

Український
науково-практичний центр
ендокринної хірургії,
трансплантації ендокринних
органів і тканин МОЗ України,
Київ

Ключові слова: вагітність,
внутрішньо переміщені особи,
загрозливе переривання
вагітності, тривога, головний
біль напруження, мігрень.

УДК 618.39-036.3/.4-06:[616.857-07-616.89-008.19]-055.2"364" (-074/075)

КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГОЛОВНОГО БОЛЮ У ЖІНОК — ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ ІЗ ЗАГРОЗЛИВИМ ПЕРЕРИВАННЯМ ВАГІТНОСТІ, ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ У ЛУГАНСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Обстежено 112 вагітних, які перебували на стаціонарному лікуванні з приводу загрозливого переривання вагітності (ЗПВ) в лікарнях Луганської області, з них 48 жінок мали статус внутрішньо переміщених осіб (ВПО). Контрольну групу становили 64 вагітні з необтяженим анамнезом із фізіологічним перебігом вагітності аналогічного гестаційного терміну. Поширеність головного болю напруження (ГБН) серед вагітних із ЗПВ, які мають статус ВПО, виявлена у 3,2 рази, мігрені — у 3,3 рази частіше порівняно зі здоровими вагітними і становила 35,42 і 10,41% відповідно. Інтенсивність ГБН за ВАШ в основній групі була достовірно вищою. Зазначено статистично значущий кореляційний зв'язок між сенсорними та афективними характеристиками головного болю та показником ВАШ в основній групі, у пацієнтів з ГБН — з показником особистісної тривожності. Тривожні розлади наявні у 8,7 рази частіше і становлять 83,3%. Показники реактивної та особистісної тривожності достовірно перевищують аналогічні дані здорових вагітних. Антенатальне вивчення показників тривожності, проявів головного болю у вагітних зі статусом ВПО та симптомами ЗПВ дозволить індивідуалізувати підхід до ведення і в разі потреби своєчасно розробити коригувальні та реабілітаційні заходи, які будуть зумовлювати сприятливе завершення вагітності і позитивно впливати на здоров'я матері та її потомства.

ВСТУП

Затяжні збройні конфлікти створюють не лише політичні, правові, соціально-економічні проблеми, формують міграційні потоки населення, а й впливають на соматичне та психічне здоров'я людей (Morin N. et al., 2018).

Згідно з визначенням, внутрішньо переміщені особи (ВПО) — це «особи або групи осіб, які були змушені покинути місце свого проживання, щоб уникнути наслідків збройного конфлікту, ситуацій генералізованого насильства, порушень прав людини, і які не перетнули міжнародно визнаний державний кордон країни» (IDCP Global Overview 2015). У 2016 р., за даними Департаменту досліджень миру і конфліктів в Університеті Упсали, у всьому світі було зареєстровано 51 триваюче збройне зіткнення (Allansson M. et al., 2017). ВПО зазвичай мають вищі показники депресивних і посттравматичних симптомів, ніж населення з їх власних етнічних груп, а також населення приймаючих регіонів, до яких вони переселяються (LeMaster J.W. et al., 2018).

Крім того, що жінки, залучені у збройний конфлікт, часто перебувають під впливом травмуючих подій і щоденних стресів із ризиком підвищеного рівня психічних розладів, вагітність сама по собі є критичним етапом у розвитку особистості жінки. Вагітні дуже сприйнятливі до різних впливів навколишнього середовища. У період вагітності психічне благополуччя виражається у здатності майбутньої матері адекватно проявляти свою поведінку, регулювати свій психічний стан, адаптуючись до умов кризової ситуації (Рыбалка А.Н., 2011; Rallis S. et al., 2014; Biaggi A. et al., 2016). Результати досліджень А.М. Lee та співавторів (2007) свідчать, що близько 54% жінок відчують тривогу протягом усієї вагітності.

