

Качество жизни при мигрени: корреляции с клиникой заболевания и особенностями личности пациентов

В.В. Шестаков, д.м.н., профессор, Н.Л. Старикова, к.м.н., доцент, кафедра неврологии ФПК и ППС Пермской государственной медицинской академии, г. Пермь

Quality of life in migraine: correlations with clinical features of the disease and psychological factors

V.V. Shestakov, N.L. Starikova

Резюме

Исследовано качество жизни (КЖ) 50 пациентов, страдающих мигренью, и его связь с клиническими особенностями заболевания, уровнями коморбидных тревоги и депрессии, копинг-стратегиями пациентов. Контрольную группу составили 10 практически здоровых лиц. Выявлено снижение КЖ у пациентов с мигренью по двум опросникам – общему и специфическому. КЖ у пациентов с мигренью оказалось достоверно ниже, чем в контрольной группе. Снижение КЖ по общему Гетеборгскому опроснику достоверно коррелировало с длительностью заболевания, уровнями тревоги, депрессии и приверженностью пассивным копинг-стратегиям. Снижение КЖ пациентов с мигренью по специфическому опроснику QVM достоверно коррелировало с длительностью приступов, показателем по опроснику MIDAS, наличием ночных приступов и мигренозного статуса в анамнезе, уровнями тревоги, депрессии и приверженностью пассивным копинг-стратегиям. Результаты исследования указывают, что особенности личности пациентов и выраженность коморбидных мигрени эмоциональных расстройств, наряду с клиническими особенностями заболевания, играют важную роль в снижении качества жизни при мигрени.

Ключевые слова: мигрень, качество жизни, тревога, депрессия, копинг-стратегии

Resume

Quality of life (QoL) in 50 migraine patients and 10 healthy subjects was studied by means of generic (Goetheborg) and specific (QVM) questionnaires, as well as dependence of QoL on clinical features of migraine, anxiety, depression and coping strategies of patients. QoL in migraine patients measured with generic questionnaire was lower than in controls and significantly depended on the length of the disease, anxiety and depression levels and on passive coping strategies preference. According to specific questionnaire poor QoL in migraine significantly correlated with the length of attacks, MIDAS score, night attacks and migreaneous status in patient's history, levels of anxiety and depression and non-adaptive coping strategies. Psychological factors seem to play important role in QoL in migraine.

Key words: migraine, quality of life, anxiety, depression, coping-strategies

Понятие качества жизни за последние годы приобрело важное значение в различных отраслях науки – социологии, экологии, медицине. Качество жизни (КЖ) определяется как интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека, основанная на его субъективном восприятии [1], а также как способность человека участвовать в общественной жизни и в полной мере получать удовольствие от своей роли гражданина с независимым социальным статусом [2]. КЖ, связанное со здоровьем – часть общего КЖ, оценивающая состояние здоровья человека, его функциональный статус, а также его общее благополучие [3]. Кроме неблагоприятного воздействия собственно патологического процесса, КЖ зависит и от ряда субъективных факторов, в частности, от того,

как индивидум оценивает свое благополучие и положение в обществе в контексте культуры, принятой системы ценностей, своих целей и интересов [3], то есть при исследовании КЖ оценивается не сама болезнь, а ее воздействие на жизнь пациента [4]. Категория КЖ используется в экспертизе эффективности новых лекарственных препаратов, при разработке реабилитационных программ, при проведении фармакоэкономических расчетов [1]. Исследование КЖ, связанного со здоровьем, проводится с помощью опросников. Все инструменты для таких исследований принято делить на общие опросники (для всех категорий пациентов) и специфические опросники для изучения КЖ при определенных заболеваниях или состояниях [1, 5]. Наибольшее распространение получили общие опросники качества жизни SF-36, SF-12, Гетеборгский опросник качества жизни. Разработаны специфические опросники качества жизни для пациентов, страдающих сахарным диабетом, ишемической болезнью сердца, заболеваниями почек, головной болью и т.д. Специфические опросники более чувствительны к изменениям КЖ, в частности, в процессе лечения заболевания [5]. Один из специфических опросников для определений КЖ у паци-

Ответственный за ведение переписки:

Старикова Наталья Леонидовна.

E-mail: nlsta@mail.ru

614000, г. Пермь, ул. Куйбышева, 39

Пермская государственная медицинская академия

сентов, страдающих мигренью, - опросник QVM (Qualite' de Vie et Migraine), позволяющий вычислить глобальный, функциональный, психологический, социальный и медицинский индексы качества жизни [6].

