

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра хирургических болезней педиатрического и стоматологического
факультетов



Научно – исследовательская работа на тему:

Первая помощь при терминальном состоянии

Выполнила: студентка 8 группы, 1 курса,
педиатрического факультета

Шулешко Е. Г.

Проверил: доцент, кандидат медицинских наук

Голуб В. А.

Волгоград, 2018

Содержание

Введение	3
1. Понятие о терминальном состоянии организма	4
1.1. Основные этапы умирания человека	4
1.2. Признаки смерти	5
2. Основы реанимационных мероприятий	6
2.1. Понятие о реанимации	6
2.2. Этапы СЛР	6
2.3. Правило С – наружный массаж сердца	8
2.4. Понятие о прекардиальном ударе	9
2.5. Правило А – восстановление проходимости дыхательных путей ...	10
2.6. Правило В – искусственная вентиляция легких	15
2.7. Условия проведения СЛР для разных возрастных категорий	16
2.8. Признаки эффективности реанимации	17
2.9. Условия прекращения реанимации	18
3. Дополнительный комплекс мероприятий	19
3.1. Дефибрилляция сердца	19
3.2. Лекарственная терапия	19
Заключение	20
Литература	21

Введение

Под терминальным состоянием понимают крайнюю степень патологии, в основе которой лежат нарастающая гипоксия всех тканей, ацидоз и интоксикация продуктами нарушенного обмена. Это состояние сопровождается распадом функций сердечно – сосудистой системы, дыхания, нервной системы и др. Наиболее существенным является угасание функций центральной нервной системы. Недостаток кислорода ведет, прежде всего, к деструктивным изменениям в клетках коры головного мозга.

В практической деятельности врач встречается нередко с острыми заболеваниями, требующими проведения неотложной терапии. Врач, проводящий неотложные мероприятия по спасению больного должен владеть многими практическими навыками, обладать широкими знаниями и способностью быстро ориентироваться в ситуации. При наступлении терминального состояния у больного, необходимо срочное проведение реанимационных мероприятий, направленных на восстановление сердечной и дыхательной деятельности, – сердечно – легочная реанимация.

Настоящая работа имеет целью обобщить информацию о терминальном состоянии организма и проводимой при возникновении такого состояния первой помощи.

В соответствии с данной целью определены следующие задачи:

1. Изучить характеристику терминального состояния, основные стадии, клинические проявления.
2. Определить комплекс мероприятий, направленных на предотвращение нарастания деструктивных изменений в организме и восстановление его жизненных функций.

1. Понятие о терминальном состоянии организма

1.1. Основные этапы умирания человека

В настоящее время установлены определенные закономерности процессов умирания человека. Умирание – это качественный переход от жизни к смерти, процесс постепенного угасания жизнеобеспечивающих функций организма – представляют собой ряд последовательных закономерных нарушений функций основных систем организма человека, заканчивающихся их выключением. Именно последовательность и постепенность выключения функций дают время и обуславливают возможность для вмешательства с целью восстановления жизни. Организм умирает не сразу, а постепенно, поэтому в процессах умирания различают два периода, закономерно сменяющих друг друга: терминальные состояния и собственно смерть.

Терминальные состояния могут быть следствием различных причин: шока, инфаркта миокарда, массивной кровопотери, закупорки дыхательных путей или асфиксии, электротравмы, утопления, заваливания землей и т. д.

В терминальном состоянии выделяют 3 фазы, или стадии:

- 1) предагональное состояние;
- 2) агония;
- 3) клиническая смерть.

В предагональном состоянии сознание больного еще сохраняется, но оно спутанное. Артериальное давление падает до нуля, пульс резко учащается и становится нитевидным, дыхание поверхностное, затрудненное, кожные покровы бледные.

Во время агонии артериальное давление и пульс определяются, глазные рефлексы (роговичный, реакции зрачка на свет) исчезают, дыхание приобретает характер заглывания воздуха.

Клиническая смерть – кратковременная переходная стадия между жизнью и смертью, продолжительностью 3-6 мин. Дыхание и сердечная деятельность отсутствуют, зрачки расширены, кожные покровы холодные, рефлексов нет. В этот короткий период еще возможно восстановление жизненных функций при помощи реанимации.

