

Выводы. 1. Основным субстратом ожогов пищевода являлись средства бытовой химии. 2. Основной метод диагностики – ФЭГДС на 1-е сутки. 3. Ведущей лечебной тактикой в данной выборке было консервативное лечение. 4. В результате лечения достоверно большее число детей было выписано с выздоровлением.

САНИТАРНЫЕ ПОТЕРИ В ПЕРИОДЫ ВООРУЖЁННЫХ КОНФЛИКТОВ XX ВЕКА

Корсак В. Э.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Военная кафедра

Научный руководитель – подполковник медицинской службы Лескевич К. Л.

Актуальность. Опыт прошлых лет показывает, что исход вооружённой борьбы в большей степени зависит от эффективного использования людских ресурсов. По этой причине от деятельности медицинской служб будет зависеть пополнение войск личным составом за счёт возвращения в строй раненых и больных, а также восстановление потенциальной рабочей силы в стране.

Цель. Целью настоящего исследования стало проведение структурно-клинического анализа санитарных потерь, обусловленных повреждениями различной этиологии в периоды различных вооружённых конфликтов, на примере Великой Отечественной войны (1941-1945), Афганской войны (1979-1989) и Чеченской войны (1994-1996, 1999-2002).

Материалы и методы исследования. Материалами являлись статьи отечественных авторов, которые были посвящены вопросам структуры санитарных потерь и методикам их расчёта. Для обобщения и систематизации данных применён сравнительно-аналитический метод исследования.

Результаты. В Великую Отечественную войну возвращены в строй 71,3%, во время войны в Афганистане и Чеченской Республике – 80,3% и 78,3% соответственно. Выяснилось, что качество этапного лечения в значительной степени зависит от квалификации хирургов, сроков оказания плановых оперативных вмешательств и тяжести состояния раненых.

Выводы. В связи с необходимостью интенсификации деятельности медицинской службы требуется разработка научно обоснованных структурно-организационных стандартов оказания конкретных видов, объемов, качества медицинской помощи, а также деятельности лечебных учреждений.

Литература

1. Брюсов, П. Г. Опыт организации хирургической помощи в период боевых действий в Чеченской Республике / П. Г. Брюсов, В. И. Хрупкин // Военно-медицинский журнал. – 1997. – № 6. – С.4-12.
2. Чиж И. М. Некоторые итоги и выводы из опыта медицинского обеспечения войск в вооруженных конфликтах // Воен.-мед. журн. – 2000. – Т. 317. – № 6. – С. 4-15.

КЛИНИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЛАРИНГИТОМ

Кортышевский А. А., Чабай И. В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

1-я кафедра детских болезней

Научный руководитель – канд. мед. наук, доцент Сорокопыт З. В.

Актуальность. Обструктивные состояния дыхательных путей у детей встречаются достаточно часто и иногда протекают тяжело, сопровождаясь признаками дыхательной недостаточности. Острый обструктивный ларингит – наиболее частая причина обструкции верхних дыхательных путей у детей в возрасте от 6 месяцев до 6 лет.

Цель. Анализ некоторых клинических и лабораторных показателей у детей с острым обструктивным ларингитом.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 25 карт стационарных пациентов с острым обструктивным ларингитом (ф. 003у–07), находившихся на лечении в отделении реанимации и анестезиологии Гродненской областной детской клинической больницы. Все дети были обследованы согласно клиническим протоколам, утвержденным Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

Результаты. Среди обследованных пациентов в возрасте от 3 месяцев до 3 лет было больше мальчиков – 16 (64%), чем девочек – 9 (36%), $p < 0,05$. Пациенты были распределены в 2 возрастные группы: первую группу (I) составили 13 детей от 3 месяцев до 1 года, вторую (II) – 12 детей от 1 до 3 лет. По степени выраженности стеноза гортани распределение было следующим: 1 степень – 15 (60%), 2 степень – 10 (40%). Из них с нормальной сатурацией ($>95\%$) – 18 (72%): I группа – 10, II группа – 7; и ниже 95% – 7 пациентов (28%): I группа – 4, II группа – 3 (минимальное значение – 87,6%, максимальное – 100%). Проведен также количественный анализ данных лактата, парциального давления CO_2 и O_2 . Количество детей с нормальным содержанием лактата (<2 мэкв/л) – 15 (60%): I группа – 6, II – 9, с повышенным (>2 мэкв/л) – 10 (40%): – 7 из I группы и 3 из 2-ой (минимальное значение лактата – 1,2 ммоль/л, максимальное – 4,2 ммоль/л). Количество детей с нормальной pCO_2 (32-40 mm Hg) – 21 (84%): 1-я группа – 11, 2-я группа – 10, выше нормы – 4 (16%): по 2 человека из каждой возрастной групп (минимальное значение pCO_2 – 28,3 mm Hg, максимальное – 44,1 mm Hg).