
УДК 612.821

НЕСТЕРОВСКИЙ Юрий Евгеньевич, кандидат медицинских наук, доцент кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики педиатрического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н.И. Пирогова. Автор 20 научных публикаций

ХОНДКАРЯН Гарегин Шаенович, доктор медицинских наук, профессор кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики педиатрического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н.И. Пирогова. Автор 60 научных публикаций

ЗАВАДЕНКО Николай Николаевич, профессор, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики педиатрического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н.И. Пирогова. Автор 300 научных публикаций, в т. ч. 4 монографий

СИНДРОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ И ГОЛОВНЫЕ БОЛИ

В статье рассматриваются вопросы коморбидности синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) и первичных головных болей у детей и подростков: головных болей напряжения (ГБН) и мигрени. Поскольку у многих пациентов с СДВГ имеются предрасполагающие факторы к развитию ГБН (влияние стрессов, сопутствующие тревожные расстройства и трудности школьного обучения), обсуждаются клинические проявления, патогенез и особенности их лечения. При выборе лекарственной терапии ГБН при СДВГ предпочтение отдается препаратам с комплексным действием, например анксиолитическим и ноотропным.

Ключевые слова: синдром дефицита внимания с гиперактивностью, первичные головные боли, головные боли напряжения, диагноз, лечение.

По данным эпидемиологических исследований, проведенных в нашей стране и за рубежом, частота СДВГ среди детей дошкольного и школьного возраста составляет от 2 до 12 % (в среднем 3-7 %) [3, 7]. Специфические трудности обучения (дислексия, дисграфия, дис-

калькулия) встречаются у 5-15 % школьников [9, 13].

К основным типам головной боли относятся: первичная – представляет собой самостоятельную патологию и не связана с заболеваниями, которые могут служить причиной

возникновения головной боли; вторичная (или симптоматическая) – является симптомом соматической патологии или установленного основного заболевания ЦНС. Наиболее распространенными формами первичных головных болей являются головные боли напряжения (ГБН) и мигрень.

У детей и подростков, как у и взрослых пациентов, диагноз первичной головной боли устанавливается в соответствии с критериями II редакции Международной классификации головных болей (МКГБ II) [17]. На основании этих критериев от 7 до 10 % детей и подростков страдают мигренью, до 15 % – вероятной мигренью и 20-25 % – ГБН [4, 8, 14]. Например, по данным исследования, распространенность головных болей среди школьников Германии в возрасте 7-14 лет составляет: 18,5 % – ГБН, 7,5 % – мигрень [11].

Н.Ю. Будчанова и соавт. [1] оценили распространенность и структуру первичных головных болей среди учеников 1-11 классов городских общеобразовательных учреждений в возрасте 7-17 лет, диагноз устанавливался в соответствии с критериями МКГБ II [17]. Обследовано 959 (432 мальчика и 527 девочек). Жалобы на головные боли предъявляли 26,2 % школьников. Частота первичных головных болей среди обследованных школьников составила 23,1 %, среди лиц женского пола – 28,5 %, мужского пола – 16,7 %. Среди всех первичных головных болей у детей и подростков преобладала ГБН, которая диагностирована в 74,2 % случаев. На долю мигрени приходилось 19,4 % случаев, сочетания ГБН и мигрени – 2,3 %, редких форм первичных головных болей – 4,1 %.

Таким образом, как СДВГ, так и первичные головные боли (мигрень и ГБН) широко распространены среди детей и подростков, сопровождаются нарушениями социально-психологического функционирования и трудностями в школьном обучении. Поэтому представляется актуальным изучение сочетания СДВГ с первичными головными болями.

Среди предикторов головных болей в детском возрасте указываются нарушения концен-

трации внимания, медленный темп когнитивной деятельности, эмоциональная нестабильность, гиперактивность, напряженные отношения в школе [5]. По данным популяционного исследования Т.W. Strine и соавт. [16], среди детей и подростков 4–17 лет, страдающих частыми головными болями, в 2,6 раза чаще отмечались нарушения внимания и гиперактивность.