Головний біль (ГБ) — одна з найактуальніших проблем сучасного суспільства. Поодинокі епізоди короткочасного ГБ відчуває практично кожна людина, а у 46% дорослого населення він виникає систематично (Lyngberg A.C. et al., 2005). У дослідженні Global Burden of Disease Survey (2015) ГБ визнано третім за поширеністю розладом і сьомим серед причин інвалідності в усьому світі (GBD, 2015). Первин-

ний ГБ відзначається значно частіше і становить 95–98% усіх форм цефалгій. Головний біль напруження (ГБН) і мігрень (М) — найпоширеніші види первинного ГБ — 30–78 і 15% відповідно (ICHD-2013).

ГБ — одна з частих скарг у період вагітності, поширеність ГБ у вагітних досягає 35% (Maggioni F. et al., 1997; Melhado E.M. et al., 2007; Negro A. et al., 2017). За даними багатьох авторів на сьогодні ГБН не корелює з будь-якими несприятливими наслідками вагітності. Виявлено, що раніше існуюча М пов'язана з вищою імовірністю розвитку прееклампсії та може впливати на ризик розвитку ішемічного інсульту в період вагітності (Adeney K.L. et al., 2005; Contag S.A. et al., 2009; Wabnitz A., Bushnell C., 2015). Жодне з досліджень не демонструє відмінностей у частоті чи перебігу М у першо- і повторновагітних жінок (Sances G. et al., 2003; Kvisvik E.V. et al., 2011).

Кількість досліджень, присвячених вивченню психоемоційного стану вагітних, в останні роки збільшується. Проте недостатньо висвітлені питання поширеності та вираженості ГБ у період вагітності, проявів тривожності у вагітних, які зазнали впливу збройного конфлікту і мають статус ВПО.

Мета дослідження — вивчити поширеність і вираженість ГБ, проявів тривоги у вагітних із загрозливим перериванням вагітності (ЗПВ) у I і II триместр, які проживають у Луганській області та мають статус ВПО для вдосконалення лікувально-профілактичних заходів та профілактики акушерських і перинатальних ускладнень у цих жінок.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Нами обстежено 112 вагітних в I і II триместр вагітності, які перебували на стаціонарному лікуванні з приводу ЗПВ у лікарнях міст Рубіжне та Лисичанськ Луганської області в 2015–2017 рр. З них 48 жінок мали статус ВПО (група I). Контрольну групу (група II) становили 64 вагітні з необтяженим анамнезом із фізіологічним перебігом вагітності аналогічного гестаційного терміну. Перед початком обстеження кожна досліджувана підписала Інформовану згоду пацієнта на проведення діагностики, лікування і обробку персональних даних. Критеріями включення в основну групу були наявність симптомів ЗПВ, терміни гестації, що відповідають I і II триместру вагітності.

Спостереження та клінічне обстеження жінок проводилося відповідно до рекомендацій, викладених у наказах Міністерства охорони здоров'я України від 15.07.2011 р. № 417 «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні» та від 03.11.2008 р. № 624 Клінічний протокол «Невиношування вагітності». Усім вагітним проведено комплексне обстеження, яке включало, крім клініко-акушерського дослідження, заповнення пацієнткою спеціально розробленої карти комплексного обстеження. Пацієнтки вели «Щоденник головного болю», який допомагає визначити характеристики ГБ (частоту, інтенсивність, тривалість), супутні симптоми й провокатори болювих епізодів.

Використовувався метод візуальної аналогової шкали (ВАШ), який дозволяє оцінити суб'єктивну вираженість ГБ, зазначивши її ступінь на прямій лінії довжи-

ною 10 см, кінці якої відповідають крайнім ступенями інтенсивності болю («відсутність болю» на одному кінці, «нестерпний біль» — на іншому) (Breivik H. et al., 2008).