Согласно Международной классификации головных болей (ICHD-II) [7], все головные боли разделены на первичные и вторичные. Мигренью, второй по частоте из первичных головных болей, страдают около 14% населения [8]; в США количество больных достигает 28 миллионов [9]. Экономический ущерб, приносимый мигренью, который складывается из потерь рабочего времени, снижения работоспособности, стоимости лечения, составляет в США более 13 миллиардов долларов в год [10]. Мигрень является одной из самых частых причин оказания неотложной помощи на дому и в больнице [11]. Всемирная организация здравоохранения включила тяжелую мигрень в число четырех заболеваний с наиболее неблагоприятным влиянием на жизнь пациентов [10]. Снижение КЖ при мигрени оказывается более выраженным, чем при диабете, артериальной гипертензии, остеоартрите и боли в пояснице [5] и примерно соответствует КЖ при сердечной недостаточности [12]. Однако до настоящего времени остается неясным, какие именно клинические особенности мигрени оказывают неблагоприятное действие на КЖ пациентов. Результаты исследований по этому вопросу противоречивы. Сообщается, что снижение КЖ у пациентов с мигренью коррелирует с частотой приступов [13], либо с интенсивностью боли во время приступа [14], либо с выраженностью нарушения функциональной активности во время приступа [3]. Еще одна важная детерминанта КЖ у пациентов с мигренью – эффективность abortивной терапии приступов [15].

Немаловажным фактором, определяющим психологическую составляющую болевого синдрома любой локализации, считаются привычные для конкретного пациента копинг-стратегии, то есть стратегии преодоления боли. Все копинг-стратегии принято делить на адаптивные (или активные) и неадаптивные (или пассивные) [16]. У пациентов с частыми приступами мигрени отмечено преобладание пассивных, дисфункциональных копинг-стратегий (страха, депрессии, избегания социальной и физической активности) [17], что может объяснить плохую эмоциональную адаптацию к боли [18]. В то же время приобретение более рациональных, активных копинг-стратегий приводит к уменьшению влияния мигрени на повседневную жизнь [19].

Цель исследования

Изучить качество жизни пациентов, страдающих мигренью, и его связь с клиническими особенностями заболевания, уровнями коморбидных тревоги и депрессии, копинг-стратегиями пациентов.

Материал и методы

Обследованы 50 пациентов (47 женщины, трое мужчин), страдающих мигренью, последовательно обратившихся за помощью в специализированный Центр головной боли. Исследование проводилось в межприступном

периоде, в амбулаторных условиях. Возраст обследованных составил 16-54 года (средний возраст 37,10±9,95 года) (M±StD). У 45 пациентов диагностирована мигрень без ауры, у пяти – мигрень с аурой (типичная аура с мигренозной головной болью – ICHD-II). Критерии включения в исследование: возраст 16-56 лет; диагноз мигрени, установленный в соответствии с диагностическими критериями Международного Общества головной боли (ICHD-II) [7]; отсутствие клинических признаков других видов головной боли; письменное информированное согласие на участие в исследовании. Критерии исключения: сочетание мигрени с другими видами головной боли, наличие очаговых неврологических симптомов или патологических очагов на КТ/МРТ, наличие соматических заболеваний в стадии декомпенсации, возраст моложе 16 и старше 56 лет. Проводилось общеневрологическое обследование пациентов с определением клинических особенностей заболевания; при необходимости пациенты направлялись на КТ/МРТ исследование. Интенсивность боли оценивалась по 100 – балльной визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Пациенты заполняли опросник MIDAS, позволяющий оценить степень дезадаптации пациентов в связи с мигренозными атаками, опросник Спилберга для оценки актуальной и конституциональной тревоги, опросник депрессии Бека, опросник управления болью Вандербилта, опросник Migraine-ACT (Assessment Current Treatment) для определения адекватности лекарственной терапии приступов. Качество жизни пациентов оценивалось по неспецифическому Гетеборгскому опроснику качества жизни и мигрень-специфическому опроснику QVM. Контрольную группу составили 10 практически здоровых лиц соответствующего возраста, не страдающих головной болью. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием пакета прикладных программ STATISTICA 6,0 параметрическими (средние величины, t-тесты) и непараметрическими (коэффициент Спирмена) методами.

