

Мігрень та депресія: коморбідність патології, клінічний перебіг та лікування

Фисун Ю.О., Животовська Л.В., Фисун С.Ю.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава

Ключові слова: мігрень, депресія, коморбідність мігрени.

В с т у п

В наш час мігрень справедливо вважають одним із найбільш розповсюджених захворювань людства. Статистичні данні щодо цього захворювання в популяції часто значно відрізняються через використання різних діагностичних критеріїв. Згідно з епідеміологічними дослідженнями, у розвинених країнах Європи й Америки від мігрени страждає від 3 до 16% населення, а за деякими даними – й до 30%, серед жінок на мігрень хворіють 18%, серед чоловіків – 6% і серед дітей – 4% [2]. Сучасні наукові дослідження спрямовані на вивчення взаємозв'язку мігрени з іншими захворюваннями та вибір найбільш ефективної профілактики і лікування цієї хвороби.

Актуальність та мета роботи

Для позначення додатково існуючого патологічного стану при будь-якому захворюванні у 1970 р. А. Feinstein вводить поняття коморбідність [3]. Коморбідні порушення можуть впливати на клінічний перебіг основного захворювання, викликаючи поліморфізм його проявів, унеможлиблювати своєчасну діагностику, впливати на вибір терапевтичного впливу та результати лікування [3, 4]. Слід вважати, що у загальноприйнятому контексті коморбідними для мігрени вважаються ті захворювання чи порушення, які зустрічаються при ній частіше, чим у загальній популяції. Деякі клінічні особливості мігрени ускладнюють вивчення її коморбідності. Це пов'язано з тим, що мігрень сама собою є клінічно поліморфним захворюванням, для неї характерна наявність великої кількості «мігренозних еквівалентів», що проявляються порушеннями нервової системи, серцево-судинної, шлунково-кишкової, імунної та інших систем.

Психічна коморбідність мігрени є суттєвою складовою існуючої проблеми цього хронічного захворювання та значно впливає на формування дезадаптації у пацієнтів. Взаємозв'язок між мігренню та депресією зафіксований в багатьох рандомізованих дослідженнях. У цілій низці популяційних досліджень порушення депресивного спектру у хворих на мігрень перевищує у 2,2–4 рази чим у звичайній популяції [5].

Поєднання цих захворювань призводить до посилення гетерогенності мігрені, тобто до зміни частоти нападів мігрені, до зміни інтенсивності головного болю та часу продовження нападу. У свою чергу постійні або досить часті напади мігрені викликають посилення депресивної дезадаптації пацієнтів.

Щоб запобігти вираженому больовому синдрому багато пацієнтів вживає велику кількість знеболюючих засобів та їх комбінації, що призводить до виникнення абuzусного головного болю, це постійний головний біль, що виникає як результат зловживання простими і комбінованими знеболюючими препаратами. За повідомленнями дослідників США та Європи їх частота складає 20 % серед інших видів головного болю [7].

Матеріали та методи

У своїй роботі ми досліджували пацієнтів хворих на мігрень загалом 82 особи (28 чоловіки, 54 жінки, вік пацієнтів складав від 18 до 53 років). Пацієнти були поділені на три групи: перша включала 22 особи, що хворіють на мігрень з аурою; друга – 29 осіб, що хворіють на мігрень без аури; третя – 31 особа, що хворіють на хронічну мігрень з проявами абuzусного головного болю, абuzусний головний біль був пов'язаний з надмірним та безконтрольним вживанням нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП) та їх комбінації з кодеїном і барбітуратами. Пацієнти всіх груп мали депресивні зміни різного ступеню тяжкості. З ціллю стратифікації та для кількісної оцінки зменшення повсякденної активності пацієнтів використовувалася спеціальна шкала MIDAS (Migraine Disability Assessment Questionnaire), а інтенсивність мігренозних нападів, що виникали у пацієнтів, - у балах Візуальної аналогової шкали (ВАШ – 10 балів) [1]. Для оцінки депресивного розладу використовували психометричну шкалу Монтгомері-Асберга (MADRS) та шкалу оцінки тяжкості суїциду Колумбійського університету (C-SSRS)[6].