Для якісної характеристики ГБ використовували больовий опитувальник Мак-Гілла, який складається із 78 прикметників (дескрипторів), розбитих на три класи. Перший клас (13 пунктів) дає можливість оцінити сенсорну характеристику болю. Другий клас (6 пунктів) характеризує біль на психоемоційному рівні. Третій клас (1 пункт) — вербальна шкала характеру болю. При заповненні опитувальника пацієнт вибирає слова, що відповідають його відчуттям у даний момент, у будь-якому із 20 підкласів (не обов'язково в кожному). Кожне вибране слово має числовий показник, що відповідає порядковому номеру слова в підкласі. Підрахунок зводиться до визначення двох показників:

1) індекс числа вибраних дескрипторів (ІЧВД), який становить кількість (суму) вибраних слів;

2) ранговий індекс болю (РІБ) — сума порядкових номерів дескрипторів у підкласах. Обидва показники були розраховані для сенсорної та афективної шкал окремо.

Евалюативна шкала за своєю суттю є вербальною шкалою рейтингів, в якій вибране слово відповідає певному рівню (Melzack R., 1975).

Тест Спілбергера у модифікації Ханіна застосовували для оцінки рівня реактивної (РТ) та особистісної тривоги (ОТ). Опитувальник складається із 40 тверджень, перші 20 з яких спрямовані на виявлення ступеня РТ, решта 20 — на виявлення ОТ. Результат <30 балів відповідає низькому рівню тривоги, 31–44 бали — середньому рівню і >45 балів — високому рівню тривоги (Ханин Ю.Л., 1978).

Статистичну обробку даних проводили з використанням програми SPSS 17.0 та Microsoft Excel for Windows (2013). Нормальність розподілу даних кількісного типу визначали за допомогою критерію Шапіро — Уїлка. Оцінювали достовірні відмінності за допомогою непараметричного тесту Манна — Уїтні для незалежних вибірок, проводили аналіз рангових кореляцій за Спірменом. Дані представлялися у вигляді Me (Q1–Q3), де Me — медіана, Q1 — 25-й квартиль, Q3 — 75-й квартиль. Критичний рівень значущості при перевірці статистичних гіпотез вважали рівним 0,05.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік жінок основної групи становив 26,00 (23,00–20,50) років, контрольної — 27,50 (24,00–32,00) років ($p=0,444$). Найбільшу частку пацієнток становили особи віком 20–30 років (30 (62,5%) і 44 (68,8%) особи відповідно), тобто представники активної та працездатної частини населення. 44 (91,7%) вагітні групи I були переміщеними з окупованої території Луганської області, 4 (8,3%) — з Донецької області. Переважна більшість жінок перебувала у зареєстрованому шлюбі — 42 (87,5%) і 52 (81,25%) відповідно.

Індекс маси тіла становив 21,80 (20,46–25,00) і 21,61 (19,71–25,90) кг/м² відповідно ($p=0,655$). Се-

редній вік менархе в основній групі становив 13,0 (12,0–14,0), у контрольній — 13,0 (12,0–14,0) років. Соматична захворюваність вагітних представлена хворобами дихальних шляхів (8 (16,7%) і 10 (15,6%) жінок відповідно), вказівки на захворювання сечовідних шляхів були у 4 (8,3%) і 2 (3,1%), гіперплазія щитовидної залози I–II ступеня, еутиреоз — у 6 (12,5%) і 2 (3,1%) пацієнток, поліноз — у 6 (12,5%) і 6 (9,4%) пацієнток відповідно.

Вагітність була першою у 26 (54,2%) і 34 (53,1%) жінок відповідно. Пологи в анамнезі були у 22 (45,8%) і 30 (46,9%), штучні аборти — у 18 (37,5%) і 24 (37,5%), мимовільні аборти — у 4 (8,3%) і 4 (6,3%), аборт, що не відбувся — у 6 (12,5%) і 4 (6,25%) осіб відповідно.

Із перенесених гінекологічних захворювань найчастішими були ектопія циліндричного епітелію шийки матки — 14 (29,2%) і 20 (31,25%), запальні захворювання жіночих статевих органів — 8 (16,7%) і 6 (9,4%) жінки відповідно.

