

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РК. КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА

СРС НА ТЕМУ: «ХОЛОДОВАЯ
ТРАВМА: КЛАССИФИКАЦИЯ,
КЛИНИКА, ДОГОСПИТАЛЬНАЯ
ПОМОЩЬ»

Подготовил: Иванов Р.
СД-11-003-2

Алматы 2014

ПЛАН

Введение

Холодовая травма

Этиология и патогенез

Классификация отморожений

Классификация общего охлаждения

Догоспитальная помощь

Заключение

Используемая литература



ВВЕДЕНИЕ

Воздействие холода на организм человека в результате человеческой неспособности адаптироваться к нему может производить различные травмы – охлаждения, замерзания, отморожения.



ХОЛОДОВАЯ ТРАВМА

Отморожение — локальное поражение тканей, возникающее в результате воздействия низких температур.

Общее охлаждение — состояние организма в результате длительного нахождения в условиях низких температур.

Общая классификация поражения низкими температурами

Острое поражение холодом

- **Замерзание** (поражение внутренних органов, и систем организма)
- **Отморожение** (развитие местных некрозов с обширными вторичными изменениями)

Хроническое поражение холодом

- **Холодовой невровакулит**
- **Ознобление**

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Основная причина отморожения — воздействие низкой температуры окружающей среды. К дополнительным причинам относят высокую влажность воздуха и большую скорость ветра при низкой температуре. В качестве важных предрасполагающих факторов отморожений выступают сопутствующие заболевания сосудов конечностей, травмы конечностей, ношение тесной обуви.

Действие низких температур вызывает стойкий спазм сосудов, приводящий к развитию ишемии и гипоксии тканей, образованию микротромбов.

Результатом патологического процесса является некроз тканей. В клинике холодовой травмы наблюдаются два периода — дореактивный (ткани в состоянии гипотермии) и реактивный (после согревания).



КЛАССИФИКАЦИЯ ОТМОРОЖЕНИЙ

- I степень — незначительная обратимая гипотермия тканей, бледность кожных покровов, сменяющаяся гиперемией, тактильная и болевая чувствительность сохранена, движения в конечностях в полном объёме.
 - II степень — образование пузырей с прозрачной серозной жидкостью, бледность кожных покровов, цианоз, снижение тактильной и болевой чувствительности, отпадение ногтей, движения сохранены, эпителизация раны наступает через 2 нед.
 - III степень — пузыри с геморрагическим содержимым, поражённая кожа тёмнобагрового цвета, холодная на ощупь, тактильная и болевая чувствительность отсутствует, быстро нарастает отёк мягких тканей, раны самостоятельно не заживают; после образования некроза — оперативное лечение.
 - IV степень — повреждение на уровне костей и суставов, быстрая мумификация поражённой конечности с развитием сухой гангрены.
- 



КЛАССИФИКАЦИЯ ОБЩЕГО ОХЛАЖДЕНИЯ ПО КЛИНИЧЕСКИМ СТАДИЯМ

Лёгкая степень: температура тела 32-34 °С. Кожные покровы бледные или умеренно синюшные, появляются «гусиная кожа», озноб, затруднения речи. Пульс замедляется до 60-66 ударов в минуту. Артериальное давление нормально или несколько повышено. Дыхание не нарушено. Возможны отморожения I—II степени.

Средняя степень: температура тела 29-32 °С, характерны резкая сонливость, угнетение сознания, бессмысленный взгляд. Кожные покровы бледные, синюшные, иногда с мраморной окраской, холодные на ощупь. Пульс замедляется до 50-60 ударов в минуту, слабого наполнения. Артериальное давление снижено незначительно. Дыхание редкое — до 8-12 в минуту, поверхностное. Возможны отморожения лица и конечностей I—IV степени.

Тяжёлая степень: температура тела ниже 31 °С. Сознание отсутствует, наблюдаются судороги, рвота. Кожные покровы бледные, синюшные, холодные на ощупь. Пульс замедляется до 36 ударов в минуту, слабого наполнения, имеет место выраженное снижение артериального давления. Дыхание редкое, поверхностное — до 3-4 в минуту. Наблюдаются тяжёлые и распространённые отморожения вплоть до оледенения.

