

---

процесса в некротизированных тканях поджелудочной железы и забрюшинного пространства. Между тем, ряд авторов выдвинул гипотезу, что уровень прокальцитонина при остром некротизирующем панкреатите повышается в рамках системной воспалительной реакции, и соответственно, не обязательно указывает на инфицирование. Все же прогностическая эффективность, основанная на определении уровня прокальцитонина, является довольно высокой, так как инфицированный панкреонекроз при росте в крови уровня прокальцитонина обнаруживается почти у 90% пациентов.

**Выводы.** Поскольку наличие инфицированного панкреонекроза предполагает более активную хирургическую тактику, разработка и применение точной идентификации инфицирования зон некроза может облегчить принятие клинических решений при остром некротизирующем панкреатите.

---

Подгайский В.Н.<sup>1</sup>, Сомов Е.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения Белорусского государственного медицинского университета, Минск, Беларусь

<sup>2</sup> Минская областная клиническая больница, Минск, Беларусь

## НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ МИГРЕНИ

**Введение.** Мигрень – одна из самых распространенных форм первичной головной боли. Она диагностирована у 1,4 млрд человек, занимает третье место по распространенности и восьмое место по инвалидности в мире.

Согласно современной тригеминоваскулярной концепции мигрени триггером боли могут выступать сенсibilизированные периферические ветви тройничного нерва, которые путем афферентных сигналов могут инициировать головную боль.

**Цель.** Оценить эффективность хирургического лечения мигрени прооперированных нами пациентов.

**Материалы и методы.** На базе Минской областной клинической больницы в Республиканском центре пластической и реконструктивной микрохирургии Республики Беларусь мы прооперировали 15 пациентов с верифицированным неврологом диагнозом мигрень, хроническая мигрень.

Операции выполнялись одной и той же бригадой хирургов. Возраст, пол, сопутствующие заболевания не являлись критериями отбора. В качестве кандидатов для оперативного лечения мы рассматривали пациентов, имеющих длительный стаж мигрени, порою до 30 лет, частые и/или тяжелые приступы мигрени, нарушающие качество жизни, при этом консервативное лечение было неэффективным, либо имело выраженные побочные эффекты. Пациенты имели положительную реакцию на проведенные диагностические тесты с лидокаином и/или ботулотоксином.

Исходя из результатов поиска триггерных нервов, проведенных диагностических тестов и клинической картины заболевания, нашим пациентам выполнялись различные виды оперативных вмешательств: эндоскопическая и открытая декомпрессия надглазничного, надблокового нервов, корругаторотомия, декомпрессия большого и третьего затылочных нервов, эндоскопическая нервэктомия скуловисочного нерва с лигированием сторожевой вены, нервэктомия малого затылочного нерва, нервэктомия ушновисочного нерва с лигированием поверхностной височной артерии.

Пациенты до и после операции вели дневник мигрени, заполняли визуальную аналоговую шкалу боли от 0 до 10 (ВАШ), опросник Migraine Disability Assessment (MIDAS). От всех участников исследования было получено добровольное информированное согласие.

Для статистического анализа двух зависимых групп (группа до и после лечения) мы применяли критерии Стьюдента и Вилкоксона (t-критерий). Различия до и после лечения статистически значимы с  $p < 0,05$ .

**Результаты и обсуждение.** В послеоперационном периоде мы получили обратную связь от 12 пациентов и следующие результаты. 11 пациентов отметили значительное улучшение качества жизни и уменьшение симптомов головной боли более, чем на 50%. Снижение количества дней мигренозной головной боли в месяц (Migraine Monthly Days, MMD) среди прооперированных пациентов произошло в среднем на 65,2%, а именно уменьшилось с 16,4 дней в месяц до 5,7 дней в месяц. Снижение интенсивности мигрени по шкале ВАШ у пациентов после операции произошло в среднем 34,5% (с 5,8 до 3,8). Так же для удобства анализа нами применялся индекс головной боли (МНІ), представляющий собой произведение частоты (ММД) на интенсивность (ВАШ) и длительность головной боли. Снижение индекса головной боли у наших пациентов после операции произошло в среднем на 72,6% (с 18,4 до 5,03).

**Выводы.** Хирургическое лечение хронической мигрени перспективное направление в лечении пациентов, часто и длительно страдающих от мигрени, которым консервативное лечение не приносит выраженного эффекта. Прооперированные нами пациенты продемонстрировали значительное снижение симптомов мигрени. Наши результаты в целом соотносятся с данными зарубежных исследований и позволяют предположить высокую эффективность хирургического лечения мигрени.

---

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
Комитет по здравоохранению Мингорисполкома  
Учреждение здравоохранения «10-я городская клиническая больница»  
Белорусский государственный медицинский университет

**ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ  
И МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ  
ПОДХОД – СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ  
В ОКАЗАНИИ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ  
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ  
ПОМОЩИ**

**Материалы научно-практической конференции,  
посвященной 40-летию  
УЗ «10-я городская клиническая больница»**

**(Минск, 22 мая 2025 года)**

Минск  
«Профессиональные издания»  
2025