

ОЖОГОВЫЙ ШОК И ЕГО ЛЕЧЕНИЕ

А.Ф.ХОТОВАЧ, А.К.ЗЫЗЬНОВ и А.Т.СЕМЕРСКИЙ

(Витебск)

Одним из ранних и грозных проявлений ожоговой болезни при обширной ожоговой травме является шок. По литературным данным, частота ожогового шока колеблется от 6 до 20%, а смертность от него, по данным целого ряда авторов (В.А. Братусь, 1963; Г.Д.Виликина, О.В.Шумова, 1968 и др.), составляет около 43,5% от общего числа умерших от ожогов. По материалам клиники термических порезаний ВМОЛ им.С.М. Кирова, в периоде шока погибает около 37,9% обожженных, поступивших в шоковом состоянии (З.Н.Парис, 1967).

В хирургическом отделении витебской областной клинической больницы за период с 1947 по 1969 гг. лечилось 659 больных с ожогами. Шок наблюдался у 103 больных (15,6%). Наши клинические и экспериментальные наблюдения показывают, что частота и тяжесть течения ожогового шока зависит от распространенности глубокого ожога, его локализации и возраста пострадавших. С увеличением площади глубокого ожога резко возрастает число больных в шоковом состоянии. Чаще возникает и тяжелее протекает шок у детей и стариков.

Наиболее частыми симптомами шока у наших больных были следующие: бледность больных, озноб, рвота, гипотермия, олигурия или анурия, азотемия, гипоальбуминемия, ступорные кроки.

У детей при тяжелом шоке наблюдалась заторможенность и даже бессознательное состояние.

Валогом успешного лечения ожогового больного в пред-шоковом и шоковом состоянии является применение комплекса лечебных мероприятий, направленных на ослабление или устранение болевых раздражений, уменьшение гемоконцентрации, гипоксии, нормализацию гемодинамики, обмена веществ и функции почек.

Противошоковые мероприятия нами начинались в приёмном шоковом, продолжались в экстренной операционной и в специальной палате.

В целях устранения основных ощущений мы применяли наркотики, антигистаминные препараты и успокаивающие средства, общий наркоз, растворы новокаина (новокаиновые блокады и внутривенное введение 0,125% раствора новокаина).

Применялись сердечные средства, витаминные, АКТГ, гидрокортизон и кислород.

Огромное значение имеет возмещение плазмотери при ожоговом шоке. При отсутствии рвоты давалось питье соле-щелочных растворов. При проведении инфузионной терапии ожогового шока мы отдаем предпочтение переливанию нативной и сухой плазмы, крови, плазмолуна. Применяем растворы глюкозы с одновременным введением инсулина. Из кристаллоидных растворов мы пользуемся кровезаменителями, противошоковым и физиологическим раствором, комбинируя их с коллоидными. В первые сутки вводится 2-4 литра жидкости. В последующее время количество вливаемых растворов уменьшается.

В тяжелых случаях для нормализации диуреза применяли неоконпенсан, манитол, мочевины и 40% раствор глюкозы.

Для нормализации артериального давления при инфузионной терапии вместе с вливаемыми растворами применяли

гидрокарбонатами или метаном. Для борьбы с ацидозом внутривенно вводили 2% раствор бикарбоната натрия.

Туалет ожоговых поверхностей не производили до выведения больного из шокового состояния, а на обожженные поверхности накладывали маевые повязки или повязки с раствором новокаина.

Из 108 больных, находившихся в шоке, умерло 25 человек (24,2%), причем в период с 1947 по 1956 г. умерло 16 человек из 46 (34,7%), а за период с 1957 по 1969 г. умерло 9 человек из 57 (15,7%).