

С.Ж. Асфендияров атындағы
Қазақ Ұлттық Медициналық
Университеті



Казахский Медицинский
Университет имени С.Д.
Асфендиярова

Ұзақ қысылу синдромы (Краш синдром)

Қабылдаған: Курамысов Е.А.

Орындаған: Сартай Н.Н.

Топ: ЖМ13-008-2

Жоспар:

Кіріспе

Ұзақ қысылу синдромы дегеніміз не?

Негізгі бөлім

1. Краш синдромының тарихы.
2. Алғашқы көмек.
3. Емдеу.

Қорытынды

- **Ұзақ қысылу синдромы**(краш синдромы)- аяқ-қолдың ұзақ уақыт бойы ауыр заттың астында қысылып қалуы салдарынан болатын *жұмсақ тіңдер қандандырудың бұзылуы(ишемия), токсикоз, гиперкалиемия және бүйрек жетіспеушілігімен* сипатталады. Жер сілкінісінен зардап шеккен, шахта үйіндісі астында қалғандарда кездеседі.



Тарихы

- Бұл сырқаттың тарихы 1908 жылғы Италияның қалалары – Мессини мен Калабрияда болған жерсілкініс апатынан басталады. Қаланың көптеген халқы құлаған құрылыстардың астында қалып, оларды құтқару жұмыстары кезінде адамдар қанағаттанарлық жалпы жағдайдан біраз уақыт өткен соң ауыр халге түсіп, өлімге душар бола бастаған.
- 1909 жылы Рур көмір бассейінде үлкен апат болып, көп адамдар қазаға ұшыраған. Содан бастап Зильберштейннің «Кеншілердің апаттан болатын нефриті» атты жұмысы жарық көрді. Бұл жұмыстың мазмұны жұмсақ тіндердегі ҰЖС кезінде қалыптасқан ішкі уланудың бүйрекке тікелей қатысты екенін байқатты.

- Алғашқы дүние жүзілік соғыс кезінде француз хирургі Кенюдін байқауы бойынша, бір офицердің аяғы құлаған құрылыс астында қалып, екі аяғына құрсау – бекініс салынып, дәрігерге жеткізіледі. Алғашқыда оның жалпы жағдайы ауыр болған емес, жүрек соғуы, қан қысымы, тыныс алуы қанағаттанарлық деңгейде сақталған. Кенеттен оның өліп кетуіне ешбір қауіп - қатер болмаған. Бірақ бұғанадан төмен қарай шешінісімен ешбір қан кетусіз офицердің жағдайы күрт ауырлап, бірден өліп кеткен. Сол уақыттан бастап, жарақаттан қалыптасқан улануға зор көңіл бөліне бастады.

Патогенезі

- Бұл сырқат негізінен бұлшық еттердің ұзақ уақыт қысылуы кезінде, «бұғау салынған» кезінде жергілікті қан айналысының, зат алмасудың, қоректенудің бұзылып, жедел қоректік тапшылыққа (ишемия) соқтырады. Зақымдалған бұлшық ет тіні 75 % миоглобин, 70% — креатинин, 66% — калий, 75 % фосфор жоғалтатыны анықталған. Қысылудан босатқаннан кейін, бұл заттар қан айналымға түсіп, *ацидоз, гемодинамикалық және т.б ауыр бұзылыстарды* шақырады.

- Ағзада, денеде *миоглобинемия, миоглобинурия*, өте күшті *қышқылдану (ацидоз)* басталады. Қанның рН – ортасы төмендейді, ал зәрде – қышқылды реакция басым болады. Жайылған қышқылдану кезінде миоглобин бүйрек сүзгішіне улы әсер тигізеді. Гиперкалиемия басталады, содан калийлік улану жалғасады.

Синдром длительного сдавления

Первый период

Длительное сдавление тканей

Нарушение
тканевого
метаболизма

Накопление в тканях
метаболитов, клеточных
ферментов, образование
дезэмульгированного жира

Частичный аутолиз мышц

Сдавление
нервных стволов

Второй период

Освобождение сдавленных
тканей

Сильная
ноцицептивная
импульсация

Вазоплегия

Плазмопотеря

ДВС

Массивное поступление в
кровь миоглобина,
метаболитов, клеточных
ферментов, калия,
дезэмульгированного жира

Угнетение
функции ЦНС,
надпочечников

Аутолиз мышц

Декомпенси-
рованный
метаболический
ацидоз

Анемия

Дистрофия
паренхиматозных органов

Кислая реакция
мочи

Блокада
почечных
канальцев
кислым
гематином,
дезэмульгирован-
ым жиром

Нефроз,
токсический гепатит

Образование
кислого гематина

Олигурия, анурия, уремия,
отек легких

DomMedika.com –
ординаторская врача

Қысылу формалары

- Жеңіл - аяқ/қолдың сегментінің 4 с бойы қысылуы.
- Орта - аяқ/қолдың 6 с. бойы қысылуы.
- Ауыр - аяқ/қолдың 7-8 с. бойы қысылуы.
- Аса ауыр – аяқ-қолдың 6 с. қысылуы.



Сырқаттың дамуы негізгі үш кезеңнен тұрады.

- I кезең – ерте кезең, қысылудан босатқаннан кейін 24 – 48 сағат өткен соң басталады.

Бұл кезде шоктың сипатты белгілері бар, бүйрек қызметі бұзылуының алғашқы клиникалық көріністері байқалады. Содан соң 1 – 2 күнге созылған «сауығу» (светлый промежуток) байқалады.

