

Медико-биологические проблемы жизнедеятельности

Научно-практический рецензируемый журнал

№ 2(24)

2020 г.

Учредитель

Государственное учреждение
«Республиканский научно-
практический центр
радиационной медицины
и экологии человека»

Журнал включен в Перечень научных изданий Республики Беларусь для опубликования диссертационных исследований по медицинской и биологической отраслям науки (31.12.2009, протокол 25/1)

Журнал зарегистрирован
Министерством информации
Республики Беларусь,
Свид. № 762 от 6.11.2009

Подписано в печать 30.09.20
Формат 60×90/8. Бумага мелованная.
Гарнитура «Times New Roman».
Печать цифровая. Тираж 150 экз.
Усл. печ. л. 16,25. Уч.-изд. л. 9,56.
Зак. 250.

Издатель ГУ «Республиканский
научно-практический центр
радиационной медицины и
экологии человека»
Свидетельство N 1/410 от 14.08.2014

Отпечатано в КУП
«Редакция газеты
«Гомельская праўда»
г. Гомель, ул. Полесская, 17а

ISSN 2074-2088

Главный редактор, председатель редакционной коллегии

А.В. Рожко (д.м.н., доцент)

Редакционная коллегия

В.С. Аверин (д.б.н., профессор, зам. гл. редактора), В.В. Аничкин (д.м.н., профессор), В.Н. Беляковский (д.м.н., профессор), Н.Г. Власова (д.б.н., профессор, научный редактор), А.В. Величко (к.м.н., доцент), И.В. Веялкин (к.б.н., доцент), А.В. Воропаева (к.м.н., доцент), Д.И. Гавриленко (к.м.н.), В.В. Евсеенко (к.п.с.н.), С.В. Зыблева (к.м.н., отв. секретарь), А.В. Жарикова (к.м.н.), С.А. Игумнов (д.м.н., профессор), И.Н. Коляда (к.м.н.), А.В. Коротаев (к.м.н., доцент), А.Н. Лызилов (д.м.н., профессор), А.В. Макарич (к.м.н., доцент), С.Б. Мельнов (д.б.н., профессор), Я.Л. Навменова (к.м.н., доцент), Э.А. Надыров (к.м.н., доцент), И.А. Новикова (д.м.н., профессор), Э.Н. Платошкин (к.м.н., доцент), Э.А. Повелица (к.м.н.), А.С. Подгорная (к.м.н.), Ю.И. Рожко (к.м.н., доцент), И.П. Ромашевская (к.м.н.), М.Г. Русаленко (к.м.н., доцент), А.П. Саливончик (к.б.н.), А.Е. Силин (к.б.н., доцент), А.Н. Стожаров (д.б.н., профессор), А.Н. Цуканов (к.м.н.), Н.И. Шевченко (к.б.н., доцент), Ю.И. Ярец (к.м.н., доцент)

Редакционный совет

Е.Л. Богдан (МЗ РБ, Минск), А.В. Аклеев (д.м.н., профессор, Челябинск), О.В. Алейникова (д.м.н., чл.-кор. НАН РБ, Минск), С.С. Алексанин (д.м.н., профессор, Санкт-Петербург), Д.А. Базыка (д.м.н., профессор, Киев), А.П. Бирюков (д.м.н., профессор, Москва), Л.А. Бокерия (д.м.н., академик РАН и РАМН, Москва), А.Ю. Бушманов (д.м.н., профессор, Москва), И.И. Дедов (д.м.н., академик РАМН, Москва), В.И. Жарко (Минск), М.П. Захарченко (д.м.н., профессор, Санкт-Петербург), Л.А. Ильин (д.м.н., академик РАМН, Москва), К.В. Котенко (д.м.н., профессор, Москва), В.Ю. Кравцов (д.б.н., профессор, Санкт-Петербург), Н.Г. Кручинский (д.м.н., Пинск), Т.В. Мохорт (д.м.н., профессор, Минск), Д.Л. Пиневиц (МЗ РБ, Минск), В.Ю. Рыбников (д.м.н., профессор, Санкт-Петербург), Н.Д. Тронько (д.м.н., профессор, Киев), А.Л. Усс (д.м.н., профессор, Минск), В.А. Филонюк (к.м.н., доцент, Минск), Р.А. Часнойть (к.э.н., Минск), В.Е. Шевчук (к.м.н., Минск), В.Д. Шило (Минск)

Технический редактор

С.Н. Никонович

Адрес редакции 246040 г. Гомель, ул. Ильича, д. 290,

ГУ «РНПЦ РМ и ЭЧ», редакция журнала

тел (0232) 38-95-00, факс (0232) 37-80-97

http://www.mbp.rcrm.by e-mail: mbp@rcrm.by

© Государственное учреждение

«Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека», 2020

№ 2(24)

