

КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПАЦІЄНТІВ З МІГРЕННЮ БЕЗ АУРИ ТА ХРОНІЧНОЮ МІГРЕННЮ

Романенко Ю.І., Григорова І.А., Романенко В.І., Романенко І.Ю., Романенко І.В.

Романенко Юрій Ігорович аспірант кафедри неврології, психіатрії та наркології ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Рубіжне, Луганська область, Україна; e-mail: romanenko.yuri@gmail.com, ORCID 0000-0002-5193-4810.

Григорова Ірина Анатоліївна д.мед.н., професор, завідувач кафедри неврології №1 Харківського національного медичного, м. Харків, Україна; e-mail: grygorova_i@ukr.net, ORCID 0000-0002-2644-9880.

Романенко Володимир Ігорович к.мед.н., Інститут сімейної медицини, консультант - невролог, м. Київ, Україна; e-mail: vladimir.romanenko@pain.in.ua, ORCID 0000-0002-0014-9660.

Романенко Ірина Юріївна к.мед.н., доцент, провідний науковий співробітник відділу репродуктивної медицини та хірургії Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України, м Київ, Україна; e-mail: iryna.roman2017@gmail.com, ORCID 0000-0002-0604-0156.

Романенко Ігор Володимирович д.мед.н., професор кафедри неврології, психіатрії та наркології ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Рубіжне, Луганська область, Україна; e-mail: romanenko.igor@gmail.com; ORCID 0000-0001-5724-8064

КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПАЦІЄНТІВ З МІГРЕННЮ БЕЗ АУРИ ТА ХРОНІЧНОЮ МІГРЕННЮ.

Резюме.

Мігрень є другою за частотою (після головного болю) напруги та займає третє місце серед всіх хвороб, які призводять до втрати працездатності серед чоловіків і жінок у віці до 50 років.

Метою роботи було вивчення поширеності та вираженості проявів тривоги, депресії, вегетативних та диссомнічних порушень у пацієнтів з мігренню без аури та хронічною мігренню.

Матеріал та методи. Було обстежено 31 пацієнта з діагнозами мігрень без аури (МБА) (група I, n = 20) та хронічна мігрень (ХМ) (група II, n = 11). Контрольну групу склали 30 здорових випробовуваних. Проведено клініко-неврологічне обстеження, експериментально-психологічні методи включали тест Спілбергера, тест Бека, опитувальник для визначення вегетативних порушень, анкету бальної оцінки суб'єктивних характеристик сну.

Результати. У пацієнтів з МБА та ХМ переважали високі рівні реактивної (РТ) та особистісної (ОТ) тривоги, депресії, вегетативних розладів та порушень сну, в порівнянні зі здоровими випробовуваними. У хворих з ХМ, в порівнянні з пацієнтами з МБА, частіше зустрічалися високі рівні РТ (в 1,62 рази), ОТ (в 1,26 рази), суб'єктивні ознаки депресивного настрою (в 1,21 рази), порушення сну (в 1,36 разів), що може розглядатися як фактор хронізації ГБ. В обох клінічних групах виявлені статистично значущі позитивні кореляції між показником депресії Бека та показником ОТ, у пацієнтів з МБА наявний негативний кореляційний зв'язок між показником якості сну та показником вегетативної дисфункції і показником депресії Бека.

Висновки. Для пацієнтів з МБА та ХМ характерні достовірно більш високі показники РТ та ОТ, депресії, більш виражені ознаки вегетативної дисфункції та розлади сну в порівнянні зі здоровими випробовуваними. Виявлені психовегетативні розлади частіше зустрічаються та більш виражені у хворих з ХМ в порівнянні з пацієнтами з МБА. Визначення психовегетативного стану у представленій категорії пацієнтів дозволить індивідуалізувати підхід до ведення та своєчасно розробити в разі потреби корегуючі та реабілітаційні заходи, які будуть запобігати хронізації ГБ та сприяти підвищенню якості життя.

Ключові слова: мігрень, тривога, депресія, вегетативні розлади, диссомнічні порушення.

CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL FEATURES OF PATIENTS WITH MIGRAINE WITHOUT AURA AND CHRONIC MIGRAINE

Abstract

Migraine is the second most common after a tension-type headache and ranks third among all diseases that lead to a loss of performance among men and women under the age of 50 years.

The aim of the work was to study the prevalence and severity of manifestations of anxiety, depression, autonomic and dissonic disorders in patients with migraine without aura and chronic migraine.

Material and methods. A total of 31 patients with diagnoses of migraine without aura (MwA) (group I, n = 20) and chronic migraine (CM) (group II, n = 11) were examined. The control group consisted of 30 healthy subjects. A clinical and neurological examination was carried out, experimental psychological methods included the Spielberger State and Trait Anxiety Inventory, Beck's Depression Inventory, a questionnaire for determining autonomic disorders, a questionnaire for scoring the subjective characteristics of sleep.

