

Как видно из приведенных в таблице 1 данных, анемия у больных с НХЛ протекает с выраженными проявлениями метаболической интоксикации, анемической гипоксии и сидеропении. Наиболее частыми клиническими проявлениями являются одышка при физической нагрузке, бледность кожи и слизистых, утомляемость, мышечная слабость, общая слабость. Обращало внимание высокая частота субфебрилитета (92 %) и извращения вкуса (88 %) у обследованных. У больных с анемией, которая протекает не на фоне опухолей, по нашим наблюдениям, частота этих симптомов составляла соответственно 1–5 и 15–30 %.

Выводы

Анемия — распространенное осложнение у больных НЗЛ, имеющая сложный механизм формирования, который характеризуется клиническими особенностями в виде преобладания симптомов метаболической интоксикации на фоне проявлений анемической гипоксии. Анемия является одним из неблагоприятных факторов течения НЗЛ, что значительно уменьшает качество жизни больных и не позволяет в полном объеме проводить цитостатическое лечение. Эффективное лечение анемии у больных НЗЛ позволит улучшить результаты цитостатической и лучевой терапии, значительно повысить длительность и качество жизни больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев, П. А. Анемический синдром в клинической практике / П. А. Воробьев. — М.: Ньюдиамед, 2001. — 168 с.
2. Гайдукова, С. М. Гематология і трансфузіологія / С. М. Гайдукова. — К.: Три крапки, 2001. — 752 с.
3. Клиническая онкогематология / под ред. М. А. Волковой. — М.: Медицина, 2001. — 576 с.
4. Rodak B.F. Diagnostic hematology. — Philadelphia ect.: Saunders, 1995. — 720 p.
5. Wick, M. Ferritin in iron metabolism: Diagnosis of anemia / M. Wick, W. Pinggera, P. Lehmann. — 2nd ed. — Wien, New York: Springer, 1995. — 113 p.

УДК 61(091):616-084

ИДЕИ А. П. ДОБРОСЛАВИНА В РЕАЛИЗАЦИИ СОВРЕМЕННЫХ ЗАДАЧ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Бортновская Е. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент В. Н. Бортновский

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Научное наследие, научное творчество и практическая деятельность А. П. Доброславина исключительно многогранны и охватывали самый широкий круг гигиенических проблем, отражающих актуальные запросы и практические нужды своего времени. Причем по ряду из них идеи А. П. Доброславина актуальны и на современном этапе развития гигиенической науки и практики.

А. П. Доброславин отчетливо видел и понимал ограниченные возможности медицины в осуществлении широких санитарно-оздоровительных мероприятий. Он настоятельно подчеркивал их главным образом государственный характер, как и в основном государственную, а не медицинскую природу здравоохранения как системы организации, разработки и осуществления мероприятий, направленных на сохранение и укрепление общественного и личного здоровья, их своевременность, масштабность и завершенность.

«Казалось бы, что такое драгоценное благо, каким всюду признается здоровье, — указывал Алексей Петрович, — не должно было бы вынуждать от общества какие-либо меры для его охранения. Однако... мы все... поступаем как расточительный наследник богатых родителей. Не зная настоящей цены здоровью, полученному по наследству, мы издерживаем его без расчета, не заботясь о будущем. Тогда только оценивается это богатство и являются стремления его сохранить, когда здоровые превращаются в боль-

ных... Общество в лице своих представителей всегда несет ответственность за охрану общественных ценностей. Точно так же, как ограждается общественная казна от хищений, должно быть охраняемо и общественное здоровье... Причины, давшие повод растрате общественного здоровья, должны быть преследуемы общественными властями, как ими же преследуются причины, ведущие к растрате общественной казны».

Комплексный подход прослеживается в работах А. П. Доброславина и к решению актуальных проблем военной гигиены. Сегодня не утратили своей актуальности предельно четко и исключительно точно сформулированные им задачи военного врача и, в частности, гигиениста в боевых условиях: «На поле битвы все не гигиенично, начиная со смертоносных условий битвы и кончая страшными последствиями ее: Единственно, чем врач может в этом случае помогать ойску, это — готовить солдата к битве, сообщив ему известную степень выносливости к трудам, которые на него выпадают, и помогают сохранению жизни когда он равен, подавать первую помощь и переправлять раненых в такого рода учреждения и местности, где они в состоянии будут восстановить здоровье». Выясняя с господствовавшими в его время представлениями о том, что каждый военный заранее обрекает себя на неизбежные и всевозможные лишения и что служба солдата должна быть тяжкою, чтобы не изнежить, а закалить его от будущих невзгод, Алексей Петрович убедительно показывает, что «солдат есть тот же бранный человеческий организм как и все остальные, что никакой искусственной дрессировкой нельзя поставить выносливость человеческого тела выше тех крайних пределов, какие указаны природою». Он обстоятельно изучил реальные условия жизни и быта военнослужащих, неоднократно участвуя в инспекторских смотрах ряда военных округов России в 1872 и 1873 гг., решая практические задачи профилактического характера в действующей армии.

