



**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И СОПУТСТВУЮЩИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ
ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С МИГРЕНЬЮ И АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

<https://doi.org/10.5281/zenodo.12080045>

Гулова Мунисахон Афзаловна

Бухарский государственный медицинский институт им.

Абу Али ибн Сино

г.Бухара, Узбекистан

Актуальность. Мигрень - это распространенное неврологическое расстройство неизвестной этиологии, которое негативно влияет на качество жизни примерно миллиарда человек во всем мире и первичные клинические проявления которого могут быть просто обобщены в виде повторяющихся приступов сильной головной боли, сопровождающихся рядом сопутствующих вегетативных симптомов, включая тошноту, рвоту, светобоязнь и фонофобия (12). Глобальная распространенность мигрени в течение жизни колеблется в пределах 10-20%, что в значительной степени зависит от диагностических критериев заболевания и возрастных и гендерных различий среди целевых групп населения. Как правило, частота мигрени увеличивается с возрастом, достигая пика в молодом и среднем возрасте, и, как правило, значительно выше у женщин, чем у мужчин (2).

Согласно недавнему отчету Американской ассоциации кардиологов, за последние несколько десятилетий глобальная распространенность сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) растет в геометрической прогрессии, что приводит к значительному увеличению инвалидности и преждевременной смертности среди пациентов, создавая угрозу общественному здравоохранению во всем мире (10). Хотя традиционным факторам риска сердечно-сосудистых заболеваний, таким как гипертония, сахарный диабет и ожирение, уделяется больше внимания, чем раньше, сохраняющаяся распространенность сердечно-сосудистых заболеваний указывает на большой пробел в наших знаниях о факторах риска сердечно-сосудистых заболеваний (1). Поэтому для предотвращения прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний срочно необходимо использовать новые факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний (5).

Тесная связь между мигренью и основными сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ), наносящими ущерб здоровью человека, такими как ишемический и геморрагический инсульт, ишемическая болезнь сердца



(ИБС), инфаркт миокарда (ИМ) и фибрилляция предсердий (ФП), была убедительно продемонстрирована несколькими крупными популяционными когортными исследованиями, проведенными по всему миру, особенно среди женщин, страдающих мигренью, и людей, страдающих мигренью с аурой (1). С точки зрения патофизиологии, основные механизмы, связывающие мигрень с сердечно-сосудистыми заболеваниями, могут включать дисфункцию эндотелия, ограниченную вазодилатацию, чрезмерную активацию тромбоцитов, агрегацию, распространяющуюся деполяризацию, общие генетические мутации, общие сопутствующие заболевания [такие как открытое овальное окно (ПФО)] и использование нестероидных противовоспалительных препаратов (3). Поскольку всестороннее понимание сердечно-сосудистых заболеваний, связанных с мигренью, может облегчить самоконтроль и медицинскую практику при мигрени, целью данного исследования является изучение связи между мигренью и сердечно-сосудистыми заболеваниями с использованием данных Национального обследования состояния здоровья и питания (13,14).

Выявление связи мигрени с сердечно-сосудистой патологией может иметь важное практическое значение, так как позволит своевременно диагностировать заболевания, контролировать их и потенциально снижать кардиоваскулярные риски. Существует ли связь между артериальной гипертензией (АГ) и мигренью, не до конца понятно (4). Так в Третьем издании Международной классификации головной боли рассматривалась головная боль, связанная с артериальной гипертензией, как отдельная диагностическая единица только у больных с систолическим АД (САД) ≥ 180 мм рт.ст. и/или диастолическим АД (ДАД) ≥ 120 мм рт.ст. [3]. Лучшее понимание того, подвержены ли лица с мигренью риску развития АГ важно, поскольку может дать информацию о клиническом ведении, а также прояснить возможные стратегии предотвращения АГ и потенциальное влияние этой ассоциации на развитие сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с мигренью.

Взаимосвязь между мигренью и системной артериальной гипертензией (САГ) обусловлена общими факторами риска, такими как семейный анамнез, тревожность и депрессия. Кроме того, сопутствующие нейропсихологические заболевания и нарушения сна являются факторами, которые непосредственно связаны с мигренью и гипертензией (8,9).

Имеются данные, свидетельствующие о том, что стресс может быть фактором риска развития сахарного диабета и усугубления симптомов мигрени. Некоторые исследования также указывают на то, что тревога и депрессия связаны с мигренью и гипертензией. Однако в этих предыдущих



исследованиях не рассматривалось влияние различных сопутствующих факторов при анализе взаимосвязи между мигренью и артериальной гипертензией (10,11).