В более поздние сроки наступают необратимые изменения в тканях, и клиническая смерть переходит в биологическую, истинную. Биологическая смерть – это конечный этап умирания организма в целом, сменяющий клиническую смерть. Характеризуется необратимостью изменений в центральной нервной системе, постепенно распространяющейся на остальные ткани.

1.2. Признаки смерти

В период клинической смерти отсутствуют внешние признаки жизни: сознание, дыхание, пульс на сонных артериях, а также глазные рефлексы; кроме того, в подавляющем большинстве случаев наблюдается резкая бледность. Продолжительность клинической смерти составляет 3 – 6 минуты.

С момента наступления необратимых изменений в коре головного мозга начинается истинная, или биологическая смерть. Дополнительно, наряду с вышеизложенными признаками клинической смерти, будут определяться достоверные или явные признаки: «кошачий глаз», «рыбий глаз», появление трупных пятен и трупного окоченения.

2. Основы реанимационных мероприятий

2.1. Понятие о реанимации

Остановка сердечной деятельности и дыхания еще не означает смерть, а лишь является грозным предвестником ее. В этот период спасти жизнь человека можно только путем проведения экстренной реанимации организма. В современной трактовке реанимация обозначает комплекс экстренных мероприятий, направленных на поддержание и восстановление утраченных функций организма, в первую очередь – функции головного мозга.

Методы реанимации можно применить практически везде, они не требуют специального оборудования, поэтому спасти жизнь человеку, зная приемы СЛР, можно без особой сложности. В случае реальной угрозы жизни важно действовать быстро и грамотно – когда головному мозгу не хватает кислорода, дорога каждая секунда.

Для адекватного снабжения головного мозга кислородом, необходимо:

- чтобы воздух беспрепятственно проходил через дыхательные пути в легкие;
- чтобы дыхание было достаточным, для обогащения крови кислородом;
- чтобы уровень кровообращения был достаточным для распределения кислорода по всему организму.

2.2. Этапы СЛР

Комплекс мероприятий сердечно – легочной реанимации (СЛР) включает в себя подготовительный и основной этапы.

Подготовительный этап предусматривает:

– диагностику клинической смерти, признаками которой являются отсутствие сознания, дыхания, пульса, глазных рефлексов и признаков биологической смерти;

– укладывание пострадавшего на спину на жесткое основание – необходимое условие для выполнения наружного массажа сердца, при котором сердечная мышца под давлением рук реаниматора будет сжиматься, и выбрасывать кровь в аорту и, соответственно, в сонные артерии, идущие к головному мозгу;

– освобождение от стесняющих элементов одежды – тоже является одним из необходимых условий успешной реанимации; поэтому, несмотря на время года и половую принадлежность, пострадавшего необходимо освободить от одежды (блок голова – шея – грудь).

Кроме того, обязательно нужно расстегнуть поясной и (или) брючный ремень для профилактики возможных повреждений органов брюшной полости при выполнении наружного массажа сердца.

Основные этапы реанимации реализуются по общепринятому в международной спасательной практике правилу САВ (аббревиатура английских словосочетаний Circulation, Airway open, Breath for victim).

С – наружный (непрямой) массаж сердца (НМС) – поддержание циркуляции крови в организме реанимируемого;

А – контроль и восстановление проходимости дыхательных путей;

В – искусственная вентиляция легких (ИВЛ);

Один реаниматор должен начинать выполнять компрессионные сжатия грудной клетки, прежде чем делать искусственное дыхание, чтобы уменьшить задержку до первого сжатия. Один реаниматор должен начинать СЛР с 30 компрессионных сжатий грудной клетки, после которых следуют 2 вдоха.

Таким образом, технологическая схема реанимации выглядит следующим образом:

I. Подготовительный этап:

- диагностика клинической смерти;
- обеспечение жесткого основания;
- устранение стесняющих элементов одежды.

II. Основной этап:

С – НМС;

А – обеспечение проходимости дыхательных путей;

В – ИВЛ.

2.3. Правило С – наружный массаж сердца

Цель НМС – сдавить грудину пострадавшего таким образом, чтобы «заработали» два следующих механизма:

– прямое давление на сердечную мышцу; изменение (увеличение) общего внутригрудного давления, так называемый «грудной» насос. Поэтому для успешного выполнения НМС пострадавшего необходимо уложить на твердую ровную поверхность и, несмотря на время года и его половую принадлежность, расстегнуть поясной или брючный ремень.

