



УДК 617.53-001.45-07:341.321.4:342.78-027.541 (045)

DOI

**АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ ШЕИ
ПРИ МАССОВОМ ПОСТУПЛЕНИИ ГРАЖДАНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ
В УСЛОВИЯ ЛОКАЛЬНОГО ВООРУЖЕННОГО КОНФЛИКТА**

**ANALYSIS OF RESULTS OF TREATMENT OF GUNSHOT WOUNDS OF THE NECK
IN CASE OF MASS ENTRY OF THE CIVILIAN POPULATION INTO CONDITIONS
OF LOCAL ARMED CONFLICT**

**А.Г. Прошин, В.В. Масляков, В.Г. Горбелик, В.В. Воронов, И.С. Аристова
A.G. Proshin, V.V. Masljakov, V.G. Gorbelik, V.V. Voronov, I.S. Aristova**

Филиал частного учреждения образовательной организации высшего образования
«Медицинский университет «Реавиз» в городе Самаре
Россия, 410012, г. Самара, ул. Верхний Рынок, 10

Branch of private institution of educational organization of higher education
«Reaviz Medical University» in the city of Samara
10 Upper Market St., Samara, 410012, Russia

E-mail: saratov@reaviz.ru

Аннотация

В основу исследования положен ретроспективный анализ 129 случаев огнестрельных ранений шеи. Возраст раненых варьировал от 18 до 65 лет. Все раненые находились на лечении в хирургическом стационаре городской больницы № 9 г. Грозного Чеченской республики. Все ранения были получены во время локальных военных действий в республике Чечня в период с 1991 по 2000 гг. Представленный анализ показывает, что объем оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи гражданскому населению с огнестрельными ранениями, как правило, оказывался в недостаточном объеме, что приводило к утяжелению состояния раненых и увеличивало летальность. Такую помощь необходимо развертывать вне зоны с последствиями возможного обрушения высотных зданий, вне зоны обстрела террористами, при отсутствии скопления родственников пострадавших и любопытных. При этом развивать направления, направленные на обучение как можно большего количества населения навыкам оказания само- и взаимопомощи при различных неотложных состояниях, что возможно осуществить с помощью сборов по гражданской обороне.

Abstract

The study is based on a retrospective analysis of 129 cases of gunshot wounds to the neck. The ages of the wounded ranged from 18 to 65. All the wounded were treated in the surgical hospital of the city hospital No. 9 of the Grozny Chechen Republic. All injuries were received during the local hostilities in the Republic of Chechnya between 1991 and 2000. The analysis presented shows that the volume of primary pre-medical care provided to the civilian population with gunshot wounds was usually insufficient, resulting in the severity of the condition of the wounded and increasing fatality. Such assistance should be deployed outside the zone with the consequences of the possible collapse of high-rise buildings, outside the terrorist firing zone, in the absence of a cluster of relatives of the victims and curious. At the same time, develop directions aimed at training as many people as possible in self-help and mutual assistance in various urgent conditions, which can be carried out through civil defence fees.

Ключевые слова: огнестрельные ранения шеи, гражданское население, локальный вооруженный конфликт.

Keywords: gunshot wounds to the neck, civilians, local armed conflict.



Введение

Согласно данным, представленным в литературе, количество ранений в шею остается на высоком уровне, что обусловлено двумя фактами: сложной криминогенной ситуацией и имеющимися вооруженными конфликтами. Количество ранений в данную анатомическую область колеблется от 5 % до 10 % от общего числа ранений, полученных в мирное время [Абакумов, Джаграев, 1998; Абакумов и др., 2005; Гуманенко, Самохвалов, 2011; Коровкина, 2014; Масляков и др., 2017], а в условиях военных действий такие ранения составляют от 0,5 % до 3 % [Завражнов и др., 2006; Буренков, 2011]. Глубокие ранения в области шеи приводят к летальным случаям в 11 % наблюдений [Bladergroen et al., 1986; Back et al., 1997; Самохвалов и др., 2001]. При этом в 34 % наблюдений в результате такого ранения в условиях отсутствия военных действий погибает на месте получения раны. Смерть при таких ранениях наступает в результате острой массивной кровопотери при повреждениях крупных шейных сосудов, что регистрируется в 38,5 % наблюдений; развития острой сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточностей в случае сопутствующего повреждения шейных отделов позвоночника – 30,2 % наблюдений; наличия тяжелых сопутствующих повреждений другой локализации – в 27,5 %; а также развития асфиксии – в 3,8 % [Трунин и др., 2004; Трунин, Михайлов, 2006]. Анализ распределения раненых по гендерному признаку показывает, что в 80,7–90,55 % от числа всех раненых были мужского пола в наиболее молодом возрасте – от 27 до 35 лет [Швырков и др., 2001; Мосягин и др., 2011].

Цель

Провести анализ результатов лечения ранений, полученных в результате использования огнестрельного оружия, при их локализации в области шеи в условиях массового поступления в гражданское лечебное учреждение при локальном вооруженном конфликте.

Материалы и методы

Исследование основано на ретроспективном анализе лечения 129 пациентов с ранениями в области шеи, которые были получены из огнестрельного оружия в возрасте 18–65 лет. Лечение ранений осуществлялось в условиях девятой больницы города Грозный, раненые проходили лечение в отделении хирургии в то время, когда был вооруженный конфликт в Чеченской Республике и на прилегающих к ней территориях Российской Федерации с 1991 года по 2000 год.

В момент поступления у подавляющего числа раненых – 40 (31 %) – было зарегистрировано поверхностное ранение шеи, которое было слепым; глубокое ранение шеи, которое также было слепым, отмечалось в 34 (26,3 %) наблюдениях; касательный характер ранения был отмечен у 21 (16,2 %) раненого. Кроме того, у 34 (26,3 %) раненых были зарегистрированы сквозные ранения, которые в 15 (11,6 %) случаях были сегментарными, в 13 (10 %) наблюдениях – трансцервикальными и в 6 (4,6 %) – диаметральными.

