

Верхневолжский медицинский журнал. 2026; 25(3): 37-40
Upper Volga Medical Journal. 2026; 25(3): 37-40
УДК 616.857-057.875

ЦЕФАЛГИЯ: ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ У СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

О. Н. Бахарева, Б. В. Баукин, А. О. Смирнова, А. С. Бахарева, Д. Р. Морозов

*Кафедра физической, реабилитационной и спортивной медицины
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия*

Аннотация. В статье приведены результаты оценки роли поведенческих факторов в формировании цефалгии среди студентов при помощи скрининговых электронно-цифровых опросников. Исследовано 94 студента 1-3 курса медицинского университета. Детализирована интенсивность головной боли, частота ее эпизодов, психоэмоциональный фон, характеристики инсомнии. Выявлен высокий уровень цефалгии среди молодежи с бесконтрольным применением нестероидных противовоспалительных средств для купирования головной боли. Отмечена тесная корреляция между выраженностью цефалгии, частотой инсомнии и длительностью использования гаджетов. Выявлена тесная взаимосвязь с наличием мышечно-тонического синдрома вертеброгенной зоны и высоким уровнем вегетативных проявлений.

Ключевые слова: цефалгия, мышечно-тонический синдром, инсомния, поведенческие факторы, студенты

Для цитирования: Бахарева О.Н., Баукин Б.В., Смирнова А.О., Бахарева А.С., Морозов Д.Р. Цефалгия: поведенческие факторы формирования у студенческой молодежи. Верхневолжский медицинский журнал. 2026; 25(3): 37-40.

CERHALOGIA: BEHAVIORAL FACTORS OF ITS FORMATION IN STUDENTS

O. N. Bakhareva, B. V. Baukin, A. O. Smirnova, A. S. Bakhareva, D. R. Morozov

Tver State Medical University, Tver, Russia

Abstract. This article presents the results of an assessment of the role of behavioral factors in the development of cephalgia among students using screening electronic digital questionnaires. Ninety-four first- to third-year medical university students were studied. cephalgia intensity, frequency of episodes, psychoemotional status, and insomnia characteristics were detailed. A high incidence of cephalgia among young people with uncontrolled use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs for headache relief was identified. A high correlation was noted between the severity of cephalgia, the frequency of insomnia, and the duration of gadget use. A close relationship was found between the presence of muscular-tonic syndrome of the vertebrogenic zone and a high level of vegetative manifestations.

Key words: cephalgia, muscular-tonic syndrome, insomnia, behavioral factors, students

For citation: Bakhareva O.N., Baukin B.V., Smirnova A.O., Bakhareva A.S., Morozov D.R. Cephalgia: behavioral factors of formation in students. Upper Volga Medical Journal. 2026; 25(3): 37-40.

Введение

Проблема раннего выявления причин цефалгии в молодом возрасте является основой для профилактики формирования очаговой симптоматики в исходе поражения центральной нервной системы. Среди молодежи поведенческие факторы играют ключевую роль в формировании головной боли. Они включают в себя образ жизни, режим дня, питание, физическую активность, способы реагирования на стресс и вредные привычки. Эти факторы часто взаимосвязаны и создают кумулятивный эффект, повышая риск возникновения и хронизации головных болей [1, 2].

Высокая учебная нагрузка, социальная адаптация и стресс способствует повышению артериального давления, снижению концентрации внимания и эмоциональному выгоранию, что может провоцировать

головные боли. Нерегулярный режим сна, поздний отход ко сну, ранний подъем, а также проблемы с засыпанием и продолжительностью сна – распространенные явления среди студентов [3, 4].

Длительное вынужденное положение тела во время образовательных мероприятий, работа с электронными устройствами и недостаток физической активности приводят к статическому мышечному напряжению в области шеи, плеч и головы. Цефалгия как один из ранних маркеров вертеброгенных нарушений требует разработки немедикаментозных методик для их купирования и профилактики. Нахождение более 5–7 часов в день перед экраном компьютера, смартфона или других гаджетов – значимый провоцирующий фактор для головных болей. Яркий свет мониторов и неоновое освещение также могут

вызывать дискомфорт. Это является одним из основных триггеров головной боли напряжения [5, 6].

