

На правах рукописи

ОПЛЕТАЕВ

Виктор Федорович

**ВЛИЯНИЕ ПРОСТОЙ И КЛАССИЧЕСКОЙ МИГРЕНИ НА
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ
В РЕСПУБЛИКЕ КОМИ**

14.01.11 – нервные болезни

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Санкт-Петербург

2014

Работа выполнена на кафедре неврологии, МСЭ и реабилитации Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации» (ФГБОУ ДПО «СПБИУВЭК» Минтруда России).

Научный руководитель:

Пенина Галина Олеговна, доктор медицинских наук, проректор по учебной и научной работе Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации.

Официальные оппоненты:

Скрипченко Наталья Викторовна, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ, заместитель директора по научной работе ФГБУ «Научно-исследовательский институт детских инфекций ФМБА России», заведующий кафедрой инфекционных болезней у детей Факультета повышения квалификации и последипломной подготовки ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия» Министерства здравоохранения России;

Шварцман Григорий Исаакович, доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры неврологии имени академика С. Н. Давиденкова ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова».

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева» Министерства Здравоохранения Российской Федерации.

Защита состоится « 8 » октября 2014 года в _____ часов на заседании диссертационного совета при ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова» Минздрава РФ по адресу: г. Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова» Минздрава РФ и на сайте www.spb-gmu.ru

Автореферат разослан « 11 » мая 2014 года.

Ученый секретарь диссертационного совета
доктор медицинских наук, профессор

Матвеев Сергей Владимирович

Общая характеристика работы

Актуальность темы

Распространенность мигрени в настоящее время, по данным разных авторов, колеблется от 10% до 16% в популяции. Как правило, мигрень возникает в возрасте 18–20 лет, максимальное число клинически проявившихся случаев приходится на период 30–35 лет, то есть трудоспособный возраст, возраст максимальной активности в жизни. Среди людей, перенесших в детстве и юности хотя бы один приступ мигрени, 30—40% с возрастом избавляются от приступов и у 30% частота и интенсивность приступов в дальнейшем снижаются. В остальных случаях мигрень продолжается до глубокой старости (Амелин, А. В. Мигрень: патогенез, клиника, лечение [Текст] / А. В. Амелин, Ю.Д. Игнатов, А.Л. Скоромец. - СПб. : Мед.изд-во, 2001). Оказывая негативное воздействие на личность, мигрень таким же образом влияет и на общество. В графстве Вашингтон, штат Мериленд, 8% мужчин и 14% женщин пропускают из-за головных болей полный рабочий день или его часть каждые четыре недели. Стоимость ежегодного ущерба от снижения производительности труда вследствие мигрени в США составляет от 1,2 до 17,2 млрд. долларов. Ущерб от мигрени в Англии оценивается почти в 950 млн. фунтов стерлингов в год. Значительными представляются и непосредственные расходы системы здравоохранения от мигрени (Noshir Mehta et all. Head, Face, and Neck Pain Science, Evaluation, and Management, 2009 г.). Мигрень одна из частых причин обращения за неотложной медицинской помощью. По данным национальной службы амбулаторной медицинской помощи США более 10 млн. визитов к врачу в течение года были сделаны по поводу головных болей. Для лечения головных болей выписывается огромное количество рецептурных и без рецептурных медикаментов. Каждый год американцы тратят на отпускаемые без рецептов болеутоляющие лекарства около 400 млн. долларов (Rasmussen В.К. Epidemiology of Headache in Europe. In: J. Olesen (ed.). Headache Classification and Epidemiology. NewYork: RavenPress 1994).

Мигрень является одной из самых встречающихся форм головной боли. Большая распространённость, неуклонный рост заболеваемости у лиц молодого, трудоспособного возраста, а также трудности диагностики и терапии определяют огромный интерес к данной проблеме (Вейн А.М. 1988, 1995, 1996; Колосова О.А. 1995, 1996, 1997; Карлов В.А. 1991, 1995; Юдельсон Я.Б., 1994; Осипова В.В. 1995, 1996, 1997, 2003, 2006; Табеева Г.Р. 1997). Лечение основывается на купировании острых приступов боли и неупорядоченном приёме лекарственных средств, что является неэффективным и приводит к трудностям в своевременной и адекватной терапии и профилактике, обуславливает не только клиническую, но и социально-экономическую проблемы (Olesen J., 1995, 1997; Goadsby P.J., 1995; Silberstein S.D., 1994, 1998; Lipton R.B., 1996; Ferrari M.D., 2002, Tfelt-Hansen P., 2003; Steiner T.J., 2004).

В литературных источниках приведено несколько подобных исследований. Оценивалась сравнительная эффективность amitriptилина, флуоксетина и мапротилина при лечении мигрени в межприступном периоде (А.В. Амелин, А.А. Скоромец, Л.А. Коренко, Б.Ч. Тумелевич, М.А. Гончар, 2009), по полученным ими результатам наиболее действенными препаратами являются бета-блокаторы и антидепрессанты. Полученные результаты соответствуют представлениям о высокой эффективности антидепрессантов при лечении мигрени в межприступном периоде. Г.Р. Табеева, А.В. Сергеев, С.А. Громов, проводили изучение эффективности агониста мелатониновых рецепторов MT1 и MT2 и селективного антагониста 5-HT2c-рецепторов — агомелатина в профилактике мигрени.

Поиски эффективной терапии мигрени, ее многие аспекты, в частности качество жизни пациентов с приступами, расстройств сна, профилактики пароксизмов, клинико-экономического анализа проводимой эффективной терапии с учётом улучшения качества жизни больных, в том числе проживающих на Севере, остаются недостаточно изученными, что явилось основанием для выполнения настоящего диссертационного исследования.

Комплексное изучение этих проблем позволит предложить систему мероприятий, направленных на усовершенствование профилактики и организации неврологической помощи пациентам, страдающим мигренью в РК, имеющей свои климатогеографические особенности. Выше изложенное определило актуальность данного научного исследования и определило его цель.

Степень разработанности проблемы

В литературе периодически освещаются вопросы клиники и лечения мигрени в различных регионах РФ, в частности г. Москва (Артеменко А.А., Фокин М.В., 2010), г. Санкт-Петербург (А. В. Амелин, Ю.Д. Игнатов, А.Л. Скоромец, 2009), г. Пермь (Закирова Э. Н., 2009), однако, вопросы диагностики и лечения заболевания, качество жизни пациентов с мигренью на территории Республики Коми изучены недостаточно. До последнего времени в России вопросы оценки стоимости терапии мигрени были изучены недостаточно, число исследований по учёту экономических затрат при заболевании как самого больного и его окружения, так и на популяционном уровне от лечения и снижения трудоспособности больных мигренью было чрезвычайно ограниченным (Фокин М.В., 2008).

Цель исследования

Совершенствование терапии мигрени и снижение возможных экономических потерь от мигренозных пароксизмов на основе исследования их тяжести, нарушений сна, выявления депрессии, влияния на качество жизни, повседневную активность и трудоспособность пациентов в Республике Коми.

Задачи исследования

1. Изучить некоторые эпидемиологические характеристики мигрени на территории Республики Коми, провести оценку качества жизни пациентов с мигренью, проживающих на данной территории.
2. Провести оценку уровня болевых пароксизмов, повседневной активности и трудоспособности пациентов с мигренью, выявить наличие нарушений качества сна, депрессии.
3. Проанализировать влияние препаратов из группы антидепрессантов на течение мигрени, качество жизни пациентов в Республике Коми, оценить ориентировочно экономический ущерб от заболевания мигренью.
4. Предложить меры профилактики для снижения частоты и тяжести мигренозных приступов и улучшение качества оказания медицинской помощи пациентам с мигренью в Республике Коми.

Научная новизна

Впервые на территории Республики Коми оценены некоторые эпидемиологические характеристики мигрени, детально исследована повседневная активность и трудоспособность пациентов с мигренью опросником «Migraine Disability Assessment», различные составляющие качества жизни с использованием русской валидизированной версии опросника «SF-36», проведена оценка нарушений сна с использованием шкалы «SQS», оценка наличия депрессии и уровня болевых пароксизмов.

Установлено, что мигренозные пароксизмы влияют на все стороны жизни больных мигренью: физический и психический компоненты качества жизни снижаются наполовину, в наибольшей степени страдает ролевое, а в наименьшей - эмоциональное функционирование, ухудшается сон.

Доказано, что терапия в межприступном периоде препаратами из группы антидепрессантов положительно влияет на течение мигрени, уменьшая экономические потери, связанные с приступами мигрени у пациентов в Республике Коми.

Теоретическая и практическая значимость

На основании результатов работы продемонстрировано, что оценка опросником «Migraine Disability Assessment», «SQS», а также опросником «SF-36» может быть использована в повседневной практике врача-невролога для оценки повседневной активности и трудоспособности, качества жизни и степени дезадаптации больных мигренью. Информация, полученная с помощью данных опросников, качественной и количественной

оценки снижения повседневной активности и трудоспособности, качества жизни и нарушений сна, позволит перейти к стратифицированному подходу лечения мигрени и ее коморбидных нарушений.

