

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ РАНЕНИЯХ ЖИВОТА ОГНЕСТРЕЛЬНЫМ ОРУЖИЕМ ОГРАНИЧЕННОГО ПОРАЖЕНИЯ

**Р.Н. Гареев, Р.Р. Фаязов, Д.И. Мехдиев,
И.М. Ярмухаметов, И.Д. Хабибуллин, Д.З. Фахретдинов**

ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа
ГБУЗ Больница скорой медицинской помощи

Гареев Рустам Назирович,

врач-ординатор отделения гнойной хирургии Больницы скорой
медицинской помощи г. Уфы, канд. мед. наук,
450106, г. Уфа, ул. Батырская, д. 39/2,
тел. 8 (347) 255-44-17,
e-mail: rusdoctor@mail.ru

Фаязов Радик Радифович,

д-р мед. наук, профессор кафедры хирургии с курсом эндоскопии
и стационарзамещающих технологий ИПО БГМУ
450000, г. Уфа, ул. Ленина, д. 3.
тел. 8 (347) 272-41-73,
e-mail: rectorat@anrb.ru

Мехдиев Джамаладдин Иса-оглы,

д-р мед. наук, профессор, зав. отделением гнойной хирургии
Больницы скорой медицинской помощи г. Уфы
450106, РБ, г. Уфа, ул. Батырская, д. 39/2,
тел. 8 (347) 255-44-17,

Ярмухаметов Ильшат Мулланурович,

врач-ординатор хирургического отделения Больницы скорой
медицинской помощи г. Уфы,
450106, г. Уфа, ул. Батырская, д. 39/2,
тел. 8 (347) 255-78-26, e-mail: ilshat_doc@mail.ru,

Хабибуллин Ильдар Димович,

аспирант кафедры хирургии с курсом эндоскопии
и стационарзамещающих технологий ИПО БГМУ,
450000, г. Уфа, ул. Ленина, д. 3,
тел. 8 (347) 272-41-73),

Фахретдинов Динар Земфирович,

врач-ординатор отделения общей хирургии и колопроктологии
Больницы скорой медицинской помощи г. Уфы,
450106, г. Уфа, ул. Батырская, д. 39/2,
тел. 8 (347) 255-44-17,
e-mail: solncepek@rambler.ru

В условиях мирного времени ранения, полученные огнестрельным оружием ограниченного поражения, все чаще стали встречаться хирургам больниц, оказывающих неотложную помощь. Несмотря на уже утвердившуюся тактику при огнестрельных ранениях живота, авторы данной статьи обобщили имеющийся опыт лечения девяти пострадавших с ранениями живота из огнестрельного оружия ограниченного поражения, провели анализ лечения данной категории пострадавших и разработали лечебно-диагностический алгоритм с позиции современных технологий. Данный алгоритм оправдал себя отсутствием летальности и наличием всего у одного пострадавшего прогнозируемого не тяжелого осложнения.

Ключевые слова: травматическое оружие, огнестрельное ранение, ранение живота.

SURGICAL APPROACH FOR STOMACH WOUNDS CAUSED BY GUNSHOTS OF LIMITED DAMAGE

**R.N. Gareev, R.R. Fayazov, D.I. Mekhdiev,
I.M. Yarmukhametov, I.D. Khabibullin, D.Z. Fakhretdinov**

Bashkir State Medical University, Ufa

Emergency Hospital

In peacetime conditions wounds caused by gunshots of limited damage have been occurred in emergency surgical care more and more frequently. Despite of the established approach in the treatment of gunshot stomach wounds, the authors of this article have summarized the existing experience of treatment of nine victims suffering gunshot wounds to the stomach, performed an analysis of treatment of the victims of this category and developed the diagnostic and treatment algorithm from the perspective of modern technologies. This algorithm has proved its value by absence of lethality and just one anticipated light complication among the victims.

Key words: traumatic weapon, gunshot wound, wound to the stomach.

Введение

Летальность при огнестрельных ранениях живота достигает 16,7% [1]. Тактика при огнестрельных ранениях живота общепринята и практически не менялась на протяжении десятилетий. Так, при огнестрельных ранениях в живот выполняется первичная хирургическая обработка раны, затем при проникающем характере раны выполняется лапаротомия [1]. Все это характерно, как правило, для боевой травмы. В мирное время все чаще стали встречаться ранения, нанесенные так называемым огнестрельным оружием ограниченного поражения (ОООП), ранее называемым «травматическим оружием». За последние 10 лет число огнестрельных ранений из травматического оружия выросло в 9 раз [2]. Часто ранения из данного вида оружия приносят тяжкий вред здоровью. В свете развития современных технологий актуальным является оптимизация хирургической тактики при ранениях в живот из ОООП.

Материалы и методы

Нами проведен ретроспективный анализ хирургического лечения 9 пострадавших с огнестрельным ранением в живот, полученных из ОООП, находившихся на стационарном лечении в Больнице скорой медицинской помощи г. Уфы. Все пострадавшие были мужчинами. Из 9 пострадавших 7 (77,8%) поступили в состоянии алкогольного опьянения. Состояние 2 (22,2%) из них было оценено как тяжелое, 4 (44,4%) - как средней тяжести, 3 (33,3%) как относительно удовлетворительное. У 2 (22,2%) пострадавших имелись явления геморрагического шока.

