ной опухоли, по сравнению со здоровыми женщинами.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ГОЛОВНЫМИ БОЛЯМИ

Воеводин В.А., Закирова Э.Н.,
Ахмадеева Л.Р., Кутлубаев М.А.
Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

В настоящее время не существует общепринятого определения качества жизни (КЖ). Всемирной Организацией Здравоохранения была проделана большая исследовательская работа по выработке основополагающих критериев качества жизни. КЖ понимается как уровень благополучия и удовлетворенности теми сторонами жизни (своим физическим, психологическим и социальным состоянием), на которые влияют болезни, несчастные случаи или их лечение, а также оценка больным тех негативных изменений, которые произошли или могут произойти в результате этих заболеваний. Также КЖ можно определить как степень комфортности человека внутри себя и в рамках своего общества.

Головные боли напряжения (ГБН) и мигрени (М) являются самыми распространенными формами цефалгий во всех популяциях мира и оказывают значительное негативное влияние как на индивидуум, так и на социум, поскольку сопряжены с весомой потерей рабочих дней по временной нетрудоспособности и в еще большей мере - из-за снижения производительности работы, качества и восприятия жизни в целом.

Целью нашего исследования явилась количественная оценка и сравнение между собой показателей качества жизни и неврологического статуса пациентов с головными болями напряжения и мигренями.

Нами было обследовано 43 пациента, которых мы разделили на 2 группы в зависимости от типа головных болей. Они были отобраны на базе неврологического отделения Башкирской Республиканской клинической больницы им.Г.Г.Куватова (г. Уфа) по обращаемости. В первую группу (пациенты с ГБН) вошли 24 человека: женщин –87,5%; мужчин – 12,5%. Их средний возраст составил 34,35±10,93 года (стандартная ошибка средней - 2,44). Во вторую группу вошли 19 пациентов с мигренями (женщин - 68,42%; мужчин -31,58%), средний возраст - 30,27±10,14 лет (стандартная ошибка средней - 2,62). При исследовании объективного неврологического статуса у данных пациентов не обнаружено очаговой симптоматики, свидетельствующей о морфологическом повреждении центральной или периферической нервной системы.

Для оценки качества жизни нами использована русская валидизированная компанией «Эвиденс-Клинико-фармакологические исследования» версия опросника MOS-SF 36, состоящая из 8 шкал – PF (физическое функционирование), RP (ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием), BP (интенсивность боли), GH (общее состояние здоровья), VF (жизненной активность), SF (социальное функционирование), RE (ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием), MH (психическое здоровье). Максимальное значение по каждой из шкал – 100 баллов.

Для систематизации информации нами разработана оригинальная карта обследования больных с ГБН и М, на основании которой создана база данных в Microsoft Access. Для каждого обследованного пациента в настоящей базе данных создавалась отдельная запись.

Для уточняющей дифференциальной диагностики с органическими заболеваниями головного мозга проводились нейровизуализационные исследования (компьютерная томография или магнитно - резонансная томография головного мозга).

В качестве дополнительного теста при ГБН проводилась поверхностная электромиография перикраниальных мышц.

Все расчёты выполнены с помощью программы Statistica 6.0. Распределение было нормальным, поэтому были применены методы параметрического анализа. Полученные нами данные обобщены в следующую таблицу и представлены в виде диаграммы. Числовые значение даны в формате среднее значение ± стандартное отклонение.

Таблица 1. Числовые значения данных полученных с помощью параметрического метода

№	Шкала	Пациенты с ГБН (n=24)	Пациенты с М (n=19)
1	PF	82,50±11,67	81,00±10,63
2	RP	46,25±12,36	38,30±18,8
3	BP	41,90±14,33	42,73±16,29
4	GH	52,10±13,05	59,13±17,23
5	VF	43,00±15,77	47,33±14,74
6	SF	59,38±16,24	63,33±16,0
7	RE	48,30±13,87	46,67±15,08
8	MH	48,60±20,86	59,47±19,18

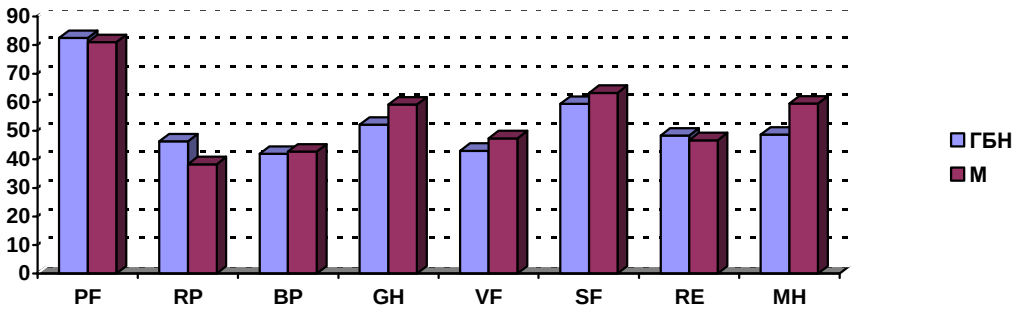

Рисунок 1. Сравнительная характеристика данных полученных параметрическим методом

По полученным результатам 8 шкал MOS-SF 36 был проведен однофакторный дисперсионный анализ, который показал отсутствие статистически значимого различия средних показателей качества жизни для данных двух групп ($p>0.05$).

