

## ВОЗМОЖНОСТИ АМБУЛАТОРНОГО И СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ СО ВЗРЫВНЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»<sup>1</sup>,  
Военно-медицинское управление Министерства обороны Республики Беларусь<sup>2</sup>,  
Комитет по здравоохранению Минского городского исполнительного комитета<sup>3</sup>

---

*В статье приведены результаты анализа лечения пострадавших вследствие террористического акта в Минском метрополитене 11 апреля 2011. Рассмотрены возможности амбулаторного и стационарного лечения данных пациентов.*

**Ключевые слова:** взрывные поражения, пострадавшие, террористический акт.

*In this article results of the analysis of treatment of victims of the terrorist act in the Minsk subway April 11, 2011 are adduced. The possibilities of outpatient and inpatient treatment of these patients are considered.*

**Key words:** explosive damage, injuries, act of terrorism.

---

**В**опросы лечения взрывных поражений широко освещены в медицинской литературе. Оказание помощи раненым и пораженным во время боевых действий в локальных вооруженных конфликтах, а также проведение специальных исследований, в том числе и экспериментальных, позволило военным врачам накопить значительный опыт по лечению данной категории пациентов [1,4,5,6,7,8].

Между тем, в течение последних десятилетий взрывные поражения перестали быть «монополией» военной медицины, так как происходит увеличение частоты взрывной травмы мирного времени [2,3]. Основной причиной повышенного внимания гражданских врачей к проблемам взрывной травмы являет-

ся увеличение числа террористических актов с применением взрывных устройств, как самодельных, так и с использованием различных боеприпасов. Это приводит к возникновению большого количества пострадавших среди мирного населения, помощь которым, в основном, оказывают учреждения гражданского здравоохранения.

Оказание медицинской помощи данной категории пациентов в системе гражданского здравоохранения имеет некоторые особенности. Это связано не с индивидуальным подходом к лечению конкретного пострадавшего – основные положения выполнения оперативных вмешательств при взрывных поражениях хорошо изучены и прошли проверку временем.

## ☆ В помощь войсковому врачу

Суть вопроса заключается в необходимости проведения организационных мероприятий, в том числе медицинской сортировки с определением места оказания медицинской помощи.

Цель исследования: Оценить возможности амбулаторного и стационарного лечения в учреждениях здравоохранения пострадавших при взрывной травме.

Работа проводится в рамках научно-исследовательских работ кафедры военно-полевой хирургии УО «Белорусский государственный медицинский университет» «Оптимизация оказания помощи при боевой хирургической травме» (№3.07.10) и «Разработать и внедрить новые инновационные методы диагностики и комплексного лечения пациентов с острой и хронической хирургической патологией» (№20110630).

Материалы и методы. Работа основана на анализе результатов обследования и лечения 195 пострадавших при террористическом акте на станции «Октябрьская» Минского метрополитена 11 апреля 2011 года, доставленных в организации здравоохранения города Минска, оказывающих стационарную помощь, в день взрыва. Исследование проводится по согласованию с председателем Комитета по здравоохранению Минского городского исполнительного комитета В.И. Сиренко. Анализ первичной документации проводился по разрешению главных врачей учреждений здравоохранения (1-я ГКБ, 2-я ГКБ, 3-я ГКБ имени Е.В. Клумова, 4-я ГКБ имени Н.Е. Савченко, 5-я ГКБ, 6-я ГКБ, 9-я ГКБ, 10-я ГКБ, 11-я ГКБ, Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Минская областная клиническая больница, Городской клинический родильный дом №2, ГУ «РНПЦ травматологии и ортопедии»). Исследовательская работа в ведомственных лечебных учреждениях проводилась по согласованию с вышестоящим командованием (в ГУ «432 главный военный клинический медицинский центр» – с Военно-медицинским управлением Министерства обороны, в ГУ «Республиканский госпиталь Министерства внутренних дел» – с Департаментом финансов и тыла Министерства внутренних дел). В качестве первичной медицинской документации использовали ксерокопии статистических карт и выписных эпикризов госпитализированных, ксерокопии осмотров врачами приемного отделения пострадавших, направлен-

ных на амбулаторное лечение либо переведенных в другое учреждение здравоохранения. Полученные данные обрабатывались на персональном компьютере при помощи программы «Excel».

Результаты и обсуждение. После выполнения обследования вопрос о стационарном (амбулаторном) лечении в каждом случае решался индивидуально. Основным критерием был характер выявленной патологии. Учитывая эмоциональное состояние пострадавших, обусловленное стрессовым фактором взрыва, повышенное общественное внимание к данной группе пациентов, в отдельных случаях пострадавшим обоснованно предлагали госпитализацию даже при отсутствии явных показаний к стационарному лечению.