2020

Medical and Biological Problems of Life Activity

Scientific and Practical Journal

Founder

Republican Research Centre
for Radiation Medicine
and Human Ecology

Journal registration
by the Ministry of information
of Republic of Belarus

Certificate № 762 of 6.11.2009

© Republican Research Centre
for Radiation Medicine
and Human Ecology

ISSN 2074-2088

Обзоры и проблемные статьи

- А.В. Жарикова, Н.В. Лысенкова**
Пути повышения эффективности ведения пациентов с головными болями 5
- С.В. Зыблева, С.Л. Зыблев**
Иммунологические механизмы эффекторного звена системы иммунитета при аллотрансплантации 13
- М.Г. Русаленко, И.Г. Савастеева, С.В. Панкова, В.В. Сукристый**
Пищевое поведение и метаболические нарушения: что первостепенно 25

Медико-биологические проблемы

- Н.Г. Власова**
Концепция репрезентативного лица в системе радиационной защиты: от рекомендаций МКРЗ к практическому применению 33
- С.И. Сычик**
Оценка ингаляционных доз облучения населения и пожарных при лесных пожарах в зоне отчуждения, загрязненной в результате катастрофы на ЧАЭС 40
- В.В. Татчихин**
Факторы риска возникновения рака на слизистой оболочке полости рта 52
- Н.И. Тимохина, Н.Н. Веялкин, Э.А. Надыров, Ю.В. Дворник, Е.В. Цуканова, К.М. Фабушева**
Влияние однократного облучения на образование опухолей в легких мышей линии Af 59
- Д.А. Чечетин**
Адаптивное физическое воспитание детей с нарушением костно-мышечного взаимоотношения позвоночного столба 65

Клиническая медицина

- Ю.А. Волчек, Н.В. Карлович, Е.Г. Сазонова, Т.В. Мохорт**
Оценка распространенности гиперпролактинемии и параметров, ассоциированных с изменением уровня пролактина при хронической болезни почек 72

Reviews and problem articles

- A.V. Zharikova, N.V. Lysenkova**
Ways to increase efficiency of managing patients with headaches 5
- S. Zybleva, S. Zyblev**
The immunologic mechanism of the immune system effector am in the allotransplantation 13
- M.G. Rusalenko, I.G. Savasteeva, S.V. Pankova, V.V. Sukristy**
Dietary behavior and metabolic disorders: what is first 25

Medical-biological problems

- N. Vlasova**
The concept of a representative person in the radiation protection system: from the ICRP recommendations to practical application 33
- S.I. Sychik**
Inhalation dose assessment for public and firefighters in case of forest fires in the exclusion zone contaminated after the Chernobyl catastrophe 40
- V.V. Tatchihin**
Risk factors for oral cavity cancer 52
- N.I. Tsimokhina, N.N. Veyalkina, E.A. Nadyrov, Y.V. Dvornik, E.V. Tsukanova, K.M. Fabusheva**
Effect of single irradiation on the formation of tumors in the lungs of Af mouse 59
- D.A. Chechetin**
Adaptive physical education of children with disorders of the musculoskeletal relationship of the spine 65

Clinical medicine

- Y.A. Volchek, N.V. Karlovich, A.G. Sazonova, T.V. Mokhort**
The assessment of the prevalence of hyperprolactinemia and parameters associated with changes in the level of prolactin in chronic kidney disease 72

- А.Ю. Захарко, Н.П. Митьковская, Т.В. Статкевич, А.С. Подгорная, О.В. Мурашко**
Гипертензивные расстройства беременности и сердечно-сосудистые риски 82
- А.Yu. Zaharko, N.P. Mitkovskaya, T.V. Statkevich, A.S. Podgornaya, O.V. Murashko**
Hypertensive disorders in pregnant women and cardiovascular risks
- С.В. Зыблева, А.Е. Силин, О.А. Сердюкова, Е.С. Тихонова**
Клинико-иммунологические и генетические особенности пациентов с атопическим дерматитом 89
- S.V. Zybleva, A.E. Silin, O.A. Serdyukova, E.S. Tihonova**
Clinical, immunological and genetic characteristics in patients with atopic dermatitis
- Ж.М. Козич, В.Н. Мартинков, Ж.Н. Пугачева, М.Ю. Жандаров, Л.А. Смирнова**
Роль экспрессии CD95, CD56 и иммуногистохимического маркера CD138 в опухолевой прогрессии у пациентов с моноклональной гаммапатией неопределённого значения и солитарной плазмацитомой у жителей гомельского региона Беларуси 96
- Z.M. Kozich, V.N. Martinkov, Z.N. Pugacheva, M.Y. Zhandarov, L.A. Smirnova**
The role of CD95, CD56 expression, immunohistochemical marker CD138 in tumor progression in patients with monoclonal gammopathy of undetermined significance and solitary plasmacytoma in residents of the Gomel region, Belarus
- А.В. Коротаев, А.М. Пристром, Е.П. Науменко, Л.Е. Коротаева, С.Н. Кадол**
Биомаркеры фиброза и воспаления и их связь с патологическим ремоделированием миокарда левого желудочка 102
- A.V. Korotaev, A.M. Pristrom, E.P. Naumenko, L.E. Korotaeva, S.N. Kadol**
Biomarkers of fibrosis and inflammation and their relationship to pathological remodeling of the left ventricular myocardium
- А.А. Маркова, Н.Ю. Горбунова, Н.А. Поздеева**
Сравнительный анализ отдалённых результатов лечения пациентов с закрытоугольной глаукомой с плоской радужкой 110
- A.A. Markova, N.Y. Gorbunova, N.A. Pozdeyeva**
Comparative analysis of long-term results of treatment of patients with angle-closure glaucoma with plateau iris
- Ю.И. Ярец**
Матрикс бактериальной биопленки: цитотоксичность, влияние на пролиферативную активность и степень экспрессии поверхностных маркеров фибробластов 116
- Y. Yarets**
Bacterial biofilm matrix: cytotoxicity, effects on proliferative activity and the degree of expression of fibroblast surface markers

