

## ДЕПРЕССИЯ КАК ПРЕДИКТОР ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ МИГРЕНИ

Саноева М.Ж., Жураева Г.Б., Мухидова Т.Х.

Бухарский государственный медицинский институт

[http://fikr.uz/blog/ilmiy\\_maqlalar/depressiya-kak-prediktor-oslozhnennykh-form-migreni.html](http://fikr.uz/blog/ilmiy_maqlalar/depressiya-kak-prediktor-oslozhnennykh-form-migreni.html)

### Резюме.

С целью изучения психологического статуса больных с осложненными формами мигрени в зависимости от интенсивности и длительности головных болей было обследовано 106 больных (100%) в возрасте от 26 до 46 лет (средний возраст  $36 \pm 2,8$  лет). В результате клинического наблюдения за развитием патологии психологического статуса больных с осложненными формами мигрени можно определить влияние болевого синдрома, а в частности головной боли на степень развития депрессии. При мигренозном статусе отмечается субклиническая и клинически выраженная депрессия при сильных головных болях, при хронической мигрени отмечается превалирование субклинической депрессии при умеренной головной боли, которое, по-видимому связано с длительностью головных болей и короткими периодами ремиссии. При осложненных формах мигрени частая встречаемость клинически выраженной депрессии связана с очаговыми поражениями и нарушениями патохимических механизмов деятельности головного мозга. Существовавшая депрессия может усугублять интенсивность болевого синдрома и его продолжительности, приводя к уменьшению периодов ремиссии, развивая непрерывную цепочку боль-депрессия-боль.

Ключевые слова: Мигрень, осложненная мигрень, мигренозный статус, хроническая мигрень, мигренозный инсульт, депрессия, головная боль, шкала Гамильтона, одномерная шкала интенсивности боли

## МИГРЕННИ АСОРАТЛАНГАН ШАКЛЛАРИ ДЕПРЕССИЯ ПРЕДИКТОРЛАРИ СИФАТИДА

Саноева М.Ж., Жураева Г.Б., Мухидова Т.Х.

Бухоро давлат тиббиёт институти

### Резюме,

Асоратланган мигрени бор беморларда психологик статусни ўрганиш мақсадида 26-46 ёшли 106 нафар беморда бош оғрикни интенсивлиги ва давомийлигига қараб тадқиқот ўтказилди (ўртacha ёши  $36 \pm 2,8$  ёш). Ушбу беморларда оғрик синдроми уларнинг психологик статусига таъсир килиб, қисман оғрик депрессия даражаларига хам таъсири этиши кузатилди.

Мигреноз статусда эса кучли оғрикларда яққол депрессиянинг субклиник ва клиник турлари аниқланиши, сурункали мигренда ўртacha оғрикларда субклиник депрессиянинг устун келиши бош оғрикларнинг давомийлиги ва ремиссиянинг қисқа даврлари билан боғлиқ бўлиши мумкин. Мигреннинг асоратланган шаклларида эса депрессиянинг яққол клиник белгилари учраш частотаси бош мия фаолиятининг патокимёвий механизmlари бузилишлари ва ўчокли бузилишлар билан билан боғлиқ ҳисобланади. Мавжуд депрессия оғрик синдромини интенсивлиги ва давомийлигини кучайтириб, ремиссия даврларини қисқариши, оғрик-депрессия-оғрик занжирини узлуксизлигини ривожлантиради.

Калит сўзлар: мигрень, асоратланган мигрень, мигреноз статус, сурункали мигрень, мигреноз инсульт, депрессия, бош оғриги, Гамильтон шкаласи, оғрик жадаллигини бир ўлчамли шкаласи.

## DEPRESSION AS A PREDICTOR OF THE COMPLICATED MIGRAINE FORMS

Sanoyeva M.J., Jurayeva G.B., Mukhidova G.H.

Bukhara State Medical Institute

### Resume,

For the purpose of studying of the psychological status of patients with the complicated migraine forms depending on intensity and duration of headaches 106 patients (100%) aged from 26 till 46 years (middle age of  $36 \pm 2,8$  years) were examined. As a result of clinical supervision over development of pathology of the psychological status of patients with the complicated forms of migraine it is possible to define influence of a pain syndrome, and in particular a headache on extent of development of a depression. At the migrenoznystatus the subclinical and clinically expressed depression at strong headaches is noted, at chronic migraine the prevalence of a subclinical depression at a moderate headache which, apparently is connected with duration of headaches and the short periods of remission is noted.

