

УДК 616.857

## ПОЯВЛЕНИЕ ГОЛОВНОЙ БОЛИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ

Алпысбаева Г.А.

*НАО "Медицинский Университет Семей"*

## APPEARANCE OF HEADACHE IN ISCHEMIC STROKE

Alpysbaeva G.A.

*NJSC "Semey Medical University"*

### Аннотация

В статье проанализированы причины разных типов головной боли при ишемическом инсульте у больных пациентов в возрасте от 50 до 60 лет, обследованных в неврологическом отделении Инсультный центр Восточно-Казахстанской областной больницы в течении 2021—2022 гг. Предполагается, что если внедрить комбинированное лечение (оптимизация лекарственной терапии, образовательная программа, сеансы когнитивно-поведенческой терапии, метод релаксации, лечебная гимнастика), то это позволит помочь большинству пациентов с головной болью при ишемическом инсульте, изменить неадаптивный образ жизни.

Ключевые слова: ишемический инсульт, деменция, антифосфолипидный синдром, катастрофизация.

### Annotation

The article analyzes the causes of different types of headache in ischemic stroke in sick patients aged 50 to 60 years, examined in the neurological department of the Stroke Center of the East Kazakhstan Regional Hospital during 2021-2022. It is assumed that if combined treatment (optimization of drug therapy, educational program, sessions of cognitive-behavioral therapy, relaxation method, therapeutic exercises) is introduced, then this will help most patients with headache in ischemic stroke, change their non-adaptive lifestyle.

Keywords: ischemic stroke, dementia, antiphospholipid syndrome, catastrophization.

**Введение:** У 8 из 10 человек в общей популяции периодически возникают эпизоды головной боли. Около 50% людей испытывают головную боль систематически. Головная боль нарушает повседневную жизнедеятельность, приводит к снижению качества жизни и работоспособности. Многие не обращаются за помощью. Адекватная диагностика и своевременное лечение, в преобладающем большинстве случаев, обеспечит эффективную помощь этим больным. Ишемический инсульт является главной причиной стойкой утраты трудоспособности в среднем и пожилом возрасте, летальность при нем в течение первого месяца достигает 30%; инсульт – вторая по частоте причина деменции.

**Цель работы:** Увеличение трудоспособности и повышения качества жизни у пациентов, страдающих головной болью после инсульта.

**Материал и методы исследования:** Дизайн - описательное поперечное исследование, проведение опроса исследуемых лиц, с указанием данных пациентов по их предварительному согласию, с целью выборки пациентов для дальнейшего проведения исследования. Проведено анкетирование с использованием стандартного валидизированного, модифицированного нами опросника [1]. Для клинико-психологической оценки пациентов использовались ШКБ. Пациентам, предъявляющим

жалобы на нарушения памяти, проводилась оценка когнитивных функций по Монреальской когнитивной шкале (МКШ). Исследование проводилось на базе Инсультного центра Восточно-Казахстанской областной больницы. Обследовано 100 пациентов, которые лежали в инсультном центре с ишемической болезнью. Критерии отбора участников исследования- критериями включения: участвовали пациенты от 50 до 65 лет. Критерий исключения: пациенты, отказавшиеся от участия в данном исследовании [2].

Статистический анализ проведен по программе SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 11,5 для Windows.

Для проверки гипотезы, влияющих на результаты комбинированного лечения пациентов с ГБ, был проведен корреляционный анализ: рассчитаны КК, их доверительные вероятности (р) и проанализированы полученные взаимосвязи между результатами лечения и различными факторами. Анализ осуществлялся в зависимости от распределения выборочной совокупности при помощи параметрических критериев Стьюдента, Фишера, хи-квадрат или непараметрических показателей Колмогорова-Смирнова.

**Результаты исследования:** Из 100 пациентов: 63 женщин и 37 мужчин возрасте 50-65 лет. Средний возраст составил – 58 лет. Выявлено, что приступы головной боли отмечаются у 88% пациентов. Для купирования головной боли из 100 пациентов принимают 13% анальгетики, 50% НПВС , а 37% стараются купировать боль немедикаментозными средствами. По результатам анкетирования не один пациент, страдающий приступами , не использовал для купирования головной боли препараты из группы триптанов. 51% пациентов отмечают снижение работоспособности связанной с головной болью. У 23% пациентов межприступном периоде сохраняется чувство страха, тревоги повторения приступа или неприятных ощущений. Частота ГБ в течении дня у 54%- 2 раза, 29%- 1 раз, 4%- 3 раза, 13%- не отмечались [3].

При проведении исследований выявили ошибочное интерпретирование результатов, недостаток клинических эффектов от лечения в качестве негативного опыта преодоления болей, что привело к возникновению у пациента страха неизлечимости (80%). Всем 100 пациентов с ГБ была проведена комбинированная терапия, состоящая из оптимизации фармакотерапии и образовательных программ, плюс ко всему этому добавили тренинг для релаксации и КТ, а также лечебную гимнастику. Этот метод лечения привел к быстрому достижению клинических эффектов у большинства больных [4].