Обмен опытом**Experience exchange**

- К.Н. Бuzдалкин, Н.Г. Власова**
Проблемы оценки доз аварийного облучения оперативного персонала АЭС 125
- K.N. Buzdalkin, N.G. Vlasova**
Problems of emergency radiation doses estimation

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГОЛОВНЫМИ БОЛЯМИ

ГУ «РНПЦ радиационной медицины и экологии человека», г. Гомель, Беларусь

В работе представлено состояние отдельных проблемных аспектов диагностики и лечения головных болей, а также возможные пути их решения. Рассмотрены перспективы повышения эффективности ведения и лечения пациентов с головной болью с использованием различных организационных подходов. Представлены новые направления в лечении головных болей: использование моноклональных антител к кальцитонин гендеродственному пептиду, методов нейростимуляции, возможности применения немедикаментозных методов в лечении пациентов с головными болями – когнитивно-поведенческая терапия, биологическая обратная связь, майндфулнесс. Показана необходимость этапного оказания специализированной медицинской помощи при головных болях, в том числе в рамках работы кабинетов головной боли и реализации информационно-образовательных программ по вопросам головных болей.

Ключевые слова: головная боль, мигрень, головная боль напряжения, диагностика, лечение, специализированные кабинеты головной боли, информационно-образовательные программы

В современной медицине проблема боли, механизмы ее формирования, подходы в организации оказания специализированной медицинской помощи пациентам с болевыми синдромами носит мультидисциплинарный характер, что в настоящее время приобретает наибольшую актуальность. Одним из наиболее встречающихся болевых синдромов в клинической амбулаторной практике является головная боль (ГБ), распространенность которой по данным литературных источников составляет не менее 70%, при этом не менее 86-90% населения планеты периодически испытывают ГБ [1]. Цефалгия, или ГБ, – это одна из самых частых причин обращения пациентов к врачам-специалистам различного профиля (терапевтам, неврологам, офтальмологам, психотерапевтам, оториноларингологам) и может являться симптомом более 300 заболеваний и быть клиническим проявлением более чем 50 болезней.

Всемирной организацией здравоохранения отмечено, что социальная и экономическая значимость проблемы ГБ определяется не только ее высокой распространенностью, но и тяжестью бремени для пациента и

общества, поскольку по данным крупномасштабных популяционных исследований наличие у пациентов длительной ГБ ведет к снижению качества жизни, социо-бытовой и трудовой дезадаптации. В Европе в 2010 г. годовые экономические потери, связанные с лечением ГБ, составили 43,5 млрд. евро, а средний ущерб на одного пациента с ГБ – 285 евро. По данным исследований более 70% населения Европы и Америки регулярно испытывают ГБ, которая входит в десятку заболеваний, определяющих существенный вклад во временную нетрудоспособность. В Российской Федерации до 70% затрат, связанных с ГБ (мигрень, головная боль напряжения), составляют расходы, связанные с временной нетрудоспособностью и снижением эффективности труда [2].

Распространенность различных форм ГБ значительно варьирует – от 23 до 67%, что обусловлено влиянием множества факторов [3]:

- недостаточная осведомленность врачей-специалистов о критериях и принципах диагностики различных форм цефалгий;
- низкая информативность эпидемиологической представленности различных форм ГБ с убежденностью о малой

- встречаемости первичных ГБ: мигрени, головной боли напряжения (ГБН);
- низкая обращаемость пациентов по поводу цефалгий легкой и умеренной интенсивности;
 - ошибочность мнения врачей-специалистов о вторичном, симптоматическом генезе ГБ с установкой органических диагнозов (энцефалопатия, неврологические проявления шейного остеохондроза, вегетативная дисфункция и др.);
 - приоритетность необоснованного назначения дополнительных методов исследования с формированием причинно-следственной связи между выявленными изменениями и ГБ;
 - назначение неспецифической лекарственной терапии для курсового профилактического лечения (ноотропы, сосудорегулирующие и вентонизирующие средства).

