

2. К вопросу об оценке качества жизни пациентов с рубцами постакне / М. А. Уфимцева, Н. В. Симонова, Ю. М. Бочкарев [и др.] // Фарматека. – 2020. – Т. 27. – № 8. – С. 24–27. – DOI: 10.18565/pharmateca.2020.8.24-27.
3. New Patient-Oriented Tools for Assessing Atrophic Acne Scarring / A.Layton, B. Dréno, A. Y. Finlay [et al.] // Dermatol Ther (Heidelb). – 2016;6(2):219–233. – DOI: 10.1007/s13555-016-0098-5.
4. Tan J., Cook-Bolden F., Chavda R. Impact of facial atrophic acne scars on quality of life: A multi-country population-based survey. American Journal of Clinical Dermatology. – 2022; 23:115–123.
5. Dai Y., Chuang Y., Chen P. Efficacy and safety of ablative resurfacing with a high-energy 1,064 Nd-YAG picosecond-domain laser for the treatment of facial acne scars in Asians. 2019;52(5):389-395.
6. Ионова Т. И. Принципы языковой и культурной адаптации опросников оценки качества жизни / Т. И. Ионова // Вестник Межнародного центра исследования качества жизни. – 2018. - № 33. – С. 12–17.
7. Батхадзе М.А. Опросник для оценки центральной сенситизации: лингвистическая адаптация русскоязычной версии / М.А. Бахтадзе, М.В.Чурюканов, М.Л. Кукушкин // Российский журнал боли. – 2020. – Т. 18. – № 4. – С. 40–45.

Сведения об авторах

А.И. Шорикова – студент

Н.В. Симонова – ассистент

Information about the authors

A. I. Shorikova – student

N.V.Simonova - Assistant

УДК 614.8.028.4

ОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ РАНЕНИЯ ЧЕРЕПА, ПОЛУЧЕННЫЕ ПРИ ВЕДЕНИИ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ В АФГАНИСТАНЕ 1979 – 1989 ГГ.: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

Валерия Сергеевна Яшунина¹, Сергей Иванович Антонов²

^{1,2}ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Екатеринбург, Россия

¹vera.yashunina2312@gmail.com

Аннотация

Введение. Представлено число погибших военнослужащих и частота ранения различных частей тела. **Цель исследования** - изучение особенностей огнестрельных ранений черепа и оказания медицинской помощи в Афганистане. **Материалы и методы.** Теоретический метод: теоретический анализ и обобщение научной литературы. **Результаты.** Рассмотрены медико-географические особенности Афганистана и их влияние на организм военнослужащих, а также классификация огнестрельных ранений черепа с описанием повреждений. **Обсуждение.** Особенности оказания первой помощи

на поле боя сослуживцами и медицинскими работниками после поступления раненных в безопасную зону. Рассмотрены особенности диагностики ранений черепа, основные синдромы и дальнейшая тактика лечения пострадавших. **Выводы.** Врачи провели трудоемкую и тяжелую работу в период Афганской войны, но смогли доказать свой профессионализм, несмотря на особенности географических условий.

Ключевые слова: огнестрельные ранения, череп, Афганистан, медицинская помощь.

GUNSHOT WOUNDS OF THE SKULL RECEIVED DURING COMBAT OPERATIONS IN AFGHANISTAN 1979 - 1989: CLINIC, DIAGNOSTICS, MEDICAL CARE

Yashynina V. Sergeevna¹, Antonov S. Ivanovich

^{1,2}Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russia

¹lera.yashunina2312@gmail.com

Abstract

Introduction. The number of dead servicemen and the frequency of injuries to various parts of the body are presented. **The aim of the study** - the study of the features of gunshot wounds of the skull and the provision of medical care in Afghanistan. **Materials and methods.** Theoretical method: theoretical analysis and generalization of scientific literature. **Results.** The medical and geographical features of Afghanistan and their impact on the body of military personnel, as well as the classification of gunshot wounds of the skull with a description of injuries are considered. **Discussion.** Features of first aid on the battlefield by colleagues and medical workers after the wounded are admitted to a safe zone. The features of the diagnosis of skull wounds, the main syndromes and further tactics of treatment of victims are considered. **Conclusions.** Doctors carried out laborious and hard work during the Afghan war, but were able to prove their professionalism, despite the peculiarities of geographical conditions.

