

От 20.03.15: удельный вес — 1006; белок — нет; глюкоза — отрицательно; КПЭ — 3–4; лейкоциты — 10–12.

Анализ мочи по Нечипоренко от 20.03.15: лейкоциты — 6,0; эритроциты — 0,25.

Мазок из зева на грибы р. *Candida* от 19.03.15: обнаружено 10 × 7 КОЭ.

Кровь на маркеры к ВГ от 03.03.15: HBSAg — отр., аHCVtot — отр.

Исследование СМЖ от 18.03.15: бесцв. прозрачная, общий белок — 0,251 г-л.; глюкоза — 2,77 ммоль-л.; цитоз — 23/3; лимф. — 99 %. Туб. пленка не выявлена. Серологические исследования СМЖ: МРП отр., Риф ц — пол (3+); РПГА — пол (3+).

ПЦР ликвор от 18.03.15: DNAHSV 1,2 — отр.; DNACMV — отр.; DNAEBV — отр.; DBAtoxo — отр.

От 19.03.15. DNAHSV 1,2 — отр.; DNACMV — отр.; DNAEBV — обнаружен (49050 Mc-мл); DBAtoxo — отр.

Микроскопия мокроты на КУБ от 24.03.15: положительна (3+); Бак. Исследование на туберкулез (мокрота) Genexpert.

От 24.03.15: МТБ обнаружен, Риф — отр.

Ультразвуковое исследование от 24.03.15: Умеренная гепатомегалия, выраженные диф. изменения в печени, правосторонний гидроторакс.

Рентгенография органов грудной клетки от 19.03.15: Справа в проекции С6 инфильтрация средней интенсивности с нечетким наружным контуром. Подчеркнута междолевая плевра. Правый корень расширен, малоструктурный. Слева — без особенностей. Синусы завуализированы на правом боковом, передний и задний синус не просматриваются (жидкость?).

От 25.03.15: R-картина без динамики.

Лечение: Ко-тримаксазол 960 мг; флуконазол 150 мг; ацецекс, парацетамол, лефлос 500 мг; бензилпенициллина натриевая соль, фикофенон, литическая смесь, левофлоксацин.

25.03.15: пациентка К, переведена в УГОКТБ, где был выставлен диагноз: инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе распада, осложненный правосторонним экссудативным плевритом. МБТ-, Ia-группа диспансерного учета. ВИЧ-инфицированная, 3 клиническая группа по классификации ВОЗ 2012 г.

На момент написания статьи, пациентка, К. продолжает лечение на базе УГОКТБ.

Серологическое исследование крови в ходе лечения: МРП от 03.04.15 — р. положительно (4+), т. с. 1:16.

От 24.04.15: р. положительно (4+), т. с. 1:8

Заключение

Клинические проявления сифилиса на фоне ВИЧ-инфекции характеризуются ускоренным течением, четким сосудистым компонентом вторичных сифилидов, распространенностью элементов: множественной розеолезной сыпью, необычными клиническими проявлениями — темно-вишневые сочные папулы, «оспенovidные» пустулезные сифилиды, сливающиеся между собой элементы, повышенной контагиозностью (у всех обследованных половых партнеров пациентки, К., диагностированы разные стадии сифилитической инфекции).

ЛИТЕРАТУРА

1. Лосева, О. К. Отдаленные результаты лечения экстенциллином больных ранними формами сифилиса / О. К. Лосева, О. В. Доля, А. Г. Чиханатова // Вестник дерматологии и венерологии. — 1998. — № 3. — С. 70–73.
2. Лосева, О. К. Современный нейросифилис: клиника, диагностика, лечение / О. К. Лосева, Э. Ш. Тактамышева // Русский медицинский журнал. — 1998. — Т. 6, № 15. — С. 981–984.
3. Овчинников, Н. И. Атлас электронной микроскопии некоторых представителей рода трепонем, рода нейссерий и трихомонад / Н. И. Овчинников, В. В. Делекторский. — М.: Медицина, 1974. — 74 с.
4. Павловская, Н. А. Роль иммунного ответа в патогенезе СПИДа / Н. А. Павловская // Русский медицинский журнал. — 1997. — № 4. — 254 с.
5. Панкратов, О. В. Сифилис у беременных и детей / О. В. Панкратов. — Минск: Ипати, 2007. — 360 с.

УДК 616.7-08:615.814.1

РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ДОРСАЛГИЕЙ НА ПОЯСНИЧНОМ УРОВНЕ

Барбарович А. С., Латышева В. Я.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В современной русскоязычной медицинской литературе термин «боль в спине» является наиболее популярным и согласно МКБ-10 определяется как «дорсалгия» и «дорсопатия». Термином «дор-

салгия» обозначают боль в спине, обусловленную остеохондрозом без неврологической патологии, что соответствует диагнозу «люмбалгия» (по классификации И. П. Антонова). Термин «боль в спине», который значительно шире, нежели «дорсалгия» является одним из возможных проявлений дискогенной или вертеброгенной радикулопатии (чаще корешков L₅ — слабость разгибателя большого пальца стопы или S₁ — снижение и отсутствие ахиллова рефлекса). Как известно, дорсопатией принято считать группу заболеваний костно-мышечной системы и соединительной ткани, ведущим симптомокомплексом которых является боль в туловище и конечностях невисцеральной этиологии. Остеохондроз позвоночника с неврологическими проявлениями обозначают как один из вариантов деформирующей дорсопатии.