Results. Patients with MwA and CM were characterized by significantly higher rates of state (SA) and trait (TA) anxiety, depression, more expressed signs of autonomic dysfunction and sleep disorders compared to healthy subjects. Patients with CM had significantly higher rates of SA (1.62 times), TA (1.26 times), subjective signs of depressive mood (1.21 times), sleep disorders (1.36 times) compared to patients with MwA, which can be considered as a factor in the chronicity of HA. In both clinical groups, statistically significant positive correlations were found between the Beck depression indicator and the TA indicator; in patients with MwA, there is a negative correlation between the sleep quality indicator and the autonomic dysfunction index and the Beck depression indicator.

Conclusions. For patients with MwA and CM were characterized significantly higher indices of SA and TA, depression, more pronounced signs of autonomic disorders and sleep disorders compared to healthy subjects. Detected psycho-vegetative disorders are more common and more pronounced in patients with CM compared to patients with MwA. Determining the psycho-autonomic state in this category of patients will allow us to individualize the approach to management and promptly develop treatment and rehabilitation modalities, if necessary, that will prevent the chronicity of HA and help to improve the quality of life.

Key words:

migraine, anxiety, depression, autonomic disorders, sleep disorders.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С МИГРЕНЬЮ БЕЗ АУРЫ И ХРОНИЧЕСКОЙ МИГРЕНЬЮ.

Резюме

Мигрень является второй по частоте (после головной боли) напряжением и занимает третье место среди всех болезней, которые приводят к потере работоспособности среди мужчин и женщин в возрасте до 50 лет.

Целью работы было изучение распространенности и выраженности проявлений тревоги, депрессии, вегетативных и диссомнических нарушений у пациентов с мигренью без ауры и хронической мигренью.

Материал и методы. Было обследовано 31 пациента с диагнозами мигрень без ауры (МБА) (группа I, n = 20) и хроническая мигрень (ХМ) (группа II, n = 11). Контрольную группу составили 30 здоровых испытуемых. Проведено клинико-неврологическое обследование, экспериментально-психологические методы включали тест Спилбергера, тест Бека, опросник для определения вегетативных нарушений, анкету балльной оценки субъективных характеристик сна.

Результаты. У пациентов с МБА и ХМ преобладали высокие уровни реактивной (РТ) и личностной (ЛТ) тревоги, депрессии, вегетативных расстройств и нарушений сна, по сравнению со здоровыми испытуемыми. У больных с ХМ, по сравнению с пациентами с МБА, чаще встречались высокие уровни РТ (в 1,62 раза), ЛТ (в 1,26 раза), субъективные признаки депрессивного настроения (в 1,21 раза), нарушения сна (в 1,36 раз), что может рассматриваться как фактор хронизации ГБ. В обеих клинических группах выявлены статистически значимые положительные корреляции между показателем депрессии Бека и показателем ЛТ, у пациентов с МБА имеется отрицательная корреляционная связь между показателем качества сна и показателем вегетативной дисфункции, и показателем депрессии Бека.

Выводы. Для пациентов с МБА и ХМ характерны достоверно более высокие показатели РТ и ЛТ, депрессии, более выраженные признаки вегетативной дисфункции и расстройства сна по сравнению со здоровыми испытуемыми. Обнаруженные психо-вегетативные расстройства чаще встречаются и более выражены у больных с ХМ по сравнению с пациентами с МБА. Определение психо-вегетативного состояния у данной категории пациентов позволит индивидуализировать подход к ведению и своевременно разработать в случае необходимости корректирующие и реабилитационные мероприятия, которые будут предотвращать хронизацию ГБ и способствовать повышению качества жизни.

Ключевые слова: мигрень, тревога, депрессия, вегетативные расстройства, диссомнические нарушения.

Мігренозний головний біль (ГБ) займає третє місце серед всіх хвороб, які призводять до втрати працездатності як серед чоловіків, так і серед жінок у віці до 50 років [1-3]. Мігрень (М) - первинна епізодична форма ГБ, що проявляється інтенсивним, частіше одностороннім, нападаподібним ГБ, а також різним поєднанням неврологічних, шлунково-кишкових і вегетативних проявів.

ВООЗ включила М в список 19 захворювань, які найбільшою мірою порушують соціальну адаптацію пацієнтів [4].

М є другою за частотою (після головного болю) напруги, її поширеність коливається у жінок від 11 % до 25 % , у чоловіків - від 4 % до 10 %; зазвичай вперше проявляється у віці від 10 до 20 років. У віці 35-45 років частота та інтенсивність мігренозних нападів досягають максимуму, після 55-60 років у більшості хворих М припиняється. Тривалість нападу у дорослих зазвичай коливається від 3-4 годин до 3 діб і в середньому становить 20 годин [2;5].

