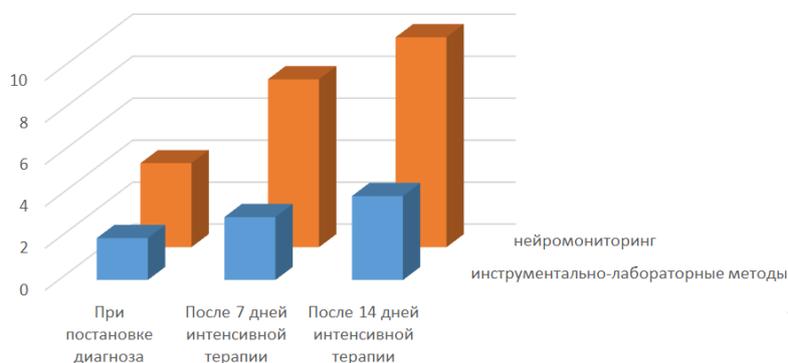


где шкала от 0 до 10 — отражение динамики показателей на разных этапах интенсивной терапии.



**Рисунок 1 — Сравнение изменчивости показателей на разных этапах интенсивной терапии**

### **Выводы**

Несмотря на современные технологические возможности динамическая неврологическая оценка продолжает оставаться одним из наиболее простых и самое главное достоверных способов мониторинга адекватности интенсивной терапии. Данные инструментальных методов всегда должны рассматриваться только в сопоставлении с клинической картиной.

При эффективности лечебных мероприятий повышается уровень бодрствования, регрессируют двигательные нарушения, восстанавливаются функции черепных нервов, что непосредственно регистрируется благодаря нейромониторингу.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Пирадов, М. А. Пути развития современной нейрореаниматологии / М. А. Пирадов, В. В. Мороз // Вестник РАМН. 2012. № 9. С. 27–30.
2. Петриков, С. С. Современные технологии нейромониторинга при внутричерепном кровоизлиянии / С. С. Петриков, В. В. Крылов // Украинский нейрохирургический журнал. 2007. № 4. С. 65–69.
3. Беневоляская, Н. Г. Мониторинг расстройств сознания и современные методы их коррекции в отделении реанимации и интенсивной терапии / Н. Г. Беневоляская, С. А. Румянцева // Атмосфера. Нервные болезни. 2004. № 1. С. 36–38.

**УДК 616-001-053.2(476.2)**

## **АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДЕТСКОГО ТРАВМАТИЗМА ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Завадская А. М., Крупень Н. М., Ромачко В. В.,  
Карсюк А. А., Винник А. В., Трач О. В.**

**Научный руководитель: Г. В. Дивович  
Учреждение образования**

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

### **Введение**

На сегодняшний день детский травматизм является одной из актуальных проблем современного мира.

Ежедневно во всем мире жизнь более 2000 семей омрачается из-за гибели ребенка по причине неумышленной травмы или «несчастливого случая», которые можно было бы предотвратить. Ежегодно по этой причине погибает более 1 млн детей и молодых людей моложе 18 лет. Это означает, что каждый час ежедневно гибнет более 100 детей [1].

За 2021 г. по Гомельской области было зарегистрировано 17490 обращений детей (0–18 лет) за медицинской помощью по поводу различных травм и повреждений.

Несмотря на то, что полностью предотвратить детский травматизм не представляется возможным, в современном мире разрабатываются способы и методы, посредством которых можно добиться существенного снижения данного показателя.

### **Цель**

Провести анализ статистических показателей, характеризующих динамику детского травматизма Гомельской области, его возрастную и гендерную структуру, обстоятельства получения травм и сезонность, а также разработки основных направлений профилактики.

### **Материал и методы исследования**

Был проведен выборочный анализ количества обращений за медицинской помощью в травматологический пункт Гомельской областной детской клинической больницы (далее ГОДКБ) в периоде с сентября 2020 по сентябрь 2021 гг. Всего было проанализировано 2400 обращений.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Таблица 1 — Виды травм

Месяц	Бытовые	Уличные	Школьные	Спортивные	Транспортные	Связанные с производством	Насильственные	Прочие
Сентябрь-ноябрь	356 (32 %)	214 (31 %)	41 (29 %)	89 (31 %)	22 (30 %)	1 (100 %)	3 (25 %)	17 (30 %)
Декабрь-февраль	221 (20 %)	102 (15 %)	20 (14 %)	59 (20 %)	8 (11 %)	0	1 (8 %)	13 (23 %)
Март-май	212 (18 %)	173 (25 %)	26 (18 %)	73 (25 %)	18 (25 %)	0	3 (25 %)	11 (20 %)
Июнь-август	343 (30 %)	202 (29 %)	56 (39 %)	71 (24 %)	25 (34 %)	0	5 (42 %)	15 (27 %)

