

Личностные особенности пациента и качество жизни при мигрени

Старикова Н.Л.¹, Шубина О.С.²

Patient's personality and quality of life in migraine

Starikova N.L., Shubina O.S.

¹ Пермская государственная медицинская академия, г. Пермь

² Институт молекулярной биологии и биофизики СО РАН, г. Новосибирск

© Старикова Н.Л., Шубина О.С.

Детерминанты качества жизни (КЖ) при мигрени остаются не изученными. Обследовано 70 пациентов, страдающих мигренью, и 10 здоровых лиц соответствующего пола и возраста. Выявлена достоверная связь показателей КЖ с предпочтением пациентами пассивных стратегий преодоления боли, уровнями тревоги и депрессии. Личностные особенности пациентов в значительной степени определяют качество жизни при мигрени.

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

Determinants of quality of life (QL) in migraine remain unclear. We studied QL in 70 migraine patients and 10 healthy subjects. QL in migraine strongly correlated with passive coping strategies preference, levels of anxiety and depression. Conclusion: patient's personality determinates QL in migraine.

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

УДК 616.857-059.1-052:613.7/8:159.942.22

Введение

Появление новых взаимоотношений врач – пациент и понимание важности комплаентности в этих отношениях привело в последние годы к развитию медицины, ориентированной на пациента, – patient-centered medicine [9]. В соответствии с этим лечение любого заболевания должно учитывать не только стандарты доказательной медицины, но и желания пациента и в конечном итоге ставить своей целью улучшение качества его жизни.

Качество жизни (КЖ) – интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека, основанная на его субъективном восприятии [2]. Поскольку благополучие в значительной степени определяется состоянием здоровья человека, выделяют КЖ, связанное со здоровьем [10]. При исследовании КЖ оценивается не собственно болезнь, а ее воздействие на жизнь пациента [1], так как этот показатель кроме собственно состояния здоровья зависит

от оценки субъектом своего благополучия в контексте культуры, принятой системы ценностей, своих целей и интересов [10]. Исследование КЖ, связанного со здоровьем, проводится с помощью общих (для всех категорий пациентов) опросников и специфических опросников для пациентов с определенными заболеваниями [2], которые более чувствительны к изменениям КЖ, в частности в процессе лечения заболевания [16].

Мигрень (М) значительно ухудшает КЖ пациентов, оказывая неблагоприятное воздействие на профессиональную деятельность и социальную жизнь [7]. КЖ у больных М вне зависимости от возраста оказывается ниже, чем у лиц, не страдающих головными болями (ГБ) [3, 11], при этом имеет место нарушение всех составляющих КЖ [12]. Влияние М на жизнь пациента не ограничивается только аспектами, связанными с физическим здоровьем и приемом лекарственных препаратов. Страдает качество жизни членов семей больных М и семей-

ные отношения [13]. снижение КЖ при мигрени оказывается более выраженным, чем при диабете, артериальной гипертензии, остеоартрите и боли в пояснице [16] и примерно соответствует КЖ при сердечной недостаточности [19], т.е. влияние М на благополучие пациентов значительно и сравнимо с другими хроническими заболеваниями, известными как несомненно ухудшающие КЖ [19]. Однако до настоящего времени остается не ясным, какие именно клинические особенности М оказывают неблагоприятное действие на КЖ. Результаты исследований по этому вопросу противоречивы. Сообщается, что снижение КЖ у пациентов с М коррелирует с частотой приступов [8], либо с интенсивностью боли во время приступа [15], либо с продолжительностью атак [18]. В связи с вышесказанным предпринято изучение КЖ у пациентов специализированного Центра головной боли.

Цель исследования – изучить качество жизни пациентов, страдающих мигренью, и его связь с личностными особенностями пациентов (уровнями тревоги и депрессии, копинг-стратегиями пациентов) и клиническими особенностями заболевания.

Материал и методы

Обследовано 70 пациентов (66 женщин, 4 мужчин) в возрасте 16–57 лет (средний возраст $(38,01 \pm 9,84)$ года ($M \pm SD$)), страдающих мигренью, последовательно обратившихся за помощью в специализированный Центр головной боли. Исследование проводилось в межприступном периоде в амбулаторных условиях.

