

Медико-биологические проблемы жизнедеятельности

Научно-практический рецензируемый журнал

№ 2(32)

2024 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 27.09.24
Формат 60×90/8. Бумага мелованная.
Гарнитура «Times New Roman».
Печать цифровая. Тираж 120 экз.
Усл. печ. л. 21,25. Уч.-изд. л. 12,94.
Зак. 524.

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., профессор)

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), К.Н. Буздакин (к.т.н., доцент), Н.Г. Власова (д.б.н.,
профессор, научный редактор), А.В. Величко (к.м.н., доцент),
И.В. Веякин (к.б.н., доцент), Н.Н. Веякина (к.б.н., отв.
секретарь), А.В. Воропаева (к.б.н., доцент), Д.И. Гавриленко
(к.м.н.), М.О. Досина (к.б.н., доцент), А.В. Жарикова (к.м.н.),
С.В. Зыблева (д.м.н., доцент), С.А. Игумнов (д.м.н., профессор),
А.В. Коротаяев (к.м.н., доцент), А.Н. Лызинов (д.м.н., профессор),
А.В. Макарич (к.м.н., доцент), С.Б. Мельнов (д.б.н., профессор),
В.М. Мицура (д.м.н., доцент), 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.), А.П. Саливончик (к.б.н.), А.Е. Силин
(к.б.н., доцент), А.Н. Стожаров (д.б.н., профессор), И.О. Стома
(д.м.н., профессор), Н.И. Шевченко (к.б.н., доцент), Ю.И. Ярец
(к.м.н., доцент)

Редакционный совет

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), Е.Л. Богдан (Минск),
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),
К.В. Котенко (д.м.н., профессор, Москва), В.Ю. Кравцов
(д.б.н., профессор, Санкт-Петербург), Е.Н. Кроткова (к.м.н.,
доцент, Минск), Н.Г. Кручинский (д.м.н., профессор, Пинск),
Т.В. Мохорт (д.м.н., профессор, Минск), Д.Л. Пиневиц (Минск),
В.Ю. Рыбников (д.м.н., профессор, Санкт-Петербург), А.Л. Усс
(д.м.н., профессор, Минск), В.А. Филонюк (д.м.н., профессор,
Минск), Р.А. Часнойть (к.э.н., Минск), В.Д. Шило (Минск)

Технический редактор

С.Н. Никонович

Корректор

Н.Н. Юрченко

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», 2024

№ 2(32)

2024

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. Рожко, С.В. Зыблева, А.В. Жарикова,
В.М. Мицура, Н.Н. Багинская**

Роль государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» в системе здравоохранения и перспективы его развития

7

Э.В. Вист, А.В. Бойко, М.М. Селицкий

Воспаление как движущая сила нейродегенерации. Основы персонализированной диагностики и лечения (обзор литературы)

15

**Ж.М. Козич, В.Н. Мартинков, Н.Н. Климович,
Т.В. Руденкова, С.А. Костюк,
Н.В. Сердюкова**

Новые подходы в диагностике и терапии множественной миеломы (обзор литературы)

23

Н.И. Тимофеева, Е.Г. Жук

Оценка жесткости паренхимы почечного аллотрансплантата сдвиговой волновой соноэластографией (обзор литературы)

29

Медико-биологические проблемы

**Т.Э. Владимирская, И.Э. Адзериho,
А.М. Устемчук**

Оценка эндотелиального апоптоза в легочных артериях крыс с монокроталин-индуцированной легочной артериальной гипертензией

37

**Н.Г. Власова, К.Н. Буздалькин, Л.Н. Эвентова,
А.Н. Матарас, Г.Н. Евтушкова,
Д.Б. Куликович**

Реконструкция индивидуализированных доз внутреннего облучения в условиях неопределенности и неполных данных СИЧ-измерений

44

Д.Б. Куликович

Сравнительный анализ методов реконструкции индивидуализированных доз внешнего облучения населения, проживающего на радиоактивно-загрязненной территории

50

Reviews and problem articles

**A.V. Rozhko, S.V. Zybleva, A.V. Zharikova,
V.M. Mitsura, N.N. Baginskaya**

The role of state institution «Republican research center for radiation medicine and human ecology» in the healthcare system and its development prospects