Таким образом, через три месяца после начала терапии положительное клиническое действие достигло 62,2% пациента, за 6 месяцев – 70%, за 12 месяцев – 72,2% пациента. Наряду с улучшением головной болью у пациентов были наблюдаемы следующие изменения: 1) изменение ошибочного представления о своем состоянии; 2)изменение в меньшую сторону катастрофизации боли как в общей катастрофе, как и в отдельных ее показателях - «постоянный размышление», «превышение», «безнадежность» — по данным МКБ; 3) снижение зависимости от обезболивающего препарата и количество принимаемого обезболивающего препарата за месяц; 4) улучшение навыков преодоления болей уже на 3-м месяце лечения, больные научились использовать адаптивные навыки преодоления болей -«релаксация», «выполнение упражнений», «сохранение активности», «самоубеждение»); 5) изменение образа жизни - регресс болевой поведения, улучшение активности; 6) повышение эмоциональных состояний - значительное снижение показателей ШДБ или ШЛСТ; 7) улучшение качества жизни в соответствии с данными опроса о ГБ. Результаты исследования пациентов за 12 месяцев показали сохранение положительных клинических эффектов [5].

Комбинированная терапия позволяет достичь сходных результатов и поддерживать клинический эффект у пациентов, страдающих ГБ, вместе с эпизодическими мигренями. Таким образом, не выявлено достоверно значительных различий между числом пациентов трех упомянутых групп, которые достигли клинического эффекта за период наблюдения [6].

Прогностический фактор для недостаточного эффективности комбинированной терапии является наличием нарушений личности кластера А (КК = 0.712,  $p=001$ ), наличие эпизода депрессии (КК= 0.568,  $p=0003$ ), низкий комплаент (КК= 0.456,  $r=004$ ).

Основными факторами неэффективности в совместном лечении являются наличие нарушения личности кластера А (КК=0.704,  $p=001$ ), совокупность нарушений личности кластера А и кластера В (КК= 0.625,  $p=001$ ).

При этом вероятность снижения комплаентности пациентов увеличивается при наличии патологии личности кластер А (КК= 0.415,  $p=004$ ), а также при наличии комбинации патологии личности кластер А и кластер В (КК= 0.579,  $p=0003$ ) [7].

**Выводы:** По итогам исследования, наша гипотеза, заключенная в том, что если внедрить комплексное лечение оптимизацию лекарственных препаратов, образовательных программ, сеансов когнитивной терапии, релаксационных сеансов, лечебной гимнастики, то это будет помогать большинству больных головными болями ишемического инсульта, изменить неадаптированный образ жизни.

Сочетание фармакотерапии с методами поведенческого лечения обеспечивает длительный клинический эффект. Данная комбинированная терапия поможет повысить производительность труда и улучшить качество жизни больных вторичным головным болям» подтверждена. Головная боль как и другие последствия инсульта такие как парезы, параличи, анестезии, парестезии, сильные ограничения в самообслуживании, часто встречается в повседневной жизни пациента. Поэтому данную жалобу многие врачи часто игнорируют, а пациенты воспринимают ее как постоянного спутника жизни после инсульта. Поэтому так важно информировать больных о способах анальгезии при ГБ, о тревожных признаках при которых необходимо срочно обратиться за помощью.

При исследовании распространенности вторичной головной болезни среди больных инсультным центром ВКОБ большинство больных с вторичными головными болями длительное время не обращались в лечебное учреждение и не получали эффективной терапии, что порождает ошибочные представления о головных болях и методах их преодоления пациентами.

В ходе исследования пациентов проинформировали про современные методы купирования разных видов головных болей и рациональную профилактику приступов, а также выявили, что большинство пациентов с вторичными головными болями не соответствуют ведению по международным рекомендациям.

Каждый четвертый (24,4%) пациент с ГБ принимал антидепрессанты, антиконвульсанты, бета-адреноблокаторы. У пациентов не было информации об образовательной программе про головную боль, психотерапевтической терапии и других эффективных методах терапии. В большинстве (81,1%) случаев головной боли установлено лекарственное индуцированное лечение. И лишь небольшая часть пациентов (8,9%) с лекарственно индуцированной болью ранее получали рекомендацию, которая заключалась в не злоупотреблении обезболивающими препаратами.

Проведенная комбинированная терапия оптимизации лекарственных препаратов, образовательные программы, сеансы психотерапии, методы релаксации и оздоровительной гимнастики привела к положительным клиническим результатам через

3 месяца у 62% пациентов, через 6 месяцев у 70% пациентов, через 12 месяцев у 72% пациентов с вторичными головными болями.

Беседа проведенная с пациентами сможет не только увеличить качества жизни пациента, но и возможно спасти жизнь при возникновении такого жизнеугрожающего состояния. Также необходимо создание школы головной боли, ведение дневника головной боли, что позволит минимизировать частоту и тяжесть приступов.

#### **Список литературы:**

1. Табеева Г.Р. «Головная боль руководство для врачей», ГЭОТАР-Медиа, Москва, 2018 г.
2. Левин О.С., Шток В.Н. Справочник по формулированию диагноза болезней нервной системы – Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 288-300 с.
3. Республиканский центр развития здравоохранения МЗ РК. Клинические протоколы МЗ РК - от «19» апреля 2019 года. Протокол №63. Клинический протокол диагностики и лечения «Головные боли».
4. Штульман Д.Р., Левин О.С. Неврология: Справочник практического врача – Москва, МЕДпресс-информ, 2008. 184-201 с.
5. Осипова В.В., Табеева Г.Р., Тринитатский Ю.В., Шестель Е.А. «Первичные головные боли: клиника, диагностика, терапия». Ростов-на-Дону, Антей 2011.
6. Headache disorders. WorldHealthOrganization. 8 April 2016
7. Логинов В. Г., Байда А. Г., Ясинская Л. И. «ГОЛОВНЫЕ БОЛИ» Минск БГМУ, 2017