Критерии включения в исследование: возраст 16–57 лет; диагноз мигрени, установленный в соответствии с диагностическими критериями Международного общества головной боли (ICHD-II) [17]; отсутствие клинических признаков других видов ГБ (кроме абюзусной); письменное информированное согласие на участие в исследовании. Критерии исключения: сочетание М с другими видами ГБ (кроме абюзусной), наличие очаговых неврологических симптомов или патологических очагов на компьютерной (КТ) или магнитно-резонансной томографии (МРТ), наличие соматических заболеваний в стадии де-

компенсации, возраст моложе 16 и старше 57 лет. Наличие лекарственного абюзуса не считалось критерием исключения.

У 62 пациентов диагностирована М без ауры, у 8 – с аурой (типичная аура с мигренозной ГБ – ICHD-II). Проводилось общее неврологическое обследование с определением клинических особенностей заболевания по стандартизованной карте пациента; при необходимости пациенты направлялись на КТ- или МРТ-исследование. Интенсивность боли оценивалась по 100-балльной визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Пациенты заполняли опросник MIDAS, позволяющий установить степень дезадаптации в связи с мигренозными атаками, опросник Спилбергера для оценки актуальной и конституциональной тревоги, опросник депрессии Бека, опросник управления болью Вандербилта для выявления привычных для пациента копинг-стратегий, 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 [5]. 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 R Спирмена, Тау Кендалла) методами. Результаты считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Характеристика группы больных мигренью представлена в табл. 1. Обследованные пациенты страдали М в течение длительного срока: продолжительность заболевания составила от 1 до 42 лет (средняя продолжительность 15,56 года). В большинстве случаев заболевание дебютировало в подростковом или молодом возрасте. У 46 пациентов мигрень прослеживалась в семейном анамнезе.

Таблица 1

Клинические характеристики мигрени и выраженность эмоциональных нарушений в группе обследованных ($M \pm SD$)

Длительность заболевания, лет	15,56 ± 10,29
Возраст дебюта заболевания, лет	22,51 ± 9,13
Средняя частота приступов в месяц	4,59 ± 4,77
Средняя продолжительность приступов, ч	43,77 ± 28,95
Средняя интенсивность головной боли во время приступа, балл по ВАШ	86,82 ± 13,32
Количество принимаемых анальгетиков, таблетки за приступ	3,37 ± 3,39
Актуальная тревожность, балл	42,98 ± 9,15
Конституциональная тревожность, балл	47,35 ± 9,12
Уровень депрессии, балл	9,77 ± 7,07

Заболевание характеризовалось наличием частых и продолжительных приступов интенсивных ГБ продолжительностью 4–72 ч, сопровождавшихся тошнотой и в ряде случаев рвотой, а также светобоязнью и звуковой гиперестезией; у большинства ГБ усиливалась при физической нагрузке. Мигрень с аурой, диагностированная у 8 пациентов, проявлялась возникновением фотопсий и цветных звездочек в полях зрения обоих глаз и (или) сужением полей зрения перед цефалгическим приступом. Двусторонние, диффузные ГБ наблюдались у 20 обследованных; у остальных цефалгические приступы были односторонними: у 16 человек преимущественно справа, у 18 преимущественно слева, у 14 пациентов – односторонние цефалгии без преобладания какой-либо из сторон.

Частота приступов за предшествовавшие исследованию 3 мес составила от 0,33 до 25 приступов в месяц. Средняя длительность цефалгических атак оказалась равной 45,44 ч. Интенсивность ГБ во время приступа по ВАШ составляла от 50 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 (26,96 ± 24,85) балла.

Пациенты использовали для купирования болевой атаки различные медикаменты, как правило, комбинированные анальгетики (пенталгин, баралгин, цитрамон, седалгин, темпалгин и т.д.), принимая за время приступа до 20

таблеток, что указывает на недостаточную эффективность лечения. Результаты опросника migraine-ACT также показали низкую удовлетворенность пациентов действием медикаментов: средний показатель по опроснику составил (1,81 ± 1,49) балла (полной удовлетворенности лечением соответствует показатель, равный 4 баллам).

У обследованных пациентов выявлены высокие уровни актуальной и конституциональной тревоги, тогда как уровень депрессии по опроснику Бека оказался невысоким. По опроснику управления болью Вандербильта приверженность активным копинг-стратегиям составила в среднем (10,76 ± 2,67) балла, а пассивным – (14,38 ± 3,71) балла. Показатели тревоги и депрессии в контрольной группе оказались ниже, чем у страдающих мигренью, но различия не были статистически значимыми: актуальная тревожность у здоровых лиц составила в среднем (37,40 ± 10,71) балла ($t = 1,748$; $p = 0,084$), личностная – 43,20 ± 11,42 ($t = 1,290$; $p = 0,201$). В то же время лица контрольной группы отличались достоверно большей приверженностью активным копинг-стратегиям ($t = 2,480$; $p = 0,015$) и достоверно меньшей – пассивным ($t = 5,738$).

