

<https://doi.org/10.29296/25877305-2020-11-13>

Синдром головной боли и основные направления его купирования у пациентов разных возрастных групп на санаторно-курортном этапе лечения

М.А. Завадская, Л.Л. Корсунская, А.В. Завадский, доктор медицинских наук, профессор, Медицинская академия им. С.И. Георгиевского Крымского федерального университета им. В.И. Вернадского, Симферополь
E-mail: mariazavadskey@gmail.com

Проведено исследование структуры и особенностей синдрома головной боли (ГБ) у пациентов разных возрастных групп, находящихся на санаторно-курортном лечении (100 пациентов детского возраста и 100 взрослых пациентов; возраст – от 8 до 60 лет). Предварительное санаторное комплексное обследование с участием невролога и оториноларинголога позволило определить структуру и характер синдрома ГБ в разных возрастных группах, выявить преобладающие типы и его причины, скорректировать правильность проведения курса будущего санаторно-курортного лечения. Сделан вывод о необходимости совместного участия в обследовании и лечении на санаторно-курортном этапе невролога и оториноларинголога у пациентов детского возраста. При сочетании синдрома ГБ с повышенной тревожностью у 20 больных стандартное лечение дополнено приемом препарата Селанк. У 81% пациентов прием препарата Селанк позволил снизить уровень психоэмоционального напряжения и тревожности, купировать приступы головной боли.

Ключевые слова: неврология, цефалгический синдром, головная боль напряжения, психоэмоциональное состояние, хронический риносинусит, санаторно-курортное лечение, Селанк.

Для цитирования: Завадская М.А., Корсунская Л.Л., Завадский А.В. Синдром головной боли и основные направления его купирования у пациентов разных возрастных групп на санаторно-курортном этапе лечения. Врач. 2020; 31 (11): 64–70. <https://doi.org/10.29296/25877305-2020-11-13>

В современных условиях одной из главных причин потери трудоспособности является головная боль (ГБ) [1–6]. Согласно статистическим данным ВОЗ (2016), около половины взрослого населения России страдают от ГБ по меньшей мере 1 раз в течение года, что существенно влияет на качество жизни и уровень социальной активности граждан, а также наносит финансово-экономический ущерб [7]. Глобальное исследование бремени болезней показало, что наиболее

распространенными (90–95%) являются первичные ГБ, которые включают в себя мигрень, ГБ напряжения (ГБН), кластерную ГБ. По экстраполированным данным мигрень наблюдается у 11% взрослых по всему миру, количество мигренозных атак приблизилось к 3000 за день на каждый миллион в общей популяции; эпизодическая ГБН зафиксирована у 70% взрослого населения всего мира и у 18,6–27,9% детей и подростков [8].

Немаловажными являются и вторичные ГБ, в частности, связанные с патологией носа и околоносовых пазух. Известно, что заболевания околоносовых пазух являются важной медицинской и социально-экономической проблемой, и в настоящее время тенденции к снижению распространенности данной патологии нет. За последние 20 лет заболеваемость возросла в несколько раз и с возрастом намечена отчетливая закономерность ее увеличения до 20% от возрастной популяции – у 15% взрослой и 5% детской части населения всего мира [9–11].

Актуальное место в современной неврологии занимают ГБ, развивающиеся на фоне тревожных расстройств. В первую очередь это связано с тем, что тревожные расстройства являются широко распространенными психопатологическими состояниями и приводят к социальной дезадаптации, а также значительному снижению качества жизни пациентов. Препаратами выбора для лечения и купирования тревожных расстройств считаются бензодиазепиновые транквилизаторы и анксиолитики, применение которых сопряжено с риском развития ряда побочных эффектов. Согласно многочисленным исследованиям, препараты пептидного происхождения проявляют равную терапевтическую эффективность, обладая выраженным противотревожным и антиастеническим действием, однако при этом типичные побочные эффекты (синдром отмены, развитие зависимости либо толерантности, миорелаксация, седация) не наблюдаются [12–15].

Республика Крым является известным рекреационным регионом с уникальными природными, климатическими, бальнеологическими условиями для лечения и реабилитации пациентов разного возраста с различными заболеваниями сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной систем, опорно-двигательного аппарата. Евпатория – приморский климатический и бальнеогрязевой, преимущественно детский курорт, один из лучших профильных курортов России, где работают большое число санаториев, пансионатов, в которых ежегодно получают лечение тысячи пациентов из разных регионов страны.

Анализ направительных диагнозов в санаторно-курортных картах пациентов, приезжающих на лечение в санатории Евпатории, показал практически полное отсутствие как первичных, так и вторичных ГБ в направительных диагнозах. Данный факт противоречит не только статистическим данным по распространенности ГБ

в популяции, но также и тому факту, что достаточно большое число больных, приезжающих на санаторно-курортное лечение, жалуются на ГБ. Диссоциация между этими двумя фактами определила цель настоящей работы, при этом также важным явилось определение структуры и особенностей цефалгического синдрома (ЦС) и основных направлений реабилитационного лечения в зависимости от характера ГБ у пациентов различных возрастных групп на санаторно-курортном этапе лечения, наличия связи ЦС с повышенным уровнем тревожности и депрессией, характера цефалгии при наличии хронического риносинусита (ХРС) у пациентов с ЦС.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

На базе санаториев «Юбилейный», «Лазурный», «ОренКрым», «Здравница» в Евпатории в 2017–2019 гг. проведено обследование и реабилитационное лечение 200 больных с ЦС в различных возрастных группах: детского возраста (от 8 до 18 лет; $n=100$) и взрослых пациентов (юношеский возраст – от 18 до 25 лет; $n=30$; молодой возраст – от 25 до 40 лет; $n=45$ человек; средний возраст – от 40 лет до 60 лет; $n=25$). Пациенты были разделены на 2 группы – с первичными и вторичными ГБ.