Анализ распределения по отделу и зоне шейного поражения показал, что в 59 (45,7 %) наблюдениях наблюдалось ранение переднего отдела. При этом раненые в этот отдел по зонам были распределены следующим образом: в первую зону – 21 (16,2 %) раненый, во вторую и третью зоны – по 19 (14,7 %) человек. У 38 (29,4 %) человек были отмечены ранения в области заднего шейного отдела, еще у 12 (9,3 %) раненых были выявлены ранения нескольких областей. Считаем необходимым отметить тот факт, что ранения первой зоны шеи оказывали влияние на выбор хирургической тактики, что было обусловлено повреждением структуры внутренних органов, которые находятся в этой анатомической области.

Большинство раненых – 103 (79,8 %) человека в момент поступления имели ранения анатомических органов и структур, которые находятся в области шеи. Наиболее часто были выявлены ранения следующих анатомических структур: магистральных со-



судов – в 14 (10,8 %) наблюдениях; второстепенных сосудов – в 12 (9,3 %) случаях; ранения гортани – 3 (2,3 %) раненых; ранение трахеи было отмечено у 8 (6,2 %) человек; глотки – у 5 (3,8 %); пищевода – в 14 (10,8 %) наблюдениях; ранение щитовидной железы было выявлено у 8 (6,2 %) человек; слюнных желез – у 16 (12,4 %); повреждение периферических нервов шеи отмечено у 12 (9,3 %) раненых; перелом подъязычной кости в результате ранения произошел у 7 (5,4 %) человек, еще у 4 (3,1 %) раненых отмечено ранение лимфатического протока. У оставшихся 26 (20,1 %) человек в момент поступления не было выявлено ранение органов, а повреждались только мягкие ткани шеи. Наличие большого количества сопутствующих повреждений анатомических органов шеи могло быть обусловлено тем, что у поступивших раненых в 71 (55 %) наблюдениях ранения носили множественный характер, при этом одиночное повреждение шеи было отмечено у 51 (44,9 %) человека.

Наличие такого тяжелого ранения, повреждение сосудов и нервов проводило к развитию шока, который был выявлен в 67 (51,9 %) случаях, при этом в 42 (62 %) наблюдениях причиной развития шока была кровопотеря, а в 25 (37,3 %) случаях – травма. Распределение раненых по степеням было представлено следующим образом: первая степень отмечена в 23 (17,8 %) наблюдениях; вторая степень – в 18 (13,9 %) случаях, еще в 67 (51,9 %) случаях был отмечен шок третьей степени.

Структура тяжести травмы при поступлении раненых с локализацией в область шеи была представлена следующим образом: к повреждениям, которые оценивались в пределах 0,05–0,4 балла, или легким повреждениям, было отнесено 12 (9,3 %) раненых; в пределах 0,5–0,9 баллов (средняя степень) – 34 (26,3 %) человека; в пределах от 1 до 12 баллов, или тяжелым повреждениям, – 67 (51,9 %) раненых; повреждения более 12 баллов, оценивающиеся как крайне тяжелые, были установлены у 7 (5,4 %) раненых, а имеющие более 45 баллов, состояние которых было оценено как критическое, было выявлено у 9 (6,9 %) раненых. Из этого следует, что при поступлении в стационар состояние большей части раненых было тяжелым, этот факт оказал свое влияние на развитие осложнений и летальный исход.

Результаты

В соответствии с ФЗ РФ № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», различают первичную медико-санитарную помощь, специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь. В подавляющем большинстве наблюдений – 78,4 % – первичная медико-санитарная помощь раненым в грудь была оказана родственниками или случайными свидетелями происшествия, которые зачастую не имели навыков, необходимых для осуществления первой помощи. Все это привело к тому, что 54,6 % раненых не было проведено оказание помощи. В остальных наблюдениях такие мероприятия были оказаны, хотя и в не полном объеме. Из числа таких мероприятий первой помощи были выполнены: перевязка раны – в 75 (58,1 %) случаях, введение наркотических анальгетиков – в 7 (5,4 %) случаях. Безусловно, что количество раненых, которые нуждались в мероприятиях по оказанию первичной медико-санитарной помощи, было гораздо больше, и их число значительно превышало то число, которому были выполнены такие мероприятия.

Специализированная помощь оказывалась в условиях городской больницы г. Грозного. Для полного понимания, в каких условиях оказывалась медицинская помощь в описываемый период времени, считаем необходимым дать общую характеристику лечебного учреждения. В условиях локального военного конфликта в Чеченской республике первичную специализированную помощь гражданскому населению оказывала медицинская организация (больница) № 9, которая находилась в непосредственной близости от места боевых действий и в которой имелось хирургическое отделение на 60 коек общехирургического профиля. Согласно штатному расписанию, в данной