Якість життя пацієнтів з ГБ залежить не тільки від частоти та інтенсивності епізодів ГБ, але й від інших порушень, які дуже часто асоційовані з ними. За даними Odegard S.S, у пацієнтів з М порушення сну зустрічаються у п'ять разів частіше [6]. У декількох дослідженнях показано, що посилення частоти та інтенсивності ГБ знаходиться у чіткому взаємозв'язку із порушеннями сну та поведінки [7-9].

Психічними розладами, найбільш часто присутніми при головному болю, є тривога й депресія [10-13]. У пацієнтів з М цей зв'язок був показаний в різних епідеміологічних і проспективних дослідженнях [14-17]. Пацієнти з поєднанням тривожних розладів і глибокої депресії більш схильні до розвитку мігрені в порівнянні з тими, у кого присутня тільки депресія або тільки тривога [18-19].

Мета дослідження – вивчити поширеність та вираженість проявів тривоги, депресії, вегетативних та диссомнічних порушень у пацієнтів з мігреною без аури та хронічною мігреною.

Матеріали і методи дослідження. Було обстежено 31 пацієнта (11 чоловіків, 20 жінок, середній вік $Me (Q1-Q3) = 49,00 (40,00-52,00)$ роки) з діагнозами мігрень без аури (МБА) (група I, $n = 20$) та хронічна мігрень (ХМ) (група II, $n = 11$). Критеріями включення були підписання інформованої згоди на участь у дослідженні, наявність ГБ, який відповідає критеріям М відповідно до Міжнародної класифікації головного болю (МКГБ-3), відсутність важкої соматичної патології, зловживання медикаментами. До групи здорових випробовуваних увійшло 30 осіб (15 (50%) чоловіків і 15 (50%) жінок), які за минулий рік відмічали не більше 1 епізода ГБ та не жалілися на біль у шиї, а також не зверталися за медичною допомогою впродовж минулого року.

Клініко-неврологічне обстеження проводилося по класичній схемі історії хвороби і включало в себе збір скарг та анамнезу, з уточненням локалізації та характеру болю, його тривалості, наявності провокуючих та полегшуючих біль факторів, результатів попереднього лікування та оцінки ступеню його успішності, а також вивчалась можливість зв'язку ГБ із зловживанням лікарськими засобами. Дослідження неврологічного статусу виконувалось за стандартною методикою для виявлення наявності симптомів ураження центральної нервової системи, які могли б свідчити про вторинний характер ГБ.

Експериментально-психологічні методи включали:

- тест Спілбергера, адаптований Ю.Л. Ханіним, який складається з 40 питань, що дозволяють окремо оцінити реактивну (РТ) і особистісну (ОТ) тривогу. Результат менше 30 балів відповідає низькому рівню тривоги, 31-44 бали – середньому рівню і більше 45 балів – високому рівню тривоги [20];

- тест Бека, що складається з 2 частин - когнітивно-афективної субшкали і субшкали соматичних проявів депресії, що включають в себе 13 і 8 питань відповідно, і дозволяють визначити наявність і ступінь вираженості депресії у досліджуваного. Нормальне значення дорівнює від 0 до 9 балів, м'який ступінь депресії – 10-15 балів, помірний ступінь – 16-19 балів, сильний ступінь – 20-29 балів, вкрай виражена депресія – 30 балів і вище [21];

- опитувальник для визначення вегетативних порушень, який складається з 11 питань. Сума балів більше 15 свідчить про наявність вегетативних розладів [22];

- анкета бальної оцінки суб'єктивних характеристик сну, яка складається з 6 питань, що визначають різні характеристики сну. Кожне з цих питань оцінюється за п'ятибальною шкалою. В нормі у пацієнта без порушень сну повинно бути більш, ніж 22 бали, сума балів менше 19 свідчить про виражені диссомнічні розлади [23];

Статистична обробка даних проводилася з використанням програми «SPSS 17.0» і «Microsoft Excel for Windows» (2013). Оцінювалися достовірні відмінності за допомогою непараметричного тесту Манна-Уїтні для незалежних вибірок, проводився 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 приймали рівним 0,05.

Результати та обговорення

Психометричні показники в групах пацієнтів з клінічними проявами МБА, ХМ та здоровими випробовуваними представлені в таблиці 1.

Таблиця 1.