Для лікування пацієнтів був використаний сучасний антидепресант есциталопрам «Езопрам», який є селективним інгібітором зворотнього захоплення серотоніну (СІОЗС) і зарекомендував себе як ефективний, малотоксичний та з низьким рівнем побічних реакцій. Хворі отримували есциталопрам протягом 12 тижнів у дозі 10-20 мг/добу. Для боротьби з нападами мігрені пацієнтам рекомендовано приймати золмітріптан «Рапіміг» 2,5-5 мг, цей препарат являється триптаном другого покоління і випускається у вигляді таблеток. «Рапіміг» диспергується у ротовій порожнині і дозволяє прийом таблетки без запивання водою, ефективність препарату висока навіть у хворих у яких під час нападу виникає гастростаз.

Всіх пацієнтів першої групи було тестовано за шкалою MIDAS, де 6 осіб отримали I-й ступінь (мала інтенсивність болю, відсутність або мінімальне зниження повсякденної

активності), 13 осіб – II-й ступінь (помірний/виражений біль, незначне обмеження повсякденної активності) і 3 особи – III-й ступінь (сильний біль, виражене обмеження повсякденної роботи). Показники ВАШ при мігренозних нападах у пацієнтів I-го ступеню (за шкалою MIDAS) склали в середньому 3,6 бали, II-го – 6,1 бали, III-го – 8,3 бали. Шкала оцінки депресії MADRS у пацієнтів першої групи склала від 22 до 26 балів у середньому 24,1; шкала C-SSRS – 0 балів.

Пацієнтів другої групи було тестовано за шкалою MIDAS, де 2 особи отримали I-й ступінь, 22 особи – II-й ступінь, 5 осіб – III-й ступінь. Показники ВАШ у пацієнтів I-го ступеню склали в середньому 6,3 бали, II-го – 5,4 бали, III-го – 7,2 бали. Оцінка депресії пацієнтів другої групи за шкалою MADRS становить від 20 до 26 балів, у середньому 23,7; шкала C-SSRS – 0 балів.

За шкалою MIDAS пацієнти третьої групи розподілилися таким чином: 12 осіб отримали I-й ступінь, 15 осіб – II-й ступінь, 4 особи – III-й ступінь. Показники ВАШ у пацієнтів I-го ступеню склали в середньому 5,4 бали, II-го – 5,9 бали, III-го – 7,9 бали (табл. 1). Депресивний розлад у пацієнтів III групи за шкалою Монтгомері-Асберга (MADRS) склав від 24 до 30 балів, у середньому 26,6; шкала оцінки тяжкості суїциду Колумбійського університету (C-SSRS) – 0 балів (табл.2).

Таблиця 1

Співвідношення показників шкали MIDAS та балів ВАШ у пацієнтів 3-х груп до та після лікування

	До лікування		Після лікування	
	MIDAS	ВАШ	MIDAS	ВАШ
перша група – мігрень з аурою (n=22)	I-й ступінь – 6 осіб	3,6 бали	I-й ступінь – 12 осіб	3,2 бали
	II-й ступінь – 13 осіб	6,1 бали	II-й ступінь – 8 осіб	4,2 балів
	III-й ступінь – 3 особи	8,3 бали	III-й ступінь – 0 осіб	–
друга група – мігрень без аури (n=29)	I-й ступінь – 2 особи	6,3 бали	I-й ступінь – 11 осіб	5,4 бали
	II-й ступінь – 22 особи	5,4 бали	II-й ступінь – 18 осіб	3,2 бали
	III-й ступінь – 5 осіб	7,2 бали	III-й ступінь – 0 осіб	–

