

ность, бесчестность в личных или общественных отношениях» [3, с. 148]) понравилось участвовать в ловле зачинщика «грязного» дела. *Вонючкин* (от *вонь* — отвратительный запах, зловоние [3, с. 96]) — фамилия, как считает Чехов, подходящая для полицейского, а их, как известно, не любят. «В цирюльне». *Блёсткин* из рассказа «В цирюльне» (от *блестки* — светящиеся точки на чем-нибудь или маленькие блестящие кружочки, пластинки для украшения [3, с. 51]) такую фамилию получил, потому что в свободное время он всегда убирается и его цирюльня блестит, как новая, и др.

Выводы

Итак, проведя исследование онимов в рассказах А. П. Чехова, можно прийти к выводу о том, что «говорящие» фамилии являются неотъемлемыми составляющими стиля и языка писателя, тесно связаны с темой произведения, взглядами автора, а также характерами героев и сутью создаваемых образов. Изучение особенностей функционирования «говорящих» фамилий в рассказах Чехова позволяют глубже понять художественный мир писателя, отношение автора к героям, формируют подтекст и имеют важное значение для постижения творчества в целом.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Бондалетов, В. Д.* Русская ономастика / В. Д. Бондалетов. — М., 1983.
2. *Чехов, А. П.* Рассказы: для сред. и ст. шк. возраста / А. П. Чехов. — Киев: Вэсэлка, 1989. — 216 с.
3. *Ожегов, С. И.* Толковый словарь русского языка: 80000 слов и фразеол. выражений / С. И. Ожегов, Н. Ю. Шведова / Российская академия наук. Институт русского языка им. В. В. Виноградова. — 4-е изд., дополн. — М.: Азбуковник, 1998. — 944 с.

УДК 616.633.284-053.2

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ФЕНИЛКЕТОНУРИИ У ДЕТЕЙ

Овсянникова В. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент С. С. Ивкина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Фенилкетонурия (ФКУ) является наиболее распространенной аминокислотопатией. Частота заболевания в разных популяциях различается. В Беларуси фенилкетонурия выявляется с частотой 1:6000 новорожденных, то есть ежегодно рождается 15–20 детей с этим заболеванием. Носителями являются 1 из 37 детей. ФКУ наследуется по аутосомно-рецессивному типу. Высокая концентрация фенилаланина и метаболитов токсически воздействует на ЦНС, приводит к нарушению формирования миелиновой оболочки вокруг аксонов. Высокий уровень фенилаланина в ЦНС приводит к нарушению транспорта и метаболизма тирозина и триптофана, что обуславливает повреждение ЦНС [1, 3].

Ребенок с фенилкетонурией выглядит при рождении здоровым. Отставание психического развития может происходить постепенно и стать очевидным лишь через несколько месяцев. Установлено, что нелеченный ребенок теряет около 50 баллов IQ к концу первого года жизни. Отставание психического развития обычно довольно выражено, и большинство детей нуждаются в социальной помощи [2].

Раннее выявление пациентов и своевременное начало лечения позволяют избежать клинических проявлений заболевания.

Цель

Изучить состояние детей с фенилкетонурии и влияние диеты на их психомоторное и физическое развитие.

Материал и методы исследования

Были проанализированы амбулаторные карты 61 ребенка в возрасте с 6 месяцев до 18 лет, проживающих в Гомельской области, находящихся на диспансерном учете по поводу ФКУ.

Оценивались место жительства, уровень фенилаланина (ФА) при рождении и в динамике, физическое и психомоторное развитие, анализ крови, соблюдение диеты ребенком.

Результаты исследования и их обсуждение

На момент исследования на диспансерном учете по поводу фенилкетонурии в г. Гомеле и области состоял 61 ребенок, из них девочек было 34 (55,7 %) и 27 (44,3 %) мальчиков. Большинство детей — 49 (80,3 %) проживают в городе. Всем детям проводился неонатальный неонатальный скрининг в родильном доме. Первичный уровень ФА отмечался в пределах от 11,2 до 51,2 мг ‰. При этом у 4 (6,8 %) детей уровень составил 10–15 мг ‰, что соответствует мягкому типу ФКУ. У 3 (5,1 %) детей уровень — 15–20 мг ‰, что соответствует умеренному типу ФКУ. У большинства детей — 52 (88,1 %) уровень ФА был > 20, что соответствует классическому типу ФКУ.

Лечебные мероприятия включают перевод детей на специальную диету с резким ограничением содержания фенилаланина. Нами была изучена приверженность детей к соблюдению лечебного питания. Диету не соблюдают 9 (15 %) детей, не регулярно соблюдают диету — 24 (40 %), придерживаются диеты 27 (45 %) детей. У большинства детей — 18 (66,7 %), соблюдающих диету, уровень ФА поддерживается на нормальных цифрах. У всех детей — 24 (100 %) частично соблюдающих диету и у 9 (33,3 %) детей, регулярно придерживающихся диеты периодически уровень ФА повышался свыше 10 мг ‰.

Было оценено физическое развитие детей с ФКУ. 24 (41,4 %) ребенка имели среднее гармоничное развитие, 4 (6,9 %) — очень высокое гармоничное и 4 (6,9 %) — ниже среднего гармоничное, 3 (5,2 %) — высокое гармоничное и 2 (3,45 %) — выше среднего гармоничное. У 17 (29,3 %) детей дисгармоничное физическое развитие, из них у 7 (41,2 %) — высокое, 6 (35,3 %) — выше среднего, 2 (11,8 %) — низкое, 1 (5,9 %) — ниже среднего и у 1 (5,9 %) — очень низкое; 4 (6,9 %) — резко дисгармоничное.

