



Лев Озерцовский, Михаил Тюрин,
Константин Головкин, Константин
Тюликов, Дмитрий Гребнёв

Применяя – думать!

Оценка последствий применения нелетального травматического оружия
военно-полевыми хирургами

От редакции.

Публикуя этот материал мы надеемся, что он заставит владельцев травматического оружия ещё раз (а кого-то может быть и впервые) задуматься о последствиях, к которым может привести неправильное применение травматикки. Вы должны понимать, что, несмотря на свою «нелетальность», в ваших руках находится серьёзное оружие, требующее взвешенного подхода при применении, а погоня за «джоулями» не должна превращаться в самоцель. Фото, приведённые в статье – это не попытка шокировать читателя. Просто действительность бывает ещё страшнее...

В СПб ГМУ им. И. П. Павлова 24 февраля 2010 г. состоялось 2350-е заседание Хирургического общества Н. И. Пирогова. Программа заседания, построенная на материалах клиники военно-полевой хирургии ВМА им. С.М. Кирова, была посвящена обзору особенностей ранений из травматического оружия.

По традиции программа заседания включала демонстрацию клинических случаев ранений из травматического оружия, анализ структуры ранений и основные принципы оказания хирургической помощи раненым. Новым в сообщении о протоколе данного Пироговского общества являлось включение в его текст, кроме клинических наблюдений, комментариев специалистов по раневой баллистике.

В первой демонстрации на заседании было представлено описание ранения головы Г-ва, 34-х лет, из пистолета «Оса» (ПБ-4-1М) пулей травматического патрона 18x45Т в конфликтной ситуации с расстояния менее 1 м. По данным врачей скорой помощи на месте

травмы сознание пострадавшего оценено на уровне глубокой комы.

При осмотре обнаружено входное отверстие раневого канала размером 1,5x2 см округлой формы в правой височной области. Из раны наблюдалось поступление мозгового детрита и умеренное кровотечение.

Ранение представляло собой слепое диаметральное проникающее повреждение правой височно-теменной области головного мозга с дырчатым переломом правой теменной кости (ил. 1). При рентгенологическом обследовании и компьютерной томографии черепа в левой височной доле была обнаружена пуля (ил. 2, 3).

Проведено оперативное лечение: выполнена декомпрессионная трепанация черепа, хирургическая обработка раневого канала, санация очага ушиба, извлечение ранящего снаряда, приточно-промывное дренирование.

После хирургической обработки раны и реанимационных мероприятий представилось возможным в целом компенсировать пострадавшего по основным соматически показателям. Восстановившееся сознание сформировалось на уровне утраты речевого контакта и двигательных расстройств. При выписке из клиники ВПХ состояние пострадавшего оценивалось как удовлетворительное. Полностью обслуживать себя он неспособен и нуждается в специальном уходе.

Анализ представленного клинического случая позволяет прийти к выводу, что при выстрелах из пистолета «Оса» с дистанции менее 1 м в такой уязвимый участок черепа, как височная кость, возможно нанесение тяжёлых ранений с повреждением головного мозга.

Вторая демонстрация была посвящена изложению особенностей огнестрельного слепого ранения в голову пострадавшего М-ва, 46 лет, из пистолета «Макарыч» (MP-79-9Т) с расстояния менее 1 м в результате неосторожного обращения с оружием.

При осмотре у пострадавшего установлено слепое ранение, проникающее в левую глазницу, левую верхнечелюстную пазуху, в полость черепа с ушибом головного мозга тяжёлой степени и «выпячиванием» глазного яблока под давлением образовавшейся напряженной гематомы в левой глазнице (ил. 5).

На компьютерной томограмме (КТ) головы в основной пазухе выявлено внедрившееся инородное тело округлой формы диаметром 9 мм, идентифицированное при последующей хирургической обработке раны, как пуля патрона 9 Р.А. (ил. 6)

Раненому выполнена первичная хирургическая обработка слепого черепно-лицевого ранения слева, вскрытие ретробульбарного пространства, дренирование гематомы, мобилизация глазного яблока и ревизия задних отделов глазного яблока, трепанация черепа, удаление субдуральной гематомы, пластика твердой мозговой оболочки, удаление костных отломков и ранящего снаряда из основной пазухи.

