

### **Выводы**

Изучив показатели исследований пациентов, болеющих множественной миеломой, видно, что больных можно идентифицировать по сильным отклонениям от нормы числа плазматических клеток костного мозга, колебаниям значений общего белка крови и заниженным показателям содержания иммуноглобулинов класса G, A, M в плазме крови. Однако следует помнить, что данное заключение не является абсолютным, ибо каждый живой организм индивидуален, ведь что для одного является определяющим, для другого может оказаться «безвредным».

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Волкова, М. А. Клиническая онкогематология: рук-во для врачей / М. А. Волкова. — М., 2001. — С. 423–448.
2. Войцеховский, В. В. Множественная миелома. Современные принципы диагностики и лечения / В. В. Войцеховский. — Благовещенск, 2012. — 140 с.

**УДК 616-001.17:355**

## **СТАТИСТИКА ОЖОГОВЫХ ТРАВМ В ВОЕННЫХ КОНФЛИКТАХ**

**Шруб П. М.**

**Научный руководитель: подполковник медицинской службы запаса М. Н. Камбалов**

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

### **Введение**

Применение огня в боевых действиях, как средства поражения противника, известно со времен осады Делиума в 424 году до н. э. тогда беотийцы использовали изобретение для метания жидкого огня. С насыщением армий воюющих стран техникой, созданием специальных горючих смесей и термоядерного оружия частота ожогов в войсках при ведении боевых действий постоянно возрастает. В начале XX в. проблема ожогов начинает приобретать военное значение. Совершенствование оружия и частые вооруженные конфликты вели к росту потерь от ожоговых поражений, полученных в ходе военных действий. Однако не только оснащение армии техническими средствами и огневой силой, но и тактика войны значительно повлияли на количественный рост термической травмы [3]. В период Второй мировой войны появилось значительное количество тяжелых термических поражений среди мирного населения городов и сел вследствие артиллерийских обстрелов и сбрасывания на мирное население фугасных и зажигательных авиабомб, вызывающих массовые пожары. Опыт использования, американцами атомного оружия в Хиросиме и Нагасаки, представил проблему ожогов в новом аспекте. Применение ядерного оружия сделало ожоги массовым видом травмы, количественно преобладающим среди других видов поражения. Одномоментность поражения огромных людских контингентов — наиболее важный фактор термической травмы военного времени, требующий проведения серьезных организационных мероприятий и расходования огромного количества медицинских средств на этапах медицинской эвакуации. Таким образом, в условиях применения оружия массового поражения война превратится из «травматической эпидемии» (Н. И. Пирогов) в значительной мере «эпидемию ожоговую» [2].

### **Цель**

Установление динамики распространения ожоговых травм в период военных конфликтов XX столетия в хронологическом порядке.

### **Материал и методы исследования**

Изучены данные статистических отчетов по данной тематике, обзоры отечественной и зарубежной научно-исследовательской литературы. Методами исследования явились системный анализ, описательно-оценочный.

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

Из всех видов ожогов военного времени чаще наблюдаются термические поражения кожи, реже полости рта и дыхательных путей, еще реже — пищевода и желудка. Частота термических поражений во время русско-японской войны (1904–1905 гг.) определяется на уровне 0,9 % к числу всех повреждений. Особенно же большие потери от ожогов отмечались в морском флоте: на русских кораблях термические ожоги составляли 30 % всех поражений. В Первую мировую войну (1914–1918) в английской и французской армиях поступление пострадавших с термическими ожогами составило 1,1 %. В английском флоте после Ютландского сражения 30,5 % раненых составляли пострадавшие от ожогов. Во время военных действий на реке Халхин-Гол (1939 г.) обожженные составили 0,3 % раненых, а во время советско-финляндского конфликта (1940 г.) — 0,79 % [1, 4].

В ходе Второй мировой войны (1939–1945 гг.) значение ожоговой травмы неизмеримо возросло. Эвакуация англичанами из Дюнкерка в 1940 г. 70 раненых с ожогами V и VI степени (по классификации Дюпюитрена). При боях английских войск в Ливии у Эль-Аламейна 25 % поступивших в госпитали составляли пострадавшие от ожогов. Особенно большое количество потерь от ожогов наблюдалось при морских сражениях (театр военных действий — Атлантический океан и Средиземное море) до 10 % летальности, а общее число пострадавших с термическими травмами составляло 35 %. По статистическим материалам, за период Великой Отечественной войны (1941–1945 гг.) ожоговые травмы составили 3,1 % всех санитарных потерь. Ожоги чаще всего возникали от воздействия пламени — 69,8 %; ожоги кипятком у 11,8 % пострадавших, от химических агентов — у 5,1 %; раскаленным или расплавленным металлом — у 3,6 %, горячим паром — у 6,8 %. Наиболее частой причиной термических травм в военное время является воспламенение при взрывах боеприпасов, танков, самолетов и пр. Поэтому, ожоги военного времени наиболее тяжелы как по глубине, так и по обширности поражения. Именно у обожженных военного времени чаще наблюдаются ожоги IV степени (по классификации Вишневого), которые в мирных условиях встречаются лишь у 1,8 % пострадавших. С появлением ядерного оружия ожоговые травмы становятся одним из доминирующих видов поражения, о чем свидетельствует печальный опыт применения США атомного оружия в Японии. Только в Хиросиме было зарегистрировано около 70 тыс. человек. Суммарно в Нагасаки и Хиросиме погибло от ожогов 84 тыс. человек, это составило 20–30 % от общего числа погибших [3, 5].

