Таким образом, у больных ХГП для профилактики прогрессивного течения патологии пародонта и предупреждения развития ССЗ необходимо определять содержание воспалительного маркера С-РБ в крови. Далее совместно с кардиологом для снижения риска необходимо предпринимать меры по модификации нарушений липидного обмена и системного воспаления. Для снижения системной воспалительной реакции организма стоматологу необходимо проводить эффективное комплексное пародонтологическое лечение.

Выводы:

1. Повышение тяжести ХГП сопряжено с повышением риска ССЗ по шкалам SCORE и PROCAM.
2. Более чувствительным методом стратификации сердечно-сосудистого риска у больных ХГП является шкала PROCAM по сравнению со шкалой SCORE.
3. У больных ХГП для профилактики прогрессивного течения патологии пародонта наряду с оценкой риска ССЗ необходимо определять содержание воспалительного маркера С-РБ в крови.

1. Ковалевский А.М., Ковалевский В.А. этиология и патогенез воспалительных заболеваний пародонта (обзор литературы) (часть I) . / А.М. Ковалевский, В.А. Ковалевский // Институт стоматологии. - 2017. -4 (77). –С.88-90.
2. Галиуллина Э.Ф. Новые подходы к этиологии заболеваний пародонта в свете современной концепции их патогенеза / Э.Ф.Галиуллина // Пародонтология. - 2017. - Т.22, №2(83). - С. 21-24.
3. Романенко И.Г. Генерализованный пародонтит и метаболический синдром. Единство патогенетических механизмов развития / И.Г. Романенко, Д.Ю. Крючков // Крымский терапевтический журнал. -2011. -№1. –С.60-67.
4. Ибрагимов Т.И. Прогнозирование эффективности лечения пародонтита на фоне сахарного диабета / Т.И.Ибрагимов, И.Ю.Лебеденко, С.Д.Арутюнов // Terra medica. - 2001. - №3. - С. 42-44.
5. Силин А.В. Особенности морфологических изменений пародонта у пациентов с ишемической болезнью сердца / А.В. Силин, А.Ф. Елисеева // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И.Мечникова. - 2014. - Т.6, №1. - С. 55-58.
6. Straka M. Parodontitis и atherosclerosis - существует ли между ними связь? / Michal Straka // Новое в стоматологии. - 2001. - №8(98). - С. 26-33.
7. Цепов Л.М. Взгляд на проблему этиологии, патогенеза и лечения воспалительных заболеваний пародонта / Л.М. Цепов, А.И. Николаев, Н.А. Голева // Дентал Юг. - 2008. - №8(57). - С. 14-16.
8. Цепов Л.М. Пародонтит: локальный очаг серьезных проблем (обзор литературы) / Л.М. Цепов, Е.Л. Цепова, А.Л. Цепов // Пародонтология. - 2014. - Т. XIX, №3(72). - С. 3-6.

Пилипенко Е.Б.

Приступ мигренозной головной боли: современные принципы лечения

*ФГАОУ ВО «Крымский Федеральный Университет им. В.И.Вернадского»
Медицинская академия им. С.И.Георгиевского (структурное подразделение)
(Россия, Симферополь)*

doi:10.18411/spc-15-11-2018-05

idsp: 000001:spc-15-11-2018-05

Головная боль, пожалуй, одна из самых частых причин по которой пациент приходит к врачу. Основная задача врача при первичном осмотре определить, не является ли данная цефалгия признаком соматического заболевания, которое сам пациент пока не распознал или оно беспокоит его меньше, чем сопровождающая головная боль (например, артериальная гипертензия, интоксикация и пр.). Следующим этапом диагностики является решение вопроса является ли данная головная боль первичной или вторичной, т. е., имеющей под собой органическую основу, а именно-первичное поражение нервной системы, как то опухоль, абсцесс, гематома и т.п.. При

отсутствии какой-либо очаговой или общемозговой неврологической симптоматики и наличии соответствующих жалоб, можно предположить наличие у пациента первичной головной боли. К наиболее распространенным первичным головным болям относится мигрень, головная боль напряжения, кластерная головная боль. Примерно 14% взрослого населения Земли страдают первичной головной болью - мигренью. Чаще болеют лица трудоспособного возраста. В период препубертата мигрень чаще встречается у мальчиков, а затем ее распространенность становится выше среди женщин и такое соотношение сохраняется и в последующих возрастных периодах. Как правило, в возрасте 35-45 лет частота и интенсивность приступов мигрени становится максимальной, а после 55-60 лет, при условии отсутствия хронификации, мигрень прекращается. Наиболее часто встречается мигрень без ауры-60-72% всех случаев, в то время как мигрень с аурой составляет 30-40%. Согласно эпидемиологическим исследованиям, мигрень наиболее распространена в Северной и Южной Америке и странах Западной Европы, а вот в Азии мигрень представлена меньше.

