

тяженні длительного времени в больнице работал фельдшер А. В последние годы по причине неоплазмы он состоял на соответствующем учете и про это было известно представителю онкопункта, хотя она не знала его лично. Во время тщательной проверки списка больных, дойдя до его фамилии она на мгновение остановилась и с удивлением спросила в присутствии фельдшера А.: «А что, разве он ещё жив?». Другой случай на участке, случай нарушения этических норм женой онкологического больного Г. На вопрос врача: «Какие жалобы и как себя чувствуете?», сразу же ответила его супруга: «А как же он может себя чувствовать, если у него рак поджелудочной железы?». Больной свой взгляд и внимание сосредоточил в одной точке, не ответив ни одного слова. Последнее время обсуждается вопрос о том, что онкологическому больному нужно сообщать его диагноз. Основываясь на своем многолетнем врачебном опыте считаю, что диагноз должен составлять врачебную тайну.

ДИСТРОФІЯ МІОКАРДУ У СПОРТСМЕНІВ

О. Т. Зозуля, Б. І. Щербак

Курс реабілітації та спортивної медицини

Кафедра соціальної медицини та охорони здоров'я,

Сумський обласний лікарсько-фізкультурний диспансер

Дистрофія міокарду при фізичному перенапруженні у спортсменів має поки-що порівняно невелику історію. Перше повідомлення про патологічне спортивне серце було зроблене Г. Ф. Лангом у 1936 р., який вважає, що надмірні м'язові навантаження іноді супроводжуються зміною хімізму міокардіальних клітин з розвитком серцевої недостатності. До патологічного спортивного серця відносять ті захворювання серцево-судинної системи, які виникають у здорових людей під впливом нерациональних занять і, в першу чергу, надмірних фізичних наван-

тажень в різних видах спорту. Провідне місце серед серцево-судинних захворювань у спортсменів займає дистрофія міокарду, викликана порушенням процесу метаболізму внаслідок гострого або хронічного перенапруження. За даними Сумського обласного лікарсько-фізкультурного диспансеру кількість спортсменів із дистрофією міокарду виросла з 0,05% у 1985 р. до 4,2% у 1999 р. Це пояснюється різними причинами: такими, як збільшення на 5-10% інтенсивності та об'ємів тренувальних навантажень та ігноруванням окремими тренерами та спортсменами лікарського контролю. Як встановлено нами, в останні роки почастишали випадки гострого фізичного перенапруження серед спортсменів високого класу при проведенні спортивних заходів (в основному на стаерських дистанціях) по біатлону, лижних гонках, легкій атлетіці. Як правило, у цих спортсменів в анамнезі були зазначені вогнища хронічної інфекції, а напередодні змагань вони проводили форсовані тренування.

Таким чином, гостре фізичне перенапруження частіше призводить до розвитку дистрофії міокарду у спортсменів високого класу при наявності у них вогнищ хронічної інфекції, коли тренувальні або змагальні навантаження перевищують функціональні можливості їх організму.

НЕОБХІДНІСТЬ МОДИФІКАЦІЇ ВЕЛИЧИНИ ПОДВІЙНОГО МНОЖЕННЯ РОБІНСОНА-ГОЛМБЕРГА

В. М. Хайчин, Б. І. Щербак

Курс реабілітації та спортивної медицини

**Кафедра соціальної медицини та охорони здоров'я,
Сумський обласний лікарсько-фізкультурний диспансер**

Подвійне множення (ЧСС • АДсistol/100) – індекс Робінсона-Голмберга, характеризує систолічну роботу серця і, як вважає Г. Л. Апанасенко, є показником функціональної спро-