Психометричні показники пацієнтів клінічних груп та здорових випробовуваних

Показник	Група I (n = 20) Me (Q1–Q3)	Група II (n = 11) Me (Q1–Q3)	Здорові випробовувані (n = 30) Me (Q1–Q3)
Реактивна тривога, бали	43,50 (41,25–53,25)*	49,00 (42,00–53,00)**	29,50 (27,00–34,25)
Особистісна тривога, бали	49,00 (43,00–52,75)*	50 (47,00–56,00)**	32,50 (30,00–37,00)
Рівень депресії, бали	7,50 (3,00–18,25)*	9,00 (8,00–19,00)**	0,0 (0,0–2,00)
Якість сну, бали	20,00 (19,00–21,75)*	20,00 (18,00–22,00)**	25,00 (23,00–26,00)
Вегетативні порушення, бали	29,50 (18,00–42,75)*	32,00 (24,00–37,00)**	7,00 (6,00–13,25)

Примітка: рівень істотності відмінності – $P = 0,001$ при порівнянні пацієнтів відповідних груп:

* – при порівнянні пацієнтів групи I та здорових випробовуваних;

** – при порівнянні пацієнтів групи II та здорових випробовуваних.

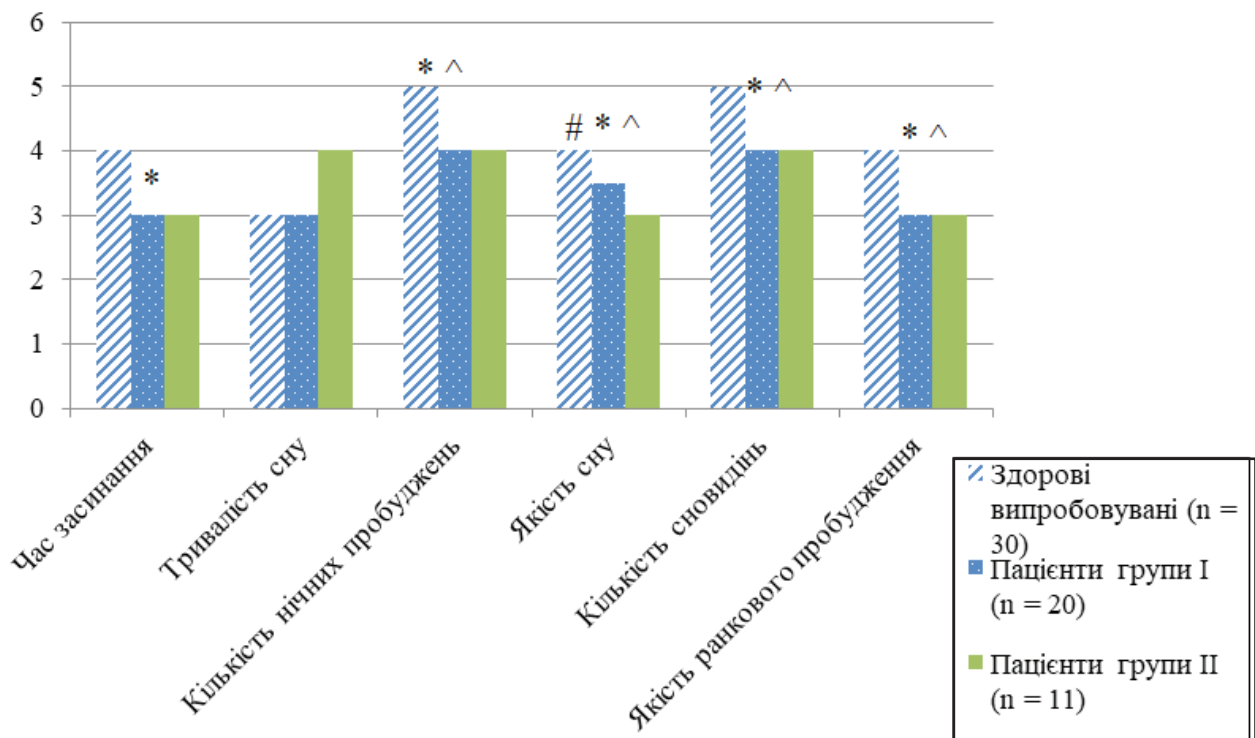
Показник реактивної тривожності у пацієнтів групи I склав Me (Q1–Q3) = 43,50 (41,25–53,25), особистісної тривожності – Me (Q1–Q3) = 49,00 (43,00–52,75) балів. При цьому помірний рівень РТ мав місце у 10 (50,0%) осіб, високий – у 9 (45,0%); низький – у 1 (5,0%) пацієнта; помірний рівень ОТ був виявлений у 6 (30,0%) осіб, високий – у 13 (65,0%), низький рівень – у 1 (5,0%) пацієнта. В групі II показники РТ та ОТ склали відповідно Me (Q1–Q3) = 49,00 (42,00–53,00) і 50 (47,00–56,00) балів, помірний рівень РТ мав місце у 3 (27,27%) осіб, високий – у 8 (72,73%) хворих, низький – не зареєстровано, помірний рівень ОТ був у 2 (18,18%) осіб, високий – у 9 (81,82%), низький – не зареєстровано. Показники РТ та ОТ в групах I і II були достовірно вище ($P < 0,001$), ніж аналогічні показники здорових досліджуваних (РТ – Me (Q1–Q3) = 29,5 (27–34,25), ОТ – Me (Q1–Q3) = 32,5 (30–37) балів).