Лечение мигрени требует времени и терпения со стороны врача, информированности о болезни и этапах ее лечения, желания осознанно участвовать в лечебном процессе со стороны пациента. К сожалению, зачастую эти условия не выполняются: врач ограничен нормированным временем приема, а пациент хочет получить «волшебную» таблетку и не настроен подбирать препарат в течение нескольких недель. Отсюда низкая комплаентность, отсутствие четкого алгоритма в лечении, рост хронификации цефалгий, рост осложнений, рост экономических затрат. В целом, лечение мигрени складывается из двух направлений: купирование приступа и превентивная терапия. В данной статье речь пойдет о купирующей терапии.

Прежде чем начинать лечение мигренозного приступа, нужно быть четко уверенным в том, что это истинно мигренозный приступ. В клинической практике мы часто видим пациентов, имеющих два и более вида головных болей (например, сочетание мигрени и головной боли напряжения) и крайне важно разобраться с какими головными болями мы имеем дело и научить пациента различать эти виды болей для проведения дифференцированной терапии. В случае отсутствия дифференцированного подхода к приступам цефалгий, у пациента может сформироваться абюзусная или, иными словами, лекарственно индуцированная головная боль, что значительно затруднит дальнейшую терапию, сведет на нет доверие к доктору, приведет к самолечению, а отсюда – неконтролируемый прием анальгетиков, усиление абзуса, фактически замкнутый круг. Согласно критериям МКГБ 3 пересмотра(2013г), приступ мигрени характеризуется: наличием приступов пульсирующей односторонней (возможна и желательна смена сторон в течение жизни), головной боли, продолжительностью от 4 до 72 часов, сопровождающейся значительным ограничением физической активности, тошнотой и/или рвотой, фоно-, фотофобией, постприступной сонливостью, слабостью при мигрени без ауры; при мигрени с аурой: наличие полностью обратимых очаговых неврологических симптомов, продолжительностью не менее 5 и не более 60 минут, с дальнейшим появлением во время ауры или в течение не более 60 минут после, головных болей тех же характеристик, что и при мигрени без ауры и не связанных с каким-либо другим заболеванием. Выяснив наличие у пациента действительно мигренозных приступов головных болей нужно достоверно узнать, что уже использовалось для купирования болевого приступа. Чаще всего больные отвечают, что «перепробовали все и ничего не помогает», однако нужно продолжить расспрос и уточнить, что именно принимал пациент, подсказывая названия препаратов. Как правило, выясняется, что применялись

