

ГОЛОВНЫЕ БОЛИ У БОЛЬНЫХ С ИНТРАКРАНИАЛЬНЫМИ АНЕВРИЗМАМИ

*Лебедева Е.Р.^{1,2}, Бусыгина А.В.², Гужина Е.Ю.³, Колотвинов В.С.³,
Сакович В.П.¹, Jes Olesen⁵*

¹ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет», г. Екатеринбург,

²Центр лечения головных болей «Европа-Азия», г. Екатеринбург,

³Центр нейрохирургии, ГКБ №40, г. Екатеринбург

⁵Центр головных болей, Госпиталь Глострупа, Университет Копенгагена, Дания

Задачами нашего исследования было выявление частоты головных болей до разрыва интракраниальных аневризм и после их хирургического лечения.

Материалы и методы: На первом этапе для оценки частоты головных болей до разрыва интракраниальных аневризм (ИА) в проспективном исследовании по типу случай-контроль было обследовано 199 пациентов с ИА (103 женщины и 96 мужчин, средний возраст 43,2 года и 194 лиц контрольной группы (86 женщин и 108 мужчин, средний возраст 38,4 года). 22 пациента (11%) имели неразорвавшиеся аневризмы. 177 пациентов (89%) перенесли субарахноидальные кровоизлияния. Все пациенты с ИА, а также контрольная группа были обследованы с использованием специально разработанного полуструктурированного интервью, которое включало информацию о головных болях и их характеристиках в течение 1 года до диагностики интракраниальных аневризм или в течение 1 года до проведения интервью контрольной группы, а также информацию о факторах риска развития ИА. Диагноз головных болей поставлен в соответствии с критериями Международной классификации головных болей. На втором этапе мы провели полуструктурированное интервью 87 из 199 пациентов, которым было произведено клипирование аневризм. Интервью включало информацию о головных болях и их характеристиках и проведено через 1 год после операции.

Результаты: 124 (62,3%) пациентов имели головные боли в течение года до разрыва аневризм. Эти головные боли включали: мигрень без ауры: 78 (39,2%), мигрень с аурой: 2 (1%), вероятную миг-

рень: 4 (2%), головные боли напряжения: 39 (19,6%), кластерные головные боли: 2 (1%), посттравматические головные боли: 2 (1%). Частота головных болей у контроля в течение 1 года до интервью была 32,5% (63 пациента из 194), они включали: головные боли напряжения: 45 (23,1%), мигрень без ауры 17 (8,8%), посттравматические головные боли 1 (0,5%). Среди этих головных болей только частота мигреней без ауры была значительно выше у больных с ИА по сравнению с контролем (отношение шансов 6,7; 95% ДИ 3,8-11,9, $p < 0,0001$). Характерной локализацией мигреней была лобно-височная область. Их частота была в большинстве случаев 1-2 раза в месяц, лишь 9 пациентов имели хронические головные боли с частотой ≥ 15 раз в месяц. Большинство пациентов использовали анальгетики 2-4 раза в месяц и 9 пациентов (10,7%) использовали анальгетики более 15 раз в месяц. 47 из 63 (74,6%) пациентов с одиночными аневризмами и мигренями имели головные боли как на правой, так и на левой стороне, 16 пациентов (25,4%) имели головные боли всегда на одной стороне. 14 из этих 16 пациентов с фиксированной стороной головных болей имели аневризмы на той же стороне. 57 из 63 пациентов (90,5%) с одиночными аневризмами имели аневризмы передней циркуляции, из которых 38 (66,6%) имели локализацию болей в передних отделах головы. 6 из 63 пациентов (9,5%) имели аневризмы задней циркуляции, из которых (50%) имели локализацию головных болей преимущественно в задних отделах головы. 13 из 18 пациентов (72,2%) с аневризмами передней мозговой - передней соединительной артерии имели локализацию головных болей в лобно-височной области.

Среди 87 пациентов, которые наблюдались в течение 1 года после клипирования аневризм, 51 пациент имел мигрень до разрыва аневризм. После клипирования аневризм мигрень сохранялась лишь у 13 (25,5%) из этих пациентов, у 38 пациентов (74,5%) приступы мигрени исчезли после клипирования аневризм ($p < 0,0001$). Возможным объяснением этого снижения частоты мигреней после клипирования является выключение аневризмы из кровотока и прекращение раздражения периваскулярных нервных окончаний, окружающих анев-

ризму, которое могло провоцировать развитие мигрени без ауры у пациентов с интракраниальными аневризмами.

Вывод: Мигрени без ауры являются превалирующим типом головных болей у пациентов до разрыва аневризм. Клипирование аневризм способствует исчезновению мигреней, что может подтверждать роль аневризмы как триггерного фактора в развитии мигреней у этих больных.

ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К НАБЛЮДЕНИЮ И ЛЕЧЕНИЮ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ

Левитина Е.В., Ноговицина О.Р.

*ГБОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия Минздрава России», г. Тюмень,
МУЗ «Нефтеюганская городская больница», г. Нефтеюганск*

Повсеместная распространенность заболевания и его социальная значимость делают актуальным организацию своевременной комплексной диагностики и наблюдения детей с СДВГ. Несмотря на признание принципа «мульти-modalности» лечения СДВГ в организации помощи детям с данным заболеванием пока отсутствует системный подход. Во-первых, выявление детей с СДВГ происходит по самообращению, в основном в срок более поздний для результативного лечения. Во-вторых, существующая проблема доступности специалистов в первичном звене не способствует регулярному наблюдению детей с СДВГ. Однократные или посещения специалистов «от случая к случаю» неэффективны. В-третьих, своеобразие проявления заболевания в разных социумах (школе, семье, детском коллективе) наводят на мысль о необходимости коррекции нарушений непосредственно в этой среде. Таким образом, эффективной систему комплексной реабилитации детей с СДВГ можно считать при условии раннего выявления и непрерывного процесса коррекции заболевания на трех уровнях (в трех социумах): семья – детское образовательное учреждение (детский сад/школа) – медицинская организация. Особый интерес, на