One out of them is severe depression, which involves focal lesion and pathochemical disturbances in brain activity. Existed depression might worsen headache intensity and duration leading to reduction of remission periods, contributing continuous chain so called pain-depression-pain.

Keywords: migraine, complicated migraine, chronic migraine, status of migraine, migraine stroke, depression, headache, Hamilton Rating Scale, one-dimensional scales of pain

### Актуальность

Врачи общей практики, неврологи, кардиологи, терапевты в своей повседневной практике часто сталкиваются с проблемой головной боли. Среди первичной головной боли особенное место отводится одной

из распространенных сосудистых головных болей

- мигрени, которой страдают до 12% населения земного шара. Заболевание имеет четко очерченную наследственную природу (риск болезни у детей при наследственной отягощенности по линии матери составляет 72%, по линии отца - 30%, при мигрени у обоих

родителей он достигает 80-90%)[2, 5, 6, 13]. Распространенность мигрени и ее отрицательное влияние на качество жизни обуславливают большую актуальность проблемы.

Мигрень - это хроническое неврологическое заболевание, различающееся по частоте периодов обострений, тяжести течения, и влиянию на качество жизни пациентов [4,8,9]. При составлении плана лечения необходимо учитывать не только диагноз, симптомы, наличие тех или иных сопутствующих заболеваний, но и ожидания пациента, его потребности и цели. Больной, когда обращается к врачу, он ждет облегчения состояния и уменьшения боли, а в дальнейшем надеется на полное излечение своего заболевания. Чувство ожидания головной боли при мигрени приводит к эмоциональной нестабильности, капризности, вплоть до развития депрессии, что чревато развитием психологической дезадаптации пациентов [1,7,10]. Этим объясняется старание современной медицины находить пути профилактической, лечебной и реабилитационной терапии при той или иной нозологической единице. По данным исследований The American Migraine Prevalence and Prevention (AMPP), в отношении 38,8% пациентов с мигренью требуется профилактический подход. Из них, для 13,1% пациентов требуется рассмотреть необходимость и возможность назначения профилактического лечения, а 25,7% пациентов нуждаются в превентивном лечении мигрени. К сожалению, только лишь 13% всех пациентов с мигренью в настоящее время проходят курс профилактической терапии[1, 11, 13, 14]. Для некоторых пациентов проблема головной боли не является особенно значимым, хоть и мучаются годами, вплоть до развития осложнений, в связи, с чем при проведении статистической обработки количество пациентов с головными болями, в частности с мигренью остаются относительными[12,18,20,23].

Проблема мигрени является актуальной и в связи с трудностями диагностики и лечения данной патологии. Мигрень не является опасным для жизни заболеванием, однако значительно снижает качество жизни пациентов. Всемирной Организацией Здравоохранения мигрень включена в список 19ти хронических заболеваний, в наибольшей степени нарушающих социальную адаптацию пациентов[15,18,20,22]. Пациенты с мигренью страдают годами, пробуют имеющиеся традиционные противоболевые препараты, не смотря на их побочные эффекты. Но при этом не получают ожидаемого эффекта, что приводит к развитию депрессии, эмоциональной нестабильности, нарушению физиологических биоритмов: сон - пробуждение, утрачивается желание радоваться, общаться близкими, делать обычную повседневную работу, исчезает интерес к собственному существованию как личности [7,15,17,21,24]. Более того, обращение больных с хронической мигренью и мигренозным статусом часто ставит перед фактом отсутствие под рукой эффективных препаратов со стойким и быстрым терапевтическим действием. Длительность течения и тяжесть головных болей при мигрени приводят к развитию депрессии два раза выше, чем у людей не имеющих приступов мигрени [3,19,25]. Исследователи (Universityof Toronto) обнаружили, что среди мужчин депрессия при мигренозных головных болях достигает до 8,4%, тогда как среди женщин она составляет 12,4%. Женщины, страдающие от мигрени более подвержены эмоциональным перепадам и депрессивному настроению[26, 27]. По американским данным 2013 года мигрень значительно повышает риск

развития депрессии у женщин, о чем свидетельствует опрос 36000 респондентов. Как показал анализ данных, женщины, у которых была мигрень, на 36% чаще жаловались на депрессию. Пациентки, которые страдали мигренью с аурой страдали от эмоциональных проблем на 43% чаще, чем женщины, никогда не испытывающие мигрень. Головные боли без ауры повышают риск развития депрессии на 29% [28,29,16]. В связи с анализом приведенных данных нам стало интересным провести собственное исследование данных психологического статуса в зависимости от выраженности боли при ассоциированной мигрени.