лишь анальгетиками, аспирином, цитрамоном и аскофеном, а ведь это далеко не весь спектр препаратов первой ступени. Следующий шаг – ведение дневника головных болей, где пациент будет указывать дату, время возникновения и интенсивность головной боли по ВАШ (визуально-аналоговая шкала), сопутствующие симптомы, продолжительность, провоцирующие факторы и препарат, который принимался, а также эффект от лечения. Это необходимо, чтобы еще раз уточнить наличие и количество истинно мигренозных пароксизмов, а также оценить эффективность назначенной терапии и, при необходимости, аргументированно убедить пациента в правильности ее продолжения. Например, на фоне проводимой терапии число и/или интенсивность приступов, согласно дневнику головной боли, у пациента снизились, однако на прием он пришел сразу после последнего приступа и субъективно может отметить отсутствие улучшения. Одновременно с ведением дневника пациент начинает выполнять рекомендации по изменению образа жизни – немедикаментозная профилактика приступов мигрени. Этот этап включает в себя: нормализацию режима сна, труда и отдыха (вредны как недостаточный так и избыточный сон), увеличение аэробной физической активности (интервальные кардионагрузки по 28 минут 3 раза в неделю достоверно снижают частоту приступов, согласно последним исследованиям), в то же время исключение физического переутомления, внезапного изменения образа жизни, исключение или значительное ограничение потребления продуктов, содержащих тирамин (сыр, шоколад, какао, кофе, чай, маринады, цитрусовые, орехи, яйца, помидоры); поддержание адекватного режима питания (исключить диеты, применяемые с целью снижения веса, длительный перерыв в приеме пищи); ограничение потребления алкоголя, особенно красного вина; прекращение или значительное уменьшение курения. Если немедикаментозные методы неэффективны или приступы имеют высокую интенсивность и/или частоту, необходима медикаментозная терапия. Существует два подхода к лечению приступа мигрени: ступенчатый и стратифицированный. Ступенчатая терапия заключается в том, что перед началом лечения пациент находится в основании терапевтической пирамиды. При достижении удовлетворительного результата от назначения лекарственных средств первой линии (обычные простые анальгетики), терапия продолжается. При отсутствии эффекта назначается терапия второй линии (комбинация анальгетиков). В случае ее неэффективности врач прибегает к препаратам третьей линии (специфические антимигренозные средства). У такой тактики лечения имеются недостатки: положительный результат терапии может быть получен не сразу, резервы терапии откладываются на последующие визиты, а это часто приводит к взаимному недопониманию между врачом и пациентом и отказу от лечения. Кроме того, именно ступенчатый подход из-за частого использования анальгетиков и комбинированных препаратов имеет больший риск присоединения лекарственно индуцированной головной боли, побочных эффектов со стороны ЖКТ. Стратифицированный подход к терапии приступов имеет несколько иную концепцию. Перед началом лечения оценивается тяжесть и частота приступов; в этом вопросе неоспорима роль ведения дневника головных болей. Пациентам с легкими и нечастыми приступами (интенсивность боли по ВАШ к примеру не более 5 баллов, частота не более 2-3 раз в месяц) проводят терапию простыми анальгетиками. При неэффективности, а также пациентам с приступами средней интенсивности (уровень боли по ВАШ от 5 до 8 баллов), купирование приступов начинают с применения комбинированных анальгетиков. Пациентам с интенсивными (уровень боли по ВАШ 8 и более баллов) и/или частыми приступами (более трех в месяц) назначают специфические

медикаменты с доказанной эффективностью (триптаны, эрготамины). Однако, если у пациента с интенсивными не частыми приступами имеется хороший эффект от применения простых анальгетиков, обязательной замены названных препаратов на специфические лекарственные средства совершенно не требуется. Нельзя забывать, что терапия приступа мигрени, имея определенные алгоритмы, тем не менее, должна быть строго индивидуальна. Кроме того, существуют определенные требования к самому препарату для купирования приступа мигрени. Лекарственное средство должно быть простым в применении и дозировке, эффективным при лечении различных форм мигрени, иметь быстрое начало действия и высокую эффективность, облегчать сопутствующие симптомы, восстанавливать или значительно улучшать самочувствие и трудоспособность, гарантировать низкую частоту рецидива головной боли после приема препарата, иметь приемлемый профиль переносимости. В настоящий момент к применению для купирования приступа мигрени рекомендованы следующие препараты: из простых анальгетиков — ацетилсалициловая кислота в дозе до 900-1000 мг однократно (только для взрослых), лучше использовать растворимые шипучие формы, ибупрофен в дозе 400-800 мг, диклофенак в дозе 50-100 мг, напроксен в дозе 500-1000 мг, парацетамол 1000мг, флупертина в дозе 100 мг per os. Комбинированные анальгетики: цитрамон 1-2 таб, аскофен 1-2 таб, седалгин 1-2 таб, солпадеин 1-2 таб, пенталгин и др. Как простые так и комбинированные анальгетики следует принимать в первые 10-15 минут от начала типичного мигренозного приступа. Если принятая доза препарата оказала положительный эффект, но не в полной мере, через 30 мин. можно повторить прием в той же дозе; если использованный препарат оказался полностью неэффективным, то через 30 минут после приема лекарственного средства, когда станет ясна его неэффективность, следует принять другой препарат в адекватной дозе. Поскольку во время мигренозного приступа выражена атония желудка и кишечника, в связи с чем нарушается всасывание препаратов принимаемых внутрь, а также имеет место тошнота и/или рвота, показана комбинация анальгетиков с антиэметиками, такими как метоклопромид в виде таблетированной, ректальной или инъекционной формы (при рвоте только ректально или в/м). Имеются работы, показавшие что сочетание НПВС с метоклопрамидом по эффективности лишь слегка уступает суматриптану. Следующий класс лекарственных средств для купирования мигренозного приступа это специфические препараты, а именно: 5-HT₁ агонисты, антагонисты допамина. 5-HT₁ агонисты подразделяются на селективные и неселективные. Все триптаны (суматриптан, золмитриптан, наратриптан, элетриптан, алматриптан и фравотриптан) являются селективными, потому что имеют сродство (аффинию) к группе 5-HT₁ рецепторов. Неселективная группа включает эрготамин и дигидроэрготамин (DHE), имеющие широкий спектр аффиний вне системы 5-HT₁ рецепторов, в т. ч. с допаминовыми рецепторами. Механизмы действия триптанов связаны, в основном, с блокированием нейрогенного воспаления, вазоконстрикцией, ингибированием деполяризации терминалей тройничного нерва в сосудистой стенке с последующим уменьшением болевой афферентации, а также (у ряда триптанов), ингибированием структур ствола мозга, участвующих в перцепции боли. В начале типичного приступа мигрени без ауры малой или средней интенсивности следует принять элетриптан в дозе 40-80 мг или золмитриптан в дозе 2.5-5 мг или суматриптан в дозе 50-100 мг. При тяжелых приступах показано парентеральное введение: суматриптан 6 мг п/к. Не рекомендуется применение триптанов при базилярной и гемиплегической мигрени. При мигрени с аурой-применение триптанов показано только после исчезновения симптомов ауры, чтобы не спровоцировать излишнюю

