

Любовь к людям и знания, как уже подчеркивалось, — главное, что требуется от врача. Но и этого мало. Необходима общая культура, имея дело с людьми разных специальностей, разной степенью интеллекта, образования, врач должен быть сам человеком всесторонне развитым в самом широком смысле этого слова, то есть избегать односторонности в своих знаниях. Нельзя при этом не учитывать возросшего образовательного уровня людей, который делает человека более критичным. Слова «современный пациент» выделены не случайно, так как у него свои особенности: он отличается возросшим уровнем образования и широким доступом к медицинской информации. Это и служит одной из основных предпосылок для прогрессивно растущего самолечения.

В. В. Вересаев считал, что врач может обладать громадным распознавательным талантом, уметь улавливать самые тонкие детали своих назначений, но все это останется бесплодным, если у него нет способности покорять и подчинять себе душу больного. Много пишут об этике врача. И хотя этические нормы несомненно во многом определяют его авторитет, этика и авторитет далеко не одно и то же. Можно вести себя вполне этично, оставаясь плохим врачом, хотя настоящий авторитет без соблюдения этических норм немислим.

В отличной книге Е. А. Вагнера и А. А. Росновского «Самовоспитание врача» рассказывается о таком эпизоде. В ночь на 1 января 1922 г. привезли в больницу тяжелораненого сторожа, которому бандиты топором проломили череп. Срочная операция сверх ожидания сохранила ему жизнь. Спустя 2–3 недели, возвратившись поздно вечером домой, врач застал у себя в кухне жену больного и восьмерых детей мал-мала меньше. Впереди стоял сам недавний пациент. Вдруг раздался его повелительный голос: «На коліна!» — и все дети опустились на колени ... «Я стоял потрясенный, со сжатым от волнения горлом ... Вот она, необычная награда, которую судьба иногда посылает врачу на его нелегком трудовом пути», — заканчивает свой рассказ старый доктор.

Нужен ли другой какой-либо стимул, кроме сознания, что ты вернул детям отца, а матери ребенка? Можно ли сравнить что-либо с тем, что чувствует врач, возвративший человеку зрение? Это сводит на нет и несправедливое порой суждение о нем, и бессонную ночь, и волнение. Из-за этого стоит жить, стоит стать врачом. Познать радость возвращенного людям здоровья, радость возвращенной жизни — великое счастье! [2].

Диалог о медицине этой статьей, разумеется, не исчерпан. Да и вряд ли его можно исчерпать. К нему будут неизбежно возвращаться, появятся новые страницы, пересмотрят старые. Такова диалектика человеческих отношений, врачевания, жизни.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Билибин, А.Ф. О мышлении клинициста-практика / А. Ф.Билибин // Клини. мед. — 1981. — № 11. — С. 104–106.
2. Вагнер, Е. А. О самовоспитании врача / Е. А.Вагнер, А. А. Росновский. — Пермь: Пермское. кн. изд-во, 1976. — 156 с.
3. Василенко, В. Х. На грани античной и новой медицины / В. Х.Василенко // Тер. архив. — 1983. — № 1. — С. 133–139.
4. Комаров, Ф. И. Размышления о врачебном долге / Ф. И. Комаров, А. В. Сучков // Тер. архив. — 1981. — № 5. — С. 18–20.

УДК 616.12-008.331.1-053.9-06:616.379-008.64

### НЕКОТОРЫЕ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Ковалева С. В., Ключник Г. А., Старовойтов А. Н.

Научный руководитель: ассистент И. П. Пальцев

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

#### *Введение*

Артериальная гипертензия (АГ), по мнению кардиологов большинства стран, является важнейшей медико-социальной проблемой. Весьма широка распространенность

данной патологии — АГ наблюдается примерно у 15 % населения земного шара, и на ее долю приходится до 50 % летальных исходов от сердечно-сосудистых заболеваний. Риск развития сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с АГ во многом определяется наличием сопутствующей патологии. Одним из таких заболеваний, которое может значительно ухудшать прогноз при АГ, является сахарный диабет [1, 2].

#### **Цель**

Оценить клинико-лабораторные особенности артериальной гипертензии у пациентов с сахарным диабетом.

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

Проанализировано 419 эпикризов пациентов, находившихся на лечении в терапевтических отделениях Гомельского областного клинического госпиталя ИОВ с января по декабрь 2010 г.

#### **Результаты и обсуждение**

В целом диагноз АГ был выставлен 351 больному (83,8 %).

Все пациенты с АГ были разделены на 2 группы. Группу 1 составили 55 (15,7 %) пациентов с сахарным диабетом, 2-ю группу — 296 (84,3 %) пациентов без нарушений углеводного обмена.

Были выявлены некоторые отличия в возрасте больных. Средний возраст пациентов 1-й группы составил  $80,7 \pm 1,2$  г, 2-й группы —  $82,6 \pm 0,46$  лет, различие в возрасте было статистически значимым ( $p = 0,044$ ).

Проанализирована структура уровней АГ в обеих группах (таблица 1).

