

тивной системы. Было проанализировано 30 анкет девушек-студенток медицинского факультета.

Результаты исследования. При изучении анамнеза менструальной функции было установлено, что менархе в 12 лет отмечают 16%, 13 лет – 32%, 14 лет – 32%, 15 лет – 16%, 16 лет – 4% девушек. Выявлено, что регулярный цикл установился сразу всего у 28% респондентов. Через 6 месяцев у 20% девушек, через 7-12 месяцев у 8%, через 18 месяцев у 32% и только через 2 года у 12% студенток.

Нами проанализирован анамнез заболеваний женской половой сферы. Он свидетельствует о том, что 16% девушек отмечают бактериальный вагиноз, 28% - кандидоз, 16% - воспаление органов малого таза, 4% - частое мочеиспускание. У девушек в 20% случаев выявлена гиперполименорея, в 8% - опсоменорея. Альгоменорея (болезненные менструации) у девочек наблюдалась в 28% случаев, причем 28% девушек вообще никогда не обследовались у гинеколога.

68% девушек отмечают частые простудные заболевания, хронические тонзиллиты и бронхиты - 54% опрошенных, 20% страдают хроническим гастритом. Отметим, что 56% респондентов ведут активную сексуальную жизнь, причем из них 12% девушек имели половой дебют в 15 лет, 12% в 16 лет, 20% в 17 и 4% в 19 лет. Наличие одного полового партнера отмечают 28% девушек, двух половых партнеров - 12% и 8% имеют трех половых партнеров.

Касаясь вопроса планирования семьи, мы наблюдали следующую ситуацию: студентки хотели бы выйти замуж после 25 лет в 16% случаев, до 25 лет - планируют 84% опрошенных. 80% из них планируют иметь двоих детей, 8% девушек - троих, и 12% только одного ребенка.

Выводы: Отмечены негативные тенденции в состоянии репродуктивного здоровья студенток (44% имели ранний половой дебют до 18 лет, более 60% имеют воспалительные изменения в органах малого таза, 56% имеют нарушения менструальной функции, 28% вообще не посещали врача-гинеколога). Создание современных эффективных программ по усовершенствованию системы профилактики нарушений в репродуктивной сфере; обусловливаемых ими соматических и психических расстройств в студенческой популяционной среде; раннее выявление гинекологических отклонений и заболеваний среди девушек-студенток; оздоровление организма будущей матери; выделение групп риска, в которых велика вероятность развития патологии беременности, родов и перинатальных осложнений, – это важнейшие задачи практического здравоохранения и медицинской науки на современном этапе. Выполнение данных задач будет способствовать повышению репродуктивного потенциала молодежи и улучшению медико-демографических показателей.

#### ИСТОКИ ДОЛГОЛЕТИЯ

Митичева А.С., Яковлева Т.М.

Московский областной медицинский колледж № 1,  
Москва, Россия, [mshabarova@mail.ru](mailto:mshabarova@mail.ru)

Актуальность вопроса продления жизни не вызывает сомнений, поскольку во все времена человек, осознавая бессмертие живой природы за счет размножения смертных организмов и наличия инстинкта самосохранения и выживания, пытался разрешить противоречие жизни и смерти.

К средствам сохранения молодости, здоровья и долголетия человечество во все эпохи проявляло повышенный интерес. Поиски этих средств предпринимались в древнем Китае, Индии, Греции, Египте, у ве-

ликих цивилизаций Центральной и Южной Америки. Следы этих поисков теряются в глубине веков и восходят к древнейшей истории. В самой старой китайской медицинской рукописной книге «Ней Кине» (4 тыс. лет до н.э.) имеется много рассуждений о старении. Гиппократ (460-377 гг. до н.э.) в своих «Афоризмах» и Аристотель в трактатах «О молодости и старости» высказывали взгляды на причины старения и давали советы по здоровому образу жизни. Специальных эликсиров в этих трудах не приводится, но, вместе с тем, продлением жизни древние египтяне считали употребление чеснока в больших количествах.

Мыслители и врачи разных эпох уделяли немало внимания вопросам лечения болезней старых людей и обобщали опыт по продлению жизни. Авиценна (980-1037 гг.) обобщил достижения медицины по продлению жизни от предыдущих поколений. Попытки достижения омоложения и бессмертия отражены и в рукописях средневековых алхимиков. При этом ни эликсиры жизни, ни философский камень, не позволили выдающимся алхимикам самим прожить дольше 100 лет. Сверхдолгая жизнь людей, упоминаемая в древних книгах, видимо, преувеличена, так как археологические данные свидетельствуют о том, что древние люди жили не дольше современного человека. Видовой предел продолжительности жизни не был преодолен. Является достоверным, что отдельные люди в последние столетия доживали до 130 лет.

