3 – совсем не способен</p>
<p>3. Беспокойные мысли крутятся у меня в голове 3 – постоянно 2 – большую часть времени 1 – время от времени и не так часто 0 – только иногда</p>	<p>3. Я испытываю бодрость 3 – совсем не испытываю 2 – очень редко 1 – иногда 0 – практически все время</p>
<p>4. Я легко могу сесть и расслабиться 0 – определенно это так 1 – наверное, это так 2 – лишь изредка это так 3 – совсем не могу</p>	<p>4. Мне кажется, что я стал все делать очень медленно 3 – практически все время 2 – часто 1 – иногда 0 – совсем нет</p>
<p>5. Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь 0 – совсем не испытываю 1 – иногда 2 – часто 3 – очень часто</p>	<p>5. Я не слежу за своей внешностью 3 – определенно это так 2 – я не уделяю этому столько времени, сколько нужно 1 – может быть, я стала меньше уделять этому времени 0 – я слежу за собой так же, как и раньше</p>
<p>6. Я испытываю неуверенность, мне постоянно нужно двигаться 3 – определенно это так 2 – наверное, это так 1 – лишь в некоторой степени это так 0 – совсем не испытываю</p>	<p>6. Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения 0 – точно так же, как и обычно 1 – да, но не в той степени, как раньше 2 – значительно меньше, чем обычно 3 – совсем так не считаю</p>
<p>7. У меня бывает внезапное чувство паники 3 – очень часто 2 – довольно часто 1 – не так уж часто 0 – совсем не бывает</p>	<p>7. Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио-или телепрограммы 0 – часто 1 – иногда 2 – редко 3 – очень редко</p>