

**ТРАВМАТИЧЕСКИЙ ШОК ЧЕЛОВЕКА
(монография)**

Гураль К.А., Ключевский В.В., Дамбаев Г.Ц.
МУЗ КБ СМП им. Н.В. Соловьева, Ярославль,
e-mail: gural61@mail.ru

Самым ранним осложнением травм является кровопотеря и шок. Диагностика кровопотери, шока и возможных их осложнений – тема представленной монографии. К сожалению, эта проблема не решена в практической медицине должным образом. Часто окончившие институт или медицинский колледж специалисты кровопотерю связывают лишь с видимым из раны кровотечением, и не оценивают должным образом кровопотерю в плевральную и брюшную полость, в мягкие ткани при переломах. Так при переломах таза кровопотеря может быть от 1-го до 3-х литров, бедра – от 1,5 до 2,5 литров, голени – от 0,5 до 1,5 литров. Ещё хуже обстоит дело среди медицинских работников, и в том числе среди хирургов и травматологов, в диагностике шока при травме.

Конечно, когда больной заторможен, бледен, кожа холодная, пульс учащен и давление максимальное ниже 100 мм рт. ст., диагноз шока хирурги выставляют, но если сознание ясное, кожа почти обычной окраски или чуть бледная, пульс хорошего наполнения до 100 в минуту, а АД выше 100 мм рт. ст., то шок практически не выставляется и больные не получают должной лечебной поддержки при оказании первой помощи и транспортировке в стационар, и даже не получают этой помощи в стационаре. Они не погибают, когда травма не жизнеопасная, и если не случаются такие тяжелые осложнения, как жировая эмболия, остановка ушибленного сердца. Но, неправильная первичная лечебная иммобилизация в стационаре, непроведение инфузионной терапии или, ещё хуже, экстренная операция по поводу закрытого изолированного перелома длинной кости могут ухудшить состояние больного, как на операции, так и сразу после неё. Вот почему врач-хирург или травматолог, госпитализируя больного с травмой длинной кости или «нетяжелой» политравмой, не обнаружив учащение пульса и падение ниже 100 мм рт. ст. максимального артериального давления, не выставляет диагноза легкого шока. Вот и получается как в военно-полевой хирургии – нет снижения артериального давления, значит, нет шока, а легкий шок лечить не надо. И действительно больной с изолированной травмой или нетяжелой политравмой чаще не погибает. Но какой ценой он переживает (переносит) начало своей травматической болезни, когда диагноз легкого шока не выставляется, и не проводится должной инфузионной терапии. Наоборот, ему при госпитализации снимается транспортная иммобилизация, выполняются рентгеновские

снимки (перекладывают на рентгеновский стол и обратно на каталку), и затем больного на железной каталке покрытой одной простыней привозят в предоперационную, где под местной анестезией проводят спицы для создания системы скелетного вытяжения. После этого ногу укладывают на шину Беллера, подвешивают грузы, везут в палату и на кровать. Все это сопровождается болью, которая не может не оказывать влияния на состояние больного.

Надо еще сказать, что проявления шока маскируются травмами головного мозга (нет падения давления!), а она бывает у 65–70% пострадавших с политравмой, и алкогольным опьянением (сегодня, это более 65%, от числа обратившихся в травматологический центр за помощью). Наверное, вот потому многие авторы в своих статистиках занижают частоту шока при изолированных переломах и политравме. Так по данным А.Б. Русакова (1989), при сочетанной травме частота шока, в зависимости от доминирующего повреждения колеблется от 33,9 до 93,3%, при повреждениях конечностей (1009 наблюдений) травматический шок наблюдался всего в 7% случаев, из которых: при изолированной травме – у 4%, при множественных – у 30%, при сочетанной у 33,9%.

Авторы руководства обращают наше внимание и внимание наших коллег на неопределенность клиники легкого шока и отсутствие в обычной клинической практике специальных методов оценки величины кровопотери, степени насыщения крови кислородом, степени тканевой гипоксии.

Они предлагают коллегам и студентам ставить диагноз легкого шока при обычных цифрах давления и пульса всем больным с политравмой; всем когда может быть кровопотеря более 10% от ОЦК и больше; всем больным с переломами бедра, плеча и голени (кровопотеря часто более 10% ОЦК, нет должной транспортной иммобилизации, часто бывает алкогольное опьянение); всем пожилым и старикам с вертельными переломами бедренной кости, и когда имеются признаки нарушения периферического кровообращения – похолодание дистальных отделов конечностей, западение периферических вен, холодный пот.

В предлагаемой монографии мы хотели на основании данных литературы и собственных исследований обосновать свою убежденность в том, что шок надо выставлять чаще, чем мы это делаем. Мы постарались объективизировать и тем самым обосновать выделенную нами в патогенезе легкого шока фазу скрытой декомпенсации.

