

низация) [2]. У каждого врача Израиля имеется профессиональная медицинская страховка. Если доктор работает в государственной клинике или структуре больничной кассы, то его частично страхуют и эти учреждения. Кроме того, существует страховка через профсоюз врачей [1]. Российские коллеги обсуждали вопрос о создании защитной структуры.

С начала 2000-х гг. в Государственной службе медицинских экспертиз ежегодно на 15–20 % возрастает количество экспертиз, назначенных правоохранительными органами по делам о ненадлежащем оказании медпомощи. Граждане все чаще обращаются в суд. Причинная связь между медицинскими ошибками и неблагоприятными исходом доказана почти в половине случаев, а различные виды профессиональных нарушений (включая дефекты ведения медицинской документации) встречались в каждой экспертизе.

Врачей постоянно заставляют думать о «правах пациента», но почему-то никто не беспокоится о правах врачей, которые тоже имеются или, по крайней мере, должны быть. Поскольку общественность пока такой обеспокоенности не высказывает, врачи должны защищать свои права сами, в частности, требуя исполнения данных рекомендаций, или же перепоручая судьбу пациента его собственной ответственности [3].

Сегодня врача можно наказать по административному, гражданскому и уголовному кодексу. Увеличился риск профессиональной деятельности вследствие причинения вреда жизни и здоровью пациента, а также морального — ему и его родственникам.

Если не принять меры (например, страхование риска гражданской и другой ответственности при совершении врачебной ошибки с последующей выплатой материального ущерба), очевидно проявление таких тенденций, как:

- усиление у врачей чувства социального дискомфорта и неуверенности в завтрашнем дне;
- снижение престижа профессии;
- увеличение оттока кадров в другие отрасли и сферы деятельности, а также их выезд за рубеж.

Белорусская ассоциация врачей подготовила «Положение о порядке организации и проведения обязательного медицинского страхования и профессиональной ответственности врачей; дополнение к Закону «О здравоохранении» [5].

Безусловно, пациент должен быть надежно защищен, Минздрав и «Белгосстрах» сейчас работают над проектом постановления, касающегося страхования врачебных ошибок. А кто защитит врача? Доктор должен быть защищен, иначе невозможно работать.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Кисина, З. Доктор Михаэль Ляндерс: «Я трудоголик — готов работать 48 часов в сутки. И мне это нравится...» / З. Кисина // Медицинский вестник. — 2010. — № 22. — С. 5.
2. Кук, Ф. Дж. Заговор против пациента / Ф. Дж. Кук; пер. с англ. — М.: Медицина, 1972. — 296 с.
3. Курпатов, А. В. По ту сторону вегетососудистой дистонии: пособие для врачей общей практики / А. В. Курпатов, Г. Г. Аверьянов. — М.: ОЛМА Медиа Групп, 2006. — С. 157.
4. Кучерова, М. Красным по белому / М. Кучерова // СБ. Беларусь сегодня. — 2010. — 21 мая. — С. 1, 12–13.
5. Лекторов, В. Н. Не оппоненты, а союзники / В. Н. Лекторов // Медицинский вестник. — 2011. — № 12. — С. 2.

**УДК 616.37-002.4-08+613.2.032.033**

### **КОРРЕКЦИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИМ ПАРАПАНКРЕАТИТОМ**

**Адамович Д. М., Майоров В. М., Дундаров З. А., Лин В. В.**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Присоединение инфекции при панкреонекрозе резко ухудшает прогноз заболевания и в 1,5–2 раза увеличивает летальность. Гнойные осложнения (ГО) развиваются у