Давление при НМС осуществляется основанием ладони в строго определенном месте. Основание ладони устанавливается перпендикулярно оси грудины в строго определенном ее месте, которое в реальных условиях может быть найдено следующими способами:

– по краю второго пальца выше мечевидного отростка (нижней части грудины); обхватить ладонью грудь (если пострадавший мужчина или молодая женщина) и выставить руку, т. е. приподнять кисть, при этом

основание ладони будет расположено в правильно выбранном месте. Вторая рука располагается поверх первой либо параллельно ей, либо перпендикулярно, либо пальцы обеих рук переплетаются и оттягиваются от грудной клетки. Надавливать следует весом своего тела, слегка наваливаясь над пострадавшим, выпрямленными в локтевых суставах руками, при этом пальцы нижней руки грудной клетки ни в коем случае не касаются.

НМС начинается с толчкообразного сдавливания грудины и смещения ее по направлению к позвоночнику (продолжительностью примерно 0,5 секунды) и быстрого расслабления рук, при этом руки от грудины не отрываются.

При необходимости выполнения НМС подросткам, надавливания осуществляются одной рукой, которая, однако, устанавливается точно так же, как и для взрослого пострадавшего.

НМС маленьким детям проводится двумя пальцами реаниматора, которые располагаются на груди пострадавшего следующим образом: установить три пальца по воображаемой линии, соединяющей соски, затем палец, расположенный по этой линии приподнимается, а два других оказываются в точно выбранном месте проведения НМС.

Следует отметить, что сила нажатия для адекватного сжатия сердечной мышцы при НМС может быть в реальных условиях измерена только по глубине смещения («продавливания») грудины. Применение чрезмерной силы может привести к множественным переломам ребер и (или) грудины с повреждением органов грудной клетки.

2.4. Понятие о прекардиальном ударе

В некоторых случаях внезапной смерти (когда с момента ее наступления прошло не более 2 минут), например при синкопальном виде утопления, а также при остановке сердца в результате воздействия электрического тока, имеет смысл перед началом наружного массажа сердца

осуществить так называемый прекардиальный удар – т. е. резкий удар кулаком по груди в точку приложения рук для выполнения НМС с амплитудой разогнутой в локтевом суставе руки.

Цель прекардиального удара – направленное сотрясение грудной клетки в области сердечной мышцы, которое дает возможность ее «запуска». До проведения прекардиального удара и сразу после его выполнения необходимо проверить наличие (или появление) пульса на сонных артериях, и если таковой отсутствует после 2 – 3 выполненных прекардиальных ударов, целесообразно начать выполнение НМС.

Прекардиальный удар эффективен в первые 1 – 2 минуты после прекращения сердечной деятельности и может быть осуществлен только при гарантированном отсутствии в течение 7 – 10 секунд пульса на сонных артериях.

2.5. Правило А – восстановление проходимости дыхательных путей

Правило А имеет наиважнейшее значение для проведения успешной реанимации, так как, если оно не будет выполнено, окажутся бесполезными и искусственная вентиляция легких, и наружный массаж сердца. Поэтому необходимо знать способы устранения основных причин непроходимости дыхательных путей.

Основными причинами, помимо травмы гортани с последующим развитием отека и асфиксии, являются следующие:

- 1) западание корня языка;
- 2) попадание инородного тела.

I. Западание корня языка

Является достаточно частой и нелепой причиной необоснованной гибели пострадавшего, находящегося в бессознательном состоянии, в

положении лежа на спине. В этом случае корень языка, в силу тяжести и в связи с отсутствием контроля со стороны коры головного мозга западает и перекрывает поступление воздуха через ротоглотку и трахею.

Для восстановления проходимости дыхательных путей можно выполнить следующее: необходимо запрокинуть голову пострадавшего назад, создав так называемое переразгибание головы. Запрокидывание головы достигается различными путями: реаниматор располагается либо у изголовья пострадавшего, либо лицом к нему и, взявшись пальцами обеих рук за заднюю поверхность шеи, производит аккуратное запрокидывание назад головы пострадавшего, одновременно фиксируя шейный отдел позвоночника; также запрокидывание головы можно осуществить путем переразгибания головы, когда одна рука реаниматора накладывается на лоб пострадавшего, а вторая помещается под шею изнутри (или придерживая нижнюю челюсть) и производится движения рук во взаимно противоположных направлениях. Также можно применить валик из подручных средств (шарф, кашне, головной убор и т. п.), который подкладывается или под шею пострадавшего, или под его лопатки.

