

ВЗРЫВНАЯ ТРАВМА МИРНОГО ВРЕМЕНИ

¹Бордаков В.Н., ²Болоткин А.Г., ²Дудинский Р.П., ²Чайковский А.Р.

¹Института повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет», г.Минск, Республика Беларусь

²УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи», г.Минск, Республика Беларусь

В повседневной мирной практике хирург сталкивается с пациентами получивших взрывную травму от взрыва бытовой техники, баллонов со сжиженным газом, домашних котлов для обогрева, штатных боеприпасов времен Великой Отечественной Войны случайно найденных.

Взрывная травма (ВТ) – является комбинированной травмой, возникающей вследствие многофакторного воздействия на организм (продуктов) детонации взрывчатого вещества, ударной волны, газовых струй, первичных и вторичных ранящих снарядов, пламени, токсических продуктов горения) – вызывающих тяжелые повреждения в зоне непосредственного воздействия и в организме в целом. Клиническое течение тяжелой взрывной травмы неразрывно связано с травматической болезнью.

Травматическая болезнь - синдромокомплекс компенсаторно-приспособительных и патологических реакций всех систем организма в ответ на травму различной этиологии, характеризующийся стадийностью и длительностью течения, определяющий её исход и прогноз для жизни и трудоспособности.

ТБ определяется как лечебно-тактическая концепция, т.е. методология лечения тяжелых ранений и травм. Как концепция она объясняет механизмы и последовательность развития защитных и патологических процессов, а на этой основе обеспечивает возможность прогнозирования динамики их развития, своевременной профилактики и лечения.

Приводим клиническое наблюдение:

Пациент Ж, 32 лет получила травму 02.02.2025 г. около 20:30 в результате в домашних условиях во время ремонта дома взрыва газового баллона. Доставлена в ЦРБ. Диагноз при поступлении: Множественные осколочные проникающие (2) ранения живота с повреждением нисходящей ободочной, поперечно-ободочной кишки, тонкой кишок. Эвентрация большого сальника. Множественные осколочные ранения мягких тканей передней брюшной стенки. Распространенный перитонит, Множественные слепые ранения передней поверхности левой верхней конечности. Неполный отрыв правой нижней конечности на уровне в/3 бедра. Выполнены: Лапаротомия. Гемостаз. Ушивание раны тонкой кишки. Резекция большого сальника. Право Левосторонняя

гемиколэктомия. Трансверзостомия. Санация и дренирование брюшной полости. ПХО ран передней брюшной стенки и грудной клетки, правого локтевого сустава. Ампутация правого бедра на уровне в/3. 03.02.2025: ОУ-ПМХО роговицы. OS-ПМХО склеры.

По стабилизации состояния 04.02.2025г. переведена в УЗ "ГК БСМП" с диагнозом: Сочетанная травма. Закрытая ЧМТ лёгкой степени. Сотрясение головного мозга лёгкой степени тяжести. Контузия глазного яблока 3 ст. тяжести ОУ. Термический ожог конъюнктивы 2ст. ОУ, роговицы 2 ст. OD, 3 ст. OS. Проникающее ранение роговицы OD, травматическая колобома радужки, иридодиализ OD, проникающее ранение роговицы с выпадением оболочек, субконъюнктивальный разрыв склеры с выпадением оболочек, посттравматический увеит OS (ПХО 03.02.2025). Мелкое инородное тело оболочек OD. Острый двусторонний средний травматический перфоративный бароотит, 3 степени. Острая двусторонняя кондуктивная тугоухость. Множественные осколочные слепые ранения шеи. Закрытая травма груди. Ушиб легких, сердца. Множественные осколочные слепые ранения груди (8). Термоингаляционная травма 1 степени. Множественные осколочные проникающие (2) ранения живота с повреждением нисходящей ободочной, поперечно-ободочной кишки, тонкой кишок. Инородное тело брюшной полости (металлический осколок). Множественные осколочные слепые ранения передней брюшной стенки. Вторичный Распространенный перитонит. Множественные слепые ранения передней поверхности левой верхней конечности. Культи правой нижней конечности на уровне в/3 бедра после ампутации осложненная гнойно-некротическим процессом. Термический ожог пламенем лица 1-2-3А ст. 3% Травматический шок III ст. Двусторонний гидроторакс. Полиорганная недостаточностью.

St.localis: Множество мелких поверхностных ран на коже лица, шеи, туловища и конечностей. В области лба термические ожоги 1 - 3а степени, около 2% от поверхности тела, в области правого надплечья, правого локтевого сгиба, тела грудины, обеих молочных желез, верхней/средней трети левого плеча, передней брюшной стенки (5) имеются глубокие раны округлой или овальной формы с ровными краями (ПХО от 02.02.2025), дно ран - ПЖК и мышцы, патологического отделяемого нет. В левой подвздошной области в забрюшинное пространство установленный тампон в перчатке с мутным отделяемым, тампон удален - крови, кишечного содержимого не получено. С культи правого бедра сняты швы, дно раны - мышцы с участками некроза без четко выраженных границ. (ПХО 02.02.2025г).

При поступлении состояние пациента крайне тяжелое. Продленное ИВЛ. Отсроченная ревизия и хирургическая обработка проникающих ран обоих глаз. Трахеостомия. Гемодинамика АД – 100/50 мм. рт. ст. поддержка вазопрессорами

(норадреналин 0,5 мкг/кг/мин), ЧСС - 130 уд/мин. Раннее энтеральное питание. Многоэтапная хирургическая обработка раны культи правой нижней конечности.

Лабораторные показатели: ОАК: лейкоциты 15,58 x 10⁹, эритроциты 2,88 x 10¹²/л, гемоглобин 87 г/л, тромбоциты 85 x 10⁹/л; БАК: общий белок 46,8 г/л, мочевины 11,3, АСТ 476, АЛТ 482, ЛДГ 1180, КФК 15381, амилаза 226, креатинин 151, К 3, Na 142, Ca 1,57, Cl 104,4, миоглобин 6347, альбумин 2,8, глюкоза 21,87 ммоль/л.

Согласно концепции травматической болезни и принципа многоэтапности лечения сочетанной травмы «Damage control», в последующем неоднократно проводились повторные хирургические обработки лапаротомной раны и раны правой нижней конечности. 06.02.2025г. в связи с развившейся внутрибрюшной гипертензией в выполнена релапаротомия по «требованию»: петли тонкой и толстой кишки фиксированы к париетальной брюшине множественными спайками. после левосторонней гемиколэктомии жизнеспособны, швы на культе кишки и петле тонкой кишки состоятельны. Удалено инородное тело (металлический осколок 8 x 6 мм) из брюшной полости. В последующем в связи с развившейся фиксированной эвентрацией выполнялась дважды устранение её. Проводилась многоцелевая, многокомпонентная терапия.

Этапная некрэктомия с последующей экзартикуляцией, 19.02.2025г. проксимального фрагмента правой бедренной кости в правом т/бедренном суставе с удалением свободнолежащего большого вертела бедренной кости. Заживление вторичным натяжением.

04.03.2025г. Вторичная обработка ран с наложением вторичных швов.

Пациентка выписана на 60 сутки.

Таким образом, при взрывной травме мирного времени должна проводиться:

своевременное и полноценное оказание помощи на всех этапах мед помощи;

противошоковый, реанимационный и лечебно-диагностический комплексы травматической болезни;

мультидисциплинарного подхода с участием хирурга, анестезиолога, травматолога и нейрохирурга, терапевта;

при множественных осколочных непроникающих ранениях мягких тканей не следует иссекать их, формируя обширные дефекты, достаточно выполнить их дренирование.