Дорсалгия в тот или иной период жизни отмечается у 80–100 % жителей планеты, причем 70 % из них, по крайней мере однократно, утрачивают по этой причине трудоспособность. Боль в спине возникает в соответствии с ее локализацией, нередко распространяясь на несколько регионов позвоночного столба (окципито-атланта-аксиальная, шейная, шейно-грудная, грудная, поясничная, пояснично-крестцовая, крестцовая и крестцово-копчиковая) [1].

Цель

Проведение анализа эффективности рефлексотерапии в комплексном лечении болевого синдрома пациентов с дорсалгией на поясничном уровне.

Представлены данные купирования болевого синдрома в пояснично-крестцовой области, который может также болезненно иррадиировать в ногу по ходу седалищного нерва (люмбоишиалгия). Ишиатические боли, т. е. боли в ногах иногда могут проявляться даже сильнее, чем в поясничном отделе позвоночника.

Традиционная китайская медицина и акупунктура различают острый эпизод болезни (люмбаго) и хроническое течение поясничной боли (люмбалгия). Острое состояние называют «поясничная молния» (Shan-Yao), что соответствует «прострелу». В старинных китайских медицинских трудах при этом заболевании говорят о «Gai-Yao», что означает «существенные боли в пояснице».

Люмбаго может быть обусловлено и застоявшимся влажным жаром (Shi-Re-Yu), который накапливается в мочевом пузыре, поднимается и повреждает почки. Другая возможность возникновения болей в спине состоит в блокировке их функции застоявшейся кровью (Yu-Xue-Ning-Ji), которая также нарушает циркуляцию энергии меридианов и приводит к болям [2, 4].

Традиционная китайская медицина рассматривает острое люмбаго, «прострел», как блокировку в течении меридианов управляющего канала (Du-Mai) и мочевого пузыря (Zu-Tai-Yang). Здесь, согласно учению китайской медицины, Qi и кровь останавливаются (Qi-Xue Zu-Zhi), что должно быть устранено правильно введенными иглами, так что нормальное течение в меридиане восстанавливается. При этом нарушении, согласно китайскому пониманию, речь идет о так называемом меридианном заболевании (Jing-Luo-Bing) [2, 3].

Причиной хронического болевого синдрома на поясничном уровне часто является пустота почек (Shen-Xu) в смысле китайской медицины, но причиной может быть и проникновение внешнего патогенного нарушения (Wai-Xie). Например, ветер и влага могут проникнуть в течение соответствующих меридианов и привести к повреждению Qi (энергии) и Qi-Xue (крови), следствием чего будет острое или хроническое проявление заболевания. Знание точек воздействия способствует более быстрому купированию боли.

Материал и методы исследования

Обследовано и проведено лечение 34 пациентам, из них 26 (76 %) мужчин и 8 (24 %) женщин с болями на поясничном уровне. Для оценки боли использовали визуальную аналоговую шкалу (ВАШ). Исходный уровень боли по ВАШ оценивался в пределах 60–90 % (выраженный болевой синдром).

Акупунктура тела.

Терапевтический принцип: достичь проходимости, урегулировать управляющий канал и меридиан мочевого пузыря.

Главные точки: VG26, V40, R2. Техника: точку VG26 укалывали с сильным раздражением, т.е. седирующе. Точки V40 и R2 пунктировали острой треугольной иглой таким образом, чтобы оттуда вытекло немного крови. Ежедневно проводили один лечебный сеанс.

Объяснение выбора точек: VG26, помимо прочего, обладает благотворным влиянием на область поясницы (Li Yao-Bei), способствуя проходимости управляющего канала в поясничной области и снова приводя в движение Qi-Xue. Она действует здесь в качестве дальней точки, как и V40, которая также терапевтически воздействует на область поясницы и коленных суставов. Поскольку при люмбаго в большинстве случаев определялся как синдром полноты или синдром блокировки, путем кровопускания в этих точках достигалась регуляция патологической полноты. Это относится и к точке R2, которая в качестве Ying-точки (2-й из 5-ти транспортных точек) соответствует элементу огня, в то время как мочевой пузырь и почки с принадлежащими к ним меридианами соответствуют элемен-

ту воды. Через эту точку седируется и, таким образом, выравнивается имеющая место полнота в меридиане мочевого пузыря, что способствует купированию болевого синдрома [5].