Цель исследования - изучить психологический статус больных с осложненными формами мигрени в зависимости от интенсивности и длительности головных болей.

#### Материал и методы

Было обследовано 106 больных (100%) в возрасте от 26 до 46 лет (средний возраст 36+2,8 лет). Больные разделены на 3 группы, из них 38 (40,3%) больных с мигренью ассоциированная мигренозным статусом 1-группа, 46 (48,8%) больных с хронической мигренью 2-группа, 22 (23,3%) больных с мигренью ассоциированная мигренозным инсультом 3-группа. Был проведён анализ клинико-неврологических данных, данных исследований психологического статуса с использованием шкалы Гамильтон для оценки депрессии (HDRS- 21). Анализ характера и интенсивности боли проводился с использованием шкал одномерной интенсивности боли - цифровая рейтинговая шкала (NRS), вербальная рейтинговая шкала (VRS) и визуальная аналоговая шкала (VAS)

Рисунки представить в соответствии с правилами журнала

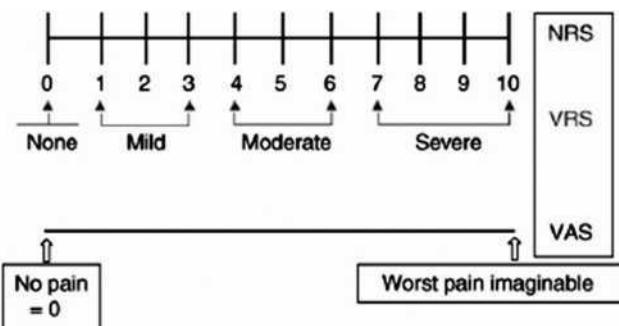


Рис. 1. Одномерные шкалы интенсивности боли: цифровая рейтинговая шкала (NRS), вербальная рейтинговая шкала (VRS) и визуальная аналоговая шкала (VAS).

При этом "отсутствие боли" по шкале VRS было равно 0 по шкале NRS, "незначительная головная боль" отмечалось 1-3 по линейной градации, "умеренная головная боль" 4-6, тогда как по шкале ВАШ эти градации отмечались как "отсутствие головных болей", 7-10 линейной градации по шкале NRS отмечалось

как "сильные головные боли" по шкале VRS и как "наихудшие головные боли" по шкале ВАШ. Данные ВАШ сравнивались с лицевыми шкалами боли (facespanescale).

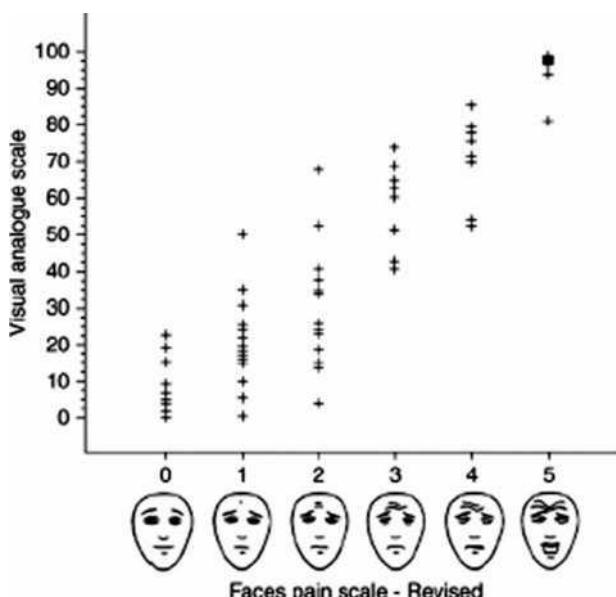


Рис. 2. Соотношение между показателями визуальной аналоговой шкалы и шкалы лиц.

При исследовании психологического статуса по данным шкалы Гамильтон (HDRS-21) обследование с каждым больным занимало 20-22 минуты. Время оценки определялось как "в течение последней недели". Значение баллов для девяти пунктов обозначалось как - от 0 до 4. Шесть пунктов, в которых симптомы не могли выражаться количественно, оценивались качественно - от 0 до 2. Сумма баллов в результате оценки лиц, не страдающих депрессией, при осложненных формах мигрени, оценивалась как 7-16 баллов. У больных, которые отклонялись от ответов подключались их родственники, при этом прямые вопросы были сведены к минимуму. Повторные исследования по шкале Гамильтон после лечения проводились и оценивались без предварительного просмотра предыдущего измерения, на чистом регистрационном листе.