Обследование пациентов включало сбор жалоб и анамнеза заболевания, оценку клинической картины, стандартное неврологическое и оториноларингологическое обследование; использовались опросник головной боли, шкалы тревожности и депрессии Бека (для пациентов детского возраста подростковая версия), визуальная аналоговая шкала (ВАШ) интенсивности боли; оценивались результаты данных R-графии черепа и околоносовых пазух, показатели клинического анализа крови.

Отдельную группу составили взрослые пациенты с частой эпизодической ГБН, сочетающейся со средней и высокой выраженностью тревоги (>21 балла по шкале Бека). Данным пациентам, помимо стандартного курса санаторно-курортного лечения, назначался препарат Селанк. В исследование были включены 20 человек (7 мужчин, 13 женщин; возраст от 18 до 55 лет; средний возраст – $38,6 \pm 9,1$ года). Препарат Селанк применялся 3 раза в день по 2 капли в каждый носовой ход (0,1 мл эквивалентен 150 мкг) интраназально. Курс лечения составил 14 дней. Также была отобрана контрольная группа, включающая 20 человек (мужчины – 6, женщины – 14) с исходными критериями отбора, которые получили курс стандартного санаторно-курортного лечения. Для оценки динамического состояния пациентов повторно проводилось тестирование по шкале тревоги и депрессии Бека.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Согласно полученным данным, основу структуры ЦС у пациентов детского возраста, получающих санаторно-курортное лечение, составляют первичные ГБ (рис. 1).

Исследование показало, что 61% пациентов детского возраста предъявляли жалобы на ГБ сжимающего или давящего характера в височных, теменной и затылочной областях или на боль, напоминающую сжатие головы «обручем или шлемом». Зачастую ГБ имела двусторонний характер локализации, однако могла быть и диффузной. Интенсивность варьировала от легкой до умеренной, что соответствовало диапазону критериев от 1 до 6 баллов по ВАШ и могла меняться в течение дня. ГБ не усиливалась при физической нагрузке, не сопровождалась тошнотой, позывами на рвоту. С наибольшей частотой ГБ появлялась в дневное («головная боль 5–6 школьных уроков» [16]) или в вечернее время, а эпизоды ГБ зачастую отмечались не более 1–2 раз в месяц. С целью купирования эпизода ГБ 71% из опрошенных детей утверждали, что хотя бы 1 раз в жизни принимали лекарственные препараты по рекомендации взрослых.

В качестве главного провоцирующего фактора выступил психоэмоциональный стресс, который выявлялся у пациентов с высоким уровнем личностной тревоги и был связан с повышенной конфликтностью в семье и школе, повышенной ответственностью перед членами семьи, возникновением тревоги за определенные жизненные ситуации, повышенным объемом школьной нагрузки, перегрузкой дополнительными занятиями вне школьного времени. Также к аггравирующим факторам были отнесены длительное пребывание в антифизиологических позах в связи с неправильно подобранным по росту рабочим столом, партой, неудобным местом для сна, длительное нахождение за компьютером, некорректно подобранные очки или контактные линзы, неоткоррегированное зрение, низкая физическая активность.

У 25% опрошенных отмечалось появление двусторонней ГБ, преимущественно лобной или лобно-височной локализации, в некоторых случаях – диффузного

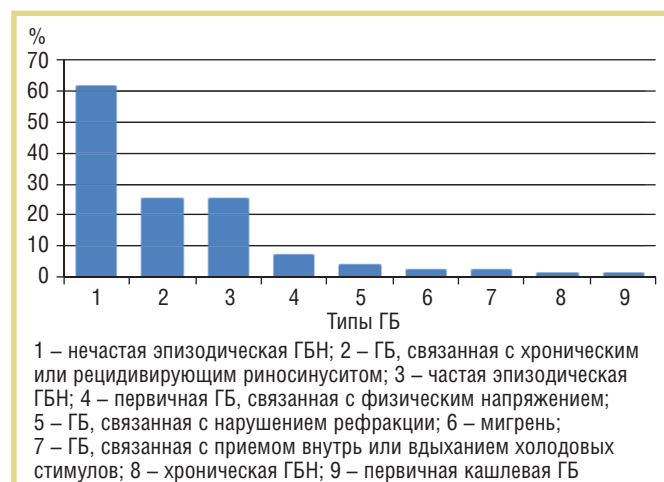


Рис. 1. Структура ЦС у пациентов детского возраста
Fig. 1. The pattern of cephalgic syndrome in pediatric patients

