

вплоть до ее исчезновения, участки наложения фибрина в кортикальном слое, обширные очаги некроза с вовлечением всего костномозгового канала. Через 360 дней остеомиелитический процесс не затихал. Макроскопически имелись свищи с гнойным отделяемым, участки костных секвестров, рубцовые изменения в мягких тканях, закрытие костномозгового канала. Деструктивные изменения надкостницы прогрессировали, участки ее отсутствия увеличивались, обнаруживались секвестральные полости, отсутствие признаков репаративной регенерации на концах отломков, склероз сосудов, атрофия мышечных волокон, атрофия и деформация кожи.

Сравнительные данные динамики гистологических изменений свидетельствуют, что возникновение посттравматического остеомиелита начинается с гнойного воспаления раны, которое распространяется на зону ишемического некроза концов отломков и окружающих тканей. Дальнейшее развитие сопровождается распространением гнойного воспаления по сосудистым каналам зоны остеонекроза концов отломков, декорткацией и секвестрацией некротизированного участка кости. Морфологические изменения первично развиваются в сосудах костного мозга с вторичным поражением прилегающих участков кости. Нарушение микроциркуляции выражается в расстройстве кровообращения. Завершение секвестрации и формирование фиброзного вала вокруг зоны поражения характеризует переход патологического процесса в хроническую форму.

Выводы

Выявленные морфологические изменения позволяют сделать обобщение, что для успешного лечения и профилактики обострения воспалительного процесса и рецидива остеомиелита, необходимо резецировать отломки в пределах здоровых тканей.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гринев, М. В. Остеомиелит / М. В. Гринев. – Л. : Мед., 1997.
2. Крюк, А. С. Хирургическое лечение поздней стадии хронического остеомиелита / А. С. Крюк. – Мн., 1965.
3. Миронов, С. П. Хронический посттравматический остеомиелит как проблема современной травматологии и ортопедии / С. П. Миронов, А. В. Цискарашвили, Д. С. Горбатюк // Гений ортопедии. – 2019. – Т. 25, № 4. – С. 610–621.

УДК 616.211-002

М. М. Максимович¹, С. Н. Шнитко², Т. И. Терехович³

*¹Районная медицинская комиссия учреждения здравоохранения
«25-я центральная районная поликлиника Московского района г. Минска»,*

*²Военно-медицинский институт в учреждении образования
«Белорусский государственный медицинский университет»,*

*³Государственное учреждение
«Республиканский центр медицинской реабилитации бальнеолечения»,
г. Минск, Республика Беларусь*

ПОЛЛИНОЗ У ДОПРИЗЫВНИКОВ – ПО ДАННЫМ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ

Введение

В обществе бытует ошибочное мнение, что аллергия – несерьезная патология. Выпил таблетку и дыши полной грудью. На самом деле интенсивность клинических про-

явлений аллергии может сильно ухудшить качество жизни, надолго выбить человека из социального ритма. Высокая распространенность аллергий требует максимального внимания к проблеме.

Это касается и поллиноза – группы распространенных заболеваний, в основе которых лежит аллергическая реакция на пыльцу растений.

В Беларуси пыльца растений является самым частым аллергеном, и служит причиной большинства клинических проявлений аллергии дыхательных путей среди детского населения [9]. Из-за меняющихся климатических условий сезон цветения у нас стартует все раньше – с начала марта, а заканчивается все позже – в сентябре-октябре. Поэтому жизнь пациентов с поллинозом каждый год делится на две части: полгода относительно благополучия, полгода болезни с разнообразным спектром клинических проявлений.