В табл. 1 приведена шкала Гамильтон, по которой в работе проведены исследования психологического статуса обследуемых больных:

Таблица 1.

Шкала ГАМИЛЬТОН для оценки депрессии (HDRS- 21)  
Таблицу разбить на 2 или более, чтобы каждый  
фрагмент вмещался в размеры страницы.

№	ПОКАЗАТЕЛЬ	БАЛЛ
1	Пониженнное настроение ( переживание печали, подавленность, безнадежность, беспомощность, чувство собственной малоценностии)	0. Отсутствие 1. Сообщает о своих переживаниях только при расспросе 2. Спонтанно сообщает о своих переживаниях верbalным образом (рассказывает о них) 3. Больной выражает свои аффективные переживания невербальным образом (позой, мимикой, голосом, плаксивостью) 4. Пациент при общении вербальным и невербальным образомспонтанно выражает только эти чувства
2	Чувство вины	0. Отсутствие 1. Имеют место идеи самоуничижения, самоупреки, пациент испытывает ощущение, что является причиной страдания других людей 2. Чувство собственной вины, мучительные размышления о собственных ошибках и грехах в прошлом 3. Болезненное состояние расценивается как наказание, бредовые идеипресследования 4. Слышит голоса обвиняющего или унижающего содержания, испытывает угрожающие зрительные галлюцинации
3	Суицидальные тенденции	0. Отсутствие 1. Высказывает мысли о бессмысленности, малоценностии жизни 2. Высказывает мысли о своей смерти или другие идеи о нежелании жить 3. Суицидальные мысли или жесты 4. Суицидальные попытки
4	Трудности при засыпании	0. Отсутствуют 1. Жалобы на эпизодические затруднения при засыпании (чтобы уснуть, надо более 30 минут) 2. Ежедневные жалобы на трудности при засыпании
5	Бессонница	0. Отсутствует 1. Жалобы на возбуждение и беспокойный сон в течение ночи 2. Не спит в течение ночи, любое вставание с постели ночью за исключением посещения туалета

6	Ранние пробуждения	0. Отсутствие 1. Просыпается рано, но снова засыпает 2. При пробуждении заснуть повторно не удается
7	Работа и деятельность	0. Трудностей не испытывает 1. Ощущение усталости, слабости и неспособности выполнять тот или иной вид деятельности 2. Потеря интереса к профессиональной деятельности, работе и развлечениям, определяемая прямо по жалобам больного или косвенно по степени проявляемого им безразличия к окружающей действительности, нерешительности и колебаниям (ощущение, что он должен заставлять себя работать и заниматься чем-либо) 3. Существенное снижение активности и продуктивности (кроме обычных действий по самообслуживанию не < 3 час в день) 4. Неработоспособен по причине настоящего заболевания (находится в стационаре)
8	Заторможенность (замедленность мышления и речи, нарушение способности концентрировать внимание, снижение моторной активности)	0. Темп мышления и речи без изменений 1. Незначительная заторможенность в беседе 2. Явная заторможенность в беседе 3. Беседа с больным затруднена 4. Полный ступор
9	Возбуждение	0. Отсутствует 1. Двигательное беспокойство, «игра» руками, волосами 2. Заламывает руки, кусает ногти, губы, рвет волосы
10	Тревога психическая	0. Отсутствует 1. Внутренне напряжен и раздражен 2. Беспокоится по незначительным поводам 3. Признаки особого беспокойства обнаруживаются в мимике и речи 4. Тревожные опасения, выражаемые спонтанно
11	Тревога соматическая (физиологические признаки тревоги: гастроинтестинальные -сухость во рту, метеоризм, диспепсия, диарея, спазмы, отрыжка, сердечнососудистые -сердцебиение, головные боли, дыхательные - гипервентиляция, одышка + учащенное мочеиспускание, повышенное потоотделение)	0. Отсутствует 1. Средняя 2. Тяжелая 3. Очень тяжелая, вплоть до функциональной недостаточности
12	Желудочно-кишечные соматические симптомы	0. Отсутствует 1. Жалобы на отсутствие аппетита, но ест самостоятельно без принуждения, испытывает ощущение тяжести в желудке 2. Испытывает трудности в еде без помощи персонала, нуждается в назначении слабительных и других лекарственных средств, способствующих нормальному пищеварению
13	Общесоматические симптомы	0. Отсутствуют 1. Тяжесть в конечностях, спине, голове, мышечные боли, чувство усталости и утраты энергии 2. Любые резко выраженные соматические симптомы
14	Расстройства сексуальной сферы (утрата либидо, менструальные нарушения)	0. Отсутствуют 1. Легкая степень снижения полового влечения 2. Отчетливая выраженная снижения полов, влечения
15	Ипохондрические расстройства	0. Отсутствуют. 1. Повышенный интерес к собственному телу. 2. Чрезмерная озабоченность своим здоровьем. 3. Частые жалобы, просьбы о помощи. 4. Бредовые ипохондрические идеи.
16	Потеря веса (оцениваются пункты А и Б)	Оценка по анамнестическим данным: 0. Отсутствует. 1. Потеря веса составила от 1 до 2,5 кг 2. Потеря веса составила 3 и более кг.