J. Genizi и соавт. [10] обследовали группу из 243 детей (108 мальчиков и 135 девочек) в возрасте 6-18 лет с первичными головными болями. У 44 % (n = 107) диагностирована мигрень и у 47,7 % (n = 116) – ГБН. Одновременно авторы проанализировали, какие психоневрологические нарушения имелись у детей данной группы до проведения обследования по поводу головных болей. Оказалось, что в связи с СДВГ наблюдались 28 % детей с первичными головными болями. СДВГ чаще наблюдался у пациентов с ГБН, чем с мигренью (36,5 и 19,8 % соответственно, p = 0,006). При этом трудности школьного обучения отмечались у 24,7 % пациентов с первичными головными болями. Таким образом, у пациентов с первичными головными болями встречаемость СДВГ и трудностей школьного обучения выше, чем у детей в общей популяции.

Между тем, результаты изучения коморбидности СДВГ и первичных головных болей фрагментарны и довольно противоречивы. По данным специального эпидемиологического исследования, в котором оценивалась возможная ассоциация между СДВГ и первичными головными болями, сделан вывод о том, что мигрень и ГБН коморбидны не с СДВГ как таковым, а с гиперактивно-импульсивным поведением [6].

С другой стороны, в исследованиях D. Riva и соавт. [16] продемонстрирована ассоциация между расстройствами внимания у детей и обоими основными типами первичных головных болей – мигренью и ГБН. Высказывается предположение о том, что мигрень и ГБН формируют континуум, который может иметь некоторые общие патофизиологические механизмы, а комплексы мозговых структур, которые

обеспечивают механизмы внимания, особенности профиля личности и механизмы головной боли, могут перекрываться [10].

Достаточно убедительными представляются результаты исследований, в которых обнаружена более высокая частота встречаемости СДВГ у пациентов с ГБН по сравнению со страдающими мигренью [10, 12]. Кроме того, среди обследованных нами 204 детей с СДВГ в возрасте от 5 до 13 лет (170 мальчиков, 34 девочки) головные боли наблюдались у 51 % мальчиков и 53 % девочек и имели характер ГБН [2]. Вполне возможно, что связанные с СДВГ трудности школьного обучения и проблемы поведения, которые сопровождаются длительными и многочисленными стрессами в семье, школе, взаимоотношениях со сверстниками и другими людьми, через влияние повторяющихся стрессов способствуют формированию ГБН.

ГБН – легкая или умеренная повторяющаяся двусторонняя головная боль сжимающего или давящего характера, которая имеет значительную продолжительность. Длительность приступа – от 30 мин до нескольких дней (с некоторым колебанием интенсивности боли), но менее недели. ГБН может сопровождаться свето- или звукобоязнью (но не обоими этими признаками сразу), не усиливается под влиянием повседневной физической активности и не сопровождается рвотой. Провоцирующими факторами для появления головной боли часто являются психическое утомление, зрительное напряжение, особенно связанное с компьютерными играми, стрессовая ситуация, депривация сна.

В МКГБ II [17] в зависимости от частоты приступов ГБН делятся на нечастые эпизодические (менее одного раза в месяц, при наличии не менее 10 ранее перенесенных эпизодов), частые эпизодические (более одного, но не более 15 раз в месяц), хронические (более 15 раз в месяц на протяжении более 3 месяцев).

Боль при ГБН описывается как постоянная, давящая. В большинстве случаев она локализуется в области лба, висков с иррадиацией в затылочную область и заднюю поверхность шеи, затем может становиться диффузной и описы-

вается как ощущение сжатия головы обручем, каской или тесной шапкой. Хотя боль обычно бывает двусторонней и диффузной, локализация ее наибольшей интенсивности в течение дня может попеременно переходить с одной половины головы на другую. Стойкая односторонняя головная боль (гемикrania), как правило, связана с повышенной чувствительностью перикраниальной мускулатуры. Обычно боль появляется днем (после 2-3 урока) или во второй половине дня и продолжается до вечера. Может возникать утром, после пробуждения, если головная боль отмечалась накануне вечером. Головная боль не усиливается при обычной ежедневной физической нагрузке. У больных могут отмечаться различные временные паттерны течения головных болей от редких, кратковременных эпизодических приступов с длительными ремиссиями до волнообразного течения, характеризующегося длительными периодами ежедневных болей, чередующимися с кратковременными ремиссиями. Транзиторные неврологические симптомы не характерны.