Результаты

Обследованные пациенты страдали мигренью в течение длительного срока: продолжительность заболевания составила от 1 до 35 лет (средняя продолжительность 15,22 года). В большинстве случаев заболевание дебютировало в подростковом или молодом возрасте. У 15 пациентов мигрень прослеживалась в семейном анамнезе. Заболевание в группе обследованных характеризовалось наличием частых и продолжительных приступов интенсивных головных болей продолжительностью 4-72 часа, сопровождавшихся тошнотой и, в ряде случаев, рвотой, а также светобоязнью и звуковой гиперестезией; у большинства головная боль усиливалась при физической нагрузке. Мигрень с аурой, диагностированная у пяти пациентов, проявлялась появлением фотопсий и «цветных звездочек» в полях зрения обоих глаз и/или сужением полей зрения перед цефалгическим приступом. Двусторонние, диффузные головные боли наблюдались у 15 обследованных; у остальных цефалгические приступы были односторонними: у 16 человек преимущественно

но справа, у 14 преимущественно слева, у пяти пациентов наблюдались односторонние цефалгии без преобладания какой-либо из сторон. Частота приступов за предшествовавшие исследованию 3 месяца в группе обследованных составила в среднем 4,08 приступа в месяц (от 0,33 до 16 приступов в месяц). Средняя длительность цефалгических атак оказалась равной 45,44 часа. Интенсивность головной боли во время приступа по 100-балльной ВАШ составила в среднем 87,32 балла (от 57 до 100 баллов). Болевые приступы значительно ограничивали повседневную активность пациентов: хотя количество баллов по опроснику MIDAS и колебалось в широких пределах (от 0 до 120 баллов), в среднем показатель составил $28,28 \pm 27,25$ балла. Пациенты использовали для купирования болевой атаки различные медикаменты, как правило, комбинированные анальгетики (пенталгин, баралгин, цитрамон, седалгин, темпалгин и т.д.). Количество принимаемых за время приступа препаратов колебалось от 1 до 10 таблеток, составив в среднем 3,14 таблетки за приступ, что указывает на их недостаточный терапевтический эффект. Результаты опросника Migraine-ACT также показали низкую удовлетворенность пациенток действием медикаментов: средний показатель по опроснику составил $1,67 \pm 1,50$ балла (полной удовлетворенности лечением соответствует показатель, равный 4 баллам).

У обследованных пациентов выявлены высокие уровни тревоги. Так, актуальная тревожность по опроснику Спилбергера составила $44,04 \pm 9,98$ баллов (от 23 до 64 баллов). Показатель конституциональной тревожности оказался равным $47,66 \pm 9,48$ баллов (29-64 баллов). Уровень депрессии по опроснику Бека оказался невысоким: в среднем $10,76 \pm 7,30$ баллов (0-25 баллов). По опроснику управления болью Вандербиля приверженность активным копинг-стратегиям составила в среднем $10,72 \pm 2,87$ балла, а пассивным – $14,87 \pm 3,65$ балла. Показатели тревоги и депрессии в контрольной группе оказались ниже, чем у страдающих мигренью, но различия не были статистически достоверными. В то же время лица контрольной группы отличались достоверно большей приверженностью активным копинг-стратегиям ($t=2,279$; $p=0,027$) и меньшей – пассивным ($t=6,068$).

По неспецифическому Гетеборгскому опроснику КЖ у пациентов с мигренью оказалось сниженным, составив в среднем $55,32 \pm 10,29$ баллов. В контрольной группе аналогичный показатель составил $67,00 \pm 6,45$ балла (различия достоверно: $t=3,040$; $p=0,004$). Выявлена достоверная обратная зависимость КЖ пациентов с мигренью по Гетеборгскому опроснику от длительности заболевания ($R=-0,438$, $t=-2,630$, $p=0,013$), нарушения повседневной активности по опроснику MIDAS ($R=-0,582$, $t=-3,649$, $p=0,001$), уровня актуальной ($R=-0,547$, $t=-3,522$, $p=0,001$) и конституциональной ($R=-0,579$, $t=-3,826$, $p=0,0006$) тревоги, уровня депрессии ($R=-0,606$, $t=-4,109$, $p=0,0002$), а также от показателя приверженности пассивным копинг-стратегиям по опроснику Вандербиля ($R=-0,469$, $t=-2,810$, $p=0,008$).

При исследовании КЖ пациентов, страдающих мигренью, с помощью специфического опросника QVM

получены следующие результаты. Все индексы КЖ по специфическому опроснику QVM высоко достоверно коррелировали с показателем КЖ по общему Гетеборгскому опроснику ($p=0,041 - 0,00001$).

