

разработана определенная система противошоковых мероприятий, которая в ходе войны последовательно совершенствовалась.

К концу войны, когда уже были выработаны четкие представления об этиологии и патогенезе шоковых состояний, лечебные мероприятия представляли собой определенную систему комплексной терапии травматического шока:

- прекращение потока раздражающих болевых импульсов из очага травмы (для обезболивания и седатации назначали морфин, алкоголь, бромид натрия, снотворно-наркотические препараты (гедонал, уретан, гексенал));

- нормализация процессов возбуждения и торможения в центральной нервной системе;

- ликвидация развивающегося при шоке расстройства кровообращения (согревание раненых, систематическое применение переливаний кровезамещающих жидкостей и крови);

- нормализация обмена веществ и борьба с гипоксией.

Опыт войны показал, что противошоковая терапия является своеобразным видом неотложной помощи, требующим значительных сил и средств, и выявил необходимость выделения для работы в противошоковой палате специальной бригады, возглавляемой врачом, знакомым с патогенезом травматического шока и его терапией [3].

Список литературы:

1. Бунятян А.А. Пути развития советской анестезиологии // Анестезиол. и реаниматол. – 1982. № 6. – С.3-5.

2. Данович Ф.М. История развития наркоза закисью азота // Вести, хир. – 1946. – № 56. С.13-16.

3. Куприянов П.А., Григорьев М.С. Некоторые вопросы обезболивания и подготовки кадров врачей-анестезиологов // Вести, хир. – 1955. – № 6. – С.32-39.

## **Вклад военной медицины в развитие анестезиологии и реаниматологии в странах Запада**

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

*Закревский Р.И., 5 к., 5 гр., ПФ*

Кафедра анестезиологии и реаниматологии.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Губарь В.В.

Цель исследования: проанализировать пути развития и становления анестезиологии и реаниматологии как науки и дисциплины.

Метод исследования: метод сплошной выборки.

Перед Второй мировой войной основными методами анестезии по-прежнему считались хлороформная и эфирная. Поскольку войны могли

вестись не только в северных, но и южных широтах, воспламеняемость и высокая летучесть эфира побудили англичан изыскивать конструкции наркозных аппаратов, которые бы дали возможность достичь надежной стабилизации испарения и, таким образом, позволили бы применить этот анестетик в любых условиях. Он рассматривался как наиболее перспективный для военного времени еще и потому, что с методикой и клиникой эфирного наркоза были очень хорошо знакомы все анестезиологи, многие хирурги и медицинские сестры, а производство его было достаточно простым и недорогим.

Несмотря на то, что наркоз закисью азота в смеси с кислородом хорошо зарекомендовал себя еще в годы первой мировой войны, его широкому применению в полевых условиях продолжала препятствовать необходимость наркозных аппаратов, баллонов и некоторых других принадлежностей. Учитывалось также, что наркоз закисью азота требовал квалифицированного анестезиолога. Другой газовый анестетик – циклопропан, ставший к тому времени весьма популярным, также считали неподходящим средством для использования в военно-полевой хирургии из-за его воспламеняемости и высокой стоимости, хотя он почти всеми признавался лучшим при операциях у раненых в состоянии травматического шока. Считалось, что циклопропаном предпочтительнее работать в больших тыловых госпиталях, где условия оказывались близкими к условиям мирного времени.

Местную анестезию предусматривалось использовать на самых передовых этапах, обеспечивающих хирургическую помощь, и на кораблях, а также при операциях в условиях шока и при ранениях головы. Показания к ее применению были довольно ограничены по ряду причин:

- 1) отсутствие у большинства хирургов достаточного опыта;
- 2) необходимость значительного времени для хирургической обработки множественных ран;
- 3) ограничение операционного поля, сохранение активных движений раненого, развитие (хотя и редкое) некрозов кожи, возможность больших повреждений в глубоких тканях при наличии небольшой наружной раны и неизбежных болезненных ощущений во время проведения местной анестезии. Кроме того, подавляющее большинство зарубежных хирургов предпочитали проводить хирургическую обработку при выключенном сознании оперируемого [1].

Весьма заманчивым представлялось применение в военно-полевых условиях внутривенного барбитурового наркоза. Помимо эвипан-натрия (гексенала), зарубежные специалисты располагали пентоталом. Особенно рекомендовали применять барбитураты для индукции наркоза при непродолжительных операциях и хирургических процедурах у пораженных отравляющими веществами, обработке обожженных, для индукции и базис-наркоза при хирургической обработке ранений груди, лица и у ране-

ных в состоянии психоза. Предполагали также использовать гексенал для подкрепления действия других анестетиков, в частности, закиси азота, морфия, местных анестетиков при инфильтрационной и спинномозговой анестезии. Подавляющее большинство анестезиологов предпочитали внутривенный способ введения барбитуратов [2].