18	Суточные колебания состояния	Отметить, когда наблюдаются ухудшения состояния —утром или вечером: 0. Состояние не меняется. 1. Утром. 2. Вечером. 3. При наличии колебаний, уточнить степень выраженности: 4. Состояние не меняется Слабые. Выраженные.
19	Деперсонализация и дереализация (ощущение измененности себя, окружающего)	0. Отсутствуют 1. Слабо выражены 2. Умеренно выражены 3. Сильно выражены
20	Бредовые расстройства	0. Отсутствуют 1. Повышенная подозрительность 2. Идеи отношения
21	Обсессивные и компульсивные расстройства	0. Отсутствуют 1. Слабо выражены 2. Умеренно выражены 3. Сильно выражены

При анализе клинико-неврологических изменений были выявлены следующие данные: головные боли приступообразного характера, пульсирующие по типу гемикрании отмечались у 32 (84,2%) больных 1 гр., 32 (69,6%) больных 2 гр., 9 (41%) больных 3 гр. Двухсторонние головные боли отмечались у 4 (10,5%) больных 1 гр., 5 (10,9%) больных 2 гр., 10 (45,5%) больных 3 гр. Боли приступообразного характера в области затылка отмечались у 2 (5,3%) больных 1 гр., 5 (10,9%) больных 2 гр., 1(4,6%) больных 3 гр. Тяжесть в голове отмечалось у 2 (9,1%) больных 3 группы. Приступы мигрени часто сопровождались фотофобией у 37 (97,4%) больных 1 гр., 41 (89,1%) больных 2 гр., 18 (81,8%) больных 3 гр. Фонофобией и гиперакузией во время приступа страдали 35 (92,1%) больных 1 гр., 44 (95,7%) больных 2 гр., 20 (90,9%) больных 3 гр., ги- перосмия страдали 30 (78,9%) больных 1 гр., 22 (47,8%) больных 2 гр., 7 (31,8%) больных 3 гр., тошнотой, иногда сопровождающейся рвотой страдали 28 (73,7%) больных 1 гр., 18 (39,1%) больных 2 гр., 8 (36,4%) больных 3 гр., потерей пространственной ориентации и головокружением страдали 8 (21,1%) больных 1 гр., 16 (34,8%) больных 2 гр., 21 (95,5%) больных 3 гр. Часто наблюдалась задержка стула, чувство переполнения желудка и переедания у 12 (31,6%) больных 1 гр., 22 (47,8%) больных 2 гр., 6 (27,3%) больных 3 гр., отказ от пищи и снижение аппетита наблюдалось у 22 (57,9%) больных 1 гр., 24 (52,2%) больных 2 гр., 18 (81,8%) больных 3 гр. Раздражительность (дисфория) по любому поводу отмечалось у 34 (89,5%) больных 1 гр., 22 (47,8%)

больных 2 гр., 12 (54,5%) больных 3 гр. Угнетенное, подавленное настроение с общей вялостью наблюдалось у 18 (47,4%) больных 1 гр., 38 (82,6%) больных 2 гр., 20 (90,9%) больных 3 гр. Сонливость мучала 22 (57,9%) больных 1 гр. после мучительных приступов головных болей, 38 (82,6%) больных 2 гр., вне зависимости от приступов головных болей, 18 (81,8%) больных 3 гр. постоянного характера (данний симптом подлежит тщательному анализу в дальнейших исследованиях). Бессонницей страдали 13 (34,2%) больных 1 гр., 6 (13%) больных 2 гр., 7 (31,8%) больных 3 гр. В таблице 2 приведены данные субъективных ощущений по исследуемым группам.