характера, которая носила распирающий или давящий характер, усиливалась при физической нагрузке, ослабевала в вертикальном положении и была связана с обострением ХРС. Степень выраженности ГБ определялась от легкой до интенсивной и оценивалась от 2 до 6 баллов по ВАШ. Данный вид ГБ усиливался при переходе пациента из горизонтального в вертикальное положение и ослабевал при нахождении пациента в горизонтальном положении. Также пациенты предъявляли жалобы на появление ГБ в период обострения ХРС, ГБ в данных случаях носила рецидивирующий характер. По нашим наблюдениям, боль при этом часто отягощается типичными проявлениями ГБН, имеет тенденцию к хроническому течению и ежегодному общему увеличению количества эпизодов, значительно влияя на качество жизни больных. В ходе оториноларингологического обследования в период ремиссии ХРС выявлены жалобы на периодическое затруднение носового дыхания преимущественно на холоде; заложенность одной половины носа, которая усиливается в положении лежа на боку; наличие незначительного слизистого

отделяемого из носа; периодическую дизосмию. Риноскопия определила искривление носовой перегородки, отечность и незначительное утолщение слизистой оболочки, расширение сосудистой сети, синюшность с застойными явлениями. У большинства больных рентгенография околоносовых пазух соответствовала показателям нормы или выявляла пристеночный отек.

ГБ, связанная с физическим напряжением, выявлена у 7% опрошенных пациентов. Данный вид головной боли возникал непосредственно во время или после физической нагрузки на занятиях физической культурой или спортом (например, во время бега на разные дистанции), длительность ГБ составляла ≤15 мин.

В 4% случаев выявлена ГБ, связанная с нарушением рефракции, в 2% – мигрень и ГБ, связанная с приемом внутрь или вдыханием холодных стимулов.

Проведенный неврологический осмотр больных не выявил наличия очаговой неврологической симптоматики. В исследовании клинического анализа крови у пациентов отклонений от нормы не обнаружено.

Согласно полученным данным, на протяжении жизни в 28% случаев пациенты детского возраста испытывали >1 вида ГБ (рис. 2).

Наиболее часто встречалось сочетание ГБН с ГБ, связанной с ХРС (21%).

Исследование показало, что у девочек ГБН встречается чаще (54,7%), чем у мальчиков (45,3%), что подтверждается исследованиями других авторов [16].

В ходе исследования выявлено, что нечастая эпизодическая ГБН в возрасте от 8 до 11 лет в 55,7% случаев встречалась у лиц мужского пола, в 44,3% – женского. Однако в возрасте от 12 до 16 лет при увеличении числа эпизодов ГБ частая эпизодическая ГБН преобладала у лиц женского пола (80%) по сравнению с мужским (20%).

В процессе работы отмечена отчетливая тенденция к возрастной зависимости ГБН; так, количество эпизодов ГБ у детей от 12 до 16 лет было больше (62,7%), чем у детей 8–11 лет (37,3%). Данная тенденция объясняется повышенной умственной нагрузкой в старших классах, перегрузкой дополнительными занятиями вне школьного времени и т.д.

Пациенты детского возраста с большей частотой отмечали, что ГБ нивелировалась во время отдыха или переключения рода деятельности, после сна и прогулок на свежем воздухе. С целью купирования эпизода ГБ 46% опрошенных использовали лекарственные препараты (рис. 3).

Анализ направительных диагнозов в санаторно-курортных картах показал, что 30,8% больным, которые предъявляли жалобы на ГБ различной локализации и степени выраженности, был выставлен диагноз вегетососудистой дистонии (ВСД). Несомненно, дисфункция вегетативной нервной системы может быть частью патогенеза ГБ у ребенка, однако она не может являться строгой первопричиной ее развития.

