

Рослини *S. marianum* в умовах Києва послідовно проходили всі етапи сезонного розвитку, щорічно цвіли, плодоносили з утворенням життєздатного насіння, здатні до самосіву. Адаптивні можливості *S. marianum* у поєднанні з корисними властивостями обумовлюють перспективність їх інтродукції.

УДК 616.831-001-07-036.82

ПІСЛЯСТРЕСОВІ ГОЛОВНІ БОЛІ. МЕТОДИ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЇ КОРЕКЦІЇ. КЛІНІЧНИЙ ДОСВІД

- **В.С. Мацишин**, лікар-невролог, науковий співробітник ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС)
О.М. Мажарівська, лікар-інфекціоніст, лікар народної та нетрадиційної медицини
Н.І. Добриніна, лікар-гомеопат, лікар народної та нетрадиційної медицини
А.М. Осипенко, лікар-дієтолог, спеціаліст аюрведи
Л.А. Макаренко, лікар-гінеколог, спеціаліст аюрведи
- *Центр Здоров'я «Аюрведа 192». м.Київ*

Актуальність. Стрес (англ. “stress” – «напруга») – це стан напруги, тобто сукупність захисних фізіологічних реакцій, що наступають в організмі людей у відповідь на вплив різних несприятливих факторів (стресорів), зокрема холоду, голодування, психічних і фізичних травм, опромінення, крововтрати, інфекцій та інші. Проблемам вивчення стресу та стресостійкості у науковій літературі присвячено значну кількість робіт. Інтенсивні дослідження розпочалися після публікації робіт Г. Сельє у 50-х р. ХХ століття, в яких основна увага була приділена фізіологічним змінам в організмі під дією стресорів. Л. Кітаєв-Смик зазначає, що вже у 1983 р. бібліотека Національного інституту стресу налічувала більше 150 тисяч публікацій з цієї теми [1].

Стрес впливає на організм не тільки змінами на емоційному рівні (страх, тривога, роздратованість, депресія, порушення пам'яті) [4], а також на фізичному рівні, найчастішими проявами можуть бути: перебої в роботі серця, головний біль, спазми в животі, розлади травлення (діарея, закрепи, нудота, відсутність апетиту чи надмірний неконтрольований апетит без відчуття насичення), тремтіння в тілі, оніміння (заклякання) кінцівок, перепади артеріального тиску та інше [5].

Чому страждає фізіологія? Все тому, що організм не зміг “подолати, розчинити” первинний стресовий “вузол”, який і викликає на структурному рівні в відповідних відділах гіпокампі та префронтальної кори ,запускаються зміни

на рівні дендритів, зміни апоптозу, що призводить до зривів систем адаптації на рівні симпатичної, парасимпатичної та нейрогуморальної регуляції і проявами різноманітних симптомів на фізичному та емоційному рівні [7].

Проблема болю у всі часи залишалася найбільш актуальною. Біль будь-якого походження значно знижує якість життя, обмежує працездатність, пригнічує функціонування багатьох органів та систем (в залежності від причини болю), прискорює процеси старіння, значно підвищує стресовість та стійкість організму до дії патологічних факторів зовнішнього середовища (віруси, бактерії, простіші, гельмінти, холод, спека, УФ випромінювання та. ін) та є провокуючим фактором загострення латентних (хронічних) хвороб. На сьогодні методами зменшення больового синдрому є прийом препаратів, основна дія яких - блокування рецепторів, які реагують на біль, міотропна дія, а в тяжких випадках - анальгетики наркотичної дії. Але, є ряд протипоказань, побічних дій, особливостей медикаментозної взаємодії при застосуванні цих груп препаратів [8,9,10]. В особливу групу потрапляють люди, котрі страждають на хронічні болі, так як вони складно піддаються медикаментозній корекції, тривають впродовж місяців чи, навіть, років, а в умовах стресу цей біль стає інтенсивнішим і часто – складно контрольованим.

Мета дослідження. Провести аналіз немедикаментозних методів корекції (голкорефлексотерапія, масажні техніки, остеопатія, краніо-сакральна терапія, дихальні техніки) на осіб, котрі мали головний біль, який виник одразу після впливу стресового фактору чи протягом 24-48 годин після. Довести наявність стресу та визначити його рівень у даної групи осіб.

Завдання дослідження. Дослідити у вибраної групи пацієнтів з головним болем рівень стресу за допомогою індексів, отриманих після аналізу варіабельності серцевого ритму (ВСР). Довести, що немедикаментозні методи корекції (голкорефлексотерапія, масажні техніки, остеопатія, краніо-сакральна терапія, дихальні техніки) позитивно впливають на фізіологію людини, яка мала головний біль.

Об'єкт дослідження. Особи, які мали головний біль одразу після стресового впливу чи через 24-48 год. після.

Предмет дослідження. Запис варіабельності серцевого ритму осіб зі стресом для визначення рівня стресу та оцінка впливу немедикаментозних методів корекції на їх фізіологію.

