

вой при кровотечении справа) на заднюю поверхность шеи, а большим пальцем придавливают артерию к поперечным отросткам нижних шейных позвонков.

Шок наблюдается чаще при тяжелых ранениях, сопровождающихся значительным кровотечением и повреждением тканей, но может развиваться и при ранениях со сравнительно небольшой зоной повреждения, особенно если имеется травма костей, нервов, сосудов.

Шок представляет собой рефлекторно возникшее глубокое нарушение жизненных функций организма. Клинически он проявляется резким падением артериального давления и нарушениями дыхания. Больной дышит поверхностно, бледен, кожа холодная, покрыта холодным потом. Сознание может быть сохранено, но угнетено; больной ареактивен, зрачки расширены.

Различают четыре степени геморрагического шока:

I степень: кровопотеря компенсированная, не более 5-10 мл/кг, без явных нарушений гемодинамики, пульс незначительно учащен;

II степень: кровопотеря субкомпенсированная, обычно в объеме 11-18 мл/кг массы тела, систолическое давление снижается до 90-100 мм рт. ст., пульс учащен;

III степень: кровопотеря декомпенсированная, в объеме 19-30 мл/кг, состояние тяжелое, систолическое давление достигает критических цифр – 60-80 мм рт. ст., пульс учащен до 120 в минуту, слабого наполнения;

IV степень: кровопотеря декомпенсированная более 35-40 мл/кг, состояние крайне тяжелое, сознание спутанное, на фоне резкой бледности появляется цианоз, пятнистый рисунок, систолическое давление ниже критического. 60 мм рт. ст. и ниже, тахикардия 140-160 в минуту.

Лечение должно быть энергичным и комплексным. Современная тактика инфузионно-трансфузионной терапии базируется на клинической оценке объема кровопотери, определении центрального венозного и артериального давления, частоты сердечных сокращений, уровня гемоглобина, гематокрита, количества эритроцитов, параметрах кислотно-щелочного состояния и газов крови.

Быстро начавшая инфузия жидкостей помогает восстановить нарушенную перфузию тканей, позволяет не допустить остановки «пустого сердца». Для восстановления гемодинамики кровотечения вводят внутривенно кровезаменители (плазма, полиглюкин и др.), а также физиологический раствор, 5% раствор глюкозы. Это позволяет стабилизировать давление до доставки больного в хирургическое отделение. Поврежденную часть тела нужно иммобилизовать.

Инфекция, как правило, сопровождает всякую случайную рану. Известно, что вирулентность уличной инфекции различна, но, как правило, (в сравнении с госпитальной) невелика – первичная инфекция.

Вместе с тем реакция организма на внедрение инфекции может быть различной. Вот почему воспаление в одних случаях может не развиваться в ране или, наоборот, в других случаях, получить бурное развитие.