

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**  
( Н И У « Б е л Г У » )

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

**ЦМК Клинических дисциплин**

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ  
ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ**

**Дипломная работа студентки**

**Очно-заочной формы обучения  
специальности 34.02.01 Сестринское дело  
4 курса группы 03051580  
Майданович Алевтины Петровны**

Научный руководитель  
преподаватель Яворская О.В.

Рецензент  
Врач анестезиолог-реаниматолог  
ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая  
больница Святителя Иоасафа»  
Ломейко С.И.

**БЕЛГОРОД 2019**

## ОГЛАВЛЕНИЕ

|  |    |
|--|----|
| ВВЕДЕНИЕ.....  | 3  |
| ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ<br>ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ<br>ШОКЕ.....                                   | 8  |
| 1.1. Особенности течения анафилактической реакции.....   | 8  |
| 1.2. Сестринская помощь при анафилактическом шоке как основа<br>профессиональной деятельности медицинской сестры.....                                  | 12 |
| 1.3. Особенности профессиональной деятельности медицинской сестры<br>при анафилактическом шоке .....   | 16 |
| ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ<br>МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ.....   | 23 |
| 2.1. Объект методы и общая характеристика исследования.....  | 23 |
| 2.2. Статистическая обработка данных случаев анафилактического шока в<br>ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя<br>Иоасафа»..... | 26 |
| 2.3. Анализ профессиональной деятельности медицинской сестры при<br>анафилактическом шоке.....   | 28 |
| ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....  | 36 |
| ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....   | 38 |
| СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....   | 39 |
| ПРИЛОЖЕНИЯ.....  | 41 |

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность исследования.** Одной из самых тяжелых аллергических реакций является анафилактический шок. Своевременное оказание доврачебной помощи и правильные действия медсестры могут помочь предотвратить беду. Патологическое состояние, возникающее на фоне повторного контакта человеческого организма с аллергеном, характеризующееся быстротой появления и угрожающее жизни, называется анафилактическим шоком. В результате ненормальной или чрезмерной реакции аллерген-антитело, которая сопровождает анафилаксию, происходит выброс в кровеносное русло биологически активных веществ (таких как серотонин, брадикинин, гистамин). Данные соединения, в большом количестве способны нарушить работу всего организма. Под их действием нарушается нормальная циркуляция крови, возникает спазм или расслабление мышечных волокон, падает давление, возникает избыточная отечность, уменьшается доставка кислорода к тканям и так далее. Кислородное голодание очень опасно, особенно для головного мозга. Анафилактический шок считается крайне опасным состоянием, который требует незамедлительной помощи. Процесс развивается стремительно – от пары секунд до пяти часов. Экстренно оказанная доврачебная помощь при анафилактическом шоке поможет предотвратить летальный исход. Медицинская статистика утверждает, что примерно десять процентов заканчивается смертью больного. В большей степени анафилактический шок повергает молодых людей [7, с. 3].

В большинстве случаев, анафилактический шок развивается на фоне генетической склонности к возникновению аллергической реакции. Иногда шоковая реакция наступает при вторичном введении сульфаниламидов, антибиотиков, или иммунных сывороток. К провоцирующим факторам относятся: переливание крови (заменителей), вакцинация, накожные пробы с участием аллергенов [6, с. 17].

Деятельность медицинской сестры направлена на облегчение состояния пациента, восстановление здоровья и не редко и спасение его жизни. Уход за пациентом является необходимой и важнейшей частью лечения. Тактика медицинской сестры при анафилактическом шоке зависит от тяжести патологического состояния. Прежде всего, нужно остановить развитие аллергического процесса [18, с. 17].

При появлении симптомов анафилактического шока неотложная помощь включает использование препаратов, которые способствуют восстановлению важнейших функций организма – работы сердца, дыхательной функции, артериального давления. Алгоритм действий медицинской сестры при анафилактическом шоке предполагает введение медикаментозного вещества сначала внутривенным, после внутримышечным и лишь потом – пероральным способом. При помощи внутривенного введения лекарства можно получить максимально быстрый положительный результат [16, с. 17-33].

Шок, является одной из наиболее частых причин тяжести состояния и летальности у больных в отделении реанимации и интенсивной терапии.

Анафилактический шок может развиваться у любого человека и действовать в такой ситуации необходимо незамедлительно, ведь тяжелейшее течение анафилактического шока характеризуется молниеносным развитием клинической картины и, если больному не оказать мгновенно неотложную помощь, может наступить внезапная смерть. И, несмотря на прогресс медицины, летальность при шоке остается высокой. И зачастую медицинская сестра один на один сталкивается с началом развития анафилактического шока и от её действий и профессионализма зависит жизнь человека.

С учетом этого был сделан выбор **темы исследования:** «Профессиональная деятельность медицинской сестры при анафилактическом шоке», **проблема** которого может быть сформулирована следующим образом: какова роль профессиональной деятельности медицинской сестры при анафилактическом шоке.

Решение этой проблемы составляет **цель исследования.**

**Объект исследования:** частота случаев анафилактического шока и роль своевременной сестринской помощи пациентам при анафилактическом шоке.

**Предмет исследования:** профессиональная деятельность медицинской сестры при анафилактическом шоке.

**Гипотеза исследования** – роль профессиональной деятельности медицинской сестры при анафилактическом шоке играет существенную роль в спасении жизни человека.

**Задачи исследования:**

1. Изучить и проанализировать обзор литературы по особенностям течения анафилактической реакции.
2. Изучить и обосновать особенности профессиональной деятельности медицинской сестры при анафилактическом шоке
3. Изучить статистические данные частоты случаев анафилактического шока в ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа».
4. Провести анализ профессиональной деятельности медицинской сестры при анафилактическом шоке.
5. Подготовить практические рекомендации и алгоритм оказания помощи при анафилактическом шоке.

**Методы исследования:** изучение медицинской литературы; изучение нормативных и методических документов; нормативно-законодательных актов, законов, постановлений, распоряжений законодательной власти; положений органов управления здравоохранения по городу Белгороду; статистическая обработка данных.

**Организация и этапы исследования:**

На первом, поисково-теоретическом этапе осуществлялось осмысление теоретических аспектов исследования. Особое внимание уделялось формулировке ведущих позиций исследования: уточнению и обоснованию проблемы, объекта и предмета исследования, постановке цели и её конкретизации в задачах исследования. Также изучались теоретические аспекты

профессиональной деятельности медицинской сестры при анафилактическом шоке.

Второй этап – опытно-поисковый. Осуществлялась опытно-поисковая работа, разрабатывались вопросы для интервьюирования медицинских сестер и анкета, которые подверглись логическому контролю, проверялись все вопросы и варианты ответов, а также анкета для врачей в целом для анализа профессиональной деятельности медицинской сестры при анафилактическом шоке.

На третьем, заключительном этапе, продолжалась исследовательская работа, обрабатывались, обобщались и обсуждались результаты исследования. Разрабатывались практические рекомендации и алгоритм оказания помощи при анафилактическом шоке.

**Базой исследования** явилась ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа».

**Достоверность и обоснованность** результатов и выводов исследования обеспечиваются исходными методологическими позициями, выбором комплекса способов и методов с опорой на общепризнанные медицинские идеи; личным участием в опытно-экспериментальной работе. Проведенный количественный и качественный анализ, статистическая значимость экспериментальных данных доказывает объективность и правомерность выводов, стабильный характер выявленных связей и закономерностей.

**Теоретическая значимость** состоит в изучении теоретических аспектов профессиональной деятельности медицинской сестры при анафилактическом шоке; в изучении особенности течения анафилактических реакций; в изучении профессиональной деятельности медицинской сестры при анафилактическом шоке.

**Практическая значимость** исследования заключается в анализе и особенностях течения анафилактической реакции; в обосновании роли сестринской помощи пациентам при анафилактическом шоке. В определении критериев оценки и результатов исследований, направленных на

совершенствование сестринской помощи при анафилактическом шоке и в обосновании роли профессиональной деятельности медицинской сестры при анафилактическом шоке.

**Структура работы:** выпускная квалификационная работа выполнена на 46 страницах текста и состоит из введения, обзора литературы, двух глав статистических данных, заключения, практических рекомендаций, списка используемых источников литературы и приложений. Работа содержит 13 рисунков. Библиографический список использованных источников и литературы содержит 21 источник.

# ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ

## 1.1. Особенности течения анафилактической реакции

Анафилактический шок является тяжелой реакцией организма, которая стремительно развивается при взаимодействии с аллергическим веществом. Это крайне опасное состояние, которое в 10% случаев имеет смертельный исход. Именно поэтому каждый человек обязан знать, что делать при анафилактическом шоке. Анафилактический шок может развиваться у любого человека и действовать в такой ситуации необходимо незамедлительно для всей команды медиков [11, с. 127].

Анафилактический шок (код по МКБ 10 – Т78.2) может развиваться под влиянием самых разнообразных факторов. Наиболее частые причины анафилактического шока следующие: медикаментозные средства – антибиотики, ферменты, гормоны, сыворотки, кровезаменители, миорелаксанты, контрастные вещества, вакцины, нестероидные противовоспалительные препараты, латекс; животные – паразитирование гельминтов, укусы насекомых, шерсть и перо домашних животных; растения – полынь, роза, гвоздика, амброзия, хмель, орхидея, одуванчик, лиственница, сосна, тополь, береза, ясень, пихта, подсолнечник, липа, шалфей; продукты питания – цитрусовые, сухофрукты, молочная продукция, ягоды, яйца, мясо курицы, говядина, злаковые культуры (кукуруза, пшеница, рожь), овощи красного и оранжевого цвета, шоколад, орехи, спиртные напитки, консерванты, ароматизаторы, красители, усилители вкуса [1, с. 8].

Для того чтобы своевременно оказать неотложную помощь при анафилактическом шоке (алгоритм действий будет описан ниже), важно знать



как проявляется данное состояние. Течение патологического процесса может быть:

1. Молниеносным – сердечная и легочная недостаточность развивается крайне быстро, лечение анафилактического шока не дает желаемого результата. Летальный исход наступает в 90% случаев.

2. Затяжным – подобная реакция может возникнуть на лекарства длительного действия (к примеру, бициллин), поэтому после использования препаратов данной группы за больным необходимо наблюдать на протяжении нескольких суток, для того, чтобы иметь возможность оказать неотложную помощь при анафилактическом шоке.

3.Abortивным – более легкий вариант течения данного состояния, в такой ситуации жизни и здоровью пострадавшего ничто не угрожает. Оказание помощи при анафилактическом шоке в подобном случае всегда дает положительный результат, тяжелые осложнения не возникают.

4. Рецидивирующим – эпизоды анафилаксии повторяются периодически в связи с тем, что аллергическое вещество продолжает воздействовать на организм даже без ведома самого пациента [4, с. 66].

В зависимости от этиологического фактора различают:

- медикаментозный,
- сывороточный,
- вакцинационный,
- пищевой,
- анафилактический шок от укусов насекомых,
- от кожных диагностических проб,
- от специфической гипосенсибилизации.

Наиболее частой причиной анафилаксии являются медикаментозные средства, прежде всего:

- пенициллин,
- стрептомицин,
- новокаин,

- витамин В1,
- ацетилсалициловая кислота,
- АКТГ,
- сульфаниламидные препараты,
- а также вакцины, сыворотки,
- экстракты растительной пыльцы.

Анафилактический шок может развиваться при применении очень малых доз препаратов, например 10 ЕД пенициллина, при использовании шприцев и игл, которые стерилизовались одновременно со шприцами, которые ранее применялись для инъекций пенициллина, а также после проведения кожной пробы на чувствительность организма к пенициллину [2, с. 4].

Развиваются симптомы анафилактического шока постепенно (Приложение 1). В своем развитии патологическое состояние проходит 3 этапа:

Период предвестников – данному состоянию сопутствует головная боль, тошнота, головокружение, выраженная слабость, может появиться кожная сыпь. У больного происходит ухудшение слуха и зрения, немеют руки и лицевая область, он испытывает чувство тревоги, ощущает дискомфорт и дефицит воздуха.

