

ГАПОУ ТО
"Ишимский медицинский колледж"

**ВИДЫ ШОКА.
ТАКТИКА ФЕЛЬДШЕРА
НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ.**

План:

- Понятие о шоке.
- Механизм развития.
- Основная клиника шока.
- Тактика фельдшера на догоспитальном этапе.
- Профилактика шока.

Виды шока.

Гиповолемический шок	Кардиогенный шок	Перераспределительный шок
<p>1. Потеря крови: – Травма (травматический шок) – Кровотечения (геморрагический шок)</p> <p>2. Потеря плазмы: – ожоги (ожоговый шок) – синдром длительного раздавливания (краш — синдром)</p> <p>3. Потеря жидкости: – рвота и понос (дегидратационный шок)</p>	<p>1. ОИМ (истинный кардиогенный шок, рефлекторный шок)</p> <p>2. Нарушения сердечного ритма.</p> <p>3. ТЭЛА</p> <p>4. Тампонада сердца</p>	<p>1. Анафилактический шок</p> <p>2. Септический шок (ИТШ)</p> <p>3. Спинальный шок (нейрогенный)</p>

В зависимости от быстроты развития явлений шока различают :

➤ **Первичный шок** развивается в момент травмы или непосредственно после нее.

➤ **Вторичный шок** развивается через некоторое время после травмы.

Симптоматология шока определяется фазой и степенью его развития. В зависимости от преобладания процессов возбуждения или торможения в центральной нервной системе в течении шока различают две фазы -

Эректильная фаза шока наступает непосредственно вслед за травмой и характеризуется сохранением сознания, отсутствием критического отношения к своему состоянию и к окружающей обстановке. Болевая реакция резко повышена. Взгляд беспокоен, голос глуховат, фразы отрывисты, кожа и видимые слизистые оболочки бледны, потоотделение усилено. Выражена общая гиперестезия, повышены сухожильные рефлексы. Зрачки расширены, реакция их на свет быстрая. Пульс обычно частый, но иногда замедлен, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление нормальное или повышенное.

Эректильная фаза шока в подавляющем большинстве случаев длится 5-10 мин., и чем резче выражено при ней возбуждение, тем тяжелее протекает торпидная фаза и тем хуже прогноз. В связи с быстротечностью эректильной фазы шока она нередко ускользает от наблюдения. Переход эректильной фазы в торпидную обычно происходит в течение нескольких минут.

Клинические симптомы фаз шока

Эректильная фаза	Торпидная фаза
Активное поведение пострадавшего	Пассивность, безразличие и апатия
Пострадавший предъявляет жалобу	Жалобы, как правило, отсутствуют
Речевое и двигательное возбуждение	Неподвижность, нежелание отвечать на вопросы при сохраненном сознании
Пульс удовлетворительного наполнения, иногда несколько замедлен	Пульс плохого наполнения, учащен, иногда неощутим
Артериальное давление в пределах нормы, иногда несколько повышено	Артериальное давление всегда понижено (сист АД ниже 100 мм.рт.ст)
Дыхание учащенное	Дыхание учащенное, поверхностное
Кожная чувствительность и чувствительность раны повышены (гиперестезия)	Рана и кожа малочувствительны (гипестезия)

По тяжести клинических явлений, особенно по тяжести расстройств гемодинамики, шок делят на четыре степени: легкую, среднюю, тяжелую и очень тяжелую:

1 – легкая: нерезкая бледность, АД – 90-100 мм рт ст, пульс – до 100 в 1 мин. Больной в сознании, просит о помощи;

2 – средняя: бледность более выражена и быстро нарастает, появляется легкая заторможенность. Пульс – 100-120 в 1 мин, АД-90-80 мм рт ст, дыхание частое, мышечный тонус снижен;

3 – тяжелая: полная безучастность пострадавшего при сохраненном сознании, сонливость, цианоз, холодный и липкий пот. Черты лица заострены, пульс нитевидный, АД – 70-60 мм рт ст и ниже, дыхание поверхностное, частое. Анурия

4 – терминальная (на грани клинической смерти): АД не определяется, дыхание прерывистое, редкое.

Неотложная помощь:

1. Временная остановка кровотечения.

2. Адекватное обезболивание:

а) атропин 0,5 мл 0,1 % + димедрол 2 мл 1% + диазепам 2 мл 0,5 % в/в медл, затем (медленно!) - кетамин 0,8 — 1 мл 5 % все на физ растворе. **При тяжелой ЧМТ кетамин вводить нельзя!!**; б) атаралгезия — атропин 0,5 мл 0,1 % + диазепам 2 — 3 мл 0,5 % + фентанил 2 мл 0,005 % на физ растворе; в) при уверенности, что нет ЧМТ наркотические анальгетики (промедол, фентанил) в/в на физ растворе.

3. Транспортная иммобилизация.

4. Восполнение объема циркулирующей крови, при сист. АД ниже 100 мм.рт.ст обеспечить доступ в вену по схеме : кристаллоиды (физ.р-р, глюкоза 5% 200 мл)— коллоиды (гелофузин, полиглюкин, реополиглюкин 400 мл)— солевые (ацесоль 200 мл)

Примечание:

- **при кровопотере , АД должно быть не ниже 100 мм.рт.ст, но не выше 110 мм.рт.ст!!!**
- **При кровопотере не вводить реополиглюкин, т.к он разжижает кровь и препятствует образованию тромба!!!**

5.Допамин вводят при отсутствии эффекта 200 мг в 400 мл плазмозамещающего раствора в/в и преднизолон до 120 мг.

6.При открытом пневмотораксе — окклюзионная повязка.

7.При нарушении проходимости дыхательных путей — восстановление проходимости - тройной прием Сафара (без разгибания головы при повреждении шейного отдела позвоночника), воздуховод, комбитьюб.

8.Оксигенотерапия при сатурации менее 95%

Госпитализация на носилках под контролем гемодинамики, на инфузионной терапии.

Профилактика шока.

При оказании первой помощи следует всегда проводить предупреждающие развитие шока мероприятия, а именно:

- 1) сделать все возможное для срочной остановки кровотечения;
- 2) обратить особое внимание на предупреждение охлаждения и согревание пострадавшего, не допуская перегревания;
- 3) принять меры к ликвидации болей, используя для этого своевременное введение анальгетиков;
- 4) проверить правильность наложения транспортной иммобилизации и соблюдать бережную транспортировку;
- 5) дать внутрь горячий крепкий сладкий чай.

СПАСИБО

ЗА

ВНИМАНИЕ!