E.V. Vist, A.V. Boika, M.M. Sialitski

Inflammation as a driving force of neurodegeneration. Fundamentals of personalized diagnostics and treatment

**Zh.M. Kozich, V.N. Martinkov, N.N. Klimovich,
T.V. Rudenkova, S.A. Kostyuk,
N.V. Serdyukova**

New approaches in the diagnosis and treatment of multiple myeloma (review)

N.I. Timofeeva, E.G. Zhuk

Shear wave ultrasound elastography in assessing the stiffness of the renal allograft parenchyma (literature review)

Medical-biological problems

**T.Ye. Vladimirskaja, I.Ye. Adzeriho,
A.M. Ustemchuk**

Assessment of endothelial apoptosis in the pulmonary arteries of rats with monocrotaline-induced pulmonary arterial hypertension

**N.G. Vlasova, K.N. Buzdalkin, L.N. Eventova,
A.N. Mataras, G.N. Yevtushkova,
D.B. Kulikovich**

Reconstruction of individualized radiation doses under conditions of uncertainty and incomplete of whole-body γ -spectrum analyzer measurement data

D.B. Kulikovich

Comparative analysis of methods for reconstruction of individualized external exposure doses to population living in a radioactively contaminated territory

- Е.В. Мартищенко, Н.Д. Пузан, Г.З. Гутцева, И.А. Чешик**
 Результаты опроса респондентов Гомельской и Витебской областей относительно наиболее часто используемых в повседневной жизни устройств (видов связи) 58
- Е.К. Нилова, К.Н. Буздалкин**
 Методология экспресс-оценки радиационной обстановки с применением мобильной лаборатории 65
- Т.В. Переволоцкая, А.Н. Переволоцкий**
 Оценка радиационной обстановки и внешнего облучения работников лесного хозяйства при проведении работ в I и II зонах радиоактивного загрязнения 73
- Д.В. Чарнаштан, Ю.В. Бондарева, Ф.Н. Карпенко, М.П. Потапнев, Н.В. Чуешова, Н.Н. Веялкина, Н.Г. Мальцева, Э.А. Надыров, Д.А. Зиновкин, В.И. Николаев**
 Доклиническая оценка эффективности интрамедуллярной биокompозитной костной пластики в ранние сроки после имплантации бесцементного бедренного компонента эндопротеза тазобедренного сустава у лабораторных крыс 79
- Н.В. Чуешова, В.М. Щемелев, Е.А. Щурова, И.А. Чешик**
 Антиоксидантная система печени крыс-самцов на разных этапах онтогенеза в условиях хронического воздействия электромагнитного поля низкой интенсивности 87

Клиническая медицина

- А.Ю. Захарко, А.С. Подгорная, О.В. Мурашко, М.Ю. Жандаров, А.Р. Ромбальская**
 Анализ случаев гладкомышечных опухолей матки с неопределенным злокачественным потенциалом (STUMP) в ГУ «РНПЦ радиационной медицины и экологии человека» 95

Clinical medicine

- A.Yu. Zaharko, A.S. Podgornaya, O.V. Murashko, M.Yu. Zhandarov, A.R. Rombalskaya**
 Analysis of cases of smooth muscle tumors of the uterus with uncertain malignant potential (STUMP) at the SI «Republican research center for radiation medicine and human ecology»

