

# Качество жизни при первичных цефалгиях и эффективность компьютерного биоуправления

Старикова Н.Л.

## Quality of life in primary headaches and biofeedback effects

Starikova N.L.

Пермская государственная медицинская академия им. академика Е.А. Вагнера, г. Пермь

© Старикова Н.Л.

Детерминанты качества жизни (КЖ) при первичных цефалгиях остаются неизученными. Выявлена достоверная связь показателей КЖ с предпочтением пациентами пассивных стратегий преодоления боли, уровнями тревоги и депрессии. У пациентов с мигренью КЖ коррелировало с длительностью заболевания, интенсивностью боли во время цефалгического приступа и показателем по опроснику MIDAS. Связи КЖ с клиническими особенностями заболевания у пациентов с головной болью напряжения не выявлено.

Метод компьютерного биоуправления показал высокую эффективность, которая не коррелировала с клиническими особенностями заболевания, но зависела от привычных для пациентов копинг-стратегий.

**Ключевые слова:** качество жизни, копинг-стратегии, мигрень, головная боль напряжения, компьютерное биоуправление.

Determinants of quality of life (QoL) in primary headaches remain unclear. We studied QoL in 107 patients (50 migraine patients, 57 tension-type headache — TTH-patients) and 10 healthy subjects. QoL in headache patients was reduced and strongly correlated with passive coping strategies preference, levels of anxiety and depression. In migraine QoL depended on duration of the disease, intensity of pain and MIDAS score. In TTH no clinical features of the disease influenced QoL. Biofeedback showed high effectiveness in primary headaches which depended on coping strategies of patients.

**Key words:** quality of life, coping strategies, migraine, tension-type headache, biofeedback.

УДК 616.857-036.868-085.851.1

### Введение

Разработка принципов доказательной медицины, приведшая к стандартизации и унификации лечебных подходов, за последние годы дополнена пониманием, что итогом лечения заболевания является собственно благополучие пациента, и развитием медицины, ориентированной на пациента (patient-centered medicine) [7]. Понятие благополучия пациента определяется термином «качество жизни» (КЖ). Качество жизни — 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 [8]. При исследовании КЖ оценивается не собственно болезнь,

а ее воздействие на жизнь пациента [1], так как этот показатель зависит не только от собственно состояния здоровья, но и от субъективной оценки пациентом своего благополучия [8].

Вклад головных болей в ухудшение КЖ трудно переоценить. По результатам метаанализа 107 эпидемиологических исследований, распространенность головной боли как симптома составляет 66%. Около 46% населения в течение жизни испытывают головную боль напряжения (ГБН), 14% — мигрень [13]. В то же время КЖ пациентов с цефалгиями вне зависимости от возраста оказывается ниже, чем у лиц, не страдающих головными болями [4, 9], при этом выявляется нарушение всех составляющих КЖ [10]. Страдают и КЖ членов семей пациентов, а также семейные отношения [11].

Патогенетическое лечение первичных цефалгий наряду с медикаментозной терапией включает и немедикаментозные методы, в частности технологию компьютерного биоуправления. Показана эффективность биоуправления в коррекции ГБН у взрослых [12] и у подростков [6], а также в лечении мигрени [5]. Компьютерное биоуправление обладает значительными преимуществами (многофакторность воздействия, отсутствие феномена переноса) в сравнении с традиционными психотерапевтическими подходами [3]. Вместе с тем детерминанты эффективности биоуправления остаются неизученными.

Цель исследования — оценить эффективность метода компьютерного биоуправления в лечении пациентов, страдающих первичными цефалгиями (мигренью, ГБН), в зависимости от клинических особенностей заболевания, уровней коморбидных тревоги и депрессии, копинг-стратегий пациентов, а также влияние его на качество жизни пациентов.

## Материал и методы

Обследовано 107 пациентов (94 женщины, 13 мужчин) в возрасте 15—69 лет (средний возраст  $(38,90 \pm 9,86)$  года), страдающих первичными головными болями, обратившихся за помощью в специализированный центр головной боли. Исследование проводилось в амбулаторных условиях. Критерии включения в исследование: возраст 15—70 лет; диагноз «мигрень» либо «ГБН», установленный в соответствии с диагностическими критериями Международного общества головной боли (ICHD-II) [14]; отсутствие клинических признаков других видов головной боли (кроме абзусной); письменное информированное согласие на участие в исследовании. Критерии исключения: наличие патологических очагов на компьютерной томограмме (КТ), магнитно-резонансной томограмме (МРТ), наличие соматических заболеваний в стадии декомпенсации, возраст моложе 15 и старше 70 лет.