Период разгара – пострадавший теряет сознание, АД понижается, кожные покровы бледнеют, дыхание становится шумным, появляется холодный пот, зуд кожи, наблюдается прекращение выделения мочи или, наоборот, недержание, отмечается посинение губ и конечностей.

Выход из шокового состояния – длительность такого периода может составлять несколько дней, пациенты ощущают головокружение, слабость, полностью отсутствует аппетит [3, с. 38].

Степени тяжести нарушения:

1. легкая. Период предвестников длится до 15 минут. В такой ситуации пострадавший имеет возможность сообщить о своем состоянии окружающим. Признаки анафилактического шока в подобной ситуации следующие: боль в груди, головная боль, слабость, нарушение зрения, дефицит воздуха, звон в

ушах, болезненные ощущения в животе, онемение рта, рук; бледность кожи; бронхоспазм; рвота, диарея, непроизвольное мочеиспускание или акт дефекации; кратковременный обморок; снижение давления до 90/60 мм рт. ст, пульс слабо прощупывается, тахикардия. Медицинская помощь при анафилактическом шоке в такой ситуации дает хороший результат.

2. средняя. Продолжительность периода предвестников составляет не более 5 минут. Симптомы легкой степени тяжести дополняются клоническими или тоническими судорогами. Пострадавший может быть без сознания около 20 минут. Давление опускается до 60/40 мм рт. ст., происходит развитие тахикардии или брадикардии. Редко возможно возникновение внутренних кровотечений. В данном случае эффект от терапии анафилактического шока, замедленный, необходимо длительное наблюдение.

3. тяжелая. Шоковое состояние развивается крайне быстро, за считанные секунды человек теряет сознание. Наблюдаются такие признаки, как бледность, посинение кожи, интенсивное выделение пота, расширенные зрачки, пена из ротовой полости, судороги, свистящее дыхание, давление трудно определимо, пульс практически не прослушивается. Действия при анафилактическом шоке в подобной ситуации должны быть быстрыми и точными. При отсутствии адекватной помощи велика вероятность смертельного исхода [4, с. 139].

Доврачебную помощь при анафилактическом шоке должны оказывать люди, которые находятся рядом с больным во время развития опасного состояния. Прежде всего, нужно вызвать «неотложку», при анафилактическом шоке действовать следует быстро и, самое главное – постараться не паниковать. Первая помощь при анафилактическом шоке (алгоритм действий): помочь пострадавшему принять горизонтальное положение, ноги его должны быть обязательно в приподнятом состоянии, для этого нужно подложить под них свернутое валиком одеяло; для предотвращения проникновения рвотных масс в дыхательные пути голову больного нужно повернуть на бок, изо рта изъять, если имеются, зубные протезы; обеспечить доступ свежего воздуха, для этого нужно открыть окно или дверь; исключить воздействие аллергического

вещества – область укуса пчелы или укола обработать любым антисептиком, для охлаждения раны приложить лед, выше раны наложить жгут; на запястье прощупать пульс, если его нет – на сонной артерии. В том случае, если пульс полностью отсутствует, приступать к выполнению непрямого массажа сердца – сомкнутые в замок руки положить на область грудной клетки и выполнять ритмичные толчки; если дыхание у пострадавшего отсутствует, выполнять искусственное дыхание, с применением чистого платка или куска ткани. Процедура сердечно-легочной реанимации – крайне важный этап оказания первой помощи при анафилактическом шоке, правильного выполнения таких действий можно посмотреть на сайтах медицинской тематики. Медицинские манипуляции и частоту их выполнения четко регламентирует Приказ Минздравсоцразвития РФ «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с анафилактическим шоком неуточненным» (приказ №626). При анафилактическом шоке одинаково важны и первая доврачебная помощь и дальнейшие действия медицинского персонала [21, с. 53].

## **1.2. Сестринская помощь при анафилактическом шоке как основа профессиональной деятельности медицинской сестры**

Деятельность медицинской сестры направлена на облегчение состояния пациента, восстановление здоровья, а не редко и спасение его жизни. Уход за пациентом является необходимой и важнейшей частью лечения. Тактика медицинской сестры при анафилактическом шоке зависит от тяжести патологического состояния. Прежде всего, нужно остановить развитие аллергического процесса [18, с. 17].

Алгоритм действий при анафилактическом шоке подразумевает использование лекарственных препаратов, а также четкую последовательность их введения. В критических ситуациях вследствие несвоевременного или неадекватного применения медикаментов состояние больного может только

ухудшиться. При появлении симптомов анафилактического шока неотложная помощь включает использование препаратов, которые способствуют восстановлению важнейших функций организма – работы сердца, дыхательной функции, артериального давления. Алгоритм действий медсестры при анафилактическом шоке предполагает введение медикаментозного вещества сначала внутривенным, после внутримышечным и лишь потом – пероральным способом. При помощи внутривенного введения лекарства можно получить максимально быстрый положительный результат [16, с. 17-33].

При оказании первой помощи при анафилактическом шоке медсестра применяет такие лекарственные вещества, как: адреналин – при анафилактическом шоке данное средство вводится обязательно. Для достижения быстрого результата рекомендуется внутримышечным способом вводить малые дозы этого вещества в различные участки тела. Препарат обладает сосудосуживающим действием и предупреждает последующее ухудшение дыхания и работы сердца. После применения данного средства приходит в норму артериальное давление. эуфиллин – алгоритм оказания неотложной помощи при анафилактическом шоке предполагает использование и данного препарата. Средство способствует устранению спазма гладкой мускулатуры бронхиального дерева. В результате нормализации дыхания несколько улучшается и общее самочувствие больного. При анафилактическом шоке вводят преднизолон, дексаметазон. Под действием таких препаратов снижается отек тканей и содержание легочного секрета, уменьшаются симптомы кислородного голодания. Помимо этого, гормоны угнетающе воздействуют на иммунные реакции, и на аллергические – в том числе. С целью активизации собственного противоаллергического эффекта применяют антигистаминные препараты (например, Супрастин), мочегонные средства – действия медсестры при анафилактическом шоке направлены должны быть и на предупреждение отека мозга и легких, с этой целью используют препараты, обладающие мочегонным эффектом (Торасемид, Фуросемид) [17, с. 386].

Нередко возникает анафилактический шок у детей. Более предрасположены к развитию подобной реакции дети-аллергики. Немаловажную роль играет и наследственный фактор. Первая помощь при анафилактическом шоке у детей предполагает проведение тех же медицинских мероприятий, что и в отношении взрослых. Для предупреждения смертельного исхода действовать необходимо быстро и последовательно. Категорически нельзя оставлять ребенка одного, следует вести себя спокойно и не вселять в него панику [19, с. 68].

После выполнения экстренных мероприятий пострадавшего нужно незамедлительно доставить в больницу и продолжить лечение. Неотложная помощь при анафилактическом шоке в клинике включает: проведение интенсивной терапии с использованием кристаллоидных и коллоидных растворов; применение специальных препаратов для стабилизации сердечной функции и дыхания; проведение дезинтоксикационных мероприятий и восполнение требуемого объема крови в организме, с этой целью вводится изотонический раствор; курс лечения противоаллергическими таблетированными средствами (фексофенадин, дезлоратадин).

После перенесенного анафилактического шока в клинике необходимо находиться не менее 14-20 дней, потому как не исключено возникновение опасных осложнений. Обязательно проводят исследование общего анализа крови, мочи и ЭКГ [15, с. 139].

Как и после любого другого патологического процесса, после анафилактического шока возможны осложнения. После того, как нормализуется работа сердца и дыхания, у пострадавшего могут сохраняться некоторые характерные симптомы [5, с. 241].

Последствия анафилактического шока проявляются: заторможенностью, слабостью, мышечными и суставными болями, повышением температурных показателей, отдышкой, болезненными ощущениями в области живота, тошнотой, рвотными позывами; продолжительной гипотензией (пониженное АД); для купирования применяются вазопрессоры; болью в сердце по причине

ишемии; для терапии используются нитраты, антигипоксанты, кардиотрофики; головной болью, снижением умственных способностей по причине длительной гипоксии – требуется применение ноотропных средств и вазоактивных препаратов; при возникновении инфильтратов в месте инъекции используются гормональные мази, а также гели или мази, оказывающие рассасывающее действие. В некоторых случаях могут развиваться и поздние последствия: неврит, гепатит, поражение ЦНС, гломерулонефрит – такие патологии приводят к смертельному исходу; крапивница, отек Квинке, бронхиальная астма – подобные нарушения могут развиваться через 10-12 дней после шокового состояния; системная красная волчанка и узелковый периартериит могут стать следствием повторного взаимодействия с аллергическим веществом [1, с. 300].

Состав аптечки для оказания помощи Согласно Санитарным Правилам и Нормам (Санпин), в состав аптечки при анафилактическом шоке должны входить такие медикаменты: адреналина гидрохлорид 0,1% в ампулах (10 шт.); преднизолон в ампулах (10 шт.); димедрол 1% в ампулах (10 шт.); эуфиллин 2,4% в ампулах (10 шт.); натрия хлорид 0,9% (2 емкости по 400 мл); реополиглюкин (2 емкости по 400 мл); спирт медицинский 70%. Также укладка для оказания помощи при анафилактическом шоке должна содержать расходные материалы: 2 системы для внутренних инфузий; шприцы стерильные по 5, 10, 20 мл – каждого по 5 штук; 2 пары перчаток; медицинский жгут; спиртовые салфетки; 1 упаковка стерильной ваты; венозный катетер. Состав укладки при анафилактическом шоке не предусматривает наличия (и дальнейшее применение) лекарства Диазепам (медикамент, угнетающе влияет на нервную систему) и кислородной маски [17, с. 704].

Вышеуказанные препараты следует использовать незамедлительно в случае развития анафилактического шока. Аптечка, укомплектованная необходимыми медикаментами, должна быть во всех учреждениях, а также дома, если имеется отягощенная наследственность по анафилаксии или предрасположенность к возникновению аллергических реакций. Вас мучает

чихание, кашель, зуд, высыпания и покраснения кожи, а может проявления аллергии у Вас еще более серьезные. А изоляция аллергена неприятная или вовсе невозможна. К тому же, аллергия приводит к таким заболеваниям как астма, крапивница, дерматит [8, с. 24].

### **1.3. Особенности профессиональной деятельности медицинской сестры при анафилактическом шоке**

Тактика медицинской сестры во время оказания помощи пострадавшему заключается в следующем: доврачебная помощь оказывается немедленно; помещение проветривается, воздействие аллергена устраняется; помощь при анафилактическом шоке заключается в прекращении введения лекарственного средства; на место укуса насекомого или инъекции накладывается жгут; рана тщательно обрабатывается [12, с. 33].

Укладка пострадавшего предполагает помещение его в горизонтальном положении. Доврачебная помощь заключается в том, чтобы на фоне пониженного давления больного приподнять его ноги, повернуть голову вбок, удалить (если имеются) зубные протезы. Также первая помощь предполагает постоянное слежение за дыханием и давлением пострадавшего. Независимое сестринское вмешательство заключается в том, чтобы вынудить больного принять фенкарол, супрастин, тавегил или любой другой антигистаминный препарат. После того, как доктор оказался на месте, процесс оказания помощи приобретает теоретический характер. Медицинская сестра должна доложить относительно симптомов патологического процесса, анамнезе, а также о том, когда началась реакция. Сестринское вмешательство при анафилактическом шоке предполагает тщательную подготовку необходимого врачу инвентаря. Процесс включает в себя подготовку: шприцов и игл (п/к и в/м), необходимых для инъекций; жгута; системы для вливания (внутривенного); мешка Амбу; набора для интубации трахеи; аппарата ИВЛ. Процесс помощи врачу



заключается в подготовке таких препаратов, как: Преднизолон (2%); Адреналин, раствор (0,1%); Супрастин, раствор (2%); Мезатон, раствор (1%); Строфантин, раствор (0,05%); Эуфиллин, физ.раствор (2,4%). Оценка Сестра обязана оценить такие показатели, как: Стабилизация сердечного ритма и артериального давления. Возвращение сознания. В состав аптечки медицинской сестры в 2019 году входят следующие лекарственные препараты и материалы: Супрастин, Тавегил, или любой другой антигистаминный препарат, призванный купировать реакцию на гистамин. Также в состав входит Преднизолон, способствующий снижению шоковой реакции. Основные действия сестры заключаются во введении Адреналина. Также неотложная помощь предполагает введение Эуфиллина – препарата, улучшающего кровоснабжение мелких сосудов. Процесс оказания помощи заключается в дезинфекции «проблемного» участка. Неотложная помощь предполагает использование жгута, который необходим для того чтобы ограничить зону действия возбудителя. Катетер венозный, необходимый для обеспечения контакта с веной. Это стандартный состав аптечки, найти который можно в любом процедурном кабинете. Важно помнить, что своевременно оказанная первая помощь может спасти жизнь пациента. Для того, чтобы избежать риск возникновения шоковой реакции, следует вовремя сообщить сестре о наличии тех или иных аллергенов [11, с. 248].

