«ОНТУСТИК КАЗАКСТАН МЕМЛЕКЕТТИК ФАРМАЦЕВТИКА АКАДЕМИЯСЫ» АК

ХИРУРГИЯЛЫК ПАНДЕР КАФЕДРАСЫ

ПРЕЗЕНТАЦИЯ

ТАКЫРЫП:ЖАРАКАТТЫ ШОК СИНДРОМЫ.ДИАГНОСТИКА ЖАНЕ ЕМДЕУ ПРИНЦИПТЕРИ.

- Орындаган:Мамадиярова А.Б
- Тобы:306 КДС
- Кабылдаган:Илимова А.К

• АНЫҚТАМАСЫ

Жарақаттық шок – жіті дамитын және өмірге қауіп төндіретін жағдай. Ол ауыр механикалық жарақаттың ағзаға әсер етуі нәтижесінен дамиды.

Жарақаттық шок - бұл ауыр түрдегі жарақаттық аурудың жіті кезеңінің бірінші сатысы. Оның өзіндік нерв -рефлекторлы және тамырлық реакциясы ағзадағы қан айналымының, тыныс алу, зат алмасу жән эндокриндік бездер функциясының (қызметінің) бұзылуына әкеледі.

Жарақаттық шоктың тудырушы механизмдері: ауырсыну және афференттік импульсация, жедел массивті қан жоғалту, өмірге қажетті ағзалардың жарақаттануы, психикалық стресстер.

ЖІКТЕМЕСІ

Жарақаттық шок ағымына қарай:

- Біріншілік – жарақат алған кезінде немесе жарақаттан кейін дамиды;

- Екіншілік – жиі жарақаттан бірнеше сағаттан кейін дамиды.

Жарақаттық шоктың сатылары:

1. Компенсацияланған – шоктың барлық белгілері болады, АҚҚ жеткілікті деңгейде, ағза күресуге қабілетті.

2. Декомпенсацияланған – шоктың барлық белгілері болады және айқын гипотензия.

3. Рефрактерлық шок – барлық жүргізілген ем нәтижесіз.

ҚАУІП-ҚАТЕРЛІ ФАКТОРЛАР

- **Қауіп-қатерлі факторлар:**
- - Тез қан жоғалту;
- - Шаршағыштық;
- - Суық немесе ыстық;
- - Ашығу;
- - Қайталамалы жарақат (тасымалдау);
- - Радиацияның енуі және күйік, яғни қосарланған зақымдану.

ДИАГНОСТИКА

Диагностикалық критерилер

- Механикалық жарақаттың болуы
- қан жоғалтудың клиникалық көріністері
- артериялық қан қысымының төмендеуі
- тахикардия

Шокқа тән симптомдар:

- Суық, ылғалды, бозғылт-цианозды немесе мраморлық тері;
- Тырнақтарында қан айналымының бірден төмендеуі (ақырын айналуы);
- Бұлыңғыр ес (қараңғұту);
- Диспноэ;
- Олигурия;
- Тахикардия;
- АҚ және пульстің төмендеуі.

КЛИНИКАЛЫҚ ОБЪЕКТИВТІ ТЕКСЕРУ БЕЛГІЛЕРІ

ЖАРАҚАТТЫҚ ШОКТЫҢ ДАМУЫНДА 2 ФАЗАНЫ АЖЫРАТАДЫ:

Клиникалық объективті тексеру белгілері

Жарақаттық шоктың дамуында 2 фазаны ажыратады:

Эректильді сатысы көбінесе жарақаттан кейін басталады және қанайналымның орталықтану фонында науқастың айқын психомоторлы қозуымен (тітіркенуден) сипатталады. Науқастың іс-қозғалысы түсініксіз болуы мүмкін, оның көзіне елестер көрініп, айқайлайды, эйфориялы, ретсіз әрекеттер жасап, өз-өзін ұстай алмайды, тексеруге және көмек көрсетуге қарсы болады. Олармен қарым-қатынаста болу қиындықтар тудырады. Қан қысымы бұл кезде қалыпты болуы мүмкін немесе қалыптыға жақын. Жарақат түріне байланысты, тыныс алудың әртүрлі бұзылыстары болуы мүмкін. Бұл фаза қысқа мерзімді және көмек көрсету кезінде, торпидті түріне ауысады немесе тоқтайды.