С.Л. Зыблев, А.Е. Силин, В.Н. Мартинков, С.В. Зыблева, А.В. Величко, Б.О. Кабешев		S.L. Zyblev, A.E. Silin, V.N. Martinkov, S.V. Zybleva, A.V. Velichko, B.O. Kabeshev	
Динамика уровня такролимуса у реципиентов почечного трансплантата	100	Dynamics of tacrolimus levels in renal transplant recipients	
С.А. Иванов, О.Г. Хоров, А.М. Юрковский, А.С. Богомаз		S.A. Ivanov, O.G. Khorov, A.M. Yurkovsky, A.S. Bogomaz	
Замещение дефектов наружного носа с использованием хрящевых аллогraftов: послеоперационные осложнения и косметические результаты	105	Nasal defect reconstruction using cartilage allografts: postoperative complications and cosmetic outcomes	
Т.Х. Нгуен, Д.Ш. Нгуен, В.Д. Чан, Ф.К. Дао, Т.Б.Л. Нгуен, М.Т. Нгуен		T.H. Nguen, D.Sh. Nguen, V.D. Chan, F.K. Dao, T.B.L. Nguen, M.T. Nguen	
Распространенность респираторных симптомов у рабочих промышленных предприятий	111	Prevalence of respiratory symptoms in industrial workers	
И.А. Новикова, К.С. Макеева, Е.Ф. Мицура		I.A. Novikova, K.S. Makeyeva, E.F. Mitsura	
Параметры функциональной активности нейтрофилов у детей с наследственным сфероцитозом	121	Parameters of neutrophil functional activity in children with hereditary spherocytosis	
Э.А. Повелица, О.В. Пархоменко, В.А. Рожко, В.А. Доманцевич, А.В. Доманцевич, А.А. Чулков, А.М. Шестерня, О.Г. Жариков		E.A. Povelitsa, O.V. Parhomenko, V.A. Rohko, V.A. Domantsevich, A.V. Domantsevich, A.A. Chulkov, A.M. Shesternya, O.G. Zharikov	
Хирургическое лечение андрогенитальных проявлений варикозной болезни малого таза	127	Surgical treatment of androgenital manifestations of pelvic vein disease	
Э.А. Повелица, О.В. Пархоменко, В.А. Рожко, В.А. Доманцевич, А.М. Шестерня		E.A. Povelitsa, O.V. Parhomenko, V.A. Rozhko, V.A. Domantsevich, A.M. Shesternya	
Микрохирургическая флэбэктомия вен семенного канатика с использованием системы визуализации 3d NGENUITY	136	Microsurgical phlebectomy of the spermatic cord veins using the 3d NGENUITY visualization system	
Е.В. Родина, Д.И. Гавриленко, Н.И. Корженевская, О.А. Романива, А.П. Саливончик, Н.Г. Кадочкина, С.Н. Коржева, Е.В. Семеняго, Е.П. Науменко		A.V. Rodzina, D.I. Haurylenka, N.I. Korzhaneuskaya, A.A. Romaniva, A.P. Salivontchik, N.G. Kadotchkina, S.N. Korzhava, Ye.V. Semeniah, A.P. Naumenka	
Структурно-функциональные изменения сердца у пациентов, перенесших ИНФЕКЦИЮ COVID-19	142	Structural and functional cardiac changes in patients with COVID-19 infection	
А.А. Чулков, З.А. Дундаров, А.В. Величко, Б.О. Кабешев, Э.А. Повелица, Я.Л. Навменова, Ю.И. Ярец		A.A. Chulkov, Z.A. Dundarov, A.V. Velichko, B.O. Kabeshev, E.A. Povelitsa, Ya.L. Navmenova, Yu.I. Yarets	
Клинико-лабораторная оценка функции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси у пациентов после унилатеральной адреналэктомии	148	Clinical and laboratory evaluation of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis function in patients after unilateral adrenalectomy	

Обмен опытом**Experience exchange****А.В. Жарикова, Н.В. Лысенкова**

Мультидисциплинарный подход — залог успешности лечения пациентов с хронической мигренью

154

А.С. Подгорная, А.Ю. Захарко, О.В. Мурашко, В.Н. Калачев

ACUM — редкая мюллеровая патология (клинический случай)

161

Н.В. Холупко, Я.Л. Навменова, Е.С. Махлина, А.В. Коротаев, А.В. Рожко

Амиодарон-индуцированный тиреотоксикоз: клинический случай

167

A.V. Zharikova, N.V. Lysenkova

Multidisciplinary approach is the key to successful treatment of patients with chronic migraine

A.S. Podgornaya, A.Yu. Zakharko, O.V. Murashko, V.N. Kalachev

ACUM — rare mullerian pathology (clinical case)

N.V. Kholupko, Ya.L. Navmenova, E.S. Makhlina, A.V. Korotaev, A.V. Rozhko

Amiodarone-induced thyrotoxicosis: a clinical case

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД — ЗАЛОГ УСПЕШНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ МИГРЕНЬЮ

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

В статье рассмотрены проблемные вопросы головных болей и ведения пациентов с хронической мигренью, как одного из видов первичных цефалгий. Приведены факторы риска и триггеры, механизмы хронизации головных болей при мигрени. Рассмотрены возможные подходы и методики повышения эффективности лечения хронической мигрени. Приведен клинический случай успешного использования в ГУ «РНПЦ РМиЭЧ» мультидисциплинарного подхода в лечении пациента с хронической мигренью в сочетании с лекарственно-индуцированной головной болью с участием врачей-специалистов различного профиля, с проведением медикаментозной профилактической терапии, когнитивно-поведенческой терапии, сеансов акупунктуры и психотерапии, лечения лекарственно-индуцированной головной боли.