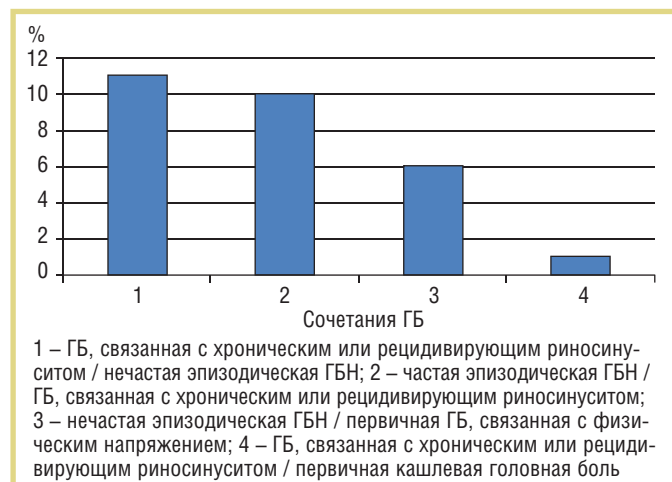


Рис. 2. Наиболее часто встречающиеся сочетания ГБ у пациентов детского возраста

Fig. 2. The most common concurrent headaches in pediatric patients

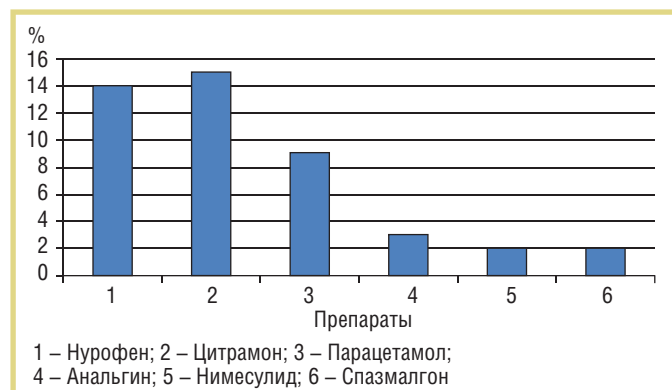


Рис. 3. Наиболее часто используемые препараты для купирования ГБ

Fig. 3. The most commonly used drugs to treat HA

Направительные диагнозы пациентов детского возраста, предъявляющих жалобы на ГБ, были следующими: хронический тонзиллит (n=45) пациентов, нарушение осанки (n=32), хронический фарингит (n=23), хронический гастрит (n=20), аденоидные вегетации (n=12). В структуре направительных диагнозов наиболее часто были выявлены сочетания диагноза ВСД с одним из перечисленных. Во всех случаях диагноз ГБ не был выставлен при направлении пациента на санаторно-курортное лечение, что не предопределяло патогенетически направленное лечение в санатории.

Среди пациентов детского возраста в 91% случаев выявлено отсутствие депрессивных симптомов при наличии незначительного уровня тревоги, в 7% – легкая депрессия с незначительным уровнем тревоги, в 1% – умеренная депрессия при незначительном уровне тревоги и 1% – легкая депрессия со средней выраженностью тревоги.

Исследование показало, что у пациентов детского возраста частота и интенсивность ЦС снижалась на фоне прохождения стандартного курса санаторно-курортного лечения. У 89% пациентов детского возраста ГБ во время курса пребывания в санатории не отмечалась и данный синдром не требовал какого-либо дополнительного лечения. У пациентов детского возраста, у которых во время санаторно-курортного лечения возникали эпизоды ГБ, присутствовала исключительно ГБ, связанная с хроническим или рецидивирующим риносинуситом.

У пациентов взрослой возрастной группы (юношеский, молодой, средний) тенденция к преобладанию ГБН сохраняется и составляет 81% от общего числа случаев ГБ (рис. 4). Исследование показало, что у пациентов взрослой возрастной группы в сравнении с детской число эпизодов и интенсивность ГБ значительно выше.

Особенности структуры ЦС у взрослых пациентов представлены на рис. 5–7.

Согласно полученным данным, на протяжении жизни в 43% случаев пациенты взрослой возрастной группы испытывали ≥1 вида ГБ (рис. 8).

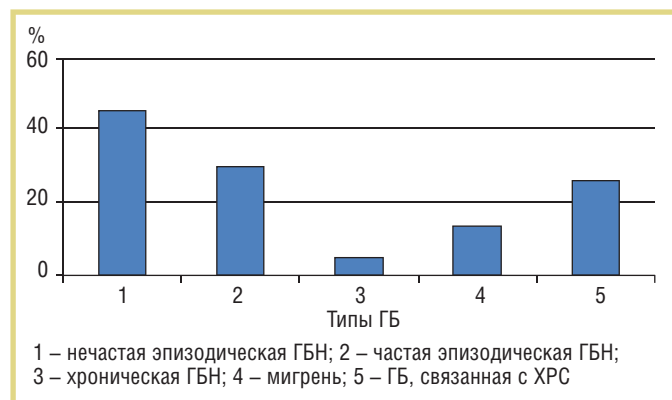


Рис. 4. Структура ЦС у взрослых пациентов
Fig. 4. The pattern of cephalic syndrome in adult patients

Важно, что большей части больных, предъявляющих жалобы на ГБ различной локализации и степени выраженности, установлены следующие диагнозы: распространенный остеохондроз, остеохондроз шейного отдела позвоночника, ВСД, у лиц более старшего возраста – также артериальная гипертензия, хроническая ишемия мозга и дисциркуляторная энцефалопатия. Как и у пациентов детского возраста, диагноз первичной ГБ в направительных медицинских документах не встречался.

У взрослых пациентов, предъявляющих жалобы на ГБ, в отличие от пациентов детского возраста отмечался повышенный уровень тревожности. Из 20 пациентов (7 мужчин, 13 женщин; возраст от 18 до 55 лет; средний

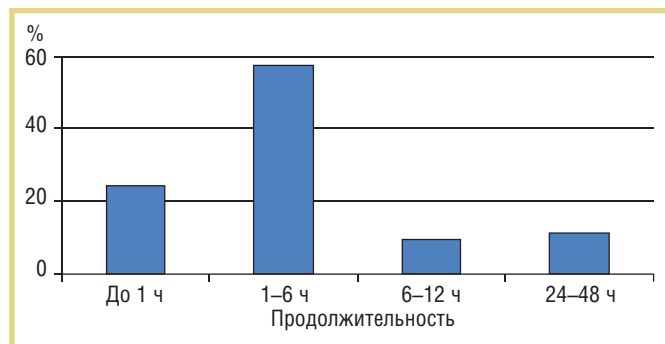


Рис. 5. Продолжительность ГБ у взрослых пациентов
Fig. 5. The duration of HA in adult patients

