

Кафедра СНП, анестезиологии – реаниматологии.

СРС

на тему: Особенности оценки функционального состояния органов и систем организма больных при сопутствующих заболеваниях.



Подготовил: Айтөпешев Бек

- Тяжесть общего состояния больного определяют в зависимости от наличия и степени выраженности декомпенсации жизненно важных функций организма. В соответствии с этим врач решает вопрос о срочности проведения и необходимом объеме диагностических и лечебных мероприятий, определяет показания к госпитализации, транспортабельность и вероятный исход (прогноз) заболевания.

В клинической практике
выделяют несколько градаций
общего состояния:

- удовлетворительное
- средней тяжести
- тяжелое
- крайне тяжелое (предагональное)
- терминальное (атональное)
- состояние клинической смерти

- Первое представление об общем состоянии больного врач получает, знакомясь с жалобами и данными общего и местного осмотра: внешний вид, состояние сознания, положение, упитанность, температура тела, окраска кожи и слизистых оболочек, наличие отеков и др. Окончательное суждение о тяжести состояния больного выносят на основании результатов исследования внутренних органов. При этом особое значение имеет определение функционального состояния сердечно-сосудистой системы и системы органов дыхания.

Удовлетворительная степень тяжести

- **Общее состояние больного определяют как удовлетворительное, если функции жизненно важных органов относительно компенсированы. Как правило, общее состояние больных остается удовлетворительным при легких формах течения болезни. Субъективные и объективные проявления заболевания при этом нерезко выражены, сознание больных обычно ясное, положение активное, питание не нарушено, температура тела нормальная или субфебрильная. Удовлетворительным бывает общее состояние больных также в периоде реконвалесценции после острых заболеваний и при стихании обострений хронических процессов.**

Средняя степень тяжести

- Об общем состоянии средней тяжести говорят в случае, если заболевание приводит к декомпенсации функций жизненно важных органов, однако не представляет непосредственной опасности для жизни больного. Такое общее состояние больных обычно наблюдается при заболеваниях, протекающих с выраженными субъективными и объективными проявлениями. Больные могут предъявлять жалобы на интенсивные боли различной локализации, выраженную слабость, одышку при умеренной физической нагрузке, головокружение. Сознание обычно ясное, однако иногда бывает оглушенным. Двигательная активность нередко ограничена: положение больных вынужденное или активное в постели, но они способны обслуживать себя.

Тяжелая степень тяжести

- **Общее состояние больного определяют как тяжелое** в случае, если развившаяся в результате заболевания декомпенсация функций жизненно важных органов представляет непосредственную опасность для жизни больного либо может привести к глубокой инвалидности. Тяжелое общее состояние наблюдается при осложненном течении болезни с ярко выраженными и быстро прогрессирующими ее клиническими проявлениями. Больные предъявляют жалобы на нестерпимые затяжные упорные боли в сердце или в животе, выраженную одышку в покое, продолжительную анурию и т. п. Нередко больной стонет, просит о помощи, черты лица его заострены. В других случаях сознание значительно угнетено (ступор или сопор), возможны бред, выраженные менингеальные симптомы. Положение больного пассивное или вынужденное, он, как правило, не может себя обслуживать, нуждается в постоянном уходе. Могут наблюдаться значительное психомоторное возбуждение или общие судороги.

Крайне тяжелое (предагональное) общее состояние

- характеризуется столь резким нарушением основных жизненно важных функций организма, что без срочных и интенсивных лечебных мероприятий больной может погибнуть в течение ближайших часов или даже минут. Сознание обычно резко угнетено, вплоть до комы, хотя в ряде случаев остается ясным. Положение чаще всего пассивное, иногда отмечаются двигательное возбуждение, общие судороги с вовлечением дыхательной мускулатуры. Лицо мертвенно бледное, с заостренными чертами, покрыто каплями холодного пота. Пульс прощупывается только на сонных артериях, артериальное давление не определяется, тоны сердца едва выслушиваются.