Самые высокие показатели в обеих исследованных группах были получены по шкале PF (физическое функционирование). Этот показатель определяет возможность выполнения различных физических нагрузок: минимальная - возможность самообслуживания (способность больного самостоятельно умыться, одеться), максимальная физическая функция характеризуется свободным выполнением всех видов физической активности (длительная ходьба, бег, занятия спортом) без ограничений.

На втором месте у всех наших пациентов стоял показатель «социальное функционирование» (SF), который отражает способность развиваться, полноценно общаться с родственниками, с кругом друзей, семьей, возможность адекватного профессионального общения. По данной шкале можно определить как максимальное препятствие для нормальной социальной активности, обусловленное физическими или эмоциональными проблемами, так и максимальную социальную активность без физических или эмоциональных проблем.

Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (шкала RP) имело минимальное значение в группе пациентов с мигренями (38.3 балла, однако и стандартное отклонение в данной группы было велико). «Ролевое функционирование» интерпретируется как способность к исполнению типичной для специфического возраста, социальной принадлежности определенной работы (ходьба на работу, сама работа, домашнее хозяйство). Низкая физическая роль оценивается в случае возникновения проблем в работе или любой другой привычной ежедневной нагрузке из-за состояния здоровья. У лиц с высокой физической ролью проблем в выполнении ежедневной работы не возникает. В группе пациентов с ГБН данный показатель был выше, чем у пациентов с мигренями, но при статистическом анализе различия не достигли порога значимости, что, вероятно, связано с небольшим числом наблюдений.

Несколько неожиданным для нас было то, что самые низкие числовые значения в группе пациентов с ГБН получены по шкале BP (интенсивность боли). Они были даже ниже, чем у пациентов с мигренями (41.90 против 42.73). Физическая боль может вызвать ограничение обычной активности больного (локализация боли значения не имеет и во внимание принимается как головная, так и зубная боль и боль любой другой локализации. Шкала физической боли предполагает возникновение очень сильного (при мигренях) или продолжительного (при ГБН) болевого синдрома, который не может не сказаться на качественной оценке жизни. Другим крайним вариантом оценки этой шкалы является полное отсутствие болей. Существуют также промежуточные состояния (непродолжительная боль, боль, которая не препятствует выполнению привычных действий, боль, которая мешает общению с друзьями и т.д.).

Показатели психического здоровья (шкала MH) были несколько выше у пациентов с мигренями. Это свидетельствует о наличии у них элементов невротизации, склонности к депрессивным состояниям. В настоящее время нами продолжается работа по исследованию депрессивных включений у данной когорты больных. Вероятно, этот показатель будет существенно различаться у пациентов с различной частотой мигренозных пароксизмов, что будет нами изучено при сборе большего количества данных.

Остальные показатели у обследованных нами пациентов также были существенно ниже нормальных значений.

Общее состояние здоровья (GH) оценивает субъективное восприятие предшествующего, настоящего состояния здоровья и позволяет определить его перспективы. Наименьшее значение шкалы соответствует либо оценке состояния здоровья, как "плохого", либо указывает на возможность того, что состояние здоровья ухудшится. Максимальное значение шкалы соответствует личному убеждению пациента о прекрасном состоянии здоровья. По данному показателю средние результаты пациентов с мигренями несколько превышали показатели пациентов с ГБН.

От 43.00 до 48.30 колебались показатели VF (жизненной активность) и RE (ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием) в обеих группах.

Таким образом, нами впервые в Республике Башкортостан начато исследование качества жизни у пациентов с различными головными болями, не связанными с органическими поражениями головного мозга. Впервые для количественной оценки качества жизни

использована валидизированная русская версия опросника MOS SF 36.

Несмотря на благоприятный прогноз обеих исследованных нозологических форм как для жизни пациента, так и для лечения, показатели качества жизни у всех обследованных были существенно ниже полученных другими авторами для нормальной популяции. Это может свидетельствовать о том, что до сих пор мы сталкиваемся с недостаточным вниманием практикующих неврологов к указанным нозологичсеким формам, их несвоевременную и не всегда правильную диагностику (в большинстве случаев данные пациенты направлялись на консультациию в Республиканскую больницу с диагнозами «дисциркуляторная энцефалопатия», «шейный остеохондроз» и др.).

