

При всех вышеуказанных трудностях станция обслуживала 11 тыс. вызовов в год, осуществляла оказание скорой и неотложной помощи, доставку больных в стационары, рожениц в роддома, а также доставку больных из поликлиник, амбулаторий, здравпунктов, аэропорта и речного вокзала, т. е. фактически все те функции, что выполняет современная «скорая». Станция даже претендовала на перевод во вторую категорию станций скорой помощи.

В некоторых аспектах деятельности у послевоенной «скорой» были более широкие полномочия и круг обязанностей, чем у современной неотложки. В частности, по решению Гомельского городского отдела здравоохранения, в соответствии с распоряжением Министерства Здравоохранения СССР от 14.03.1952 г., работники ССНМП имели право освидетельствования пациентов в состоянии алкогольного или наркотического опьянения «ночью и в выходные, когда поликлиника не работает» [5, л. 22].

К концу 1940-х ситуация на скорой улучшается: вместо существовавших в начале двух бригад, образуют четыре, а к 1962 г. на балансе числится 6 врачебных и 2 фельдшерские бригады.

### **Заключение**

Таким образом, служба скорой медицинской помощи стала одним из главных звеньев послевоенного здравоохранения Гомельской области. В условиях вспышки массовых заболеваний, антисанитарии, недостатка медикаментов и автотранспорта, нехватки квалифицированного персонала, а также фактического отсутствия стратифицированной больничной сети, «скорая» успешно выполняла свой долг по спасению жизней. Именно в это тяжелейшее для здравоохранения страны время были заложены основы профессиональной медицины, сложились спаянные трудовые коллективы, которые заложили традиции высокого профессионализма и преданности профессии.

Первые послевоенные годы стали самыми тяжелыми в истории медицины Беларуси. Анализируя проблемы становления здравоохранения, понятно насколько сегодняшние, также серьезные проблемы медицины, меркнут по сравнению с разрухой конца 1940-х гг. Однако, по иронии судьбы, тени проблем 70-летней давности, нависают и над современной скорой помощью: недостаток и текучесть кадров, транспортная проблема, а также непропорционально тяжелая нагрузка на бригады являются актуальными вопросами и сегодня. История — прикладная наука, и изучая истоки становления ССНМП, мы извлекаем уроки и позитивный опыт из титанического труда послевоенного поколения медработников, которые смогли не только восстановить разрушенную медицину Беларуси, но и заложить основы современного здравоохранения нашей страны.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Авраменко, Т. В. Организация и принципы функционирования службы скорой (неотложной) медицинской помощи Республики Беларусь / Т. В. Авраменко, Н. П. Новикова, А. Е. Жинко // Актуальные вопросы организации скорой медицинской помощи и медицины катастроф на современном этапе (сборник научных трудов, посвященный 25-летию кафедры скорой медицинской помощи и медицины катастроф БелМАПО), под общей редакцией ректора БелМАПО, д.м.н., доцента М. А. Герасименко. — Минск: БелМАПО, 2014. — 460 с.
2. Государственный архив общественных объединений Гомельской области. — Ф. 144. — Оп. 1. — Д. 6. — Л. 122–264.
3. Приложение к письму Государственной Штатной комиссии при СНК от 24 августа 1944 г. № 79559. Штатное расписание станции Скорой помощи.
4. Государственный архив Гомельской области. — Ф. 1916. — Оп. 1. — Д. 20. — Л. 7–38.
5. Государственный архив Гомельской области. — Ф. 1916. — Оп. 1. — Д. 17. — Л. 22.

УДК 616-006.488

## **ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ**

*Каплиева М. П.<sup>1</sup>, Укла А. А.<sup>1</sup>, Зекенова К. К.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

<sup>2</sup>Государственное учреждение

«Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека»

г. Гомель, Республика Беларусь

### **Введение**

Артериальная гипертензия (АГ) — это синдром, в составе которого хроническое повышение артериального давления (АД) может быть обусловлено эндокринными заболеваниями. Среди АГ эндокринного генеза особая роль принадлежит гормонально активным образованиям надпочечников, в частности, феохромоцитоме, альдостероме и глюкокортикостероме.

Феохромоцитома — опухоль хромаффинной ткани, которая встречается примерно у 1 % пациентов с артериальной гипертензией. Распространенность феохромоцитомы оценивается разными исследователями с разбросом данных на порядок и составляет от 1 на 10 тыс. до 1 на 200 тыс. населения,

заболеваемость — 1 наблюдение на 2 млн человек в год. Феохромоцитома локализуется чаще всего в мозговом веществе надпочечников, реже — в паравerteбральных ганглиях и гипоталамусе.