- Число дыханий достигает 60 в минуту. При тотальном отеке легких дыхание становится kloкочущим, изо рта выделяется пенная мокрота розового цвета, над всей поверхностью легких выслушиваются разнокалиберные незвучные влажные хрипы.
- У больных, находящихся в астматическом статусе, дыхательные шумы над легкими не выслушиваются. Могут выявляться нарушения дыхания в виде "большого дыхания" Куссмауля либо периодического дыхания типа Чейна-Стокса или Грокко. Лечение больных, находящихся в крайне тяжелом общем состоянии, проводят в условиях реанимационного отделения.

При терминальном (агональном) общем состоянии

- Наблюдается полное угасание сознания, мышцы расслаблены, рефлексы, в том числе мигательный, исчезают. Роговица становится мутной, нижняя челюсть отвисает. Пульс не прощупывается даже на сонных артериях, артериальное давление не определяется, тоны сердца не выслушиваются, однако на электрокардиограмме еще регистрируется электрическая активность миокарда. Отмечаются редкие периодические дыхательные движения по типу дыхания Биота.

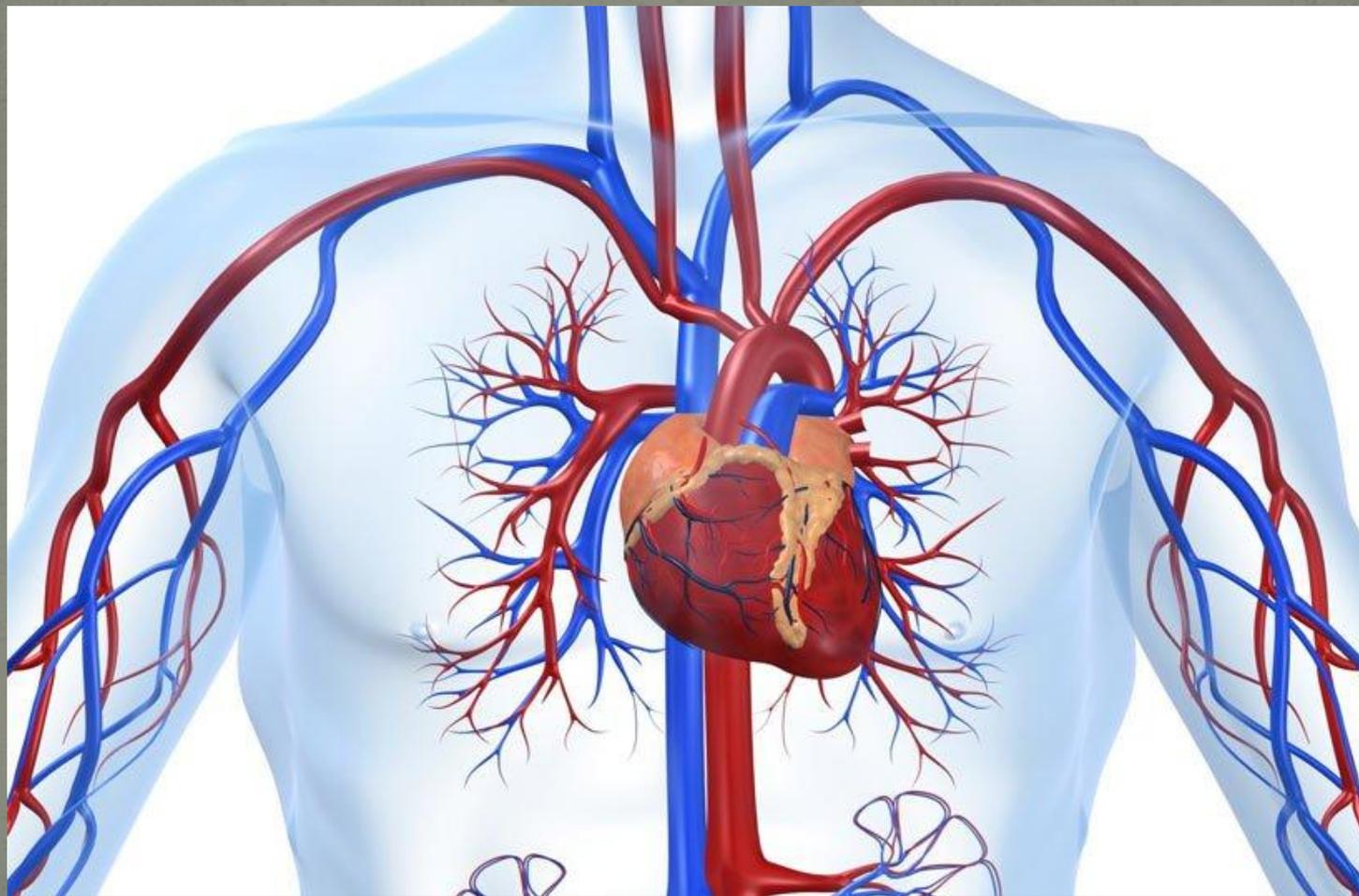
АГОНИЯ

- Может длиться несколько минут или часов. Появление на электрокардиограмме изоэлектрической линии или волн фибрилляции и прекращение дыхания свидетельствуют о наступлении клинической смерти. Непосредственно перед смертью у больного могут развиваться судороги, непроизвольные мочеиспускание и дефекация. Продолжительность состояния клинической смерти составляет всего несколько минут, тем не менее, своевременно начатые реанимационные мероприятия могут вернуть человека к жизни.

Оценка состояния сердечно-сосудистой системы

- Уровень артериального давления на обеих руках, выявление асимметрии, лабильности повышение артериального давления в ответ на небольшие физические нагрузки.
- Цифры диастолического и среднего артериального давления, отражающие степень периферического сосудистого сопротивления.