Ключевые слова: первичная головная боль, хроническая мигрень, мультидисциплинарный подход, лечение мигрени, цефалгия

Введение

Первичные головные боли являются одной из наиболее актуальных и распространенных проблем современной неврологии, среди которых мигрень и головная боль напряжения являются вариантами первичных цефалгий, наиболее часто встречающихся в нашей популяции [1]. Значение проблемы головных болей определяется не только ее высокой распространенностью в популяции, поскольку каждый человек хотя бы раз за свою жизнь испытывает головную боль, но и тяжелым бременем для пациентов и государства вследствие экономических потерь в связи с цефалгией.

Крупномасштабные исследования, проведенные в различных странах мира, показали, что основной удельный вес финансовых потерь, связанных с головной болью, обусловлен непрямыми расходами в связи с невыходом пациента на работу, нахождением на листке нетрудоспособности [2-4]. Среди первичных цефалгий мигрень занимает 7-е место среди при-

чин нарушения трудоспособности, при этом женщины страдают значительно чаще, чем мужчины [5]. Пик заболевания приходится на наиболее активный и трудоспособный возраст 30–40 лет, что приводит к значительному снижению повседневной активности и качества жизни пациентов. Не менее чем у 3% пациентов с мигренью ежегодно происходит прогрессирование заболевания с трансформацией эпизодической мигрени в хроническую.

В соответствии с Международной классификацией расстройств, сопровождающихся головной болью, 3-й бета-версией, 2013 (МКГБ-3 бета, 2013) хроническая мигрень — отдельная форма мигрени, которая проявляется наличием ежедневных или почти ежедневных головных болей (более 15 дней в месяц с головной болью на протяжении 3-х и более месяцев), из которых не менее 8 дней в месяц головные боли соответствуют мигренозным [6]. При этом ежедневная головная боль имеет характеристики, сходные с головными болями напряженного типа.

Причины хронизации и стратегии лечения хронической мигрени

Хроническая мигрень составляет около 10% среди всех форм мигренозных головных болей [7], а ее распространенность в популяции составляет около 0,9–2,2% [8]. Данный вид цефалгии довольно часто не диагностируется, протекает под масками головных болей различного генеза (сосудистой, головной боли напряжения, цервикокраниалгии), может являться частой причиной обращений на прием к врачам-неврологам, врачам общей практики и характеризуется склонностью к рефрактерности лечения заболевания [8]. Другой проблемой неудовлетворительного уровня ранней диагностики первичных головных болей (в частности — мигрени) и недостаточного качества оказания медицинской помощи таких пациентов специалисты считают низкую осведомленность врачей о принципах ведения пациентов с мигренью, избыточное назначение различных диагностических исследований и низкий уровень назначения профилактической терапии [9].

Причинами хронизации мигрени могут быть: чрезмерные психоэмоциональные нагрузки, хронический стресс, присоединение тревожных и депрессивных расстройств, расстройств сна, неправильное лечение эпизодической мигрени, отказ от купирования мигренозных приступов или недостаточное их прерывание, наличие избыточной массы тела и артериальной гипертензии, курение. От 30 до 50% пациентов с хронической мигренью страдают злоупотреблением анальгетиков или других обезболивающих лекарственных средств, кофеина. То есть у пациентов с хронической мигренью как правило присутствует абюзусный фактор хронизации мигрени [10]. Прогностически неблагоприятным фактором хронизации является наличие у пациентов в период приступа мигрени и межприступный период кожной аллодинии, которая характеризуется сильной болевой реакцией на обычные, не вызывающие боли, раздражители (при бритье, расчесывании волос, ношении очков и украшений).