При поступлении в ходе сбора анамнеза выяснялось, что ранение получено из ОООП. Всем пострадавшим проведен минимум общеклинических исследований, включающих себя общие анализы крови и мочи, регистрацию электрокардиографии, определение группы крови и резус-фактора, ультразвуковое исследование (УЗИ) и рентгенография живота. Всем пострадавшим также проведена первичная хирургическая обработка раны, в ходе которой выяснялся характер раны (проникающая / не проникающая в брюшную полость), ход раневого канала. Далее, в случае проникающего характера ранения пострадавший транспортировался в операционную не зависимо от тяжести состояния. При непроникающем характере ранения в случае наличия признаков геморрагического шока, подозрения на внутрибрюшное кровотечение пострадавший также

транспортировался в операционную. При тяжелом состоянии пострадавшего, признаках геморрагического шока выполнялась срединная лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, остановка кровотечения, обработка ран полых органов. В случае стабильного состояния пострадавшего при проникающем характере ранения операция начиналась с лапароскопии (ЛС), которая в ряде случаев являлась лечебной. При непроникающем характере ранения, отсутствии перитонеальных симптомов, признаков шока, отсутствии свободной жидкости в брюшной полости по данным УЗИ после проведения хирургической обработки раны пострадавший госпитализировался в хирургическое отделение с целью проведения динамического наблюдения, включающего в себя проведение через каждые 2 часа УЗИ живота, общих анализов крови и мочи. В общем виде лечебно-диагностический алгоритм при абдоминальных ранениях из ОООП представлен на рис. 1.



Рис. 1. Лечебно-диагностический алгоритм при ранениях живота ОООП

Результаты и обсуждения

Из 9 пострадавших от ОООП у 7 (77,8%) ранение проникало в брюшную полость. Из них 2 (22,2%) поступившим в тяжелом состоянии с признаками шока была в экстренном порядке выполнена срединная лапаротомия. Из них у 1 пострадавшего в результате ранения 9 мм резиновой пулей (при операции не найдена) выявлены гемоперитонеум, напряженная нарастающая тазовая гематома слева, при ревизии которой выявлено повреждение левой наружной подвздошной артерии. На место

повреждения был наложен сосудистый шов, операция завершена дренированием брюшной полости. У второго пострадавшего с признаками шока при лапаротомии выявлено слепое ранение печени в области V-VI сегментов по диафрагмальной поверхности, гемоперитонеум. Данному пострадавшему удалось извлечь пулю из печени (резиновая пуля с металлическим сердечником выпущенная из пистолета типа «Оса»), гемостаз достигнут путем ушивания печени.

Остальным 5 пострадавшим с проникающим ранением, поступивших без признаков шока после первичной хирургической обработки раны выполнена ЛС. Из них у 1 в результате ранения так же резиновой пулей с металлическим сердечником выпущенной из пистолета типа «Оса» выполнена конверсия в лапаротомию ввиду выявленного при лапароскопии малого гемоперитонеума и подозрения на повреждение сигмовидной кишки. При лапаротомии выявлено повреждение корня брыжейки сигмовидной кишки с остановившимся кровотечением. Операция завершена ушиванием брыжейки сигмовидной кишки, санацией, дренированием брюшной полости. У 1 пострадавшего в ходе лапароскопии также выявлено небольшое повреждение брыжейки тонкой кишки с гематомой небольших размеров. В данном случае необходимости в конверсии не было, операция завершена санацией, дренированием брюшной полости. У оставшихся 3 пострадавших с проникающим огнестрельным ранением живота повреждений внутренних органов при ЛС выявлено не было.

Среди пострадавших с непроникающим характером ранения один ввиду имеющихся явлений перитонизма подвергся ЛС, в ходе которой повреждений внутренних органов не выявлено, второму в ходе динамического наблюдения повреждения

внутренних органов были исключены.

Из послеоперационных осложнений можно отметить лишь формирование центральной гематомы печени у пострадавшего с ранением печени. В ходе динамического УЗИ выявлено уменьшение гематомы в размерах с 50 до 30 мм, признаков кровотока в гематоме не выявлено. Данный пострадавший был выписан с выздоровлением с рекомендациями проведения УЗИ в динамике. Летальности среди данных пострадавших не наблюдалось.

Заключение

Таким образом, в 77,8% случаев выстрел в живот из ООП создает угрозу для жизни ввиду проникающего характера полученного ранения. Учитывая данные проведенного анализа, можно сделать заключение, что при абдоминальных огнестрельных ранениях из ООП, имеющего меньшую по сравнению с боевым огнестрельным оружием кинетическую энергию, при стабильном состоянии пострадавшего и отсутствии признаков шока возможно выполнение ЛС, которая в ряде случаев может перейти из диагностической в лечебную без конверсии в широкую лапаротомию. При этом, выполнение в таких случаях лапаротомии, минуя этап ЛС, не может считаться тактической ошибкой.

Список литературы

1. Анализ хирургического лечения больных с огнестрельными ранениями живота в условиях мирного времени / И.И. Таранов, Н.Л. Хашиев, Я.Н. Свиридов, И.М. Зорин // Материалы Первого Съезда хирургов Южного Федерального округа. – РнД, 2007. – С. 76-77.
2. Ранения шеи, груди и живота огнестрельным травматическим оружием / М.М. Абакумов, Л.Н. Цамалаидзе, О.В. Воскресенский, К.Р. Джаграев // Хирургия. - 2010. - № 11. – С. 16-22.