третя група – хронічна мігрень з абюзусним головним болем (n=31)	I-й ступінь – 12 осіб	5,4 бали	I-й ступінь – 15 осіб	3,1 бали
	II-й ступінь – 15 осіб	5,9 бали	II-й ступінь – 13 осіб	3,4 бали
	III-й ступінь – 4 особи	7,9 балів	III-й ступінь – 0 осіб	–

Таблиця 2

Співвідношення показників шкали MADRS та
шкали C-SSRS у пацієнтів 3-х груп до та після лікування

	До лікування		Після лікування	
	MADRS	C-SSRS	MADRS	C-SSRS
перша група – мігрень з ауною (n=22)	24,1	0	9,2	0
друга група – мігрень без аури (n=29)	23,7	0	10,8	0
третя група – хронічна мігрень з абюзусним головним болем (n=31)	26,6	0	11,7	0

Результати та обговорення

Терапія есциталопрамом 10-20 мг/добу продовжувалася протягом 12 тижнів. У 2-х пацієнтів першої групи які мали III-й ступінь за шкалою MIDAS лікування було не ефективним і потребувало медикаментозної корекції. У 20-ти пацієнтів відмічалось зменшення частоти мігренозних нападів і за шкалою MIDAS хворі розподілялися таким чином: I-й ступінь – 12 осіб, II-й – 8 осіб. Відповідно і тяжкість цефалгічних нападів (за даними ВАШ) становила: I-й ступінь – 3,2 бали, II-й – 4,2 бали. Психометрична шкала депресивного розладу MADRS складала від 8 до 15 балів, у середньому 9,2; суїцидальна шкала Колумбійського університету C-SSRS – 0 балів.

Пацієнти другої групи не потребували медикаментозної корекції і по закінченню лікування оцінка за шкалою MIDAS показала, що I-й ступінь у 11 осіб (ВАШ – 5,4 бали), II-й ступінь – 18 осіб (ВАШ – 3,2 бали). Шкала MADRS – 10-12 балів, у середньому 10,8; шкала C-SSRS – 0 балів.

У пацієнтів третьої групи лікування було не ефективним у 3 чоловік і потребувало зміни препарату. Після оцінки за шкалою MIDAS I-й ступінь склали 15 осіб (ВАШ – 3,1 бали), II-й – 13 осіб (ВАШ – 3,4 бали). Шкала MADRS – 9-13 балів, середній показник 11,7; шкала C-SSRS – 0 балів.

Отримані результати свідчать, що у пацієнтів, хворих на мігрень з аурую, лікування есциталопрамом у дозі 10-20 мг/добу було ефективним у 40,9% осіб. Вибули з дослідження два пацієнти, що мали III-й ступінь зниження повсякденної активності за шкалою MIDAS, хворим була проведена корекція лікування і замінений антидепресант на антиконвульсант. Обмеження повсякденної активності у 12-ти пацієнтів за шкалою MIDAS стало відповідати першому ступеню. Слід відмітити, що за даними Візуальної аналогової шкали цефалгічні пароксизми у пацієнтів першої групи, що приймали як препарат першої допомоги золмітріптан 2,5-5 мг зменшили свою інтенсивність. Показники психометричної шкали депресивного розладу MADRS свідчать про перехід середнього за інтенсивністю депресивного епізоду у легкий. Суїцидальна поведінка за даними шкали C-SSRS була відсутня.

Обговорення результатів лікування пацієнтів другої групи (мігрень без аури) дозволило констатувати, що корекції та зміни лікування не потребував жоден з пацієнтів. Лікування есциталопрамом у дозі 10-20 мг/добу було ефективним у 48,2% пацієнтів, що підтверджено даними оцінювання за шкалою MIDAS, відповідно з якими 9 пацієнтів, які мали II-й ступінь зменшення повсякденної активності, перейшли на I-й ступінь, а 5 пацієнтів з III-го ступеню на II-й ступінь. За даними ВАШ інтенсивність нападів мігрені у пацієнтів помірно зменшилася. Показники шкали MADRS говорять про зменшення депресивного розладу

пацієнтів до легкого ступеню. Результати опитування за шкалою C-SSRS свідчать про відсутність суїцидальної поведінки.