На 38 сутки раненый выписан из клиники в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, при выстрелах в голову из пистолета «Макарыч», оружия менее мощного по сравнению с пистолетом «Оса», также возможны повреждения лицевого скелета с контузионными повреждениями головного мозга.

Ил. 1. Входное отверстие раневого канала в правой височной области с поступлением из него мозгового детрита и умеренным кровотечением



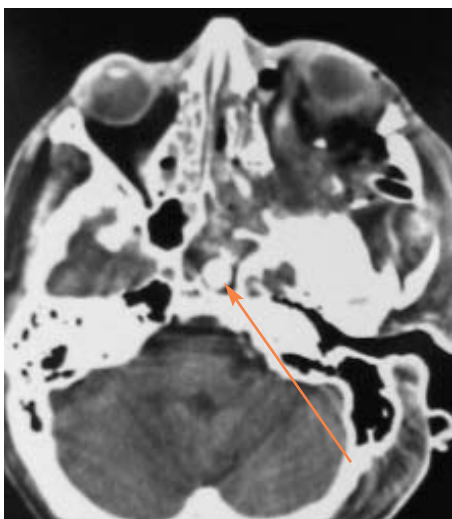
Ил. 2. Рентгенограмма черепа, боковой снимок. Видна тень пули патрона 18x45Т



Ил. 3. Схема ранения головного мозга. В области входной раны видны отломки височной кости, в конце раневого канала – пуля патрона 18x45Т



Ил 5. Экзофтальм (выпячивание глазного яблока) за счёт ретробульбарной напряженной гематомы слева.



Ил 6. КТ головы пострадавшего М-ва на уровне расположения инородного тела в основной пазухе черепа. Стрелкой указано положение пули патрона 9 Р.А.

Анализируя структуру ранений из травматического оружия, следует подчеркнуть, что преимущественными областями поражения из этого вида оружия (с целью достичь предельно высокого эффекта) являются голова и шея. При этом в 65 % случаев выстрелы производятся в лицо (31 % – в глаза и прилежащие ткани, 34 % – в челюстно-лицевую область). Чаще всего такие ранения носят тяжёлый характер.

К сожалению, в докладах военно-полевых хирургов на Пироговском обществе не прозвучала оценка соблюдения в представленных эпизодах участниками конфликтов правил обращения с травматическим оружием, в которых категорически запрещается стрельба из оружия самообороны в лицо и шею, стрельба с расстояния 1 м, стрельба в инвалидов, беременных женщин и детей.

В связи с этим уместно привести данные судебного медика Армена Бабахяна (2006) о том, что в 96 % случаев травматическое оружие в СПб применялось с целью нападения из хулиганских побуждений, самоубийства или вследствие несчастных случаев и только в 4 % случаев оружие использовалось с целью самообороны. В 83 % эпизодов выстрелы с криминальными намерениями, как правило, производились в упор или с дальности порядка 1 м.

Оценивая приведённые данные, следует заключить, что объектом хирургического лечения военно-полевых хирургов пострадавших, доставленных в клинику ВПХ ВМА им. С. М. Кирова сантранспортом, преимущественно являются случаи тяжёлых ранений из оружия самообороны с явным нарушением установленных правил применения этого оружия.

Следует подчеркнуть, что разработчики образцов травматического оружия стремятся реализовать в своих конструкциях два диаметрально противоположных требования – требование «нелетальности» при поражении объекта и с другой стороны обеспечение достаточного «останавливающего» и «травматического» воздействия. Выработка приемлемого компромисса в соотношении требований «нелетальности» и «эффективности» является достаточно сложной задачей.

По этому поводу интересно мнение известного специалиста по раневой баллистике Кнеубехл Беат (1992), который полагает нереальным создание абсолютно «нелетального» оружия самообороны и предлагает именовать подобное оружие «weniger todlich», т. е. менее смертельное.

К этому следует дополнить, что дистанция огневого контакта (соответственно эффективность травматического оружия) является весьма динамичной величиной, трудно поддающейся контролю в экстремальных ситуациях. В случае применения травматического оружия на дистанции менее разрешенной (1-2 м) человек может нести ответственность за превышение пределов необходимой обороны при возможном нанесении тяжкого вреда здоровью пострадавшему. Зачастую обороняющийся, опасаясь вероятности применения с противоборствующей стороны более весомых «аргументов», забывает о правилах обращения с оружием самообороны.

