© Коллектив авторов, 2012
УДК 616-001-02:623.442.7«Оса»

А. М. Ходов¹, А. С. Золотов¹, Л. С. Филипченков²

ОСОБЕННОСТИ РАНЕНИЙ ТРАВМАТИЧЕСКИМ ОРУЖИЕМ САМООБОРОНЫ «ОСА»

¹ Владивостокский государственный медицинский университет, ² Городская клиническая больница № 2, г. Владивосток

Ключевые слова: травматическое оружие «Оса», ранения, особенности.

Введение. В течение нескольких столетий лечение огнестрельных ранений остается одной из самых актуальных проблем хирургии. Многими поколениями хирургов накоплен значительный опыт, определена тактика лечения пациентов с огнестрельными повреждениями. Однако военная наука и техника не стоят на месте — совершенствуются старые и появляются новые виды оружия. В связи с этим меняется и характер ранений, с которыми вынуждены сталкиваться современные хирурги. Сравнительно недавно появилось травматическое оружие самообороны «Оса». Авторы данного вида оружия предполагали, что его основным назначением будет являться временное выведение из строя живой силы противника без причинения перманентного вреда здоровью. Однако на практике такое оружие выглядит совсем не безобидным. Практические хирурги довольно часто принимают участие в лечении пациентов с ранениями, нанесенными различными видами травматического оружия, — «резинострелами», «пневморужьями» и «пневмопистолетами», бесствольным комплексом «Оса». В то же время, публикаций, посвященных лечению ранений от травматического оружия и, в частности, от оружия самообороны «Оса», совсем немного [1, 2, 4]. По этой причине данная проблема требует дальнейшего изучения.

Цель исследования — выявить особенности и проанализировать исходы ранений от травматического оружия самообороны «Оса».

Материал и методы. Проанализировано лечение 24 пациентов, получивших огнестрельное ранение от травматического оружия самообороны «Оса». Среди пациентов было 23 (95,8%) мужчины и только 1 (4,2%) женщина. Средний возраст больных составил (31,0±14,6) года (от 21 года до 76 лет).

В 20 (83,3%) случаях ранение было одиночным, в 4 (16,7%) — множественным.

По локализации изолированные повреждения распределялись следующим образом: голова — 8 пациентов, грудь — 2,

плечо — 2, бедро — 5, поясница — 1, ягодица — 1. Среди пациентов с множественными повреждениями наблюдались следующие сочетания: грудь+плечо (у 1), грудь+предплечье (у 1), плечо+предплечье (у 1), голова+предплечье+бедро (у 1). У 7 (29,2%) пострадавших ранение было слепым, у 12 (50%) — сквозным, у 5 (20,8%) — касательным. Все пациенты поступили в стационар в первые 6 ч после травмы, причем большинство (16) — в первый час после происшествия.

Пациент с огнестрельным ранением головы, находившийся в агонирующем состоянии, был сразу доставлен в реанимационный зал, где начаты реанимационные мероприятия. Остальных пострадавших после непродолжительной подготовки и необходимого обследования подавали в операционную, где выполняли первичную хирургическую обработку (ПХО) огнестрельной раны. Операции выполняли под общим обезболиванием (у 18 человек) либо с использованием различных видов местной анестезии (у 6). Первичную хирургическую обработку раны производили в соответствии с принципами военно-полевой хирургии: рассечение раны, ревизия, удаление инородных тел, иссечение нежизнеспособных тканей, обильное промывание раны растворами антисептиков, дренирование [3]. У 3 пострадавших ПХО раны сочеталась с элементами реконструкции: шов плечевой артерии, ушивание плевры и дренирование по Бюлау, пластика твердой мозговой оболочки. При ранении лица и волосистой части головы в конце операции накладывали первичные швы. В остальных случаях раны после ПХО оставлены открытыми. У больных с локализацией ранений на конечностях после операции проводили иммобилизацию поврежденного сегмента гипсовыми шинками. У 3 пациентов на 2–4-е сутки после травмы наложены отсроченные первичные швы, у 5 — на 3–5-е сутки выполнена вторичная хирургическая обработка (ВХО) раны в связи с выявленными очагами некроза мягких тканей. Больному с переломом плеча после выполнения ВХО наложен аппарат наружной фиксации.

Результаты и обсуждение. Несмотря на проводимые реанимационные мероприятия, 1 пациент с огнестрельным ранением черепа скончался через 10 мин после поступления. На секции было выявлено проникающее огнестрельное ранение черепа с размозжением вещества мозга.

У 19 (82,6%) пострадавших раны зажили первичным натяжением, у 4 (17,4%) — вторичным за счет краевой эпителизации. Острого гнойного воспаления ран не наблюдали. Средний срок стационарного лечения составил (12,8±8,7) дня.