Изучение истоков долголетия позволили выделить два аспекта названного процесса: биологический и социальный, влияющих на продолжительность жизни. Рост продолжительности жизни, который произошел в прошлом веке, был достигнут в основном за счет социальных изменений: улучшения бытовых условий, уровня медицинской науки. Например, раньше крупное воспаление легких считалось почти приговором и уносило тысячи жизней, сегодня это не является смертельным заболеванием.

Если говорить о физиологии человека, то приходится признать, что для конкретного биологического вида, установлена определенная продолжительность жизни.

Многочисленные исследования вопросов продолжительности жизни человека и истоков долголетия выявили, что основными факторами, влияющими на долголетие, являются образ и качество жизни. Полноценное питание, достаточный сон, соблюдение режима труда и отдыха, позитивное восприятие, регулярные физические нагрузки могут способствовать долголетию.

Мудрая фраза - «укрепится человек - крепче камня, а ослабнет - слабее воды» подтверждает значимость внешнего воздействия на организм человека. Суровые климатические условия России заставляли людей искать самобытные формы и методы закаливания. Например, у народов Севера было принято приучать к холоду уже в раннем детстве. Якуты трое и более суток по несколько раз в день натирали новорожденных снегом или обливали холодной водой. Остяки и тунгусы погружали младенцев в снег, обливали ледяной водой и закутывали затем в оленьи шкуры. Цыгане также сразу после рождения обливали детей холодной водой, иногда помещали в снег, никогда не пеленали. В обычаи и других народов России издавна входит использование естественных средств закаливания: длительные воздушные ванны, купание в холодной воде, русская баня, ходьба босиком, катание на санках, лыжах и коньках.

Еще одним благоприятным фактором для долголетия является семейный статус. Исходя из статистических данных, люди, состоящие в браке, живут гораздо дольше холостяков.

Также известно, что шансы на долголетие повышают ощущение нужности, человеческой и профессиональной востребованности. Профессиональная деятельность, приносящая удовлетворение, повышает интерес к жизни в целом.

Является бесспорным, что наше здоровье на 60% зависит от образа жизни и лишь на 10 - 20% - от медицины. К сожалению, у многих людей отсутствует мотивация на здоровый образ жизни, желание самому заботиться о себе, а не ждать помощи со стороны, быть активным в своей жизнедеятельности. Самодостаточность человека в социальной сфере - это тоже важная часть терапии, направленной на увеличение продолжительности жизни.

Многие исследователи проблемы продления жизни, считают, что достичь физической активности, влияющей на долголетие, можно путем борьбы за здоровье человека с ранних лет жизни с помощью широких профилактических, лечебных и социальных мероприятий.

Интересны мнения учёных из университета Калифорнии - Льюис Термен, Фридман и Мартин считают, что люди, вернувшие себе чувство защищенности в этом мире, как правило, возвращают и здоровье; ощущение любви и заботы со стороны окружающих улучшает самочувствие, но не отражается на продолжительности жизни; самый очевидный положительный эффект на здоровье оказывает вовлеченность в социальные отношения, помощь окружающим. Французский ученый А. Дастр отмечал, что «искусство продлить жизнь - это искусство не сократить ее».

Таким образом, долголетие должно сопровождаться хорошим здоровьем, высокой трудоспособностью, творческой и физической активностью, положительным эмоциональным фоном, а его истоки - это шаги к здоровому образу жизни. При этом, продленная жизнь человека, может быть радостной и успешной.

#### ЛЕЧЕНИЕ МИГРЕНИ У ЛЮДЕЙ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Мхце М.К., Стародубцев А.А., Стародубцев А.И.

*Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия,  
e-mail: mkhtse94@mail.ru*

Мигрень - это одна из распространенных форм первичной головной боли, которая в классификации МКГБ-2 занимает второе место по частоте встречаемости после головной боли напряжения. Мигренью страдает 10-15% взрослого населения, причем у женщин - почти в 2 раза чаще, чем у мужчин (1,6,8,18). Пик заболевания приходится на молодой возраст, что приводит к снижению трудоспособности и почти у трети больных - к снижению профессиональной деятельности. По современной классификации мигрень подразделяется на: мигрень без ауры и мигрень с аурой. Клиническая картина мигрени характеризуется наличием, как правило, жесточайших приступообразных, односторонних головных болей (1,5,6,11,18).