30 % больных острым деструктивным панкреатитом (ОДП) и диагностируются в сроки от 14 до 30 дней с момента развития острого панкреатита [1, 2]. Современные представления об интенсивной терапии основываются на необходимости проведения в послеоперационном периоде направленной коррекции метаболических расстройств и адекватного обеспечения энергопластических потребностей организма [3, 4]. Многочисленные исследования [4] указывают на тот факт, что снижение питания ослабляет защитные силы организма по отношению к инфекции за счет снижения гуморального и клеточного иммунитета. К сожалению, нарушение питания редко упоминаются в числе сопутствующих заболеваний [4]. О влиянии состояния питания на течение заболевания наглядно свидетельствуют данные G. Vuzby и соавт. [5]: при снижении массы тела пациентов на 5 % койко-день увеличивается в 2 раза, а частота различных осложнений в 3,3 раза. Нарушения питания у хирургических больных приводят к увеличению послеоперационных осложнений в 6 раз, а летальность увеличивается в 11 раз, в то же время при адекватной нутритивной поддержке частота осложнений уменьшается в 2–3 раза, летальности в 7 раз [3, 4, 5]. Кризисная ситуация в освещении данного вопроса состоит в том, что до настоящего времени не выработаны единые подходы к реализации нутритивной поддержки и коррекции метаболических нарушений у больных ОДП [3, 4, 5].

**Цель** настоящего исследования — выявление взаимосвязи клинического исхода заболевания и степени нутритивной недостаточности у больных с ГО ОДП.

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

Обследованы 67 пациентов, оперированных по поводу ГО ОДП. Все пациенты получили стандартную базовую терапию, полный объем необходимых хирургических вмешательств и весь комплекс мероприятий по общему уходу и реабилитации. Больные 1 группы (35 пациентов) в послеоперационном периоде получали нутритивную поддержку, преимущественно, парентеральным путем. Нутритивная поддержка во 2 группе (32 пациента) больных проводилось преимущественно энтеральным (энтеральные полисубстратные смеси с содержанием белка 80–100 г/сут или 2000–2500 ккал/сут) путем. Антропометрические критерии нутритивного статуса измеряли в соответствии с общепризнанными требованиями [4]. Влияние поддерживающей нутритивной терапии на течение заболевания оценивали по следующим критериям: частоте развития общих осложнений (пневмонии, пролежни, эрозивно-язвенные поражения проксимальных отделов ЖКТ); объему инфузионно-трансфузионной терапии в послеоперационном периоде; срокам созревания грануляций в раневых полостях и нормализации лабораторных показателей; срокам лечения.

#### **Результаты и их обсуждение**

На момент оперативного вмешательства у пациентов обеих групп был идентичный трофологический статус, отражающий наличие тяжелой питательной недостаточности. В 1-й группе наблюдалось увеличение дефицита фактической массы тела (ФМТ) в послеоперационном периоде до  $17,56 \pm 1,03$  % ( $p=0,05$ ). У больных 2-й группы наблюдалась стабилизация показателей дефицита массы тела (МТ) и процентного дефицита ФМТ. Так, дефицит ФМТ составлял  $14,21 \pm 0,58$  %, а дефицит МТ  $10,62 \pm 0,55$  кг на одного пациента. Выявлены достоверные различия при сравнении дефицита ФМТ ( $p=0,025$ ) и различия на уровне статистической тенденции при сравнении окружности плеча ( $p=0,066$ ), толщины кожно-жировой складки ( $p=0,058$ ) и окружности мышц плеча ( $p=0,068$ ). Это свидетельствует о том, что у больных 2-й группы в течение первых 10 суток послеоперационного периода наблюдается стабилизация соматометрических критериев и отсутствие нарастания дефицита ФМТ, что объясняется соответствием расчетных энергопотребностей и проводимого энтерального питания.

