



**Синдром длительного
сдавливания**

Синдром длительного сдавливания (СДС)



– это патологический комплекс, развивающийся в ответ на длительное сдавление ткани, характеризующийся тяжелым клиническим течением и высокой летальностью, а также шокоподобные картины с развитием острой почечной недостаточностью (ОПН)

При СДС на организм человека воздействуют три патологических фактора:

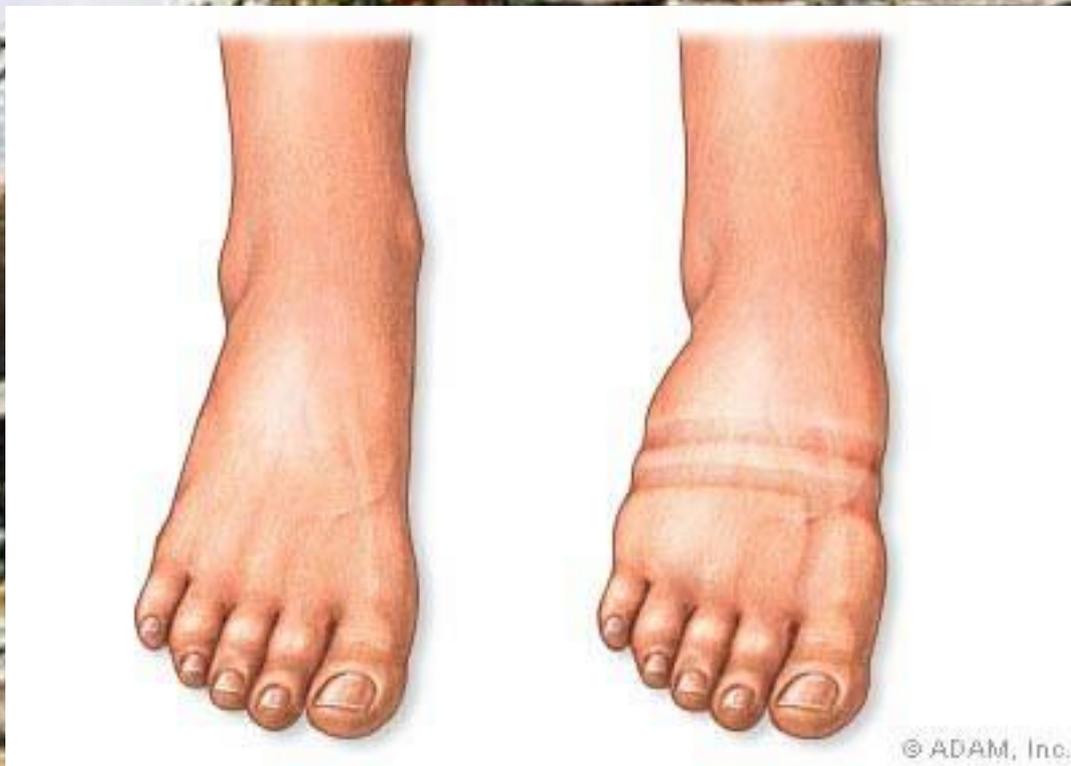
- болевое раздражение и психоэмоциональный фактор, являющийся пусковым механизмом шока;
- травматическая токсемия, вызванная всасыванием продуктов распада размозженных тканей. Эта причина развития развития ОПН.
- плазмо- и кровопотеря усугубляющие явление шока и ОПН.



Периоды СДС	Сроки развития	Основное содержание
Ранний	1-3-и сутки	При СДС легкой степени скрытое течение. При средней и тяжелой степени СДС картина травматического шока и последующей нестабильности в системах дыхания и кровообращения
Промежуточный	4-20-е сутки	Острая почечная недостаточность и эндотоксикоз (отек легких, головного мозга, токсический миокардит, ДВС-синдром, парез кишечника, анемия, иммунодепрессия)
Поздний (восстановительный)	С 4-й недели до 2-3 месяцев после сдавления	Восстановление функций почек, печени, легких и других внутренних органов. Высокая опасность развития сепсиса

Легкая форма

При сдавлении сегмента конечностей в течении 3-4 часов. Характеризуется легкими нарушениями гемодинамики и отсутствием острой почечной недостаточности. Местно наблюдается умеренный отек конечности. Смерть редка.



Среднетяжелая форма

При сдавлении нескольких сегментов конечности или всей конечности в течении 3-4 часов. Характеризуется более выраженными нарушениями гемодинамики и развитием острой почечной недостаточности. Имеется выраженный отек в зоне сдавления. Смерть составляет до 30 %.