Один пострадавший (0,5%) после доставки в лечебное учреждение отказался от обследования. У 4 (2,1%) пациентов после проведенного осмотра и обследования патологии выявлено не было, выставлены диагнозы: «Здорова» или «Хирургической (травматологической) патологии не выявлено», пациенты отпущены домой. 16 (8,2%) пострадавших после оказания медицинской помощи направлены на амбулаторное лечение в связи с отсутствием показаний к стационарному лечению. Это, в основном, были пострадавшие с единичными поверхностными ранами, ссадинами кожного покрова и ушибами мягких тканей, с бароакустической травмой легкой степени. Еще 17 (8,7%) пострадавшим по результатам обследования была предложена госпитализация в отделение, однако пациенты отказались от стационарного лечения и были отпущены на амбулаторное лечение. Это, в основном, были пациенты с закрытой черепно-мозговой травмой легкой степени (сотрясением головного мозга), с бароакустической травмой. Отказ пациентов от госпитализации оформлялся в установленном порядке в соответствии требованиями по ведению медицинской документации.

Таким образом, в результате осмотра и обследования после оказания необходимой медицинской помощи было отпущено 19,5% (38 из 195) пострадавших, обратившихся за медицинской помощью. Следовательно, нагрузка на приемные отделения учреждений здравоохранения связана не только с приемом большого количества пострадавших, проведением их медицинской сортировки и госпитализации. Возрастает необходимость в медицинских и временных ресурсах для оформления медицинской документации, разъяснения тактики лечения и рекомендаций пациентам, отпущенным на амбулаторное лечение (истории болезней госпитализированных пациентов можно оформить позже, после размещения в отделении всех пострадавших). В связи с этим, нам кажется целесообразным

**Таблица 1.** Структура госпитализации пострадавших 11 апреля 2011 года

Профиль отделения	Количество госпитализированных пострадавших	
	абс.	%
Хирургический	101	64,3
Травматологический	14	8,9
Реанимационный	35	22,3
Терапевтический	5	3,2
Акушерско гинекологический	2	1,3
Итого	157	100,0

отдельное размещение в приемном отделении пострадавших, направляемых на амбулаторное лечение, с назначением врача-специалиста, который будет заниматься оформлением документации для данных пациентов.

157 пациентов (80,5%) были госпитализированы для стационарного лечения. Выбор отделения, куда направлялся пострадавший, определялся следующими факторами:

- характер выявленной патологии;
- тяжесть состояния пострадавшего и наличие жизнеугрожающих последствий травмы;
- профиль учреждения здравоохранения и наличие свободных мест в отделениях.

В одно отделение поступило от 1 до 17 пациентов.

Одним из основных факторов, определяющих место госпитализации пострадавшего, был характер выявленной патологии. Следует признать правильной госпитализацию пострадавшего в стационар первичного обращения за медицинской помощью при наличии профильного отделения без учета места регистрации пациента, его возраста, ведомственной принадлежности учреждения. Переводы пострадавших в другие учреждения здравоохранения носили единичный характер (3 пациента в стабильном состоянии) и были обусловлены необходимостью раннего начала оказания специализированной помощи.

В зависимости от тяжести состояния пострадавшие направлялись:

- в операционную, при наличии жизнеугрожающих последствий травмы (продолжающееся кровотечение);
- в отделения реанимации и интенсивной терапии (в том числе и для предоперационной подготовки);
- в профильное отделение.

При этом большое влияние на место госпитализации пострадавшего оказывал характер отделений, имеющихся в учреждении здравоохранения, и наличие свободных мест в них. Пострадавших, нуждающихся в стационарном лечении, условно можно разделить на две группы:

- характер выявленной патологии обуславливал необходимость госпитализации в определенное специализированное отделение;
- профиль отделения существенно не влиял на объем оказываемой помощи в течение первых-вторых суток.

Именно за счет размещения пациентов второй группы на имеющихся свободных койках можно снизить нагрузку на специализированные отделения при массовом поступлении пострадавших, т.к. на освобождение резервных коек, выписку пациентов и перевод их в другие отделения требуется время и свободный медицинский персонал.

В таблице 1 представлен профиль отделений, в которые 11 апреля 2011 года производилась госпитализация пострадавших вследствие террористичес-

кого акта (для более удобного восприятия данных профили отделений распределены на несколько групп).

Как видно из таблицы 1, основная часть пострадавших была госпитализирована в отделения хирургического профиля. При этом госпитализация осуществлялась как в «общехирургические» отделения (отделения экстренной и гнойной хирургии, диагностическое отделение) – 75 пострадавших, так и в специализированные хирургические отделения:

- оториноларингологическое (13);
- нейрохирургическое (4);
- офтальмологическое (2);
- центр остеомиелитов (2);
- камбустиологическое (1);
- эндокринологическая хирургия (1);
- кардиохирургия (1);
- сосудистая хирургия (1);
- торакальная хирургия (1).

