

ряде производств сопряжена с риском канцерогенеза, хотя конкретные причины (вещества), провоцирующие процесс не установлены. Это производства по синтезу аминов (рак мочевого пузыря), обработка изделий из хрома (рак лёгких), кадмия (рак простаты), никеля (рак слизистой полости носа и лёгких), резины (рак легких), гематитовые шахты (рак лёгких). Данные о смертности от новообразований, сопряженных с профессиональной деятельностью противоречивы. По оценкам специалистов США она может составлять от 5 до 20% всех смертей от рака в этой стране. В ряде случаев канцерогенез есть результат сочетанного действия ксенобиотиков. Так, ведущим канцерогенным фактором для человека является табачный дым. Показано, что около 90% случаев рака лёгких есть следствие неумеренного курения. До 30% смертей от рака мочевого пузыря и желудочно-кишечного тракта также связано с этой привычкой.

Канцерогенными свойствами обладают некоторые вещества природного происхождения, например афлатоксины (провоцируют развитие рака печени). Высокое содержание афлатоксинов отмечается в продуктах питания, потребляемых жителями некоторых регионов мира (Африка, Восточная Азия). Здесь эти вещества поступают в организм человека в дозах, во много раз превосходящих канцерогенные для экспериментальных животных.

В материалах, опубликованных Международной Ассоциацией Исследований Рака (МАИР), содержится указание на более чем 60 вероятных и 150 возможных веществ, факторов и производств, контакт с которыми сопряжен с реальным риском развития новообразований.

## **ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ СЕТИ РОССОНСКОГО РАЙОНА ПОСЛЕ ЕГО ОСВОБОЖДЕНИЯ ОТ НЕМЕЦКО-ФАШИСТСКИХ ЗАХВАТЧИКОВ**

**Пуртов А.В.**

*УЗ «Россонская ЦРБ», г.п. Россоны, Витебская область, Беларусь*

**Актуальность** данного исследования заключается в том, что работа медиков в тяжёлых условиях послевоенной разрухи заслуживает не только уважения, но и представляет исторический интерес, а также служит источником богатого опыта, знаний и умений в экстремальных ситуациях.

**Целью** исследования являлась деятельность врачей и среднего медперсонала по восстановлению системы здравоохранения района после его оккупации в условиях вспышки инфекционных заболеваний.

В задачи исследования входило: анализ ситуации, повлекший рост числа инфекционных заболеваний в период с осени 1943 по весну 1944 года, характеристика структуры регионального здравоохранения, установление роли медицинских работников в ликвидации эпидемии сыпного тифа в Россонском районе за данный период времени.

В работе использованы общенаучные методы: исторический, историко-типологический, статистический, аналитический.

В результате исследования выяснилось, что к ноябрю 1943 регулярными частями Красной Армии была освобождена территория 6 сельских советов района. Райздравотдел, который возглавил присланный из Москвы Кацнельсон А.Б., начал свою работу с 5 ноября. Витебским облздравотделом на освобождённую территорию были направлены санитарные врачи, врачи по медицинскому обслуживанию населения. В обязанности председателей вновь созданных райисполкомов входило восстановление разрушенных медицинских и лечебно-профилактических учреждений района. Для определения материального ущерба Россонскому здравоохранению за годы оккупации была создана специальная комиссия по оценке этого ущерба. Все три больницы, все фельдшерские пункты и колхозные роддома были разграблены и разрушены.

Сразу после освобождения части района его настигла гуманитарная катастрофа. С территории, которые всё ещё находились под контролем немцев, хлынул по-

ток беженцев. Беженцы были из Освейского, Ушачского и Полоцкого районов. В конце концов, количество эвакуированных из оккупированных районов стало значительно превышать количество местных жителей. К началу 1944 года в освобождённом районе насчитывалось 14809 человек. Скученность людей, нехватка медикаментов, голод и холод привели к тому, что район захлестнула эпидемия сыпного тифа. В январе 1944 года заболело 709 человек, а уже в феврале заболело 1025 человек. Экстремно была создана больница в д. Владимирово, возглавляемая партизанским врачом Гинзбургом Х.Д. При каждом сельсовете были созданы комиссии по охране здоровья. Из местного населения выбирались санитарные уполномоченные, которые выявляли «сыпняк» у гражданского населения. Проводилась вакцинация против тифа. Штат медиков постепенно пополнялся новыми врачами и медсёстрами. Совместными усилиями к апрелю 1944 года была побеждена эпидемия тифа и восстановлена лечебная сеть.

**Выводы:** в результате целенаправленных действий местных органов власти и медицинских работников в короткие сроки удалось восстановить лечебную сеть района и взять под контроль эпидемические заболевания.

Литература:

1. Зональный государственный архив в г. Полоцке, ф. 1971, оп. 4, д. 3, л.д. 6
2. Там же, ф. 1971, оп. 4, д. 5, л.д. 5.
3. Там же, ф. 1971, оп. 4, д. 9, л.д. 4
4. Там же, ф. 1971, оп. 4, д. 15, л.д. 212
5. Памяць: Гіст.-дачум. хроніка Расон. р-на / Беларус. Энцыкл.: Гал. рэд. Б.І. Сачанка. – Мн.: БелЭн. 1994. – 558 с.

## ТРОМБОЦИТАРНЫЕ ИНДЕКСЫ У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА

Пучинская М.В.

Белорусский государственный медицинский университет, Беларусь

1-я кафедра внутренних болезней

Научный руководитель – к.м.н., доц. Почтавцев А. Ю.

Согласно современным представлениям тромбоциты играют важную роль в процессах атерогенеза. Показатели числа и размеров тромбоцитов, определяемые с помощью автоматических гемоанализаторов (так называемые тромбоцитарные индексы – ТИ), могут изменяться при развитии ишемической болезни сердца (ИБС).

**Целью** работы было определить значения ТИ у пациентов с атеросклеротическим кардиосклерозом (АКС) и нарушениями сердечного ритма, их связь с рядом клинических и лабораторных признаков у пациентов. В задачи входило определение ТИ, показателей общего и биохимического анализов крови, липидограммы и коагулограммы у пациентов, проведение корреляционного анализа для установления возможных связей между ними.

**Материалы и методы.** Были изучены истории болезни 51 пациента с АКС и нарушениями ритма сердца, преимущественно по типу пароксизмов мерцательной аритмии (ПМА). У всех пациентов не было указаний на эпизоды ишемических болей в сердце или перенесенные инфаркты миокарда в прошлом, пациенты со сложными нарушениями ритма из исследования исключались. Средний возраст пациентов  $64,6 \pm 11,81$  лет, среди них 9 (37,25%) мужчин; у 45 (88,24%) пациентов имелась сопутствующая артериальная гипертензия (АГ), у 6 (11,76%) – сахарный диабет (СД). Показатели ОАК, в том числе ТИ, определялись с помощью автоматического гемоанализатора ABX Micros-60 (ABX Diagnostics, США), показатели БАК и липидограммы – на анализаторе Hitachi-912 (Roche, Япония), коагулограммы – по стандартным лабораторным методикам. Статистическая обработка данных производилась с помощью пакета программ Statistica 6.0 (StatSoft.Inc.).

**Результаты и обсуждение.** Значения ТИ составили (представлены как Me (25% -75%), так как распределение значений ряда параметров отличалось от нормального, тест Шапиро-Уилкса,  $p > 0,05$ ): PLT  $185,0 * 10^9 / \text{л}$  ( $148,0 * 10^9 / \text{л}; 221,0 * 10^9 / \text{л}$ ),