Актуальность

Поскольку поллиноз объединяет в себе группу аллергозаболеваний, клинические проявления у него совершенно разные, в зависимости от того, какой орган принимает на себя основной удар [1]. У 95% пациентов пыльца провоцирует поражение слизистых верхних дыхательных путей и глаз. Чаще всего речь идет об аллергическом рините, аллергическом конъюнктивите, кератоконъюнктивите и их комбинациях. В отдельных случаях клиника поллиноза может быть более развернутой, включать симптомы обострения бронхиальной астмы и атопического дерматита. Изолированные реакции встречаются редко. А также так называемый орально-аллергический синдром. При этом заслуживает внимания, исследование группы иммунологов Американской академии аллергии, астмы и иммунологии, опубликованное в 2024 году в *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. Исследование показало, что у детей, посещающих детский сад, клинически значимо меньше случаев пищевой и аэроаллергии по сравнению с домашними детьми [8].

В настоящее время под наблюдением аллергологов находится порядка 12 тысяч детей с аллергическим ринитом. Только за последний год их количество увеличилось на 10%, а само заболевание «помолодело» – 2–3-летние пациенты не редкость. Но официальную статистику в основном составляют пациенты, которые имеют тяжелые проявления аллергии и нуждаются в квалифицированной медицинской помощи.

Реальное же количество детей с поллинозом, симптомы которого эффективно купируются антигистаминными препаратами и не требуют обращения к врачу, в разы выше и может достигать 15% детского населения Беларуси [9].

В настоящее время нет одной конкретной причины, которая объясняла бы, почему развивается поллиноз. Этот вопрос тщательно изучается, но достоверный ответ пока не найден [2]. Однако известно, что большую роль в развитии аллергии играют гены. Так, при наличии аллергии хотя бы у одного из родителей риск развития ее у ребенка значительно повышается. Но важно понимать, что наследуется не само заболевание, а предрасположенность к нему [1].

Поллиноз, как и другие аллергические заболевания, на фоне отсутствия эффективной терапии имеет тенденцию к расширению спектра сенсibilизации, утяжелению степени клинических проявлений, развитию осложнений [4].

В нашей стране, согласно официальной статистике, аллергическим ринитом страдает около 40–42 тысяч человек (из них детей порядка 12 тысяч). В 93–95% случаев к симптомам присоединяется аллергический конъюнктивит. На фоне длительного контакта с аллергенами у пациента начинают прогрессировать другие клинические проявления. Более того, есть вероятность появления перекрестной пищевой аллергии. У 18–27% больных с аллергическим ринитом в финале формируется бронхиальная астма, что несет серьезные социальные последствия [3, 4].

Удельный вес поллиноза в структуре болезней, явившихся причинами негодности к военной службе по классам болезней согласно МКБ-10 и статьям «Расписания болезней Требования к состоянию здоровья граждан, связанных с воинской обязанностью» составляет около 1,1%. Это фактор, который влияет на показатели качества и количества призывного ресурса.

Цель

Проанализировать результаты медицинского освидетельствования юношей с поллинозом при приписке к призывному участку.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ медицинской документации допризывников (n=42) при медицинском освидетельствовании при приписке к призывному участку, которые находились на диспансерном учете с клиническими проявлениями поллиноза.

При медицинском освидетельствовании результаты оценены в соответствии с требованиями действующих нормативных документов по проведению военно-врачебной экспертизы [7]. Категория годности к военной службе определена в зависимости от течения заболевания, состояния функции пораженного органа или системы, исхода лечения.

Результаты

Комплекс мероприятий по медицинскому обеспечению подготовки допризывников к военной службе осуществляют врачи-специалисты: врач-педиатр подросткового кабинета, другие специалисты в зависимости от имеющегося и (или) установленного заболевания с соблюдением требований проведения медицинского обеспечения подготовки граждан к военной службе, диспансеризации детского населения в нашей стране [5, 6].

Кратность осуществления мероприятий определяли врачи-специалисты государственной организации здравоохранения с учетом состояния здоровья допризывников. При необходимости допризывники направлялись в другие государственные организации для проведения дополнительных медицинских обследований и (или) консультаций с целью уточнения диагноза, степени выраженности функциональных нарушений и характера течения заболевания. Медицинские мероприятия проводились с обязательным привлечением врача-аллерголога.

Результаты медицинских мероприятий вносились врачами-специалистами в историю развития ребенка, карту медицинского осмотра допризывника, медицинскую карту призывника.

