

В.И. Морохоев

ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАНЕНИЙ ЛИЦА, НАНЕСЕННЫХ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПНЕВМАТИЧЕСКОГО ГАЗОБАЛЛОННОГО ПИСТОЛЕТА

Городская клиническая больница № 1 (Братск)

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выявить особенности раневого поражения тканей лица пневматическими пулями и другими снарядами при стрельбе из газобаллонного пневмопистолета ИЖ «Байкал», имеющего 4,5 мм нарезной ствол, выстреливающего 4,5 металлическую шариковую пулю со скоростью до 100 м/сек. К сожалению, этот очень опасный для здоровья пистолет свободно продается в России без документального оформления.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оперировано двое больных, которым в криминальной ситуации были произведены выстрелы из указанного пистолета в упор в лицо. В первом случае в качестве пули была использована швейная игла с пыжом. Игла пробила лицевой скелет в области левой носовой кости и на одну треть вошла в переднюю черепную яму через ситовидную пластинку на 4–5 мм, вонзившись в мозговое вещество левой лобной доли. Игла была удалена созданием фрезевого тоннеля, через который, с применением интраоперационной рентгенографии и ригидного эндоскопа было найдено ушко иглы и она была

удалена. Во втором случае металлическая шариковая пуля при выстреле в лицо в упор пробила верхнюю губу и вошла в кость в области дна носа на глубину 6 мм на 7 мм левее от сагиттальной плоскости. Раневой канал был расширен, и пуля была удалена.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Адекватная противовоспалительная терапия позволила избежать посттравматического внутричерепного осложнения в первом случае и вторичного воспаления в области носа во втором.

ВЫВОДЫ

1. Пневматический газобаллонный пистолет ИЖ «Байкал» является очень опасным для здоровья оружием.
2. Операции при этих ранениях могут быть очень сложными.
3. Несовершенство российского закона об оружии позволяет свободно продавать подобное оружие даже по почте.
4. Необходимо запретить свободную продажу пневматического нарезного оружия независимо от калибра.

В.С. Яковлев, Л.Н. Белобратова, Ю.В. Ярошенко, Л.П. Сухоносков, М.И. Жарикова, А.Н. Исаков, В.К. Ко

ОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ РАНЕНИЯ КОНЕЧНОСТЕЙ ИЗ ГЛАДКОСТВОЛЬНОГО ОРУЖИЯ

*Дальневосточный государственный медицинский университет (Хабаровск)
Краевая клиническая больница № 1 (Хабаровск)*

Огнестрельные ранения из гладкоствольного оружия имеют ряд отличительных качеств по сравнению с огнестрельными ранениями, наносимыми из нарезного стрелкового оружия. Эти отличия заключаются в конструктивных особенностях оружия, боеприпаса и ранящего снаряда. Как известно, поражающее действие ранящего снаряда обусловлено его формой, массой и скоростью полета. Для гладкоствольного оружия используются снаряды из дроби, картечи и пули различной конструкции. Имея значительно меньшую скорость полета, по сравнению с пулями нарезного оружия, снаряд гладкоствольного оружия, обладая большой массой, в сред-

нем 32 г, при скорости полета 550 м/сек. развивает энергию, равную 4840 Дж, что значительно превышает энергию современных высокоскоростных мелкокалиберных ранящих снарядов (1657 Дж). Такой снаряд на дистанции выстрела до 50 м способен причинить значительное разрушение мягких тканей, сосудов, нервных стволов и костей. Наиболее тяжелые ранения из гладкоствольного оружия наблюдаются при стрельбе с близкой дистанции, до 10 м, когда снаряд дроби или картечи летит единой массой. Кроме самого ранящего снаряда в рану попадают элементы снаряжения патрона — войлочные или капроновые пыжи, картонные прокладки,

контейнеры и прочие компоненты заряда, способствующие нагноению раны в более ранние сроки. Эти обстоятельства предъявляют более строгие требования при оказании медицинской помощи раненым и проведении хирургических мероприятий.