Целью данного исследования было оценить возникновение и тяжесть сопутствующих психологических заболеваний (таких как депрессия, тревога, стресс и нарушения сна), связанных с мигренью и гипертонической болезнью, а также изучение связи между АГ и мигренью и выявление патогенетических взаимосвязей между данными состояниями.

МЕТОДЫ

Это исследование типа "случай-контроль" было проведено на амбулаторных пациентах обоего пола, страдающих артериальной гипертензией и без нее, с диагнозом мигрень, прошедших обследование в областной больнице и кардиологического диспансера города Бухары, в период с февраля 2021 года по июль 2023 года.

Пациенты, были исключены у которых были диагностированы или проходили лечение какие-либо ревматические, опорно-двигательные, оториноларингологические, злокачественные или доброкачественные опухолевые заболевания, психические расстройства, которые в течение последних 6 месяцев принимали или продолжают принимать анксиолитики, любые психотропные или центрально-действующие анальгетики, стероиды, алкоголь и табак.

Диагноз артериальной гипертензии был поставлен в соответствии с критериями Американской ассоциации кардиологов.

Была использована шкала депрессии, тревоги и стресса-21 (DASS-21) для оценки уровней депрессии, тревоги и стресса. Для оценки сна использовался индекс качества сна (SQI) качество. После набора пациенты были опрошены индивидуально для заполнения использованных шкал.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Всего было обследовано 116 пациента. В это исследование были включены 36 (31%) мужчины, 80 (69%) женщин.

Исследованные больные были разделены на возрастные группы, по классификацию возрастов, принятая по ВОЗ у 2021-года:

Юношеский возраст – >18;

Молодой возраст – 18-44;

Средний возраст – 45-59;

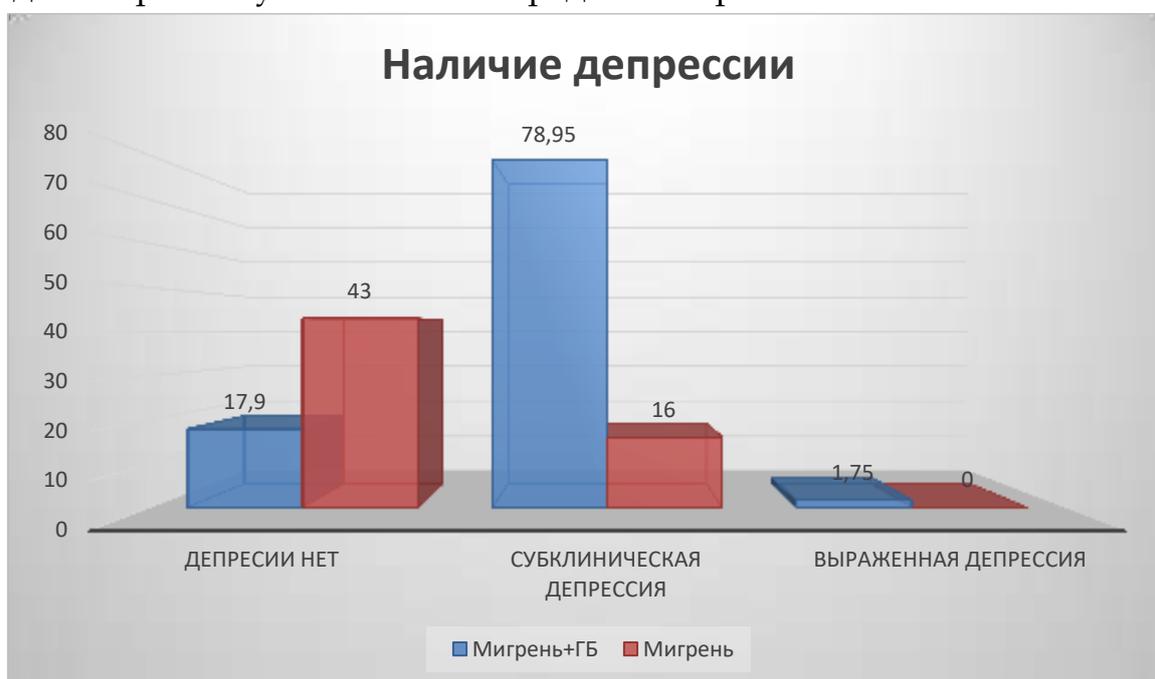
Пожилой возраст – 60-74;

Старческий возраст – 75-90;