Для того чтобы узнать, проходимы ли дыхательные пути пострадавшего или нет, необходимо осуществить так называемый пробный выдох (ПДВ) – т. е., следуя технике проведения ИВЛ, 2 – 3 раза попытаться вдохнуть в дыхательные пути пострадавшего, почувствовав проходимость дыхательных путей для струи воздуха и визуально проконтролировав подъем грудной клетки.

Однако почти у 20% людей в силу индивидуальных анатомических особенностей строения шеи максимальное разгибание головы не обеспечивает достаточную степень проходимости верхних дыхательных путей. И поэтому, если ПДВ не удался, гарантированно устранить западание корня языка можно, если провести так называемый тройной прием Сафара, который включает в себя следующие три действия:

- запрокидывание головы;
- выдвижение вперед нижней челюсти;
- открывание рта.

При этом реаниматор может располагаться как у изголовья пострадавшего, так и лицом к нему. Для выдвижения нижней челюсти вперед необходимо четыре пальца каждой руки поставить позади углов нижней челюсти и, упираясь пальцами в ее край, выдвинуть ее вперед так, чтобы нижние зубы оказались впереди верхних. Выдвижение нижней челюсти вперед создает условия для гарантированного отхождения корня языка от задней стенки гортани, устраняя тем самым одну из наиболее частых причин непроходимости дыхательных путей.

Если в реальной ситуации по каким-либо причинам выполнение тройного приема классическим способом невозможно, то устранить западание языка можно, используя любую из его разновидностей, или модификаций: методом крючка, при котором большой палец руки реаниматора заводится за передние нижние зубы пострадавшего (вторая рука фиксирует голову за лоб) и вытягивает нижнюю челюсть вперед. Также выдвижение нижней челюсти вперед можно обеспечить при запрокинутой и зафиксированной назад голове пострадавшего, взявшись за его губу и потянув ее кпереди.

Удобнее и надежнее для устранения запавшего корня языка было бы использовать воздуховод – специальное приспособление, повторяющее контур ротоглотки человека, для проведения искусственной вентиляции легких. Введение трубки из пластического материала в просвет трахеи способствует проведению более интенсивной вентиляции легких. Интубация обязательна, если дыхательная реанимация затягивается и требуется аппаратная вентиляция. Трубка имеет циркуляторную манжетку для

герметизации просвета между наружной поверхностью интубационной трубки и внутренней поверхности трахеи.

Техника введения воздуховода следующая: пострадавший находится в положении лежа на спине, голову повернуть набок и произвести очищение полости рта; затем голова пострадавшего возвращается в исходное положение, открывается рот и вставляется воздуховод срезом (вогнутостью) к небу пострадавшего; после чего воздуховод вворачивается в ротоглотку пострадавшего и уже оказывается своей вогнутостью к его языку, отодвигая тем самым, корень языка. Далее нижняя челюсть прижимается к верхней части воздуховода, при этом его ободок должен оказаться над губами пострадавшего, после чего голова возвращается в исходное положение.

Таким образом, устранить самую частую причину непроходимости дыхательных путей у пострадавшего, находящегося в бессознательном состоянии в положении лежа на спине, – западание корня языка, можно следующими способами:

- 1) запрокидыванием назад головы пострадавшего;
- 2) проведением «тройного приема «Сафара» классическим способом или применив его разновидности;
- 3) введением воздуховода.

II. Попадание в дыхательные пути инородного тела

При попадании инородного тела в дыхательные пути пострадавшего, он закашляется, схватится за горло, будет двигательным и эмоционально беспокойным. Если зафиксирован факт попадания инородного тела в дыхательные пути пострадавшего, необходимо сразу приступить к решительным и грамотным действиям.