Поскольку анафилактический шок возникает в большинстве случаев при парентеральном введении лекарственных препаратов, первую помощь пациентам надают медсестры манипуляционного кабинета. Действия медсестры при анафилактическом шоке делятся на самостоятельные и действия в присутствии врача. Сначала нужно немедленно прекратить введение препарата. Если шок наступил во время внутривенной инъекции, игла должна оставаться в вене для обеспечения адекватного доступа. Шприц или систему следует заменить. Новая система с физиологическим раствором должна быть в каждом манипуляционном кабинете. В случае прогрессирования шока, медсестра должна проводить сердечно-легочную реанимацию в

соответствии с действующим протоколом. Важно не забывать о собственной безопасности – применить средства индивидуальной защиты, например, одноразовый прибор для искусственного дыхания [18, с. 22].

Если шок развился в ответ на укус насекомого, нужно принять меры, чтобы яд не распространялся по организму потерпевшего надо удалить жало, не сжимая его и не пользуясь пинцетом; – на место укуса приложить пузырь со льдом или холодный компресс; – выше места укуса наложить жгут, но не более чем на 25 минут. Положение пациента при шоке Пациент должен лежать на спине с повернутой головой набок. Чтобы облегчить дыхание, освобождают грудную клетку от сжимающей одежды, открыть окно для притока свежего воздуха. При необходимости следует проводить оксигенотерапию, если есть возможность. Действия медсестры для стабилизации состояния пострадавшего  
Нужно продолжить извлечение аллергена из организма в зависимости от способа его проникновения: обколоть место инъекции или укуса 0,01% раствором адреналина, промыть желудок, поставить очистную клизму, если аллерген находится в ЖКТ. Для оценки риска для здоровья пациента, нужно проводить исследования: – проверить состояние показателей АВС; – оценить уровень сознания (возбудимость, тревожность, торможение, потеря сознания); – обследовать кожу, обратить внимание на её цвет, наличие и характер сыпи; – установить тип одышки; – подсчитать количество дыхательных движений; – определить характер пульса; – измерить артериальное давление; – при возможности – сделать ЭКГ [19, с. 68].

Медицинская сестра налаживает постоянный венозный доступ и начинает вводить препараты по назначению врача: – внутривенно капельно 0,1% раствор адреналина 0,5 мл в 100 мл физиологического раствора; – в систему ввести 4-8 мг дексаметазона (120 мг преднизолона); – после стабилизации гемодинамики – использовать антигистаминные препараты: супрастин 2% 2-4 мл, димедрол 1% 5 мл; – инфузионная терапия: реополиглюкин 400 мл, натрия гидрокарбонат 4%-200 мл. При дыхательной недостаточности нужно подготовить набор для интубации и ассистировать врачу во время проведения процедуры.

Продезинфицировать инструменты, заполнить медицинскую документацию. После стабилизации состояния пациента, нужно транспортировать его в отделение аллергологии. Наблюдать за основными жизненными показателями до полного излечения. Научить правилам профилактики угрожающих состояний [20, с. 46].

Анафилактический шок – это сильная аллергическая реакция организма, которая за несколько секунд способна привести к смерти. Очень важно знать признаки анафилаксии, чтобы вовремя оказать первую помощь. Но не всегда получается, спасти пострадавшего. Анафилактический шок – самый опасный вид аллергии организма на раздражитель. Очень важно своевременно оказать пострадавшему помощь, чтобы избежать летального исхода. Поэтому Министерство Здравоохранения издало приказ о необходимых медикаментах, которые должны находиться в аптечке и о поэтапном порядке действий. Знания медсестры будут очень полезны при столкновении с анафилаксией. Анафилактический шок может привести к смерти. Согласно приказу, аптечка должна состоять из следующих препаратов, которые устраняют признаки анафилактического шока: Глюкокортикостероиды или Преднизолон. Сильное средство против шокового состояния. Он устраняет отеки, аллергические симптомы. И все благодаря ускоренному действию. Он выпускается в ампулах и вводится пострадавшему в вену. В приказе говорится, что в аптечке Преднизолон должен находиться в количестве 10 штук. Антигистаминный препарат. Он блокирует гистамин, который является причиной появления сильной аллергической реакции. Он также выпускается в ампулах и вводится либо в вену, либо внутримышечно. Например, Тавегил и Супрастин. Иногда данные медикаменты не помогают. Тогда берут следующий препарат – Димедрол. Адреналин 0,1%. Необходим для восстановления сердечной работы. В аптечке его, как и глюкокортикостероида, должно находиться в количестве 10 ампул. Один укол способен сузить расширенные сосуды и привести в норму работу сердечных мышц. Бронхолитик или Эуфиллин. Данное лекарство расширяет капилляры и бронхи. Он обогащает кровь кислородом. Кроме

лекарственных препаратов в аптечке должны присутствовать инструменты для их использования: шприцы, бинты, вата, этиловый спирт, катетер, жгут, лейкопластырь и физ. раствор. Симптомы анафилактического шока и неотложная помощь Анафилактический шок – острая аллергическая реакция организма, которая требует экстренного медицинского вмешательства. Очень важно быстро его распознать, чтобы была оказана первая неотложная помощь. Признаки анафилаксии – это: резкая боль в месте; куда был введен аллерген, это может быть место укуса или инъекции; большой оттек; сильный зуд; падение давления; тошнота; бледность или синюшность кожных покровов; падение слуха и зрения; галлюцинации и бред; учащенный пульс и дыхание; нехватка воздуха; потеря сознания, судороги.

До приезда скорой помощи важно держать пострадавшего в сознании. Существует определенный алгоритм действий оказания помощи. В первую очередь необходимо ограничить контакт с тем, что вызвало анафилаксию. Если аллерген был употреблен во внутрь, нужно прополоскать рот. Если это укус или укол, необходимо обработать место спиртом, приложить холод и сделать тугую повязку. Далее пострадавшего нужно уложить, приподняв слегка ноги. Необходим доступ кислорода. Для этого необходимо открыть окна и снять верхнюю одежду для улучшения дыхания. Дать любой имеющийся противоаллергический препарат, например, Супрастин. Если вдруг произошла остановка сердечной работы, нужно делать непрямой массаж сердца. Для этого необходимо скрестить ладони и расположить их в центре грудной клетки. Чередовать между пятнадцатью нажатиями и двумя вдохами в рот больному. Такая доврачебная помощь оказывается до приезда медиков. Или пока пострадавший не начнет самостоятельно дышать. В чем заключается врачебная помощь при анафилактическом шоке? Анафилактический шок угрожает человеческой жизни. Он характеризуется нарушением работы органов и систем, а также движением крови по сосудам. Анафилаксия может возникнуть по ряду причин (Приложение 2). В основном это: Укусы насекомых; Еда; Лекарственные препараты. Данная реакция может быть нескольких видов.

Классический шок – он имеет следующие приметы: кожная зудящая сыпь, как при крапивнице; тяжесть во всем теле, боль и ломота; отдышка и понижение давления; проблемы с сердечной и сосудистой системой; галлюцинации; бред; потеря сознания и пульса. Гемодинамический шок – главный признак – это нарушения в кровеносной системе. Асфиксический шок – при данном виде поражается дыхательная система. Абдоминальный шок – он имеет такую примету, как поражение желудочно-кишечного тракта. Церебральный шок – название говорит само за себя – при данном виде происходит поражение нервной системы. Лечение анафилаксии длится около трех недель [10, с. 143].

Анафилактический шок отличается от обычной аллергии. Эти отличия заключаются в следующих моментах: степень тяжести, длительность реакции. Он проходит три стадии: иммунологическую, иммунохимическую и патофизиологическую. При анафилаксии требуется экстренная медицинская помощь или неотложка. Пострадавшего сразу же забирают в реанимационное отделение, в котором происходит медикаментозное лечение. Устранив аллерген, пострадавшему дают следующие лекарства: Эпинефрин, по-другому адреналин. Вводится при нарушении кровообращения, дыхательной и нервной системы. Дексаметазон или глюкокортикоиды. Препарат нейтрализует выброс гистамина. Реполиглобин и Полиглобин. Данные вещества необходимы для крови. Они ее дезинфицируют и восполняют объем. Метапротерол и Аминофиллин. Вводятся при нарушении дыхания. Допамин. Препарат вводится для поддержания важных функций организма. После приема медикаментов необходимо лабораторное исследование. А именно результаты крови и ЭКГ. Если случай тяжелый, понадобится помощь аппарата искусственного дыхания. Лечение анафилаксии длится около трех недель. После перенесенного шока пациенту необходимо всегда при себе иметь аптечку, в состав которой входят препараты для ПМП. Алгоритм оказания первой неотложной помощи при анафилактическом шоке. При анафилактическом шоке возникают опасные признаки – предвестники. Это: различные высыпания на коже, которые могут зудеть; отек Квинке; жар; перепады в настроении; покраснение слизистых

оболочек; боли; снижение давления; учащенный пульс; потеря сознания; судороги и бледность кожи; холодный пот [10, с. 142].

Первая помощь при анафилактическом шоке. Если при наличии данных признаков, пострадавшему не оказать помощь, он умрет. До приезда врачей необходимо оказать первую медицинскую помощь. Существует определенная тактика по устранению аллергических реакций. Прекратить поступление аллергена. Вколоть адреналин. При отеке приложить холод и наложить жгут. Адреналин является сосудосуживающим препаратом. Он необходим при дыхательной недостаточности и коллапсе. Противошоковое мероприятие. Заключается в ведение «эуфиллина». Лекарство восстанавливает работу дыхательной системы и снимает спазмы. Обычно после приема препарата состояние пострадавшего улучшается [12, с. 33].

Противоаллергическое лечение. При нем вводятся гормоны – глюкокортикостероиды. В алгоритме ПМП при анафилактическом шоке, данная процедура обязательна. Доврачебная помощь при анафилактическом шоке. Первая помощь при анафилактическом шоке всегда должна быть оказана быстро, качественно с четкими и последовательными этапами, не зависимо оттого, где произошло несчастье: дома, на улице или в транспорте. Алгоритм: Самое первое действие – это вызов скорой помощи. Пострадавшему в обязательном порядке нужна клиника. Далее при острых реакциях необходимо устранить аллерген. Наложить жгут. Приложить холод. Пострадавшему нужна укладка следующим образом: голова должна находиться ниже ног. Необходим доступ свежего воздуха. Тесную одежду нужно расстегнуть для улучшения дыхания. Если пострадавший в сознание, ему необходимо ввести следующие препараты: Преднизолон и Супрастин.

## **ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ**

### **2.1. Объект методы и общая характеристика исследования**

Сегодня областная клиническая больница Святителя Иоасафа стабильно занимает позицию лидера среди медицинских учреждений области, участвующих в оказании высококвалифицированной, высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи. В больнице создана и постоянно совершенствуется база для оказания населению Белгородской области, а также жителям других регионов, высокотехнологичной медицинской помощи.

Наличие высококвалифицированных специалистов, современной медицинской аппаратуры и оборудования способствует динамичному развитию лечебно-диагностического процесса и позволяет оказать высокотехнологичную медицинскую помощь по многим профилям.