У 57 пациентов диагностирована ГБН, у 50 — мигрень. Проводилось общеврологическое обследование с определением клинических особенностей заболевания по стандартизированной карте пациента; при необходимости пациенты направлялись на КТ-, МРТ-исследование.

## Экспериментальные и клинические исследования

Интенсивность боли оценивалась по 100-балльной визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Пациенты заполняли опросник Спилбергера для оценки актуальной и конституциональной тревоги, опросник депрессии Бека, опросник управления болью Вандербиля для выявления привычных для пациента копинг-стратегий. КЖ оценивалось по неспецифическому Гетеборгскому опроснику качества жизни. Контрольную группу составили 10 практически здоровых лиц, не страдающих головной болью.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием пакета прикладных программ Statistica 6.0. Данные представлены в виде  $M \pm SD$ ,  $M$  — среднее арифметическое;  $SD$  — среднее отклонение. Результаты считались статистически значимыми при  $p = 0,05$  и менее.

## Результаты и обсуждение

В группе обследованных пациентов продолжительность заболевания составила от 0,5 года до 42 лет (в среднем 15,55 года). Частота приступов за предшествовавшие исследованию 3 мес в группе больных мигренью составила  $(4,59 \pm 4,77)$  случая в месяц (от 0,33 до 25 приступов). Средняя длительность цефалгических атак оказалась равной  $(43,77 \pm 28,95)$  ч. Интенсивность головной боли во время приступа по 100-балльной ВАШ составляла  $(86,82 \pm 13,32)$  балла. В группе пациентов с ГБН количество «болевых» дней в месяц составило в среднем  $23,74 \pm 8,78$ , а интенсивность головной боли  $(62,81 \pm 20,09)$  балла.

У обследованных выявлены высокие уровни актуальной и конституциональной тревоги: средний показатель актуальной тревожности составил в группе с мигренью  $(42,98 \pm 9,15)$  балла, а в группе с ГБН —  $(47,58 \pm 10,78)$  балла. Конституциональная тревожность в группе с мигренью оказалась равной  $(47,35 \pm 9,12)$  балла, а в группе с ГБН —  $(52,32 \pm 9,82)$  балла. Показатель депрессии по опроснику Бека был на уровне  $(9,77 \pm 7,07)$  балла у больных мигренью и  $(14,14 \pm 7,63)$  балла у пациентов с ГБН. По опроснику управления болью Вандербиля приверженность пациентов с мигренью активным копинг-стратегиям составила  $(10,76 \pm 2,67)$  балла, а пассивным —  $(14,38 \pm 3,71)$  балла. У больных ГБН соответствующие показатели существенно не отличались: показатель активных копинг-стратегий  $(11,07 \pm 2,28)$  балла, пассивных —

(14,76 ± 4,90) балла. Показатели тревоги и депрессии в контрольной группе оказались ниже, чем у пациентов, но различия не были статистически достоверными. В то же время лица контрольной группы отличались достоверно большей приверженностью активным копинг-стратегиям ( $t = 2,275$ ;  $p = 0,026$ ) и меньшей — пассивным ( $t = 6,060$ ).

По неспецифическому Гетеборгскому опроснику КЖ у пациентов с мигренью оказалось сниженным ((56,00 ± 10,71) балла). В группе с ГБН показатель КЖ также оказался низким — (55,28 ± 9,60) балла. В контрольной группе аналогичный показатель составил (67,00 ± 6,45) балла (различие достоверно,  $p = 0,006$ ). Выявлена статистически значимая ( $p = 0,016$ — $0,00006$ ) обратная зависимость КЖ пациентов с первичными цефалгиями от показателя приверженности пассивным копинг-стратегиям по опроснику Вандербиля, уровней актуальной и конституциональной тревоги, уровня депрессии, а также у пациентов с мигренью от длительности заболевания, интенсивности головной боли, нарушения повседневной активности по опроснику MIDAS. У пациентов с ГБН не обнаружено зависимости показателя КЖ от клинических особенностей заболевания.

Лечение с помощью компьютерного биоуправления проводилось в амбулаторных условиях с применением программно-аппаратного комплекса «Бослаб». Курс состоял из 10 сеансов: пять сеансов миографического тренинга, начиная с шестого сеанса к миографическому тренингу добавлялся температурный.