У пацієнток групи I ГБ у період вагітності відзначали у 22 (45,83%) осіб, у групі II — у 9 (14,06%). Найпоширенішим типом ГБ в обох групах, як і в популяції загалом, був ГБН, який зафіксовано у 17 (35,42%) пацієнток основної групи та у 7 (10,93%) — контрольної, М без аури була відповідно у 5 (10,41%) і 2 (3,13%) жінок. Діагнози встановлено згідно з діагностичними критеріями Міжнародної класифікації головного болю-3 (ICHD-2013). Інтенсивність ГБН за ВАШ в основній групі була достовірно вищою і становила Me (Q1–Q3) 3,50 (2,70–4,40) у групі I та 2,20 (1,80–3,10) — у групі II ($p=0,04$). Інтенсивність М за ВАШ достовірно не відрізнялась і становила Me (Q1–Q3) 7,20 (4,90–8,35) у групі I та 5,15 (5,10–5,20) — у групі II ($p=0,381$).

За даними больового опитувальника Мак-Гілла у пацієнтів I та II груп відзначали такі дескриптори ГБН: стискаючий — 7 (41,18%) і 1 (14,29%), який тягне — 8 (47,06%) і 5 (71,43%), який давить — 8 (47,06%) і 2 (28,57%), викручуючий — 7 (41,18%) і 1 (14,29%), ниючий 9 (52,94%) і 2 (28,57%), який пронизує — 12 (70,59%) і 1 (14,29%), стомлює — 8 (47,06%) і 1 (14,29%), вимотує — 9 (52,94%) і 1 (14,29%) відповідно. ГБ викликав тривогу у 11 (64,71%) і 1 (14,29%), пригнічував — 9 (52,94%) і 5 (71,43%), дратував — 5 (29,41%) і 1 (14,97%), злив — 3 (17,65%) і 1 (14,97%), знесилював — 15 (88,24%) і 1 (14,97%) особу відповідно. Біль як перешкоду сприймали 6 (35,29%) і 7 (100,00%) жінок відповідно, як досаду та як страждання — відповідно 6 (35,29%) і 5 (29,41%) пацієнтів групи I. Біль як слабкий оцінювали 6 (35,29%) і 5 (71,43%), як помірний — 7 (41,18%) і 2 (28,57%) осіб відповідно, як сильний — 3 (17,65%) обстежених основної групи.

У пацієнтів груп I та II відзначали такі дескриптори мігренозного ГБ: пульсуючий — 4 (80,90%) і 2 (100,00%), подібний до електричного розряду — 3 (60,00%) і 1 (50,00%), гострий — 3 (60,00%) і 2 (100,00%), колючий — 4 (80,00%) і 1 (50,00%), який розпирає — 3 (60,00%) і 1 (50,00%), стомлює — 2 (40,00%) і 2 (100,00%), пригнічує —

3 (60,00%) і 2 (100,00%), супроводжується нудотою у 5 (100,00%) і 1 (50,00%), знесилює — у 4 (80,00%) і 2 (100,00%) випадках відповідно. ГБ викликав тривогу — у 4 (80,00%), страх — у 1 (20,00%), дратував — 1 (20,00%), злив — 1 (20,00%), вимотував — 4 (80,00%) осіб групи I. Біль як страждання сприймали 2 (40,00%), як перешкоду — 1 (20,00%), як муку — 1 (20,00%) пацієнтка групи I. Біль як помірний оцінювали 3 (60,00%) і 1 (50,00%), як сильний — 2 (40,00%) і 1 (50,00%) обстежених відповідно.

Пацієнти групи I порівняно із групою II емоційніше описують свій ГБ та використовують більше дескрипторів для сенсорної та афективної характеристики ГБ. Так, для сенсорної характеристики ≥ 6 дескрипторів (із 13 можливих) у групі I використовували 8 (47,1%) жінок з ГБН та 100% — з М, у контрольній групі — не зафіксовано, для характеристики болю на психоемоційному рівні за даними афективної шкали ≥ 4 дескрипторів (із 6 можливих) використовували 7 (41,18%) та 100% осіб відповідно, в контрольній групі — не зареєстровано, за евалюативною шкалою інтенсивності ГБН як сильний відзначали 4 (23,52%) і 100% пацієнток відповідно, в контрольній групі — не зафіксовано.