По неспецифическому Гетеборгскому опроснику КЖ у пациентов с М оказалось сниженным, составив в среднем (56,00 ± 10,71) балла. В контрольной группе аналогичный показатель составил (67,00 ± 6,45) балла (различие достоверно: $t = 2,806$; $p = 0,006$). Корреляционные связи КЖ пациентов, страдающих М, с клиническими особенностями заболевания представлены в табл. 2.

Таблица 2

Корреляционные связи показателя качества жизни страдающих мигренью (по неспецифическому опроснику) с клиническими характеристиками заболевания и личностными особенностями пациентов

Показатель	R	t	p
Возраст	-0,376	-2,758	0,008
Длительность заболевания	-0,410	-3,056	0,003
Интенсивность цефалгии (ВАШ)	-0,313	-2,240	0,029
MIDAS	-0,564	-4,479	0,00005
Актуальная тревога	-0,598	-5,067	0,000007
Конституциональная тревога	-0,553	-4,508	0,00004
Депрессия	-0,650	-5,801	0,000001
Пассивные копинг-стратегии	-0,499	-3,868	0,003

Выявлена статистически значимая обратная зависимость КЖ пациентов с мигренью по Гетеборгскому опроснику от показателя приверженности пассивным копинг-стратегиям по опроснику Вандербилта, уровней актуальной и конституциональной тревоги, уровня депрессии, а также от длительности заболевания, интенсивности ГБ во время цефалгических приступов, нарушения повседневной активности по опроснику MIDAS.

Мигрень-специфический опросник QVM состоит из 20 вопросов, по ответам на которые вычисляется глобальный индекс качества жизни (GI) и четыре специфических индекса: функциональный (FI), психологический (PI), социальный (SI) и медицинский (MI). Величина всех пяти индексов вместе может колебаться в пределах от 0 до 100 баллов, при этом показатель 100 баллов отражает наилучшее, а 0 баллов – наи-

худшее качество жизни [5]. При исследовании КЖ пациентов, страдающих М, с помощью опросника QVM получены следующие результаты. Все индексы КЖ по специфическому опроснику QVM, кроме медицинского индекса, высоко достоверно коррелировали с показателем КЖ по общему Гетеборгскому опроснику ($p = 0,000017-0,000009$). Глобальный индекс КЖ в группе обследованных составил в среднем $(72,88 \pm \pm 12,50)$ балла, функциональный $(28,66 \pm 5,56)$ балла, психологический $(22,08 \pm 4,78)$ балла. Социальный индекс КЖ оказался равным в среднем $(14,24 \pm 2,88)$ балла, а медицинский $(14,24 \pm 2,88)$ балла. Зависимость показателей КЖ по специфическому опроснику от клинических особенностей заболевания и личностных особенностей пациентов представлена в табл. 3.

Таблица 3

Корреляционные связи показателя качества жизни страдающих мигренью (по специфическому опроснику) с клиническими характеристиками заболевания и личностными особенностями пациентов

