

Медико-биологические проблемы жизнедеятельности

Научно-практический рецензируемый журнал

№ 2(18)

2017 г.

Учредитель

Государственное учреждение
«Республиканский научно-
практический центр
радиационной медицины
и экологии человека»

Журнал включен в Перечень научных изданий Республики Беларусь для опубликования диссертационных исследований по медицинской и биологической отраслям науки (31.12.2009, протокол 25/1)

Журнал зарегистрирован
Министерством информации
Республики Беларусь,
Свид. № 762 от 6.11.2009

Подписано в печать 28.09.17.
Формат 60×90/8. Бумага мелованная.
Гарнитура «Times New Roman».
Печать цифровая. Тираж 200 экз.
Усл. печ. л. 17,09. Уч.-изд. л. 10,1.
Зак. 187.

Издатель ГУ «Республиканский
научно-практический центр
радиационной медицины и
экологии человека»
Свидетельство N 1/410 от 14.08.2014

Отпечатано в КУП
«Редакция газеты
«Гомельская праўда»
г. Гомель, ул. Полесская, 17а

ISSN 2074-2088

Главный редактор, председатель редакционной коллегии

А.В. Рожко (д.м.н., доцент)

Редакционная коллегия

В.С. Аверин (д.б.н., профессор, зам. гл. редактора),
В.В. Аничкин (д.м.н., профессор), В.Н. Беяковский
(д.м.н., профессор), Н.Г. Власова (д.б.н., доцент, научный редактор),
А.В. Величко (к.м.н., доцент), И.В. Веякин (к.б.н., доцент),
В.В. Евсеенко (к.п.с.н.), С.В. Зыблева (к.м.н., отв. секретарь),
С.А. Игумнов (д.м.н., профессор), А.В. Коротаев (к.м.н., доцент),
А.Н. Лызикив (д.м.н., профессор), А.В. Макарич (к.м.н., доцент),
С.Б. Мельнов (д.б.н., профессор), Э.А. Надыров (к.м.н., доцент),
И.А. Новикова (д.м.н., профессор), Э.Н. Платошкин (к.м.н., доцент),
Э.А. Повелица (к.м.н.), Ю.И. Рожко (к.м.н., доцент),
И.П. Ромашевская (к.м.н.), М.Г. Русаленко (к.м.н.), А.Е. Силин (к.б.н.),
А.Н. Стожаров (д.б.н., профессор), А.Н. Цуканов (к.м.н.),
Н.И. Шевченко (к.б.н., доцент)

Редакционный совет

В.И. Жарко (зам. премьер-министра Республика Беларусь, Минск),
А.В. Аклеев (д.м.н., профессор, Челябинск), С.С. Алексанин (д.м.н., профессор, Санкт-Петербург),
Д.А. Базыка (д.м.н., профессор, Киев), А.П. Бирюков (д.м.н., профессор, Москва),
Е.Л. Богдан (Начальник Главного управления организации медицинской помощи Министрство здравоохранения),
Л.А. Бокерия (д.м.н., академик РАН и РАМН, Москва), А.Ю. Бушманов (д.м.н., профессор, Москва),
И.И. Дедов (д.м.н., академик РАМН, Москва), М.П. Захарченко (д.м.н., профессор, Санкт-Петербург),
Л.А. Ильин (д.м.н., академик РАМН, Москва), К.В. Котенко (д.м.н., профессор, Москва),
В.Ю. Кравцов (д.б.н., профессор, Санкт-Петербург), Н.Г. Кручинский (д.м.н., Минск),
Т.В. Мохорт (д.м.н., профессор, Минск), Д.Л. Пиневиц (Минск), В.Ю. Рыбников (д.м.н., профессор, Санкт-Петербург),
Ф.И. Тодуа (д.м.н., академик НАН Грузии, Тбилиси), Н.Д. Тронько (д.м.н., профессор, Киев),
В.А. Филонюк (к.м.н., доцент, Минск), Р.А. Часнойть (к.э.н., Минск), В.Е. Шевчук (к.м.н., Минск),
В.Д. Шило (Минск)

Технический редактор

С.Н. Никонович

Адрес редакции 246040 г. Гомель, ул. Ильича, д. 290,
ГУ «РНПЦ РМ и ЭЧ», редакция журнала
тел (0232) 38-95-00, факс (0232) 37-80-97
<http://www.mbp.rcrm.by> e-mail: mbp@rcrm.by