Отделение анестезиологии-реанимации №1 функционирует с 2004 года. Согласно Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «Анестезиология и реаниматология», утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 года №919н, отделение анестезиологии-реанимации №1 является структурным подразделением ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа», оказывающим медицинскую помощь по профилю «анестезиология и реаниматология», и предназначено для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, лечебно-диагностической помощи больным по восстановлению и поддержанию нарушенных функций жизненно важных органов, возникших вследствие заболевания, травмы, операционного вмешательства и других причин с заболеваниями как в случае плановой, так и экстренной госпитализации.

Основными задачами отделения анестезиологии-реанимации являются:

- проведение комплекса противошоковых мероприятий;
- поддержание и (или) искусственное замещение обратимо нарушенных функций жизненно важных органов и систем;
- проведение лечебных и диагностических мероприятий пациентам во время реанимации и интенсивной терапии;
- проведение комплекса лечебных и диагностических мероприятий по восстановлению и поддержанию нарушенных жизненно-важных функций организма, возникших вследствие анестезии, оперативного вмешательства, во время реанимации и интенсивной терапии или других причин;
- лабораторный и функциональный мониторинг за адекватностью интенсивной терапии;
- осуществление наблюдения за состоянием пациента после окончания анестезии до восстановления и стабилизации жизненно-важных систем организма;
- профилактика и лечение боли и болезненных ощущений у пациентов, в соответствии с соматическим статусом пациента, характером и объемом вмешательства и его неотложностью;
- оказание помощи в проведении реанимации пациентам и консультирование врачей в других подразделениях медицинской организации.

Отделение развернуто на 20 коек, 18 из них предназначены для проведения интенсивной терапии и реанимационных пособий в 6-ти боксированных палатах с индивидуальными санузлами, ламинарными потоками стерильного воздуха, потолочными консолями, на которые выведены присоединительные розетки лечебных газов, централизованного вакуума и электроэнергии. Все места укомплектованы необходимым оборудованием, аппаратурой, инструментарием и медикаментами. Кроме того в отделении развернута противошоковая палата на 2-е койки, оснащенная всем современным оборудованием, расходным материалом, лекарственными средствами, высокоспециализированной ургентной реанимационной помощи.



В отделении осуществляется круглосуточное дежурство 4 врачей анестезиологов-реаниматологов и 9 медсестер-анестезистов. Коллектив отделения: 95 человек. Из них врачей анестезиологов-реаниматологов – 22, медсестер-анестезистов – 60, младший медперсонал – 11 чел. Врачебный персонал регулярно проходит стажировку на центральных клинических базах Российской Федерации с получением сертификационных документов.

В отделении проводится корригирующая терапия нарушений водного и электролитного баланса, терапия, направленная на стабилизацию нарушений функций сердечно-сосудистой системы, функций дыхания. При поступлении больного с клиникой экзогенного отравления или эндогенной интоксикации в комплексе лечения применяются корпоральные и экстракорпоральные методы детоксикации.

Наличие аппаратов ИВЛ высокого и экспертного класса позволяет проводить вспомогательную вентиляцию легких в различных режимах, с применением всех современных методик, что значительно снизило частоту осложнений ИВЛ. Возможность определения параметров легочной биомеханики, предусмотренных в этих моделях, делает эти аппараты незаменимыми для длительной ИВЛ, минимизирует отрицательное влияние ИВЛ на легкие, максимально адаптирует их для потребностей самых тяжелых пациентов. Прикроватные мониторы в комбинации с центральной станцией в режиме реального времени осуществляют динамический контроль за жизненно-важными параметрами состояния больных с возможностью ретроспективного анализа клинических ситуаций.

Таким образом, любые значимые изменения в кратчайший период подвергаются анализу и последующей коррекции.

Отделение полностью оснащено современными инфузионными системами: шприцевыми и инфузионными насосами, что соответствует мировым стандартам по инфузионной терапии и строго дозированному введению различных лекарств. Использование многофункциональных кроватей позволяет широко использовать позиционную терапию в лечении больных.

С декабря 2012 года применяется инвазивное определение парциального давления кислорода и температуры ткани головного мозга, а также определение внутричерепного давления с помощью тонких фиброоптических датчиков, имплантируемых с помощью устройства фиксации типа «Volt». В 2012 году разработаны, внедрены и совершенствуются программы ранней сочетанной поддержки реанимационных пациентов. В течение года высококвалифицированную медицинскую помощь в отделении анестезиологии-реанимации получают в среднем около 2500 пациентов.

## **2.2. Статистическая обработка данных случаев анафилактического шока в ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа»**

Анафилактический шок – это аллергическая реакция организма, которая за несколько секунд способна привести к смерти. Очень важно знать признаки анафилаксии, чтобы вовремя оказать первую помощь. Но не всегда, получается, спасти пострадавшего. Анафилактический шок – самый опасный вид аллергии организма на раздражитель. Очень важно своевременно оказать пострадавшему помощь, чтобы избежать летального исхода. Анафилактический шок отличается от обычной аллергии. При анафилаксии требуется экстренная медицинская помощь или неотложка. Пострадавшего экстренно переводят в реанимационное отделение, в котором происходит медикаментозное лечение и выяснение причин шока. По данным, полученным при анализе работы ОГБУЗ «БОКБ им. Святителя Иоасафа», частота шока на догоспитальном этапе составляет 1,8 на 1000 случаев.

Наиболее частой причиной развития анафилактического шока является введение лекарственных препаратов – 55%, 18% занимают укусы насекомых, далее следуют пищевые продукты – 12%, 10% приходится на неустановленные причины развития анафилактического шока, 5% составляют другие причины. (Рис. 1).

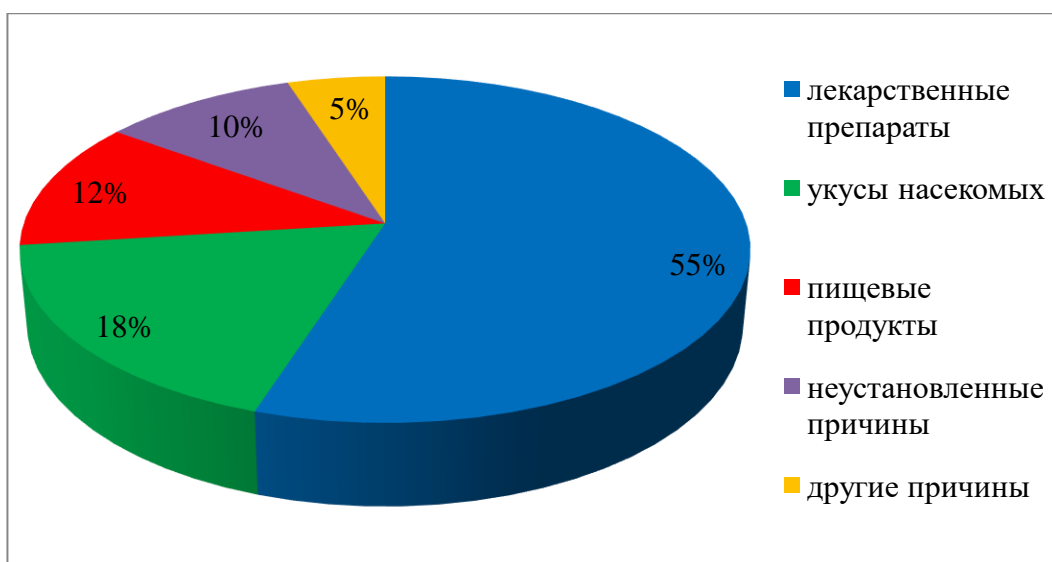


Рис. 1. Распределение случаев развития анафилактического шока

Учитывая то, что больному в случае возникновения шока, необходима срочная медицинская помощь, времени на диагностику не остается и приходится действовать на основе анамнеза и жалоб пациента или сопровождающих его людей. Лечение должно быть оказано без промедления, ведь каждая секунда в таких случаях на счету. Летальный исход наступает очень быстро из-за коллапса, отека легких или мозга.

Нами был проведен сравнительный анализ по количеству случаев развития анафилактического шока за 2017 и 2018 год (Рис. 2.).

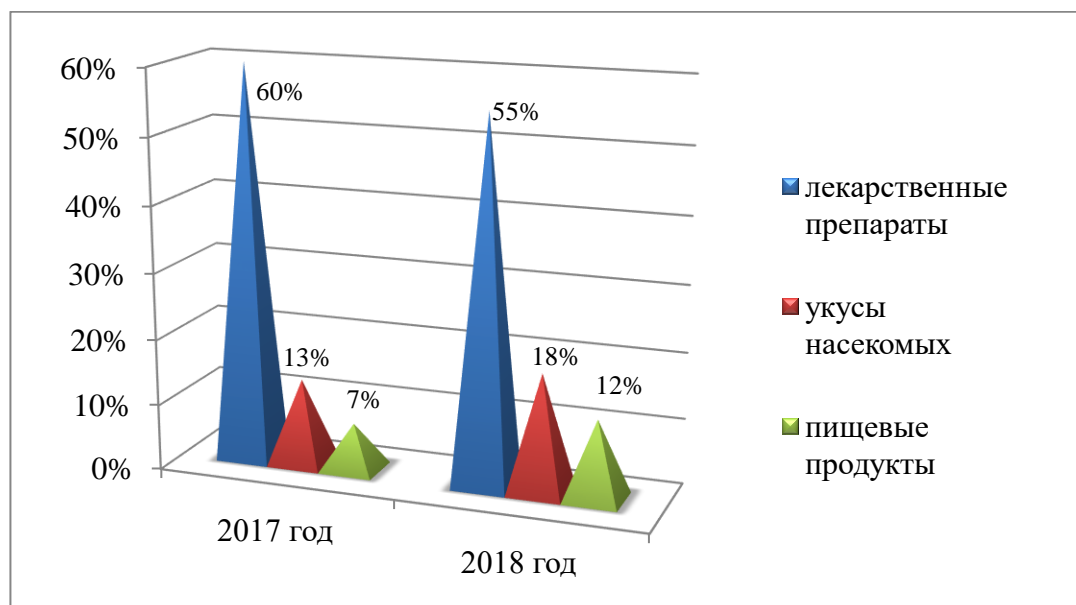


Рис. 2. Сравнительный анализ поступивших пациентов в состоянии анафилактического шока по годам

Проведя анализ данных за 2017 и 2018 год поступивших в состоянии анафилактического шока можно сказать следующее: к 2018 году снизилось количество поступивших в состоянии анафилактического шока в результате введения лекарственных препаратов 60% и 55% соответственно, а после укусов насекомых (13% и 18%) и употребления различных пищевых продуктов (7% и 12%) увеличилось.

### **2.3. Анализ профессиональной деятельности медицинской сестры при анафилактическом шоке**

Самую многочисленную группу персонала в ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа» составляют медицинские сестры. Так, в больнице трудится около 1500 медицинских сестер. Медицинские сестры больницы имеют достаточный практический опыт и профессиональные навыки, необходимые для проведения лечебно-диагностического процесса, именно им отводится огромная роль в нелегкой профессиональной деятельности медицинской сестры.

Для решения задач и цели исследования, а также для подтверждения выдвинутой гипотезы нами проведен анализ профессиональной деятельности медицинской сестры при анафилактическом шоке. Нами была разработана анкета для врачей отделения, которая подверглась логическому контролю, проверялись все вопросы и варианты ответов, а также анкеты в целом для анализа профессиональной деятельности медицинской сестры при анафилактическом шоке и проведено интервьюирование медицинских сестёр. В любой ситуации, когда разворачивается анафилактический шок, это прямое показание перевода пациента в отделение реанимации.

Проанализировав полученные данные, мы выяснили, что в отделении анестезиологии и реанимации областной больницы трудятся 60 медицинских

сестер различного возраста (Рис. 3), 9 из которых находятся в отпуске по уходу за ребенком до 3-х лет (декретный отпуск).