Матеріали та методи дослідження. У дослідженні взяли участь 140 осіб віком від 18 до 60 років. У всіх пацієнтів були виключені інші стани, які можуть викликати головний біль (артеріальна гіпертензія чи гіпотензія, інсульти, вогнищеві зміни ГМ, аневризма та ін.) Розподіл за віком: 18-24 роки - 17 осіб (12,1%); 25-39 років - 43 особи (30,7%); 40-60 років - 80 осіб (57,2%). З них чоловіки - 57 осіб (40,7%); жінки - 83 особи (59,3%). Заповнення пацієнтами анкет –опитувальників, які допомагали суб'єктивно оцінити стан пацієнта. До них відносились: DASS 22 – опитувальник для оцінки тривоги, стресу, депре-

сії; Вейна – опитувальник, який допомагає визначити наявність вегетативного дисбалансу; ПТСР – опитувальник для виключення посттравматичного стресового розладу; опитувальник сну – оцінка якості сну. Об'єктивізація рівня стресу та оцінка запасів резервів регуляції (симпатичної, парасимпатичної, нейрогуморальної) проводилась з використанням варіабельності серцевого ритму (BCP) за допомогою кардіографа DC06000 DiaCard , обробка даних проводилась програмним забезпеченням «Гармонія». Оцінювались індекси: SDNN, RMSSD, індекс напруги, PNN50(%), вегетативний баланс (LF\HF), загальний рівень біоенергетики (TP), активність вазомоторного центру регуляції, активність підкоркових рівнів регуляції, індекс емоційного стану, психоемоційний індекс. Дані індекси дозволяли виміряти рівень стресу і пов'язати головний біль з його високим рівнем. Об'єктивне обстеження, інструментальні, лабораторні методи діагностики були використані для виключення інших причин головного болю.

Оцінка рівня болю до і після сеансу корекції проводилась за допомогою опитувальника, що включав розподіл рівня болю по 10 бальній шкалі, де 10 - самий інтенсивний рівень болю, а 1 - мінімальний рівень. До методів корекції болю відносились: голкорексфлексотерапія, масажні техніки, остеопатія, краніо-сакральна терапія, дихальні техніки. Аналіз отриманих даних оброблявся за допомогою математичного обрахунку.

Результати дослідження та їх обговорення. За результатами заповнених анкет-опитувальників, всі особи мали скарги на поганий сон, тривожність, порушення з боку вегетативної регуляції.

У всіх пацієнтів відмічались підвищений індекс напруги, індекс емоційного стану, психоемоційний індекс. Рівень TP був значно знижений у 90% пацієнтів, вегетативний баланс у 94% пацієнтів був зсунутий у бік симпатикотонії.

При першому зверненні:

- 12 осіб (9,3%) оцінили біль в 8-9 балів;
- 71 особа (50,7%) - 6-8 балів;
- 57 осіб (40%) - до 6 балів.

Кожному пацієнту був розроблений індивідуальний план відновлення, який базувался на даних скарг, результатів анкет-опитувальників, аналізу ВСР і включав:

- навчання технік розслаблення нервової системи для миттєвого зняття напруги – дихальні вправи;
- призначення процедур з відновлення: масляні масажі всього тіла, окремих зон (стоп, голови, спини, живота тощо);
- голкорексфлексотерапія метод Су Джок (робота на фізичному та емоційному рівнях);
- аплікаційні процедури (пічу, басті хрідая тощо);
- робота з тілом на тонкому рівні (остеопатія, КСТ, марма терапія).

Після першого сеансу 120 осіб (85,7%) відчували полегшення.

З них: - 37 осіб (30,8%) - на 10 % зменшився больовий синдром;

- 45 осіб (37,5%) - на 20 % ;
- 38 осіб (31,7%) - на 30% ;
- 20 осіб (14,3%) - не відчули полегшення.

Після 3-5 сеансів:

- 9 осіб (6,4%) - повністю зник біль ;
- 58 осіб (41,4%) - полегшення відчули на 30% ;
- 72 особи (51,5%) - на 50% ;
- 1 особа (0,7%) - не відчула полегшення.

Після 7-10 сеансів:

- 89 осіб (63,5%) - больовий синдром зник повністю;
- 44 особи (31,5%) - больовий синдром зменшився на 70% ;
- 6 осіб (4,3%) - на 50%;
- 1 особа (0,7%) - не відчула полегшення.

Вже після першого сеансу лікування (корекції стану) 85,7% усіх пацієнтів, які звернулися до нас, відчули полегшення. Після закінчення повного курсу відновлення у 63,5% осіб біль зник повністю. Паралельно зі зменшенням больового синдрому, відмічались зміни в загальному стані: покращився сон, настрій, зменшились прояви астеничного синдрому, гармонізувалось травлення.