Характерные клинические проявления ГБН и мигрени, позволяющие дифференцировать эти формы первичных головных болей у детей и подростков, представлены в *таблице*. «Немигренозные» признаки головной боли, такие как ее характер (давящий или стягивающий), интенсивность (легкая и умеренная) и отсутствие сопутствующих симптомов являются более специфичным для ГБН у детей (по сравнению с мигренью), чем локализация или продолжительность.

Патогенез ГБН включает комплекс взаимосвязанных механизмов. Ранее принятыми обозначениями ГБН были «головная боль мышечного напряжения», «психомиогенная головная боль», «стрессорная головная боль», «простая головная боль», что отражает представления о ведущей роли психологических факторов в патогенезе ГБН. Значимым фактором риска развития головной боли напряжения является семейная предрасположенность к головной боли, особенно с материнской стороны.

**КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ
ПРИСТУПОВ РАЗНЫХ ТИПОВ ГОЛОВНОЙ БОЛИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

Характеристика	Головная боль напряжения	Мигрень
Интенсивность	Легкая или средняя, меняется в течение дня	Средняя или сильная
Характер	Тупая, сжимающая, давящая	Пульсирующая
Локализация	Двусторонняя или односторонняя	Гемикrania, чередование сторон, может быть двусторонней у детей дошкольного возраста и начальных классов
Частота	От 1-3 раз в неделю до ежедневной	1-2, реже 3-4 раза в месяц
Продолжительность	Варьирует от 30 мин до нескольких часов или дней (до недели)	Короткая: от 30 мин до 72 ч, без применения лекарственных средств – в среднем 5 ч
Время возникновения	Обычно во второй половине дня; головная боль после 3-6 школьных уроков. Утренняя гемикrania обычно связана с повышенной чувствительностью перикраниальной мускулатуры	Внезапно, в любое время суток
Наличие ауры	Не отмечается	Непосредственно перед или во время приступа может отмечаться зрительная аура (мерцание световых пятен, зигзагообразных линий, частичное выпадение полей зрения), парестезии, онемение, нарушения речи
Зависимость от физической нагрузки	Не усиливается	Усиливается
Сопутствующие симптомы	Головокружение. Утомляемость, тревожность, подавленное настроение. При усилении боли – свето- или звукобоязнь, анорексия	Рвота, как правило, «на высоте» приступа. Свето- и звукобоязнь

ГБН провоцируются хроническими психоэмоциональными перегрузками, стрессами, конфликтными ситуациями. Патогенетической особенностью ГБН у детей является незрелость механизмов психологической защиты, что обуславливает проявление заболевания при воздействии незначительных, с точки зрения взрослых, стрессовых факторов. Под влиянием стрессовых ситуаций возникают эмоциональные расстройства (тревога и депрессия). Эти ситуации приводят к неконтролируемым мышечным «зажимам», тоническому напряжению перикраниальных мышц (лобных, височных, затылочных, мышц шеи) как универсаль-

ной реакции защиты на действие хронического стресса.

Влияние психологического статуса у пациентов с ГБН реализуется через изменения состояния лимбико-ретикулярного комплекса, задействованного в регуляции вегетативных функций, мышечного тонуса, восприятия боли через общие нейромедиаторные механизмы. Центральные механизмы патогенеза ГБН связаны с дисфункцией антиноцицептивных систем. Недостаточность центральных противоболевых тормозных механизмов способствует интерпретации даже слабых потоков импульсации с периферии как болевых. Периферические (сег-

ментарно-рефлекторные) факторы – потоки болевой импульсации, связанные с местными причинами. Это могут быть нарушения рефракции, нефизиологические позы (например, долгая работа в статических, неудобных позах за столом, с компьютером, вызывающая избыточное напряжение мышц шеи, спины, глаз), а также неудобное положение головы во время сна. Длительные локальные перегрузки перикраниальных мышц могут способствовать микротравмам с выделением биологически активных метаболитов и сенситизацией периферических ноцицепторов.

