

ДИНАМИКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ МИГРЕНЬЮ ПОД ВЛИЯНИЕМ ПРЕВЕНТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Д. Д. Сотников

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Исследовано психоэмоциональное состояние 105-ти больных мигренью и его влияние на составляющие качества жизни. Проведен сравнительный анализ динамики уровня депрессии и тревожности в 3-х группах пациентов, принимающих с профилактической целью комбинацию amitriptyline с propranolol, gabapentine и lamotrigine.

ДИНАМІКА ПСИХОЕМОЦІЙНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА МІГРЕНЬ ПІД ВПЛИВОМ ПРЕВЕНТИВНОГО ЛІКУВАННЯ

Д. Д. Сотников

Досліджено психоемоційний стан 105-ти хворих на мігрень і його вплив на складові якості життя. Проведено порівняльний аналіз динаміки рівня депресії й тривожності у 3-х групах пацієнтів, які приймають із профілактичною метою комбінацію amitriptyline з propranolol, gabapentine і lamotrigine.

DYNAMICS OF PSYCHOEMOTIONAL FRUSTRATION AT SICK OF THE MIGRAINE UNDER THE INFLUENCE OF PREVENTIVE TREATMENT

D. D. Sotnikov

It is investigated psychoemotional conditions 105 sick of a migraine and its influence on making qualities of a life. The comparative analysis of dynamics of level of depression and uneasiness in 3 groups of the patients accepting with the preventive purpose a combination amitriptyline with propranolol, gabapentine and lamotrigine is carried out.

Мигрень — распространенное в популяции хроническое заболевание, значительно ухудшающее качество жизни пациентов, оказывает неблагоприятное воздействие на профессиональную деятельность и социальную жизнь [6]. В ряде исследований показано влияние на качество жизни больных мигренью не столько тяжести самих приступов, сколько выраженности коморбидных психоэмоциональных расстройств (депрессии и тревоги) [3, 4, 5]. Использование препаратов для профилактического лечения направлено на уменьшение частоты, продолжительности и тяжести мигренозных атак, в конечном итоге на улучшение качества жизни [1]. Однако установлено, что у пациентов с выраженными тревожно-депрессивными и ипохондрическими проявлениями даже при существенном улучшении клинической картины мигрени (снижение частоты, интенсивности и/или продолжительности атак) качество жизни достоверно не улучшалось [7]. Препаратами первой линии для превентивной терапии являются бета-блокаторы, антидепрессанты и противоэпилептические препараты [1].

Цель исследования — изучить влияние психоэмоциональных нарушений на качество жизни

больных мигренью, а также их динамику под влиянием превентивного лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под наблюдением находились 105 пациентов (94 женщины и 11 мужчин) в возрасте от 18-ти до 60-ти лет (в среднем $35,1 \pm 9,9$ года), страдающих мигренью, с течением заболевания, требующим превентивного лечения. В исследование включались пациенты, у которых приступы головной боли, соответствующие диагностическим критериям мигрени Международного общества головной боли (2004), возникали чаще двух раз в месяц, при этом существенно ограничивали дееспособность больного и были рефрактерными к медикаментозному купированию атаки.

Нейропсихологическое исследование включало определение наличия и степени выраженности депрессии по шкале Бека, а также реактивной и личностной тревожности по тесту Спилбергера, адаптированного Ю. Л. Ханиным [2]. Для количественной оценки качества жизни применялся опросник Medical Outcomes Study Short Form-36 (MOS SF-36), формирующий шкалы физического благополучия (физическое функционирование — ФФ,

влияние физического состояния на повседневную ролевую деятельность — РФ, интенсивность боли — ИБ, общее состояние здоровья — ОЗ) и душевного благополучия (жизненная активность — ЖА, социальное функционирование — СФ, влияние эмоционального состояния на повседневную ролевую деятельность — РЭ, оценка психического здоровья — ПЗ) [8].