В ходе исследования установлено, что клинически поллиноз проявлялся аллергическим ринитом (n=29), аллергическим конъюнктивитом (n=4), перекрестно-пищевой аллергией (n=3), утяжелением течения заболевания (бронхиальная астма – n=6).

Граждане с поллинозом: с клиническими проявлениями ринита со стойким, выраженным нарушением носового дыхания в течение всего теплого времени (весна-осень) при неэффективности повторного лечения в стационарных условиях в специализированном отделении организации здравоохранения (n=7); с аллергическими ринитами с сенсibilизацией к бытовым аллергенам с частыми обострениями (3 и более раз в год), протекающие с выраженными клиническими проявлениями и нарушением трудоспособности при неэффективном повторном лечении в стационарных условиях в специализированных отделениях (n=13) признаны негодными к военной службе в мирное время.

Поллинозы и аллергические риниты без нарушения или незначительного нарушения носового дыхания (n=9) не являются основанием для применения статей Инструкции.

При выраженных клинических проявлениях аллергического конъюнктивита (n=4), орально-аллергического синдрома (n=3) граждане признаны временно негодными к военной службе.

Утяжеление степени клинических проявлений с развитием бронхиальной астмы (n=4) и сочетанной патологии (аллергический ринит + бронхиальная астма + атопический дерматит) – (n=2) явились основанием для признания граждан негодными к военной службе в мирное время.

Выводы

Наиболее сложный контингент – это допризывники с сочетанной патологией; первичная и вторичная профилактика этой патологии в учреждениях первичного звена здравоохранения улучшает медико-социальные результаты у данной категории граждан.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Астафьева, Н. Г. Поллиноз – пыльцевая аллергия / Н. Г. Астафьева, Л. А. Горячкина // Аллергология. – 1998. – № 2. – С. 34–40.
2. Балаболкин, И. И. Аллергические заболевания детского населения в современных экологических условиях / И. И. Балаболкин, Р. Н. Терлецкая // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2013. – № 3. – С. 40–45.
3. Калинина, Т. В. Общественное здоровье. Факторы, формирующие здоровье населения / Т. В. Калинина. – Мн., 2020. – 34 с.
4. Клинические рекомендации по диагностике и лечению аллергического ринита (пособие для врачей) / под ред. А. С. Лопатина. – СПб.: РИА-АМИ, 2004. – 158 с.
5. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь и Министерства обороны Республики Беларусь от 29 июля 2019 г. № 76/12 «Об организации и проведении медицинского обеспечения подготовки граждан к военной службе».
6. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16 декабря 2024 г. № 174 «О диспансеризации детского населения».
7. Постановление Министерства обороны Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 3 января 2020 г. № 1/1 «Об утверждении Инструкции об определении требований к состоянию здоровья граждан, связанных с воинской обязанностью».
8. Потемкина, А. М. Поллиноз у детей / А. М. Потемкина, Т. В. Клыкова, И. Д. Скольник. – М., 2007. – 156 с.
9. Семенова, И. В. Проблемы пыльцевой аллергии в Беларуси / И. В. Семенова, Л. Р. Выхристенко. – Мн., 2012. – 134 с.

УДК 61:355.469.34

А. Л. Михайловский, Ф. И. Сацук, К. М. Семутенко

*Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»,
г. Гомель, Республика Беларусь*

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ БЕСПИЛОТНЫХ ЛЕТАТЕЛЬНЫХ АППАРАТОВ ДЛЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ В УСЛОВИЯХ ВООРУЖЕННОГО КОНФЛИКТА

Введение

Беспилотный летательный аппарат (БЛА) – летательный аппарат, предназначенный для выполнения полетов без экипажа на борту под управлением оператора беспилотного летательного аппарата с пункта (пульта) управления, в том числе без его визуального контакта с этим летательным аппаратом, или в заданном автономном режиме либо путем сочетания указанных способов. Оператор беспилотного летательного аппарата – лицо авиационного персонала, осуществляющее управление беспилотным летательным аппаратом с помощью технических средств [1].