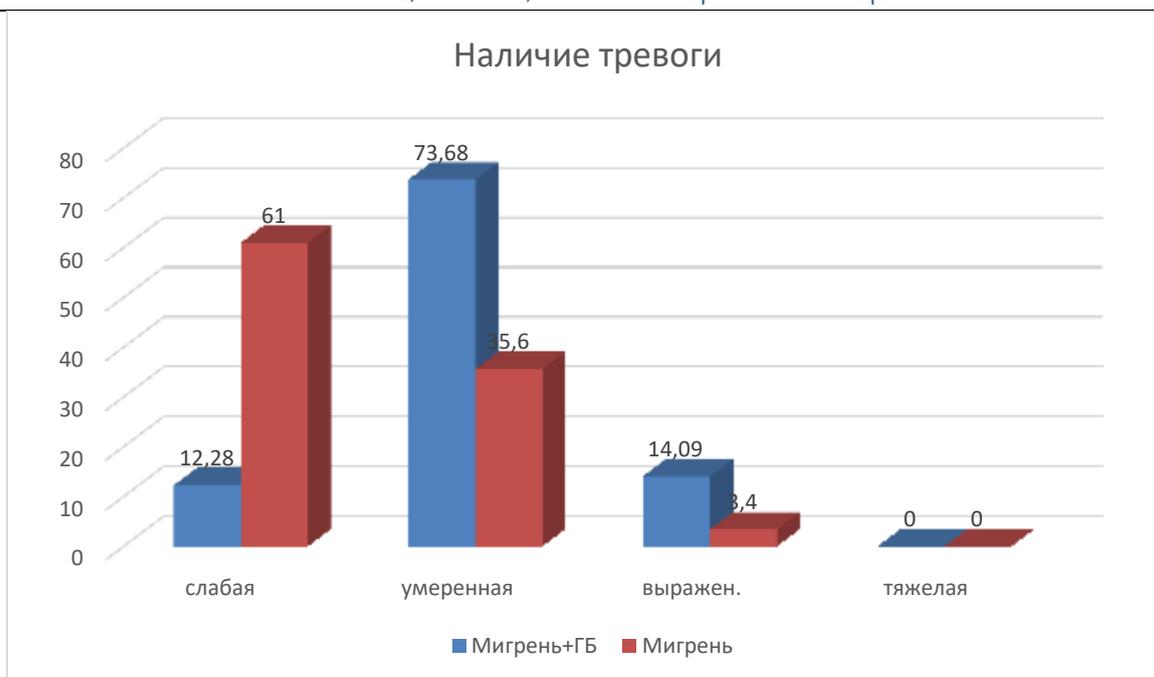
Используя эту классификацию, исследованные больные были распределены на группы:

	Мужской		Женский	
	n	%	n	%
Юношеский	6	5,12	2	1,7
Молодой	17	14,52	37	31,62
Средний	13	11,11	41	35,04

Исходя из таблицы, можно сказать, что, женщины страдают мигренью часто чем мужчины, особенно женщины в среднем возрасте преобладали по встречаемости, которая составила 41 (35,04%). Говоря о мужском поле, в молодом возрасте мужчины часто страдали мигренью.



Согласно диаграмме, можно сказать, что у 16% (27) больных с мигренью депрессия не наблюдалась, субклиническая депрессия была на 27% больше, чем предыдущая. У пациентов с мигренью и ГБ преобладало субклиническая депрессия, которая составила 78,95% больных, почти 5 раза меньше 17,9% (31), были пациенты, у которых не наблюдалось депрессия. Говоря о выраженной депрессии, нужно отметить, что она встречалась только у групп больных с мигренью + ГБ 1,75%.



Согласно, данным у основной группы больных доминировала умеренная депрессия, которая составила (73,68%) больных, слабая депрессия и выраженная депрессия имели почти одинаковые показатели, 12,28%, 14,09% соответственно. В сравнительной группе можно видит противоположное, где слабая депрессия была 61% и превалировала над умеренной, которая составила 5,6%. Выраженная депрессия отмечалась у незначительных

ОБСУЖДЕНИЕ

В нескольких исследованиях предпринимались попытки выявить связь между мигренью и артериальной гипертензией. Однако ни в одном из них не была выявлена корреляция с конкретными признаками и симптомами, связанными с этими сопутствующими заболеваниями. При сравнении пациентов с мигренью и артериальной гипертензией и пациентов с мигренью и без артериальной гипертензии выявлена четкая связь с сопутствующими психологическими заболеваниями, что может способствовать появлению новых терапевтических возможностей для лечения этих заболеваний и, следовательно, улучшению качества жизни этой группы населения (22).

