

Терминальные состояния

Острая дыхательная.

Острая Сердечно-Сосудисто-
Мозговая недостаточность.

Терминальные состояния.

- К ним относятся:
 1. Предагональное состояние
 - угнетение ЦНС(кома или резкая заторможенность)
 - Гемо динамика
 - АД 60-70мм./рт. ст. или не определяется.
 - Пульс слабый, может прощупываться только на сонной артерии.
 - Тахикардия
 - Кожа бледная или цианотичная.

2.Агония

Агональное (агония)-это последняя мобилизация всех жизненных сил организма в его борьбе со смертью.

- Резкое учащение дыхания □ внезапная остановка;
 - Нарушается сердечный ритм;
 - Угасает роговичный рефлекс;
- Терминальная пауза длиться до 2-4 минут.

3. Клиническая смерть

- Клиническая смерть-это состояние наступающее вслед за остановкой кровообращения, дыхания и потерей сознания, это “своеобразное” переходное состояние между жизнью и смертью ,но уже не может быть названо жизнью.

- Продолжительность составляет 4-5 минут

Симптомы

- Сознание отсутствует;
- Пульс на сонной артерии не определяется;
- Дыхание отсутствует;
- Зрачок расширен и на свет не реагирует (симптом появляется через 1 минуту после остановки кровообращения.)

Клиническая смерть сменяется социальной смертью (декортикацией).

Признаки биологической болезни.

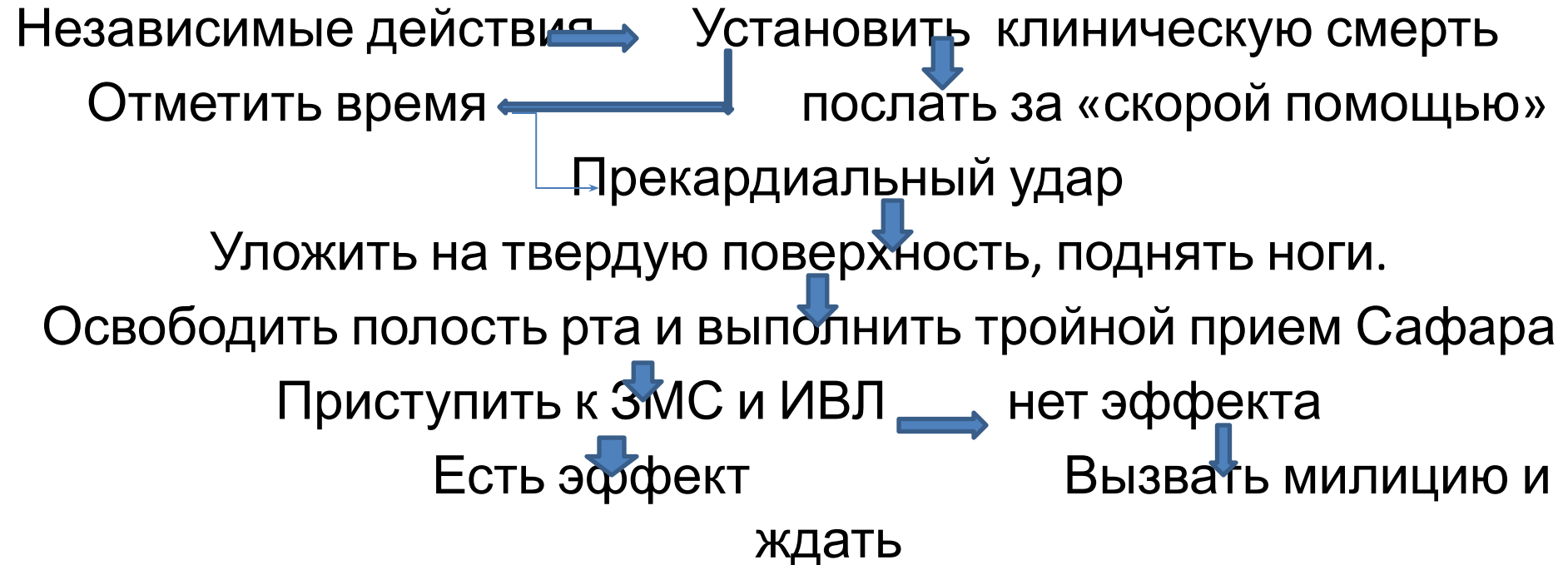
- Отсутствие сердечной деятельности свыше 30 минут (происходят необратимые изменения в коре головного мозга, других тканях и органах).
- Отсутствие самостоятельного дыхания;
- Отсутствие роговичного рефлекса;
- Симптом «кошачьего зрачка» (при сдавливании глазного яблока с боков пальцами, в следствии его размягчения зрачок приобретает вытянутою форму).