Головные боли являются проблемой общественного здравоохранения ввиду связанной с ними нетрудоспособностью и финансовыми расходами общества. Первичные ГБ наиболее распространены в максимально продуктивном возрасте, их финансовая стоимость и бремя для общества крайне высоко, что определяется потерянными рабочими часами и сниженной продуктивностью.

Результаты анализа амбулаторных неврологических консультативных приемов показывают, что причинами не менее одной трети обращений к врачам-специалистам являются ГБ. При всем многообразии инструментальных методов диагностики, которые позволяют исключить вторичный генез ГБ, до настоящего времени в странах Европы, Америки, Великобритании, дальнего и ближнего зарубежья проблема установления правильного диагноза и лечения, особенно первичных форм ГБ, остается актуальной. К сожалению, уровень диагностики цефалгий и их лечение в настоящее время не в полной мере соответствуют мировым подходам в этой области. До сих пор имеются трудности в диагностике и неправильной трактовке генеза цефалгических синдромов, широком использовании стандартных «диа-

гнозов» при наличии жалоб на ГБ, которые не отражают истинные причины, механизмы развития ГБ, и, следовательно, определяют неправильный подход в лечении ГБ, что не позволяет добиться реалистических целей в лечении таких пациентов.

Основным инструментом диагностики ГБ является Международная классификация расстройств, сопровождающихся головной и лицевой болью (МКГБ). В настоящее время действует 3-е, переработанное издание МКГБ, опубликованное в 2013 г. – МКГБ-3 (бета-версия), 2013 [4, 5, 6]. Международная комиссия по классификации ГБ, которая подготовила бета-вариант МКГБ-3, придерживается позиции приоритетности Международной классификации болезней 11-го пересмотра (МКБ-11) (версия альфа), которая должна дополняться бета-версией классификации ГБ (МКГБ-3, бета версия). В соответствии с МКГБ-3 «бета», 3-е издание, 2013 цефалгии подразделяются на: 1. первичные (доброкачественные) – не связанные с органическим поражением головного мозга, мозговых сосудов и других структур, расположенных в области головы и шеи; 2. вторичные (симптоматические) – ГБ, которые являются следствием причинного заболевания; 3. болевые краниальные невралгии, другие лицевые и головные боли (таблица 1).

Несмотря на имеющиеся проблемы и недостатки в диагностике и лечении ГБ, распространение русскоязычной версии МКГБ на территории Российской Федерации и стран постсоветского пространства позволило внедрить повсеместное использование единых подходов в международной терминологии и диагностических критериев ГБ, повысить информированность врачей-специалистов о современных принципах диагностики и лечения первичных и вторичных цефалгий.

Диагностика ГБ должна осуществляться с использованием Международной классификации ГБ (МКГБ, 3-я версия, 2013), согласно которой должен быть установлен вид головной боли и проведена формулировка диагноза в строгом соответствии с терминологией МКГБ [4].

Таблица 1 – Международная классификация головных и лицевых болей (3-е издание, бета-версия, 2013)

<p>Часть I. Первичные ГБ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Мигрень • Головная боль напряжения (ГБН) • Кластерная ГБ и другие тригеминальные вегетативные цефалгии (ТВЦ) • Другие первичные ГБ (связанная с физической, сексуальной нагрузкой, кашлевая ГБ, гипническая ГБ, громоподобная)
<p>Часть II. Вторичные ГБ</p> <ul style="list-style-type: none"> • ГБ, связанные с травмой головы и/или шеи • ГБ, связанные с сосудистыми поражениями черепа и шейного отдела позвоночника • ГБ, связанные с несосудистыми внутрочерепными поражениями • ГБ, связанные с различными веществами или их отменой, в том числе лекарственно-индуцированная (абузусная) ГБ, связанная с избыточным применением анальгетиков или триптанов • ГБ, связанные с инфекциями • ГБ, связанные с нарушениями гомеостаза, в том числе ГБ, связанная с артериальной гипертензией • Головные и лицевые боли, связанные с нарушением структур черепа, шеи, в том числе цервикогенная, глаз, связанная с глаукомой, ушей, носовой полости, пазух, в том числе связанная с синуситами, зубов, ротовой полости или других структур черепа и лица, в том числе ГБ, связанная с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава • ГБ, связанные с психическими расстройствами
<p>Часть III. Болевые краниальные невралгии, другие лицевые и головные боли</p> <ul style="list-style-type: none"> • Болевые краниальные невралгии и другие лицевые боли • Другие ГБ

Следует иметь в виду, что наибольшее распространение в популяции имеют первичные ГБ, которые не связаны с поражением головного мозга, других структур головы и шеи или системными заболеваниями. Вторичные ГБ, связанные с причинным заболеванием, в практике встречаются значительно реже, при этом самой распространенной формой вторичной ГБ специалисты отмечают лекарственно-индуцированную (абузусную) ГБ.