В клинической дифференциальной диагностике АГ у пациентов важную роль играет особенность течения заболевания, семейный анамнез, резистентность к традиционной гипотензивной терапии [1]. При тяжелом течении АГ в диагностическом алгоритме предусмотрено проведение визуализации надпочечников с помощью УЗИ, компьютерной томографии (КТ), магнито-резонансной томографии (МРТ) [2]. Выявленные при обследовании образования в надпочечниках могут быть гормонально неактивными (инсиденталомы) или обладать повышенной продукцией катехоламинов или кортикостероидов [3].

Для подтверждения диагноза феохромоцитомы измеряют уровень катехоламинов в плазме. Однако, уровень катехоламинов может повышаться и в отсутствие феохромоцитомы при тревожных состояниях, уменьшении объема циркулирующей крови, ацидозе, артериальной гипотонии, гипоксии, физической нагрузке, курении, почечной недостаточности, повышенном внутричерепном давлении, ожирении, а также на фоне лечения препаратами леводопы, метилдопы, гистамина, глюкагона [4].

Наиболее информативными в диагностике феохромоцитомы и мониторинге пациентов в процессе лечения являются лабораторные методы определения стойких метаболитов катехоламинов — метанефрина и норметанефрина.

Среди пациентов эндокринологического отделения ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» в период с 2008 по 2014 гг. были проанализированы клиничко-лабораторные данные 26 человек с повышенными значениями концентрации общих метанефринов в сыворотке крови.

Анализ пациентов по возрасту показал, что наибольшее их число было в возрастной группе 50–59 лет (35 %), что в 8,8 раз выше, чем в возрастной группе 30–39 лет (4 %). Средний возраст пациентов составил  $57 \pm 12,3$  лет.

По результатам исследования феохромоцитомы чаще встречались у женщин — в 17 случаях из 26 (65 %). Пациентов мужского пола было 9 (35 %) человек. По социальному составу городские жители составили 77 % (20 человек), сельские жители — 23 % (6 человек).

При анализе нами были выявлены следующие клинические и лабораторно-инструментальные симптомы. По частоте встречаемости составлен рейтинг показателей.

- повышенный уровень метанефринов — в 26 (100 %) случаях;
- структурная патология при визуализации (КТ или МРТ) — в 26 (100 %) случаях;
- повышенное АД — в 24 (92 %) случаях;
- головная боль — в 20 (77 %) случаях;
- утомляемость, слабость — в 19 (73 %) случаях;
- повышенная потливость — в 16 (61 %) случаях;
- сердцебиение — в 14 (54 %) случаях;
- боли в области сердца — в 6 (23 %) случаях;
- снижение массы тела — в 5 (19 %) случаях;
- тошнота, рвота — в 4 (15 %) случаях;
- резкая боль в животе — в 3 (11 %) случаях.

В результате проведенного анализа была выделена триада наиболее значимых клинических симптомов: повышенное АД; головная боль; утомляемость, слабость. Это в совокупности с лабораторно-инструментальными данными: повышенный уровень метанефринов, структурная патология при визуализации на КТ или МРТ послужило основой для диагностики феохромоцитомы.

У 24 (92 %) пациентов с повышенным АД длительность заболевания составила от 2 до 11 лет, при средней продолжительности — 6,554,54 лет. По клиническим формам заболевания пациенты с феохромоцитомой распределились следующим образом:

1. С пароксизмальной формой АГ (среднее систолическое АД во время приступа  $208 \pm 11,3$  мм рт. ст.) — в 16 (61 %) случаях;
2. Со смешанной формой АГ (на фоне пароксизмального повышения АД в межприступном периоде отмечалось повышенное систолическое АД до  $149,5 \pm 16,3$  мм рт. ст.) — в 8 (31 %) случаях;
3. С нормальным АД — 2 (8 %) человека.

Определение общей концентрации метанефринов (метанефрина и норметанефрина) в плазме проводилось один раз всем пациентам. В обследуемой группе пациентов с повышенной концентрацией метанефринов ( $n = 26$ ) средний уровень метанефрина в плазме составил  $420,03 \pm 111,04$  пг/мл, норметанефрина —  $938,4 \pm 315$  пг/мл.

У пациентов с объемными образованиями надпочечников и АГ (n = 24) средний уровень метанефрина составил  $435,01 \pm 105$  пг/мл, норметанефрина —  $973,7 \pm 330,2$  пг/мл. У пациентов с объемными образованиями надпочечников и без АГ (n = 2) средний уровень метанефрина был  $240 \pm 75$  пг/мл, норметанефрин —  $520 \pm 140$  пг/мл, что значительно превышало референсные значения. Референсные значения метанефрина в плазме 17–90 пг/мл, норметанефрина — 23–180 пг/мл.

