

Анемия	5	5
Аллергический диатез	32	34
Рахит	4	4
ОРИ	74	79
ИМВП	4	4
Гастроэнтероколит	6	6
Здоровы	20	21

Профилактика рахита проводилась всем детям с трехнедельного возраста витамином Д3. Все дети были осмотрены узкими специалистами, всем проведены анализы крови, мочи и кала.

Выводы

1. Наблюдение за детьми 1 года жизни проводилось согласно диспансеризации детей первого года жизни. Все дети были обследованы лабораторно, осмотрены специалистами.

2. Большинство детей находились на грудном вскармливании в первые 6 месяцев жизни. Грудное молоко до 1 года получала 1/3 детей.

3. Среднее гармоничное развитие к году имели 85 % детей, психомоторное развитие соответствовало возрасту у 92 % детей.

4. Наиболее частой патологией на первом году жизни были острые респираторные инфекции. У 1/3 детей отмечался неблагоприятный фон в виде аллергического диатеза.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Воронцов, И. М.* Здоровье и нездоровье ребенка как основа профессионального мировоззрения повседневной практики детского врача / И. М. Воронцова // Рос. пед. журнал. — 1999. — № 3. — С. 6–13.
2. *Усов, И. Н.* Здоровый ребенок: справочник педиатра / И. Н. Усов. — Мн.: Беларусь, 1984. — 207 с.
3. *Щеплягина, Л. А.* Закономерности формирования роста и развития здорового ребенка / Л. А. Щеплягин // Рос. пед. журнал. — 2003. — № 6. — С. 4–9.

УДК 629.7:614.8-052 ПРИМЕНЕНИЕ ВОЗДУШНОГО ТРАНСПОРТА ДЛЯ ЭВАКУАЦИИ РАНЕННЫХ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

Захаренков Н. А.

Научный руководитель: К. М. Семутенко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

21 января 2005 года пассажирский поезд столкнулся с грузовиком недалеко от г. Ревадим в Израиле. Столкновение привело к чрезвычайной ситуации с большим количеством пострадавших с разнообразной нозологической патологией, кроме того участок аварии был труднодоступен и находился относительно далеко от травматологических центров. Основная помощь пострадавшим была оказана поисковыми командами ВВС Израиля. На основании опыта, полученного в результате деятельности медицинской службы при оказании помощи пострадавшим в этой и других чрезвычайных ситуациях, в статье освещены вопросы воздушно-медицинской эвакуации, действия медицинских бригад при оказании помощи в пути и возможное оснащение санитарного авиационного транспорта.

Цель

Проанализировать опыт применения эвакуации воздушным транспортом при круп-

ной чрезвычайной ситуации и оценить необходимость, возможность и объемы применения воздушно-медицинской эвакуации в Республике Беларусь.

Материалы и методы

Был проведен ретроспективный анализ данных, предоставленных лицами, участвовавшими в организации эвакуации пострадавших с места аварии, а также проецирование полученных данных на белорусские условия. Кроме того рассматривался опыт развития эвакуации воздушным транспортом в различных странах и регионах в течение последних десятилетий.

Результаты исследования и их обсуждение

Городские медицинские вертолеты стали применяться в США (штат Мэриленд) в 1969 году для улучшения результатов лечения пациентов с травмами. В начале 1980-х годов в США были созданы специализированные службы воздушной скорой помощи (неонатальная, акушерская и кардиологическая), занимающиеся, в том числе межгоспитальной транспортировкой.

Правительства Швейцарии и Германии создали комбинированную сеть, состоящую из военных и гражданских аэромобильных медицинских служб покрывающую основные магистрали и специальные зоны риска, такие как крупные города, побережья и горную местность для оказания экстренной медицинской помощи и межгоспитальной транспортировки раненых и пострадавших.

Современную историю транспортировки пациентов в критическом состоянии следует отсчитывать от начала 80-х годов прошлого века, когда появление автономной аппаратуры для респираторной поддержки, инфузионной терапии и мониторинга витальных функций сделало такую транспортировку безопасной для пациента. В 1993 г. были опубликованы первые рекомендации Американской коллегии хирургов, регламентировавшие юридические и медицинские аспекты перевозки пациентов в критических состояниях.

В настоящее время мировой литературе сформулированы следующие постулаты, послужившие основой для разработки правил транспортировки пострадавших воздушным транспортом:

- результаты лечения пациентов, находящихся в критических состояниях, лучше в специализированных центрах, чем результаты лечения в неспециализированных больницах;
- транспортировка пациентов в критических состояниях не оказывает отрицательного влияния на состояние пациентов и поэтому, косвенно, улучшает исход;
- транспортировка пациентов в тяжелом состоянии улучшает результаты лечения только при соблюдении установленных правил и норм;
- во время транспортировки необходимо продолжать выполнение лечебных мероприятий и мониторинг;
- стандарты и принципы интенсивной терапии для пациентов, находящихся в критических состояниях, должны в полной мере соблюдаться во время транспортировки, интенсивная терапия во время эвакуации должна проводиться в полном объеме.