Таблица 1 — Анализ уровней АД у пациентов

Диагноз	1 группа	2 группа	p
АГ 1 степени	0 (0 %)	11 (3,7 %)	0,15
АГ 2 степени	22 (40 %)	154 (52 %)	0,06
АГ 3 степени	33 (60 %)	131 (44,3 %)	0,022

Как видно из данных, представленных в таблице 1, у пациентов 1-й группы достоверно чаще встречался диагноз АГ 3-й степени, что свидетельствует о более тяжелом течении данного заболевания.

Далее был проведен анализ заболеваемости ИБС у пациентов обеих групп (таблица 2).

Таблица 2 — Структура заболеваемости ИБС в обеих группах

Диагноз	1 группа	2 группа	p
Постинфарктный кардиосклероз	8 (14,5)	39 (13,1 %)	0,45
Стабильная стенокардия напряжения	42 (76,4)	206 (69,6 %)	0,38

Анализируя данные, приведенные в таблице 2, следует сказать, что не смотря на отсутствие статистической достоверности, у больных с СД несколько чаще выявляются такие тяжелые формы ИБС, как инфаркт миокарда и стенокардия.

При проведении анализа лабораторных показателей крови пациентов было обнаружено, что у больных 1-й группы уровень общего холестерина выше, чем у пациентов 2-й группы ( $5,92 \pm 0,57$  и  $5,2 \pm 0,06$  соответственно). Различие в уровнях общего холестерина было статистически значимым ( $p = 0,034$ ). Этим можно объяснить более высокую частоту основных форм ишемической болезни сердца у больных АГ с СД.

#### **Выводы**

Для больных, у которых АГ сочетается с сахарным диабетом, характерно более тяжелое течение гипертензии и более частое развитие таких тяжелых форм ИБС, как стенокардия и инфаркт миокарда. Таким образом, можно сделать заключение о том, что наличие сахарного диабета является фактором, существенно отягощающим течение АГ.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Драпкина, О. М. Особенности артериальной гипертензии у пожилых пациентов / О. М. Драпкина // Рус. мед. журнал. — 2010. — № 22. — С. 1384–1389.
2. Смирнов, В. В. Артериальная гипертензия у больных сахарным диабетом / В. В. Смирнов, И. С. Мавричева, А. Е. Гаврилова // Русский мед. журнал. — 2009. — № 11. — С. 340–344.

УДК 617.57-089.22:612.13

### ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОДИНАМИКИ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ПРИ ЕЕ ФИКСАЦИИ ТРАНСПОРТНОЙ ПНЕВМАТИЧЕСКОЙ ШИНОЙ

Кожановский А. П., Скороход А. С., Слижова О. Э.

Научные руководители: к.м.н., доцент В. И. Николаев,  
ассистент Н. В. Бородавская

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

#### *Введение*

Транспортная иммобилизация является неотъемлемой частью первой медицинской помощи при переломах конечностей, повреждениях суставов, нервов, ранении крупных сосудов. Она осуществляется посредством специальных шин. Одними из осложнений при шинировании являются пролежни или сдавление мягких тканей, нервов и сосудов в местах выступов длинных костей. В последние десятилетия широкое распространение получили пневматические шины (ПШ). Последние представляют собой воздушный каркас состоящий из 2-х слоев полимерной пленки, снабженной «молнией»-застежкой и клапаном, через который нагнетается воздух, создавая в ПШ положительное давление, обеспечивает необходимую жесткость конструкции для надежной иммобилизации травмированной конечности. Сохранение кровотока в поврежденной конечности, противошоковое действие за счет увеличения венозного возврата циркулирующей крови, надежная иммобилизация и возможность рентгенологического обследования является актуальным в создании современных средств для транспортной иммобилизации при повреждениях конечностей.

#### *Цель*

Определить показатели гемодинамики верхних конечностей человека при изменяющемся внешнем давлении в транспортную ПШ.

#### *Материалы и методы*

Исследования проведены на 20 добровольцах в возрасте 18–20 лет. Оценка состояния кровообращения верхних конечностей выполнена с применением программ, реализованных в компьютерном реографе «ИМПЕРКАРД», используя режим динамической пробы. В положении испытуемого лежа на кушетке электроды фиксировали на верхних конечностях, при этом ПШ была наложена на правую верхнюю конечность. Первоначально регистрировали исходные показатели гемодинамики, затем постепенно изменяли давление, фиксируя каждое повышение давления на 20 мм. рт. ст., проводили каждую очередную запись в течение 1 мин. Таким образом, были получены исходные данные гемодинамики при давлении 20, 40, 60, 80, 100, 120, 130 мм. рт. ст. и в период восстановления после снятия внешнего давления на правую верхнюю конечность. Функциональное состояние сосудов верхних конечностей оценивали путем сравнения усредненных по числу обработанных комплексов значений показателей с диапазоном их нормальных величин. При этом каждый показатель трактовался качественно в соответствии со следующими градациями: снижен, норма, повышен. Статистическая обработка данных осуществлялась с применением компьютерных программ «Excel» и «Statistica» 6.0.