

Следует отметить, что некоторые субъективные ощущения, сходные с таковыми при «горной болезни», могут возникать у пациентов в начале первого сеанса гипокситерапии. Данные изменения легко обратимы и исчезают, если при их появлении у пациента снять маску и перейти к дыханию атмосферным воздухом. Наиболее часто эти проявления у пациентов группы наблюдения носили эмоционально-субъективный характер. Такого рода реакции не являлись противопоказанием для применения метода НГТ, напротив — служили ориентиром в выборе нужной экспозиции или концентрации кислорода в газовой смеси.

НГТ, как стимулятор неспецифической резистентности организма, также может быть рекомендована широкому кругу практически здоровых лиц для повышения физической и интеллектуальной работоспособности, для профилактики острых респираторных заболеваний и повышения устойчивости к эмоциональным нагрузкам.

Заключение

Проведенные исследования показали, что у пациентов группы наблюдения с АГ после курса НГТ происходит статистически значимое снижение САД и ДАД ($p < 0,001$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Механизмы адаптационного эффекта нормобарической гипокситерапии / Т. В. Александрова [и др.]. — Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. — 2003. — № 6. — С. 9–12.
2. Карац, Ю. М. Нормобарическая гипокситерапия / Ю. М. Карац, Р. Б. Стрелков, А. Я. Чижов. — М.: Медицина, 1988. — 352 с.
3. Макарьчик, А. В. Прерывистая нормобарическая гипокситерапия (ПНГ) как метод адаптационной терапии. Возможности его применения в регионах экологического неблагополучия / А. В. Макарьчик, П. Н. Ковальчук, Б. Э. Абрамов. // Фундаментальные и клинические аспекты медицины: сб. науч. ст. Гомел. гос. мед. ин-та. — Мозырь, 2000. — С. 3–4.
4. Реброва, О. Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ «Statistica» / О. Ю. Реброва. — М.: МедиаСфера, 2002. — 312 с.
5. Стрелков, Р. Б. Нормобарическая гипокситерапия (гипоксическая стимуляция неспецифической резистентности организма) и гипоксирadiотерапия / Р. Б. Стрелков, А. Я. Чижов // Методическое пособие для студентов, клинических ординаторов, аспирантов и врачей широкого профиля. — М.: ПАИМС, 1998. — 24 с.

УДК 616.155.392.2:616-003.215

ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЛИМФОЛЕЙКОЗЕ

Ковалёв А. В., Ковалёва И. П.

Научный руководитель: старший преподаватель Т. В. Потылкина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Хронический лимфолейкоз относится к гемобластозам, которые представляют собой опухоли из клеток кроветворной ткани. Хронический лимфолейкоз — это онкологическое заболевание лимфатической ткани, при котором опухолевые лимфоциты накапливаются в периферической крови, костном мозге и лимфатических узлах. В отличие от острых лейкозов, опухоль растет достаточно медленно, вследствие чего нарушения кроветворения развиваются лишь в поздних стадиях развития заболевания. Ежегодно в мире регистрируется 11,5 % заболевших хроническим лимфолейкозом от общего числа заболевших гемобластозами. Это наиболее распространенный вид лейкоза в странах Европы и Северной Америки, где на его долю приходится около 30 % от всех лейкозов [1]. Хронический лимфолейкоз характерен для людей пожилого возраста: около 70 % заболевают в возрасте 60 и более лет. Средний возраст заболевших составляет 65–69 лет; менее 10 % заболевают в возрасте до 40 лет. Хронический лимфолейкоз чаще встречается у мужчин, соотношение заболевших мужчин и женщин составляет в среднем 2:1 [1].

На IV съезде онкологов Беларуси (3–4 ноября 2012 г.) было отмечено, что за по-

следние 10 лет в Республике Беларусь отмечен рост числа онкологических заболеваний на 20 %. В структуре смертности новообразования занимают второе место после болезней системы кровообращения. Таким образом, распространенность онкологических заболеваний диктует необходимость исследований в данном направлении.

Цель

Освоить методику и определить особенности показателей периферической крови больных хроническим лимфолейкозом, проживающих в г. Бобруйске.

Материалы и методы исследования

Для определения лейкоцитарной формулы использовалась стандартная методика окраски мазков периферической крови по Романовскому-Гимзе, подсчет разных видов лейкоцитов производился с помощью счетчика лейкоцитов [2, 3]. Выборку составили больные, страдающие хроническим лимфолейкозом, в возрасте 40–70 лет обоего пола (по 10 человек), которые более 3-х лет находятся на диспансерном учете по данному заболеванию. Исследования проводились на базе клинической лаборатории городской поликлиники № 7 г. Бобруйска.