Отдельно выделяют **имерсионное обморожение (траншейная стопа)**: поражение стоп при длительном воздействии холода и сырости. Возникает при температуре выше 0 °С. Впервые описана в период 1-й мировой войны 1914—1918 у солдат при длительном пребывании их в сырых траншеях. В лёгких случаях появляются болезненное онемение, отёчность, покраснение кожи стоп; в случаях средней тяжести — серозно-кровянистые пузыри; при тяжёлой форме — омертвление глубоких тканей с присоединением инфекции, возможно развитие влажной гангрены.

ДЕЙСТВИЯ НА ВЫЗОВЕ

Собрать анамнез (если возможно): длительность пребывания на холоде, принятые меры к согреванию, сопутствующие заболевания.

Общий осмотр: общее состояние пострадавшего, сознание, наличие алкогольного или наркотического опьянения (при криминальной ситуации — работа в контакте с сотрудниками полиции), состояние кожных покровов, органов дыхания и сердечно-сосудистой системы, температура тела.

Осмотр конечностей: цвет и температура кожи, наличие и характеристика содержимого пузырей, проверка чувствительности.

ПЕРВАЯ И ДОВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ.

Следует прекратить дальнейшее **охлаждение**, снять промокшие одежду и обувь. Согреть пораженную всеми доступными средствами (укутывание горячее питье **и т. п.**). Хорошим эффектом дает теплоизолирующая повязка (**ватно-марлевая с толстым** слоем серой ваты), которую следует накладывать до согревания охлажденных сегментов конечностей и внесения пораженного в теплое помещение. В этих условиях восстановление температуры тканей идет за счет тепла, приносимого током крови. По мере согревания тканей «из глубины» восстанавливается кровоток в дистальных отделах **конечностей**, повышается их температура и уровень обменных процессов в клетках. При таком методе первой помощи согревание конечностей **занимает** от 5 до 10 часов. Необходима срочная эвакуация.

ПЕРВАЯ ВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ.

Следует наложить теплоизолирующую повязку или провести согревание конечностей в теплой воде. При **возможности** осуществляется общее согревание в теплой ванне (в полевых условиях импровизируется с помощью **дезинфекционно-душевой установки ДДА-2**) в течение 40–60 мин (температура воды повышается **постепенно**, начиная с 25–30° С, до 38–40° С). Согревание следует **сопровождать** легким массажем. После согревания конечностей, **пораженные** участки следует обработать спиртом или слабым раствором йода, наложить **ватно-марлевые** повязки, начать внутривенную **инфузионную** терапию (400 мл реополиглюкина). Необходима срочная **эвакуация**.

При отсутствии возможности эвакуации следует проводить инфузионную терапию в полном объеме. Рекомендуемая **схема инфузионной терапии отмоорожений** включает следующие медикаментозные средства (на одни сутки) реополиглюкин 400 мл х 2 раза; 5-10% раствор глюкозы 200–400 мл х 2 раза; 0,25% раствор новокаина 50–100 мл х 2 раза; папаверин 2% — 2,0 (или но-шпа 2,0) х 2 раза; никотиновая кислота 1% — 1,0 х 2 раза; трентал 5 мл (100 мг) х 2 раза или по 2 драже х 3 раза; компламин 2 мл (300 мг) х 3 раза или внутрь по 0,15–0,30 х 3 раза; димедрол 2% — 1,0 х 2 раза; аскорбиновая кислота 5% — 5,0 х 2 раза; ацетилсалициловая кислота 0,25 х 3 раза.

Инфузионная терапия назначается всем пораженным, у которых имеются подозрения на отмоорожение **III–IV** степени. Ее следует **проводить** в течение 4-5 суток, после чего продолжают назначение **сосудорасширяющихи** дезагрегантных препаратов, средств, улучшающих микроциркуляцию (трентал, аспирин, компламин) в течение 1.0-1.5 месяцев.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ



ИСПОЛЬЗУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

<http://medportal.org/>

primamunc.ru

Ru.wikipedia.org