Наибольший риск хронизации мигрени наступает, как правило, через 10 лет после дебюта заболевания и затрагивает социально активных людей трудоспособного возраста. Хроническая мигрень является наиболее частой причиной выраженной социальной дезадаптации пациентов с головными болями, ограничивает их трудоспособность и качество жизни, влечет за собой значимые экономические потери как для пациента, так и для общества [11, 12].

Основными задачами лечения пациентов с хронической мигренью является снижение частоты, тяжести, интенсивности, длительности приступов головных болей, что в последствие приведет к улучшению качества жизни пациентов, способствует расширению их социальной активности и большей адаптации в окружающем социуме [12].

Повышение эффективности лечения хронической мигрени — это мультимодальная задача, успешность реализации которой определяется мультидисциплинарным подходом в менеджменте терапии пациентов с хронической мигренью, который включает в себя несколько стратегий борьбы [13, 14].

Стратегия 1 — профессиональная поддержка со стороны врачей-специалистов. Она направлена на подбор адекватной abortивной терапии купирования мигренозных приступов, на проведение профилактической терапии и коррекции различных соматических и психоэмоциональных коморбидных состояний, хронического болевого синдрома, на информационно-образовательную подготовку пациента.

Стратегия 2 — модификация стиля жизни пациента с мигренью (поведенческая терапия). Данная стратегия направлена на идентификацию и модификацию корригируемых факторов риска (снижение веса и употребления кофеина, отказ от курения, регулярные умеренные физические нагрузки, соблюдение режима гигиены сна и отдыха). Это определенный образ жизни пациента с мигренью, одной из целей которого является способность избегать возможных триггеров и провокаторов мигре-

ни при сохранении повседневной социальной и трудовой активности.

Стратегия 3 — создание сетей социальной поддержки: очные и онлайн-сообщества пациентов с подобными проблемами головных болей, в которых можно поделиться опытом и различными способами и стратегиями преодоления трудностей.

Показано, что коморбидные соматические и психоэмоциональные состояния значимо повышают риск хронизации мигрени, что требует в целях повышения эффективности лечения хронической мигрени их обязательной коррекции [11]. Среди коморбидных факторов наибольший вклад в хронизацию заболевания вносят: депрессия, различные тревожные расстройства (генерализованное тревожное расстройство, фобии, обсессивно-компульсивное расстройство), нарушения сна различного характера (синдром сонных апноэ, синдром беспокойных ног, парасомнии, бессонница), дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, бруксизм, болевые синдромы.

Пациентам с хронической мигренью, согласно клиническим рекомендациям, показана профилактическая терапия с использованием различных групп лекарственных средств. Препаратами выбора при хронической мигрени являются топирамат, ботулинистический токсин типа А-гемагглютинирующий комплекс (ботулинотерапия по протоколу PREEMPT), моноклональные антитела к кальцитонин-ген-связывающему пептиду или его рецепторам [15].

Важное значение в успешности ведения пациентов с хронической мигренью отводится реалистичному определению целей лечения и временных сроков продолжительности этого лечения, создание комплаентности пациента и врача в стратегиях, определенных в начале лечения [12]. Главным остается принцип адаптации лечения строго индивидуально для каждого пациента.

Несмотря на то, что нелекарственные методы лечения хронической мигрени обладают невысоким уровнем доказательности, они достаточно широко используются в комплексном профилактическом

лечении, поскольку не несут дополнительную лекарственную нагрузку на пациента, характеризуются достаточно высоким уровнем безопасности и приверженности со стороны пациента, не сопровождаются побочными эффектами и хорошо переносятся. Среди немедикаментозных методов наиболее эффективно в лечении хронической мигрени показали себя биологическая обратная связь, психотерапия (поведенческая терапия, когнитивно-поведенческая терапия, арт-терапия техника осознанности «майндфулнесс»), релаксационная терапия с техниками прогрессивной мышечной релаксации, диафрагмального дыхания, иглорефлексотерапия [12, 16, 17].

Определенная роль в повышении эффективности лечения пациентов с мигренью отводится альтернативным методам лечения — неинвазивной нейростимуляции (транскраниальная нейростимуляция магнитным или постоянным током, чрескожная стимуляция перикраниальных нервов, метод чрескожной стимуляции супраорбитального нерва) [18, 19].

Специалисты отмечают, что комбинация лекарственной терапии и немедикаментозных методов лечения значимо повышают успешность лечения и прогностически благоприятно сказываются для пациента в достижении поставленных целей повышения эффективности лечения [12].

