

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
СИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ КОЛЛЕДЖ

## **Дипломная работа**

# ***Особенности сестринского ухода за пациентами с краш - синдромом***

Работу выполнила:

студентка 3 курса, группы 81-41

Шаравии Алдынай Алексеевна

Работу проверила: Баранова Т. В.

## **Актуальность выбранной темы**

Актуальность краш-синдрома приобретает особую значимость в связи с ростом стихийных бедствий, терроризма, техногенного прогресса и автокатастроф.

По данным опыта второй мировой войны на долю СДС приходилось от 4,5 % до 20 % санитарных потерь, а во время землетрясения в Армении (1988 г.) — 23,8 %, что подчёркивает актуальность изучения СДС как в военное, так и в мирное время.

В последние годы все большую актуальность в качестве причины СДС также приобретает терроризм, при котором взрывы строений могут привести к попаданию пострадавших под завалы.

При этом в локализации повреждений преобладает сдавление конечностей (80%), в том числе верхних - в 20% и нижних - в 60% случаев. Чаще всего СДС сочетается с переломами костей – 39%, травмами позвоночника и черепа. Сдавление грудной клетки, живота или таза - 40-42% сопровождается повреждениями внутренних органов указанных областей и определяет клиническое течение этих травм.

Смертность при синдроме сдавления около 30%, а при развившейся почечной недостаточности погибает 90% потерпевших, только применение экстракорпорального гемодиализа снизило смертность в таких случаях до 60%.

**Цель дипломной работы:** выявить особенности сестринского ухода за пациентами с краш - синдромом.

**Задачи:**

1. Ознакомиться с литературой по данной теме.
2. Изучить особенности сестринского ухода за пациентами с краш - синдромом.

# Ситуационная задача

В реанимационное отделение доставили пострадавшую М., возраст 45 лет, с диагнозом «Синдром длительного сдавления левой голени».

Из анамнеза известно: на железной дороге произошло столкновение электропоезда со встречными порожними вагонами. Пострадавшая возвращалась домой в вагоне электропоезда. Внезапно ощутила сильнейший удар, почувствовала сильную боль в левой голени, которая была сдавлена тяжелым предметом. Самостоятельно пострадавшая не могла выбраться из - под сдавления. Появился страх, чувство безысходности. Через 3 часа после травмы левая конечность

была освобождена от сдавления. Оказана помощь бригадой СМП: промедол, наложение жгута (на время оказания помощи), тугое бинтование конечности, иммобилизация шиной Крамера, холод (гипотермический пакет), питьё, согревание пострадавшей.

При поступлении: жалобы на боли в левой конечности, отек, ограничение движения.

Объективно: пострадавшая возбуждена, кожа бледная, пульс 110 уд. в мин, АД 90/60 мм.рт.ст., патологии со стороны внутренних органов не выявлено. Пострадавшая не мочилась. Переломов костей и открытых повреждений не выявлено.

## **Врачом назначено:**

- Постельный режим
- Диета № 7
- ОАК, БАК, ОАМ
- Трамадол в/м 2,0 мл × 3 р/д
- Инфузионная терапия  
(0,9%NaCl в/в 400,0 мл, 5%  
глюкоза – 400,0 мл,  
реополиглюкин - 400,0 мл)
- Цефтриаксон в/м 1,0 г × 2 р/д
- Коргликон в/в 1,0 мл × 2 р/д
- Преднизолон в/м 60 мг × 1 р/д
- Фраксипарин п/к 0,3 мл × 1 р/д
- Постановка мочевого катетера
- Оксигенотерапия
- УЗИ почек, ЭКГ.

## **Задания:**

1. Поставьте цель и составьте план сестринского вмешательства с мотивацией каждого этапа.
2. Выполните постановку мочевого катетера.
3. Подготовьте видеоролик с демонстрацией техники наложения кровоостанавливающего жгута.

## **Выводы:**

1. Изучив литературу по данной теме, я выявила, что существуют важные особенности ухода за пациентами с краш-синдромом;
2. Из-за того, что население, особенно те, кто живут в сейсмоопасных районах, не знает данной патологии, не умеют правильно оказывать помощь, необходимо проводить обучение населения и медицинских работников по оказанию неотложной помощи при данной патологии;
3. Необходимо знать, что в настоящее время изменилась тактика оказания неотложной помощи при СДС. Жгут накладывают на конечность только на время оказания первой помощи, а после тугого бинтования конечности от центра к периферии его



3. снимают. Жгут оставляют только при артериальном кровотечении и обширном размозжении конечности, когда ампутация неизбежна;
4. Боль при сочетании с эмоциональным стрессом вызывает компрессионный шок, вследствие этого обязательным является проведение противошоковой терапии на догоспитальном этапе;
5. Во время транспортировки пострадавшего в лечебное учреждение одновременно проводят гипотермию, чтобы снизить болезненность и замедлить распад тканей. В стационаре гипотермию необходимо продолжить в течение 2-3 дней;

6. Учитывая то, что отек конечности прогрессирует, следует придать возвышенное положение поврежденной конечности на шине Беллера для уменьшения боли, отека и улучшения кровоснабжения;
7. Так как при данной патологии страдают в большей степени почки, то обеспечение диеты №7 ведет к нормализации работы почек и улучшению состояния пациентов;
8. В виду того, что может развиваться компартмент-синдром, возможно проведение широкой открытой фасциотомии, при которой раны не ушиваются. Необходимо строгое соблюдение правил асептики и антисептики со стороны медперсонала;

9. Грозным осложнением данной патологии является возникновение ОПН, поэтому целесообразно проведение катетеризации мочевого пузыря для подсчета водного баланса и суточного диуреза;
0. Важной частью лечения является проведение дезинтоксикационной терапии и выполнение экстракорпоральной детоксикации организма;
1. Противопоказаны введение калийсодержащих препаратов, так как из поврежденного сегмента высвобождается до 65% калия, губительно действующих на сердце;

12. Проведение оксигенотерапии и ГБО являются необходимыми методами лечения;
13. В виду того, что при СДС возможна ампутация поврежденной конечности, медсестра вместе с родственниками должна оказывать психологическую поддержку.

**Спасибо за внимание**