- Спустя 2-4 часа после смерти появляются трупные пятна при надавливании полностью исчезают, а через некоторое время вновь появляются, после 24 часов не меняют свой цвет);
- Трупное окоченение в скелетной мускулатуре определяется через 2-3 часа после смерти и формируется к 24 часам.

Начиная с 3 суток происходит разрушение;

- Охлаждение трупа
- Высыхание трупа
- Трупное разложение.

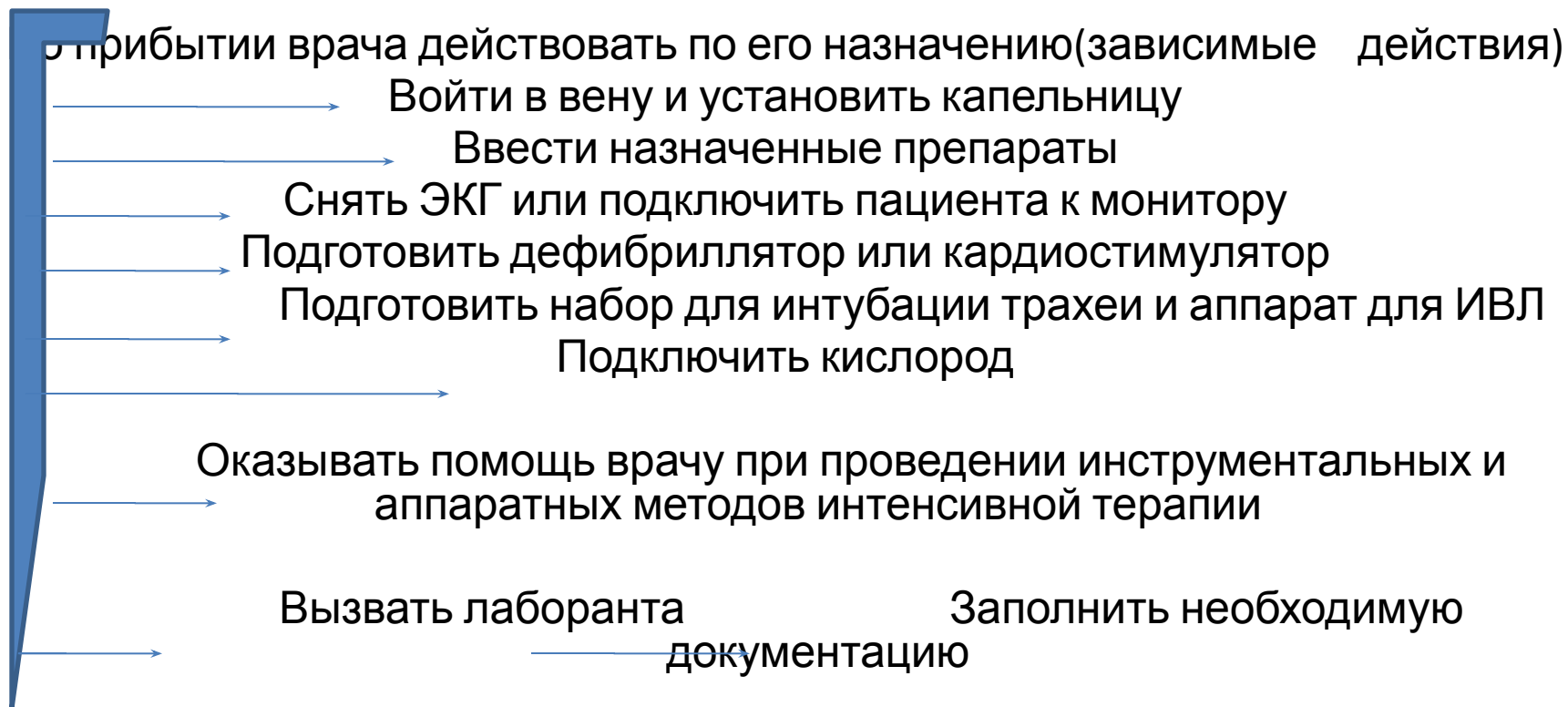
Алгоритм действия медсестры при сердечно-легочной реанимации вне лечебного учреждения.



Уложить пострадавшего в устойчивое боковое положение, согреть, обеспечить охлаждение головного мозга, грелки к ногам, ждать “скорую помощь”.

Алгоритм действия медсестры при сердечно-легочной реанимации в лечебном учреждении.

До прибытия врача действовать по алгоритму, описанному в схеме 17.



Алгоритм действия медсестры при сердечно-легочной реанимации в лечебном учреждении.

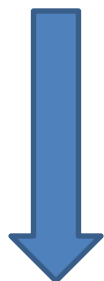
При успешной реанимации

При безуспешной реанимации



Зависимые действия:

Выполнять
врачебные
Назначения
отделение



Провести санитарную обработку использованного перевязочного материала, инструментов, аппаратуры, перчаток, помещения.