Оцінка результатів лікування пацієнтів хворих на хронічну мігрень з абюзним головним болем свідчить про суттєве зменшення інтенсивності головного болю за даними ВАШ у 90,3% чоловік. У 9,6% пацієнтів лікування було не ефективним і потребувало зміни препаратів (антидепресант був замінений антиконвульсантом), це були три пацієнти III-го ступеню за шкалою MIDAS. Достовірне збільшення повсякденної активності спостерігалось у 4 пацієнтів, один з III-го ступеню на II-й та троє з II-го на I-й. Депресивний розлад за даними шкали MADRS зменшився до легкого ступеню. Як і в попередніх групах у пацієнтів третьої групи була відсутня суїцидальна поведінка (за даними C-SSRS).

Висновки

1. Препаратом вибору для лікування хворих на мігрень, як з аурую так і без аури, які мають коморбідну патологію у вигляді депресивного розладу середньої та легкої інтенсивності є сучасний антидепресант есциталопрам «Езопрам», що належить до групи селективних інгібіторів зворотнього захоплення серотоніну. Есциталопрам у дозі 10-20 мг/добу патогенетично впливає на обидва захворювання і призводить у більшості пацієнтів до стійкого клінічного покращення, що проявляється у збільшенні повсякденної активності, зменшенні нападів мігрені та депресивних проявів.
2. У пацієнтів хворих на хронічну мігрень з проявами абюзного головного болю, що був викликаний зловживанням комбінації НПЗЗ+кодеїн+барбітурати лікування есциталопрамом ефективно у дозі 20 мг/добу, при наявності коморбідної депресивної симптоматики термін лікування повинен бути не менше 24 – 36 тижнів.
3. Як препарат вибору для швидкої допомоги при мігренозному нападі слід призначати золмітриптан «Рапіміг» у дозі 2,5-5 мг, що добре вгамовує біль навіть при пізньому застосуванні у пацієнтів де виник гастростаз.

Список літератури

1. Амелин А.В. Мигрень: от приступа до профилактики // Санкт-Петербург., изд. «СОТИС». – 2005. – 53 с.
2. Дубенко О.Є. Профілактичне лікування мігрені: учора, сьогодні, завтра /О.Є.Дубенко, Д.Д.Сотников // Міжнародний неврологічний журнал. – 2009. - №5(27). – С.67-72.
3. Табеева Г.Р. Мигрень / Г.Р.Табеева, Н.Н.Яхно. – М., изд.«ГЭОТАР-Медиа». – 2011. – 620 с.
4. Agosti V. Predictors of persistent social impairment among recovered depressed outpatients // J Affect Disord, 1999; 55: 215–9.
5. Bigal M.E. Obesity is associated with frequency and severity but not the prevalence of migraine – a population study / M.E. Bigal, J. Liberman, R.B. Lipton // Neurology, 2005 (in press).
6. Lepola U.M. Escitalopram (10-20 mg/day) is effective and well tolerated in a placebo-controlled study in depression in primary care. / U.M.Lepola, H.Loft, E.H.Reines // Int. Clin Psychopharmacol 2003; 18: 211–7.
7. Scher A.I. Risk factors for chronic daily headache / A.I. Scher, R.B.Lipton, W.F.Steward // Curr Pain Headache Rep, 2002; 6: 486–491.

Фисун Ю.А., Животовская Л.В., Фисун С.Ю.

Украинская медицинская стоматологическая академия, г. Полтава

Мигрень и депрессия: коморбидность патологии, течение заболевания и лечение

Резюме. «Несколько тысячелетий мир знает о таком заболевании как мигрень, однако, интерес к этой болезни не только не снижается, но и постоянно возрастает. Это не только старая, но и одна из наиболее распространенных болезней человека наших дней, существенно препятствующая осуществлению жизненных планов и нарушающая качество жизни». А.М.Вейн

В последние годы удалось значительно продвинуться в понимании природы заболевания и особенно коморбидности данной патологии. Все это вместе взятое хорошо объясняет большой интерес к мигрени и связанной с ней депрессивных эпизодов, и определяет необходимость знания ее врачами широкого профиля.