Таким образом, основными факторами формирования ГБН у детей, в т. ч. пациентов с СДВГ, являются тревожность и наличие клинически значимой стрессовой ситуации, что приводит к нарушению функционального состояния лимбико-ретикулярного комплекса. Это сопровождается дисрегуляцией ноци- и антиноцицептивной систем, а также нарушением функционального состояния в системе тройничного нерва. В результате возникают спазм и болевая ишемия перикраниальных мышц. Для выявления напряжения перикраниальной мускулатуры и определения «триггерных» точек у больных с ГБН проводится пальпация височной, лобной, затылочных областей, мышц задней поверхности шеи, трапецивидной и грудино-ключично-сосцевидных мышц.

В межприступном периоде многие пациенты с ГБН, в отличие от страдающих мигренью, предъявляют жалобы на боли и чувство дискомфорта в других органах соматоформного типа (боли в ногах, кардиалгии, затруднения дыхания, глотания, дискомфорт в животе), характеризующиеся непостоянным и довольно неопределенным характером, однако при обследовании патологических изменений не определяется. Для больных ГБН характерны нарушения сна: трудности засыпания, поверхностный сон с множеством сновидений, частыми пробуждениями, снижается общая длительность сна, и особенно глубокой его фазы, наблюдается раннее окончательное пробуждение, отсутствие ощущения бодрости после ночного сна и дневная сонливость.

У многих детей и подростков с ГБН встречаются проявления церебрастенического синдрома, что способствует утяжелению течения как головных болей, так и СДВГ. Присоединяются болевые синдромы функционального характера: миалгии различной локализации, кардиалгии, боли в животе. Более выраженными становятся жалобы на метеочувствительность, непереносимость вестибулярных нагрузок, периодические кратковременные эпизоды неустойчивого головокружения.

Согласно современным Европейским рекомендациям [4], в лекарственной терапии ГБН применяются средства как для купирования головной боли, так и для ее профилактики. Симптоматическое лечение безрецептурными анальгетиками может применяться у пациентов с эпизодической ГБН при частоте болевых эпизодов не более 2 раз в неделю. Использование анальгетиков должно быть однократным или проводиться короткими курсами. Детям для обезболивания рекомендуется использовать парацетамол (разовая доза 10-15 мг/кг массы тела, максимальная суточная доза не более 60 мг/кг массы тела) или ибупрофен (разовая доза 5-10 мг/кг массы тела, максимальная суточная доза не более 30 мг/кг массы тела, интервал между приемами 6-8 ч). При эпизодической ГБН с частотой более 2 дней в неделю предпочтительнее профилактическое лечение, нежели купирование приступов. При хронической ГБН обезболивающие препараты обладают сомнительной эффективностью и повышают риск развития лекарственно индуцированной головной боли.

Оптимальный подход к профилактическому лечению ГБН заключается в применении средств, влияющих на психоэмоциональную сферу и хроническое мышечное напряжение. Следует стремиться к назначению наименьшего количества препаратов, поэтому преимуществом обладают средства с комплексным действием, например анксиолитическим и ноотропным (адаптол, фенибут, ноофен, тенотен детский).

При хронических ГБН применяются профилактические курсы amitриптилина – антиде-

прессанта, обладающего также анальгезирующим эффектом. Рекомендуется начинать терапию с малых доз (5-10 мг) перед сном. Необходимость в повышении дозы возникает редко.

Важное дополнительное направление профилактической терапии ГБН у детей и подростков заключается в назначении препаратов метаболического действия, которые улучшают обменные процессы в головном мозге, повышают устойчивость нервной системы к нагрузкам, повышают «уровень бодрствования», оказывают антиастеническое действие и улучшают состояние когнитивных функций. К таким лекарственным средствам относятся различные препараты ноотропного ряда.

Необходимо сочетать лекарственную терапию с немедикаментозными подходами, в частности оптимизацией режима дня, занятиями физкультурой и др. При выявлении психотравмирующей ситуации у ребенка с ГБН (развод родителей, физическое насилие, конфликтная ситуация в школе) лечение головной боли должно начинаться с устранения или минимизации ее воздействия. Поскольку к ГБН может привести неправильное положение головы во время ночного сна, пациентам следует обратить внимание на «удобство» подушек и постели. Эффективны психотерапия, применение релаксационных техник и биологической обратной связи.