медицинской организации должно быть 8 врачебных ставок общих хирургов, 18 ставок среднего медицинского персонала (медицинские сестры постовые и операционные), 22 ставки младшего медицинского персонала (палатные санитарки). Фактически заняты следующие врачебные ставки: заведующий отделением (врач высшей квалификационной категории) – 1,5 ставки, 2 ставки – врачи ординаторы – общие хирурги (врачи первой квалификационной категории), 2 врача-совместителя – общие хирурги (не имели квалификационной категории) – 0,5 ставки; средний медицинский персонал – старшая медсестра (сестра высшей квалификационной категории) – 1,5 ставки, перевязочная медсестра, не имела квалификационную категорию – 1,5 ставки, процедурная медсестра (не имела квалификационную категорию) – 1,0 ставки; 2 дневные палатные медсестры (хирургические медицинские сестры, имели первую квалификационную категорию) – по 1,5 ставки; 6 дежурных палатных медсестер (хирургические медицинские сестры, имели первую квалификационную категорию) – по 1,0 ставки. Неотложная хирургическая помощь населению района оказывалась дежурными врачами-хирургами круглосуточно. В составе отделения имелись две перевязочных – чистая и гнойная. Палаты в отделении условно были разобщены на «чистые» и «гнойные». Бактерицидными лампами были оснащены все палаты и перевязочная. Кроме того, в момент описываемых событий данное лечебное учреждение испытывало крайнюю нехватку в диагностическом оборудовании, которое было необходимо для выполнения как специальных, так и вспомогательных исследований. К такому оборудованию относятся бронхоскопия, торакоскопия, аппараты для выполнения компьютерной томографии, магниторезонансной томографии, ультразвуковых исследований, эзофагогастродуоденоскопии. Вследствие нехватки лабораторных реактивов было существенно свернуто выполнение клинических лабораторных исследований. Для выполнения рентгенологических исследований применялись ренгенодиагностические комплексы «РУМ-20», поставленные из Казахстана, и аппарат «Арман», который использовался как передвижной. Отмечалась существенная нехватка как ненаркотических, так и наркотических анальгетиков. В связи с нехваткой реагентов при проведении перелевании крови, которую брали у родных раненых или превлекали военных, лабораторное обследование взятой крови не выполняли, а ориентировались только на совместимость по группе и резус-фактору. Кроме хирургического отделения имелось приемное отделение, в котором располагался кабинет, где осуществлялся прием пациентов, а также имелась перевязочная для выполнения малых операций и перевязок. Санитарная обработка поступивших проводилась в отдельном помещении. В период с восьми до пятнадцати часов в кабинете работал врач, в функции которого входил приём больных, оказание первой врачебной помощи. В том случае, если решался вопрос о необходимости госпитализации или осуществлялся отказ от госпитализации, дежурный врач вызывал заведующего отделением. Кроме врача в отделении работали две медсестры и санитарка. В ночное время (с 15 часов до 8 часов утра) прием больных в приемном отделении вел дежурный врач-хирург.

Анестезиологическая служба была представлена анестезиологическо-реанимационным отделением, в составе которого имелось шесть койко-мест. Штатное расписание данного отделения предусматривало наличие пяти врачей-анестезиологов и девяти сестер-анестезистов, в его задачи входило круглосуточное обеспечение плановой и экстренной помощи. Все врачи, проводящие анестезию, имели большой стаж работы, который насчитывал от пяти до двадцати лет, и прошли аттестацию на высшую и первую квалификационные категории. Кроме врачей такие же требования были предъявлены и к медицинским сестрам-анестезистам, которые имели стаж работы по данной специальности от двух до двадцати лет, были аттестованы на высшую или первую квалификационную категорию. Операционные были централизованными в операционный блок. Работа операционного блока контролировалась заведующим хирургическим отделением. Операционный блок обслуживался шестью операционными сестрами, стаж



работы которых по данной специальности составлял от трех до двадцати пяти лет. В состав операционного блока входило четыре операционных зала:

1. Операционная для чистых плановых хирургических операций.
2. Операционная для чистых травматологических операций.
3. Операционная для неотложных операций.
4. Операционная для сомнительных и гнойных операций.

За анализируемый период действий операционный блок многократно обстреливался боевиками. Следы от обстрелов устраняли с привлечением собственных сил: стены операционных многократно были выкрашены масляной краской. Из-за частоты обработки стены пришли в негодность и не отвечали Госстандартам, стали не пригодны к эксплуатации. Двери и окна были изношены, перекошены, плотно не закрывались, из-за чего в операционные через оконные и дверные щели залетали насекомые, а помещения операционных расстерилизовывались. Хирургическая тактика соответствовала указаниям по военно-полевой хирургии. После того, как оперативное лечение было закончено, пациенты помещались в отделение реанимации и интенсивной терапии. Нахождение в этом отделении составляло около пяти-шести суток. После проведения интенсивной терапии пациентов перемещали в хирургическое отделение.

В том случае, если ранение было не глубоким, что требовало выполнения только ПХО раны, раненые помещались в отделение хирургии. Считаем уместным отметить тот факт, что нехватка медикаментов заставляла прибегать к помощи родных, которые вынуждены были приобретать антибиотики, кровозаменители и инфузионные растворы.

Тяжесть состояния раненых, которые зачастую поступали с признаками шока, обусловленного продолжающимся кровотечением, диктовали повышенные условия в плане определения и выбора тактики хирурга. В данных ситуациях приоритет отдавался оптимальному определению хирургического доступа, а также характеру оперативного лечения. С учетом того фактора, что обстановка была крайне сложной, в городе велись реальные боевые действия, врачам приходилось ориентироваться на самые простые методы. Данные методы заключались в сборе анамнеза путем расспроса раненого или сопровождающего его лица, времени, прошедшего от момента получения ранения до поступления в стационар, оценки общего состояния, возможности словесного контакта, оценки общего состояния, подсчета числа дыхательных движений, оценки гемодинамических показателей, таких как артериальное давление и частота сердечных сокращений, описания локального статуса. В том случае, если в момент поступления у раненого имелись признаки, характерные для продолжающегося кровотечения, выполнялись мероприятия, направленные на остановку кровотечения, а после выполнения гемостаза проводилась ПХО раны и ее ревизия. В тех случаях, когда гемодинамика была стабильной, отсутствовали признаки шока, приоритет отдавался выполнению ПХО раны. В индивидуальном порядке принимались решения о выполнении обезболивания во время оперативного лечения. Так, местная анестезия применялась у 25 (19,3 %) раненых, а в остальных 104 (80,6 %) случаях операция начиналась под наркозом. Анализ показал, что интубационный наркоз применялся в 84 % наблюдений, а внутривенный – в 16 % от всех наркозов. Объем хирургического пособия определялся оперирующим хирургом в индивидуальном порядке, что зависело от наличия или отсутствия сопутствующих повреждений органов шеи. Исходя из общего количества раненых в данную анатомическую область, в экстренном порядке, сразу после поступления в стационар, оперативное лечение было выполнено 68 (52,7 %) раненым. Помимо продолжающегося кровотечения, показаниями к выполнению экстренных операций в этой группе у 34 (26,3 %) больных явились сочетанные ранения других анатомических областей, чаще всего грудной клетки. Виды оперативного пособия, которые были выполнены при ранениях шеи, представлены на рисунке 1.