Пассивные способы преодоления стресса (избегание, употребление алкоголя) вместо активных (планирование, физическая активность, техники релаксации) могут усиливать напряжение и способствовать возникновению головных болей. Частое употребление фастфуда, перекусы, пропуск приёмов пищи, особенно завтрака, дефицит фруктов и овощей – характерные черты питания студентов. Неправильное питание может усиливать стресс и негативно сказываться на общем состоянии здоровья, включая возникновение головных болей. Курение (в том числе электронных сигарет и кальянов), употребление алкоголя и других психоактивных веществ – распространённые способы справиться со стрессом у студентов. Эти привычки могут усугублять головные боли и создавать дополнительные риски для здоровья [7, 8].

Учитывая низкую приверженность к диагностике и лечению молодых людей, важным является поиск скрининговых форм, в том числе электронно-цифровых, для раннего выявления выше названной симптоматики, что может быть обеспечено включением в программы профилактических и диспансерных осмотров расширенных опросников, детализирующих причины и характер цефалгии. Это становится особенно актуальным в условиях распространения новых нейроинфекций, которые также являются мощными триггерами формирования хронической головной боли [9-12].

Цель исследования: определить роль поведенческих факторов в формировании цефалгии у студентов при помощи скрининговых электронно-цифровых опросников.

Материал и методы исследования

На базе ФГБОУ ВО Тверской ГМУ проведено онлайн-анкетирование 94 студентов 1-3 курсов при помощи опросного листа посредством Google формы. Кроме уточняющих вопросов о наличии признаков цефалгического синдрома, причин его возникновения, частоте использования студентами гаджетов и качестве сна, опросник содержал блок вопросов об интенсивности головной боли по шкале ВАШ, оценка психоэмоционального фона проведена по шкале HADS.

Средний возраст респондентов составил $19,7 \pm 0,7$ лет, среди которых зарегистрировано 58 (62%) девушек и 36 (38%) юношей. С целью дополнительного скрининга причин цефалгического синдрома им проведено исследование анализа крови клинического.

Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась с помощью пакета программ «Microsoft Excel 9.0» и включала методы вариационной статистики, определение средних и выборочных долей, оценку статистической значимости межгрупповых различий. При описании исследуемых групп указывалось абсолютное и относительное число носителей качественного признака – n (%), среднее значение и стандартное отклонение ($M \pm SD$) при нормальном распределении количественной переменной или медиана и межквартильный интервал ($Me [Q1; Q3]$) при отклонении распределения от нормального. Результаты статистического анализа признавались значимыми при вероятности альфа-ошибки менее 5 % ($p < 0,05$).

Результаты исследования

При исследовании частоты цефалгического синдрома у студентов младших курсов выявлено, что головная боль беспокоила преобладающее большинство 68 (72%, $p=0,04$) респондентов.

При детализации частоты цефалгии (рис. 1) оказалось, что головная боль практически у половины студентов 29 (42%) возникала реже 1 раза в неделю, головная боль до 1-2 раза в неделю возникала у трети 22 (32%) респондентов, однако почти у четверти 14 (21%, $p=0,02$) обследованных её частота достигала 3-4-х раз в неделю, а ежедневные головные боли имели место у 3 (5%, $p=0,05$) студентов.