14 пострадавших были госпитализированы в отделения травматологического профиля, в том числе, в отделение сочетанной травмы (2).

35 пострадавших были госпитализированы в отделения реанимации и интенсивной терапии. При этом 19 из них поступили в реанимационные отделения «общего» профиля, 8 – в нейрохирургическую реанимацию, 4 – в ожоговую реанимацию, 3 – в отделение токсикологии, 1 – в детскую ожоговую реанимацию.

Не смотря на преобладание хирургической патологии, 5 пострадавших были госпитализированы в отделения терапевтического профиля: пульмонологическое – 3, кардиологическое – 1, нефрологическое – 1.

Две пострадавшие с угрозой прерывания беременности при отсутствии хирургической патологии были госпитализированы в отделения акушерско-гинекологического профиля.

Таким образом, как видно из представленных данных, при возникновении чрезвычайной ситуации в оказании помощи принимают участие врачи отделений различного профиля, что подчеркивает необходимость владения навыками работы в экстремальных условиях врачей-специалистов не только хирургических, но и терапевтических отделений.

В последующем, 23 (14,6%) пациентов были переведены в другие учреждения здравоохранения для продолжения специализированного лечения (учитывались пациенты, у которых в истории болезни (стационарной карте) имелась соответствующая запись в графе «исход госпитализации»).

15 пациентов были переведены в другие отделения внутри учреждения (без учета пострадавших, поступивших в отделение реанимации первично или после оперативного вмешательства). Основными причинами таких переводов пациентов была изначальная «непрофильность» отделения или изменившая доминирующая патология при множественных

## ☆ В помощь войсковому врачу

повреждениях.

Сопоставление диагнозов и отделений стационарного лечения позволило нам выявить следующие закономерности:

- для устранения (в том числе и временного) жизнеугрожающих последствий травмы достаточно общехирургических операций и манипуляций, т.е. мероприятий первой врачебной и квалифицированной помощи.

- оказание специализированной помощи при необходимости может быть отсрочено в тех случаях, когда эти мероприятия не являются операциями по жизненным показаниям. Исключением в данной ситуации являются травмы органов зрения, которые не являются жизнеугрожающими, однако приводят к тяжелой инвалидности.

Таким образом, несмотря на то, что исходы лечения пострадавших лучше, если они сразу попадают на этап оказания специализированной помощи (травматологической, ангиохирургической, нейрохирургической и т.д.) [3], при наличии тяжелого состояния пациент может доставляться в ближайший общехирургический стационар. В этом случае объем оказываемой хирургической помощи должен ограничиваться неотложными оперативными вмешательствами и манипуляциями по устранению жизнеугрожающих последствий травмы. Основной этап операции должен выполняться приглашенным врачом-специалистом соответствующего профиля. При наличии политравмы целесообразна госпитализация пострадавших в крупные многопрофильные центры.

### Выводы

1. Госпитализация пострадавших вследствие взрывной травмы осуществляется в стационары различного профиля, что требует знания врачами всех специальностей особенностей лечения данной патологии.

2. Место стационарного лечения обусловлено, прежде всего, характером патологии пострадавшего, тяжестью его состояния, профилем учреждения здравоохранения и наличием свободных мест в отделении.

3. При наличии взрывной травмы необходимо стремиться к госпитализации пострадавшего сразу в специализированный стационар, однако не ценой жизни пациента.

### Литература

1. Бисенков, Л. Н. Хирургия огнестрельных ранений груди – Гиппократ, 2001, 312 с.
2. Взрывные поражения: Руководство для врачей и студентов / под ред. чл.-корр. РАМН проф. Э.А. Нечаева. СПб.: ИКФ «Фолиант», 2002. – 656 с.
3. Военно-полевая хирургия: Национальное руководство / под ред. И.Ю. Быкова, Н.А. Ефименко, Е.К. Гуманенко – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 816 с.
4. Огнестрельные ранения конечностей мирного времени / М.П. Толстых и др. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2005. – 80 с.
5. Полищук Н.Е., Старча В.И. Огнестрельные ранения головы. – Киев.: Изд-во ТОВ «ТОН», 1996. – 72с.
6. Ревской, А. К. Люфиг А. А., Войновский Е. А., Клипак В. М. Огнестрельные ранения живота и таза – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2000. – 320 с.
7. Ревской, А. К., Люфиг А. А., Николенко В. К. Огнестрельные ранения конечностей – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2007. – 288 с.
8. Швырков, М. Б., Буренков Г. И., Деменков В. Р. Огнестрельные ранения лица, ЛОР-органов и шеи: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2001. — 400 с.

Поступила 2.08.2012