Выявленные влияния снижения активности, эмоциональных нарушений, расстройств сна на определенные составляющие качества жизни предложено учитывать при разработке индивидуальных программ лечения больных мигренью. Внедрены в клиническую практику рекомендации, способствующие повышению качества диагностики, лечения и профилактики мигренозных пароксизмов у жителей северных территорий Российской Федерации.

Положения, выносимые на защиту

1. У пациентов с мигренью в Республике Коми отмечается снижение качества жизни по всем его составляющим, мигренозные пароксизмы приводят к нарушению повседневной активности и трудоспособности, ухудшению сна, в структуре качества жизни в наибольшей степени страдает ролевое, а в наименьшей - эмоциональное функционирование.

2. Применение препаратов из группы антидепрессантов у пациентов с мигренью, нуждающихся в назначении в межприступный период данной терапии, улучшает повседневную активность и трудоспособность, а также нормализует сон, вследствие этого уменьшается экономический ущерб от заболевания мигренью.

Степень достоверности и апробация результатов

Внедрение результатов работы в практику. Результаты исследования внедрены в практику отделения неврологии Городской больницы Эжвинского района города Сыктывкара, Сыктывкарских городских поликлиник №1 и №3, ЛПО ОАО «Монди СЛПК». Материалы работы используются в научно-педагогической деятельности кафедры неврологии и психиатрии Коми Филиала ГБОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедры неврологии, МСЭ и реабилитации Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации».

Личное участие автора в получении результатов, изложенных в диссертации. Автором самостоятельно разработаны дизайн и макет исследования, сформулированы научные гипотезы, проведены сбор материала (обследовано 116 пациентов с мигренью) и его статистическая обработка. Проанализированы и обработаны результаты по опросникам «SF-36», «MIDAS», «SQS», ВАШ, опроснику Гамильтона. Диссертация написана единолично, содержит совокупность новых научных результатов и положений, выдвигаемых автором для публичной защиты, имеет внутреннее единство и свидетельствует о личном вкладе автора в науку.

Результаты исследования доложены на IV Ежегодной научно-практической конференции молодых ученых и специалистов ФГБУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии имени В.А. Алмазова» Минздравсоцразвития России, г. Санкт-Петербург, 2011г.; Медико-социальная, социально-средовая и профессионально-трудовая реабилитация как основа интеграции инвалидов в общество, г. Махачкала, 2011 г.; Конгресс неврологов Санкт-Петербурга и СЗФО, г. Санкт-Петербург, 2013 г.; Конференция неврологов Северо-Западного Федерального округа с международным участием, г. Сыктывкар.

Министерством здравоохранения Республики Коми были разработаны и утверждены методические рекомендации «Клиника, диагностика и лечение мигрени».

Апробация работы состоялась на заседании кафедры неврологии МСЭ и реабилитации и на заседании проблемной комиссии ФГБУ ДПО СПбИУВЭКа. Протокол № ___ от «__» _____ 2014 года.

Публикации

По теме диссертации опубликовано 24 печатных работы, из них 5 в изданиях, рекомендованных ВАК РФ.

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 125 страницах и состоит из введения, обзора литературы, материала и методов исследования, трех глав собственных исследований, их обсуждения, выводов, практических рекомендаций. Список литературы включает 78 отечественных и 94 зарубежных источников. Диссертация иллюстрирована 12 таблицами и 10 рисунками. Приведено 2 клинических примера.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы

Общая характеристика объекта исследований. Объект исследования составили 116 пациентов, выявленные в ходе сплошного исследования, из них 80 женщин и 36 мужчин. Средний возраст пациентов 35,5 лет. Все исследуемые жители г. Сыктывкара и Республики Коми. Критериями включения в исследование были диагноз «мигрень», установленный в соответствии с диагностическими критериями второй редакции Международной классификации головной боли (The International Classification of Headache Disorders 2-nd Edition., 2003), возраст от 18 до 60 лет и добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Согласно литературным данным (Шток В.Н. Некоторые замечания по поводу переработанного варианта Международной классификации головной боли (МКГБ-III, бета-версия, 2013) Издание: Журнал неврологии и психиатрии им.С.С.Корсакова, 2014.-N 2.-С.87-90) в 2013 г. был опубликован новый, третий, переработанный вариант Международной классификации головной боли — МКГБ-III, бета-версия. Обращает на себя внимание появление в названии МКГБ приставки «бета». Дело в том, что Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) наметила в 2014 г. завершение работы по 11-му пересмотру Международной классификации болезней (МКБ-11), и комиссия по МКГБ придерживается мнения, что МКГБ должна «дополнять» основную классификацию болезней — МКБ. Отдавая ей приоритет и считая такую версию «альфа», классификацию МКГБ комиссия рассматривает как версию «бета». По предположению комиссии, версия «бета» МКГБ будет дополнять соответствующие коды МКБ-11 (в какой форме будет представлена такая комбинированная кодовая индикация, пока не установлено). Также, учитывая, что набор материала закончен в первом квартале 2013г., в диссертации используется краткая версия Международной классификации головных болей (2-ое издание) с кодами МКБ-10NA ВОЗ). Данная выборка получена в результате изучения данных о 10736 жителях Республики Коми, являющихся прикрепленным контингентом ЛПО ОАО «Монди СЛПК», в том числе самостоятельно осмотренных 1445 человеках, из них 248 пациентов с первичной головной болью. Пациенты отобраны на базе стационарного неврологического отделения, поликлиники №3, №1, ЛПО ОАО «Монди СЛПК» в период с 2005 по 2010 гг. Группа пациентов нуждающихся в межприступном лечении составили 61 пациент. Из них 40 человек, которые дали информированное согласие на участие в исследовании и назначение терапии, сформировано две выборки по 20 человек для получения лечения препаратами из группы антидепрессантов (20 человек препарат 1 и 20 человек препарат 2). В качестве контроля проведено обследование 30 здоровых испытуемых, сопоставимых по полу и возрасту с исследуемыми группами. Критериями включения в эту группу являлись: отсутствие жалоб на состояние здоровья, отсутствие болевых ощущений любой локализации и нарушений сна за последний месяц; возраст от 18 до 40 лет; отсутствие клинических признаков соматических, неврологических и психических заболеваний.

Методы обследования. Комплексное обследование больных проводилось амбулаторно и стационарно, в частности на базе ЛПО ОАО «Монди СЛПК» (директор Долгина Н.Э.) и в неврологическом отделении ГУ РК «Коми республиканская больница» (КРБ) (гл. врач Абакаров Р.М.), ГУ РК «Кардиологический центр» (гл.врач Кузнецов А.В.), а также на базе ГБУЗ РК «Городская больница Эжвинского района» МО г. Сыктывкар (ГБЭР) (гл.врач Бирюков А.А.). Ультразвуковое дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий, рентгенография

ШОП, магнитно-резонансная и компьютерная томография и ангиография (МРТ, МРА) осуществлялись на базе отделения функциональной диагностики и отделения лучевой диагностики КРБ (зав. отделением Трофимов Л.А.) и ГБУЗ РК «Городская больница Эжвинского района» МО г. Сыктывкар (ГБЭР) (зав.отделением Богданова Н.Г.). Используемые в работе методы отражены в схеме методов исследования (Таблица 1).

Вид обследования	Методы обследования
Эпидемиологическое	Данные сплошного обследования, выборочные обследования, case-control метод.
Клиническое	Сбор жалоб и анамнеза. Обследование соматического статуса. Исследование неврологического статуса. Оценка критериев приступов головной боли. Оценка уровня депрессии при помощи клинических шкал. Оценка качества жизни при помощи клинических шкал
Общеклиническое	Клинический анализ крови и мочи. Биохимическое исследование крови, острофазовые реакции и ревмопробы, коагулограмма
Инструментальное	Рентгенография ШОП с функциональными пробами. Ультразвуковое дуплексное сканирование сосудов Компьютерная томография (КТ). Магнитно-резонансная томография (МРТ).
Оценка значимости и достоверности результатов	Методы статистической обработки результатов.

Таблица 1. Виды и методы обследования

Клинико-неврологический метод включал клиническое интервью и традиционный неврологический осмотр. Клиническое интервью проводилось по единому плану в соответствии со специально разработанной формализованной картой обследования пациентов с мигренью. Визуальная аналоговая шкала (ВАШ) использовалась для оценки интенсивности боли в баллах, которая была представлена в виде двухсторонней линейки с бегунком. Качество сна изучалось при помощи международной шкалы Sleep Quality Scale (SQS), уровень депрессии оценивался при помощи шкалы Гамильтона. Опросник Short Form-36 (SF-36) применялся как инструмент для количественной оценки качества жизни, связанного со здоровьем. Использована русская версия, валидизированная компанией «Эвиденс - Клинико-фармакологические исследования». Всего в методике 36 пунктов, группирующихся в восемь шкал. Шкалы группируются в два показателя: «физический компонент здоровья» (составляющие шкалы: физическое функционирование, ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, интенсивность боли, общее состояние здоровья) и «психологический компонент здоровья» (составляющие шкалы: психическое здоровье, ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, социальное функционирование, жизненная активность).

