

Досвід лікування хворих із множинними вогнепальними пораненнями

Сьогодні на сході України ведеться неоголошена війна. Там щоденно відбуваються бойові дії, обстріли із застосуванням сучасних видів озброєння. У зв'язку з цим наші військовослужбовці, які перебувають у зоні проведення антитерористичної операції (АТО), постійно піддаються ризику отримання вогнепальних поранень, а лікарям доводиться стикатися з бойовою травмою, що має певні особливості перебігу й лікування. У цьому огляді ми представляємо клінічні випадки, що описують досвід лікування хворих із бойовою травмою, отриманою в зоні АТО.

Клінічний випадок 1

Хворий В., 36 років, поступив на лікування з множинними осколковими пораненнями м'яких тканин лобної ділянки, шиї, правої верхньої та лівої нижньої кінцівок. Поранення отримав внаслідок обстрілу позицій сил АТО системами реактивного залпового вогню системою «Град». Поступив на лікування у Військово-медичний клінічний центр Західного регіону (ВМКЦ ЗР) на 5-ту добу після поранення у стані середньої тяжкості. Був при свідомості. Шкірні покриви бліді. Аускультативно в легенях везикулярне дихання. Гемодинаміка зі схильністю до гіпотензії. Пульс 100 уд за 1 хв, артеріальний тиск (АТ) – 90/60 мм рт.ст. Живіт симетричний, бере участь у акті дихання, пальпаторно м'який, перистальтика вислуховується. Симптоми подразнення очеревини негативні.

Результати додаткових методів обстеження.

Загальний аналіз крові: еритроцити – $4,5 \times 10^{12}/л$, Hb – 112 г/л, лейкоцити – $13,8 \times 10^9/л$, тромбоцити – $278 \times 10^9/л$. У лейкоцитарній формулі: моноцити – 5,2%, лімфоцити – 13,8%, гранулоцити – 81%.

Біохімічний аналіз крові: білірубін – 7,0 ммоль/л, загальний білок – 70 г/л, креатинін – 65 мкмоль/л, сечовина – 4,1 ммоль/л, АЛТ – 15 од./л, АСТ – 24 од./л, глюкоза – 5,6 ммоль/л.

Коагулограма: протромбіновий індекс – 98%, фібриноген загальний – 6,4 г/л, етаноловий тест – негативний.

Електрокардіограма – варіант норми.

Враховуючи зниження гемодинаміки, з метою її стабілізації пацієнту призначено Гекотон 400,0 мл внутрішньовенно крапельно одноразово, з дезінтоксикаційною метою призначено Реосорбілакт 200,0 2 рази на добу внутрішньовенно. Враховуючи лейкоцитоз у крові, гранулоцитоз та виділення з ран серозно-гнійного характеру призначено Грандазол 5 мг/2,5 мг/мл по 100 мл 2 рази на добу внутрішньовенно. Після стабілізації стану хворому проведено оперативні втручання – вторинну хірургічну обробку вогнепальних ран. Антибактеріальна та дезінтоксикаційна терапія тривали 5 днів. На тлі лікування стан хворого покращився, рани загоїлися первинним натягом. У подальшому пацієнта виписано додому в задовільному стані.

Клінічний випадок 2

Хворий Д., 26 років, поступив на лікування з множинними осколковими пораненнями м'яких тканин лівої верхньої кінцівки, правої та лівої нижніх кінцівок. Поранення отримав внаслідок мінометного обстрілу позицій сил АТО. Хворий поступив на лікування у ВМКЦ ЗР на 6-ту добу після поранення у стані середньої тяжкості. Був при свідомості. Шкірні покриви бліді. Аускультативно в легенях везикулярне дихання. Гемодинаміка утримується самостійно на рівні. Пульс 92 уд за 1 хв, АТ – 110/60 мм рт.ст. Живіт симетричний, бере участь у акті дихання, пальпаторно м'який, перистальтика вислуховується. Симптоми подразнення очеревини негативні. При ревізії з ран помірні серозно-гнійні виділення з ран на верхній кінцівці та нижніх за винятком лівої п'яtkової ділянки, звідки значні гнійні виділення.

Результати додаткових методів обстеження.

Загальний аналіз крові: еритроцити – $3,7 \times 10^{12}/л$, Hb – 82 г/л, лейкоцити – $14,1 \times 10^9/л$, тромбоцити – $182 \times 10^9/л$. У лейкоцитарній формулі: моноцити – 4,3%, лімфоцити – 21,6%, гранулоцити – 74,1%.

