**Проблемы обеспечения травматологической помощи пострадавшим с огнестрельными и минно-взрывными повреждениями**

Асп. Джангобеков Д.С.

Кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия

Проанализирован опыт организации лечебно-эвакуационного обеспечения пострадавших в очагах локальных вооруженных конфликтов и террористических актов, выявлены ее недостатки и намечены пути их устранения.

Поиск оптимальной лечебной тактики в процессе лечения огнестрельных и минно-взрывных повреждений конечностей не теряет актуальности ввиду неуклонного роста таких травм в мирное время.

Нам представилось целесообразным проанализировать уже имеющийся опыт организации лечебно-эвакуационного обеспечения пострадавших в очагах локальных вооруженных конфликтов и террористических актов, выявить ее недостатки и наметить пути их устранения. С этой целью был изучен опыт оказания медицинской помощи пострадавшим в результате локальных вооруженных конфликтов и террористических актов с 1990 по 2000 гг. и террористического акта в г. Беслане Республики Северная Осетия-Алания в сентябре 2004 г. Выбор именно этих случаев массового травматизма был сделан с учетом того, что по механизму воздействия ряда повреждающих факторов он в значительной степени соответствует ситуации, складывающейся при применении оружия массового поражения.

При оказании помощи пострадавшим с взрывными повреждениями преследовали две цели: спасение жизни и сохранение и восстановление целостности поврежденных анатомических структур. Основными задачами на ранних этапах медицинской эвакуации являлись: поддержание жизненно важных функций организма, временная остановка наружного кровотечения, наложение на раны асептических повязок, иммобилизация переломов с применением табельных и подручных средств, введение обезболивающих препаратов и эвакуация в специализированные лечебные учреждения. При этом скорость доставки в лечебное учреждение тяжело пострадавших имеет меньшую степень влияния на исход травмы, чем время начала оказания полноценной медицинской помощи.

Наиболее часто диагностировались переломы костей нижних конечностей (до 75 % наблюдений). Переломы костей верхних конечностей по частоте не превышали 19,7 %, что отражает специфический механизм возникновения минно-взрывных повреждений. Диафизарные переломы составили 48,45 % к числу всех повреждений. Переломы носили преимущественно оскольчатый характер.

Техника оперативных вмешательств при взрывной травме не отличалась какими-либо особенностями, но решающее значение приобретала их очередность. Сроки выполнения оперативных вмешательств определялись как характером, локализацией и количеством повреждений, так и общим состоянием пострадавшего. В первую очередь выполняли неотложные операции по жизненным показаниям, во вторую – срочные операции, которые были направлены на спасение жизни раненого и в этих ситуациях находился некоторый запас времени для проведения диагностических исследований и предоперационной подготовки. Отсроченные операции, направленные на предупреждение тяжелых угрожающих жизни осложнений, выполняли в третью очередь. Эти хирургические вмешательства проводили после полной и устойчивой стабилизации жизненно важных функций организма. При минно-взрывных ранениях с повреждением внутренних органов хирургическая тактика определялась не столько характером повреждения конечностей, сколько общим состоянием раненого и тяжестью сопутствующих травм. При этом прежде всего выполняли неотложные полостные операции и мероприятия интенсивной терапии, направленные на устранение жизнеугрожающих состояний и стабилизацию жизненно важных функций, и лишь затем по показаниям проводили хирургическое пособие на поврежденных конечностях.

Метод активного хирургического лечения огнестрельных ран конечностей включил: раннюю радикальную хирургическую обработку ран мягких тканей и костей (широкое рассечение входного и выходного отверстий с экономным иссечением явно нежизнеспособных тканей);

фасциотомию при ранениях бедра и голени, ревизию ран. Все костные отломки, за исключением свободно лежащих, не связанных с надкостницей, оставляли. Удаляли инородные тела;

вакуумно-аспирационную обработку ран;

проточно-аспирационное дренирование ран;

раннее замещение дефектов мягких тканей с использованием современных методов пластической хирургии;

выполнение полноценной иммобилизации аппаратами внешней фиксации.

При выполнении ПХО современной огнестрельной раны, особенно если она сопровождается повреждением кости, большое значение имеет иммобилизация поврежденного сегмента как залог его успешного лечения. Чрескостный остеосинтез применен нами у 63,7 % пострадавших с огнестрельными переломами, у которых в числе повреждений были оскольчатые диафизарные переломы: бедра, голени, плеча, предплечья и костей кисти.

Применение чрескостного остеосинтеза явилось лишь частью системы оказания медицинской помощи пострадавшим, ее завершающим этапом. Он был использован по показаниям и, как правило, в тех случаях, когда другие методы лечения заведомо не могли привести к желаемым результатам.

Показания, способы репозиции и технические детали выполнения чрескостного остеосинтеза были принципиально такими же, как и при лечении больных с оскольчатыми переломами в мирное время.

Анализ результатов применения чрескостного остеосинтеза в системе лечения пострадавших с закрытыми оскольчатыми переломами при минно-взрывных повреждениях (МВП) показал, что общий положительный эффект был достигнут у 85,7 % раненых, с определившимся исходом, следовательно, он был практически таким же, как и у больных с травмами мирного времени. Близкое совпадение этих данных может служить доказательством патогенетической обоснованности выработанных в мирное время показаний к применению метода, с достаточно высоким уровнем владения техникой компрессионно-дистракционного остеосинтеза, а также эффективностью до- и послеоперационного лечения.

Следует обратить внимание на важную особенность реабилитации таких пострадавших. Если сращение переломов в средние и более ранние сроки достигнуто у 82,1 % пациентов, то функциональное восстановление в оптимальные сроки произошло у 60,7 % пострадавших с огнестрельными и МВП. Основными причинами снижения комплексного показателя выздоровления были: замедленная консолидация одного из нескольких переломов при множественных и оскольчатых повреждениях, контрактуры суставов, общие последствия взрывной травмы, нагноения сопутствующих ран. Выявленные различия свидетельствуют о более сложных, чем в мирное время, задачах реабилитации пострадавших с неизмеримо более тяжелыми, чем у больных с начальными и последующими проявлениями травматической болезни.