

Жидков С.А.

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ В ОЧАГЕ ЗЕМЛЕТРЯСЕНИЯ ПОСТРАДАВШИМ С ТРАВМАТИЧЕСКИМ ШОКОМ

*Военно-медицинский факультет в УО «Белорусский государственный
медицинский университет» кафедра военно-полевой хирургии*

Резюме: *Лечение травматического шока в очаге катастроф и стихийных бедствий представляет одну из основных проблем военно-полевой хирургии и медицины катастроф. В работе представлен опыт лечения 192 пострадавших в г. Спитаке в декабре 1988 года, поступивших на лечение в военно-полевое медицинское учреждение МО СССР (ВПМУ) в состоянии травматического шока.*

Ключевые слова: *травматический шок, первая помощь, инфузионная терапия.*

Из 835 пострадавших поступивших в ВПМУ МО СССР в период с 9 по 24.12.1988 года 192 (22,9%) были с клиникой травматического шока. Из них 47 (24,4%) с синдромом длительного (СДС) и позиционного сдавления (СПС) и 145 (75,6%) – с механической травмой (87,8% от всех лиц с этой патологией). В данной работе дается анализ лечения именно последней категории пострадавших. Из 145 лиц с травматическим шоком от механической травмы 141 (97,2%) поступили в первые 6 суток работы и 4 (2,8%) в последующем.

Частота развития травматического шока в зависимости от локализации повреждения представлена в табл.1

Таблица 1

Частота развития травматического шока у пострадавших с механической травмой

Локализация повреждения и вид механической травмы	Поступило всего	Степень тяжести травматического шока			Всего с травматическим шоком	
		I	II	III	абс.	%
Череп + позвоночник	44	19	11	-	30	68,2
Грудь	14	9	3	-	12	88,7
Живот	2	-	-	-	-	-
Длинные трубчатые кости (переломы)	25	7	14	-	21	84,0
Ранения мягких тканей	56	32	24	-	56	100,0
Повреждения связок, вывихи, ушибы	24	11	11	-	22	91,6
Итого	165	78	63	-	141	85,4

Из таблицы 1 видно, что у пострадавших наблюдалась легкая и средняя степень тяжести травматического шока, т.к. лица с тяжелой степенью и находившиеся в терминальном состоянии погибали в завалах. Причиной большой частоты развития клиники травматического шока считали длительные сроки нахождения в завалах и обезвоживание организма. Следует заметить, что в данной ситуации оправдывает себя и гипердиагностика. Однако, есть мнение, что клиника шока «запаздывает» за патологическими сдвигами в организме и авторы предлагают чаще использовать термин «травматический шок» на догоспитальном этапе.

Частота развития и тяжесть травматического шока в зависимости от оказания первой помощи в завалах показана в табл.2.

Таблица 2

Частота развития тяжести травматического шока в зависимости от оказания первой медицинской помощи

Первая медицинская помощь	Степень тяжести травматического шока			Всего
	легкая	средняя	тяжелая	
Оказывалась	54	11	-	65
Не оказывалась	52	66	9	127
Итого	106	77	9	192

Из таблицы видно, что травматический шок развивался в 2 раза чаще, если первая помощь не оказывалась. Еще более убедительна разница в степени тяжести травматического шока в зависимости от оказания первой помощи.

Лечение травматического шока в ВПМУ МО СССР начиналось в ходе медицинской сортировки. Для оказания помощи данной категории пострадавших была развернута и оборудована противошоковая на 16 коек. В лечении обязательно принимал участие анестезиолог-реаниматолог. Объем инфузионной терапии при I степени шока был 3,5-4,0л; II степени – 4,5-5,0л; III степени – 5,0-6,0л. Состав: альбумин – 25%, кристаллоидные растворы – 45%,

коллоидные – 30%, вводились наркотические анальгетики, антикоагулянты, антибиотики широкого спектра действия. При нарушениях функций почек вводили лазикс по схеме. При травме груди производили ингаляцию кислорода, при переломах длинных трубчатых костей – новокаиновые блокады и транспортную иммобилизацию.

Хирургическая обработка кровоточащих ран производилась сразу после сортировки. Остальные раны обрабатывались после ликвидации признаков травматического шока.

Такая тактика позволила эвакуировать всех пострадавших через 24-36 часов после поступления в ВПМУ МО СССР.

Таким образом, травматический шок у пострадавших при землетрясении с механической травмой возникает в 87,8% случаев. Отягощающими факторами являются длительное пребывание (более суток) в завалах и обезвоживание. Оказание первой помощи в завалах снижает частоту травматического шока в 2 раза, а степень его тяжести в 6-7 раз. Проведение противошоковой терапии в очаге катастрофы с соблюдением принципов военно-полевой хирургии позволило достичь успешных результатов.

Литература

1. Беркутов А.Н., Цыбуляк Г.Н. Травматический шок // Вестн. хир. – 1987. - №6. – С.150.
2. Брюсов П.Г. Принципы оказания хирургической помощи при катастрофах // Воен.-мед. журн. – 1990. - №4, - С.29-32.
3. Руденко М.И., Пасько В.Г., Андрюшкин В.Н., Филиппов А.С. Организация и принципы оказания анестезиологической и реаниматологической помощи в экстремальных ситуациях // Специализированная медицинская помощь в экстремальных ситуациях. – М.: Воениздат. 1990. – С.18-21.
4. Kemze K. Die principen der Erst versorgung des Schwerverletzten am Unfallort // Unfall chirurgie. – 1984. – Vol.10, №2. – P. 91-92.