© Государственное учреждение
«Республиканский научно-практический центр
радиационной медицины и экологии человека», 2017

№ 2(18)

2017

Medical and Biological Problems of Life Activity

Scientific and Practical Journal

Founder

Republican Research Centre
for Radiation Medicine
and Human Ecology

Journal registration
by the Ministry of information
of Republic of Belarus

Certificate № 762 of 6.11.2009

© Republican Research Centre
for Radiation Medicine
and Human Ecology

ISSN 2074-2088

Содержание

Content

Обзоры и проблемные статьи

В.Я. Латышева, А.Е. Филостин, В. И. Курман, Н.А. Гурко, А.С. Барбарович

Дисцит: клиника, диагностика, лечение 6

Е.В. Макаренко
Ревматическая полимиалгия 16

С.П. Соловей
Атеросклероз, кальциноз сосудов, остеопороз: патогенетические, молекулярные и клинические корреляции 26

Медико-биологические проблемы

В.С. Аверин, А.Н. Батян, К.Н. Бuzдалкин, В.Б. Масыкин, Е.В. Копыльцова, Е.К. Нилова, Э.Н. Цуранков
Радиационно-гигиеническое обследование некоторых населённых пунктов, по данным каталога доз-2015 средняя годовая доза облучения жителей которых может превысить 1 мЗв/год 37

А.В. Воропаева, А.Е. Силин, С.М. Мартыненко, И.Н. Козарь, В.Н. Мартинков, А.А. Силина, И.Б. Тропашко
Возможности стандартного цитогенетического исследования и полимеразной цепной реакции в диагностике хронического миелолейкоза и острого лимфобластного лейкоза 44

Л.А. Горбач
Риск возникновения туберкулеза органов дыхания у лиц в возрасте до 19 лет, проживающих в наиболее пострадавших от чернобыльской катастрофы районах 49

Е.В. Николаенко, С.И.Сычик
Обоснование защитных мероприятий при запроектных радиационных авариях на АЭС 56

И.Н. Коляда, О.В. Позднякова
Динамика состояния здоровья населения Гомельской области, пострадавшего вследствие катастрофы на ЧАЭС 63

Reviews and problem articles

V.Ya. Latysheva, A.E. Philustin, V.I. Kurman, N.A. Gurko, A.C. Barbarovich
Discitis: clinical picture, diagnostics, treatment

E.V. Makarenko
Polymyalgia rheumatica

S.P. Salavei
Atherosclerosis, vascular calcification, osteoporosis: pathogenetic, molecular and clinical correlations

Medical-biological problems

V.S. Averin, A.N. Batyan, K.N. Buzdalkin, V.B. Masyakin, E.V. Kopyltsova, E.K. Nilova, E.N. Tsurankov
Radiation-hygienic examination of some populated items, according to dos-2015 date-medium, the average annual dose of irradiation of residents that may be exceeded 1 msv/year

A.V. Voropaeva, A.E. Silin, S.M. Martynenko, I.N. Kozar, V.N. Martinkov, A.A. Silina, I.B. Tropashko
The capabilities of standard cytogenetic analysis and polymerase chain reaction in diagnosis of chronic myeloid leukemia and acute lymphoblastic leukemia

L.A. Gorbach
The risk of pulmonary tuberculosis in persons under 19 years residing in the most affected by the Chernobyl accident areas

A. Nikalayenka, S. Sychik
Substantiation of protection measures in beyond design accident on NPP

I.N. Kolyada, O.V. Pozdnyakova
Health status dynamics of Gomel region population affected by the Chernobyl accident

- А.А. Чешик, И.В. Веялкин, А.В. Рожко**
Особенности заболеваемости гемобластозами у населения Республики Беларусь, эвакуированного из зоны отчуждения в 1986 г. 69

Клиническая медицина

- Т.В. Алейникова**
Анализ геометрических паттернов левого желудочка и турбулентности сердечного ритма у пациентов с артериальной гипертензией II степени с учетом возрастных и гендерных различий 76

- А.В. Бойко, В.В. Пономарев, Т.В. Хомиченко, И.И. Михневич**
Влияние нейровоспаления на когнитивные нарушения при болезни Паркинсона 83

