

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ
Государственное бюджетное профессиональное образовательное
учреждение

Департамента здравоохранения города Москвы
« Медицинский колледж №7»
(ГБПОУ ДЗМ «МК №7»)

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

«Роль фельдшера в оказании неотложной медицинской помощи
на догоспитальном этапе пострадавшим при синдроме
длительного сдавления»

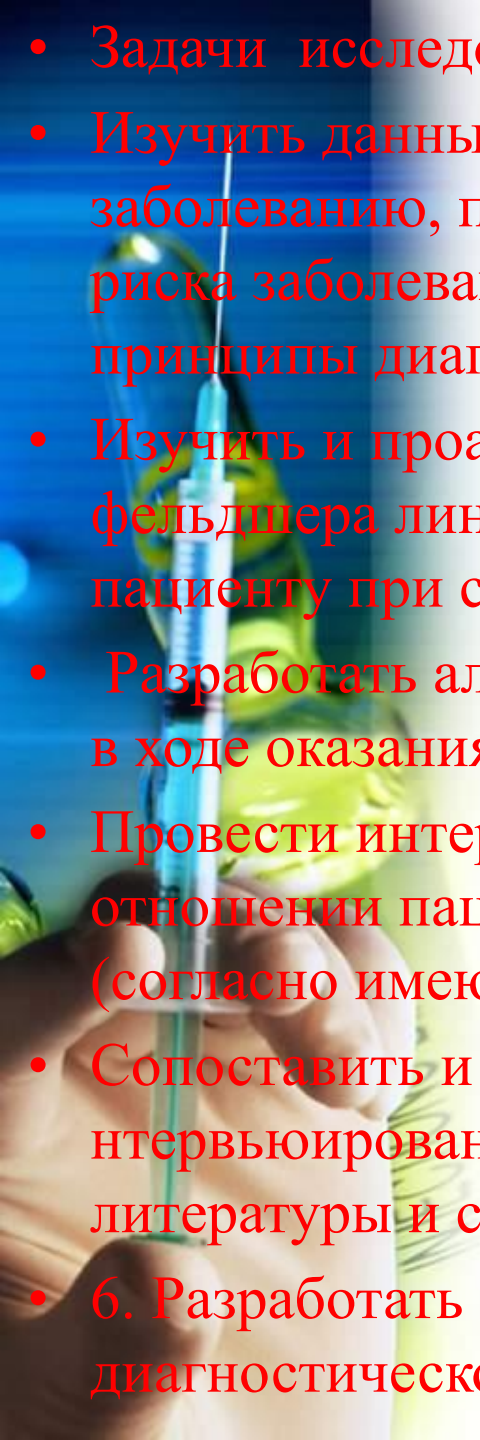
Работу выполнил
Токменин Сергей Александрович
Курс 4 группа и -42 л
Руководитель
Виноградова Анна Максимовна

Введение

- **Актуальность изучения данной темы** обусловлена частотой и распространенностью среди населения, при землетрясениях, и других катастрофах мирного времени.

Цель исследования : Рассмотреть основные направления деятельности фельдшера в оказании неотложной помощи пациентам при синдроме длительного сдавления, разработать практические рекомендации по осуществлению лечебно - диагностической тактики.



- 
- Задачи исследования:
 - Изучить данные рекомендованной литературы по рассматриваемому заболеванию, при этом изучить этиологию, патогенез и факторы риска заболевания, клиническую картину, осложнения, общие принципы диагностики и лечения пациентов в условиях ЛПО.
 - Изучить и проанализировать основные направления работы фельдшера линейной бригады ССиНМП в условиях вызова к пациенту при синдроме длительного сдавления.
 - Разработать алгоритм тактики фельдшера на догоспитальном этапе в ходе оказания неотложной медицинской помощи.
 - Провести интервьюирование и описать тактику фельдшера в отношении пациентов с синдромом длительного сдавления (согласно имеющимся данным на ССиНМП).
 - Сопоставить и оценить тактику фельдшера (по данными интервьюирования) и разработанный алгоритм (по данным литературы и стандарту оказания НМП).
 - 6. Разработать практические рекомендации (алгоритм лечебно-диагностической тактики фельдшера на догоспитальном этапе).



- **Объект исследования** – лечебно-диагностическая деятельность фельдшера линейной бригады ССиНМП в условиях вызова на место происшествия.
- **Предмет исследования** – данные карт вызова при оказании НМП фельдшером линейной бригады ССиНМП пациентам с синдромом длительного сдавления.
- **Методы исследования:**
 - 1. Теоретический анализ научно-методической литературы и интернет источников
 - 2. Интервьюирование фельдшеров сталкивавшихся в своей практике с данным заболеванием
 - 3. Анализ и обобщение результатов исследования – сравнение и обобщение

Синдром длительного сдавления

- Синдром длительного сдавления (синонимы : краш-синдром , травматический токсикоз, компрессионная травма) — возникающий вследствие продолжительного нарушения кровоснабжения (ишемия) сдавленных мягких тканей, токсикоз, характеризующийся , помимо местных, системных патологическими изменениями в виде гиперкалиемии и почечной недостаточности . Встречается у пострадавших при землетрясениях , завалах, обвалах и т. п.



Синдром длительного сдавления

Факторы

- В развитии краш-синдрома имеют значение три фактора:
- сильное болевое раздражение, приводящее к шоку;
- травматическая токсемия за счет всасывания продуктов распада;
- плазмо- и кровопотеря вследствие массивного отека конечностей.





