

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ № 5(29)

Тема. Особливості сестринського догляду за тяжкохворими та агонуючими.

Мета. Ознайомитись з поняттями клінічна та біологічна смерть, періодами вмирання. Оволодіти практичними навичками проведення реанімаційних заходів, правилами поводження з трупом.

Кількість навчальних годин – 4 години.

План практичного заняття.

1. Процес вмирання, стадії термінального стану.
2. Клінічна та біологічна смерть, ознаки смерті. Правила поводження з трупом.
3. Реанімаційні заходи, етапи.
4. Завдання для виконання.

1. До тяжкохворих відносяться категорії пацієнтів, котрі хворіють на недуги з ускладненим перебігом, не піддаються ефективному лікуванню або мають несприятливий прогноз. Стан цих хворих проявляється глибокими порушеннями найважливіших функцій організму (нервової діяльності, дихання, кровообігу, травлення, виділення), що часто призводить до численних загострень недуги і навіть до смерті.

Стан тяжкохворого може змінюватися у будь-який момент, тому вони вимагають постійної уваги і повинні бути під систематичним медичним наглядом протягом всього періоду тяжкого стану.

Хворому забезпечують зручне положення в ліжку. Краще використовувати функціональне ліжко. Для запобігання пролежнів хворому щодня перестеляють ліжко, змінюють натільну білизну двічі на день. Під сідниці хворого по всій ширині ліжка підкладають клейонку, зверху її застеляють простирадлом. Після сечовипускання та дефекації обмивають та висушують промежину, щодня оглядають ділянку лопаток, сідниць, хребта тощо. При нетриманні сечі підкладають гумове судно. Якщо хворий не може мочитися самостійно, йому ставлять катетер.

Для життєдіяльності організму потрібне безперервне надходження кисню та виділення вуглекислоти. Ці процеси забезпечують системи органів дихання, кровообігу під контролем центральної нервової системи. Тому їх ураження призводить до смерті. Між смертю і життям існують своєрідні перехідні стани, при яких ще не наступила смерть, але вже не може бути повноцінного життя.

Такі стани називають **термінальними** (від лат. terminalis – кінцевий).

Термінальні стани можуть виникнути при важкому шоку, інсульті (крововиливі у мозок), інфаркті міокарду, важких отруєннях, ураженнях електричним струмом, утопленні та інших станах, що потребують негайної допомоги

Процес вмирання та його періоди.

Зупинка життєдіяльності (смерть) може виникнути раптово (при нещасних випадках) чи передбачувано, як закономірний наслідок невиліковної хвороби. Клінічна динаміка вмирання включає цілу низку патологічних процесів: припинення діяльності серця, зупинка кровообігу, порушення функції мозку, непритомність (протягом 1-2 с.) розширення зіниць (20-30 с.), зупинка дихання, переагональний стан, термінальна пауза, агонія (боротьба), клінічна смерть.

Переагонія – це стан хворого, коли фізіологічні механізми життєдіяльності організму знаходяться в стані декомпенсації: центральна нервова система пригнічена, можливий коматозний стан; діяльність серця ослаблена, пульс нитковидний, артеріальний тиск нижчий критичного (70 мм рт. ст.); функції зовнішнього дихання та паренхіматозних органів порушені. Переагонія триває від кількох годин до декількох днів. За цей час стан хворого ще більш погіршується й закінчується термінальною паузою.

Термінальна пауза характеризується тимчасовим згасанням функції кори мозку, дихального центру, серця; артеріальний тиск падає до нуля, дихання припиняється. Триває цей період від 10 с. до 4 хв.

Агонія (боротьба) – це стан хворого, коли внаслідок виснаження центрів життєдіяльності виходять з під контролю (активізуються) бульбарні центри та ретикулярна формація. У хворого відновлюється м'язовий тонус та рефлекс, появляється зовнішнє дихання (безладне, з участю допоміжної мускулатури). Хворий неначе намагається захопити повітря відкритим ротом, але дихання неефективне, бо м'язи вдиху та видиху скорочуються одночасно. Серце на деякий час посилює роботу, систолічний тиск може збільшитися до 100 мм рт. ст. Над магістральними артеріями пальпується пульс. Нерідко у хворих прояснюється свідомість. Однак в цей час метаболічні порушення у клітинах організму стають незворотними. Після цього стан хворого погіршується – швидко згоряють останні запаси енергії, акумульовані в макроергічних зв'язках, і через 20-40 секунд настає клінічна смерть.

