

ТРАВМАТИЧЕСКИЙ ШОК ПРИ ПОЛИТРАВМЕ

*В.Д.Шейко, С.И.Манасенко,
С.П.Кравченко*

**Украинская медицинская стоматологическая академия
Полтава, Украина**

Целью исследования была констатация неоднородности патогенетических эффектов шока при политравме и значимости ранней оценки эффективности интенсивной терапии для определения успешной программы лечения.

Изучено течение травматической болезни у 560 пострадавших (возраст от 16 до 85 лет, из них 360 мужчин) с различными вариантами торакальной и абдоминальной политравмы. Клиника травматического шока была у всех пострадавших, при этом легкий шок (I ст.) выявлен у 8,8%, из них шок средней тяжести (II ст.) — у 24,7%, тяжелый шок (III ст.) — у 43,9%, терминальное состояние (шок IV ст.) — у 22,6%. Летальность составила 28,6%.

Доминирующий патогенетический компонент при политравме позволил выделить четыре разновидности травматического шока: геморрагический (86,9%), обструктивный (10,7%), нейрогенный (2,4%) и кардиогенный (0,4%).

Несвоевременная инфузионная терапия декомпенсированного шока при политравме в 44,7% обуславливает развитие реперфузионного токсического воздействия на организм пострадавшего, проявляющееся снижением тонуса и проницаемости сосудов (вторичный вазогенный компонент), тяжесть которого пропорциональна масштабу травматической деструкции и тяжести гипоксического поражения тканей.

Противошоковая терапия при политравме первично определяет ведущим компонентом патогенеза шока, в процессе интенсивной терапии коррегируется в соответствии с характером ответной гемодинамической реакции на базовый объем инфузионной терапии. Положительная гемодинамическая реакция свидетельствует об адекватной противошоковой терапии; отсутствие гемодинамической реакции требует пересмотра лечебной тактики и немедленного вмешательства для хирургического гемостаза либо определения и специфической коррекции негеморрагической природы шока.