Keywords: gunshot wounds, skulls, Afghanistan, medical care.

ВВЕДЕНИЕ

В период Афганской войны погибло 14 453 военнослужащих из которых в бою от пулевых и осколочных ранений 9 511. В общей структуре боевых поражений частота ранений в череп и головной мозг составляла от 4,9% (1980) до 8,5% (1988); в позвоночник и спинной мозг 0,1 -0,9%; челюстно-лицевую область 1,4-1,9%; органы зрения 1,3-3,2%; ЛОР-органы 1,8-3,4%; грудь 11,6-6,3%; живот и таз 7,8-4,6%. Ранения в верхние конечности составляли 25,4%, в нижние - 37,9% [1].

Цель исследования - изучить особенности огнестрельных ранений черепа и оказания медицинской помощи в условиях ведения боевых действий в Афганистане.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В работе использован теоретический метод анализа научной информации, обобщение опыта оказания экстренной медицинской помощи, в том числе в тяжелых медико-географических условиях.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Медико-географические условия Афганистана отличаются выраженной суровостью и оказывают негативное влияние на состояние военнослужащих, исполняющих боевой долг.

Значительные скачки температуры воздуха в горах, тяжелые физические нагрузки негативно влияли на раневые процессы – наблюдались осложнённые течения заживления ран, увеличение времени регенерации, повышение процента раневых инфекционных осложнений, а сильные кровопотери чаще сопровождались шоковыми состояниями. Гиповолемия, сдвиги показателей системы иммунитета и факторов неспецифической защиты организма способствовали усугублению фонового состояния военнослужащих.

Жара провоцировала развитие гипертермии, тахикардии, потери веса с последующим обезвоживанием организма. В горах часто возникала горная болезнь, гипоксия и острая дыхательная недостаточность. Так же стоит отметить, что боевые действия сопровождались нервно-психическим напряжением, которое усугубляло течение раневых процессов [4].

Огнестрельные ранения черепа и мозга делятся на три группы:

1. Ранения мягких тканей черепа, которые характеризуются повреждениями кожи, апоневроза, мышц или надкостницы. Переломы костей черепа отсутствуют, но возможны повреждения головного мозга из-за сопутствующих сотрясений, ушибов или сдавлений гематомами.

2. Непроникающие ранения черепа характеризуются повреждением мягких тканей и костей с сохранением целостности твердой мозговой оболочки. Данный вид повреждений сопровождается ушибами головного мозга субарахноидальным кровоизлиянием, а в некоторых случаях сдавлением головного мозга костными отломками или гематомами. Препятствием для распространения инфекции на твердую мозговую оболочку является уцелевшая твердая мозговая оболочка.

3. Проникающие ранения черепа и головного мозга сопровождаются повреждениями кожного покрова, кости, оболочек и вещества мозга, особенностью является тяжесть течения, которая определяется поражёнными образованиями и их степенью, а также высокая летальность [2].

ОБСУЖДЕНИЕ

При оказании первой помощи на рану накладывают асептическую повязку и обеспечивают доступ к воздуху, расстегивают сковывающую одежду. Если у раненого носового кровотечения или рвота, то его необходимо положить на бок и освободить полость рта от слизи, рвотных масс и крови [3].

Далее производят транспортную иммобилизацию, обеспечивая безопасность на поле боя раненого и людей, проводящих ее.

