

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра травматологии, ортопедии и нейрохирургии с курсом ПО

Рецензия д.м.н., зав. кафедрой травматологии, ортопедии и нейрохирургии с курсом

ПО, доцента Шиякина Павла Геннадьевича на реферат-презентацию

ординатора 2 года обучения по специальности «Травматология и ортопедия»

Локтионова Анатолия Сергеевича по теме:

Травматический шок.

В своей презентации А.С. Локтионов раскрывает важные аспекты, касающиеся этиологии диагностики и лечения травматического шока. В докладе в достаточном объеме представлена необходимая информация по различным шкалам оценки тяжести состояния. Структурированность работы не нарушена, и содержит основные необходимые данные. Выводы, сформулированные на основе анализа материала, обоснованы. Список литературы представлен 4 источниками, выпущенных не позднее 5 лет.

Работа выполнена по типу реферата, оформлена в соответствии с требованиями.

Основные оценочные критерии:

Оценочный критерий	Положительный/отрицательный
1. Структурированность	+
2. Наличие орфографических ошибок	+
3. Соответствие текста реферата его теме	-
4. Владение терминологией	+
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6. Логичность доказательной базы	+
7. Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8. Круг использования известных научных источников	+
9. Умение сделать общий вывод	+

Итоговая оценка: Положительная / Отрицательная

Комментарии рецензента:

Подпись рецензента:

Подпись ординатора:

Травматический шок

- Выполнил: ординатор
второго года обучения
Локтионов А.С.

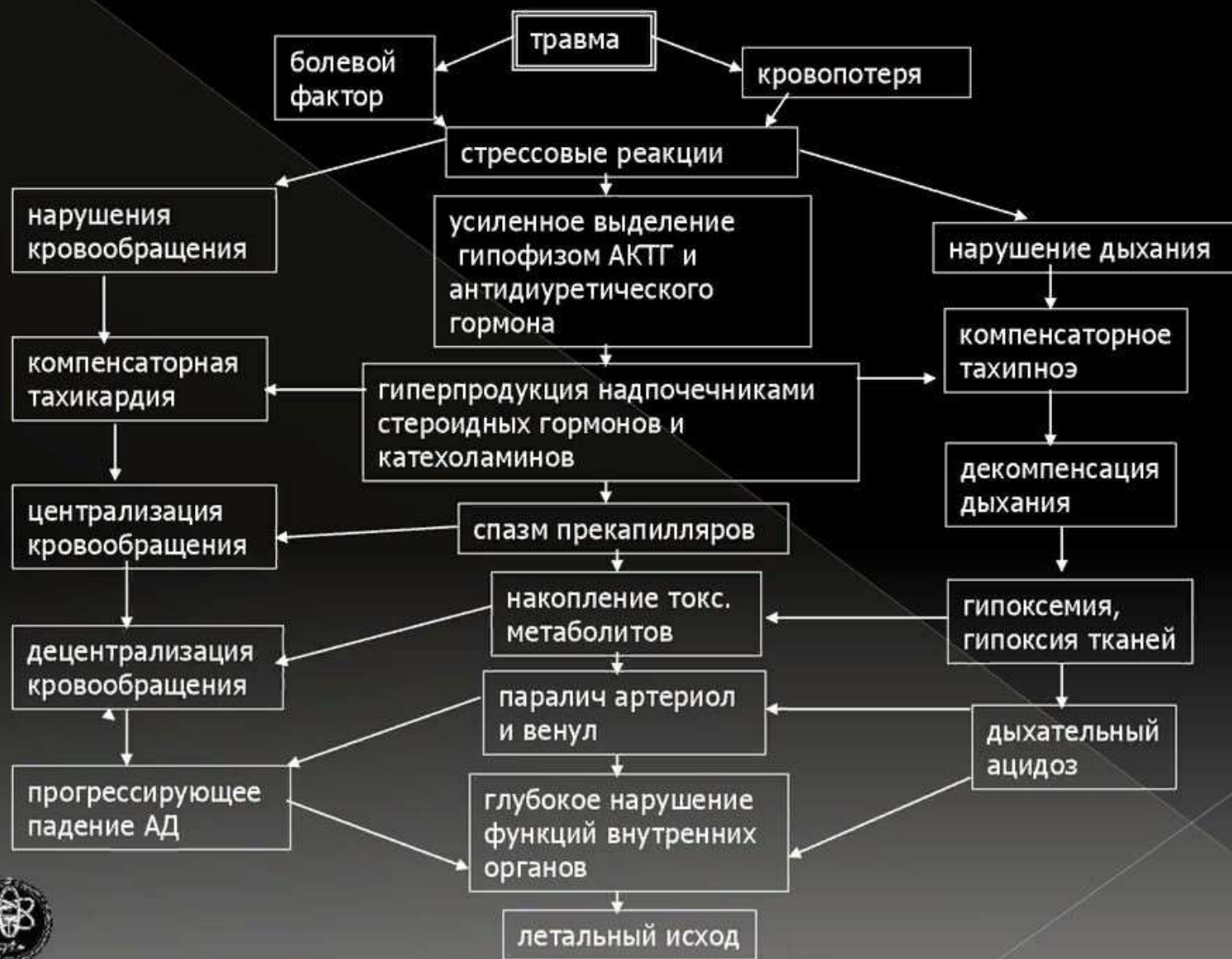
Определение

Травматический шок — тяжелый патологический процесс, возникающий в организме как общая реакция на тяжелое механическое повреждение тканей и органов. Этот процесс характеризуется нарастающим угнетением основных жизненных функций организма вследствие нарушения нервной регуляции, гемодинамики, дыхания и обменных процессов.