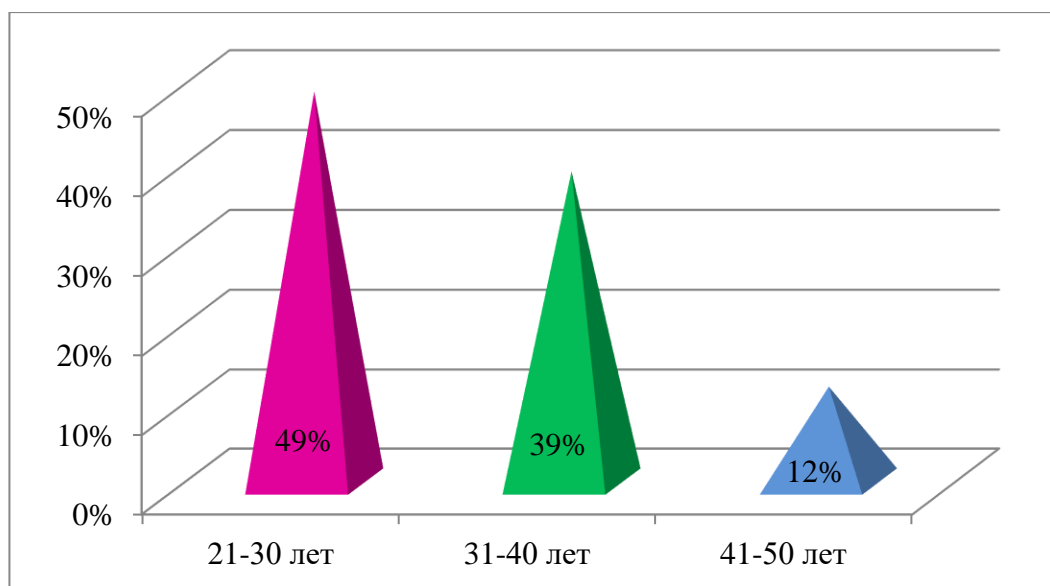


Рис. 3. Возраст медицинских сестер

Проанализировав полученные данные, мы распределили медицинских сестер по возрасту и так, диапазон 21-30 лет самый многочисленный и составил 49% респондентов, диапазон 31-40 лет оставил 39%, а от 41-50 лет 12%, после чего можно сделать вывод, что коллектив медицинских сестер в отделении очень молодой.

Мы распределили медицинских сестер отделения анестезиологии и реанимации по наличию квалификационных категорий (Рис. 4).

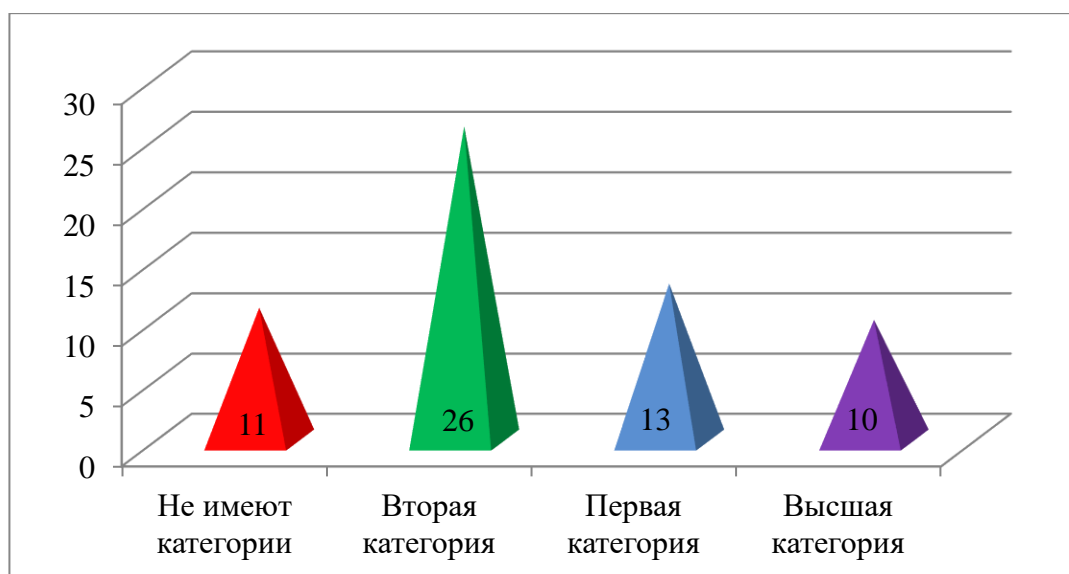


Рис. 4. Распределение по категориям

Проанализировав полученные данные, можно сказать, что медицинские сестры отделения анестезиологии и реанимации по квалификационным категориям распределились следующим образом: не имеют категории – 11 человек, первую категорию имеют – 13 человек, вторую категорию – 26 человек и высшую категорию имеют – 10 человек.

На 5 рисунке представлено распределение медицинских сестер отделения реанимации по стажу работы.

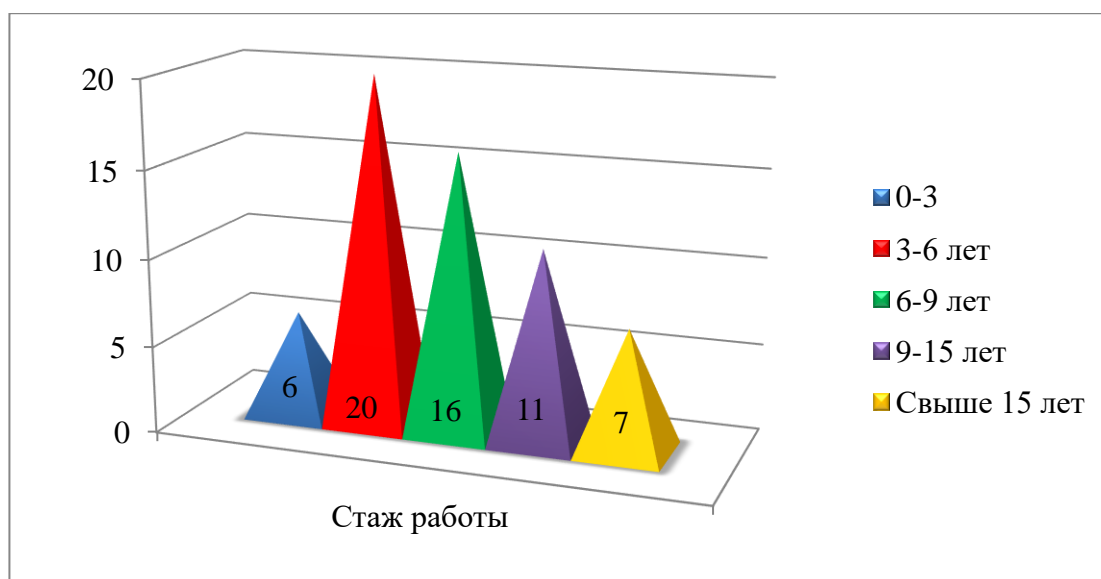


Рис. 5. Распределение по стажу работы

При анализе данной диаграммы можно сказать, что распределение медицинских сестер отделения реанимации по стажу работы распределились следующим образом: 0-3 года – 6 медицинских сестер, 3-6 лет – 20 медицинских сестер, 6-9 лет – 16 медицинских сестер, 9-15 лет – 11 медицинских сестер, свыше 15 лет – 7 медицинских сестер.

Анафилактический шок – это сильнейшая аллергическая реакция организма, которая за несколько секунд способна привести к смерти. Очень важно знать признаки анафилаксии, чтобы вовремя оказать первую помощь.

На вопрос «Приходилось ли Вам оказывать помощь при анафилактическом шоке?», ответы распределились следующим образом: 53% приходилось оказывать помощь, не приходилось – 34%, 13% приходилось только при аллергиях (Рис. 6).

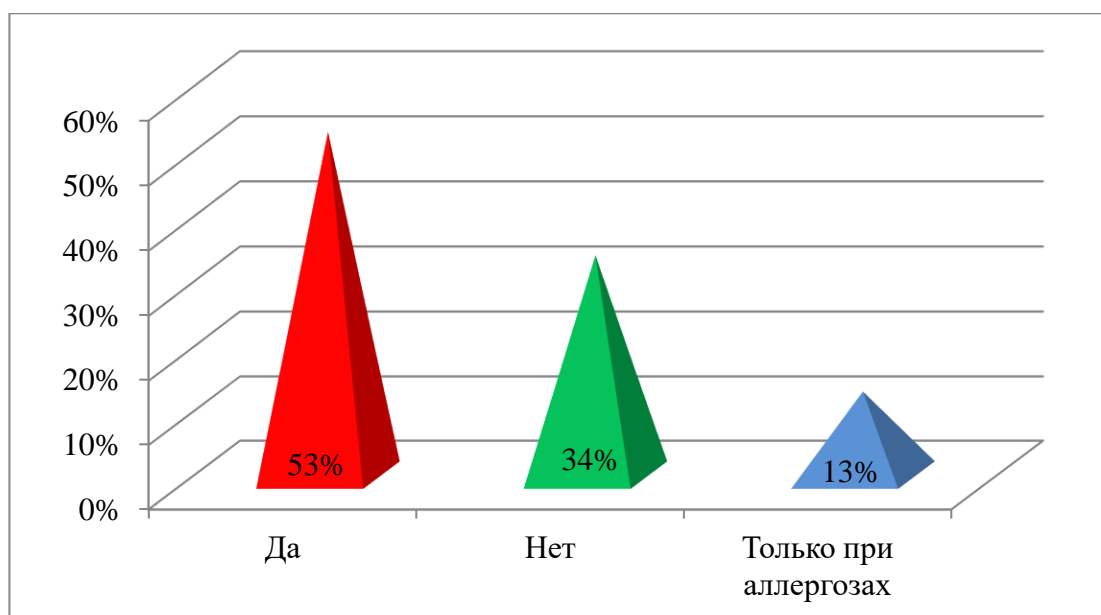


Рис. 6. Оказание помощи при анафилактическом шоке

На вопрос «В случае анафилактического шока готовы ли Вы действовать и что приготовить для НП?» респонденты ответили следующим образом: да, конечно – 78%, нет, ответили – 3%, затрудняются ответить – 19% (Рис. 7).

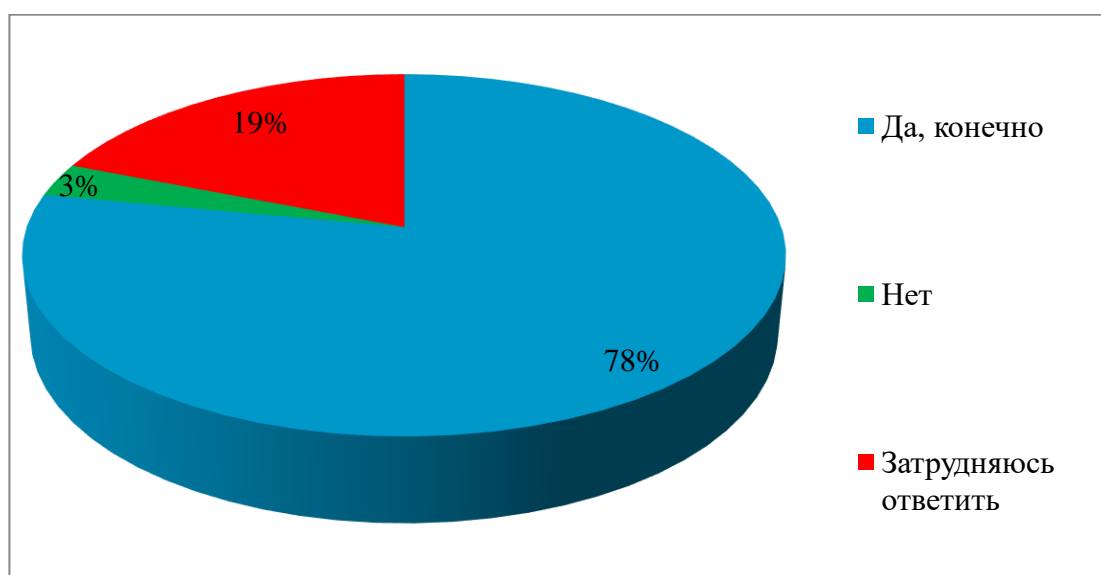


Рис. 7. Готовность помочь при анафилактическом шоке

Анафилактическая укладка или аптечка АнтиШок разработана в соответствии с законодательством с целью оказания первой медицинской помощи пациенту при появлении признаков анафилактического шока. Состав антишоковой аптечки позволяет реализовать безотлагательные врачебные меры.