Мы располагаем опытом лечения 129 больных с огнестрельными ранениями конечностей. Возраст больных от 20 до 60 лет (116 мужчин, 13 женщин). Из общего числа больных у 120 пациентов (93 %) ранения получены из гладкоствольного оружия, у 5 (3,9 %) наблюдались пулевые ранения из нарезного оружия и у 4 (3,1 %) — осколочные ранения при взрыве боеприпаса взрывного действия. У 57 пациентов (44,18 %) отмечались ранения только мягких тканей, у 72 (55,87 %) — наблюдались переломы костей поврежденных сегментов конечностей. Ранения дробью и картечью наблюдались у 88 больных (68,42 %), у 41 больного (31,58 %) — ранения пулями для гладкоствольного оружия различной конструкции и пулями калибром 7,62 и 9 мм.

В группе больных с ранениями мягких тканей первичная хирургическая обработка раны выполнена 42 больным. В последующем 5 больным потребовались повторные оперативные вмешательства — пластика дефектов кожи, наложение вторичных швов, дерматомная кожная пластика, удаление инородных тел. Продолжительность стационарного лечения составила 20 дней. У 15 больных имелись множественные точечные ранения дробью при выстреле с дальней дистанции. Этим больным выполнен туалет ран, введение СА, антибиотиков, обезболивающих средств. Продолжительность стационарного лечения составила 11 дней.

Огнестрельные переломы костей конечностей отмечены у 72 больных (55,87 %). Ранения дробью наблюдались у 31 больного, картечью — у 11, пулями — у 26, взрывные ранения — у 4 больных. Изолированные огнестрельные переломы отмечены у 60 больных, у 12 больных наблюдались множественные ранения и сочетанные повреждения. Вид переломов: неполный перелом — 6, дырчатый — 4, оскольчатый — 20, раздробленный — 42 больных. Оскольчатые и раздробленные переломы наблюдались у больных, получивших ранения дробью, картечью или пулями с дистанции выстрела до 10 м. Ранения верхней конечности и надплечья отмечены у 18 больных, нижней конечности — у 54. До 6 часов с момента ранения поступил 31 больной, до 24 часов — 12, более 24 часов — 29 больных. У всех больных, поступивших в сроки от 24 часов и более, наблюдались признаки раневой инфекции, у 4-х больных диагностирована анаэробная инфекция.

При раннем поступлении больных, после проведения основных реанимационных мероприятий, предпринималась первичная хирургическая обработка костно-мышечных ран по общепринятому принципу. Поиск и удаление отдельных элементов дробового снаряда не предпринимался, а вот компоненты патрона — пыжи, прокладки и т.п. — удалить из раны крайне необходимо. Метод фиксации костных отломков определялся видом перелома. Мы применяли иммобилизацию гипсовой повязкой, скелетное вытяжение, внеочаговый остеосинтез аппаратами внешней фиксации. При раздробленных переломах предпринимали резекцию костных отломков с полным удалением костных фрагментов из раны. Заживление таких ран проходило без нагноения, после чего предпринимался билокальный остеосинтез по Илизарову для восполнения дефекта кости (16 больных).

Отдаленные результаты лечения прослежены у 127 больных. Первичное заживление ран после проведения ПХО в ранние сроки наступило у 92 больных (78,7 %), у 25 больных (21,3 %) отмечено вторичное заживление. Средняя продолжительность лечения больных с дефектами костей составила 1,5 года. Хорошие и удовлетворительные результаты отмечены у 124 больных (98,4 %).

ВЫВОДЫ

1. Огнестрельные ранения из гладкоствольного оружия, наносимые с близкого расстояния, относятся к категории тяжелых повреждений.
2. При огнестрельных повреждениях из гладкоствольного оружия с близкого расстояния раннее развитие раневой инфекции обусловлено характером разрушения тканей и попаданием в рану составных компонентов снаряда патрона.
3. Положительные результаты лечения больных с огнестрельными ранениями из гладкоствольного оружия возможны только при последовательном проведении комплексных лечебных мероприятий, направленных на восстановление гомеостаза больного и проведения ПХО раны в полном объеме в максимально ранние сроки.

При раздробленных огнестрельных переломах первичная хирургическая обработка ран в сочетании с резекцией костных отломков в пределах здоровых тканей с последующим замещением дефекта кости билокальным остеосинтезом по Илизарову позволила предотвратить развитие гнойных осложнений и добиться хорошего результата.