

привести к смерти. К таким сочетания отнесены: ВИЧ-инфекция 4В стадия, стадия вторичных заболеваний, ассоциированная с диссеминированным туберкулезом легких в фазе инфильтрации и распада и ангиогенный сепсис с бакэндокардитом трикуспидального клапана на фоне наркомании. Микронодулярный цирроз печени на фоне хронического вирусного гепатита С и внебольничная двусторонняя тотальная гнойно-продуктивная бронхопневмония.

Выводы

Комбинированный заключительный патологоанатомический диагноз выявлен в 16,5 % случаев. Наиболее часто выявлен вариант комбинированного основного заболевания в виде фонового — 11,4 %. Сочетанное комбинированное заболевание выявлено в 4,9 % случаев. Конкурирующее основное заболевание выявлено в 0,2 % и характерно для сочетания тяжелых вирусных инфекций (ВИЧ и вирусный гепатит) и бактериальных инфекций (сепсис и пневмония).

ЛИТЕРАТУРА

1. Комбинированное травма и заболевание. К вопросу оформления диагноза / Д. Е. Кузьмичев [и др.] // ПЭМ. — 2015. — № 3–4. — С. 59–60.
2. Зайратьянц, О. В. Правила построения патологоанатомического диагноза, оформления медицинского свидетельства о смерти, сопоставления клинического и патологоанатомического диагнозов в соответствии с требованиями МКБ-10: метод. рекомендации / О. В. Зайратьянц, Л. В. Кактурский, Г. Г. Автандилов. — М., 2001. — С. 1–3.

УДК 616.5-002:616.379-008.64(048.8)

ИЗМЕНЕНИЕ СОСТОЯНИЯ КОЖИ СТОП И ГОЛЕНЕЙ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Савко В. В., Таранова В. Н.

Научный руководитель: ассистент И. В. Полин

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Сахарный диабет — группа обменных заболеваний, характеризующихся гипергликемией вследствие нарушения секреции и (или) эффективности действия инсулина [1]. Кожные изменения при СД встречаются довольно часто. Тяжелые метаболические нарушения, лежащие в основе патогенеза СД, приводят к изменениям почти во всех органах и тканях, в том числе и в коже [2]. Некоторые диабет-ассоциированные кожные симптомы являются прямым результатом метаболических изменений, таких как гипергликемия и гиперлипидемия. Прогрессирующее повреждение сосудистой, нервной или иммунной систем также в значительной степени способствует развитию кожных проявлений [3, 4].

Способствовать кожным изменениям также может гиперинсулинемия, как это наблюдается на ранних стадиях инсулин-резистентного диабета 2 типа. Также значительно усугубляют течение кожных осложнений диабета макро- и микроангиопатии. [5].

Цель

Изучить состояние кожи стоп и голеней у пациентов с СД, находящихся на стационарном лечении в эндокринологическом и терапевтическом отделениях учреждения здравоохранения «Гомельская городская клиническая больница № 3».

Материал и методы исследования

В ходе работы была произведена выборка из двух групп пациентов: пациенты с сахарным диабетом (первый и второй типы) в количестве 50 человек и контрольная группа (пациенты терапевтического отделения, без СД) в количестве 50 человек. Возраст пациентов состоял от 23 до 68 лет. В исследуемой группе было мужчин 25 (50 %) человек, женщин — 25 (50 %). В контрольной группе было мужчин 25 (50 %) человек, женщин — 25 (50 %).

У пациентов изучались следующие признаки: индекс массы тела ($\text{кг}/\text{см}^2$), тип сахарного диабета, вредные привычки, наследственность, изменения кожи стоп у данных пациен-

тов: гиперкератоз (см^2), гиперемия (см^2), специфические ощущения в области голени и стоп (от 1 до 5 баллов), шелушение (см^2), кожный зуд (от 1 до 5 баллов).