Ушная акупунктура дополняла корпоральную акупунктуру.

Главные точки: 38 (крестцовые позвонки и копчиковый позвонок), 40 (поясничный отдел позвоночника), 54 (точка люмбаго), 55 (Shen-Men), 34 (Subkortex), 13 (надпочечники). Техника: иглы в избранных для укалывания точках коротко вращали, а затем оставляли на 15–20 мин. Ежедневно проводили один лечебный сеанс. Если пациент реагировал на лечение хорошо, в две-три точки вводили иглы длительного действия с экспозицией до 7 суток.

Дальнейшие комбинации точек. Через 5 дней при отсутствии ожидаемого эффекта укалывали точки: P5, V40, VG26, VB34, V65, V60, V34, VC6. У пациентов со сложностью вставать и садиться пунктировали точки VG6 и V23.

Всего на курс проведено 10 процедур рефлексотерапии. После лечения отмечалось снижение интенсивности боли по ВАШ (20–30%) до легкой степени выраженности боли. У 2 человек была диагностирована грыжа межпозвоночного диска L_{IV}–L_V, у 3-х — L_V–S_I. Пациенты были направлены на консультацию к нейрохирургу для решения вопроса об оперативном лечении в связи с выраженным болевым синдромом и отсутствием эффекта от консервативного лечения.

Выводы

Рефлексотерапия пациентов с дорсалгией на поясничном уровне включала разнообразные комплексные методы воздействия на точки акупунктуры. В сочетании с традиционными методами терапии возможно достижение более выраженного купирования болевого синдрома, что сокращает сроки лечения и улучшает качество жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Каменев, Ю. Ф. Клинические основы противоболевой терапии: природа хронической боли, условия ее возникновения и ликвидации / Ю. Ф. Каменев, В. Б. Каменев. — СПб., 2006. — 456 с.
2. Шнорренбергер, К. К. Учебник китайской медицины для западных врачей / К. К. Шнорренбергер. — М.: Balbe, 2007. — 560 с.
3. Шнорренбергер, К. К. Терапия акупунктурой. Хирургия, урология, ортопедия (включая ревматологию), дерматология, гинекология, помощь при родах / К. К. Шнорренбергер. — М.: Balbe, 2003. — Т. 2. — 328 с.
4. Самосюк, И. З. Акупунктура. Энциклопедия / И. З. Самосюк, В. П. Лысенко // Украинская энциклопедия им. М. П. Бажана. — М.: АСТ-Пресс, 1994. — 543 с.
5. Стояновский, Д. Н. Рефлексотерапия: практ. руководство / Д. Н. Стояновский. — М.: Эксмо, 2008. — 960 с.

УДК 82.07.09

ДА ПЫТАННЯ РАСПРАЦОЎКІ КОЛЕРАБАЧАННЯ МАСТАЦКАГА ТЭКСТУ Ў НАВУКОВАЙ ЛІТАРАТУРЫ

Бароўская І. А.

Установа адукацыі

«Гомельскі дзяржаўны медыцынскі ўніверсітэт»

г. Гомель, Рэспубліка Беларусь

Уводзіны

У сучаснай лінгвістычнай літаратуры адной з актуальных выступае праблема колерабачання мастацкага тэксту. Даследаванне сістэмы колерабачання многімі замежнымі і некаторымі айчыннымі навукоўцамі дазваляе меркаваць, што ў апошнія гады акрэсліваецца новы напрамак у мовазнаўстве, які можна ахарактарызаваць паняццем «лексічная каларыстыка». Колеравая і светлавая лексіка валодае істотным семантычным, сінтагматычным і выяўленчым патэнцыялам, мае вялікае значэнне ў плане адлюстравання пэўных фрагментаў моўнай карціны свету мастака і забеспячэння эстэтычнага дыялогу паміж пісьменнікам і чытачом. Аналіз колерабачанняў дае магчымасць вызначыць асаблівасці ўжывання ў мастацкім тэксце адпаведных фарбаў, характар асацыятыўных сувязяў, якія пры гэтым узнікаюць.

Катэгорыя колеру і святла звязана з псіхічнай і эмацыянальнай сферай пісьменніка, глыбіннымі тэкставымі мікраструктурамі. Каларыстычная лексіка, будучы пэўнай знакавай сістэмай, выступае ў мастацкім тэксце як своеасаблівая вербальна-эстэтычная парадыгма, што адлюстроўвае спецыфіку аўтарскага светаўспрымання.

Выкарыстанне паэтам колеравай і светлавой лексікі, творчае пераасэнсаванне яе семантычнага патэнцыялу з'яўляецца важным элементам дасягнення мастацкай вобразнасці і выразнасці. Бачанне свету ў колеры — адно з найбольш моцных чалавечых адчуванняў. Неабходна таксама звярнуць увагу на тое, што ў свядомасці чалавека лёгка запамінаюцца фарбы, зрокавае ўяўленне колеру