

### Задача 1

Боец получил минно-взрывное ранение правой руки во время выполнения боевой задачи. При осмотре выявлено следующее: открытый перелом средней трети правого предплечья; обширная рана мягких тканей, частично обнажены мышцы и сухожилия; умеренное кровотечение из раны; нарушение чувствительности и подвижности пальцев кисти; АД 100/75; Пульс 112; ЧДД 22.

#### **Вопросы для решения:**

1. Какие первоочередные мероприятия необходимо провести при оказании помощи бойцу?
2. Какова тактика лечения данного ранения? Укажите этапы оказания медицинской помощи (первичная хирургическая обработка, иммобилизация, транспортировка).
3. Какие осложнения могут возникнуть при данном типе ранения?
4. Какие методы диагностики и лечения будут использованы на последующих этапах эвакуации?

#### **Ответы:**

1. Остановка кровотечения: Наложение давящей повязки на рану, возможно использование жгута. Иммобилизация конечности: Использование шины или подручных средств для фиксации поврежденной руки. Обезболивание: Введение анальгетиков внутримышечно или перорально, если это доступно.
2. Первичная хирургическая обработка: Очистить рану от загрязнений и инородных тел. Рассечь рану. Провести тщательную ревизию раны для оценки степени повреждения сосудов, нервов и костей. Иссечь нежизнеспособные/поврежденные ткани. Промыть рану растворами антисептиков. Наложить асептическую повязку. Иммобилизация: Зафиксировать конечность шиной или подручными средствами для предотвращения дальнейшего повреждения. Шина должна захватывать два сустава – локтевой и лучезапястный. Транспортировка: Транспортировка пострадавшего в медицинское учреждение должна быть максимально щадящей, чтобы избежать дополнительных повреждений. Конечность должна оставаться зафиксированной до прибытия к специалистам.
3. Инфекция: Риск развития инфекции в открытой ране особенно высок, что может привести к сепсису. Травматический шок: Может развиваться вследствие болевого синдрома и кровопотери. Контрактура суставов: Из-за неправильного сращения костей или длительного обездвиживания конечности. Неврологические нарушения: Повреждение нервных стволов может привести к нарушению чувствительности и двигательной функции. Ампутация: В тяжелых случаях, когда невозможно сохранить конечность, может потребоваться ампутация.
4. Диагностика: Рентгенография для определения характера перелома и наличия костных фрагментов. УЗИ сосудов для оценки состояния сосудистой системы. Лечение: Хирургическое вмешательство для восстановления целостности кости, сосудов и нервов. Антибиотикотерапия для профилактики инфекционных осложнений. Физиотерапевтические процедуры для ускорения заживления и восстановления функций конечности. Реабилитация, включающая лечебную физкультуру и массаж для восстановления подвижности и силы мышц.

### Задача 2

Рядовой А. доставлен на МПП через 1,5 часа после взрыва шариковой бомбы с обширной раной левого плеча и ранением левой половины грудной клетки. Состояние тяжелое. Умеренная бледность. Пульс 110 уд. в мин. АД 90/40. ЧДД 32 в мин. Кашель с кровавистой мокротой. Дыхание слева не проводится. Перкуторно притупление звука до 4

ребра. Подкожная эмфизема левой половины грудной клетки. Правая граница относительной тупости не расширена. В рану на входе поступает воздух. На сортировочной площадке возникло кровотечение из культи левой подмышечной артерии.

### Вопросы к ситуационной задаче

1. Сформулируйте диагноз
2. Направление движения. В какой очереди будет проходить помощь пациенту?
3. Какие неотложные мероприятия следует провести?
4. Дальнейший этап помощи пациенту.
5. Первичная хирургическая обработка раны. Из чего складывается? Какова дальнейшая тактика лечения пациента?

### Ответы:

1. Проникающее осколочное ранение левой половины грудной клетки с повреждением легкого. Гемопневмоторакс. Ранение левого плеча с повреждением сосудисто-нервного пучка. Кровотечение из подмышечной артерии. Шок 2 ст.
2. В перевязочную, в первую очередь.
3. Наложение окклюзионной повязки. Перевязка и наложение зажима на культю подмышечной артерии. Вагосимпатическая блокада.
4. Эвакуация в ОМЕДБ в первую очередь на носилках в возвышенном положении.
5. В ОМЕДБ направляется в перевязочную для тяжелораненых, где одновременно с проведением противошоковых мероприятий, производят ушивание пневмоторакса, дренирование плевральной полости, ПХО раны плеча.

### Задача 3

На поле боя ранен осколком снаряда в правое бедро с повреждением бедренной кости. Сам наложил повязку и ввел подкожно промедол из шприц-тюбика. В ожидании санитаров услышал глухой взрыв химического боеприпаса с разбрызгиванием жидкости, имеющей неприятный запах. Капли попали на рану, одежду, открытые части тела. Произвел дегазацию ОВ жидкостью противохимического пакета. При осмотре В МПП отмечают светобоязнь, слезотечение. Лицо отечно, веки сомкнуты, конъюнктивы гиперемированы, голос сиплый. В ОМЕДБ, кроме перечисленных симптомов, появилось чувство жжения кожи мошонки, бедер, значительно усилились боли в ране, ткани приобрели вид вареного мяса. Окружающая кожа отечна, покрыта желтовато-багровыми сливающимися пузырями.

### Вопросы к ситуационной задаче

1. Сформулируйте диагноз
2. Какие неотложные мероприятия следует провести?
3. Помощь на медицинском пункте полка
4. Первичная хирургическая обработка раны. Из чего складывается?
5. Какова дальнейшая тактика лечения пациента?