- Степень повышения артериального давления от исходного (артериальное давление до беременности и I триместре).
- Лабильность пульса.
- Тип системной гемодинамики, если это возможно определить (нормокинетический, гипо- и гиперкинетический). Наиболее неблагоприятный в прогностическом отношении гипокинетический тип системной гемодинамики

Сердечно-сосудистая система



Оценка функционального состояния почек

- Суточный диурез и степень его дефицита.
- Количество белка в однократной пробе.
- Определение суточной потери белка с мочой.
- Относительная плотность мочи и ее реакция (кислая, щелочная).
- Характер осадка (лейкоциты, эритроциты, цилиндры).
Проба по Нечипоренко (по показаниям).
- Концентрационная функция почек (проба Зимницкого).
- Общая прибавка массы тела за беременность.
- Содержание в крови мочевой кислоты, креатинина, мочевины.

Оценка функции печени

- Содержание в плазме крови общего количества белка и его фракций — альбумины, глобулины.
- Биохимические показатели (билирубин, холестерин).
- Ферменты печени (АсАТ, АлАТ, щелочная фосфатаза).
- Оценка коллоидно-осмотического состояния.
- Состояние осмоляльности плазмы. Нормоосмотическое — $283 \pm 2,4$ мосмоль/кг H_2O , гипо- и гиперосмотическое состояние плазмы; соответственно осмоляльность $273 \pm 1,7$ мосмоль/кг и $295 \pm 2,8$ мосмоль/кг. Наиболее тяжелое течение гестоза связано с гипоосмотическим состоянием плазмы, которое чаще сопровождает сочетанный гестоз, развившийся на фоне заболевания почек.
- При гипоосмотическом состоянии плазмы чаще всего имеет место ЗВУР плода и тонкая плацента.
- При гиперосмотическом состоянии плазмы патология плода протекает по пути хронической гипоксии.
- Различная осмоляльность и коллоидно-осмотическое давление требуют дифференцированного подбора растворов для внутривенного введения при лечении больных с тяжелым течением гестоза.