У 27 (100 %) детей, которые придерживаются диеты психическое развитие соответствует возрасту, из них 6 (22,2 %) посещают СОШ и справляются с программой в полном объеме, у 1 (3,7 %) трудности с точными науками, 1 (3,7 %) ребенок учится в гимназии, а 1 (3,7 %) — в университете.

У 18 (75 %) детей, которые соблюдают диету не регулярно, наблюдается задержка психического развития (ЗПР) разной степени выраженности. 11 (45,8 %) детей посещают СОШ, из них 6 (54,5 %) справляются с учебной программой, 5 (45,5 %) плохо успевают, у 4 (36,4 %) трудности с точными науками; 1 (4,2 %) ребенок до 7 класса учился в СОШ, далее переведен в интегрированный класс; 3 (12,5 %) учатся в интегрированном классе и 1 (4,2 %) ребенок на домашнем обучении; 1 (4,2 %) ребенок по окончании школы поступил в колледж. Задержка речевого развития (ЗРР) наблюдается у 5 (20,8 %) детей, из них 1 (4,2 %) говорит отдельные слова и 1 (4,2 %) не разговаривает. 7 (29,2 %) детей расторможены, у 3 (12,5 %) — трудности с социализацией, у 1 (4,2 %) — дефицит внимания, у 3 (12,5 %) — специфический «мышинный» запах.

У всех 9 (100 %) детей, которые не придерживаются диеты, наблюдается ЗПР. Из них у 5 (55,6 %) — глубокая ЗПР; у 4 (44,4 %) детей наблюдается расторможенность; у 7 (77,8 %) — ЗРР, из них 3 (42,9 %) произносит отдельные слова, 2 (28,6 %) — отдельные звуки, а 1 (14,3 %) не разговаривает. 2 (22,2 %) ребенка — ходят с поддержкой, а 1 (11,1 %) ребенок — не ходит. У 2 (22,2 %) детей наблюдается специфический запах, у 1 (11,1 %) — судорожный синдром.

Анализ крови оценивался у 30 детей. У большинства детей, соблюдающих диету, анализ крови отмечался в пределах возрастной формы. У 8 (26,7 %) детей не регулярно соблюдающих диету и не соблюдающих наблюдается анемия легкой степени тяжести.

Выводы

1. Исходя из биохимического неонатального скрининга следует, что наиболее распространенным является классический тип ФКУ.
2. Не все дети регулярно придерживаются лечебного питания.
3. Физическое развитие детей с ФКУ, соблюдающих лечебное питание в большинстве случаев гармоничное и высокое, однако дети не соблюдающих диету отстают в физическом развитии.

4. Психическое развитие детей, соблюдающих диету соответствует возрасту. Большинство детей не регулярно соблюдающих диету и все дети не соблюдающие диету имеют задержку психического развития разной степени выраженности.

5. У детей без четкой приверженности к диете чаще отмечается анемия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Детские болезни: практ. пособие / под ред А. М. Чичко, М. В. Чичко. — Минск: ФУАинформ, 2013. — С. 824-827.
2. МЗ РБ от 07.08.2009 № 781 «Клинический протокол диагностики, лечения и диспансерного наблюдения пациентов с заболеванием фенилкетонурия».
3. http://pku.org.ua/organization/about_disease/what_is_phenylketonuria/.

УДК 61:940.53/54(476)<<1941-1945>>

МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПАРТИЗАНСКИХ ОТРЯДОВ БЕЛАРУСИ В ПЕРИОД ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Одинцова В. С.

Научный руководитель: преподаватель-стажер *Н. В. Стахно*

Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»
г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Чем дальше в историю уходят трагические годы Великой Отечественной войны, тем полнее и ярче встает перед нами героический подвиг народа и его вооруженных сил, тем понятнее становится, какой ценой досталась победа, и какую лепту внесла медицина. В такое экстремальное время перед здравоохранением стояла задача сохранить боевую способность армии и генофонд нации, поэтому значимость медицинских работников в годы войны была чрезвычайно велика.

Цель

Охарактеризовать военно-медицинское обеспечение партизанских формирований в годы Великой Отечественной войны и донести до общественности большой вклад медицинских работников в оказании помощи партизанам.

Материал и методы исследования

Материалами исследования послужили данные печатных и электронных ресурсов. В ходе исследования использовалось сопоставление и анализ материалов из различных источников.

Результаты исследования и их обсуждение

В годы Великой Отечественной войны впервые в истории советской военной медицины организационно оформилась и была успешно реализована система медицинского обеспечения партизанских соединений. Она строилась на основе всестороннего учета условий боевых действий партизан. Накануне войны в декабре 1940 г. состоялся 2-й пленум Ученого медицинского совета при начальнике Санитарного управления Красной Армии. Руководящим составом медицинской службы было обращено внимание на важность медицинского снабжения, которое считалось категорией государственной значимости. Серьезность этой проблемы состояла в том, чтобы заказать и получить имущество действительно необходимое и в количестве, диктуемом сложившимися обстоятельствами [1].

Изучение исторических источников позволило нам установить, что в организации медицинского обеспечения партизанских формирований Беларуси было 2 периода: первый (август 1941 г. – март 1943 г.) — от начала создания партизанских формирований на территории Беларуси до учреждения санитарных отделов Центрального и Белорусского штабов партизанского движения (ЦШПД и БШПД); второй (март 1943 г. – июль 1944 г.) — от начала деятельности этих органов руководства до полного освобождения Беларуси от фашистской оккупации.

Первые медицинские пункты в партизанских отрядах на территории Беларуси возникли еще в 1941 г., санитарные части и госпитали начали создаваться в 1942 г. Одним из пер-