Было проведено открытое рандомизированное сравнительное исследование. Методом случайной выборки пациентов разделили на 3 равные группы по 35 человек, в каждой из которых для профилактического лечения использовали комбинацию amitriptyline с propranolol (группа 1), gabapentin (группа 2) и lamotrigine (группа 3). Группы не имели статистически значимых различий по основным клинико-демографическим показателям. Лечение начиналось в минимальной дозе с последующим ее титрованием каждую неделю до индивидуально максимальной и хорошо переносимой. Терапевтическая доза amitriptyline колебалась от 12,5 мг до 50 мг в сутки (в среднем $27,5 \pm 14,4$), propranolol — от 80 мг до 160 мг в сутки (в среднем $91,4 \pm 20,7$), gabapentin — от 600 до 1200 мг в сутки (в среднем $642,9 \pm 273,6$), lamotrigine — от 50 мг до 200 мг в сутки (в среднем $108,6 \pm 47,7$). Контроль терапии осуществлялся во время личных визитов к врачу или по телефону. Психологическое состояние больных оценивалось при первичном осмотре и после 3-х мес. терапии.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием пакета прикладных программ Statistica 6,0 параметрическими (средние величины) и непараметрическими (коэффициент корреляции Спирмена, критерий Вилкоксона) методами. Результаты считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Обследованные пациенты страдали мигренью в течение длительного срока — от 2-х до 30-ти лет (в среднем $14,2 \pm 7,8$), что дает основания полагать о возможном влиянии заболевания на психоэмоциональное состояние. Средняя интенсивность головной боли по 10-балльной визуально-аналоговой шкале (ВАШ) составила $7,6 \pm 1,3$ [2]. Средняя частота атак в месяц $8,4 \pm 5,8$. Продолжительность приступа в среднем составила $21,6 \pm 12,8$ часа.

Анализ психологического состояния данной группы пациентов продемонстрировал высокие уровни депрессии и тревожных расстройств. Средний балл депрессии по шкале Бека составил $20,7 \pm 8,5$. При этом у 54,3% пациентов определялась выраженная депрессия, у 12,4% — средняя, у 33,3% — отсутствие депрессии или легкая степень. Средние значения реактивной и личностной тревоги по Спилбергеру составили $44,1 \pm 11,1$ и $47,3 \pm 10,3$. В 54,2% случаев определялась выраженная реактивная тревожность, в 59,0% —

выраженная личностная тревожность. Только у 9,5% пациентов не было признаков ни реактивной, ни личностной тревожности.

Исследование качества жизни больных мигренью показало снижение значений по всем шкалам опросника SF-36. Наиболее высокие баллы регистрировались по шкале физического функционирования ($86,0 \pm 13,3$) и ролевого физического функционирования ($69,4 \pm 25,3$), что свидетельствует о меньшей степени ограничения в выполнении физических нагрузок, самообслуживании. Приблизительно в равной степени снижался уровень психического здоровья ($49,2 \pm 25,0$), оценка общего состояния здоровья пациентом ($46,5 \pm 16,2$), ролевое эмоциональное функционирование ($46,4 \pm 34,2$), жизненная активность ($45,7 \pm 22,9$) и социальное функционирование ($45,1 \pm 12,7$). Самые низкие баллы выявлены по шкале интенсивности боли — $38,0 \pm 16,8$, что подтверждает значительное влияние выраженности болевого синдрома на повседневную деятельность.

Для оценки влияния особенностей клинического течения на составляющие качества жизни был проведен корреляционный анализ (табл. 1).

Среди особенностей клинического течения мигрени наибольшее влияние на качество жизни оказывает продолжительность приступа, что нашло отражение в умеренной обратной корреляции со шкалами ролевого эмоционального функционирования ($r = -0,34$; $p = 0,0003$), психического здоровья ($r = -0,25$; $p = 0,007$), а также слабой обратной связью со шкалами жизненной активности ($r = -0,21$; $p = 0,02$) и социального функционирования ($r = -0,19$; $p = 0,05$). Частота приступов отрицательно влияет только на шкалу психического здоровья ($r = -0,31$; $p = 0,001$). Выраженность головной боли проявилась в обратной связи со шкалой интенсивности боли ($r = -0,35$; $p = 0,0001$).

Уровень депрессии имеет значимую корреляционную связь со шкалами, отражающими психологический компонент здоровья: ролевое эмоциональное функционирование ($r = -0,47$; $p = 0,00001$), психическое здоровье ($r = -0,43$; $p = 0,00001$), жизненная активность ($r = -0,36$; $p = 0,0001$) и социальное функционирование ($r = -0,28$; $p = 0,003$). Продемонстрирована отрицательная корреляция реактивной и личностной тревоги со шкалами психического здоровья ($r = -0,43$; $p = 0,0001$ и $r = -0,37$; $p = 0,0001$) и ролевого эмоционального функционирования ($r = -0,32$; $p = 0,0006$ и $r = -0,31$; $p = 0,001$).

По окончании трехмесячного курса лечения антидепрессивный и противотревожный эффект наблюдался во всех группах в различной степени выраженности (табл. 2).

Наибольший эффект выявлен в группе, принимающей комбинацию amitriptyline с propranolol. В результате лечения число больных с выраженной депрессией уменьшилось на 44,5% (на 12 человек), при этом средний уровень депрессии

Таблица 1

Корреляционные связи составляющих качества жизни с особенностями клинического течения, уровнями депрессии и тревожности больных мигренью.

