

родившиеся от беременности на фоне подтвержденного ГКС и противосвертывающей терапии, 2-я – 55 (49,1%), родившиеся от беременности без ГКС, но протекавшей на фоне противосвертывающей превентивной терапии с целью «профилактики» ГКС и гипоксии плода, 3-я – 20 (17,9%) детей, родившиеся от беременности, протекавшей без ГКС и без противосвертывающей терапии (группа сравнения). Матери 1 и 2-й групп принимали комбинированную терапию: дипиридамол (25 мг 3 раза в день) и ацетилсалициловую кислоту (25 мг 1 раз на ночь). Для оценки состояния здоровья детей при рождении применялись общепринятые клинические методы исследования органов и систем. Сведения о состоянии здоровья детей при рождении, данные соматического и акушерского анамнеза матерей были получены из сопровождающей новорожденного медицинской документации при переводе из родильного дома в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей ДРКБ МЗ РТ (г. Казань).

Результаты. В 3-й группе доношенными родились 12 (60,0%) детей, тогда как в 1 и 2-й – лишь 4 (10,8%) и 14 (25,5%) соответственно. Сразу после рождения на аппарате ИВЛ находилось 58,2% детей 2-й группы и 37,8% – 1-й ($p < 0,05$). Ни один ребенок 3-й группы не нуждался в проведении ИВЛ. По данным НСГ у новорожденных 1 и 2-й групп визуализированы преимущественно двусторонние перивентрикулярные гематомы, практически с одинаковой частотой – у 27 (73,0%) детей 1-й группы и 39 (70,9%) – 2-й, тогда как в 3-й группе двусторонние гематомы диагностированы лишь у одного ребенка (5,0%). Односторонняя локализация ПВК обнаружена у 10 (27,0%) детей 1-й группы, у 16 (29,1%) – 2-й и почти у всех новорожденных (19–95,0%) – 3-й. Размеры гематом у детей 3-й группы были меньше, чем у новорожденных, родившихся от беременностей на фоне противосвертывающей терапии. На фоне регулярно проводимых комплексных реабилитационных / абилитационных

мероприятий оценка неврологического статуса в 12-месячном скорректированном возрасте выявила, что без патологии нервной системы годовалого возраста достигли 21,6% (8) детей 1-й группы; 38,2% (21) – 2-й и 90,0% (18) – 3-й. Пирамидный синдром чаще всего наблюдался у детей в 1-й группе (54,1%), несколько реже во 2-й (43,6%) и в 3-й (10%; $p < 0,05$). Диффузная мышечная гипотония диагностирована в 1-й группе у 5,4% детей, во 2-й – у 10,9%, в 3-й группе не наблюдалась вовсе. Двигательный дефицит в виде гемипареза сформировался у 8,1% и 3,6% детей 1 и 2-й групп соответственно, спастическая диплегия и тетрапарез – у 10,8% детей 1-й группы. Задержка моторного и психоречевого развития наблюдалась в 1-й группе у 43,2% и 8,1%, во 2-й – соответственно у 16,4% и 1,8% детей. Детский церебральный паралич (ДЦП) в исходе ПВК сформировался у 7 (18,9%) детей 1-й группы, у 2-х (3,6%) – 2-й и ни у одного ребенка 3-й. **Выводы.** Коррекция ГКС противосвертывающими препаратами у матерей во время беременности небезразлична для новорожденного и может влиять на тяжесть состояния ребенка при рождении, частоту формирования перивентрикулярных гематом и их размеры.

ЛИТЕРАТУРА

1. Payne A.H., Hintz S.R., Hibbs A.M. et al. Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network. Neurodevelopmental outcomes of extremely low-gestational-age neonates with low-grade periventricular-intraventricular hemorrhage// JAMA. Pediatr. 2013. Vol.167. №5. P. 451–459
2. Saigal S., Ferro M.A., Van Lieshout R.J. et al. Health-Related Quality of Life Trajectories of Extremely Low Birth Weight Survivors into Adulthood// J Pediatr. 2016. № 179. P. 68–73.
3. Whitelaw A. Periventricular hemorrhage: a problem still today// Early Hum Dev. 2012. Vol. 88, №12. P. 965–969.

Поступила 04.06.18.

УДК: 616.8–085.2/3

МИГРЕНЬ И ЦЕРВИКОГЕННАЯ ГОЛОВНАЯ БОЛЬ: ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ИХ СОЧЕТАНИИ

Энвер Ибрагимович Богданов¹, Рашид Асхатович Гиниатуллин², Ольга Сергеевна Хайрутдинова¹

¹Казанский государственный медицинский университет, 420012, г. Казань, ул. Бутлерова, д. 49, e-mail: khayrutdinova.os@gmail.com, ²Казанский (Приволжский) Федеральный университет, 420008, г. Казань, ул. Кремлевская, д. 18

Реферат. Целью нашего исследования явилось изучение взаимовлияния на клиническую картину cervicogenicной головной боли и мигрени при их сочетании, а также оценка лечебного эффекта купирования патологических феноменов, характерных для больных с cervicogenicной головной болью, у больных с мигренью. Были изучены особенности взаимовлияния мигрени и cervicogenicной головной боли при их сочетании, выявлена положительная динамика течения мигрени при лечении cervicogenicной головной боли, обсуждены про-ноцицептивные механизмы диметилсульфоксида.

Ключевые слова: мигрень, cervicogenicная головная боль, цефалгия, димексид, ДМСО.