- А.А. Дмитриенко, В.В. Аничкин, Ю.И. Ярец, Н.И. Шевченко, М.Ф. Курек, А.Я. Маканин, В.И. Сильвестрович**
Антибактериальная терапия при гнойных осложнениях диабетической остеоартропатии Шарко 89

- И.С. Карпова, О.А. Суджаева, О.В. Кошлатая**
Спекл-трекинг эхокардиография у постинфарктных пациентов с различной тяжестью хронической коронарной недостаточности 99

- А.Ю. Крылов, О.Г. Суконко**
Первично-множественные опухоли при тройном негативном раке молочной железы в Гродненской области в 2011-2015 гг. 105

- А.Н. Михайлов, А.Е. Филюстин, И.Г. Савастеева**
Сравнительная характеристика изменений поясничных позвонков по данным остеоденситометрии и двухэнергетической компьютерной томографии у пациентов с дегенеративными изменениями позвоночника 110

- A.A. Cheshik, I.V. Veyalkin, A.V. Razhko**
Incidence of malignant neoplasms of blood and lymphatic system in Belorussian evacuees

Clinical medicine

- T.V. Aleynikova**
Analysis of the geometric patterns of the left ventricle and heart rate turbulence in patients with arterial hypertension II degree taking into account age and gender differences

- A.V. Boika, V.V. Ponomarev, T.V. Homichenko, I.I. Mikhnevich**
Influence of neuroinflammation on cognitive impairment in Parkinson's disease

- A.A. Dmitrienko, V.V. Anichkin, Y.I. Yarets, N.I. Shevchenko, M.F. Kurek, A.Y. Makanin, V.I. Silvestrovich**
Antibacterial therapy for purulent complications of diabetic osteoarthropathy Charcot

- I.S. Karpova, O.A. Sujayeva, O.V. Koshlataya**
Speckle tracking echocardiography in patients with previous myocardial infarction with varying severity chronic coronary insufficiency

- A.Yu. Krylov, O.G. Sukonko**
Primary-multiple tumors with triple negative breast cancer in the Grodno region in 2011-2015

- A. Mikhailov, A. Philustin, I. Savasteeva**
Comparative characteristics of changes in lumbar vertebrae from osteodensitometry and dual-energy computed tomography within the patients with degenerative spine changes

- В.В. Похожай, А.В. Величко, З.А. Дундаров, С.Л. Зыблев**
Диагностические критерии уровня паратиреоидного гормона в смыве с пункционной иглы при биопсии паращитовидных желез в норме и патологии 116

- О.А. Суджаева, О.В. Кошлатая, Т.В. Ильина, И.С. Карпова, А.А. Вавилова**
Особенности неинвазивной оценки функционального состояния системы кровообращения у пациентов с хронической ишемической болезнью сердца после чрескожных коронарных вмешательств 122

- Н.Н. Усова, А.Н.Цуканов, Л.А. Лемешков**
Уровень тиреоидных гормонов при острых и хронических нарушениях мозгового кровообращения 128

Обмен опытом

- В.В. Масляков, Б.П. Кудрявцев, В.Г. Барсуков, К.Г. Куркин, А.В. Усков**
Пути совершенствования медицинской помощи раненым с огнестрельными ранениями в условиях локального военного конфликта 134

Experience exchange

- V.V. Masljakov, B.P. Kudrjavcev, V.G. Barsukov, K.G. Kurkin, A.V. Uskov**
Ways of improvement of medical care to the wounded with gunshot wounds in the conditions of the local military conflict

УДК 616.743/.745-001.4-089(470.661-25)

В.В. Масляков¹, Б.П. Кудрявцев²,
В.Г. Барсуков¹, К.Г. Куркин¹, А.В. Усков¹

ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ РАНЕННЫМ С ОГНЕСТРЕЛЬНЫМИ РАНЕНИЯМИ В УСЛОВИЯХ ЛОКАЛЬНОГО ВОЕННОГО КОНФЛИКТА

¹Частное учреждение образовательная организация высшего образования
«Медицинский университет «Реавиз», г. Саратов, Россия

