

- 1) наблюдается тенденция к увеличению количества детей с нарушением органа зрения;
- 2) в выпускных классах количество детей с острой зрения меньше 1,0 составляет 30–50 %;
- 3) 1 % детей приходят в школу уже с плохим зрением, а у 23 % — зрение ухудшилось за период обучения.

УДК 616.37-002+613.2.032.33

**ПРИМЕНЕНИЕ ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ
СИНДРОМА КИШЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНЫМИ
ОСЛОЖНЕНИЯМИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА
В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ**

Пивовар М. С., Кеня И. В., Криволап Д. Г.

Научный руководитель: к.м.н., доцент В. М. Майоров

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Острый панкреатит занимает лидирующее место в структуре ургентной хирургической патологии и составляет 16 % от числа поступивших в стационар с острыми заболеваниями органов брюшной полости. При анализе неудач в лечении этого заболевания видна нерешенная проблема коррекции метаболических нарушений. Однако кризисная ситуация в освещении данного вопроса состоит в том, что при наличии информации о белковом дефиците до настоящего времени не выработаны единые подходы к реализации нутритивной поддержки и коррекции метаболических нарушений у больных острым деструктивным панкреатитом [3, 5]. Решение этих вопросов имеет важное значение для построения наиболее эффективной программы искусственного лечебного питания и улучшения исходов хирургического лечения данного заболевания.

Материалы и методы

Проведено клиническое исследование 67 пациентов, оперированных по поводу гнойных осложнений острого деструктивного панкреатита. В зависимости от проводимой нутритивной поддержки больные были разделены на две группы. В 1-ю (контрольную) вошли 35 больных, которым в послеоперационном периоде проводили стандартную интенсивную терапию, включая парентеральное питание. Вторую (основную) группу составили 32 пациента, у которых в комплекс интенсивной терапии было включено раннее энтеральное питание с использованием полноценных сбалансированных питательных смесей. Введение смесей проводилось через еюностому, накладываемую интраоперационно на вторую петлю тощей кишки от связки Трейтца. Дозировка препарата рассчитывалась исходя из фактической потребности больного в энергии и основных нутриентах с учетом фактора активности, дефицита массы тела, увеличения температуры тела.

Результаты и обсуждение

Изучение состояния трофологического статуса показало, что на момент оперативного вмешательства дефицит фактической массы тела в обеих группах составлял в среднем 14 %. Отсутствие статистически значимых отличий позволяет сделать вывод о том, что у пациентов обеих групп был идентичный трофологический статус, отражающий наличие питательной недостаточности тяжелой степени.

На 10 сутки послеоперационного периода были зарегистрированы следующие со-

матометрические показатели: в первой группе, несмотря на проводимое парентеральное питание, происходила депрессия соматометрических показателей. Так, масса тела пациентов в течение 10 суток снижалась с $65,7 \pm 2,48$ кг до $60,46 \pm 2,27$ кг (на 8,07 %), окружность плеча уменьшалась до $24,26 \pm 0,58$ см (на 6,91 %), массо-ростовой индекс снизился до $20,71 \pm 0,76$ (на 7,22 %). В то же время наблюдалось увеличение дефицита фактической массы тела до $17,56 \pm 1,03$ % и дефицита массы тела в килограммах до $12,76 \pm 0,85$ кг.

У больных второй группы в среднем масса тела снизилась до $65,98 \pm 2,35$ кг (на 3,15 %), окружность плеча уменьшилась до $25,57 \pm 0,55$ см (на 3,59 %), массо-ростовой индекс снизился до $22,14 \pm 0,77$ (на 3,7 %). В это же время наблюдалась стабилизация показателей дефицита массы тела в килограммах и процентного дефицита фактической массы тела. Так, дефицит ФМТ составлял $14,21 \pm 0,58$ %, а дефицит массы тела $10,62 \pm 0,55$ кг на одного пациента.

Полученные данные свидетельствуют о том, что у больных с применением энтерального зондового питания в течение первых 10 суток послеоперационного периода наблюдается стабилизация соматометрических критериев и отсутствие нарастания дефицита фактической массы тела, что можно объяснить соответствием расчетных энергопотребностей и калорийной ценности проводимого энтерального питания во второй группе. На 20 сутки после операции в первой группе сохранялись негативные тенденции по снижению соматометрических показателей и нарастанию дефицита массы тела. В среднем масса тела снижалась до $58,56 \pm 2,61$ кг (на 10,87 %), окружность плеча уменьшилась до $23,8 \pm 0,57$ см (на 8,68 %), массо-ростовой индекс снизился до $20,77 \pm 0,47$ (на 8,56 %). Отмечалось статистически значимое нарастание дефицита массы тела, который к 20 суткам после операции достигал $21,74 \pm 0,89$ %, что составляло $16,13 \pm 0,91$ кг на одного пациента.

Во второй группе наблюдались следующие изменения. Масса тела возрастала до $70,51 \pm 2,21$ кг, окружность плеча составляла $27,03 \pm 0,49$ см. Дефицит массы тела статистически значимо уменьшился с $14,21 \pm 0,58$ до $12,25 \pm 0,48$ %, что составляло $9,63 \pm 0,48$ кг. Это свидетельствует о том, что пациенты второй группы получали питание, соответствующее их расчетным энергопотребностям. В то же время у пациентов, не получавших энтеральное питание, происходило ухудшение питательного статуса, что выражалось статистически значимыми отличиями.