Тяжелая форма.

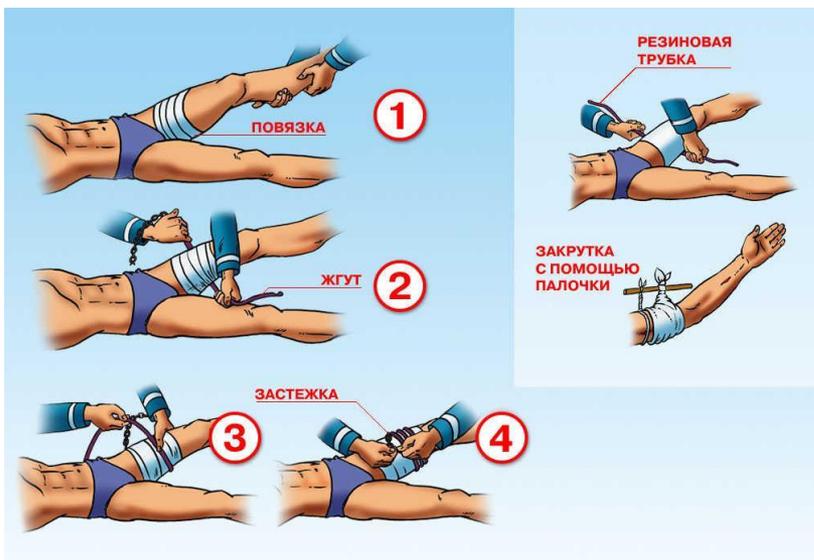
При сдавлении одной или двух конечностей более 4-7 часов. Течение осложняется тяжелыми нарушениями гемодинамики, явлениями шока, нарушениями дыхания и развитием тяжелой почечной недостаточности. Имеет место выраженный отек и разрушение тканей. Смертность достигает 70%.



Крайне тяжелая форма.

При сдавливании двух и более конечностей, таза и других отделов в течении 8 и более часов. Развивается тяжелый и часто необратимый шок, грубое повреждение почек с исходом в тяжелую почечную недостаточность, неуправляемые нарушениями гемодинамики. Местно наблюдается обширный отек травмированных зон с тяжелыми анатомическими повреждениями. Выживаемость единичная и крайне редка.





Введение растворов до освобождения придавленных конечностей позволяет:

1. Избежать «токсического удара»;
2. Значительно повысить шансы на спасение;
3. Оставить надежду на сохранение конечностей.

**Введение 1,5 – 2,0 литров
ощелачивающих
и плазмозамещающих
растворов**

В процессе извлечения:

1. Освободить голову и верхнюю часть туловища.
2. Оценить состояние, ориентируясь на жалобы пострадавшего.
3. Устранить нарушения дыхания: освободить верхние дыхательные пути, придать удобное возвышенное положение.
4. Обезболить и снять психоэмоциональное воздействие обстановки: в/м р-р промедола 2% 1 мл и р-р седуксена 2мл.
5. В момент освобождения конечности наложить резиновый жгут выше места сдавления.



Сразу после извлечения:

1. Осмотреть конечность. При наличии полного размозжения или размозжения сегмента жгут оставить.
2. Ослабить жгут. При отсутствии кровотечения из крупных артерий жгут снять. Если возникло кровотечение наложить жгут.
3. Наложить асептические повязки на раны и выполнить тугое бинтование конечности от периферии к центру: от кончиков пальцев в верх
4. Провести транспортную иммобилизацию конечности.
5. Охладить конечность.
6. Дать кислород, укутать (согреть), дать щелочное питье (сода, вода, соль), при необходимости ввести повторно промедол, при выраженных признаках шока – преднизолон 90 мг.
7. Срочно эвакуировать на первый этап медицинской эвакуации в положении лежа на носилках, при бессознательном состоянии – в устойчивом боковом положении с введенным воздуховодом.



На первом этапе медицинской эвакуации (в ОПМП):

1. Продолжить обезболивание.
2. Провести новокаиновые блокады: при повреждении нижних конечностей – паранфральной, верхних – шейную вагосимпатическую.
3. Выполнить футлярные новокаиновые блокады поврежденных конечностей.
4. Провести интенсивную инфузионную терапию для коррекции гемодинамики, ацидоза, улучшения микроциркуляции.
5. Окончательно остановить кровотечение.
6. При явных признаках нежизнеспособности конечность ампутировать.
7. Устранить другие опасные для жизни состояния: асфиксию, пневмоторакс и др.
8. Эвакуировать на второй этап медицинской эвакуации в первую очередь после стабилизации состояния.