В этом исследовании пациенты с мигренью в сочетании с артериальной гипертензией. У них были более высокие уровни неблагоприятного общего состояния здоровья по сравнению с группой без гипертензии. Этот результат подтверждает, что как мигрень, так и артериальная гипертензия влияют на качество жизни и, когда они связаны, могут еще больше ухудшиться. У участников этого исследования наличие мигрени, особенно в сочетании с артериальной гипертензией, сопровождалось более высокой частотой депрессии и более высокой степенью тяжести стресса и тревожных симптомов (17). Эта взаимосвязь между депрессией и мигренью является



двунаправленной, как показано в другом исследовании. Исследование основано на зависимости между мигренью, депрессией и тревогой.

Число приступов мигрени может увеличить распространенность психических расстройств, что обусловлено задействованными патофизиологическими механизмами, такими как воздействие на серотонинергическую систему, влияние гонадотропинов и повышение уровня провоспалительных цитокинов, а также наличием семейного анамнеза. Стресс неразрывно связан с артериальной гипертензией, и он может быть как фактором риска, так и следствием этой сопутствующей патологии, поскольку существует взаимосвязь между этими патологическими путями, причем эндотелиальная дисфункция является одним из этих элементов, а стресс может быть следствием или причиной изменения системного артериального давления (17).

Более того, исследования показывают, что стресс имеет двунаправленную связь с хронической мигренью и может быть возможным фактором, усиливающим другие сопутствующие психологические заболевания. В этом контексте серотонин является частью этой связи, поскольку он повышает стресс и участвует в центральном ядре боли, выступая в качестве болевого стимула. Серотонин также участвует в физиологических механизмах, связанных с плохим качеством сна. Экспериментальные исследования продемонстрировали связь между серотонином, ночными пробуждениями и мигренью (16,17). Однако результаты этих исследований не выявили различий между группами. В связи с этим, одно исследование показало, что эта причинно-следственная связь может достичь стадии стабильности, когда частота приступов головной боли превышает 9 дней в месяц (20), что также наблюдалось у большинства наших пациентов, страдающих мигренью. Некоторые нарушения сна, такие как обструктивное апноэ во сне и хроническая бессонница связаны с повышенным артериальным давлением и приступов пароксизмов мигрени (20,23).

Однако исследования объяснили эти ассоциации сопутствующими заболеваниями, такими как ожирение и депрессия, которые являются факторами риска повышения артериального давления и плохого качества сна (24). Эти смешанные факторы риска, возможно, повлияли на результаты, связанные с сахарным диабетом в настоящем исследовании. Ограничения исследования включают сложность поиска людей с артериальной гипертензией в сочетании с мигренью, поскольку лекарства для лечения гипертензии в конечном итоге помогают предотвратить мигрень (18, 19). Пациенты с мигренью имели более высокие показатели по общему ухудшению состояния здоровья, тревожности, депрессии и стрессу. Такие показатели были более



выражены у пациентов с мигренью и гипертонией, хотя статистически значимым был только комбинированный эффект тревоги, демонстрирующий, что эти два состояния более вредны для физического и психического здоровья (21).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алябьева П. В. и др. ФЕНОТИП" ГОЛОВНАЯ БОЛЬ НАПРЯЖЕНИЯ И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ": МИФ ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ //Сибирский журнал клинической и экспериментальной медицины. - 2022. - Т. 37. - №. 3. - С. 29-40.
2. Амелин А. В. и др. Мигрень (патогенез, клиника, лечение) //Санкт-Петербургское медицинское издательство. - 2001. - Т. 200.
3. Кудрявцев Т. М., Антипенко Е. А. КЛИНИЧЕСКИЕ И ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ МИГРЕНИ И ЭПИЛЕПСИИ (ОБЗОР) //Медицинский альманах. - 2023. - №. 3 (76). - С. 6-15.
4. Лапшина А. В., Галашина А. А. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ МИГРЕНИ //Бюллетень Северного государственного медицинского университета. -Ар. - 2020. - С. 78.
5. Антропова О. Н. и др. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ И МИГРЕНЬ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ //Бюллетень медицинской науки. - 2022. - №. 4 (28). - С. 128-132.
6. Бакумец В. С., Белова К. Н. ПЕРВИЧНАЯ ГОЛОВНАЯ БОЛЬ. АНГЛО-РУССКИЙ ПЕРЕВОД НОВОЙ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ГБ //Молодежный научный форум. - 2023. - С. 7.
7. Баюшкина Л. И. и др. Комплексная профилактическая терапия хронической мигрени у пациентов с коморбидной тревогой и депрессией //Вестник новых медицинских технологий. - 2022. - Т. 29. - №. 1. - С. 76-80.
8. Дубенко О. Е. и др. Осложнения мигрени. Мигренозный инсульт: анализ клинических случаев //Международный неврологический журнал. - 2020. - Т. 16. - №. 6. - С. 60-66.
9. Емельянова И. П. и др. ХАРАКТЕРИСТИКА ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ ПРИ МИГРЕНИ //Week of Russian science (WeRuS-2023). - 2023. - С. 626-627.
10. Ефимова С. Л. и др. Мигрень: коморбидность артериальной гипертонии. Эффективность β -адреноблока-торов при профилактике мигрени //Здравоохранение Дальнего Востока. - 2021. - №. 2. - С. 62-65.
11. Беденко А. С. Метаболические факторы в патогенезе мигрени и головокружения //Медицинский алфавит. - 2021. - №. 33. - С. 18-20.