На вопрос «Знаете ли Вы о анафилактической укладке и ее сосав?» медицинские сестры ответили следующим образом: да, конечно – 94%, 3% – нет и 3% – затрудняются ответить (Рис. 8).

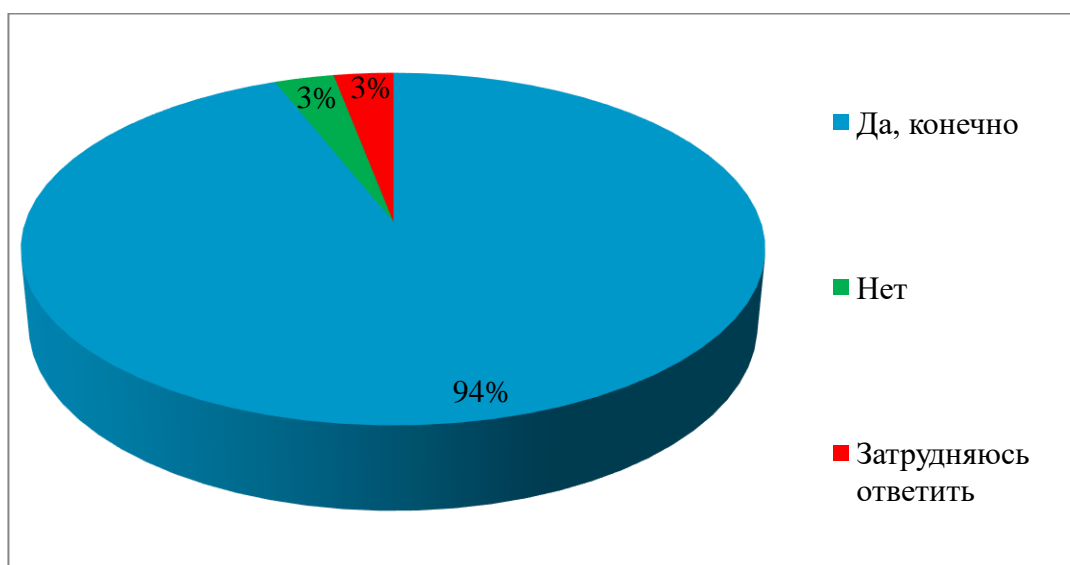


Рис. 8. Информированность о анафилактической укладке

Старшая медицинская сестра отделения пояснила нам, что единого медицинского стандарта, который бы регламентировал точный состав противошоковой (антишок) аптечки 2018-2019 года по нормам СанПина на данный момент не существует, так как в реанимационном отделении препараты находятся в достаточном количестве и в свободном доступе.

Все необходимые препараты мы представили в таблице с указанием количества и использования (Приложение 5).

Далее целью нашего исследования было проанализировать профессиональную деятельность медицинской сестры при анафилактическом шоке. Для этого мы разработали анкету для врачей отделения.

На вопрос «Считаете ли Вы медицинских сестер вашего отделения профессионалами?», врачи ответили следующим образом: 84% врачей считают, что медицинские сестры отделения настоящие профессионалы в своем деле, 14% думают, что некоторые медицинские сестры не имеют достаточного опыта и 2% затруднились ответить на вопрос. (Рис.9).



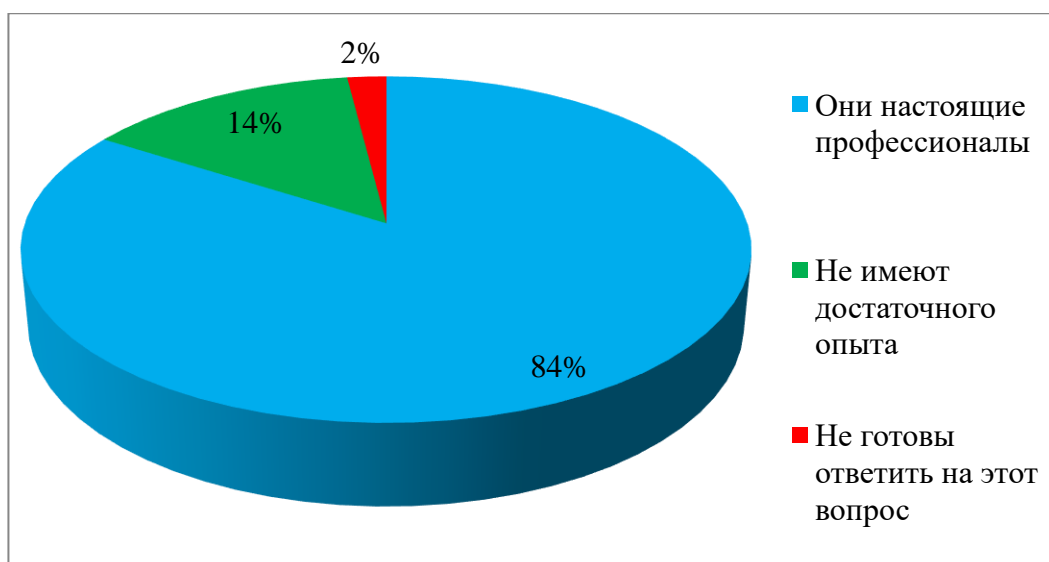


Рис. 9. Профессионализм медицинской сестры

На вопрос «Как Вы оцениваете готовность медицинских сестер вашего отделения к действиям при анафилактическом шоке?», врачи ответили, что 78% полностью готовы к оказанию помощи при анафилактическом шоке, 7% практически не готовы и 15% высказали свое мнение о готовности медицинской сестры к оказанию помощи при анафилактическом шоке (Рис.10).

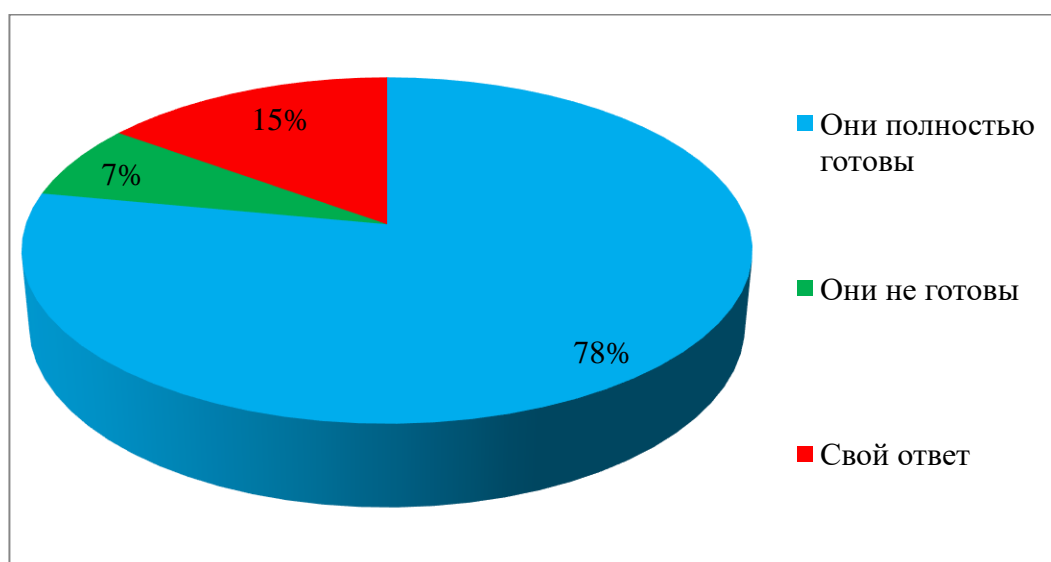


Рис. 10. Готовность медицинских сестер к действиям при анафилактическом шоке

На вопрос «Имеет ли значимость профессионализм медицинской сестры в профилактике анафилактического шока?» респонденты ответили следующим

образом: 90% считают, что имеет, 7% думает, что – нет, и 3% затрудняются ответить на данный вопрос (Рис.11).

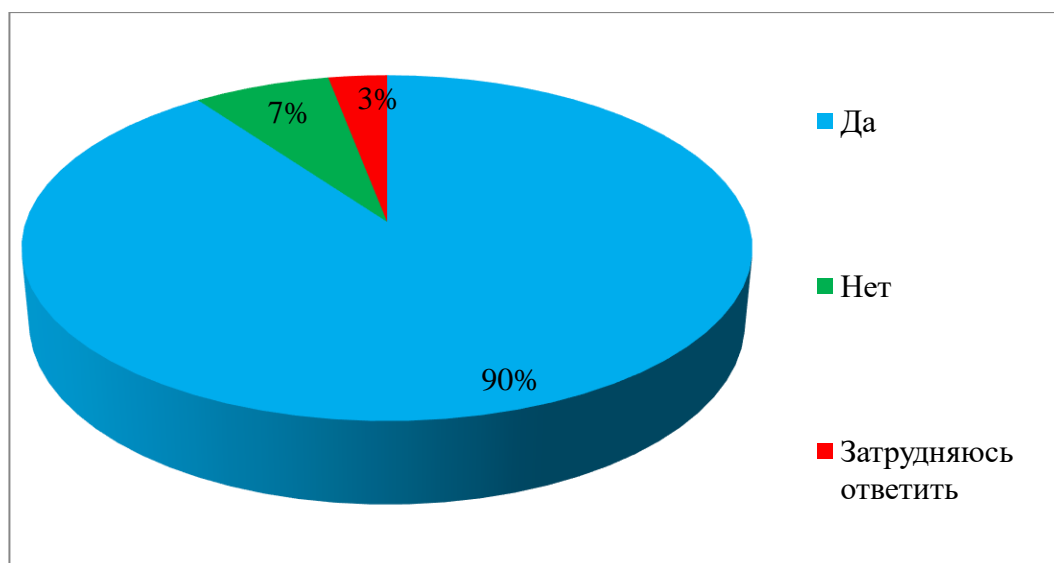


Рис. 11. Значимость профессионализма медицинской сестры

Оцените профессиональную деятельность медицинской сестры в оказании помощи при анафилактическом шоке по 5-бальной шкале, где 1-низкая, 5-высокая (Рис. 12).

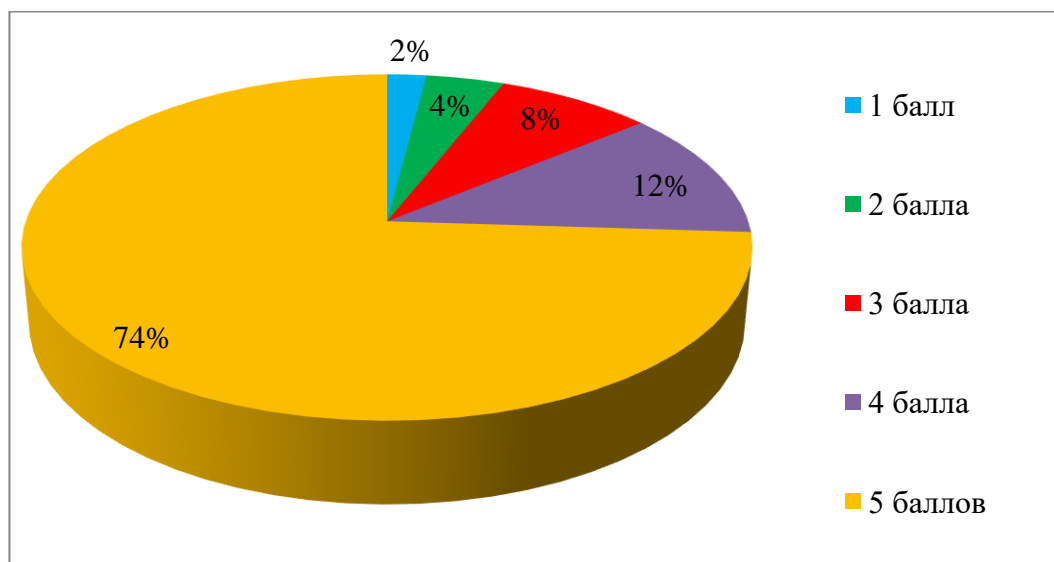


Рис. 12. Оценка профессиональной деятельности медицинской сестры в оказании помощи при анафилактическом шоке

Проанализировав данные ответов респондентов можно сделать следующие выводы: 74% оценивают профессиональную деятельность

медицинской сестры в оказании помощи при анафилактическом шоке очень высоко, 12% – высоко, 8% на удовлетворительно, 2% на неудовлетворительно.