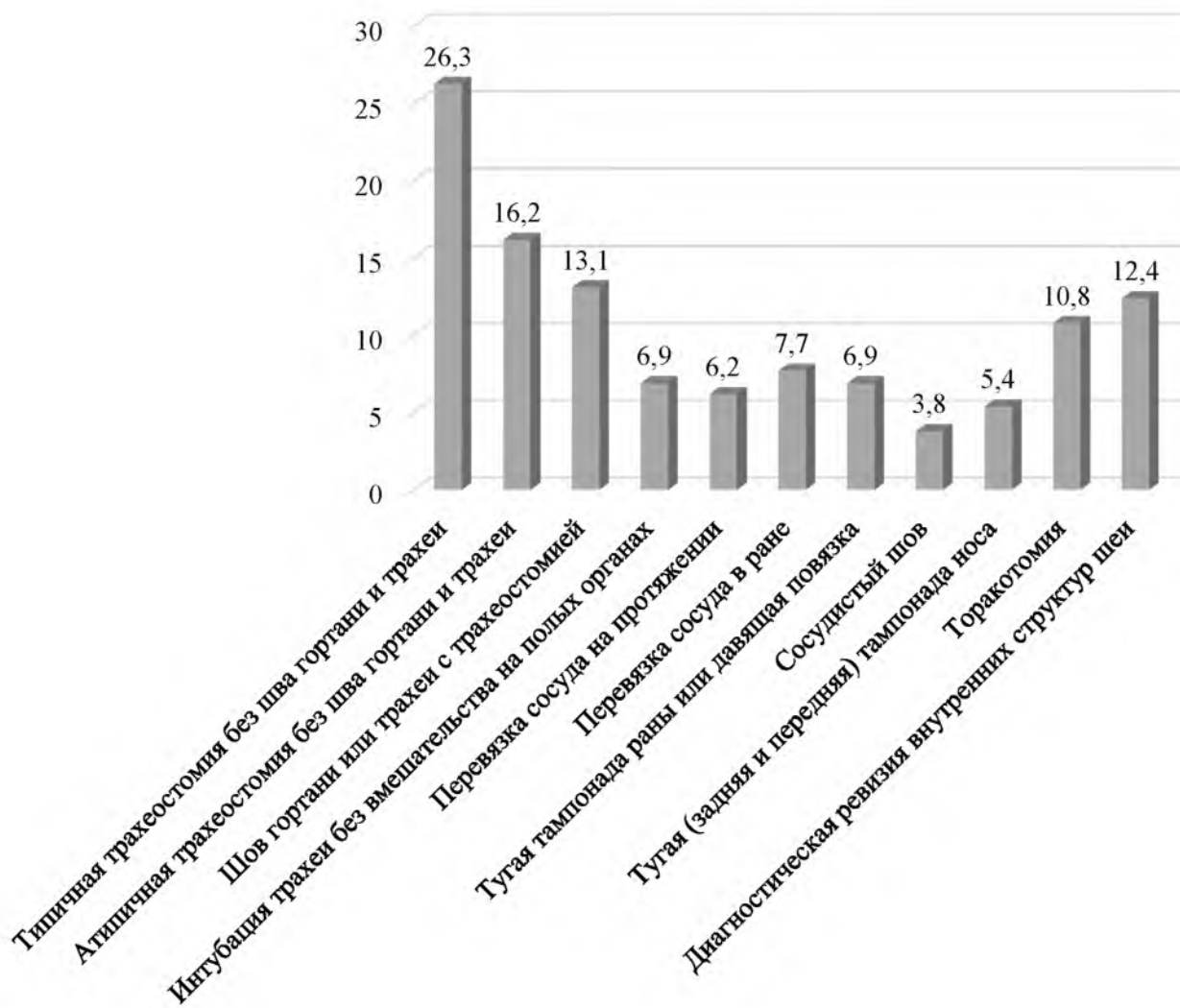


Рис. 1. Виды оперативного пособия, которые были выполнены при ранениях шеи (в %)
 Fig. 1. Types of operational allowance performed with neck injuries (%)

Тяжесть состояния потребовала проведения реанимационных и интенсивных мероприятий в 56 % наблюдений от общего количества раненых. Показаниями для проведения этих мероприятий послужили состояния, которые угрожали жизни раненым, к таким состояниям были отнесены не остановленные кровотечения, признаки асфиксии и наличие признаков шока. Проведение этих мероприятий начиналось сразу после доставки раненого. В среднем интенсивная терапия проводилась $1,5 \pm 0,2$ суток, подсчет количества инфузии показал, что средний объем составил 2770 ± 120 мл, при этом объем гемотрансфузии составил 712 ± 150 мл. Наличие тяжелого ранения, несомненно, приводило к развитию различных осложнений после выполненной операции. Всего различных осложнений при ранениях этой анатомической области было зарегистрировано в 67 (51,9 %) наблюдений. Количество и характер осложнений представлен на рисунке 2.

На основании представленных на рисунке 2 данных можно сделать заключение, что основными осложнениями, которые были в данной группе раненых, были гнойно-септические. Среди раненых с огнестрельными ранениями в область шеи отмечено развитие летального исхода у 42 человек, летальность составила 32,5 %. Среди основных причин, приведших к развитию данного исхода, следует отметить шок, пневмонию, тромбоз и эмболию, флегмону шеи и развитие медиастенита и сепсис.