Имеет смысл задать короткий и информативный вопрос пострадавшему (например, «Вы задыхаетесь» или «Вам помочь?») и,

получив утвердительный ответ (кивком головы, например), выполнить нижеизложенные действия:

1. обеспечить устойчивость себе и пострадавшему (правильно расположиться сбоку от пострадавшего, взяться за дальнее от вас плечо);
2. слегка наклонить его вперед и произвести 5 – 6 резких ударов раскрытой ладонью между лопаток.

Цель этого способа заключается в направленном сотрясении грудной клетки, что дает возможность инородному телу либо изменить свое положение внутри верхних дыхательных путей, либо продвинуться в том или ином направлении, увеличив тем самым шанс на спасение пострадавшего.

Если этот способ не принес ожидаемого успеха, следует выполнить следующие действия:

1. обеспечить устойчивость себе и пострадавшему (правильно расположить свою ногу, встав сзади пострадавшего);
2. обхватить его своими руками вокруг талии и, установив кулак одной руки в точку, расположенную выше пупка и ниже грудины, накрыв его ладонью второй руки, осуществлять толчкообразные надавливания на живот пострадавшего от пупка по направлению к диафрагме.

При проведении этого способа создается повышенное давление в брюшной полости, которое через диафрагму передается в грудную полость, и благодаря остаточному воздуху, всегда находящемуся в легких, происходит удаление инородного тела из дыхательных путей пострадавшего. Этот способ называется маневр Геймлиха. Его нельзя применять детям до 1 года и беременным.

2.6. Правило В – искусственная вентиляция легких

Искусственная вентиляция легких применяется при различных нарушениях функции дыхания, а также в состоянии клинической смерти независимо от причины, вызвавшей ее.

ИВЛ проводится несколькими способами:

– с использованием АДР (аппарата дыхательного ручного), который находится в спасательных укладках, и на фоне уже введенного воздуховода ИВЛ может быть весьма успешной; кроме того, сам аппарат снабжен нереверсивным клапаном, что позволяет засасывать только окружающий воздух (где процентное содержание кислорода выше, чем в воздухе выдыхаемом), а также к АДР предусмотрено подключение кислорода, что увеличивает многократно эффективность способа;

– методом «изо рта в рот» – наиболее часто используемый в реальных ситуациях способ проведения ИВЛ;

– методом «изо рта в нос» – если по каким – то причинам предыдущий метод оказывается неэффективным или его проведение невозможно;

– у маленьких детей ИВЛ проводится с использованием обоих перечисленных способов, т. е. вдвухания производят одновременно в рот и в нос маленького пострадавшего.

При проведении СЛР искусственное дыхание начинают двумя вдохами. Каждый вдох должен продолжаться не менее 1 секунды.

Проведение ИВЛ способом «изо рта в рот».

Для проведения ИВЛ данным способом необходимо расположиться несколько сбоку от изголовья пострадавшего, запрокинуть его голову назад одним из вышеперечисленных способов, зажать крылья носа, вдохнуть глубже обычного и, плотно прижав свой рот к полуоткрытому рту

пострадавшего, осуществить энергичный выдох в его дыхательные пути, одновременно контролируя подъем грудной клетки. Затем нужно слегка отстраниться, удерживая голову в запрокинутом назад положении, и дать возможность осуществиться пассивному выдоху, продолжительность которого должна быть примерно вдвое больше вдоха. Как только грудная клетка опустится и примет первоначальное положение, цикл следует повторить.

При чрезмерном (ошибочном) нагнетании воздуха в легкие, а также при недостаточном запрокидывании головы, возможно, его попадание в желудок, что может спровоцировать попадание кислого содержимого желудка в дыхательные пути пострадавшего и легкие. Если при проведении ИВЛ вместо поднимания грудной клетки вздувается живот пострадавшего, необходимо выполнить следующее: повернуть пострадавшего на бок, лицом от реаниматора, и несколько раз кулаком или основанием ладони надавить ему на живот, чтобы произвести удаление воздуха из желудка. При этом нужно подготовиться очистить ротовую полость, после чего сразу же продолжить ИВЛ.

2.7. Условия проведение СЛР для разных возрастных категорий

1. Соотношение «сжатие – вдохи»:

- для взрослых и подростков 30 сжатий на 2 вдоха;
- для детей (в возрасте от 1 года до пубертатного периода) и грудных детей (в возрасте менее 1 года, за исключением новорожденных) – один реаниматор 30 сжатий на 2 вдоха; два реаниматора или более 15 сжатий на 2 вдоха.