Міжгрупове порівняння за допомогою тесту Манна — Уїтні виявило достовірно вищі показники больового опитувальника Мак-Гілла стосовно ГБН (РІБ для сенсорної шкали ($p=0,001$) і РІБ для афективної шкали ($p=0,000$)) та М (ІЧВД для сенсорної шкали ($p=0,002$), ІЧВД для афективної шкали ($p=0,003$), РІБ для афективної шкали ($p=0,049$)) у групі I порівняно з групою II, та відзначена тенденція до перевищення показника РІБ для сенсорної шкали при М ($p=0,053$) у групі I (табл. 1).

Пацієнтки групи I характеризувалися достовірно вищими показниками РТ та ОТ порівняно із жінками групи II (табл. 2).

У вагітних групи II, на відміну від пацієнток групи I, не зафіксовано високих рівнів як РТ, так і ОТ (рисунк).

У групі I у пацієнтів із ГБН виявлено статистично значущий кореляційний зв'язок між показником ОТ та РІБ для сенсорної шкали ($r=0,423$, $p=0,04$), РІБ для афективної шкали ($r=0,554$, $p=0,005$); між показником ВАШ та ІЧВД для сенсорної шкали ($r=0,633$, $p=0,001$), РІБ для сенсорної шкали ($r=0,638$, $p=0,001$), ІЧВД для афективної шкали ($r=0,424$, $p=0,039$). У пацієнтів із М наявний статистично значущий кореляційний зв'язок між показником ВАШ та ІЧВД для афективної шкали ($r=0,777$, $p=0,04$), РІБ для афективної шкали ($r=0,818$, $p=0,024$).

У проведеному нами дослідженні виявлено, що серед вагітних групи I поширеність ГБН і М становить 35,42 і 10,41% відповідно, що збігається з результатами дослідження MIGRA, за даними E.V. Kvisvik та співавторів (2011). Нами не виявлено значного впливу паритету на перебіг ГБ у період вагітності. Інтенсивність ГБН за ВАШ в основній групі була достовірно вищою. Пацієнти групи I порівняно з групою II емоційніше описують свій ГБ та використовують більше дескрипторів для сенсорної та афективної характеристики ГБ. Виявле-

Таблиця 1

Результати тестування за опитувальником Мак-Гілл

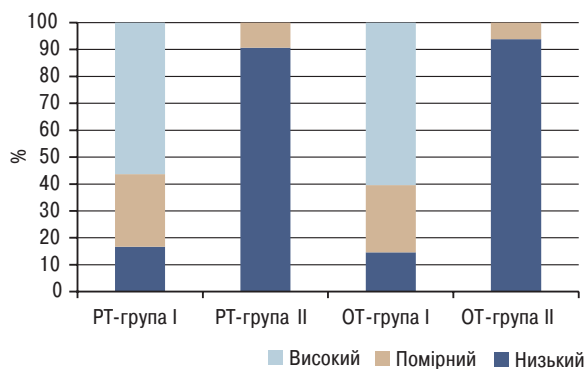
Група	Показник				
	Індекс числа обраних дескрипторів, Ме (Q1–Q3)		Ранговий індекс болю, Ме (Q1–Q3)		Евалюативна шкала Ме (Q1–Q3)
	сенсорний	афективний	сенсорний	афективний	
I, ГБН	5,00 (5,00–6,00)	5,00 (4,00–5,00)	8,00 (5,50–10,50)*	7,00 (5,00–8,00)*	2,00 (1,00–2,50)
I, М	7,00 (6,50–9,00)*	6,00 (5,50–6,00)*	14,00 (12,50–21,00)	8,00 (6,50–11,00)*	2,00 (2,00–3,00)
II, ГБН	2,00 (2,00–4,00)	2,00 (2,00–2,00)	3,00 (2,00–5,00)	2,00 (2,00–2,00)	1,00 (1,00–2,00)
II, М	4,50 (4,00–5,00)	3,00 (3,00–3,00)	5,00 (4,00–6,00)	3,00 (3,00–3,00)	2,50 (2,00–3,00)

У табл. 1 і 2: рівень істотності відмінності – $p < 0,01$ при порівнянні пацієнтів відповідних груп: *при порівнянні пацієнтів груп I та II.