### Ответы:

1. Диагноз: Комбинированное химическое поражение, поражение ипритом раны бедра, дыхательных путей, кожи лица, кистей, бедер, мошонки; минно-взрывное ранение правого бедра с повреждением бедренной кости.

2. Первая помощь: надеть противогаз, дегазация ОВ на коже и обмундировании жидкостью из ИПП, промывание глаз водой из фляги, подкожно промедол из шприц-тюбика, таблетированные антибиотики (из индивидуальной аптечки), повязка на рану бедра, транспортная иммобилизация прибинтовыванием поврежденной нижней конечности к здоровой. Вынос с поля боя.
3. В МПП: внутримышечно 2мл. 2% раствора промедола, частичная санитарная обработка раненого с дегазацией ОВ на открытых частях тела и сменой обмундирования; в перевязочной закапывание в конъюнктивальные мешки 0,5% раствора дикаина и закладывание синтомициновой эмульсии, кожу в окружности раны обработать тампонами, смоченными 10% спиртовым раствором хлорамина, а рану 5%-водным раствором хлорамина, циркулярная новокаиновая блокада бедра выше раны, антибиотики в окружающие рану ткани, транспортная иммобилизация правого бедра шиной Дитрикса, внутримышечно 25мл 30% раствора натрия тиосульфата в качестве антидота, подкожно 2мл. 1% раствора димедрола.
4. В ОМЕДБ: подкожно промедол, димедрол, дипразин, полная санитарная обработка; в перевязочной – промывание раны и окружающей кожи раствором хлорамина, циркулярная новокаиновая блокада, антибиотики в окружающие рану ткани, ПХО ран бедра, опорожнение пузырей на коже, повязка с синтомициновой эмульсией, транспортная иммобилизация шиной Дитрикса.
5. Эвакуация на носилках в госпиталь для раненых с повреждением длинных трубчатых костей и суставов.

#### Задача 4

Рядовой А. доставлен в МПП через 1,5 часа после взрыва шариковой бомбы с ранением левого плеча и левой половины грудной клетки. Состояние тяжелое. Слабость. Пульс - 110 в минуту. АД - 80/40 мм рт. ст. Кашель с кровянистой мокротой. Перкуторно слева притупление до 4-го ребра. Дыхание не проводится. Нарастающая подкожная эмфизема левой половины грудной клетки.

#### Вопросы к ситуационной задаче

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Ваша тактика (МПП работает в полном объеме)?
3. В каком положении и в какую очередь следует эвакуировать раненого в омедб (див)?
4. Перечень основных мероприятий в омедб (див), эвакуация и место дальнейшего лечения.
5. Реабилитация.

#### Ответы:

- 1) проникающее слепое ранение шариковыми элементами левой половины грудной клетки, гемоторакс, клапанный пневмоторакс, слепое ранение мягких тканей левого плеча. Шок I степени;
- 2) в перевязочной в I очередь: комплексная противошоковая терапия, перевод клапанного пневмоторакса в открытый, вагосимпатическая блокада;
- 3) эвакуация в омедб (див) лёжа в I очередь;
- 4) в операционной под прикрытием комплексной противошоковой терапии торакотомия, ревизия, гемостаз, обработка и ушивание раны лёгкого, ПХО и ушивание грудной клетки. Дренирование плевральной полости для активной аспирации полиэтиленовой грушей-гармошкой. Продолжение комплексной терапии в шоковой палатке,

профилактика раневой инфекции. После стойкого выведения из шока эвакуация во 2-3 очередь в передовую ГБ;  
5) По выписки из ГБ ограничение физических нагрузок до 4 месяцев.

#### Задача 5

Рядовой В. получил слепое осколочное ранение правой голени. Санинструктор на поле боя наложил на рану повязку, ввёл промедол и обеспечил иммобилизацию способом «нога на ногу». В МПП доставлен через 2,5 часа после ранения.

*При осмотре на сортировочной площадке состояние раненого стресс-компенсированное. Жалуется на боли в правой голени, усиливающиеся при попытках движений. Повязка, умеренно промокшая кровью, подсохла. Определяется патологическая подвижность средней трети правой голени. Пульс - 82 в минуту. ЧД - 20 в минуту. АД - 120/70 мм рт. ст.*

#### Вопросы к ситуационной задаче

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Какой объем помощи должен быть оказан раненому в МПП (работает в полном объеме)?
3. В каком положении и в какую очередь следует эвакуировать раненого?
4. Перечень основных мероприятий в омедб (див), эвакуация и место дальнейшего лечения.
5. Реабилитация

#### Ответы:

- 1) слепое осколочное ранение средней трети правой голени, многооскольчатый перелом;
- 2) в перевязочной МПП: футлярная новокаиновая блокада, иммобилизация шиной Крамера, введение наркотических анальгетиков, антибиотиков, АС и ПСС. Заполнение ф. 100;
- 3) санитарным транспортом, лёжа, во 2-3 очередь;
- 4) в перевязочной выполнить первичную хирургическую обработку раны. Удалить костные осколки и опилить расщепленные концы отломков. Произвести репозицию отломков и диафиксацию спицами, тампонаду. Наложить окончатую гипсовую повязку до верхней 1/3 бедра. Эвакуация во 2 очередь в ВПХГ для раненых в бедро и крупные суставы передовой ГБ. В последующем эвакуация в тыловую ГБ;
- 5) комиссование через ВВК. Компенсация укорочения путем использования протезно-ортопедических устройств и удлинением по Илизарову в мирное время, при отсутствии противопоказаний.