Показник депресії за опитувальником Бека у пацієнтів групи I склав Me (Q1–Q3) = 7,50 (3,00–18,25), в групі II – Me (Q1–Q3) = 9,00 (8,00–19,00) балів, що достовірно ($P = 0,001$) вище даних контрольної групи – Me (Q1–Q3) = 0 (0–2,0) балів. В групі I нормальні значення мали 11 (55,0%) осіб, м'який ступінь депресії відмічено у 3 (15,0%), помірний – у 2 (10,0%), сильний – у 4 (20,0%) пацієнтів. В групі II нормальні значення показника мали 5 (45,46%) осіб, м'який ступінь депресії – 2 (18,18%), помірний – 2 (18,18%), сильний – 2 (18,18%)

пацієнтів.

Показник якості сну у пацієнтів групи I склав Me (Q1–Q3) = 20 (19–21,75), в групі II – Me (Q1–Q3) = 20,00 (18,00–22,00) і достовірно ($P = 0,001$) перевищував дані контрольної групи – Me (Q1–Q3) = 25 (23–26) балів. Порушення сну мали місце у 4 (20,00%) досліджуваних групи I і 3 (27,27%) осіб групи II, в контрольній групі – не зареєстровані. Прикордонні розлади сну мали місце у 11 (55%) і 4 (36,37%) пацієнтів відповідно. Не відмічали порушень сну 5 (25,00%) і 4 (36,37%) досліджуваних відповідно, а також всі обстежені контрольної групи. Розлади сну були представлені труднощами з засинанням (Me (Q1–Q3) в групі I склала 3,00 (3,00–4,00), в групі II – 3,00 (3,00–3,00), в контрольній групі – 4,00 (3,75– 5,00) бали), зміненою тривалістю сну (показники склали 3,00 (3,00–3,75), 4,00 (3,00–4,00) і 3,00 (3,00–4,00) бали відповідно), переривчастим сном, нічними пробудженнями (4,00 (3,00–4,00), 4,00 (3,00–4,00) і 5,00 (4,00–5,00) балів відповідно), незадовільною якістю сну (3,50 (3,00–4,00), 3,00 (3,00–3,00) і 4,00 (4,00–4,00) балів відповідно), сновидіннями, що турбують (4,00 (3,00–4,75), 4,00 (3,00–4,00) і 5,00 (4,00–5,00) балів відповідно) та зниженою якістю ранкового пробудження (3,00 (3,00–3,75), 3,00 (3,00–4,00) і 4,00 (4,00–4,00) балів відповідно). Характеристика якості сну в групі пацієнтів I і II у порівнянні з групою здорових випробовуваних представлена на мал.1.

Мал. 4.2.1. Характеристики порушень сну у пацієнтів груп I і II у порівнянні з групою здорових випробовуваних.



Примітка: рівень істотності відмінності при порівнянні пацієнтів відповідних груп:

* – при порівнянні пацієнтів групи I та здорових випробовуваних ($P = 0,001$);

^ – при порівнянні пацієнтів групи II та здорових випробовуваних ($P = 0,001$);

– при порівнянні пацієнтів групи I та II ($P < 0,05$).

Зміни параметрів сну у пацієнтів групи I і II достовірно відрізнялись в сторону погіршення в порівнянні з групою практично здорових випробовуваних, крім показників тривалості сну (P в групі I = 0,116, в групі II = 0,375). Параметри сну груп пацієнтів I і II статистично значуще між собою не відрізнялися, крім показника якості сну, який був гірше у пацієнтів з ХМ ($P = 0,045$).

Показник вегетативних розладів в групі I склав $Me (Q1-Q3) = 29,50 (18,00-42,75)$, в групі II – $32,00 (24,00-37,00)$ бали, що достовірно ($P = 0,001$) перевищувало аналогічні дані здорових випробовуваних $Me (Q1-Q3) = 7,00 (6,00-13,25)$ балів. У 17 (85%) осіб групи I та 10 (90,91%) пацієнтів групи II виявлено ознаки вегетативної дисфункції, в той час як в групі практично здорових випробовуваних – тільки у 5 (16,67%) обстежених відзначені незначні вегетативні розлади.

В групі I було виявлено статистично значущу кореляцію за Спірменом між показником депресії Бека та показником ОТ ($r = 0,494$, $p = 0,027$), показником вегетативної дисфункції ($r = 0,63$, $p = 0,003$); негативний кореляційний зв'язок зафіксовано між показником

якості сну та показником вегетативної дисфункції ($r = -0,493$, $p = 0,031$), показником депресії Бека ($r = -0,484$, $p = 0,027$); між показником вегетативної дисфункції та показником засипання ($r = -0,589$, $p = 0,006$), показником якості ранкового пробудження ($r = -0,503$, $p = 0,024$).