12. Осипова В.В. История изучения мигрени (от античных времен до начала XX века): научное издание / В.В. Осипова, С.В. Вершинина, О.А. Колосова // Неврологический журнал. - М., 2001. - №5. - С. 57-59. - Библиогр.: 16 назв.
13. Парфенов В. А. Применение вазобрала при хронической ишемии головного мозга и головных болях: обзор : научное издание / В. А. Парфенов, К. А. Пожидаев // Журнал неврологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. - М., 2018. - Том 118 №9 Вып. 1. - С. 126-129. - Библиогр.: 27 назв.
14. Плотникова П. А., Павлова В. Н. ЭТИОЛОГИЯ, ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ МИГРЕНИ //АЛЛЕЯ НАУКИ Учредители: ИП Шелистов Денис Александрович (Издательский центр "Quantum"). - 2021. - Т. 2. - №. 12. - С. 380-383.
15. Гребнева В. С. Клинико-эпидемиологическое исследование мигрени //МОЛОДЁЖЬ XXI ВЕКА: ШАГ В БУДУЩЕЕ. - 2022. - С. 73-75.
16. Breslau N, Davis GC, Schultz LR, Paterson EL. Migraine and major depression: a longitudinal study. *Headache*. 1994;34(7):387-93. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.1994.hed3407387.x>
17. Vgontzas A, Pavlović JM. Sleep Disorders and Migraine: Review of Literature and Potential Pathophysiology Mechanisms. *Headache*. 2018;58(7):1030-9. <https://doi.org/10.1111/head.13358>
18. Ushakov AV, Ivanchenko VS, Gagarina AA. Psychological stress in pathogenesis of essential hypertension. *Curr Hypertens Rev*. 2016;12(3):203-14. <https://doi.org/10.2174/1573402112666161230121622>
19. Ferini-Strambi L, Galbiati A, Combi R. Sleep disorder-related headaches. *Neurol Sci*. 2019;40(Suppl 1):107-13. <https://doi.org/10.1007/s10072-019-03837-z>
20. Buse DC, Rains JC, Pavlovic JM, Fanning KM, Reed ML, Manack Adams A, et al. Sleep disorders among people with migraine: results from the chronic migraine epidemiology and outcomes (CaMEO) study. *Headache*. 2019;59(1):32-45. <https://doi.org/10.1111/head.13435>
21. Hein M, Lanquart JP, Loas G, Hubain P, Linkowski P. Risk of high blood pressure associated with objective insomnia and self-reported insomnia complaints in major depression: a study on 703 individuals. *Clin Exp Hypertens*. 2019;41(6):538-47. <https://doi.org/10.1080/10641963.2018.1516775>
22. Jarrin DC, Alvaro PK, Bouchard MA, Jarrin SD, Drake CL, Morin CM. Insomnia and hypertension: a systematic review. *Sleep Med Rev*. 2018;41:3-38. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2018.02.003>
23. Carnethon MR, Johnson DA. Sleep and Resistant Hypertension. *Curr Hypertens Rep*. 2019;21(5):34. <https://doi.org/10.1007/s11906-019-0941-z>



24. Mansukhani MP, Covassin N, Somers VK. Apneic sleep, insufficient sleep, and hypertension. Hypertension. 2019;73(4):744-56. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.118.11780>

Информация об авторе/ Information about the author

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

Гулова Мунисахон Афзаловна – докторант PhD 3-го года обучения кафедры неврология Бухарского государственного медицинского института им. Абу Али ибн Сино, г.Бухара, Узбекистан

Адрес: ул. Жуйбор 77, город Бухара, Республика Узбекистан

Тел.: (+99891) 4150046

E-mail: gulova0046@gmail.com

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки (собственные ресурсы).