

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 абзусной 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, способствующие

ющие развитию вторичных иммунодефицитов. В группе женщин с несостоявшимся выкидышем инфекционные заболевания перенесли 22,4% женщин, суммарная стрессогенная нагрузка составила $256,1 \pm 20,7$ Ед, соматическими заболеваниями страдали 29,1% беременных и длительно принимали антибиотики и гормональные препараты 50,1% женщин (различия с группой контроля во всех случаях статистически значимы, $P < 0,05$). Интересно отметить, что в случае сочетания нескольких неблагоприятных факторов, способствующих развитию вторичных иммунодефицитов, вероятность развития замершей беременности значительно возрастала. При несостоявшемся выкидыше в 56,3% случаев обнаруживалось сочетание четырех факторов, а в 30,6% - трех факторов.

Таким образом, можно констатировать, что вероятность развития вторичных иммунодефицитов у женщин с несостоявшимся выкидышем значительно выше, чем в группе контроля из-за наличия значительного количества неблагоприятных факторов пренатального фона.

Проведенный нами анализ состояния иммунологического статуса у женщин с замершей беременностью в полной мере подтвердил данное положение. На фоне нормального течения беременности концентрация интерлейкина-4 (ИЛ-4) составила $14,6 \pm 0,5$ пг/мл, при задержке плода < 3 недель – $5,1 \pm 0,3$ пг/мл, более 3 недель – $3,1 \pm 0,2$ пг/мл, при самопроизвольном прерывании беременности – $8,6 \pm 1,9$ пг/мл и статистически значимо не отличалась от показателей у женщин с самопроизвольным выкидышем ($15,1 \pm 0,9$ пг/мл, $P > 0,05$). В то же время при несостоявшемся выкидыше величина ИЛ-8 снижалась до $5,1 \pm 0,3$ пг/мл при задержке плода < 3 недель и до $3,1 \pm 0,2$ пг/мл – при задержке плода > 3 недель. Проведенные исследования показали, что во всех случаях невынашивания беременности наблюдалось повышение уровня ИФН- γ . Так, при нормальном течении беременности концентрация ИФН- γ составила $8,1 \pm 1,9$ пг/мл, при задержке плода до трех недель – $16,1 \pm 1,8$ пг/мл, более трех недель – $10,3 \pm 1,2$ пг/мл и в случае самопроизвольного выкидыша – $14,7 \pm 1,6$ пг/мл.

Аналогичные результаты при замершей беременности обнаруживались со стороны ФНО (фактора некроза опухоли), относящегося к классу Th1 цитокинов. При несостоявшемся выкидыше на фоне повышения ФНО, ИФН- γ наблюдалось снижение ИФН- α , относящегося к Th2 классу цитокинов. Так, если при нормальном течении беременности концентрация ИФН- α составила $36,1 \pm 2,4$ пг/мл, то при задержке плода до трех недель – $21,7 \pm 1,4$ пг/мл, более трех недель – $19,62,0$ пг/мл, а на фоне самопроизвольного выкидыша – $24,4 \pm 1,6$ пг/мл. Суммируя полученные данные, можно констатировать, что во всех случаях невынашивания беременности наблюдается диссоциация между уровнем Th2 и Th1 цитокинов.

Таким образом, нарушения иммунного статуса при замершей беременности могут быть обусловлены вторичным иммунодефицитом, спровоцированным различными неблагоприятными факторами, среди которых к наиболее значимым относят бактериальные инфекции, стресс, неспецифические хронические заболевания, длительный прием лекарственных препаратов, облучение. Для несостоявшегося выкидыша характерно статистически значимое по сравнению с нормой снижение уровня ИЛ-4, ИЛ-8 и ИФН- α на фоне повышения концентрации ФНО и ИФН- γ .

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ БОЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ С УЧЕТОМ БИОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Нафикова Р.А., Карамова Р.Ф., Хасанов А.Г., Черемисин И.А., Мухин А.Н., Хасанова М.Р.

ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России, Уфа, radmila-angel@mail.ru

Одним из методов лечения различных заболеваний является хирургическая операция, во время которой происходят кровопотери. При объемных операциях могут возникнуть значительные потери крови и развиваться состояния, требующие коррекции [1]. С этой целью в организм вводят различные по составу и концентрации растворы, направленные на восстановление объема циркулирующей крови. Процесс парентерального обеспечения организма водой, электролитами, лекарственными препаратами называется инфузионной терапией. Инфузионной терапии принадлежит большое значение в подготовке больного к операции, в интраоперационном периоде и в послеоперационной терапии. Поэтому должен быть адекватный подбор объема вливаний. При определении инфузионной терапии используют такой критерий, как возраст (паспортный, календарный), являющийся продолжительностью периода от момента рождения до определённого момента времени. Но не берется во внимание биологический возраст (БВ), который показывает степень морфологического и физиологического развития организма и отражает его реальные приспособительные возможности [2]. С учетом БВ можно правильно подобрать необходимую инфузионную терапию в индивидуальном порядке. Особого внимания требуют больные пожилого и старческого возраста, так как они менее выносливы и имеют сниженные адаптационные возможности в отличие от молодых пациентов [3]. Это связано с тем, что с возрастом повышается чувствительность к кровопотере, следовательно, уменьшение перфузии жизненно важных органов развивается быстрее. Также высокая чувствительность к гиповолемии связана с уменьшением общего количества воды в организме за счет внутриклеточного пространства и увеличения доли жира в массе тела. У данной категории людей наблюдается потеря тканями эластичности, что понижает толерантность к избытку жидкости, получаемой при инфузии [5,8].

Цель. Изучение разницы в объеме инфузионной терапии при учете биологического возраста и календарного (паспортного) возраста.

Материалы и методы исследования. Предлагаемая схема определения объема инфузионной терапии:

Объем жидкости на сутки = физиологическая потребность в жидкости (с учетом БВ, массы тела, сопутствующей патологии) + дефицит жидкости (с учетом тяжести состояния, суточного диуреза, ЦВД, температуры тела) + патологические потери (с учетом дефицита электролитов) - объем энтерального питания.

Средняя физиологическая потребность в воде составляет 1500 мл на каждый 1 м поверхности тела за 24 ч. [6]. Однако в зависимости от возраста эти данные могут меняться. Поэтому, при определении физиологической потребности организма в жидкости мы предлагаем использовать БВ, а не календарный (паспортный). И проводить расчет по данной схеме индивидуального для каждого пациента. Инфузионная терапия была подобрана в зависимости от времени, прошедшего от начала заболевания до