

Дубенко О. Є., Черненко А. Г.

Харківська медична академія післядипломної освіти (м. Харків)

Вплив супутньої цервікалгії на психоемоційний стан, вегетативні функції і повсякденну активність у пацієнтів з епізодичною мігренню

Мігрень — найпоширеніше неврологічне захворювання, яке часто супроводжується коморбідними та супутніми станами. Більшість із них визначені як фактори ризику прогресування епізодичної мігрени. Поєднання супутніх захворювань або «мультиморбідність» асоціюється з ризиком хронізації мігрени.

У пацієнтів з діагностованою мігренню відзначається висока частота міофасціальних розладів краніоцервікальної локалізації з дисфункцією скроневих, жувальних м'язів, тому метою нашого дослідження стало: дослідити виникнення психоемоційних та вегетативних розладів та вплив головного болю на повсякденну активність у пацієнтів з епізодичною мігренню залежно від наявності супутньої цервікалгії.

Матеріали та методи. У дослідженні взяли участь 77 пацієнтів віком від 18 до 58 років (середній вік — $42,5 \pm 15,5$ років). Пацієнти були поділені на дві групи. Група I включала 42 пацієнти (чоловіки/жінки — 6/36) з епізодичною мігренню (з типовою аурую — 8 і без аури — 34 пацієнти) та супутніми болями в шиї. До II групи були віднесені 35 пацієнтів (чоловіки/жінки — 19/25) з епізодичною мігренню (з аурую — 9 і без аури — 26 пацієнтів) без болю в шиї. Епізодичну мігрень діагностували відповідно до Міжнародної класифікації головного болю (3-е видання). Тривалість захворювання для I групи становила від 11 до 44 років ($16,4 \pm 1,3$), частота — $25,6 \pm 1,5$ днів з головним болем за три місяці; у II групі захворювання тривалість — від 1 до 23 років ($9,3 \pm 1,1$), частота — $25,1 \pm 1,9$ днів з головним болем за три місяці. Біль у шиї оцінювали протягом трьох місяців. Критеріями виключення були: інший первинний або вторинний головний біль, артеріальна гіпертензія, ішемічна хвороба серця, інсульт в анамнезі, цукровий діабет, інші больові синдроми, вагітність. Усім пацієнтам проведено рентгенографію шийного відділу хребта з функціональним навантаженням; в результаті були виключені важкі дегенеративно-дистрофічні зміни хребта, грижі диска та стиснення корінців.

Результати. Кількість психоемоційних розладів була більшою у групі пацієнтів з поєднанням епізодичної мігрени та цервікалгії ($p < 0,05$). Показники вегетативних порушень також були вищими в I групі ($p < 0,05$).

Найвищі показники ситуаційної і особистісної тривожності виявлені у пацієнтів I групи з епізодичною мігренню та супутнім болем у шиї ($p = 0,000001$; $p = 0,000002$). Середні показники за шкалою депресії Бека були нижчими за норму в обох групах, а в групі II — достовірно нижчими ніж у групі I ($p = 0,000001$).

У пацієнтів з мігренню (I та II групи) показник ситуаційної тривожності корелював ($p < 0,05$) зі шкалою MIDAS ($r = 0,277$), особистісною тривожністю ($r = 0,441$), шкалою депресії Бека ($r = 0,411$), кількістю днів з головним болем за три місяці ($r = 0,303$). Показники вегетативних розладів за суб'єктивними

та об'єктивними ознаками були вищими у пацієнтів з епізодичною мігренню і супутнім болем у шиї ($p = 0,001547$; $p = 0,000000$), ніж у пацієнтів з епізодичною мігренню без болю у шиї.

Можна відзначити значно меншу кількість і вираженість тривожно-депресивних розладів у пацієнтів II групи.

Зниження повсякденної активності за шкалою MIDAS було більш вираженим в I групі порівняно з II групою ($p = 0,004904$).

Під час аналізу впливу мігрени на щоденну активність за шкалою MIDAS виявлено, що пацієнти з поєднанням мігрени та цервікалгії зазнавали статистично достовірно більший вплив порівняно з хворими на епізодичну мігрень без цервікалгії ($p = 0,0049$), у цій групі було більше пропущених навчальних або робочих днів ($p = 0,0225$) і днів, у які вони не виконували домашні справи через головний біль ($p = 0,0116$).

У групі пацієнтів з епізодичною мігренню і супутнім болем у шиї показники депресії корелювали з вегетативними порушеннями за суб'єктивними ознаками ($r = 0,380$; $p < 0,05$) та об'єктивними ознаками ($r = 0,554$; $p < 0,05$), вегетативні порушення за суб'єктивними ознаками корелювали з ситуативною тривожністю ($r = 0,312$; $p < 0,05$), особистісною тривожністю ($r = 0,348$; $p < 0,05$) та шкалою Бека ($r = 0,351$; $p < 0,05$), NDI (індекс обмеження життєдіяльності через біль у шиї) корелював із частотою вегетативних розладів.

У групі пацієнтів з епізодичною мігренню без болю у шиї вегетативні об'єктивні ознаки корелювали з самооцінкою пацієнтів за цією ж шкалою ($r = 0,919$; $p < 0,05$).

Рівень інвалідності шиї за шкалою NDI корелював із вегетативною дисфункцією за об'єктивними ознаками ($r = 0,338$; $p < 0,05$) у I групі.

Одним з можливих пояснень причинно-наслідкового зв'язку є те, що сильний головний біль, як-от мігрень, у поєднанні з хронічним болем у шийному відділі можуть значно вплинути на повсякденну діяльність пацієнтів, призводячи до симптомів депресії. Переважання в I групі депресивних розладів можна пояснити хронічним больовим синдромом, який зумовлений міофасціальною дисфункцією м'язів шиї.

Наявність цервікокраніалгії вплинула на порушення вегетативного балансу за опитувальником Вейна (у пацієнтів II групи лише з епізодичною мігренню вегетативні розлади були менш виражені).

Висновок. Поєднання епізодичної мігрени та цервікалгії у хворих значно знижує рівень повсякденної активності за шкалою MIDAS. Супутня цервікалгія у пацієнтів з епізодичною мігренню сприяє збільшенню показників особистісної та реактивної тривожності, а також легкої депресивної симптоматики та вегетативної дисфункції.