

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

ГБ в основной группе не было, в контрольной ГБ зафиксирована у 8,8%; сильнейшая ГБ отсутствовала в обеих группах.

На пятые сутки ГБ не отмечена в основной группе у 84,6% больных, в контрольной — у 42,1%; легкая ГБ в основной группе выявлена у 15,4% пациентов, в контрольной — 33,8%; умеренной ГБ в основной группе не было, в контрольной отмечена у 11,8%; сильной ГБ в основной группе не было, в контрольной ГБ зафиксирована у 7,5%; сильнейшая ГБ отсутствовала в обеих группах.

На седьмые сутки ГБ не отмечена в основной группе у 87,4% больных, в контрольной — у 60,3%; легкая ГБ в основной группе выявлена у 11,8% пациентов, в контрольной — 30,9%; умеренной ГБ в основной группе не было, в контрольной отмечена у 7,4%; сильной ГБ в основной группе не было, в контрольной ГБ зафиксирована у 1,5%; сильнейшая ГБ отсутствовала в обеих группах.

На десятые сутки ГБ не отмечена в основной группе у 92,3% больных, в контрольной — у 63,2%; легкая ГБ в основной группе выявлена у 7,5% пациентов, в контрольной — 30,9%; умеренной ГБ в основной группе не было, в контрольной отмечена у 5,9%; сильная и сильнейшая ГБ отсутствовала в обеих группах.

Динамическое наблюдение больных показало, что повторные приступы головной боли через месяц от начала исследования в основной группе отмечены у 4,6% больных, в контрольной — у 89,7%; через 3 месяца в контрольной группе они отмечены у 7,7% пациентов, в контрольной — у 88,1%; через 6 месяцев в основной — у 10,8%; в контрольной - у 77,9%; через 1 год в основной — у 15,4%, в контрольной — у 66,2%.

Проведенное исследование показало, что наилучшие результаты в лечении мигренозной головной боли получены с помощью немедикаментозных методов с использованием чжень-цзю, су-джок и аурикулотерапии, позволившему уже в первые сутки лечения купировать приступы головной боли. Эти методы все больше и больше внедряются в клиническую практику, привлекая к себе внимание простотой их выполнения, минимумом противопоказаний, способностью дополнять, а иногда и заменять традиционную (медикаментозную) терапию при различных заболеваниях нервной системы (8,13,14)

Большим преимуществом этих методов является способность с их помощью воздействовать на весь организм, стимулируя его защитно-компенсаторные и приспособительные механизмы и нормализовать измененную реактивность. При этом важным фактором подобных методов является отсутствие побочных реакций, связанных с приемом многих лекарственных препаратов, в том числе и абюзусной головной боли. При высокой эффективности эти методы имеют ряд преимуществ: они экономичны, не требуют дорогостоящей аппаратуры, их легко осваивают врачи общей практики, они могут быть использованы в любых условиях (от стационара до поликлиники)[7,13,16].

Клиническая эффективность этих методов у больных с ЧМТ объясняется влиянием на интегративные и регулирующие отделы центральной нервной системы (лимбико-ретикулярный комплекс) с изменением функционального состояния нейротрансмиттерных систем мозга с модулированием деятельности эндокринной и иммунной систем. Кроме того, ценность нетрадиционных методов определяется многообразием достигаемых положительных эффектов, таких как анальгетического антигипоксического (улучшение церебральной гемодинамики, микроциркуляции и тканевого метаболизма), седативного, анксиолити-

ческого), иммуномодулирующего (с изменением иммунного статуса организма).[2,13].

С современных позиций о чжень-цзю, су-джок и аурикулотерапии можно говорить как о самостоятельной информационно-энергетической системе организма, тесно связывающей внутренние органы и системы нашего организма посредством точек и меридианов чисто метафизически, которые выступают в роли концевых терминалов и на которых отражается все многообразие деятельности этих органов и систем. Воздействуя на отдельные точки на туловище, руках, ногах и ушных раковинах, можно вводить в эту систему новую дополнительную информацию, воздействуя как на отдельные системы и органы, так и на всю систему (организм в целом) в нужном направлении (9,10,13,14).