Отдаленные результаты лечения в сроки от 6 мес до 1 года прослежены у 14 пациентов. У 13 из них наступило полное выздоровление, в том числе и у больного с повреждением плечевой артерии, сосудистый шов оказался состоятельным, функция руки восстановлена полностью. Один пациент с переломом плеча продолжает лечение. Рана зажила вторичным натяжением, однако, перелом не сросся, в связи с чем планируется костно-пластическая операция.

Огнестрельное оружие появилось в XIV в. Новые виды оружия порождают и новые виды ранений, с которыми сталкиваются хирурги. В 1997 г. под руководством канд. техн. наук Г. А. Бидеева в НИИ прикладной химии (г. Сергиев Посад, Московская обл.) был разработан бесствольный пистолет ПБ-4 «Оса» [5, 6]. Это многофункциональная система гражданского огнестрельного бесствольного оружия самообороны, предназначенная для активной самообороны, подачи сигналов и освещения местности. Согласно ст. 3 Федерального Закона Российской Федерации от 13.12.1996 г. № 150-ФЗ, официальное название такого оружия выглядит следующим образом: «...огнестрельное бесствольное оружие отечественного производства с патронами травматического, газового и светозвукового действия, соответствующими нормам Министерства здравоохранения Российской Федерации».

Травматический патрон комплекса «Оса» снаряжается тяжелой крупнокалиберной пулей, выполненной из резины и имеющей армирующий металлический сердечник. Такой травматический элемент на дистанции самообороны сохраняет энергию, достаточную для пресечения преступных посягательств на личность обороняющегося. Энергетическая характеристика боеприпаса к этому оружию составляет 80–85 Дж [1]. Попадая в противника, травматический элемент наносит ему сильный удар, вызывающий болевой шок. Эффект от попадания крупнокалиберной пули часто сравнивают с ударом боксера-профессионала. Создатели комплекса «Оса» ставили целью свести вероятность нанесения здоровью человека тяжкого и смертельного вреда к возможному минимуму. Однако в реальной жизни этого не получилось. Судя по немногочисленным пока публикациям в хирургических журналах, ранения из травматического оружия, в том числе и из комплекса «Оса», довольно часто вызывают серьезные повреждения — переломы костей, проникающие ранения грудной и брюшной полостей, черепа, травмы магистральных сосудов [1, 2, 4]. Иногда ранения заканчиваются летальным исходом.

Даже в сравнительно небольшой группе наших пациентов, состоящей из 24 человек, нередко наблюдались серьезные ранения: перелом костей черепа (у 2), плеча (у 1), повреждение магистральной артерии (у 1), плевры (у 1), у одного из раненых — закончилось летальным исходом.

Травматическое оружие, безусловно, отличается от традиционного огнестрельного оружия. Тем не менее, оказание помощи нашим пациентам проводилось в соответствии с принципами военно-полевой хирургии. Вероятно, это сыграло определенную роль в профилактике инфекционных осложнений. В большинстве случаев раны зажили первичным натяжением.

Выводы. 1. Наш небольшой опыт показывает, что вопреки утверждениям разработчиков травматического оружия самообороны «Оса», последнее довольно часто причиняет «перманентный вред здоровью» и может быть смертельным.

2. Активная хирургическая тактика по отношению к ранениям данного вида предупреждает развитие серьезных инфекционных осложнений.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Абакумов М. М., Цамалаидзе Л. Н., Воскресенский О. В., Джабраев К. Р. Ранения шеи, груди и живота огнестрельным травматическим оружием // Хирургия. — 2011. — № 11. — С. 16–22.
2. Бычков И. И. Огнестрельное ранение стопы травматическим оружием // Вестн. хир. — 2007. — № 3. — С. 87.
3. Лисицын К. М., Шапошников Ю. Г. Военно-полевая хирургия. — М.: Медицина, 1982. — 385 с.
4. Черенок Е. П. Ранения кисти пулевым оружием не смертельного действия // III Всероссийский съезд кистевых хирургов. — М., 2010. — С. 98–99.
5. <http://www.megasword.ru/index.php?pg=120>
6. <http://www.tnwt.ru/complex.asp>

Поступила в редакцию 18.11. 2011 г.

A. M. Khodov, A. S. Zolotov, L. S. Filipchenkov

SPECIFIC FEATURES OF WOUNDS WITH A SELF-DEFENSE TRAUMATIC WEAPON «OSA»

Specific features and outcomes of wounds with a traumatic weapon of self-defense «Osa» were analyzed in 24 patients. Mean age of the wounded was from 21 to 76 years. In 20 patients there was a single wound, in 4 patients it was multiple, in 7 — blunt, in 12 — perforating and 5 patients had gutter wounds. All the patients were treated according to the principles of field military surgery. Five patients had severe wounds: penetrating fracture of the skull (2 of them died), fracture of the shoulder (1 case), injury of the main artery (1 case), of the pleura (1 case). The wounds were closed up by primary intention in 19 patients, by second intention in 4 patients. The authors' experience shows that a traumatic weapon of self-defense «Osa» rather often caused permanent harm to health and can be mortal. Active surgical strategy in treatment of such patients prevents the development of serious infectious complications.