

потерь хирургического профиля), высокая частота опасных инфекционных заболеваний (встречались у 5–8 % раненых) [2]. Возросла тяжесть боевой травмы, более чем у половины раненых наблюдались множественные и сочетанные ранения. Частота развития травматического шока составила 25 %. За 9 лет войны в Афганистане погибло 14 427 советских военнослужащих. Санитарные потери ограниченного контингента советских войск ранеными составили 50 127 человек, летальность среди раненых — 4,7 %, возвращены в строй — 82 %. Квалифицированная хирургическая помощь раненым советским военнослужащим в Афганистане оказывалась в медицинских ротах (Газни, Гардез, Джелалабад, Файзабад), отдельных медицинских батальонах (Баграм, Кабул, Кундуз, Шинданд), гарнизонных госпиталях (Кандагар, Пули-Хумри), специализированная хирургическая помощь — в многопрофильном армейском госпитале (Кабул). Затем раненых самолетами эвакуировали на территорию страны: в 340 Окружной военный госпиталь (Ташкент) и лечебные учреждения Центра. Лечебные учреждения, развернутые сначала в палатках, а уже на 3–4 год войны — в сборно-щитовых модулях, были хорошо оснащены и оказывали хирургическую помощь тяжелораненым, доставляемым вертолетами в среднем через 6 часов после ранения. Поскольку возникали частые перерывы авиамедицинской эвакуации раненых, широкое распространение получило выдвигание специализированных групп хирургического усиления в стационарно развернутые омедб (омедр) вблизи районов интенсивных боевых действий. Ввиду поступления большого количества раненых с минно-взрывными ранениями и травмами, эта тяжелая патология была детально изучена, разработаны пути снижения частоты осложнений и летальных исходов. При лечении огнестрельных переломов длинных костей часто использовались аппараты внешней фиксации Г. А. Илизарова, у раненых с повреждением магистральных артерий широко применялось временное внутрисосудистое протезирование. Впервые были изучены особенности лечения тяжелораненых, у которых кроме ранения развились инфекционные заболевания (гепатит, брюшной тиф, малярия и др.) [3].

#### **Выводы**

Итогом войны в Афганистане явилось совершенствование оказания хирургической помощи, обусловленное использованием авиационных транспортных средств для эвакуации раненых. Из районов боевых действий непосредственно на этап квалифицированной и специализированной хирургической помощи, минуя медицинский пункт полка эвакуировано, в среднем, 90 % раненых [4].

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. *Алексанян, И. В.* Военно-полевая хирургия в годы Великой Отечественной войны / И. В. Алексанян, М. М. Кнопов. — 5-е изд. — М.: Медицина, 2000. — 145 с.
2. Особенности организации лечебно-эвакуационных мероприятий при ведении боевых действий армии Республики Афганистан / Ю. С. Асанян [и др.] // *Воен.-мед. журн.* — 1998. — Т. 55, № 45. — С. 109–110.
3. *Синопальников, И. В.* Санитарные потери советских войск во время войны в Афганистане / И. В. Синопальников // *Воен.-мед. журн.* — 2000. — Т. 55, № 3. — С. 4–9.
4. Хирургическая помощь раненым в вооруженном конфликте: проблемы и пути совершенствования / Н. А. Ефименко [и др.] // *Воен.-мед. журн.* — 2000. — Т. 4, № 2. — С. 31–35.

УДК 615.874.2:[616.342-002+616.37]-089

### **ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ**

*Губко А. Ю., Медведев М. А.*

Научный руководитель: к.м.н., доцент *В. Н. Бортновский*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

#### **Введение**

Панкреатодуоденальная резекция (ПДР) уже давно прочно занимает свое место в лечении злокачественных и доброкачественных заболеваний поджелудочной железы (ПЖ).

В ранний послеоперационный период естественное поступление питательных субстратов невозможно, а применение полного парентерального питания не всегда удовлетворяет энергетические и пластические потребности организма. Этим диктуется необходимость проведения энтеральной поддержки у данных пациентов [3].

#### **Цель**

Оценка влияния энтерального питания на течение раннего послеоперационного периода у пациентов с заболеванием ПЖ и периапулярной зоны

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

Использовались научные статьи и монографии, данные медицинских карт стационарных пациентов Гомельской области из архивных данных РНПЦ (радиационный научно-практический центр). Проведен анализ зависимости развития послеоперационных осложнений от типа питания пациентов по статистическим данным РНПЦРМ и ЭЧ (Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека)