В первую очередь, диагностика первичных головных болей является клинической и основана на анализе жалоб, данных анамнеза и оценки неврологического статуса. В клиническом интервью особо важное значение придается ведению пациентом дневника ГБ, поскольку только тщательный анализ врачом-специалистом характеристик ГБ, особенностей их течения, триггеров, провоцирующих ГБ, кратности использования и характеристик лекарственных средств, применяемых пациентами для купирования приступов ГБ, позволяет провести правильную диагностику ГБ.

Вместе с тем, назначение инструментальных и лабораторных методов иссле-

дования, консультаций специалистов в большинстве случаев не имеют диагностической ценности при первичных формах ГБ и лекарственно-индуцированной ГБ, поскольку не выявляют специфических изменений, характерных для этих цефалгий. В то же время назначение дополнительных методов исследования оправдано в случаях нетипичного течения первичной ГБ, интенсивности ГБ более 7 баллов по Визуальной аналоговой шкале боли при ГБН, отсутствию ночных атак при кластерной ГБ, наличия одного и более сигналов опасности (таблица 2) [7].

Согласно международным стандартам, большинству пациентов, особенно с первичными формами ГБ, диагноз должен быть установлен на этапе оказания первичной медицинской помощи – врачом-терапевтом, врачом общей практики (первый уровень). Второй уровень обеспечивается неврологами, обладающими специальными знаниями в области цефалгологии. Третий уровень включает специализированные междисциплинарные центры ГБ, которых в странах Европы, США и Японии насчитывается более 1000 [3, 8]. Общеизвестная

Таблица 2 – Перечень настораживающих симптомов («сигналов опасности») у пациентов с головными болями

- ГБ, впервые возникшая после 50 лет;
- ГБ, изменившая свое течение;
- «Громоподобная» ГБ (ГБ нарастающая до 10 баллов по ВАШ за 1-2 с.);
- Строго односторонняя ГБ;
- Прогрессивно ухудшающаяся ГБ без ремиссий;
- Внезапно возникшая, необычная для пациента ГБ;
- Атипичная мигренозная аура (с необычными зрительными, сенсорными или двигательными нарушениями и/или продолжительностью более 1 часа);
- Изменения сознания (оглушенность, спутанность, амнезия,) или психические нарушения (бред, галлюцинации и др.);
- Очаговые неврологические знаки, симптомы системного заболевания (повышение температуры тела, кожная сыпь, ригидность мышц шеи, артралгии, миалгии);
- Признаки внутричерепной гипертензии (усилении ГБ при кашле и физическом напряжении), утренние ГБ;
- Отек диска зрительного нерва;
- ВИЧ-инфекция, онкологическое, эндокринное и др. системное заболевание или травма головы в анамнезе;
- Дебют ГБ во время беременности или в послеродовом периоде;
- Неэффективность адекватного лечения

модель оказания медицинской помощи при ГБ заключается в неоднократных визитах и осмотрах пациентов врачами-неврологами, проведение нейровизуализации, в редких случаях – стационарном лечении в неврологических отделениях. В то же время описывают возможность внедрения трехступенчатой модели оказания медицинской помощи при ГБ, которая максимально приближена к зарубежным аналогам: 1) первичное звено: терапевты и врачи общей практики, которые обеспечивают лечение 80-90% пациентов с ГБ; 2) вторичное звено: неврологи, которые осматривают 10-15% пациентов, не получивших достаточную медицинскую помощь на первом этапе, и назначают дополнительные виды исследований; 3) третичное звено: стационар, в котором осуществляется лечение 5-10% пациентов с ГБ и 3% пациентов с тяжелой некурабельной ГБ, поступающих минуя второй уровень в стационар [2, 9].

Дополнительными факторами, снижающими качество оказания медицинской помощи у пациентов с ГБ, являются стандарты продолжительности времени, отведенные на прием одного пациента у врача-терапевта, врача-невролога. И если в условиях стационара имеется большее количество времени на сбор у пациента жалоб, анам-

неза заболевания, проведение дополнительного анкетирования, тестирования, то в амбулаторной практике в условиях дефицита времени, выделенного на осмотр одного пациента, выполнить это в полной мере не представляется возможным, что определяет необходимость организации специализированных приемов врачами-специалистами по вопросам диагностики и лечения цефалгий.