Таблица 2

#### Субъективные симптомы больных с осложненными формами мигрени по группам

Клинические симптомы	1-группа	2-группа	3-группа
Головные боли	38 (100%)	46 (100%)	20 (91%)
Фотобия	37 (97,4%)	41 (89,1%)	18 (81,8%)
Фонофобия	35 (92,1%)	44 (95,7%)	20 (90,9%)
Гиперосмия	30 (78,9%)	22 (47,8%)	7 (31,8%)
Тошнота с рвотой	28 (73,7%)	18 (39,1%)	8 (36,4%)
Нарушение координации во время приступов головных болей	8 (21,1%)	16 (34,8%)	21 (95,5%)
Снижение аппетита	22 (57,9%)	24 (52,2%)	18 (81,8%)
Симптомы гастропатии	12 (31,6%)	22 (47,8%)	6 (27,3%)
Дисфория	34 (89,5%)	22 (47,8%)	12 (54,5%)
Угнетённое настроение	18 (47,4%)	38 (82,6%)	20 (90,9%)
Сонливость	22 (57,9%)	38 (82,6%)	18 (81,8%)
Бессонница	13 (34,2%)	6 (13%)	7 (31,8%)

Согласно шкалы Гамильтона (HDRS- 21), отсутствие достоверно выраженных симптомов(от 7 до 16 баллов) тревоги и депрессии выявлялось у незначительного количества больных с осложненными формами мигрени, соответственно у 4 (10,5%) больных 1 гр., 3 (6,5%) больных 2 гр., 1 (4,6%) больного 3 гр. Субклинически выраженная депрессия (от 17 до 27 баллов по шкале Гамильтона) была выявлена на 20% чаще при хронической мигрени, чем у больных с мигренозным статусом, и на 40% чаще, чем при мигренозных инсультах, так это выглядело у больных с осложненными формами мигрени следующим образом:

18 (47,4%) больных 1 гр., 32 (66,7%) больных 2 гр., 5 (22,7%) больных 3 гр. Клинически выраженная депрессия (более 27 баллов) выявлялась на 20% чаще у больных с мигренозным статусом, чем у больных с хронической мигренью, а при мигренозных инсультах она встречалась на 40% чаще, чем при хронической мигрени, соответственно данный показатель выглядел таким образом: у 16 (42,1%) больных 1 гр., 11 (23,9%) больных 2 гр., 16 (72,7%) больных 3 гр.

На рис. 3 приведены данные выраженности депрессии по шкале Гамильтон по группам.