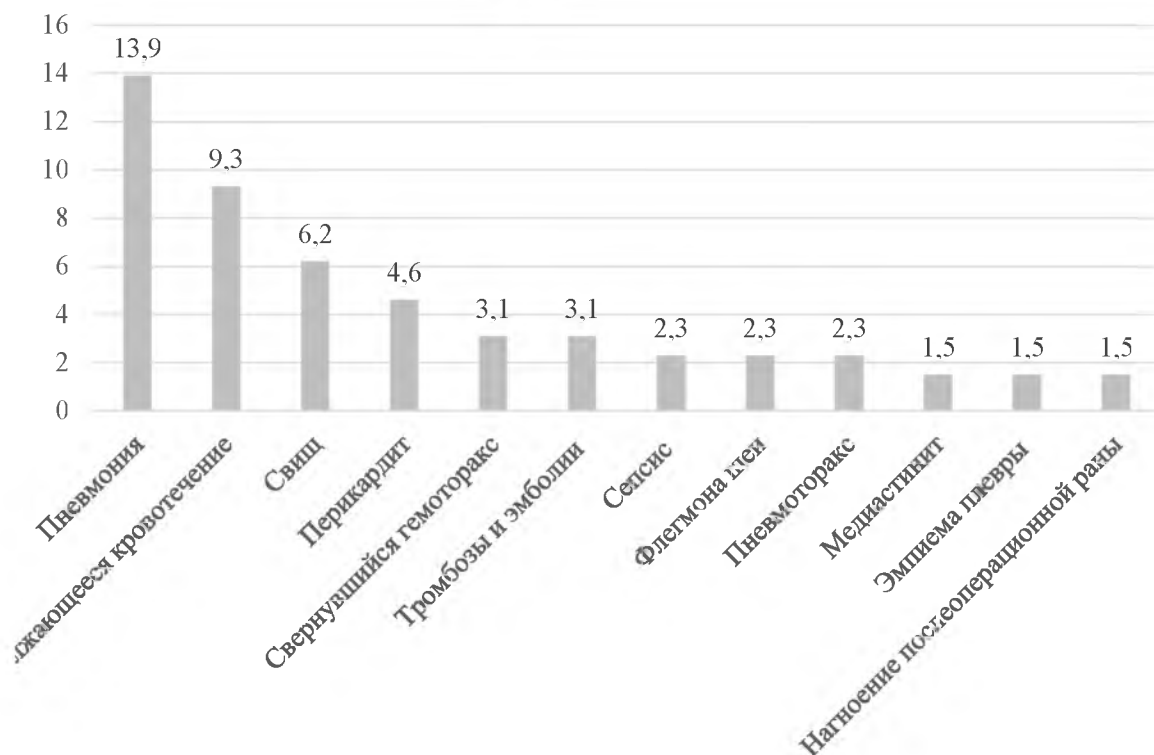


Рис. 2. Количество и характер осложнений (в %) / Fig. 2. Number and nature of complications (%)

Количество и причины летальных исходов представлены на рисунке 3.

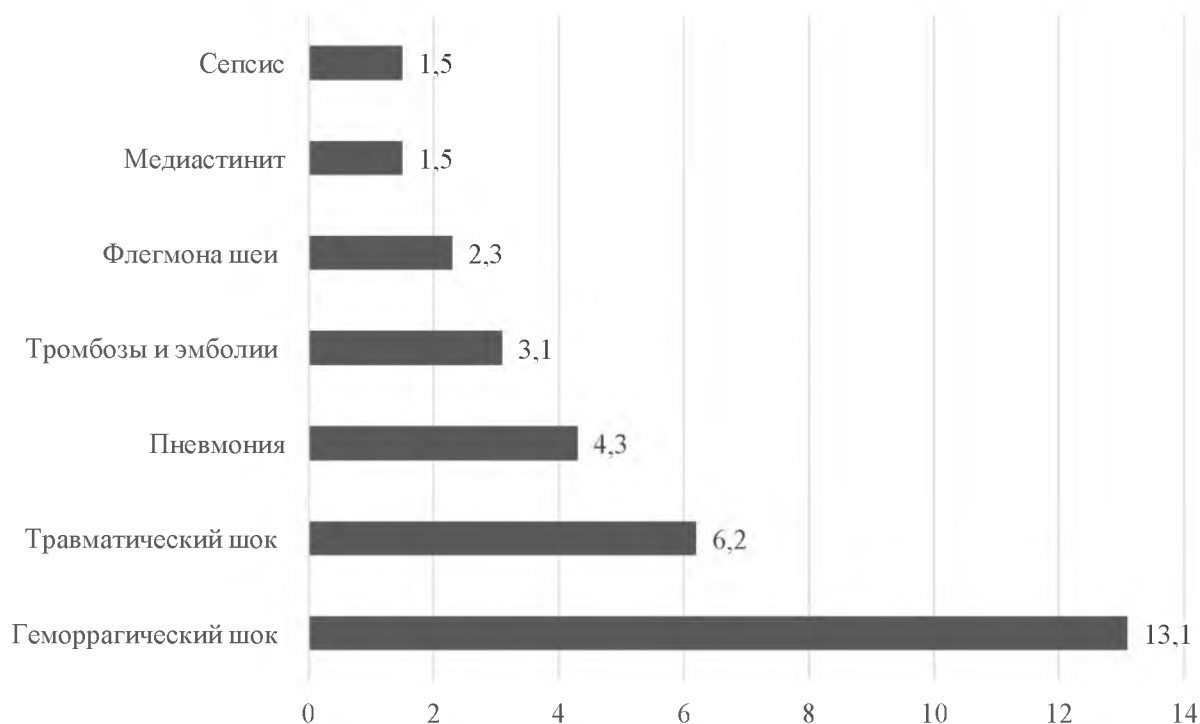


Рис. 3. Количество и причины летальных исходов (в %) / Fig. 3. Number and causes of fatalities (%)

На основании анализа дефектов, выявленных при оказании медицинской помощи раненым в шею в условиях массового поступления и локального вооруженного конфлик-



та, нами были выделены следующие организационные недостатки, которые можно условно отнести к двум группам:

I. Связанные с дефектами организации:

- дефекты, связанные с сортировкой раненых – недооценка тяжести ранения, тяжести состояния раненого, что привело к задержке начала проведения интенсивной терапии и/или с операцией. Такие случаи были отмечены в 6,4 % случаях;
- удлинение времени, отведенного на выполнение диагностических манипуляций раненых, находящихся в тяжелом состоянии, в связи с отсутствием или занятостью врачебного персонала и/или оборудования. Такие дефекты были выявлены в 17,8 % случаев;
- отсутствие достаточной материально-технической обеспеченности, что было обусловлено разрушенной инфраструктурой, невозможностью своевременного и достаточного обеспечения лекарственными препаратами и оборудованием;
- недостаточная подготовка медицинского персонала в вопросах военно-полевой хирургии, сортировки раненых.

