

прохода, хронической язвы ушной раковины, перихондрита ушной раковины, папилломатоза и рака гортани, хронического гнойного эпитимпанита. Таких операций выполнено по 2,9% в ЛОР – взрослом отделении.

У детей Nd:YAG – лазер использовали при кровоточащем полипе носовой перегородки (15%), носовом кровотечении (10%), папилломе слухового прохода, хроническом аллергическом риносинусите, хроническом гипертрофическом рините (по 5%).

Отмечается высокая эффективность лечения при использовании Nd:YAG – лазера при многих заболеваниях ЛОР-органов.

## **ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ НА РАЗВИТИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ**

*Каленкович М.Н.*

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь  
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения  
Научный руководитель - к.м.н., доцент Заборовский Г.И.*

Бронхиальная астма (БА) – самое распространенное из числа хронических заболеваний в детском возрасте. Отсутствие четких симптомов в дебюте заболевания приводит к тому, что свыше 84% случаев БА впервые устанавливается в стационаре.

В связи с этим целью исследования явилось изучение возможных факторов, оказывающих влияние на возникновение и развитие БА у детей. Единицей наблюдения явились 65 детей, состоящих на диспансерном учете в детских поликлиниках. Среди изучаемого контингента мальчики составили 64,6%, девочки – 35,4%.

При проведении обработки исходных данных по бронхиальной астме было установлено, что у детей регистрируется чаще бронхиальная астма средней степени тяжести; соотношение детей легкой и средней степени составило, как 31 к 69. Взятые на диспансерный учет сразу после постановки диагноза: при легкой степени - 70,0%, при средней степени- 55,0%; спустя месяц – соответственно, 12,3 и 26,8%. Взятие на учет по истечению 2-х месяцев, вплоть до года - 1-2% детей.

Большинство (около 80%) детей посещают школу; 86,4% имеют нормальное физическое развитие при легкой степени БА; 67,3% - при средней степени, дефицит массы тела отмечен, соответственно, в 6,0 и 9,0%, избыток массы – в 1,5 и 7,0%, низкий рост (3,0 и 4,4%, соответственно), высокий рост (3,0 и 11,9%). У всех детей нормальное психическое развитие, психомоторная сфера, интеллект, эмоциональная сфера.

При легкой степени тяжести 100% детей до взятия на диспансерный учет были здоровы; при средней степени - здоровы 78,3%, остальные взяты на учет повторно, т. к. состояли на учете по другим патологиям, из них 8,0% - по поводу обструктивного бронхита. При легкой степени 3,1% имеют приобретенную инвалидность и 11,7% - при средней степени тяжести. Около 2/3 детей (65,2%) относятся к часто и длительно болеющим. Процентное соотношение при легкой и средней степени тяжести БА по группе здоровья следующее: группа 2 - 4,6% и 10,3%; группа 3 - 87,8% и 67,7%; группа 4 - 7,6% и 22,0%.

Большинство детей родилось от первой и второй беременности. Проведение разделения срока беременности до 35 недель и после выявило, что при легкой степени тяжести все 100% детей родились в сроке от 35 недель и больше: 35-39 нед.- 67,9% 40 и больше- 32,1%. При средней степени тяжести в сроке беременности до 35 недель родилось 1,4%, 35-39 нед.-55,2, 40 нед. и больше- 43,4%. Осложнения в родах различного генеза 35,4% при легкой степени, 17,9% при средней степени. У 100% послеродовый период протекал без особенностей.

Разброс по дням выписки при легкой степени тяжести 5-12 дней, при средней степени 5-25, но наибольшее количество выписавшихся приходится на 7 день в обоих случаях 35,4% и 47,6%, соответственно.

При легкой степени тяжести 9,2% родились с весом 2500-2900, при выписке это составляет 3,0%; остальные проценты примерно в равной степени распределены между весом 3000-3400 и больше 3500. При средней степени тяжести 2,0% родились с весом 2000-2400 и 11,0% 2500-2900. Рост при рождении и выписке в пределах 50-54см. у 89,2% с легкой степенью тяжести и 81,4% - при средней тяжести. Примерно 3,0% детей имели оценку по шкале Апгар 6 баллов в обоих случаях, 8 баллов – 70,7% при легкой степени, 87,5% при средней степени тяжести. Грудное вскармливание: легкая степень тяжести - 82,7%, средняя степень тяжести - 76,9%.

При проведении учета заболеваний, которыми болели дети, участвующие в статистическом исследовании, за 3 года установлено, что имеется достаточно обширное количество заболеваний, большой процент из которых составляют заболевания дыхательных путей, большинство заболеваний являются острыми.

Таким образом, для своевременной диагностики БА у детей в условиях первичного звена детского здравоохранения, необходимо обращать внимание на информативные анамнестические симптомы.

## **МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПАРТИЗАН И ГРАЖДАНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ НА ОККУПИРОВАННОЙ ВО ВРЕМЯ ВОЙНЫ ТЕРРИТОРИИ БЕЛАРУСИ**

*Каминская Е.В.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Военная кафедра*

*Научный руководитель – ст. преподаватель подполковник м/с*

*Флюрик С.В.*

Медицинское обеспечение на территории Белоруссии в годы Великой Отечественной войны можно разделить на три периода соответственно фактической хронологии событий.

Внезапное развязывание войны, превосходство противника в живой силе и технике способствовали его быстрому продвижению вглубь советской территории. Поэтому первый период был очень короткий. За два месяца войны Белоруссия была захвачена фашистами.

Начался наиболее продолжительный второй период – жизнь и борьба в условиях вражеской оккупации. На этапе его зарождения (летне-осенний период 1941 г.) медицинское обеспечение первых отрядов было слабо организовано. Остро стоял вопрос медицинских кадров. С формированием на территории Белоруссии первых партизанских отрядов и бригад, а в дальнейшем – созданием партизанских зон и установлением постоянной связи с Большой землёй, значительно улучшилось их медицинское обеспечение. К концу 1942 г. среди партизан находилось уже 166 врачей. Была создана медико-санитарная служба, оборудованы госпитали и амбулатории для оказания медицинской помощи партизанам и гражданскому населению. Центральный штаб партизанского движения (ЦШПД), сформированный в мае 1942 г., Белорусский штаб партизанского движения (БШПД) – в сентябре 1942 г. оперативно реагировал на запросы командования и санитарных служб партизан, постоянно помогали медицинским имуществом, кадрами. С образованием в марте 1943 г. санитарного отдела БШПД во главе с И.А. Инсаровым и окончательным оформлением медико-санитарных служб в отрядах и бригадах деятельность по оказанию медицинской