2. Клінічна смерть – це стан, в якому перебуває організм протягом декількох хвилин після припинення кровообігу та дихання, коли повністю

зникають усі зовнішні прояви життєдіяльності (зупинка дихання і серцебиття) , але в тканинах ще не настали незворотні зміни.

При такому стані хворого ще можна спасти, якщо негайно надати йому допомогу, тому що тільки через 4-6 хвилин після настання клінічної смерті остання переходить у біологічну в наслідок кисневого голодування головного мозку і загибелі нервових клітин.

Основні ознаки клінічної смерті:

- відсутність свідомості;
- відсутність самостійного дихання;
- відсутність серцебиття та пульсації над магістральними артеріями (сонною та стегною);
- стійке розширення зіниць з відсутністю фотореакції.

Тривалість стану клінічної смерті від 4 до 6 хвилин.

Важливим фактором, що впливає на тривалість клінічної смерті є температура оточуючого середовища. При раптовій зупинці серця клінічна смерть в умовах нормотермії триває до 5 хвилин, при мінусових температурах – до 10 і більше хвилин.

Біологічна смерть – виникає тоді, коли внаслідок незворотних змін в організмі, та насамперед, в центральній нервовій системі, повернення до життя неможливе.

Факт смерті констатує лікар. Ознаками біологічної смерті є зупинка дихання, відсутність пульсу та серцебиття, мертвотна блідість шкірних покривів, наявність трупних плям, розслаблення м'язів, втрата чутливості, поступове охолодження тіла до температури оточуючого середовища (нижче 20°C), розширення зіниць і відсутність їх реакції на світло.

3. При термінальних станах основне завдання першої допомоги – підтримання життя хворого до прибуття швидкої допомоги. Заходи повинні проводитися одразу ж після розвитку важкого стану.

Реанімація (від лат. *Reanimation* – оживлення) – це комплекс заходів, які направлені на відновлення різко пригнічених життєво важливих функцій організму, насамперед, дихання і серцевої діяльності. Першочерговими заходами по оживленню організму вважаються непрямий масаж серця і штучне дихання (*методом із рота у рот або із рота у ніс*), які обов'язково проводяться одночасно, тому що необхідно насичувати киснем циркулюючу кров .

Реанімацію проводять на протязі не менше 40 хвилин або до прибуття швидкої допомоги, або до появи у хворого самостійного серцебиття, або до появи ознак біологічної смерті (появи трупних плям).

При проведенні реанімації потерпілого вкладають горілиць на тверду основу, бажано з опущеною верхньою частиною тулуба. Не задіяний у реанімації рятівник піднімає ноги потерпілого на 50-60 см доверху для відтоку від них крові та збільшення кровонаповнення серця.

Штучна вентиляція легенів.

Показання. Зупинка дихання, патологічний тип дихання. Перед початком штучної вентиляції легенів необхідно переконатися в тому, що верхні дихальні шляхи відкриті. Треба швидко відкрити хворому рот і слиз або рідину видалити хустинкою, серветкою, а краще всього відсмоктувачем. Знімні зубні протези виймають. Розстібають стискаючий одяг.

У перші хвилини клінічної смерті корінь язика, що западає, перекриває вхід у верхні дихальні шляхи. Щоб дати можливість повітрю проходити в легені потерпілого, треба максимально задерти йому голову назад.

Штучну вентиляцію легенів методом рот до рота або рот до носа проводять через хустку, шматок марлі чи одежі. При вдуванні повітря в рот рекомендується одну руку покласти під шию, а другу – на чоло потерпілого.

Вдуваючи повітря, одночасно вільними пальцями затискують ніздрі, щоб запобігти виходу повітря через ніс.

Якщо рот судомно стискується, вдування проводять через ніс. При вдуванні повітря в ніс руку з потилиці переміщують на нижню щелепу, яку притискають до верхньої, щоб забезпечити герметизацію верхніх дихальних шляхів.

Частота вдувань – 12 разів на 1 хв. Для забезпечення достатнього об'єму повітря, що вдувається, особа, яка проводить штучну вентиляцію легенів, повинна дихати глибоко.

Треба пам'ятати, що рухи грудної клітки в такт вдування – ознака правильного застосування методу.