Сложность лечения больных травмами определяется не только непосредственными механическими повреждениями, но в большей мере, тем комплексом расстройств функций

организма, который развивается в ответ на эти повреждения. С этой точки зрения наиболее перспективно направление, которое рассматривает травму и особенно политравму с позиции концепции травматической болезни, пусковым моментом которой она и является.

Вот почему представленные в доброжелательную критику, поскольку понимаем, что некоторые защищаемые нами положения не могут быть восприняты всеми однозначно.

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗЕ ПОЗВОНОЧНИКА (учебно-методическое пособие)

Дуруда А.Н., Олейников А.А., Ремнев А.Г.

*Алтайский государственный медицинский
университет, санаторий Барнаульский,
Вертеброневрологический центр Алтайского края,
Барнаул, e-mail: remmnev@mail.ru*

Методические рекомендации рассчитаны на широкий круг специалистов: врачей, методистов, инструкторов лечебной физической культуры, студентов, интернов, ординаторов. В учебно-методическом пособии проведена оценка остеохондроза позвоночника, как клинической проблемы. Остеохондроз позвоночника – мультифакторное заболевание, характеризующееся дистрофическим поражением позвоночно-двигательных сегментов (ПДС) и проявляющееся полиморфными неврологическими синдромами (Лукачер Г.Я., 1985; Веселовский В.П., 1998; Попелянский Я.Ю., 2003) с наследственной предрасположенностью (Шмидт И.Р., 2001). Остеохондроз позвоночника – хронический дистрофический процесс, проявляющийся снижением гидрофильности и деструкцией ткани межпозвонковых дисков (МПД), их грыжевидным выпячиванием в сторону позвоночного канала, реактивными изменениями в прилежащей костной ткани позвонков, а также сопровождающийся артрозом дугоотростчатых суставов (Никифоров А.С., Мендель О.И., 2009).

Остеохондроз позвоночника (intervertebral osteochondrosis, межпозвонковый остеохондроз) – дегенеративный процесс в позвоночнике, связанный с пульпозным ядром и фиброзным кольцом, который характеризуется уменьшением высоты межпозвонкового диска, вакуумными явлениями и реактивными изменениями тела позвонка. Остеохондроз позвоночника – хронический дистрофический процесс, проявляющийся снижением гидрофильности и деструкцией ткани межпозвонковых дисков (МПД), их грыжевидным выпячиванием в сторону позвоночного канала, реактивными изменениями в прилежащей костной ткани позвонков, а также сопровождающийся артрозом дугоотростчатых суставов.

В пособии дается характеристика анатомо-физиологических особенностей позвоночника. Позвоночник – это орган опоры, движения

и защиты, состоящий из сегментарно организованных костных и соединительнотканых структур, статодинамическая функция которых обеспечивается рессорным и нервно-мышечным аппаратом (Попелянский Я.Ю., 2003). Почти 75 % поясничных сгибаний-разгибаний и общих движений спины происходят в пояснично-крестцовом отделе, 20 % движений происходит на уровне L4-5, а оставшиеся 5 % находится в верхний поясничный уровень. Следовательно, не удивительно, что 90 % от пролапсов поясничных дисков происходит в двух нижних поясничных дисках, наиболее часто на уровне L5-S1 (Кауе А.Н., 2005).

Позвоночный столб составляют позвонки и расположенные между их телами межпозвонковые диски. Межпозвонковые диски (МПД) действуют в качестве амортизаторов. Пульпозное ядро распределяет давление: при нагрузке сжимается, в покое восстанавливает свою первоначальную форму после некоторого времени. МПД состоит из находящегося в его центре пульпозного, студенистого ядра и окружающего это ядро фиброзного кольца.

Главное внимание обращается на принципы лечения остеохондроза, образ жизни и оптимизацию двигательной активности при остеохондрозе. Данные многочисленных исследований и показатели статистических отчетов свидетельствуют о прогрессирующем ухудшении здоровья жителей России. У взрослого населения снижается средняя продолжительность жизни. Ухудшается репродуктивное здоровье мужчин и женщин. Одной из причин резкого ухудшения здоровья населения является гиподинамия, которая, как правило, рано или поздно приводит к деформации позвоночника, неправильному положению позвонков и плохой работе межпозвонковых дисков. Данная патология опорно-двигательного аппарата ставит в зависимость полноценное функционирование внутренних органов человека. Дисфункция позвоночника может стать причиной возникновения целого ряда заболеваний. При этом человек испытывает приступы боли, влекущие за собой скованность в движениях и дискомфорт. Правильно подобранные специалистами программы физической реабилитации способствуют уменьшению и прекращению болей в позвоночнике. Только регулярные, физические тренировки позволяют остановить процесс разрушения позвоночника и восстановить утраченные функции. Но при этом необходимо соблюдать одно единственное условие: тренировки должны быть регулярными и продолжаться всю жизнь. Лишь пересмотр привычного образа жизни, оптимизация двигательной активности, выполнение дыхательных упражнений, способствующих восстановлению кровотока в поражённых участках позвоночника, и специально подобранных комплексов физи-