По данным исследования, в структуре детского травматизма ведущее место занимают бытовые травмы — 47,2 %, полученные детьми, оставшимися без присмотра взрослых. На втором месте стоит уличный травматизм, относящийся к числу наиболее тяжелых — 28,8 %. Большая часть школьного травматизма приходится на внеучебное время — 2,3 %, что может быть связано с отсутствием присмотра родителей, дезорганизованностью детей на летнее время, т. е. посещения детских лагерей, санаторно-курортных и оздоровительных учреждений и организаций. Доля спортивного травматизма у детей равна 12,2 %. Установлено, что мальчики получают травмы в 2–2,5 раза чаще девочек, наиболее уязвимый возраст 11–15 лет. У детей старше 9 лет в связи с изменением образа жизни увеличивается число уличных и дорожно-транспортных травм. Среди травм и несчастных случаев у детей преобладают травмы головы и шеи — 17 %, переломы костей конечностей — 29 %, вывихи и растяжения — 8 %. Также встречаются насильственные травмы — 0,02 % из них внутричерепная травма — 16 %, травма конечностей — 16 %, отравления лекарственными средствами — 16 %.

Таким образом, причины и степень детского травматизма имеют возрастную специфику. Так, к примеру, у детей до 7 лет травматизм проявляется чаще всего в результате недостаточного присмотра со стороны взрослых, а у детей от 7 лет травмы являются следствием грубых шалостей, опасных игр или недостаточного опыта отношения предмета труда. Необходимо отметить, что профилактика детского травматизма является наиболее актуальной и важной медико-социальной задачей на сегодняшний день. Профилактика детского травматизма базируется на межведомственном координационном взаимодействии с участием структур МВД, МЧС, здравоохранения, образования, коммунальных служб. Она должна осуществлять следующее: обеспечение выполнения правил безопасности при проведении занятий физической культурой и спортом; обуче-

ние правилам по безопасному использованию средств персональной мобильности и велосипедов; обустройство дорожно-уличной сети; использование световозвращающих жилетов воспитанниками учреждений дошкольного образования, обучающимися учреждений специального образования, учащимися учреждений общего среднего образования; обеспечение безопасных условий пребывания детей в санаторно-курортных и оздоровительных учреждениях и организациях [2].

#### **Выводы**

1. В динамике уличного травматизма наблюдается рост последнего в период с апреля по сентябрь.
2. Школьный травматизм выше в учебное время
3. Организованный отдых детей в детских лагерях, санаторно-курортных организациях и учреждениях, базах отдыха характеризуется снижением травматизма.
4. Травматизм у детей мужского пола в сравнении с женским выше летом, в то время как у детей женского пола рост травматизма наблюдается в зимнее время.
5. Тяжесть травм в летний период значительно выраженнее, ввиду увеличения случаев оставления детей без присмотра.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Сайт ВОЗ // Профилактика детского травматизма [Электронный ресурс]. 2021. Режим доступа: <https://www.who.int/features/qa/79/ru/>. Дата доступа: 10.03.2022
2. План по профилактике детского травматизма 2021–2025 гг.

**УДК[616.98:578.834.1]-06:616-008.9-074-056.52**

### **ВЫЯВЛЕНИЕ ЭЛЕКТРОЛИТНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ И БЕЗ, С ПОДТВЕРЖДЕННОЙ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19**

**Козлова М. Д., Михельсон В. С.**

**Научный руководитель: к.м.н., доцент С. В. Коньков**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Инфекционное заболевание COVID-19 является актуальной медицинской проблемой, связанной с высокой заболеваемостью и летальностью. В связи с развитием пандемии в начале 2020 г. высокую значимость приобрело прогнозирование течения COVID-19 с выделением наиболее уязвимых групп населения [1]. В настоящий момент подтверждена связь тяжести течения COVID-19 с сахарным диабетом, артериальной гипертензией, наличием онкологических заболеваний. Широко обсуждаются особенности ведения и наблюдения пациентов с сопутствующей соматической патологией при COVID-19. Ожирение может усугублять течение и увеличивать смертность от COVID-19, как напрямую, так и косвенно. Ожирение в современном обществе является одним из наиболее распространенных неинфекционных заболеваний и, как известно, служит причиной или способствует развитию сахарного диабета 2-го типа, болезней сердечно-сосудистой и дыхательной систем, а также злокачественных опухолей различных локализаций [2].

#### **Цель**

Изучить изменения показателей электролитного состава крови и электрокардиограммы пациентов с COVID-19 в отделении интенсивной терапии.

#### **Материал и методы исследования**

Был проведен ретроспективный анализ стационарных карт пациентов, у которых на базе У «Гомельская областная туберкулезная клиническая больница»