Результаты исследования и их обсуждение

Всего нами было обследовано 100 пациентов, находившихся на стационарном лечении в терапевтическом и эндокринологических отделениях учреждения здравоохранения «Гомельская городская клиническая больница № 3».

В ходе проведенного исследования нами было выявлено, что средний возраст пациентов в исследуемой группе составил 57 лет, в контрольной 55 лет. Индекс массы тела в исследуемой группе равен $30,9 \text{ кг/м}^2$, в контрольной группе — 28 кг/м^2 .

В исследуемой группе сахарным диабетом 1 типа болеют 7 (13 %) пациентов, а сахарным диабетом 2 типа — 43 (87 %) пациента, при этом отягощенную наследственность в исследуемой группе имеют 13 (27 %) пациентов, а наследственность не отягощена у 37 (73 %) пациентов.

Гиперкератоз в исследуемой группе имелся у 28 (57 %) пациентов, средняя величина гиперкератоза составляет $3,5 \text{ см}^2$, в контрольной группе гиперкератоз имеют 15 (30 %) пациентов, средняя величина гиперкератоза составляет 2 см^2 . Гиперкератоз в обеих группах чаще встречается у мужчин. Гиперемия в области стоп и (или) голени в исследуемой группе имели 18 (37 %) пациентов, средняя величина гиперемии составляет $2,5 \text{ см}^2$, в контрольной группе гиперемия имеют 10 (20 %) пациентов, средняя величина ее составляет $1,5 \text{ см}^2$. В обеих группах гиперемия чаще встречается у женщин. Субъективные ощущения в области голени, стоп, а именно чувство покалывания, «бегания мурашек», онемение в исследуемой группе ощущают 37 (73 %) пациентов, средняя оценка данного признака равна 2 баллам по 5-балльной шкале. В контрольной группе специфические ощущения в области голени, стоп имеют 19 (38 %) пациентов, средняя оценка данного признака равна 1,5 балла по 5-балльной шкале. Шелушение в исследуемой группе наблюдается у 37 (75 %) пациентов, площадь шелушащейся области составляет в среднем 4 см^2 . В контрольной группе шелушение имеют 12 (24 %) пациентов, площадь шелушащейся области составляет 2 см^2 .

Так же в ходе сбора данных было выявлено, что вредные привычки, а именно курение, употребление алкоголя у исследуемой группы было выявлено у 9 (18 %) пациентов в исследуемой группе. В контрольной группе вредные привычки, а именно курение и употребление алкоголя имеют 12 (24 %) пациентов. При этом вредные привычки чаще выявлялись у мужчин в обеих группах. Также в исследуемой группе было выявлено преобладание вредных привычек, преимущественно при СД 2 типа 66,7 % пациентов.

При проведении нашего исследования мы определили, что у людей с сахарным диабетом в 40 % случаев наблюдается ожирение 1 или 2 степени тяжести.

Из наиболее часто встречаемых осложнений выявлено: диабетическая дистальная полинейропатия сенсорная форма — 18 (37 %) пациентов, нефропатия — 4 (8 %) пациента, диабетическая ретинопатия — 4 (8 %) пациента, ангиопатия нижних конечностей — 7 (15 %) пациентов, трофические нарушения на стопах — 7 (15 %) пациентов, а также у 1 (2 %) пациента ампутированная культя пятого пальца стопы.

Выводы

У пациентов, страдающих СД наиболее часто встречались такие проявления как гиперкератоз (57 %), гиперемия (37 %), шелушение (75 %). Причем гиперкератоз встречался чаще у мужчин, гиперемия у женщин.

Среди субъективных ощущений в области голени, стоп были чувство покалывания, «бегания мурашек», онемение конечности, что может свидетельствовать о нарушении кровообращения и иннервации и как следствии таких осложнений как диабетическая дистальная полинейропатия, нефропатия, диабетическая ретинопатия, ангиопатия нижних конечностей, трофические нарушения на стопах.

