

Материал и методы исследования

Для проведения исследования были взяты абсолютные показатели заболеваемости злокачественными новообразованиями в период с 1975 по 2014 гг., сборник «Официальный статистический сборник Республики Беларусь за 2015».

Результаты исследования и их обсуждение

По данным взятым из статистического сборника (указан выше) можно сказать о том, что динамика заболеваемости с 1975 по 1985 гг. характеризуется ростом (2,9 %), а в период с 1986 по 1994 гг. так же характеризуется ростом, но уже составляет 3,4 %. В период с 1995 по 2003 гг. рост заболевания снижается до 2,2 %, а в период с 2004 по 2014 гг. снова наблюдается рост заболеваемости до 3,7 %.

Смертность от онкологической патологии в последние 10 лет остается стабильной и высокой. Наблюдается неуклонный рост в среднем на 3 % в год.

Первое место по смертности среди всех онкологических заболеваний занимает рак легкого (18 % от онкологической смертности). Далее следуют колоректальный рак и рак желудка (по 13 % от всех онкологических смертей). На 4-м месте находится рак молочной железы (7 %) и на 5-м — рак предстательной железы (5 %).

Выводы

Таким образом, минимальное число заболевших 177 человек на 100 тыс. наблюдалось в 1975 г. Наблюдается тенденция максимално роста заболеваемости в период с 2004 по 2014 гг. и составляет 484,3 на 100 тыс. человек.

Наиболее распространенной формой заболевания является рак легких, на втором месте рак желудка.

Можно предположить, то столь высокий рост онкологических заболеваний можно объяснить не только условиями среды, образом жизни, но и незнание людей о наличии у них заболевания на ранних сроках. Поэтому проблема ранней диагностики не теряет своей актуальности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сборник «Официальный статистический сборник за 2015 г.» [Электронный ресурс.] — Режим доступа: <http://minzdrav.gov.by/ru/static/numbers>. — Дата доступа: 04.03.2017.
2. *Океанов, А. Е.* // Здоровоохранение Беларуси. — [Электронный ресурс] / Статистика онкологических заболеваний в Республике Беларусь, 2003–2012 гг. / под ред. О. Г. Суконко. — Минск, 2013. — Режим доступа: <http://www.zdrav.by/problemy-onkologii-v-belarusi-i-srochnye-nasushchnye-puti-ih-resheniya>. — Дата доступа: 04.03.2017.
3. *Красный, С. А.* // Сибирский онкологический журнал. — 2013. — Т. 3, № 57. — С. 66–69. — [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.zdrav.by/problemy-onkologii-v-belarusi-i-srochnye-nasushchnye-puti-ih-resheniya>. — Дата доступа: 04.03.2017.

УДК 616.711.6:615.814.1

ПРИМЕНЕНИЕ ФАРМАКОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ДОРСОПАТИЕЙ НА ПОЯСНИЧНОМ УРОВНЕ

Барбарович А. С.

Научный руководитель: д.м.н., профессор В. Я. Латышева

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Боль в поясничном отделе позвоночника — наиболее частая причина обращения пациентов к врачу (до 78%), приводящая к временной нетрудоспособности и часто к инвалидности. До настоящего времени в практической работе врача применяется классификация заболеваний периферической нервной системы, которая предусматривает три стадии поражения периферических нервов при остеохондрозе позвоночника:

- рефлекторную — люмбаго, люмбалгия, люмбоишиалгия (рефлексы и чувствительность сохранены);
- корешковую — снижаются рефлексы и нарушается чувствительность;
- компрессионно-ишемическую, когда уменьшается интенсивность боли, отмечается парез стопы, снижаются рефлексы и нарушается чувствительность.

В последние годы, согласно Международной классификации 2010 г., при болях в позвоночнике введен диагноз «дорсопатия».

Термин «дорсопатия» — собирательный, он включает болевые синдромы, возникающие в позвоночнике и вызванные дегенеративно-дистрофическими изменениями в его структурах [1].

Дорсопатии подразделяются на деформирующие, связанные со сколиозом позвоночника, приобретенным или генетически наследуемым; остеохондрозом, который характеризуется дегенеративно-дистрофическими изменениями в межпозвоночном диске (МПД), сопровождающимися их выпячиванием или протрузией, выпадением (грыжей); спондилолистезом (смещением одного позвонка по отношению к другому) и др.

Основными методами диагностики дорсопатий является клинико-рентгенологическое обследование, компьютерная и магнитно-резонансная томография (КТ, МРТ) [1].

В последние годы, наряду с медикаментозной терапией, все чаще стали применяться различные дополнительные методы лечения, к которым относится и фармакорексотерапия.

Цель

Проведение фармакорексотерапии для купирования болевого синдрома, снижения уровня тревожности и повышения качества жизни пациентов с дорсопатией на повседневном уровне.

Материал и методы исследования

Для оценки болевого синдрома, степени тревожности и оценки качества жизни применялись опросники: ВАШ (визуальная аналоговая шкала боли), шкала самооценки уровня тревожности (Ч. Д. Спилберга, Ю. Л. Ханина), SF-36 Health Status Survey.

Для купирования болевого синдрома методика фармакопунктуры заключалась во введении внутримышечно Sol. Ketorolac long 30 mg/ml по 0,1–0,25 ml в точку акупунктуры в зависимости от уровня локализации грыж межпозвоночного диска (МПД) и неврологических проявлений остеохондроза позвоночника, оперативного вмешательства [2]. Использовали следующие точки для проведения фармакорексотерапии: V22, V23, V24, V25, V26. Проводили введение Sol. Ketorolac long 30 mg/ml от 0,25 ml до 0,1 ml в четыре, шесть, восемь, десять вышеприведенных точек акупунктуры симметрично внутримышечно в зависимости от локализации и протяженности процесса, предварительно добиваясь предусмотренных ощущений (критерий достижения точки акупунктуры). Препарат вводили в зависимости от конституции пациента на глубину от поверхности кожи в мышцу от 13 до 35 мм, используя инсулиновый шприц и стандартную иглу от шприца 5,0 мл. Для купирования болевого синдрома дополнительно использовали следующие точки акупунктуры: V40, V60, P5, VG26, V65, V34, P5, TR6, VB34, GI4, GI11, GI10, VB20, VB21 [3, 4, 5].

Исходно интенсивность болевого синдрома по данным ВАШ составляла 6–10 баллов. Эффективность купирования болевого синдрома до 1–3 баллов, по данным ВАШ, достигала 70 %. Эффект достигался в среднем за 10–15 процедур РТ для пациентов контрольной группы и за 5 процедур — для пациентов основной группы.

Для коррекции психоэмоционального статуса применяли следующие сочетания точек акупунктуры: IG3, V62 — пунктирование с последующей экспозицией 50 мин. TR8 — пунктирование с последующей экспозицией 20 мин.; TR5, VB41 — пунктирование с последующей экспозицией 50 мин. VB39 — пунктирование с последующей экспозицией 20 мин.; MC6, RP4 — пунктирование с последующей экспозицией 50 мин. MC5 — пунктирование с последующей экспозицией 20 мин.

До начала лечения показатели тревожности были на высоком уровне: личностной 30–70 баллов, реактивной 30–60. После РТ уровень личностной тревожности изменился незначительно, уровень реактивной тревожности достоверно снизился (25–35 баллов) ($p < 0,05$).

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].