

Травматический ШОК



срывный нерв

Травматический шок

- Травматический шок – это остро развивающийся патологический процесс, возникающий в организме при действии экстремальных факторов. И чаще всего сопровождается политравмой. Несмотря на определённые успехи в лечении данных повреждений, до сих пор остаются много спорных и нерешённых вопросов.



Травматический шок

- Травматический шок сопровождается выделением огромного количества **адреналина**, который вызывает спазм прекапилляров кожи, почек, печени и кишечника.
- Головной мозг, сердце и легкие получают кровь в большем количестве, чем обычно.
- Происходит **централизация кровообращения**.

Травматический шок

- Травматический шок, как правило, не развивается при повреждениях черепа. Это объясняется тем, что причина его не в торможении коры головного мозга, а наоборот, торможение коры до известной степени как бы предохраняет его от развития травматического шока или смягчает его проявления. *При травме мозга шок не развивается именно потому, что мозг после повреждения находится в состоянии торможения и тем самым как бы выключается из рефлекторной цепи.*

ЧИПСЕКИ

Травматический шок

- Определение балла тяжести повреждений по системе AIS при травмах конечностей

Балл	Степень тяжести травмы	Виды повреждений
1	Лёгкая	Ушиб локтя, плеча, кисти; переломы и вывихи пальцев верхних и нижних конечностей, повреждение связок
2	Значительная	Переломы плечевой, лучевой, локтевой, берцовых, костей, ключицы, лопатки, плюсневых, пяточной, лонной костей, простые переломы костей таза; вывихи крупных костей; обширные ранения мышц и сухожилий; внутренние надрывы/малые раны подмышечной, плечевой и ладонной артерий и/или вен.
3	Тяжёлая без угрозы для жизни	Оскольчатые переломы костей таза; переломы бедра;; вывихи в кистевом, голеностопном, коленном, тазобедренном суставах; травматические ампутации стопы, голени или верхней конечности; разрыв коленных связок; Раны седалищного нерва; внутренние надрывы и малые раны бедренных артерий, большие раны с/без тромбоза подмышечных, коленных, бедренных артерий и вен.
4	Тяжёлые с угрозой для жизни	Размозжение костей таза; травматическая ампутация нижней конечности выше коленного сустава; синдром длительного сдавления; большие раны бедренной, плечевой артерий.
5	Критическая с сомнительным выживанием	Открытые сдавленные переломы костей таза.

Травматический шок

- Изменение частоты пульса является более ранним признаком расстройства кровообращения, чем артериальное давление. Пример тому, труды Авиценны. **Принято считать безопасным пределом учащения пульса величину, которая получается после вычитания из 220 возраста пациента в годах, при более частых сокращениях возникает угроза истощения миокарда в результате развивающейся гипоксии.** Выраженное увеличение частоты сокращений сердца (120 уд/мин и больше) при удовлетворительном артериальном давлении свидетельствует о скрытом кровотечении.

Травматический шок

- I степень – сознание сохранено, умеренная бледность кожи и слизистых оболочек артериальное давление 90-100 мм рт. ст., пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения, 90-100 уд/мин, ШИ меньше или равен 0,8, кровопотеря до 1000 мл.
- II степень – сознание сохранено, выражены угнетение, заторможенность. Кожа и слизистые оболочки бледные, артериальное давление находится в пределах 70-90 мм рт. ст., пульс 100-120 уд/мин, слабого наполнения, ШИ равен 0,9-1,2, шоковая почка, кровопотеря 1500 мл.

Травматический шок

- III степень – сознание сохранено (если не повреждён головной мозг), кожа и слизистые оболочки резко бледны. Отмечается адинамия, артериальное давление находится ниже уровня критического -70 мм рт. ст., пульс нитевидный, 130-140 уд/мин, слабого наполнения, ШИ больше или равен 1,3, кровопотеря более 1500 мл.
- IV степень – терминальное состояние, в котором выделяют три стадии (по В.А. Неговскому): преагональное состояние; агональное состояние и клиническая смерть.

Травматический шок

● Алгоритм лечения травматического шока.

Основные задачи реанимации при травматическом шоке:

1. Восстановление сердечной деятельности, кровообращения и создание условий для кровоснабжения головного мозга;
2. Восстановление газообмена в лёгких
3. Восстановление ОЦК

А все мероприятия по выведению пострадавшего из шока, условно можно на 4 группы: 1) Борьба с кровопотерей; 2) Борьба с ОДН; 3) Борьба с болью; 4) борьба с нарушением обмена веществ

Исходя из современных принципов лечения больных

с политравмой, наряду со стабилизацией артериального давления, с учётом аллергологического анамнеза, терапию следует начинать с блокированием болевых импульсов от патологического очага в кору головного мозга, для чего необходимо:

обезболивание места перелома 1 – 2 % раствором новокаина 20-60 мг;

- блокады (вагосимпатическая, ретроплевральная, паранефральная, внутритазовая, футлярная, проводниковые и т.д.

Синдром сдавления



ШО СМОТРИШЬ ЦАЦА

Синдром сдавления

- Английский физиолог Вальтер Кэннон в работе о токсическом факторе при раневом шоке сообщил о том, что один французский офицер разрывом бомбы был отброшен на дно траншеи. Свалившимися брёвнами наката он был придавлен, и его левое бедро оказалось крепко зажатым. Так и пролежал он 24 часа, и когда пришла помощь, оказался настолько бодрым. Что руководил солдатами, расчищавшими завал. Ну вот разобрали брёвна, и левое бедро офицера освободили. И тогда состояние его вдруг ухудшилось: он стал бледным, дыхание его участилось, а пульс ослабел.

**спасибо за внимание за вопросы вжух и
порча на понос**