Лечение мигрени складывается из двух подходов:

- купирование уже развившегося приступа;
- профилактическое лечение, направленное на предотвращение приступа боли (3,4,5,11,15,17).

В настоящее время огромное значение для врача общей практики является купирование мигренозного приступа, ибо эти больные в первую очередь обращаются именно к ним (11). Известно, что препараты с неспецифическим механизмом действия (анальгетики, НПВС, комбинированные препараты) мало эффективны в купировании мигренозной головной боли (12), а использование препаратов «золотого стандар-

та» (суматриптан, имигран., наратриптан, амигренин) имеют ряд серьезных противопоказаний (гипертоническая болезнь, ИБС, беременность и кормление грудью) и побочных действий (слабость, головокружение, тошнота, рвота, повышение АД, тахикардия, боли за грудиной), поэтому все это диктует необходимость поиска альтернативных методов лечения головной боли при мигрени.

Цель исследования: Изучение результатов немедикаментозных методов лечения мигрени.

Материал и методы исследования. В проведении исследования по изучению результатов лечения мигрени у людей молодого возраста участвовало 133 пациента среди которых мужчин было 40 (30,1%) человек, женщин - 93 (69,9%). По возрасту больные распределялись следующим образом: 18-24 года - 16%; 25-31 - 29%; 32-38 - 51%; 39-45 - 37%. Мигрень без ауры отмечена у 101 (75,9%), мигрень с аурой - у 32 (24,1%). Эпизодическая мигрень отмечена у 106 (79,7%) пациентов, хроническая - у 27 (20,3%). Степень выраженности головной боли по ВАШ-10: легкая головная боль (1-3 балла) констатирована - у 11 (8,3%) больных; умеренная (4-6 баллов) - у 27 (20,3%); сильная (7-9 баллов) - у 55 (41,4%); сильнейшая (>10 баллов) - у 40 (30,1%). Частота эпизодических приступов была следующей: 1-3 приступа в месяц отмечены у 48 (36,1%) больных, 5-10 приступов в месяц - у 19 (14,3%), 15-20 приступов в месяц - у 31 (23,3%), более 20 в месяц - у 8 (6,0%), ежедневные мигренозные приступы - у 27 (20,3%).

Для проведения исследования все больные были разделены на две группы: больным группы «А» проводилась немедикаментозная терапия с использованием чжень-цзю, су-джок и аурикулотерапии (65 человек), больным группы «В» (контрольная) - медикаментозная терапия, с использованием анальгетиков, препаратов «золотого стандарта». (68 человек).

Для оценки эффективности лечения использовались следующие методы: клинико-неврологический осмотр в динамике; учета динамики частоты мигренозных приступов, оценки степени выраженности головной боли по шкале ВАШ-10; нейрофизиологические и нейровизуальные исследования; лабораторные методы; обработка данных проводилась с использованием базовых статистических программ Microsoft Excel, Statistica 6,0.

Результаты исследования. Результаты проведенного исследования были следующими. В первые сутки от начала лечения в основной группе головная боль была купирована у 64,6% больных, в контрольной - у 16,4%. Легкая головная боль в основной группе отмечена у 23,1%, в контрольной - у 17,9%; умеренная ГБ в основной группе - у 7,7%, в контрольной - у 37,7%; сильная ГБ в основной группе - у 4,6%, в контрольной - у 14,9%; в основной группе сильнейшей головной боли не отмечено, в контрольной отмечена у 7,5% больных.

На вторые сутки от начала лечения головные боли не отмечались в основной группе у 78,5% больных, в контрольной группе - у 19,1%; легкая головная боль бала в основной группе у 15,4% пациентов, в контрольной - у 29,4%; умеренная ГБ в основной группе - у 4,6%, в контрольной - у 32,4%; сильная ГБ в основной группе - у 1,5%, в контрольной - у 11,8%; сильнейшей ГБ в основной группе не было, в контрольной - у 2,9%.

На третьи сутки ГБ не отмечена в основной группе у 81,5% больных, в контрольной - у 29,4%; легкая ГБ в основной группе выявлена у 13,8% пациентов, в контрольной - 36,8%; умеренная ГБ в основной группе - у 4,6%, в контрольной - у 22,1%; сильной