

### **Заключение**

Травматическому повреждению наружного носа наиболее часто подвержены мужчины (87 %) молодого, трудоспособного возраста —  $32,7 \pm 5,9$  года, что наносит значительные экономические потери государству.

Часто трудно сразу определить реальную величину дефекта после травмы. Более 50 % травм являются редкими и сложными как по локализации (поражение нижней 1/3 носа в 72 % случаев), так и по устранению дефекта (29 % многоэтапная реконструкция, 28 % устранение дефекта региональными тканями). Опыт ЛОР-врачей в реконструкции дефектов носа невелик. Поэтому пропорция при первичной обработке раны (69 %) по сравнению с отсроченными низкая.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Оториноларингология: учеб пособие / П. А. Тимошенко [и др.]; под ред. П. А. Тимошенко. — Минск: Выш. шк., 2013. — 432 с.
2. Солдатов, И. Б. Руководство по оториноларингологии / И. Б. Солдатов, И. Б. Солдатов. — М.: Медицина, 1994. — 608 с.
3. Атлас оперативной оториноларингологии / В. Ф. Антонив [и др.]; под общ. ред. В. С. Погосова. — М.: Медицина, 1983. — 416 с.
4. Гапанович, В. Я. Оториноларингологический атлас / В. Я. Гапанович. — Минск: Выш. шк., 1989. — 239 с.
5. Menick, F. J. Nasal Reconstruction: Art and Practice / F. J. Menick. — MOSBY Elsevier, 2009. — 759 p.
6. Baker, S. R. Principles of Nasal Reconstruction: монография / S. R. Baker. — New York: Springer Science + Business Media, 2011. — 587 p.
7. Unger, J. G. Nasal reconstruction / J. G. Unger, J. F. Thornton, J. R. Griffin // Selected Readings in plastic Surgery. — 2014. — Vol. 11, Is. R6. — P. 1–45.
8. Beahm, E. K. Concepts in Nasal Reconstructions / E. K. Beahm, R. L. Walton, G. C. Burget // Principles of Cancer Reconstructive Surgery. — New York: Springer, 2008. — P. 161–189.

**УДК 616-006.448**

## **МНОЖЕСТВЕННАЯ МИЕЛОМА**

**Шнудейко Я. В.<sup>2</sup>, Быковский Г. Д.<sup>2</sup>**

**Научные руководители: врач-гематолог В. К. Шнудейко<sup>1</sup>,  
ассистент В. В. Концевая<sup>2</sup>**

**<sup>1</sup>Государственное учреждение**

**«Республиканский центр радиационной медицины и экологии человека»,**

**<sup>2</sup>Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Множественная миелома — это онкологическое заболевание, которое приводит к злокачественному перерождению элементов системы В-лимфоцитов, причем на уровне пре-В-клеточных стадий. Болезнь миелома становится причиной того, что количество антител в крови начинает стремительно увеличиваться из-за бесконтрольной продукции их плазменными клетками. В итоге она приводит к появлению проблем с костями и иммунной системой, сбоям в работе почек. Нередко миелома становится причиной неправильной работы эритроцитов. Существует несколько вариантов развития и течения миеломы, каждый из которых имеет свои характерные особенности и проявления.

Статистические данные показывают, что множественная миелома у мужчин встречается примерно в 6 раз чаще, чем у женщин. В настоящее время причины появления миеломы не выявлены полностью, но уже имеются данные касательно влияния генетических факторов, а также вредных воздействий, в том числе ионизирующего излучения и химикатов.

Считается, что множественная миелома берет начало с единичной клетки, зародившейся в костном мозгу и имеющей признаки злокачественности. Злокачественная клетка плазмы имеет характеристики, отличающие ее от нормальных клеток этого класса, в том числе она имеет большую продолжительность жизни и может бесконтрольно делиться. Так

как злокачественные клетки в костном мозге не отмирают, со временем их количество значительно увеличивается. Далее незначительное количество таких клеток попадает в кровоток и начинает образовывать очаги костного мозга в местах, где его быть не должно. Эти очаги называются плазмочитомой. Сравнительно недавно было выявлено, что развитие миеломы берет начало именно на уровне предшественниц В-клеток, но при этом этот процесс не зависит от стимула в виде какого-либо антигена. Характерной особенностью миеломы является присутствие не только общих проявлений, свойственных всем гемобластозам, но и изменений в продукции моноклональных соединений Ig.

Симптоматические проявления миеломы у разных больных могут иметь существенные различия. Нередко на ранних стадиях течения болезни симптомы миеломы могут не наблюдаться. В редких случаях даже на поздних стадиях развития патологии больные ощущают себя вполне здоровыми. Наиболее типичными признаками миеломы являются: боли в костях; частые бактериальные инфекции; почечная недостаточность; гиперкальциемия. Зачастую больные миеломой жалуются на боли в тазобедренных суставах, а кроме того, в костях грудной клетки и позвоночника.

В большинстве случаев, больные обращаются за консультацией к врачу, когда появляются необъяснимые боли в костях, что нередко бывает уже на последней стадии развития болезни. В некоторых случаях, когда развивается миеломная болезнь, симптомы могут быть смазанными, поэтому в ряде случаев возможно диагностирование болезни при плановом осмотре. Для постановки диагноза требуется проведение таких исследований, как: рентгенография; МРТ; электрофорез белков сыворотки крови; общий анализ крови; биохимический анализ крови; биопсия костного мозга.

Полностью вылечить множественную миелому не представляется возможным, но контролировать эту болезнь, тем самым увеличивая продолжительность жизни больных, это вполне выполнимая задача. Терапия миеломы проводится такими препаратами и методами лечения, как: химиотерапия; лучевая терапия; пересадка стволовых клеток; кортикостероиды; леналидомид; бортезомиб; талидомид.

Схема лечения лекарственными препаратами подбирается индивидуально, в зависимости от характерных особенностей течения болезни. Помимо всего прочего, для поддержания нормального состояния больным требуется избегать обезвоживания, правильно питаться и вести активный образ жизни.

### ***Цель***

Найти характерные показатели множественной миеломы.

### ***Материал и методы исследования***

В ходе работы использовались данные истории болезни из больничных карточек пациентов в количестве 10 штук, предоставленные ГУ «Республиканский центр радиационной медицины и экологии человека», анализ и обобщение данных.

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

Средний уровень лейкоцитов в крови пациентов входит в допустимые рамки (при норме  $4,2-9 \times 10^9$  клеток/л) и составляет  $8,29 \times 10^9$  клеток/л.

Среднее число плазматических клеток костного мозга составляет 31,12 % (при норме 0,1–1,8 %).

Среднее значение общего белка крови — 74,79 г/л (при норме 76–83 г/л), однако наблюдаются колебания как за нижнюю, так и за верхнюю границу нормы.

Содержание IgG в плазме крови в среднем составляет 6,56 г/л (при норме 5,4–18,22 г/л), что соответствует нижней границе нормы и должно обратить на себя внимание при изучении анализов врачом.

Содержание IgA в плазме крови в среднем составляет 0,54 г/л (при норме 0,63–4,84 г/л) и указывает на наличие в организме патологических состояний, в частности на множественную миелому.

Содержание IgM в плазме крови в среднем составляет 0,19 г/л (при норме 0,22–2,4 г/л), что также указывает на наличие заболевания у пациента.

### **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 ОЖГОВЫХ 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.