Этиология

Тяжелое состояние пострадавших связано, в первую очередь, с массивной кровопотерей, ОДН, острыми расстройствами функций поврежденных жизненно важных органов (головной мозг, сердце), жировой эмболией и т. д. Развития шока следует ожидать у пострадавших с множественными переломами костей нижних конечностей, таза, ребер, при повреждении внутренних органов, при открытых переломах с обширным разможением мягких тканей и т. п.

Патогенез травматического шока



Более точно о величине кровопотери можно судить по шоковому индексу предложенному Альговером и определяемому по формуле:

$$\text{ШИ} = \text{П} / \text{АД},$$

где ШИ — шоковый индекс; П —
частота пульса, уд./мин;

АД — артериальное давление, мм рт. ст.

Степени шока и индекс Альговера

Критерий	I степень легкая	II степень средняя	III степень тяжелая
Пульс	До 80	80 – 100	Более 100
САД	110	110 – 90	Ниже 90
Эр	Не меньше 3,5	3,5 – 2,5	Менее 2,5
Нв	Не ниже 110	100 – 70	Ниже 70
Гематокрит	Более 30	30 – 25	Менее 25
Объем кровопотери	До 1,0 – 1,5 л	1,5 – 2,5 л	Более 2,5 л
Дефицит ОЦК%	До 20	20 – 40	40 – 70
Шоковый индекс	0,6 – 0,9	1,0 – 1,4	Более 1,5

**В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ
ТРАВМАТИЧЕСКОГО
ШОКА РАЗЛИЧАЮТ
ЭРЕКТИЛЬНУЮ И
ТОРПИДНУЮ ФАЗЫ.**

Эректильная фаза характеризуется общим возбуждением больного. Пострадавший беспокоен, многословен, суетлив, беспорядочно двигается. Пульс учащен (до 100 уд./мин), артериальное давление скачкообразно повышается с перепадом максимальных и минимальных значений до 80—100 мм рт. ст., дыхание неравномерное, частое, до 30—40 в 1 мин. Внешний вид возбужденного больного, как правило, не соответствует значительной тяжести имеющихся у него повреждений.

Торпидная фаза травматического шока характеризуется угнетением всех

жизненных функций организма.

Пострадавший заторможен, безразличен к окружающему, к своему состоянию, болевая чувствительность у него снижена, артериальное давление снижается, пульс частый, слабого наполнения, дыхание поверхностное, учащенное.

В зависимости от тяжести состояния пострадавшего торпидную фазу шока условно делят на четыре степени.

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, кровопотеря 1500 мл.

III степень: сознание сохранено (если не поврежден головной мозг), кожа и слизистые оболочки резко бледны, адинамия, артериальное давление ниже 70 мм рт. ст., пульс нитевидный, 130-140 уд./мин, 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.

Все мероприятия по выведению пострадавших из шока можно условно разделить на четыре группы: борьба с гиповолемией; борьба с ОДН; борьба с болевым фактором и борьба с нарушением обмена веществ.

Гиповолемия — основа травматологического шока. Она возникает вследствие кровопотери, плазмопотери (при ожогах), нарушения реологических свойств крови (катехоламинемия). Эффективное восполнение кровопотери возможно только после остановки кровотечения, поэтому пострадавшие с внутриполостным кровотечением нуждаются в экстренной операции по жизненным показаниям независимо от тяжести общего состояния.

Для ликвидации ОДН применяют ингаляции кислорода, проводят ИВЛ с помощью автоматических респираторов

Показанием к наложению трахеостомы служат тяжелые повреждения лицевого скелета, гортани, трахеи, шейного отдела позвоночника, длительное бессознательное состояние пострадавшего с тяжелой ЧМТ, необходимость в течение многих суток осуществлять ИВЛ

Борьба с болью является одной из важных противошоковых мер. На месте происшествия вводят анальгетики

(промедол, морфин),

производят блокады

мест

переломов 0,5 %

раствором новокаина (40—80 мл),

футлярную (100 мл 0,5 % раствора

новокаина), проводниковую (20—30 мл 1 %

раствора новокаина), поперечного

сечения выше наложенного жгута (200-300

мл 0,25

% раствора новокаина), вагосимпатическую

(40—60 мл 0,5 % раствора новокаина),

внутритазовую (200 мл 0,25 % раствора

новокаина