Показатель	Частота атак	Интенсивность атак	Продолжительность атак	Уровень депрессии	Уровень реактивной тревожности	Уровень личностной тревожности
ФФ	$r = -0,19$ $p = 0,04$	$r = -0,027$ $p = 0,78$	$r = -0,1$ $p = 0,27$	$r = -0,12$ $p = 0,21$	$r = -0,1$ $p = 0,27$	$r = -0,09$ $p = 0,33$
РФ	$r = -0,13$ $p = 0,18$	$r = -0,02$ $p = 0,83$	$r = -0,24$ $p = 0,01$	$r = -0,14$ $p = 0,12$	$r = -0,15$ $p = 0,12$	$r = -0,16$ $p = 0,1$
ИБ	$r = 0,06$ $p = 0,53$	$r = -0,35$ $p = 0,0001$	$r = -0,03$ $p = 0,74$	$r = -0,04$ $p = 0,63$	$r = -0,03$ $p = 0,74$	$r = -0,08$ $p = 0,93$
ОЗ	$r = -0,09$ $p = 0,36$	$r = -0,004$ $p = 0,96$	$r = -0,06$ $p = 0,55$	$r = -0,13$ $p = 0,17$	$r = -0,16$ $p = 0,11$	$r = -0,17$ $p = 0,07$
ЖА	$r = -0,23$ $p = 0,014$	$r = 0,07$ $p = 0,42$	$r = -0,21$ $p = 0,02$	$r = -0,36$ $p = 0,0001$	$r = -0,26$ $p = 0,005$	$r = -0,23$ $p = 0,01$
СФ	$r = -0,03$ $p = 0,74$	$r = 0,1$ $p = 0,3$	$r = -0,19$ $p = 0,05$	$r = -0,28$ $p = 0,003$	$r = -0,21$ $p = 0,02$	$r = -0,18$ $p = 0,05$
РЭ	$r = -0,18$ $p = 0,05$	$r = -0,12$ $p = 0,2$	$r = -0,34$ $p = 0,0003$	$r = -0,47$ $p = 0,0001$	$r = -0,32$ $p = 0,0006$	$r = -0,31$ $p = 0,001$
ПЗ	$r = -0,31$ $p = 0,001$	$r = 0,19$ $p = 0,04$	$r = -0,25$ $p = 0,007$	$r = -0,43$ $p = 0,0001$	$r = -0,43$ $p = 0,0001$	$r = -0,37$ $p = 0,0001$

Таблица 2

Динамика психоэмоциональных нарушений под влиянием превентивного лечения

Показатель	Группа 1 (n = 27)		Группа 2 (n = 25)		Группа 3 (n = 27)	
	До	После	До	После	До	После
Уровень депрессии (M ± m)	19,8 ± 8,3	12,0 ± 4,5 *	23,5 ± 7,8	18,8 ± 5,9 *	21,6 ± 9,2	15,5 ± 5,5 *
Реактивная тревожность (M ± m)	46,6 ± 10,3	36,7 ± 6,9 *	44,1 ± 13,2	39,6 ± 10,8 *	46,1 ± 9,1	37,8 ± 6,6 *
Личностная тревожность (M ± m)	48,8 ± 9,7	39,8 ± 6,3 *	47,4 ± 12,8	43,7 ± 11,6 *	49,0 ± 8,0	42,1 ± 7,2 *
ФФ (M ± m)	85,3 ± 12,3	91,8 ± 9,2 *	84,8 ± 16,5	89,8 ± 16,2 *	85,1 ± 12,8	89,4 ± 10,6 *
РФ (M ± m)	70,3 ± 24,0	85,1 ± 15,9 *	67,0 ± 31,2	77,0 ± 28,8 *	70,4 ± 26,5	73,1 ± 24,9 *
ИБ (M ± m)	36,8 ± 17,2	58,8 ± 12,0 *	34,9 ± 16,1	53,2 ± 17,6 *	37,4 ± 18,9	50,4 ± 16,2 *
ОЗ (M ± m)	45,7 ± 16,1	59,3 ± 14,2 *	49,3 ± 16,7	56,0 ± 16,1 *	43,7 ± 16,2	51,8 ± 18,0 *
ЖА (M ± m)	43,7 ± 24,7	62,6 ± 18,4 *	45,8 ± 21,9	53,6 ± 20,7 *	45,1 ± 21,6	55,7 ± 20,2 *
СФ (M ± m)	42,4 ± 11,5	58,9 ± 16,2 *	46,3 ± 13,7	49,2 ± 12,9 *	42,8 ± 6,7	49,7 ± 8,1 *
РЭ (M ± m)	46,3 ± 38,8	73,0 ± 27,6 *	41,6 ± 33,7	49,7 ± 30,5 *	43,1 ± 32,9	62,0 ± 27,1 *
ПЗ (M ± m)	44,0 ± 26,3	62,4 ± 24,1 *	50,8 ± 26,6	56,1 ± 24,9 *	50,6 ± 23,6	63,1 ± 18,9 *

Примечание: * — статистически достоверные изменения ($p < 0,05$).

