

ОКАЗАНИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ КАТАСТРОФЕ

Е.Н. Шутров, А.В. Верещако, В.Н. Мусихин

*Ессентукская центральная городская больница, главный врач – Д.Г. Катанов
Ставропольский край, г. Ессентуки;*

*ГУ Российский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии
им. Р.Р. Вредена МЗ и СР РФ, директор – д.м.н. профессор Р.М. Тихилов;*

*Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного обучения,
ректор – д.м.н. профессор Н.А.Беляков*

Санкт-Петербург

При чрезвычайных происшествиях большое значение имеет правильная организация специализированной помощи пострадавшим. По данным Э.А. Нечаева с соавторами [1] клиническая практика мирного времени до недавних пор не имела аналогов минно-взрывных ранений (МВР). Они указывают, что основными группами МВР являются:

- отрывы и огнестрельные разможения сегментов конечностей (47%);
- множественные ранения мягких тканей с изолированными огнестрельными переломами конечностей (13,4%);
- множественные огнестрельные переломы костей конечностей (6,6%);
- изолированные ранения мягких тканей (26,8%).

Недалеко от г. Ессентуки 5.12.2003 г. в вагоне электропоезда был произведен террористический акт. В Центральную городскую больницу (ЦГБ) г. Ессентуки поступило 104 человека, у 90% пострадавших были осколочные ранения головы, шеи, плечевого пояса.

В Ессентукской ЦГБ нейрохирургическая служба, рассчитанная на 15 коек, входит в состав травматологического отделения, работу осуществляют два нейрохирурга.

Через несколько минут после теракта сообщение о нем поступило в больницу. Из отделения были выписаны все больные, находящиеся в удовлетворительном состоянии, и развернуты дополнительные койки. Через 15–20 минут стали поступать пострадавшие на машинах скорой помощи и попутном транспорте. Минуту приема отделение, их госпитализировали в палаты. Больных в бессознательном состоянии или с витальными нарушениями после осмотра опытным травматологом доставляли в реанимационное отделение, где они осматривались нейрохирургом. В первый час после теракта было развернуто 5 нейрохирургических операционных, в которых работали 5 нейрохирургов (4 прибыли из г. Пятигорска), ассистентами были хирурги и трав-

матологи, имевшие опыт работы с черепно-мозговой травмой. Один нейрохирург производил осмотр пострадавших в клинических отделениях, где устанавливал показания к операции, определял очередность доставки больных в операционную, направлял их на рентгенографию черепа, ЭХО-энцефалоскопию, а особенно тяжелых больных – в реанимационное отделение. Благодаря этому в первые 6 часов удалось прооперировать 15 пострадавших с открытыми огнестрельными осколочными повреждениями черепа и головного мозга.

Операции заключались в проведении первичной хирургической обработки раны с расширенной резекционной трепанацией черепа на стороне повреждения либо с обеих сторон при сквозных проникающих ранениях с целью декомпрессии, в остановке кровотечения, удалении мозгового детрита по ходу раневого канала, обработке контузионных очагов с удалением поверхностно лежащих в ране металлических осколков. Затем накладывали швы на твердую мозговую оболочку, мягкие ткани, устанавливали приточно-отточную дренажную систему.

Одному пострадавшему с сочетанной травмой после торако- и лапаротомии была выполнена ламинэктомия C_{VI} по поводу осколочного повреждения остистого отростка и дужки позвонка без повреждения спинного мозга. Пять больных с ушибом спинного мозга без его сдавления лечили консервативно.

Из-за большого количества пострадавших кроме реанимационного отделения была развернута дополнительная палата интенсивной терапии в одной из операционных травматологического отделения. После операции всем больным проводилась ИВЛ.

В условиях массового поражения у пострадавших с нарушением сознания и памяти использовали цифровую нумерацию больных. На бланках историй болезни и одновременно на коже груди ставили цифры с порядковым номером. Затем, сверяя номера, оформляли медицин-

скую документацию. Почти у всех оперированных по поводу проникающих ранений черепа, несмотря на проводимую массивную антибактериальную терапию, уже на вторые сутки возникли гнойно-септические осложнения (менингиты, менингоэнцефалиты, трахеобронхиты, пневмонии), явившиеся причиной смерти двух больных.

Из-за отсутствия томографа в г. Эссентуки больным с нарастающей общемозговой и очаговой неврологической симптоматикой проводили компьютерную томографию головного мозга в железнодорожной больнице г. Минеральные Воды. У 5 больных в полости черепа выявлены пластмассовые шарики диаметром до 0,5 см, невидимые на рентгенограммах. При этом на коже были обнаружены минимальные повреждения в виде мелко-точечных ран диаметром до 0,5 см. По ходу раневого канала чуть большего размера на глубине до 3 см диагностировались повреждения вещества мозга, окруженные зоной контузии и перифокального отека. Двоим больным с боковой дислокацией мозга были выполнены декомпрессионная трепанация и обработка контузионных очагов.

Еще у двух больных при компьютерной томографии были обнаружены контузионные очаги с отеком головного мозга. Им выполнены повторные вмешательства – увеличение размеров трепанационного дефекта с удалением контузионных очагов.

В первые дни после травмы для осмотра пострадавших был созван консилиум врачей Ставропольского края (нейрохирурги, травматологи, неврологи, офтальмологи, психологи, терапевты, ЛОР). Почти у всех больных обнаружены нарушения психоэмоциональной сферы и слуха (следствие баротравмы). Из 104 пострадавших умерло 7 человек, в том числе 2 – с сочетанной черепно-мозговой травмой. Причиной их гибели были менингоэнцефалиты и обструктивная бронхопневмония.

Опыт, приобретенный при оказании экстренной помощи пострадавшим в ЦГБ г. Эссентуки, позволяет сделать следующие выводы.

В целях совершенствования оказания квалифицированной (специализированной) нейрохирургической помощи при террористических актах, стихийных бедствиях целесообразно:

- создать нейрохирургические отделения во всех многопрофильных стационарах;
- ввести в штатное расписание центральных районных больниц ставку нейрохирурга;
- организовать обязательное обучение всех хирургов, анестезиологов, врачей скорой помощи диагностике и оказанию неотложной помощи при травме центральной нервной системы.

Литература

1. Нечаев Э.А. Минно-взрывная травма / Э.А. Нечаев, А.И. Грицанов, Н.Ф. Фомин, И.П. Миннуллин. – СПб.: Альда, 1994. – 488 с.