Пациенты с сахарным диабетом по сравнению с контрольной группой, более склонны к ожирению, что еще раз подтверждает метаболическую теорию СД.

Вредные привычки встречались реже у пациентов с СД 1 типа (33,3 %), что может свидетельствовать о более ответственном подходе к своему здоровью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Эндокринология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. акад. РАН и РАМН И. И. Дедова, чл.-корр. РАМН Г. А. Мельниченко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 752 с.
2. *Кривошеков, Е. П.* Диагностика и лечение больных с синдромом диабетической стопы: монография / Е. П. Кривошеков, А. А. Боклин, В. Е. Романов. — Самара: Волго-Бизнес, 2010. — С. 22–29.
3. Cutaneous Manifestations of Diabetes Mellitus. Levin and O'Neal's The Diabetic Foot (Seventh Edition) / M. Draznin [et al.] // JAMA. — 2008. — P. 185–197.
4. *Скрипкин, Ю. К.* Кожные и венерические болезни: рук-во для врачей: в 4 т. / Ю. К. Скрипкин; под ред. Ю. К. Скрипкина. — М.: Медицина, 1995. — Т. 1. — 576 с.
5. Olerud JE: Ellenburg & Rifkin's Diabetes Mellitus. — New York: McGraw-Hill, 2003.

УДК 614(091)+614.2-057.17(476)

ОРГАНИЗАТОРЫ БЕЛОРУССКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ПЕРИОД 1919–1991 гг.

Савонь П. А.

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

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

Введение

Организаторы здравоохранения — важнейший ресурс здравоохранения: от их квалификации и компетенции зависит эффективность деятельности как отдельных организаций и учреждений здравоохранения, так и всей отрасли. Общество предъявляет самые высокие запросы к количественным и качественным критериям подготовки врачей. При этом уровень требований, предъявляемых системой здравоохранения к подготовке руководителей, еще более высок. Н. И. Пирогов утверждал, что «к достижению благих результатов ... необходима не только научная хирургия и врачебное искусство, сколько дельная и хорошо учрежденная администрация» [1].

Цель

Ознакомить с историко-биографическими сведениями о выдающихся руководителях здравоохранения БССР.

Результаты исследования и их обсуждение

1 января 1919 г. была создана Белорусская Советская Социалистическая Республика. Тогда же в целях объединения всего медико-санитарного дела в стране на базе Минского губернского отдела здравоохранения под руководством санитарного врача Степана Варфоломеевича Балковца был учрежден Народный Комиссариат здравоохранения БССР.

Первым народным комиссаром здравоохранения БССР стал Илья Исаевич Пузырев. С 1919–1920 гг. он возглавлял Народный Комиссариат здравоохранения БССР, состоящий из 9 отделов: фармацевтического, статистического, лечебного, санитарно-эпидемического, школьно-санитарного, социальных болезней, судебной медицины, бухгалтерии и канцелярии. При комиссариате здравоохранения была сформирована коллегия [4].

Образование Литовско-Белорусской ССР 27 февраля 1919 г. привело к созданию объединенного комиссариата. На должность комиссара здравоохранения Литовско-Белорусской ССР назначен врач Андрис Домашавичус, а с 30 марта по 28 мая 1919 г. наркомом был врач Владимир Иосифович Ленский. Комиссариат имел 11 отделов: общий, фармацевтический, лечебный, санитарно-эпидемический, школьно-санитарный, социальных болезней, счетно-финансовый, медицинской экспертизы, военно-санитарный, рабочей медицины и просветительно-издательскую секцию [4].

15 июля 1920 г. врачу С. Д. Каминскому (1861–1939) был выдан мандат «на право организации губздравотдела». Семен Давидович Каминский с 1889 по 1920 гг. работал в Минске частно-практикующим врачом-офтальмологом, в том числе в 1909–1914 гг. — в