На этапах медицинской эвакуации диагностика огнестрельной травмы черепа и головного мозга основывается на выявлении общих и местных

симптомов огнестрельной травмы, острого нарушения жизненно важных функций, общемозговых и очаговых симптомов повреждений головного мозга. После доставки раненных на сортировочную площадку начинается осмотр, который состоит из оценки тяжести состояния, выявления нарушений жизненно важных функций, а также определения основных четырех синдромов.

1. Синдром острых расстройств дыхания. Характеризуется цианотичностью кожных покровов и губ, частым и шумным дыханием и беспокойным поведением раненого. Наиболее частыми причинами развития данного синдрома являются асфиксия или тяжелые повреждения груди.

2. Синдром острых расстройств кровообращения. Характеризуется частым и слабым пульсом, низким САД - менее 100 мм рт.ст., цианотичностью кожных покровов и губ, заторможенностью раненого. Основная причина развития данного синдрома является острая кровопотеря, которая обусловлена тяжелыми повреждениями.

3. Синдром травматической комы. Характеризуется отсутствием сознания, речевого контакта, движений конечностей, двигательной реакции на боль. При глубокой коме возможны нарушения дыхания и кровообращения центрального происхождения (при исключении повреждения груди и источников кровотечения). Наиболее частая причина данного синдрома является тяжелое повреждение головного мозга.

4. Синдром терминального состояния. Характеризуется серым (землистым) цветом кожного покрова и губ, выраженной заторможенностью раненого вплоть до сопора, частым (ЧСС более 140 в мин) и слабым пульсом только на сонных артериях, АД не определяется, дыхание редкое угасающее. После проведения оценки общих симптомов приступают к осмотру ран и других повреждений. Во время осмотра черепно-мозговой раны необходимо определить ее локализацию, глубину, площадь и характер поврежденных тканей. Если при осмотре определяются костные осколки черепа, истечение ликвора или разрушенного вещества мозга, то это свидетельствует о проникающем ранении.

При нарушении дыхания и сердечно-сосудистой деятельности применяют эпинефрин, затем вводят антибиотики, противостолбнячную сыворотку и столбнячный анатоксин. По показаниям проводят дегидратационную терапию. При судорожных припадках применяют противосудорожные препараты [2]. При первой возможности раненых в череп и головной мозг следует эвакуировать для оказания квалифицированной помощи.

Эвакуируют раненных в череп и мозг в положении лежа, в сопровождении анестезиолога, с приподнятой головой, без тряски и толчков. После доставки раненных в медицинское учреждение и оценки повреждений проводят необходимые хирургические вмешательства.

ВЫВОДЫ

В период с 1979 по 1989 г. врачами осуществлен колоссальный объем работы по проведению медицинского обеспечения в условиях боевых действий в сложных медико-географических условиях. Исходя из вышесказанного, мы должны понимать, что врачи должны быть готовы оказывать медицинскую

помощь с учетом географических условий и специфики проведения военных действий. Так же немало важным является обучение участников боевых действий оказанию первой помощи для снижения развития осложнений и уменьшения летальных исходов.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Васильев М.В. Афганистан – семнадцать лет «демократии» // Архонт. - 2018. - Т.4, №7. - С. 4-14.
2. Гуманенко Е.К Военно-полевая хирургия: учебник 2-е издание.- ГЭОТАР-Медиа, 2008 - 768 с.
3. Обучение студентов оказанию первой помощи по медицине катастроф / Герасимов А.А., Прикман В.А., Антонов С.И. и др. // Вестник Уральского государственного медицинского университета. - 2021. - Т.4, №55. - С. 5-6.
4. Попов В.С. Последствия огнестрельных ранений черепа в отдаленном периоде, полученных при ведении боевых действий в Афганистане // Вестник медицинского института "РЕАВИЗ": реабилитация, врач и здоровье. - 2015. - Т.1, №17. - С. 52-55.

Сведения об авторах

В.С. Яшунина – студент

С.И. Антонов – старший преподаватель

Information about the authors

V.S. Yashynina – student

S.I. Antonov – senior lecturer