Показатель	GI	FI	PI	SI	MI
Интенсивность боли (ВАШ)	$R = -0,266$ $p = 0,036$	$R = -0,232$ $p = 0,068$	$R = -0,291$ $p = 0,021$	$R = -0,028$ $p = 0,824$	$R = -0,275$ $p = 0,030$
Длительность приступов	$R = -0,137$ $p = 0,286$	$R = 0,0003$ $p = 0,997$	$R = -0,065$ $p = 0,611$	$R = -0,179$ $p = 0,163$	$R = -0,301$ $p = 0,017$
MIDAS	$R = -0,425$ $p = 0,0008$	$R = -0,489$ $p = 0,00009$	$R = -0,326$ $p = 0,012$	$R = -0,480$ $p = 0,0001$	$R = -0,133$ $p = 0,316$
Ночные приступы	$R = 0,258$ $p = 0,042$	$R = 0,267$ $p = 0,035$	$R = 0,057$ $p = 0,659$	$R = 0,103$ $p = 0,423$	$R = 0,260$ $p = 0,041$
Мигренозный статус в анамнезе	$R = 0,256$ $p = 0,019$	$R = 0,210$ $p = 0,100$	$R = 0,264$ $p = 0,038$	$R = 0,210$ $p = 0,100$	$R = 0,397$ $p = 0,001$
Актуальная тревога	$R = -0,326$ $p = 0,009$	$R = -0,366$ $p = 0,007$	$R = -0,297$ $p = 0,018$	$R = -0,367$ $p = 0,003$	$R = -0,235$ $p = 0,065$
Конституциональная тревога	$R = -0,213$ $p = 0,094$	$R = -0,208$ $p = 0,104$	$R = -0,259$ $p = 0,041$	$R = -0,261$ $p = 0,039$	$R = -0,236$ $p = 0,064$
Депрессия	$R = -0,323$ $p = 0,010$	$R = -0,357$ $p = 0,004$	$R = -0,274$ $p = 0,030$	$R = -0,349$ $p = 0,005$	$R = -0,105$ $p = 0,415$
Пассивные копинг-стратегии	$R = -0,380$ $p = 0,002$	$R = -0,353$ $p = 0,005$	$R = -0,358$ $p = 0,004$	$R = -0,282$ $p = 0,028$	$R = -0,238$ $p = 0,066$

Глобальный индекс QVM статистически значимо коррелировал с показателем актуальной тревоги, с выраженностью депрессии по опроснику Бека и приверженностью пациентов пассивным копинг-стратегиям по опроснику Вандербилта. Кроме того, глобальный индекс зависел от интенсивности боли по ВАШ и степени нарушения повседневной активности по опроснику MIDAS.

Глобальный индекс QVM в группе пациентов с мигренью, осложненной мигренозным статусом, оказался достоверно ниже, чем у тех, у кого продолжительность приступов не превышала 72 ч. Не выявлено зависимости глобального показателя КЖ от возраста пациентов, а также от стажа заболевания, длительности и частоты приступов. Функциональный индекс QVM зависел от

показателя MIDAS, показателя актуальной тревоги, уровня депрессии, а также от степени приверженности пассивным копинг-стратегиям. Функциональный индекс оказался достоверно ниже у пациентов с ночными цефалгическими приступами в анамнезе.

Психологический индекс коррелировал с показателем приверженности пассивным копинг-стратегиям по опроснику Вандербильта, уровнями актуальной и конституциональной тревоги, депрессии, интенсивностью цефалгии, показателем нарушения повседневной активности по опроснику MIDAS. Наличие мигренозного статуса в анамнезе статистически значимо снижало индекс.

В отношении социального индекса QVM также установлена достоверная зависимость от уровней актуальной и конституциональной тревоги, уровня депрессии и использования пассивных копинг-стратегий, а также от показателя по опроснику MIDAS.

Медицинский индекс QVM, отражающий снижение качества жизни пациентов в связи с лечением мигрени, обнаружил корреляции с длительностью цефалгических атак, интенсивностью ГБ, наличием мигренозного статуса в анамнезе.

У пациентов, страдающих М, выявлено снижение КЖ по двум опросникам – общему и специфическому, при этом показатели по обоим опросникам высоко достоверно коррелировали между собой. О снижении КЖ у больных М по сравнению с лицами контрольной группы уже сообщалось [4, 10]. Однако детерминанты такого снижения у пациентов в представленном исследовании отличались от опубликованных ранее. В частности, не обнаружено корреляций КЖ с частотой и длительностью приступов, а также со средним количеством «болевых» дней в месяц. Вместе с тем обратила на себя внимание статистически значимая связь показателей КЖ с уровнями актуальной и конституциональной тревоги, уровнем депрессии и предпочтением пассивных стратегий преодоления боли. Ранее сообщалось о взаимосвязи КЖ и копинг-стратегий у детей [6]. В настоящем исследовании показатель предпочтения пассивных копинг-стра-

тегий в группе страдающих мигренью оказался достоверно выше, чем у лиц контрольной группы, и КЖ у пациентов высоко достоверно коррелировало с этим показателем.