В групі II виявлено статистично значущі позитивні кореляційні зв'язки за Спірменом: між показником РТ та показником вегетативної дисфункції ($r = 0,695$, $p = 0,038$), між показником ОТ та показником депресії Бека ($r = 0,803$, $p = 0,009$).

Резюмуючи, можна сказати, що в психологічному портреті пацієнтів з МБА та ХМ переважали високі рівні РТ та ОТ, депресії, порушення сну, вегетативні розлади в порівнянні зі здоровими випробовуваними. У хворих з ХМ, в порівнянні з пацієнтами з МБА, частіше зустрічалися високі рівні РТ (в 1,62 рази), ОТ (в 1,26 рази), суб'єктивні ознаки депресивного настрою (в 1,21 рази), порушення сну (в 1,36 разів), що може розглядатися як фактор хронізації ГБ.

В обох клінічних групах виявлено статистично значущі позитивні кореляції між по-

казником депресії Бека та показником ОТ, у пацієнтів з МБА наявний негативний кореляційний зв'язок між показником якості сну та показником вегетативної дисфункції і показником депресії Бека.

Висновки

Для пацієнтів з МБА та ХМ характерні достовірно більш високі показники РТ та ОТ, депресії, більш виражені ознаки вегетативної дисфункції та розлади сну в порівнянні зі

здоровими випробуваними. Виявлені психо-вегетативні розлади частіше зустрічаються та більш виражені у хворих з ХМ в порівнянні з пацієнтами з МБА.

Визначення психо вегетативного стану у даної категорії пацієнтів дозволить індивідуалізувати підхід до ведення та своєчасно розробити в разі потреби корегуючі та реабілітаційні заходи, які будуть запобігати хронізації ГБ та сприяти підвищенню якості життя.

Література

1. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016 // *The Lancet*. – Vol. 390(10100). – P.1211-1259.
2. Headache Classification Subcommittee of the IHS. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition // *Cephalalgia*. – 2018. – Vol. 38(1) – P.1–211.
3. Saylor D, Steiner TJ. The Global Burden of Headache / D. Saylor, T.J. Steiner // *Semin Neurol*. – 2018. – Vol. 38, № 2. – P.182-190. doi: 10.1055/s-0038-1646946. Epub 2018 May 23.
4. World Health Organization (WHO). Headache disorders. WHO fact sheet 277. Updated April 2016. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs277/en/> Accessed February 21, 2018.
5. Осипова В.В. Первичные головные боли / В.В. Осипова, Г.Р. Табеева. - М.: Пагри-Принт, 2007. – 58 с.
6. Odegard S.S. Associations between sleep disturbance and primary headaches: the third Nord-Trandelag Health Study / S.S. Odegard, M. Engstrom, T. Sand [et al.] // *J. Headache Pain*. – 2010. – Vol. 11, № 3. – P. 197-206.
7. Palacios-Ceña M. The association of headache frequency with pain interference and the burden of disease is mediated by depression and sleep quality, but not anxiety, in chronic tension type headache / M Palacios-Ceña, JJ Fernández-Muñoz, M Castaldo [et al.] // *J Headache Pain*. – 2017. – Vol. 18, № 1. – P. 19. doi: 10.1186/s10194-017-0730-5.
8. Boardman H.F. Psychological, sleep, lifestyle, and comorbid associations with headache / H.F. Boardman, E. Thomas, D.S. Millson, P.R. Croft // *Headache*. – 2005. – Vol. 45, № 6. – P. 657-669.
9. Lin YK. Associations Between Sleep Quality and Migraine Frequency: A Cross-Sectional Case-Control Study / YK Lin, GY Lin, JT Lee [et al.] // *Medicine (Baltimore)*. – 2016. - Vol. 95, № 17. – e3554. doi: 10.1097/MD.0000000000003554.
10. Llop SM. Increased prevalence of depression and anxiety in patients with migraine and interictal photophobia / SMLlop, JE Frandsen, KBDigre [et al.] // *J Headache Pain*. – 2016. - Vol. 17. – P. 34. doi: 10.1186/s10194-016-0629-6.
11. Bensenor I.M. Headache complaints associated with psychiatric comorbidity in a population-based sample / Bensenor, L.F. Tofoli, L. Andrade // *Braz J Med Biol Res*. – 2003. – Vol. 36. – P. 1425-32.
12. Cao M. Personality traits in migraine and tension-type headaches: a five-factor model study / M. Cao, S. Zhang, K. Wang // *Psychopathology*. – 2002. – Vol. 35. – P. 254-8.
13. Esme Fuller-Thompson. Untangling the Associations Between Migraine, Pain, and Anxiety / Fuller-Thompson Esme, Jayanthikumar Janany, Agbeyaka K. Senyo // *Headache*. – 2017. - Vol. 57, № 3. – P. 375 – 390.
14. Peres MFP. Anxiety and depression symptoms and migraine: a symptom-based approach research / MFP Peres, JPP Mercante, JPP Tobo PR [et al.] // *J Headache Pain*. – 2017. - Vol. 18, № 1. – P.37. doi: 10.1186/s10194-017-0742-1.
15. Breslau N. Comorbidity of migraine and depression: investigating potential etiology and prognosis / N. Breslau, R.B. Lipton, W.F. Stewart // *Neurology*. – 2003. – Vol. 60. – P. 1308-12.
16. Mongini F. Personality traits, depression and migraine in women. A longitudinal study / F. Mongini, R. Keller, A. Deregibus // *Cephalalgia*. – 2003. – Vol. 23. – P. 186-92.
17. Leistad R.B. Stress induced pain and muscle activity in patients with migraine and tension-type headache / R.B. Leistad, T. Sand, R.H. Westgaard et al // *Cephalalgia*. – 2006. – Vol. 26 (1). – P. 64–73. doi: 10.1111/j.1468-2982.2005.00997.x.
18. Colman Ian. Migraine Headache and Risk of Self-harm and Suicide / Ian Colman, Mila Kingsbury, Jitender Sareen et al // *Headache*. – 2016. – Vol. 56, №1. – P. 132 – 140.
19. Merikangas K.R. Migraine and psychopathology. Results of the Zurich cohort study of young adults / K.R. Merikangas, J. Angst, H. Isler // *Arch Gen Psychiatry*. – 1990. – Vol. 47. – P.849-53.
20. Ханин Ю.Л. Исследование тревоги в спорте // *Вопр. психологии*. - 1978. – №6. – С.72-75.
21. Beck A.T. An inventory for measuring depression / A.T. Beck, C.H. Ward, M. Mendelson [et al.] // *Arch Gen Psychiatry*. – 1961. – Vol. 4. – P. 561–571.
22. Вегетативные расстройства. Клиника, диагностика, лечение / под редакцией А.М.Вейна. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2003. – 752с.
23. Вейн А.М. Синдром апноэ во сне и другие расстройства дыхания, связанные со сном: клиника, диагностика, лечение. / А.М. Вейн, Т.С. Елигулашвили, М.Г. Полуэктов. – М.: Эйдос Медиа, 2002. – 310 с.