Глобальный (общий) индекс КЖ в группе обследованных составил в среднем $72,40 \pm 14,13$ балла, функциональный $28,47 \pm 6,12$ балла, психологический индекс $21,76 \pm 5,36$ балла. Социальный индекс КЖ оказался равным в среднем $14,11 \pm 2,95$ балла, а медицинский $8,07 \pm 1,81$ балла.

Не выявлено зависимости глобального показателя КЖ от возраста пациентов, а также от стажа заболевания, длительности и частоты приступов, интенсивности боли по ВАШ. В то же время глобальный индекс достоверно коррелировал с показателем актуальной тревоги ($R=0,374$, $t=2,551$, $p=0,014$), а также с выраженностью депрессии по опроснику Бека ($R=-0,343$, $t=2,315$, $p=0,025$). Кроме того, глобальный индекс зависел от степени нарушения повседневной активности по опроснику MIDAS ($R=-0,472$, $t=-3,259$, $p=0,002$) и от приверженности пациентов пассивным копинг-стратегиям по опроснику Вандербиля ($R=-0,414$, $t=-2,811$, $p=0,007$). Глобальный индекс QVM в группе пациентов с мигренью, осложненной мигренозным статусом, оказался достоверно ниже, чем у тех, у кого продолжительность приступов не превышала 72 часов ($t=2,753$, $p=0,008$).

Функциональный индекс QVM зависел от показателя MIDAS ($p=0,0002$), показателя актуальной тревоги ($p=0,022$), уровня депрессии ($p=0,012$), а также от степени приверженности пассивным копинг-стратегиям ($p=0,008$).

Психологический индекс коррелировал с уровнями актуальной тревоги ($p=0,034$), конституциональной тревоги ($p=0,035$), показателем приверженности пассивным копинг-стратегиям по опроснику Вандербиля ($p=0,025$), а также с показателем нарушения повседневной активности по опроснику MIDAS ($p=0,003$).

В отношении социального индекса QVM выявлена достоверная зависимость от показателя по опроснику MIDAS ($p=0,001$), уровня актуальной ($p=0,006$) и конституциональной ($p=0,017$) тревоги, уровня депрессии ($p=0,009$) и использования пассивных копинг-стратегий ($p=0,033$).

Медицинский индекс QVM, отражающий снижение качества жизни пациентов в связи с лечением мигрени, обнаружил корреляции с длительностью цефалгических атак ($p=0,007$), уровнями актуальной ($p=0,035$) и конституциональной ($p=0,017$) тревоги, а также с приверженностью пассивным копинг-стратегиям ($p=0,043$).

Наличие мигренозного статуса в анамнезе у пациентов достоверно снижало психологический ($p=0,004$), социальный ($p=0,045$) и медицинский ($p=0,002$) индексы QVM. Снижение функционального индекса достоверно коррелировало с наличием ночных цефалгических атак ($p=0,024$). Кроме того, все индексы QVM высоко достоверно коррелировали между собой.

В связи с тем, что индексы QVM коррелировали с показателем нарушения повседневной активности во вре-

мя приступов по опроснику MIDAS, прослежены отношения этого показателя с клиническими особенностями заболевания. Показатель MIDAS у пациентов с мигренью зависел от интенсивности боли во время приступа ($p=0,003$), частоты приступов ($p=0,012$), а также от актуальной тревожности ($p=0,032$).

Обсуждение

В результате проведенного исследования выявлено снижение качества жизни у пациентов, страдающих мигренью, по двум опросникам – общему и специфическому, при этом показатели по ним статистически значимо коррелировали друг с другом. КЖ, измеренное с помощью общего Гетеборгского опросника, у пациентов с мигренью оказалось достоверно ниже, чем у лиц контрольной группы, что соответствует результатам ранее проведенных исследований [3]. Степень нарушения КЖ по Гетеборгскому опроснику зависела от длительности заболевания и нарушения повседневной активности по опроснику MIDAS, а также достоверно коррелировала с психологическими особенностями пациентов: уровнями тревоги, депрессии и приверженностью пассивным копинг-стратегиям.