Біохімічний аналіз крові: білірубін – 13,0 ммоль/л, загальний білок – 56 г/л, креатинін – 92 мкмоль/л, сечовина – 5,2 ммоль/л, АЛТ – 38 од./л, АСТ – 39 од./л, глюкоза – 5,2 ммоль/л.

Коагулограма: протромбіновий індекс – 99%, фібриноген загальний – 7,4 г/л, етаноловий тест – негативний.

Узято посів із рани на стерильність та чутливість до антибіотиків. Отримано зростання *P. aeruginosa* з чутливістю до коломіцину з ділянки п'ятки та *Staphylococcus epidermidis* із рани на верхній кінцівці з чутливістю до левофлоксацину, офлоксацину.

Хворому з дезінтоксикаційною метою призначено Реосорбілакт 200,0 мл 2 рази на добу внутрішньовенно. Антибактеріальну терапію, враховуючи результати чутливості, виконано комбінацією введення коломіцину у добовій дозі 3 млн ОД та левофлоксацину в дозі 1 г/добу. Для боротьби з анемією хворому призначено Суфер розчин для ін'єкцій внутрішньовенно, 20 мг/мл по 5 мл в ампулах № 5. Для місцевого лікування нами застосовувався Декасан. На тлі лікування на 10-ту добу стан хворого покращився, гнійні виділення з рани зникли, що дозволило виконати повторну хірургічну обробку вогнепальних ран із накладанням вторинних швів. Загальний аналіз крові на 10-ту добу лікування: еритроцити – $4,6 \times 10^{12}/л$, Hb – 121 г/л, лейкоцити – $7,8 \times 10^9/л$, тромбоцити – $222 \times 10^9/л$. У лейкоцитарній формулі моноцити – 6,0%, лімфоцити – 33,6%, гранулоцити – 60,4%.

На тлі проведеного лікування стан хворого покращився, рани загоїлися первинним натягом. У подальшому пацієнта виписано додому в задовільному стані.

Клінічний випадок 3

Пацієнт К., 27 років, поступив на лікування з множинними забоями м'яких тканин нижніх кінцівок, закритим переломом лівих гомілкових кісток, які були спричинені компресійною травмою, отриманою в зоні проведення АТО.

Хворий поступив на лікування на 4-й день після отримання травми. Відомо, що на догоспітальному етапі було проведено хірургічну обробку ран, стабілізацію гемодинаміки Гекотон, Реосорбілактом, розчином натрію хлориду. Шкірні покриви бліді, множинні пошкодження шкірних покривів обох гомілок (середня і нижня третина), набряк тканин у ділянках пошкодження, закритий перелом лівих гомілкових кісток; аускультативно – без особливостей, живіт м'який, фізіологічні відправлення в нормі. Частота серцевих скорочень (ЧСС) – 96 уд за 1 хв, АТ – 110/70 мм рт.ст., частота дихання (ЧД) – 19 вдихів за 1 хв.

Результати додаткових методів обстеження.

Загальний аналіз крові: еритроцити – $4,2 \times 10^{12}/л$, Hb – 110 г/л, лейкоцити – $12,2 \times 10^9/л$, тромбоцити – $260 \times 10^9/л$. У лейкоцитарній формулі: моноцити – 5,0%, лімфоцити – 20,8%, гранулоцити – 78%.

Загальний аналіз сечі – без особливостей.

Рентген нижніх кінцівок – перелом лівих гомілкових кісток, середня третина.

Пацієнту провели репозицію кісткових уламків, здійснено фіксацію шляхом металоостеосинтезу, обробку раневих поверхонь. Періопераційно використовувалася Гекотон 400 мл/добу, Реосорбілакт – 800 мл/добу – для стабілізації гемодинаміки та з метою дезінтоксикації, Інфулган – 4 фл/добу як анагетик-антипіретик, проведено антибактеріальну терапію тощо. Після стабілізації стану на 3-й день хворого перевели для подальшого лікування в травматологічне відділення.