II. Дефекты, обусловленные нарушением тактики и лечения огнестрельных ранений шеи в условиях массового поступления раненых:

- неправильная формулировка диагноза, недооценка тяжести повреждения и/или недооценка степени шока, асфиксии, кровопотери и сопутствующих повреждений – 12,5 % наблюдений;
- недостаточное проведенное обезболивание, неправильный выбор анестетика, недостаточно полное проведение инфузионной терапии при шоковом состоянии. Данные ошибки были отмечены в 16,5 %;
- недостаточное адекватное выполнение первичной хирургической обработки огнестрельной раны – 7,8 %;
- отсутствие выполнения реинфузии крови при наличии показаний – в 8,2 % случаев.

Наибольшее число выявленных ошибок было в начальном периоде боевых действий при оказании помощи раненым с огнестрельными ранениями шеи, затем они значительно уменьшались, что связано с приобретением опыта.

Обсуждение

Оказание медицинской помощи раненым с огнестрельными ранениями груди при массовом поступлении в условиях реальных военных действий, оказываемых силами и средствами гражданских лечебных учреждений, имеет определенную специфику. Она обусловлена тем, что в таких условиях, в отличие от военных медицинских организаций, отсутствуют этапы эвакуации, зачастую раненые доставляются не специализированным и непригодным автотранспортом по разрушенным дорогам, при этом им не проводится или проводится в недостаточном объеме доврачебная помощь. В таких условиях увеличивается нагрузка медицинского персонала гражданских медицинских учреждений, связанных с оказанием медицинской помощи. В связи с этим потребуются разработки мероприятий, направленных на усовершенствование алгоритма, направленного на сведение к минимуму различных ошибок, возникающих в гражданских лечебных учреждениях при массовом поступлении раненых.

Прежде всего, для достижения этой цели является необходимым включение вопросов, касающихся оказания медицинской помощи, эвакуации, сортировки и лечебных вопросов при обучении на усовершенствовании и прохождении обучения, в том числе дистанционном обучении среднего медицинского персонала и врачей. Помимо проведения обучения, необходимо проводить практические занятия, на которых необходимо отрабатывать данные вопросы с доведением их до автоматизма и разработкой облегченного варианта документации. Это обусловлено тем, что при поступлении большого количества раненых медицинским работникам, работающим в гражданских лечебных организациях, будут ограничения во времени [Шатрова, Оберешин, 2019]. При поступлении пострадав-



ших с огнестрельными ранениями следует более широко использовать различные методы обезболивания. Следует более широко использовать наркотические анальгетики, при этом предпочтение следует отдавать анальгетикам опиоидного ряда, не угнетающим дыхание, а также трамадол или трамал, которые следует вводить внутримышечно или подкожно, в тяжелых случаях, при наличии условий – внутривенно. В случаях стабильной гемодинамики необходимо проводить сочетанную анальгезию – применять наркотические (при невозможности их применения – ненаркотические) анальгетики с различными видами новокаиновых блокад (межреберной, вагосимпатической блокадой). При проведении инфузионной терапии не следует ставить цель достижения нормальных цифр АД (достигать эти цифры следует только при тяжелой степени шока (III степень) или в случае терминального состояния раненого в момент поступления). С целью восполнения ОЦК следует широко использовать коллоидные (полиглюкин, реопоглюкин) и кристаллоидные (0,9 % раствор натрия хлорида, раствор Рингера, различные солевые растворы, 5 % раствор глюкозы) растворы в соотношении 1:2. При проведении внутригоспитальной сортировки всех раненых с огнестрельными ранениями следует разделить на 4 группы [Гончаров и др., 2004]: раненые, которые нуждались в реанимации и/или в оперативном лечении по экстренным показаниям; раненые, которые нуждались в выполнении отсроченного хирургического вмешательства и раненые, которым требуется консервативное лечение и наблюдение. При проведении хирургической обработки огнестрельных ран необходимо исходить из следующих принципов: операция должна осуществляться при адекватном обезболивании, тщательности выполнения, полноценном, широком иссечении раны со вскрытием всех ее полостей, что позволит полноценно аэрировать ее; тщательном удалении инородных тел и иссечении нежизнеспособных тканей; полноценном гемостазе и адекватном дренировании. С целью уменьшения количества осложнений в ближайшем послеоперационном периоде считаем, что оперативное лечение должно завершаться полноценным и адекватным дренированием, а лечение таких раненых должно включать адекватное и своевременное обезболивание, проведение гемостатической и антибактериальной терапии, а также выполнение своевременной санации бронхов.