### Выраженность депрессии по данным шкалы Гамильтон

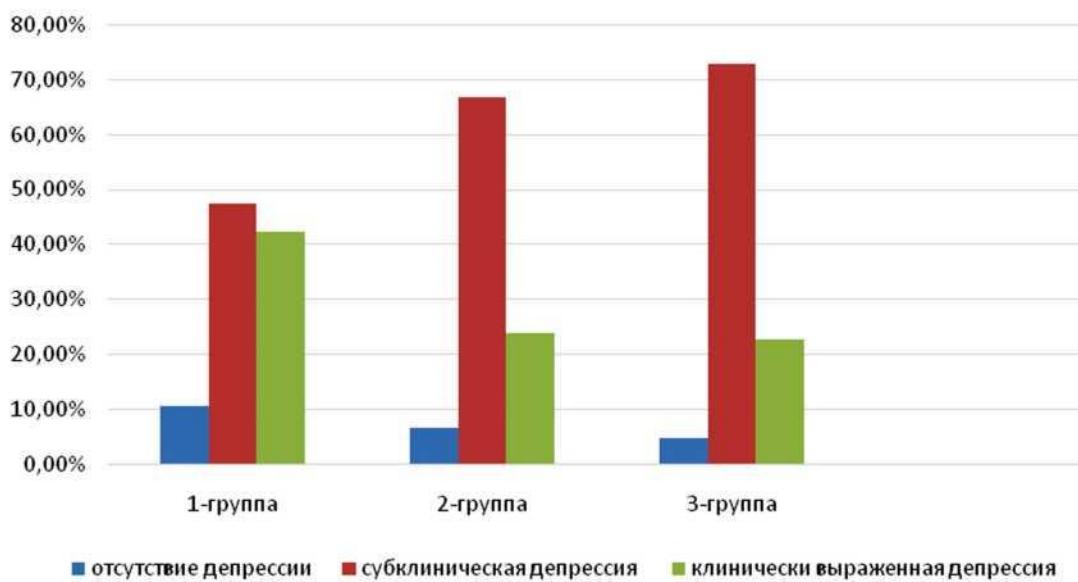


Рис. 3. Выраженность депрессии по данным шкалы Гамильтон

По одномерным шкалам интенсивности боли отмечалась незначительная головная боль (по VRS, равная по данным NRSot 1 до 3-линейной градации и нет боли по шкале VAS, а по сравнению с лицевой шкалой (FPS) она равна была 1-2 баллам) у 3 (7,9%) больных 1 гр., 13 (28,3%) больных 2 гр., 6 (48,3%) больных 3 гр., при этом выраженность депрессии у данных больных оценивалась как отсутствие депрессии у всех 3 (7,9%) больных 1 гр., у 2 (5,3%) больных 2 группы, и у 1 (4,5%) больного 3 гр., субклиническая стадия депрессии отмечалась у 10 (26,3%) больных 2 гр., у всех 5 (22,7%) больных 3 группы, клинически выраженная депрессия выявлялась у 1 (2,17%) больного 2 гр.;

Умеренная головная боль (по данным шкалы 'УБ' от 4 до 6 линейной градации по данным NRS, отсутствие боли по данным VAS, и по сравнению с лицевой шкалой (FRS) равняется 3 баллам) выявились у 8 (21,1%) больных 1 гр., 21 (45,7%) больных 2 группы, 12 (54,6%) больных 3 гр., при этом отсутствие депрессии отмечалось у 1 (2,6%) больного 1 гр., 1 (2,2%) больного 2 группы, субклиническая стадия депрессии наблюдалась у 8(21,1%) больных 1 гр., 14 (30,4%) больных 2-гр., 3 (13,6%) больных 3 гр., клинически выраженная депрессия выявлялась у 6 (15,8%) больных 1 гр., 4 (8,7%) больных 2 гр., 5 (27,7%) больных 3 гр.

Сильные головные боли (по шкале VRS, 7-10 линейных градаций по NRS, и 7-10 мерных отрезок по шкале VAS, а со сравнением с лицевыми шкалами 4-5 балла) наблюдалось у 27 (71,1%) больных 1 гр., 14(30,4%) больных 2 гр., 2 (9,1%) больных 3 гр., при этом субклиническая стадия депрессии наблюдалась у 10

(26,3%) больных 1 гр., у 22 (47,8%) больных 2-гр., 3 (13,6%) больных 3 гр. Клинически выраженная депрессия отмечалась у 10 (26,3%) больных 1 гр., 6 (13,1%) больных 2 гр., 11 (50%) больных 3 гр.

Подводя итоги клинического наблюдения за развитием патологии психологического статуса больных с осложненными формами мигрени можно определить влияние болевого синдрома, а в частности головной боли на степень развития депрессии. Головная боль может оказаться причиной развития и усугубления симптомов депрессии и развития социальной дезадаптации больных с осложненными формами мигрени как из-за собственно головной боли и по-видимому, так и из-за развития патобиохимических механизмов поражения самого вещества головного мозга. Как видно из данных приведенных по клиническому опыту, при мигренозном статусе отмечается субклиническая и клинически выраженная депрессия при сильных головных болях, при хронической мигрени отмечается превалирование субклинической депрессии при умеренной головной боли, которое, по-видимому связано с длительностью головных болей и короткими периодами ремиссии. При мигренозных инсультах частая встречаемость клинически выраженной депрессии связано с очаговыми поражениями и нарушениями патохимических механизмов деятельности головного мозга. Существовавшая депрессия может усугублять интенсивность болевого синдрома и его продолжительность, приводя к уменьшению периодов ремиссии, развивая непрерывную цепочку боль-депрессия-боль.