снизился на 37,1% и составил $12,0 \pm 4,5$. Анксиолитический эффект проявился в уменьшении количества пациентов с выраженной степенью реактивной и личностной тревоги на 13 (48,1%) и 11 (40,7%) человек, соответственно средние значения в группе снизились на 16,9% ($36,7 \pm 6,9$) и 16,2%

($39,8 \pm 6,3$). Улучшение показателей качества жизни наблюдалось по всем шкалам, в большей степени по шкалам интенсивности боли (на 37,4%), ролевого эмоционального функционирования (на 36,6%) и психического здоровья (на 29,5%).

В группе больных, получающих габапентин, средний уровень депрессии уменьшился на 20% ($18,8 \pm 5,9$), при этом лишь на 3 пациента с высокой степенью депрессии стало меньше (на 12%). Регресс показателей реактивной и личностной тревоги составил 10,2% ($39,6 \pm 10,8$) и 9,2% ($43,7 \pm 11,6$). Качество жизни улучшилось в основном за счет повышения по шкалам интенсивности боли (на 34,4%), общего здоровья (на 17,3%) и ролевого эмоционального функционирования (на 16,3%).

В результате применения ламотриджина количество больных с выраженной депрессией уменьшилось на 8 человек (29,7%), что отразилось на уменьшении среднегруппового показателя на 28,2% ($15,5 \pm 5,5$). Количество больных с высокой степенью реактивной и личностной тревожностью уменьшилось на 11 (40,8%) и 9 (33,4%) человек, при этом средние показатели в группе снизились на 18,0% ($37,8 \pm 6,6$) и 14,1% ($42,1 \pm 7,2$) соответственно. Наиболее значимое улучшение качества жизни наблюдалось по шкалам ролевого эмоционального функционирования (на 37,9%), интенсивности боли (на 20,8%) и жизненной активности (на 19,0%).

Выводы

1. В результате обследования группы больных мигренью, нуждающихся в профилактическом лечении, выявлены высокие уровни депрессии по шкале Бека ($20,7 \pm 8,5$), реактивной ($44,1 \pm 11,1$) и личностной ($47,3 \pm 10,3$) тревоги по Спилбергеру.

2. На качество жизни значительное влияние оказывает продолжительность приступа мигрени, а также выраженность психоэмоциональных расстройств. Снижение качества жизни в большей степени было связано с психологическим компонентом здоровья.

3. При профилактическом лечении мигрени уменьшалась частота, продолжительность и интенсивность приступов, вследствие чего снижался уровень депрессии, реактивной и личностной тревожности, что наиболее значительно проявилось в группе, принимающей комбинацию amitriptилина с пропранололом. Наименьшее влияние на психоэмоциональное состояние оказывал прием габапентина.

Изучение динамики психоэмоциональных нарушений на качество жизни больных мигренью под влиянием превентивного лечения является *перспективным* для коррекции терапии этому контингенту.

Литература

1. Амелин А. В. Современные аспекты диагностики, патогенеза и лечения мигрени. — М.: ООО НТЦ АМТ, 2007. — 88 с.
2. Белова А. Н., Буйлова Т. В., Булюбаиш И. Д. [и др.] Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации / Под ред. А. Н. Беловой, О. Н. Шепетовой. — М.: Антидор, 2002. — 440 с.
3. Осипова В. В. Качество жизни при мигрени: роль коморбидных нарушений / В. В. Осипова // Боль — 2005. — № 1. — С. 45–46.
4. Bordini C. A. Effect of preventive treatment on health-related quality of life in episodic migraine / C. A. Bordini, H. Mariano da Silva, R. P. Garbelini [et al.] // J. Headache Pain. — 2005. — Vol. 6 — №. 5 — P. 387–391.
5. D'Amico D. Improvement in quality of life and activity limitations in migraine patients after prophylaxis. A prospective longitudinal multicentre study / D. D'Amico, A. Solari, S. Usai [et al.] // Cephalalgia. — 2006. — Vol. 26. — P. 691–696.
6. Frare M. Quality of life, coping strategies and family routines in children with headache / M. Frare, G. Axia, P. A. Battistella // Headache. — 2002. — Vol. 42 (10). — P. 953–962.
7. Hung C. I. Comorbid migraine is associated with a negative impact on quality of life in patients with major depression / C. I. Hung, C. Y. Liu, S. J. Wang [et al.] // Cephalalgia. — 2006. — Vol. 26 (1) — P. 26–32.
8. Ware J. E. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36) / J. E. Ware, C. D. Sherbourne // Medical Care. — 1992. — Vol. 30 (6). — P. 473–483.