При анализе полученных данных необходимо разделить меры, которые могут быть оказаны самим населением в порядке само- и взаимопомощи, так как для проведения этой помощи не требуется специальных навыков и знаний, и она может быть выполнена любым человеком – наложение повязок, шин и т. д. и мероприятия, которые оказываются только медицинскими работниками – инфузионная терапия, обезболивание, гемотрансфузия. Это необходимо для того, чтобы определить мероприятия, направленные на улучшение оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи. С учетом обстановки, в которой оказывалась первичная доврачебная медико-санитарная помощь, в большинстве случаев помощь оказывалась в порядке само- и взаимопомощи, при этом можно сделать вывод, что большинство населения не владеет совсем либо владеет в недостаточной степени этой помощью, что требует разработки мероприятий, направленных на улучшение качества оказания первой медицинской помощи. К таким мероприятиям, по нашему мнению, следует отнести обучение населения навыкам оказания первой медицинской помощи не только в виде теоретических занятий с использованием плакатов, но и привлечение прессы, а также обучение практическим навыкам. Для этого следует проводить сборы с привлечением гражданского населения, на которых можно было бы отрабатывать практические приемы по оказанию такой помощи под руководством опытных медицинских работников. Кроме того, немаловажным фактом является обучение школьников. С этой целью следует предоставлять больше времени для отработки навыка, направленного на оказание само- и взаимопомощи в случае различных ранений. Это следует отрабатывать на уроках безопасности жизнедеятельности. Конечно, данный вопрос требует дальнейшего и более глубокого изучения, при этом считаем необходимым более внимательное рассмотрение данного вопроса со стороны государства с разработкой специальных программ.



Необходимо вернуться к существовавшей в СССР практике проведения сборов по гражданской обороне на предприятиях и среди населения [Масляков и др., 2018].

Заключение

Представленный анализ показывает, что объем оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи гражданскому населению с огнестрельными ранениями, как правило, был недостаточным, это утяжеляло состояние течения и приводило к увеличению летальных исходов. Следует согласиться с тезисом, выдвинутым М.М. Абакумовым, что концепция военно-полевой хирургии последних десятилетий о максимальном приближении квалифицированной и специализированной хирургической помощи к очагу катастрофы не подходит к условиям оказания хирургической помощи в городских условиях. Такую помощь необходимо развертывать вне зоны с последствиями возможного обрушения высотных зданий, вне зоны обстрела террористами, при отсутствии скопления родственников пострадавших и любопытных [Абакумов, 2005]. При этом развивать задачи, направленные на обучение как можно большего количества населения навыкам оказания само- и взаимопомощи при различных неотложных состояниях, что возможно осуществить с помощью сборов по гражданской обороне.

Список литературы

1. Абакумов М.М. 2005. Оказание хирургической помощи при массовом поступлении пострадавших в стационары мегаполиса. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова; 8: 88–90.
2. Абакумов М.М., Джаграев К.Р. 1998. Диагностика и лечение ранений шеи. Хирургия; 8: 10–13.
3. Абакумов М.М., Погодина А.Н., Леменев В.А., Иофик В.В. 2005. Ранения шеи. Вестник хирургии; 2: 105.
4. Буренков Г.И. 2011. Хирургическая обработка огнестрельных ран шеи. Вестник оториноларингологии; 3: 20–23.
5. Гончаров С.Ф., Джелиев И.Ш., Розинов В.М., Тихилова М.И., Петлах В.И. 2004. Совершенствование медицинской помощи детям с огнестрельными ранениями груди и живота. Новости науки и техники. Серия: медицина. Медицина катастроф. Служба медицины катастроф; 3–4: 24–27.
6. Гуманенко У.К., Самохвалов И.М. 2001. Военно-полевая хирургия локальных войн и вооруженных конфликтов. М: Гэотар-Медиа. 672 с.
7. Завражнов А.А., Самохвалов И.М., Ерошенко А.В. 2006. Хирургическая тактика при ранениях шеи в условиях лечебного учреждения мирного времени. Вестник хирургии; 5: 50–55.
8. Коровкина Е.Н. 2014. Ранения шеи. Хирургия; 11: 92–94.
9. Масляков В.В., Барсуков В.Г., Куркин К.Г., Усков А.В., Куликов С.А., Пименов А.В. 2018. Объем оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи лицам из населения с огнестрельными ранениями в условиях локального вооруженного конфликта. Медицина катастроф; 2: 30–33.
10. Масляков В.В., Барсуков В.Г., Усков А.В. 2017. Некоторые сложные и нерешенные вопросы диагностики огнестрельных ранений шеи в условиях локального вооруженного конфликта. Вестник молодого ученого; 3: 19–21.
11. Мосягин В.Б., Черныш А.В., Рыльков В.Ф., Кошелев Т.Е., Моисеев А.А. 2011. Организация оказания медицинской помощи и лечения легкораненых и легкобольных в военном полевом эвакуационном госпитале. Вестник Российской военно-медицинской академии; 1 (33): 232–240.
12. Самохвалов И.М., Завражнов А.А., Фахрутдинов А.М., Сычев М.И. 2001. Оказание хирургической помощи раненым в шею в вооруженном конфликте. Военно-медицинский журнал; 10: 32–40.
13. Трунин Е.М., Михайлов А.П. 2004. Лечение ранений и повреждений шеи. СПб: ЭЛБИ-СПб. 158 с.
14. Трунин Е.М., Смирнов В.Ю., Шабонов А.А. 2006. Рациональная тактика лечения ранений шеи в условиях многопрофильной клинической больницы скорой медицинской помощи. Скорая медицинская помощь; 4: 59–64.



15. Шатрова Н.В., Оберешин В.И. 2019. Условия успешного освоения практических навыков проведения базовой сердечно-легочной реанимации студентами младших курсов медицинского вуза. Медицина катастроф; 3: 53–55.
16. Швырков М.Б., Буренков Г.И., Деменков В.Р. 2001. Огнестрельные ранения лица, ЛОР-органов и шеи. М: Медицина. 400 с.
17. Back M.R., Baumgartner F.J., Klein S.R. 1997. Detection and evaluation of aerodigestive tract injuries caused by cervical and transmediastinal gunshot wounds. J. Trauma; 4: 680–686.
18. Bladergroen M.R., Lowe J.E., Postlethwait M.D. 1986. Diagnosis and recommended management of esophageal perforation or rupture. Ann Thorac Surg; 42: 235–239.

