

физмы имеют прогностическое значение только у пациентов, не достигших быстрого вирусологического ответа (отсутствие РНК вируса гепатита С на 4 неделе лечения) [2].

### **Цель**

Изучить генетический полиморфизм гена IL28B в участках rs12979860 и rs8099917 у пациентов с хроническим вирусным гепатитом С, проживающих в Юго-Восточном регионе Республики Беларусь.

### **Материалы и методы исследования**

В исследование вошли 28 пациентов с хроническим гепатитом С. С помощью полимеразной цепной реакции осуществлялись качественное и количественное определение РНК HCV, а также выявление полиморфизма единичных нуклеотидов в локусах rs8099917 и rs12979860 гена IL28B. Аналитическая чувствительность количественной ПЦР при определении РНК HCV составляла не менее 15 МЕ/мл.

Статистическую обработку результатов исследования проводили в операционной среде «Windows-XP» с использованием пакета прикладных программ «MedCalc», Бельгия. Для анализа различия частот значения качественного (бинарного) признака в 2 независимых выборках использовался двусторонний тест точного критерия Фишера. Статистически значимыми считали различия при уровне  $p < 0,05$ .

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Установлено, что в полиморфизме rs12979860 генотип СТ встречался в 50,0 % случаев, ТТ — в 25,0 % случаев, СС — в 25,0 % случаев. Неблагоприятные варианты генотипа (СТ и ТТ), отвечающие за сниженный ответ на интерферонотерапию, встречались в 75,0 % случаев, а благоприятные — 25,0 % случаев. В полиморфизме rs8099917 генотип TG имел место в 33,3 % случаев, GG — в 8,3 % случаев, ТТ — в 58,3 % случаев. Неблагоприятные варианты генотипа (TG, GG) обнаруживались в 41,7 % случаев, благоприятные варианты генотипа (ТТ) — в 58,3 % случаев.

При сравнении частот встречаемости генотипов СС, СТ и ТТ в полиморфизме rs12979860 у пациентов с ХГС, проживающих в Юго-Восточном регионе РБ, и 642 европеоидов, страдающих тем же заболеванием [4], достоверных статистических отличий не выявлено (25 %,  $p = 0,080$ ; 50 %,  $p = 0,556$ ; 25 %,  $p = 0,069$ , соответственно). Полученные результаты по встречаемости генотипов ТТ, TG и GG в полиморфизме rs8099917 у пациентов с ХГС в Юго-Восточном регионе РБ не имеют достоверных статистических отличий от данных по обследованию 226 лиц европеоидной расы с той же патологией, представленных в базе GenBank (National Center for Biotechnology Information, USA; [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/projects/SNP/snp\\_ref.cgi?rs=8099917](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/projects/SNP/snp_ref.cgi?rs=8099917)) (58,3 %,  $p = 0,326$ ; 24,8 %,  $p = 0,504$ ; 2,7 %,  $p = 0,307$ , соответственно).

### **Выводы**

Генетический полиморфизм гена IL28B в участках rs12979860 и rs8099917 у пациентов с хроническим вирусным гепатитом С в Юго-Восточном регионе Республики Беларусь не отличается от такового у европеоидов, страдающих той же патологией.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Viral hepatitis: new data on hepatitis C infection / E. Szabo [et al.] // Pathol. Oncol. Res. — 2003. — № 9. — P. 215–221.
2. Diagnosis, management and treatment of hepatitis C: An update / G. G. Marc [et al.] // Hepatology. — 2009. — Vol. 49. — P. 1335–1374.
3. Peginterferon alfa-2a plus ribavirin for chronic hepatitis C virus infection / M. W. Fried [et al.] // N. Engl. J. Med. — 2002. — Vol. 347. — P. 975–982.
4. Potential role for Interleukin-28B genotype in treatment decision-making in recent hepatitis C virus infection / J. Grebely [et al.] // Hepatology — 2010. — Vol. 52. — P. 1216–1224.

УДК 614.8:614.812 «362»

## **ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРИ ОКАЗАНИИ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ МИРНОГО ВРЕМЕНИ**

*Савчанчик С. А.*

**Научный руководитель: старший преподаватель *Е. Л. Глухарев***

**Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

### ***Введение***

Первая медицинская помощь — это комплекс простейших медицинских мероприятий, выполняемых на месте получения повреждения преимущественно в порядке само- и взаимопомощи, а также участниками спасательных работ, с использованием табельных и подручных средств с целью устранения продолжающегося воздействия поражающего фактора, спасения жизни пострадавшим, снижения и предупреждения развития тяжелых осложнений.

Оптимальный срок — до 30 минут после получения травмы. Первая медицинская помощь пораженным оказывается посиндромно, исходя из характера, тяжести и локализации повреждений [1.]