Эти принципы представляются нам полностью применимыми к современным белорусским условиям оказания медицинской помощи, поскольку аппаратное обеспечение транспортировки в Республике Беларусь вполне соответствует уровню развитых стран.

На нынешнем этапе будет оправданным ориентироваться на опыт развитых западных стран, обобщенный в виде национальных рекомендаций. В этих рекомендациях сформулированы следующие требования к транспортировке и персоналу, ее осуществляющему:

1. К эвакуации пациентов следует относиться точно так же, как к проведению оперативных вмешательств, со всеми вытекающими последствиями: юридическое оформление и информированное согласие пациента и/или родственников, предэвакуационный эпикриз, ведение медицинской документации во время транспортировки, отражающей все изменения в состоянии пациента, протокол транспортировки.

2. Получение подтверждения из больницы, куда транспортируется больной, о го-

товности принять пациента.

3. Согласование транспортировки со службами скорой помощи и аэропортами.

Выводы

Воздушно-медицинская эвакуация в ходе чрезвычайных ситуаций позволяет осуществить быструю доставку жертв с места аварии в специализированные лечебные учреждения и обеспечить равномерное распределение пациентов по больницам, что обеспечивает резкое снижение процента летальности. Опыт организации эвакуации воздушным транспортом, полученный в развитых странах, необходимо применять в Республике Беларусь.

ЛИТЕРАТУРА

1. Современные принципы транспортировки раненых и пострадавших в критических состояниях / С. В. Ефременко [и др.] // Вестник интенсивной терапии. — 2006. — № 5. — С. 9–13.
2. Межгоспитальная транспортировка раненых и пострадавших в критических состояниях / С. В. Ефременко [и др.] // Медицинский вестник МВД. — 2006. — № 3. — С. 42–46.
3. Ефременко, С. В. Алгоритм межгоспитальной транспортировки раненых и пострадавших в критических состояниях в мирное время / С. В. Ефременко, Д. К. Азовский, В. М. Казначеев // Свидетельство об отраслевой регистрации разработки № 6268 от 26.05.2006 г. Москва, Федеральное агентство по образованию.
4. Потираловский, П. П. Эвакуация в современную войну / П. П. Потираловский // Воен.-мед. журнал. — 1908. — Апр. — С. 704.
5. Чиж, И. М. Опыт медицинского обеспечения локальных войн и проблемы эвакуации раненых и больных по воздуху / И. М. Чиж, Н. И. Макаров // Военно-медицинский журнал. — 1993. — № 1. — С. 22–23.

УДК 616.839

ВЕГЕТАТИВНОЕ СОСТОЯНИЕ, КАК ПРОБЛЕМА НЕЙРОХИРУРГИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Зиновик Ю. В

Научный руководитель: ассистент А. А. Боровский

Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»

г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Вегетативное состояние (ВС) — термин, предложенный Jennett, Plum (1. Jennett W. B., Plum F. The persistent vegetative state: a syndrome in search of a name — *Lancet*, 1972, 1, 734–737) для обозначения подострых или хронических состояний, возникающих иногда после тяжелых повреждений мозга и характеризующихся восстановлением бодрствования при полной утрате познавательных функций. В соответствии с используемым определением глаза больного открываются самопроизвольно в ответ на словесные стимулы. У него сохранена циклическая смена сна и бодрствования. Кроме того, самопроизвольно регулируется дыхание и поддерживается нормальный уровень артериального давления. В то же время отсутствуют дискретные локализирующие двигательные реакции. Больной не произносит понятных слов и не выполняет каких-либо словесных инструкций (2. Hess R, Jr. Koella W. P., Akert K. Cortical and subcortical recordings in natural and artificially induced sleep in cats — *Electroencephalogr. Clin. Neurophysiol*, 1953, 5, 75–90).

Устойчивое или хроническое ВС характеризуется постоянством и большой продолжительностью. Больные, выжившие после тяжелой черепно-мозговой травмы, могут оставаться в этом состоянии длительное время (иногда годы) без каких-либо признаков восстановления высшей нервной деятельности. В большинстве случаев вегетативное состояние возникает вслед за периодом снаподобной комы (3. F. Plum, Jerome B. Posner *The Diagnosis of Stupor and Coma*, 1982, 1, 22–23).

В последние годы достигнут большой прогресс как в развитии медицины в целом, так и интенсивной терапии в частности, поэтому все большее количество пациентов выживают после тяжелых состояний, которые могут приводить к различным послед-