Немаловажное значение в решении вопросов правильности постановки диагнозов при ГБ, назначения адекватной терапии, формирования у пациентов приверженности к лечению играет использование новых современных подходов в организации оказания медицинской помощи пациентам с ГБ. Опыт Европы, Российской Федерации показывает положительный эффект функционирования Национальных обществ по изучению головной боли, в основе деятельности которых лежит объединение специалистов, специализирующихся на проблемах ГБ, координация образовательной и научно-исследовательской деятельности в этой области, повышение информированности и медицинской грамотности пациентов с ГБ, освещение социально-экономической значимости проблематики ГБ [8].

В последние годы с положительной стороны зарекомендовали себя специализиро-

ванные центры/кабинеты головной боли, созданные в крупных городах Российской Федерации и стран постсоветского пространства [8, 10]. Опыт функционирования специализированных кабинетов диагностики и лечения ГБ показывает более высокие результаты в области диагностики и терапии ГБ, эффективность которых определяется в том числе показателями уменьшения количества выездов бригад скорой медицинской помощи для купирования приступов ГБ, изменением структуры заболеваемости пациентов, обращающихся в территориальные организации здравоохранения, с увеличением удельного веса диагнозов первичных форм ГБ, более широким применением адекватной патогенетической терапии купирования приступов ГБ, повышением уровня профессиональной грамотности в области цефалгий, информированности пациентов по проблемам ГБ [8, 10].

Общая стратегия лечения ГБ предполагает соблюдение нескольких подходов: рекомендации по образу жизни, поведенческая терапия (обучение пациента), профилактическое лечение, купирование приступов.

Как показывает практика, эффективность лечения пациентов с ГБ зависит от совместного выбора врача и пациента индивидуального плана лечения, а так же квалификации и компетентности врача-специалиста в вопросах лечения ГБ.

Фармакотерапия, проводимая в соответствии с международными рекомендациями, бесконтрольный прием пациентами лекарственных средств для купирования головной боли, несоблюдение пациентами всех правил приема препаратов, или их самостоятельное прекращение при проведении длительного профилактического лечения, а также нарастание частоты коморбидных психических и соматических заболеваний могут явиться факторами хронизации процесса, что приводит к формированию хронических форм ГБ и развитию лекарственно-индуцированной ГБ. В связи с этим весьма важно тесное взаимодействие пациента и врача на этапе формирования плана лечения с учетом

разновидности ГБ, наличия коморбидной патологии, факторов риска.

Новые перспективы в лечении мигрени, распространенность которой среди первичных форм ГБ составляет до 15%, открывает применение в лечении таких пациентов моноклональных антител к кальцитонин генеродственному пептиду (CGRP), которому отводится ведущая роль в реализации тригемино-васкулярного механизма развития мигрени [11]. Появление гуманизированных моноклональных антител открыло возможности блокирования действия CGRP в организме, что способствовало появлению нового класса лекарственных препаратов – моноклональных антител к CGRP или его рецептору (анти-CGRP моноклональные антитела – фреманезумаб, галканезумаб, эптинезумаб) [11]. Данная группа препаратов отличается высокой специфичностью действия, существенно меньшим спектром побочных эффектов, оптимальными фармакокинетическими характеристиками, позволяющими применять препарат 1 раз в 2-5 недель. Многочисленные исследования (STRIVE, LIBERTY, PROMISE, HALO) доказали эффективность препаратов моноклональных антител к CGRP как при частой эпизодической, так и при хронической формах мигрени, поскольку значительно снижали как частоту дней с ГБ, так и дней с мигренью. Лечение данной группой препаратов следует рассматривать тогда, когда пациенты не могут принимать стандартную терапию из-за наличия коморбидной патологии, побочных эффектов и низкой комплаентности, а также в случаях неэффективного применения одного или двух препаратов для стандартной профилактической терапии [12-14].

Существующие ограничения фармакотерапевтического лечения ГБ, а также значительный технический мировой прогресс позволили использовать в терапии некоторых разновидностей первичной ГБ (мигрень, ГБН) альтернативные методы лечения. В частности, еще в 90-е годы 20 века в нескольких исследованиях была показана эффективность различных методов нейро-

стимуляции нервов для лечения и профилактики различных форм ГБ. При этом, как отмечается, имелись положительные результаты использования различных методов как инвазивной, так и неинвазивной нейростимуляции. Вместе с тем использование инвазивных методов нейростимуляции (метод стимуляции блуждающего нерва, крылонебного ганглия, затылочного нерва с использованием имплантируемых электродов и микроstimуляторов) ограничено и применимо только в случаях тяжелой инвалидизации, частых тяжелых фармакорезистентных приступах мигрени, поскольку при инвазивной имплантации стимуляторов возможны неблагоприятные явления в виде миграции электродов, необходимости замены батареи, развития инфекционных осложнений. В связи с этим весьма перспективны в лечении и профилактике приступов ГБ неинвазивная нейростимуляционная терапия (транскраниальная нейростимуляция магнитным или постоянным током, чрескожная стимуляция перикраниальных нервов) [15]. Транскраниальная магнитная стимуляция (ТКМС) была одобрена FDA для купирования приступов мигрени с аурой. Имеются данные об эффективности использования ТКМС в профилактическом лечении мигрени и головной боли напряжения, однако крупномасштабные исследования, касающиеся данной тематики, не выполнялись [16, 17]. С положительной стороны зарекомендовал метод чрескожной стимуляции блуждающего нерва с помощью микроstimулятора, имплантированного в область шеи для лечения приступов мигрени [15].