Количественная оценка тяжести мигренозных приступов проводилась по шкале «MIDAS» (Migraine Disability Assessment). Уровень депрессии определялся с использованием шкалы Гамильтона (с привлечением психолога). Для оценки нарушений сна применяли шкалу Sleep Quality Scale.

Для исключения органического поражения брахиоцефальных сосудов (стеноз, окклюзия), а также для уточнения характера и динамики нарушений кровотока под влиянием патологии позвоночного столба пациентам было проводилось ультразвуковое доплерографическое исследование брахиоцефальных артерий в сочетании с транскраниальным дуплексным сканированием сосудов (аппарат Ultramark-9, ATZ, Швеция и аппарат Phillips HD8, Германия). Рентгенография шейного отдела позвоночника проводилась на цифровом рентгеновском аппарате

«General Electrics». Компьютерная томография и магнитно-резонансная томография головного мозга проводились на спиральном компьютерном томографе фирмы «Philips» 32 slices, Германия, и на магнитно-резонансном томографе фирмы «Philips» 1,5 Тл (Голландия).

Статистическая обработка материала осуществлялась с помощью пакета программ «Microsoft Excel 2007» и «Statistica 6.0». Для анализа распределения признаков использованы критерии Колмогорова-Смирнова ($n > 50$) и Шапиро-Уилкса ($n < 50$). Рассчитывались показатели описательной статистики: среднее значение, стандартное отклонение, стандартная ошибка средней, медиана, максимальное и минимальное значение, 95%-ый доверительный интервал. Для выявления различий между выборками мы воспользовались непараметрическим критерием Н-Краскала-Уоллеса (Kruskal-Wallis H). Для парного соотнесения выборок использован критерий U-Манна-Уитни. Анализ зависимостей осуществлялся с помощью рангового коэффициента корреляции Спирмена r (с учетом величины « r ») для распределений, отличающихся от нормального. При $p < 0,05$ различия считались достоверными.

Результаты исследования и их обсуждение

Установлена по данным исследования прикрепленного контингента ЛПО ОАО «Монди СЛПК» заболеваемость мигренью в 8,03% (116 пациентов выявлено с мигренью без ауры и с офтальмической аурой из 1445 самостоятельно осмотренных пациентов). Представленные данные несколько ниже мировой статистики (10-16%), что возможно объяснить характером осмотренного контингента (предварительные и периодические медицинские осмотры, тщательный отбор для работы во вредных условиях труда ОАО «Монди СЛПК»). В клиническом исследовании участвовало 116 человек, из них 80 (69%) - женщин и 36 (31%) – мужчин. В ходе проведенного исследования выявлено, что гендерное соотношение в группе, составляет примерно 2:1 с преобладанием женщин. Средний возраст пациентов $35,5 \pm 6,48$ года (мужчин $35,9 \pm 6,69$, женщин $35,2 \pm 6,41$ лет), без существенных различий. Рентгенография шейного отдела позвоночника, в том числе с функциональными пробами, не обнаружило значимых изменений у пациентов. В ряде случаев, в основном, у пациентов старше 40 лет отмечен остеохондроз не более 1 ст., остеофиты. В результате проведения УЗДГ стенозов и значимых препятствий кровотоку не выявлено. При нейровизуализации также не выявлено органической патологии.

У 21,3% женщин приступы учащаются весной и осенью, у 72,5% провоцируются стрессами, у 19,4% мужчин приступы учащаются весной и осенью, у 97,2% провоцируются стрессами. Таким образом, при изучении гендерных особенностей выявлено, что у мужчин стрессы чаще провоцируют мигренозные пароксизмы, чем у женщин. При анализе характеристик приступов в группе пациентов с мигренью с аурой у 10 (22,7%) пациентов приступы учащаются весной и осенью, у 40 (90,9%) провоцируются стрессами. В группе пациентов с мигренью без ауры у 14 (19,4%) пациентов приступы учащаются весной и осенью, у 73,6% провоцируются стрессами (различия по частоте незначимы).

В представленной группе большая часть - 61 пациент отмечали более 4 приступов в месяц, 34 – 2-3 приступа в месяц, 21 – менее 1 приступа в месяц. Среди женщин выявлено, что у 52,5% выявлено более 4 в месяц, 28,8% – 2-3 приступа в месяц, 18,8% – менее 1 приступа в месяц. По частоте встречаемости жалоб у мужчин у 52,8% – более 4 пароксизмов в месяц, 30,6% – 2-3 приступа в месяц, 16,7% – менее 1 приступа в месяц. У 20,69% пациентов приступы учащаются весной и осенью, чаще же 80,17% пароксизмы провоцируются стрессами ($p < 0,01$). Таким образом, более половины пациентов, страдающих мигренью, нуждаются в назначении межприступного лечения.

При оценке уровня боли по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) в общей группе выявлен уровень боли в $8,65 \pm 1,04$ баллов. У мужчин ($8,38 \pm 1,11$ баллов) и женщин ($8,72 \pm 1,05$ баллов) уровень боли практически не отличался. Уровень боли при мигрени без ауры – $8,53 \pm 1,14$, с ауры – $9,0 \pm 0,61$ баллов, без достоверной разницы.

Для оценки степени дезадаптации пациента, страдающего от мигрени, использовался опросник «MIDAS» («Migraine Disability Assessment Questionnaire»). При исследовании всей группы пациентов выявлено, что, в среднем, они из-за головных болей пропустили $5,2 \pm 3,4$ рабочих или учебных дня (полностью или частично). Еще в течение $9,25 \pm 4,66$ дней работоспособность была снижена на половину или более из-за головных болей. $7,6 \pm 4,65$ дней пациенты совсем не занимались домашними делами, $8,9 \pm 4,89$ дней работоспособность в домашних делах была снижена на половину или более. И $3,5 \pm 2,26$ дней за последние 3 месяца пациенты пропускали досуговые мероприятия. Мужчины из-за головных болей пропустили $5,3 \pm 4,7$ рабочих или учебных дня, что практически не отличается от женщин ($5,2 \pm 3,2$ дня). У мужчин $11,3 \pm 2,5$ дня работоспособность была снижена на половину или более из-за головных болей, у женщин этот показатель несколько ниже ($8,8 \pm 5,0$ дней). $12,5 \pm 2,9$ дня мужчины совсем не занимались домашними делами, а женщины лишь $6,4 \pm 4,2$ дня, что значительно меньше ($p < 0,01$). Кроме того, большее количество дней ($10,0 \pm 4,1$) у мужчин работоспособность в домашних делах была снижена на половину или более из-за головных болей. Женщины ограничено работали по дому лишь $8,6 \pm 5,1$ дня. Мужчины за последние 3 месяца пропустили $4,5 \pm 1,7$ дня досуговых мероприятий, общественных или семейных, против женщин – $3,3 \pm 2,4$ дня (рисунок 1).

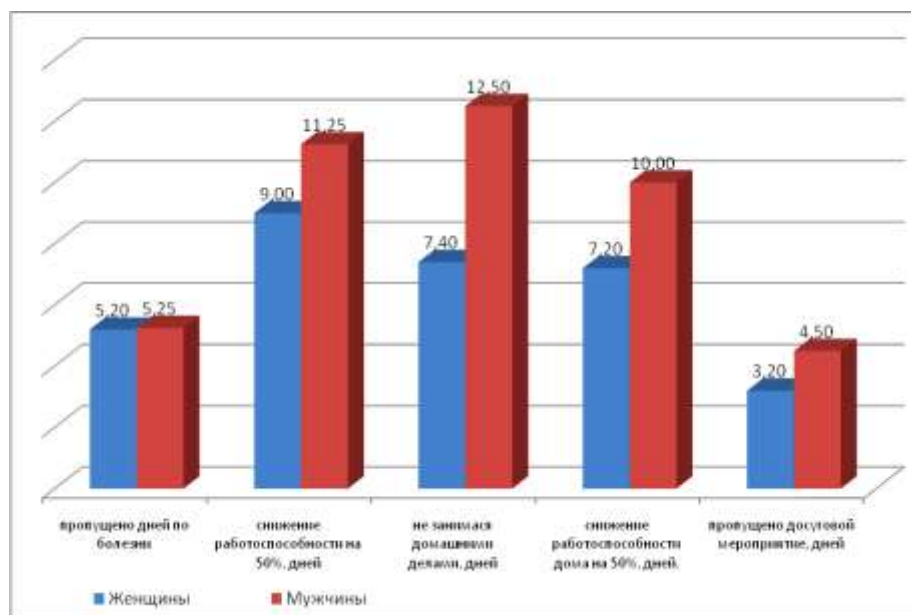


Рисунок 1. MIDAS в общей группе

В группе пациентов с мигренью с ауры больные пропустили $5,25 \pm 4,72$ рабочих или учебных дня (полностью или частично). $11,25 \pm 2,5$ дней работоспособность была снижена на половину или более из-за головных болей. $12,5 \pm 2,89$ дней пациенты совсем не занимались домашними делами, а $10 \pm 4,08$ дней работоспособность в домашних делах была снижена на половину или более. Больные пропустили $4,5 \pm 1,73$ дней досуговых мероприятий, общественных или семейных (полностью или частично) за последние 3 месяца.