Таблиця 2

Психометричний профіль обстежених пацієнток

Показник	Група I (n=48) Ме (Q1–Q3)	Група II (n=64) Ме (Q1–Q3)
Реактивна тривога, балів	50,00 (33,50–54,75)*	27,00 (24,00–30,00)
Особистісна тривога, балів	48,00 (36,00–55,55)*	29,00 (26,00–30,00)



Рисунки. Ступінь вираженості РТ і ОТ у порівнюваних групах (%)

но статистично значущий кореляційний зв'язок між сенсорними та афективними показниками ГБ та показником ВАШ в основній групі, а також у пацієнтів з ГБН — взаємозв'язок між показником ОТ та сенсорними та афективними показниками. Пацієнтки з ЗПВ характеризуються достовірно вищими показниками РТ і ОТ, що може розцінюватися як психічні прояви стресового стану. Поширеність РТ серед вагітних із ЗПВ, які мають статус ВПО, становить 83,3%, що підтверджує думку про вагітних як найбільш уразливу групу населення, якої стосується збройний конфлікт, та узгоджується з показниками, наведеними N. Morin та співавторами (2018) у систематичному огляді стосовно поширеності тривоги серед ВПО (до 81%), проте перевищує показники, наведені у Грузинському дослідженні ВПО та репатріантів, де поширеність тривоги становила 10,4% (Makhashvili N. et al., 2014). Можна припустити, що наявність ЗПВ негативно впливає на пси-

хоємційний стан жінки і є не меншим стресорним фактором, ніж вимушена зміна місця проживання.

ВИСНОВКИ

Поширеність ГБН серед вагітних із ЗПВ, які мають статус ВПО, відзначається у 3,2 раза, М — в 3,3 раза частіше порівняно зі здоровими вагітними і становить 35,42 і 10,41% відповідно. Інтенсивність ГБН за ВАШ в основній групі була достовірно вищою. Тривожні розлади відзначаються у 8,7 раза частіше та становлять 83,3%, показники РТ та ОТ достовірно перевищують аналогічні дані здорових вагітних, що може розцінюватися як психічні прояви стресового стану.

Аntenатальне вивчення показників тривожності, проявів ГБ у вагітних зі статусом ВПО та симптомами ЗПВ дозволить індивідуалізувати підхід до ведення та своєчасно розробити за потреби коригувальні та реабілітаційні заходи, які сприятимуть благополучному завершенню вагітності та позитивно впливатимуть на здоров'я матері та її потомства.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