В этой статье авторы исследовали 22 пациента больных мигренью с аурой, 29 пациентов у которых была мигрень без ауры и 31 человек с хронической мигренью и проявлениями абзусной головной боли. У всех пациентов коморбидным проявлением была депрессия от легкой до средней интенсивности. Лечение проводилось антидепрессантом эсциталопрам в дозе 10-20 мг/сутки на протяжении 12 недель. Купирование острых приступов мигрени проводилось препаратом золмитриптан в дозе 2,5-5 мг на прием. До и после лечения все пациенты были тестированы по шкалам MIDAS (определение повседневной активности пациента), ВАШ (определение интенсивности головной боли), MADRS (определение степени депрессии) и C-SSRS (определение суицидальности у пациентов).

В результате проведенного лечения было установлено достоверное улучшение течения мигрени у большинства пациентов и увеличение их повседневной активности, уменьшение интенсивности головной боли, снижение степени депрессии и отсутствие суицидального поведения.

У выводах авторы рекомендуют для всех пациентов с мигренью и коморбидной депрессией лечение начинать с антидепрессанта эсциталопрам в дозе 10-20 мг/сутки, для пациентов с хронической мигренью и абзусной головной болью лечение эсциталопрамом проводить длительно и в дозе 20 мг/сутки. Препаратом выбора для купирования мигренозного приступа следует избрать золмитриптан в дозе 2,5-5 мг на прием.

Ключевые слова: мигрень, депрессия, коморбидность мигрени.

Fysun Yu.O., Zhyvotovska L.V., Fysun S.Yu.
Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava

Migraine and depression, comorbus of pathology, flow of disease and treatment

Resume. «Several thousands of the world knows about such diseases as migraine headaches, however, interest in this disease not only reduced, but also constantly increasing. It is not only old but also one of the most common human diseases of our day, significantly impeding the implementation of plans of life and violates the quality of life. » A.M. Vein

In recent years managed to make significant progress in understanding the nature of the disease and especially *comorbus* of this pathology. All this taken together explains well the great interest in migraine and related to it the depressed episodes and identifies the need for knowledge of its diagnostic criteria for general practitioners profile. In this article authors offer the modern chart of prophylactic treatment of migraine and depression.

In this article authors probed 22 patients of patients with a migraine with an aura, 29 patients of patients with a migraine without an aura and 31 face of patients with a chronic migraine with the displays of abuzus of head pain. For all patients a comorbus display was depression of easy and middle intensity. Treatment was conducted antidepressant of escitalopram in the dose of 10-20 mg/day during 12 weeks. Paroksizms of migraine attacks was anaesthetized preparation of zolmitriptan in the dose of 2,5-5 mg. Before and after treatment of all patients it was testable after scales: scale of MIDAS (determines everyday activity of patient), VASH (intensity of head pain determines), MADRS (the degree of depression determines) of I of C-SSRS (determines absence patients).

After the conducted treatment the reliable improvement of motion of migraine was set in most and increases of their everyday activity, diminishing of intensity of head pain, diminishing of degree of depression, and absence patients.

In conclusions authors recommend for all patients with a migraine and depression of treatment to begin from antidepressant escitalopram in the dose of 10-20 mg/day, for patients patient with a chronic migraine with the displays of abuzus of head pain of treatment of escitalopram to conduct of long duration and begin with the dose of 20 mg/day. By preparation of choice for rapid diminishing of migraine attack is zolmitriptan in the dose of 2,5-5 mg.

Keywords: migraine, depression, *comorbus* of migraine.

Фисун Ю.О. Животовська Л.В., Фисун С.Ю.