В настоящее время среди новых инновационных разработок особое внимание заслуживает метод чрескожной стимуляции супраорбитального нерва (t-SNS) с использованием специального устройства «Cefaly» (Бельгия), которое было одобрено FDA в 2014 г. для профилактики мигрени. Кроме возможностей использования данного метода в профилактическом лечении мигрени, его можно использовать для купирования отдельных мигренозных приступов ГБ [15].

Наряду с подбором фармакотерапевтического лечения весьма актуально применение в терапии пациентов с ГБ дополнительных немедикаментозных методов лечения с целью нивелирования других факторов, определяющих течение ГБ [5, 18]. Одним из таких методов является применение при лечении пациентов с ГБ когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), в особенности, когда пациент имеет неправильные представления о заболевании, провоцирующих факторах, методах профилактики и купирования ГБ. КПТ направлена на изменение информированности и знаний пациентов о заболевании, формах ГБ, характере боли, ее течении и прогнозе (когнитивная часть), а так же его поведения. Поведенческая терапия направлена на изменение «болевого» образа жизни пациента, увеличение физической и социальной активности, оценку факторов риска и способов снижения их влияния на возникновение приступов ГБ. Использование другой методики – биологической обратной связи (БОС), позволяет обучить пациента способам контроля стресса и внутреннего напряжения, провоцирующих и способствующих усилению боли. Некоторые исследователи рекомендуют уделить особое внимание при ведении пациентов с ГБ упражнениям по технике осознанности – майндфулнесс, которые изменяют внимание, сознательно направленное на существующее в настоящий момент положение вещей, лишённое какой бы то ни было оценки (безоценочная осведомленность как результат сознательного направления внимания на текущий развертывающийся опыт).

Немаловажным моментом в успехах ведения пациентов с ГБ является участие в этом процессе его близких людей и родственников, поскольку со стороны близких, коллег как правило наблюдается эффект непонимания проблемы ГБ, ее генеза, способах ее купирования и провоцирования, что может сказываться на межличностных отношениях в семье и на работе, может сформировать чувство вины и

неполноценности у пациента, и приведет к значительному снижению качества жизни таких пациентов.

Другим возможным инструментом улучшения качества оказания специализированной медицинской помощи пациентам с ГБ является информационно-образовательная подготовка, которая широко используется в таких областях медицины, как эндокринология, кардиология. Информационно-образовательная подготовка пациентов предполагает комплекс мероприятий информационно-просветительского характера, направленных на усиление лечебно-профилактических мер, увеличение приверженности к лечению, сотрудничества врача и пациента, что в конечном итоге приведет к улучшению клинических показателей и качества жизни пациентов с ГБ, формированию удовлетворенности лечением, а также снизит финансовые расходы пациента, связанные с болезнью [19]. Наиболее эффективным способом осуществления информационно-образовательной подготовки пациентов по вопросам ГБ является организация школ головной боли, успешно реализуемых в странах Европы, Российской Федерации (г. Москва, г. Санкт-Петербург, г. Ростов-на-Дону и др.). Функционирование школ для пациентов помогает сформировать личную ответственность пациента за свое здоровье, а также приобрести пациентами навыки оказания самопомощи. Работа школ ГБ позволяет установить такие взаимоотношения врача-специалиста и пациента, при которых пациент наравне с врачом участвует в достижении целей, поставленных совместно с врачом в начале процесса лечения хронического заболевания [19-21].

Заключение

Таким образом, несмотря на имеющиеся определенные трудности при ведении пациентов с головными болями, внедрение новых организационных подходов и современных методов лечения позволит улучшить качество оказания специализирован-

ной медицинской помощи при различных формах головных болей.