## Заключение

Таким образом, развитие патологии психологического статуса, а в частности депрессии у больных с осложненными формами мигрени, приводящее к социальной дезадаптации пациентов требует своевременной коррекции и профилактического лечения данной патологии. Интенсивность и длительное существование головных болей и короткие периоды ремиссии между ними может стать причиной развития глубоких депрессий вплоть до снижения или отсутствия работоспособности лиц трудоспособного возраста. В связи с этим необходимо разработать пути профилактической и реабилитационной терапии патологии психологического статуса при мигрени для разрыва цепочки боль-депрессия- боль.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Батышева Т.Т., Костенко Е.В., Ганжула П.А и др. Комплексная программа вторичной профилактики инсульта: место препарата Вазобрал. Cons. Med. 2007;
2. Мищенко Т.С., Мищенко В.Н. Современная диагностика и лечение неврологических заболеваний // Справочник врача "Невролог". - ООО "Доктор-Медиа", 2010. - С. 65-74.
3. Мозолевский Ю.В., Успенская О.В., Черкашин А.В. Мигре- нозный инсульт. Боль 2006; 4(13): 25-30.
4. Яхно Н.Н., Парфенов В.А., Алексеев В.В. Головная боль при цереброваскулярных заболеваниях. В кн: Головная боль. М., 2000: 73-8.
5. Международная классификация головных болей: Перевод В.В. Осиповой, Т.Г. Вознесенской. - Издание 2-е. - 2003. - 219 с.
6. Морозова О.Г. Мигрень: проблемы классификации, диагностики и лечения // Здоров'я України. - 2010. - № 4. - С. 17-18.
7. Справочник по головной боли / Кадыков А.С., Шахаронова Н.В., Манвелов Л.С. - М.: "Милкш", 2005. - 170 с.
8. Амелин А.В. Профилактика мигренозных пароксизмов // Новые технологии в диагностике, лечении и реабилитации неврологических заболеваний. - СПб., 2010.
9. Морозова О.Г. Мигрень: вопросы коморбидности и дифференциальной диагностики // Здоров'я України. - 2010. - № 4. - С. 19-20.
10. Сучаснадкагностика к лікування у неврологіч та психіатрич / За ред. Т.С. Мкіщенко, В.С. Підкоритова. - К.: ТОВ "Док- тор-Медка". - 2008. - 624 с.
11. Табеева Г.Р. Профилактика мигрени. Руководство М.: Пульс, 2008.
12. Charles A., Brennan K.C. Cortical spreading depression - new insights and persistent questions // Cephalgia. - 2009. - V. 29. - P. 1115-1124.
13. Arboix A, Massons J, Oliveres M. Headache in acute cerebrovascular disease: a prospective clinical studying 240 patients. Cephalgia. 1994; 14:37-40.
14. Шток В.Н. Головная боль. - М:ООО "Мединформагенство", 2007. - 472 с.  
Shtok V.N. Golovnayabol'. - M:ООО "Medinformagenstvo", 2007. - 472 s.
15. Connor K.M., Shapiro R.E., Diener H.C. et al. Randomized, controlled trial of telcageptant for the acute treatment of migraine // Neurology. - 2009.- 22. - 970-977.
16. Goadsby P.J., Lipton R.B., Ferrari M.D. Migraine - current understanding and treatment // New Engl. J. Med. - 2002. - 346.- 257-70.
17. Kurth T, Slomka MA, Kase CS. Migraine, headache and the risk of stroke in women: a prospective study. Neurology 2005; 64:1020-6.
18. American Academy of Neurology: Evidence-based guidelines for migraine headache in the primary care setting: pharmacological management for prevention of migraine. Accessed online November 8, 2005.
19. Kruit MC, van Buchem MA, Hofman PA. Migraine as a risk factor for subclinical brain lesions. JAMA 2004; 291:427-34.
20. Olesen J., Lipton R.B. Migraine classification and diagnosis. International Headache Society criteria // Neurology. - 1994.44 (Suppl. 4). - 6-10.
21. Григорьева В.Н., Густов А.В., Корнилов А.Е., Куликова О.А Эффективность сочетанного применения кинезотерапии и психохомеопатии при лечении больных мигренем // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. - 2003. - Т. 103(12). - С. 20-25.
22. Solomon S. Migraine diagnosis and clinical symptomatology // Headache. -1994.- 34.- S8-12.
23. Stang PE, Carson AP, Rose KM. Headache, cerebrovascular symptoms and stroke: the Atherosclerosis Risk in Communities Study. Neurology 2005; 64:1573-7.
24. Swartz RH, Kern RZ. Migraine is associated with magnetic resonance imaging white matter abnormalities: a meta-analysis. Arch Neurol 2004; 61:13668.
25. Scher AI, Terwindt GM, Picavet HSJ. Cardiovascular risk factors and migraine. Neurology 2005; 64: 614-20.
26. Welch KMA, Bousser MG, Bogousslavsky J. Migrainous infarction and migraine triggered epilepsy. In: Olesen J, Goadsby PJ, Ramadan NM (eds). The Headaches. 3rd ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2006:599-612.
27. Boska M.D., Welch K.M.A., Barker P.B. et al. Contrasts in cortical magnesium, phospholipid and energy metabolism between migraine syndromes // Neurology. - 2002. - V.58. - P. 1227-1233.
28. Gasbarri A., Arnone B., Pompili A. et al. Emotional memory and migraine: Effects of amitriptyline and sex related difference // Behav. Brain.Res. - 2008. - 189. - 220-225.
29. Goadsby P.J. Migraine, aura, and cortical spreading depression: why are we still talking about it? // Ann. Neurol. - 2001. - 49. - 4-6.

Поступила 04.10. 2018