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

Ранний послеоперационный период у больных после ПДР характеризуется прогрессирующей белковой недостаточностью вследствие повышенного катаболизма, травматичных хирургических манипуляций, значительных потерь жидкости по дренажам из брюшной полости, желудка и неполного снабжения нутриентами при проведении заместительной терапии [4]. Длительность послеоперационного гастростаза может достигать от 8 до 18 суток, что исключает возможность раннего нормального питания в послеоперационном периоде у больных после ПДР. Это приводит к замедлению регенерации ткани ПЖ, атрофии клеток инсулярных островков, снижению всасывания в кишечнике, возникновению послеоперационных осложнений. Следовательно, в раннем послеоперационном периоде необходимо осуществлять возмещение водно-электролитных, энергетических и белковых потерь путем проведения нутритивной поддержки [1]. Внутривенное питание обеспечивает функциональный покой ПЖ в течение всего послеоперационного периода. Простота введения растворов нутриентов в сосудистое русло и все возрастающая доступность разнообразных препаратов обеспечивает методу широкое применение. Однако парентеральное питание сопряжено с большим числом потенциально опасных осложнений, связанных с длительным пребыванием катетера в центральной вене. Также стоимость препаратов для парентерального питания в 3–10 раз выше, чем энтеральное питание. В ряде исследований продемонстрировано, что применение ЭП в послеоперационном периоде способствует быстрому устранению пареза кишечника, ранней активации кишечной моторики, улучшению регенерации слизистой, ранней активации всасывательной функции нижележащих отделов кишечника. При этом отмечена также возможность предупреждения избыточной микробной контаминации желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), профилактическое действие ЭП в отношении острых эрозивно-язвенных повреждений, купирование катаболической направленности метаболизма, нормализация иммунного статуса, уменьшение числа инфекционных осложнений, сокращение времени пребывания больных в стационаре [2]. Проблеме устранения метаболических расстройств и коррекции белково-энергетической недостаточности в ближайшем послеоперационном периоде у больных, оперированных на органах ЖКТ, в последнее время уделяется значительное внимание. Традиционное решение этой проблемы достигается средствами инфузионной терапии, направленной на первом этапе на устранение нарушений гемодинамики и коррекцию газового гомеостаза. На втором же этапе снижается активность катаболической реакции организма, восполняются энергетические затраты, объем трансфузионной терапии дополняется применением сред для ЭП [5]. В настоящее исследование включены 38 пациентов, оперированных на ПЖ. В основной группе (n = 19) больные получали после операции энтеральное питание, а в контрольной (n = 19) только парентеральное. Данные представлены в таблице 1.

Из таблицы 1 следует, что большее количество осложнений после ПДР принадлежит контрольной группе. Так как в связи с парентеральным питанием увеличивается риск развития инфекционных осложнений.

Таблица 1 — Осложнения в сравниваемых группах

Осложнение	Группа	
	основная, N = 19	контрольная, N = 19
Инфекционное	1 (5,26 %)	5 (26,31 %)
Гастростаз	2 (10,52 %)	2 (10,52 %)
Внутрибрюшное кровотечение	—	1 (5,26 %)
Желудочно-кишечное кровотечение	—	1 (5,26 %)
Тяжелый послеоперационный панкреатит	1 (5,26 %)	—
Несостоятельность анастомоза	2 (10,52 %)	1 (5,26 %)
Всего	6 (31,57 %)	10 (52,63 %)

### **Выводы**

Использование энтерального питания в комплексе послеоперационных мероприятий после панкреатодуоденальной резекции способствует восстановлению клеточного звена иммунитета, и неспецифической резистентности организма. Нормализация функции иммунной системы в послеоперационном периоде проявляется снижением частоты развития осложнений. Также при включении энтерального питания в комплекс лечебных мероприятий у больных, перенесших панкреатодуоденальную резекцию, наблюдается более ранняя нормализация клинического состояния пациентов оцениваемого по шкале SAPS (Simplified Acute Physiological Score), по сравнению с пациентами, получавшими полное парентеральное питание.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Энтеральное зондовое питание после реконструктивных операций на желудочно-кишечном тракте и гастроэктении / А. А. Асраров [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гематологии, колопроктологии. — 1996. — № 4. — С. 3.
2. Бахман, А. Л. Искусственное питание / А. Л. Бахман. — СПб.: Бином, 2001. — 200 с.
3. Рак поджелудочной железы: диагностика и хирургическое лечение на современном этапе / Ю. И. Патютко [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. — 1998. — № 3 (1). — С. 96–111.
4. Лященко, Ю. Н. Основы энтерального питания / Ю. Н. Лященко, А. Б. Петухов. — М., 2001. — 34 с.
5. Rates of complications and death after pancreaticoduodenectomy: risk factors and the impact of hospital volume / D. J. Gouma [et al.] // Ann. Surg. — 2000. — Vol. 232, № 6. — P. 786–795.

УДК 612.843.7:[612.843.721+612.843.725]

## **ПОКАЗАТЕЛИ ПРОСТОЙ ЗРИТЕЛЬНО-МОТОРНОЙ РЕАКЦИИ ПРИ МОНО- И БИНОКУЛЯРНОМ ЗРЕНИИ**

*Гулицкий В. А.*

**Научный руководитель: старший преподаватель Г. А. Медведева**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Простая зрительно-моторная реакция (ПЗМР) — это элементарный вид произвольной реакции человека на зрительный стимул. Она состоит из двух последовательных компонентов: сенсорного (латентного) периода и моторного периода. Восприятие зрительного стимула в естественных условиях у человека осуществляется двумя глазами (бинокулярное зрение). Однако возможны ситуации при которых видение будет осуществляться одним глазом (монокулярное зрение).

### **Цель**

Оценить преимущества бинокулярного зрения по значениям показателей простой зрительно-моторной реакции.

### **Материал и методы исследования**

Исследование проводилось на базе курса нормальной физиологии кафедры биологии УО «Гомельский государственный медицинский университет». В исследовании приняли участие студенты 2 курса: 12 юношей и 15 девушек.