Независимые действия:

Осуществлять
сестринский
процесс при

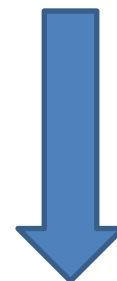
уходе и
наблюдении за
пациентом

Независимые действия



Независимые действия

Подготовить труп к
доставке в патолого
анатомическое



Клиника острой дыхательной недостаточности

1. Одышка
2. Парадоксальное дыхание
3. Цианоз
4. Спутанность и потеря сознания
5. Пульс учащается, становится нитевидным
6. АД повышается, затем резко понижается.

Причины острой дыхательной недостаточности

1. Центральные причины
2. Нарушение нервно-мышечной проводимости
3. Нарушение диффузии газов
4. Нарушение отношения вентиляция/перфузия
5. Нарушение целостности и заболевания дыхательного аппарата.

Стадии ОДН

	1 стадия	2 стадия	3 стадия
Сознание	БЕСПОКОЙСТВО	ВОЗБУЖДЕНИЕ, БРЕД, ГАЛЛЮЦИНАЦИИ И	КОМА, ВОЗМОЖНО СУДОРОГИ
Кожа	ВЛАЖНАЯ, БЛЕДНАЯ, ЛЕГКИЙ ЦИАНОЗ	ПРОФУЗНЫЙ ПОТ,ЦИАНОЗ	МРАМОРНАЯ ОКРАСКА
ЧДД	До 25-30	До 35-40	6-8
ЧСС	90-120	120-140	130-140
АД	МОЖЕТ НЕ ИЗМЕНЯТЬСЯ	ПОВЫШАЕТСЯ	СНИЖАЕТСЯ

Общие принципы и методы лечения острой дыхательной недостаточности

1. Восстановление и поддержание проходимости верхних дыхательных путей, восстановление механики дыхания.
2. Улучшение альвеолярной вентиляции и легочного газообмена.
3. Устранение нарушений кровообращения.

Меры по повышению эффективности удаления из дыхательных путей мокроты

- Вибрационный массаж грудной клетки (похлопывая ладонями по грудной клетки больного)
- Вспомогательный кашель (сжатия грудной клетки с боков ладонями во время выдоха)
- Постуральный дренаж трахеобронхиального дерева (при этом больному периодически - 4-6 раз в сутки - придают улучшающее отток мокроты положение - с приподнятой нижней половины туловища, поочередно поворачивая со спины на бок)

- Удаление мокроты с помощью электроотсоса через трахеостомическую или эндотрахеальную трубку(не реже 3-4 раз в сутки)
- Введение разжижающих мокроту препаратов (трипсина,химотрипсина и т.п.)через эндотрахеальную или трахеостомическую трубку, либо с помощью ингалятора 3-4 раза в сутке (лучше использовать ультразвуковой ингалятор)
- Применение препаратов, расширяющих бронхи (эуфиллин, изадрин,атропин,беротек и др.)

План ухода за больным, находящимся на ИВЛ

- Наблюдение за исправностью и режимом работы респиратора
- Обязательное использование средств защиты(маска, перчатки) при работе с пациентом
- Наблюдение за пациентом и адекватностью ИВЛ, измерение физиологических параметров- АД, ЧСС, ЦВД, диуреза(при появлении признаков нарастания гипоксии – цианоза, тахикардии- медсестра немедленно сообщает об этом врачу)
- Регулярное (не реже 1 раза в 3 часа, а при большом количестве мокроты- чаще, до 1раза в 30 минут) отсасывание мокроты и слизи из трахеи; введение через трубку растворов ферментов для разжижения мокроты по назначению врача
- Периодическое (3-4 раза в сутки) распускание манжеты эндотрахеальной трубки на 20-30 минут для профилактики пролежней трахеи
- Профилактика пролежней.

- Вибромассаж грудной клетки 4-8 раз в сутки, в положении больного на боку. Это один из факторов профилактики пневмонии.
- Уход за мочевым катетером: надежная фиксация, промывание мочевого пузыря раствором фурацилина 2 раза в сутки
- Уход за полостью рта
- Зондовое кормление пациента
- Очистительная клизма каждые 2-3 дня по назначению врача
- Ведение карты интенсивной терапии
- Осуществление дезинфекции и стерилизации частей аппарата, адапторов, эндотрахеальных трубок и т.п., после окончания ИВЛ

Острая левожелудочковая недостаточность

Причины:

- Нарушения перекачивания крови из малого круга кровообращения происходит застой крови и повышение давление в левом желудочке и предсердии, а также застой крови и повышение давление в сосудах малого круга кровообращения.