Список литературы

1. Будчанова Н.Ю., Делягин В.М., Хондкарян Г.Ш. Распространенность и особенности клинических проявлений первичных головных болей у школьников // Педиатрия. 2008. № 87 (5). С. 138–140.
2. Заваденко Н.Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте. М., 2005. 256 с.
3. МКБ-10 – Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. СПб., 1994. 208 с.
4. Attention in Children and Adolescents with Headache / D. Riva, A. Usilla, F. Aggio et al. // Headache. 2012. № 52(3). P. 374–384.
5. Barkley R.A. Attention-deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment. 3rd ed. N. Y., 2005. 770 p.
6. Behavioral and Temperamental Characteristics of Children and Adolescents Suffering from Primary Headache / L. Mazzone, B. Vitiello, G. Incorpora, D. Mazzone // Cephalalgia. 2006. № 26(2). P. 194–201.
7. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. (DSM-V). Washington, 2013. 947 p.
8. Factors of Early Life as Predictors of Headache in Children at School Entry / M. Aromaa, P. Rautava, H. Helenius, M. Silanpää // Headache. 1998. № 38(1). P. 23–30.
9. Kröner-Herwig B., Heinrich M., Morris L. Headache in German Children and Adolescents: a Population-based Epidemiological Study // Cephalalgia. 2007. № 27(6). P. 519–527.
10. Migraine, Tension-type Headache and Attention-deficit/Hyperactivity Disorder in Childhood: a Population-based Study / M.A. Arruda, V. Guidetti, F. Galli et al. // Postgrad. Med. 2010. № 122(5). P. 18–26.
11. Pennington B.F. Diagnosing Learning Disorders: A Neuropsychological Framework. N. Y.; L., 2009. 355 p.
12. Prevalence and Clinical Characteristics of Primary Headaches among School Children in South Korea: a Nationwide Survey / Y.I. Rho, H.J. Chung, K.H. Lee et al. // Headache. 2012. № 52(4). P. 592–599.
13. Prevalence of Headache and Migraine in Children and Adolescents: a Systematic Review of Population-based Studies / I. Abu-Arafah, S. Razak, B. Sivaraman, C. Graham // Dev. Med. Child Neurol. 2010. № 52(12). P. 1088–1097.
14. Primary Headaches, Attention Deficit Disorder and Learning Disabilities in Children and Adolescents / J. Genizi, S. Gordon, N.C. Kerem et al. // The J. of Headache and Pain. 2013. № 14. P. 54.
15. Primary Headache in Children and Adolescents: Update on Pharmacotherapy of Migraine and Tension-Type Headache / M. Bonfert, A. Straube, A.S. Schroeder et al. // Neuropediatrics. 2013. № 44. P. 3–19.
16. The Associations among Childhood Headaches, Emotional and Behavioral Difficulties, and Health Care Use / T.W. Strine, C.A. Okoro, L.C. McGuire, L.S. Balluz // Pediatrics. 2006. № 117(5). P. 1728–1735.
17. The International Classification of Headache Disorders. 2nd ed. // Cephalalgia. 2004. № 24 (Suppl. 1). P. 9–160.