Якщо є повітропровідна трубка, особа, що проводить штучну вентиляцію легенів, стає в узголів'я потерпілого і вставляє повітропровід у рот. Для цього треба відтягнути язика язикоутримувачем або притиснути його кінцем трубки до нижньої щелепи, повернувши її на 90°, щоб згину трубки відповідала сферична поверхня спинки язика.

Щиток, який є на трубці, щільно притискають до губів, щоб перешкоджати виходу повітря, що вдувається. Повітря вдувають через трубку в момент максимального відкидання голови назад.

Для проведення штучної вентиляції легенів також застосовують різні ручні дихальні апарати.

Непрямий масаж серця.

Показання. Зупинка кровообігу в стадії клінічної смерті.

Непрямий масаж серця виконують на твердій поверхні (дошці, підлозі, твердій кушетці тощо). У ділянці нижньої третини груднини серце ближче прилягає до передньої поверхні грудної клітки. Для визначення місця проведення непрямого масажу серця визначають хрящоподібне утворення, так званий мечовидний відросток, на 1,5-2 см вище від нього по центру грудної клітки міститься зона грудної кістки.

У дорослих осіб надавлювання проводять обома руками. Щоб підсилити надавлювання, руки кладуть одна на одну. Глибина вдавнення груднини в дорослої людини – 3-4 см. Під час кожного стискання нижньої третини груднини уникають напружування м'язів рук, а ніби «скидають» масу своєї грудної клітки на руки. Для цього руку, на якій проводять натискання, не треба згинати в ліктьовому суглобі.

Натискання при масажі треба проводити ривком тривалістю від 0,5 до 0,75 с, 1 раз в 1 с., тобто 60 разів за 1 хв. Почергово вдудання повітря та натискування на грудину у співвідношенні 1:4 тобто на 4-5 надавлювань на грудну клітку проводять одне енергійне вдудання повітря. На момент вдудання повітря масаж серця зупиняють, але не більше ніж на 3 с.

Ознаки правильного проведення реанімаційних заходів: звуження зіниць, поява коротких дихальних рухів, нормалізація забарвлення шкіри, відчуття під пальцями артеріальної пульсації, синхронної з масажем; іноді навіть визначається артеріальний тиск. У деяких випадках може відновитись серцева діяльність.

У разі відсутності ознак ефективності реанімаційних заходів через 30 хв. від початку їх застосування можна запідозрити наявність важких ушкоджень головного мозку.

Правила поводження з трупом. Після констатації біологічної смерті з трупа необхідно зняти одягу, розмістити його горілиць і розігнути кінцівки. Нижню щелепу померлого підв'язують бинтом і закривають повіки, його тіло закривають простирадлом і залишають у ліжку протягом 2 год. Коштовності померлого вилучають у присутності лікаря і передають на збереження.

Після утворення трупних плям на стегні померлого записують чорнилом його прізвище, ім'я, по батькові і номер історії хвороби. На додаток до історії хвороби оформляють супровідну записку до моргу, де вказують паспортні дані,

номер історії хвороби, діагноз і дату смерті. Померлого в супроводі медичної сестри доставляють у патологоанатомічне відділення.

Речі померлого (одяг, гроші, коштовності тощо) передають родичам під розписку, особисті предмети померлих від особливо небезпечних інфекцій (чума, холера) спалюють одночасно з трупом.

I. Дати відповіді на запитання:

1. Визначення поняття термінальний стан.
2. Симптоми біологічної та клінічної смерті.
3. Які заходи входять до реанімаційних.
4. Протипоказання до проведення реанімаційних заходів.
5. Правила поводження з трупом.

II. Вирішити ситуаційні задачі:

1. У пацієнта відсутнє дихання, пульс не пальпується, не вислуховується серцебиття, стан непритомності, шкірні покриви бліді, м'язи розслаблені, відвисання нижньої щелепи, зіниці розширені на світло не реагують, тіло на дотик холодне, на спині великого кольору плями синюшного кольору.

Оцінити стан пацієнта. Чи потрібно проводити реанімаційні заходи?

2. У тяжкохворого раптово виникла непритомність, уповільнилось дихання і серцебиття, шкірні покриви бліді і ціанотичні, зіниці розширені. Пройшло 3 хвилини з моменту припинення дихання і серцебиття.

Оцінити стан пацієнта. Що слід робити першочергово?