- Рыбалка А.Н.** (2011) Психологическая адаптация женщин во время беременности и после родов. *Здоровье Украины*, 3(42): 44–49.
- Ханин Ю.Л.** (1975) Исследование тревоги в спорте. *Вопр. психологии*, 6: 72–75.
- Adeney K.L., Williams M.A., Miller R.S. et al.** (2005) Risk of pre-eclampsia in relation to maternal history of migraine headaches. *J. Matern. Fetal. Neonatal. Med.*, 18:167–172. doi: 10.1080/14767050500260566.
- Allansson M., Melander E., Themner L.** (2017) Organized violence, 1989–2016. *J. Peace Res.*, 54(4): 574–587. doi: 10.1177/0022343317718773.
- Biaggi A., Conroy S., Pawlby S., Pariante C.M.** (2016) Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *J. Affect. Disord.*, 191: 62–77. doi: 10.1016/j.jad.2015.11.014.
- Breivik H., Borchgrevink C., Allen S.M. et al.** (2008) Assessment of pain. *Br. J. Anaesth.*, 101(1): 17–24. doi: https://doi.org/10.1093/bja/aen103.
- Contag S.A., Mertz H.L., Bushnell C.D.** (2009) Migraine during pregnancy: is it more than a headache? *Nat. Rev. Neurol.*, 5: 449–456. doi: 10.1038/nrneurol.2009.100.
- Dixit A., Bhardwaj M., Sharma B.** (2012) Headache in pregnancy: a nuisance or a new sense? *Obstet. Gynecol. Int.*, 2012: 697697.
- GBD 2015** (2016) Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the global burden of disease study 2015. *Lancet*, 388(10053): 1545–1602.
- ICHD-2013** (2013) The International Classification of Headache Disorders, 3rd ed. (beta version). *Cephalalgia*, 33(9): 629–808. doi: 10.1177/0333102413485658.
- IDCP Global Overview 2015** (2015) People Internally Displaced by Conflict and Violence (<http://www.internal-displacement.org/sites/default/files/inline-files/20150506-global-overview-2015-en.pdf>).
- Karli N., Baykan B., Ertas M. et al.** (2012) Impact of sex hormonal changes on tension-type headache and migraine: a cross-sectional population-based survey in 2,600 women. *J. Headache Pain*, 13: 557–565.
- Kvisvik E.V., Stovner L.J., Helde G. et al.** (2011) Headache and migraine during pregnancy and puerperium: the MIGRA-study. *J. Headache Pain*, 12: 443–451. doi: 10.1007/s10194-011-0329-1.
- Lee A.M., Lam S.K., Sze Mun Lau S.M. et al.** (2007) Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstet Gynecol.*, 110(5): 1102–1112.
- LeMaster J.W., Broadbridge C.L., Lumley M.A. et al.** (2018) Acculturation and Post-migration Psychological Symptoms among Iraqi Refugees: A Path Analysis. *Am. J. Orthopsychiatry*, 88(1): 38–47. doi: 10.1037/ort0000240.
- Lynberg A.C., Rasmussen B.K., Jorgensen T., Jensen R.** (2005) Has the prevalence of migraine and tension-type headache

changed over a 12-year period? A Danish population survey. *Eur. J. Epidemiol.*, 20(3): 243–249. doi: 10.1007/s10654-004-6519-2.

Maggioni F., Alessi C., Maggino T., Zanchin G. (1997) Headache during pregnancy. *Cephalalgia*, 17: 765–769. doi: 10.1046/j.1468-2982.1997.1707765.x.

Makhashvili N., Chikovani I., McKee M. et al. (2014) Mental disorders and their association with disability among internally displaced persons and returnees in Georgia. *J. Trauma Stress*, 27(5): 509–518. doi: 10.1002/jts.21949.

Melhado E.M., Maciel J.A., Guerreiro C.A. (2007) Headache during gestation: evaluation of 1101 women. *Can. J. Neurol. Sci.*, 34: 187–192. doi: 10.1017/s0317167100006028.

Melzack R. (1975) The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*, 1(3): 277–299. doi: 10.1016/0304-3959(75)90044-5.

Morin N., Akhtar A., Barth J., Schnyder U. (2018) Psychiatric Disorders in Refugees and Internally Displaced Persons After Forced Displacement: A Systematic Review. *Front Psychiatry*, 21(9): 433. doi: 10.3389/fpsy.2018.00433.

Negro A., Delaruelle Z., Ivanova T.A. et al. (2017) Headache and pregnancy: a systematic review. *J. Headache Pain*, 18(1): 106. doi: 10.1186/s10194-017-0816-0.

Rallis S., Skouteris H., McCabe M., Milgrom J. (2014) A prospective examination of depression, anxiety and stress throughout pregnancy. *Women Birth.*, 27(4): e36–42. doi: 10.1016/j.wombi.2014.08.002.

Sances G., Granella F., Nappi R.E. et al. (2003) Course of migraine during pregnancy and postpartum: a prospective study. *Cephalalgia*, 23(3): 197–205. doi: 10.1046/j.1468-2982.2003.00480.x.