References

1. Abakumov M.M. 2005. Okazanie hirurgicheskoy pomoshhi pri massovom postuplenii postradavshih v stationary megapolisa [Provision of surgical assistance in case of mass admission of victims to hospitals of the metropolis]. Surgery. Journal named after N.I. Pyrogova; 8: 88–90.
2. Abakumov M.M., Dzhagraev K.R. 1998. Diagnostika i lechenie ranenij shei [Diagnosis and treatment of neck wounds]. Surgery; 8: 10–13.
3. Abakumov M.M., Pogodina A.N., Lemenev V.A., Iofik V.V. 2005. Ranenija shei [Neck wounds]. Journal of Surgery; 2: 105.
4. Burenkov G.I. 2011. Hirurgicheskaja obrabotka ognestrel'nyh ran shei [Surgical treatment of gunshot wounds of the neck]. Journal of Otorhinolaryngology; 3: 20–23.
5. Goncharov S.F., Dzheliev I.Sh., Rozinov V.M., Tihilova M.I., Petlah V.I. 2004. Sovershenstvovanie medicinskoj pomoshhi detjam s ognestrel'nymi ranenijami grudi i zhivota [Improvement of medical care for children with gunshot wounds to the chest and abdomen]. Science and technology news. Series: medicine. Medicine of accidents. Disaster Medicine Service; 3–4: 24–27.
6. Gumanenko U.K., Samohvalov I.M. 2001. Voенно-polevaja hirurgija lokal'nyh vojn i voорuzhennyh konfliktov [Military field surgery of local wars and armed conflicts]. М: Geotar-media. 672 p.
7. Zavrazhnov A.A., Samohvalov I.M., Eroshenko A.V. 2006. Hirurgicheskaja taktika pri ranenijah shei v uslovijah lechebnogo uchrezhdenija mirnogo vremeni [Surgical tactics for neck injuries in a peacetime treatment facility]. Journal of Surgery; 5: 50–55.
8. Korovkina E.N. 2014. Ranenija shei [Neck wounds]. Surgery; 11: 92–94.
9. Masljakov V.V., Barsukov V.G., Kurkin K.G., Uskov A.V., Kulikov S.A., Pimenov A.V. 2018. Obem okazaniya pervichnoj dovrachebnoj mediko-sanitarnoj pomoshhi licam iz naselenija s ognestrel'nymi ranenijami v uslovijah lokal'nogo voорuzhennogo konflikta [Volume of provision of primary pre-medical health care to persons from the population with gunshot wounds in conditions of local armed conflict]. Medicine of disasters; 2: 30–33.
10. Masljakov V.V., Barsukov V.G., Uskov A.V. 2017. Nekotorye slozhnye i nereshennye voprosy diagnostiki ognestrel'nyh ranenij shei v uslovijah lokal'nogo voорuzhennogo konflikta [Some complex and unresolved issues of diagnosis of gunshot wounds to the neck in local armed conflict]. Messenger of the young scientist; 3: 19–21.
11. Mosjagin V.B., Chernysh A.V., Ryl'kov V.F., Koshelev T.E., Moiseev A.A. 2011. Organizacija okazaniya medicinskoj pomoshhi i lechenija legkoranennyh i legkobil'nyh v voennom polevom jevakuacionnom gospiitale [Organization of medical care and treatment of light and light patients in the military field evacuation hospital]. Journal of the Russian Military Medical Academy; 1 (33): 232–240.
12. Samohvalov I.M., Zavrazhnov A.A., Fahrutdinov A.M., Sychev M.I. 2001. Okazanie hirurgicheskoy pomoshhi ranenym v sheju v voорuzhennom konflikte [Surgical care for the wounded in the neck in armed conflict]. Military medical journal; 10: 32–40.
13. Trunin E.M., Mihajlov A.P. 2004. Lechenie ranenij i povrezhdenij shei [Treatment of injuries and neck injuries]. SPb: ELBI-SPb. 158 p.
14. Trunin E.M., Smirnov V.Ju., Shabonov A.A. 2006. Racional'naja taktika lechenija ranenij shei v uslovijah mnogoprofil'noj klinicheskoy bol'nicy skoroj medicinskoj pomoshhi [Rational tactics for treating neck injuries in a multidisciplinary clinical emergency hospital]. Emergency medical service; 4: 59–64.
15. Shatrova N.V., Obereshin V.I. 2019. Uslovija uspeshnogo osvoenija prakticheskikh navykov provedenija bazovoj serdechno-legochnoj reanimacii studentami mladshih kursov medicinskogo vuza



[Conditions of successful mastering of practical skills of carrying out basic cardiovascular resuscitation by students of junior courses of medical university]. *Medicine of disasters*; 3: 53–55.

16. Shvyrkov M.B., Burenkov G.I., Demenkov V.R. 2001. Ognestrel'nye ranenija lica, LOR-organov i shei [Gunshot wounds to the face, LOR organs and neck]. M: Medicine. 400 p.

17. Back M.R., Baumgartner F.J., Klein S.R. 1997. Detection and evaluation of aerodigestive tract injuries caused by cervical and transmediastinal gunshot wounds *J. Trauma*; 4: 680–686.

18. Bladergroen M.R., Lowe J.E., Postlethwait M.D. 1986. Diagnosis and recommended management of esophageal perforation or rupture. *Ann Thorac Surg*; 42: 235–239.

Ссылка для цитирования статьи
For citation

Прошин А.Г., Масляков В.В., Горбелик В.Г., Воронов В.В., Аристова И.С. 2020. Анализ результатов лечения огнестрельных ранений шеи при массовом поступлении гражданского населения в условия локального вооруженного конфликта. *Актуальные проблемы медицины*, 43(1): 123–134. DOI

Proshin A.G., Masljakov V.V., Gorbelik V.G., Voronov V.V., Aristova I.S. 2020. Analysis of results of treatment of gunshot wounds of the neck in case of mass entry of the civilian population into conditions of local armed conflict. *Challenges in Modern Medicine*, 43(1): 123–134 (in Russian). DOI