Висновки. Використання опитувальників та аналіз ВСР допомагають визначити рівень стресу, оцінити адаптаційні ресурси організму, проаналізувати вплив вегетативної нервової системи на серце, що відображається в цифрових показниках відповідних індексів.

Доступність методу дає можливість використовувати ВСР, як предиктора ранніх, безсимптомних проявів стресу чи нервової напруги для вчасної профілактики, в подальшому, більш глибоких порушень.

Використання немедикаментозних методів корекції при проблемі головних болів, пов'язаних зі стресом, є досить ефективним, що не тільки бореться із головним болем, а допомагає збалансувати організм в цілому, покращити рівень життя та фізичному та емоційному рівнях.

Практичні рекомендації. Рекомендовано прийняти до уваги дане дослідження і розглядати використання немедикаментозних методів корекції (голкорексфлексотерапія, масажні техніки, дихальні практики, остеопатія, краніо-сакральна терапія) для подолання головних болів у осіб, які відмічали вплив стресових факторів і пов'язують головний біль саме зі стресом, який виник від 24 до 48 годин після. Для об'єктивізації рівня стресу рекомендовано використовувати показники варіабельності серцевого ритму з аналізом отриманих індексів.

Немедикаментозні методи корекції не тільки допомагають позбутися болю, а ще й покращують настрій, забезпечують загальне розслаблення, покращують сон, балансують роботу вегетативної нервової системи.

Література

1. Китаев-Смык Л. Психология стресса. Москва : Наука, 1983. 368 с
2. Вальдман А. В. Психофізіологічна регуляція емоційного стресу [Текст] / А. В. Вальдман // Актуальн. Пробл. стрес. – Кишинев: «Штиинца», 1996. – С. 344
3. Аракелов Г. Г. Стресс и его механизмы [Текст] / Г. Г. Аракелов // Вестник Московск. Ун-та. – 1995. – № 4. – С. 45–54. – (Серия 14: «Психология»).
4. Кижаяев-Смык Л. А. Психология стресса [Текст] / Л. А. Кижаяев-Смык. – М.: Наука, 1983. – С. 114–184
5. National Institute for Health and Care Excellence (2021) Headaches in over 12s: diagnosis and management. Clinical guideline [CG150].
6. Гаврілець І. Психофізіологія людини в екстремальних ситуаціях : навчальний посібник. Київ : ЗАТ «Віпол», 2006. 188 с.
7. Губачёв Ю. М., Иовлев Б. В., Карвасарский Б. Д. и другие. Эмоциональный стресс в условиях нормы и патологии человека. Л., 1976.
8. Paliy I.G., Tkachuk I.V. Taktika bezpechnogo vedennya komorbidnih hvorih na osteoartrit u praktitsi simeynogo likarya: yakiy vibir? [Tactics of safe management of comorbid ailments for osteoarthritis in a practitioner of a family doctor: what kind of vibration?]. Simeyna meditsina. 2019;1(81): 25-33.
9. Roberts E.R., Green D., Kadam U.T. Chronic condition comorbidity and multidrug therapy in general practice populations:a cross-sectional linkage study. BMJ Open. 2014; Vol. 4, № 7.
10. Derimedvid L.V. Rol preparativ,scho vplivayut na metabolizm hryascha,pri kompleksniy terapiyi [The role of drugs, which is injected on the metabolism of cartilage, in complex therapy]. Simeyna meditsina. Nevrolog. 2016.; 2(64): 39–42.
11. Kovalenko V.M., Shuba N.M. Natsionalniy pidruchnik z revmatologiyi [National assistant from rheumatology]. К.:Morion; 2013: 672 s.
12. Баевский Р. М., Иванов Г. Г., Чирейкин Л. В. и соавт. Анализ вариабельности сердечного ритма при использовании различных электрокардиографических систем (методические рекомендации)// Вестник аритмологии 2001;24:65–87.
13. Karacan M, Ceviz N, Olgun H. Heart rate variability in children with acute rheumatic fever// Cardiol Young
14. Головкин Е. Ю., Куликов Е. П. Зависимость показателей вариабельности сердечного ритма от клинических характеристик опухолевого процесса // Актуальные вопросы патологии: сб. науч. тр., посвящ. дню лечебного факультета. – Рязань: РязГМУ, 2005. – С. 30–31.
15. Howell S. J., Wanigasekera V., Young J. D. et al. Effect of propofol and thiopentone, and benzodiazepine premedication on heart rate variability measured by spectral analysis // Br. J. Anaesth. – 1995. – Vol. 74, № 2. – P. 168–173.
 - Timmermans W, Xiong H, Hoogenraad CC, Krugers HJ. Stress and excitatory synapses: from health to disease. Neuroscience. 2013;248:626-36. DOI: 10.1016/j.neuroscience.2013.05.043
 - Timmermans W, Xiong H, Hoogenraad CC, Krugers HJ. Stress and excitatory synapses: from health to disease. Neuroscience. 2013;248:626-36. DOI: 10.1016/j.neuroscience.2013.05.043