Результаты исследования

В ходе проведенных исследований нами были собраны, статистически обработаны и оценены показатели лейкоцитарных формул больных, страдающих хроническим лимфолейкозом. Полученные нами данные представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Лейкоцитарная формула больных хроническим лимфолейкозом (М — среднее значение)

Показатели	Общее число лейкоцитов, $\times 10^9$ л	Нейтрофилы, $\times 10^9$		Эозинофилы, $\times 10^9$	Лимфоциты, $\times 10^9$	Моноциты, $\times 10^9$
		п/я	с/я			
М	30,36	0,36	4,19	0,41	24,91	0,49
min	8,6	0	0,17	0	4,64	0
max	111,4	4,46	47,9	10	104,71	6,68

Общее количество лейкоцитов периферической крови исследуемых больных было значительно выше нормы: в среднем изучаемый показатель был выше в 5 раз. Общее число нейтрофилов составило в среднем 15 %, что в 3–5 раз ниже физиологической нормы. В пределах нормальных значений для здоровых людей находились показатели для палочкоядерных нейтрофилов, эозинофилов и моноцитов. Количество лимфоцитов в 2–4 раза выше нормы. Морфологически лимфоциты в исследуемом материале не отличались от нормы — базофильные клетки округлой формы с округлым или бобовидным ядром (у больших лимфоцитов) и небольшим объемом цитоплазмы. При микроскопии мазков крови в 50 % случаев нами обнаружены остатки разрушенных клеток лимфоидного ряда, так называемые тени Гумпрехта, отражающие высокую интенсивность разрушения лимфоцитов. Количество этих клеток отражает интенсивность процесса разрушения лимфоцитов. В исследуемых образцах было выявлено от 1 до 4 таких структур.

Статистическая обработка данных показала однородность изучаемой выборки только по количеству лимфоцитов. Значение $M \pm m$ для этого показателя составило $82,05 \pm 10,36$, где среднее квадратическое отклонение соответствует 12,6 %. Это указывает на необходимость увеличения выборки фактического материала для выявления статистически достоверных закономерностей внутри исследуемой группы.

Выводы

Собранные нами экспериментальные данные позволили выявить диапазон изменения показателей периферической крови и морфологические особенности лимфоцитов у больных хроническим лимфолейкозом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Жевак, Т. Н. Хронический лимфолейкоз: современные концепции этиологии, патогенеза и особенностей клинического течения (обзор) / Т. Н. Жевак, Н. П. Чеснокова, Т. В. Шелехова // Саратовский научно-медицинский журнал. — 2011. — Т. 7. — № 2. — С. 377–385.
2. Справочник «Лабораторные методы исследования в клинике» / под ред. В. В. Меньшикова. — М.: «Медицина», 1987. — С. 98–115.
3. Руководство по гематологии / Под ред. академика А. И. Воробьева. — 4-е изд. — М.: Ньюдиамед, 2007. — 1275 с.

УДК 613.2:637.146.23

КУМЫС ПИТЬ — ЗДОРОВЫМ БЫТЬ

Кодиров Абдулазиз

Научный руководитель: преподаватель О. А. Малявко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Когда я жил на родине в Узбекистане, то не задумывался о кулинарных пристрастиях моего народа. Приехав в Беларусь, я стараюсь, по возможности, готовить национальные блюда моего народа. В Беларуси почти не употребляют такой кисломолочный напиток, как кумыс. У моего народа есть пословица: «Кумыс пить — здоровым быть».

Цель

Рассказать о кумысе как о национальном узбекском напитке и показать его лечебное влияние на организм человека.

Результаты и методы исследования

Первое упоминание о кумысе можно найти в трудах древнегреческого историка Геродота (484–424 гг. до н. э.), который, описывая быт скифов, рассказывал, что любимым напитком этого народа был особый напиток, приготовленный путем сбивания кобыльего молока в глубоких кадках. Описание кумыса можно встретить и в древнерусской летописи — «Ипатьевском списке».

Кумыс (от тюркского, башк. *кымыз*, каз. *қымыз*, узб. *qimiz*, турк. *kumuz*) — кисломолочный напиток беловатого цвета из кобыльего молока, полученный в результате молочнокислого и спиртового брожения при помощи болгарской и ацидофильной молочнокислых палочек и дрожжей [3]. Его называют напитком здоровья, богатырским напитком (в «Словаре синонимов русского языка» слово кумыс имеет три синонима) [1].

Первыми готовить кумыс научились кочевые народы казахских и монгольских степей в энеолите (5500 лет назад). Технологию приготовления кумыса кочевники веками хранили в тайне [4].

Лечебные свойства кумыса, как и всякого средства народной медицины, несомненно, были известны давно. Первое описание лечебного действия кумыса встречается в трудах Абу-Али-ибн-Сина (Авиценны), который почти 1000 лет назад вылечил кумысом визиря Сухайлия, страдавшего мочекаменной болезнью.

Русский путешественник академик П. С. Паллас в своих мемуарах в 1770 году писал: «В башкирские степи съезжался из Московии и Дону недужный люд для питья кумыса, так как оный большую пользу в себе для здравия имеет».

Слава о кумысе и его свойствах особенно быстро распространялась в XIX веке. Первым врачом, описавшим кумысолечение, был Н. В. Постников. В трех словах ему удалось выразить сущность действия кумыса на организм человека: «nutrit, roborat, et alterat — питает, укрепляет, обновляет». В результате его начинаний кумыс за несколько лет приобрел широкую известность не только в России, но и за ее пределами.

В башкирские степи «на кумыс» приезжал великий русский писатель Л. Н. Толстой, его дружба с башкирами продолжалась около 20 лет. О целительных свойствах