Синдром длительного сдавления

Клиника

- В клиническом течении СДС выделяют три периода:
- ранний - нарастания отека и сосудистой недостаточности (1-3 дня);
- промежуточный - острой почечной недостаточности (с 3-4-го дня до 1,5 месяцев);
- поздний - выздоровления (реконвалесценции).

Формы течения СДС

- **Лёгкая форма** развивается при раздавливании мягких тканей отдельных сегментов конечностей длительностью до 4 часов. Нарушение функции сердечно-сосудистой системы и почек выражено слабо, часто остается незамеченным.
- **Форма средней степени тяжести** возникает при раздавливании мягких тканей конечностей в течение 4—5 часов, протекает без выраженной сосудистой недостаточности в раннем периоде развития болезни и с легкой почечной недостаточностью в дальнейшем.



Формы течения СДС(продолжение)

- Тяжёлая форма возникает при раздавливании одной или обеих нижних конечностей в течение 6—7 часов. Она протекает с типичными симптомами почечной недостаточности во всех периодах болезни.
- Крайне тяжёлая форма развивается при раздавливании обеих нижних конечностей в течение 8 и более часов и обычно заканчивается смертью на 1—2 день после травмы при явлениях острой сердечной недостаточности.



Алгоритм оказания первой доврачебной ПОМОЩИ:

1. Освобождение головы и верхней части тела пострадавшего, для доступа воздуха
очистить полость рта и носа от инородных тел, промывание полости рта (при нарушении дыхания необходимо проводить искусственную вентиляцию легких методом "рот в рот" ил "рот в нос")
2. Обезболивание до или параллельно с освобождением поврежденной конечности (промедол, морфин или анальгин с димедролом внутримышечно). Освобождение пострадавшего, начиная с головы.





1. Наложение резинового жгута на конечности до полного освобождения пострадавшего.
2. Осмотр конечности.
3. Освобождение конечности от жгута. **Помните:** жгут оставляется только при артериальном кровотечении и обширном размозжении конечности
 - Наложение асептической повязки на ссадины, раны при их наличии.



6. Тугое бинтование конечности эластичным или обычным бинтом от наложенного жгута.
7. Транспортная иммобилизация конечности.
8. Охлаждение конечности.
9. Обильное питье при отсутствии повреждений органов брюшной полости: - горячий чай, кофе; - содово-солевой раствор (1/2 ч. ложки пищевой соды и 1 ч. ложка поваренной соли на 1 л воды).
10. Оксигенотерапия (доступ свежего воздуха, кислорода).
11. Профилактика сердечно-сосудистой недостаточности (преднизолон).
12. Транспортировка в ЛПУ на носилках в положении на спине.

Лечение

- Госпитализация в отделение интенсивной терапии
- Лечение шока
- Деинтоксикационная терапия (в т.ч. гемодиализ)
- Иммунизация против столбняка



ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА

- Интервьюирование
- Как быстро приехала бригада СМП?
- При каких обстоятельствах пациенты попали в данную ситуацию ?
- Возраст пострадавших?
- Пол пострадавших?
- Какие части тела пострадали?
- Наблюдался ли у пострадавших травматический шок?





- Состояние пострадавшего на момент прибытия бригады СМП?
- Приходилось ли оказывать реанимационные мероприятия пострадавшим?
- Была ли оказана доврачебная помощь?
- Какая была оказана помощь на догоспитальном этапе?
- Проводилась ли медицинская сортировка пострадавших?
- Как производилась медицинская эвакуация пострадавших?
- Были ли у пострадавших переломы конечностей?
- Приходилось ли вызывать на себя врачебные бригады?
- Были ли случаи с летальным исходом?
- Время потраченное на вызов?

Заключение

- На основании анализа данных литературы , в настоящей работе определены наиболее эффективные методы освобождения человека из под сдавления, правильное оказание медицинской помощи на догоспитальном этапе





- Основные задачи данной исследовательской работы заключаются в рассмотрении основных направлений деятельности фельдшера на догоспитальном этапе при оказании неотложной медицинской помощи пациентам с травматическим шоком и разработкой практических рекомендаций по осуществлению лечебно-диагностической тактики. В ходе исследования было выяснено что, в случае развития синдрома длительного сдавления, необходимо быстро и качественно провести диагностику заболевания, после постановки точного диагноза незамедлительно оказать неотложную помощь для стабилизации пациента. От правильной диагностики и выбранного лечения зависит жизнь пациента, а также дальнейшая тактика ведения больного. В первую очередь для этого фельдшеру необходимо владеть знаниями проявления заболевания, диагностики, умению трезво оценивать ситуацию, оперативно анализировать симптоматику пациента.



-
- Выводы:
- 1. Изучив данные рекомендованной литературы по рассматриваемому заболеванию можно говорить о актуальности и серьезности синдрома длительного сдавления осложнений ввиду возможности их появления у больных.
- 2. Современные тенденции в диагностике и лечение синдрома длительного сдавления рассмотренные и проанализированные в основные направления работы фельдшера линейной бригады СС и НМП в условиях вызова.
- 3. Оценив тактику фельдшера при синдроме длительного сдавления было выявлено, что основополагающими моментами в нормализации состояния больного являются адекватное обезболивание и срочное восполнения ОЦК.
- 4. Данные полученные из современных источников позволили мне составить алгоритмы соблюдение которых позволит в моей практике проводить качественную и оперативную лечебно-диагностическую помощь пациенту, которые в свою очередь совпадают с алгоритмами оказания скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе.
-
-