

tamu.edu/JSCOPE97/Belenky97/Belenky97.htm. – Дата доступа: 08.11.2025)

4. Patterns of performance degradation and restoration during sleep restriction and subsequent recovery: A sleep dose-response study / G. Belenky [et al.] // Journal of sleep research. – 2003. – V. 12. – №. 1. – P. 1-12.

5. Лоскутова, Т. Д. Оценка функционального состояния центральной нервной системы по параметрам простой двигательной реакции / Т. Д. Лоскутова // Физиол. журн. СССР. – 1975. – Т. 61. – № 1. – С 3–12.

6. Мороз, М. П. Экспресс-диагностика работоспособности и функционального состояния человека. Рекомендации по допуску к работе: методическое руководство / М. П. Мороз. - 2-е изд., испр. и доп. - СПб.: ИМАТОН, 2017. - 64 с.

7. Plumbing human performance limits during 72 hours of high task load. / D. R. Thorne [et al.] // Proceedings of the 24th Defense Group Seminar on the Human as a Limiting Element in Military Systems / S. E. Forshaw. - 1983. – V. 1. - № DS-A-DR (83) 170. - P. 17-40.

8. Haslam, D. R. Sleep loss and military performance / D. R. Haslam., P. Abraham // Contemporary Studies in Combat Psychiatry / G. Belenky. - Westport, Conn: Greenwood Press, 1987. - P. 167–184.

**Шнитко С.Н.**

## **ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОЙ БОЕВОЙ ТРАВМЫ ГРУДИ**

*Военно-медицинский институт в  
УО «Белорусский государственный медицинский  
университет», г. Минск, Беларусь*

**Введение.** Боевая хирургическая травма (далее – БХТ) значительно отличается от травм мирного времени. Во-первых, массовое поступление раненых. Во-вторых, постоянная готовность к оказанию пострадавшим различных видов и объемов медицинской помощи. В-третьих, зависимость оказания помощи не только от медицинской, но и тактической обстановки. В-четвертых, широкое разнообразие ранящих снарядов, многие из которых обладают высокой кинетической энергией. Именно этим объясняется тяжесть ранений. Кроме того, большинство ранений носит множественный и сочетанный характер. Вышеперечисленные факторы влияют на принципы оказания медицинской помощи. Именно это накладывает особые требования на организацию оказания медицинской помощи раненым и пострадавшим [1, 2].

**Результаты и обсуждение.** К отличительным особенностям боевой травмы груди (далее – СБТГ) относятся:

1. Большой удельный вес среди травм военного времени – 10-12% в активную фазу боевых действий [3] и 8,9% – в неактивную фазу [4].

2. 91,3% огнестрельных ранений груди являются осколочными, 75,2% – проникающими (по данным СВО) [4].

3. Высокая летальность – у 58,2% умерших от травм на поле боя – основная причина смерти – повреждения органов грудной клетки (далее – ОГК) [4].

4. Выявление новых факторов взрыва (взрыв БК военнослужащего в результате детонации высокоэнергетических (кассетных) боеприпасов и управляемых боеприпасов GMLRS (Guided Multiple Launch Rocket System) к РСЗО М 142 «НИМЕРС» (до 182 тыс. ед. шариков из вольфрама и V= более 2000 м/с).

5. Вероятность критического ранения и летальность при СБТГ более 30%, при ранениях живота менее 20% [5].

6. Проблема – хирургическая тактика при ранении сердца мелкими осколками в стабильном состоянии пострадавшего и без признаков тампонады сердца.

7. Тромбоэмболия легочной артерии (далее – ТЭЛА) после закрытой травмы грудной клетки в два раза чаще, чем у пострадавших иной локализации (в том числе «Тромбоз de Novo») [6].

8. Проблема – хирургическая тактика при мигрирующих инородных телах после слепых ОРГ.

9. Проблема – тактика диагностики и лечения при остром инфаркте миокарда в следствии диссекции коронарной артерии при минно-взрывной травме груди.

Все указанные отличительные особенности СБТГ вносят изменения в диагностику и лечение этого вида травмы.

В настоящее время отмечаются изменения в диагностике СБТГ в сторону отказа от рутинных исследований (РГ, ЭКГ, плевральные и перикардальные пункции) в пользу неотложного ультразвукового исследования (методика E-FAST) и КТ, а также использование медицинского магнита.

Особенности хирургической тактики при СБТГ следующие:

1. «Активная» хирургическая тактика вытесняет «Активно-выжидательную».