При сравнении данных выборок пациенты с мигренью с аурой совсем не занимались домашними делами достоверно чаще ($p < 0,01$) остальных. Количество суммарно пропущенных дней по болезни у пациентов, страдающих мигренью без ауры было существенно меньше – $12,81 \pm 9,16$ дня, чем у пациентов с мигренью с аурой – $17,55 \pm 2,99$ дня.

При оценке по шкале Гамильтона в исследовании депрессии среди пациентов группы не выявлено, средний уровень по шкале составил $4 \pm 2,12$ баллов.

Нарушения сна при мигрени присутствовали у 85% пациентов, со средним баллом $4,35 \pm 3,27$, что является умеренным нарушением сна. У мужчин нарушения сна значимо более выражены – $7,25 \pm 2,22$ балла, у женщин – $3,63 \pm 3,12$ балла ($p < 0,01$).

При исследовании при помощи шкалы SF-36 выявлено снижение физического ($52,8 \pm 20,39$ баллов) и психологического ($56,9 \pm 16,49$ баллов) компонентов почти наполовину. По отдельным критериям физическое функционирование (PF) было снижено до $77,3 \pm 7,99$, ролевое функционирование (RP) было снижено гораздо больше до $28,3 \pm 5,68$ баллов. По шкале боль (P) получено $57,5 \pm 14,22$, по шкале общее здоровье (GH) – $48,2 \pm 8,26$ баллов. Жизнеспособность пациентов (VT) была снижена до $44,6 \pm 6,36$, социальное функционирование (SF) – $45,5 \pm 14,68$, а эмоциональное функционирование (RE) – $80,0 \pm 14,91$ баллов. Показатель психологического здоровья (MH) в группе $57,7 \pm 5,63$ баллов.

При сравнении выборки пациентов с мигренью с аурой и без ауры PF у пациентов без ауры было снижено до $77,8 \pm 8,33$ баллов, настолько же, как и у пациентов с мигренью с аурой – $76,0 \pm 7,6$ баллов. RP в выборке без ауры и с аурой не отличалось ($28,3 \pm 5,88$ и $28,0 \pm 5,70$ баллов). P у пациентов без ауры $55,2 \pm 15,4$ баллов, с аурой – $64,3 \pm 7,23$ баллов. GH у пациентов с мигренью без ауры снижено до $46,9 \pm 7,78$ баллов, мигрени с аурой – $52,0 \pm 9,38$ баллов. VT в группе пациентов без ауры – $43,9 \pm 6,66$ баллов, мигрени с аурой – $46,7 \pm 5,43$ баллов. SF также значимо не различалось у пациентов с мигренью без ауры и с аурой ($44,7 \pm 14,07$ и $48,0 \pm 17,89$ баллов). RE было менее снижено у пациентов с мигренью без ауры до $83,3 \pm 14,09$ баллов, с мигренью с аурой – $70,0 \pm 13,94$ баллов. MH в выборке без ауры и с аурой также не отличалось ($57,8 \pm 5,59$ и $57,3 \pm 6,41$ баллов соответственно).

При сравнении по гендерному признаку PF у мужчин было снижено до $80,8 \pm 9,6$, у женщин – $76,5 \pm 7,7$ баллов. RP у мужчин снижено несколько более ($25,0 \pm 5,8$ баллов), чем у женщин ($29,1 \pm 5,54$ баллов). P у мужчин – $41,7 \pm 23,5$, женщин – $61,5 \pm 7,91$ баллов ($p < 0,05$). GH у мужчин и женщин снижено почти равномерно ($52,0 \pm 10,8$ и $47,3 \pm 7,62$ баллов соответственно). VT у мужчин $52,1 \pm 4,2$, у женщин более снижена – $42,7 \pm 5,38$ баллов. SF у мужчин снижено больше – $37,5 \pm 17,1$ баллов, чем у женщин – $47,5 \pm 13,9$ баллов. RE у мужчин снижено минимально – $87,5 \pm 16,0$ баллов, у женщин – $78,1 \pm 14,55$ баллов. MH у мужчин и женщин на одинаковом уровне ($56,7 \pm 3,8$ и $57,9 \pm 6,07$ баллов соответственно). Выявлено снижение физического и психологического компонента качества жизни почти наполовину, что говорит о высоком уровне влияния мигренозных пароксизмов на физическое и психическое состояние исследуемых. В наибольшей степени страдает ролевое, а в наименьшей – эмоциональное функционирование.

Для оценки эффективности профилактической терапии мигрени проводилась сравнительное исследование двух препаратов группы антидепрессантов (препарат 1 (агомелатин) и препарат 2 (амитриптилин)). Препарат 1 является первым мелатонинергическим антидепрессантом. Кроме прямого действия, он дополнительно влияет на биоритмы человека, в частности, восстанавливая цикл «сон-бодрствование». Вероятным следствием такого влияния является быстрое улучшение дневной активности, а, следовательно, и качества жизни пациентов. Препарат 2 давно известен и входит в стандарт терапии. Препарат 1 принимала группа пациентов из 20 человек, препарат 2 – из также 20 человек. Существенных различий по возрастным, гендерным и другим характеристикам не выявлено. Нами были выбраны 2 препарата из группы антидепрессантов – амитриптилин (входит в стандарт оказания помощи при мигрени), а препарат агомелатин не входит в стандарт, но он уже показал свою эффективность при межприступном лечении мигрени. Г.Р. Табеева, А.В. Сергеев, С.А. Громов, Турбина Л.Г. (Применение агомелатина в профилактической терапии мигрени. Журнал неврологии и психиатрии им.С.С.Корсакова, 2014.-N 2.-С.56-58) проводили изучение эффективности агониста мелатониновых рецепторов МТ1 и МТ2 и селективного антагониста 5-НТ2с-рецепторов — агомелатина в профилактике мигрени, где он показал свою эффективность. Также, препараты из группы антидепрессантов были выбраны с учетом нарушений сна.

Препарат 1 назначался в среднетерапевтической дозе 25 мг однократно на ночь в течении 28 дней, для достижения необходимого клинического эффекта. Далее, продолжая прием препарата, пациенты наблюдались в течении 3 месяцев. По шкале MIDAS выявлено, что до его применения по болезни в группе было пропущено $5,22 \pm 3,07$ рабочих дня за 3 месяца, что почти не отличается от показателей мужчин - $5,25 \pm 4,72$ дней и женщин - $5,2 \pm 1,48$ дней. После применения препарата 1 данный показатель снизился в группе до $4,78 \pm 2,59$ рабочих дней, у женщин - до $4,2 \pm 1,3$ дней, а у мужчин, напротив, увеличился до $5,5 \pm 3,79$ дней. Снижение работоспособности на 50 % было отмечено на протяжении $10 \pm 3,71$ дней, при этом мужчины отмечали снижение работоспособности на протяжении $11,25 \pm 2,5$ дней, а женщины – $9 \pm 4,47$ дней. После применения препарата 1 снижение работоспособности на 50 % стало в 1,5 раза меньше в общей группе ($6,56 \pm 3,36$ дней) и группе женщин ($6,2 \pm 3,96$ дней), а среди мужчин снижение произошло в 1,6 раза, и составило $7 \pm 2,94$ дней. Кроме того, до применения препарата 1 исследуемые совсем не занимались домашними делами $9,67 \pm 4,15$ дней за три месяца, причём, мужчины не занимались домашними делами $12,5 \pm 2,89$ дней, а у женщин данный показатель в 1,7 раза ниже и составляет всего лишь $7,4 \pm 3,71$ дней ($p < 0.05$). После применения препарата 1 данный показатель снизился в равной степени во всех анализируемых группах: в целом он составил $7,67 \pm 3,46$ дней, среди мужчин - $10,5 \pm 1,29$ дней, а среди женщин – $5,4 \pm 2,88$ дней. При оценке ролевого функционирования было выявлено, что до применения препарата 1 в группе было пропущено $3,78 \pm 1,79$ дня досуговых мероприятий, при этом мужчины пропустили $4,5 \pm 1,73$ дня, а женщины - $3,2 \pm 1,79$ дня. После применения препарата 1 данный показатель в группе составил $3,78 \pm 2,22$ дня, у мужчин он увеличился до $5 \pm 2,71$ дней, а у женщин уменьшился до $2,8 \pm 1,3$ дней и оказался в 1,8 раз ниже, чем у мужчин. Всего по итогам опроса в группе до применения препарата 1 было пропущено или отмечалось снижение работоспособности в течение $37,11 \pm 12,47$ дней на протяжении трёх месяцев. Мужчины в среднем пропустили $43,5 \pm 8,43$ дней, что несколько больше, чем у женщин, которые пропустили $32 \pm 13,58$ дней. После приёма препарата 1 данный показатель во всех группах снизился примерно в 1,3 раза и составил в целом $29,67 \pm 10,27$ дней, среди мужчин – $36,5 \pm 8,35$ дней, среди женщин – $24,2 \pm 8,64$ дней (рисунок 2).