²ФГБУ «Всероссийский центр медицины катастроф «Защита», г. Москва, Россия

Целью исследования явилась совершенствование организации и оказания медицинской помощи гражданскому населению с огнестрельными ранениями груди и шеи в условиях локальных военных действий на примере Чеченской компании. Проведено ретроспективное изучение 206 раненых из числа гражданского населения с огнестрельными ранениями. В большинстве наблюдений отмечены пулевые ранения, которые выявлены в 191 (92,7%) наблюдениях, осколочные отмечены лишь в 15 (2,8%) наблюдениях. В 178 (86,4%) ранения были одиночные, в остальных 28 (13,5%) – множественные. Из общего количества раненых ранения в области шеи имели 78 (37,8%), груди – 56 (21,7%), сочетанные ранения груди и шеи – 72 (34,9%). Проведенный анализ оказания медицинской помощи раненым с огнестрельными ранениями позволил выявить основные проблемы и дефекты оказания медицинской помощи при огнестрельных ранениях в условиях локального вооруженного конфликта. Определено совершенствование мероприятий, направленных на снижение количества как организационных, так лечебно-диагностических ошибок.

Ключевые слова: огнестрельные ранения, локальный военный конфликт

Введение

Проблема локальных военных конфликтов в настоящее время не утратила своей актуальности [1-3, 6, 7]. Несомненно, в данных конфликтах страдают не только военнослужащие, но и мирные граждане. При этом если система оказания медицинской помощи среди военнослужащих отработана достаточно хорошо, то при оказании медицинской помощи раненым среди гражданского населения имеются определенные проблемы [2, 3, 5, 9]. Данные проблемы связаны в первую очередь с отсутствием этапности оказания помощи, зачастую раненые доставляются попутным транспортом, при этом не оказывается ни какая первая медицинская помощь, не говоря уже о квалифицированной. Все это не может не оказывать влияния на течение ближайшего послеоперационного периода, развитие осложнений и летального исхода [2, 3, 4, 8, 9]. В связи с этим целью наше-

го исследования явилось совершенствование организации и оказания медицинской помощи гражданскому населению с огнестрельными ранениями груди в условиях локальных военных действий на примере Чеченской компании.

Цель исследования – наметить пути совершенствования оказания медицинской помощи при огнестрельных ранениях в условиях локального военного конфликта.

Материал и методы исследования

Для достижения поставленной цели было проведено ретроспективное изучение 206 раненых из числа гражданского населения с огнестрельными ранениями шеи и груди. Все раненые находились на лечении в хирургическом стационаре медицинской организации № 9 г. Грозного Чеченской республики. В большинстве наблюдений отмечены пулевые ранения, которые выявлены в 191 (92,7%) наблюдениях, осколоч-

ные отмечены лишь в 15 (2,8%) наблюдениях. В 178 (86,4%) ранения были одиночные, в остальных 28 (13,5%) – множественные. Из общего количества раненых ранения в области шеи имели 78 (37,8%), груди – 56 (21,7%), сочетанные ранения груди и шеи – 72 (34,9%).

Критериями включения были: огнестрельные ранения шеи и (или) груди.

Критериями исключения: сочетанные ранения груди, живота, головы, конечностей, дети до 15 лет, повреждения спинного мозга.

Были выполнены следующие операции при ранениях шеи: трахеостомия без шва гортани и трахеи в 26,3%; атипичная трахеостомия без шва гортани и трахеи – 16,2%; шов гортани или трахеи с трахеостомией – 13,1% и диагностическая ревизия внутренних структур шеи, которая была выполнена в 12,4% наблюдений, кроме того в 10,8% наблюдений была проведена торакотомия. При ранениях груди ушивание раны легкого – 8 (12,9%); атипичная резекция легкого – 1 (1,6%); перевязка артерии – 5 (8,1%); ушивание раны сердца – 10 (16,1%); ушивание раны пищевода – 2 (3,2%). В 96% наблюдений операция начиналась с проведения ПХО раны.