Wabnitz A., Bushnell C. (2015) Migraine, cardiovascular disease, and stroke during pregnancy: systematic review of the literature. *Cephalalgia*, 35: 132–139. doi: 10.1177/0333102414554113.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГОЛОВНОЙ БОЛИ У ЖЕНЩИН — ВНУТРЕННЕ ПЕРЕМЕЩЕННЫХ ЛИЦ С УГРОЖАЮЩИМ ПРЕРЫВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЛУГАНСКОЙ ОБЛАСТИ

И.Ю. Романенко

Резюме. *Обследовано 112 беременных, находившихся на стационарном лечении по поводу угрожающего прерывания беременности (УПБ) в больницах Луганской области, из них 48 женщин имели статус внутренне перемещенных лиц (ВПЛ). Контрольную группу составили 64 беременные с неотягощенным анамнезом с физиологическим течением беременности аналогичного гестационного срока. Распространенность головной боли напряжения (ГБН) среди беременных с УПБ, имеющих статус ВПЛ, выявляется в 3,2 раза, мигрени — в 3,3 раза чаще по сравнению со здоровыми беременными и составляет 35,42 и 10,41% соответственно. Интенсивность ГБН по ВАШ в основной группе была достоверно выше. Выявлена статистически значимая корреляционная связь между сенсорными и аффективными характеристиками головной боли и показателем ВАШ в основной группе, у пациенток с ГБН — с показателем личностной тревожности. Тревожные расстройства имеются в 8,7 раза чаще и составляют 83,3%. Показатели реактивной и личностной тревожности достоверно превышают аналогичные данные здоровых беременных. Антенатальное изучение показателей тревожности, проявлений головной боли у беременных*

со статусом ВПЛ и симптомами УПБ позволит индивидуализировать подход к ведению и в случае необходимости своевременно разработать корригирующие и реабилитационные мероприятия, которые будут способствовать благополучному завершению беременности и положительно влиять на здоровье матери и ее потомства.

Ключевые слова: беременность, внутренне перемещенные лица, угрожающее прерывание беременности, тревога, головная боль напряжения, мигрень.

CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF THE HEADACHE IN INTERNALLY DISPLACED WOMEN WITH THREATENED INTERRUPTION OF PREGNANCY, LIVING IN THE LUHANSK REGION

I.Yu. Romanenko

Summary. *The study included 112 pregnant women who were hospitalized regarding threatened interruption of pregnancy (TIP) to the hospitals, located in the Luhansk region, among them 48 women had internally displaced person (IDP) status. The control group consisted of 64 pregnant women with non-complicated obstetric anamnesis and physiological course of pregnancy with similar gestational period of pregnancy. It has been established that the prevalence of tension-type headache (TTH) among pregnant women with TIP, which has IDP status, was found in 3.2, migraines — 3.3 times more often than in healthy pregnant women and made up 35.42% and 10.41% respectively. In the main group the TTH intensity on the VAS was significantly higher. In the main group a statistically significant correlation between the sensory and affective characteristics of headache and the VAS indicator was found, in patients with TTH — with the indicator of trait anxiety. Anxiety disorders were found 8.7 times more often and made up 83.3%. The state and trait anxiety were significantly higher than those of healthy pregnant women. Antenatal study of indicators of anxiety, manifestations of headache in pregnant women with threatened interruption of pregnancy and IDP status allowed to individualize the approach to the management of pregnancy and if needed to timely develop rehabilitating activities, that will contribute to a successful outcome of the pregnancy and affect the health of the mother and her offspring.*

Key words: pregnancy, internally displaced persons, threatened interruption of pregnancy, anxiety, tension-type headache, migraine.

Адреса для листування:

Романенко Ірина Юріївна
02091, Київ, Кловський узвіз, 13 А
Український науково-практичний центр
ендокринної хірургії,
трансплантації ендокринних
органів і тканин МОЗ України
E-mail: iryna.romanenko@gmail.com