2. Широкое использование миниинвазивных технологий (ВТС, ВАТС, дилатационная трахео-

стомиа, рентгенэндоваскулярные вмешательства и т.д.).

3. Применение последних достижений реаниматологии и интенсивной терапии (длительный региональный «блок», длительное ИВЛ, высокочастотное ИВЛ, вспомогательное кровообращение, ЭКМО и т.д.).

4. Широкое использование тактики «Damage control Surgery» (как по физиологическим, так и по организационным показаниям).

5. Использование открытых методик восстановления каркасности грудной стенки.

6. Широкое использование программы ERAS (ускоренное восстановление после оперативных вмешательств).

7. Хирургическая тактика при ранениях сердца следующая:

– вне зависимости от тяжести состояния раненый в сердце должен быть экстренно оперирован;

– цель оперативного вмешательства – устранение тампонады сердца, остановка продолжающегося кровотечения и ушивания раны сердца;

– наблюдение за раненым с подозрением на ранение сердца или консервативное лечение является грубой ошибкой.

#### **Заключение:**

1. В связи с увеличением доли раненых с тяжелыми и крайне тяжелыми повреждениями в современной войне, а также с появлением новых видов боевой хирургической патологии следует пересмотреть систему оценки тяжести травмы (в т.ч. БТГ).

2. Успех лечения при БТГ связан с применением комплексной противошоковой терапии и дренирования плевральной полости. В современных вооруженных конфликтах в выполнении ТТ нуждаются около 6% (по данным СВО) пострадавших.

3. Видеоторакоскопия открывает новые возможности как в диагностике так и в хирургической коррекции последствий боевых повреждений органов грудной клетки.

4. Каждый торакальный хирург обязан владеть опытом открытых операций, ВТС, ВАТС, перехода (конверсий) на торакотомию, а также основными навыками абдоминальной, сосудистой хирургии, травматологии и ортопедии.

5. Требуется внесение изменений в образовательный процесс учреждений среднего и высшего медицинского образования в вопросах организации медицинского обеспечения войск, медици-

ны катастроф и военно-полевой хирургии, в том числе дополнительного образования медицинских кадров.

#### **Список литературы:**

1. Староконь, П.М., Долгих, Р.Н., Мусаилов, В.А., Галик, Н.И. Боевая хирургическая травма (особенности современных войн): Учебное пособие. М.:Изд-во ФГБУ (НМИЦ ВМТ им. А.А. Вишневого МО РФ, 2025. – 64 с.

2. Шнитко, С.Н. Хирургия войны и тяжелой травмы //Военн. Медицина. – 2022, №2. – С.143-151.

3. Котив, Б.Н. Военная медицина в современных вооруженных конфликтах: актовая речь, посв. 220-й годовщине основания Военно-медицинской академии / Б.Н. Котив. – СПб: ВмедА, 2018 – 62 с.

4. Касимов, Р.Р., Просветов, В.А., Самохвалов, И.М. и др. Структура боевой хирургической травмы и особенности оказания хирургической помощи в передовых медицинских группах в активную фазу боевых действий // Военно-мед. журнал. – 2024, №7. – С. 4-12.

5. Самохвалов, И.М., Крюков, Е.В., Маркевич, В.Ю. и др. Десять хирургических уроков начального этапа военной операции: Военно-мед. журнал. – 2023, №4. – С. 4-10.

**Штанюк О.Г., Лахадьнов А.С.,  
Федорова И.В., Вашетко С.А.**

#### **СЛУЧАЙ САНИТАРНО- ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ОСЛОЖНЕНИЯ В ОГРАНИЗОВАННОМ КОЛЛЕКТИВЕ**

*ГУ «23 санитарно-эпидемиологический центр  
Вооруженных Сил Республики Беларусь»,  
г. Минск, Беларусь*

*УО «Белорусский государственный медицинский  
университет», г. Минск, Беларусь*

**Введение.** Повсеместное распространение и вовлечение в эпидемический процесс всех возрастных групп населения обуславливают Введение острых кишечных инфекций (ОКИ) в Республике Беларусь. Эпидемиологическая ситуация по ОКИ может существенно усугубляться возникновением вспышечной заболеваемости, что является индикатором эпидемиологического неблагополучия и косвенным свидетельством недостаточно проводимых профилактических мероприятий. ОКИ среди военнослужащих Вооруженных Сил Республики Беларусь (ВСРБ) в настоящее время по уровню эпидемиологической