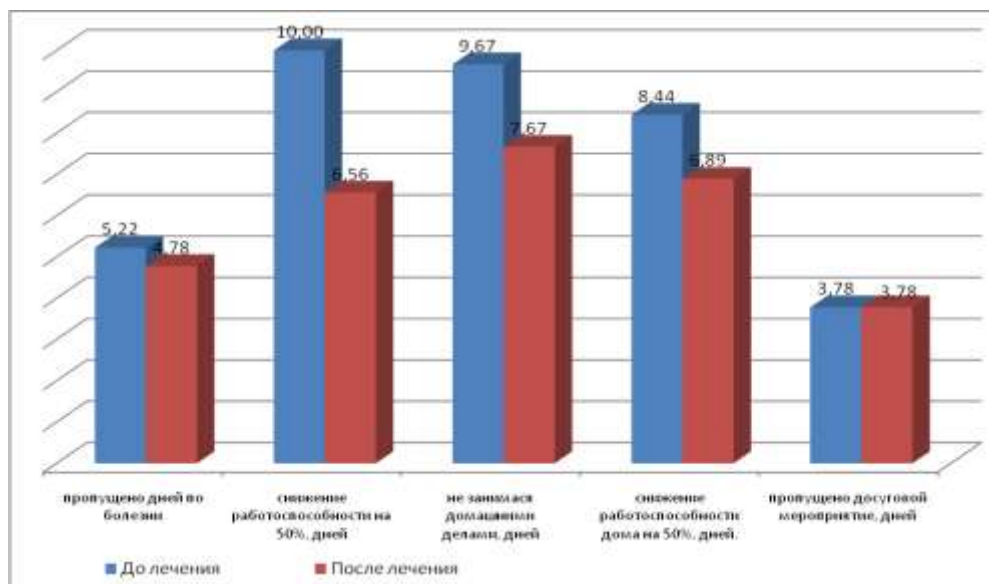


Рисунок 2. MIDAS: сравнение по препарату 1

После применения препарата 1 средний балл по шкале нарушений сна в группе составил $3,89 \pm 2,8$, среди женщин - $3,0 \pm 3,32$, а среди мужчин - $5,0 \pm 1,83$ баллов.

При оценке визуальной аналоговой шкалы средний балл после применения препарата 1 средний балл в группе составил $8,5 \pm 0,94$, среди женщин - $8,6 \pm 0,89$, а среди мужчин - $8,38 \pm 1,11$ баллов.

При оценке по SF36 первый показатель - физическое функционирование, отражающее степень, в которой физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок. До применения препарата 1 в общей группе данный показатель составил $66,7 \pm 12,4$ баллов, у мужчин он оказался несколько выше – $69,2 \pm 13,7$, а у женщин, напротив, несколько ниже – $64,7 \pm 13,9$ баллов. После применения препарата 1 данный показатель улучшился во всех исследуемых группах: в общей группе – до $76,7 \pm 7,3$ ($p < 0,05$), среди мужчин – до $75,8 \pm 6,3$, а среди женщин – до $77,3 \pm 8,6$.

Ролевое функционирование до применения препарата: 1 в общей группе составило $28,9 \pm 4,6$, у мужчин несколько ниже – $27,5 \pm 6,5$, а у женщин, напротив, несколько выше – $30,0 \pm 3,5$. После применения препарата 1 уровень ролевого функционирования увеличился во всех исследуемых группах: в общей группе – до $31,1 \pm 6,5$, у мужчин – до $28,8 \pm 6,3$, а у женщин – до $33,0 \pm 6,7$. Также оценивалась интенсивность боли. До применения препарата 1 в общей группе он достигал значения $44,4 \pm 16,1$, среди мужчин – $39,6 \pm 23,6$, а среди женщин – $48,3 \pm 11,2$. После применения препарата 1 значения показателя в общей группе и группе мужчин увеличились до $44,6 \pm 12,9$ и $46,7 \pm 8,2$ соответственно. В группе женщин показатель, напротив, ухудшился и составил $43,0 \pm 16,6$. В общей группе до лечения общее состояние здоровья в среднем на $43,6 \pm 10,2$, мужчины несколько выше – $51,0 \pm 11,9$, а женщины, напротив, несколько ниже – $37,6 \pm 5,4$. Таким образом, мужчины в 1,4 раза выше оценивают общее состояние своего здоровья, чем женщины ($p < 0,05$). После применения препарата 1 данный показатель снизился в общей группе до $43,1 \pm 10,5$, у мужчин – до $47,0 \pm 13,2$, а среди женщин, напротив, несколько возрос – до $40,0 \pm 8,0$. Таким образом, до применения препарата 1 физический компонент здоровья в общей группе исследуемых составлял $45,9 \pm 15,6$, у мужчин он оказался несколько выше – $46,8 \pm 17,7$, а у женщин, напротив, ниже – $45,2 \pm 15,0$. После применения препарата 1 данный показатель возрос во всех исследуемых группах: в общей группе – до $48,9 \pm 19,5$, у мужчин – до $49,6 \pm 19,5$, у женщин – до $48,3 \pm 19,8$. Таким образом, у мужчин более высокий уровень физического компонента здоровья до и после применения препарата, 1, чем в общей группе и у женщин.

Жизненная активность подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным. До применения препарата 1 этот показатель в общей группе исследуемых составлял $43,5 \pm 9,2$, в группе мужчин он был несколько выше – $50,0 \pm 6,8$, а у женщин, напротив, был несколько ниже и составлял $38,3 \pm 9,0$. Таким образом, до применения препарата 1 женщины чувствовали себя в 1,3 раза более обессиленными, чем мужчины ($p < 0,05$). После применения препарата 1 данный показатель возрос в общей группе и группе женщин и составил $44,0 \pm 9,8$ и $40,8 \pm 10,4$ соответственно. В группе мужчин этот показатель, напротив, снизился до $47,9 \pm 8,7$.

Социальное функционирование определяет степень, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение). До применения препарата 1 уровень социального функционирования в общей группе составил $35,6 \pm 8,3$, в группе мужчин он оказался несколько ниже – $35,0 \pm 12,9$, а среди женщин, напротив, несколько выше – $36,0 \pm 5,5$. После применения препарата 1 данный показатель возрос во всех исследуемых группах и составил $37,8 \pm 10,9$ в общей группе, $37,5 \pm 17,1$ среди мужчин и $38,0 \pm 4,5$ среди женщин.

При оценке ролевого функционирования выявлено, что до терапии данный показатель находился почти на одном уровне во всех исследуемых группах. В общей группе он составлял $83,3 \pm 11,1$, среди мужчин – $83,3 \pm 13,6$, а среди женщин – $83,3 \pm 11,8$. После применения препарата 1 этот показатель в общей группе возрос до $87,0 \pm 16,2$, в группе женщин увеличился до $93,3 \pm 14,9$, а среди мужчин, напротив, снизился до $79,2 \pm 16,0$. Шкала психического здоровья: до использования препарата 1 данный показатель в общей группе исследуемых составлял $51,9 \pm 8,2$, в группе мужчин он был несколько выше – $52,5 \pm 6,9$, а в группе женщин, напротив, несколько ниже – $51,3 \pm 10,7$. После применения препарата 1 уровень психического здоровья возрос в общей группе исследуемых до $55,9 \pm 4,3$ в группе женщин до $58,7 \pm 3,0$, а в группе мужчин практически не изменился – $52,5 \pm 3,2$. Таким образом, после применения препарата 1 наибольшее увеличение уровня психического здоровья наблюдалось в группе женщин, не-

смотря на изначально наиболее низкий уровень. Данные шкалы формируют психологический компонент здоровья. До применения препарата 1 уровень психологического компонента здоровья в общей группе составлял $53,6 \pm 20,9$, среди мужчин он оказался несколько выше – $55,2 \pm 20,3$, а среди женщин, напротив, несколько ниже – $52,3 \pm 21,8$. После применения препарата 1 данный показатель возрос в общей группе исследуемых до $56,2 \pm 21,9$, среди женщин он увеличился до $57,7 \pm 25,5$. В группе мужчин уровень психологического компонента после применения препарата 1, напротив, снизился до $54,3 \pm 17,7$. Таким образом, наиболее высокий уровень психологического компонента здоровья после применения препарата 1 наблюдается в группе женщин, несмотря на наиболее низкий исходный уровень.