Актуально звучит и сегодня утверждение А. П. Доброславина о том, что профилактика вероятного ухудшения здоровья, как населения, так и войск выходит за пределы возможностей медицины. В наше время не вызывает сомнения один из ведущих принципов организации военного здравоохранения, всесторонне обоснованный А. П. Доброславиным, заключающийся в том, что в реализации профилактического метода, в отличие от лечебного, наряду с военно-медицинской службой, должны участвовать экономические, технические, хозяйственные, административные, правовые и общественно-политические структуры и институты государства, а также, и, может быть, в первую очередь, все население в целом и каждый гражданин. ~~Назначение для населения~~ ~~назначение для населения~~ должна осуществляться и фактически осуществляется в форме санитарно-гигиенического обеспечения, состоящего из блоков элементов медицинского и немедицинского характера. Причем последние осуществляют в основном исполнительские функции, а первые — обеспечивают это исполнение путем определения направления, выбора приоритетов и оценки эффективности функционирования системы в целом. Предельно четко изложена А. П. Доброславиным роль медицинской службы в этой системе: «...военные врачи... более чем кто-либо претендуют на такие условия служебной деятельности, где они призываются экспертами, советниками военных администраторов и даже сами становятся в положение лиц, самостоятельно администрирующих в пределах им предоставленной власти», хотя он и отмечал, что нередко врач для многих бывает нежелательным экспертом, которого избегают или даже вынуждают воздержаться от выражения своего мнения. Однако неопровержимыми научными данными и на основании опыта врач в состоянии доказать обоснованность своих требований и точно предсказать последствия их невыполнения». А. П. Доброславин был пионером подготовки первых в России кадров гигиенистов и санитарных врачей, о крайней необходимости которых он настойчиво и постоянно писал в различных изданиях. Им разработаны первые программы и методики препода-

вания гигиены для студентов и врачей, по которым позже курс гигиены преподавался и в других университетах, с обязательными практическими занятиями с изучением и освоением методик и техники гигиенических исследований и экзаменами по гигиене.

А. П. Доброславин был убежден в необходимости обстоятельного изучения гигиены врачами, особенно военными. Он даже ставил успешное решение задач по сохранению и укреплению здоровья военнослужащих в зависимость от запаса знаний военных врачей и степени их влияния на представителей военной власти. Влияние же это определяется, по его мнению, обилием сведений у военных врачей по своей профессии и умением воспользоваться этими сведениями, а врачи, посвятившие себя военной службе «...должны быть более гигиенистами, чем лекарями».

Творчески продолжая и развивая благородные гуманистические традиции и идеи А. П. Доброславина и созданной им научной школы, современная военная гигиена, реализуя завет Алексея Петровича о том, что «...начало прогресса лишь там, где наука отрешалась от эмпиризма, переставала идти ошупью и выступала на широкий путь научного исследования и опыта».

УДК 600-661

КЛИНИЧЕСКИЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ФЕНОМЕНА И СИНДРОМА УКОРОЧЕННОГО ИНТЕРВАЛА PQ

Босак А. А., Пушкина Л. С.

Научный руководитель: к.м.н., ассистент Ж. А. Безлер

Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»

г. Минск, Республика Беларусь

Феномен укороченного интервала PQ — это наличие на ЭКГ интервала PQ менее 120 мс у взрослых и менее возрастной нормы у детей при сохранении нормальной формы комплекса QRS и отсутствии аритмий, при синдроме укороченного PQ наблюдается сочетание ЭКГ изменений и пароксизмальной суправентрикулярной тахикардии. Цель темы обусловлена: 1) сложностью диагностики короткого интервала PQ у детей, т. к. возрастные нормы длительности интервала PQ не унифицированы; 2) отсутствием данных о естественном течении феномена укороченного интервала PQ, вероятности его перехода в синдром укороченного интервала PQ или нормализации; 3) у пациентов с синдромом укороченного интервала PQ высока вероятность возникновения жизнеугрожающих нарушений ритма сердца.

Задачи исследования: анализ нарушений ритма и проводимости у пациентов с феноменом и синдромом укороченного интервала PQ, оценка результатов эхокардиографии сердца у детей с данной патологией, изучение клинико-анамнестических проявлений феномена и синдрома укороченного интервала PQ.

Материалы и методы исследования

Проведен анализ карт стационарного больного 32 детей с укороченным интервалом PQ, находившихся на лечении в 4-й ДКБ и 8 амбулаторных карт детей с укороченным интервалом PQ, обслуживающихся в 25-й детской поликлинике г. Минска.

Результаты и их обсуждение

В исследуемой группе средний возраст $10 \pm 1,2$ лет (от 1 года до 18 лет), из них девочки — 55 %, мальчики — 45 %. В 48 % случаев беременность протекала без осложнений. У 50 % пациентов отмечалась отягощенная наследственность, чаще по патологии сердечно-сосудистой системы (ССС) — 40 %. В анамнезе дети переносили острые