вазоконстрикцию, которая может стать причиной ишемии тканей мозга. Побочными эффектами применения триптанов являются: дискомфорт и ощущение тяжести в грудной клетке и горле, парестезии головы, шеи и конечностей, ощущение тревоги, лёгкое затруднение дыхания, сонливость, астения и раздражительность. На территории России суматриптан зарегистрирован под коммерческими названиями амигренин, имигран, суммигрэн, сумиг. При плохой переносимости триптанов или при наличии противопоказаний (ИБС, патология периферических сосудов, неконтролируемая АГ, СН и пр.), возможно применение дигидроэрготамина (DHE) в виде назального спрея или в виде в/м инъекции. Механизм действия – влияет на сократительные элементы краниальных сосудов и/или предотвращает нейрогенное воспаление и, связанную с ним, стимуляцию ноцицепторов. При уже развившихся, сильных приступах общепринятый протокол включает введение прохлорперазина 5 мг в/в, затем медленно 0,75 мг DHE, в течение 2-3 минут. Если приступ не начал купироваться в течение 30 минут, в/в вводится ещё 0,5 мг DHE (без прохлорперазина). При мигрени, рефрактерной к терапии показана следующая схема: в/в введение 0,5 мл DHE через 8 часов приносит облегчение 90% больных в течение 2 суток лечения. В качестве адъювантной терапии предлагается метоклопрамид (церукал) в дозе 5 мг. Противопоказания и ограничения для DHE схожи с таковыми у триптанов. Дигидроэрготамин зарегистрирован в России под названиями дитамин, клавигренин, димитмин.

Следующая группа специфических препаратов с доказанной эффективностью – антагонисты допамина и прокинетические средства. Известно, что допаминергические системы также активируются в течение начальных фаз мигрени. Следствием их активации также могут быть тошнота и рвота. Анти-допаминергические агенты, используемые при приступе мигрени, включают: в/в хлорпромазин (аминазин), в/в прохлорперазин, метоклопрамид, в/в дроперидол и домперидон (мотилиум). Но, как правило, используется комбинация препаратов данной группы с триптанами или анальгетиками. При монотерапии антидопаминергические препараты менее эффективны.