Выявлено значительное снижение качества жизни пациентов с мигренью. При анализе физического и психологического компонента выявлено, что до и после применения препарата 1 во всех исследуемых группах физический компонент более снижен, чем психологический компонент здоровья. Кроме того, выявлено, что физический компонент здоровья наиболее снижен у женщин, а психологический компонент, напротив, у мужчин. После применения препарата 1 качество жизни пациентов заметно улучшилось, больше за счет физического, нежели психологического компонента здоровья. В наибольшей степени улучшились показатели физическое и ролевое функционирование пациентов.

По итогам опроса по шкале MIDAS до применения препарата 2 по болезни в группе было пропущено $4,8 \pm 3,82$ рабочих дня за 3 месяца, что почти не отличается от показателей мужчин $5 \pm 3,95$ дней и женщин $4,67 \pm 3,97$ дней. После применения препарата 2 данный показатель снизился в группе до $3,67 \pm 2,29$ рабочих дней. У женщин наблюдалось снижение показателя до $3,89 \pm 2,52$ дней, как и у мужчин – до $3,33 \pm 2,07$ дней.

Снижение работоспособности на 50 % было отмечено на протяжении $7,8 \pm 4,25$ дней, при этом мужчины отмечали снижение работоспособности на протяжении $8 \pm 2,45$ дней, а женщины – $7,67 \pm 5,27$ дней. После применения препарата 2 снижение работоспособности на 50 % составило всего $5,20 \pm 1,9$ дней. Среди женщин также отмечено снижение до $5,44 \pm 2,01$ дней. Среди мужчин снижение составило $4,83 \pm 1,83$ дней.

Также по итогам опроса по шкале MIDAS было выявлено, что до применения препарата 2 исследуемые совсем не занимались домашними делами $7 \pm 5,2$ дней за три месяца, причём, мужчины не занимались домашними делами $11,17 \pm 4,49$ дней, а у женщин данный показатель ниже и составляет всего лишь $4,22 \pm 3,60$ дней. После применения препарата 2 данный показатель снизился в равной степени во всех анализируемых группах: в целом он составил $4,6 \pm 2,50$ дней, среди мужчин – $6,33 \pm 1,75$ дней, а среди женщин – $3,44 \pm 2,30$ дней.

Снижение работоспособности дома на 50 % было отмечено на протяжении $7,27 \pm 5,05$ дней, у мужчин данный показатель несколько выше и составляет $7,67 \pm 3,78$ дней, а у женщин $7,0 \pm 5,96$ дней. После применения препарата 2 этот показатель в группе уменьшился до $4,87 \pm 2,00$ дней. Среди мужчин он составил $5,17 \pm 2,04$ дней, а среди женщин оказался всего $4,67 \pm 2,06$ дней.

До применения препарата 2 в группе было пропущено $2,87 \pm 2,03$ дня досуговых мероприятий, при этом мужчины пропустили $3,33 \pm 1,75$ дня, а женщины – $2,56 \pm 2,24$ дня. После применения препарата 2 данный показатель в группе составил $2,87 \pm 1,77$ дня, у мужчин $3,33 \pm 1,75$ дней, у женщин $2,56 \pm 1,81$ дней.

Всего по итогам опроса в группе до применения препарата 2 было пропущено или отмечалось снижение работоспособности в течение $29,73 \pm 16,07$ дней на протяжении трёх месяцев. Мужчины в среднем пропустили $35,17 \pm 7,47$ дней, что несколько больше, чем у женщин, которые пропустили $26,11 \pm 19,50$ дней. После приёма препарата 2 данный показатель составил в целом $21,20 \pm 6,98$ дней, среди мужчин – $23,00 \pm 4,47$ дней, среди женщин – $20,0 \pm 8,29$ дней (рисунок 3).

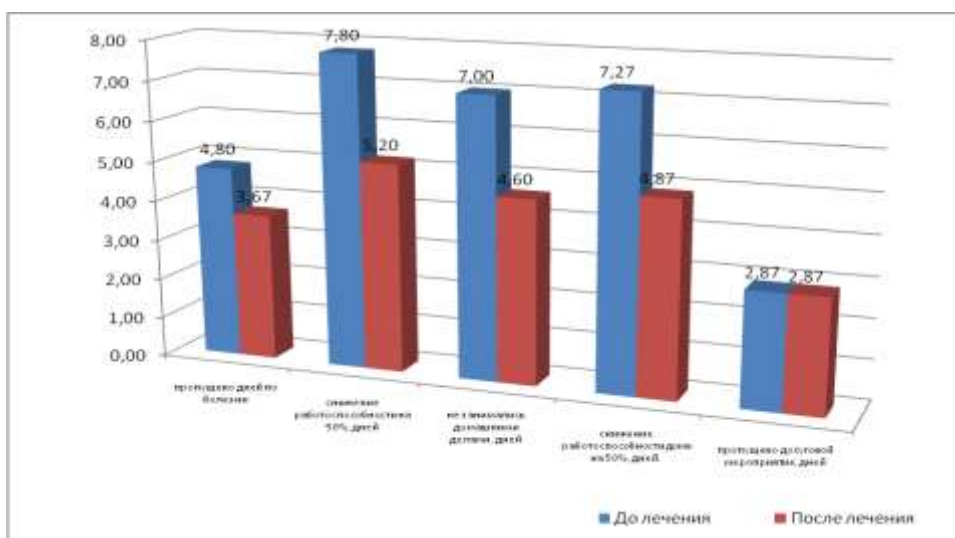


Рисунок 3. MIDAS: сравнение по препарату 2.

При оценке по шкале Гамильтона в исследовании депрессии среди пациентов группы не выявлено, получавшие лечения препаратом 2 имели средний балл $1,93 \pm 1,67$.

Использование препарата 2 достоверно снижает уровень боли мигренозного пароксизма ($p < 0,01$). При оценке по визуальной аналоговой шкале средний балл после применения препарата 2 в группе составил $6,4 (\pm 1,30)$, среди женщин- $6,89 (\pm 1,36)$, а среди мужчин- $5,67 (\pm 0,82)$.

Влияние препарата 2 на качество жизни пациентов с мигренью по опроснику «SF-36». Физическое функционирование после применения препарата 2 улучшилось во всех исследуемых группах: в общей группе – до $70,4 \pm 11,4$, среди мужчин – до $63,33 \pm 10,54$, а среди женщин – до $75,18 \pm 9,75$. Уровень ролевого функционирования увеличился в общей группе – до $28,7 \pm 4,4$, у мужчин – до $30,83 \pm 3,76$, а у женщин уменьшился до $27,22 \pm 4,41$. Значения показателя боли в общей группе снизились до $49,6 \pm 17,50$. После применения препарата 2 показатель общего здоровья снизился в общей группе до $43,20 \pm 10,10$, у мужчин – до $43,33 \pm 13,49$, у женщин – до $43,11 \pm 7,94$. После применения препарата 2 физический компонент здоровья снизился во всех исследуемых группах: в общей группе – до $47,97 \pm 17,35$, у мужчин – до $46,25 \pm 13,41$, у женщин – до $49,11 \pm 19,98$.

Для оценки психологического компонента здоровья были оценены следующие шкалы: жизненная активность, социальное функционирование, ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, и психическое здоровье. После применения препарата 2 жизненная активность снизилась в общей группе и группе женщин и составил $40,8 \pm 9,9$ и $39,37 \pm 8,62$ соответственно. В группе мужчин этот показатель также снизился до $43,05 \pm 11,97$. Показатель социального функционирования составил $40,0 \pm 12,5$ в общей группе, $35 \pm 10,49$ среди мужчин и $43,33 \pm 13,23$ среди женщин. После применения препарата 2 показатель эмоционального функционирования в общей группе снизился до $76,70 \pm 10,50$, в группе женщин снижен до $79,60 \pm 11,10$, а среди мужчин снизился до $72,23 \pm 8,57$. Уровень психического здоровья снизился в общей группе исследуемых до $55,3 \pm 8,4$ в группе женщин до $58,14 \pm 6,9$, а в группе мужчин до $51,1 \pm 9,34$.

После применения препарата 2 психологический компонент здоровья снизился в общей группе исследуемых до $53,21 \pm 17,15$, среди женщин снижен до $55,11 \pm 18,22$. В группе мужчин уровень психологического компонента после применения препарат снизился до $50,35 \pm 16,00$ баллов.

