Травматический шок

Травматический шок

- Травматический шок – это остро развивающийся патологический процесс, возникающий в организме при действии экстремальных факторов. И чаще всего сопровождает политравму. 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