

Послеабортный период у 40 (97,6 %) женщин протекал без осложнений, у 1 (2,4 %) пациентки диагностирована гематома, в связи с чем произведено выскабливание матки.

При проведении амниоцентеза с интраамниальным введением 10 % раствора хлорида натрия выкидыш произошел через 48 ч у 7 (63,6 %) женщин, через 48–72 ч — у 2 (18,1 %). 2 (18,1 %) пациенткам ввиду отсутствия в течение 3 дней после амниоцентеза сократительной деятельности матки дополнительно внутривенно капельно вводили окситоцин по схеме Гуртового, выкидыш произошел более чем через 72 ч. Послеабортный период у 3 (27 %) пациенток осложнился развитием кровотечения во время выскабливания матки, кровопотеря составила 500 мл.

После прерывания беременности методом малого кесарева сечения у 2 (2,9 %) женщин послеоперационный период протекал без осложнений. Показанием к малому кесареву сечению явилось наличие рубца на матке и настойчивое желание женщины использовать с целью контрацепции добровольную хирургическую стерилизацию.

#### **Выводы**

Наиболее часто используемым методом прерывания беременности поздних сроков в учреждении здравоохранения третьего уровня оказания акушерско-гинекологической помощи является медикаментозный аборт, что позволяет сократить время до наступления выкидыша, снизить риск развития кровотечения.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Безопасный аборт: рекомендации для систем здравоохранения по вопросам политики и практики. — 2-е изд. — [Электронный ресурс] // Всемирная организация здравоохранения. — Режим доступа: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe\\_abortion/9789241548434/ru/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/ru/). — Дата доступа: 19.02.2018.

2. Берер, М. Обеспечение безопасности абортов: вопрос разумной политики и практики общественного здравоохранения / М. Берер // Проблемы репродуктивного здоровья. — 2008. — № 2. — С. 5–21.

3. Медикаментозный метод прерывания беременности в поздние сроки, инструкция по применению: утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 07.05.15. — Гродно: УО «Гродненский государственный медицинский университет», УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр», 2015. — С. 1–3.

**УДК 355.511.51-056.265-089 (581)**

### **ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ РАНеным ВО ВРЕМЯ АФГАНСКОГО КОНФЛИКТА**

*Губко А. Ю., Медведев М. А.*

**Научный руководитель: подполковник медицинской службы А. О. Шпаньков**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Боевые действия в локальных войнах и вооруженных конфликтах ведутся на ограниченной территории силами и средствами, имеющимися в мирное время. Применение относительно небольших воинских контингентов при наличии мощных ресурсов позволяет постоянно использовать силы и средства медицинского усиления при этом есть особенности оказания хирургической помощи раненым [1].

#### **Цель**

Оценить особенности оказания хирургической помощи раненым во время Афганского конфликта.

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

Изучены и проанализированы научные статьи и монографии.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

Особенностями войны в Афганистане (1979–1989 гг.) были неблагоприятные климатогеографические условия горно-пустынной местности, противодействие противника вертолетной эвакуации раненых путем применения переносных зенитно-ракетных комплексов, большое количество раненых от минно-взрывного оружия (до 30 % санитарных

потерь хирургического профиля), высокая частота опасных инфекционных заболеваний (встречались у 5–8 % раненых) [2]. Возросла тяжесть боевой травмы, более чем у половины раненых наблюдались множественные и сочетанные ранения. Частота развития травматического шока составила 25 %. За 9 лет войны в Афганистане погибло 14 427 советских военнослужащих. Санитарные потери ограниченного контингента советских войск ранеными составили 50 127 человек, летальность среди раненых — 4,7 %, возвращены в строй — 82 %. Квалифицированная хирургическая помощь раненым советским военнослужащим в Афганистане оказывалась в медицинских ротах (Газни, Гардез, Джелалабад, Файзабад), отдельных медицинских батальонах (Баграм, Кабул, Кундуз, Шинданд), гарнизонных госпиталях (Кандагар, Пули-Хумри), специализированная хирургическая помощь — в многопрофильном армейском госпитале (Кабул). Затем раненых самолетами эвакуировали на территорию страны: в 340 Окружной военный госпиталь (Ташкент) и лечебные учреждения Центра. Лечебные учреждения, развернутые сначала в палатках, а уже на 3–4 год войны — в сборно-щитовых модулях, были хорошо оснащены и оказывали хирургическую помощь тяжелораненым, доставляемым вертолетами в среднем через 6 часов после ранения. Поскольку возникали частые перерывы авиамедицинской эвакуации раненых, широкое распространение получило выдвигание специализированных групп хирургического усиления в стационарно развернутые омедб (омедр) вблизи районов интенсивных боевых действий. Ввиду поступления большого количества раненых с минно-взрывными ранениями и травмами, эта тяжелая патология была детально изучена, разработаны пути снижения частоты осложнений и летальных исходов. При лечении огнестрельных переломов длинных костей часто использовались аппараты внешней фиксации Г. А. Илизарова, у раненых с повреждением магистральных артерий широко применялось временное внутрисосудистое протезирование. Впервые были изучены особенности лечения тяжелораненых, у которых кроме ранения развились инфекционные заболевания (гепатит, брюшной тиф, малярия и др.) [3].

#### **Выводы**

Итогом войны в Афганистане явилось совершенствование оказания хирургической помощи, обусловленное использованием авиационных транспортных средств для эвакуации раненых. Из районов боевых действий непосредственно на этап квалифицированной и специализированной хирургической помощи, минуя медицинский пункт полка эвакуировано, в среднем, 90 % раненых [4].

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. *Алексанян, И. В.* Военно-полевая хирургия в годы Великой Отечественной войны / И. В. Алексанян, М. М. Кнопов. — 5-е изд. — М.: Медицина, 2000. — 145 с.
2. Особенности организации лечебно-эвакуационных мероприятий при ведении боевых действий армии Республики Афганистан / Ю. С. Асанян [и др.] // *Воен.-мед. журн.* — 1998. — Т. 55, № 45. — С. 109–110.
3. *Синопальников, И. В.* Санитарные потери советских войск во время войны в Афганистане / И. В. Синопальников // *Воен.-мед. журн.* — 2000. — Т. 55, № 3. — С. 4–9.
4. Хирургическая помощь раненым в вооруженном конфликте: проблемы и пути совершенствования / Н. А. Ефименко [и др.] // *Воен.-мед. журн.* — 2000. — Т. 4, № 2. — С. 31–35.

УДК 615.874.2:[616.342-002+616.37]-089

### **ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ**

*Губко А. Ю., Медведев М. А.*

**Научный руководитель: к.м.н., доцент В. Н. Бортновский**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Панкреатодуоденальная резекция (ПДР) уже давно прочно занимает свое место в лечении злокачественных и доброкачественных заболеваний поджелудочной железы (ПЖ).