References

1. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016 // *The Lancet*. – Vol. 390, (10100). – P.1211-1259.
2. Headache Classification Subcommittee of the IHS. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition // *Cephalalgia*. – 2018. – Vol. 38(1) – P.1–211.
3. World Health Organization (WHO). Headache disorders. WHO fact sheet 277. Updated April 2016. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs277/en/> Accessed February 21, 2018.
4. Headache Classification Subcommittee of the IHS. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition // *Cephalalgia*. – 2018. – Vol. 38 (1) – P.1–211.
5. Osipova V.V., Tabeeva G.R. Primary headaches: diagnosis, clinic, therapy: a practical guide / Osipova V.V., Tabeeva G.R. – M.: Medical Information Agency, 2014. – 336 p.
6. Odegard S.S. Associations between sleep disturbance and primary headaches: the third Nord-Trøndelag Health Study / S.S. Odegard, M. Engstrom, T. Sand [et al.] // *J. Headache Pain*. – 2010. – Vol. 11, № 3. – P. 197-206.
7. Palacios-Ceña M. The association of headache frequency with pain interference and the burden of disease is mediated by depression and sleep quality, but not anxiety, in chronic tension type headache / M Palacios-Ceña, JJ Fernández-Muñoz, M Castaldo [et al.] // *J Headache Pain*. – 2017. – Vol. 18, № 1. – P. 19. doi: 10.1186/s10194-017-0730-5.
8. Boardman H.F. Psychological, sleep, lifestyle, and comorbid associations with headache / H.F. Boardman, E. Thomas, D.S. Millson, P.R. Croft // *Headache*. – 2005. – Vol. 45, № 6. – P. 657-669.
9. Lin YK. Associations Between Sleep Quality and Migraine Frequency: A Cross-Sectional Case-Control Study / YK Lin, GY Lin, JT Lee [et al.] // *Medicine (Baltimore)*. – 2016. – Vol. 95, № 17. – e3554. doi: 10.1097/MD.0000000000003554.
10. Llop SM. Increased prevalence of depression and anxiety in patients with migraine and interictal photophobia / SMLlop, JE Frandsen, KBDigre [et al.] // *J Headache Pain*. – 2016. – Vol. 17. – P. 34. doi: 10.1186/s10194-016-0629-6.
11. Bensenor I.M. Headache complaints associated with itropsychiatric comorbidity in a population-based sample / Bensenor, L.F. Tofoli, L. Andrade // *Braz J Med Biol Res*. – 2003. – Vol. 36. – P. 1425-32.
12. Cao M. Personality traits in migraine and tension-type headaches: a five-factor model study / M. Cao, S. Zhang, K. Wang // *Psychopathology*. – 2002. – Vol. 35. – P. 254-8.
13. Esme Fuller-Thompson. Untangling the Associations Between Migraine, Pain, and Anxiety / Fuller-Thompson Esme, Jayanthikumar Janany, Agbeyaka K. Senyo // *Headache*. – 2017. – Vol. 57, № 3. – P. 375 – 390.
14. Peres MFP. Anxiety and depression symptoms and migraine: a symptom-based approach research / MFP Peres, JPP Mercante, JPP Tobo PR [et al.] // *J Headache Pain*. – 2017. – Vol. 18, № 1. – P. 37. doi: 10.1186/s10194-017-0742-1.
15. Breslau N. Comorbidity of migraine and depression: investigating potential etiology and prognosis / N. Breslau, R.B. Lipton, W.F. Stewart // *Neurology*. – 2003. – Vol. 60. – P. 1308-12.
16. Mongini F. Personality traits, depression and migraine in women. A longitudinal study / F. Mongini, R. Keller, A. Deregibus // *Cephalalgia*. – 2003. – Vol. 23. – P. 186-92.
17. Leistad R.B. Stress induced pain and muscle activity in patients with migraine and tension-type headache / R.B. Leistad, T. Sand, R.H. Westgaard et al // *Cephalalgia*. – 2006. – Vol. 26 (1). – P. 64–73. doi: 10.1111/j.1468-2982.2005.00997.x.
18. Colman Ian. Migraine Headache and Risk of Self-harm and Suicide / Ian Colman, Mila Kingsbury, Jitender Sareen et al // *Headache*. – 2016. – Vol. 56 (1). – P. 132 – 140.
19. Merikangas K.R. Migraine and psychopathology. Results of the Zurich cohort study of young adults / K.R. Merikangas, J. Angst, H. Isler // *Arch Gen Psychiatry*. – 1990. – Vol. 47. – P. 849-53.
20. Khanin Yu.L. Study of anxiety in sports // *Psychology issues*. – 1978. – № 6. – P. 72-75.
21. Beck A.T. An inventory for measuring depression / A.T. Beck, C.H. Ward, M. Mendelson [et al.] // *Arch Gen Psychiatry*. – 1961. – Vol. 4. – P. 561–571.
22. Autonomic disorders. Clinic, diagnosis, treatment / edited by A.M. Wayne. M.: Medical Information Agency, 2003. – 752 c.
23. Wayne AM, Eligulashvili TS, Poluektov M.G. Sleep apnea syndrome and other sleep disorders associated with sleep: clinic, diagnosis, treatment. M.: Eidos Media, 2002. – 310 c.