Ваши предложения по улучшению профессиональной деятельности медицинской сестры при анафилактическом шоке (Рис.13).

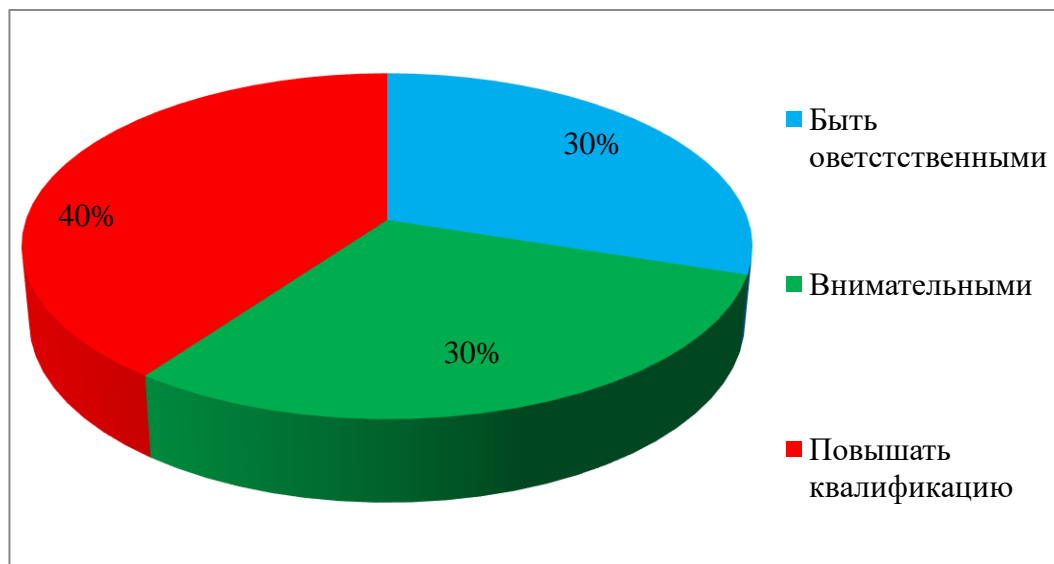


Рис. 13. Предложения по улучшению профессиональной деятельности

Проанализировав данные о предложениях по улучшению профессиональной деятельности медицинской сестры при анафилактическом шоке можно сказать следующее: 40% врачей считают, что необходимо повышать квалификацию медицинской сестры, 30% – что необходимо быть более ответственными и 30% внимательными.

Таким образом, исходя из полученных данных, четко прослеживается высокая роль и оценка профессиональной деятельности медицинской сестры при анафилактическом шоке.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Профессиональная деятельность – карьера личности. Она связана с навыками, умениями и мастерством человека. В карьере очень важен не только служебный рост, но и постоянное самосовершенствование, то есть повышение квалификации и определённых знаний. Факторы, которые влияют на подготовку профессионализма – это возраст, стаж и опыт.

Всегда необходимо помнить: только возможности и способности человека влияют на продвижение по служебной лестнице. Особенности профессиональной деятельности зависят от качества выполненной работы, а также от заинтересованности сотрудников.

Человек должен уметь правильно организовывать своё рабочее место, придерживаться технологической дисциплины, уметь определять эффективность трудовой деятельности, соблюдать технику безопасности. Трудолюбие, интерес к работе, знания и умения помогут человеку стать успешным и быстро добиться поставленных целей. Все вышеперечисленное определяет профессионализм каждого из нас.

Профессиональная деятельность медицинской сестры не менее важна, чем деятельность врача. Без качественного сестринского ухода не может быть качественной медицинской помощи, так как пациент нуждается не только в лекарственной терапии, но и высокопрофессиональном сестринском уходе, консультировании и обучении, психологической поддержке.

Анафилактический шок является тяжелейшей реакцией организма, которая стремительно развивается при взаимодействии с аллергическим веществом. Это крайне опасное состояние, которое в 10% случаев имеет смертельный исход. Именно поэтому каждый человек обязан знать, что делать при анафилактическом шоке. Анафилактический шок может развиваться у любого человека и действовать в такой ситуации необходимо незамедлительно, ведь тяжелейшее течение анафилактического шока характеризуется молниеносным развитием клинической картины и, если больному не оказать

мгновенно неотложную помощь, может наступить внезапная смерть. И зачастую медицинская сестра один на один сталкивается с началом развития анафилактического шока. Исходя из полученных данных, четко прослеживается высокая роль и оценка профессиональной деятельности медицинской сестры при анафилактическом шоке.

Таким образом, выдвинутая гипотеза: «роль профессиональной деятельности медицинской сестры при анафилактическом шоке играет существенную роль в спасении жизни человека» доказана, цель и задачи достигнуты.

## ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Деятельность медсестры отделения реанимации и анестезиологии требует особых профессиональных знаний и навыков, а чтобы не допустить, ошибки при проведении манипуляций и процедур. Нами разработана «Памятка медицинской сестре при поступлении пациента с анафилактическим шоком» (Приложение 4).

Эти практические рекомендации необходимы медсестрам, которые только начинают работать. Изучив памятку или практические рекомендации, медсестра точно будет знать, что нужно делать в экстренных ситуациях.

### АЛГОРИТМ НЕОТЛОЖНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ

| Организационные мероприятия  | Первичная терапия  | Вторичная терапия  |
|--|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Прекратить введение препарата, вызвавшего шок, если игла в вене ее не вынимать, подсоединить шприц с физиологическим раствором и терапию проводить через эту иглу.</li> <li>2. Сообщить врачу отделения реанимации (тел. __).</li> <li>3. Уложить больного в горизонтальное положение с приподнятым ножным концом. Тепло укрыть. Положить голову набок, выдвинуть челюсть вперед при западении языка.</li> <li>4. Измерить пульс, АД, T<sup>0</sup>.</li> <li>5. Наложить жгут на место выше введения препарата.</li> <li>6. Провести осмотр кожных покровов.</li> <li>7. Обеспечить доступ свежего воздуха или дать кислород. При выраженной дыхательной недостаточности - ИВЛ.</li> <li>8. Положить лед на место инъекции.</li> <li>9. Приготовить систему для внутривенных вливаний с 400 мл физиологического раствора 2,5 и 10 мл шприцы 5-6 штук, ампулы с адреналином, димедролом, преднизолоном.</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. При подкожном введении препарата, вызвавшего шок обколоть крестообразно место инъекции 0,3-0,5 мл раствора адреналина в каждый вкол (1 мл 0,1% раствора адреналина развести в 10 мл физ.раствора).</li> <li>2. При введении аллергического препарата в нос или в глаза, промыть их водой и закапать 1-2 капли 0,1% р-р адреналина.</li> <li>3. в/венно струйно 0,1% р-р адреналина 0,1 мл/год жизни, но не более 1 мл. валом 15 - 20 минут.</li> <li>4. Восполнение ОЦК физиологическим раствором со скоростью 20-40 мл/кг/час</li> <li>5. При подъеме АД на 20% от возрастной нормы или нормализации АД скорость инфузии уменьшается.</li> <li>6. Преднизолон 5-10 мг/кг</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Димедрол 1% р-р 0,1 мл/кг, не более 5 мл.</li> <li>2. Адреналин постоянная инфузия со скоростью 0,005-0,05 мл/кг/мин.</li> <li>3. При сохраняющейся артериальной гипотензии или тахикардии - раствор норадреналина 0,05 мл/кг/мин до получения желаемого эффекта.</li> <li>4. При бронхоспазме 1 - 2 ингаляции беротека (сальбутамола) с интервалом 15-20 минут. Эуфиллин 2,4% р-р 1 мл/ год жизни - разовая за 20 минут, затем титрование 0,5 мг/кг/час.</li> </ol> |

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аненков, Ю.А. Анафилактический шок. [Текст] / Ю.А. Аненков. – СПб.-М.: ОАО «Типография Внешторгиздат», 2016. – 315 с.
2. Березувская, М.А. Анафилактический шок у больных с лекарственной аллергией [Текст] / М.А. Березувская. *Врачебное дело.* – 2017. – №3. – С. 4-8.
3. Верткин, А.Л. Острые аллергические заболевания: диагностика и лечение на догоспитальном этапе [Текст] / А.Л. Верткин, М.И. Лукашов. – *Медицинская помощь.* – 2015. – № 1. – С. 38-41.
4. Верткин, А.Л. Острые аллергические заболевания [Текст] / А.Л. Верткин, А. Дадыкина, М. Лукашев, Р. Гамбаров. 2016. – № 2. – С. 66-70.
5. Гуцин, И.С. Аллергическое воспаление и его фармакологический контроль [Текст] / И.С. Гуцин. – М.: Фармарус Принт, 2018. – 256 с.
6. Долгая, М.С. Догоспитальная помощь при острых аллергических заболеваниях. Методические рекомендации для врачей скорой медицинской помощи, терапевтов, педиатров и аллергологов [Текст] / М.С. Долгая // *Неотложная терапия.* – 2014. – № 2. – С. 15-39.
7. Емельянов, А.В. Анафилактический шок [Текст] / А.В. Емельянов // *Пособие для фельдшеров.* – СПб 2015. – 24 с.
8. Лычев, В.Г. Руководство по проведению практических занятий по предмету сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи [Текст] / В.Г. Лычев, В.К. Карманов // *Форум,* 2014. – С. 24-39.
9. Лычев, В.Г. Основы сестринского дела в терапии [Текст] / В.Г. Лычев, В.К. Карманов // *Феникс,* 2014. – 346 с.
10. Маколкин, В.И. Сестринское дело в терапии [Текст] / В.И. Маколкин, С.И. Овчаренко // *Медицинское информационное агентство,* 2016. – 286 с.