По специфическому опроснику QVM качество жизни у пациентов с мигренью также оказалось сниженным. При этом снижение КЖ коррелировало с некоторыми особенностями течения заболевания: с длительностью приступов (медицинский индекс QVM), со степенью нарушения повседневной активности во время приступов по опроснику

MIDAS (глобальный, функциональный, психологический и социальный индексы QVM), с наличием ночных приступов (функциональный индекс) и мигренозных статусов в анамнезе пациентов (глобальный, психологический, социальный и медицинский индексы). В то же время не обнаружено зависимости КЖ пациентов с мигренью от частоты приступов, интенсивности боли, степени нарушения повседневной активности по опроснику MIDAS, несмотря на то, что о таких корреляциях ранее сообщалось [3, 13, 14]. Вместе с тем обратила на себя внимание высоко достоверная корреляция всех показателей КЖ по опроснику QVM с психологическими особенностями личности пациентов – актуальной и конституциональной тревожностью, уровнем депрессии и приверженностью пассивным копинг-стратегиям. Более того, показатель MIDAS также достоверно зависел от уровня актуальной тревоги. Представляется интересным, что, в отличие от результатов Solomon G.D., Litaker D.G. [15], качество жизни у обследованных пациентов не зависело от эффективности лечения болевых атак, а именно от показателя по опроснику Migraine-ACT и от количества таблеток препаратов, принимаемых для купирования мигренозного приступа.

Таким образом, результаты исследования указывают, что особенности личности пациентов и выраженность коморбидных мигрени эмоциональных расстройств, наряду с клиническими особенностями заболевания, играют важную роль в снижении качества жизни при мигрени. ■

Литература:

- Новик А.А., Одинак М.М., Ионова Т.И., Бисага Г.Н. Концепция исследования качества жизни в неврологии. Неврологический журнал 2002; 7(6): 49-52.
- Ruiz de Velasco I, Gozalez N., Etxeberria Y., Garcia-Monco J.C. Quality of life in migraine patients : a qualitative study. Cephalgia 2003; 23:892-900.
- Lipton R.B., Liberman J.N., Kolodner K.B., Bigal M.E., Dowson A., Stewart W.F. Migraine headache disability and health-related quality of life: a population-based case-control study from England. Cephalgia 2003, 23(6): 441-450.
- Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии. М: 2004.
- Solomon G.D. Evolution of measurement of quality of life in migraine. Neurology 1997; 48(3 Suppl 3): s10-5.
- El Hasnaoui A., Vray M., Blin P., Nachit-Ouinekh F., Boureau F. Assessment of migraine severity using the MIGSEV scale: relationship to migraine features and quality of life. Cephalgia 2004; 24(4): 262-270.
- The International Classification of headache disorders. Cephalgia 2004; 24(suppl 1): 24-36.
- Stovner L.J., Zwart J.-A., Hagen K., Terwindt G.M., Pascual J. Epidemiology of headache in Europe. European Journal of Neurology 2006; 13(4): 333-345.
- Wenzel R.G., Sarvis C.A., Krause M.L. Over-the-counter drugs for acute migraine attacks: literature review and recommendations. Pharmacotherapy 2003; 23(4): 494-505.
- Pascual J. Management of acute migraine. Milano: One Way Publishing; 2007.
- Амелия А.В., Игнатов Ю.Д., Скоромец А.А. Мигрень (патогенез, клиника, лечение). Санкт-Петербург: Санкт-Петербургское медицинское издательство; 2001.
- Turner-Bowker D.M., Bayliss M.S., Ware J.E. Jr, Kosinski M. Usefulness of the SF-8 Health Survey for comparing the impact of migraine and other conditions. Qual Life Res 2003; 12(8): 1003-12.
- Garcia-Monco J.C., Foncea N., Bilbao A., Ruiz de Velasco I, Gomez-Beldarrain M. Impact of preventive therapy with nadolol and topiramate on the quality of life of migraine patients. Cephalgia 2007, 27(8): 920-928.
- Simiu S., Slankamenac P., Cvijanovic M., Ilin M., Kopitovic A. The impact of migraine severity on quality of life of patients with migraine. Med Pregl 2006 Jul-Aug; 59(7-8):299-304.
- Solomon G.D., Litaker D.G. The impact of drug therapy on quality of life in headache and migraine. Pharmacoeconomics 1999; 11(4): 334-42.
- Cathcart S., Materazzo F. Headache interference as a function of affect and coping: an artificial neural network analysis. Headache 1999; 39: 270-274.
- Яковлев О.Н., Филатова Е.Г., Вейн А.М. Психотерапия у пациентов с частыми приступами мигрени. Журн. неврол. и психиатр 2002; 10: 46-52.
- Lafittau M., Radat F., Irachabal S., Creac'h C. Headache and transformed migraine with medication overuse: what differences between disability, emotional distress and coping? (Abstract). Encephale 2006; 32(2Pt1): 231-7.
- Vos J., Passchier J. Reduced impact of migraine in everyday life: an observational study in the Dutch Society of headache patients. Headache 2003; 43(6):645-650.