Торпидті фазасына тән бұлыңғыр ес, ступор және орталық қан айналымның бұзылысынан ми гипоксиясының соңғы дәрежесі комалық (коматозды) жағдай дамиды, АҚҚ төмендейді, жұмсақ жиі пульс, тері жамылғылары бозғылт. Бұл сатысында ауруханаға дейін жедел жәрдем дәрігері АҚҚ-ның деңгейіне сүйену және жоғалтқан қанның көлемін анықтауға тырысу керек.

Жоғалтқан қан көлемін анықтау пульстің жиілігі мен систолалық қан қысымының қатынасына негізделген. (П/СҚҚ).

- Шоктың 1-ші сатысында (қан жоғалту 15-25% ОҚК – 1-1,2л) ШИ=1,5 (100/100);
- Шок 2-ші ст (жоғалтқан қан 25-45% ОҚК-1,5-2л) ШИ=1,5 (120/80);
- Шок 3 ст. (жоғалтқан қан 50% ОҚК -2,5л жоғары) ШИ=2 (140/70);

- Ауруханаға дейінгі кезеңде мүмкіндіктерді ескере отырып, шоктың әртүрлі дәрежесі мен клиникалық белгілерін анықтауға болады.

- **1-ші дәрежелі шок** (жеңіл шок) АҚҚ 90-100/60мм с.б. б. және пульс 90-100 рет мин. (ШИ=1),қанағаттанарлық толу болуы мүмкін. Негізінен зардап шегушінің есі аздап тежелген, бірақ қарым-қатынасқа оңай (жеңіл) қатысады, ауыру сезімін сезеді, тері және көзге көрінетін шырышты қабаттары бозғылт, бірақ кейде қалыпты түсті болады. Тыныс алуы жиі, бірақ құсу және құсық массаларымен аспирация болмаса, тыныс жеткіліксіздігі дамымайды. Жабық сан жарақатында, сан және сирақтың біріккен жарақаттарында, жамбастың жеңіл сынықтарында және басқа да ұқсас жарақаттарда дамиды..

- **2-ші дәрежелі шок** (орташа ауырлықтағы шок) артериалды қысымның 80-75 мм.с.б.б. дейін төмендетуімен өтеді. Бұл кезде жүректің жиырылу жиілігі 100-120 рет/мин дейін өседі. ШИ = 1,57 терінің айқын бозғылттығы, цианоз, адинамия, тежелу байқалады. Көптеген ұзын түтікті сүйектер жарақатында, көптеген қабырғалар сынғанда, жамбас сүйектің ауыр жарақатында дамиды.

- **3-ші дәрежелі шок** (ауыр шок) АҚҚ 60 мм.с.б.б. дейін төмендеуімен сипатталады. (одан да төмен болуы мүмкін), жүректің жиырылу жиілігі 130-140 рет/мин дейін өседі. Жүрек тондары өте әлсіз болады, науқастың есі терең тежелген, айналасында болып жатқандарға көңіл бөлмейді, терісі бозғылт, цианозды және жер түсті өң. Шоктың бұл дәрежесіт көптеген қосарланған немесе біріккен жарақаттарда, скелеттің зақымдануында, ірі бұлшық еттер мен ішкі ағзалардың жарақаттарында, кеуде клеткасы, бассүйек жарақаттарында және күйіктерде дамиды.
- Ары қарай науқастың жағдайы нашарласа, шоқтың 4 дәрежесі - терминалды жағдай дамуы мүмкін.

Негізгі диагностикалық шаралар:

1. Шағымдар жинағы, жалпы емдік анамнез.
2. Жалпы емдік (терапевтік) визуальді қарау.
3. Перифериялық артерияда қан қысымен өлшеу (АД).
4. Пульсті анықтау.
5. Жүрек соғудың жиілігін өлшеу (анықтау).
6. Тыныс алу жиілігін анықтау.
7. Жалпы терапевтік пальпация.
8. Жалпы терапевтік перкуссия.
9. Жалпы терапевтік аускульт/я.
10. ЭКГ түсіру және оны талдау, тіркеу.
11. Орталық нерв жүйесінің (ОНЖ) патологиясы кезінде сезімталдық және қозғалтқыш жүйелерін тексеру.