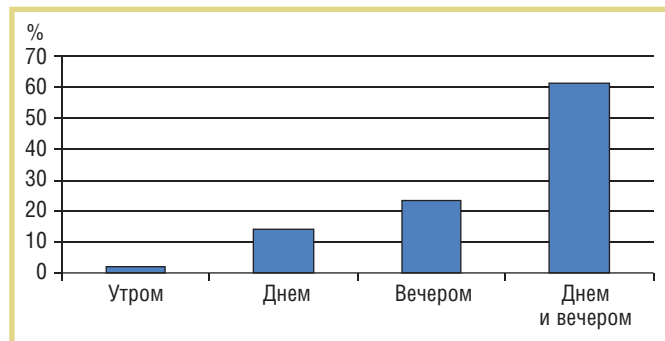


Рис. 6. Время возникновения ГБ у взрослых пациентов
Fig. 6. Timing of HA onset in adult patients

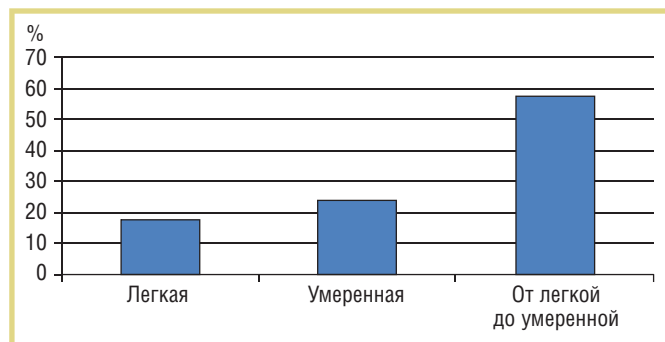


Рис. 7. Интенсивность ГБ у взрослых пациентов
Fig. 7. HA intensity in adult patients

возраст – $38,6 \pm 9,1$ года) с частой эпизодической ГБН, сочетающейся со средней и высокой выраженностью тревоги (>21 балла по шкале Бека) сформирована основная группа, в которой помимо стандартного курса

санаторно-курортного лечения (включавшего бальнео-, физиотерапию, ЛФК, массаж), назначался препарат Селанк. Контрольную группу составили 20 человек (6 мужчин, 14 женщин) с исходными критериями отбора, которые получили только курс стандартного санаторно-курортного лечения.

Селанк – синтетический аналог эндогенного пептида тафтцина, обладающий противотревожным действием с антидепрессивным, антиастеническим действием, устраняющий симптомы беспокойства, тревоги, страха, апатии, депрессии и астении. Селанк улучшает познавательные функции, память, речь, повышает внимание, активизирует процессы обучения, в частности, запоминание, анализ и воспроизведение информации, нормализует психомоторные реакции, при стрессе устраняет эмоционально-негативное напряжение и стимулирует выработку адаптивного поведения.

Сравнительный анализ клинических характеристик болевого синдрома показал, что у 11 (55%) пациентов основной группы, применяющих Селанк в сочетании со стандартным курсом санаторно-курортного лечения, цефалгия не наблюдалась (рис. 9). У 45% опрошенных пациентов положительный эффект препарата проявлялся в виде редукции числа эпизодов, продолжительность головной боли снизилась в 30% случаев ($n=6$). Согласно ВАШ, интенсивность ЦС уменьшилась практически у всех пациентов и соответствовала критериям ГБ легкой степени.

Препарат Селанк хорошо переносился пациентами, не вызывал каких-либо побочных явлений во время приема.

Анализ результатов тестирования пациентов по шкале тревоги Бека на 14-й день приема препарата показал проявление анксиолитического эффекта препарата Селанк у 70% пациентов в виде снижения общего уровня тревоги, апатии, немотивированной утомляемости, раздражительности (рис. 10).

Динамика уровня тревожности у взрослых пациентов на санаторно-курортном лечении представлены на рис. 11, 12.

В контрольной группе пациентов, проходящих стандартный курс санаторно-курортного лечения, общий уровень тревоги снизился у 50, у 50% оставался на прежнем уровне, также в 30% случаев эпизоды ГБ отсутствовали на протяжении динамического наблюдения и в 70% их общее число снизилось; интенсивность цефалгии снизилась до легкой степени выраженности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенный в нашем исследовании анализ структуры синдрома ГБ у пациентов разного возраста выявил закономерность преобладания ГБН в детской и взрослой возрастных группах и ГБ, связанной с ХРС, в детской группе.

