

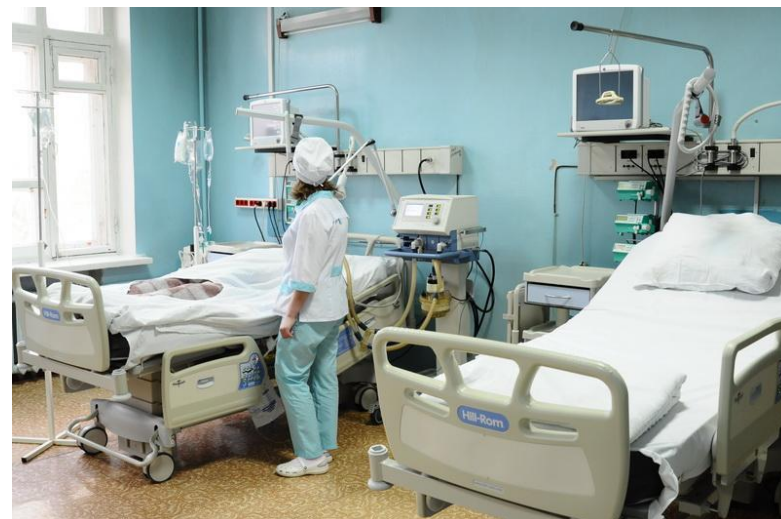
**Особенности системного
ухода за больными в
отделении реанимации и
интенсивной терапии.
Сердечно-легочная
реанимация.**

К.п.н. Насретдинова Л.М.

Уход за реанимационными больными, а также за больными, находящимися в отделениях интенсивной терапии, включает все элементы общего и специального ухода (применительно к хирургическим, неврологическим, травматологическим и другим больным).

В отделении реанимации и интенсивной терапии показана госпитализация больных:

- 1) с острым и опасным для жизни расстройством кровообращения;
- 2) с острым и опасным для жизни расстройством дыхания;
- 3) с острой печеночно-почечной недостаточностью;
- 4) с тяжелыми нарушениями белкового, углеводного, водно-электролитного обмена и кислотно-щелочного равновесия;
- 5) после сложных операций, сопровождающихся расстройствами и реальной угрозой дисфункции жизненно важных органов и систем;
- 6) находящихся в коматозном состоянии в связи с черепно-мозговой травмой, гипогликемической и гипергликемической и другими комами;
- 7) после реанимации, клинической смерти и шока в восстановительном периоде.



Контингент пациентов отделения реанимации и интенсивной терапии можно объединить в несколько групп:

1. Больные после операции, которую выполняли под наркозом (после-наркозные) с не полностью нормализованными жизненными функциями.
2. Больные с критическим состоянием после травмы, отравления, обострения или утяжеления хронической патологии.
3. Умиравшие больные при неизлечимых заболеваниях .
4. Больные со стойким вегетативным состоянием (отсутствие мыслительных возможностей), которое возникло вследствие запоздалой или несовершенной реанимации, а также при черепно-мозговой травме и ряде других обстоятельств.
5. Больные, у которых юридически зафиксирована гибель головного мозга, а органы могут быть использованы для трансплантации другим больным с целью спасения их жизни.



Для профилактики инфекционных осложнений в отделениях реанимации необходимо соблюдать ряд правил:

- Сотрудники должны 2 раза в год подвергаться обследованию на бациллоносительство и санироваться.
- Необходимо обеспечить хорошую вентиляцию палат.
- Целесообразно максимально ограничивать посещаемость отделения даже больничным персоналом.
- Следует обязательно надевать стерильные халаты, бахилы и защитные маски. Маску меняют каждые 4-6 часов, а халат и шапочку ежедневно.
- Перед работой с больным, руки дважды моют щёткой с мылом и обрабатывают их раствором антисептика.
- Необходимо ограничение контактов персонала отделения с сотрудниками других отделений больницы.
- Должна регулярно проводиться дезинфекция всего оборудования палат.
- После выведения больного из отделения следует осуществлять камерную дезинфекцию его постельных принадлежностей.
- Необходим постоянный бактериологический контроль воздуха помещений отделения.

Уход за больными, которым осуществляется искусственная вентиляция легких через интубационную трубку или через трахеостому



Профилактика пролежней





Сердечно-легочная реанимация (СЛР) – комплекс мер медицинского характера, направленных на возвращение к полноценной жизни пациента, находящегося в состоянии клинической смерти.

Клинической смертью называют обратимое состояние, при котором отсутствуют какие-либо признаки жизни (человек не дышит, его сердце не бьется, невозможно выявить рефлексy и другие признаки мозговой активности (ровная линия на ЭЭГ)).

