

Дипломная работа
«Роль медицинской сестры в оказании
неотложной помощи при терминальных
состояниях и в период постреанимационной
болезни.»



Выполнила: студентка

4 курса группы Г-41

Специальности сестринское дело

Бондарева Елена

Научный руководитель: Шинкарь М. Г.

Введение.

Актуальность проблемы связана с тем, что около $\frac{1}{4}$ всех смертельных исходов у людей не связано с инкурабельными заболеваниями либо старческими, или деструктивными изменениями в мозге. Так, в США ежегодно регистрируется около 400000, Европе- 700000 случаев внезапной смерти. Именно эта проблема является в наше время актуальной.

Целью дипломной работы является исследование течения постреанимационной болезни.

Задачи:

1. Выполнить анализ нормативной документации, учебной и научной медицинской литературы по теме исследования.
2. Исследовать течение постреанимационной болезни;
3. Рассмотреть возможные осложнения постреанимационной болезни.
4. Выявить профилактику осложнения постреанимационной болезни.
5. Раскрыть особенности ведения постреанимационной болезни.

Глава 1. Теоретические основы терминальных состояний и постреанимационной болезни

Терминальные состояния- патологические состояния в основе которых лежат нарастающая гипоксия всех тканей(в первую очередь головного мозга), ацидоз и интоксикация продуктами нарушенного обмена.



Терминальные состояния включают 3 стадии:

1. Предагональное состояние- характеризуется глубокими нарушениями деятельности центральной нервной системы, проявляется заторможенностью пострадавшего, низким артериальным давлением, цианозом, бледностью или «мраморностью» кожных покровов. Такое состояние может длиться достаточно долго, особенно в условиях оказания медицинской помощи. На этом этапе часто случается терминальная пауза. Она проявляется внезапным кратковременным резким улучшением сознания: больной приходит в сознание, может попросить попить, давление и пульс восстанавливается. Пауза кратковременная, длится минуты, после чего наступает следующая стадия.

2. Агональное состояние- последняя стадия умирания, в которой еще проявляются главные функции организма в целом - дыхание, кровообращение и руководящая деятельность центральной нервной системы. При мощных разрушающих воздействиях на организм агональный период может отсутствовать (как и предагональный) или продолжаться недолго, при некоторых видах и механизмах смерти он может растягиваться на несколько часов и даже более.
3. Клиническая смерть- На этом этапе функции организма в целом уже прекратились, именно с этого момента и принято считать человека мертвым.
4. Биологическая смерть - это конечный этап умирания организма в целом, сменяющий клиническую смерть. Характеризуется необратимостью изменений в центральной нервной системе, постепенно распространяющейся на остальные ткани.

Постреанимационная болезнь (ПРБ) – это заболевание, возникающее у пациентов после проведения успешных реанимационных мероприятий по поводу клинической смерти. Проблема становится все более актуальной из-за увеличения числа случаев успешной реанимации (оживления) больных. Причем успешной считается реанимация, при которой удастся восстановить не только адекватное кровообращение и самостоятельное дыхание, но и полноценную функцию головного мозга (сознание, двигательная активность, чувствительность).



Стадии ПРБ:

- I стадия (первые 6–8 часов) характеризуется нестабильностью основных функций организма.
- II стадия (10–12 часов) – период временной стабилизации основных функций организма и улучшением состояния больных.
- III стадия (конец 1-х – 2-е сутки) характеризуется повторным ухудшением состояния больных по динамике клинических и лабораторных данных.
- IV стадия (3-и – 4-е сутки) это или период стабилизации и последующего улучшения функций организма с выздоровлением без осложнений; или период дальнейшего ухудшения состояния больных с нарастанием полиорганной недостаточности в связи с прогрессированием синдрома системного воспалительного ответа.
- V стадия (5–7-е сутки и более) развивается только при неблагоприятном течении ПРБ: прогрессирование воспалительных гнойных процессов (пневмонии, нередко абсцедирующие, нагноение ран, перитониты у оперированных больных и пр.), генерализация инфекции — развитие септического синдрома, несмотря на раннее проведение адекватной антибиотикотерапии.

Самый частый вариант течения ПРБ – постаноксическая энцефалопатия, которая в разной степени развивается у всех пациентов, перенесших остановку кровообращения.

Постаноксическая (постреанимационная) энцефалопатией – поражение мозга, способное к прогрессивному развитию после аноксического кратковременного воздействия. Это совокупность неврологических и психических нарушений, наблюдаемых на всех этапах постаноксического периода, сформировавшихся на фоне реперфузии мозга после продолжительной остановки кровообращения.



Выводы по 1 главе :

Терминальные состояния включают в себя предагональное состояние, агональное и клиническую смерть. Так же существует конечный этап умирания организма в целом-биологическая смерть.

Постреанимационная болезнь обусловлена 5 стадиями, длящимися 7 и более суток. Самым частым течением болезни является-постаноксическая энцефалопатия, развивающаяся после продолжительной остановки кровообращения.