Клиника:

1. Появляется тахикардия;
2. Инспираторная одышка, при которой затрудненный вдох;
3. Больной находится в вынужденном(сидячем)положении;
4. появляется акроцианоз(синюшная окраска на конечностях, ушах, кончик носа).
5. При альвеолярном отеке легкого становится клокочущим;

6. Выделяется пенистая мокрота, иногда розового цвета из-за пропотевания эритроцитов;
7. АД может быть повышенным или пониженным в зависимости от причины и клинического варианта течения рстрой левожелудочковой екдостаточности;
8. В легких выслушиваются влажные хрипы. Различают форму течения отека легкого: молниеносное, острое, подострое.

Лечение острой левожелудочковой недостаточности.

1. уменьшение гипоксии (для этого применяется оксигенотерапия увлажненным кислородом)
2. Ликвидация пенообразования при альвеолярном отеке (используется так называемые пеногасители- пары спирта, т.е. пропускание ингалируемого кислорода через 96,70 или 50% спирт или антифомсилан, спирт можно ввести в трахею через её прокол или эндотрахеальную трубку после инкубации, а так же и внутривенно- при этом спирт будет выделяться через легкие).
3. Уменьшение венозного притока к правому сердцу с целью уменьшения объема крови в малом кругу кровообращения (накладываются венозные жгуты на конечности, вводятся мочегонные- лазикс в/в)

4. Уменьшение давления в малом кругу кровообращения открывается(нитроглицерин под язык или в/в, морфин в/в; морфин к тому же оказывает седативный эффект и уменьшает одышку за счет угнетения дыхательного центра)
5. Усиление сократительной функции сердца(сердечные гликозиды-страфонтин, коргликон в/в)
6. Нормализация АД(ганглиблокаторы типа пентамина при артериальной гипертензии, вазопрессоры типа дофамина при низком давлении)

Острая правожелудочковая недостаточность

- Возникает в следствии: Застоя крови в большом круге кровообращения.

Причины :

1. Быстрое переливание значительных объемов крови в кровезаменителей.
2. Тромбоз эмболии легочной артерии.
3. Заболевания легких, которые приводят к повышению давления в легочных сосудах в следствии их сдавливания.

Клиника :

1. Тахикардия
2. Одышка
3. Выраженный акроцианоз
4. Набухают и пульсируют периферические вены, особенно вены шеи
5. Резко повышается ЦВД
6. Появляются периферические отеки.
7. Печень увеличивается, становится болезненной из-за застойных процессов в ней.

Лечение острой правожелудочковой недостаточности.

1. Уменьшение объема крови в большом круге кровообращения вводятся мочегонные)
2. Усиление сократительной способности миокарда (применяются сердечные гликозиды)
3. При массивных быстрых трансфузиях их прекращают или замедляют в случаи возникновения правожелудочковой недостаточности
4. При легочной патологии вводят эуфиллин в/в для улучшения кровообращения в сосудах легких
5. При тромбэмболии легочной артерии предпринимают попытки растворения тромба(вводят фибринолитические препараты- стрептазу, стрептокиназу, тканевой активатор плазминогена

Острая сосудистая недостаточность-это

Очень емкое понятие, объединяющее такие патологические состояния как шок, коллапс и обморок.

Причины:

1. Введение некоторых лекарственных веществ(местные анестетики, ср-ва для наркоза, ганглиоблокаторы , нейролептики)
2. Воздействие биологически- активных веществ(гистамин при анафилактическом шоке)
3. Гиповолемия
4. Воздействие бактериальных токсинов
5. Снижение сократительной функции миокарда при инфаркте и т.д.

- **Клиника:**

1. Снижение ЦВД.
2. Бледность или мраморность кожи.
3. Тахикардия.
4. Могут появляться неврологические симптомы в виде заторможенность, потери сознания, судорог.

Лечение:

- Включает в себя восполнение дефицита ОЦК с помощью кровезаменителей.
- Поддержание АД прессорными аминами (норадреналином, мезатоном, допамином) и т.д.

Сердечно-легочно-мозговая реанимация

1 стадия:(элементарное поддержание жизни)

Этап А-обеспечивает проходимость дыхательных путей
(методом рот в рот)

Этап Б-искусственная вентиляция легких(методом рот в рот)

2 стадия:(дальнейшее поддержание жизни) заключается в
восстановлении самостоятельного кровообращения и
дыхания.

Этап Г-внутривенное введение медикаментозных средств и
жидкостей

Этап Д-электрокардиография

Этап Е- купирование фибрилляции желудочков с помощью
электрического разряда

3 стадия: (продолжительное или длительное поддержание жизни) заключается в интенсивной терапии направленной на восстановление функции мозга.

Этап Ж- установление причин остановки сердца и её устранения.

Этап З- восстановление нормального мышления с помощью современных мероприятий по нормализации функции мозга.

Этап И- интенсивная терапия (длительная реанимация) направленная на восстановление функций других органов и систем.