Клінічний випадок 4

Хворий Ч., 34 роки, поступив на лікування із множинними осколковими пораненнями м'яких тканин лобної ділянки, правої та лівої нижніх кінцівок. Поранення отримав унаслідок артилерійського обстрілу позицій сил АТО. Хворий поступив на лікування у ВМКЦ ЗР на 3-тю добу після поранення у стані середньої тяжкості. Був при свідомості. Шкірні покриви бліді. Аускультативно в легенях везикулярне дихання. Гемодинаміка утримується на таких рівнях: пульс 84 уд за 1 хв, АТ – 110/60 мм рт.ст. Живіт симетричний, бере участь у акті дихання, пальпаторно м'який, перистальтика вислуховується. Симптоми подразнення очеревини негативні. При ревізії з ран помірні гнійні виділення.

Результати додаткових методів обстеження.

Загальний аналіз крові: еритроцити – $3,7 \times 10^{12}/л$, Hb – 92 г/л, лейкоцити – $15,8 \times 10^9/л$, тромбоцити – $172 \times 10^9/л$. У лейкоцитарній формулі: моноцити – 4,2%, лімфоцити – 14,5%, гранулоцити – 81,3%.

Біохімічний аналіз крові: білірубін – 14,0 ммоль/л, загальний білок – 52 г/л, креатинін – 115 мкмоль/л, сечовина – 8,1 ммоль/л, АЛТ – 45 од./л, АСТ – 24 од./л, глюкоза – 4,9 ммоль/л.

Коагулограма: протромбіновий індекс – 98%, фібриноген загальний – 8,4 г/л, етаноловий тест – негативний.

Хворому з дезінтоксикаційною метою призначено Реосорбілакт 200,0 2 рази на добу внутрішньовенно, антибактеріальну терапію відповідно до чутливості. Для боротьби з анемією було введено Суфер (розчин для ін'єкцій) внутрішньовенно, 20 мг/мл по 5 мл в ампулах № 5. Для місцевого лікування ми застосовували Декасан. На тлі терапії на 8-му добу стан хворого покращився, гнійні виділення з рани зникли, що дозволило виконати повторну хірургічну обробку вогнепальних ран із накладанням вторинних швів. Загальний аналіз крові на 8-му добу лікування: еритроцити – $4,5 \times 10^{12}/л$, Hb – 125 г/л, лейкоцити – $8,8 \times 10^9/л$, тромбоцити – $202 \times 10^9/л$. У лейкоцитарній формулі: моноцити – 4,8%, лімфоцити – 32,8%, гранулоцити – 62,4%.

На тлі проведеного лікування стан хворого покращився, рани загоїлися первинним натягом. У подальшому пацієнта виписано додому в задовільному стані.

Клінічний випадок 5

Пацієнт С., 35 років, поступив на лікування з осколковими ураженнями м'яких тканин середньої та верхньої третини лівого стегна, множинними рваними ранами середньої третини правого стегна.

З анамнезу відомо, що у хворого була масивна крововтрата (понад 30% об'єму циркулюючої крові), проведено протишокову терапію, інфузії – Реосорбілактом, розчином натрію хлориду, Гекодезом і Волютензом. Після первинної хірургічної обробки та стабілізації гемодинаміки поступив у госпіталь. Шкірні покриви бліді, множинні пошкодження шкірних покривів та м'язової тканини обох стегон, набряк тканин у ділянках пошкодження; аускультативно – тони серця дещо ослаблені, живіт м'який. ЧСС – 100 уд за 1 хв, АТ – 100/60 мм рт.ст., ЧД – 22 вдихи за 1 хв.

Результати додаткових методів обстеження.

Загальний аналіз крові: еритроцити – $3,4 \times 10^{12}/л$, Hb – 82 г/л, лейкоцити – $14,4 \times 10^9/л$, тромбоцити – $230 \times 10^9/л$.

Загальний аналіз сечі – без особливостей.

Після проведення інтенсивної терапії та стабілізації вітальних функцій пацієнту провели оперативне лікування раневих пошкоджень. Періопераційно було використано Гекодез 500 мл/добу, Реосорбілакт 800 мл/добу, Інфулган 4 г/добу, проведено антибактеріальну терапію тощо. Післяопераційно також використовували Суфер для корекції постгеморагічної анемії, хірурги використовували Декасан при обробці раневих поверхонь. Після стабілізації стану на 3-й день пацієнта переведено для подальшого лікування в хірургічне відділення.

Висновок

Таким чином, своєчасне застосування плазмозамінників при крововтраті, ефективних антибактеріальних препаратів з урахуванням антибіотикорезистентності збудників раневої інфекції та проведення активної хірургічної тактики дозволяють досягти хороших результатів лікування хворих, що отримали бойову травму.