Обратимость состояния клинической смерти при отсутствии несовместимых с жизнью повреждений, вызванных травмой или болезнью, напрямую зависит от периода кислородного голодания нейронов головного мозга.

Клинические данные свидетельствуют, что полное восстановление возможно, если с момента прекращения сердцебиения прошло не более пяти-шести минут.

Запоздалая сердечно-легочная реанимация сильно снижает шансы на восстановление жизнедеятельности организма.

Так, если реанимационные мероприятия были начаты **через 10 минут** после остановки сердца, то в преобладающем большинстве случаев полное восстановление функций центральной нервной системы невозможно. Выжившие пациенты будут страдать от более или менее выраженных неврологических симптомов, связанных с поражением коры головного мозга.

Если же оказание сердечно-легочной реанимации начали проводить **спустя 15 минут** после наступления состояния клинической смерти, то чаще всего наблюдается тотальная гибель коры головного мозга, приводящая к так называемой **социальной смерти** человека. В таком случае удастся восстановить лишь вегетативные функции организма (самостоятельное дыхание, питание и т.п.), а как личность человек погибает.

Через 20 минут после остановки сердца, как правило, происходит **тотальная гибель мозга**, когда даже вегетативные функции восстановить невозможно.

Сегодня тотальная гибель мозга юридически приравнивается к смерти человека, хотя жизнь организма можно еще некоторое время поддерживать при помощи современной медицинской аппаратуры и лекарственных препаратов.

Биологическая смерть представляет собой массовую гибель клеток жизненно важных органов, при которой восстановление существования организма как целостной системы уже невозможно. Клинические данные свидетельствуют, что биологическая смерть наступает **через 30-40 минут** после остановки сердца, хотя ее признаки проявляются значительно позже.

Проведение сердечно-легочной реанимации призвано не только возобновить нормальное дыхание и сердцебиение, но и привести к полному восстановлению функций всех органов и систем.

Показанием к проведению сердечно-легочной реанимации является диагноз клинической смерти.

Признаки клинической смерти разделяют: на основные и дополнительные.

Основными признаками клинической смерти являются: отсутствие сознания, дыхания, сердцебиения, и стойкое расширение зрачков.

Дополнительные признаки:

- изменение цвета видимых кожных покровов (мертвенная бледность, синюшность или мраморность),
- отсутствие тонуса мышц (слегка приподнятая и отпущенная конечность безвольно падает, как плеть),
- отсутствие рефлексов (нет реакции на прикосновение, крик, болевые раздражители).

Противопоказания к проведению сердечно-легочной реанимации.

Поэтому реанимационные мероприятия не проводят в том случае, если состояние клинической смерти стало закономерным окончанием длительного тяжелого заболевания, истощившего силы организма и повлекшего за собой грубые дегенеративные изменения во многих органах и тканях. Речь идет о терминальных стадиях онкологической патологии, крайних стадиях хронической сердечной, дыхательной, почечной, печеночной недостаточности и тому подобное.

Противопоказанием к проведению сердечно-легочной реанимации являются также видимые признаки полной бесперспективности любых медицинских мероприятий. Прежде всего, речь идет о видимых повреждениях, несовместимых с жизнью.

По той же причине не проводятся реанимационные мероприятия в случае обнаружения признаков биологической смерти.

Ранние признаки биологической смерти появляются через 1-3 часа после остановки сердца. Это высыхание роговицы, охлаждение тела, трупные пятна и трупное окоченение.

Стадии и этапы сердечно-легочной реанимации

Международные стандарты сердечно-легочной реанимации предусматривают три стадии:

Первая стадия является первичной сердечно-легочной реанимацией (**элементарное поддержание жизни**) и включает следующие этапы:

- обеспечение проходимости дыхательных путей,
- искусственное дыхание и
- закрытый массаж сердца.

Главная цель этой стадии: предупреждение биологической смерти путем экстренной борьбы с кислородным голоданием.

Вторая стадия (**дальнейшее поддержание жизни**) проводится специализированной бригадой реаниматологов, и включает медикаментозную терапию, ЭКГ-контроль и дефибрилляцию.

Третья стадия (**длительное поддержание жизни**) проводится исключительно в специализированных отделениях интенсивной терапии.

Ее окончательная цель: обеспечить полное восстановление всех функций организма.

Базовая сердечно-легочная реанимация

Протокол сердечно-легочной реанимации гласит, что выявления таких признаков, как бессознательное состояние, отсутствие дыхания и пульсовой волны на магистральных сосудах – вполне достаточно, чтобы поставить диагноз клинической смерти.