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Мігрень та депресія: коморбідність патології, клінічний перебіг та лікування

Резюме. «Деякі тисячоліття людство знає про таке захворювання як мігрень, але зацікавленість до цієї хвороби не зменшується а тільки зростає. Це не тільки стародавня але і одна з найбільш поширених хвороб людства, що суттєво перешкоджає втіленню життєвих планів та порушує якість життя». О.М.Вейн

За останні роки вдалося значно розширити знання про природу захворювання і особливо коморбідності цієї патології. Все це пояснює неабияку зацікавленість до мігрени і пов'язаної з нею депресивних епізодів, що і обумовлює необхідність знання її лікарями багатьох спеціальностей.

В цій статті автори досліджували 22 пацієнта хворих на мігрень з аурою, 29 пацієнтів хворих на мігрень без аури та 31 особу хворих на хронічну мігрень з проявами абюзного головного болю. У всіх пацієнтів коморбідним проявом була депресія легкої та середньої інтенсивності. Лікування проводилося антидепресантом есциталопрам у дозі 10-20 мг/добу протягом 12 тижнів. Пароксизми мігренозних нападів знеболювалися препаратом золмітриптан у дозі 2,5-5 мг. До та після лікування всіх пацієнтів було тестовано за шкалами: шкала MIDAS (визначає повсякденну активність пацієнта), ВАШ (визначає інтенсивність головного болю), MADRS (визначає ступінь депресії) и C-SSRS (визначає суїцидальність пацієнтів).

Після проведеного лікування було встановлено достовірне покращення перебігу мігрени у більшості пацієнтів та збільшення їхньої повсякденної активності, зменшення інтенсивності головного болю, зменшення ступеню депресії та відсутність суїцидальної поведінки.

У висновках автори рекомендують для всіх пацієнтів хворих на мігрень та депресію лікування розпочинати з антидепресанта есциталопрам у дозі 10-20 мг/добу, для пацієнтів хворих на хронічну мігрень з проявами абюзного головного болю лікування есциталопрамом проводити довготривало і починати з дози 20 мг/добу. Препаратом вибору для швидкого угамування мігренозного нападу є золмітриптан у дозі 2,5-5 мг.

Ключові слова: мігрень, депресія, коморбідність мігрени.

Відомості про авторів

1. Животовська Лілія Валентинівна, Zhyvotovska Liliya V.
2. Д.мед.н., доцент, Assistant of professor , Psychiatrist MD, PhD, Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology.
3. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава, вул. Шевченка 23, т. + 38 0532 527755, Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava, Street Shevchenko 23, 36000, Ukraine
4. Україна, м. Полтава, вул. Шевченка 23, 36000, т. + 38 0532 527755, e-Mail: liliya_polt@mail.ru, Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava, Street Shevchenko 23, 36000, Ukraine, e-Mail: liliya_polt@mail.ru

1. Фисун Юрій Олександрович, Fysun Yuriy A.
2. К.мед.н., доцент. Assistant of professor of Dept. of Neurology
3. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», кафедра психіатрії, наркології та медичної психології, вул. Медична 1, Полтава, Україна, 36013. Ukrainian Medical Stomatology Academy, Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology, 1 Medichna street, Poltava, UKRAINE, 36013
4. Україна, Полтава, вул. Б.Хмельницького 36, кв.56, 36004, т. + 38 098 579 19 49, e-Mail: yurifisun62@mail.ru Ukraine, Poltava, 36 B.Khmel'nickiy street, apart.56, 36004 t. + 38 098 579 19 49, e-Mail: yurifisun62@mail.ru

1. Фисун Святослав Юрійович, Fysun Sviatoslav Yu.
2. Студент. Student.
3. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава, вул. Шевченка 23, т. + 38 0532 225920, Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava, Street Shevchenko 23, 36000, Ukraine
4. Україна, Полтава, вул. Б.Хмельницького 36, кв.56, 36004, т. + 38 097 683 76 92, e-Mail: svyatoslav.fysun@gmail.com Ukraine, Poltava, 36 B.Khmel'nickiy street, apart.56, 36004 t. + 38 097 683 76 92, e-Mail: svyatoslav.fysun@gmail.com