Организация ЭМП пораженным связана с фазностью развития процессов в районе бедствия. В период фазы изоляции (от нескольких минут до нескольких часов), первая медицинская помощь оказывается самими пострадавшими в порядке само- и взаимопомощи. Большое значение имеет обученность населения, умение использовать подручные средства. И только прибывающие в очаг спасательные формирования начинают использовать табельное имущество для оказания первой медицинской помощи.

### ***Цель***

Проанализировать сложности, которые могут возникнуть в случае необходимости оказания первой медицинской помощи пострадавшим в чрезвычайной ситуации.

### ***Материалы и методы исследования***

Анализ данных по оказанию первой медицинской помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях.

### ***Результаты исследования и их обсуждение***

Следует отметить, что первая медицинская помощь должна быть оказана в кратчайшие сроки, не позднее первых 30 минут независимо от масштабов и вида катастрофы, ибо с течением времени спасение жизни пораженных становится проблематичным.

Так, по данным Всемирной организации здравоохранения, спустя час после катастрофы умирают 30 % тяжело пострадавших, которым своевременно не была оказана первая медицинская помощь, через 3 часа — 60 %, а через 6 часов — 90 %. С промедлением оказания первой медицинской помощи также быстро нарастает и частота осложнений у раненых. Каждые 20 из 100 погибших в результате несчастного случая в мирное время могли быть спасены, если бы медицинская помощь была им оказана на месте происшествия. Поэтому первую медицинскую помощь оказывают уже в ходе ведения спасательных работ, которые идут круглосуточно и на всей территории района катастрофы. Это положение полностью относится и к наружным кровотечениям и к тяжелым химическим поражениям.

Однако, как правило, при возникновении чрезвычайных ситуаций свидетели не готовы в полной мере качественно оказать помощь, а чаще просто не делают этого. Потому что знать приемы и даже владеть навыками оказания первой помощи — еще не означает уметь ими воспользоваться в экстремальной ситуации. Увидеть умирающего, окровавленного пострадавшего, а тем более своего сослуживца или товарища — колоссальный стресс для каждого человека. Любой человек, оказавшийся в толпе очевидцев,

называет причины, которые не позволяют приступить к оказанию помощи.

Первая причина: «Я боюсь навредить. Он может умереть по моей вине».

Вторая причина: «Пострадавшего я не знаю, поэтому боюсь заразиться СПИДом, гепатитом, сифилисом и др.».

Третья причина: «Почему именно я должен подойти первым, что я самый умный, самый... Ведь именно мои действия будут осуждаться, именно я должен буду принимать решения и понесу всю тяжесть ответственности».

Четвертая причина: «Если пострадавший лежит без признаков жизни, а я не смог его оживить, то мне придется оправдываться, доказывать, что не я его убил» [2].

### **Выводы**

Обучение навыкам оказания первой медицинской помощи должны обязательно совмещаться с психологической подготовкой спасателя, потому что без учета психологического фактора и замалчивание многих психологических аспектов в оказании первой помощи неизбежно приведет к формализму как в приобретении навыков, так и в их использовании.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Экстренная медицина: учеб. пособие / Э. В. Туманов [и др.]; под общ. ред. Э. В. Туманова. — Минск: РЦСиЭ МЧС, 2010. — 320 с.
2. Бубнов, В. Г. Научные и практические основы повышения эффективности системы оказания первой помощи очевидцами на месте происшествия / В. Г. Бубнов. — М.: ГАЛО БУБНОВ, 2012. — 62 с.

**УДК 612.13-053.81**

## **ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА КРОВООБРАЩЕНИЯ**

*Савченко О. Г.*

**Научный руководитель: к.б.н., старший преподаватель С. Н. Мельник**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Многочисленные исследования сердечно-сосудистой системы (ССС) здорового населения показали, что имеется неоднородность величины многих гемодинамических параметров и это обеспечивает возможность выделения у людей определенных гемодинамических вариантов [1].

### **Цель**

Оценить показатели центральной гемодинамики молодых людей, в зависимости от типа кровообращения.

### **Материалы и методы исследования**

Методом грудной тетраполярной реографии (импедансной кардиографии) в состоянии физиологического покоя обследовано 67 студентов-юношей УО «ГомГМУ», в возрасте  $19,35 \pm 1,26$  лет. С помощью цифровой компьютерной системы «Импекард» (РНПЦ «Кардиология», ИМО «Импекард», РБ) определяли следующие показатели центральной гемодинамики: частота сердечных сокращений (ЧСС, в норме = 60–90 уд./мин), ударный объем (УО, в норме = 60–100 мл), минутный объем (МО, в норме = 4,5–6,5 л/мин), сердечный индекс (СИ, в норме = 2,2–3,7 л/(мин×м<sup>2</sup>)), общее периферическое сопротивление (ОПС, в норме = 1200–1900 дин×с×см<sup>-5</sup>), давление наполнения левого желудочка (ДНЛЖ, в норме = 12–20 мм рт. ст.).

Так как данные подчинялись закону нормального распределения, согласно критери-