Синдром ГБ на досанаторном этапе не был своевременно диагностирован и в структуру направитель-

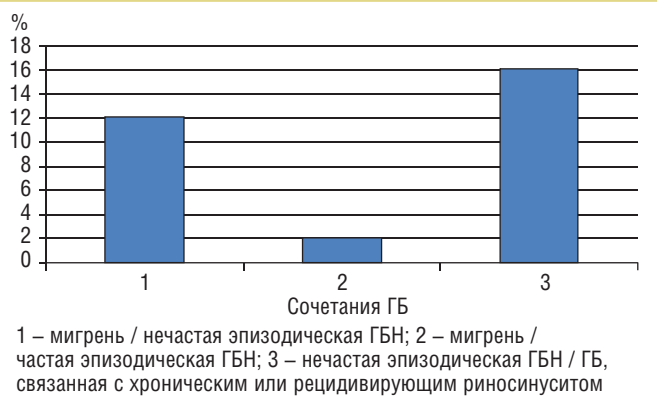


Рис. 8. Наиболее часто встречающиеся сочетания ГБ у взрослых пациентов

Fig. 8. The most common concurrent HAs in adult patients

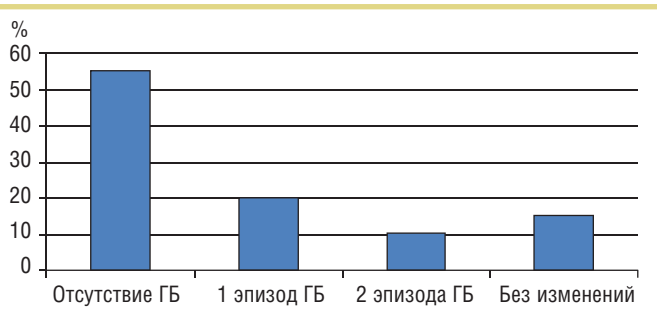


Рис. 9. Число эпизодов ГБ в неделю у пациентов, принимавших Селанк в сочетании со стандартным курсом санаторно-курортного лечения

Fig. 9. The number of HA episodes per week in patients taking Selank in combination with a standard cycle of sanatorium and health resort treatment

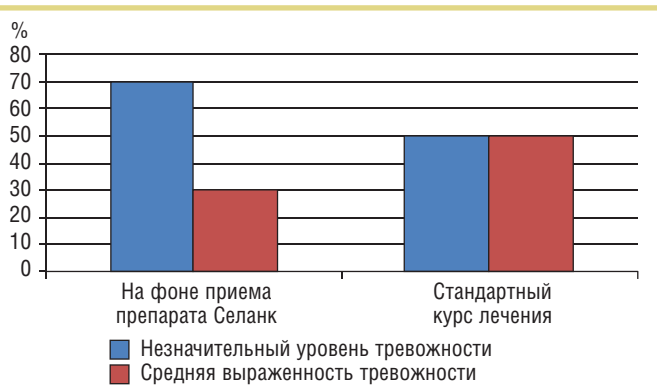


Рис. 10. Снижение уровня тревоги у пациентов, принимавших Селанк в сочетании со стандартным курсом санаторно-курортного лечения

Fig. 10. Reduction in the level of anxiety in patients taking Selank in combination with a standard cycle of sanatorium and health resort treatment

ных диагнозов не входил. В направительном диагнозе пациентов, предъявляющих жалобы на ГБ, выставлялся диагноз ВСД, остеохондроза шейного отдела позвоночника и ряд других заболеваний, но не диагноз первичной или вторичной ГБ.

Отмечено, что у пациентов детского возраста в большинстве случаев ГБ нивелируются на фоне проводимого стандартного курса лечения, не требуя каких-либо специальных методов терапии. Проведенное комплексное санаторно-курортное лечение улучшает психоэмоциональное состояние пациентов благодаря нивелированию ЦС и редукции уровня тревожности. При наличии у пациентов разного возраста вторичной ГБ, связанной с обострением ХРС, необходимо включать в курс стандартной терапии лечение ХРС.

У пациентов взрослого возраста целесообразно сочетание стандартного курса санаторно-курортного лечения с применением препарата Селанк, позволяющего снизить уровень психоэмоционального напряже-



Рис. 11. Динамика уровня тревожности в основной группе: а – до применения препарата Селанк, б – после применения препарата Селанк

Fig. 11. Changes in the level of anxiety in the study group: а – before Selank use, б – after Selank use

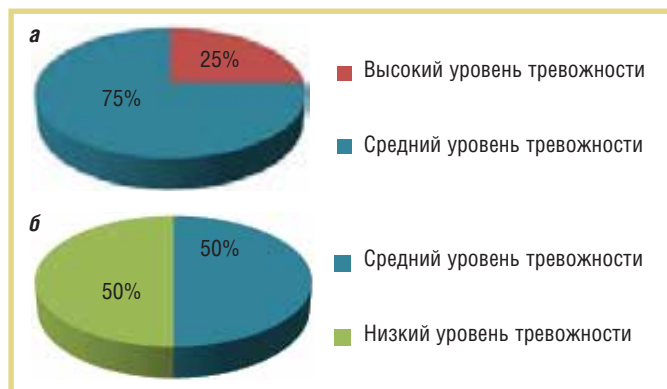


Рис. 12. Динамика уровня тревожности в контрольной группе: а – до прохождения санаторно-курортного лечения; б – после курса санаторно-курортного лечения

Fig. 12. Changes in the level of anxiety in the control group: а – before sanatorium and health resort treatment; б – after a cycle of sanatorium and health resort treatment

ния и тревожности, достичь большей эффективности в предупреждении и купировании приступов ГБ. Полученные данные указывают на высокую эффективность предложенного нами комплексного лечения, проводимого у пациентов с синдромом ГБ на санаторно-курортном этапе лечения.