Для обеих форм головных болей, исследованных нами, имеются доказанные эффективные методы лечения. Это позволяет нам акцентировать внимание неврологов и врачей общей практики на данные диагнозы и на использование наиболее эффективных и доказанных медикаментозных и немедикаментозных средств терапии, а также на то, что неадекватная диагностика приводит к значительным страданиям пациентов и ухудшению качества их жизни.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЛИЯНИЯ МЕФЕБУТА НА СКОРОСТЬ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО КРОВОТОКА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ДОППЛЕРОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ У КРЫС С ОСТРОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Воронков А.В., Тюренков И.Н.,
Бородкина Л.Е., Багметов М.Н., Епишина В.В.
Волгоградский Государственный Медицинский Университет,

Актуальность

Патология, связанная с острым нарушением мозгового кровообращения является одной из важнейших медико–социальных проблем международного масштаба, по имеющимся статистическим данным в мире каждый год от инсульта погибают до 5 млн. человек. На сегодняшний день у ученых не вызывает сомнений участие ГАМК и ее производных в процессах регуляции мозговой гемодинамики и в активации резервных возможностей системы церебрального кровообращения при ишемической патологии головного мозга. На основании этого значительный интерес представляло исследование противоишемического эффекта одного из производных ГАМК – мефебута.

Материалы и методы исследования.

Эксперимент выполнялся на крысах – самцах линии Vistar, массой (180-210 г.), содержавшихся в стандартных условиях вивария, животные были разделены на 3 группы: группа контроля, группа мефебута, группа фенибута (препарат позитивного контроля). Для воспроизведения ишемии головного мозга была использована экспериментальных модель двухсторонней необратимой окклюзии общих сонных артерий с понижением уровня артериального давления до 45-50 мм. рт. ст. методом кровопускания. Регистрацию локального мозгового кровотока проводили в теменной области головного мозга крыс, в проекции среднемозговой артерии, с помощью ультразвукового допплерографа для исследования кровотока ММ-Д-К производства Санкт – Петербурга, Россия. Соединения были использованы дозе – 25 мг/кг, что составляет 1/30 от LD_{50}.Контрольной группе животных вводился физиологический раствор в эквивалентном объеме. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью пакета программ STATISTIKA/w5.0 фирмы StatSoft, Ink. (США) для Windows и EXCEL с использованием t-критерия Стъюдента, Вилкоксона

Результаты и их обсуждение

Исходный мозговой кровоток у животных всех групп составлял в среднем 24±0,11 усл. ед., среднее артериальное давление равнялось 90-100 мм рт.ст. На фоне окклюзии общих сонных артерий и кровопускания локальный мозговой кровоток у животных контрольной группы снижался более чем в два раза и оставался примерно на том же уровне, составляя на 30 минуте окклюзии всего 41% от исходного уровня, в то время как в группе мефебута и фенибута мозговой кровоток составил соответственно 79%. и 75% от исходных показателей.

Выводы

Двухсторонняя перевязка общих сонных артерий приводит к снижению более чем вдвое показателей локального мозгового кровотока. Ведение мефебута и фенибута значительно уменьшает степень падения церебрального кровотока в теменной области.

Мефебут по силе противоишемичекого эффекта сопоставим с фенибутом.

ХРОНОСТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ У ВАХТОВИКОВ ЗАПОЛЯРЬЯ

Губин Д.Г[1]., Губин Г.Д[1].,
Ветошкин А.С[2]., Шуркевич Н.П[2]., Гапон Л.И[2].
[1] *ГОУ ВПО Тюменская государственная медицинская академия, Тюмень;*
[2] *Тюменский кардиологический центр – филиал НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН*

Актуальность: Амбулаторный мониторинг артериального давления (АМАД) позволяет провести детальный анализ хроноструктурных особенностей артериального давления (АД) и частоты сердечных сокращений (ЧСС). Временная организация данных показателей сердечно-сосудистой деятельности характеризуется влиянием двух составляющих: а) эндогенных факторов – биологические часы, контролируемые основными центральными и дополнительными, периферическими осцилляторами и б) экзогенных, маскирующих факторов, обусловленных влиянием эмоциональных, физических факторов, а также многих факторов окружающей среды. В регионах крайнего севера создаются условия для нарушения временной организации сердечно-сосудистой деятельности, обусловленные влиянием климатогеографических особенностей региона на обе вышеуказанные составляющие. Уникальный фотопериодический статус за-