Результаты исследования

При оказании медицинской помощи на догоспитальном этапе, в зависимости от обстоятельств происшествия, участвовали ополченцы, оказавшиеся у места происходящих событий; родственники; случайные свидетели происшествия. При этом в большинстве наблюдений были отмечены элементы само- и взаимопомощи. Способы эвакуации характеризовались значительной вариабельностью: от прибытия в стационар пешком, доставки в медицинскую организацию раненых на руках до использования армейской техники. В 17% наблюдений раненые были доставлены пешком в сопровождении родственников или случайных лиц, в остальных 83% наблюдений – различным автомобильным транспортом. При этом в подавляющем большинстве наблюдений

транспортировка осуществлялась по непригодным, разбитым дорогам, что сопровождалось тряской. В ряде случаев это приводило к тяжелым или необратимым изменениям со стороны жизненно важных функций организма. Во всех наблюдениях инфузионная терапия на этом этапе не проводилась. В 85,5% случаев первую помощь раненым с огнестрельными ранениями оказывали родственники, случайные свидетели происшествия. В связи с тем, что подавляющее большинство раненых доставлялось в медицинскую организацию не медицинскими работниками, а родственниками пострадавших, не имеющими доставочных навыков в оказании первой медицинской и доврачебной помощи, задачами которых являются устранение причин, угрожающих жизни и ведущим к развитию тяжелых состояний, большинству раненых (42,4%) мероприятия первой медицинской и доврачебной помощи в догоспитальный период проведены не были. Анализ лечебных мероприятий, проводившихся раненым на догоспитальном этапе, показал, что перевязка раны была выполнена – 61 (57,5%) раненому, наложение окклюзионной повязки при ранениях груди – 7 (6,6%), обезболивание наркотическими анальгетиками – 3 (2,8%), наложение транспортной иммобилизации – 3 (2,8%). Необходимо отметить, что нуждаемость в мероприятиях первой медицинской и доврачебной помощи почти вдвое превышала произведенное их число.

Особенности организации помощи раненым с огнестрельными ранениями в Чечне во многом определялись условиями антитеррористической операции, нехваткой медицинских кадров и медицинских организаций, нарушенной инфраструктурой, вследствие чего большинство раненых доставлялись в больницу попутным транспортом (родственниками или посторонними) – 95%. При этом необходимо учитывать следующие факторы:

1. Помощь раненым оказывалась общими хирургами, не имеющими специализации

ции по торакальной хирургии и специальных знаний по военно-полевой хирургии.

2. Оказание помощи проводилось в условиях боевых действий, проводившихся в городе.

3. Существовала серьезная нехватка как медикаментов, так и диагностического оборудования.

4. Отсутствовала этапность в лечении раненых с огнестрельными ранениями.

Анализ распределения раненых в зависимости от времени доставки в медицинскую организацию показал, что до 0,5 часов было доставлено 25 (23,5%) раненых; от 0,5 до 1 часа – 34 (32%); 1-3 часа – 26 (24,5%); 3-4 часов – 21 (19,8%) раненых. Из представленных данных можно сделать заключение, что 55,6% раненых было доставлено в первые часы от момента получения ранения.

Проведенный анализ оказания медицинской помощи раненым с огнестрельными ранениями позволил выявить основные проблемы и дефекты оказания медицинской помощи при огнестрельных ранениях в условиях локального вооруженного конфликта.

Все ошибки условно можно разделить на две большие группы:

- I. Организационные.
 - Связанные с отсутствием сортировки или ошибками при ее проведении, были выявлены в 4,7% наблюдениях;
 - Увеличение обследования раненых, поступивших в тяжелом состоянии – 11,3% наблюдений;
 - Плохая материально-техническая обеспеченность медицинской организации – является следствием разрушения инфраструктуры, затруднением своевременной доставки лекарственных препаратов; отсутствие специальной подготовки у врачей.
- II. Лечебные.
 - Связанные с неправильной постановкой диагноза, недооценкой степени повреждения и степени тяжести состояния раненого – 9,4% случаев;
 - Неадекватное проведение противошоковой терапии – 11,3%;

- Технические ошибки при выполнении ПХО – 14,1% наблюдений; расширение показаний к торакотомии; неадекватная предоперационная подготовка – в 16,9% случаях;
- Невыполнение реинфузии излившейся крови – 5,6% наблюдений.

В таких условиях тактику лечения больного приходилось определять при минимальном объеме диагностических манипуляций, технического и медикаментозного оснащения медицинской организации, прекрасно понимая, что эффективность лечения тяжелой травмы во многом зависит от своевременности диагностики и выполненных лечебных мероприятий в первые часы с момента травмы.