* * *

Авторы заявляют об отсутствии финансовых и иных конфликтов интересов.

Литература/Reference

1. Шток В.Н. Головная боль. М.: Медицинское информационное агентство, 2008 [Shtok V.N. Headache disorders. M.: Medical information Agency, 2008 (in Russ.)].
2. Мищенко Т.С. Современная диагностика и лечение неврологических заболеваний. К.: Доктор-Медиа, 2010 [Mishchenko T.S. Modern diagnostics and treatment of neurological disorders. K.: Doctor-Media, 2010 (in Russ.)].
3. Осипова В.В., Азимова Ю.Э., Табеева Г.Р. и др. Диагностика головных болей в России и странах постсоветского пространства: состояние проблемы и пути ее решения. *Анналы клинической и экспериментальной неврологии*. 2012; 2: 16–22 [Osipova V.V., Azimova J.E., Tabeeva G.R. et al. Diagnostics of headaches in Russia and in the post-Soviet countries: reflection of the problem and ways of solving the problem. *Annals of clinical and experimental neurology*. 2012; 2: 16–22 (in Russ.)].
4. Осипова В.В., Табеева Г.Р. Первичные головные боли: диагностика, клиника, терапия. Практическое руководство. М.: Медицинское информационное агентство, 2014 [Osipova V.V., Tabeeva G.R. Primary headaches: diagnostics, clinical picture, therapy. Practical guidance. M.: Medical information Agency, 2014 (in Russ.)].
5. Неврология. Национальное руководство. Под ред. Е.И. Гусева, А.И. Коновалова, В.И. Скворцовой, А.Б. Гехт. М.: ГЕОТАР-Медиа, 2016 [Neurology. National guide. Edited by E.I. Gusev, A.I. Kononov, V.I. Skvortsova, A.B. Gekht. M.: GEOTAR-Media, 2016 (in Russ.)].
6. Трошин В.Д., Погодин Т.Г. Неотложная неврология: руководство. М.: Медицинское информационное агентство, 2016 [Troshin V.D., Pogodin T.G. Emergency neurology: guidance. M.: Medical information Agency; 2016 (in Russ.)].
7. Осипова В.В. Алгоритм диагностики головных болей. *Нервные болезни*. 2013; 3: 10–4 [Osipova V.V. Headaches diagnostic algorithm. *Nervous diseases*. 2013; 3: 10–4 (in Russ.)].
8. Карлов В.А. Неврология. М.: Медицинское информационное агентство, 2002 [Karlova V.A. Neurology. M.: Medical information Agency, 2002 (in Russ.)].
9. Кормазов М.Ю., Корнова Н.В., Чиньков Н.А. Характер цефалгий при острых и хронических синуситах, их влияние на качество жизни. *Российская оториноларингология*. 2009; 2 (39): 96–101 [Korkmazov M.Y., Kornova N.V., Chinkov N.A. The nature of cephalgia affected by acute and chronic rhinosinusitis, its influence on the quality of life. *Russian otorhinolaryngology*. 2009; 2 (39): 96–101 (in Russ.)].
10. Лопатин А.С., Иванченко О.А. Острый и хронический риносинусит. М.: Медицинское информационное агентство, 2011 [Lopatin A.S., Ivanchenko O.A. Acute and chronic rhinosinusitis. M.: Medical information Agency, 2011 (in Russ.)].
11. Туровский А.Б., Талалайко Ю.В., Тавмасян А.С. и др. Современные подходы к лечению хронического риносинусита. *Доктор.Ру*. 2012; 8 (76): 5–8 [Turovskiy A.B., Talalaiko I.U., Tavmasian A.S. et al. Current approaches to the treatment of chronic rhinosinusitis. *Doctor.Ru*. 2012; 8 (76): 5–8 (in Russ.)].
12. Осипова В.В., Табеева Г.Р. Первичные головные боли: диагностика, клиника, терапия. Практическое руководство. М.: Медицинское информационное агентство, 2014 [Osipova V.V., Tabeeva G.R. Primary headaches: diagnostics, clinical picture, therapy. Practical guidance. M.: Medical information Agency, 2014 (in Russ.)].
13. Осипова В.В. Дисфункция перикраниальных мышц при первичной головной боли и ее коррекция. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2010; 2 (4): 29–36 [Osipova V.V. Pericranial muscle dysfunction in primary headache and its correction. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2010; 2 (4): 29–36 (in Russ.)]. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2010-113>

14. Терещенко О.Н., Кост Н.В., Медведев В.Э. Современные тенденции патогенетической терапии тревоги. Часть 2. *Психиатрия*. 2018; 78: 106–115 [Tereshchenko O.N., Kost N.V., Medvedev V.E. Current trends in the pathogenetic therapy of anxiety disorders. Part 2. *Psikhiatriya*. 2018; 78: 106–115 (in Russ.)]. DOI: 10.30629/2618-6667-2018-78-106-115

15. Рачин А.П., Михайлова Е.В. Депрессивные и тревожные расстройства. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010; 106 с. [Rachin A.P., Mikhailova E.V. *Depressivnye i trevozhnye rasstroistva*. M.: GEOTAR-Media, 2010; 106 s. (in Russ.)].

