

*Н. В. Завада¹, Я. Я. Кошельков¹, И. М. Ладутько¹, А. Е. Серебряков¹,
И. Е. Шиманский², В. Т. Леценко², И. Н. Зеленко², Л. В. Золотухина²*

ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОЖОГАХ И ОСОБЕННОСТИ ПОВРЕЖДЕНИЙ В РЕЗУЛЬТАТЕ МИННО-ВЗРЫВНОЙ ТРАВМЫ

*Белорусская медицинская академия последипломного образования,¹
Городская клиническая больница скорой медицинской помощи²*

Цели исследования – провести анализ оказания специализированной медицинской помощи пациентам с ожогами в результате минно-взрывной травмы, определить последовательность лечебно-диагностических мероприятий и оценить результаты лечения.

В результате террористического акта в Минском метрополитене 11.04.2011 г. получили травму более 200 человек, из них 12 погибли на месте происшествия, 8 пациентов (4 мужчины и 4 женщины) с комбинированными поражениями были доставлены в тяжелом и крайне тяжелом состоянии в Республиканский ожого-

вый центр на базе городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Минска. В возрасте до 20 лет было 2 пациента; 21–30 лет – 2; 31–40 лет – 1; 41–50 лет – 1; 51–60 лет – 2 пациента.

У всех пациентов ожоги локализовались на открытых участках тела (лицо, кисти), у 6 – распространялись на туловище, верхние и нижние конечности. Площадь ожоговых ран составляла от 5 до 30% поверхности тела преимущественно (III А ст), у 3 пациентов имели место глубокие ожоги (III Б-IV ст) на площади от 1 до 5 % поверхности тела. Все пострадавшие имели множест-

венные осколочные ранения головы, туловища, верхних и нижних конечностей. Два пациента в крайне тяжелом состоянии были доставлены с ампутированными обеими нижними конечностями на уровнях голени и бедер с явлениями геморрагического и травматического шока. У одной пациентки диагностировано проникающее ранение живота с повреждением тонкого кишечника что потребовало лапаротомии, ушивания ранений кишки и ее брыжейки. У 3 пациентов имелись открытые оскольчатые переломы длинных трубчатых костей (бедро, голени, предплечья), которые были стабилизированы аппаратами внешней фиксации, а у двух – многоскольчатые переломы пястных костей. У 6 пациентов в результате баротравмы были диагностированы разрывы барабанных перепонок, а у 1 выявлен перелом верхней челюсти. Особенности осколочных ран являлись малое входное отверстие и обширное разможнение стенок раневого канала, разрушение вторичных «снарядов» на мелкие кусочки с миграцией их в тканях в разных направлениях, порой на значительное расстояние от входного отверстия. Крупными осколками были повреждены кости, ампутированы сегменты конечностей, повреждены крупные сосуды, сухожилия, периферические нервы. Из инородных тел, извлеченных из ран, были куски гранита и мрамора, пластик, обрывки одежды и обуви, штукатурка, металлические осколки.

Поэтапно обработано и закрыто более 90 ран. У 3-х пациентов на 3–4 неделе после травмы глубокие раны были закрыты кожными аутоплантатами. За 5 недель 8 пациентам всего было выполнено 46 оперативных вмешательств, перелито 18 литров эритроцитарной массы,

35,5 литра свежезамороженной плазмы, 10 литров альбумина, 20 доз тромбоцитарной массы. Для профилактики септических осложнений применялись антибиотики широкого спектра действия. Все раны зажили первичным натяжением, достигнуто полное приживление свободных кожных трансплантатов.

В течение 3–6 недель после травмы 4 пациента переведены в Республиканскую больницу реабилитации, 3 – на долечивание в отделение сочетанной травмы ГК БСМП. Один пациент 41 года с множественными осколочными ранениями, травматической ампутацией бедер, обширными ожогами, черепно-мозговая травма тяжелой степени, забрюшинной гематомой и ушибом почки умер на 14 сутки после травмы от нарастающих явлений полиорганной недостаточности.

Выводы:

1. При тяжелой сочетанной и комбинированной травме развитие синдрома взаимного отягощения диктует необходимость как можно раннего оказания помощи в многопрофильном лечебном учреждении с возможностью срочного проведения всех необходимых лечебно-диагностических и реанимационных мероприятий.

2. Активная хирургическая тактика с восстановлением кожного покрова путем различных методов кожной пластики, стабилизация переломов костей аппаратами внешней фиксации позволяют предупредить развитие тяжелых гнойно-воспалительных осложнений.

3. Ранняя адекватная коррекция гомеостаза, антибиотикотерапия, парэнтеральное и энтеральное питание, восстановление кожного покрова являются важным фактором получения хороших отдаленных результатов.