Представляем *клинический случай* ведения в условиях консультативно-диагностической поликлиники и отделения дневного пребывания ГУ «РНПЦ РМиЭЧ» пациента Д., 34 лет. с хронической мигренью.

Мужчина обратился на первичный консультативный прием к врачу-психотерапевту ГУ «РНПЦ РМиЭЧ» с жалобами на слабость, повышенную утомляемость, напряжение, тревогу, ежедневные приступы головной боли в лобной, височной и затылочной областях, преимущественно давящего характера, и периодические приступы головных болей в одной половине головы в височной области (больше справа), чувство нехватки воздуха, учащенное сердцебиение, потливость. Вышеуказан-

ные жалобы пациент отмечал на протяжении нескольких лет. Ранее пациент был консультирован амбулаторно психотерапевтом и неврологом в связи с учащением эпизодов мигренозных головных болей, получал лечение селективными ингибиторами обратного захвата серотонина, селективными ингибиторами обратного захвата серотонина и норадреналина, топирама-том. Данные лекарственные средства пациент принимал кратковременно из-за развития побочных эффектов, самостоятельно отменял их без участия врача-специалиста из-за плохой переносимости.

В психическом статусе — контактен, фон настроения снижен, эмоционально лабилен, имеются признаки тревожности и напряжения. Мышление последовательное, логичное. Интеллект, память — согласно возрасту и полученному образованию, критика сохранена. Продуктивной психической симптоматики на момент осмотра не было. Суицидальные мысли и тенденции отрицал. Тестирование по шкале госпитальной тревоги и депрессии (HADS): тревога — 4 балла, депрессия — 14 баллов (клинически выраженная депрессия), по шкале Вейна — 50 баллов (наличие признаков вегетативной лабильности).

В связи с наличием у пациента стойких ежедневных головных болей мигренозного характера и напряженного типа было рекомендовано ведение дневника головной боли с последующей консультацией невролога.

По результатам консультирования врачом-неврологом установлено: в неврологическом статусе без очаговой симптоматики, по данным проведенных ранее инструментальных исследований (МРТ, МР-ангиография, КТ головного мозга, УЗДГ внечерепных брахиоцефальных артерий, офтальмоскопия, рентгенограмма шейного отдела позвоночника) патологических изменений не выявлено.

На момент обращения установлено, что со студенческих лет пациент страдал эпизодической мигренью с частотой приступов до 1–2 раз в месяц. Учащение приступов мигрени (до 4–5 раз в месяц) в возрасте

19–20 лет привело к отказу в получении пациентом высшего образования. Вместе с тем установлено, что у пациента имелись значительные погрешности в адекватности купирования приступов: в некоторых случаях — с пропусками их прерывания. Повышение интенсивности и частоты приступов мигрени до 3–4 раза в неделю, появление ежедневных головных болей давящего, тупого характера пациент связывал с рождением детей, повышением физической и психоэмоциональной нагрузки, проблемами в семейной жизни. Хронизация приступов головных болей на протяжении последних 5–6 месяцев привела к значительному повышению кратности приема обезболивающих средств и триптанов — сумамигрена, прием которого осуществлялся ежедневно в половинной или четвертной дозе, что не приводило к купированию приступов, сопровождалось сохранением и повышением интенсивности головных болей и способствовало хронизации мигрени.

По результатам анализа дневника головной боли установлено, что интенсивность ежедневных головных болей преимущественно напряженного типа по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) на момент обращения составила 7–8 баллов, приступы мигренозной головной боли отмечались 3–4 раза в неделю и достигали 9–10 баллов по шкале ВАШ. По шкале НГТ-6 (тест влияния головной боли на качество жизни) — 68 баллов, что соответствовало значительному выраженному влиянию имеющихся у пациента головных болей на качество жизни. Согласно опроснику оценки дезадаптации при мигрени (MIDAS) — 45 баллов (дней) (IV степень) — тяжелая степень дезадаптации.

В результате осмотра и проведенного тестирования оставлен диагноз: «хроническая мигрень (в анамнезе мигрень без ауры). Лекарственно-индуцированная головная боль на фоне приема триптанов (сумамигрен). Смешанное тревожно-депрессивное расстройство».