16. Маневич Т.М., Соколова Е.Д., Яхно Н.Н. Хронические головные боли напряжения у детей и подростков: психосоматический подход к диагностике и лечению. *Боль*. 2004; 1 (2): 7–11 [Manevich T.M., Sokolova E. D., Yahno N.N. Chronic stress headaches in children and adolescents: psychosomatic approach to diagnosis and treatment. *Bol' = Pain*. 2004; 1 (2): 7–11 (in Russ.)].

HEADACHE SYNDROME AND MAIN AREAS OF ITS RELIEF IN PATIENTS OF DIFFERENT AGE GROUPS AT THE SANATORIUM AND HEALTH RESORT STAGE OF TREATMENT

M. Zavadskaya; Professor *L. Korsunskaya*, MD; Professor *A. Zavadsky*, MD
S.I. Georgievsky Medical Academy, V.I. Vernadsky Crimean Federal University, Simferopol

The pattern and characteristics of headache (HA) syndrome were studied in patients of different age groups (100 pediatric patients and 100 adult patients; the examinees' age was 8 to 60 years) who had received sanatorium and health resort treatment. A preliminary comprehensive sanatorium examination with the participation of a neurologist and an otorhinolaryngologist could determine the pattern and nature of HA syndrome in different age groups, to identify the prevailing types and its causes, and to make corrections in a cycle of future sanatorium and health resort treatment. It is concluded that it is necessary of the neurologist and the otorhinolaryngologist to jointly participate in examining and treating pediatric patients at the sanatorium and health resort stage. In 20 patients with HA syndrome concurrent with higher anxiety, standard treatment was supplemented with Selank. Its intake made it possible to reduce the level of psychoemotional stress and anxiety in 81% of patients and to relieve headache attacks.

Key words: neurology, cephalgic syndrome, tension headache, psychoemotional state, chronic rhinosinusitis, sanatorium and health resort treatment, Selank.

For citation: Zavadskaya M., Korsunskaya L., Zavadsky A. Headache syndrome and main areas of its relief in patients of different age groups at the sanatorium and health resort stage of treatment. *Vrach*. 2020; 31 (11): 64–70. <https://doi.org/10.29296/25877305-2020-11-13>

Об авторах/About the authors: Zavadskaya M.A. ORCID <http://orcid.org/0000-0001-5634-947X>; Korsunskaya L.L. ORCID <http://orcid.org/0000-0003-0958-130X>; Zavadskiy A.V. ORCID <http://orcid.org/0000-0001-5634-947X>

<https://doi.org/10.29296/25877305-2020-11-14>

Диагностическое значение метаболических критериев фенотипов ожирения у женщин и их связь с ассоциированными заболеваниями и состояниями

М.Б. Ляникова, кандидат медицинских наук,
Н.А. Белякова, доктор медицинских наук, профессор,
Н.О. Милая,
И.Г. Цветкова, кандидат медицинских наук,
Л.А. Слёзкина, кандидат медицинских наук,
А.В. Ларева, кандидат медицинских наук
Тверской государственной медицинской университет
Минздрава России
E-mail: mashulyasnik@mail.ru

Целью работы явилась оценка диагностического значения различных критериев фенотипов ожирения и их связь с ассоциированными заболеваниями и состояниями у женщин.

Методы. У 273 женщин с избыточной массой тела и алиментарно-конституциональным ожирением проведено обследование, включающее антропометрию, измерение АД и лабораторную диагностику. В зависимости от фенотипа, обследованные были разделены на 4 группы: 1-ю составили пациентки с нормальной чувствительностью к инсулину и без метаболического синдрома (МС) (30,0%), 2-ю – женщины с наличием инсулинорезистентности (ИР) и отсутствием признаков МС (15,0%), в 3-ю группу были включены пациентки с ИР и МС (37,8%), в 4-ю – женщины с МС и нормальной чувствительностью к инсулину (17,2%).

Результаты. Основную роль в оценке кардиоваскулярного риска и фенотипов ожирения у женщин с избытком массы тела играют чувствительность к инсулину и признаки МС (уровень триглицеридов, холестерина липопротеидов высокой плотности и окружности талии). Наличие ИР уже в молодом возрасте сопровождается в половине случаев жировым гепатозом, повышением уровней холестерина и его фракций, лептина крови и является фактором риска в развитии МС с возрастом. Наличие МС при отсутствии ИР следует относить к нездоровому ожирению, так как у них повышен кардиоваскулярный риск, часто диагностируется неалкогольная жировая болезнь печени и ассоциированные с ожирением метаболические и гормональные нарушения.

Ключевые слова: эндокринология, ожирение, метаболический фенотип, инсулинорезистентность, метаболический синдром.

Для цитирования: Ляникова М.Б., Белякова Н.А., Милая Н.О. и др. Диагностическое значение метаболических критериев фенотипов ожирения у женщин и их связь с ассоциированными заболеваниями и состояниями. *Врач*. 2020; 31 (11): 70–75. <https://doi.org/10.29296/25877305-2020-11-14>

Актуальность проблемы избыточной массы тела и ожирения трудно переоценить [1, 2]. Многочисленными исследованиями подтверждена ассоциация