# Министерство образования и науки Украины

Техникум промышленной автоматики

## Одесской государственной академии холода

Исполнитель:

Остапенко В.В.

### Студентка I курса

#### Группы АМ-051

Преподаватель:

Форман Ж.Ю.

# Одесса 2005

**Травматический шок** – тяжелый патологический процесс; развивающийся в ответ на травму и касающийся практически всех систем организма, в первую очередь кро-вообращения. В основе патогенеза шока лежат: гемодинами-ческий фактор (уменьшение объема циркулирующей кровью в результате её вытекания из сосудистого русла и депонирования), анемический фактор, боль и нарушения це-лостности костных образований. Наряду с этим может быть и повреждение внутренних органов. В отличие от коллапса травматический шок протекает в форме фазового процесса. В начале наступает централизация гемодинамики за счет спазма периферических сосудов, затем их парез и так назы-ваемый кризис микро циркуляции. Если больной длительно находился в состоянии сосудистой гипотонии без оказания квалифицированной помощи, у него вследствие длительного спазма, а затем пореза и шунтирования от периферических сосудов развиваются необратимые изменения: образование прижизненных микротромбов – конгломератов из формен-ных элементов крови в капиллярах, в мелких венозных, а за-тем и в артериальных сосудах, что приводит к дистрофии паренхиматозных органов.

**СИМПТОМЫ.** В начальном периоде шока пострадав-ший может быть возбуждён, эйфоричен, не сознавать тяже-сти своего состояния и полученных повреждений (эректиль-ная фаза). Затем наступает так называемая торпидная фаза: пострадавший становится заторможенным, апатичным. Со-знание сохранено в результате централизации кровообраще-ния. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки блед-ные.

**НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ. МЕРОПРИЯТИЯ НА МЕСТЕ ПРОИШЕСТВИЯ:** в первую очередь необходимо остановить кровотечение.

При шоке I-II степени показана инфузия крупномоле-кулярных растворов – от 400 до 800 мл полиглюкина или желатиноля. Такая инфузия целесообразна для профилакти-ки углубления шока при необходимости транспортировать пострадавшего на большие расстояния.

При шоке II-III степени после переливания 400 мл полиглюкина следует перелить 500 мл раствора Рингера или 5% раствора глюкозы, а затем возобновить инфузию поли-глюкина. Наряду с инфузиями следует проводить обезболи-вание в виде местной анестезии 0,25-0,5 % раствором ново-каина в область переломов по 150-200 мл, проводниковой, футлярной анестезии.

При шоке III-IV степени обезболивание следует прово-дить только после переливания 400-500 мл полиглюкина. После начала инфузионной терапии и переливания 300-400 мл растворов показана тщательная иммобилизация переломов путем наложения транспортных шин.

При шоке III-IV степени показано одномоментное вну-тривенное введение 60-90 мг преднизолона или 6-8 мг декса-метазона.

**МЕРОПРИЯТИЯ ВО ВРЕМЯ ТРАНСПОРТИРОВ-КИ БОЛЬНОГО.** Постоянное внутривенное вливание поли-глюкена или желатиноля должно быть продолжено. При множественных травмах и шоке III-IV степени пострадавше-го целесообразно транспортировать под закисно-кислород-ным наркозом в соотношении закиси азота и кислорода 1:1; 2:1. При выраженных расстройствах дыхания, а особенно при агональном типе дыхания показаны интубация трахеи и проведение искусственной вентиляции легких мешком Рубе-на либо мешком наркозного аппарата. Если интубацию тра-хеи по каким-либо причинам осуществить невозможно, ис-кусственное дыхание проводят при помощи маски.

**МЕРОПРИЯТИЯ В СТАЦИОНАРЕ.** В стационаре одним из основных мероприятий является окончательная ос-тановка кровотечения. Если диагностировано внутреннее кровотечении, проводят немедленное оперативное вмеша-тельство под эндотрахеальным наркозом с внутривенной и внутриартериальной гемотрансфузией.

После окончания оперативного вмешательства не сле-дует прекращать искусственную вентиляцию легких до пол-ного устранения гемодинамики. Нельзя также прекращать искусственное дыхание, если на месте травмы или во время транспортировки имелись нарушения легочной вентиляции.

Необходимо контролировать состояние свертывающей и противосвертывающей систем крови. Обычно со вторых суток после травмы возникают показания к применению ге-парина, а иногда и фибринолизина. Антикоагулянты являют-ся мощным средством профилактики легочных осложнений, прежде всего шокового леmailto:support@diplomy.orгкого.