Заключение

Таким образом, проведенное исследование показало статистически достоверное превосходство немедикаментозных методов лечения мигренозных головных болей, давших возможность у 92,3% больных устранив подобную головную боль.

Список литературы

1. Амелин А.В. Мигрень. Патогенез, клиника, фармакотерапия / А.В. Амелин, Ю.Д. Игнатов, А.А. Скоромец, А.Ю. Соколов // Руководство для врачей. - М.: МЕДпресс-информ, 2011. - 265 с
2. Васичкин В.И. Методы китайской акупунктуры / В.И. Васичкин. - М.: АСТ; СПб.: Полигон, 2005. - 373 с.
3. Воробьева О.В. Лечение мигренозной головной боли / О.В. Воробьева // Нервные болезни. 2014. - № 2. - С. 2-5.
4. Гиниятуллин Р.А. Нейрофизиологические механизмы мигрени и новые принципы патогенетического лечения / Р.А. Гиниятуллин // Казанский медицинский журнал, 2011. - № 5, том 92. - С. 728-733.
5. Гусев Е.И. Неврология: национальное руководство / Е.И. Гусев, А.Н. Коновалов, В.И. Скворцова, А.Б. Гехт. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 1040 с.
6. Корешкина М.И. Современные аспекты диагностики и лечения мигрени / М.И. Корешкина // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика, 2013. № 2. С. 92-95.
7. Лувсан Гаваа. Традиционные и современные аспекты восточной рефлексотерапии / Гаваа Лувсан. М.: Наука, 1986. 576 с.
8. Михайлова А.А. Компьютерная диагностика и аурикулотерапия в клинической практике: учебно-методическое пособие / А.А. Михайлова. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. - 208 с.
9. Молостов В.Д. Иглоотерапия и точки акупунктуры / В.Д. Молостов. - Мн.: Книжный Дом, 2006. - 672 с.
10. Пак Чже Ву. Су - Джок Акупунктура / Чже Ву Пак. - М.: Издательство «Су Джок Академия», 1993. - 722 с.
11. Скоромец А.А., Скоромец А.П., Скоромец Т.А. Нервные болезни: Учебное пособие для студентов мед. вузов / А.А. Скоромец, А.П. Скоромец, Т.А. Скоромец - М.: МЕДпресс-информ, 2015. - 544 с.
12. Стуров Н.В. Лечение острых приступов и превентивная терапия мигрени / Н.В. Стуров, В.И. Кузнецов, Т.И. Мансур // Земский врач, 2010. - № 4. - С. 6-10.
13. Табеева Д.М. Руководство по иглорефлексотерапии / Д.М. Табеева. - М.: Медицина, 1982. - 560 с.
14. Чжу Лянь. Руководство по современной чжень-цзютерапии / Чжу Лянь. - СПб.: «Комета», 1992. - 316 с.
15. Штульман Д.Р. Неврология: Справочник практического врача / Д.Р. Штульман, О.С. Левин - 4-е издание, переработанное и дополненное. - М.: МЕД-пресс-информ, 2005. - 944 с.
16. Фокин В.Н. Лечение по системе Валерия Фокина / В.Н. Фокин. - М.: ФАИР-ПРЕСС, 2005. 376 с.
17. Diener H.C. Onabotulinumtoxin A for treatment of chronic migraine: results from the double-blind, randomized, placebo-controlled phase of the PREEMPT 2 trial / H.C. Diener, D.W. Dodick, S.K. Aurora // Cephalalgia, 2010 - Vol. 30(7). P. 804-814.
18. Irimia P. Refractory migraine in a headache clinic population / P. Irimia, J.A. Palma, R. Fernandez-Torron, E. Martinez // BMC Neurol., 2011. Vol. 11. P. 94-98.

ЦИТОКИНОВЫЙ ПРОФИЛЬ У ЖЕНЩИН С НЕСОСТОЯВШИМСЯ ВЫКИДЫШЕМ

Мысовская Ю.С., Салов И.А., Михайлова Ю.В.

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского
Минздрава России, Саратов, Россия,

Цель работы: изучение цитокинового статуса у женщин с несостоявшимся выкидышем.

В ходе исследования было установлено, что во всех случаях невынашивания беременности распространены неблагоприятные факторы, способству-