глава 21. Сестры медицинской сестры в оказании неотложной помощи

неотложной помощи

Как и другие медицинские мероприятия, сердечно-легочная реанимация имеет показания и противопоказания. К сожалению, сердечно-легочная реанимация часто оказывается неэффективной. Иногда она заканчивается смертью мозга, апаллическим или парциально-апаллическим синдромом. И все же врач обязан при необходимости проводить сердечно-легочную реанимацию в том объеме, в котором это возможно в конкретных условиях.

Сердечно-легочную реанимацию проводить не имеет смысла, если с момента остановки кровообращения прошло много времени, о чем свидетельствуют трупные пятна, высыхание конъюнктивы глаз.

Решение о целесообразности проведения сердечно-легочной реанимации принимает врач. Принятие такого решения не исключает, а наоборот, предполагает оказание других видов помощи: обезболивания, оксигенотерапии, медикаментозной терапии и др.

Возможные осложнения сердечно-легочной реанимации.

При проведении сердечно-легочной реанимации риск регургитации и аспирации желудочного содержимого довольно высок. Считают, что он увеличивается при чрезмерно глубоком искусственном дыхании, что приводит к повышению внутрижелудкового давления.

К возможным осложнениям непрямого массажа сердца относят переломы ребер, грудины, разрывы реберно-грудинных сочленений, пневмоторакс, гемоторакс, разрывы печени и селезенки, жировую эмболию. Тщательное соблюдение методики непрямого массажа сердца уменьшает риск этих осложнений, но не исключает их.

Кроме того, возможны осложнения таких ургентных методов ИВЛ, как дыхание «изо рта в рот», «изо рта в нос». К ним относят заражение (как пациента, так и реаниматора) вирусами иммунодефицита человека, гепатита и др.

Прогноз

Коматозное состояние в течение 48 и более часов выступает предиктором плохого неврологического исхода. Если через 72 часа после остановки кровообращения неврологический дефицит составляет ≤ 5 баллов по шкале ком Глазго, в отсутствие двигательной реакции в ответ на болевое раздражение или зрачкового рефлекса, это является предиктором развития персистирующего вегетативного состояния у всех больных.



Сразу после оживления необходимо:

- охлаждение (гипотермия) головного мозга – обкладывание пузырями со льдом, влажные обертывания, холодные клизмы, переливание охлажденных растворов;
- нейровегетативная блокада (аминазин);
- антигипоксанты;
- оксибутирата натрия;
- гипербарическая оксигенация;
- продленная ИВЛ;
- борьба с ацидозом – введение 4 % раствора бикарбоната натрия, повышенная оксигенация при ИВЛ под контролем КЩС;
- при сердечной слабости – вспомогательное кровообращение;
- при выраженной интоксикации, признаках печеночной и почечной недостаточности проводится гемосорбция (кровь пропускается через сорбенты), гемодиализ (особенно при почечной недостаточности) – фильтрация крови через специальные полупроницаемые мембраны.

Нарушения органов и систем

Нарушения в системе дыхания могут быть связаны с центральными расстройствами, обусловленными гипоксическим повреждением жизненно важных структур головного мозга, медикаментозным угнетением сознания за счет использования средств, снижающих потребность мозга в кислороде, прямого поражения легочной ткани при аспирационном синдроме или вследствие основного заболевания.

Нарушения системы кровообращения при постреанимационной болезни чаще всего обусловлены характером основного заболевания. Следует считать, что именно болезни сердечно-сосудистой системы наиболее часто приводят к развитию клинической смерти.

Недостаточность кровоснабжения паренхиматозных органов может проявляться развитием печеночно-почечной недостаточности. В большинстве случаев нарушения функции этих органов носят преходящий, нередко функциональный характер.

Ведение пациента

Важным моментом является одновременность проведения диагностических и лечебных мероприятий. Диагностические мероприятия дополняются динамическим мониторингом интегративных показателей и параметров, отражающих состояние основных систем жизнеобеспечения.

Задачами лекарственной терапии на начальном этапе интенсивной терапии тяжелой постгипоксической энцефалопатии являются: а) актопротекторный эффект - защита морфологически сохранных нейронов; б) инактивация нейротоксичных веществ; в) защита рецепторов и мембранных систем нейрональной стенки от воздействия дезинтегрирующих факторов; г) коррекция параметров, оказывающих влияние на доставку кислорода и метаболитических веществ к мозгу.

Выводы по 2 главе:

- ⦿ Очень часто сердечно- легочная реанимация оказывается неэффективной. Возможны такие осложнения: Повышение внутрижелудкового давления, переломы ребер, грудины, разрывы реберно- грудинных сочленений, пневмоторакс, гемоторакс, разрывы печени и селезенки, жировую эмболию, заражение вирусами иммунодефицита человека, гепатита и др.

Заключение.

Нами был подробно рассмотрен материал интернет-ресурсов и литературных источников по теме « Роль медицинской сестры в оказании неотложной помощи при терминальных состояниях и в период постреанимационной болезни». И получен опыт, позволивший сделать такие выводы: терминальные состояния включают в себя 3 стадии, а постреанимационная болезнь обусловлена 5 стадиями. Сердечно- легочная реанимация очень часто оказывается неэффективной и поэтому возможны множество осложнений.