Библиографический список

1. Медведева, Л.А. Анализ обращаемости пациентов с головными болями к неврологу клиники боли / Л.А. Медведева, О.И. Загоруйко, Г.Е. Шевцова // Российский журнал боли. – 2016. – № 2. – С. 137-138.
2. Головная боль как медико-социальная проблема (обзор литературы) / А.В. Кондратьев [и др.]. // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2017. – Т. 9. – № 2. – С. 83-88.
3. Осипова В.В. Первичные головные боли в практике невролога и терапевта / В.В. Осипова. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 96 с.
4. The International Classification of Headache Disorders. 3rd ed. (beta version) // Cephalalgia. – 2018. – Vol 38. – № 1. – P. 1-211.
5. Табеева, Г.Р. Головная боль: руководство для врачей / Г.Р. Табеева. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 296 с.
6. Садоха, К.А. Мигрень: классификация, диагностика, лечение / К.А. Садоха // Международные обзоры: клиническая практика и здоровье. – 2015. – № 5. – С. 15-28.
7. Диагностика и лечение мигрени: рекомендации российских экспертов / В.В. Осипова [и др.]. // Журнал неврологии и психиатрии. – 2017. – № 1. – Вып. 2. – С. 28-42.
8. Диагностика головных болей в России и странах постсоветского пространства: состояние проблемы и пути ее решения / В.В. Осипова [и др.]. // Анналы клинической и экспериментальной неврологии. – 2012. – Т. 6. – № 2. – С. 16-22.
9. Фокин, И.В. Актуальные проблемы организации медицинской помощи при головной боли / И.В. Фокин // The journal of scientific articles «Health&education millennium». – 2014. – Vol. 16. – № 3. – P. 72-75.
10. Наумова, Г.И. Опыт организации альгологической помощи пациентам с головной болью в Витебской области / Г.И. Наумова, А.А. Пашков, В.И. Орехова // Боль. – 2008. – № 3. – С. 41-46.

11. Азимова, Ю.Э. Моноклональные антитела к CGRP: новое слово в лечении мигрени / Ю.Э. Азимова, Я.И. Ашихмин, М.Л. Кукушкин // Российский журнал боли. – 2019. – № 2. – С. 61-66.
12. A controlled trial of erenumab for episodic migraine / P.J. Goadsby [et al.] // N. Engl. J. Med. – 2017. – Vol. 377. – P. 2123-2132.
13. Dodick, D.W. Effect of fremanezumab compared with placebo on prevention of episodic migraine: A randomized clinical trial / D.W. Dodick // JAMA. – 2018. – Vol. 319. – P. 1999-2008.
14. Fremanezumab for the preventive treatment of chronic migraine / S.D. Silberstein [et al.] // N. Engl. J. Med. – 2017. – Vol. 377. – P. 2113-2122.
15. Табеева, Г.Р. Нейростимуляция супраорбитального нерва с помощью устройства Cefaly – новый метод лечения мигрени (обзор) / Г.Р. Табеева // Журнал неврологии и психиатрии. – 2019. – № 3. – С. 3-8.
16. Искра, Д.А. Транскраниальная магнитная стимуляция моторной коры при головных болях напряжения / Д.А. Искра, Д.Н. Фрунза, Т.В. Бодрова // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2012. – № 2. – С. 79-83.
17. Беляев, А.А. Лечение мигрени методом транскраниальной магнитной стимуляции / А.А. Беляев, Е.И. Исайкова, А.С. Сон // Международный неврологический журнал. – 2015. – № 3. – С. 85-89.
18. Мухаметзянова, А.Х. Психологические методы лечения хронической ежедневной головной боли / А.Х. Мухаметзянова // Российский журнал боли. – 2020. – Т. 18. – № 1. – С. 5-9.
19. Голубев, В.Л. Роль информационно-образовательной подготовки пациентов в повышении эффективности лечения головной боли / В.Л. Голубев, А.Б. Данилов, Е.В. Шевченко // Русский медицинский журнал. Специальный выпуск. Болевой синдром. – 2013. – С. 2-5.
20. Nurse-based education: an office-based comparative model for education of migraine patients / R. Cady [et al.] // Headache. – 2008. – Vol. 48. – № 4. – P. 564-569.
21. Данилов, А.Б. Влияние информационно-образовательной подготовки пациента на клинические, финансово-экономические факторы и удовлетворенность лечением / А.Б. Данилов, Е.В. Шевченко // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2014. – № 2. – С. 29-33.

A.V. Zharikova, N.V. Lysenkova

WAYS TO INCREASE EFFICIENCY OF MANAGING PATIENTS WITH HEADACHES

The article presents the state of certain problematic aspects concerning the diagnosis and treatment of headaches, as well as possible ways to solve them. Prospects for improving the efficiency of management and treatment of patients with headache using various organizational approaches are considered.

New approaches in the treatment of headaches are presented: the use of monoclonal antibodies to the calcitonin gene-related peptide and methods of neurostimulation, the possibility of using non-drug methods in the treatment of patients with headaches – cognitive-behavioral therapy, biofeedback, mindfulness. The necessity of stage-by-stage provision of specialized medical care for headaches is pointed out, including within the framework of headache rooms and the implementation of information and educational programs on headaches.

Key words: *headache, migraine, tension headache, diagnosis, treatment, specialized headache rooms, information and educational programs*

Поступила 10.09.2020