MIGRAINE AND CERVICOGENIC HEADACHE: EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF COMPLEX TREATMENT WHEN COMBINED

Enver I. Bogdanov¹, Rashid A. Giniyatullin², Olga S. Khayrutdinova¹
¹Kazan state medical university, 420012, Kazan, Butlerov street, 49, e-mail: khayrutdinova.os@gmail.com, ²Kazan (Privolzhsky) Federal university 420008, Kazan, Kremlevskaya street, 18

In this study there was described the interaction between migraine and cervicogenic headache in combination. We revealed the positive dynamics of the migraine characteristics during treatment of

cervicogenic headache when they are combined in one patient. There are also discussed pro-nociceptive mechanisms of dimethylsulfoxide.

Key words: migraine, cervicogenic headache, headache, dimethyl sulfoxide, DMSO.

Головная боль — одна из самых распространенных жалоб пациента при обращении к неврологу, значительная роль в ее возникновении принадлежит мигрени [2]. Основной теорией патогенеза мигрени на данный момент считается тригемино-васкулярная теория Moskowitz М.А, дополненная многочисленными исследованиями. Тесная связь системы тройничного нерва и костно-мышечных структур, известная как принцип Керра, в качестве дополнительного звена патогенеза мигрени обсуждается в течение длительного времени и вызывает интерес многих ученых, однако данных, подтверждающих положительное влияние купирования патологической импульсации от цервикальных структур на течение мигрени не представлено [1, 3].

Целью исследования было изучение взаимовлияния на клиническую картину цервикогенной головной боли (ЦГБ) и мигрени при их сочетании, а также оценка лечебного эффекта купирования патологических феноменов, характерных для больных с ЦГБ у больных с мигренью.

Материалы и методы. Исследование состояло из 2 частей: клинической и экспериментальной. В клиническую часть были включены 60 пациентов (5 мужчин и 55 женщин) в возрасте от 16 лет до 61 года (средний возраст — 37 лет) с сочетанием ЦГБ и мигрени (41 пациент — мигрень без ауры, 19 — мигрень с аурой). Диагноз выставлялся в соответствии с МКГБ-3 бета, 2013 г. Всем пациентам проводили неврологический осмотр, МРТ головного мозга, рентгенографию шейного отдела позвоночника, УЗДГ экстракраниальных артерий головы, также избирательно выполнялась ангиография сосудов головного мозга, электроэнцефалография, МРТ шейного отдела позвоночника. В ходе исследования пациенты получали в

течение 3-х месяцев мануальную терапию, аппаратное вытяжение шейного отдела позвоночника (от 5 до 10 сеансов), новокаиновую инфильтрацию мышц шеи по триггерным точкам, триптаны во время приступа, аппликации ДМСО с новокаином. Экспериментальная часть заключалась в аппликации ДМСО (0,1%, 1%, 10% растворы) на модель мигрени у крыс *ex vivo* и дальнейшей оценке изменения потенциалов действия, амплитуды и числа спайков.

Результаты: при опросе через 3 месяца после окончания терапевтических процедур у 61% пациентов на фоне комплексного лечения, описанного выше, снизилась интенсивность головной боли (с 8,4 до 6,1 баллов по ВАШ), 56,3% исследуемых отметили уменьшение числа приступов в течение месяца (с 3,5 до 1,3), 82% — улучшение настроения и качества жизни в целом. Экспериментальная часть показала значительные изменения частоты потенциалов действия с первых минут присутствия в растворе. В экспериментальной части исследования было подтверждено влияние ДМСО на иннервацию тригеминальных волокон.

Выводы: результаты нашего исследования подтверждают взаимное влияние на течение ЦГБ и мигрени при их сочетании у пациента, а также положительную динамику клинической картины мигрени при лечении ЦГБ. Вышеизложенные данные также позволяют расширить методы профилактики приступов мигрени.

ЛИТЕРАТУРА

1. Elvidge S. Anti-CGRP antibodies for migraine turn industry heads // *Nature biotechnology*. 2014 Aug. Vol. 32, № 8. P. 707.
2. Olesen J. Highlights in headache research in 2013 // *The Lancet Neurology*. 2014 Jan. Vol. 13. P. 5–7.
3. Steiner T.J., Stovner L.J. GBD 2015: migraine is the third cause of disability in under 50s // *The Journal of Headache and Pain*. <https://doi.org/10.1186/s10194-016-0699-5>

Поступила 04.06.18.

УДК: 616.833–031.14–036.12–002–091.934–07:001.895

ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩЕЙ ПОЛИНЕВРОПАТИИ

Михаил Михайлович Селицкий¹, Владимир Владимирович Пономарев²

Белорусская медицинская академия последипломного образования, 220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3, корпус 3, e-mail: m_sialitski@tut.by

Реферат. Представлены международные данные, демонстрирующие нарушение гуморального звена иммунитета в патогенезе хронической воспалительной демиелинизирующей полиневропатии. Продемонстрированы результаты собственного исследования, целью которого являлось изучение особенностей клинической картины, электрофизиологических показателей, уровней фактора активации В-клеток (BAFF) в сыворотке

крови и цереброспинальной жидкости у пациентов с ХВДП. Для улучшения диагностики ХВДП показана возможность использования методики исследования мигательного рефлекса, а также определение уровней BAFF в биологических жидкостях.

Ключевые слова: хроническая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия, мигательный рефлекс, фактор активации В-клеток.