После Второй мировой войны в локальных войнах США широко применялся напалм. По данным ряда исследователей, среди раненых, лечившихся в 1950–1953 гг., в некоторых госпиталях Корейской народной армии, 8–10 % составляли пострадавшие от ожогов. В ходе вьетнамо-американского конфликта (1957–1975 гг.) среди санитарных потерь отмечено 2 % ожогов, а во время арабо-израильского конфликта (1967–1982 гг.) ожоги составили 9,3 % общих санитарных потерь. Санитарные потери ВС СССР (РФ) в локальных войнах и вооруженных конфликтах от ожоговых травм: Демократическая Республика Афганистан (1979–1989 гг.) — 0,5 %, Ингушетия (1992 г.) — 2 %, Чечня (1994–1996) — 5,7 %; Чечня (1999–2002 гг.) — 6,2 %. Из всех травматических повреждений в военное время на ожоги приходится в среднем 3,5–4 % [1].

### **Выводы**

Проанализированный нами период времени с 1904 по 2002 гг. включал наиболее значимые вооруженные конфликты мирового и локального уровня, выяснено, что из всех травматических повреждений в военное время на ожоговые травмы приходится в среднем 4,3 % от всех санитарных потерь. Частота ожогового поражения на флоте выше, чем в сухопутных войсках: 30 и 2,5 % соответственно. С совершенствованием технических средств и тактики ведения войны увеличился удельный вес санитарных потерь от ожогов с 0,9 % в 1904 г. до 6,7 % в 2000 г.

В условиях современной войны, ожоги напалмом могут достигать 10 % пострадавших. В случае применении оружия массового поражения в общей структуре санитарных потерь ожог как ведущая патология при сочетанных поражениях может составить 45–50 %. Сани-

тарные потери от ожогов, включая и комбинированные поражения при применении ядерного оружия, могут достигать 65–85 %. В среднем в современных боевых условиях санитарные потери от ожогов составят около 30 % [5].

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Гинзбург, Р. Л. Ожоги военного времени / Р. Л. Гинзбург // Ожоги: монография. — М., 2002. — Гл. 8. — С. 125–141.
2. Клячкин, Л. М. Ожоговая болезнь / Л. М. Клячкин, В. М. Пинчук. — М.: Медицина, 1969. — С. 9–10.
3. Постников, Б. Н. Термические ожоги / Б. Н. Постников. — Л., 1957. — С. 98–103.
4. Поляков, В. А. Хирургическая помощь на этапах эвакуации медицинской службы Гражданской обороны / В. А. Поляков, Б. М. Хромов. — М., 1969. — С. 17–21.
5. Рубинина, Э. Д. Хирургия: учебник / Э. Д. Рубинина; под ред. И. К. Гайнутдинов. — М.: Дашков и К, 2013. — С. 87–105.

УДК 616.12-008.331.1:616.8-009

### ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ УРОВНЯ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

*Шрэйтэр Д. В.*

Научный руководитель: *А. Н. Цырульникова*

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

#### *Введение*

В последние годы все больше доказательств того, что тревога и некоторые другие психопатологические состояния являются независимыми факторами риска развития артериальной гипертензии (АГ) и должны рассматриваться в совокупности с признанными факторами риска [1]. Артериальной гипертензией в Республике Беларусь сегодня болеет 1 млн 750 тыс. человек. И количество заболевших увеличивается на 25–30 тыс. ежегодно [2]. Артериальная гипертензию и депрессию можно назвать эпидемиями XXI в. Несмотря на то, что на изучение, диагностику и лечение данных заболеваний выделяются огромнейшие ресурсы, количество пациентов только увеличивается. Депрессивные, тревожные состояния отмечаются у 52 % пациентов с АГ, выраженные депрессивные состояния — у 28 % пациентов с АГ, клинически значимые симптомы тревоги — у 33 % пациентов с АГ [1, 3]. Многочисленные исследования последних десятилетий показывают, что депрессия является одним из наиболее важных факторов, определяющих развитие и прогноз сердечно-сосудистых заболеваний [3]. Наличие малой депрессии повышает риск сердечно-сосудистой смертности на 60 %, а большой депрессивный эпизод может приводить к увеличению такой смертности в 3 раза [2].

Значительный рост депрессивных состояний существенно влияет на уровень социальной адаптации, качество жизни людей. Пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями и депрессивными расстройствами плохо выполняют врачебные рекомендации по соблюдению режима питания, физической активности, лекарственной терапии. У них затруднено проведение реабилитационных мероприятий [3]. Депрессия и тревога значительно отягощают клиническое течение соматических заболеваний, затрудняют проведение реабилитации и вторичной профилактики, ухудшают качество жизни больных и отрицательно влияют на прогноз [1].

#### *Цель*

Изучить уровни тревоги и депрессии у пациентов с артериальной гипертензией.

#### *Материал и методы исследования*

В исследовании приняли участие 30 пациентов с артериальной гипертензией II–III степени с высоким и очень высоким риском, находящиеся на стационарном лечении в кардиологическом и терапевтическом отделениях ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница № 3». Из 30 пациентов — 18 женщин и 12 мужчин разных возрастных групп. Из них в возрасте 41–50 лет — 6 (20 %) пациентов; 51–60 лет — 7 (26,4 %) пациентов; 61–70 лет — 11 (33,6%) пациентов; 71–80 лет — 6 (20 %) пациентов. Средняя длительность заболевания АГ составила  $6,9 \pm 4,5$  лет.