References

1. Budchanova N.Yu., Delyagin V.M., Khondkaryan G.Sh. Rasprostranennost' i osobennosti klinicheskikh proyavleniy pervichnykh golovnykh boley u shkol'nikov [Primary Cephalgia in Schoolchildren: Prevalence and Peculiarities of Clinical Presentation]. *Pediatrics*, 2008, no. 87 (5), pp. 138–140.
2. Zavadenko N.N. *Giperaktivnost' i defitsit vnimaniya v detskom vozraste* [Hyperactivity and Attention Deficit in Children]. Moscow, 2005. 256 p.
3. *MKB-10 – Mezhdunarodnaya klassifikatsiya bolezney (10-y peresmotr). Klassifikatsiya psikhicheskikh i povedencheskikh rasstroystv. Issledovatel'skie diagnosticheskie kriterii* [ICD-10 – International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (10th Revision). Classification of Mental and Behavioral Disorders. Research Diagnostic Criteria]. St. Petersburg, 1994. 208 p.
4. Riva D., Usilla A., Aggio F., et al. Attention in Children and Adolescents with Headache. *Headache*, 2012, no. 52 (3), pp. 374–384.
5. Barkley R.A. *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*. 3rd ed. New York, 2005. 770 p.
6. Mazzone L., Vitiello B., Incorpora G., Mazzone D. Behavioral and Temperamental Characteristics of Children and Adolescents Suffering from Primary Headache. *Cephalgia*, 2006, no. 26 (2), pp. 194–201.
7. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. (DSM-V). Washington, 2013. 947 p.
8. Aromaa M., Rautava P., Helenius H., Silanpää M. Factors of Early Life as Predictors of Headache in Children at School Entry. *Headache*, 1998, no. 38 (1), pp. 23–30.
9. Kröner-Herwig B., Heinrich M., Morris L. Headache in German Children and Adolescents: A Population-Based Epidemiological Study. *Cephalgia*, 2007, no. 27 (6), pp. 519–527.
10. Arruda M.A., Guidetti V., Galli F., et al. Migraine, Tension-Type Headache and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Childhood: A Population-Based Study. *Postgrad. Med.*, 2010, no. 122 (5), pp. 18–26.
11. Pennington B.F. *Diagnosing Learning Disorders: A Neuropsychological Framework*. New York, 2009. 355 p.
12. Rho Y.I., Chung H.J., Lee K.H., et al. Prevalence and Clinical Characteristics of Primary Headaches Among School Children in South Korea: A Nationwide Survey. *Headache*, 2012, no. 52 (4), pp. 592–599.
13. Abu-Arafeh I., Razak S., Sivaraman B., Graham C. Prevalence of Headache and Migraine in Children and Adolescents: A Systematic Review of Population-Based Studies. *Dev. Med. Child Neurol.*, 2010, no. 52 (12), pp. 1088–1097.
14. Genizi J., Gordon S., Kerem N.C., et al. Primary Headaches, Attention Deficit Disorder and Learning Disabilities in Children and Adolescents. *The Journal of Headache and Pain*, 2013, no. 14, p. 54.
15. Bonfert M., Straube A., Schroeder A.S., et al. Primary Headache in Children and Adolescents: Update on Pharmacotherapy of Migraine and Tension-Type Headache. *Neuropediatrics*, 2013, no. 44, pp. 3–19.
16. Strine T.W., Okoro C.A., McGuire L.C., Balluz L.S. The Associations Among Childhood Headaches, Emotional and Behavioral Difficulties, and Health Care Use. *Pediatrics*, 2006, no. 117 (5), pp. 1728–1735.
17. The International Classification of Headache Disorders. 2nd ed. *Cephalgia*, 2004, no. 24 (Suppl. 1), pp. 9–160.

Nesterovsky Yuri Evgenyevich

The Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov (Moscow, Russia)

Zavadenko Nikolay Nikolaevich

The Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov (Moscow, Russia)

Khondkaryan Garegin Shaenovich

The Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov (Moscow, Russia)

ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER AND HEADACHES

The paper dwells on comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and primary headaches, including tension-type headaches and migraine, in children and adolescents. As many patients with ADHD are predisposed to tension-type headaches (due to stressful events, comorbid anxiety disorders and problems with school education), we look at the clinical manifestations, pathogenesis and treatment options for tension-type headaches. Preventive therapy of tension-type headaches includes non-pharmaceutical approaches and drug therapy. When it comes to pharmacotherapy, medications with multimodal action (such as combining anxiolytic and nootropic effects) are preferable.

Keywords: *attention deficit hyperactivity disorder, primary headaches, tension-type headaches, diagnosis, treatment.*

Контактная информация:

Нестеровский Юрий Евгеньевич

адрес: 117519, Москва, Ленинский просп., д. 117, корп. 2;

e-mail: yenest@bk.ru

Заваденко Николай Николаевич

адрес: 117519, Москва, Ленинский просп., д. 117, корп. 2;

e-mail: zavadenko@mail.ru

Хондкарян Гарегин Шаенович

адрес: 117519, Москва, Ленинский просп., д. 117, корп. 2;

e-mail: gareguin@mail.ru

Рецензент – *Гудков А.Б.*, доктор медицинских наук, профессор, директор института гигиены и экологии человека Северного государственного медицинского университета (г. Архангельск)