Печень



Оценка состояния системы гемостаза

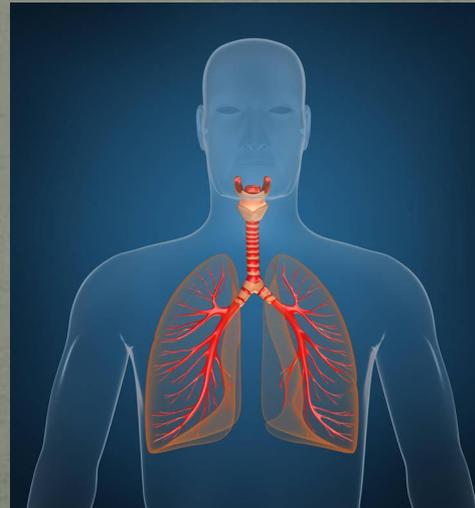
- Первоначально при гестозе наблюдается гемоконцентрация крови и синдром гиперкоагуляции, которые определяются по повышению гематокритного числа свыше 30—32, относительному увеличению количества эритроцитов, гемоглобина, повышению вязкости крови.
Клиническая оценка проявления ДВС-синдрома, о котором не упоминается в балльных шкалах, связана с ишемическими (тромботическими) и геморрагическими повреждениями органов и тканей, имеющими хорошо развитую микроциркуляторную сеть (почки, печень, легкие, головной мозг).
Для ДВС-синдрома характерно поражение двух и более органов (почечно-печеночный, почечно-печеночно-легочный синдромы). Клиническая картина ДВС-синдрома может варьировать от субклинических малосимптомных форм до развернутой картины тяжелого коагулопатического кровотечения при тотальной преждевременной отслойке плаценты или после отделения плаценты. Признаками ДВС-синдрома являются коллапс, шок, тромбоэмболия, микроваскулярные тромбозы, повышенная кровоточивость тканей и мелкоточечные кровоизлияния в органах. На начальных этапах диагностики ДВС-синдрома большое значение имеет знание акушерской ситуации, при которой очень велика возможность нарушения системы гемостаза

Для диагностики гиперкоагуляционного синдрома

- используется тест образования сгустка в пробирке.
- В сухую чистую пробирку берут 5 мл крови пациентки и следят за временем и характером образования сгустка. Время свертывания по Ли Уайту укорочено, сгусток рыхлый и не стойкий.
- Агрегационная способность тромбоцитов повышена.
- Фибринолиз компенсаторно удлинен.
- Следует обратить внимание на быстрое тромбирование игл при попытке взять кровь из вены.
- Гиперкоагуляционный синдром отражает повреждение эндотелия при иммунокомплексной патологии, аутоиммунной агрессии.
- Маркеры активации сосудисто-тромбоцитарного звена

Оценка системы дыхания

- Частота дыхательных движений в минуту.
- Одышка, цианоз, расстройство ритма дыхания.
- Данные аускультации (дыхание везикулярное, жесткое, наличие хрипов).
- Затруднение носового дыхания как признак нарушения гемодинамики.



Оценка состояния центральной нервной системы

- Сознание, адекватность восприятия, выраженность сухожильных рефлексов (гиперрефлексия), очаговая неврологическая симптоматика, вегетативные расстройства.
- Признаки гипертонической энцефалопатии (головная боль, нарушение зрения, тошнота, рвота, нарушение сознания различной степени).

Список литературы

- 1. Гологорский В.А. Оценка функционального состояния различных систем организма больного перед операцией // Справочник по анестезиологии и реаниматологии. М., 1982. С.138 - 138.
- 2. Диагностика и лечение нарушений ритма сердца в анестезиологии и интенсивной терапии. *Новикова Р.И.*

Спасибо за
внимание!