На основании проведенного анализа нами разработан лечебно-диагностический алгоритм оказания помощи раненым с огнестрельными ранениями шеи и (или) груди, который включает:

1. Восстановление проходимость дыхательных путей.
2. Остановка кровотечения и восполнение кровопотери (реинфузия)
3. Устранение боли – введение наркотических анальгетиков.
4. Пункция или, по мере необходимости, адекватное дренирование плевральной полости.
5. Инфузионная, антибактериальная и симптоматическая терапия.

Исключение составляли лишь раненые с признаками интенсивного продолжающегося кровотечения, которые из приемного отделения направлялись сразу же в операционную, где вмешательство начиналось на фоне интенсивной терапии.

С учетом специфики оказания медицинской помощи в условиях локального военного конфликта при отсутствии этапов эвакуации, когда раненые доставляются не специализированном, а попутным транспортом, не приспособленным к эвакуации таких раненых, отсутствии доврачебной помощи, основная нагрузка по оказанию медицинской помощи ложится на медицинский персонал медицинской организации.

Поэтому считаем необходимым совершенствование мероприятий, направленных на снижение количества как организационных, так лечебно-диагностических ошибок. Такие мероприятия должны включать в себя несколько направлений, первое – проведение мероприятий, направленных на повышение квалификационных требований – обязательное обучение врачей и среднего медицинского персонала вопросам оказания специализированной медицинской помощи, а так же вопросам эвакуации с огнестрельными ранениями груди. Этого можно достичь несколькими способами:

1. Включение этих вопросов в программу обязательного обучения при прохождении курсов усовершенствования;

2. Проведение лекций и семинаров с практикующими медицинскими работниками, преподавателями ведущих медицинских ВУЗов, в том числе дистанционно.

В условия массового поступления раненых, как правило, медицинский персонал не располагает достаточным количеством времени для ведения и заполнения обычной медицинской документации, что требует разработки более облегченного и доступного варианта ведения медицинских документов в условиях гражданского здравоохранения, предусматривающего такие случаи.

К медицинскому персоналу, оказывающему помощь таким раненым, должны быть предъявлены требования владения большим количеством реанимационных мероприятий: интубация трахеи, пункция перикарда при подозрении на тампонаду сердца при его ранении, наложение окклюзионной повязки в случае развития открытого пневмоторакса, техника проведения плевральной пункции, владение методами гемостаза при наружном кровотечении, проведение инфузионной терапии, методами адекватного обезболивания, ИВЛ. При поступлении пострадавших с огнестрельными ранениями следует более широко использовать методы обезболивания, включая применение наркотика, а также наркотические анальгетики, при этом предпочтение следует отдавать

анальгетикам опиоидного ряда, не угнетающим дыхание, а также трамadolu или трамалу, 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 целью достижение 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 груди следует разделить на 4 группы [3]: нуждающиеся в проведении реанимационных мероприятий; нуждающиеся в экстренном хирургическом вмешательстве; нуждающиеся в отсроченном хирургическом лечении; нуждающиеся в консервативном лечении и наблюдении. При проведении хирургической обработки огнестрельных ран необходимо исходить из следующих принципов: операция должна осуществляться при адекватном обезболивании, тщательность выполнения, полноценное, широкое иссечение раны со вскрытием всех ее полостей, что позволит полноценно аэрировать ее; тщательное удаление инородных тел и иссечение нежизнеспособных тканей; полноценный гемостаз и адекватное дренирование.

Операцией выбора при огнестрельных ранениях груди является ПХО раны с дренированием плевральной полости. Показаниями для проведения экстренной тора-

котомии являются наличие признаков ранения сердца, одноментном получении из плевральной полости по дренажу свежей крови в количестве более 20% ОЦК. Операция должна заканчиваться полноценным дренированием, в послеоперационном периоде необходимо проводить своевременную санацию трахеобронхиального дерева, обезбоживание, гемостатическую и антибактериальную терапию.