2. Частота компрессионных сжатий 100 – 120/мин

3. Глубина вдавливания:

- для взрослых и подростков не менее 5 см;

– для детей не менее $1/3$ переднезаднего диаметра грудной клетки. Приблизительно 5 см;

– для грудных детей не менее $1/3$ переднезаднего диаметра грудной клетки. Приблизительно 4 см.

4. Наложение рук:

– у взрослых и подростков 2 руки на нижней половине грудины;

– у детей 2 руки и 1 рука (вариант для очень маленьких детей) на нижней половине грудины;

– у грудных детей: один реаниматор – 2 пальца в центре грудной клетки, сразу под сосковой линией; два реаниматора или более – руки охватывают тело, 2 больших пальца на центре грудной клетки сразу под сосковой линией.

2.8. Признаки эффективности реанимации

1. Во время проведения ИВЛ поднимается грудная клетка пострадавшего (следовательно, дыхательные пути пострадавшего проходимы).

2. Кожные покровы (особенно лица и шеи) приобретают розоватый оттенок (кровь, обогащенная кислородом выдыхаемого воздуха, начинает циркулировать по организму).

3. Появляются глазные рефлекс (очень обнадеживающий признак, указывающий на восстановление утраченных ранее функций головного мозга).

4. Появление пульсового толчка на шее в момент нажатия на грудину (этот признак эффективности может определяться только тогда, когда СЛР проводят два реаниматора).

5. Появление самостоятельного пульса и дыхания (собственно говоря, цель реанимации в этом случае будет достигнута, значит, комплекс СЛР выполнялся своевременно и грамотно).

2.9. Условия прекращения реанимации

Реаниматор имеет юридическое и моральное право прекратить реанимацию в следующих случаях:

1. Если у пострадавшего появились самостоятельный устойчивый пульс и самостоятельное устойчивое дыхание (в этом случае совсем не обязательно дожидаться появления сознания у пострадавшего, но его необходимо уложить в безопасное положение).

2. По приезде квалифицированной медицинской помощи – СМП, врачи и т. д. (но в этом случае должен соблюдаться принцип из рук в руки).

3. При появлении достоверных признаков биологической смерти (такая ситуация возможна, если была неверно проведена первичная диагностика, либо у пострадавшего имелись какие – либо серьезные внутренние повреждения, либо не соблюдались параметры и условия проведения реанимации).

4. Если по истечении 30 минут с момента начала реанимации при правильно проводимых действиях не наблюдаются элементарные признаки ее эффективности, по меньшей мере, порозовение кожных покровов и появление глазных рефлексов.

5. Если дальнейшее проведение реанимационных действий сопряжено с опасностью для реаниматора и (или) для окружающих.

3. Дополнительный комплекс мероприятий

3.1. Дефибрилляция сердца

Кроме стандартного комплекса мероприятий СЛР может включать в себя также дефибрилляцию.

Дефибрилляция используется как первоочередное реанимационное мероприятие при прекращении кровообращения вследствие фибрилляции или трепетания желудочков сердца. При электрической дефибрилляции сердца происходит одномоментное возбуждение всех участков миокарда путем пропускания через сердце одиночного кратковременного разряда тока напряжением 5 – 7 кВ, после чего устраняется хаотическое сокращение отдельных миокардиальных волокон и продолжается самостоятельная эффективная деятельность сердца.

3.2. Лекарственная терапия

Стимуляцию сердечной деятельности можно проводить внутривенным или внутрисердечным путем. Внутривенное введение препаратов показано только при эффективном массаже сердца.

Для повышения тонуса сердечной мышцы используют адреналин. Его вводят на фоне массажа внутрисердечно по 0,5 мл 0,1% раствора, разведенного в 5 мл изотонического раствора хлорида натрия или глюкозы. Для этих же целей используют эфедрин, мезатон, норадреналин. Хорошо действуют препараты кальция – хлорид кальция и глюконат кальция. Эти лекарственные средства также усиливают сердечные сокращения и эффективны при остановке сердца; 5 – 10 мл 10% раствора хлорида кальция вводят внутрисердечно вместе с адреналином. При реанимации перед выполнением дефибрилляции применяют новокаинамид. Новокаинамид сам по себе снимает фибрилляцию сердца.