В 1-й группе сохранялись негативные тенденции по снижению соматометрических показателей и нарастанию дефицита МТ. Отмечалось статистически значимое нарастание дефицита МТ, который к 20-м суткам после операции достигал  $21,74 \pm 0,89$  %

( $p=0,03$ ), что составляло  $16,13 \pm 0,91$  кг ( $p=0,04$ ) на одного пациента. Во 2 группе дефицит МТ статистически значимо уменьшился с  $14,21 \pm 0,58$  до  $12,25 \pm 0,48$  % ( $p=0,02$ ), что составляло  $9,63 \pm 0,48$  кг. Это свидетельствует о том, что пациенты 2 группы получали питание, соответствующее их расчетным энергопотребностям. Полученные данные соматометрических исследований свидетельствуют о том, что в послеоперационном периоде у всех больных имеет место питательная недостаточность. Вместе с тем, на фоне адекватно проводимой нутритивной терапии степень питательной недостаточности во 2-й группе минимальна и не имеет тенденции к нарастанию, а в 1-й группе наблюдается прогрессирование питательной недостаточности.

С наибольшей частотой осложнения послеоперационного периода встречались в 1 группе и составили 72,8 % от общего их числа. Показания для гемотрансфузии чаще возникали у больных 1-й группы, средний объем перелитых компонентов крови в первой и второй группах составил соответственно  $5,3 \pm 1,1$  л и  $2,1 \pm 0,9$  л. Использование нутриционной терапии позволило оптимизировать процесс созревания грануляций без признаков гипертрофии. Раны у больных 2-й группы очищались в среднем на  $6,5 \pm 1,7$  сут раньше, чем у больных 1-й группы.

### **Выводы**

1. На основании комплексного исследования трофологического статуса больных с ГО ОДП установлено, что на момент операции больные имеют тяжелый белково-энергетический дефицит.

2. В связи с этим необходима как можно более ранняя и полноценная коррекция нутритивной недостаточности, предупреждая развитие белково-энергетической недостаточности, трофических осложнений со стороны ЖКТ (стрессовые язвы, парезы желудка и кишечника) и вторичных трофических нарушений, возникающих на фоне стрессорного истощения и снижения иммунитета.

3. Коррекцию состояния питания больных целесообразно начинать в предоперационном периоде и продолжать в течение 10–12 суток после операции. Объем нутриционной поддержки определяется индивидуально с учетом фактической потребности больного в энергии и нутриентах.

4. Применение нутриционной поддержки позволило оптимизировать течение послеоперационного периода, что выражается в снижении объема инфузионной терапии, частоты общих и местных осложнений, уменьшении сроков лечения.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Гостищев, В. К. Основные принципы хирургического лечения больных с острым деструктивным панкреатитом: матер. съезда «IX Всероссийский съезд хирургов», Волгоград, 20–22 сентября 2000 / В. К. Гостищев, В. А. Глушко. — С. 30–31.
2. Данилов, М. В. Хирургическое лечение гнойного панкреатита: матер. съезда «IX Всероссийский съезд хирургов», Волгоград 20–22 сентября 2000 / М. В. Данилов, В. П. Глабай, Р. Я. Темирсултанов. — С. 28.
3. Искусственное питание в неотложной хирургии и травматологии / под ред. А. С. Ермолова, М. М. Абакумова. — М.: М-Сити, 2001. — 388 с.
4. Луфт, В. М. Клиническое питание в интенсивной медицине: практ. рук. / В. М. Луфт, А. Л. Костюченко. — СПб.: РСЗ АСПЭП, 2002. — 175 с.
5. Prognostic nutritional index in gastrointestinal surgery / G. P. Buzby [et al.] // Amer. J. Surg. 1980. — Vol. 139, № 1. — P. 160-166.

**УДК 796.012.12-055.2-057.875**

## **ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ СКОРОСТНО-СИЛОВОЙ ВЫНОСЛИВОСТИ У СТУДЕНТОК, ЗАНИМАЮЩИХСЯ В ОТДЕЛЕНИИ СПОРТИВНОЙ СПЕЦИАЛИЗАЦИИ — СПОРТИВНАЯ АЭРОБИКА**

**Азимок О. П., Болмотова М. А.**

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

### **Введение**

В настоящее время в нашей стране аэробика стала достаточно популярна особенно у молодых девушек. Упражнения, выполняемые на занятиях по аэробике воздействуют