

*Жидков С.А.*

## **ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПОСТРАДАВШИМ С КОМПРЕССИОННОЙ ТРАВМОЙ В ОЧАГЕ ЗЕМЛЕТРЯСЕНИЯ**

*Военно-медицинский факультет в УО «Белорусский государственный  
медицинский университет» кафедра военно-полевой хирургии*

**Резюме:** Специфическими повреждениями для землетрясений являются синдромы длительного (СДС) и позиционного сдавления (СПС). Диагностика данных состояний в очаге землетрясения основана на клинических симптомах, резко ограничены в использовании лабораторный и инструментальный методы. Успех лечения зависит от правильного оказания первой помощи и раннего начала интенсивной терапии.

*Ключевые слова:* очаг землетрясения, синдром длительного сдавления, синдром позиционного сдавления, травматический шок, диурез.

7 декабря 1988 года в Армении произошло одно из самых разрушительных землетрясений XX века. В результате был полностью разрушен г. Спитак, где проживало более 20 000 жителей, из них более половины погибло. По этой причине данное землетрясение названо Спитакским. Для работы в очаге землетрясения была сформирована бригада военных медиков, состоявшая из хирургов и анестезиологов. На стадионе г. Спитака было развернуто военно-полевое медицинское учреждение (ВПМУ) МО СССР. За время работы (с 9 по 24.12.88г.) было принято 835 пострадавших, из них 63 (7,6%) с компрессионной травмой (СДС, СПС). Из них с крайне тяжелой степенью – 6 человек (9,7%); тяжелой – 57 (90,3%). Следует отметить, что за первые 4 суток работы (с 9 по 12 декабря) из 323 поступивших с СДС и СПС было 61 пострадавший (18,9%), а последний живой с этой патологией поступил через 129 часов после землетрясения.

Со сдавлением верхней конечности поступило 34 человека (55,9%); нижней – 13 (21,3%); их сочетанием – 7 (11,4%); туловища – 7 (11,4%). Основной удельный вес травмы конечностей (88,6%) обусловлен тем, что сдавление головы, груди и живота приводит к быстрой гибели пострадавших. У 30 пострадавших (47,6%) СДС и СПС сочетались с переломами костей, травмами черепа и позвоночника, груди, что усугубило течение процесса. С клиникой травматического шока поступило 47 пострадавших (77,0%), из них с первой степенью тяжести – 24 (51,0%); второй – 14 (29,7%); третьей – 9 (19,3%). Из 9 человек с 3 степенью тяжести – 8 поступили в первые сутки работы, что говорит о гибели наиболее тяжелых пострадавших в завалах в последующие дни.

Степень тяжести конечности определяли, пользуясь классификацией В.А. Корнилова (1983). Компенсированная степень выявлена в 33 (52,4%) случаях; некомпенсированная – в 20 (31,7%); необратимая – в 3 (4,7%).

Снижение диуреза (менее 50 мл/час) было у 43 (68,2%) поступивших с компрессионной травмой. Изменение цвета мочи (розовый, красный, коричневый) было в 33 (52,4%) случаях.

Инфузионную терапию начинали проводить во время медицинской сортировки. Основу составляли плазмозамещающие растворы: полиглюкин, реополиглюкин, гемодез, раствор Рингера, 5% раствор глюкозы. Благодаря помощи Красного Креста не было проблем с наличием 5-20% раствора альбумина. Поэтому применяли следующую схему: альбумин – 25%, кристаллоидные растворы – 45%, коллоидные – 30%. Определяя объем инфузионной терапии исходили из того, что сдавление всей верхней конечности ведет к плазмопотере 1-1,5л, нижней – 2-2,5л. К этому учитывали выраженное обезвоживание пациентов. При клинике травматического шока легкой степени объем инфузии составлял 3,5-4л; средней – 4-5л, тяжелой – 5-6л в сутки.

Кроме инфузионной терапии каждый пострадавший получал: гепарин по 10 000 Ед через 6 ч, наркотические анальгетики, антибиотики широкого спектра действия (кефзол, клафоран по 25 мл/кг/сут), метронидазол 20 мл/кг массы тела.

При почечной дисфункции проводили сформированный диурез. При этом доза лазикса иногда доходила до 1000 мл за 3-4 часа (33 из 43 нуждающихся). У 40 (93,0%) пациентов диурез восстановился в первые 6 часов после начала лечения, у 3 (7,0%) через 8 часов. Это говорит о высокой эффективности больших доз лазикса в первые часы лечения.

Ампутацию конечности по жизненным показаниям произвели в 3 случаях (4,7%) при необратимой ишемии. Хирургическую обработку ран – в 24 случаях (38,1%) после выведения пострадавших из шока и восстановления диуреза.

Следует отметить, что выраженным противошоковым эффектом обладали новокаиновые блокады: паранефральная и поперечного сечения конечности. Их выполняли после поднятия систолического АД выше 100 мм.рт.ст.

Ни один пострадавший с СДС и СПС не погиб.

Таким образом, пострадавшие с компрессионной травмой (СДС, СПС) в первые 4-5 суток работы составляют 18,4% от всех поступивших. Из лиц, поступивших в ВПМУ МО СССР с СДС и СПС, с клиникой травматического шока поступило 77% пострадавших, с клиникой почечных дисфункций – 70,5%. Основу лечения данной категории пациентов составляет сбалансированная инфузионная терапия, с применением не менее 25% белковых растворов.

### Литература

1. Нечаев Э.А., Лизаней М.Н., Брюсов П.Г., Савицкий Г.Г. Военно-медицинские аспекты оказания хирургической помощи пострадавшим при землетрясении // Воен.-мед. Жур. - №4, - С.11-14.
2. Савицкий Г.Г. Агапов В.К., Давыдов В.Н. Структура травматических повреждений у пострадавших от землетрясения // Синдром длительного сдавления. – М.: Воениздат, 1989, - С.82-85.
3. Pepe P.E., Stewart R.D., Copass M.K. Prehospital management of trauma // Am. Emerg. Med. - 1986. – Vol. 15 №12. – P.1484-1490.