

Тема :

Мониторинг жизненно важных функций .

Борьба с инфекционными осложнениями . Обеспечение адекватного газообмена. Профилактика и лечение тромбоэмболических осложнений , ателектазов, пневмоний и пролежней

Подготовил : интерн хирург Бекназаров КБ

Проверил : к.м.н доцент Мухамадиев Б.Т

Мониторное наблюдение (англ. monitor контролировать, проверять) — длительное, проводимое на протяжении нескольких часов или суток, слежение за состоянием жизненно важных функций организма путем непрерывной или с короткими перерывами регистрации показателей этих функций (частоты пульса и дыхания, температуры тела, АД, ЭКГ и др.).

По времени анализа данных М.н. различают две принципиально различные его формы.

Первая --- предполагает максимальное приближение анализа показателей к реальному времени их регистрации,

Вторая — проведение анализа М.н. в какой-либо период исследования после его завершения.

Главная цель М.н. в реальном времени состоит в немедленном выявлении нарушений жизненно важных функций для своевременного принятия мер к их нормализации. Существуют различные системы такого наблюдения. Наиболее простые из них заключаются в том, что отклонение исследуемых показателей от нормальных значений констатирует непосредственно врач, наблюдающий динамику



Автоматизированные системы М.н., которые в случае возникновения патологических изменений изучаемого показателя дают звуковой и световой сигнал тревоги . Чаще оно производится при патологических состояниях чреватых развитием опасных для жизни больного осложнений - в палатах и блоках интенсивной терапии, в операционных во время обширных операций, в реанимационных отделениях, в специализированных отделениях по борьбе с отравлениями и др.

Система для стационарного М.н. состоит из двух блоков:
первый блок из них включает несколько осциллоскопа, укрепленных с помощью кронштейнов на стене, над койкой больного;
второй блок — центральный пульт, на индикаторах которого дублируются все виды информации, регистрируемой прикроватным монитором. Находясь за центральным пультом, врач имеет возможность осуществлять одновременное или последовательное М. н. за несколькими больными.

Борьба с инфекционными осложнениями

Опасность развития инфекционных осложнений у больных, находящихся в реанимаций, дает основание для создания в отделениях реанимаций определенного гигиенического режима. При этом необходимо учитывать, что путями **проникновения инфекции** чаще всего являются полиэтиленовые катетеры, трахеостомические трубки, катетеры, а **источниками инфекции** — воздух, кожа, персонал, приборы, вентиляторы, белье. Для защиты больных от перекрестной инфекции целесообразно создание боксированных одноместных палат, куда направляются больные из числа находившихся в отделении реанимаций, у которых возникло инфекционное осложнение, или заведомо инфицированные пациенты, нуждающиеся в интенсивном лечении. Хотя и отделении интенсивной терапии могут встречаться все виды бактерий, однако все чаще отмечаются грамотрицательные формы

. Все шире обсуждается вопрос о том, что в этом определенную роль играет не всегда оправданное профилактическое применение антибиотиков

Кондиционирование воздуха, использование бактериальных фильтров для вентиляторов, создание подпора воздуха в палатах интенсивной терапии—важные гигиенические требования. В отделениях реанимации нельзя допускать чрезмерного скопления больных, пребывания больных, не нуждающихся в мероприятиях по интенсивному лечению и уходу. Не следует стремиться заполнить весь конечный фонд отделения интенсивной терапии и не только из-за необходимости создания оптимальных гигиенических условий его работы, но и для обеспечения возможности беспрепятственного поступления urgentных больных. Необходимо резко ограничить посещение отделения персоналом других подразделений больничного учреждения

Оксигенотерапия является одним из методов специфической патогенетической терапии гипоксии. Однако возможности оксигенотерапии, проводимой при обычном атмосферном давлении, относительно невелики. Даже при здоровых легких и нормально функционирующей сердечно-сосудистой системе нормобарическая оксигенация далеко не всегда ликвидирует гипоксию, так как кислородная емкость переносчика кислорода — гемоглобина ограничена, а растворимость кислорода в плазме при этом возрастает незначительно. Лишь применение значительных парциальных давлений кислорода, что возможно только при дыхании им под давлением при гипербарической оксигенации (ГБО). Регулируя давление кислорода во вдыхаемой газовой смеси, можно дозированно увеличить его концентрацию и во внутренних средах организма.

В основе дыхания, как известно, лежит газообмен между окружающей газовой средой (вдыхаемой газовой смесью) и тканями тела. В результате вдыхания клетки организма получают кислород и из них удаляется конечный продукт окисления — CO_2 . Однако прежде чем молекулы кислорода проникнут в митохондрии клеток, они должны проделать в организме человека длинный и сложный путь. Схематично его можно представить состоящим из отдельных этапов. При этом PO_2 каждого последующего этапа меньше предыдущего. Здесь мы имеем дело с каскадом постепенно и непрерывно снижающихся уровней нормальных давлений кислорода. Именно эта разность давлений определяет степень диффузионного напора кислорода, обуславливая тем самым направленность и скорость диффузии газа в различных физических средах организма.