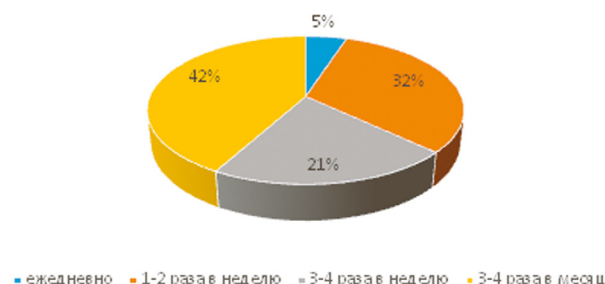


Рис. 1. Частота эпизодов цефалгии у студентов
Fig. 1. Frequency of cephalic episodes in students

Оценка интенсивности головной боли (рис. 2) выявила, что у половины обследованных 36 (53%, $p=0,04$) зарегистрирована умеренная её выраженность $4,6 \pm 0,3$ балла по шкале ВАШ, а треть опрошенных 23 (34%) испытывают сильную головную боль ($6,7 \pm 0,2$ балла), поэтому они вынуждены прекращать любую деятельность. У 11 (16%) студентов во время головной боли отмечалось сильное раздражение на свет; 10 (15%) – на шум; 20 (21%) – онемение в руках.

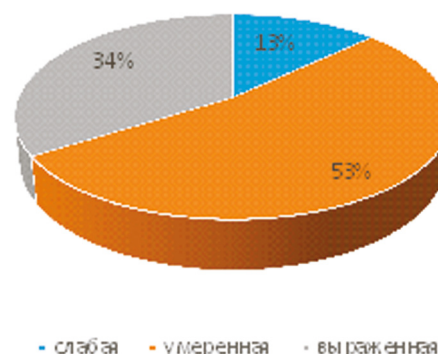


Рис. 2. Выраженность цефалгии у студентов
Fig. 2. Severity of cephalgia in students

Обращает внимание значимая роль поведенческих факторов (продолжительность сна, курение электронных сигарет) в формировании цефалгии в молодом возрасте. При этом почти все опрошенные 60 (88%, $p=0,03$) указали, что основной причиной появления боли является долгая статическая нагрузка, а 18 (26%) студентов отметили в качестве ещё одной причины появления боли резкие повороты головы, у 37 (54%, $p=0,05$) человек было выявлено сочетание боли с наличием мышечно-тонического синдрома в воротниковой зоне. Травмы и другие причины были отмечены лишь в единичных случаях 5 (7%). Наслед-

ственный фактор зарегистрирован у 26 (38%, $p=0,04$) респондентов.

У 22 (32%) студентов частота и длительность цефалгии усиливалась на фоне психотравмирующих ситуаций. Однако общий уровень тревоги по шкале HADS составил $8,7 \pm 0,4$ баллов, а депрессии – $7,5 \pm 0,2$ баллов, что соответствует субклиническому уровню тревожно-депрессивных нарушений.

Цефалгия значимо часто сопровождалась наличием вегетативных проявлений 29 (42%, $p=0,04$) в виде мелькания мушек, сонливости, сердцебиения, чувства тревоги и сочеталась с гипотонией (23 – 35%). У 9 (17%) девушек цефалгический синдром нарастает в предменструальном периоде. При этом у 9 (13%) студентов наличие цефалгического синдрома сочеталось с признаками анемии 1-2 степени (по данным анализа крови клинического).

При сопоставлении выявленных жалоб с частотой возникновения цефалгии преобладающее большинство 49 (72%, $p=0,03$) респондентов отметило тесную взаимосвязь между выраженностью цефалгии и частотой инсомнии. При углубленном обследовании и детализации структуры сна оказалось, что только треть 19 (29%, $p=0,03$) студентов не страдает бессонницей, а у половины 35 (51%) она возникает изредка (реже 1 раза в неделю), тогда как 14 (20%, $p=0,04$) человек отметили ее частое возникновение. Раннего самопроизвольного пробуждения не выявлено всего у 20 (29%, $p=0,03$) респондентов, у 6 (9%) оно зарегистрировано часто (3-4 раза в неделю), у преобладающего большинства 41 (60%) оно отмечено редко (≤ 1 раза в неделю), а ежедневное раннее пробуждение – всего у 1 (2%).

При этом все респонденты этой категории отметили наличие сонливости и разбитости по утрам, которые сопровождалась головной болью, у 25 (37%, $p=0,04$) из опрошенных эти ощущения возникали изредка (реже 1 раза в неделю), у 27 (40%, $p=0,05$) – 2-3 раза в неделю, а у 16 (23%, $p=0,05$) – ежедневно (рис. 3).