Романенко Юрий Игоревич - аспирант кафедры неврологии, психиатрии и наркологии ГУ «Луганский государственный медицинский университет», г. Рубежное, Луганская область, Украина

e-mail: romanenko.yuri@gmail.com, ORCID 0000-0002-5193-4810.

Romanenko Yuriy Igorovich - Postgraduate Student of the Department of Neurology, Psychiatry and Narcology of the Lugansk State Medical University, Rubizhne, Lugansk region, Ukraine

Григорова Ирина Анатольевна - д.мед.н., профессор, заведующая кафедрой неврологии №1 Харьковского национального медицинского университета, г. Харьков, Украина

e-mail: grygorova_i@ukr.net, ORCID 0000-0002-2644-9880.

Grigороva Iryna Anatoliyivna - MD, PhD, Professor, Head of the Department of Neurology No. 1, Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Романенко Владимир Игоревич - к.мед.н., Институт семейной медицины, консультант - невролог, г. Киев, Украина

e-mail: vladimir.romanenko@pain.in.ua, ORCID 0000-0002-0014-9660

Romanenko Volodymyr Igorovich - PhD in Medicine, Family Medicine Institute, Consultant - Neurologist, Kyiv, Ukraine

Романенко Ирина Юрьевна - к.мед.н., доцент, ведущий научный сотрудник отдела репродуктивной медицины и хирургии Украинского научно-практического центра эндокринной хирургии, трансплантации эндокринных органов и тканей МЗ Украины, г. Киев, Украина

e-mail: iryna.roman2017@gmail.com, ORCID 0000-0002-0604-0156

Romanenko Iryna Yuriivna - PhD in Medicine, Associate Professor, leading researcher of the Department of Reproductive Medicine and Surgery of the Ukrainian Scientific and Practical Center for Endocrine Surgery, Transplantation of Endocrine Organs and Tissues of the Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine

Романенко Игорь Владимирович - д.мед.н., профессор кафедры неврологии, психиатрии и наркологии ГУ «Луганский государственный медицинский университет», г. Рубежное, Луганская область, Украина

e-mail: romanenko.igor@gmail.com; ORCID 0000-0001-5724-8064

Romanenko Igor Volodymyrovich - MD, PhD, Professor of the Department of Neurology, Psychiatry and Narcology of the Lugansk State Medical University, Rubizhne, Lugansk region, Ukraine