При благоприятном течении мигрени и правильно подобранной терапии пациент может длительно контролировать свою цефалгию. Однако, даже в таком случае, при определенных обстоятельствах (стресс, смена часовых поясов и пр.), у пациента может развиваться мигренозный пароксизм типичных для данного пациента характеристик, но не купирующийся препаратами, обычно эффективными. Поэтому, врач вместе с пациентом должны заранее подобрать препарат для чрезвычайного случая. В зарубежной литературе в таких случаях рекомендуют применение наркотических анальгетиков, однако в нашей стране назначение вышеуказанных препаратов, особенно в поликлиническом звене, встречает массу препятствий. На сегодняшний день возможно назначение препарата залдиар (комбинация парацетамола и трамадола, выписывается на бланке рецепта №148). Возможно это будет комбинация в/м введения препаратов из разных групп. Если приступ не купируется применением таблетированных средств, в/м или п/к введением препаратов и продолжается более 72 часов несмотря на лечение, такое состояние принято считать мигренозным статусом. Мигренозный статус требует неотложной помощи, больные должны быть госпитализированы.

Мигрень довольно таки распространенное заболевание и важно, чтобы и врач и пациент понимали, что это состояние является курабельным, важно правильно подобрать купирующую терапию, при необходимости назначить превентивную и самое

главное, проинформировать пациента о характере проблемы, основах патогенеза его головной боли, понимание которых является очень важным моментом в успешности лечения.

1. Болевые синдромы в неврологической практике/ А.М.Вейн, Т.Г.Вознесенская, А.Б.Данилов, О.А.Колосова, Г.Р.Табеева, Е.Г.Филатова. - М: МЕДпресс, 199.-372С.
2. Головная боль: руководство для врачей/ Г.Р. Табеева. - М.:ГЭОТАР-Медиа, 2014.-288С.
3. Мигрень/ Г.Р.Табеева, Н.Н. Яхно. - М.:ГЭОТАР-Медиа, 2011.-624С.
4. Неврология. Национальное руководство. Краткое издание/ под ред. Е.И.Гусева, А.Н.Коновалова, А.Б.Гехт. - М.:ГЭОТАР-Медиа, 2018.-688С.
5. Принципы лечения мигрени/Г.Р.Табеева.-РМЖ.-2007.-№15(10).-С.802-805
6. Первичные головные боли. Практическое руководство/В.В.Осипова. - М.,2007.-56С.
7. Эпидемиология первичных головных болей/ И.Б.Куцмелов, Г.Р.Табеева. - Боль. - 2004. - №4(5). - С25-31.
8. Головная боль. Лечение в амбулаторной практике/ Ю.Ю.Лютынский.-Спб.:Центр гомеопатии, 2007. - 264С.

**Рудаков В.В.¹, Горбовская А.А.¹, Высотский В.Е.² Бубочкин А.Б.³
«Эхинококковая диссеминация трубчатых костей» (Постмортальное
исследование) (Случай из практики)**

¹СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница»

²СПб ГБУЗ «Городское патологоанатомическое бюро»

³СПб ГБУЗ «Городская Клиническая больница №31»

(Россия, Санкт-Петербург)

doi:10.18411/spc-15-11-2018-06

idsp: 000001:spc-15-11-2018-06

Аннотация

Кости поражаются эхинококкозом редко, всего в 0,4-3,2% случаев. Наиболее подвержены эхинококкозу позвоночник и кости таза, на долю которых приходится 50-70% поражений костей скелета. Онкосферы паразита попадают в кости с током артериальной крови из большого круга кровообращения и начинают развиваться в костных пространствах. В длинных трубчатых костях они обычно оседают в эпиметафизарной зоне, наиболее васкуляризованной части кости.

Ключевые слова: Эхинококковая диссеминация трубчатых костей, поражение трубчатых костей, эхинококкоз, гидатиды эхинококка.

Введение.

Кости поражаются эхинококкозом редко, всего в 0,4-3,2% случаев. Наиболее подвержены эхинококкозу позвоночник и кости таза, на долю которых приходится 50-70% поражений костей скелета. Онкосферы паразита попадают в кости с током артериальной крови из большого круга кровообращения и начинают развиваться в костных пространствах. В длинных трубчатых костях они обычно оседают в эпиметафизарной зоне, наиболее васкуляризованной части кости. Рост эхинококковой кисты в кости имеет особенности, резко отличающие его от роста кист во всех других органах. Эхинококков костей представляет собой сочетание первичного и вторичного поражения эхинококковым. Вторичный эхинококкоз кости (в чистом виде) также может иметь место. Он наблюдается изредка при проникновении паразита в кости из расположенных рядом мягких тканей, в которых происходило его первоначальное развитие.