Полученные результаты подтверждаются данными литературы: так, по мнению О.П. Кузовлева и др. [7] при поступлении в больницу в целях совершенствования технологии сортировки пострадавших в приемном отделении используются ускоренные методики постановки диагноза с целью дифференцированного подхода к срочности оказания медицинской помощи в специализированном отделении учреждения. Пациенты, нуждающиеся в проведении экстренной хирургической или реанимационной помощи, из приемного отделения сразу направляются в операционный блок или отделение реанимации. При этом в случае повреждений внутренних органов, особенно в состоянии шока, раненые должны доставляться в операционную минуя приемное отделение в первую очередь либо им должен быть выполнен минимальный объем диагностических исследований. При этом проведение диагностических исследований должно проводиться одновременно с противошоковыми мероприятиями, что позволит снизить количество осложнений и летальных исходов. Одним из немаловажных условий улучшения результатов лечения таких раненых является высококвалифицированная подготовка медицинского персонала, имеющего опыт в сортировке раненых и владеющего методами оказания первой медицинской помощи.

Библиографический список

1. Абакумов, М.М. Множественные и сочетанные ранения шеи, груди, живота: рук. для врачей / М.М. Абакумов. – М.: Бинном, 2013. – 687 с.

2. Хроника медицинской помощи пострадавшим / В.В. Деменко [и др.] // Медицина катастроф. – 2008. – №3. – С. 1-2.

3. Джелиев, И.Ш. Диагностическая лапароскопия при огнестрельных ранениях живота у детей / И.Ш. Джелиев, В.К. Хабалов, Г.А. Маргиев // Вестник хирургии. – 2006. – № 3. – С. 37-40.

4. Карданов, А.В. Организация оказания медицинской помощи пострадавшим в зоне Грузино-Югоосетинского конфликта / А.В. Карданов, В.Д. Слепушкин, Г.Д. Ревазов // Медицина катастроф. – 2009. – №1 (65). – С. 13-14.

5. Опыт специализированной помощи раненым в шею в Омском регионе / М.С. Коржук [и др.] // Омский научный вестник. – 2015. – №144. – С. 128-131.

6. Кочин, И.В. Организация медико-санитарной помощи населению в условиях чрезвычайной ситуации военного характера / И.В. Кочин, Е.В. Хандога // Медицина неотложных состояний. – 2015. – №5. – С. 17-22.

7. Опыт оказания специализированной медицинской помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях / О.П. Кузовлев [и др.] // Медицина экстремальных ситуаций. – 2011. – №4. – С. 5-13.

8. Курбанов, В.А. Организация хирургической помощи и лечение легкораненых в вооруженном конфликте в Южной Осетии (август 2008 г.) / В.А. Курбанов, А.В. Курилович, М.М. Муталибов // Медицина катастроф. – 2008. – №4. – С. 22-23.

9. Лобанов, А.И. Организация медицинского обеспечения гуманитарной операции в Южной Осетии / А.И. Лобанов // Научные и образовательные проблемы гражданской защиты. – 2010. – №2. – С. 46-49.

10. Сороковиков, В.А. Организация оказания медицинской помощи пострадавшим с тяжелыми минно-взрывными травмами и огнестрельными ранениями / В.А. Сороковиков, А.Н. Плеханов, И.А. Номоконов // Acta Biomedica Scientifica. – 2006. – №5. – С. 295-297.

V.V. Masljakov, B.P. Kudrjavcev, V.G. Barsukov, K.G. Kurkin, A.V. Uskov

WAYS OF IMPROVEMENT OF MEDICAL CARE TO THE WOUNDED WITH GUNSHOT WOUNDS IN THE CONDITIONS OF THE LOCAL MILITARY CONFLICT

The objective of the study was to improve organization and delivery of healthcare to civil population with gunshot wounds to the chest and neck in the conditions of local military operations on the example of the Chechen Company. A retrospective study of 206 wounded civilians with gunshot wounds was conducted. In most cases, bullet wounds were noted, which were detected in 191 (92,7%) observations, fragments were noted only in 15 (2,8%) observations. In 178 cases (86,4%) wounds were single, the remaining 28 cases (13,5%) – multiple. Of the total number of wounded, 78 (37,8%) patients were wounded into the neck, 56 (21,7%) – into the chest, 72 (34,9%) patients had combined wounds of the chest and neck. An analysis of the delivery of healthcare to the wounded with gunshot wounds made it possible to identify the main problems and defects in the delivery of healthcare in the case of gunshot wounds in the conditions of a local armed conflict. Improvement of measures intended to reduce the number of both organizational and medical-diagnostic errors was determined.

Key words: gunshot wounds, local military conflict

Поступила: 02.08.17