В связи со значительным учащением количества приступов головных болей,

наличием фактора злоупотребления триптанами с дополнительным развитием лекарственно-индуцированных (абузусных) головных болей принято решение о необходимости лечения в условиях отделения дневного пребывания. Разработана мультидисциплинарная программа лечения пациента с участием врача-невролога, врача-психотерапевта, врача-физиотерапевта и реабилитолога в соответствии с клиническими рекомендациями по лечению мигрени, лекарственно-индуцированной головной боли и коморбидного тревожно-депрессивного расстройства.

Проведен подбор адекватной медикаментозной терапии для купирования приступов мигрени с использованием нестероидных лекарственных средств пролонгированного действия, а в связи с наличием тошноты и рвоты в период приступа предложены альтернативные формы лекарственных средств (ректальные свечи), использование прокинетики. Рекомендована отмена триптана (сумамигрена), но пациент принял решение использовать триптан другого поколения (золмитриптан) в адекватной дозировке для купирования приступов мигрени тяжелой степени. Проведено обучение пациента по временным срокам, правильности и адекватности купирования приступов головных болей. В связи с наличием абузуса на прием триптанов в условиях отделения дневного пребывания проведен курс дезинтоксикационной терапии — «дезинтоксикационный мост» с отменой суматриптана, с внутривенным капельным ежедневным введением дексаметазона на протяжении 7 суток. Рекомендовано придерживаться достаточного питьевого режима (не менее 2-х литров в сутки), использовать другие обезболивающие средства для купирования головной боли в период отмены, назначена профилактическая терапия на срок не менее 6 месяцев комбинацией трициклического антидепрессанта (амитриптилина) и препарата вальпроевой кислоты. В период лечения в условиях отделения дневного пребывания пациент прошел курс индивиду-

альной психотерапии, обучался различным релаксационным методикам. С участием врача-невролога и врача-психотерапевта проведены сеансы когнитивно-поведенческой терапии, в условиях физиотерапевтического отделения — сеансы массажа позвоночника и волосистой части головы с элементами мануальной терапии, а также несколько сеансов иглорефлексотерапии.

Проспективное наблюдение пациента на протяжении 5 месяцев на фоне продолженной профилактической терапии показало, что частота приступов головных болей снизилась (мигренозных — до 1–2 раз в неделю с интенсивностью до 6 баллов, хорошо купируемых с использованием нестероидных противовоспалительных средств), интенсивность ежедневной головной боли снизилась до 2–3 баллов и не требовала дополнительного приема лекарственных средств. У пациента улучшился психоэмоциональный фон (тестирование по шкале HADS: тревога — 3 балла, депрессия — 6 баллов), появилось желание вести более активный образ жизни, что позволило пациенту выйти на работу на полную занятость.

Успешность лечения в представленном клиническом случае определялась мультидисциплинарным и мультимодальным подходами в тактике ведения пациента, а также сформированной комплаентностью пациента с командой врачей-специалистов.

Следует отметить, что определенный успех в повышении эффективности терапии данного пациента внесла стратегия комплексного подхода при определении программы медикаментозного и немедикаментозного лечения, а также сформированные на первоначальном этапе реалистические цели и доверительные отношения между пациентом и врачами-специалистами, открытость и заинтересованность в результатах как специалистов, так и пациента.

Заключение

Важностью сохранения и закрепления эффекта лечения при хронической мигрени являются: проведение длительной

профилактической терапии под неукоснительным контролем врачей-специалистов; адекватность купирования приступов; сохранение сформированных взаимосвязей пациента и врачей-специалистов, поскольку рецидив лекарственно-индуцированной головной боли и возврат к хронизации приступов мигрени в течении последующих 5 лет наблюдается как правило у 34–48% пациентов с хронической мигренью и абзусом [20, 21]. Использование мультидисциплинарного и индивидуального подхода при выборе стратегии лечения пациентов с хронической мигренью позволяет повысить эффективность терапии и обеспечить более благоприятный прогноз социальной адаптации и улучшения качества жизни пациента.