- II кезең – 4 күннен 8 күнге дейін созылады. Бұл кезде жедел бүйрек жетімсіздігі басаталады. Көбінесе науқастың жедел бүйрек жетімсіздігінен (Ж. Б. Ж.) өліп кетуі жиі кездеседі. I – кезеңдегідей «сауығу» байқалмайды. Тек қана сауығудың байқалуы шокқа қарсы жетілдірілген жүйелі емді қолдануға байланысты кездеседі. Бірақ 4 – 5 күннен кейін жедел бүйрек жетімсіздігі басталып, науқастар ауыр халде болып, кейде тосынан өліп кетеді.

- III кезең – қалыптасу, сауығу кезеңі. Кейбір жағдайда 3 аптадан соң жүргізілген емнің тиімді әсеріне, денедегі үрдістердің қалыпты жағдайға келуіне байланысты сауығу кезеңі басталады. Бұл кезеңде сырқаттың жалпы көріністеріне қарағанда жергілікті белгілері басым болады. Бүйрек жетімсіздігі басылып, жергілікті қысылған, жаншылған тіндер сырқаты бірінші кезекке шығады. Салдану (паралич), буын, бұлшық ет сіресімдері (контрактура), қоректік бұзылыстардан (трофические) жаралар байқалады.

Клиникалық көрінісі

- Жедел науқас жағдайының тежелуі;
- Ажарсыздық, өңсіздік;
- Тәбеттің төмендеуі;
- Қанның қоюлығы артады (гемоконцентрация);
- Гематокрит көрсеткіші (плазма азайып, қан түйіршіктері көбейеді) артады;
- Қан сұйылуы (гемодилюция), зәрде – белок (протеинурия), эритроциттер (эритроцитурия), т.б. заттар кездеседі.
- Зәрдің тәуліктік мөлшері (диурез) төмендейді. Олигоурия не анурия байқалады.
- Қанда азот қалдығының көбеюі, зәрдегі азот қалдығының санын анықтау өте пайдалы әдіс (500 – 600 мг%) болып саналады.
- Гиперкалиемия және басқа элементтердің бұзылуы (магний, натрий, т. б.).
- Босатылған аяқ-қол өте ісінген, тіндері тығыз, терісі керілген, кейде қола (бронза) түстес болып келеді, теріде кейде көпіршіктер пайда болады.

Алғашқы көмек.

Алғашқы көмек зілзала, апат болған жерлерде көрсетіле бастайды. Жаншылған жерден жоғары таңғыш «бұғауды» аяқ-қолды босатқаннан бұрын салу керек. Бұғаудан төмен жедел түрде тығыз дәкемен таңу, суық қар, мұз, сумен суық басу қажет. Ауыру сезімін тежейтін дәрілер (анальгетик) ішінен морфий, омнопон, промедол, стадол, анальгин, димедрол, т.б. еңгізіледі. Аяқ-қолды құрсаулап, бекітіп, иммобилизациялап науқасты ауруханаға дәрігерлік көмекке емдеуге жібереді.



Емдеу.

- Сырқат салынған таңғыш «бұғаумен» жеткізілсе, «бұғаудан» жоғары новокаин ертіндісімен жергілікті қапшық (футляр) тәріздес тежеу (блокада) жасайды, содан соң «бұғауды» ептеп босатып шешеді. Бұдан кейін екі жақтан бүйрек маңайынан 80-120 мл 0,25% новокаин ерітіндісімен А.В. Вишневский тәсілі бойынша тежеу жасайды, антибиотиктер, сіріспеге қарсы сарысу (ПСС) еңгізіледі.
- *Қышқылдануға қарсы* күрес жүргізіледі - натрий бикорбонаты - 4% -500 мл, зәрді қышқылсыздандыру үшін зәр қышқылды диатезге қарсы уротропин, глюкоза, гемодез, Рингер ертіндісі, реополиглюкин, альбумин, плазма, зәр түзілтікшітер – лазикс, фуросемид, т.б. қолданылады.

- Аяқ-қолды таңу мен салқындату жалғастырыла береді. Егер бұл жағдайда ісік қайтпаса, терінің домбығуы, кернеулігі тезірек артса – ұзын тіліктер салу, бұлшық еттерді шандыр қабымен тілуді (фасциотомия) жасалады. Жараны ашық ұстап, ішіне өткізгіш түтіктер, дәкемен жеңіл тығындау керек, бұл жерге гипертониялық сұйықтар, хлоргексидин, диоксидин, протеолиттік ферменттер, т.б. қолданылады.
- *Гипопротеинемия* байқалса альбумин, протеин, плазма, қан, белоктар, желатиноль, изогем, инфузол, т.б. құю, плазмаферез, жоғарғы қысымдағы оттегі (ЖҚО-ГБО), витаминдер, глюкоза мен инсулин, т.б. қолданады.



- Егер бұл емдеу шарттарына қарамастан жедел бүйрек жетіспеушілігі (Ж.Б.Ж.) басталса *гемодиализ* қолданылады. Кейбір кезде науқастың жағдайының түзелмеуіне байланысты жарақаттанған аяқ-қолға *ампутация* жасауға мәжбүр болады. Егер аяқ-қолдың жаншылуы ауыр болып, жалпы емдеу шараларымен науқасты қалыпқа келтіре алмаса, науқастың өміріне тікелей қауіп төнуіне байланысты ампутация жасау керек. Бұл сұрақты әр сырқаттың тағдырының ауырлығына, өмірге төнген қауіпті жағдайларға байланысты жеке талдап, өзара келісіп шешеді.

Назарларыңызға
рахмет!!!