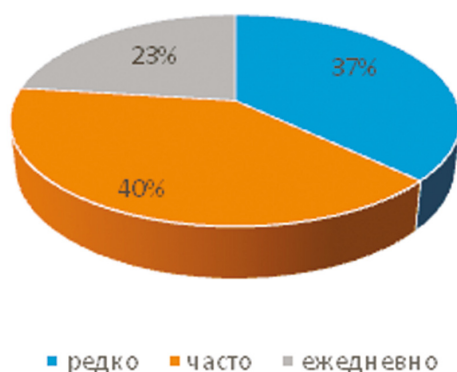


Рис. 3. Частота утренней сонливости, ощущения разбитости и цефалгии в связи с инсомнией

Fig. 3. Frequency of morning sleepiness, feeling of fatigue and cephalgia associated with insomnia

При сопоставлении цефалгии с частотой использования гаджетов оказалось, что половина опрошенных 37 (54%) использовала смартфон 3-6 часов в сутки, треть опрошенных 23 (34%, $p=0,03$) – более 6 часов в сутки, и всего лишь 7 (11%) – 1-3 часа в сутки,

а случаев использования гаджетов менее часа не зарегистрировано ни в одном случае.

Почти все опрошенные (64 – 94%, $p=0,01$) указали, что облегчение боли происходит после отдыха или сна, при этом половина 34 (53%) респондентов прибегает к применению нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) в режиме «по требованию». Лишь треть 20 (30%, $p=0,05$) студентов с целью купирования цефалгии прибегает к кинезотерапевтическим практикам. При этом 10 (15%) обследованных отметили, что ни одно из вышеуказанных средств им не помогло.

Детализация анамнестических данных показала, что о наличии установленных заболеваний, подтвержденных диагностическими методами исследования в детстве или на данный момент, осведомлены лишь 11 (16%) человек. Соответственно, большинство респондентов 57 (84%, $p=0,003$) ранее не обследовались.

Обсуждение результатов исследования

Выявление признаков цефалгии у преобладающего большинства 68 (72%, $p=0,04$) респондентов соотносится с данными литературы о её распространенности [1, 5]. При этом наличие у 2/3 обследованных цефалгического синдрома в молодом возрасте требует детального скрининга этой категории населения при диспансерном наблюдении в связи с тем, что цефалгия является ранним предиктором многих очаговых заболеваний головного мозга.

Настораживает факт умеренной выраженности болевого синдрома у половины 36 (53%, $p=0,04$) обследованных с цефалгией. Половина из них (34 – 53%) бесконтрольно прибегает к применению НПВС по требованию, и лишь треть (20 – 30%, $p=0,05$) с целью купирования цефалгии прибегает к кинезотерапевтическим практикам, что диктует необходимость акцентирования внимания студентов на роль здоровьесберегающих немедикаментозных технологий как мощного инструмента коррекции функциональных нарушений.

Обращает внимание значимое участие поведенческих факторов в формировании цефалгии в молодом возрасте [3, 4]. У трети 22 (32%) студентов частота и длительность эпизодов цефалгии усиливалась на фоне психотравмирующих ситуаций, что соотносится с данными литературы. Кроме того цефалгия значимо чаще сопровождалась наличием вегетативных проявлений (29 – 42%, $p=0,04$) в виде мелькания мушек, сонливости, сердцебиения, чувства тревоги и сочетанием с гипотонией, что также требует применения широкого спектра здоровьесберегающих технологий у молодежи.

При сопоставлении выявленных жалоб с частотой возникновения цефалгии преобладающее большинство (49 – 72%, $p=0,03$) респондентов отметило тесную взаимосвязь между выраженностью цефалгии и частотой инсомнии. При этом половина опрошенных 37 (54%) использовала смартфон 3-6 часов в сутки, что также кумулирует выраженность симптоматики у данной категории больных и заставляет задуматься об углубленных исследованиях этой проблемы.