После лечения препаратом 1 пропустили рабочий или учебный день (полностью или частично) из-за головных болей $4,78 \pm 2,59$ дня, препаратом 2 - $3,67 \pm 2,29$ дня. У принимавших препарат 1 $6,56 \pm 3,36$ дней работоспо-

собность была снижена на половину или более из-за головных болей, препарат 2- $5,20 \pm 1,90$ дней. $7,67 \pm 3,46$ дней получавшие препарат 1 совсем не занимались домашними делами, а препарат 2 $4,6 \pm 2,50$ дня. $6,89 \pm 2,85$ дней у лечившихся препаратом 1 работоспособность в домашних делах была снижена на половину или более из-за головных болей. Получавшие препарат 1 не работали по дому лишь $4,87 \pm 2,00$ день. $3,78 \pm 2,22$ дней применявшие препарат 2 за последние 3 месяца пропустили досуговое мероприятие, общественное или семейное (полностью или частично).

При исследовании выявлено изменение после лечения всех показателей качества жизни. Выяснено, что препарат 1 не меняет течение пароксизма мигрени, но влияет на частоту мигренозных приступов. В отличие от препарата 2, который к тому же снижает уровень боли мигренозного пароксизма ($p < 0,01$). Выявлено, что препарат 1 улучшает качество жизни пациентов по опроснику SF-36, в отличие от препарата 2, который несколько снижает данные значения по некоторым показателям.

Экономическая эффективность межприступного лечения мигрени

Проблема экономической оценки эффективности лечения становится важной проблемой клинической медицины. Необходимость экономического анализа эффективности лечения определяется несколькими причинами:

- быстрым темпом роста стоимости лечения и общим удорожанием медицинских услуг;
- появлением альтернативных методов лечения одного и того же заболевания, при выборе которых приходится учитывать не только их клиническую эффективность, но и стоимость;
- внедрением высокотехнологичных и дорогостоящих методов лечения.

Кроме того, стоимость лечения больных с мигренью становится серьезной общественной и экономической проблемой, а существование альтернативных подходов к лечению ставит проблему выбора наиболее остро.

Литературные данные, посвященные экономической оценке эффективности методов лечения, часто свидетельствуют о заинтересованности фармацевтических компаний в определенном результате исследования. Поэтому каждый практический врач должен уметь проводить экономический анализ эффективности того или иного метода лечения, чтобы иметь возможность использования его результатов в процессе принятия клинического решения.

Экономическая оценка эффективности выбора метода лечения у больных с мигренью в целом представляет собой сопоставление действенности терапии и связанных с ними затрат. Учет затрат подразумевает оценку прямых и непрямых затрат, выраженных в денежных единицах и невидимых затрат, выражающихся в физическом страдании больного. Прямые затраты включают стоимость лекарственного обеспечения, исследование, расходы на заработную плату медицинского персонала. Непрямые затраты: потеря времени, связанная с ограничением трудовой и социальной деятельности вследствие заболевания, а также снижением его личных доходов.

Анализ утраты трудоспособности при мигрени является показателем, полученным с помощью опросника MIDAS, который, как мы считаем, объективизирует данные и более приближен к реальной ситуации. К примеру, значительная часть пациентов из нашей выборки не обращалась за медицинской помощью в период приступа мигрени, самостоятельно купируя приступ в течение 1-2 суток, не попадая в официальную статистику. Для оценки степени дезадаптации пациента, страдающего от мигрени, использовался опросник «MIDAS» («Migraine Disability Assessment Questionnaire»). При исследовании всей группы пациентов выявлено, что, в среднем, они из-за головных болей пропустили $5,2 \pm 3,4$ рабочих или учебных дня (полностью или частично). Еще в течение $9,25 \pm 4,66$ дней работоспособность была снижена на половину или более из-за головных болей. $7,6 \pm 4,65$ дней пациенты выборки совсем не занимались домашними делами, $8,9 \pm 4,89$ дней работоспособность в домашних делах была снижена на половину или более из-за головных болей. И $3,5 \pm 2,26$ дней за последние 3 месяца пациенты пропускали досуговые мероприятия, общественные или семейные (полностью или частично).

Экономический ущерб, обусловленный заболеваемостью населения, связан с затратами на лечение и выплатами по социальному страхованию. Кроме того, в результате временной утраты трудоспособности людьми, занятыми в экономике, теряется определенная часть выгоды в производстве валового внутреннего продукта (ВВП - конечный результат производственной деятельности экономических единиц-резидентов). Анализируя представленные данные, можно ориентировочно рассчитать экономический ущерб от мигренозных пароксизмов, связанный с выплатами по социальному страхованию, в общей выборке за 3 месяца. Среднемесячная зарплата в г. Сыктывкаре в 2013 году составляет 28000р. за 26 трудовых дня. В выборке 116 человек трудоспособного возраста. Будем учитывать среднее значение потери трудоспособности за 3 месяца в 5,2 дня, также 50% от 9,25 дней (4,125 дня) они утратили трудоспособность наполовину. Исходя из вышесказанного, каждым из всей группы было утрачено 9,325 трудовых дня за 3 месяца, то есть всей выборкой – 1081,7 дня за 3 месяца. Стоимость одного трудового дня 1 человека – 1077 рублей. Таким образом, изначально группа принесла убыток в размере 1164991 рублей за 3 месяца, или 388330 рублей в месяц.

На фоне назначения межприступного лечения по шкале MIDAS выявлено, что после применения препарата данный показатель снизился в группе до $4,78 \pm 2,59$ рабочих дней. Снижение работоспособности на 50 % после применения препарата стало в 1,5 раза меньше в общей группе ($6,56 \pm 3,36$ дней). Кроме того, после лечения исследуемые совсем не занимались домашними делами $7,67 \pm 3,46$ дней. После применения препарата показатель пропущенных досуговых мероприятий в группе составил $3,78 \pm 2,22$ дня. В итоге пропущенных трудовых дней стало 8,06 дней в течение 3 месяцев от одного человека. Таким образом, экономический ущерб составил после лечения за 3 месяца всей выборкой 934,96 дней, либо 1006952 рубля за 3 месяца, или 335651 рубль в месяц (таблица 2).

Показатель	До лечения	После лечения
Количество дней нетрудоспособности за 3 месяца	1081,7 дней	934,96 дней
Сумма ущерба в месяц	338 330 р.	335 651 р.
Сумма ущерба за 3 месяца	1 164 991 р.	1 006 952 р.
Экономический эффект за 3 месяца	-	158 039 р.

Таблица 2. Экономические результаты

При сравнении этих показателей установлено, что изначально группа принесла убыток в размере 1164991 рублей за 3 месяца, или 388330 рублей в месяц, а на фоне лечения 1006952 рубля за 3 месяца, или 335651 рубль в месяц. Положительный экономический эффект составляет 158039 за 3 месяца, или 52680 рублей в месяц.

ВЫВОДЫ

1. Установлена по данным исследования прикрепленного контингента ЛПО ОАО «Монди СЛПК» заболеваемость мигренью без ауры и мигренью с офтальмической аурой в 8,03%, преобладание женщин (69%), средний возраст пациентов составляет $35,5 \pm 6,48$ года. Выявлено снижение физического (до $52,8 \pm 20,39$ баллов) и психологического компонента (до $56,9 \pm 16,49$ баллов) качества жизни пациентов с мигренью; в наибольшей степени страдает ролевое, а в наименьшей - эмоциональное функционирование, также нарушается сон.

2. Выяснено, что по причине снижения повседневной активности и трудоспособности среднее значение потери трудоспособности каждым из всей группы было утрачено 9,3 трудовых дня за 3 месяца, то есть всей группой исследуемых 1082 дня за 3 месяца.

3. Установлен примерный экономический ущерб от заболевания, основанный на оценке экономических потерь без учета упущенной выгоды в производстве ВВП составляет порядка 335651 рубль в группе в пересчете на календарный месяц представленной группой пациентов.

4. Доказано, что на фоне назначения межприступного лечения снижается количество дней, пропущенных по болезни, существенно увеличивается полноценная трудоспособность пациентов, снижается частота пароксизмов, улучшается качество сна. Применяемые препараты привели к сокращению сроков временной нетрудоспособности, в среднем, на 14%, положительный экономический эффект составляет 158039 рублей за 3 месяца, или более полумиллиона рублей в год.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Рекомендовано использовать опросники MIDAS, SQS, SF-36 и ВАШ для стратификации лечения больных мигренью в зависимости от профессиональной, бытовой, социальной дезадаптации для оптимизации терапии этих больных с учетом их индивидуального течения заболевания.

2. Необходимо включать в алгоритм обследования больных мигренью диагностику депрессии и нарушений сна, которые являются коморбидными состояниями, снижающих повседневную активность и качество жизни данных пациентов. Введение соответствующих опросников позволит рекомендовать проведение адекватной медикаментозной и немедикаментозной коррекции этих нарушений.

3. Пациентам, нуждающимся в межприступном лечении мигрени, рекомендуется назначение соответствующих препаратов из группы антидепрессантов, что позволяет получить положительный экономический эффект.

СПИСОК НАУЧНЫХ РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Оплетаев В.Ф., Пенина Г.О. Влияние мигрени на качество жизни и трудоспособность пациентов на примере республики Коми. Научно-практический журнал «Российский журнал боли», №1 (34), 2012г, 70с. С.12-13. Журнал рекомендован ВАК.

