

Положительная динамика, согласно данным шкалы самооценки уровня тревожности, у пациентов основной и контрольной групп достигала до 65 % за 5 и 10–15 процедур РТ соответственно.

Результаты аналогичны для основной и контрольной групп. Соответственно повысилось качество жизни.

Были пролечены пациенты основной группы 58 человек (чел.): 43 (74 %) мужчины и 15 (26 %) женщин. Возраст обследованных составлял от 27 до 60 лет. В контрольную группу вошло 34 чел.: из них мужчин 26 (76,5 %) чел., женщин 8 (23,5 %). Возраст составлял от 24 до 72 лет. Для пациентов основной группы проводилась фармакорексфлексотерапия с отечественным препаратом Sol. Ketorolac long в сочетании с классической акупунктурой и стандартной терапией. Пациенты контрольной группы получали сеансы классической рефлексотерапии (РТ) в сочетании со стандартными методами.

Курс лечения составлял 5 процедур для пациентов основной группы и 10–15 — для пациентов контрольной группы, проводимых ежедневно, либо через 1–2 дня. Экспозиция составляла 50 мин.

Выводы

1. Фармакорексфлексотерапия пациентов с дорсопатией на поясничном уровне включает индивидуальные комплексные методы воздействия на точки акупунктуры.

2. Фармакопунктура является одним из дополнительных методов лечения, которая эффективно купирует болевой синдром, улучшает качество жизни, уменьшает реактивную тревожность в комплексном лечении болевого синдрома на поясничном уровне.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Каменев, Ю. Ф.* Клинические основы противоболевой терапии: природа хронической боли, условия ее возникновения и ликвидации / Ю. Ф. Каменев, В. Б. Каменев. — СПб.: Изд-во СПбГУ, 2006. — 456 с.
2. *Агасаров, Л. Г.* Фармакопунктура / Л. Г. Агасаров. — М.: Арнебия, 2002. — 208 с.
3. *Шнорренбергер, К. К.* Учебник китайской медицины для западных врачей / К. К. Шнорренбергер. — М.: Balbe, 2007. — 560 с.
4. *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.
5. *Табеева, Д. М.* Руководство по иглорефлексотерапии / Д. М. Табеева. — М.: Медицина, 1982. — 560 с.

УДК 577.175.62

АНАБОЛИЧЕСКИЕ СТЕРОИДЫ: ПОЛЬЗА И ВРЕД

Белкина Т. М.

Научный руководитель: Шуляк Ж. В.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Анаболические стероиды — лекарственные средства, близкие по структуре к мужским половым гормонам (андрогенам), но обладающие преимущественно анаболической активностью (повышают синтез белков в организме).

По химическому строению анаболические средства подразделяют на стероидные и нестероидные. Анаболические стероиды известны уже более 40 лет, с тех пор как в 50-х годах были синтезированы химическим путем производные мужского полового гормона тестостерона. К стероидным анаболическим средствам относят метандростенолон, метиландростендиол, ретаболил, силаболин, ифеноболин, которые различаются главным образом по длительности действия. Длительно действующими препаратами являются феноболин, ретаболил и силаболин. Непродолжительным действием обладают метандростенолон и метиландростендиол. По химическому строению и действию анаболические стероиды данной группы имеют сходство с андрогенными гормонами, но в отличие от них обладают значительно менее выраженной андрогенной активностью. К нестероидным анаболическим средствам относятся калия оротат, рибоксин, пентоксил [1].

Стероидные анаболические средства, стимулируя синтез белка в организме, вызывают задержку в нем азота, уменьшают концентрацию мочевины в моче, повышают содержание общего белка в сыворотке крови. Кроме того, они способствуют задержке в организме калия, серы, фосфора, усиливают фиксацию кальция в костной ткани. При этом стероидные анаболические средства усиливают рост костей в длину, не влияя на дифференцировку скелета. Стероидные анаболики повышают уровень соматотропного гормона в сыворотке крови на фоне его недостаточности, несколько снижают функцию щитовидной железы. Также они стимулируют β -клетки островков поджелудочной железы и повышают уровень эндогенного инсулина, что приводит к торможению распада гликогена. Влияние стероидных анаболических средств на жировой обмен приводит к повышению концентрации свободных жирных кислот и кетоновых тел, снижению уровня холестерина и липопротеинов в крови. В целом действие анаболических стероидов проявляется увеличением массы тела, ускорением кальцификации костей при остеопорозе и процессов регенерации, улучшением функции почек и печени [2].

Основными показаниями к применению стероидных анаболических средств являются кахексия; угнетение регенераторных процессов после тяжелых травм, ожогов и операций; инфекционные болезни, сопровождающиеся потерей белка; остеопороз; замедленное образование костной мозоли после переломов или пластических операций на костях; для коррекции нарушений белкового обмена при длительной терапии глюкокортикоидами и после лучевой терапии; в восстановительном периоде после инфаркта миокарда и иногда в комплексной терапии ишемической болезни сердца; язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки; хронических заболеваний почек; сопровождающихся потерей белка и азотемией; диабетической нефропатии и ретинопатии.

Стероидные анаболические средства противопоказаны при раке предстательной железы, раке молочной железы и других гормонозависимых опухолях, остром и хроническом простатите, острых заболеваниях печени, беременности, лактации [3].