Тромбоэмболическая осложнения

Профилактика

Очень важно вести активный, подвижный образ жизни, не переедать, потому что ожирение — один из значимых факторов риска! Регулярно проходить диспансеризацию, которая позволяет выявить злокачественные новообразования и другие серьёзные заболевания на ранних стадиях. Своевременно лечение недугов сердечно-сосудистой системы; Укрепление иммунной системы; Правильный режим дня и режим питания; Внезапно заболела и отекла нога, либо без видимой причины возникла одышка и боли в грудной клетке, нужно как можно раньше обратиться к врачу,

Способы профилактики венозных тромбозэмболических осложнений

Степени риска	Способы профилактики
Низкая	<ul style="list-style-type: none">Ранняя активизация больныхЭластическая компрессия нижних конечностей *
Умеренная	<ul style="list-style-type: none">НМГ (Клексан 20 мг) × 1 раз в день п/к илиНФГ 5000 ед. × 2-3 раза в день п/к илиДлительная прерывистая пневмокомпрессия ног
Высокая	<ul style="list-style-type: none">НМГ (Клексан 40 мг) × 1 раз в день п/к илиНФГ 5000 – 7500 ед. × 3-4 раза в день п/к или+ Методы ускорения венозного кровотока
Особые случаи	<ul style="list-style-type: none">Лечебные дозы НМГ или НФГ+ Парциальная окклюзия нижней полой вены (имплантация фильтра, пликация)

ЛЕЧЕНИЕ Учитывая то, насколько опасным и сложным является данное состояние, а также те факторы и недуги, которые спровоцировали его появление, лечение проводится строго в стационарных условиях. При появлении первых симптомов пациенту следует незамедлительно обратиться за квалифицированной медицинской помощью. Только врач сможет провести тщательную диагностику и назначить корректный курс лечения. Лечение врач назначит на основе особенностей протекания недуга, места локализации ишемии. Как правило, сначала прибегают к консервативным методикам лечения. Больного помещают в стационар и назначают строгий постельный режим. Назначаются препараты, улучшающие кровоток – антикоагулянты и тромболитические препараты, а также антиспастические средства, направленные на уменьшение возникающих спазмов.

Ателектаз

Для профилактики ателектаза легкого важны недопущение аспирации инородных тел и желудочного содержимого, своевременное устранение причин внешнего сдавления легочной ткани, поддержание проходимости дыхательных путей. В послеоперационном периоде показана ранняя активизация больных, адекватное обезболивание, занятия [ЛФК](#), активное откашливание бронхиального секрета, при необходимости – санация трахеобронхиального дерева.

Лечение ателектаза легкого

Новорожденным с первичным ателектазом легкого в первые минуты жизни производится отсасывание содержимого дыхательных путей резиновым катетером, при необходимости - [интубация трахеи](#) и расправление легкого.

При обтурационном ателектазе, вызванном [инородным телом бронха](#), для его извлечения необходимо проведение лечебно-диагностической бронхоскопии. Эндоскопическая санация бронхиального дерева ([бронхоальвеолярный лаваж](#)) необходима в том случае, если спадение легкого вызвано скоплением трудно откашливаемого секрета. С целью устранения послеоперационных ателектазов легкого показано проведение [трахеальной аспирации](#), [перкуторного массажа](#) грудной клетки, дыхательной гимнастики, постурального дренажа, [ингаляций](#) с бронхолитическими и ферментными препаратами. При ателектазах легких любой этиологии необходимо назначение превентивной противовоспалительной терапии.

При коллапсе легкого, обусловленном наличием в плевральной полости воздуха, экссудата, крови и другого патологического содержимого, показано срочное проведение [торакоцентеза](#) или [дренирования плевральной полости](#).

Профилактика Пневмония

- людям старше 65 лет и другим группам риска рекомендуется вакцинация против некоторых типов стрептококка (он является одним из самых частых возбудителей),
- для детей, находящихся в группах риска (например, больные астмой) разработана специальная [вакцина](#),
- поскольку пневмония часто появляется в качестве осложнения после гриппа, ежегодные вакцинации против гриппа также являются способом профилактики,
- как можно чаще мойте руки мылом, в течение 15-30 секунд, чтобы удалить микроорганизмы, способные вызвать пневмонию,
- поддерживайте сопротивляемость организма с помощью здорового питания, отдыха и регулярных упражнений,
- не курите. Курение снижает естественную устойчивость бронхов и лёгких к респираторным инфекциям.

Пневмония: лечение

Предположит. этиология	Лечение пероральными препаратами	Внутривенные препараты
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	Большие дозы амоксициллина, цефалоспорин 2 или 3 поколения	Цефтриаксон, клиндамицин, ванкомицин (при большой резистентности)
<i>Haemophilus influenzae</i>	Амокс+клавуланат цефалоспорины 2 или 3 поколения	Цефалоспорины 2 или 3 поколения
<i>Chlamydia</i> или <i>Mycoplasma</i>	Эритромицин (или азитромицин, или кларитромицин)	Эритромицин (или азитромицин)

ПРОЛЕЖНИ

ЛЕЧЕНИЕ

Уменьшение давления на пораженные участки кожи

Обработка физраствором или 3% перекисью водорода

Повязки с вазелином

Защитная пленка из пасты, содержащей гидроксиды алюминия и магния

Мазь «Судокрем»
Цинковая мазь

Хирургическая обработка

ПРОФИЛАКТИКА



Регулярное переворачивание больного

Матрасы с водяным наполнением, мягкие материалы

Увлажнение и легкий массаж кожи

Полноценное питание больного

Гигиена кожи больного

Предотвращение отеков конечностей