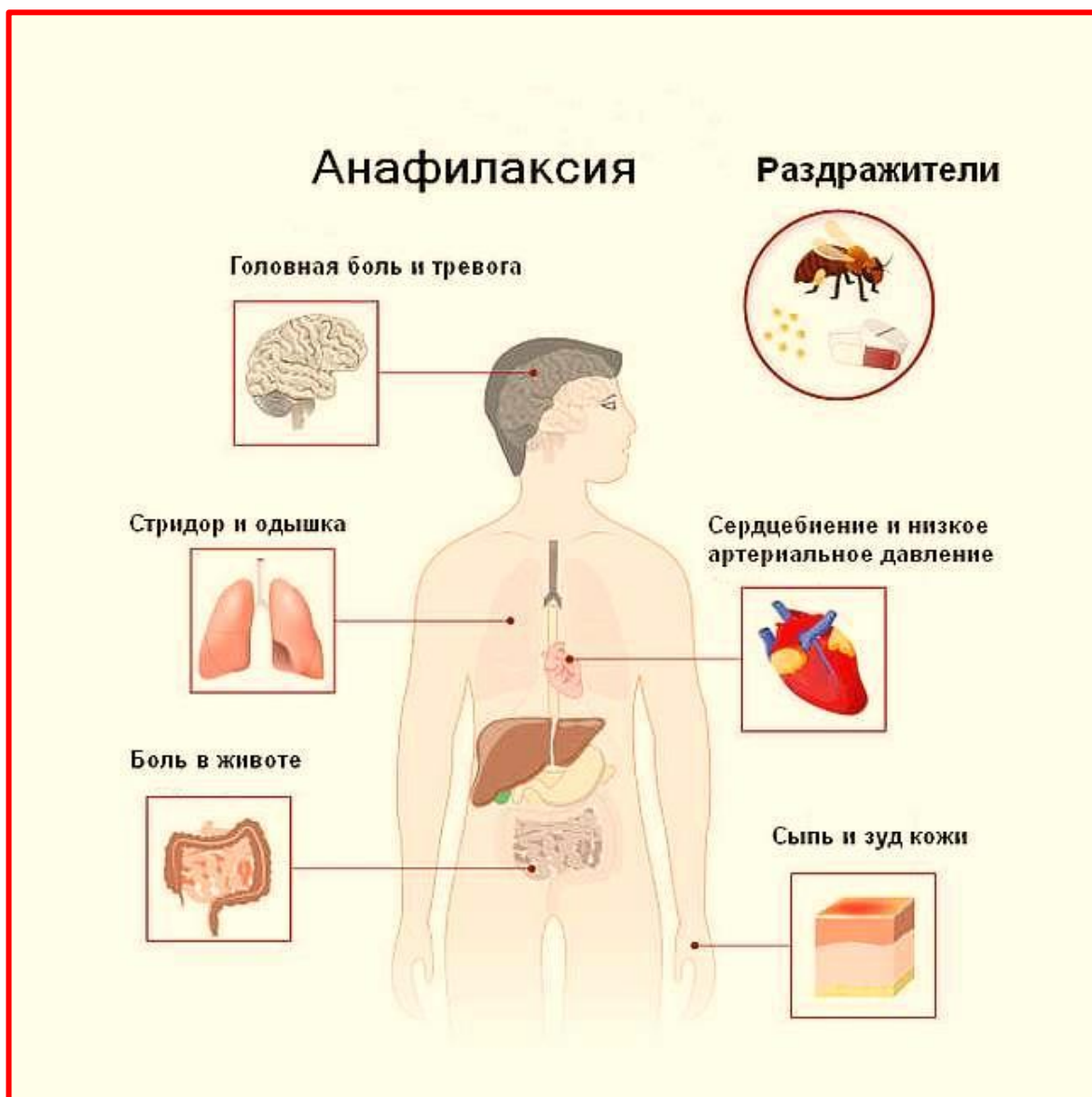
11. Мазуркевич, Г.С. Шок: теория, клиника, организация противошоковой помощи. [Текст] / Г.С. Мазуркевич, С.Ф. Багненко. – СПб.: Политехника, 2014. – 539 с.
12. Мухина, С.А. Теоретические основы сестринского дела [Текст] / С.А. Мухина, И.И. Тарновская // ГЭОТАР-Медиа, 2015. – С. 17-33.
13. Мухина, С.А. Практическое руководство к предмету Основы сестринского дела [Текст] / С.А. Мухина, И.И. Тарновская // Родник, 2016. – С. 19-38.
14. Нежинская, Г.И. Холинергическая регуляция анафилактического шока: влияние С-реактивного белка [Текст] / Г.И. Нежинская, П.Г. Назаров, Н.Р. Евдокимова, Н.А. Лосев // Цитокины и воспаление. – 2014. Т.3, №1. – С. 44-47.
15. Паттерсон, Р. Аллергические болезни. Диагностика и лечение [Текст] / Р. Паттерсон, Л.К. Грэммер, П.А. Гринбергер. М.: ГЭОТАР Медицина, 2019. – 485 с.
16. Смолева, Э.В. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи [Текст] / Э.В. Смолева // Феникс, 2016. – С. 17-33.
17. Сумин, С.А. Неотложные состояния [Текст] / С.А. Сумин. М.: Медицинское информационное агентство, 2016. – 800 с.
18. Туркина, Н.В. Общий уход за больными [Текст] / Н.В. Туркина, А.Б. Филенко. 2015. – С. 17-33.
19. Лазарева, Г.Ю. Аллергия и как с ней бороться [Текст] / Г.Ю. Лазарева // АСТ-ПРЕСС, 2017. – С. 68-75.
20. Чернова, Т.В. Роль сестринского персонала в улучшении качества медицинской помощи [Текст] / Т.В. Чернова, С.А. Нижнеченко // Проблемы социальной гигиены и истории медицины – 2018. №1. – С.46-47.
21. Чумаков, Е.П. Жизнь без аллергии [Текст] / Е.П. Чумаков // АСТ-ПРЕСС, 2016. – С. 53-61.



## **ПРИЛОЖЕНИЯ**

Схема развития анафилактического шока





Анкета.

В медицинском колледже проводится исследование. Просим Вас оказать содействие оценить и проанализировать роль профессиональной деятельности медицинской сестры при анафилактическом шоке.

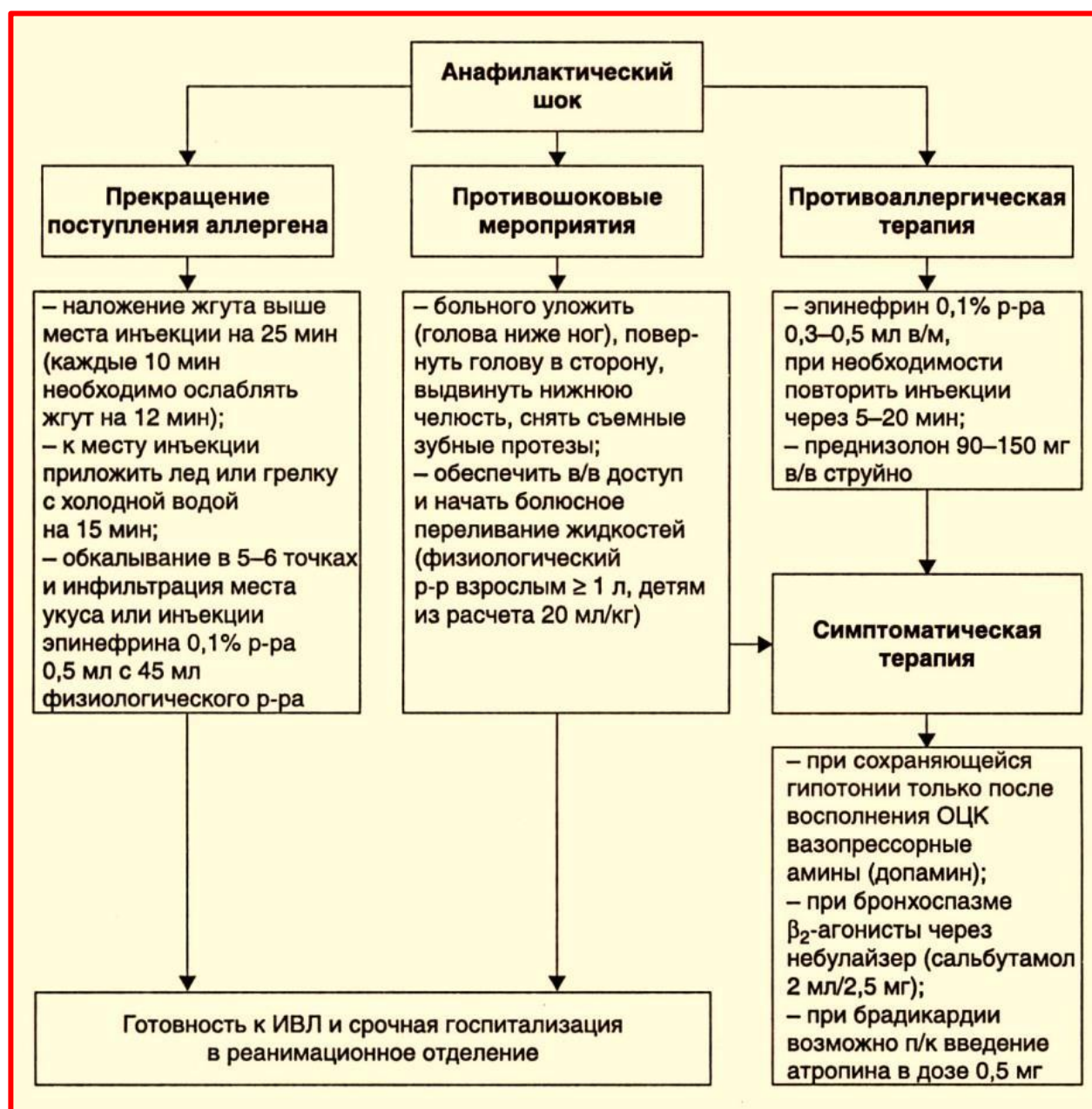
**Уважаемые анкетирруемые!**

Просим Вас высказать мнение и дать оценку профессиональной деятельности медицинской сестры при анафилактическом шоке указанные в таблице. Для этого необходимо против каждой позиции в графах отметить Ваше мнение любым знаком или написать свой вариант ответа.

| № п/п | Вопросы анкеты  | Оценка врача          |
|-------|---|-----------------------|
| 1.    | Считаете ли Вы медицинских сестер вашего отделения профессионалами?   |                       |
|       | они настоящие профессионалы   |                       |
|       | не имеют достаточного опыта   |                       |
|       | не готовы ответить на этот вопрос   |                       |
|       | свой ответ:   |                       |
| 2.    | Как Вы оцениваете готовность медицинских сестер вашего отделения к действиям при анафилактическом шоке?   |                       |
|       | они полностью готовы  |                       |
|       | они не готовы действовать   |                       |
|       | свой ответ:   |                       |
| 3.    | Имеет ли значимость профессионализм медицинской сестры в профилактике анафилактического шока?   |                       |
|       | Да  |                       |
|       | Нет   |                       |
|       | Затрудняюсь ответить  |                       |
| 4.    | Оцените профессиональную деятельность медицинской сестры в оказании помощи при анафилактическом шоке по 5-бальной шкале, где 1-низкая, 5-высокая. | 1<br>2<br>3<br>4<br>5 |
| 5.    | Ваши предложения по улучшению профессиональной деятельности медицинской сестры при анафилактическом шоке  |                       |
|       |   |                       |

**Благодарим Вас за ответы!**

Алгоритм помощи при анафилактическом шоке



## Состав противошоковой укладки

| Медикамент  | Количество            | Использование  |
|---|-----------------------|--|
| Адреналин или Эпинефрин (0,1%)  | 10 ампул              | Вводится внутривенно или обкалывается внутримышечно в локализации проникновения аллергена                                    |
| Глюкокортикостероид (Преднизолон или Дексаметазон) в растворе                   | 10 ампул              | Вводится внутримышечно, обладает выраженным противоаллергическим и противовоспалительным эффектом                            |
| Антигистамин (Димедрол, Тавегил или Супрастин), 2%                              | 3 ампулы              | Вводится внутримышечно при отсутствии выраженной гипотонии. Уменьшает симптоматику шока путем блокирования гистаминов        |
| Эуфиллин 2,4%, по 10 мл   | 10 ампул              | Внутривенное или внутримышечное введение. Быстро купирует бронхоспазм, замедляет развитие обструкции                         |
| «Быстрый» сердечный гликозид (Строфантин), 1мл                                  | 5 ампул               | Кардиотоническое действие  |
| Комбинационный АД-раствор (мезатон и кофеин по 1 мл, а также кордиамин по 2 мл) | 2 ампулы              | Повышение артериального давления при гипотонии   |
| Глюкоза в растворе 5 и 40%  | 2 флакона             | Детоксикация   |
| Физраствор (хлорид натрия), 0,9%  | 2 флакона             | Необходим для разбавления препаратов и быстрого восстановления объема крови с вторичной нормализацией давления               |
| Салфетки спиртовые одноразовые  | 1 упаковка            | Местный антисептик   |
| Шприцы  | По 5 штук на 2 и 10мл | Инъекционное введение препаратов   |
| Вата, марля и лейкопластырь – стерильные  | По 1 рулону           | Местная обработка, остановка кровотечения, обвязывание   |
| Катетер   | 1 шт.                 | Обеспечение стабильного доступа к вене для проведения дальнейших антишоковых мероприятий                                     |
| Жгут медицинский  |                       | Устанавливается выше места локализации внедрения аллергена для временной блокады его распространения по системному кровотоку |