Побочные эффекты: диспептические расстройства, преходящая желтуха, отеки, избыточное отложение кальция в костной ткани, у женщин стероидные анаболические средства в терапевтических дозах вызывают прогестероноподобное действие нарушения менструального цикла, признаки маскулинизации.

На сегодняшний день возникает проблема, связанная с нелегальным использованием анаболических стероидов в спорте.

Основными эффектами их применения являются быстрый прирост мышечной массы, вследствие прироста мышечной массы увеличиваются физическая сила, скорость восстановления после физических нагрузок, повышается объем переносимых тренировочных нагрузок. Благодаря этим качествам началась эра использования анаболических стероидов в спортивной практике. К настоящему времени создан целый ряд анаболических стероидов, насчитывающий уже более ста наименований. Все они являются производными тестостерона и близких к нему веществ и обладают его свойствами.

Анаболические стероиды мгновенно получили популярность среди профессиональных спортсменов. Однако специалисты по допингу практически сразу предложили использовать специальный тест, определяющий в организме наличие этих лекарственных средств [4].

К сожалению, применение анаболических стероидов связано с именами и белорусских спортсменов. Самая перспективная (на тот момент) белорусская пловчиха Александра Герасименя в 2003 г. была дисквалифицирована на 4 года, затем дисквалификацию сократили до 2 лет. В ее организме нашли норандростерон.

Надежда Остапчук триумфально победила на Олимпиаде-2012 в Лондоне в секторе для толкания ядра, в ее организме найдено запрещенное вещество, и потому она была лишена золотой олимпийской медали.

Иван Тихон и Вадим Девятковский — спортсмены, завоевавшие бронзу и серебро на Олимпиаде в Пекине, в их крови превышало соотношение экзогенного тестостерона к эпитестостерону.

Анастасию Новикову (штангистка Олимпиады-2008) обвинили в употреблении допинга. Нашли у Анастасии запрещенный препарат туринабол и станозолол [5].

Таким образом, исходя из всего выше сказанного, можно сделать вывод, что, несмотря на выраженный рост спортивных достижений при использовании анаболических средств, вред, наносимый ими организму спортсмена чрезвычайно высок. Не стоит забывать, что правильный образ жизни, рациональное питание, адекватная интенсивность нагрузок помогут спортсменам добиться успеха без применения анаболических средств.

ЛИТЕРАТУРА

1. URL: http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine.
2. Фармакологическая помощь спортсмену / под ред. О. С. Кулиниенков. — М.: МЕДпресс информ, 2007. — С. 240–244.
3. Анаболические средства / под ред. Ю. Б. Буланова // Экзамен. — 2003. — С. 20–24.
4. URL: <http://www.interfax.by/article/97104>.
5. URL: <http://www.domod.ru/city/info/messages/3626/?type=special>.

УДК 616.61-07-08-053.2

ГЕНЕАЛОГИЧЕСКАЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ И ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТУБУЛОПАТИЙ С ВЕДУЩИМ СИНДРОМОМ ПОЛИУРИИ

Белькевич А. Г.

**Научные руководители: д.м.н., профессор А. В. Сукало;
к.м.н., доцент И. А. Козыро**

**Учреждение образования
Белорусский государственный медицинский университет
г. Минск, Республика Беларусь**

Введение

Тубулопатии — канальцевые болезни почек, характеризующиеся различными нарушениями тубулярного транспорта электролитов, минералов, воды и органических веществ наследственного или приобретенного генеза.

Цель

Дать генеалогическую и клиничко-лабораторную характеристику тубулопатий с ведущим синдромом полиурии.

Задачи

Проследить катамнез детей с тубулопатиями с синдромом полиурии; провести генеалогический анамнез семей с целью установления типа наследования; проанализировать антропометрические данные; оценить функциональное состояние почек, согласно изменениям биохимических показателей крови и мочи, кислотно-основного состояния (КОС), скорости клубочковой фильтрации (СКФ), пробы Зимницкого, данных инструментальных методов исследования.

Материал и методы исследования

Изучен катамнез 17 детей из 16 семей, находившихся на лечении с диагнозом тубулопатия во 2-ГДКБ г. Минска за период с 2005 по 2017 гг. В изучаемую группу были включены 6 (35,3 %) детей с диагнозом нефрогенный несахарный диабет, 3 (17,6 %) пациента с нефронофтизом Фанкони и 8 (47,1 %) с почечной глюкозурией. Оценены антропометрические данные (рост и вес) центильным методом; показатели уровня фосфора, кальция, глюкозы, щелочной фосфатазы и мочевой кислоты в биохимических анализах крови и мочи; показатели КОС; СКФ по клиренсу эндогенного креатинина и формуле Шварца; удельный вес мочи и суточный диурез по пробе Зимницкого; данные УЗ-исследования органов мочевыделительной системы.

Результаты исследования и их обсуждение

Генеалогическое исследование, проводимое с помощью анализа родословных, позволило предположить AR наследование у 13 (76,5 %) пациентов, AD — у 4 (23,5 %). Средний возраст детей на момент манифестации заболевания составил 6 лет, на момент постановки диагноза — 8 лет. У 10 (58,8 %) детей основным клиническим проявлением на момент поступления был синдром полиурии и полидипсии, сочетающийся с изменениями в анализах