Основными клиническими чертами заболевания, влияющими на КЖ, оказались интенсивность ГБ во время приступов и степень нарушения повседневной активности по опроснику MIDAS, а также наличие ночных приступов и мигренозного статуса в анамнезе. Представляется интересным, что КЖ у пациентов не коррелировало с показателями эффективности терапии приступа (количеством таблеток, принимаемых для купирования приступа, и оценкой эффективности лечения по опроснику Migraine-ACT), о влиянии которых на КЖ сообщалось ранее [14]. Отсутствовала и корреляция КЖ с наличием лекарственного абузуса ($R = 0,030$; $p = 0,816$).

Заключение

На качество жизни при мигрени значительное влияние оказывают особенности личности пациента, а именно приверженность пассивным стратегиям преодоления боли, уровни тревоги и депрессии.

Литература

1. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии. М., 2004. 432 с.
2. Новик А.А., Одинак М.М., Ионова Т.И., Бисага Г.Н. Концепция исследования качества жизни в неврологии // Невролог. журн. 2002. № 7 (6). С. 49–52.
3. Brna P., Gordon K., Dooley J. Health-related quality of life among Canadians with migraine // J. Headache. Pain. 2007. № 8 (1). P. 43–48.
4. Dowson A., Jagger S. The UK migraine patient survey: quality of life and treatment // Curr. Med. Res. Opin. 1999. V. 15. P. 241–253.
5. El Hasnaoui A., Vray M., Blin P. et al. Assessment of migraine severity using the MIGSEV scale: relationship to mi-

6. graine features and quality of life // *Cephalalgia*. 2004. V. 24 (4). P. 262–270.
7. *Frare M., Axia G., Battistella P.A.* Quality of life, coping strategies and family routines in children with headache // *Headache*. 2002. V. 42 (10). P. 953–962.
8. *Freitag F.G.* The cycle of migraine: patients' quality of life during and between migraine attacks // *Clin. Ther.* 2007. May. V. 29 (5). P. 939–949.
9. *Garcia-Monco J.C., Foncea N., Bilbao A. et al.* Impact of preventive therapy with nadolol and topiramate on the quality of life of migraine patients // *Cephalalgia*. 2007. V. 27 (8). P. 920–928.
10. *Krahn M., Naglie G.* The next step in guideline development; incorporating patients' preferences // *JAMA*. 2008. Jul. V. 23. № 300 (4). P. 436–438.
11. *Lipton R.B., Liberman J.N., Kolodner K.B. et al.* Migraine headache disability and health-related quality of life: a population-based case-control study from England // *Cephalalgia*. 2003. V. 23 (6). P. 441–450.
12. *Molarius A., Tegelberg A.* Recurrent headache and migraine as a public health problem – a population-based study in Sweden // *Headache*. 2006. V. 46 (1). P. 73–81.
13. *Monzon M.J., Lainez M.J.* Quality of life in migraine and chronic daily headache patients // *Cephalalgia*. 1998. V. 18 (9). P. 638–643.
14. *Ruiz de Velasco I., Gozalez N., Etxeberria Y., Garcia-Monco J.C.* Quality of life in migraine patients: a qualitative study // *Cephalalgia*. 2003. V. 23. P. 892–900.
15. *Santanello N.C., Davies G., Allen C. et al.* Determinants of migraine-specific quality of life // *Cephalalgia*. 2002. V. 22 (8). P. 680–685.
16. *Simič S., Slankamenac P., Cvijanović M. et al.* The impact of migraine severity on quality of life of patients with migraine // *Med. Pregl.* 2006. Jul. – Aug. V. 59 (7–8). P. 299–304.
17. *Solomon G.D.* Evolution of measurement of quality of life in migraine // *Neurology*. 1997. V. 48 (Suppl. 3). P. 10–15.
18. *The International* Classification of headache disorders // *Cephalalgia*. 2004. V. 24 (Suppl. 1). P. 24–36.
19. *Tkachuk G.A., Cottrell C.K., Gibson J.S. et al.* Factors associated with migraine-related quality of life and disability in adolescents: a preliminary investigation // *Headache*. 2003. V. 43 (90). P. 950–955.
20. *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. V. 12 (8). P. 1003–1012.

Поступила в редакцию 06.04.2009 г.

Сведения об авторах

Старикова Н.Л. – канд. мед. наук, доцент кафедры неврологии ФПК и ППС Пермской государственной медицинской академии (г. Пермь).

Шубина О.С. – ведущий научный сотрудник Института молекулярной биологии и биофизики СО РАН (г. Новосибирск).

Для корреспонденции

Старикова Наталья Леонидовна, тел. (342) 277-05-46, nista@mail.ru