Выводы

1. У больных с гнойными осложнениями острого деструктивного панкреатита выявляются тяжелые нарушения белкового и энергетического обмена, что клинически проявляется снижением функциональных резервов организма, качественном и количественном снижении белка, увеличением числа различных осложнений.

2. Исходя из оценки трофологического статуса установлено, что в раннем послеоперационном периоде необходимость и объем нутриционной терапии возрастают, что обусловлено тяжестью хирургического вмешательства и особенностями послеоперационного ведения больных, затрудняющих адекватное получение нутриентов. Указанные трофологических реакций обуславливает, необходимость коррекции общих метаболических потребностей организма как составной части патогенетической терапии острого деструктивного панкреатита.

4. Коррекцию состояния питания больных целесообразно начинать в раннем послеоперационном периоде. Объем нутриционной поддержки определяется индивидуально с учетом фактической потребности больного в энергии и нутриентах.

5. Применение раннего энтерального питания позволило оптимизировать течение послеоперационного периода, что выражалось в снижении частоты местных и общих осложнений, уменьшении сроков лечения и летальности.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Луфт, В. М.* Клиническое питание в интенсивной медицине: практ. рук. / В. М. Луфт, А. Л. Костюченко. — СПб.: РСЗ АсПЭП, 2002. — 175 с.
2. *Гостищев, В. К.* Основные принципы хирургического лечения больных с острым деструктивным панкреатитом: материалы съезда «IX Всероссийский съезд хирургов» / В. К. Гостищев, В. А. Глушко. — Волгоград, 20–22 сент. 2000 г. — Волгоград, 2000. — С. 30–31.
3. *Лященко, Ю. Н.* Основы энтерального питания / Ю. Н. Лященко, А. Б. Петухов. — М.: Vega Интел XXI, 2001. — 343 с.
4. *Нестеренко, Ю. А.* Лечение гнойных осложнений панкреонекроза: матер. конгресса «Третий конгресс Ассоциации хирургов им. Н. И. Пирогова» / Ю. А. Нестеренко, С. В. Михайлулов, Р. Ю. Тронин. — М., 2001. — С. 117–118.
5. Искусственное питание в неотложной хирургии и травматологии / под ред. А. С. Ермолова, М. М. Абакумова. — М.: М-Сити, 2001. — 388 с.

УДК: 281.9

ВЕНЦЕНОСНЫЕ СЕСТРЫ МИЛОСЕРДИЯ

Письменникова Е. И.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

В последнее время нередко приходится слышать безосновательные обвинения в адрес последней Императрицы Александры Феодоровны и ее сестры. Многие и вовсе удивленно пожимают плечами, не зная о ком идет речь... А ведь именно им принадлежит инициатива экипировки прекрасных санитарных поездов и оборудования дворцовых госпиталей. Благотворительная деятельность Императрицы была весьма обширна и разнообразна, причем Ее Величество сама создала целый ряд совершенно новых в России благотворительных и просветительских учреждений. Достаточно указать, что в сферу Ее непосредственного попечения входили — трудовая помощь, охрана материнства и младенчества, кустарные промыслы, здравницы, а во время войны еще и забота о раненых и военнопленных.

1915 г, в Петрограде в Зимнем Дворце был открыт лазарет имени Его Императорского Высочества Наследника Цесаревича Алексея Николаевича. Лазарету были отданы аванзал, Николаевский зал с прилегающей к нему Восточной галереей, большой Фельдмаршальский, Петровский, Александровский, Гербовый залы, Военная галерея памяти героев Отечественной войны 1812 г. В Колонном зале расположилась грандиозная операционная, оснащенная самым современным оборудованием. В Помпейском садике установили ванны для водных процедур. Все картины и ценности, находившиеся там в мирное время, оставались на местах, скульптуры и наиболее ценные полотна были закрыты деревянными щитами и покрывалами. Со стен сняли лишь золотые и серебряные блюда — дары Русским Царям. Роскошный Николаевский зал с его великолепными массивными колоннами гармонировал с больничным убранством кроватей, белоснежными пикейными одеялами и пуховыми подушками.

Все посетители при входе в лазарет надевали белый халат. Даже Великие Князья. Этого требовала Императрица.

Лазарет был рассчитан на тысячу раненых и больных воинов, которых обслуживали сто восемьдесят санитаров, шестьдесят сестер милосердия и десять врачей во главе с доктором Рудковским. Работы по переоборудованию Царских залов под лазарет проводились за счет Дворцового ведомства. Общество Красного Креста оборудовало лазарет мебелью, снабдило постельным бельем и медикаментами. Здесь было лучшее оборудование, здесь работали лучшие врачи и сестры милосердия. Их профессионализм позволял спасти жизнь и вернуть здоровье людям, попавшим в жернова, как тогда казалось, самой страшной войны в истории человечества. Главный хирург Н. Н. Петров — в будущем основатель отечественной онкологии. Нейрохирург А. Г. Молотков — один из ведущих нейрохирургов советского времени. Сестры милосердия самой строгой об-