Столь серьезный подход в Англии и США к вопросам обезболивания в военно-полевых условиях можно объяснить наличием высококвалифицированных специалистов и анестезиологических центров, поступивших в предвоенные годы к изучению наиболее актуальных проблем обезболивания и к широкой подготовке анестезиологических кадров.

В Германии, Франции, Италии и других участвовавших в войне странах средства и методы, предусматриваемые для обезболивания в военное время, были более ограниченными: в них к тому времени четкой специализации по анестезиологии не было, вопросами интраоперационного обезболивания занимались хирурги.

В начале войны медицинской службой были приняты срочные меры, направленные на мобилизацию анестезиологов из гражданских медицинских учреждений. Однако призыв их в армию оказался делом очень сложным, так как больницы тоже испытывали большую нужду в этих специалистах, тем более что среди гражданского населения было значительное число пострадавших от бомбардировок и обстрелов. Отмеченные обстоятельства привели к тому, что на должностях анестезиологов в военно-медицинских учреждениях оказалось много недипломированных врачей, которые не имели достаточных знаний и опыта. Были начаты срочная их специализация и усовершенствование по анестезиологии, для чего в главных госпиталях соответствующих родов войск были организованы специальные курсы. Неслучайно, в Англии, где наркотизация считалась делом, требующим участия квалифицированного врача-специалиста, перед войной и особенно в ходе ее проявлялась серьезная забота об укомплектовании лечебных учреждений анестезиологами [3].

В американской армии в предвоенные годы также предпринимались определенные меры с целью создания самостоятельного анестезиологического звена в хирургических госпиталях, на которое предполагалось возложить решение следующих задач:

- 1) обеспечение поступления раненого на операционный стол в оптимальном состоянии (т.е. проведение предоперационной подготовки);
- 2) обеспечение переливания крови и жидкости раненым, находящимся в состоянии шока и дегидратации;
- 3) осуществление премедикации;
- 4) обеспечение анестезии.

В отличие от англичан, которые проведение анестезии считали делом врачей-специалистов не только в мирное, но и в военное время, американцы к решению тех же задач широко привлекали анестезиологиче-

ских сестер. Последние были достаточно хорошо подготовлены, так как призывались в армию только после специализации и какого-то периода практической работы. В их задачу входило проведение ингаляционной анестезии. Местную, спинальную и регионарную анестезию призваны были обеспечивать хирурги. Врачи-анестезиологи, находившиеся в штате почти всех крупных хирургических учреждений, занимались главным образом организацией анестезиологической работы. Сами они включались в проведение анестезии лишь при наиболее ответственных операциях или в связи с угрозой каких-либо осложнений.

В армиях других государств (Франция, Италия, Германия и др.) организационные вопросы, относящиеся к обезболиванию, не привлекали сколько-нибудь серьезного внимания. По-видимому, это было обусловлено тем, что анестезия входила в сферу деятельности хирургов, которые были заняты решением многих других сложных проблем. В этих странах переход к специализированной анестезиологической помощи начался лишь в первое послевоенное десятилетие [4].

Список литературы:

1. Mukai N. History of inodern anaesthesiology: from a neuropathologist's point of view // Masui. 1987. Vol.10. P.1490 1497.
2. Robinson V. Victory over Pain: – New York, 1945.
3. Secher O. Early textbook on anaesthesia // Anaesthesia. – 1987. – Vol. 9. – P. 1022–1024.
4. Куприянов П.А., Григорьев М.С. Некоторые вопросы обезбоживания и подготовки кадров врачей-анестезиологов // Вести, хир. – 1955. – № 6. – С.32–39.

## **Оценка витаминного статуса студентов**

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

*Зинюк В.А., 2 к., 2 гр., МДД*

Кафедра общей гигиены и экологии

Научный руководитель – аспирант Есис Е.Л.

*Актуальность.* Здоровье – качественная предпосылка будущей самореализации молодых людей, их активного долголетия, способности к сложному учебному и профессиональному труду. Адаптация в коллективе, умственные нагрузки, физиологические изменения, присущие данному возрастному периоду, повышают потребности молодого организма в пищевых веществах: макро- и микронутриентах.

Недостаточное потребление витаминов и микроэлементов в юношеском возрасте отрицательно сказывается на показателях физического развития, заболеваемости, успеваемости, способствует постепенному развитию обменных нарушений, хронических заболеваний, снижает сопротивляемость различным заболеваниям, усиливает отрицательное воздействие на организм нервно-эмоционального напряжения и стресса [1].