У всех пациентов с феохромоцитомой отмечено увеличение хотя бы одного из показателей метанефринов более 100 % от верхней границы референсного интервала. В среднем превышение уровня метанефринов по отношению к верхней границе нормы составило для метанефрина  $466 \pm 74$  %, для норметанефрина —  $521 \pm 92$  %. Повышение уровня норметанефрина при нормальных значениях метанефрина выявлено у 1 (3,8 %) пациента. Повышение уровня метанефрина при нормальных значениях норметанефрина выявлено у 6 (23,1 %) пациентов. Повышение обоих показателей отмечено у 19 (73,1 %) пациентов.

#### **Вывод**

Таким образом, для диагностики феохромоцитомы верифицирующими показателями являются повышенный уровень метанефринов и норметанефринов в сыворотке крови. Вероятность выявления феохромоцитомы этим методом настолько высока, что проведение дополнительных лабораторных тестов (диагностических проб) не требуется.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Трудности диагностики и успешное лечение феохромоцитомы / В. Б. Симоненко [и др.] // Клиническая медицина. — 2004. — № 5. — С. 59–62.
2. Денисова, Л. Б. Возможности компьютерной томографии и ультразвукового исследования в диагностике гормонально-активных заболеваний надпочечников (по результатам сопоставления КТ и УЗИ с операционными и гистологическими данными) / Л. Б. Денисова // Вестник рентгенологии и радиологии. — 2000. — № 2. — С. 23–31.
3. Дедов, И. И. Феохромоцитома: научно-практическое издание / под ред. И. И. Дедова. — М.: Практическая медицина, 2005. — 216 с.
4. Plasma chromogranin A or urine fractionated metanephrines follow-up testing improves the diagnostic accuracy of plasma fractionated metanephrines for pheochromocytoma / A. Algeciras-Schimmich [et al.] // J. Clin. Endocrinol. Metab. — 2008. — Vol. 93, № 1. — P. 91–95.

**УДК 801.313.1: 808.26«1930-1990»**

**АСАБЛІВАСЦІ БЕЛАРУСКАГА ІМЕНАСЛОВУ ПЕРЫЯДУ 1930–1990 ГАДОЎ**

**Карніеўская Т. А.**

**Установа адукацыі**

**«Гомельскі дзяржаўны медыцынскі ўніверсітэт»**

**г. Гомель, Рэспубліка Беларусь**

#### **Уводзіны**

Беларускі іменаслоў сярэдзіны ХХ стагоддзя характарызуецца найбольшай устойлівасцю і традыцыйнасцю ў параўнанні з сістэмамі ўласных імён папярэдніх перыядаў. Новыя імёны з'яўляюцца вельмі рэдка. Асноўнай прыкметай іменаслову гэтага часу стала значная колькасная перавага жаночага антрапанімікону над мужчынскім па колькасці адзінак. Так адбылося таму, што на працягу папярэдняга часу жаночы іменаслоў складаўся з меншай колькасці адзінак. Паскарэнне працэсаў у развіцці жаночай часткі антрапанімікону пачалося пасля рэвалюцыі.

#### **Мэта**

Вылучыць асноўныя параметры беларускага іменаслову 1930–1990 гадоў з пункту погляду лінгвістычных і нелінгвістычных фактараў.

**Метады:** апісальны, параўнальны, колькасныя падлікі.

Каб стварыць найбольш поўную карціну беларускага антрапанімікону сярэдзіны ХХ стагоддзя, намі былі выкарыстаны звесткі пра асаблівасці іменаслову Віцебшчыны (Віцебск, Полацк), Магілёўшчыны (Бабруйск, Глускі раён).

Сістэму частотнасці імён горада Віцебска гэтага перыяду падае Г. М. Мезенка ў сваёй манаграфіі «Беларуская анамастыка» [2]. Спачатку даследчыца робіць заўвагу, што запісы актаў грамадзянскага стану ў разглядаемы перыяд рабіліся па-руску, таму і матэрыял адпаведна падаецца на рускай мове. Зыходзячы з дадзеных Г. М. Мезенка, трэба адзначыць, што самымі папулярнымі мужчынскімі імёнамі ў перыяд 1945–1950 гг. у г. Віцебску былі наступныя: *Владимир, Александр, Валерий, Анатолий, Виктор, Николай, Леонид, Геннадий, Михаил, Сергей*. У мужчынскім іменаслове адзначаецца ўжыванне антрапанімаў, якія адносяцца да каталіцкай сістэмы: *Альфред, Бронислав, Вульф, Казимир, Рудольф, Сигизмунд* і інш. Звяртае на сябе ўвагу наяўнасць значнай колькасці яўрэйскіх онімаў: *Вениамин, Давид, Залман, Зяма, Исаак, Мендель, Соломон* [2, с. 49].

Сярод жаночых імён канца 40-х гг. у г. Віцебску самымі папулярнымі былі наступныя: *Людмила, Валентина, Галина, Тамара, Светлана, Лариса, Любовь, Нина, Татьяна, Раиса*. Адзначаюцца ў разгля-