Заключение

Терминальное состояние – процесс умирания организма, переход от жизни к смерти, представляет собой необратимые изменения в тканях головного мозга вследствие гипоксии и нарушения кислотно – щелочного баланса в организме. Функции организма при этом угасают не одновременно, а постепенно, что делает возможным их восстановление при своевременном вмешательстве.

К терминальным состояниям относятся в первую очередь преагония, агония и клиническая смерть, которая может перейти в биологическую, истинную.

Для того чтобы предотвратить распад функций систем организма, применяется методика сердечно – легочной реанимации. Комплекс экстренных мероприятий, направленных на поддержание и восстановление утраченных функций организма, в первую очередь – функции головного мозга.

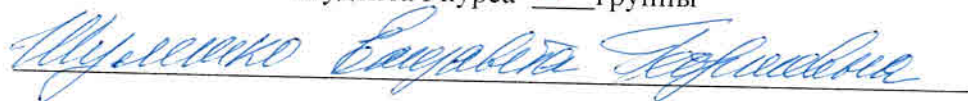
Оказание экстренной медицинской помощи пациентам, находящимся в терминальном состоянии, оживление больных, пребывающих в клинической смерти, со сравнительно недавних пор оказывается в отделениях реаниматологии и интенсивной терапии. Фактор времени в подобных случаях зачастую имеет решающее значение для успеха лечебных мероприятий. При оказании неотложной помощи в экстренных ситуациях бригада медицинских работников должна слаженно действовать «одной командой», чтобы увеличить шансы на спасение пострадавшего.

Литература

1. Буянов В. М., Нестеренко Ю. А. «Первая медицинская помощь». – 2000. – 224с.
2. Левшанков А. И., Климов А. Г.; под ред. А. И. Левшанкова. Сестринское дело в анестезиологии и реаниматологии. – 2010. – 344с.
3. Марченко Д. В. «Первая медицинская помощь при травмах и несчастных случаях». – 2009. – 314с.
4. Михин И. В. Уход за хирургическими больными: учебное пособие/ Михин И. В., Косивцов О. А.; Минздрав РФ, ВолгГМУ. – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2012. – 96с.: ил.
5. Рекомендации по проведению реанимационных мероприятий Европейского совета по реанимации (пересмотр 2015г.)/ под редакцией члена корреспондента РАН Мороза В. В./ 3 – е издание, переработанное и дополненное.

Рецензия

на научно-исследовательскую работу, предусмотренную программой практики «Производственная практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (помощник младшего медицинского персонала, научно-исследовательская работа)» на кафедре хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов по специальности 31.05.02 Педиатрия студента I курса 2 группы



Работа выполнена на соответствующем требованиям программы практики методологическом уровне. Автором поставлена конкретная, достижимая к выполнению цель исследования. Задачи позволяют полностью достичь поставленной цели. Стиль изложения материала логичен. Автором проанализированы основные источники литературы по данной теме.

В ходе проведённого анализа недостатков не выявлено.

Все разделы логично и последовательно отражают все вопросы по решению задач, поставленных в работе.

Автор демонстрирует хорошее знание современного состояния изучаемой проблемы, четко и ясно изложены все разделы.

Обзор литературы основан на анализе основных литературных источников, отражает актуальные и нерешенные проблемы изучаемой области медицины.

Объем и глубина литературного обзора указывают на удовлетворительное знание автора об исследуемой проблеме.

Последовательность изложения соответствует поставленным задачам. В обсуждении результатов исследования подведены итоги работы, дан глубокий анализ, свидетельствующий о научной зрелости автора. Сформулированные выводы логично вытекают из имеющихся данных. Работа написана простым литературным языком, автор не использовал сложных синтаксических конструкций, материалы изложены связно и последовательно. В целом работа заслуживает положительной оценки.

Фактический материал обширен, статистически грамотно обработан и проанализирован.

Выводы соответствуют полученным результатам, логически вытекают из анализа представленного материала.

Работа представляет собой завершённое научное исследование.

Руководитель практики,
доцент кафедры хирургических
болезней педиатрического и
стоматологического факультетов, к.м.н.

 В.А. Голуб