Метод компьютерного биоуправления показал высокую эффективность. Улучшение (уменьшение интенсивности и (или) частоты цефалгий на 50% и более) достигнуто у 54,5% пациентов с мигренью и у 50,2% пациентов с ГБН. Интенсивность цефалгии по ВАШ уменьшилась в среднем у пациентов с мигренью с 87,32 до 57,10 балла ( $p = 0,03$ ); у пациентов с ГБН — с 62,81 балла до 21,03 балла ( $t = 7,54$ ). У пациентов с мигренью значительно редуцировался уровень ситуативной ( $p = 0,002$ ) и личностной ( $p = 0,04$ ) тревожности. Уменьшение показателей тревоги в группе с ГБН, а также показателя депрессии по опроснику Бека в обеих группах оказалось статистически не достоверным. При этом уменьшение интенсивности цефалгии не зависело от выраженности тревожных и депрессив-

ных расстройств до начала лечения. Клинический эффект не зависел также от возраста и пола пациентов.

Вместе с тем эффективность лечения миографическим и температурным биоуправлением позитивно коррелировала с показателем приверженности пациентов активным копинг-стратегиям ( $p = 0,049$ ). Показатель КЖ пациентов после окончания лечения обнаружил тенденцию к улучшению (в группе ГБН с 55,28 до 58,09 балла), но различия оказались статистически не значимыми ( $p = 0,29$ ). Таким образом, детерминанты снижения КЖ в данном исследовании отличались от проведенных ранее. В частности, обратила на себя внимание статистически значимая связь показателей КЖ с уровнями актуальной и конституциональной тревоги, депрессии и предпочтением пассивных стратегий преодоления боли.

Технология компьютерного биоуправления показала свою эффективность у пациентов с первичными цефалгиями вне зависимости от их возраста, пола и клинических особенностей заболевания. В то же время эффективность зависела от копинг-стратегий, привычных для пациентов. Отсутствие динамики показателя КЖ по неспецифическому опроснику при наличии позитивной клинической динамики, вероятно, объясняется коротким периодом наблюдения, в то время как качество жизни является относительно торпидным показателем, претерпевающим изменения на протяжении нескольких месяцев.

## Заключение

По результатам исследования, на качество жизни при первичных цефалгиях значительное влияние оказывают особенности личности пациента, а именно приверженность пассивным стратегиям преодоления боли, уровни тревоги и депрессии. Технология компьютерного биоуправления эффективна в лечении первичных цефалгий у всех групп пациентов. Однако для значимой положительной динамики показателя качества жизни пациентов требуется длительный период наблюдения.

## 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). Р. 49—52.

### Клинические аспекты биоуправления

3. Пузин М.Н., Шубина О.С. Биоуправление в терапии мигрени // Биоуправление-4: теория и практика. Новосибирск, 2002. С. 259—269.
4. Brna P., Gordon K., Dooley J. Health-related quality of life patients with chronic migraine // Cephalalgia. 2007. № 27 (10). P. 1136—1141.
6. Grazzi L., Andrasik F., D'Amico D. et al. Electromyographic biofeedback-assisted relaxation training in juvenile episodic tension-type headache: clinical outcome at three-year follow-up // Cephalalgia. 2001. № 21 (8). P. 791—803.
7. Krahn M., Naglie G. The next step in guideline development; incorporating patients' preferences // JAMA. 2008. № 300 (4). P. 436—438.
8. 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. № 23 (6). P. 441—450.
9. Molarius A., Tegelberg A. Recurrent headache and migraine as a public health problem — a population-based study in Sweden // Headache. 2006. № 46 (1). P. 73—81.

### Экспериментальные и клинические исследования

- among Canadians with migraine // J. Headache Pain. 2007. № 8 (1). P. 43—48.
5. Ciancarelli I., Tozzi-Ciancarelli M.G., Spacca G. et al. Relationship between biofeedback and oxidative stress in
10. Monzon M.J., Lainez M.J. Quality of life in migraine and chronic daily headache patients // Cephalalgia. 1998. № 18 (9). P. 638—643.
11. Ruiz de Velasco I., Gozalez N., Etxeberria Y., Garcia-Monco J.C. Quality of life in migraine patients: a qualitative study // Cephalalgia. 2003. № 23. С. 892—900.
12. Söderberg E., Carlsson J., Stener-Victorin E. Chronic tension-type headache treated with acupuncture? Physical training and relaxation training. Between-group differences // Cephalalgia. 2006. № 26 (11). P. 1320—1329.
13. Stovner L.J., Hagen K., Jensen R. et al. The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide // Cephalalgia. 2007. № 27 (3). P. 193—210.
14. The International Classification of headache disorders // Cephalalgia. 2004. № 24 (suppl. 1). P. 24—36.

Поступила в редакцию 08.12.2009 г.

Утверждена к печати 22.12.2009 г.

### Сведения об авторах

**Н.Л. Старикова** — канд. мед. наук, доцент кафедры неврологии ФПК и ППС ПГМА (г. Пермь).

### Для корреспонденции

**Старикова Наталья Леонидовна**, e-mail: nlsta@mail.ru