

*Бучинский М.В.*

## **ОЦЕНКА ОПЫТА ЛЕЧЕНИЯ РАНЕНИЙ ЖИВОТА В ПЕРИОД ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ**

*Научный руководитель – майор м/с Князев Илья Николаевич  
кафедра военной и экстремальной медицины  
УО «Гродненский государственный медицинский университет»*

«Ни одна полость не представляет такого разнообразия  
и такой трудности в диагнозе повреждений, как брюшная».

*Н.И.Пирогов*

Огнестрельные ранения живота представляли собой весьма непростую проблему в годы Великой Отечественной войны. К сожалению, эта проблема не потеряла актуальности в вооруженных конфликтах современности. Но наиболее значимой проблемой ранения в живот стали в годы Великой Отечественной войны по причине высокой летальности, которая достигала 67%. Частота огнестрельных ранения живота с периода ВОВ долгий период не снижалась и только в вооружённом конфликте в Чеченской Республике в 1994-1996 гг. произошло снижение частоты вышеуказанной патологии. Все это является результатом развития средств профилактики огнестрельных ранений живота в годы ВОВ и последующих вооружённых конфликтов.

**Целью настоящего исследования** являлось изучение опыта лечения ранений живота в период Великой Отечественной войны и оценка его значения в развитии подходов лечения и профилактики ранений живота в последующих вооружённых конфликтах.

### **Задачи исследования:**

- 1) изучить частоту и характер боевых повреждений живота, полученных в период ВОВ и последующих военных конфликтах;
- 2) оценить вклад опыта ВОВ в создании бронезилетов.

**Результаты исследования.** В ходе проведенного исследования литературных источников нами было установлено, что частота ранений живота в общей структуре боевой хирургической травмы в период времени начиная с ВОВ и заканчивая боевыми действиями войск НАТО в Ираке и Афганистане в 2001-2014 гг. составила от 4,0 до 8,0% (таблица). При этом частота ранений живота в общей структуре боевой хирургической травмы нарастает до 8,0% в годы войны США во Вьетнаме в 1964-1973 гг. и войны в Афганистане в 1979-1989 гг. И только начиная с вооружённого конфликта в Чеченской Республике в 1994-1996 гг. произошло снижение частоты вышеуказанной патологии.

Таблица – Частота ранений живота в общей структуре боевой хирургической травмы

ВОВ 1941- 1945 гг.	Война США во Вьетнаме в 1964-1973 гг.	Война в Афганистане в 1979-1989 гг.	Вооружённый конфликт в Чеченской Республике в 1994-1996 гг. контр- террористические опе- рации в 1992-2002 гг.	Боевые дей- ствия НАТО в Ираке и Аф- ганистане в 2001-2014 гг.
до 5%	8,0%	5,8-8,0%	4,7-4,9%	4,0%

Не смотря на низкую частоту ранений живота в структуре боевой хирургической патологии в годы ВОВ (до 5%), летальность при этом достигает 67,6%, что указывало на объективную необходимость проводить исследования в двух направлениях: 1) совершенствование подходов лечения ранений живота и 2) развитие средств профилактики этого вида боевой патологии.

В период ВОВ происходит становление основных подходов хирургического лечения ранений в области живота. В дальнейшем во время боевых действий во второй половине XX в. И начале XXI в. происходит совершенствование методов и внедрение рациональных методик диагностики и лечения ранений живота. Все это приводит к снижению летальности раненных в живот в последних локальных конфликтах. Однако одновременно возрастает частота повреждения отдельных органов живота: тонкой и толстой кишки, желудка, селезенки, почек. Данный факт можно объяснить широким применением автоматического стрелкового оружия, которое характеризуется возросшим поражающим действием, а также дальнейшим совершенствованием боевых свойств снарядов, мин и гранат. Наиболее часто поражению подвергаются органы занимающие наибольший объём в полости живота: тонкая кишка и толстая кишка.

Главным методом лечения раненных в живот является операция - лапаротомия с коррекцией поврежденных органов. В период ВОВ не было всего арсенала лечебно-диагностического оборудования, которым обладают хирурги. По этой причине делая лапаротомию без полноценной диагностики военные врачи шли на большой риск. А в 20-30% случаев, когда в ходе операции не было выявлено повреждений внутренних органов, лапаротомия приводила к развитию послеоперационных осложнений.

В настоящее время широко используются современные методы диагностики, такие как УЗИ органов живота, которая позволяет достоверно определить как наличие, так и объем жидкости в брюшной полости, компьютерная томография дает возможность не только определить наличие жидкости в брюшной полости, но и оценить характер и объем повреждения органов брюшной полости.

В период ВОВ солдатами использовался стальной нагрудник, который имел три основных недостатка: большой вес, неудобство при движении, а при попадании пули – откалывающиеся осколки стали и брызги

свинца могли ранить. Данные факты стали отправной точкой в смене стали на плотный синтетический материал.

Одними из первых новое средство защиты создали американцы. Во время Корейской войны они снабдили своих солдат жилетами из многослойного нейлона. Против пуль они были бессильны, что вынудило для усиления защиты, внутрь бронежилета помещать (вшивать или вкладывать в специальные кармашки) металлические пластинки. С этими бронежилетами США вступили во Вьетнамскую войну. Однако тенденции к снижению частоты ранений области живота это не привело, а лишь увеличило их количество. Появление особо прочного синтетического материала кевлара, разработанного в 1965 году американской компанией DuPont, а также специальной керамики, позволило США приступить к выпуску более качественных бронежилетов. Здесь же наблюдается снижение частоты ранений, но не по отношению к ВОВ, а к Вьетнамской войне. Далее происходили дальнейшие этапы эволюции бронежилетов, что привело к созданию IOTV (англ. Improved Outer Tactical Vest, усовершенствованный тактический бронежилет наружного ношения) – новый штатной бронежилет сухопутных войск США, который использовался в период боевых действия НАТО в Ираке и Афганистане в 2001-2014 гг. Это позволило достичь минимальной частоты ранений области живота. Однако следует помнить, что частота ранений живота зависит не только от эволюции бронежилетов, но и от эволюции стрелкового оружия, которая сопровождается ростом поражающего действия.

#### **Выводы:**

1. Огнестрельные ранения живота остаются актуальной проблемой военно-полевой хирургии. По опыту ВОВ и последующих военных конфликтах при проникающих огнестрельных ранениях живота чаще повреждалась тонкая и толстая кишка, при тороко-абдоминальных ранениях – печень и селезенка.

2. Опыт ВОВ стал отправной точкой в создании и эволюции бронежилетов, которые позволили снизить частоту ранений в область живота.

3. Благодаря широкому внедрению результатов изучения хирургического опыта ВОВ и улучшению подготовки хирургов в сравнении с современными локальными военными конфликтами, уровень летальности при проникающих ранениях живота снизился более чем на 30%.