2. Оплетаев В.Ф., Колегова Ю.В., Пенина Г.О. Качество жизни пациентов с мигренью на примере Республики Коми. Вестник РГМУ. Журнал Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н.И.Пирогова. Журнал «Вестник РГМУ» входит в перечень изданий, рекомендованных ВАК. Материалы VII Международной (XVI Всероссийской) Пироговской научной медицинской конференции студентов и молодых ученых Москва, 15 марта 2012 г. Вестник РГМУ. Периодическое медицинское издание. – М.: ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздравсоцразвития России. – 2012, Специальный выпуск № 1. 548с. С.145-146.

3. Оплетаев В.Ф., Пенина Г.О. Влияние amitriptyline на активность и трудоспособность пациентов с мигренью в республике Коми. Научно-практический журнал «Российский журнал боли», №1 (36), 2013г, 88с. С.27-28. Журнал рекомендован ВАК.

4. Оплетаев В.Ф., Пенина Г.О. Влияние агомелатина на качество жизни и повседневную активность и трудоспособность пациентов с мигренью. Научно-практический журнал «Врач-аспирант», №6.3 (61), 2013г, 488с. С.441-446. Журнал рекомендован ВАК.

5. Оплетаев В.Ф., Пенина Г.О. Качество жизни, повседневная активность и трудоспособность пациентов с простой и классической офтальмической мигренью в Республике Коми. Научно-практический журнал «Врач-аспирант», №4.2 (65), 2014г, 340с. С.278-288. Журнал рекомендован ВАК.

6. Оплетаев В.Ф., Пенина Г.О. Влияние мигрени на качество жизни пациентов на примере республики Коми. Сборник научных трудов «Актуальные проблемы управления здоровьем населения» (выпуск №5) под редакцией д.м.н., профессора, академика ЕА АМН, заведующего кафедрой общественного здоровья и здравоохранения НижГМА И.А. Камаева, г. Нижний Новгород, Издательство Нижегородской государственной медицинской академии, 2011. С.158.

7. Оплетаев В.Ф., Пенина Г.О. Потеря трудоспособности и ограничение физической активности у пациентов с мигренью на примере Республики Коми. Международная научно-практическая конференция "Медико-социальная, социально-средовая и профессионально-трудова́я реабилитация как основа интеграции инвалидов в общество", 17 декабря 2011г., Махачкала. Сборник материалов, С.103-105.

8. Оплетаев В.Ф., Пенина Г.О., Морокова Н.С. Влияние препарата агомелатин на активность и трудоспособность пациентов с мигренью в Республике Коми. Всероссийская научно-практическая конференция «Ежегодные Давиденковские Чтения», сборник материалов конференции, СПб, Издательство «Человек и его здоровье», 2012г. Под научной редакцией проф. С.В.Лобзина. С.121-122.

9. Оплетаев В.Ф., Пенина Г.О. Влияние агомелатина на повседневную активность и трудоспособность пациентов с мигренью на примере Республики Коми. Тезисы IV Ежегодной научно-практической конференции молодых ученых и специалистов ФГБУ «Федеральный Центр сердца, крови и эндокринологии им. В. А. Алмазова» Санкт-Петербург, 22-23 марта 2012 года. Бюллетень ФЦСКЭ им. В. А. Алмазова, Приложение 1, март 2012. С.24-25.

10. Оплетаев В.Ф., Пенина Г.О., Морокова Н.С. Оценка качества жизни пациентов с мигренью в Республике Коми. Всероссийская научно-практическая конференция «Ежегодные Давиденковские Чтения», сборник материалов конференции, СПб, Издательство «Человек и его здоровье», 2012г. Под научной редакцией проф. С.В.Лобзина. С.120-121.

11. Оплетаев В.Ф., Пенина Г.О. Качество жизни, активность и трудоспособность пациентов с мигренью в республике Коми. Научно-Практический Журнал «Здоровье человека на Севере» Коми Научный Медицинский Центр Северо-Западного отделения Российской Академии Медицинских Наук. УДК 616.857 (470.13), №1 (Том 5), 2012, 40с. С.20-21.

12. Оплетаев В.Ф., Пенина Г.О., Морокова Н.С. Влияние агомелатина на качество жизни пациентов с мигренью в республике Коми. Научно-Практический Журнал «Здоровье человека на Севере» Коми Научный Медицинский Центр Северо-Западного отделения Российской Академии Медицинских Наук. УДК 616.857 (470.13), №2, 2012, 76с. С.45-47.

13. Оплетаев В.Ф., Пенина Г.О. Качество жизни, повседневная активность и трудоспособность пациентов с мигренью на примере республики Коми. Сборник научно-исследовательских работ межрегиональной конференции неврологов, детских неврологов и нейрохирургов «Развитие диагностики и лечения заболеваний нервной системы». Г. Киров, май 2012г., С.69-70.

14. Оплетаев В.Ф., Пенина Г.О. Качество жизни пациентов с мигренью в республике Коми. Материалы научно-практической конференции «Нейростоматология: вчера, сегодня, завтра», посвященной 40-летию кафедры нервных болезней стоматологического факультета МГМСУ и 25-летию нейростоматологического отделения ГКБ № 50 ДЗ г. Москвы, г. Москва, 2012. 242с. С.166-169.

15. Оплетаев В.Ф., Пенина Г.О. Влияние агомелатина на качество жизни пациентов с мигренью в республике Коми. Сборник трудов Научно-практической конференции молодых ученых с международным участием «Формы и методы социальной работы в различных сферах жизнедеятельности». г. Улан-Удэ, 2012 г. С.198.

16. Оплетаев В.Ф., Пенина Г.О. Оценка влияния мигрени на качество жизни пациентов. Тезисы IV Ежегодной научно-практической конференции молодых ученых и специалистов ФГБУ «Федеральный Центр сердца, крови и эндокринологии им. В. А. Алмазова» Санкт-Петербург, 22-23 марта 2012 года. Бюллетень ФЦСКЭ им. В. А. Алмазова, Приложение 1, март 2012. С.26.

17. Оплетаев В.Ф., Пенина Г.О. Влияние агомелатина на активность и трудоспособность пациентов с мигренью на примере Республики Коми. Материалы X Всероссийского съезда неврологов с международным участием, Нижний Новгород, 2012г. С.612.
18. Оплетаев В.Ф., Пенина Г.О. Оценка влияния мигрени на качество жизни пациентов. Материалы X Всероссийского съезда неврологов с международным участием, Нижний Новгород, 2012г. С.612-613.
19. Оплетаев В.Ф., Пенина Г.О. Потеря трудоспособности и ограничение активности у пациентов с мигренью. Материалы X Всероссийского съезда неврологов с международным участием, Нижний Новгород, 2012г. С.613.
20. Оплетаев В.Ф., Пенина Г.О. Потеря трудоспособности и ограничение активности у пациентов с мигренью с аурой и без ауры в республике Коми. «Актуальные проблемы неврологии: Сборник трудов научно-практической конференции неврологов Северо-западного Федерального округа с международным участием» / Под ред. А.А. Скоромца, Е.Р. Баранцевича, Г.О. Пениной - Сыктывкар, 2012 г. С.87-88.
21. Оплетаев В.Ф., Пенина Г.О. Оценка влияния мигрени на качество жизни пациентов в республике Коми. «Актуальные проблемы неврологии: Сборник трудов научно-практической конференции неврологов Северо-западного Федерального округа с международным участием» / Под ред. А.А. Скоромца, Е.Р. Баранцевича, Г.О. Пениной - Сыктывкар, 2012 г. С.89.
22. Оплетаев В.Ф., Пенина Г.О., Морокова Н.А. Влияние вальдоксана на повседневную активность и трудоспособность пациентов с мигренью в республике Коми. «Актуальные проблемы неврологии: Сборник трудов научно-практической конференции неврологов Северо-западного Федерального округа с международным участием» / Под ред. А.А. Скоромца, Е.Р. Баранцевича, Г.О. Пениной - Сыктывкар, 2012 г. С.90.
23. Оплетаев В.Ф., Пенина Г.О. Влияние amitriptilina на повседневную активность и трудоспособность пациентов с мигренью в республике Коми. Научно-практический журнал «Здоровье человека на севере» Коми Научный Медицинский Центр Северо-Западного отделения Российской Академии Медицинских Наук. №3, 2012. С.13-14.
24. Оплетаев В.Ф., Пенина Г.О. Качество жизни пациентов с мигренью в республике Коми. Материалы XVII конгресса «Человек и его здоровье», Санкт-Петербург, 2012г. С.230.

Список условных сокращений

- ВАШ – визуальная аналоговая шкала
- PF - физическое функционирование
- RP - ролевое функционирование
- P - боль
- GH - общее здоровье
- VT - жизнеспособность пациентов
- SF - социальное функционирование
- RE - эмоциональное функционирование
- MH - психологическое здоровье