Арнайы шаралар:

1. Ауруханаға дейінгі кезеңде сыртқы қан ағуды тоқтату уақытша әдістермен іске асырылады. (тығыз тампонада, қатты қысып таңу, жарақатқа немесе саусақпен басу, жгут салу т.б.). Ауруханаға дейінгі кезеңде ішкі қан ағуды тоқтату мүмкін емес, сондықтан жедел жәрдем дәрігері науқасты ауруханаға жедел және ұқыпты жеткізуі керек.

2. Ауырсыну сезімін басу:

1-ші нұсқа - 0,5 мл 0,1% атропин ертіндісін к/т, 2 мл 1% дифенгидрамин (димедрол) ерітіндісі 2 мл 0,5% диазепам ерітіндісі (реланиум, седуксен), содан кейін 0,8-1 мл 5% кетамин ерітіндісін (калипсал) баяу енгізеді. Ауыр бассүйек-ми жарақатында кетамин енгізбейді!

2-ші нұсқа- 0,5 мл 0,1% атропин ерітіндісін к/т, 2-3 мл 0,5% диазепам (реланиум седуксен) және 2 мл 0,005% фентанил ерітіндісін к/т енгізеді.
Тыныстың жіті жеткіліксіздігі дамыған шок кезінде оксибутират Na 80-100 мг/кг-2 мл 0,005% фентанил ерітіндісін немесе 1мл 5% кетамин ерітіндісін 10-20 мл изотониялық еріт, 0,9% Na хлориді немесе 5% глюкоза ерітіндісінде

3. Транспорттық иммобилизация.

- 4. Жоғалтқан қан орнын толтыру.
- АҚҚ анықталмайтын деңгейінде инфузия жылдамдығы минутына 250-500 мл болуы керек. 6% полиглюкин ерітіндісін -к/т. Таңдау мүмкіндігі болса 10% немесе 6% гидроксиэтил крахмал ерітіндісі (стабизол, рефертан, HAES-steril). Бір мезгілде 1 л дейін басқа ерітінділерді енгізуге болады. Дұрыс инфузионды терапияның белгілері болып, 5-7мин кейін АҚҚ анықталуының бірінші белгілері пайда болады, ары қарай 15 мин критикалық деңгейге дейін көтеріледі (СҚҚ 90мм с.б.б)
- Шоктың жеңіл және орташа дәрежесінде - кристаллоиды еріт/р оның көлемі жоғалтқан қанның көлемінен жоғары болмау керек, олар қантамырлық русло-ны тез 09% Na хлоридін, 5% глюкоза ерітіндісі, жартылай ионды ерітінділер-дисоль, трисоль, ацесоль енгізіледі.

КОРЫТЫНДЫ

Жарақат алғаннан болатын шок. Бұл канайналымның, тыныс алудың, зат алмасудың, эндокринді бездердің кызметінің терең бұзылыстарына әкелетін, ағзаның жүйкелі — рефлекторлы және қантамырлық реакциясымен сипатталатын жарақат ауруының ауыр түрі болып табылады.

Шоктың пайда болуындағы негізгі тітіркендіргіштеріне әр — түрлі механикалық әсерлердің жүйке элементіне әсер етуі, жүйкенің зақымдалуы, тіндердің бұзылуы және қан кету болып саналады.

ПАЙДАЛАНҒАН ӘДЕБИЕТТІҢ ТІЗБЕСІ

- Аурулардың диагностикасы және емдеу хаттамалары (Приказы №764 - 2007, №165 - 2012)
- Клинические рекомендации, основанные на доказательной медицине: Пер. с англ. / Под ред. Ю.Л. Шевченко, И.Н. Денисова, В.И. Кулакова, Р.М. Хаитова.
- Руководство для врачей скорой медицинской помощи / Под ред. В.А. Михайловича, А.Г. Мирошниченко – 3-е издание, переработанное и дополненное – СПб.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2005.-704с.
- Тактика ведения и скорая медицинская помощь при неотложных состояниях. Руководство для врачей./ А.Л. Верткин – Астана, 2004.-392с.