Несомненно, что столкновение таких противоположных тенденций как «нелетальность» и «эффективность» вполне логично провоцирует дилемму – «быть или не быть» травматическому оружию в качестве средства самообороны и это подтверждается выступлением в средствах СМИ представителей МВД России с инициативой запретить ношение травматического оружия.

Вместе с тем, лечебный опыт клиники военно-полевой хирургии подсказывает, что при строгом соблюдении положений инструкции о применении травматического оружия в целях самообороны вполне возможным является достижение легитимного эффекта самообороны, т. е. временного

Ил. 7. Раневые отверстия на коже в результате непроникающих слепых ранений из пистолета «Оса»: А-рана мягких тканей теменно-височной области, Б - два слепых непроникающих ранения мягких тканей груди, В -слепое непроникающее ранение мягких тканей нижней трети правого предплечья



лишения человека способности самостоятельно выполнять координированные во времени и пространстве действия без серьёзных патологических последствий для его организма. Именно такой тип поражения общепризнан в качестве предусмотренного концепцией вооружённой самообороны с помощью травматического оружия.

Убедительной иллюстрацией приведенных положений могут служить истории травмы 2-х пострадавших, поступивших в клинику военно-полевой хирургии ВМА им. С. М. Кирова по поводу относительно лёгких ранений травматическим оружием, при нанесении которых практически соблюдались требования инструкции по применению оружия самообороны.

1) Л-к С. А., 19 лет, поступил по поводу множественных (четырёх) слепых непроникающих пулевых ранений из пистолета «Оса». Из данных врачебной бригады скорой помощи следует, что пострадавший Л-к С. А. в общественном месте дебоширил, угрожал окружающим. В стремлении предотвратить конфликтную ситуацию, представитель охранной структуры произвёл в Л-а С. А. четыре выстрела из пистолета «Оса» с расстояния 1-2 м. Пострадавший упал и прекратил попытки к сопротивлению.

При осмотре в клинике у пострадавшего диагностированы слепые непроникающие ранения головы (левой теменно-височной области), груди (два), и нижней трети предплечья (ил. 7).

При рентгенографии грудной клетки и конечности костно-травматических изменений не выявлено. Хирургическое лечение заключалось в паравульнарном введении антибиотиков, обезболивание, дренирование ран головы, груди, правого предплечья, наложении асептической повязки. От дальнейшего лечения в клинике пострадавший отказался и был выписан в течение 1-х суток в удовлетворительном состоянии.

2) М-ов М. А. 35 лет поступил в клинику по поводу 2-х пулевых ранений: живота и конечности (правой локтевой области). Из данных врачебной бригады скорой помощи следует, что пострадавший М-ов М. А. 35 лет после столкновения со встречной автомашиной вёл себя агрессивно, угрожая применить насилие, в ответ на это владелец второй автомашины произвёл в М-ова М. А. два выстрела в живот из пистолета «Оса» с расстояния 1-2 м. На М-ове М. А. была одета зимняя куртка и шерстяной свитер. После ранения М-ов М. А. покинул место происшествия и обратился за медицинской помощью. При осмотре в клинике у пострадавшего диагностированы слепые непроникающее ранение мягких тканей живота и мягких тканей медиальной поверхности локтевой области правой верхней конечности, которой он защищал живот. При рентгенографии костно-травматических и патологических изменений живота и конечности не выявлено. В клинике была произведена первичная хирургическая обработка ран живота и медиальной поверхности правой локтевой области, наложена асептическая повязка. От дальнейшего лечения в клинике пострадавший

отказался и был выписан в течение 1-х суток в удовлетворительном состоянии.

Сопоставляя приведенные данные, следует заключить, что можно спорить о концепции оружия самообороны, но, по-видимому, это оружие вполне соответствует тем задачам, для которых оно создано, и является достаточно эффективным средством самообороны в рамках Федерального закона «Об оружии» и установленных правил его применения.

В заключение нельзя не подчеркнуть, что для успешной защиты от нападения владельцам оружия самообороны необходимо регулярно принимать участие в тренировочных стрельбах, желательно со стрельбой по росто-вым мишеням, добиваясь безошибочной стрельбы в так называемые «разрешённые» области тела.

Кроме того, следует уделять внимание отработке навыков обращения с травматическим оружием, умению быстро извлекать оружие из кобуры и приводить его в боевое положение.