Почти все опрошенные (60 – 88%, $p=0,03$) указали, что основной причиной появления боли является долгая статическая нагрузка, в том числе связанная с длительным применением смартфонов и других

гаджетов, при отсутствии условий соблюдения эргономики рабочего места, что диктует необходимость более активной пропаганды методов здорового образа жизни среди молодежи [10-12].

Заключение

В ходе проведенного исследования выявленстораживающий факт высокой распространенности цефалгии у молодежи и бесконтрольного применения НПВС для купирования головной боли. При этом высока корреляция между её выраженностью, частотой инсомнии и длительностью использования гаджетов, что требует усиления пропаганды здоровьесберегающих технологий и эргономики рабочего места. Клинические проявления цефалгического синдрома свидетельствуют о тесной взаимосвязи его с наличием мышечно-тонического синдрома вертеброгенной зоны, что сочеталось с высоким уровнем вегетативных проявлений и требует не только своевременной диагностики, но и применения широкого спектра общедоступных немедикаментозных здоровьесберегающих технологий с целью сохранения соматического здоровья молодого поколения.

Список источников

1. Лукина Е.В., Русанова А.М. Профиль головной боли у лиц молодого возраста Бюллетень медицинских Интернет-конференций. 2016; 6(6): 1307-13012.
2. Воробьева О.В. Цефалгический синдром – принципы диагностики и лечения. РМЖ. 2004; 10: 599-603.
3. Осипова В.В., Табеева Г.Р. Первичные головные боли: диагностика, клиника, терапия: практическое руководство. Москва: Медицинское информационное агентство, Российское общество по изучению головной боли. 2014: 329.
4. Рачин А.П., Сергеев А.В., Авдеева Т.Г. Головная боль у детей (лекция). Проблемы амбулаторно-поликлинической педиатрии: материалы Всероссийского семинара. Москва-Смоленск. 2007: 147-177.
5. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia. 2018; 38(1):1-211. doi: 10.1177/0333102417738202
6. Неврология. Национальное руководство. Краткое издание /Под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, А.Б. Гехт. Москва: ГЭОТАР-Медиа. 2018; 688.
7. Шток В.Н. Некоторые замечания по поводу переработанного варианта Международной классификации головной боли (МКГБ-III, бета-версия, 2013). Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2014; 114(2): 87-90.
8. Лебедева Е.Р., Осипова В.В., Табеева Г.Р., Олесен Е. Международная классификация головных болей (МКГБ), версия 3 бета, 2013 г. Уральский медицинский журнал. 2014; 3(117): 48-51.
9. Заваденко Н.Н., Нестеровский Ю.Е., Хондкьян Г.Ш., Шипилова Е.М., Холин А.А. Первичные головные боли у детей и подростков: учебно-методическое пособие /Под ред. Н.Н. Заваденко. Москва: ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России. 2015: 96.
10. Лисицын Ю.П. Образ жизни как основа здоровья. Анализ факторов риска заболеваемости: проблемная статья. Медицинская газета. 2010: 19: 12.
11. Белова А.Н., Буйлова Т.В., Булюбаш И.Д., Григорьева В.Н., Новиков А.В., Полякова А.Г., Смирнов Г.В., Щепетова О.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации: руководство для врачей и научных работников. Москва: Антидор. 2002: 440.
12. Стукаленко Н.М., Просандеева И.А., Лепешев Д.В. Здоровьесберегающие технологии в образовательном пространстве. Наука и реальность. 2023; 1(13): 121-123.
13. Сигаева Е.В., Горбунова Н.А., Дронова Е.В., Селезнева Т.Н. Здоровьесберегающие технологии в современном образовательном процессе. Молодой ученый. 2021; 28(370): 50-53.

Бахарева Ольга Николаевна (контактное лицо) – д-р мед. наук, доцент, заведующий кафедрой физической, реабилитационной и спортивной медицины ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России; 170100, Тверь, ул. Советская, д. 4; akharevaon@tvvgmu.ru

Поступила в редакцию / The article received 01.07.2026.

Принята к публикации / Was accepted for publication 10.09.2026.