Обеспечение проходимости дыхательных путей

путей

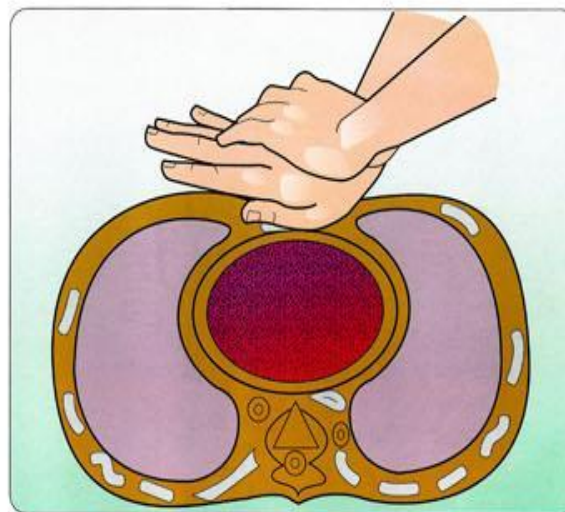
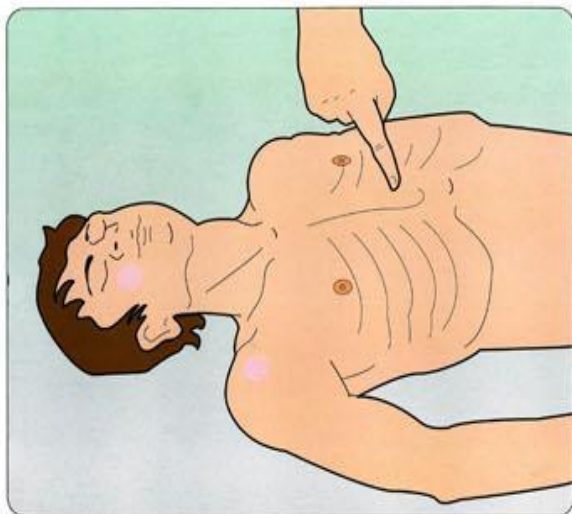
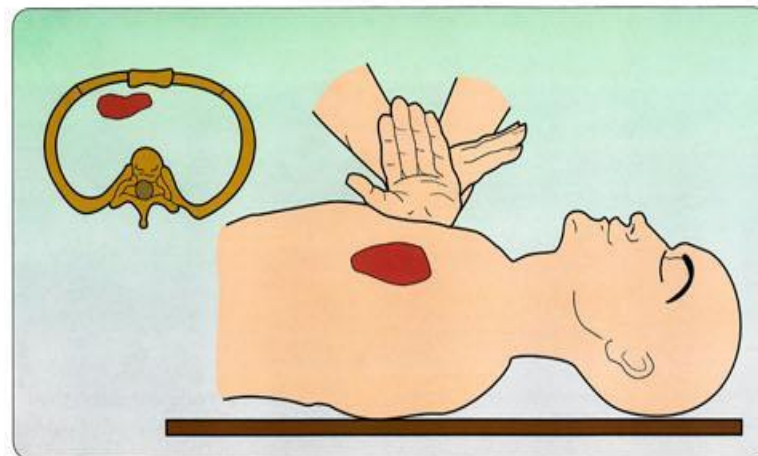
Тройной прием Сафара



Искусственная вентиляция легких



Закрѳтый массаж сердца





Наиболее типичные осложнения сердечно-легочной реанимации на этапе закрытого массажа сердца: -

- переломы ребер, грудины;
- разрыв печени;
- травма сердца;
- травма легких обломками ребер.

Чаще всего повреждения происходят вследствие неправильного расположения рук реаниматора. Так, при слишком высоком расположении рук происходит перелом грудины, при смещении влево – перелом ребер и травма легких обломками, при смещении вправо возможен разрыв печени.



Основные критерии эффективности сердечно-легочной реанимации:

- улучшение цвета кожи и видимых слизистых оболочек (уменьшение бледности и цианоза кожи, появление розовой окраски губ);
- сужение зрачков; восстановление реакции зрачков на свет;
- пульсовая волна на магистральных, а затем и на периферических сосудах (можно ощутить слабую пульсовую волну на лучевой артерии на запястье);
- артериальное давление 60-80 мм.рт.ст.;
- появление дыхательных движений.

Наиболее распространенные причины отсутствия признаков эффективности сердечно-легочной реанимации:

- больной расположен на мягкой поверхности;
- неправильное положение рук при компрессии;
- недостаточная компрессия грудной клетки (менее чем на 5 см);
- неэффективная вентиляция легких (проверяется по экскурсиям грудной клетки на наличие пассивного выдоха);
- запоздалая реанимация или перерыв более 5-10 с.

Благодарю за внимание!