Библиографический список

1. Головная боль как медико-социальная проблема (обзор литературы) / А.В. Кондратьев [и др.] // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2017. – Т. 9, №2. – С. 83-88.
2. The burden of headache in a patient population from a specialized headache centre / G.R. Vinding [et al.] // Cephalalgia. – 2007. – Vol. 27, №3. – P. 263-270.
3. Jensen, R., Rasmussen, B. K. Burden of headache / R. Jensen, B. K. Rasmussen // Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res. – 2004. – Vol. 4, №3. – P. 353-359.
4. 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.
5. Migraine: the seventh disabler / T.J. Steiner [et al.] // J. Headache Pain. – 2013. – Vol 14, №1. DOI: 10.1186/1129-2377-14-1.
6. The International Classification of Headache Disorders. 3rd ed. (beta version) // Cephalalgia. – 2018. – Vol. 38, №1. – P. 1-211. DOI: 10.1177/0333102417738202.
7. Chronic migraine: Burden, Comorbidities, and Treatment / O.A. Aynur [et al.] // Turk J. Neurol. – 2018. – Vol. 24. – P. 117-125.
8. The prevalence of primary headache disorders in Russia: a countrywide survey / I. Ayzenberg [et al.] // Cephalalgia. – 2012. – Vol. 32, № 5. – P. 373-381.
9. Мигрень в реальной клинической практике: результаты наблюдательного исследования паттернов диагностики и лечения среди городского населения Российской Федерации / Г.Р. Табеева [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2021. – Т. 121, № 12. – С. 40-50.
10. Максимова, М.Ю. Абзусная головная боль / М.Ю. Максимова, Т.Ю. Хохлова, Л.А. Мота // Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2017. – Т. 1, № 4(1). – С. 82-86.
11. Татарина, К.В. Влияние клинических проявлений мигрени, депрессии и нарушения сна на качество жизни пациентов с хронической мигренью / К.В. Татарина, А.Р. Артеменко // Нервно-мышечные болезни. – 2017. – Т. 7, № 1. – С. 43-53.
12. Баюшкина, Л.И. Проблема коморбидности хронической мигрени / Л.И. Баюшкина, М.В. Наприенко // Российский медицинский журнал. Медицинское обозрение. – 2018, № 9. – С. 37-40.
13. 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.
14. Практические вопросы ведения пациентов с хронической мигренью. Рекомендации российских экспертов / Н.В. Латышева [и др.] // Нервно-мышечные болезни. – 2015. – № 3. – С. 31-36.
15. Диагностика и лечение мигрени: рекомендации российских экспертов / Е.Г. Филатова [и др.] // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2020. – № 12 (4). – С. 4-14.
16. Головачева, В.А. Терапия при хронической мигрени: междисциплинарный подход. Клиническое наблюдение / В.А. Головачева, А.А. Головачева, В.А. Парфенов // Терапевтический архив. – 2021. – № 93 (12). – С. 1528-1532.
17. Когнитивно-поведенческая терапия в лечении хронической мигрени: описание клинического случая / В.А. Головачева [и др.] // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2021. – Т. 13, №1. – С. 74-80.
18. 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.
19. 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.
20. A randomized controlled trial on medication-overuse headache: out-come after 1 and 4 years / K.A. Hagen [et al.] // Acta Neurol. Scand. Suppl. – 2011. – P. 32-38.
21. Сергеев, А.В. Лекарственно-индуцированная головная боль. Практические рекомендации / А.В. Сергеев, В.А. Парфенов // Медицинский совет. – 2018. – № 1. – С. 26-31.

A.V. Zharikova, N.V. Lysenkova

**MULTIDISCIPLINARY APPROACH IS THE KEY TO SUCCESSFUL
TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC MIGRAINE**

The article reviews problematic issues of headaches and management the patients with chronic migraine, as one of the types of primary headaches. Risk factors and triggers, mechanisms of chronicization of migraine headaches are presented. Possible approaches and methods for increasing the effectiveness of chronic migraine treatment are reviewed. The article presents a clinical case of successful use of a multidisciplinary approach in the treatment of a patient with chronic migraine combined with drug-induced headache at the RRCRM&HE with the participation of medical specialists of various profiles, with the administration of drug preventive therapy, cognitive-behavioral therapy, acupuncture and psychotherapy sessions, and treatment of drug-induced headache.

Key words: *primary headache; chronic migraine; multidisciplinary approach; migraine treatment; cephalgia*

Поступила 26.09.2024